



Eberhard Ulich | Marc Wülser

Gesundheitsmanagement in Unternehmen

Arbeitspsychologische Perspektiven

3. Auflage



uniscope

Die SGO-Stiftung für
praxisnahe Managementforschung

Eberhard Ulich | Marc Wülser

Gesundheitsmanagement in Unternehmen

Eberhard Ulich | Marc Wülser

Gesundheitsmanagement in Unternehmen

Arbeitspsychologische Perspektiven

3., überarbeitete und erweiterte Auflage



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Ulich ist Partner des Instituts für Arbeitsforschung und Organisationsberatung (iafob) in Zürich sowie Präsident des Stiftungsrats der Stiftung Arbeitsforschung und war von 2000 bis 2007 wissenschaftlicher Leiter des Europäischen Netzwerks für Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik (Enterprise for Health).

Dr. Marc Wülser ist Organisationsberater und Projektleiter am iafob sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter der Stiftung Arbeitsforschung.

Mitglieder der SGO (Schweizerische Gesellschaft für Organisation und Management) erhalten auf diesen Titel einen Nachlass in Höhe von 10 % auf den Ladenpreis.

1. Auflage 2004
2. Auflage 2005
3. Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten

© Gabler | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009

Lektorat: Ulrike Lörcher | Katharina Harsdorf

Gabler ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.
www.gabler.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: Nina Faber de.sign, Wiesbaden
Umschlaggrafik: Giovanni Huber, Künstler, Embrach, Schweiz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: LegoPrint, Lavis
Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier
Printed in Italy

ISBN 978-3-8349-1143-8

Geleitwort zur 3. Auflage

Das betriebliche Gesundheitsmanagement hat in den vergangenen Jahren stark an Bedeutung zugenommen. Es ist erfreulich festzustellen, dass vielerorts entsprechende Projekte laufen, grosse, gut besuchte Kongresse stattfinden und in zahlreichen Unternehmen konkrete Aufgaben mit klarer Verantwortung eingeführt worden sind. Das Werk von Ulich/Wülser hat in dieser Entwicklung einen beachtlichen Beitrag liefern können. Nun legen die Autoren eine überarbeitete 3. Auflage vor. Dies ist sehr wertvoll, da in Zeiten des turbulenten Wandels das Thema Gesundheitsmanagement noch wichtiger ist.

Ich bedanke mich bei den Autoren für die grosse, fundierte Arbeit für diese 3. Auflage und freue mich auf den weiteren Erfolg dieses Werkes.

Zürich, im September 2008

*Dr. Markus Sulzberger
Präsident der SGO-Stiftung*

Geleitwort zur 1. Auflage

Dem betrieblichen Gesundheitsmanagement kommt trotz breiter Diskussion in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen, unvermindertem Kostendruck in Unternehmungen und Betrieben der öffentlichen Verwaltung sowie eindeutiger und überzeugender Ergebnisse aus gross angelegten Studien noch nicht der gebührende Stellenwert zu. Die Gründe sind u. a. darin zu suchen, dass das Thema Gesundheit in den Verantwortungsbereich des Individuums abgeschoben wird, dass entsprechende Aufgaben den dafür zuständigen staatlichen Institutionen zugewiesen oder dass die aus entsprechenden Projekten oder Massnahmenplänen resultierende Nutzenstiftung für die Unternehmung und die Mitarbeitenden nicht eingesehen werden.

Die Arbeitswissenschaft und die Arbeitspsychologie haben schon früh Konzepte erarbeitet, welche mit Erfolg in der industriellen

Fertigung eingesetzt werden. In den Dienstleistungsbetrieben ist die physische Beanspruchung der Mitarbeitenden naturgemäß weniger ausgeprägt. Dies führte dazu, dass dem betrieblichen Gesundheitsmanagement eine geringe Aufmerksamkeit entgegengebracht wurde. Damit fehlen entsprechende Projekte noch weitgehend. Auch in der Betriebswirtschafts- und Organisationslehre sind fundierte Ansätze noch eher selten anzutreffen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist aber heute sowohl in industriellen Betrieben als auch in Unternehmungen des Dienstleistungssektors von hoher Bedeutung. Dies hängt vor allem mit den folgenden Faktoren zusammen:

- Die Anforderungen an die Mitarbeitenden nehmen ständig und nachhaltig zu.
- In der Forschung sind die gesundheitlichen Auswirkungen auf die Leistungserbringung weitgehend erkannt und belegt.
- Die physische und psychische Gesundheit stellen zwingende Voraussetzungen für die Motivation und die Erfüllung der Leistungserfordernisse dar.
- Die Kosten für Ausfälle und Absenzen von Mitarbeitenden sind hoch und weisen einen zunehmenden Trend auf.
- Durch die professionelle Gestaltung des betrieblichen Prozessmanagements, den menschengerechten Einsatz von Sachmitteln sowie die konkrete Umsetzung gesundheitsfördernder Ansätze in der Führung lassen sich ausgeprägte und nachhaltige qualitative und quantitative Nutzenpotenziale erzielen.

Den Autoren Ulich und Wülser ist es hervorragend gelungen, die Breite des Themas verständlich darzulegen und den aktuellen Stand der Forschung zu erläutern. Aufgrund der präsentierten Ergebnisse aus aktuellen, internationalen Studien wird der dringende Handlungsbedarf überzeugend dargelegt. Zusätzlich baut das vorliegende Buch zahlreiche Brücken zwischen der Arbeitswissenschaft und der Betriebswirtschaft. Ein spezielles Merkmal ist darüber hinaus die Breite der Ausführungen zu Ansätzen im internationalen Kontext. Die zahlreichen praktischen Beispiele, Interpretationen, umsetzbaren Ideen und Vorschläge steigern den Wert dieser Publikation für Führungskräfte und Praktiker gleichermaßen.

Die Stiftung der Schweizerischen Gesellschaft für Organisation und Management hat die Erarbeitung dieses Buches mit dem Ziel unterstützt, auf die zunehmende Bedeutung des Themas für Unternehmen und Gesellschaft hinzuweisen. Betriebliches Gesundheitsmanagement kann in Zukunft keine isolierte Tätigkeit spezieller Fachleute sein. Projekte und konkrete Massnahmen müssen vermehrt in die Pläne und Agenden der Führungsgremien Eingang finden. Der resultierende Nutzen wird für die Unternehmung und die Mitarbeitenden einen nachhaltigen Konkurrenzvorteil bringen. Die Stiftung teilt die Freude der Autoren über das erreichte Ergebnis. Den Autoren gebührt für die grosse Arbeit verbindlicher Dank.

Ich bin überzeugt, dass das vorliegende Werk eine wichtige Lücke im heutigen Angebot zum Thema Gesundheitsmanagement schliesst. Der hoffentlich grossen Leserschaft wünsche ich bei der Lektüre viele Einsichten, fachliche Informationen im Sinne der Weiterbildung und konkreten Nutzen in der Tätigkeit als Praktiker, Führungskraft, Berater oder Wissenschaftler.

Zürich, im Oktober 2004

*Dr. Markus Sulzberger
Präsident der Stiftung der
Schweizerischen Gesellschaft
für Organisation und
Management (SGO-Stiftung)*

Vorwort zur 3. Auflage

Veränderungen in der Arbeitswelt und in der Gesellschaft, deren Teil sie ist, lassen immer wieder neue Fragen entstehen und in Forschungsprojekten nach entsprechenden Antworten suchen. Das hat zur Folge, dass die Wissensbestände sich vergrößern und an die Publikationen, die darüber zu berichten versuchen, auch höhere Anforderungen zu stellen sind. Diese Situation kann dazu führen, dass nur noch über das 'Neueste' berichtet wird und ältere Publikationen von Rang nicht mehr die ihnen zukommende Erwähnung finden. Tatsächlich finden sich aber in manchen historischen Arbeiten Konzepte und Untersuchungsergebnisse, die auch für Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz durchaus bedeutsam sind. Das konnte erst kürzlich wieder gezeigt werden.*

Unabhängig davon muss aber, wer im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements Professionalität erwerben oder erhalten will, dafür besorgt sein, sich über neuere Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten. Schließlich werden Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz auch immer mehr zum Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Um nur einige Beispiele aus den letzten Wochen zu nennen: In der Juni-Ausgabe 2008 der Zeitschrift 'Gesundes Österreich' wird über die Verleihung von Qualitätssiegeln für betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich berichtet - 51 im Oktober 2007, 28 im April 2008. Am 13. Juni 2008 hat die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (OSHA) eine Kampagne 'Healthy workplaces – a top priority in Europe' gestartet: "The Healthy Workplaces campaign encourages companies to carry out their assessments properly, involving everyone in the workplace, and promotes successful good practice that can be adapted to a variety of workplaces." Am 18. Juni 2008 wurde in Deutschland ein Regierungsentwurf für ein Jahressteuergesetz 2009 verabschiedet, der u.a. eine Steuerbefreiung von Investitionen in Betriebliche Gesundheitsförderung bis zur Größenordnung von 500 Euro im Kalenderjahr pro Beschäftigten vorsieht. "Die Steuerbefreiung soll die Bereitschaft des Arbeitgebers erhöhen, seinen Arbeitnehmern Dienstleistungen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheits-

* Sachse, Hacker & Ulich (2008)

zustandes sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten und entsprechende Barzuschüsse für die Durchführung derartiger Maßnahmen zuzuwenden." Und am 19. Juni wurde in der Schweiz ein Qualitätssiegel für betriebliches Gesundheitsmanagement vorgestellt, an dessen Entwicklung wir mitwirken konnten und das von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz vergeben wird. Hier finden sich auch Konzepte wieder, wie sie von uns im vorliegenden Buch dargestellt werden. Mit dessen Neuauflage bot sich uns schließlich die Chance einer Überarbeitung und Erweiterung.

So konnten wir z.B. im ersten Kapitel über einige Ergebnisse des letzten European Work Conditions Survey berichten und die zahlenmäßige Entwicklung der psychischen Störungen aufzeigen, im zweiten Kapitel die Auseinandersetzung über den Gesundheitsbegriff und das Burnout-Konzept vertiefen, im dritten Kapitel eine Übersicht über relevante Befragungsverfahren einfügen und den Abschnitt über den ökonomischen Nutzen betrieblichen Gesundheitsmanagements erweitern. Neu wurde ein Kapitel über 'Mitarbeitende mit Handicap' und 'Disability Management' eingefügt. Im siebten Kapitel haben wir – aus konzeptionellen Überlegungen – die Überschrift 'Work life balance' durch 'Life domain balance' ersetzt und in den meisten anderen Kapiteln neuere Publikationen zusätzlich berücksichtigt. In einigen Abschnitten haben wir auch Kürzungen vorgenommen, um die Darstellung zu straffen und Wiederholungen zu vermeiden.

Wir hoffen, dass die von uns eingebrachten Veränderungen insgesamt tatsächlich auch zu einer Verbesserung beigetragen haben.

Zürich, im August 2008

Eberhard Ulich und Marc Wülser

Vorwort zur 2. Auflage

Wenn ein Buch bereits nach neun Monaten eine neue Auflage erfährt, so ist das für den Verlag – im vorliegenden Fall gewiss auch für die Stiftung, die die Erarbeitung des Textes finanziert hat – ein erfreulicher Sachverhalt. Grundsätzlich gilt dies natürlich auch für die Autoren. Die sehen sich aber zugleich mit der Frage konfrontiert, ob der zwischenzeitlich bekannt gewordene Erkenntnisfortschritt und die eigenen oder die von anderen mitgeteilten Erfahrungen im Umgang mit dem Buch eine Überarbeitung oder eine Erweiterung des Textes angeraten erscheinen lassen oder sogar erforderlich machen.

Ursprünglich hatten wir die Absicht, einige Erweiterungen vorzunehmen, z.B. einen Abschnitt über „Disability Management“ einzufügen und Forschungsergebnisse über die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf Beeinträchtigungen der Gesundheit darzustellen. Da wir aber alle das Layout betreffenden Veränderungen selbst vornehmen mussten und zudem erheblicher Zeitdruck bestand, haben wir uns darauf beschränkt, gefundene Fehler zu korrigieren und an einigen Stellen Überarbeitungen vorzunehmen. Anregungen für einige inhaltliche Umstellungen haben wir insbesondere von Mitarbeitenden und Studierenden des Fachgebiets Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Flensburg erhalten, denen wir dafür herzlich danken möchten. Unser Dank gilt natürlich auch all jenen, die uns durch ihre Reaktionen ermutigt haben, die Thematik weiter zu bearbeiten.

Zürich, im August 2005

Eberhard Ulich und Marc Wülser

Vorwort zur 1. Auflage

Fragen der Gesundheit beschäftigen seit einiger Zeit Parteien, Parlamente und andere politische Institutionen vorwiegend wegen der im Bereich des Gesundheitswesens anfallenden hohen Kosten. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist demgegenüber ein in der Öffentlichkeit noch immer vernachlässigtes Thema, obwohl arbeitsbedingte Erkrankungen ebenfalls einen erheblichen Kostenfaktor darstellen und durch entsprechende Massnahmen nicht nur finanzieller Aufwand -reduziert, sondern auch Arbeitsfähigkeit erhalten und menschliches Leid vermieden werden kann. Dies zeigt eine Reihe neuerer Publikationen, in denen über wissenschaftliche Konzepte und konkrete Beispiele aus Unternehmen berichtet wird.

Mit dem hier vorliegenden Buch werden arbeitspsychologische Konzepte für ein betriebliches Gesundheitsmanagement vorgestellt und Möglichkeiten ihrer Anwendung aufgezeigt. Dabei werden häufig auch ältere Arbeiten erwähnt, da manche Fragestellungen seit längerer Zeit bekannt sind und Forschungsergebnisse ebenso wie konkrete Erfahrungen dazu vorliegen. Da Gesundheitsmanagement aber nicht Aufgabe einer einzelnen Disziplin sein kann, wird verschiedentlich auch auf Konzepte aus anderen Disziplinen verwiesen. Redundanzen sind durchaus beabsichtigt, damit Kapitel gegebenenfalls auch einzeln lesbar sind. Schliesslich haben wir bewusst darauf geachtet, der Arbeit anderer Autorinnen und Autoren dadurch gerecht zu werden, dass wir sie über zum Teil sehr ausführliche Zitate selbst zu Wort kommen lassen.

Die Arbeit an diesem Buch wurde durch die Stiftung der Schweizerischen Gesellschaft für Organisation und Management finanziert. Dafür möchten wir dem Stiftungsrat und vor allem unserem ständigen Gesprächspartner Dr. Markus Sulzberger sehr herzlich danken. Wir haben bei dieser Arbeit selbst viel gelernt und hoffen, unser Wissen in dieser Form weitergeben zu können.

Unser besonderer Dank gilt im Übrigen unserer Kollegin Corinne Dangel, die die durch unsere Wünsche und die vielfältigen neuen Anforderungen des Verlages sehr aufwändig gewordene Endredaktion unter grossem Zeitdruck souverän bewältigt hat.

Zürich, im September 2004

Eberhard Ulich und Marc Wülser

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	IX
Inhaltsverzeichnis	XIII
Kapitel 1: Elemente einer Positionsbestimmung	1
1.1 Einführung	3
1.2 Zu den Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen	4
1.3 Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung	11
1.4 Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung	14
1.4.1 Verhaltens- und Verhältnisorientierung	14
1.4.2 Die Bedeutung der Anforderungen	17
1.5 Fazit	21
Kapitel 2: Grundbegriffe des betrieblichen Gesundheitsmanagements	23
2.1 Der Gesundheitsbegriff	25
2.1.1 Objektiver oder subjektiver Gesundheitsbegriff?	29
2.1.2 Der Gesundheitsbegriff der WHO und die Rolle des Wohlbefindens	30
2.1.3 Wohlbefinden und Gesundheit	31
2.1.4 Salutogenetische Gesundheitsmodelle: die Rolle der Ressourcen	35
2.1.5 Ressourcen	38
2.1.6 Gesundheit als entwickelte Handlungsfähigkeit	46
2.1.7 Ein system- und handlungstheoretisches Gesundheitsmodell	48
2.1.8 Attribute einer Gesundheitsdefinition	50
2.2 Belastung, Beanspruchung und Stress	53
2.2.1 Belastung und Beanspruchung	54
2.2.2 Stress	57
2.2.3 Stressoren bzw. Fehlbelastungen	64

2.2.4	Regulationsbehinderungen	66
2.2.5	Beanspruchungsfolgen und Stressreaktionen	71
2.2.6	Burnout: eine spezifisch psychische Beanspruchungsfolge	73
2.3	Arbeitsbedingungen und Gesundheit: Wirkungsmodelle	77
2.3.1	Das Demand/Control-Modell	78
2.3.2	Das Konzept Anforderung/Belastung	81
2.3.3	Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen	87
2.3.4	Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen und das Demand/Control-Modell: empirische Vergleiche	92
2.4	Erholung im Alltag	94
2.4.1	Erholungsprozesse	96
2.4.2	Erholungsprobleme	97
2.4.3	Erholung und Pausen	99
2.4.4	Gesamtbelastung und Rückstelleneffekte	104
2.4.5	Implikationen für das betriebliche Gesundheitsmanagement	108
2.5	Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude	109
2.6	Fazit	113

**Kapitel 3: Instrumente des betrieblichen
Gesundheitsmanagements** 115

3.1	Gesundheit als betriebliches Thema	117
3.2	Projektmanagement und Organisationsentwicklung	120
3.2.1	Auftragsklärung	120
3.2.2	Zieldefinition, Projektplanung und -steuerung	122
3.2.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement und Organisationsentwicklung	123
3.2.4	Wahrgenommener Veränderungsbedarf	129
3.2.5	Partizipation und Entscheidungsprozesse	130
3.3	Fehlzeiten und betriebliches Gesundheitsmanagement	132
3.3.1	Vernachlässigung der Anwesenden	133
3.3.2	AU-Analysen und Gesundheitsbericht	138
3.4	Rückkehrgespräche versus Gesundheitszirkel	139
3.4.1	Rückkehrgespräche	140

3.4.2	Gesundheitszirkel.....	145
3.4.3	Vergleich von Rückkehrgesprächen und Gesundheitszirkeln	154
3.5	Vertiefte Analysen.....	155
3.5.1	Mehrebenen-Analysen	155
3.5.2	Die MTO-Analyse.....	156
3.5.3	Befragungsverfahren	164
3.5.4	Verfahren zur Arbeitsanalyse.....	169
3.6	Evaluation von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements	174
3.6.1	Evaluation von Managementsystemen, Programmen und Maßnahmen.....	175
3.6.2	Evaluation von Managementsystemen.....	177
3.6.3	Evaluation von Programmen und Maßnahmen.....	185
3.6.4	Prüfung des ökonomischen Nutzens des betrieblichen Gesundheitsmanagements	191
3.7	Betriebliches Gesundheitsmanagement im Rahmen von Managementinstrumenten	194
3.7.1	Möglichkeiten einer erweiterten Wirtschaftlichkeitsanalyse EWA	197
3.7.2	Balanced Scorecard	200
3.8	Exkurs: Anreizsysteme für betriebliches Gesundheits- management: die Rolle der Sozialversicherungs- träger	218
3.9	Fazit	221

**Kapitel 4: Konzepte gesundheitsförderlicher Arbeits- und
Organisationsgestaltung.....** 223

4.1	Strategien der Arbeitsgestaltung.....	225
4.2	Der Soziotechnische Systemansatz und das MTO-Konzept	230
4.3	Primat der Aufgabe	234
4.4	Das Konzept der vollständigen Aufgabe.....	240
4.5	Der Tätigkeitsspielraum als Basiskonzept.....	245
4.6	Gruppenarbeit	248
4.6.1	Gruppenarbeit im Automobilbau.....	249
4.6.2	Gruppenarbeit im Dienstleistungsbereich.....	254

4.6.3	Von Fallbeispielen zu umfassenderen Analysen.....	257
4.6.4	„Europäische“ und „japanische“ Gruppenarbeitskonzepte.....	260
4.7	Konzepte für den Einsatz neuer Technologien	263
4.8	Unternehmenskultur und Führung	266
4.8.1	Elemente von Unternehmenskulturen	266
4.8.2	Unternehmenskultur, Führung und Gesundheit	269
4.9	Fazit.....	274

**Kapitel 5: Mitarbeitende mit Handicap – "Disability
Management by Ability Management"** 275

5.1	Einführung.....	277
5.2	Zielgruppe und Begriffe.....	278
5.3	Beginn der (Re-)Integrationsmaßnahmen.....	280
5.4	Determinanten der (Re-)Integration	281
5.4.1	Integration von Mitarbeitenden mit Psychischen und Verhaltensstörungen	283
5.4.2	Integration psychisch Kranker – Das Projekt "Supported Employment"	284
5.5	Die Rolle der Vorgesetzten und der Arbeitsbedingungen	286
5.6	Das Projekt FILM – Förderung der Integration Leistungsgewandelter Mitarbeitender	287
5.7	Das Projekt Work2Work	290
5.8	Strategien des Disability Managements	292
5.9	Lösungsansätze und Maßnahmen des Disability Managements.....	294
5.10	Disability Management im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements	296

**Kapitel 6: Problematische Managementkonzepte
und prekäre Arbeitsverhältnisse** 299

6.1	Problematische Managementkonzepte.....	301
6.1.1	Lean Management und Business Process Reengineering.....	302
6.1.2	„Downsizing“: Personalabbau	305

6.1.3	Telearbeit.....	306
6.1.4	Call Center.....	308
6.2	Prekäre Beschäftigungsverhältnisse	314
6.2.1	Flexibilisierung und Entgrenzung der Arbeitszeit.....	314
6.2.2	Segmentierung und „neue Selbstständigkeit“	316
6.2.3	Abbau älterer Arbeitskräfte	320
6.3	Fazit.....	324
Kapitel 7: „Life Domain Balance“ oder: Erwerbsarbeit und andere Lebenstätigkeiten		325
7.1	Einführung	327
7.2	Gestaltung der Erwerbsarbeit.....	330
7.3	Lebensfreundliche Arbeitszeiten.....	335
7.3.1	Verkürzung der Arbeitszeit	337
7.3.2	Schicht- und Nachtarbeit	339
7.4	Familienfreundliche Arbeitsorte	341
7.5	Anstelle eines Fazits: eine Alternative für die Zukunft?	344
Kapitel 8: Netzwerke und betriebliche Beispiele		347
8.1	Europäische Netzwerke.....	349
8.2	Nationale Netzwerke	355
8.3	Spezifische Settings.....	357
8.3.1	Netzwerke gesundheitsfördernder Spitäler	357
8.3.2	Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen	371
8.3.3	Kleine und mittlere Unternehmen (KMU).....	381
8.4	Fazit.....	389
Kapitel 9: Empfehlungen einer Expertenkommission		391
9.1	Empfehlungen der Kommission	393
9.1.1	Empfehlungen an die Betriebe.....	393
9.1.2	Empfehlungen an die Sozialpartner	394
9.1.3	Empfehlungen an den Staat.....	394
9.1.4	Empfehlungen an die überbetrieblichen Akteure.....	395
9.1.5	Empfehlungen an Bildung und Wissenschaft.....	396

9.1.6 Empfehlungen an die Hans-Böckler-Stiftung und die Bertelsmann Stiftung	396
Kapitel 10: Lessons learned	397
Literaturverzeichnis	403
Stichwortverzeichnis	459

Elemente einer Positionsbestimmung

Kapitel 1

1.1 Einführung

In ihrer Erklärung von 1946 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Die „neue“ Definition von 1987 lautete: „Gesundheit ist die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen“. Hier wird eine Veränderung in der Auffassung von Gesundheit erkennbar, die auch für die Gesundheitsförderung von Bedeutung ist. Dazu hatte sich die WHO-Konferenz kurz zuvor mit der Verabschiedung der so genannten „Ottawa-Charta“ geäußert, in der der Organisation der Arbeit und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen ein besonderer Stellenwert zugeschrieben wurde (vgl. Kasten 1.1).

Auszug aus der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation 1986

Kasten 1.1

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen ... Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können ...

Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Damit wird deutlich, dass die Weltgesundheitsorganisation die in den Arbeits- und Sozialwissenschaften gefundenen Beziehungen zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der allgemeinen Lebensqualität in ihre Konzeption von Gesundheit integriert hat. In 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 allenfalls teilweise erreicht worden. Zwar ist eine deutliche Reduzierung der Ausfallzeiten und -kosten aufgrund arbeitsbedingten Unfallgeschehens zu verzeichnen; hier haben sich positive Konsequenzen von Arbeitsschutzmaßnahmen ebenso bemerkbar gemacht wie der Wegfall unfallträchtiger Einrichtungen als Folge technologischer Entwicklungen. Nicht in der wünschenswerten Weise verbessert hat sich offenbar aber das Bild hinsichtlich der arbeitsbedingten Erkrankungen. Dies lässt sich zunächst an einigen Kostengrößen ablesen.

1.2 Zu den Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen

Eine Reihe neuerer Untersuchungen zeigt, dass krankheitsbedingte Abwesenheit für die Unternehmen nicht nur organisatorische Probleme, sondern auch erhebliche Kosten verursachen kann. Der Anteil arbeitsbedingter Erkrankungen am Insgesamt der Erkrankungen wird auf etwa 30 Prozent geschätzt (Kuhn, 2000, S. 103). Damit wird deutlich, dass arbeitsbedingte Erkrankungen – und natürlich auch Unfälle – nicht nur ein individuelles, familiäres oder betriebliches Problem darstellen, sondern auch bei den volkswirtschaftlichen Kosten zu thematisieren sind.

Die Entwicklung der volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland von 2001 bis 2005 ist in Tabelle 1.1 zusammengefasst.

Bei der Analyse der Daten fällt auf, dass die Anzahl der krankheits- bzw. unfallbedingten Abwesenheitstage in diesem Zeitraum deutlich zurückgegangen ist. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Anzahl der Abwesenheitstage pro Abwesenheitsfall im gleichen Zeitraum um 2,4 Tage abgenommen hat.

Tabelle 1.1

Krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage und volkswirtschaftliche Kosten von 2001 bis 2005 in Deutschland (aus Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA] und Mitteilungen der Bundesregierung)

Jahr	abhängig Beschäftigte in Mio.	krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage in Mio.	durchschnittliche Abwesenheit pro Person in Tagen	Produktionsausfall in Mrd. Euro	Ausfall an Bruttowertschöpfung in Mrd. Euro
2001	34,80	508,00	14,60	45,00	70,75
2002	34,60	491,05	14,20	44,15	69,53
2003	34,10	467,00	13,70	42,50	66,40
2004	34,70	440,10	12,70	40,00	70,00
2005	34,50	420,50	12,20	37,80	66,50

Tabelle 1.2 zeigt die Verteilung der geschätzten volkswirtschaftlichen Ausfälle auf Diagnosegruppen für das Jahr 2005. „Da die Schätzung mit stark gerundeten Werten erfolgt, sind Rundungsfehler und Differenzen in der Spaltensummierung teilweise nicht zu vermeiden“ (BAuA 2007, S.1).

Die in der Diagnosegruppe „Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ registrierten AU-Tage stehen nach wie vor an der Spitze der Nennungen (vgl. dazu neuerdings Wieland, 2008). Allerdings ist gerade hier auch eine deutliche Abnahme erkennbar: von 140,3 Mio. 2001 (27,6%) über 134,5 Mio. 2002 (27,4%), 116,5 Mio. 2003 (24,9%) und 107,2 Mio. 2004 (24,4%) auf 97,8 Mio. AU-Tage 2005 (23,3%). Der darauf zurückzuführende Produktionsausfall wurde 2005 auf 8,8 Mrd. Euro geschätzt, der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 0,7 Prozent.

Tabelle 1.2

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

Diagnosegruppen ICD-10	AU-Tage		Produktionsausfall		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
	AU-Tage in Mio.	AU-Tage in %	Mrd. €	Anteil BNE* in %	Mrd. €	Anteil BNE* in %
V Psychische und Verhaltensstörungen	44,1	10,5	4,0	0,2	7,0	0,3
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	26,6	6,3	2,4	0,1	4,2	0,2
X Krankheiten des Atmungssystems	60,9	14,5	5,5	0,2	9,6	0,4
XI Krankheiten des Verdauungssystems	26,0	6,2	2,3	0,1	4,1	0,2
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	97,8	23,3	8,8	0,4	15,5	0,7
XIX Verletzungen, Vergiftungen	53,5	12,7	4,8	0,2	8,5	0,4
Übrige Krankheiten	111,6	26,5	10,0	0,4	17,6	0,8
I-XXI Alle Diagnosegruppen	420,5	100,0	37,8	1,7	66,5	3,0

* BNE = Bruttonationaleinkommen

Eine weitergehende Analyse zeigt, dass die auf die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ (früher: psychiatrische Störungen) entfallenden Abwesenheitstage im Zeitraum zwischen 2001 und 2005 deutlich zugenommen haben (vgl. Tabelle 1.3). Ihr Anteil am Insgesamt der AU-Tage nahm in dieser Zeit von 6,6 auf 10,5 Prozent zu.

„Der deutlich erkennbare Trend ist nicht unerwartet: Die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz nehmen relativ und absolut zu. Ihre Auswirkungen auf die Gesellschaft und die Unternehmen sind bereits heute auf dem Sprung, alle anderen wirtschaftlichen Belastungen hinsichtlich Sicherheit und Gesundheit in den Schatten zu stellen“ (Thiehoff, 2004, S. 62).

Tabelle 1.3

Krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage und volkswirtschaftliche Kosten, bezogen auf die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ von 2001 bis 2005 in Deutschland (aus Angaben der BAuA und Mitteilungen der Bundesregierung)

Jahr	Abwesenheitstage in Mio.	Produktionsausfall in Mrd. Euro	Ausfall an Bruttowertschöpfung in Mrd. Euro
2001	33,60	2,96	4,68
2002	34,37	3,09	4,87
2003	45,54	4,14	6,46
2004	46,30	4,20	7,40
2005	44,10	4,00	7,00

Die hier wiedergegebenen Ergebnisse werfen allerdings auch die Frage auf, ob es sich bei der deutlichen Abnahme der muskuloskelettalen Erkrankungen und der massiven Zunahme der AU-Fälle in der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen“ in relativ kurzer Zeit zumindest teilweise um ein Artefakt besonderer Art handelt: So ist einerseits vorstellbar, dass die Bereitschaft und Fähigkeit, eine psychische Störung als solche zu diagnostizieren, sich bei Ärztinnen und Ärzten verändert hat. Dementsprechend heißt es auch in einem DAK-Report aufgrund einer Expertenbefragung: „Die Mehrheit der Fachleute kommt zu dem Schluss, dass es tatsächlich mehr Fälle gibt. Für wichtig halten sie aber auch, dass psychische Erkrankungen von den Hausärzten häufiger entdeckt bzw. richtig diagnostiziert werden“ (o.V., S.10). Andererseits könnte sich auch bei Patientinnen und Patienten die Bereitschaft verändert haben, wegen psychischer Probleme eine zuständige Instanz aufzusuchen und eine solche Diagnose zu akzeptieren.

Badura und Hehlmann (2003) machten zusätzlich darauf aufmerksam, dass sich die im vergangenen Jahrzehnt feststellbare Intensivierung der Arbeit nicht nur in einer deutlichen Zunahme der durch psychische Störungen bedingten Arbeitsunfähigkeit bemerkbar gemacht habe. „Bemerkenswert ist neben der stetigen Zunahme psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit – unabhängig von der Alters- und Geschlechterstruktur der Bevölkerung – die hohe fallbezogene Krankheitsdauer. Dauerte im Jahr 2000 ein Krankenhausfall

im Mittel aller Diagnosen 10.3 Tage, waren es bei den psychischen Störungen 27.4 Tage ...“ (Badura & Hehlmann, 2003, S. 65).

Bemerkenswert sind schließlich Ergebnisse des im Jahr 2005 unter Einbezug einer für die EU 27 und vier weitere Länder für die erwerbstätige Bevölkerung repräsentativen Stichprobe durchgeführten vierten „European Work Conditions Survey“ (Eurofound 2007), die zeigen, dass Muskel-Skelett-Beschwerden – musculoskeletal disorders (MSDs) – „related to stress and work overload are increasing“ (European Foundation, 2007, S. 2). Ein Ausschnitt aus den Zusammenhängen zwischen Stress und MSDs ist in Tabelle 1.4 dargestellt.

Tabelle 1.4

*Rücken- und Muskelschmerzen in Abhängigkeit von berichtetem Stress für 2005 (European Foundation, 2007, S. 59)**

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

* Angaben in %

„In ganz Europa bilden Beschwerden am Muskel-Skelett-System die bei Weitem am häufigsten genannten arbeitsbedingten Erkrankungen, und die Zahl der Belege dafür, dass zwischen Stress und Muskel- und Skelett-Erkrankungen ein enger Zusammenhang besteht, nimmt zu“ (Riso, 2007, S. 4).

Inzwischen wird auch deutlich, dass neuere Entwicklungen der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik weitere Gefährdungspotentiale für die Gesundheit der Beschäftigten – aber auch derjenigen, die keine Beschäftigungsmöglichkeit finden – beinhalten (vgl. Kasten 1.2).

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

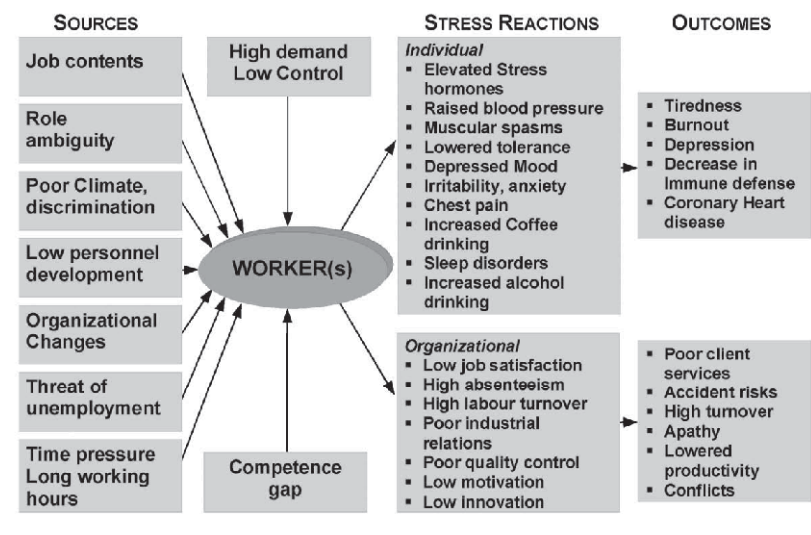
Kasten 1.2

„Globalisierung und der Strukturwandel in Richtung wissensintensiver Dienstleistungsberufe erhöhen in vielen Fällen den Zeitdruck, die Komplexität der Arbeit und die Verantwortung der Beschäftigten. Das Tempo des sozioökonomischen Wandels hat deutlich zugenommen. Sicherheit und Berechenbarkeit der Markt- und Arbeitsverhältnisse haben zugleich spürbar abgenommen. Die ökonomischen Veränderungen und anhaltenden Restrukturierungsprozesse in den Unternehmen führen häufig zu einer Intensivierung der Arbeit und einer Verstärkung von Unsicherheit, Ängsten, Misstrauen und Hilflosigkeitsgefühlen sowie Angst vor Arbeitslosigkeit unter den Beschäftigten mit möglichen Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit und damit auf die Produktivität der Unternehmen und die Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen (Rantanen 2001, ...).“

Wirkungszusammenhänge der beschriebenen Art werden von Rantanen (2001) nachvollziehbar dargestellt (vgl. Abbildung 1.1).

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

Abbildung 1.1



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 vor-

dringlichen Ziele der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik werden muss (vgl. Kasten 1.3).

Kasten 1.3

Arbeitsbedingter Stress und depressive Verstimmungen (aus Levi, 2002, S. 11)

„Anhaltender Stress am Arbeitsplatz ist ein wesentlicher Faktor für das Auftreten von depressiven Verstimmungen. Diese Störungen stehen bei der weltweiten Krankheitsbelastung (global disease burden) an vierter Stelle. Bis 2020 rechnet man damit, dass sie nach den ischämischen Herzerkrankungen vor allen anderen Krankheiten auf dem zweiten Platz stehen werden (Weltgesundheitsorganisation 2001).“

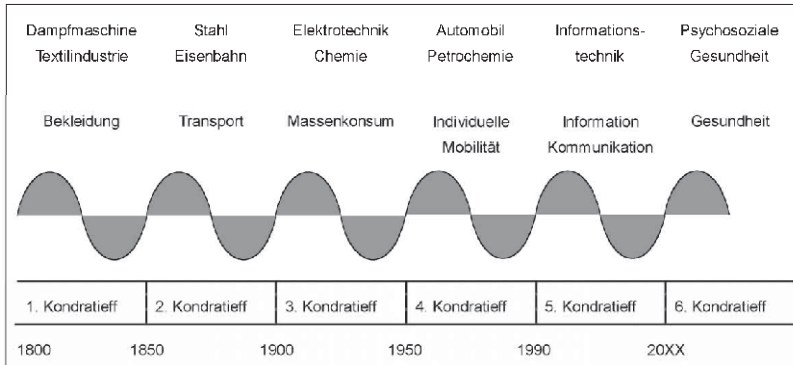
Wenn selbst ernannte Zukunftsforscherinnen und -forscher dazu noch von einer abnehmenden Bedeutung der „unmittelbaren geografischen Nachbarschaft und der familiären Netzwerke“ sowie von einer „schrittweisen Auflösung von althergebrachten gemeinschaftlichen Strukturen“ – und deren Ersatz durch „neue soziale Räume in virtuellen Welten“ – reden oder behaupten „Es gibt keine Sicherheit mehr, nur noch verschiedene Grade von Unsicherheit“, dann stellen sie damit zugleich für Gesundheit und Lebensqualität entscheidende soziale Unterstützungssysteme in Frage.

**Kondratieff-
zyklen**

Damit gewinnt auch die von Nefiodow vorgelegte Zukunftsprojektion an Bedeutung. Seine Auseinandersetzung mit den langen Wellen der Konjunktur, den so genannten Kondratieffzyklen (Kondratieff, 1926), führt nämlich zu dem Ergebnis, dass der gemeinsame Nenner des sechsten Kondratieff durch „Gesundheit im ganzheitlichen Sinn“ zu kennzeichnen ist. Nach Nefiodow (2000, S. 136), der sich an den von der Weltgesundheitsorganisation formulierten Gesundheitskriterien orientiert, fehlt es für die Weiterentwicklung von Wirtschaft und Gesellschaft „... vor allem an psychosozialer Gesundheit. Die grösste Wachstumsbarriere am Ende des fünften Kondratieff sind die hohen Kosten der sozialen Entropie ... “ (vgl. Abbildung 1.2).

Basisinnovationen und ihre wichtigsten Anwendungsfelder (aus Nefiodow, 2000, S. 132)

Abbildung 1.2



Die hier skizzierten Entwicklungen zeigen im Übrigen, dass ein betriebliches Gesundheitsmanagement sich nicht mehr nur auf den Arbeitsschutz beschränken kann, so wichtig dieser im Sinne der Gefährdungsvermeidung selbstverständlich nach wie vor ist.

1.3 Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Hier wird die Position vertreten, dass Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung gemeinsam Bestandteile eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sein müssen. Insofern sind die in den Tabellen 1.5 und 1.6 enthaltenen Gegenüberstellungen akzentuierend zu verstehen und nicht einander ausschließend. Immerhin heißt es ja auch in § 4 des Deutschen Arbeitsschutzgesetzes: „Massnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz zu verknüpfen“ und dabei „gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen“.

Die Schlussfolgerung, die Kentner (2003, S. 266) aus der Gegenüberstellung in Tabelle 1.5 zieht, ist eindeutig: „Die Umsetzungsstringenz in den Unternehmen ist dann besonders hoch, wenn gleichzei-

tig die Produktivität unterstützt wird. Deswegen ist die Integration des Gesundheits- und Arbeitsschutzes in ein Betriebliches Gesundheitsmanagement nicht nur eine Option, sondern eine absolute Notwendigkeit“.

Tabelle 1.5

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

	Traditioneller Gesundheits- und Arbeitsschutz	Betriebliches Gesundheitsmanagement
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> ▪ überwiegend Einhaltung von Vorschriften ▪ Vermeidung von Arbeitsunfällen und Prävention von Berufskrankheiten und damit Unterstützung von unfallversicherungsrechtlichen Zielen ▪ partielle Unterstützung der störungsfreien Produktion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verminderung psychosozialer Belastungen ▪ Verbesserung von Motivation, Arbeitszufriedenheit, Identifikation mit Betrieb und Arbeit ▪ partielle Unterstützung von Produktivität und Wertschöpfung
Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzen liegt teilweise weit in der Zukunft 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzen stellt sich rasch ein
Angebot (Akteure)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsmedizin (AM) ▪ Sicherheitstechnik (ST) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ in geringem Umfang durch AM und ST ▪ Gesundheitswissenschaften ▪ Arbeits- und Organisationspsychologie ▪ Unternehmensberatung
Nachfrage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ durch Regulierung vorgeschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ direkt, weil Durchführungsziel für Unternehmensziele (Produktivität, Wachstum, Beschäftigung)
Aufwand	<ul style="list-style-type: none"> ▪ teilweise beträchtlich durch permanente Bereitstellung von qualifiziertem Personal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ evtl. hohe Startaufwendungen für Veränderung der Organisation sowie des Informations- und Führungsverhaltens ▪ nach Implementierung gering, weil integriert und selbstlernend
Akzeptanz im Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ in der Breite mässig, weil von aussen aufgezwungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gut, weil freiwillig und wertschöpfend
Methodik (Operationalisierung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschriften und enge Leitlinien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ auf das Unternehmen angepasste diagnostische und therapeutische Methodik ▪ Indikatorenentwicklung
Marketing	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hinweis auf Regulierungen (wie steuerliche Abgabe) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investition in Humankapital (wie Kosten für Unternehmensberatung)

Zu fragen bleibt allerdings, ob sich – wie in Tabelle 1.5 dargestellt – der Nutzen eines so verstandenen betrieblichen Gesundheitsmanagements tatsächlich immer rasch einstellt. Schließlich hat Kentner (2003, S. 261) selbst darauf hingewiesen, dass „die effiziente Umsetzung des BGM ... zum Teil gravierende Veränderungen im Denken und Handeln der beteiligten Akteure aber auch in den zu Grunde liegenden Strukturen“ voraussetzt.

Aus arbeitspsychologischer Perspektive weist eine derartige Gegenüberstellung naturgemäß andere Beschreibungsmerkmale auf (vgl. Tabelle 1.6).

Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung (aus Ulich, 2005)

Tabelle 1.6

	Betrieblicher Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Betrachtung des Menschen als schutzbedürftiges Wesen → Defizitmodell → schwächenorientiert → pathogenetisches Grundverständnis	... autonom handelndes Subjekt → Potentialmodell → stärkenorientiert → salutogenetisches Grundverständnis
Aufgaben / Ziele verhältnisorientiert	Vermeiden bzw. Beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen → Schutzperspektive → belastungsorientiert	Schaffen bzw. Erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen → 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 1.6 genannten Aufgaben des Schaffens bzw. Erhaltens gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen geht, sind damit in erster Linie Maßnahmen der Arbeitsgestaltung angesprochen.

1.4 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 (vgl. Breucker, 2000; Busch, 1998; Busch, Huber & Themessl, 1998; Schwager & Udris, 1998). 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 (vgl. „Einsparmöglichkeiten“, S. 20).

1.4.1 Verhaltens- und Verhältnisorientierung

Wenn auch davon auszugehen ist, dass sich Verhaltens- und Verhältnisorientierung 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 1.7.

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 Fehltagel (vgl. BAuA, 2007; Küsgens, Vetter & Yoldas, 2002; Riso, 2007; 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 länger-

fristigen Beschwerdenminderung führen (Lenhardt, Elkeles & Rosenbrock, 1997).

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

Tabelle 1.7

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

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 Maintz et al. (2000) unterstützt, die in öffentlichen Verwaltungen als Prädiktoren für „Schulter-Nacken-Schmerzen“ geringe soziale Unterstützung, Monotonie, Zeitdruck und unzureichende Erholungspausen identifizierten. Darüber hinaus konnte Lundberg (1996) in Schweden zeigen, dass Muskel- und Skeletterkrankungen in Gruppenarbeitsstrukturen mit entsprechender Autonomie weniger häufig auftreten als in arbeitsteiligen Arbeitsstrukturen, in denen die gleichen Produkte bzw. Dienstleistungen zu erstellen sind. Auch hier zeigte sich, dass physiologische Belastungsreaktionen und Selbsteinstufungen der erleb-

ten Ermüdung in den arbeitsteiligen Strukturen während des Schichtverlaufes zunahm 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 Gratifikationskrisen¹ – 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.

Persönlichkeitsförderliche Aufgabengestaltung

Hinweise wie diese zeigen, dass eine ungenügende Ausprägung der Merkmale persönlichkeitsförderlicher und Aufgabenorientierung bewirkender Aufgabengestaltung (vgl. Kapitel 4) 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. Kapitel 2.2.3).

Eine ganzheitliche Konzeption betrieblichen Gesundheitsmanagements mit einer Integration verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen findet sich als Postulat übrigens auch in der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Bereits in der Einleitung wird festgestellt: "Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung

¹ Zum Konzept der Gratifikationskrise vgl. Siegrist (1996a, 1996b).

- Stärkung persönlicher Kompetenzen." (ENWHP 1997, 2007, 1).

In den Leitlinien werden vier Voraussetzungen für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung genannt (vgl. Kasten 1.4).

Die Luxemburger Deklaration – BGF-Leitlinien (1997)

Kasten 1.4

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.

1.4.2 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 (Bamberg, Ducki & Metz, 1998; Ducki, 2000; Oesterreich & Volpert, 1999; Hacker et al., 2000; Richter, 1996).²

² Insofern war es durchaus folgerichtig, dass bei Hacker (1991) schon vor einiger Zeit von gesundheits- und persönlichkeitsfördernden Arbeitstätigkeiten die Rede war und dass Richter (1996, S. 109) postulierte: „Kern eines solchen auf Gesundheits- und Persönlichkeitsförderlichkeit ausgerichteten psychologischen Vorgehens ist die Gestaltung von Arbeitsaufgaben“. Umgekehrt ist aber auch bemerkenswert, dass in einem neuen Bericht über den Stand der Gesundheitspsycholo-

**Bedeutung
hoher
Anforderungen**

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 (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 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).³

Emotionsarbeit

Der von Hochschild (1979) eingeführte Begriff „Emotionsarbeit“ betrifft eine spezifische Form von Arbeitsanforderungen, die darin besteht, bei anderen Menschen (z.B. Kundinnen/Kunden, Patientinnen/Patienten) positiv bewertete Gefühlszustände zu bewirken oder zu erhalten. Diese Anforderung gehört zu den zentralen Merkmalen personenbezogener Dienstleistungen. Um solche positiven Emotionen bei anderen auszulösen oder aufrecht zu erhalten, müssen derartige Dienstleistungen erbringende Personen selbst positive Gefühle zeigen. Entspricht die eigene emotionale Situation dieser Anforderung nicht, ist also zur angemessenen Aufgabenerfüllung eine verstärkte Emotionsregulation erforderlich, so kann daraus eine erhebliche Belastung resultieren. Beispiele dafür finden sich bei den von Hochschild früher untersuchten Tätigkeiten von Flugbegleiterinnen und Flugbegleitern ebenso wie im Bereich ärztlicher oder pflegerischer Tätigkeit (Büssing & Glaser, 2003), bei in Call Centers Beschäftigten (Dormann, Zapf & Isic, 2002) ebenso wie im Gastgewerbe (Durst, 1993) und nehmen mit der Ausdehnung personenbezogener Dienstleistungen entsprechend zu. Das Zeigen und Vermitt-

gie (Haisch, 2000) der Betrieb als möglicher Ort der Gesundheitsförderung kaum und die Arbeitstätigkeit als potentiell gesundheitsstabilisierende oder gesundheitsfördernde Lebenstätigkeit überhaupt nicht erwähnt wird. Dies ist umso erstaunlicher, als Parallelen zwischen den Ansätzen der Gesundheitswissenschaft und der Arbeitswissenschaft nicht zu übersehen sind.

³ Der aus nicht optimalen organisatorisch-technischen Bedingungen resultierende Zusatzaufwand wird von Oesterreich und Volpert (1999, S. 269) für Arbeitstätigkeiten in Büro und Produktion auf im Mittel einen Tag pro Woche geschätzt, kostet also „Arbeitszeit, die man besser für produktive Tätigkeiten verwenden könnte“.

ten von Gefühlen als berufliche Anforderung kann auch als spezifischer Aspekt kommunikativer Kompetenz interpretiert werden.

Im Beitrag von Oesterreich (1999) findet sich eine auf fünf Konzepte bezogene Übersicht von Aussagen über die Bedeutung psychischer Anforderungen und psychischer Belastungen in Bezug auf verhältnisorientierte Beiträge zur Gesundheitsförderung (vgl. Tabelle 1.8).

Übersicht zu Aussagen über Richtungen der Verhältnisprävention durch Arbeitsgestaltung (aus Oesterreich, 1999, S. 213)

Tabelle 1.8

	Konzept Anforderung/ Belastung	Demand/ Control-Modell	Be-lastungs-Beanspruchungs-konzept	Konzept Voll-ständige Tätigkeit	Konzept Psychischer Stress
psychische Anforderungen	erhöhen	erhöhen	keine Aussage	erhöhen	erhöhen, um Belastungen zu mildern
psychische Belastungen	verringern	verringern, wenn Anforderungen gering; erhöhen, wenn Anforderungen hoch	verringern, wenn Überforderung; erhöhen, wenn Unterforderung	Erhöhen von Anforderungen gleichbedeutend mit Verringern von Belastungen	verringern

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“.

**Einsparmöglich-
lichkeiten**

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 1.5).

Kasten 1.5

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.

Änderungen der Verhältnisse führen aber vor allem dann zu persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Veränderung von Verhalten, wenn die Beschäftigten an der Veränderung der Arbeitsbedingungen massgeblich beteiligt werden“ (vgl. Kapitel 4).

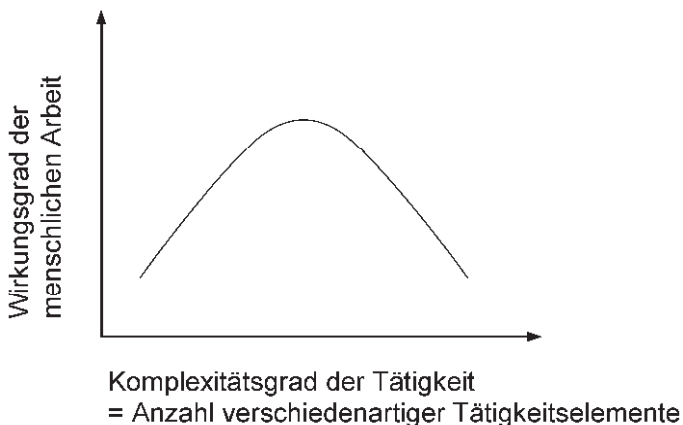
Natürlich gilt aber auch für Anforderungen, dass sie zu hoch oder zu komplex sein können, so dass quantitative oder qualitative Überforderung und daraus resultierender Krankenstand entstehen kön-

nen. 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 (vgl. Abbildung 1.3) weist demgegenüber darauf hin, dass das diesbezügliche Optimum keineswegs notwendigerweise dem möglichen Maximum entspricht.

Diese Annahme zeigt auch Übereinstimmungen mit dem so genannten „Vitaminmodell“ von Warr (1994), das ebenfalls eine kurvilineare Beziehung zwischen Tätigkeitsmerkmalen, wie Autonomie oder Anforderungsvielfalt, und dem Wohlbefinden der Beschäftigten postuliert.

Vermuteter Zusammenhang zwischen Komplexitätsgrad der Tätigkeit und Wirkungsgrad der menschlichen Arbeit (aus Ulich, 1972)

Abbildung 1.3



1.5 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 für uns ebenfalls außer Frage. Eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik hätte allerdings den Rahmen der hier vorliegenden Publikation gesprengt.

Grundbegriffe des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Kapitel 2

2.1 Der Gesundheitsbegriff

Im Zentrum des betrieblichen Gesundheitsmanagements steht die Gesundheit der Mitarbeitenden. In Unternehmen, die ein betriebliches Gesundheitsmanagement einführen wollen, muss deshalb eine klare Vorstellung existieren, was mit dem Begriff Gesundheit gemeint ist und welche Konsequenzen dies allenfalls für das Unternehmen hat. Diese Aussage mag zunächst trivial erscheinen. Interessanterweise führen aber entsprechende Nachfragen keineswegs zu eindeutigen Antworten. Dass Fehlzeiten ein Indikator für *fehlende* Gesundheit sein können, ist für die meisten Unternehmen klar. Was darüber hinaus, im Sinne einer *positiven* Konzeption, mit dem Begriff Gesundheit gemeint sein könnte, bleibt dagegen in vielen Fällen eher diffus. Deshalb werden in diesem Kapitel einige für das Gesundheitsmanagement in Unternehmen relevante Grundbegriffe eingeführt. Dabei geht es zunächst um den Gesundheitsbegriff selbst sowie um die wichtige Rolle der Ressourcen, um Belastungen, Stress, Burnout und Erholung. Nach der anschließenden Darstellung gesundheitsbezogener Wirkungsmodelle werden die Konzepte Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude kritisch diskutiert.

Die Autoren dieses Buches haben in verschiedensten Veranstaltungen zum Thema "Gesundheitsmanagement in Unternehmen" die Teilnehmenden zum Einstieg gefragt, woran sie erkennen, dass jemand gesund bzw. krank ist. Bei den Teilnehmenden handelte es sich z.B. um Mitglieder von Geschäftsleitungen, HR-Verantwortliche, Sicherheitsbeauftragte, Linienvorgesetzte sowie Beraterinnen und Berater aus Unternehmen verschiedenster Größen und Branchen. In Tabelle 2.1 sind die entsprechenden Antworten von mehr als 180 Teilnehmenden exemplarisch dargestellt.

Tabelle 2.1

Übersicht zu Gesundheits- bzw. Krankheitsindikatoren*: Aussagen von Teilnehmenden aus Seminaren und Workshops (Ulrich & Wülser, verschiedene Veranstaltungen).

Haltungs- bzw. Einstellungsänderungen	Erscheinungsbild und physische Indikatoren (inkl. Aktivierungsniveau)	Psychische Indikatoren (Emotionale Reaktionen, Motivationale Tendenzen)	Soziale und verhaltensbezogene Indikatoren	Leistungsbezogene Indikatoren (Effektivität, Effizienz)
<i>Werthaltungen ändern</i> <i>Negative Einstellungen</i> <i>Echtheit fehlt</i>	Körperhaltung, Bewegung, Körpersprache (4x) Gang, Kleidung, Stimme, Ausstrahlung (z.B. Blick, Mimik) (2x) Optischer Eindruck (Gesichtsausdruck) Wie sich jemand gibt <i>Äussere Merkmale, Nachlässigkeit</i> <i>Krankheitssymptome (2x)</i> <i>Physische Symptome (z.B. Schwitzen, zittern)</i> <i>Schmerzsymptome</i> <i>Energieabfall</i> <i>Ständige Müdigkeit</i>	Motivation (2x) Positive oder negative Stimmung (2x) Aufgestellt sein, Arbeitsfreude (2x) Humor, Gelassenheit Engagement, Dynamik, Initiative (3x) <i>Aggression, Ärger, Gereiztheit (9x)</i> <i>Niedere Frustrationstoleranz</i> <i>Apathie (2x)</i> <i>Emotionale Reaktionen</i> <i>Niedergeschlagenheit</i> <i>Flach, keine Ideen, neblig</i> <i>Alles wird zuviel</i> <i>Unzufriedenheit</i> <i>Überdreht reagieren</i> <i>Fehlende Neugier, beteiligungslos, uninteressiert (2x)</i> <i>Gespielte Euphorie</i> <i>Keine Begeisterung mehr</i> <i>Nicht mehr offen sein</i> <i>Keine Reaktion mehr</i> <i>Resignation</i> <i>Sarkasmus, Zynismus (2x)</i>	Teamverhalten (2x), (z.B. Kommunikation, Konflikt) <i>Verhaltensänderungen (3x)</i> <i>Sozialer Rückzug (7x)</i> <i>Schweigsamkeit, Redseligkeit</i> <i>Sich "unauffällig" machen, unsichtbar werden,</i> <i>Suchtmittelkonsum, Suchtverhalten (10x)</i> <i>Viele Arzttermine</i> <i>Zunahme Fehlzeiten (5x)</i> <i>Wenn jemand kommuniziert, dass er/sie krank ist (2x)</i>	<i>Leistungsveränderungen (9x)</i> <i>Produktivität (2x)</i> <i>Vergesslichkeit, Konzentration (2x)</i> <i>Fehlerquote (2x), Unfälle</i> <i>Längere Präsenzzeiten</i> <i>Überstunden</i> <i>Flexibilität, Belastbarkeit</i> <i>Nicht mehr zielorientiert</i> <i>Dinge liegen lassen</i> <i>Ferien verschieben</i>

* Krankheitsindikatoren sind kursiv dargestellt, Gesundheitsindikatoren und Indikatoren, die sowohl Gesundheit als auch Krankheit betreffen können, in normaler Schrift.

Mit diesem Zugang zum Gesundheitsbegriff wird natürlich zunächst keine Definition erarbeitet. Da aber eine Gesundheitsdefini-

tion in Unternehmen nur dann nutzbar gemacht werden kann, wenn sie an bestehende Überzeugungen anknüpft und hinreichend konkretisierbar ist, sind die Aussagen in Tabelle 2.1 dennoch in verschiedener Hinsicht interessant:

- Die Teilnehmenden haben durchaus differenzierte Vorstellungen zu Gesundheits- bzw. Krankheitsmerkmalen. Berücksichtigt werden sowohl grundlegende Haltungen bzw. Einstellungen als auch physische und psychische Indikatoren, soziale und Verhaltensindikatoren sowie Leistungsmerkmale. Bereits hier entsteht also ein mehrdimensionales Bild von Gesundheit.
- Krankheitssymptome werden vergleichsweise häufiger genannt als Indikatoren für Gesundheit; dies ist ein Hinweis darauf, dass wir klarere Vorstellungen von Krankheit als von Gesundheit haben.
- "Klassische" Krankheitsindikatoren wie z.B. Grippe-symptome werden relativ selten genannt, weit häufiger dagegen psychische Indikatoren wie Aggression und Verhaltensindikatoren wie sozialer Rückzug.
- Leistungsindikatoren erhalten, im Arbeitskontext wenig überraschend, ebenfalls einige Aufmerksamkeit.

Ohne dass die Frage entsprechend formuliert gewesen wäre, haben die Teilnehmenden insbesondere bei Verhaltensindikatoren oft *Verhaltensänderungen* genannt. Dabei geht es z.B. um Leistungsveränderungen, Veränderungen im Sozialverhalten oder Veränderungen in Fehlzeiten usw. Ohne ausdrücklich darauf zu verweisen haben sie also berücksichtigt, dass Gesundheit bzw. Krankheit in vielerlei Hinsicht nicht absolut zu definieren ist, insbesondere wenn man das subjektive Gesundheitsempfinden (vgl. Kapitel 2.1.1) als Bestandteil einer Gesundheitsdefinition berücksichtigt. Zudem haben die Teilnehmenden damit Aspekte einer dynamischen Gesundheitsdefinition einbezogen. Gemeint ist damit, dass Gesundheit kein statischer Zustand ist sondern entwickelt bzw. immer wieder hergestellt werden muss: "als immunologisch verstandene Abwehr sowie als Anpassung an oder als zielgerichtete Veränderung der Umweltbedingungen durch das Individuum" (Udris, 2006, S. 6).

Natürlich kann man sich fragen, ob die Befragung einer repräsentativen Gruppe zum Gesundheitsbegriff zu ähnlichen Ergebnissen führt. In einer Befragung von ca. 9'000 Personen fand Blaxter (1990) folgende subjektive Bestimmungsmerkmale für Gesundheit:

- Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit (11.5%);
- Gesundheit als körperliche Energie und Stärke (28%);
- Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit (25%);
- Gesundheit als psychisches und körperliches Wohlbefinden (35.5%).

Obwohl die Erhebung von Blaxter bereits einige Jahre alt ist und aus einem anderen Kulturkreis stammt, ergeben sich recht ähnliche Ergebnisse. Auch hier spielen psychische und physische Merkmale sowie die Leistungsfähigkeit eine wesentliche Rolle. Körperliche Energie und Stärke werden ebenfalls oft genannt, Abwesenheit von Krankheit dagegen vergleichsweise selten.

Dieser einleitende, induktive Zugang zur Frage des Gesundheitsbegriffs soll deutlich machen, dass sich eine Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit in der Initiierungsphase des betrieblichen Gesundheitsmanagements durchaus lohnen kann. Erstens werden so unterschiedliche, oft nicht ausgesprochene, Überzeugungen zum Thema deutlich. Gleichzeitig werden folgerichtig meistens auch Fragen zu Ursachen und Verantwortlichkeiten, zu Menschenbildern bzw. in einem weiteren Sinne zur Unternehmenskultur angesprochen; es darf also nicht verwundern, dass solche Diskussionen oft entsprechenden Zündstoff beinhalten. Zweitens fallen der Aufbau und die Konkretisierung entsprechender Managementsysteme bzw. der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Unternehmen leichter, wenn hinsichtlich des Grundbegriffs Gesundheit Konsens besteht.

Gesundheit – ein vielschichtiger Begriff

In diesem Zusammenhang muss man sich vor Augen halten, dass Gesundheit historisch schon immer ein vielschichtiger normativer Begriff war, der das Ergebnis gesellschaftlicher Diskussionen und sich wandelnder Gruppeninteressen darstellte (Göckenjan, 1992; Trojan & Legewie, 2001), das heißt also, dass politische und soziale Bestimmungsgrößen in die Definition mit einfließen (Klotter, 1999).

Bis heute zeigen sich Unterschiede in der Definition von Gesundheit, aber auch in den Annahmen darüber, „wie Gesundheit erhalten, geschwächt oder stabilisiert werden kann“ (Greiner, 1998, S. 40). Die unterschiedlichen Konzepte stellen sowohl für die Theorieentwicklung als auch für die empirische Gesundheitsforschung und das betriebliche Gesundheitsmanagement eine Herausforderung dar.

Für die weitere Diskussion sind dennoch bereits wichtige Erkenntnisse gewonnen: Erstens lohnt es sich im Umgang mit dem Gesundheitsbegriff „subjektive Konzepte“ bzw. „Laienkonzepte“ von Gesundheit (vgl. Waller, 2002, S. 15) zu berücksichtigen (vgl. Abschnitt 2.1.1). Zweitens spielen das psychische und körperliche Wohlbefinden offensichtlich eine herausragende Rolle (vgl. 2.1.2 und 2.1.3). Wenn eine positive Gesundheitskonzeption angestrebt wird, muss drittens die Rolle der Ressourcen geklärt werden (vgl. 2.1.4). Viertens sind insbesondere bei einer prozesshaften Betrachtung von Gesundheit Merkmale der Leistungsfähigkeit bzw. in einem übergeordneten Sinne der Handlungsfähigkeit zu berücksichtigen (vgl. 2.1.6). Schließlich kann Gesundheit fünftens nicht eindimensional beschrieben und muss als dynamisches Konzept verstanden werden (vgl. 2.1.7). Diesen fünf Prämissen sind die folgenden Abschnitte gewidmet.

2.1.1 Objektiver oder subjektiver Gesundheitsbegriff?

Unter Laienkonzepten von Gesundheit werden das individuelle Verständnis sowie persönliche Sichtweisen „über Ursachen und Kontextbedingungen von Gesundheit verstanden (letztere werden auch als ‘subjektive Theorien’ von Gesundheit bezeichnet)“ (Waller, 2002, S. 15). Sie beinhalten auch Vorstellungen über die Mitverantwortung für die eigene Gesundheit, die eigene Vulnerabilität und auch persönliche Einschätzungen über die Möglichkeiten der Prävention (Becker, 1992).

Becker (2001) vertritt die Auffassung, dass für Maßnahmen der Gesundheitsförderung die Berücksichtigung und gegebenenfalls Beeinflussung der individuellen Laienmodelle von Bedeutung ist, weil Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf Widerstand stoßen

Berücksichtigung von Laienmodellen

können, wenn sie mit den Vorstellungen und Lebensumständen der betroffenen Personen nicht zu vereinbaren sind.

Für die Wissenschaft, aber auch für die betriebliche Praxis stellt sich damit die Frage, welcher Stellenwert objektiven bzw. subjektiven Bestimmungsmerkmalen der Gesundheit beizumessen ist (vgl. Kasten 2.1).

Kasten 2.1

Probleme eines rein subjektiven Gesundheitsmodells (aus Greiner, 1998, S. 51)

„Ein rein subjektives Modell stellt wenige Richtlinien zur Definition von gesellschaftlichen Handlungsnotwendigkeiten zur Verfügung. Wenn jedes Individuum letztendlich selber entscheidet, wie gesund oder krank es ist, entscheidet es auch, wann präventiver oder kurativer Handlungsbedarf besteht. Das ist zwar ein wichtiger Punkt bei partizipativen Gesundheitsförderungsprogrammen, in denen Individuen an der Gestaltung der für sie wichtigen Gesundheitsaspekte und -bedingungen mitwirken (Westermayer & Bähr, 1994), andererseits sind objektive Parameter jedoch wichtig, um generalisierbare Standards zu entwickeln. Wenn man davon ausgeht, dass sowohl objektive als auch subjektive Komponenten wichtig sind, sollten beide Konzepte klar als Bestandteile einer Gesundheitsdefinition voneinander getrennt werden.“

Die Berücksichtigung von Laienvorstellungen kann also die Akzeptanz der betrieblichen Gesundheitsförderung erhöhen. Rein subjektive Modelle sind offensichtlich aber ebenso mit Problemen verbunden wie der Versuch, Gesundheit ausschließlich nach objektiven Gesichtspunkten zu definieren. Zusammenfassend kann damit festgehalten werden, dass neuere Gesundheitsmodelle in der Regel „sowohl subjektive Befindlichkeiten als auch objektive Parameter“ (Greiner, 1998, S. 51) berücksichtigen. Das subjektive Wohlbefinden spielt in diesem Zusammenhang in vielen Gesundheitsdefinitionen eine wichtige Rolle.

2.1.2 Der Gesundheitsbegriff der WHO und die Rolle des Wohlbefindens

Da es im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ausdrücklich darum gehen muss, gesundheitliche Beeinträchtigungen möglichst früh zu erkennen, kommt dem subjektiven Wohlbefinden erhebliche Bedeutung zu. Die WHO hat in diesem Zusammenhang mit ihrer Gesundheitsdefinition einen bedeutsamen Beitrag geleistet.

Wie in Kapitel 1 dargestellt, formulierte die WHO 1946 die folgende Gesundheitsdefinition: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Diese Definition wurde im Zusammenhang mit neueren Gesundheitskonzepten wohl am häufigsten zitiert (Ducki, 2000), aber auch mehrfach kritisiert. Einerseits wurde darauf hingewiesen, dass Altern, Trennung, Verlust und Tod unausweichlich zum menschlichen Leben gehören (Trojan & Legewie, 2001), andererseits wurde diese Definition angesichts der weltweit großen Unterschiede in den sozioökonomischen Rahmenbedingungen als utopisch bezeichnet. Außerdem kennzeichnet der Begriff „Zustand“ eine statische Sichtweise; tatsächlich ist Gesundheit aber mit ständigen Anpassungsleistungen an Umgebungsbedingungen verbunden. Trotz dieser Einschränkungen ist der programmatische Charakter der WHO-Definition im Hinblick auf gesellschaftliche Entwicklungen hervorzuheben, auch wenn sie aus wissenschaftlicher Sicht von begrenztem Nutzen sein mag (Waller, 2002).

Mit der „neuen“ Definition der WHO von 1987 und aufgrund der „Ottawa-Charta“ von 1986 und der damit verbundenen Folgekonferenzen wurde eine Veränderung in der Auffassung von Gesundheit erkennbar, die auch für die betriebliche Gesundheitsförderung von Bedeutung ist (vgl. Kapitel 1.1). Hier wird dem Menschen eine aktive Rolle für den Aufbau und die Aufrechterhaltung seiner Gesundheit zugesprochen und auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen erhält einen besonderen Stellenwert. Sowohl für wissenschaftliche Untersuchungen als auch für das betriebliche Gesundheitsmanagement muss die Definition der WHO allerdings konkretisiert werden (Ducki, 2000). Im folgenden Abschnitt wird deshalb zunächst der Wohlbefindensbegriff unter Bezugnahme zu (arbeits-)psychologischen Konzepten vertieft.

2.1.3 Wohlbefinden und Gesundheit

In Bezug auf psychologische Gesundheitstheorien stellt Noack (1993, S. 19) fest, dass beim heutigen Wissensstand „psychisches und körperliches Befinden als inhaltlicher und konzeptioneller Kern subjektiver Gesundheit angesehen werden können“.

Definitionen von Wohlbefin- den

Wohlbefinden wird allerdings nicht einheitlich definiert (Staudinger, 2000). Zuweilen wird Wohlbefinden mit „Happiness“ gleichgesetzt, andere Definitionen beziehen sich ausschließlich auf das Konzept der Lebenszufriedenheit. Viele Definitionen sind eindimensional konzipiert, mit den Polen „sich schlecht fühlen“ und „sich gut fühlen“ (Warr, 1999). Vielfach erfolgt eine Definition auch ohne theoretische Begründung rein operational; Wohlbefinden ist dann eben das, was mit den jeweiligen Erhebungsinstrumenten erhoben wird. Relativ unbestritten ist dagegen, dass Wohlbefinden ein subjektives Konstrukt darstellt (Staudinger, 2000).

Es erscheint zunehmend evident, dass zwischen einer kognitiven und einer affektiven Komponente des Wohlbefindens unterschieden werden kann und dass sowohl kognitive Urteile, wie auch positive oder negative Gefühlszustände, obwohl sie substantiell korrelieren, eigenständige Beiträge zur Erklärung des Konstrukts liefern (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Mayring (1991) unterscheidet zwischen eher kurzfristigen Faktoren, wie Freude und Glück, und eher längerfristigen Faktoren, wie Belastungsfreiheit und Zufriedenheit. Im Modell von Becker (1986) wird zwischen aktuellem und habituellem Wohlbefinden unterschieden. Unter *aktuellem Wohlbefinden* sind auf physischer Ebene z. B. die aktuelle Beschwerdefreiheit, ein positives körperliches Empfinden und Vitalität gemeint. In psychischer Hinsicht geht es um positive Gefühle, wie Arbeitsfreude und Kompetenzerleben, aber auch um positive Stimmungen, wie Gelassenheit. Gefühle unterscheidet Becker von Stimmungen durch deren fehlende Intentionalität, längere Erstreckung und schwächere Intensität. *Habituelles Wohlbefinden* bezieht sich auf das über längere Zeit andauernde *typische* Befinden einer Person, das gemäß Becker stärker als das aktuelle Befinden durch kognitive Prozesse gekennzeichnet ist. Diener (1994) berichtet, dass vor allem die affektive Komponente des Wohlbefindens durch aktuelle Ereignisse beeinflusst wird.

Im Zusammenhang mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement interessiert vor allem das tätigkeitsspezifische Wohlbefinden (vgl. Kasten 2.2)

The Nature of „job-specific“ well-being (aus Warr, 1999, S. 393)

Kasten 2.2

„Especially when examining one particular domain, such as the workplace, it is important to distinguish between specific forms of well-being and more general feelings about one's life. The more limited form of primary concern in this chapter is 'job-specific' well-being – people's feelings about themselves in relation to their job. 'Context-free' well-being has a broader focus, covering feelings in any setting. Both forms of well-being are located within the broader concept of 'mental health'. The notion also includes features like positive self-regard, competence, aspiration, autonomy, and integrated functioning (Warr, 1987, 1997; Compton et al., 1996).“

Warr versteht also Wohlbefinden als Teil der „mentalenen Gesundheit“. Sein Versuch, affektives Wohlbefinden für den Arbeitskontext zu definieren (Warr, 1990, 1999) basiert auf einem Circumplex-Modell (vgl. Kasten 2.3), das insbesondere im Kontext der Emotionsforschung angewendet worden ist (vgl. z. B. Russel, 1980). Ein Circumplex ist eine zweidimensionale, kreisartige Struktur, in der einzelne Attribute hoch mit Attributen korrelieren, die auf dem Kreis in deren Nähe angeordnet sind, die nicht mit Attributen korrelieren, zu denen sie rechtwinklig angeordnet sind und die invers korrelieren mit Attributen, denen sie genau entgegengesetzt angeordnet sind (Larsen & Diener, 1992). Die Wohlbefindensindikatoren im Modell von Warr beziehen sich auf zwei grundlegende Dimensionen. Die erste Dimension „pleasure“ kann im Sinne einer Situationsbewertung verstanden werden (Zapf & Semmer, 2004, S. 1012), sie wird oft über Skalen zur Arbeitszufriedenheit erfasst. Die zweite zugrunde liegende Dimension „arousal“ (Aktiviertheit) wird von Warr nicht direkt einbezogen, sondern in Kombination mit der evaluativen horizontalen Dimension berücksichtigt. So ergeben sich zwei weitere Dimensionen („depression to enthusiasm“ und „comfort to anxiety“).

*Circumplex-
Modell*

Kasten 2.3

Three principal axes for the measurement of affective well-being (aus Warr, 1999, S. 393 - 395).

„Well-being of all kinds is often viewed along a single dimension – roughly, from feeling bad to feeling good. Such a dimension can, of course capture important feelings, but it is preferable to think in terms of a two-dimensional framework ... Such a framework has been substantiated in many investigations (for example, Matthews, Jones, and Chamberlain; Thayer, 1989; Watson, Clark and Tellegen 1988), which have pointed to the importance of two independent dimensions of feeling, here labeled 'pleasure' and 'arousal'.

We may describe a person's well-being in terms of its location relative to those two dimensions (representing the content of feelings) and its distance from the midpoint of the figure (such that a more distant location indicates a greater intensity). A particular degree of pleasure or displeasure may be accompanied by high or low levels of mental arousal, and a particular quantity of mental arousal (sometimes referred to as 'activation') may be either pleasurable or unpleasurable.

Within this framework, three principal axes of measurement are illustrated in figure 20.2. In view of the central importance of feelings of low or high pleasure, the first axes measures this horizontal dimension alone. The other two axes take account of mental arousal as well as pleasure by running diagonally between opposite quadrants through the midpoint of the figure.

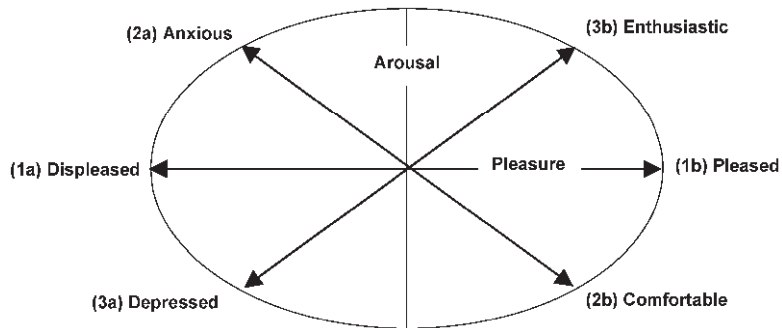


Figure 20.2 Three Axes for the Measurement of Affective Well-Being

In thinking about job-specific or context-free well-being, we may thus consider three main axes (Daniels and Guppy 1994; Lucas, Diener, and Suh 1996). First is displeasure-to-pleasure, the positive pole of which is often examined as satisfaction or happiness. ... The second axis runs from anxiety to comfort. Feelings of anxiety combine low pleasure with high mental arousal, whereas comfort is illustrated as low-arousal pleasure. ... A person may be characterized in terms of his or her location on each of the three axes, which are, of course, intercorrelated because of the central importance of feelings of pleasure ... Despite that general intercorrelation, the three axes have different associations with certain other variables."

Warrs Modell kann zur empirischen Erfassung von Indikatoren des Wohlbefindens genutzt werden. Mithilfe des Modells wird die Vielschichtigkeit des Wohlbefindenskonzepts deutlich. Klar wird auch, dass Wohlbefinden nicht mit Behaglichkeit gleichgesetzt werden darf, was im Arbeitskontext Widerstand provozieren würde. Dass solche Assoziationen ausgelöst werden können und tatsächlich viele Führungskräfte auf Begriffe wie Wohlbefinden und Arbeitsfreude negativ reagieren, bestätigt auch Pratt (2001, S. 45): „Yet I can't count the number of times that executives become skittish at my mere mention of employee delight. 'Isn't it a little over the top to use the term Delight for employees', they squirm“. Untersuchungsergebnisse von Sczesny und Thau (2004) aus einem Großunternehmen der Telekommunikationsbranche ergeben zusätzliche Evidenz für den Einbezug von Wohlbefindensindikatoren in betriebliche Analysen. In dieser Studie zeigte sich, dass die nicht kontextgebundene gesundheitsbezogene Einschätzung des Wohlbefindens höher mit der Dauer und der Häufigkeit von Fehlzeiten korrelierte, als die kontextgebundene Arbeitszufriedenheit.

Das in diesem Abschnitt besprochene Wohlbefinden bzw. die Gesundheit der Mitarbeitenden stehen insbesondere mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen in Zusammenhang; deren Rolle für die Gesundheitsförderung steht deshalb in den nächsten Abschnitten im Mittelpunkt des Interesses.

2.1.4 Salutogenetische Gesundheitsmodelle: die Rolle der Ressourcen

Im Unterschied zu der klassischen pathogenetischen Fragestellung nach den Ursachen von Krankheiten interessierte sich der israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky primär für die Frage, warum Menschen, trotz der Konfrontation mit einer Vielzahl von Gesundheitsrisiken, gesund bleiben (Antonovsky, 1979; 1997; vgl. auch Kasten 2.4).⁴

⁴ Für eine Übersicht zu Forschungsstand und Anwendungsfragen zu Antonovskys salutogenetischem Gesundheitsmodell vgl. Bengel, Strittmatter und Willmann (1998) sowie Margraf, Siegrist und Neumer (1998).

Kasten 2.4*Pathogenese und Salutogenese: eine komplementäre Beziehung
(aus Antonovsky, 1997, S. 29 f.)*

„Ich kann nun zusammenfassen, was unter der salutogenetischen Orientierung verstanden wird. Sie rührt aus dem fundamentalen Postulat, dass Heterostase, Altern und fortschreitende Entropie die Kerncharakteristika aller lebenden Organismen sind. Daraus folgt:

- Sie führt uns dazu, die dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank zu verwerfen, und dies stattdessen auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu lokalisieren.
- Sie verhindert, dass wir der Gefahr unterliegen, uns ausschliesslich auf die Ätiologie einer bestimmten Krankheit zu konzentrieren, statt immer nach der gesamten Geschichte eines Menschen zu suchen – einschliesslich seiner oder ihrer Krankheit.
- Anstatt zu fragen: 'Was löste aus (oder 'wird auslösen', wenn man präventiv orientiert ist), dass eine Person Opfer einer gegebenen Krankheit wurde?', das heisst, anstelle uns auf Stressoren zu konzentrieren, wären wir eindringlich zu fragen gemahnt: 'Welche Faktoren sind daran beteiligt, dass man seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hin bewegen kann?'. Das heisst, wir stellen Copingressourcen ins Zentrum unserer Aufmerksamkeit.
- Stressoren werden nicht als etwas Unanständiges angesehen, das fortwährend reduziert werden muss, sondern als allgegenwärtig. Darüber hinaus werden die Konsequenzen von Stressoren nicht notwendigerweise als pathologisch angenommen, sondern als möglicherweise sehr wohl gesund – abhängig vom Charakter des Stressors und der erfolgreichen Auflösung der Anspannung.
- Im Gegensatz zu der Suche nach Lösungen nach Art der Wunderwaffe müssen wir nach allen Quellen der negativen Entropie suchen, die die aktive Adaptation des Organismus an seine Umgebung erleichtern.
- Letztlich führt uns die salutogenetische Orientierung über die in pathogenetischen Untersuchungen erworbenen Daten dadurch hinaus, dass sie immer die in solch einer Untersuchung ermittelten abweichenden Fälle ins Auge fasst.“

*Gesundheit
erhalten und
fördern*

Das Konzept der Salutogenese wendet sich also den Prozessen zu, die Gesundheit erhalten und fördern. Die Wurzeln dieser Konzeption liegen in der Stress- und Bewältigungsforschung, „der zufolge die Wechselwirkung zwischen Parametern der Person, der soziokulturellen Umwelt und der aktuellen Situation die psychophysischen Auswirkungen von Stress mediiert“ (Franke, 2000, S. 148).

Nach dem Konzept von Antonovsky reagieren Menschen auf Stressoren mit einem Spannungszustand, dessen Effekte in Abhängigkeit von ihrem Bewältigungsverhalten gesundheitsschädlich, neutral oder gesundheitsförderlich sein können.

Bei den belastenden Faktoren unterscheidet Antonovsky zwischen psychosozialen, physischen und biochemischen Stressoren. Wo sich Menschen auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum befinden, hängt wesentlich von Generalisierten Widerstandsressourcen ab, zu denen materielle, körperliche, psychische, soziale, kulturelle und makrostrukturelle Faktoren gehören. Eine besondere Rolle als Widerstandsressource erhält das Kohärenzerleben („Sense of Coherence“ SOC), das Antonovsky (1997, S. 36) wie folgt definiert:

Das Kohärenzerleben „ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“

Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzerleben fühlen sich also in der Lage, mit Anforderungen und Belastungen umzugehen (Handhabbarkeit). Sie nehmen Reize, Ereignisse oder Entwicklungen als verständlich, geordnet und vorhersehbar war (Verstehbarkeit). Schließlich empfinden sie ihr Leben als sinnvoll und betrachten mindestens einige der vom Leben gestellten Anforderungen als positive Herausforderungen, die Engagement und Investitionen wert sind (Sinnhaftigkeit).

Antonovskys Gesundheitskonzept fand sowohl in der theoretischen als auch in der praktischen Diskussion große Aufmerksamkeit. Die Fokussierung auf protektive Faktoren bzw. Ressourcen bedeutet für die gesundheitswissenschaftliche Forschung eine wichtige Erweiterung. Auch die explizite Verwendung eines Kontinuums zwischen Krankheit und Gesundheit ist, obwohl empirisch schwierig zu überprüfen, eine Stärke des Modells.

Die von Antonovsky (1979, S. 57 ff.) genannten Indikatoren für den Gesundheitszustand eines Individuums – das Erleben von Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigungen, prognostische Implikationen aufgrund von Schweregrad und Dauer der Störung sowie Hand-

lungsimplicationen (z. B. Behandlungsnotwendigkeit) – machen aber auch deutlich, dass Antonovsky keine positive Definition von Gesundheit vorgelegt hat. Die Definition erfolgt, wie er selbstkritisch angemerkt hat, über die Abwesenheit negativer Indikatoren. Zudem erhält die psychische Gesundheit nur einen untergeordneten Stellenwert. Offene Fragen ergeben sich auch hinsichtlich des Bezugs des Kohärenzerlebens zu anderen psychologischen Konzepten wie Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen; hier zeigen sich deutliche konzeptuelle Überschneidungen (Badura, 1992; vgl. auch Kapitel 2.1.5.3).

In ihrer Bilanz zum Stand des Salutogenesmodells von Antonovsky kommen Bengel, Strittmatter und Willmann (1998) zum Schluss, dass sich das Konzept als wichtiger Orientierungsrahmen anbietet, „der komplexe Zusammenhänge veranschaulichen kann“, dass aber viele Modellannahmen aufgrund ihrer Komplexität „einer empirischen Prüfung nur schwer zugänglich“ sind.

2.1.5 Ressourcen

Unabhängig von der Überprüfbarkeit des Salutogenesmodells von Antonovsky wird aus dem letzten Kapitel unmissverständlich deutlich, dass Ressourcen für den Umgang mit belastenden Situationen, für die Verhinderung von Fehlbeanspruchungen und Krankheiten sowie für die Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung sind. Es lohnt sich also, mögliche Arten und Wirkungen von Ressourcen noch einmal näher zu betrachten. Dabei können innere bzw. personale Ressourcen, wie Selbstwirksamkeit und Optimismus, und äussere Ressourcen, wie Situationskontrolle, unterschieden werden (Udris et al., 1992). Bezüglich möglicher Wirkungen von Ressourcen können drei Fälle unterschieden werden (nach Zapf & Semmer, 2004, S. 1041ff.).

1. *Direkte Wirkungen:* Ressourcen können direkte positive Wirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit haben. Ein direkter Effekt ist dann zu verzeichnen, wenn Ressourcen unabhängig von vorhandenen Belastungen zu positiven gesundheitlichen Wirkungen führen.

2. *Indirekte Wirkungen*: Ressourcen können indirekt auf das Befinden wirken, indem sie dem Entstehen von Belastungen entgegenwirken bzw. dem Belastungsabbau dienen und damit mittelbar zu positiven gesundheitlichen Konsequenzen führen.
3. *Pufferwirkungen*: Ressourcen können puffernd bzw. moderierend wirken. Das heißt, wenn Ressourcen in ausreichendem Maße vorhanden sind, können sie der Bewältigung bestehender Belastungen dienen und damit möglicherweise schädliche Wirkungen abschwächen. Bei einer vergleichsweise geringen Ausprägung der Ressourcen erhöht sich dagegen u.U. die fehlbeanspruchende Wirkung von Belastungen.

2.1.5.1 Organisationale Ressourcen

Für das betriebliche Gesundheitsmanagement sind vor allem organisationale Ressourcen von Bedeutung (Udris et al., 1992). Auf die zentrale Rolle des *Tätigkeitsspielraums* für die Gestaltung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitstätigkeiten wird in Kapitel 4.5 ausführlich hingewiesen. Verwandte Konzepte, wie Autonomie, Partizipation oder Freiheitsgrade, können unter dem Begriff Situationskontrolle zusammengefasst werden. Aus Tabelle 2.2 wird deutlich, dass sich diese v.a. im Rahmen der Arbeitspsychologie und der Stressforschung untersuchten Ressourcenmerkmale und weitere als positiv zu bewertende Merkmale der Arbeitstätigkeit ohne Weiteres mit dem eben besprochenen Kohärenzerleben in Beziehung setzen lassen (vgl. dazu auch Abschnitt 4.3).

Merkmale der Arbeitstätigkeit mit förderlicher Wirkung auf personale Ressourcen (Kohärenzgefühl) (Udris, 2006, S. 11)

Tabelle 2.2

Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Sinnhaftigkeit
<ul style="list-style-type: none"> - Transparenz - Information und Kommunikationsmöglichkeiten - Ganzheitlichkeit der Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> - Partizipationsmöglichkeiten - Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs-, Kontroll- und Gestaltungsmöglichkeiten) - Rückmeldung (Feedback) - Zeitliche Spielräume - Kooperationsmöglichkeiten - Soziale Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> - Abwechslung - Anforderungsvielfalt - Lernmöglichkeiten - Entwicklungsperspektiven - Sinnhaftigkeit der Arbeit

Die gesundheitsförderliche Wirkung von Merkmalen der Situationskontrolle am Arbeitsplatz ist relativ gut belegt (für eine Übersicht vgl. Jones & Fletcher, 2003). Das Kontrollkonzept spielt zudem im „Demand/Control-Modell“ von Karasek (1979), das in Kapitel 2.3.1 vorgestellt wird, eine zentrale Rolle. Eine weitere für den organisationalen Kontext wichtige Ressource ist die soziale Unterstützung.

2.1.5.2 Soziale Unterstützung

Merkmale sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung werden in verschiedenen psychologischen Teildisziplinen seit längerer Zeit thematisiert und untersucht. Soziale Unterstützung wird allerdings unterschiedlich definiert. Leavy (1983) versteht soziale Unterstützung als die Verfügbarkeit unterstützender Beziehungen unter Berücksichtigung von deren Qualität. Baumann und Laireiter (1995, S. 612) verstehen unter sozialer Unterstützung Personen, Handlungen und Interaktionen sowie Erfahrungen und Erlebnisse, die der Person das Gefühl geben, geliebt, geachtet, anerkannt und umsorgt zu sein.

Quellen und Arten sozialer Unterstützung

Baumann, Humer, Lettner und Thiele (1998) weisen zudem darauf hin, dass zwischen alltäglichen Unterstützungsanlässen und Krisen unterschieden werden kann und dass die Rollen der unterstützenden Personen zu berücksichtigen sind. Auch die Quelle der sozialen Unterstützung kann deren Wirkung beeinflussen. Quellen sozialer Unterstützung sind z. B. Vorgesetzte, Arbeitskollegen und -kolleginnen, Freunde und Freundinnen sowie Lebenspartner/innen. Bezogen auf die Arten sozialer Unterstützung beziehen sich viele Autoren auf House (1981), der zwischen emotionaler, bewertungsbezogener, informationaler und instrumenteller sozialer Unterstützung unterscheidet. Allerdings weisen Zapf und Semmer (2004) darauf hin, dass die Trennung dieser verschiedenen Arten sozialer Unterstützung in der Praxis eher schwierig ist.

Soziale Unterstützung als soziale Ressource spielt offensichtlich eine wichtige Rolle für den Schutz und die Förderung des individuellen Wohlbefindens und der Gesundheit (vgl. z. B. Cohen & Wills, 1985; Fydrich & Sommer, 2003; House & Wells, 1978; Viswesvaran, Sanchez & Fischer, 1999). Viswesvaran et al. (1999) fanden in einer Metaanalyse Evidenz für die direkte gesundheitsförderliche Wirkung von sozialer Unterstützung. Dies heißt konkret, dass Personen, die

soziale Unterstützung erhalten, ein besseres Befinden berichten und weniger physische und psychische Symptome und Krankheiten aufweisen.

In Bezug auf den Puffereffekt (z. B. House & Wells, 1978) sind die Ergebnisse inkonsistent. Nach der von Cohen und Wills (1985) formulierten „Matching“-Hypothese oder Spezifitätshypothese entfaltet soziale Unterstützung nur dann eine puffernde Wirkung, wenn die Art der erhaltenen Unterstützung auf die durch die Belastung ausgelösten spezifischen Bedürfnisse abgestimmt ist. So erscheint es z. B. plausibel, dass bei Computerproblemen emotionale Unterstützung zwar kurzfristig hilfreich sein mag, auf die Dauer aber handfeste instrumentelle Unterstützung erforderlich ist. In Längsschnittstudien, die auch hier von besonderer Bedeutung sind, fanden Dormann und Zapf (1999) sowie Frese (1999) Belege für diese Hypothese.

Soziale Unterstützung kann neben vielfältigen positiven Effekten auch negative Effekte zur Folge haben; Baumann et al. (1998, S. 103) geben eine Übersicht über mögliche negative Effekte:

- Inadäquate Unterstützung (vgl. auch Spezifitätshypothese);
- Enttäuschte Unterstützungserwartung;
- Ein Übermaß an Unterstützung (im Sinne von Overprotection);
- Misslungene Hilfeleistungen;
- Unbeabsichtigte Nebenwirkungen, wie negative Auswirkungen auf das Selbstbewusstsein (vgl. auch Nadler & Fisher, 1986);
- Verminderte Reziprozität (und evtl. ein Gefühl der Pflicht zur Gegenleistung, Pfaff, 1989);
- Vermehrte Abhängigkeit.

Fydrich und Sommer (2003) machen in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass protektive und belastende Wirkungen sozialer Unterstützung oft nahe beieinander liegen und dass soziale Belastungen als weitere bedeutsame Variable des sozialen Netzwerks verstanden werden müssen. Schließlich stellt sich auch die Frage nach für die Wirkung von sozialer Unterstützung relevanten Persönlichkeitsmerkmalen, wie z. B. der Sozialkompetenz (Röhrle & Sommer, 1994). In diesem Zusammenhang ist damit gemeint, ob

*„Matching“-
Hypothese*

*Negative
Effekte sozialer
Unterstützung*

eine Person in der Lage ist, sich bei Bedarf soziale Unterstützung zu holen. Eine Person die dies in sozial angemessener Art tut, dürfte auch in erhöhtem Ausmaß soziale Unterstützung erhalten. Daraus zu schließen, wer sozial kompetent sei, erhalte auch genügend soziale Unterstützung, wäre jedoch ein Fehlschluss. Schließlich müssen auch die Bedingungen so beschaffen sein, dass sie soziale Unterstützung nahe legen oder zumindest ermöglichen und nicht behindern. Unter Berücksichtigung dieser wichtigen Einschränkung kann angenommen werden, dass die Wirkung sozialer Ressourcen insgesamt nicht unabhängig von personalen Ressourcen zu verstehen ist. "So wird z.B. soziale Unterstützung nur auf der Grundlage der individuellen Beziehungserfahrung und -gestaltung wirksam" (Udris, 2006, S.10.). Dabei geht es wesentlich um Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen, in Anlehnung an den Kohärenzsinn von Antonovsky darüber hinaus aber auch um das "Vertrauen in verlässliche andere (und deren Ressourcen) ... Wichtiges Bindeglied zwischen personalen und sozialen Ressourcen ist also die Fähigkeit, hilfreiche und vertrauensvolle Beziehungen herzustellen, anzunehmen und aufrechtzuerhalten" (a.a.O.). Da personale Ressourcen dementsprechend ebenfalls von Relevanz sind, werden die wichtigsten personalen Ressourcenkonzepte im nächsten Abschnitt besprochen.

2.1.5.3 Personale Ressourcen

Personale Ressourcen können als „habitualisierte, d. h. situationskonstante, aber zugleich flexible gesundheitserhaltende und -wiederherstellende Handlungsmuster sowie kognitive Überzeugungssysteme ('belief systems') der Person“ verstanden werden (Udris et al., 1992, S. 17). Insbesondere kognitive Überzeugungssysteme wie Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen, aber auch eher dispositionale Merkmale wie Optimismus zeigen konsistente Zusammenhänge zu Indikatoren der Gesundheit.

Die wichtigsten in der Literatur beschriebenen personalen Ressourcen, die gleichzeitig als positive Gesundheitsindikatoren angesehen werden können (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998), sind neben dem bereits besprochenen Kohärenzsinn (Antonovsky, 1979, 1997; vgl. Kapitel 2.1.4) Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966; Walston & Walston, 1978), Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Bandura, 1977, 1997), Robustheit („Hardiness“; Kobasa, 1979) und dispositionaler

Optimismus (Scheier & Carver, 1992). Diese Konzepte stehen zum Teil in enger Beziehung zueinander und überlappen sich manchmal auch in ihrer Bedeutung (vgl. Tabelle 2.3).

Vergleich verschiedener Konzepte personaler protektiver Faktoren (aus Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998, S. 55)

Tabelle 2.3

	Kohärenzsinn	Kontrollüberzeugungen (locus of control LOC)	Selbstwirksamkeit	Hardiness	Dispositionaler Optimismus
Allgemeine Ergebniserwartungen: Dinge werden positiv ausfallen	Überzeugung, dass die Dinge gut ausgehen	Allgemeine Überzeugung, ob die Ereignisse im eigenen Leben beeinflusst werden können oder nicht	Die Erwartung, dass ein spezifisches Verhalten zu einem prognostizierbaren Resultat führen wird		Vertrauen / Optimismus
Allgemeine Selbstwirksamkeit: Die Überzeugung, fähig zu sein, Handlungen unabhängig durchzuführen	Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die Aufgaben des Lebens zu meistern (Manageability)		Die Erwartung, dass man fähig sein wird, das geeignete Verhalten in einer gegebenen Situation auszuführen	Die Fähigkeit, in seiner eigenen Umgebung Kontrolle auszuüben	
Internale Kontrollüberzeugung: Die Überzeugung, einen Einfluss auf Ereignisse und Handlungen zu haben	Ressourcen, die man unter Kontrolle hat (Manageability)	Internale Kontrollüberzeugung		Selbstverantwortung für Handlungen und die Möglichkeit, negative Effekte von Belastungen mit eigenen Handlungen zu beeinflussen	
Externale Kontrollüberzeugung: Die Überzeugung, dass andere oder eine höhere Macht für Ereignisse und Handlungen verantwortlich sind	Ressourcen, die von legitimen Anderen kontrolliert werden können (Manageability)	Externale Kontrollüberzeugung			
Umgang mit Veränderungen	Kontinuität, Stabilität als zentrale Orientierung; die Welt wird als geordnet und vorhersehbar eingestuft (Comprehensibility)			Veränderung im Leben als Herausforderung; Orientierung an Veränderungen nicht an Stabilität	

	Kohärenz- sinn	Kontrollüber- zeugungen (locus of control LOC)	Selbstwirk- sam- keit	Hardiness	Dispositio- naler Optimis- mus
Bedeutung	Das Leben wird als sinnvoll angesehen, bei Problemen lohnt es sich, Energie zu investieren (Meaningfulness)			Neugier im Leben, Engagement in allen Lebensbereichen	

Kontroll- überzeugungen oder „Locus of control“

Im Zusammenhang mit der Gesundheit bezieht sich das aus der Sozialpsychologie stammende Konzept der Kontrollüberzeugung (Rotter, 1966) auf die Erwartung, die Entwicklung von Gesundheit oder Krankheit beeinflussen zu können (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998). Menschen mit internaler Kontrollüberzeugung sind überzeugt, dass sie ihre Gesundheit durch ihr eigenes Verhalten beeinflussen können. Personen mit externaler Kontrollüberzeugung sehen ihren Gesundheitszustand eher als abhängig von anderen Menschen oder externen Bedingungen, wie z. B. medizinischer Behandlung.

Insgesamt weisen Personen mit internaler Kontrollüberzeugung bessere Gesundheitsindikatoren auf als Personen mit externaler Kontrollüberzeugung (Cohen & Edward, 1989). Auch in Längsschnittstudien konnte der positive Effekt einer internalen Kontrollüberzeugung bestätigt werden (Daniels & Guppy, 1994). Puffereffekte werden konsistenter gefunden als bei anderen personalen Ressourcen (Semmer, 2003). So fanden z. B. Rodríguez, Bravo, Peiró und Schaufeli (2001) in einer europäisch angelegten Längsschnittstudie unter Einbezug von 542 Personen puffernde Wirkungen einer internalen Kontrollüberzeugung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Belastungen und Arbeitsunzufriedenheit.

Selbstwirk- samkeitsüber- zeugungen

Bei der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Bandura, 1977, 1997) geht es um die Einschätzung, Handlungen durchführen und Probleme lösen zu können. Neben der Erwartung positiver Konsequenzen ist für die Initiierung einer Handlung die Erwartung entscheidend, dass man auch in der Lage, d. h. kompetent ist, die Handlung auszuführen. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen werden insbesondere durch Erfahrungen aus erfolgreich gemeisterten Situationen beein-

flusst. Die Annahme liegt also nahe, dass das Erleben von Selbstwirksamkeit mit vorhandenen Fertigkeiten und Kompetenzen zusammenhängt, was die Wichtigkeit des Qualifikationserwerbs verdeutlicht. Interessanterweise existieren aber kaum Studien, die die Rolle objektiver Kompetenzen und Fertigkeiten als Ressourcen untersuchen (Sonnentag & Frese, 2002).

Positive Effekte von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen für Gesundheit und Wohlbefinden sind relativ gut belegt (vgl. z. B. Schwarzer, 1997). Auch eine puffernde Wirkung wurde teilweise gefunden. Jex und Bliese (1999) konnten z. B. zeigen, dass Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und schlechtem Wohlbefinden vor allem bei denjenigen Personen bestanden, die gleichzeitig geringe Selbstwirksamkeit berichtet hatten. Schaubroeck und Kollegen berichten noch komplexere Zusammenhänge (Schaubroeck, Lam & Xie, 2000; Schaubroeck & Merrit, 1997). Sie fanden, dass bei amerikanischen Bankangestellten mit hohen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen hohe wahrgenommene tätigkeitsbezogene Kontrolle den Effekt beruflicher Belastungen auf psychologische Befindensmerkmale verringerte. Dies könnte darauf hindeuten, dass hohe Tätigkeitsspielräume vor allem bei denjenigen Personen belastungspuffernd wirken, die über hohe Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen.

„Hardiness“ ist ein relativ breites Konzept (Kobasa, 1979) und beinhaltet die Komponenten Kontrolle (control), Engagement (commitment) und Herausforderung (challenge). Forschungsergebnisse zeigen insgesamt direkte Zusammenhänge zwischen „Hardiness“ und physischen bzw. psychischen Gesundheitsmerkmalen, belastungspuffernde Wirkungen wurden weniger konsistent gefunden (Semmer, 2003). In einer Längsschnittstudie unter Einbezug von 325 Personen verschiedener Berufsgruppen fanden z. B. Michielsen, Willemsen, Croon, de Vries und van Heck (2004) bedeutsame Zusammenhänge zwischen „Hardiness“ zum ersten und emotionaler Erschöpfung zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Harrisson (2002) berichtet in einer Studie unter Einbezug von Pflegekräften Zusammenhänge zwischen „Hardiness“ und psychischen Stressreaktionen.

Optimismus meint die relativ stabile und konsistente Überzeugung, dass die Dinge sich so oder so zum Guten wenden. Damit ist natürlich der Handlungsaspekt nicht ausgeschlossen; Optimismus kann

Hardiness

Optimismus

vielmehr durchaus zu aktiven Versuchen der Einflussnahme führen. So zeigen sich denn auch starke Zusammenhänge mit verschiedenen Formen des Bewältigungsverhaltens (Scheier & Carver, 1992). Optimistische Personen tendieren dazu, positive Ereignisse und entsprechende Ergebnisse zu erwarten (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998). Scheier und Carver (1992; Scheier, Carver & Bridges, 1994) fanden beispielsweise Zusammenhänge mit erhöhtem Wohlbefinden und der Art der Bewertung belastender Ereignisse.

Zusammenhang zwischen Ressourcenarten

Geyer (1997) macht darauf aufmerksam, dass das Vorhandensein personaler Ressourcen oft einhergeht mit ebenfalls ausgeprägten situativen bzw. organisationalen Ressourcen. In Bezug auf den Arbeitskontext ist dies insofern nachvollziehbar, als es etwa Handlungsspielräume überhaupt erst ermöglichen, aktiv zu handeln und damit z.B. ein Gefühl der eigenen Wirksamkeit zu erfahren. Umgekehrt kann durch den Einsatz personaler Ressourcen "ein 'Mehr' an situativen Ressourcen geschaffen werden" (Ducki & Kalytta, 2006, S. 35). Die Autorinnen präzisieren, dass der Handlungsspielraum zunächst als Potenzial betrachtet werden kann, das v.a. "in der Nutzung für die Zielerreichung seinen Ressourcencharakter erhält" (S. 35). Gesundheitsförderliche Effekte sind also dann zu erwarten, wenn dieses Potential in individuelle (oder kollektive) Sinn- und Handlungssysteme eingebunden wird. Allerdings reicht es oft bereits, dass der Handlungsspielraum als nutzbar antizipiert wird, "es muss nicht zwangsläufig zu einer aktiven Nutzung kommen" (a.a.O.). Mit diesen Überlegungen wird ein direkter Bezug zu handlungsorientierten Gesundheitskonzepten hergestellt.

2.1.6 Gesundheit als entwickelte Handlungsfähigkeit

Mit der Annahme eines prozessorientierten Gesundheitsbegriffs wird der individuellen Handlungsfähigkeit eine bedeutsame Rolle zugeschrieben. Ducki und Greiner (1992, S. 188; Ducki, 2000) liefern einen „Baustein“ für die Handlungskomponente einer Gesundheitsdefinition.

Gesundheit wird als die Fähigkeit zum dauerhaften Erhalt und zur Weiterentwicklung der individuellen Handlungsstruktur beschrieben.

ben. Eine entwickelte Handlungsfähigkeit findet dabei ihren Ausdruck (nach Ducki & Greiner, 1992, S. 185ff.; vgl. auch Kasten 2.5):

- in der Fähigkeit, langfristige Ziele zu bilden;
- in der Fähigkeit, stabil-flexibel mit sich verändernden Umweltbedingungen umzugehen und
- in der Fähigkeit, körperliche Prozesse und Handlungen aufeinander abzustimmen.

Gesundheit als dauerhafte Weiterentwicklung und Erhalt der menschlichen Handlungsfähigkeit (aus Greiner, 1998, S. 46 f.)

Kasten 2.5

„Die erste Komponente – die Fähigkeit, langfristige Ziele zu bilden – spricht den Aspekt der Kompetenz und Lernfähigkeit als Gesundheitsindikator an: Gemäss der Handlungsregulationstheorie (Hacker, 1986; Oesterreich, 1981; Volpert, 1990) gibt es verschiedene Ebenen der Handlungsregulation, die jedem erwachsenen Menschen potentiell zur Verfügung stehen. Unterschieden werden diese Ebenen nach der Reichweite der zugrunde liegenden Planungs- und Entscheidungsprozesse. Den Ebenen können jeweils Ziele unterschiedlicher Komplexität und Langfristigkeit zugeordnet werden, wobei die Verfolgung langfristiger Ziele geknüpft ist an Regulationsprozesse, die alle Ebenen der Handlungsregulation einschliessen ... Eine Einschränkung der Gesundheit liegt dann vor, wenn eine Person nicht mehr in der Lage ist, alle Ebenen der Handlungsregulation zu nutzen und damit auch langfristige Ziele zu verfolgen. ...

Die zweite Komponente – Gesundheit als Fähigkeit zu Anpassung und Veränderung – spricht das dynamische Wechselspiel zwischen Person und Umwelt an: Handlungsfähigkeit drückt sich auch darin aus, dass der Mensch im Einklang mit den sich wechselnden äusseren Bedingungen handelt. Stabil-flexibles Handeln erlaubt es, Handeln auf sich verändernde Bedingungen (flexibel) anzupassen und auf der anderen Seite, Pläne bei Auftreten kleiner Hindernisse beizubehalten (stabil) und nicht vorschnell aufzugeben (Volpert, 1974). In Anlehnung an die handlungstheoretischen Überlegungen zu psychischer Gesundheit (Bense, 1981; Frese & Schöpftaler-Rühl, 1976) ist eine Einschränkung der Handlungsfähigkeit dann gegeben, wenn das Handeln entweder rigide ist, das heisst sich wechselnden Bedingungen nicht anpasst, oder überflexibel ist, d. h. Ziele und Orientierungen bei kleinen Behinderungen verlassen werden. ...

Der dritte Aspekt von Gesundheit, Integration von körperlichen Prozessen und Handlung, beinhaltet den Handlungsaspekt, der nicht auf die Auseinandersetzung mit der externen, sondern auf die Auseinandersetzung mit der internen Welt bezogen ist. Einerseits hat Handeln direkte Auswirkungen auf körperliche Prozesse, andererseits muss eine Person interne Prozesse, wie persönliche Leistungsvoraussetzungen und deren tägliche Schwankungen beim Handeln berücksichtigen und seine Handlungsplanung darauf ausrichten.“

Die Vorteile des Modells liegen nach Ducki (2000, S. 65) (1) in der Betonung von Lern- und Entwicklungsprozessen, (2) in der Möglichkeit, Gesundheit positiv zu beschreiben und (3) in der Verbindung von physischen und psychischen Dimensionen von Gesundheit. Greiner (1998, S. 48) ergänzt, dass das Modell allgemeine Handlungsparameter und das Arbeitshandeln berücksichtigt. „Es wird angenommen, dass Arbeitsbedingungen Selbstaufmerksamkeitsprozesse und protektives Gesundheitshandeln fördern oder behindern können.“

Um die Integration weiterer Gesundheitsaspekte, wie z. B. affektives Wohlbefinden und kognitive Überzeugungen, zu gewährleisten, nimmt Ducki (2000) Bezug zum bereits besprochenen Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1979), insbesondere zum Kohärenzerleben (vgl. Kapitel 2.1.4).

Ein Gesundheitsmodell, das ebenfalls handlungstheoretisch fundiert ist und darüber hinaus systemtheoretische Grundlagen einbezieht, unter besonderer Berücksichtigung einer dynamischen Gesundheitsbetrachtung, stammt von Udris, Kraft, Mussmann und Rimann (1992).

2.1.7 Ein system- und handlungstheoretisches Gesundheitsmodell

Udris et al. (1992) verstehen Gesundheit auf der Basis von system- und handlungstheoretischen Grundlagen (1) als dynamische Balance bzw. als „Fließ-Gleichgewicht“ innerhalb der Person und mit der Umwelt und (2) als Prozess zielgerichteter, präventiver und protektiver Handlungen bzw. als Prozess erfolgreicher Bewältigung von Anforderungen und Belastungen.

Auf dieser Basis definieren Udris et al. (1992, S. 13) Gesundheit als „transaktional bewirkter Zustand eines dynamischen Gleichgewichts (Balance) zwischen dem Individuum, seinem autonomen Potential zur Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung und seiner sozial-ökologischen Umwelt“.

Gesundheit wird also nicht als statischer Zustand verstanden, sondern als Balance zwischen den physischen, psychischen und sozialen Ressourcen einer Person bzw. Abwehr und Schutzfunktionen

einerseits und potentiell krank machenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt andererseits. Damit wird hier, wie im Konzept von Antonovsky, den Ressourcen eine zentrale Rolle zugesprochen (vgl. Kasten 2.6). Auch in diesem Modell stellt sich also die in der Forschung zur Salutogenese thematisierte Frage, welche Mittel einer Person zur Verfügung stehen, um mit potentiell gesundheitsschädlichen Belastungen umzugehen bzw. ihre Gesundheit zu erhalten oder zu stärken.

Auch Udris et al. (1992) unterscheiden zwischen äußeren bzw. im Arbeitskontext *organisationalen Ressourcen* und inneren bzw. *personalen Ressourcen*. Bei den organisationalen Ressourcen spielen vor allem die Situationskontrolle im Sinne von Tätigkeits- und Entscheidungsspielräumen (vgl. Kapitel 4.5) und die soziale Unterstützung (vgl. Kapitel 2.1.5.2) eine wesentliche Rolle. Im Zusammenhang mit den personalen Ressourcen weisen die Autoren dem Kohärenzerleben von Antonovsky eine wesentliche Rolle zu. Zur funktionalen und strukturellen Rolle der Ressourcen im Gesundheitskonzept von Udris et al. (1992) vgl. Kasten 2.6.

Ressourcen der Gesundheit: Strukturen und Funktionen (aus Udris, Kraft, Mussmann & Rimann, 1992, S. 14)

Kasten 2.6

„Im Sinne unseres system- und handlungstheoretischen Ansatzes kann unterschieden werden zwischen einem *strukturellen* und einem *funktionalen* Aspekt von Ressourcen. Nach Miller (1978; vgl. Noack, 1988) sind alle lebenden Systeme (Individuen, soziale Organisationen, Gesellschaften) durch eine hierarchische Struktur von Subsystemen bzw. Systemkomponenten geordnet und verknüpft. Interdependente individuelle Subsysteme sind u. a. das Kreislauf-, Verdauungs- und Immunsystem sowie das kognitive, affektive und motorische System. Individuen wiederum interagieren mit bzw. sind Subsysteme von sozialen Einheiten wie Partnerschaften, Primärgruppen oder Familien, die Teilsysteme von ökonomischen, ökologischen, soziokulturellen oder politischen Systemen (z. B. betrieblichen Organisationen) sind. Ressourcen von und für Gesundheit lassen sich also durch die strukturellen 'Eigenschaften' der Systemkomponenten selbst beschreiben (z. B. Stärke, Stabilität, Differenziertheit oder Lernfähigkeit der einzelnen Systeme). Gesundheit als Prozess der Erzeugung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung einer dynamischen Balance muss aber auch funktional gesehen werden, nämlich als ein zielgerichtetes 'Zurückgreifen', 'Nutzen' oder 'Beeinflussen' dieser Systemeigenschaften (z. B. Austausch, Kommunikation, Transaktion). Dieser Prozess dient also dem 'eigentlichen' Zweck der Salutogenese, nämlich der Selbstorganisation und Selbsterneuerung des 'gesunden' Systems Individuum.“

In den letzten Abschnitten wurden wichtige Aspekte des Gesundheitsbegriffs besprochen. Auf dieser Basis geht es abschließend darum, einige Attribute einer Gesundheitsdefinition darzustellen, die einerseits der Komplexität des Begriffs gerecht werden und andererseits ausreichend handlungsleitend sind.

2.1.8 Attribute einer Gesundheitsdefinition

In einem Vergleich verschiedener, vor allem sozialwissenschaftlicher Definitionen kommen Udris, Kraft, Mussmann und Rimann (1992, S. 11; vgl. auch Becker, 1992) zum Schluss, dass neuere Definitionen „Gesundheit als komplexes, mehrdimensionales, ganzheitliches, dynamisches und prozessuales Konzept“ ansehen, während statische Definitionen zunehmend abgelehnt werden (vgl. Kasten 2.7).⁵

Kasten 2.7

Gesundheitsdefinitionen: Grundlagen und Probleme (aus Ducki, 2000, S. 45)

„Insgesamt unterscheiden sich die verschiedenen Definitionen von Gesundheit hinsichtlich ihres theoretischen Bezugsrahmens. System-, informations-, handlungs-, und stresstheoretische Perspektiven finden sich vor allem in der Psychologie, rollen- und sozialisationstheoretische Perspektiven überwiegen in der Gesundheitspsychologie (Noack, 1993). Ungelöste Probleme existieren in folgenden Bereichen:

- Die verschiedenen Erklärungsansätze und Definitionen von Gesundheit sind – ähnlich wie Definitionen der Ressourcen – so allgemein formuliert, dass sie nur sehr schwer operationalisierbar und damit empirisch überprüfbar sind.
 - Alle Gesundheitsmodelle beinhalten die Annahme, dass körperliche, psychische und soziale Gesundheitsdimensionen miteinander verbunden sind. Zwar gibt es in der psychosomatischen Medizin Erklärungsansätze für die Ätiologie psychosomatischer Störungen, eine Ätiologie 'psychosomatischer Gesundheit' steht hingegen nach wie vor aus.
 - Schwierigkeiten bereitet darüber hinaus die Frage, wie die Zeitdimension 'in nicht trivialer, konstruktiver Weise einbezogen werden kann' (Noack, 1993, S. 28). Dies bezieht sich sowohl auf die historische als auch die biographische Zeitperspektive, die in einem allgemeinen gesundheitsbezogenen Entwicklungsansatz berücksichtigt werden muss, wenn z. B. Entwicklung und Wandel von Ressourcen und Gesundheit erfasst werden sollen.
 - Eine weitere grundlegende Schwierigkeit besteht in der konzeptionellen und operationalen Abgrenzung von Ressourcen und Gesundheit sowie der Beschreibung ihrer Schnittstellen ...“
-

⁵ Für eine Übersicht zum Gesundheitsbegriff vgl. z. B. Noack (1993), Greiner (1998) und Becker (2001).

Biopsychosoziales Modell

In Abgrenzung zum traditionell biomedizinischen Gesundheitsmodell, das eher Krankheit als Gesundheit fokussiert, ist im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements die Annahme eines biopsychosozialen Modells von Vorteil. Die Genese und der Verlauf vieler weit verbreiteter Krankheiten, wie z. B. Rückenbeschwerden oder kardiovaskuläre Erkrankungen, sind mittels des biomedizinischen Gesundheitsmodells nicht abschließend erklärbar (vgl. Faltermaier, 1999). Zudem sind im biomedizinischen Modell wichtige Gesundheitsmerkmale, wie z. B. Emotionen oder psychosomatische Beschwerden, nur unzureichend repräsentiert, obwohl sie für die individuelle Lebensqualität eine kaum übersehbare Rolle spielen (Greiner, 1998). Mit der Annahme eines *biopsychosozialen Modells* werden die psychischen und sozialen Aspekte der Gesundheit neben den biologisch-physikalisch messbaren Abweichungen von einer „gesunden“ Norm (Greiner, 1998, S. 40) ihrer Bedeutung entsprechend integriert. Damit wird das biomedizinische Modell, das auf vielen Gebieten Hervorragendes leistet, keineswegs diskreditiert. Mit seiner Reduzierung auf biologische Parameter ist es aber im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung zu reduktionistisch (vgl. Becker, 2001).

Neuere Gesundheitsdefinitionen beschreiben Gesundheit *mehrdimensional*. Verfolgt wird zudem nicht mehr ein dichotomes Modell, in dem zwischen zwei sich ausschließenden Zuständen – Gesundsein oder Kranksein – unterschieden wird. Vielmehr werden kontinuierliche Dimensionen angenommen, auf denen Gesundheits- und Krankheitsaspekte koexistent auftreten können (vgl. Antonovsky, 1997).

Udris et al. (1992) bezeichnen Gesundheit in ihrer systemorientierten Konzeption als *dynamisches* Gleichgewicht zwischen Individuum und Umwelt. Gesundheit ist „damit eher ein Potential oder eine Fähigkeit, Ungleichgewichte zu bewältigen und zu regulieren, weniger ein Zustand ... Gesundheit umfasst somit nicht nur den gegenwärtigen Zustand, sondern auch die Möglichkeit, in der Zukunft ein Gleichgewicht zu erhalten oder wiederherzustellen“ (Greiner, 1998, S. 44). Mit dieser prozessorientierten Sichtweise wird ein rein statischer Gesundheitsbegriff aufgegeben (vgl. Kasten 2.8).

Systemorientierte Konzeption

Kasten 2.8

Healthismus versus Sanogenese (aus Greiner, 1998, S. 53)

„Dynamische Modelle betonen den Menschen als aktives Wesen, das seine Gesundheit ständig herstellen und stabilisieren muss. Die Gefahr einer derartigen Perspektive liegt in einem unkritischen 'Healthismus' (Kühn, 1993), der dem einzelnen die alleinige Schuld für seine Krankheit zuschreibt und die soziale Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit vernachlässigt. Um eine derartige Perspektive zu vermeiden, ist es wichtig, das Wechselverhältnis zwischen äusseren (sozialen, strukturellen) und inneren (persönlichkeitsbedingten) Ressourcen aufzuzeigen. Eine extreme Position für die betriebliche Gesundheitsförderung bezieht Hacker mit dem Begriff der 'Sanogenese', der hauptsächlich auf Arbeitsbedingungen und -inhalte verweist (Hacker, 1991). Sanogenese beginnt aus der Sicht eines aktiven Humanismus beim Schaffen gesundheitsstabilisierender Arbeitsinhalte und -bedingungen, also bei der Arbeitsgestaltung, nicht aber bei zusätzlichen Forderungen an die Verhaltensweisen der Arbeitenden ... In anderen Positionen wird die Notwendigkeit von sowohl Arbeitsgestaltung als auch von Verhaltensmassnahmen und die Berücksichtigung von deren wechselseitigen Bedingtheit betont (Greiner & Syme, 1994).“

Insgesamt entsteht somit das Bild einer komplexen biopsychosozialen, positiven, mehrdimensionalen und dynamischen Gesundheitsdefinition (Greiner, 1998). Diese Definition ist aufgrund ihrer Komplexität nicht einfach operationalisierbar. Das mit dieser Definition verfolgte Ziel ist denn auch die Schaffung eines analytischen Bezugsrahmens und damit die Möglichkeit einer Systematisierung relevanter Gesundheitsmerkmale im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Verschiedene der in diesem Kapitel besprochenen Konzepte, wie Tätigkeitsspielraum und soziale Unterstützung sowie personale Ressourcen, wurden im Kontext der Belastungs- und Stressforschung ebenfalls vielfach thematisiert, insbesondere hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit negativen Beanspruchungsfolgen und Krankheiten. Diskutiert wurde, inwiefern diese Merkmale puffernd wirken, d. h. die gesundheitsschädliche Wirkung von Belastungen abschwächen können und in welchem Ausmaß diese Merkmale direkt positive Wirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden haben können. Da Belastungen, Beanspruchung und Stress in diesem Sinne in einem engen Bezug zum Thema Gesundheit stehen und zudem im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements häufig thematisiert werden, sollen die nächsten Kapitel diesen Themen gewidmet werden.

2.2 Belastung, Beanspruchung und Stress

Im letzten Kapitel wurde der Versuch einer Auslegeordnung zum Gesundheitsbegriff gemacht. In diesem Kapitel werden spezifische Wirkungen der Arbeit, wie Belastungen, Beanspruchungen und Stress, besprochen. Das Belastungs-Beanspruchungskonzept⁶ hat in verschiedenen arbeitswissenschaftlichen Disziplinen, wie etwa der Ergonomie, der Arbeitsmedizin und der Arbeitspsychologie, einen hohen Stellenwert (vgl. z. B. Richter & Hacker, 1998; Ulich, 2005). Das Konzept ist ein „leitender theoretischer Entwurf, um Arbeitsbedingungen insbesondere in ihren negativen physischen und psychischen Auswirkungen auf den Menschen zu untersuchen“ (Frieling & Sonntag, 1999, S. 193). Belastung, Beanspruchung und Stress sind zudem Alltagsthemen, die im Leben der meisten Menschen immer wieder eine Rolle spielen (vgl. Kasten 2.9).

Belastung, Beanspruchung und Stress im Alltag (aus Udriis & Frese, 1999, S. 429)

Kasten 2.9

„Im Leben eines jeden Menschen gibt es Situationen, die ihn stark fordern, ihn belasten und seine Fähigkeiten in Anspruch nehmen – manchmal über das 'normale' Mass hinaus. Mit vielen Anforderungen kommt er gut zurecht, mit vielen anderen hat er Schwierigkeiten – der Mensch ist 'überfordert', er ist 'fehlbeansprucht', manches 'stresst' ihn. Ausgehend von der alltagssprachlichen sowie wissenschaftlichen Verwendung von Begriffen sind grundlegende Fragen zu stellen und zu beantworten: Welche (Arbeits-) Bedingungen und Situationen stellen für das Individuum Belastungen dar und beanspruchen es über seine Kapazitäten hinaus? Wie wirken sich Belastungen ('Stressoren') auf Gesundheit und Wohlbefinden aus? Mit welchen Mitteln ('Ressourcen') lassen sich Belastungen bewältigen ('Coping') und die Gesundheit schützen?“

⁶ Das Belastungs-Beanspruchungskonzept sowie das Stresskonzept sind Gegenstand verschiedener Disziplinen. Es ist nicht möglich, an dieser Stelle alle damit verbundenen Konzepte und Theorien zu besprechen. Für eine Übersicht zum Belastungs-Beanspruchungskonzept vgl. Schönplüg (1987) sowie Richter und Hacker (1998). Für eine Übersicht zu Stress und Gesundheit in Organisationen vgl. Cooper (2001) sowie Zapf und Semmer (2004).

2.2.1 Belastung und Beanspruchung

In der deutschsprachigen Arbeitswissenschaft hat sich ein Konzept weitgehend durchgesetzt, demzufolge als Belastungen „objektive, von aussen her auf den Menschen einwirkende Grössen und Faktoren“ bezeichnet werden, als Beanspruchungen „deren Auswirkungen im Menschen und auf den Menschen“ (Rohmert & Rutenfranz, 1975, S. 8). Diese Konzeption fand einen Niederschlag auch in der DIN EN ISO 10075 und der darin vorgenommenen Definition psychischer Belastung und Beanspruchung (vgl. Kasten 2.10).

Kasten 2.10

Definition der psychischen Belastung und Beanspruchung in DIN EN ISO 10075-1 (2001)

Psychische Belastung

Die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von aussen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.

Psychische Beanspruchung

Die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung psychischer Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschliesslich der individuellen Bewältigungsstrategien.

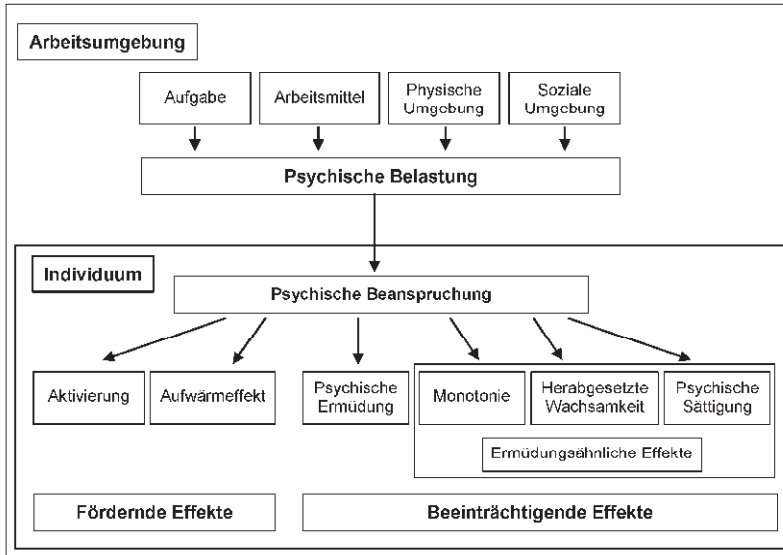
Nachreiner (2002) hat darauf hingewiesen, dass eine *Belastungsoptimierung* mit der *Gestaltung der Arbeitsbedingungen* einhergeht (vgl. Abbildung 2.1).

Praktische Relevanz

Die praktische Relevanz des Konzepts sieht Nachreiner (2002) in der Möglichkeit, relativ einfach handlungsleitende Vereinbarungen zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen zu erarbeiten (Nachreiner, 2002). In Übereinstimmung damit hat Hofmann (2002) darauf hingewiesen, dass es seine Praktikabilität im betrieblichen Alltag bewiesen habe und Akzeptanz bei den Tarifpartnern finde. Der Nachteil des Konzepts ist in seinem „eher unbefriedigenden theoretischen Status“ zu sehen (Nachreiner, 2002, S. 520).

Terminologie und konzeptuelle Zusammenhänge nach DIN EN ISO 10075-1:2000-11 (aus Nachreiner, 2002, S. 520)⁷

Abbildung 2.1



In der Arbeitspsychologie wird denn auch übereinstimmend darauf hingewiesen, dass es sich dabei nicht um einfache Reiz-Reaktionsmuster handeln kann, sondern dass Vermittlungs- und Rückkopplungsprozesse die Beziehungen zwischen Belastung und Beanspruchung vielfältig beeinflussen.

Nach Schönflug (1987, S. 144 ff.) lassen sich Belastungen hauptsächlich nach den folgenden sechs Dimensionen unterscheiden:

1. nach ihrer Herkunft,
2. nach ihrer Qualität,
3. nach den Möglichkeiten, sie zu beeinflussen,
4. nach der Möglichkeit, ihr Auftreten vorherzusehen,
5. nach ihrer zeitlichen Struktur und
6. nach der Art ihrer Auswirkungen auf die Betroffenen.

⁷ Für eine Darstellung der Unterschiede zwischen den Beanspruchungen, psychischer Ermüdung, Monotonie und psychischer Sättigung vgl. Ulich (2005).

Allein diese Klassifizierung macht erkennbar, dass einfache Zuordnungen von Beanspruchungen zu Belastungen nicht erwartet werden können. Dass die Zurechenbarkeit von Beanspruchungen zu Belastungen mit der Kombination einzelner Belastungen zu Mehrfachbelastungen (vgl. Dunckel, 1985) noch einmal schwieriger wird, liegt auf der Hand. Am Beispiel der Herzfrequenzvariabilität hat Nachreiner (2003) dargestellt, dass diese Zuordnungsschwierigkeiten auch unter Rückgriff auf psychophysiologische Parameter, über die Erhebung von Unterschieden in der Aktivierung hinaus, nicht ohne weiteres zu lösen sind.

Inter-individuelle Unterschiede

Bereits in den Vorschriften der DIN 33 400/ISO 6385 ist im Übrigen festgehalten, dass Beanspruchungen als Folge von Belastungen interindividuell unterschiedlich auftreten: „Die Arbeitsbeanspruchung ist die individuelle Auswirkung der Arbeitsbelastung im Menschen in Abhängigkeit von seinen Eigenschaften und Fähigkeiten“. Damit sind nicht nur konstitutionelle Unterschiede angesprochen, sondern vor allem auch Unterschiede in der Einschätzung und Bewältigung von Belastungen.

In der Konsequenz heißt dies, dass – z. B. aus physikalischen Umgebungsbedingungen stammende – identische Belastungen unterschiedliche Beanspruchungen zur Folge haben können, aber auch, dass sich unterschiedliche Belastungen in gleichartigen Beanspruchungen äußern können.

Zweifache Rolle

Für die Bewertung von Beanspruchungen ist schließlich deren zweifache Rolle von entscheidender Bedeutung: „Arbeitsbedingte Belastungen können mit Beanspruchungen und Folgen verbunden sein, die nützlich, lohnend und persönlichkeits- sowie gesundheitsförderlich sind und/oder mit Beanspruchungen, die hohe psychophysische Kosten verursachend und gesundheitsschädlich sind“ (Wieland-Eckelmann, 1992, S. 28).

Belastungen als Voraussetzung von Lernen

Tatsächlich sind aus Belastungen resultierende Beanspruchungen nicht nur „als Folgen von vorausgegangenen Handlungen zu betrachten, die zudem meist als unerwünscht gelten (z. B. Ermüdung). Beanspruchungen sind vielmehr immer auch ... Ursachen weiterer Handlungen: Beanspruchungen haben Auslösefunktionen für ihnen entgegenwirkende Bewältigungsprozesse“ (Nitsch & Udris, 1976, S. 12). Beanspruchung wird damit auch zur Voraussetzung von Lernen. Nach Nitsch und Udris (1976, S. 12) „liegt ein wesentliches

Moment jeglichen Lernens in der jeweils erfahrenen oder erwarteten Beanspruchung: Lernen kann als Versuch verstanden werden, Beanspruchungssituationen für die vorgreifende (antizipatorische) Anpassung an zukünftige Beanspruchungssituationen auszunützen. Das Erfahren von Beanspruchungen ist eine wesentliche Grundlage aller Lernprozesse“. Insofern sollte der von Hacker und Richter (1980) geprägte Begriff der Fehlbeanspruchung für Beanspruchungen reserviert bleiben, die keine Lernprozesse im von Nitsch und Udris beschriebenen Sinne auslösen (können). Fehlbeanspruchungen entstehen, wenn sich zwischen den aus der Arbeitsaufgabe und den objektiven Ausführungsbedingungen resultierenden Anforderungen einerseits und den individuellen Leistungsvoraussetzungen und deren Inanspruchnahme andererseits Diskrepanzen ergeben (Hacker & Richter, 1980; Richter & Hacker, 1998). Damit ergeben sich auch Anknüpfungen an Stresskonzepte.

2.2.2 Stress

In kaum einem anderen Bereich der Belastungs-Beanspruchungsthematik gab es über lange Zeit eine solche Vielfalt von nicht miteinander übereinstimmenden Konzepten, Inkonsistenzen innerhalb einzelner Konzepte und inkonsistenter Begriffsverwendung wie in der Stressdiskussion (vgl. Ulich, 2005). In jüngster Zeit scheint sich jedoch „ein Minimalkonsens zu entwickeln, der die angelsächsische ‘Stresstradition’ und die deutschsprachige ‘Belastungs- und Beanspruchungstradition’ zusammenführt“ (Udris & Frese, 1999). Hier ist als allgemeiner Orientierungsrahmen die bereits angesprochene DIN EN ISO 10075 zu nennen.

2.2.2.1 Grundmodelle

Viele Autoren unterscheiden zwischen reizorientierten, reaktionsorientierten und transaktionalen Stresskonzepten (vgl. z. B. Frieling & Sonntag, 1999; Le Blanc, de Jonge & Schaufeli, 2000; Zapf & Semmer, 2004). Bei den reizorientierten Ansätzen werden auslösende Bedingungen fokussiert, d. h. es wird versucht, Stress ohne Bezug zu den Stressreaktionen zu definieren. Untersucht werden z. B. physi-

*Reizorientierte
Ansätze*

kalische Stressoren wie Lärm, arbeitsorganisatorische Stressoren wie Zeitdruck und soziale Stressoren (Frieling & Sonntag, 1999), aber auch kritische Lebensereignisse (vgl. Dohrenwend & Dohrenwend, 1974; Kahn & Byosiere, 1992). Unberücksichtigt bleibt bei diesen Ansätzen, „wie diese [Stressoren] vom einzelnen Arbeitenden subjektiv bewertet werden und welche Reaktionen sie in Abhängigkeit von den individuellen Bewältigungsstrategien hervorrufen“ (Frieling & Sonntag, 1999, S. 196).

Reaktions-orientierte Ansätze

Reaktionsorientierte Ansätze konzentrieren sich auf die individuellen Stressreaktionen. Hier wird versucht, Stress ohne Bezug zu den auslösenden Situationen zu definieren (Zapf & Semmer, 2004). Mit der Annahme eines „Allgemeinen Adaptationssyndroms“ postuliert z. B. Selye (1950, 1981) die Existenz einer *unspezifischen* Reaktion des Organismus bei der Anpassung an jede Art von Anforderung. Später wurde jedoch angezweifelt, dass organismische Reaktionsmuster völlig unspezifisch verlaufen (vgl. Schönplflug, 1987). Dennoch war Selyes Ansatz für die arbeitsmedizinische Stressforschung von grosser Bedeutung (vgl. Zapf & Semmer, 2004).

Transaktionale Ansätze

Bei transaktionalen Ansätzen schließlich steht die Transaktion zwischen Mensch und Situation im Vordergrund (vgl. z. B. Lazarus, 1966; Lazarus & Launier, 1978, 1981). Im Transaktionsmodell von Lazarus – das deshalb auch als kognitives Stress-Modell bezeichnet wird – spielen individuelle Bewertungsprozesse sowie Rückkopplungsprozesse eine zentrale Rolle. Zunächst findet eine Einschätzung bzw. Bewertung eines Ereignisses oder einer Situation danach statt, ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit aus dieser Situation Belastungen resultieren, wie und wie stark sie vermutlich wirksam sind und wie ihr zeitlicher Verlauf einzuschätzen ist (vgl. Abbildung 2.2).

Diese Erstbewertung wird von Lazarus als „primary appraisal“ bezeichnet. In einer zweiten Bewertung („secondary appraisal“) werden die verfügbaren Ressourcen – die vom Einsatz von Arbeitsmitteln über persönliche Bewältigungsstrategien bis zum Heranziehen sozialer Unterstützung reichen können – danach eingeschätzt, ob sie ausreichen, der erwarteten oder bereits erlebten Belastung adäquat zu begegnen.

Das Stressmodell von Lazarus (aus Udris & Frese, 1988, S. 431)

Abbildung 2.2

Kognitive Bewertungsprozesse

A) Primäre Bewertung (Primary Appraisal) des Wohlbefindens

Ein gegebenes Ereignis/eine Situation betrachten als:

- Irrelevant
- Günstig/Positiv
- Stressend
 - Schädigung/Verlust (Harm-Loss)
 - Bedrohung (Threat)
 - Herausforderung (Challenge)

B) Sekundäre Bewertung (Secondary Appraisal)

Bezogen auf

- Bewältigungsfähigkeiten (Coping Resources)
- Bewältigungsmöglichkeiten (Coping Options)

C) Neubewertung (Reappraisal)

Rückkoppelung: Information über eigene Reaktionen
und über die Umwelt
anschliessende Reflexion

Je nach erfolgter Einschätzung kann es anschließend zu einer Neubewertung („reappraisal“) des Ereignisses oder der Situation kommen, die dann möglicherweise als mehr oder weniger oder anders belastend wahrgenommen wird.

Im transaktionalen Stressmodell von Lazarus spielt das Bewältigungsverhalten („Coping“) eine wichtige Rolle, womit auch interindividuelle Differenzen angesprochen werden. Cooper (2001) weist darauf hin, dass bei der Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten Bezug zu individuellen Merkmalen, wie z. B. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, genommen wird. Eine auf personenspezifische Tendenzen eingeschränkte Sichtweise unterschätzt allerdings den Kontextbezug des jeweiligen Verhaltens (Lazarus, 1991).

Trotz divergierender Definitionen und einer gewissen Konfusion bezüglich der zu untersuchenden Dimensionen von „Coping“ können aufgrund der bestehenden Evidenz einige relativ gut belegte Aussagen gemacht werden (Semmer, 2003). Grundsätzlich kann

Bewältigungsverhalten

unterschieden werden zwischen problemorientiertem Coping, bei dem Problemlöseverhalten im Vordergrund steht, und emotionsorientiertem Coping, bei dem die im Zusammenhang mit der Belastung stehenden Kognitionen und Emotionen fokussiert werden (Lazarus & Folkman, 1984). Tendenziell zeigt sich, dass problemorientiertes Coping eher mit besserer mentaler und physischer Gesundheit zusammenhängt (z. B. Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Semmer, 2003) als emotionsorientiertes Coping. Allerdings muss man z. B. bei stark belastenden Ereignissen mit den entstehenden intensiven Gefühlen umgehen können (Semmer, 2003). Ist eine Situation zudem nicht kontrollierbar, kann die Nutzung von emotionsorientiertem Coping zumindest kurzfristig funktional sein. Da die meisten Probleme damit nicht gelöst werden, ist dieses Bewältigungsverhalten langfristig weniger nützlich (Semmer, 2003).

Schließlich sind mit der Bewältigung von Stress u.U. auch Kosten verbunden (Schönpflug & Battmann, 1988). So können z. B. „Überstunden die Einhaltung von Terminen erleichtern, zugleich aber die Leistungsfähigkeit untergraben, zu Problemen mit der Familie führen usw.“ (Semmer, 1997, S. 333).

2.2.2.2 Stressdefinition(en)

Ungleichgewicht

Der „kleinste gemeinsame Nenner“ aller Stresskonzeptionen kann darin gesehen werden, dass ein tatsächlich vorhandenes oder auch nur subjektiv wahrgenommenes *Ungleichgewicht* zwischen Zielen und Möglichkeiten bzw. zwischen Bedürfnissen und Angeboten vorliegt (Semmer & Udris, 2004, S. 172). Während Lazarus (1966) bzw. Lazarus und Launier (1978, 1981) eine Situation auch dann als „stressend“ einstufen, wenn sie im Prozess der primären Bewertung als Herausforderung eingeschätzt wird, schränkt Greif (1983) den Stressbegriff auf „aversive Prognosen“ ein. Zur „Beschreibung der Erwartungen der Person“ und ihres subjektiven Zustandes bei der Situationsbewertung sind nach Greif mindestens sechs theoretisch bedeutsame Aspekte zu unterscheiden: „(1) die subjektive Wahrscheinlichkeit der Aversität der Situation, (2) die Intensität der Aversität der Situation, (3) der Grad der Kontrollierbarkeit der Situation, (4) die Wichtigkeit für die Person, die Situation zu vermeiden, (5) die zeitliche Nähe der Situation und (6) ihre erwartete Dauer“ (Greif, 1989, S. 434 ff.). Es ist offensichtlich, dass diese Aspekte nicht

voneinander unabhängig sind; sie bilden jedoch eine wichtige Definitionsgrundlage (vgl. Kasten 2.11).

Begriffsbestimmung von Stress (aus Greif, 1989, S. 435)

Kasten 2.11

„Auf dieser Grundlage kann die ‘Stressreaktion’ als subjektiver Zustand definiert werden, der aus der Befürchtung (englisch ‘threat’) entsteht, dass eine stark aversive, zeitlich nahe und subjektiv lang andauernde Situation wahrscheinlich nicht vermieden werden kann. Dabei erwartet die Person, dass sie nicht in der Lage ist (oder sein wird), die Situation zu beeinflussen oder durch Einsatz von Ressourcen zu bewältigen.“

Hacker und Richter (1980, S. 74) haben den Stressbegriff, durchaus folgerichtig, noch enger gefasst: „Stress bezeichnet einen Zustand angstbedingt erregter Gespanntheit, der durch erlebte Bedrohung durch Arbeitsbeanspruchung entsteht“. Die angstbetonte Erregtheit äußert sich „im Bereich des Erlebens als Ängstigung und Gespanntheit“. Im Bereich des Verhaltens finden sich Übersteuerung mit hastigem Tempo, überzogener Kraftaufwand, Desorganisationstendenzen in der Informationsaufnahme und erhöhter Genussmittelverbrauch. Außerdem sind „spezifische neuroendokrine Reaktionen vom Typ der unspezifischen Überaktivierung“ beobachtbar (Hacker & Richter, 1980, S. 74).

Nach der hier vertretenen Auffassung (vgl. Ulich, 1981) ist Stress insbesondere verbunden mit – tatsächlichem oder vermeintlichem – Kontrollverlust, der mit Gefühlen der Bedrohung, des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und der Abhängigkeit einhergeht (vgl. zum Kontrollkonzept etwa Frese, 1977, 1979; Frey et al., 1977; Glass & Singer, 1972; Oesterreich, 1981). Ob Stress entsteht, hängt also entscheidend davon ab, ob eine Person – tatsächlich oder vermeintlich – in der Lage ist, einen potentiellen Stressor, zum Beispiel Zeitdruck oder Unberechenbarkeit eines Vorgesetzten, zu bewältigen.

Folgen länger dauernder oder häufig einwirkender – und als nicht bewältigbar erlebter – Stressoren können nicht nur Beeinträchtigungen von Befinden und Leistung sowie Erkrankungen (vgl. Kasten 2.12) sein, sondern auch „Störungen im Sozialverhalten und in der Persönlichkeitsentwicklung“ (Hacker & Richter, 1980, S. 78).

Kontrollverlust

Kasten 2.12*Stress und Herzerkrankungen (aus Greiner, 1996, S. 18)*

„In a literature review of 36 studies on job stress and heart disease (Schnall et al., 1994), it is concluded that the evidence for an association between job stress and heart disease is convincing because of several reasons: There is a consistency in the results across populations. For example, studies done in Sweden and in the US, show similar results. Similar results were also found across different occupations. There is also consistency across study designs (cross-sectional, case-control, cohort studies) and with various formulations of the independent variable job stress and across different outcome measures (CVD [cardiovascular disease] mortality and morbidity).“

Allerdings muss nicht vorhandene Kontrolle nicht in jedem Fall zu Stress oder Schädigungen der Gesundheit führen. Nach Semmer (1990, S. 199) „deutet also alles darauf hin, dass Kontrolle nicht nötig ist, wenn man davon ausgeht, dass die Dinge ohnehin einen guten Verlauf nehmen, dass sie sogar abgelehnt wird, wenn Kontrollhandlungen mit hohem Risiko oder hohen Kosten verbunden sind, und dass Nichtkontrolle erträglich wird, wenn sie in einen Sinnzusammenhang eingebettet werden kann“.

Der hier dargestellten Stressdefinition stehen andere Ansätze entgegen, bei denen jede Art von Ungleichgewicht als Stress bezeichnet wird, seien es positive Herausforderungen oder solche, die den handelnden Menschen bis an seine Grenzen oder darüber hinaus fordern und mit negativen Reaktionen des Organismus einhergehen.

2.2.2.3 Herausforderung und Stress

Wie dargestellt, unterscheidet Lazarus bezüglich der Bewertung einer Stresssituation zwischen „Herausforderung“, „Bedrohung“ sowie „Verlust/Schaden“. Diese Unterscheidung wird in der Stressforschung oft zitiert, obwohl der Begriff Herausforderung im Zusammenhang mit Stress durchaus kontrovers zu beurteilen ist (vgl. Kasten 2.13).

Kasten 2.13*Challenge and stress (aus Semmer, McGrath & Behr, 2005)*

„Thus, challenge has some elements in common with threat. Both are anticipatory in character, and both imply the possibility of an undesired outcome. In threat, however, avoiding this undesired outcome is the dominant focus. By contrast, attainment of

success is the focus in challenge appraisals. This difference may seem small, yet research in the area of motivation suggests that it may imply quite drastic differences. It has long been recognized that approach and avoidance motivation are fundamentally different from one another (McClelland, 1987; Higgins, Grant, & Shah, 1999; Kanfer & Heggestad, 1997). From this perspective, appraisal of threat should be associated with avoidance behavior, or a 'prevention focus' (Higgins et al.), whereas challenge should be associated with approach behavior, or a 'promotion focus'. To the extent that concern about failure is dominant, as in the case of threat appraisals, emotions such as fear or worry should, therefore, be prevalent. By contrast, to the extent that a focus on success is dominant, as in challenge appraisals, emotions such as cheerfulness and joy should be dominant. This is exactly how challenge has been described: 'Challenge is somewhat like Selye's eustress in that people who feel challenged enthusiastically pit themselves against obstacles, feel expansive – even joyous – about the struggle that will ensue.' (Lazarus, 1999, 76)."

Allerdings können sich Bewertungen während einer Stresssituation verändern (Semmer et al., 2005), was im Modell von Lazarus durch die Möglichkeit einer Neubewertung („reappraisal“) berücksichtigt wird. So kann etwa eine ursprünglich als herausfordernd interpretierte Situation bei chronischen Belastungen zunehmend als Bedrohung reinterpretiert werden. Bei einer erfolgreichen Stressbewältigung ist auch der umgekehrte Prozess denkbar (Thoits, 1994; vgl. auch Zapf & Semmer, 2004).

Der Begriff Herausforderung ist in der betrieblichen Praxis mehrheitlich positiv besetzt. Zudem ist allgemein bekannt, dass hohe, *herausfordernde* Ziele leistungsfördernd wirken können (Locke & Latham, 1990). Umso mehr kann die Gleichsetzung von herausfordernden Situationen mit Stress in der betrieblichen Praxis zu Missverständnissen führen. Problematisch wird es, wenn zu hohe Arbeitsbelastungen dadurch legitimiert werden, dass es sich bei den entsprechenden Arbeitstätigkeiten um „herausfordernde“ Tätigkeiten handle (vgl. auch Kapitel 2.3.2).

Um Missverständnissen vorzubeugen: Mit der Fokussierung negativer Erfahrungen als Kern einer Stressdefinition (Semmer et al., 2005) geht nicht das Ziel eines völligen Belastungsabbaus aus dem betrieblichen Alltag einher; dies wäre weder wünschbar noch realistisch. Anzustreben ist nicht Belastungsvermeidung oder -minimierung, sondern *Belastungsoptimierung*.

Fehl-
belastungen

2.2.3 Stressoren bzw. Fehlbelastungen

Für die Klassifikation von Stressoren bzw. Belastungen⁸ (für eine Übersicht vgl. Tabelle 2.4) sind verschiedene Vorgehensweisen denkbar. Grundsätzlich können *akute* Stressoren, wie ein Autounfall oder der Verlust eines nahe stehenden Menschen, und *chronische* Stressoren, wie ständiger hoher Zeitdruck oder ein belastendes Sozialklima, unterschieden werden (Sonntag & Frese, 2002). Chronische Stressoren „können entweder eher strukturell in der Organisationsstruktur, der Arbeitsorganisation oder dem sozialen System angelegt sein, z. B. hohe Konzentrationsnotwendigkeiten an einem Überwachungsarbeitsplatz, oder sie können episodisch wiederkehrend auftreten und dem daily hassles-Konzept (Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981) entsprechen“ (Zapf & Semmer, 2004, S. 1029).

Für viele der in Tabelle 2.4 genannten Belastungen fanden sich in Untersuchungen relevante Zusammenhänge mit Wohlbefindens- und Gesundheitsindikatoren. Die Belastungsoptimierung ist folglich neben der Ressourcenstärkung für das betriebliche Gesundheitsmanagement von großer Bedeutung.

Das genaue Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Belastungen und ihren Wirkungen ist bis heute nicht umfassend geklärt (Udris & Frese, 1999). Deshalb sollten Mehrfachbelastungen vermehrt untersucht werden (Dunckel, 1991).

Neben den in Tabelle 2.4 dargestellten wurden viele weitere Belastungen untersucht. Dabei sind „Listen empirisch bestätigter stressrelevanter Faktoren in der Arbeit in der Regel in gleichem Masse lang wie unsystematisch“ (Büssing & Glaser, 1998b, S. 16). Der Stressforschung wurde in diesem Zusammenhang verschiedentlich der Vorwurf der Beliebigkeit gemacht (Kahn & Byosiere, 1992). In Tabelle 2.4 sind deshalb vor allem solche Stressoren dargestellt, die für das betriebliche Gesundheitsmanagement und insbesondere für die Arbeitsgestaltung relevant sind.

⁸ Da Formen positiver Belastung, zumindest in der Psychologie, nicht unter den Stressbegriff fallen sollten, etabliert sich möglicherweise längerfristig der Begriff Belastung als allgemeiner, neutraler und Fehlbelastung bzw. Stressor, analog zum Begriff Fehlbeanspruchung (vgl. Hacker & Richter, 1980), als spezifischer negativer Begriff (Zapf & Semmer, 2004).

Belastungen in Organisationen (vgl. Udris & Frese, 1999; Zapf & Semmer, 2004)

Tabelle 2.4

Quelle	Beispiele
Physikalische Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> – Lärm – Staub – Hitze – Schmutz – Chemische Stoffe
Arbeitsaufgabe und Arbeitsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> – Quantitative und/oder qualitative Unterforderung – Quantitative und/oder qualitative Überforderung – Regulationsbehinderungen
Rolle	<ul style="list-style-type: none"> – Rollenkonflikte – Rollenambiguität
Zeitliche Dimension	<ul style="list-style-type: none"> – Nacht- und Schichtarbeit – Lange Arbeitszeiten – Arbeit auf Abruf
Soziales Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> – Unfairness – Belastendes Vorgesetztenverhalten – Soziale Konflikte – Mobbing
Gesamtbalance von Einsatz und Ertrag	<ul style="list-style-type: none"> – Mangelnde Reziprozität – Gratifikationskrisen
Kunden- und Klientenkontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Emotionale Dissonanz – Umgang mit schwierigen Kunden und Klienten
Verhältnis zwischen der Erwerbsarbeit und anderen Lebensbereichen	<ul style="list-style-type: none"> – „Work Life Conflict“

Hinzu kommt, dass eine explizite theoretische Begründung der Stressoren in vielen Fällen fehlt (Sonntag & Frese, 2002). Ausnahmen bilden z. B. das im angloamerikanischen Raum oft untersuchte Konzept des Rollenstress (Katz & Kahn, 1978) und das in der deutschsprachigen Arbeitspsychologie entwickelte Konzept der Regulationsbehinderungen, das auf der Handlungsregulationstheorie basiert (Leitner, Volpert, Greiner, Weber & Hennes, 1987).

2.2.4 Regulationsbehinderungen

Behinderungen des alltäglichen Handelns kennen wir aus verschiedenen Lebensbereichen. Beispielsweise werden wir während der Hausarbeit durch Telefonanrufe unterbrochen, der neue Computer kann nicht in Betrieb genommen werden, weil das Benutzerhandbuch nicht alle nötigen Informationen enthält oder wir verpassen eine Verabredung, weil der Bus aufgrund einer Betriebsstörung ausgefallen ist. Wie diese alltäglichen Erfahrungen aus dem privaten Bereich zeigen, sind wir daran gewöhnt, „dass nicht alles reibungslos auf Anhieb klappt“ (Leitner, 1999, S. 73). Obwohl wir vielleicht zunächst verärgert sind, können wir in vielen Fällen mit diesen Behinderungen ohne weiteres umgehen, weil uns die nötigen Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen; „wir nehmen uns mehr Zeit als geplant, wir verschieben Ziele oder geben sie zugunsten anderer ganz auf“ (S. 73). Auch im Erwerbsalltag werden wir mit Behinderungen des Arbeitshandelns konfrontiert (vgl. Kasten 2.14).

Ob wir im Erwerbsarbeitsbereich effizient mit Behinderungen umgehen können, hängt wesentlich von den Arbeitsbedingungen ab. Die Arbeitsbedingungen und damit „die betriebliche Arbeitsorganisation, das zu erstellende Produkt, die Arbeitsmittel und -gegenstände geben den Rahmen für die Erfüllung einer Arbeitsaufgabe bzw. das Arbeitshandeln vor“ (Oesterreich, Leitner & Resch, 2000, S. 55).

Kasten 2.14

Arbeitsbedingungen als Quelle psychischer Belastungen (Lüders, 1999, S. 365-366)

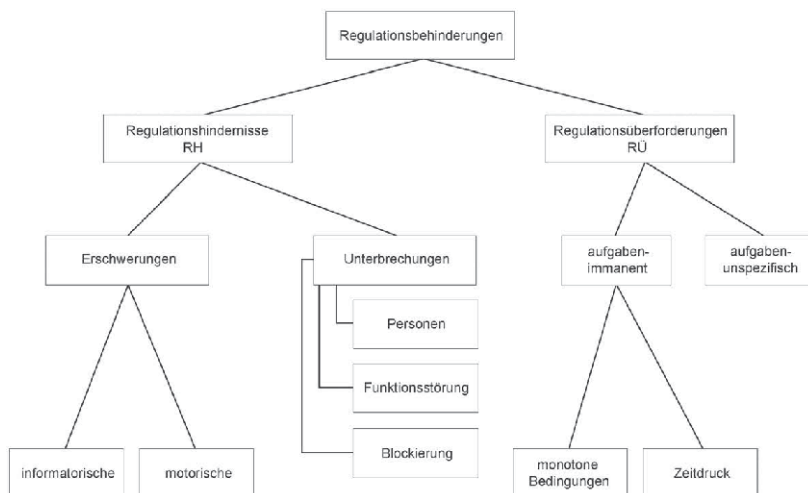
„Montag Vormittag zwischen zehn und elf Uhr in der Versandabteilung: Wieder einmal ist der Computer abgestürzt, gerade eingegebene Daten sind verloren, die Arbeit war umsonst. Der Fahrer von der Spedition wartet auf Versandpapiere, die nicht fertig gemacht werden können, weil der Kollege im Lager nicht erreichbar ist, und die Kollegin aus dem Verkauf steht mit dem nächsten Eilauftrag schon in der Tür. Zwischendurch klingelt das Telefon, von draussen dringt Lärm der an- und abfahrenden LKW in das Büro, und die Klimaanlage ist auch schon wieder kaputt. Der Azubi will wissen, wie er die Zollerklärung ausfüllen muss, gleichzeitig braucht die Vorgesetzte die Tourenplanung für den nächsten Tag. Man kommt zu nichts, und trotzdem soll die Arbeit bis zum Feierabend geschafft sein. Langsam stellen sich schlechte Laune und Kopfschmerzen ein.“

Das Konzept der Regulationsbehinderungen bezieht sich auf Belastungen, die bei der Erledigung der Arbeitsaufgabe auftreten und die somit „im unmittelbaren Zugriff und in der direkten Verantwortung des Unternehmens“ (Leitner, 1999, S. 73) liegen. Grundlage des Konzepts bildet die Handlungsregulationstheorie, die sich mit der Frage beschäftigt, „wie Menschen Ziele bilden und erreichen und welche psychischen Prozesse das äusserlich sichtbare Tun – das beobachtbare Verhalten – regulieren“ (Lüders, 1999, S. 368). Menschen, so die Annahme, setzen sich aktiv Ziele und verfolgen diese, können dabei aber nicht völlig frei entscheiden, weil sie „in gegenständliche und soziale Umweltbedingungen eingebunden“ sind, „die die Erreichung bestimmter Ziele ermöglichen aber auch bezw. verhindern können“ (S. 368).

Von Behinderungen des Arbeitshandelns, bzw. genauer von Regulationsbehinderungen, wird dann gesprochen, wenn „bestimmte äussere Arbeitsbedingungen ... die Erreichung des Arbeitsergebnisses behindern, ohne dass der Arbeitende dieser Behinderung effizient begegnen könnte“ (Greiner et al., 1987, S. 151). Leitner et al. (1987; Leitner, 1999, Greiner et al., 1987) unterscheiden zwei Formen von Regulationsbehinderungen: (1) Regulationshindernisse und (2) Regulationsüberforderungen (vgl. Abbildung 2.3).

Grobklassifizierung der Regulationsbehinderungen, als deren Folge psychische Belastungen auftreten können (aus Greiner et al., 1987)

Abbildung 2.3



**Regulations-
hindernisse**

„Hindernisse sind Erschwerungen oder Unterbrechungen des Arbeitshandelns, die die Erreichung des Arbeitsergebnisses behindern. Hinter dieser Definition steht die Modellvorstellung eines behinderungsfreien Weges zum Arbeitsergebnis. Dieser Weg muss nicht etwa leicht und einfach, er kann durchaus lang, kompliziert oder anstrengend sein. Wesentlich ist, dass alle Aktivitäten auf die Zielerreichung ausgerichtet sind“ (Leitner, 1999, S. 74). Von Regulationshindernissen wird erst dann gesprochen, wenn die Behinderungen nicht als Teil der Arbeitstätigkeit betrachtet bzw. wenn sie für das Herstellen des Arbeitsergebnisses nicht benötigt werden (Leitner et al., 1993). Unterschieden wird zwischen Erschwerungen und Unterbrechungen. Informatorische Erschwerungen können z.B. auftreten, wenn Anzeigewerte schlecht erkennbar, schwer interpretierbar oder mehrdeutig sind. Motorische Erschwerungen können entstehen, wenn Bedienelemente nur umständlich zu erreichen sind, sich schwer bewegen lassen oder unzuverlässig ansprechen. Unterbrechungen können als Störungen durch Personen, Funktionsstörungen oder Blockierungen (z.B. durch fehlendes Material) auftreten. Derartige Hindernisse werden als objektivierbare aufgabenbezogene Beeinträchtigungen der Handlungsregulation angesehen, die, etwa im Unterschied zum transaktionalen Stresskonzept von Lazarus (Lazarus & Launier, 1978; Lazarus & Folkman, 1984; vgl. Kapitel 2.2.2.1), unabhängig von Bewertungsprozessen der betroffenen Person bestimmt werden können. Bei wiederholt auftretenden Hindernissen stellt sich die Frage nach Vorgehensweisen zu deren zukünftiger Vermeidung. „Eine besonders effiziente Reaktion bestünde darin, einmal aufgetretene Behinderungen durch eine grundsätzliche technische oder organisatorische Lösung zu beseitigen“ (Greiner et al., 1987, S. 151). Andere Bewältigungsmöglichkeiten, die allerdings weniger effizient sind, weil sie das Problem nicht grundsätzlich beheben, sind denkbar: Die betroffene Person kann die Qualität ihrer Arbeit mindern, sie kann bei Auftreten eines Hindernisses Teile ihrer Arbeit an Arbeitskolleginnen oder -kollegen abgeben, ihr wird eine Verlängerung der Bearbeitungszeiten zugestanden oder sie kann durch eine angemessene Zeiteinteilung ihrer Arbeit dafür sorgen, dass sie nur während Routinearbeiten gestört wird (Leitner et al., 1993, S. 63). Diese organisatorischen Bewältigungsmöglichkeiten bzw. Ressourcen erlauben es, den aus den Behinderungen resultierenden Aufwand und die entsprechende psychische Belastung in Grenzen zu halten (Leitner, 1999; Lüders, 1999). Als Ressourcen können betrieb-

liche Bewältigungsmöglichkeiten allerdings nur gelten, wenn deren Nutzung explizit vorgesehen ist und somit nicht zu betrieblichen Sanktionen führt (Leitner et al., 1993). „Darf die bzw. der Arbeitende nicht in der beschriebenen, mehr oder weniger effizienten Weise reagieren, verbleibt nur die Möglichkeit, zusätzlichen Handlungsaufwand zu leisten, um das Arbeitsergebnis trotz Regulationsbehinderungen zu erreichen“ (Greiner et al., 1987, S.151). Dieser zusätzliche und – weil aus Mängeln der Arbeitsstruktur resultierende – eigentlich "überflüssige" Aufwand „muss neben der ‚eigentlichen‘ Arbeit geleistet werden“ (Leitner, 1999, S. 75). Wachsender Zusatzaufwand kann schnell einmal in Zeitdruck umschlagen, „wenn Behinderungen der Arbeitsausführung so viel Zeit kosten, dass Aufgabenziele gefährdet werden oder in Konflikt geraten“ (Moldaschl, 2001, S. 148). Man muss entweder schneller arbeiten, wählt evtl. riskantere Handlungsweisen um in der vorgegebenen Zeit mit seiner Arbeit fertig zu werden oder aber man dehnt die Arbeitszeit aus, was oft mit Überstunden verbunden ist.

Im Unterschied zu Regulationshindernissen „sind Überforderungen keine Ereignisse, die den Arbeitsablauf direkt erschweren oder unterbrechen“ (Lüders, 1999, S. 375). Sie entstehen dadurch, dass bestimmte Arbeitsbedingungen die Regulationsfähigkeit des bzw. der Beschäftigten im Verlauf des Arbeitstages bzw. der Arbeitsschicht vermindern. Beispiele für aufgabenspezifische Regulationsüberforderungen sind monotone Arbeitsbedingungen und Zeitdruck. Monotone Arbeitsbedingungen sind durch geringe Denkanforderungen und Gleichförmigkeit gekennzeichnet, verlangen aber trotz dieser Gleichförmigkeit nach ständiger Konzentration (Oesterreich, Leitner & Resch, 2000). Zeitdruck entsteht dann, wenn ständig mit hoher Geschwindigkeit gearbeitet werden muss, weil knappe betriebliche Zeitvorgaben bestehen. Dadurch werden das Einlegen kurzer Pausen (vgl. Abschnitt 2.4.3) oder eine Verringerung des Arbeitstempos erschwert oder verunmöglicht (Leitner, 1999). Neben diesen aufgabenimmanenten existieren auch aufgabenunspezifische Regulationsüberforderungen. Dazu zählen Umgebungsbedingungen wie Lärm oder Hitze ebenso wie ergonomisch schlecht gestaltete Arbeitsmittel (Oesterreich, Leitner & Resch, 2000, S. 64).

Die Auswirkungen solcher Hindernisse wurden empirisch verschiedentlich überprüft (z.B. Leitner, 1993, 1999; Semmer, Zapf & Greif, 1996; Greiner, Krause, Ragland. & Fisher, 1998; Spector & Jex,

*Regulations-
über-
forderungen*

1998). Greiner et al. (1997) fanden z.B. bei Busfahrern erhöhte Risiken für psychosomatische Beschwerden, Unfälle und Fehlzeiten als Folge von zusätzlichem Regulationsaufwand, der durch technische Unzulänglichkeiten, Überfüllung der Busse sowie regelwidriges Verhalten seitens der Fahrgäste und anderer Verkehrsteilnehmer verursacht wurde. Regulationshindernisse können auch mit berichteten Rücken- und Muskelschmerzen in Zusammenhang stehen. Dies wird durch Daten der vierten europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (Fourth European Working Condition Survey EWCS, 2005) nahegelegt, die alle fünf Jahre durchgeführt wird. An dieser europaweiten Erhebung beteiligten sich nahezu 30'000 Erwerbstätige aus 31 Staaten (EU-Mitgliedstaaten, Kroatien, Türkei, Norwegen, Schweiz). Die Erhebung umfasste u.a. Fragen zum Arbeitsinhalt, zur Arbeitsorganisation und zur Arbeitszeit. In Tabelle 2.5 sind die Zusammenhänge zwischen berichteten Arbeitsunterbrechungen durch unvorhergesehene Aufgaben und Rücken- bzw. Muskelschmerzen dargestellt (Eurofound, 2007).

Tabelle 2.5

Muskel-Skelett-Beschwerden in Abhängigkeit von Arbeitsunterbrechungen durch unvorhergesehene Aufgaben (%) (Calculations based on fourth EWCS, 2005: Eurofound October 2007)

Unterbrechungen	Rückenschmerzen	Muskelschmerzen
Sehr oft	27.9	27.3
Ziemlich oft	25.3	23.7
Gelegentlich	26.8	24.8
Nie	22.5	20.4
Total	25.6	23.8

Aus Tabelle 2.5 wird deutlich, dass Personen, die sehr oft durch unvorhergesehene Aufgaben unterbrochen werden, vergleichsweise mehr Rücken- und Muskelschmerzen berichten als Personen, die nur gelegentlich oder nie unterbrochen werden.

Analysen im Rahmen der sogenannten AIDA-Studie (Leitner et al., 1993; Leitner, 1999) zeigten, dass Regulationsbehinderungen und daraus resultierender Zusatzaufwand zu einer Beeinträchtigung der psychosozialen Gesundheit führen können. „Einbezogen wurden

222 Büroangestellte aus 12 mittleren bis großen Produktionsbetrieben unterschiedlicher Branchen, deren Tätigkeiten von einfachen Hilfstätigkeiten bis zu hochqualifizierter Sachbearbeitung reichten“ (Leitner, 1999, S. 104). Dieser Untersuchung kommt deshalb besondere Bedeutung zu, weil die Zusammenhänge zwischen den Arbeitsbedingungen und Merkmalen der Gesundheit im Längsschnitt untersucht und die Arbeitsbedingungen mittels Tätigkeitsbeobachtungen (vgl. Kapitel 3.5.4) analysiert wurden (Leitner et al., 1993), d.h. die Bedingungsanalyse erfolgte unabhängig von subjektiven Einschätzungen der Betroffenen. Gesundheitsmerkmale wurden per Fragebogen erhoben; gefragt wurde z.B. nach psychosomatischen Beschwerden, Ängstlichkeit, körperlichen Beschwerden und Krankheiten. Die Gesundheitsindikatoren wurden dabei zeitversetzt zu den Beobachtungsinterviews am Arbeitsplatz erhoben. Die Untersuchung beinhaltete zunächst drei Erhebungszeitpunkte (1990, 1991, 1992) und wurde sechs Jahre später (1998) um einen vierten ergänzt (Leitner & Resch, 2005).

Die zeitverzögerten gesundheitsbezogenen Effekte fielen relativ deutlich aus. Wer zum Zeitpunkt der bedingungsbezogenen Analyse psychischen Belastungen ausgesetzt war, fand „sich z.B. mit 70% Wahrscheinlichkeit ein Jahr später in der Gruppe mit erhöhten psychosomatischen Beschwerden“ (Leitner, 1999, S.115). Zudem zeigten sich ebenfalls im Längsschnitt deutliche Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen in der Arbeit und Gereiztheit bzw. Depressivität, es wurden Allergien und Augenbeschwerden berichtet und die Befragten waren deutlich unzufriedener mit ihrer Lebenssituation.

Bezüglich der Wirkrichtung zeigt sich also, dass die Höhe des durch Regulationsbehinderungen hervorgerufenen Zusatzaufwands die Ausprägung verschiedener Gesundheitsmerkmale beeinflussen kann. Pointiert ausgedrückt heißt dies: „Arbeit kann krank machen; eine wesentliche Ursache für vielfältige Beschwerden liegt in schlechten Arbeitsbedingungen“ (Leitner, 1999, S. 117).

2.2.5 Beanspruchungsfolgen und Stressreaktionen

Mögliche Beanspruchungsfolgen und Stressreaktionen umfassen ein breites Spektrum, was die in Kapitel 2.2.1 erwähnte Zuordnungs-

schwierigkeit von Beanspruchungen zu einzelnen Belastungen unterstreicht. „Sie reichen von kurzfristigen, aktuellen, vorübergehenden Reaktionen bis zu langfristigen, chronischen Manifestationen mit körperlichem und/oder psychischem Krankheitscharakter“ (Udris & Frese, 1999, S. 432). Grundsätzlich kann zwischen physiologischen, psychologischen und sozialen Stressreaktionen unterschieden werden (Semmer et al., 2004; vgl. Tabelle 2.6).

Tabelle 2.6

Beispiele für Beanspruchungsfolgen bzw. Stressreaktionen (aus Udris & Frese, 1999, S. 432)

	kurzfristige, aktuelle Reaktionen	mittel- bis langfristige, chronische Reaktionen
■ physiologisch, somatisch	<ul style="list-style-type: none"> - erhöhte Herzfrequenz - erhöhter Blutdruck - Ausschüttung von Cortisol und Adrenalin („Stresshormone“) 	<ul style="list-style-type: none"> - psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen - Unzufriedenheit - Resignation
■ psychisch, kognitiv-emotional	<ul style="list-style-type: none"> - Anspannung, Nervosität, innere Unruhe - Frustration - Ärger - Ermüdungs-, Monotonie-, Sättigungsgefühle 	<ul style="list-style-type: none"> - Depressivität - Burnout
■ Verhalten, individuell	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsschwankungen - Nachlassen der Konzentration - Fehlhandlungen - schlechte sensumotorische Koordination - Hastigkeit und Ungeduld 	<ul style="list-style-type: none"> - vermehrter Nikotin-, Alkohol-, Tablettenkonsum - Fehlzeiten (Krankheitstage) - innere Kündigung
■ Verhalten, sozial	<ul style="list-style-type: none"> - erhöhte Reizbarkeit - Konflikte - Mobbing - Streit - Aggressionen gegen andere - Rückzug (Isolierung) innerhalb und ausserhalb der Arbeit 	

Diagnostik

Auf der Basis der bis heute identifizierten Belastungen und Belastungsfolgen ist es möglich, eine Diagnostik Risiko erzeugender Defizite und gesundheitserhaltender bzw. -förderlicher Potentiale in

Arbeitsaufgaben sowie eine Differentialdiagnostik psychischer Fehlbeanspruchungen auf der Basis der ISO EN DIN 10075 vorzunehmen (Richter, 2003). Besondere Aufmerksamkeit werden in Zukunft darüber hinaus (1) die Erfassung von Prekaritätsrisiken aufgrund flexibilisierter Arbeitsformen, (2) die Untersuchung der totalen Arbeitsbelastung innerhalb von 24 Stunden sowie (3) die Vorhersage von arbeitsbedingten Langzeitrisiken für die Gesundheit aufgrund von psychischen Fehlbeanspruchungen erhalten müssen (Richter, 2003). Damit wird auch deutlich, dass berufsbezogene Gesundheitsrisiken heute auch den Einbezug extraorganisationaler Merkmale, z. B. des Arbeitskontrakts oder der Beschäftigungssicherheit, verlangen (Richter, 2002a).

2.2.6 Burnout: eine spezifisch psychische Beanspruchungsfolge

Burnout wurde in den letzten Jahren zu einem Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Im Zusammenhang mit Burnout genannte Begriffe wie Erschöpfung, Ausbrennen, Ablöschen oder Lustlosigkeit zeigen, dass der Begriff metaphorische Qualitäten aufweist (Büssing, 1992; Schaufeli & Enzmann, 1998), was seiner Verbreitung zusätzlich Vorschub leisten dürfte. Zudem ist zu vermuten, dass der Begriff weniger negativ besetzt ist als z.B. der Begriff Depression. Diese Besonderheiten des Burnoutbegriffs können zu der positiven Konsequenz führen, dass z.B. die schwierige Arbeitssituation vieler Humandienstleistender in breiten Kreisen der Bevölkerung wahrgenommen und thematisiert wird. Andererseits bleibt in der öffentlichen Diskussion eine über metaphorische Deutungen hinaus gehende Betrachtung des Begriffs Burnout oft eher vage; eine Präzisierung von Ursachen, Symptomen und Folgen wird vernachlässigt.

2.2.6.1 Burnout, ein schillernder Begriff

Die breite Thematisierung des Burnout hat nicht zuletzt zu einer Enttabuisierung psychischer Beschwerden und Erkrankungen beigetragen. Dennoch ist nicht zu übersehen, dass die aktuelle Burnoutdiskussion mit Problemen verbunden ist:

- Die häufigen Diskussionen in der Öffentlichkeit, den Medien und zunehmend auch in Organisationen beinhalten die Gefahr einer Trivialisierung des Themas. Schaufeli und Enzmann (1998, S.185) sprechen in diesem Zusammenhang von einer Popularitätsfalle. Damit ist gemeint, dass im Umgang mit Burnout schnelle, einfache Bewertungsmethoden und Lösungen gesucht werden, die der tatsächlichen Problemstellung nicht gerecht werden.
- Die Abgrenzung von anderen psychischen Beschwerden und Störungen ist nicht einfach, die Überlappung, z.B. mit Depressionen und psychosomatischen Beschwerden teilweise substantiell⁹. Erschwerend kommt hinzu, dass bis heute keine allgemein anerkannten klinischen Richtlinien für die Diagnose von Burnout existieren (vgl. z.B. Rösing, 2003).
- Umgekehrt muss berücksichtigt werden, dass nicht jede Erschöpfung mit Burnout gleichgesetzt werden kann. "Normale" Ermüdung ist z.B. durch geeignete Erholungsaktivitäten reversibel, Burnout zeichnet sich dagegen durch eine relativ hohe Stabilität aus (Schaufeli & Enzmann, 1998).
- Angesichts einer fehlenden anerkannten Burnoutdefinition erstaunt es nicht, dass eine Vielzahl von Symptomen mit Burnout in Verbindung gebracht worden ist. In einer Übersichtsarbeit identifizierten Schaufeli und Enzmann (1998, S. 19ff.) nicht weniger als 132 derartige Symptome.

2.2.6.2 Bestimmungsmerkmale des Burnout

Maslach (1982) differenziert in der heute am weitesten verbreiteten Konzeptualisierung (O'Driscoll & Cooper, 1996) zwischen drei Schlüsselkomponenten von Burnout¹⁰: „emotionale Erschöpfung“,

⁹ Allerdings gibt es auch wissenschaftliche Arbeiten, die darauf hindeuten, dass sich Burnout trotz Überlappungen hinreichend von anderen psychischen Beschwerden und Erkrankungen unterscheiden lässt, auch hinsichtlich der Entstehungsbedingungen (vgl. Glass & McKnight, 1996; Iacovides, Fountoulakis, Mousidou & Ierodiakonou, 1999; Bakker, Schaufeli, Demerouti et al., 2000).

¹⁰ Für eine systematische Übersicht zur Entwicklung und empirischen Überprüfung des Konzepts Burnout vgl. z. B. Schaufeli und Enzmann (1998) sowie Cooper (2001).

„Depersonalisierung“ und das Gefühl einer „(reduzierten) persönlichen Erfüllung und Leistungsfähigkeit“. Emotionale Erschöpfung bezieht sich auf ein Gefühl der Überbeanspruchung, des Energieverlusts und des Ausgelaugtseins. Depersonalisation ist gekennzeichnet durch ein Gefühl der Distanzierung, der Gefühllosigkeit sowie einer zynischen Haltung gegenüber Klienten, Kunden und/oder der Arbeitsaufgabe. Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit zeigt sich als Unzufriedenheit mit der eigenen Person, verbunden mit einem wachsenden Gefühl der Inkompetenz.

Die Burnout-Thematik wurde ursprünglich vor allem auf helfende Berufe bezogen bzw. auf Berufe, die ständige Zuwendung zu abhängigen Personen erfordern. Eine relativ hohe Anzahl von Untersuchungen zu Burnout belegt tatsächlich, dass z.B. Lehrkräfte ebenso wie Akteure des Gesundheitswesens einem vergleichsweise hohen Risiko für die Entwicklung von Erschöpfungssymptomen und Depersonalisierungstendenzen ausgesetzt sind (Schaufeli & Enzmann, 1998). Auch wenn diese Untersuchungen eine überproportionale Berücksichtigung dieser Berufsgruppen in der Burnoutforschung widerspiegeln mögen (Demerouti & Nachreiner, 1998), sind die Ergebnisse als beunruhigend einzustufen. So fanden z.B. Peter und Ulich (2003a) bei 43% der Assistenzärztinnen und -ärzte eines schweizerischen Kantonsspitals Anzeichen emotionaler Erschöpfung. Ulich, Inversini und Wülser (2002) fanden bei 30% der Lehrkräfte eines städtischen Kantons und bei 31% der Lehrkräfte eines ländlichen Kantons (Ulich, Trachsler, Wülser & Inversini, 2003) ebenfalls deutliche Hinweise auf emotionale Erschöpfung.

Eine nähere Analyse der Lehrkräftetätigkeit zeigt zudem, dass die Burnoutprävention in Schulen nach einer Mehrebenenbetrachtung und der Unterscheidung verschiedener Aufgabenbereiche, unter Berücksichtigung sowohl verhältnis- als auch verhaltensorientierten Maßnahmen, verlangt (Wülser, 2006, 2008). So ist z.B. der Unterricht zwar einerseits Quelle der Motivation und der Freude für Lehrkräfte, andererseits stehen Merkmale der Unterrichtssituation wie häufige ungeplante Unterbrechungen und Anforderungen an die Regulation eigener Emotionen gleichzeitig in einem starken Zusammenhang mit Burnoutsymptomen. Traditionell in der Burnoutforschung thematisierte Personmerkmale wie Verausgabungsbereitschaft, Distanzierungsfähigkeit und individuelle Selbstwirksamkeitserwartungen sind bei der Burnoutprävention im Schulbereich ebenso zu be-

Helfende Berufe

rücksichtigen (a.a.O.) wie Merkmale der Schulorganisation, des Schulmanagements und des Teamklimas.

Ausweitung des Konzepts

In den letzten Jahren erfolgte eine Ausweitung der Burnoutforschung unter Einbezug der Rolle von arbeitsorganisatorischen Bedingungen sowie einer Erweiterung der untersuchten Berufe über personenbezogene Dienstleistungsberufe hinaus. Ohm und Strohm (2001) fanden z. B. bei ca. 30% der Führungskräfte eines Logistikunternehmens Anzeichen emotionaler Erschöpfung.

Emotionale Erschöpfung als Kernkomponente

Zunehmend zeigt sich Übereinstimmung darin, dass emotionale Erschöpfung die Kernkomponente von Burnout darstellt. Bezogen auf diese Komponente wird ein direkter Zusammenhang mit Arbeitsbelastungen angenommen. Tatsächlich finden sich relativ konsistente Zusammenhänge zu verschiedenen Arbeitsbelastungen, wie z. B. Überforderung durch Krankheiten/Patientinnen bzw. Patienten, Zeitdruck, Rollenkonflikt und quantitative Belastung (vgl. z. B. Büssing & Schmitt, 1998; Demerouti et al., 2001; Lee & Ashforth, 1996; Peter & Ulich, 2003a; Ulich, Inversini & Wülser, 2002; vgl. auch Kapitel 7.3.1 und 7.3.2). Die Zusammenhänge mit allgemeinen Belastungen sind oft höher als die mit spezifisch helferbezogenen Belastungen (Lee & Ashforth, 1996), was die Annahme einer auf helfende Berufe beschränkten Beanspruchungsfolge in Frage stellt.

Demgegenüber wird Depersonalisierung als eine Form defensiven Bewältigungsverhaltens angesehen, die über emotionale Erschöpfung vermittelt wird (vgl. Bakker, Schaufeli, Sixma et al., 2000; Leiter, 1993). Büssing und Schmitt (1998) fanden in einer Studie im Bereich Krankenpflege, dass emotionale Erschöpfung vor allem mit primären Arbeitsbelastungsmerkmalen zusammenhängt, Depersonalisierung aber vor allem mit Handlungen und Reaktionen auf diese Arbeitsbelastungen.

Neben den relativ oft untersuchten Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen sowie Ressourcen und Burnout erhielt der Vergleich mit anderen psychischen Beanspruchungsfolgen eher weniger Aufmerksamkeit (für eine Übersicht vgl. Schaufeli & Enzmann, 1998). Bakker et al. (2000) fanden, dass mangelnde Reziprozität in der Partnerschaft bei Lehrern in Beziehung zu Depression, nicht aber zu Burnout stand. Sie fanden weiter, dass mangelnde Reziprozität in Bezug auf Schüler und Schülerinnen mit Burnout, aber nur indirekt mit Depression zusammenhing. Sie schließen aus diesen

Ergebnissen, dass Burnout im Gegensatz zur kontextunabhängigen Depression ein arbeitsspezifisches Syndrom ist (vgl. auch Leiter & Durup, 1994). Zapf und Semmer (2004) wenden dagegen ein, dass die Überlappung von Burnout mit anderen allgemeinen Beanspruchungsfolgen groß ist. Im Zusammenhang mit der Frage, in welchem Verhältnis Burnout zu anderen Beanspruchungsfolgen, wie z. B. chronischer Ermüdung (z. B. Appels 1989, 1993) oder Depression, steht, sind insgesamt noch weitere Forschungsbemühungen nötig.

Zusammenfassend zeigt sich die etwas widersprüchliche Situation, dass Burnout in der Öffentlichkeit zunehmend als ernst zu nehmendes Problem diskutiert wird, dass es aber gleichzeitig nur schwer zu fassen ist und darüber hinaus in der Forschung und der klinischen Praxis an der *Eigenständigkeit des Syndroms* teilweise gezweifelt wird. Dass die Dimensionen emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung bzw. Zynismus eigenständige *Fehlbeanspruchungen* darstellen, wird dagegen kaum bezweifelt. Bemühungen zur Vereinheitlichung des Begriffsverständnisses und eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen klinischer Praxis und Forschung wären hier wünschenswert, insbesondere im Interesse der Betroffenen. Die entsprechende Diskussion dürfte insbesondere die Fachwelt noch einige Zeit beschäftigen.

Für den Umgang mit dem Syndrom ist schließlich der Umstand wichtig, dass sich Burnout nicht von heute auf morgen einstellt, sondern über längere Zeit entwickelt und dass es, einmal aufgetreten, relativ hohe Stabilität aufweist (Schaufeli & Enzmann, 1998). Damit erhalten die Primärprävention und die Gesundheitsförderung sowie die Ansätze prospektiver Arbeitsgestaltung, auch im Rahmen der Burnoutproblematik, erhebliche Bedeutung.

2.3 Arbeitsbedingungen und Gesundheit: Wirkungsmodelle

Bereits in Kapitel 1 wurde darauf hingewiesen, dass in der Arbeitspsychologie *hohe Anforderungen* an eigenständiges Denken, Planen und Entscheiden, verbunden mit Möglichkeiten der Kommunikation und Kooperation, großen Tätigkeitsspielräumen und voll-

*Anforderungen
und
Belastungen*

ständigen Aufgaben, als wesentliche Merkmale gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung angesehen werden (Bamberg & Metz, 1998; Büssing, 1999; Ducki, 2000; Leitner, 1999; Lüders & Pleiss, 1999; Oesterreich, 1999a). 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; vgl. Kapitel 2.2.4). Diese arbeitspsychologischen Grundannahmen zu den Wirkungen von Anforderungen und Belastungen werden nachfolgend mit den Wirkhypothesen des Demand/Control-Modells von Karasek (1979; Karasek & Theorell, 1990), das international große Beachtung gefunden hat, verglichen.

2.3.1 Das Demand/Control-Modell

Das Demand/Control-Modell von Karasek (1979; Karasek & Theorell, 1990) geht davon aus, dass sich Arbeitstätigkeiten durch eine Kombination zweier tätigkeitsspezifischer Dimensionen beschreiben lassen. Ähnlich wie bei den Annahmen zu Anforderungen und Belastungen wird angenommen, dass ein hoher Entscheidungsspielraum („control“, oft auch mit „decision latitude“ bezeichnet) gesundheitsförderlich wirkt und dass psychische Belastungen („demands“) Fehlbeanspruchungen und negative gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Dabei beinhaltet der Entscheidungsspielraum Merkmale der Entscheidungsverantwortung („decision authority“) und Qualifikationsmerkmale („skill discretion“). Die psychischen Belastungen beziehen sich vor allem auf Zeitdruck, Arbeitsmenge und widersprüchliche Anforderungen (Karasek & Theorell, 1990).

Oesterreich (1999a, S. 157) nennt folgende Hypothesen, die mit dem Demand/Control-Modell verbunden sind:

- „a) Höherer Entscheidungsspielraum (*decision latitude*) in der Arbeit begünstigt ein aktives Freizeitverhalten.
- b) Höhere psychische Belastungen (*psychological demands*) in der Arbeit sind ein höheres Risiko für die Gesundheit.
- c) Zwar ist mit zunehmender psychischer Belastung das Gesundheitsrisiko generell grösser, aber es ist besonders hoch, wenn

mit hoher psychischer Arbeitsbelastung zugleich der Entscheidungsspielraum in der Arbeit gering ist (*high strain job*, 'strain' ist etwa mit Fehlbeanspruchung oder Anspannung zu übersetzen).

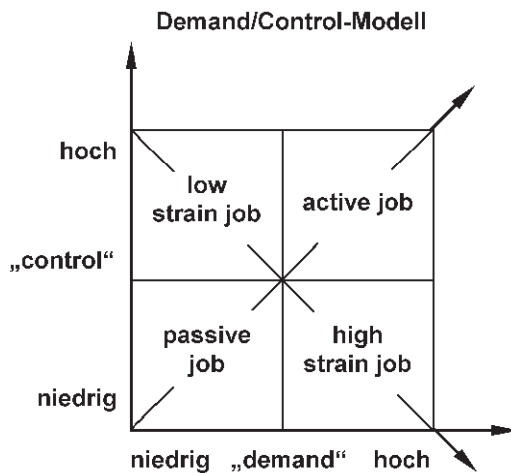
- d) Zwar wird mit hohem Entscheidungsspielraum das Freizeitverhalten generell aktiver, aber es ist besonders aktiv, wenn mit hohem Entscheidungsspielraum in der Arbeit zugleich die psychische Arbeitsbelastung hoch ist (*active job*).
- e) Soziale Unterstützung (*social support*) in der Arbeit vermindert die negativen Wirkungen der arbeitsbedingten psychischen Belastungen.“

Das Demand/Control-Modell ist zwar nicht mit einer ausgearbeiteten Theorie der Arbeitsgestaltung verbunden (Kompier, 2003), aus den Modellannahmen ergibt sich aber, dass (1) der Entscheidungsspielraum in jedem Fall hoch sein sollte, dass (2) Belastungen dann schädlich sind, wenn nur ein geringer Entscheidungsspielraum besteht und (3) Belastungen bei hohem Entscheidungsspielraum sogar erhöht werden könnten, um aktive Tätigkeiten zu schaffen (vgl. Oesterreich, 1999a). In Abbildung 2.4 sind die wichtigsten Annahmen des Demand/Control-Modells wiedergegeben.

Modellannahmen

Veranschaulichung der Aussagen zu Gesundheitsfolgen gemäß dem Demand/Control-Modell (aus Oesterreich, 1999a, S. 171)

Abbildung 2.4



**„High-Strain“-
Hypothese**

Im Demand/Control-Modell beschreibt die Richtung von links oben nach rechts unten eine Zunahme des Risikos für Fehlbeanspruchungen und Krankheiten. Dementsprechend sind Tätigkeiten mit niedrigem Entscheidungsspielraum („control“) und hohen Belastungen („demand“) besonders gesundheitsschädlich („High-Strain“-Hypothese). Tätigkeiten mit hohem Entscheidungsspielraum und wenig Belastungen werden dagegen als „low strain jobs“ beschrieben. Empirische Untersuchungen unterstützen insbesondere die „High-Strain“-Hypothese mit einer entsprechenden Zunahme physischer Gesundheitsbeeinträchtigungen, vor allem kardiovaskulärer Erkrankungen (vgl. Kristensen, 1995; Theorell & Karasek, 1996). Van der Doef und Maes (1999) kommen in einer Übersichtsarbeit in Bezug auf psychisches Wohlbefinden ebenfalls zum Schluss, dass die „High-Strain“-Hypothese tendenziell bestätigt wird. „High-Strain“-Tätigkeiten stehen in vielen Untersuchungen im Zusammenhang mit vermindertem Wohlbefinden, geringerer Arbeitszufriedenheit und erhöhtem Burnout. Dabei scheint insbesondere mangelnde Kontrolle zu negativen Folgen zu führen (Jones & Fletcher, 2003).

**Lern- und Ent-
wicklungshy-
pothese**

Die Dimension von links unten nach rechts oben im Demand/Control-Modell beschreibt eine Zunahme des aktivierenden Potentials der Tätigkeiten. Damit wird die These vertreten, dass ein hoher Entscheidungsspielraum bei gleichzeitig hohen Belastungen mit herausfordernden Tätigkeiten, einer erhöhten Lernmotivation und einem aktiven Freizeitverhalten verbunden ist (Lern- und Entwicklungshypothese). Bei hohen Belastungen wäre also aus Sicht der Arbeitsgestaltung die Möglichkeit gegeben, durch eine Erhöhung des Entscheidungsspielraums „aktivierende“ Tätigkeiten zu schaffen. Die Lern- und Entwicklungshypothese wurde allerdings nur selten untersucht (De Jonge & Kompier, 1997). Vor dem Hintergrund der noch spärlichen Evidenz kommen Taris, Kompier, De Lange, Schaufeli und Schreurs (2003) zum Schluss, dass die Lern- und Entwicklungshypothese bisher wenig Unterstützung erhält.

Ein erweitertes Demand/Control-Modell unter Einbezug sozialer Unterstützung (vgl. Johnson & Hall, 1988) wird durch empirische Untersuchungen nur teilweise gestärkt (Van der Doef & Maes, 1999).

*Additive oder
interaktive
Effekte*

Nach wie vor offen ist auch, ob hohe Belastungen und ein niedriger Entscheidungsspielraum additiv oder interaktiv („Pufferhypothese“) wirken (Van der Doef & Maes, 1999). Diese Unterscheidung hat für Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements hohe Relevanz. Wenn nämlich mit einer puffernden Wirkung des Entscheidungsspielraums gerechnet werden kann, würde dessen Vergrößerung negative Wirkungen von Belastungen vermindern, ohne dass diese selbst zwingend reduziert werden müssten. Wenn aber Belastungen unabhängig vom Entscheidungsspielraum schädlich wirken, wie z. B. im Modell Anforderung/Belastung angenommen, wäre eine ausschließliche Erhöhung des Entscheidungsspielraums ohne Abbau von Belastungen nicht ausreichend.

Neuere Studien deuten darauf hin, dass eine puffernde Wirkung des Entscheidungsspielraums nicht unabhängig von Merkmalen der Person zustande kommt (Semmer & Udris, 2004; Van der Doef & Maes, 1999). So wurde z. B. gefunden, dass ein hoher Entscheidungsspielraum insbesondere bei denjenigen Personen puffernd wirkt, die hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Schaubroeck & Merrit, 1997) und aktive Problemlösestrategien mitteilen (de Rijk, le Blanc, Schaufeli & de Jonge, 1998). Neben personenbezogenen Einflussgrößen wurden konzeptuelle und methodische Ursachen für die inkonsistenten Resultate in Bezug auf die Pufferhypothese dargestellt, beispielsweise eine mangelnde Operationalisierung der Konstrukte und Probleme bei der Verwendung von Fragebogenverfahren für die Beschreibung von Arbeitsbedingungen.¹¹

*Merkmale
der Person*

2.3.2 Das Konzept Anforderung/Belastung

Ähnlich wie im Demand/Control-Modell wird auch im Konzept Anforderung/Belastung zwischen positiv zu bewertenden psychischen Anforderungen (vgl. Kapitel 1.4.2), die etwa der Control-Dimension entsprechen, und negativ zu bewertenden psychischen Belastungen (vgl. Kapitel 2.2.4), die ungefähr der Demand-Dimension entsprechen, unterschieden (vgl. Tabelle 2.7).

¹¹ Für eine Übersicht zu konzeptuellen und methodischen Überlegungen zum Demand/Control-Modell vgl. Kasl (1996), Oesterreich (1999a) sowie Van der Doef und Maes (1999).

Im Konzept Anforderung/Belastung werden Anforderungen und Belastungen als voneinander unabhängige Dimensionen verstanden. „Die Höhe der Anforderungen sagt nichts über die Belastungshöhe aus. Geringe (wie auch hohe) Belastungen können sowohl bei stark vorstrukturierten Tätigkeiten als auch bei anspruchsvoller Arbeit auftreten“ (Leitner, 1999, S. 77).

Tabelle 2.7

Systematik der psychischen Anforderungen und Belastungen im Konzept Anforderung/Belastung (aus Oesterreich, 1999a, S. 144)

Psychische Anforderungen		
Entscheidungsanforderungen	Kooperationsanforderungen	
<ul style="list-style-type: none"> - Entscheidungsspielraum - zeitbezogene Entscheidungen - strukturbezogene Entscheidungen 	<ul style="list-style-type: none"> - betriebsintern, mit einzelnen Kollegen - betriebsintern, in Gruppe - betriebsextern 	
Psychische Belastungen		
Zusatzaufwand	Monotone Bedingungen	Zeitdruck
<ul style="list-style-type: none"> - informatorische Erschwerungen - manuell/motorische Erschwerungen - Unterbrechungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Bei Routinetätigkeit - Bei langen Phasen ohne Eingriffserfordernis 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierlich enge Zeitvorgabe - diskontinuierlich durch Endtermine

In Bezug auf die hauptsächlich gesundheitsbezogenen Effekte der beiden Dimensionen ergeben sich zunächst ähnliche Hypothesen wie im Demand/Control-Modell. Psychische Anforderungen, so die Annahme, sind mit positiven, psychische Belastungen mit negativen gesundheitlichen Wirkungen verbunden. Im Unterschied zum Demand/Control-Modell wird allerdings keine auf Kombinationen der beiden Dimensionen beruhende spezielle Wirkung erwartet. Im Demand/Control-Modell wird ja angenommen, (1) dass Belastungen negativ wirken, dass sie aber besonders schädlich sind, wenn gleichzeitig die Kontrolldimension schwach ausgeprägt ist und (2) dass eine hohe Kontrolle grundsätzlich positiv wirkt, aber bei gleichzeitig hohen Belastungen besonders positive Konsequenzen nach sich zieht, z.B. im Sinne eines aktiven Freizeitverhaltens. Im Konzept Anforderung/Belastung wird dagegen angenommen, dass psychische Belastungen, hier im Sinne von Regulationsbehinderun-

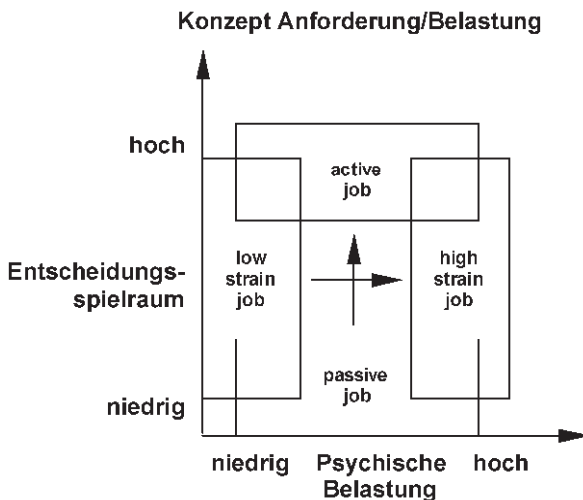
gen, und psychische Anforderungen wie z.B. Planungs- und Entscheidungsspielräume ihre Wirkungen *unabhängig* voneinander entfalten (vgl. Abbildung 2.5). Die Bezeichnungen active/passive job und low/high strain job in Abbildung 2.5 sind aus dem Demand/Control-Modell übernommen worden (Oesterreich, 1999a; vgl. Abbildung 2.4).

Zusammenfassend sind mit dem Konzept Anforderung/Belastung „folgende Aussagen verbunden:

- Höhere psychische Anforderungen in der Arbeit (z.B. hoher Entscheidungsspielraum) sind nützlich, weil sie positive Aspekte der Gesundheit (z.B. aktivere Freizeit) fördern. Die Höhe der Anforderungen beeinflusst aber nicht negative Aspekte der Gesundheit, d.h. Gesundheitsrisiken.
- Höhere psychische Belastungen (z.B. Zusatzaufwand durch Hindernisse) in der Arbeit sind schädlich, weil sie Gesundheitsrisiken (z.B. psychosomatische Beschwerden) erhöhen. Die Höhe der Belastungen beeinflusst aber nicht positive Aspekte der Gesundheit“ (Oesterreich, 1999a, S. 142).

Veranschaulichung der Aussagen zu Gesundheitsfolgen gemäß dem Konzept Anforderung/Belastung (aus Oesterreich, 1999a, S. 171)

Abbildung 2.5



Belastung wird hier also grundsätzlich negativ bewertet. Belastungen haben in diesem Konzept, auch in Kombination mit hohem Entscheidungsspielraum, keine positiven Wirkungen. Das heißt z.B., dass es aus einer Perspektive der betrieblichen Gesundheitsförderung „keinen zu geringen Zusatzaufwand, keinen zu geringen Zeitdruck oder zu wenig monotone Arbeitsbedingungen geben“ kann (Oesterreich, 1999a, S. 177). Auch zum Belastungs-Beanspruchungskonzept (vgl. Kapitel 2.2.1) ergeben sich Unterschiede: „Die psychische Belastung im Konzept Anforderung/Belastung hat keine neutrale Bedeutung, weil Belastungen dieser Art gesundheitsgefährdend sind“ (Oesterreich, 1999a, S. 177). Dies hat insbesondere damit zu tun, dass sich psychische Belastungen im Konzept Anforderung/Belastung auf Regulationsbehinderungen beschränken. Im Belastungs-Beanspruchungs-Konzept bedeuten psychische Belastungen hingegen die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.

Ergebnisse der bereits besprochenen AIDA-Längsschnittstudie (vgl. Kapitel 2.2.4) unterstützen im Wesentlichen die Annahmen des Konzepts Anforderung/Belastung. Die im Demand/Control-Modell zusätzlich postulierten kombinierten Effekte ließen sich nicht belegen. „Die AIDA-Ergebnisse sprechen nicht für besonders gravierende gesundheitliche Beschwerden, wenn zusätzlich zu hohen Belastungen der Entscheidungsspielraum niedrig ist. Sie sprechen auch nicht für besonders aktive Freizeit, wenn zusätzlich zu hohem Entscheidungsspielraum die Belastungen hoch sind. Die AIDA-Ergebnisse sprechen dafür, dass die negativen Folgen von höheren Belastungen unabhängig von der Höhe des Entscheidungsspielraums eintreten und dass die positiven Folgen von höherem Entscheidungsspielraum unabhängig von der Höhe der Belastungen sind“ (Oesterreich, 1999a, S. 164). Diese Ergebnisse sind allerdings vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass die Modelle Anforderung/Belastung und Demand/Control nicht nur konzeptuell sondern auch methodisch Unterschiede aufweisen (Oesterreich, 1999a, S. 147ff.). (1) Das Konzept Anforderung/Belastung wurde theoriegeleitet entwickelt, insbesondere auf der Basis der Arbeiten von Volpert (1975) zur Partialisierung des Arbeitshandelns und im Rahmen der Konstruktion von Arbeitsanalyseinstrumenten (vgl. Kapitel 3.5.4). (2) Untersuchungen im Rahmen des Demand/Control-

Modells sind in der großen Mehrheit reine Fragebogenstudien, auf der Basis des Konzepts Anforderung/Belastung durchgeführte Untersuchungen, wie die AIDA-Studie, analysieren die Arbeitsbedingungen mittels Tätigkeitsbeobachtungen. (3) Das ursprünglich im Rahmen des Demand/Control-Modells eingesetzte Fragebogeninstrument (vgl. Karasek & Theorell, 1990) enthält zwar für die Erhebung der Belastungen auch Aussagen zu widersprüchlichen Anforderungen, erfasst aber in der Terminologie des Konzepts Anforderung/Belastung v.a. Merkmale, die mit Zeitdruck umschrieben werden können (Oesterreich, 1999a).

Soweit die Forschungsergebnisse im Rahmen der Konzepte Demand/Control und Anforderung/Belastung übereinstimmen, legen sie für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung insgesamt eine Doppelstrategie nahe. „Entscheidungsspielräume sollten möglichst erweitert und psychische Belastungen vermindert werden“ (Oesterreich, 1999a, S. 171). Auch aufgrund der widersprüchlichen Resultate zur Pufferhypothese des Demand/Control-Modells (vgl. Kapitel 2.3.1) empfiehlt sich auf der Basis des aktuellen Wissenstandes dieses Vorgehen.

Hinsichtlich der grundsätzlich positiven Rolle hoher psychischer Anforderungen sind hier einige abschließende Bemerkungen angebracht. Bereits in Kapitel 1.4.2 wurde darauf hingewiesen, dass Anforderungen auch zu hoch oder zu komplex sein können, so dass quantitative oder qualitative Überforderung mit den entsprechenden Folgen für Beanspruchung und Krankenstand entstehen kann (Blum & Naylor, 1968; Ulich, 1972; Warr, 1994; Zapf & Semmer, 2004). So fand z.B. Semmer (1984), dass eine Kombination hoher Komplexität mit geringem Handlungsspielraum mit vergleichsweise hohen psychosomatischen Beschwerden verbunden war. Wenn also die Anforderungen - in diesem Fall die Aufgabenkomplexität - die individuellen Leistungsvoraussetzungen deutlich übersteigen, ist mit negativen Beanspruchungsfolgen zu rechnen.

Hier ergeben sich auch Anknüpfungspunkte zum Konzept widersprüchlicher Arbeitsanforderungen (Moldaschl, 1991, 2001). In diesem Konzept werden psychische Belastungen „konzeptualisiert als Widersprüche zwischen Handlungsanforderungen und Handlungsmöglichkeiten bzw. als Diskrepanzen zwischen Zielen, Regeln und Ressourcen“ (Moldaschl, 2005, S. 255). Etwas anders ausge-

Doppelstrategie

Widersprüchliche Arbeitsanforderungen

drückt ergeben sich psychische Belastungen damit aus Unvereinbarkeiten zwischen Arbeitsanforderungen, verfügbaren Ressourcen und den Regeln, die für den Umgang mit den Arbeitsanforderungen und Ressourcen postuliert worden sind. „Widersprüchliche Arbeitsanforderungen kennzeichnen also ein *jeweils spezifisches Spannungsverhältnis von Fremdbestimmung und gewährter Autonomie*.“ (Moldaschl, 2005, S. 255). Mögliche 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)

Obwohl also Arbeitsanforderungen im Sinne hoher Denk- und Planungserfordernisse im Prinzip positiv einzuschätzen sind und u.a. mit positiven Lerneffekten und Erfahrungsgewinn (Zapf & Semmer, 2004) verbunden bzw. letztlich als gesundheitsförderlich einzustufen sind (Oesterreich, 1999a), sind ihre konkreten Wirkungen in vielen Fällen nicht unabhängig von Regulationsmöglichkeiten, z.B. im Sinne von Entscheidungs- und Zeitspielräumen, beurteilbar. Die kritische Rolle organisationaler Bewältigungsmöglichkeiten für den Umgang mit Regulationsbehinderungen wurde bereits in Kapitel 2.2.4 dargestellt. Durch die Unterscheidung zwischen Regulationsanforderungen und -möglichkeiten einerseits, und Regulationsbehinderungen andererseits, ergeben sich zusätzliche Konstellationen, die zu psychischen Belastungen führen können. Dies kann sowohl für qualifizierte, immaterielle Tätigkeiten (Moldaschl, 2005), als auch für „neue Formen restriktiver Produktionsarbeit“ gelten (Büssing & Glaser, 1998a, S. 595). Auch hier können widersprüchliche

Arbeitsanforderungen entstehen. Beispielsweise entstehen möglicherweise Widersprüche zwischen der Verantwortung für und dem Einfluss auf Qualitätsmerkmale; aufgrund einer Unterbesetzung kann ein Widerspruch zwischen Aufgabenerweiterung und Anlagenebesetzung entstehen; es entstehen Probleme aufgrund des Just-in-time Prinzips, die u.a. auf die Bewältigung des Null-Puffer-Prinzips durch die Arbeitnehmenden zurückzuführen sind oder hohe Flexibilitätsanforderungen führen zu negativen Konsequenzen, u.a. verbunden mit einem Verlust entlastender Routinen und mangelhafter Einarbeitungszeit (Moldaschl, 1993).

Wenn also (zu) hohe Arbeitsanforderungen „auf geringe Spielräume bei Entscheidungen über sowie Gestaltung und Kontrolle von Arbeitsprozessen treffen, so können wir nichts anderes als hohe Belastung und Stresserleben erwarten“ (Büssing & Glaser, 1998a, S. 595).

2.3.3 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Das *Modell beruflicher Gratifikationskrisen* von Siegrist (1996a, 1996b, 2002) geht in seinen Annahmen über die unmittelbare Arbeitstätigkeit hinaus und thematisiert die organisationalen Rahmenbedingungen. In diesem Modell wird angenommen, dass ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und als Gegenwert dafür erhaltener Belohnungen zu Stressreaktionen führt. Eine zentrale Aussage von Siegrist (1996a, S. 6) lautet, „dass es einen systematischen Zusammenhang gibt zwischen der Qualität und Intensität von Emotionen, die aus der Selbstregulation im sozialen Austausch resultieren ... Mit anderen Worten: die drei Bezugssysteme des Organismus, des personalen Erlebens und der sozialen Chancenstruktur werden unter dem Aspekt gelungener bzw. gestörter Selbstregulation miteinander verknüpft...“. Siegrist unterscheidet zwischen situativen (extrinsischen) und personalen (intrinsischen) Verausgabungsquellen. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Modell sozial vermittelte Belohnungen, die von Siegrist Gratifikationen genannt werden. Gratifikationen ergeben sich über drei „Transmittersysteme“: Geld, Wertschätzung und berufliche Statuskontrolle (Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit und ausbildungsadäquate Beschäftigung) (vgl. Kasten 2.15).

Kasten 2.15

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen („model of effort-reward imbalance“, aus Siegrist, 2002, S. 264 f.)

„The model of effort-reward imbalance maintains that availability of a work role is associated with recurrent options of contributing and of performing, of being rewarded or esteemed, and of belonging to some significant group (e.g. work colleagues). Yet these potentially beneficial effects are contingent on a basic prerequisite of exchange in social life, that is, reciprocity. Effort at work is spent as a part of socially organized exchange process to which society at large contributes in terms of rewards...The risk of non-reciprocity in exchange is particularly high if employees have no alternative choice in the labor market, if their skills are poor or if they subscribe to short term contracts...

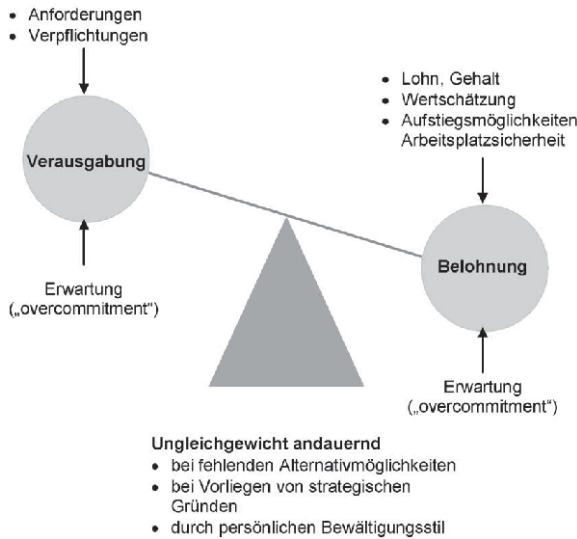
...Employees themselves may also contribute to high cost/low gain conditions at work either intentionally or unintentionally. For instance, they may accept job arrangements that are considered unfair for a certain time for strategic reasons as they tend to improve their chances for career promotion and related rewards at a later stage. This pattern is often observed in early stages of professional careers, among others. Failed success after long lasting investment is particularly harmful to a person's self-regulation.

Finally, there are psychological reasons of a continued mismatch between efforts and rewards at work. People characterized by a motivational pattern of excessive work-related overcommitment and a high need for approval may suffer from inappropriate perceptions of demands and their own coping resources more often than their less involved colleagues (Siegrist, 1996b, 2001). Perceptual distortion prevents them from accurately assessing cost-gain relations. As a consequence, they underestimate the demands, and overestimate their own coping resources while not being aware of their own contribution to non-reciprocal exchange.”

Als Stress auslösend und schlussendlich krankheitsrelevant wird im Modell beruflicher Gratifikationskrisen eine Kombination starker, lang anhaltender Verausgabung mit im Vergleich dazu bescheidenen Gratifikationen angesehen. Dies widerspiegelt eine mangelnde Reziprozität zwischen individuellen Kosten und Nutzen im Sinne von Belohnungen. Abbildung 2.6 zeigt schematisch die wichtigsten Komponenten des Modells.

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

Abbildung 2.6



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 koronare Herzkrankheiten und Bluthochdruck verbunden sind (Bosma, Peter, Siegrist & Marmot, 1998; Siegrist et al., 1990; Siegrist, 2001; vgl. Kasten 2.16).

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

Kasten 2.16

„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 multivariate 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."

Eine Metaanalyse von van Vegchel, de Jonge, Bosma und Schaufeli (2005), in die 45 Studien aus den Jahren 1986 bis 2003 eingeflossen sind, bestätigte die empirische Relevanz des Konzepts. Deutliche positive Zusammenhänge wurden insbesondere gefunden zwischen Gratifikationskrisen und neu aufgetretenen Herz-Kreislaufkrankungen, Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen, psychosomatischen Beschwerden sowie arbeitsbezogenem Wohlbefinden.

Soziale Austauschtheorien

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen erinnert aufgrund der Betonung von Reziprozitätsprozessen an Soziale Austauschtheorien (Blau, 1964), insbesondere an die Equitytheorie (Adams, 1963, 1965; Pritchard, 1969). Auch wenn das Modell beruflicher Gratifikationskrisen breiter angelegt ist als die Equitytheorie und z. B. auch die über Selbstregulation entstehende Wirkung von Ungleichgewichten in Austauschbeziehungen thematisiert, sind Ähnlichkeiten zu verzeichnen. Adams ging im Anschluss an Homans (1958, 1961) davon aus, dass die Arbeitssituation im weitesten Sinne als Tauschverhältnis erlebt wird: Dafür, dass Arbeitnehmende ihre Arbeitskraft zur Verfügung stellen, erhalten sie vom Arbeitgeber eine Gegenleistung in Form von materiellen und/oder immateriellen Belohnungen. Sofern das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung als „gerecht“ beurteilt wird, wird dies als Zustand psychischen Gleichgewichts erlebt, der Zufriedenheit bewirkt. Ob das Verhältnis von Aufwand und Ertrag subjektiv als „gerecht“ oder „ungerecht“ beurteilt wird, hängt allerdings entscheidend davon ab, wie die entsprechende

Tauschbeziehung bei anderen – seien dies Bezugsgruppen oder einzelne Bezugspersonen – wahrgenommen wird. Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der Situation sind demzufolge also auch das Ergebnis von Vergleichsprozessen, in deren Verlauf Vor- und Nachteile, sowohl auf der Aufwands- als auch auf der Ertragsseite gegeneinander abgewogen werden.

Nach der Theorie von Adams führt erlebte Ungerechtigkeit ganz allgemein zu einem Spannungszustand, der nach Auflösung drängt. Dabei kann das Gefühl von Ungerechtigkeit nicht etwa nur dann entstehen, wenn jemand sich unterbewertet fühlt, sondern auch dann, wenn jemand sich überbewertet fühlt. Bei geringer Diskrepanz wird durch mehr oder weniger bewusste gedankliche Manipulation versucht, die jeweiligen Vor- und Nachteile nochmals gegeneinander abzuwägen und so nach Möglichkeit die erlebte Diskrepanz zu minimieren. Ist dies nicht möglich oder ist die erlebte Diskrepanz zu groß, so muss nach einer aktiven Lösung gesucht werden, die entweder durch eine tatsächliche Veränderung der Situation oder durch psychologische Umstellung erfolgen kann. Von den insgesamt acht von Adams genannten Möglichkeiten seien hier die drei folgenden erwähnt:

- Verminderung des eigenen Einsatzes durch Leistungszurückhaltung – z. B. wenn jemand zu dem Schluss kommt, im Vergleich zu anderen für seinen Einsatz zu wenig Lohn zu erhalten.
- Flucht aus dem Feld durch Fehlzeiten oder Kündigung – z. B. wenn jemand keine Möglichkeit sieht, die von ihm als ungerecht erlebte Situation ändern zu können.
- Änderung der Bezugsgruppen – z. B. wenn jemand zu dem Schluss kommt, weder die Situation ändern noch kündigen zu können.

Pritchard (1969) hat zu dem Konzept von Adams Folgendes angemerkt: (1) man könne nicht in jedem Fall grundsätzlich bzw. a priori wissen, ob ein Aspekt der Austauschbeziehung – z. B. die Verantwortung – eher als Aufwand oder eher als Ertrag erlebt werde; (2) es sei nicht klar, wodurch die Wahl bestimmter Personen oder Gruppen als Bezugspersonen oder Bezugsgruppen bestimmt werde; (3) es sei mit interindividuellen Unterschieden im Gerechtigkeitsempfinden zu rechnen und (4) die Beurteilung einer Tauschsituation als gerecht oder ungerecht könne auch auf der Grundlage „interner Standards“ erfolgen.

Die Besonderheit des Konzepts von Adams liegt einerseits darin, dass er sich ökonomischer Modellvorstellungen bedient und die Arbeitssituation in diesem Sinne als Tauschsituation begreift sowie andererseits darin, dass er die Bedeutung des sozialen Vergleichs für die Wahrnehmung und Beurteilung einer Situation als gerecht bzw. ungerecht hervorhebt. Daraus wird zum Teil auch erklärbar, weshalb die relative Lohnhöhe für die Einschätzung der eigenen Situation – und die erlebte Wertschätzung (Kleinbeck, 1996; Semmer & Udris, 2004) – oft wichtiger zu sein scheint als die absolute Lohnhöhe.

Psychologischer Vertrag

Interessante Bezüge existieren auch zum Konzept des Psychologischen Vertrags (Rousseau, 1995). Auch hier werden Reziprozitätsüberlegungen insofern zugrunde gelegt, als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Erwartungen bezüglich konkreter (z. B. Lohn und Arbeitsbelastung, aber auch bezüglich weniger greifbarer Merkmale (z. B. Anerkennung und Würde) haben. Wird dieser Kontrakt verletzt, kann es z. B. als Kompensation zu Fehlzeiten kommen. Auch in der Gesundheits- und Burnoutforschung wurden in den letzten Jahren Reziprozitätsüberlegungen thematisiert und empirisch überprüft (z. B. Bakker, Schaufeli, Demerouti, Janssen, van der Hulst & Brouwer, 2000; Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld & van Dierendonck, 2000).

In einer Längsschnittstudie von Kivimäki, Vahtera, Elovainio et al. (2007) ließen sich Gratifikationskrisen, die sich als Einschätzungen zur distributiven bzw. Ergebnisgerechtigkeit verstehen lassen, schließlich auch deutlich von Gerechtigkeitsmerkmalen wie der prozeduralen und der relationalen Gerechtigkeit unterscheiden. Letztere sind Einschätzungen zur Verlaufsgerechtigkeit, also zur Art und Weise, wie z.B. Entscheidungen gefällt werden. Gratifikationskrisen standen über die prozedurale und relationale Gerechtigkeit hinaus in einem positiven Zusammenhang mit berichteten Gesundheitsproblemen, geringfügigen psychiatrischen Beschwerden und diagnostizierten Depressionen.

2.3.4 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen und das Demand/Control-Modell: empirische Vergleiche

In einigen Studien wurde das Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist mit dem in Kapitel 2.3.1 vorgestellten Demand/Control-Modell von Karasek verglichen (vgl. Kasten 2.17). De

Jonge, Bosma, Peter und Siegrist (2000) fanden sowohl für „High-Strain“-Tätigkeiten im Sinne Karaseks als auch für Gratifikationskrisen bedeutsame Zusammenhänge mit einem eingeschränkten Wohlbefinden. Calnan, Wainwright und Almond (2000) zeigten, dass beide Modelle prädiktive Beiträge im Zusammenhang mit psychischen Stressreaktionen und der Arbeitszufriedenheit liefern, eine Kombination der Modelle jedoch die beste Vorhersageleistung erzielte. In einer weiteren Vergleichsuntersuchung fanden Calnan, Wadsworth, May, Smith und Wainwright (2004) berufsgruppenspezifisch unterschiedlich enge Zusammenhänge mit Stressmerkmalen. Dies deutet darauf hin, dass hinsichtlich eines Vergleichs der Modelle in Zukunft vermehrt berufsgruppenspezifische Untersuchungen vorgenommen werden sollten.

Befunde zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen sowie Ergebnisse zum relativen Risiko neu berichteter/diagnostizierter koronarer Herzkrankheit (Vergleich mit dem Anforderungs-Kontroll-Modell) in Abhängigkeit von Arbeitsstress (aus Siegrist, 2001, S. 322)

Kasten 2.17

„Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die anhand der beiden Modelle gemessenen psychosozialen Arbeitsbedingungen eine eigenständige Wirkung auf das Koronarisiko ausüben. Dies wird u.a. durch Ergebnisse der sog. Whitehall-II-Studie (Bosma et al., 1998) verdeutlicht, die in Abbildung 16 dargestellt sind. Man erkennt, dass sowohl Personen, deren Arbeitsplatz durch niedrige Kontrolle charakterisiert ist, als auch Personen, die unter einem Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im Erwerbsleben leiden, jeweils ein mehr als zweifach erhöhtes Risiko einer koronaren Neuerkrankung in einem 5-Jahres-Zeitraum aufweisen, nach statistischer Kontrolle einer grossen Zahl konfundierender Variablen.“

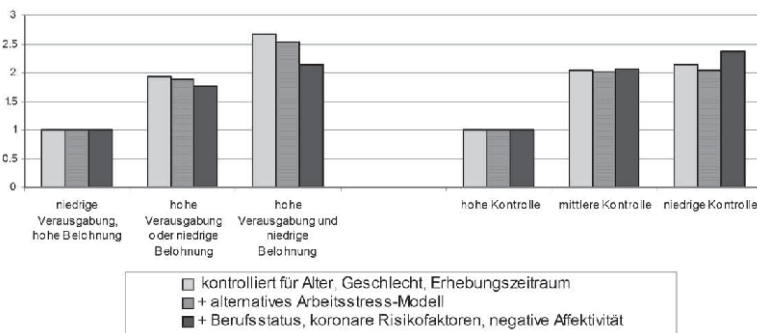


Abbildung 16: Relatives Risiko für eine koronare Neuerkrankung; Vergleich des Modells beruflicher Gratifikationskrisen mit dem Anforderungs-Kontroll-Modell“

**Wichtige
Erweiterung**

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen bedeutet zweifellos eine wichtige Erweiterung der auf strukturelle Merkmale der Tätigkeit fokussierten Modelle Demand/Control und Anforderung/Belastung. Zum einen wird durch den Einbezug von Merkmalen wie Arbeitsplatzsicherheit und Statuskongruenz nicht nur der weitere organisationale Kontext einbezogen, sondern auch eine Schnittstelle zu makroökonomischen Entwicklungen geschaffen. Semmer und Jacobs-hagen (2003) weisen zudem darauf hin, dass Statuskontrolle und Wertschätzung auch hinsichtlich ihres Bezugs zum Selbstwert von hoher Wichtigkeit für das individuelle Wohlbefinden sind. Die Bedeutung einer Bedrohung des Selbstwerts bzw. der Selbstachtung oder des Selbstrespekts in Stresssituationen wird zwar in der Stressforschung schon seit einiger Zeit betont (Semmer & Jacobshagen, 2003; Lazarus, 1991); angesichts der Zunahme unsicherer Arbeitsplätze und prekärer Arbeitsverhältnisse und deren Konsequenzen für die Bewertung der eigenen Person und der eigenen Handlungsmöglichkeiten, dürfte dieses Thema aber erheblich an Bedeutung gewinnen. Schließlich ergibt sich eine Erweiterung der Perspektive für die Stressforschung, insofern „als es nicht nur um die Frage geht, wie belastend eine Situation angesichts der zu ihrer Bewältigung zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Person ist, sondern darüber hinaus, ob eine in Kauf genommene Belastung sich ‘lohnt’, weil ihr die entsprechende Gratifikation gegenüber steht“ (Zapf & Semmer, 2004, S. 1024).

2.4 Erholung im Alltag

Örtliche, zeitliche und strukturelle Flexibilisierungen, vielfach durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützt (Richter, Debitz & Schulze, 2002), führen zu einer Intensivierung menschlicher Arbeit, häufig verbunden mit Arbeitsverdichtung und hohem Zeitdruck (Sparks, Faragher & Cooper, 2001; Ulich, 2001).

Wie weit diese organisational geforderten Flexibilisierungen mit den von den gesellschaftlichen und betrieblichen Rahmenbedingungen nicht unabhängigen individuellen Möglichkeiten und Bereitschaften übereinstimmen, ist zumindest unklar (Theorell, 2004). Eine wichti-

ge Voraussetzung hierfür ist z. B. das Angebot geeigneter Arbeitszeitmodelle, kostengünstiger Kinderbetreuungsangebote und Tagesschulen. Für das Gesundheitsmanagement ergeben sich Fragen nach den Konsequenzen für das Verhältnis zwischen den verschiedenen Lebensbereichen (vgl. Kapitel 6) und nach den Wirkungen prekärer Arbeitsverhältnisse, denen z. B. ältere Arbeitnehmende, aber auch an- und ungelernete Frauen in zunehmendem Maße ausgesetzt sind (Ilmarinen & Tempel, 2002; Resch, Bamberg & Mohr, 1997; vgl. Kapitel 5.2.3). In Bezug auf die Wirkungen für Befinden und Gesundheit sind deshalb neben den Belastungen und Beanspruchungen vermehrt Fragen nach den Möglichkeiten für Erholung zu thematisieren.

Die bisher vorliegenden Untersuchungen über die Erholungswirkung von Urlaub lassen keine einheitliche Bewertung zu (für eine Übersicht vgl. Eden, 2001). Einerseits sind mit Urlaub Abnahmen mittel- bis langfristiger Beanspruchungsfolgen wie Burnout verbunden (vgl. Etzion, 2003), andererseits sind bezüglich der Nachhaltigkeit dieser Effekte widersprüchliche Resultate zu verzeichnen. Sonnentag (2003) weist deshalb auf die wichtige Rolle von alltäglichen Erholungsprozessen hin. Damit werden die positiven individuellen und sozialen Potentiale eines Urlaubs nicht in Frage gestellt. Kritisch zu bewerten ist allerdings die Tendenz, Erholungsprozesse ganz auf den Urlaub zu verschieben. Deshalb wird in diesem Kapitel die alltägliche Erholung während und nach der täglichen Erwerbsarbeit thematisiert.

Durch Erholung können „überforderungs- und unterforderungsbedingte Auslenkungen des optimalen Funktionsgleichgewichts ausgeglichen werden, um bezogen auf bevorstehende Handlungssituationen optimale Handlungsvoraussetzungen zu schaffen“ (Allmer, 1996, S. 48). Erholung ist also als Prozess zu verstehen, der dem Ausgleich der Beanspruchungsfolgen vorangegangener Tätigkeiten dient. Zwischen Beanspruchungs- und Erholungsprozessen besteht somit ein enger Zusammenhang. Bei dauernder oder wiederholter Überbeanspruchung und fehlenden Erholungszyklen können Ressourcen im Sinne von „Energien“, die sich z. B. als Anspannung, Anstrengung und Willensleistungen manifestieren, nicht in ausreichendem Maße wiederhergestellt werden (vgl. Schönplflug, 1987, S. 152). Damit verbunden können emotionale und motivationale Veränderungen auftreten, die z.B. im Extremfall zu Burnout oder

*Erholungswirkung von
Urlaub*

*Erholung als
Prozess*

chronischer Ermüdung führen (Kallus & Kellmann, 2000; Kallus, 2002).

2.4.1 Erholungsprozesse

Nach Kallus und Uhlig (2001, S. 366) weisen Erholungsvorgänge mehrere Kennzeichen auf:

- „Erholung ist ein Prozess in der Zeit.
- Erholung ist abhängig von der Art und Dauer der Beanspruchung.
- Erholung ist an eine Verringerung von Belastung, einen Belastungswechsel oder eine Pause gebunden und wird durch Randbedingungen stark beeinflusst (z.B. Ruhe, Freizeit, Partnerkontakt etc.).
- Erholung umfasst sowohl zielgerichtete Aktivitäten als auch automatisierte psychische und biologische Rückstell- und Restitutionsprozesse.
- Erholung kann sowohl passiv wie auch aktiv (Sport, Spiel, Hobby) erfolgen.
- Erholung ist personenspezifisch und von individuellen Bewertungen abhängig.
- Erholungsvorgänge lassen sich in unterschiedlichen organismischen Teilsystemen aufzeigen.
- Verschiedene Teilprozesse von Erholung können dissoziiert sein.
- Erholung kann auf unterschiedlichen Ebenen beschrieben werden (somatische Ebene, psychische Ebene, soziale Ebene, soziokulturelle Ebene, Umweltebene).
- Erholung endet mit dem Erreichen eines psychophysischen Zustands wiederhergestellter Leistungsfähigkeit und homöostatischer Ausgeglichenheit (Erholtheit).“

Diese Übersicht macht deutlich, dass Erholung nicht ausschließlich mit der Wiederherstellung der ermüdungsbedingten Verminderung der (körperlichen) Leistungsfähigkeit gleichzusetzen ist. Erholung erstreckt sich auf unterschiedliche Beanspruchungsfolgen und kann z. B. nach Ermüdung mit „Energie tanken“ einhergehen, nach Mo-

notonie mit „etwas Anregendes machen“, nach psychischem Stress mit „zur Ruhe kommen“ und nach psychischer Sättigung mit „etwas Sinnvolles tun“ (Allmer, 1996, S. 44). Damit sind physische, psychische und soziale Prozesse verbunden.

Adaptationsvorgänge und Lernprozesse im Sinne des Aufbaus neuer Ressourcen gehören dagegen nicht zum Konzept der Erholung (Kallus & Uhlig, 2001), diese Prozesse spielen vor allem in Stressmodellen eine wichtige Rolle (vgl. Kapitel 2.2.2 und 2.2.7).

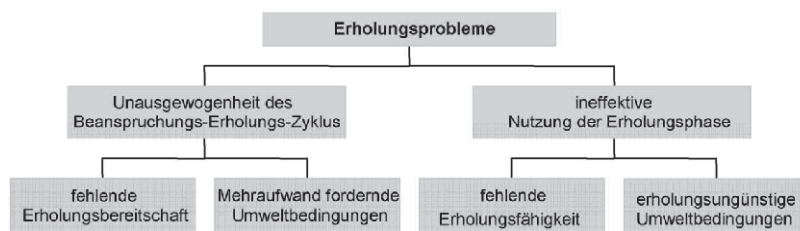
2.4.2 Erholungsprobleme

Neben automatisch regulierten Prozessen umfasst Erholung auch kognitive Prozesse, wie geplante Aktivitäten, und emotionale Zustände, wie das subjektive Gefühl der Erholungsbedürftigkeit (Rau, 2001). Mit diesen Komponenten des Erholungsprozesses können verschiedene Probleme verbunden sein (vgl. Abbildung 2.7).

Allmer (1996, S. 58 ff.) weist darauf hin, dass die in Abbildung 2.7 vorgenommene Klassifikation vor allem als Grundlage für die Erholungsberatung und für Interventionen dienen soll und keinen Anspruch auf eine abschließende Darstellung erhebt.

Klassifikation der Erholungsprobleme (aus Allmer, 1996, S. 62)

Abbildung 2.7



2.4.2.1 Unausgewogenheit des Beanspruchungs-Erholungs-Zyklus

Mit der Unausgewogenheit des Beanspruchungs-Erholungs-Zyklus sind „jene Schwierigkeiten gemeint, die sich bei der Umstellung von

Beanspruchungen auf Erholung und von Erholung auf Beanspruchung ergeben“ (Allmer, 1996, S. 58). Tatsächlich fanden van Amelsvoort, Kant, Bultmann und Swaen (2003) in einer Längsschnittstudie bei denjenigen Personen, die Mühe bekundeten, sich am Abend nach der Arbeit zu erholen, erhöhte Risiken für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen. De Croon, Sluiter und Frings-Dresen (2003) berichteten in einer Untersuchung von 526 Lastwagenfahrern, dass bei denjenigen Personen¹² erhöhte krankheitsbedingte Fehlzeiten zu verzeichnen waren, die zwei Jahre zuvor Erholungsprobleme berichtet hatten. Ursachen für mangelnde Erholungsprozesse können sowohl personen- als auch bedingungsbezogene Probleme sein. Personenbezogen wird von *fehlender Erholungsbereitschaft* gesprochen, wenn eine Person die Erholungsphase zu lange hinauszögert und damit eine Aufschaukelung von Beanspruchungsprozessen ermöglicht. Als mögliche Gründe dafür nennt Allmer (1996, S. 58): (1) zu hohe individuelle Leistungsansprüche, (2) den Verlust der Sensibilität für die Erholungsbedürftigkeit, z. B. in Form einer mangelnden Wahrnehmung chronischer Körperverspannungen, die ihrerseits wieder als Folge zu hoher Belastungen entstanden sein können, und (3) die Antizipation negativer Konsequenzen, z. B. ausgelöst durch die gesellschaftlich vermittelte Erwartung, nicht als erholungsbedürftig gelten zu dürfen. Bedingungsbezogene Probleme ergeben sich u.U. durch *Umweltbedingungen, die Mehraufwand erfordern* (Allmer, 1996). Sie können entstehen, wenn durch belastende Arbeitsbedingungen, wie z. B. Regulationshindernisse und Termindruck, die Beanspruchungsphase durch zusätzlichen Einsatz, wie Überstunden oder Wochenendarbeit, verlängert wird. Als Konsequenz daraus wird der Beanspruchungsausgleich zeitlich verschoben.

2.4.2.2 Ineffektive Nutzung der Erholungsphase

Unter ineffektiver Nutzung der Erholungsphase versteht Allmer (1996, S. 61) „unzureichende oder fehlende Ressourcen sowie Barrieren ..., die einer optimalen Gestaltung der gesamten oder einzelner Teile des Erholungsprozesses entgegenstehen, so dass die Beanspruchungsfolgen nicht vollständig zurückgebildet werden können“. *Feh-*

¹² Daten aus der „Maastricht Cohort Study“ (n=12'140)

lende Erholungsfähigkeit kann sich darin äußern, dass es einer Person nicht gelingt, von der Beanspruchungssituation Abstand zu nehmen und sich der Erholungstätigkeit zuzuwenden, sei es z. B. aufgrund einer Überaktivierung oder infolge ungelöster tätigkeitsspezifischer Probleme und damit zusammenhängender Gedanken. Allerdings ist zu vermuten, dass mangelhafte Erholungsfähigkeit zumindest teilweise von der Art der Tätigkeit und der damit verbundenen Arbeitsbedingungen mitbestimmt wird. In einer Untersuchung von Copley und Purvis (2003) zeigte sich z. B., dass Lehrkräfte, die hohe Belastungen bei gleichzeitig geringer Kontrolle am Arbeitsplatz berichteten (vgl. Kapitel 2.3.1), nach der Arbeit länger an tätigkeitsbezogene Probleme dachten und Schwierigkeiten bekundeten, sich von der Arbeit zu distanzieren. *Erholungsungünstige Umweltbedingungen* beinhalten z. B. Lärm, unzureichende Erholungsangebote, wie eine mangelhafte Pausengestaltung und das Fehlen von Pausenräumen, sowie restriktive soziale Regeln und Normen.

2.4.3 Erholung und Pausen

Erholungsprozesse können danach unterschieden werden, ob sie während der Arbeit oder in der Freizeit stattfinden. Für die Erholung während der Arbeit sind Pausen von großer Bedeutung, vor allem für die beanspruchungsbezogene Wiederherstellung verbrauchter Ressourcen (Kallus & Uhlig, 2001).

Dass Pausen für den Ausgleich von Beanspruchungsfolgen, z. B. Leistungsabnahmen aufgrund von Ermüdung, von großer Bedeutung sind, ist seit vielen Jahrzehnten bekannt (Graf, Rutenfranz & Ulich, 1970; Ulich, 2001). Ein geeignetes Pausensystem kann als bedingungsbezogenes Instrument zur Unterstützung von Erholungsprozessen verstanden werden; dabei können verschiedene Pausentypen unterschieden werden (vgl. Grandjean, 1987; Schmidtke, 1993):

- *Spontane, frei gewählte Kurzpausen* werden von den Arbeitnehmenden in eigener Initiative gewählt. Diese Pausen sind typischerweise bei anstrengenden Arbeitstätigkeiten zu verzeichnen (Frieling & Sonntag, 1999). Sofern sie in der Form von Nebentätigkeiten als versteckte Pausen gewählt werden, haben sie in der Regel nur einen eingeschränkten Erholungswert (vgl. Graf, Rutenfranz & Ulich, 1970).

*Ausgleich von
Beanspruchungsfolgen*

- *Vorgeschriebene Pausen* beziehen sich auf die vom Arbeits- bzw. Arbeitszeitgesetz¹³ verlangten oder in tariflichen bzw. betrieblichen Vereinbarungen festgelegten Pausen. Neben positiven Erholungswirkungen können sie aber auch als Störung empfunden werden, wenn sich eine Person aus dem Arbeitsfluss gerissen fühlt.
- *Arbeitsbedingte Wartezeiten*, z. B. aufgrund eines Rechnerausfalls oder eines Maschinenstillstands, haben in vielen Fällen keinen Erholungswert, weil der Arbeitsprozess ohne Einflussmöglichkeiten des Mitarbeitenden gestört wird. Sie führen häufig zu erhöhter nervöser Beanspruchung.

Erholungswert

Der Erholungswert einer Pause hängt unter anderem von der Häufigkeit, der Dauer und der zeitlichen Verteilung ab (Tucker, 2003). Die Erholungseffekte finden vor allem zu Beginn einer Pause statt und nehmen mit zunehmender Dauer der Pause ab (Graf, Rutenfranz & Ulich, 1970). Zusätzliche Pausen müssen nicht zu einer Abnahme der Leistung führen, weil als Konsequenz z. B. nicht organisierte oder durch Nebenarbeiten getarnte Pausen abnehmen und sich der Anteil der reinen Arbeitszeit erhöhen kann (Dababneh, Swanson & Shell, 2001; Galinsky, Swanson, Sauter, Hurrell & Schleifer, 2000; Graf, Rutenfranz & Ulich, 1970; Ulich, 2001; vgl. Kasten 2.18).

Kasten 2.18

Die Wirkung von Pausen (aus Ulich, 2001, S. 442 - 445)

„Als physiologische Kennzeichen von Ermüdung gelten u.a. Pulsbeschleunigungen und Flacherwerden der Atmung, als psychologische Kennzeichen Abnahme der Konzentration und Auftreten von 'Denkstörungen'. Das – bereits bei Kraepelin (1896) erwähnte – subjektive Müdigkeitsgefühl ist kein sicherer Indikator für Ermüdung, da auch ermüdungsähnliche Zustände wie Monotonie und Langeweile mit Müdigkeitsgefühlen verbunden sein können. Ausserdem kann das 'rechtzeitige' Auftreten von Müdigkeitsgefühlen z. B. dadurch verzögert werden, dass jemand hochmotiviert unbedingt noch eine Aufgabe zum Abschluss bringen möchte.“

Der durch Ermüdung eintretende Verlust an Leistungsfähigkeit kann nur durch Erholung ausgeglichen werden. Für die Frage nach der optimalen Lage und Dauer von Erholungsprozessen in der Arbeitszeit ist die Tatsache bedeutsam, dass der Anstieg der Ermüdung einen exponentiellen Verlauf aufweist (Rohmert, 1960, 1961). Das

¹³ In Deutschland sind Pausen und Ruhezeiten im Arbeitszeitgesetz (Ruhepausen: § 4 ArbZG; Ruhezeit: § 5 ArbZG), in Österreich im Arbeitszeitgesetz (AZG) und im Arbeitsruhegesetz (ARG) und in der Schweiz im Arbeitsgesetz (Art. 15-22 ArG und Art. 19-21 ArGV1) geregelt.

heisst, dass die Ermüdung nicht linear zunimmt, sondern dass sie desto stärker zunimmt, je länger eine Tätigkeit bei vorhandener Ermüdung fortgeführt wird. ...

Darüber hinaus ist schon seit langer Zeit bekannt, dass auch der Verlauf der Erholung einer exponentiellen Funktion folgt (Simonson & Herbestreit, 1930), was in diesem Fall bedeutet, dass die ersten Abschnitte einer Erholungsphase wirksamer sind als die späteren Abschnitte.

Daraus folgt, sofern es sich um körperliche Arbeit und daraus resultierende muskuläre Ermüdung handelt, 'dass die Erholung um so schneller fortschreitet bzw. die Ermüdung um so geringer wird, in je kleinere Arbeits- und Pausenperioden die Tätigkeit gegliedert wird' (Lehmann und Schmidtke, 1961, S. 884).

Damit wird auf die besondere Erholungswirksamkeit von Kurzpausen verwiesen. In Abbildung 7.2 ... ist ein von Graf (1956) mitgeteiltes Beispiel über die Wirkung von Kurzpausen auf Tagesleistung, Stückzeiten und Verteilung der Tätigkeitselemente bei einer Arbeit am Fließband dargestellt. Hier wurden im Laufe der Acht-Stunden-Schicht zusätzliche Pausen mit einer Gesamtlänge von 30 Minuten eingeführt. Dennoch zeigt der Vergleich der ursprünglichen Tageseinteilung A mit der neuen Tageseinteilung B einen Anstieg der reinen Arbeitszeit von 81.4% vor auf 85.1% nach Einführung der zusätzlichen Pausen. Die nicht organisierten Pausen nahmen um 5% ab.

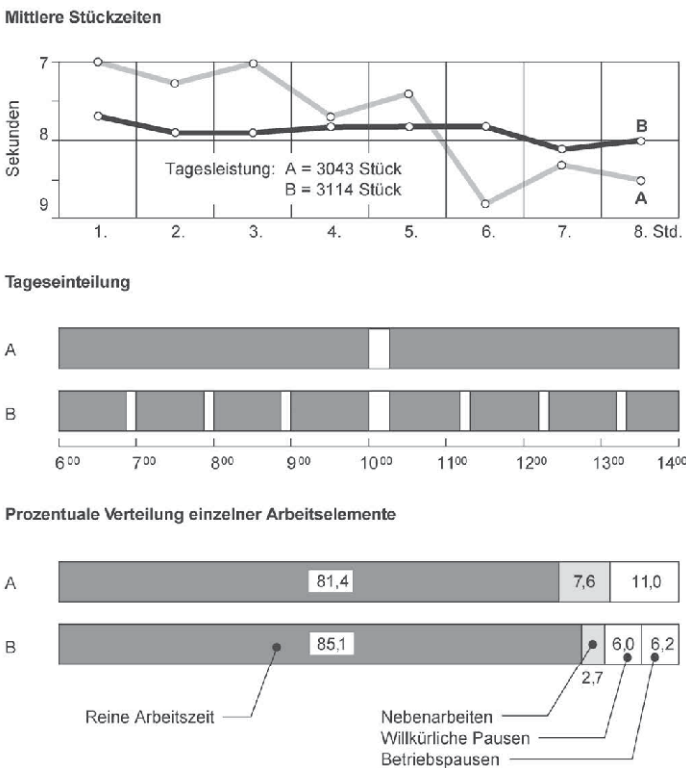


Abbildung 7.2 Beispiele für die Wirkung von Kurzpausen auf Tagesleistung, Stückzeiten und prozentuale Verteilung der einzelnen Tätigkeitselemente bei der Herstellung von Feinsicherungen (nach Untersuchungen von Graf und Scholz – aus: Graf 1956)

Besonders eindrucksvoll ist die Differenz für die Nebenarbeiten, deren Anteil an der Schichtzeit von 7.6% auf 2.7% zurückging. 'Wir können diese Erscheinung nicht anders deuten, als dass in den früheren Nebenarbeiten zum Teil verdeckte Pausen bzw. Entspannungspausen enthalten waren' (Graf, 1961, 110). ... Deshalb ist der Hinweis wichtig, dass die Einführung zusätzlicher Kurzpausen im allgemeinen mit einer Verbesserung des Wirkungsgrades menschlicher Arbeit verbunden ist."

2.4.3.1 Vorgeschriebene oder freiwillige Pausen

Vorgeschriebene Pausen können sowohl positive als auch negative Effekte aufweisen. Einerseits neigen Mitarbeitende dazu, zu kurze und zu selten Pausen zu machen (Richter & Hacker, 1998), unter anderem weil das Müdigkeitsgefühl kein ausreichender Indikator für vorhandene Ermüdung ist (vgl. Kasten 2.18). Dies führt in der Praxis häufig dazu, dass selbst gewählte Pausen zu spät eingelegt werden und damit die vorbeugende Wirkung verlieren. Zudem „scheint sich die Länge selbst gewählter Pausen eher an deren Sozialwert als an ihrem Erholungswert zu bestimmen“ (Ulich, 2001, S. 445). Schließlich besteht die Tendenz, auf Pausen zu verzichten, die dafür vorgesehenen Zeiten zu kumulieren und auf das Schichtende zu verschieben (Frieling & Sonntag, 1999). Allerdings fanden Boucsein und Thum (1997) bei Computerarbeitsplätzen, dass Mitarbeitende mit freier Pausenwahl weniger affektive Stressreaktionen aufwiesen. Offensichtlich sollte die Auslegung der Pausen also unter Berücksichtigung der jeweils ausgeübten Tätigkeit und der damit verbundenen Anforderungen vorgenommen werden. Es ist zudem evident, dass die Frage nach freiwilligen oder vorgeschriebenen Pausen nicht unabhängig von der Arbeitsorganisation und den damit verbundenen Handlungs- und Zeitspielräumen beantwortet werden kann (Tucker, 2003).

2.4.3.2 Häufigkeit, Dauer und Lage von Pausen

In einer aktuellen Übersicht von Studien aus der Industrie bestätigt Tucker (2003) die seit Jahrzehnten bekannte Feststellung, dass regelmäßige, kurze Pausen zu einer Ermüdungsverringerung und einer Steigerung der Produktivität führen. Im Zusammenhang mit physiologischen Stressreaktionen fanden Boucsein und Thum (1997) in der bereits erwähnten Untersuchung von Computerarbeitsplätzen,

dass häufige kurze Pausen im Vergleich zu weniger häufigen, längeren Pausen tendenziell zu bevorzugen sind. Galinsky et al. (2000) berichteten, dass bei Dateneingabetätigkeiten gegenüber der normalen Pausengestaltung zusätzliche Kurzpausen zu einer Abnahme von selbst berichteten Beschwerden und der Beanspruchung der Augen führte. Zudem fanden McLean, Tingley, Scott und Rickards (2001), dass bei Arbeit am Computer häufige „Mikro-Pausen“ positive Effekte auch hinsichtlich der Entwicklung muskuloskelettaler Beschwerden bewirken.

2.4.3.3 Silent Room - ein Pausensystem für Call Center

Krajewski und Wieland (2003) entwickelten ein Pausensystem für Call Center, in dem sie verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen berücksichtigen (vgl. Kasten 2.19).

Silent Room – die andere Mittagspause im Call Center (aus Krajewski & Wieland, 2003)

Kasten 2.19

„Eine Reihe von Wirksamkeitsstudien wiesen nach, dass tiefenentspannungsbasierte Erholungsmassnahmen eine intensivierete Nutzung der Erholungszeit darstellen. Trotz dieser vielfach dokumentierten Befundlage zur Wirksamkeit im therapeutischen Einsatzbereich **scheitert die betriebliche Implementierung der Entspannungsverfahren**, die zumeist im Rahmen von Stress-Management-Interventionen eingeführt wurden offensichtlich ...

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Unsere Silent Room Lösungskonzeption greift das Implementierungsdefizit auf, indem es dual **Verhaltens- und Verhältnisprävention** verbindet. Um die intendierte Optimierung des Regenerationspotenzials von Arbeitspausen mittels tiefenentspannungsbasierter Pausengestaltung zu ermöglichen, integriert das Silent Room-Konzept

- die Vermittlung von Regenerationskompetenz und
- die Gestaltung regenerationsfreundlicher Rahmenbedingungen

zu einer schlüssigen Gesamtkonzeption ...

Der Aufbau von Regenerationskompetenz beinhaltet – neben der Vermittlung eines breiten, individuellen Präferenzen folgenden Repertoires an Entspannungstechniken (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Imaginative Verfahren, Atementspannung) – auch **die Thematisierung und Aufarbeitung von Erholungswiderständen**, die in der Antizipation negativer Vorgesetzten- und Kollegenreaktionen oder der Non-Kompatibilität mit einem Erholungsbedürftigkeit negierenden Selbstbild begründet sein können.

Das eigentliche Kernstück der Konzeption stellt aber der 'Silent Room' dar, der sich aus

- abschliessbaren Kabinen
- medial vermittelten Entspannungsinstruktionen und
- medizinischen Liegen

zusammen setzt. Da die **Vernachlässigung der sich aus der horizontalen Liegeposition ergebenden Sicherheits- und Privatheitsbedürfnisse** die wohl bedeutendste Quelle des Scheiterns von Ruheraum- und Tiefenentspannungsarrangements in der betrieblichen Praxis darstellt, sichert die Raum-in-Raum Konzeption des Silent Rooms über ihre Intimität wahrende, Privatsphäre schützende und stressorenfreie Gestaltung das zur effektiven Durchführung der 20-minütigen Tiefenentspannung unabdingbar notwendige 'Liegevertrauen'."

Eine Evaluation des in Kasten 2.19 vorgestellten Silent-Room-Konzepts für Call Center ergab sowohl unmittelbare als auch Arbeitszeit überdauernde positive Veränderungen physiologischer Parameter und im Vergleich zu einer konventionellen Pausengestaltung positive Ergebnisse in Bezug auf Leistungstests. Positive Entwicklungen zeigten sich auch hinsichtlich Burnout, Belastbarkeit der Mitarbeitenden und körperlicher Beschwerden (Krajewski & Wieland, 2003, S. 52).

Insgesamt zeigt das Beispiel des Silent Room, dass mit der gleichzeitigen Berücksichtigung von verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen auch für die Pausengestaltung ein beträchtliches gesundheitsrelevantes Potential erschlossen werden kann.

2.4.4 Gesamtbelastung und Rückstelleffekte

Eine Ausweitung der Analyseebene über die erwerbsbezogene Arbeitszeit hinaus ergibt einen erweiterten Zugang, um die „aus der Arbeitstätigkeit resultierenden Beanspruchungsfolgen zu bewerten“ (Rau, 1998, S. 194). Offensichtlich sind traditionelle Analysemethoden nur unzureichend in der Lage, diese Prozesse hinreichend genau zu erfassen (vgl. Kasten 2.20).

24-Stunden-Monitoring zur Prüfung der Reaktivität psychophysiologischer Parameter in Belastungs- und Erholungsphasen (aus Rau & Richter, 1995, S. 11)

„Betrachtet man bei der Beanspruchungsanalyse nur die Zeit, in der die zu untersuchende Arbeitstätigkeit ausgeführt wird, können Einflüsse der Nicht-Erwerbstätigkeit (Eigenarbeit, Sozialarbeit) fälschlicherweise als Auswirkung der untersuchten Tätigkeit zugeordnet werden. Die Gesamtbelastung eines berufstätigen Menschen setzt sich aus der Erwerbstätigkeit (ET) und der Nichterwerbstätigkeit (NE) (Lundberg et al., 1992; Frankenhaeuser, 1993) zusammen. Hier besteht kein additiver Zusammenhang, sondern eine Wechselwirkung, in deren Ergebnis – negative oder positive – Beanspruchungsreaktionen auf ET- oder NE-Belastungen durch die jeweils andere gepuffert (bis aufgehoben) oder verstärkt werden können. Bei der NE interessiert vor allem ihr Verständnis als *produktive* Arbeit für die Reproduktionsprozesse der ganzen Familie. Dieser *total work load (TWL)*-Ansatz der Stockholmer Gruppe ermöglicht eine Erweiterung der handlungsregulationstheoretischen Konzeption. Eine solche Erweiterung muss sowohl auf der Ebene des psychophysiologischen 24-Stunden-Monitorings, wie in dieser Untersuchung angestrebt, als auch auf der Ebene kumulierter Arbeits-Erholungs-Zyklen erfolgen (Wieland-Eckelmann, 1994; Schulze, 1994). Eine herausgehobene Rolle für die Gesamtbelastung kommt ausserhalb der ET dem Restitutionsanteil, d. h. der Erholung durch Schlaf zu. ...

Wohletablierten Parametern, wie Herzfrequenz und Blutdruck, kommt ein besonderes Interesse für die Entwicklung einer psychophysiologischen Screening-Methodik für Felduntersuchungen zu. Berücksichtigt man alle Einflüsse auf die Entstehung der Gesamtbelastung, erscheint die traditionell übliche Untersuchung des Menschen allein während der Arbeitstätigkeit bzw. in direktem Zusammenhang zu dieser (prä/post) als unzureichend. Ziel muss es sein, die gesamte Tagesbelastung über 24 Stunden zu erfassen. Erst ein solcher Ansatz ermöglicht die Bewertung der 'Vorbelastung' vor Beginn einer Arbeitstätigkeit oder einer experimentellen Belastung, der damit ein eigenständiger diagnostischer Wert zukommt.“

Rau (1998, S. 194) fand in einem 24-Stunden-Monitoring bei 160 männlichen Arbeitnehmern verschiedener Berufe, dass „Arbeitsbelastungen und ein geringes Erleben von Kontrolle während der Arbeitstätigkeit die eigentliche Arbeitszeit überdauernde negative Beanspruchungsfolgen in Form einer verzögerten bzw. geringeren Rückstellung kardiovaskulärer Parameter [Herzfrequenz und Blutdruck] haben“. In einer weiteren Studie unter Einbezug von 117 Frauen und 126 Männern mit vorwiegend geistigen Tätigkeiten untersuchten Rau und Triemer (2004) unter anderem den Zusammenhang zwischen Überzeit, Blutdruck, Erholungsfähigkeit und Schlafstörungen. Die Autorinnen fanden, dass Überzeit sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu einer Einschränkung der persönlichen Freizeit führte, mit der Folge, dass sich Männer mit Überzeit

weniger an Haushaltsarbeiten und Kinderbetreuung beteiligten als Männer ohne Überzeit und dass Überzeit mit einem signifikant erhöhten Risiko für Störungen in der Erholungsfähigkeit und klinisch relevanten Schlafstörungen verbunden war. Bezüglich des Blutdrucks ergab sich für Frauen, nicht aber für Männer, eine mangelnde Rückstellung in der Freizeit und in der Nacht. Wenn aber Erholungsprozesse nicht zu einer ausreichenden Wiederherstellung individueller Leistungsvoraussetzungen führen, muss mit negativen Beanspruchungsfolgen gerechnet werden. Bei zu hohen und/oder chronischen Belastungen und fehlenden Möglichkeiten der Erholung entsteht ein Ungleichgewicht in den Ressourcen des Organismus (Kallus & Uhlig, 2001), Beanspruchungsfolgen können nicht ausreichend zurückgebildet oder gar irreversibel werden (Meijman & Mulder, 1998).

Rückstell- effekte

Rückstelleffekte („unwinding“) sind für Erholungsprozesse von großer Bedeutung. Rückstelleffekte bedeuten „die Fähigkeit, nach Belastung schnell und umfassend die psychophysiologische Aktivierung zurückzustellen, d. h. die Möglichkeit, sich von einem Arbeitstag zum anderen zu erholen“ (Rau, 1998, S. 194). In diesem Zusammenhang wurden in der Stressforschung insbesondere physiologische Aktivierungsprozesse untersucht (Zapf & Semmer, 2004). Eine erhöhte Adrenalinausschüttung kann z. B. sowohl durch Überaktivierung als auch durch Unteraktivierung ausgelöst werden (vgl. Frankenhaeuser & Gardell, 1976). Melin, Lundberg, Söderlund und Granqvist (1999) konnten zeigen, dass physiologische Rückstelleffekte bei Mitarbeitenden mit repetitiven, monotonen Tätigkeiten weniger schnell verliefen als bei Mitarbeitenden in selbst regulierten Teams. Zusätzliche Fragebogenerhebungen ergaben, dass die Arbeit in teilautonomen Teams als anforderungsvielfältiger, mit mehr Möglichkeiten, neue Dinge zu lernen, wahrgenommen wurde und dass in dieser Gruppe auch eine höhere Arbeitszufriedenheit zu verzeichnen war. Hinsichtlich der Gruppe mit den repetitiven, monotonen Tätigkeiten kann also von einer „Überforderung durch Unterforderung“ (Ulich, 1960) gesprochen werden.

Meijman, Mulder, van Dormolen und Cremer (1992) untersuchten Fahrlehrer, die entweder 9, 10 oder 11 Prüfungen pro Tag abnehmen mussten. Bei den Personen mit 11 Prüfungen zeigte sich sowohl gegen Ende des Arbeitstages als auch am Abend ein vergleichsweise erhöhtes Adrenalinniveau. Mangelnde Rückstelleffekte widerspie-

gelten sich bei dieser Gruppe auch in Einschlafproblemen am Ende der Woche. Auswirkungen auf das Verhalten und die Leistung zeigten sich darin, dass bei den Personen mit 11 Prüfungen die Durchfallquote gegen Ende des Tages deutlich anstieg. Bei einer Reaktionsaufgabe am Ende des Arbeitstages schnitt diese Gruppe deutlich schlechter ab, bei einer gleichzeitig vergleichsweise geringeren Herzratenvariabilität, was eine höhere Anstrengung indiziert (Semmer & Udris, 2004).

Neben den Arbeitsbelastungen und damit verbundenen physiologischen Konsequenzen sind für den Verlauf von Rückstellprozessen allerdings auch „die alltäglichen Lebensrhythmen und soziale Ressourcen zu berücksichtigen“ (Kallus & Uhlig, 2001, S. 367). So zeigte sich in einer Untersuchung von Sonnentag (2003) in der öffentlichen Verwaltung, dass bei Personen mit ausreichender Erholung in der Freizeit am darauf folgenden Tag ein höheres Arbeitsengagement und stärkeres proaktives Verhalten berichtet wurde als bei Personen ohne ausreichende Erholung.

Offensichtlich spielen in diesem Zusammenhang Unterschiede in der Lebenssituation eine nicht zu vernachlässigende Rolle (vgl. z. B. Frankenhaeuser et al., 1989; Lundberg & Frankenhaeuser, 1999; Lundberg & Palm, 1989; Rau & Triemer, 2004). So fanden z. B. Lundberg und Palm (1999), dass Frauen mit Kindern nach der beruflichen Arbeit vergleichsweise hohe Noradrenalinwerte aufwiesen. Lundberg und Palm berichteten (1989) bei Vollzeit arbeitenden Müttern, nicht aber bei Vätern, Zusammenhänge mit erhöhter Adrenalinausschüttung am Wochenende. Multiple Rollen und die damit verbundenen familiären und arbeitsbezogenen Verpflichtungen können also zu Überforderungen führen. Interessanterweise zeigt sich aber auch, dass multiple Rollen unter der Voraussetzung einer akzeptablen Qualität und bei einer positiven Einstellung zu den damit verbundenen Anforderungen auch mit einer Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit einhergehen können (z. B. Barnett & Hyde, 2001; für eine Übersicht vgl. Zapf & Semmer, 2004).

*Alltägliche
Lebens-
rhythmen*

2.4.5 Implikationen für das betriebliche Gesundheitsmanagement

Interessante Tätigkeiten und soziales Netzwerk

Auf der Basis der bestehenden Evidenz aus der Erholungsforschung ergeben sich für das betriebliche Gesundheitsmanagement offensichtlich ähnliche Konsequenzen wie bereits in Kapitel 2.3.1 dargestellt; herausfordernde, interessante Tätigkeiten mit einem ausreichenden Tätigkeitsspielraum und geregelter Teilautonomie können Erholungsprozesse ebenso unterstützen, wie sie durch zu hohe Arbeitsbelastungen, wie z. B. chronischen Zeitdruck, gestört werden. Das soziale Netzwerk und die damit verbundene soziale Unterstützung am Arbeitsplatz und im Privatleben sind für eine angemessene Erholung von großer Bedeutung.

Gestaltung von Pausensystemen

Das Beispiel des Silent Room (vgl. Kasten 2.19) zeigt, dass auch in Bezug auf die Gestaltung von Pausensystemen eine Kombination verhältnis- und verhaltensorientierter Maßnahmen zu bevorzugen ist. Bei den verhaltensorientierten Maßnahmen gilt es etwa neben Entspannungstechniken vor allem auch, die explizit oder implizit auf die Erholung bezogenen sozialen Regeln und Normen und damit verbundene Vorurteile zu thematisieren und sichtbar zu machen.

Multiple Rollen

Für Personen mit multiplen beruflichen und privaten Rollen ist die Aufgaben- und Rollenklärung am Arbeitsplatz und im privaten Umfeld von großer Bedeutung, weil mehrere Rollen offensichtlich dann anregend wirken und Freude bereiten können, wenn sie von hoher Qualität sind und tatsächlich der Einstellung der betroffenen Personen entsprechen. Unternehmen können diesen Prozess unterstützen, indem sie z. B. geeignete Arbeitszeitmodelle zur Verfügung stellen. Auch im Privatleben gilt es zudem, im Zusammenhang mit der Erholungsbedürftigkeit vorhandene Werte und Normen zu klären. Gesellschaftspolitisch besteht Handlungsbedarf bei der Bereitstellung geeigneter Rahmenbedingungen, z. B. in Form von Tageschulen.

2.5 Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude

Konzepte der Arbeitszufriedenheit haben sowohl in der Arbeits- und Organisationspsychologie als auch in der betrieblichen Praxis sehr weite Verbreitung, aber auch unkritische Anwendung gefunden.

Aufgrund theoretischer Herleitungen wie auch empirischer Untersuchungen wird hier die Position vertreten, dass Zufriedenheit in der generellen Fassung des Begriffs ein allenfalls eingeschränkt brauchbares Kriterium für die Bewertung von Arbeitstätigkeiten darstellt. So liegen die höchsten bisher mitgeteilten Korrelationen zwischen allgemeiner Arbeitszufriedenheit und gezeigter Leistung in der Größenordnung um .30 (Judge et al., 2001). Auch hier stellt sich aber die Frage, wie eine solche Korrelation zu interpretieren ist. Schließlich ist die Wahrscheinlichkeit, dass jemand aufgrund guter Leistung zufrieden ist, kaum geringer als die Wahrscheinlichkeit, dass vorhandene Zufriedenheit gute Leistung bewirkt hat. Im Übrigen zeigen Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen, ebenso wie die Alltagserfahrung dies tut, dass Arbeitszufriedenheit auf sehr unterschiedliche Weise entstehen kann und dass die Aussage, jemand sei mit seiner Arbeit zufrieden, deshalb ganz verschiedene Bedeutung haben kann.

So weist Fischer (1989, S. 66) auf die „Selbstschuttfunktion von Zufriedenheitsurteilen“ hin. Schließlich muss eine Person, die Unzufriedenheit äußert, damit rechnen, danach gefragt zu werden, weshalb sie in der unbefriedigenden Situation verbleibt oder diese nicht verändert. „Diejenige Person aber, die eine sie nicht befriedigende Situation nicht ihren Wünschen entsprechend verändern kann, gilt leicht als inkompetent“ (Fischer, 1989, S. 66).

Wir müssen daher annehmen, dass die globalen Zufriedenheitskonzepte nur wenig trennscharf sind und der Realität kaum gerecht werden. Insbesondere macht sich das Fehlen einer qualitativen Differenzierung des Zufriedenheitsbegriffs in der Mehrzahl der früheren Untersuchungen bemerkbar. In zwei neueren Studien unter Einbezug von 987 bzw. 993 Personen verschiedener Berufsgruppen fand Jiménez (2002), dass qualitativ unterschiedliche Aspekte der

*Generelle
Fassung des
Begriffs*

*Selbstschuttfunktion von
Zufriedenheitsurteilen*

*Qualitative
Differenzierung
des Begriffs*

Anspruchsniveau und Formen der Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichem Maße mit Kündigungsbereitschaft im Zusammenhang standen. Ein Modell, das der Forderung nach einer Differenzierung Rechnung trägt, wurde von Bruggemann (1974, Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975) entwickelt (vgl. Abbildung 2.8).

Das in Abbildung 2.8 dargestellte Modell von Bruggemann unterscheidet sechs verschiedene Formen von Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsunzufriedenheit. Welche dieser Formen in Erscheinung tritt, ist zunächst abhängig von einem individuellen Vergleich zwischen den eigenen Bedürfnissen und Erwartungen einerseits (=SOLL) und den Möglichkeiten ihrer Realisierung in der gegebenen Arbeitssituation andererseits (=IST). Je nach Ergebnis des Soll-Ist-Vergleichs und der darauf folgenden Reaktion des Anspruchsniveaus resultieren unterschiedliche Formen von Zufriedenheit. Fällt beispielsweise der Soll-Ist-Vergleich positiv aus und das Anspruchsniveau bleibt unverändert, so ergibt sich daraus eine Form der Arbeitszufriedenheit, die als „stabilisiert“ bezeichnet wurde, weil sie mit der Tendenz der Situationserhaltung verbunden ist. Folgt dem positiven Ergebnis des Soll-Ist-Vergleichs indes eine Erhöhung des Anspruchsniveaus, so resultiert daraus eine „progressive Arbeitszufriedenheit“, die durch Zielerweiterung gekennzeichnet ist (Bruggemann, 1974). Da Zielerweiterung auch bedeutet, dass bestimmte Wünsche oder Bedürfnisse in der gegenwärtigen Situation nicht erfüllt werden, erscheint es allerdings sinnvoller, diesen Status – einem früheren Vorschlag von Bruggemann entsprechend – als „progressive Arbeits(un-)zufriedenheit“ zu bezeichnen.

Fällt der Soll-Ist-Vergleich negativ aus, so kann daraus eine Senkung des Anspruchsniveaus im Sinne einer Sollwert-Reduktion resultieren, als deren Ergebnis eine „resignative Arbeitszufriedenheit“ entstehen kann. Bleibt trotz negativen Ergebnisses des Soll-Ist-Vergleichs das Anspruchsniveau aufrechterhalten, so besteht einerseits die Möglichkeit einer Verfälschung der Situationswahrnehmung, d. h. es werden subjektiv mehr Freiheitsgrade wahrgenommen als objektiv in der Arbeitstätigkeit vorhanden sind. Die daraus folgende Form der Zufriedenheit wurde als „Pseudoarbeitszufriedenheit“ bezeichnet. Andererseits besteht aber auch die Möglichkeit, in der adäquat wahrgenommenen Situation zu verharren, was

zur „fixierten Arbeitsunzufriedenheit“ führt. Als dritte Möglichkeit kann die Aufrechterhaltung des Anspruchsniveaus nach negativem Ergebnis des Soll-Ist-Vergleichs schließlich aktive Bemühungen zur Überwindung der unbefriedigenden Situation auslösen. Der damit verbundene Zufriedenheitsstatus wurde von Bruggemann als „konstruktive Arbeitsunzufriedenheit“ bezeichnet.

Die Erfassung einzelner Formen der Arbeitszufriedenheit, insbesondere der Pseudozufriedenheit, bereitet noch immer methodische Schwierigkeiten. Aus den Ergebnissen vorliegender Untersuchungen lässt sich aber mit hinreichender Sicherheit feststellen, dass ein Teil der Zufriedenheitsäußerungen von Beschäftigten mit hochgradiger Arbeitsteilung auf die aus einer Reduzierung des Anspruchsniveaus resultierende „resignative Arbeitszufriedenheit“ entfällt.

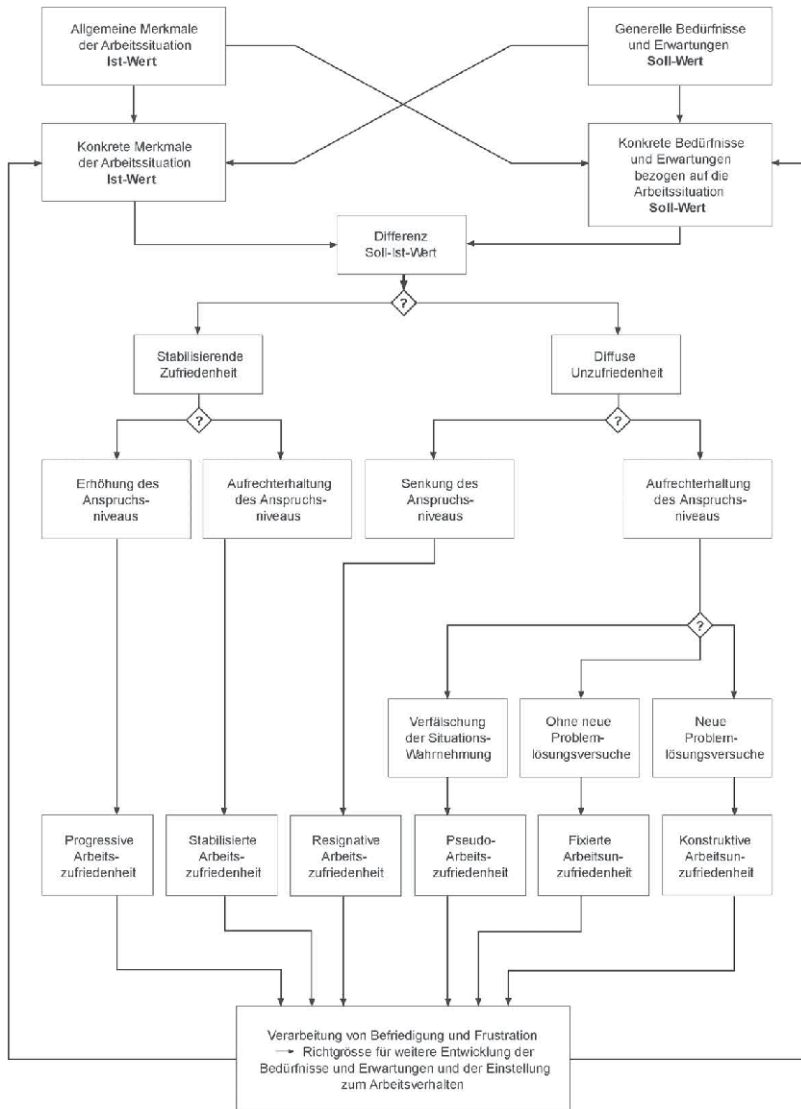
Wenngleich das Modell von Bruggemann der weitergehenden Präzisierung und Operationalisierung bedarf (vgl. Neuberger, 1985; Neuberger & Allerbeck, 1978), wird „allgemein anerkannt ..., dass es gegenüber den bisherigen Betrachtungen der AZ einen entscheidenden Fortschritt bedeutet, AZ nunmehr als Prozess zu interpretieren, wie es in dem Ansatz von Bruggemann explizit versucht wird“ (Gebert & Rosenstiel, 1981, S. 69). Damit wird zugleich deutlich, dass Arbeitszufriedenheit ohne qualitative Differenzierung, d. h. ohne Angabe der anzustrebenden Form, kein hinreichend geeignetes Kriterium zur Bewertung von Arbeitstätigkeiten darstellt. Rosenstiel (2003, S. 443) geht noch einen Schritt weiter: „Man sollte also sehen, dass die Arbeitszufriedenheitsforschung letztlich unverbindlich ist. Ohne gleichzeitige Analyse der objektiven Bedingungen der Arbeit hängen die Ergebnisse ‘gewissermassen in der Luft’“.

Gerade die resignative Form der Arbeitszufriedenheit macht im Übrigen deutlich, dass Arbeitszufriedenheit nicht mit Arbeitsfreude verwechselt werden darf. Nach Friedmann (1952, S. 359) stellt sich „Arbeitsfreude nur dort ein, wo der Arbeiter einen tatsächlichen Einfluss auf die Mittel und Ziele seiner beruflichen Tätigkeit besitzt“.

*Arbeits-
zufriedenheit
als Prozess*

Abbildung 2.8

Formen der Arbeitszufriedenheit als Ergebnisse von Abwägungs- und Erlebnisverarbeitungsprozessen (aus Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975)



Auch in den Berichten der viel früher von de Man (1927) befragten Arbeiter wird das Entstehen und Erleben von Arbeitsfreude häufig mit der Vollständigkeit der zu bewältigenden Arbeitsaufgaben in Verbindung gebracht. Und bei Lipmann (1932, S. 387) heißt es: „Arbeitsfreude im eigentlichen Sinne des Wortes gibt es nur da, wo der Arbeiter eine zielgerichtete Tätigkeit zu verrichten hat, deren Ziel oder deren Ablauf er autonom bestimmen oder regulieren kann und deren ... Merkmale seiner Arbeitsneigung entsprechen“. U.a. aufgrund dieser Arbeiten kommen Temme und Tränkle (1996) zu dem Schluss, dass Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude „leicht voneinander abgegrenzt“ werden können. „Im Gegensatz zur prozessbezogenen Arbeitsfreude ist Zufriedenheit nach der „klassischen“ Definition innerhalb der Arbeits- und Organisationspsychologie mehr eine ergebnisbezogene Emotion ...“ (Temme & Tränkle, 1996, S. 286). Im Unterschied zur Arbeitszufriedenheit weist Arbeitsfreude¹⁴ damit auch eine gewisse Nähe zum „Flow“-Erleben auf, das von Csikszentmihalyi (1993, S. 58) als das „holistische Gefühl bei völligem Aufgehen in einer Tätigkeit“ beschrieben wird (vgl. dazu Heckhausen, 1980).

Zu Recht findet Frese (1990, S. 285) schließlich „bedauerlich (und möglicherweise auch bezeichnend), dass im Zuge der Übernahme der amerikanischen Arbeits- und Organisationspsychologie in den deutschsprachigen Ländern alte Begriffe verschwanden, die weniger diffus waren, wie z. B. Arbeitsfreude“.

2.6 Fazit

Die Akteure des betrieblichen Gesundheitsmanagements müssen bei ihren Überlegungen Modelle und Erkenntnisse verschiedener Disziplinen einbeziehen. Medizinische, soziologische und psychologische Merkmale einer Gesundheitsdefinition sind dabei für das praktische Handeln ebenso von Bedeutung wie arbeitspsychologische Konzepte gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung (vgl. Ka-

¹⁴ Der Begriff der Arbeitsfreude findet sich übrigens bereits bei Vertretern der Psychotechnik anfangs der zwanziger Jahre (z. B. Lysinski, 1923; Stern, 1921), wiederholt auch bei Lipmann (1932).

pitel 4). Wer sich professionell mit Gesundheitsförderung in Unternehmen beschäftigt, steht also vor der Aufgabe, Modelle und empirische Erkenntnisse verschiedener Disziplinen in geeigneter Weise zu kombinieren und in die Sprache der betrieblichen Praxis zu übersetzen. Dies ist ohne angemessenes Fachwissen nicht zu leisten. Neben geeigneten theoretischen Modellen sind dabei auch passende Methoden und Instrumente einzusetzen, die im nächsten Kapitel näher beschrieben werden.

Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Kapitel 3

3.1 Gesundheit als betriebliches Thema

Eine nachhaltige Strategie des betrieblichen Gesundheitsmanagements sollte dazu führen, dass für die Themen Gesundheit und Krankheit im Rahmen der vorherrschenden betrieblichen Werte, Normen und Verhaltensweisen ein fester Platz erarbeitet wird. Weil Gesundheit aber oft nicht als betriebliches Thema wahrgenommen wird und dementsprechend wenig Platz im alltäglichen Verhalten von Führungskräften und Mitarbeitenden erhält, müssen bei der Etablierung, der Implementierung und der Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements geeignete Instrumente eingesetzt werden, die sich in eine gesundheitsbezogene Gesamtstrategie einordnen lassen.

Die Etablierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements beginnt oft in Form eines Projekts; einige der wichtigsten Instrumente, die in diesem Rahmen zum Einsatz kommen, werden nachfolgend dargestellt und bewertet.

Bei der inhaltlichen und prozessbezogenen Konzeption der Instrumente ist der jeweilige spezifische Kontext des Unternehmens zu berücksichtigen. Die Gefahren einer rezeptartigen Anwendung sind darin zu sehen, dass sich die in ein Projekt eingebundenen Instrumente und Vorgehensweisen „wie ein Korsett um den Ablauf“ legen können (Heintel & Krainz, 2001, S. 25) und zusätzliche sinnvolle Maßnahmen eher behindern als unterstützen. Ducki (1998, S. 135) nennt folgende Voraussetzungen und Merkmale, die bei der Auswahl und beim Einsatz von Interventionsinstrumenten im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu berücksichtigen sind:

- Größe und Branchenzugehörigkeit des Unternehmens;
- Technologischer Entwicklungsstand des Unternehmens;
- Struktur der Arbeitstätigkeiten;
- Bereits vorhandene innerbetriebliche Strukturen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung;
- Vorhandene gesundheitliche Risikofaktoren und Ressourcen;
- Zielgruppe der Interventionen.

Kontext des Unternehmens

Insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen, in denen zum Teil wenig Expertise im Bereich Gesundheit vorhanden ist, sollten die Vorgehensweisen und Instrumente durch Netzwerkaktivitäten und den Einbezug externer Wissensbestände dem betrieblichen Kontext entsprechend angepasst und möglicherweise redimensioniert werden.¹⁵

In der Folge wird mehrheitlich von einer Optimierung *bestehender* Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen hinsichtlich der vorhandenen Belastungen und Ressourcen die Rede sein. Dies entspricht insofern der betrieblichen Realität, als Maßnahmen des Gesundheitsmanagements zumeist im Kontext bereits existierender Tätigkeiten und damit verbundener Arbeitsbedingungen Anwendung finden. Streng genommen entspricht diese Vorgehensweise in vielen Fällen einer *Korrektiven* Arbeitsgestaltung, die immer dann notwendig wird, „wenn ergonomische, physiologische, psychologische, sicherheitstechnische oder rechtliche Erfordernisse von Planern, Konstrukteuren, Anlagenherstellern, Softwareentwicklern, Organisatoren und anderen ‘zuständigen Instanzen’ nicht oder nicht angemessen berücksichtigt worden sind“ (Ulich, 2005, S. 185; vgl. Kapitel 4.1).

Prospektive Arbeits- gestaltung

Im Sinne einer *prospektiven* Arbeitsgestaltung (Ulich, 2005) werden Prinzipien persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung aber bereits im Stadium der Planung bzw. des Entwurfs oder der Neustrukturierung von Arbeitssystemen berücksichtigt. Wenn jedoch bereits bei der Planung und Konzeption von Arbeitssystemen gesundheitsrelevante Überlegungen berücksichtigt werden sollen, dann muss das entsprechende Wissen im Sinne von theoretischen Grundlagen und gesundheitsrelevanten Gestaltungsprinzipien in ausgeprägtem Maße dort verfügbar sein, wo Arbeitssysteme konzipiert und geplant werden. Dass dies meist nicht der Fall ist und dass es sich hierbei keineswegs um eine theoretische Diskussion handelt, zeigt sich z. B. ausgeprägt in den potentiell gesundheitsschädlichen Konzepten der Arbeitsgestaltung von Call Centers (vgl. Kapitel 5.1.4).

¹⁵ Für einen Überblick zu Besonderheiten von Restrukturierungsprojekten in KMU vgl. z. B. Hafen, Künzler und Fischer (1999) sowie Sattes, Brodbeck und Bichsel (2001).

Die prospektive Arbeitsgestaltung und damit verbundene Merkmale betrieblicher Gesundheitsförderung sind zudem sowohl in Bezug auf die damit zusammenhängenden Kosten als auch hinsichtlich der möglichen Generalisierbarkeit der Maßnahmen zu bevorzugen. In Abbildung 3.1 ist dies in schematischer Weise dargestellt.

Verhältnis von Generalisierbarkeit und Kosten unterschiedlicher Maßnahmen der Arbeitsgestaltung in unterschiedlichen Präventionsstufen (aus Richter, 2002a, S. 47)

Abbildung 3.1

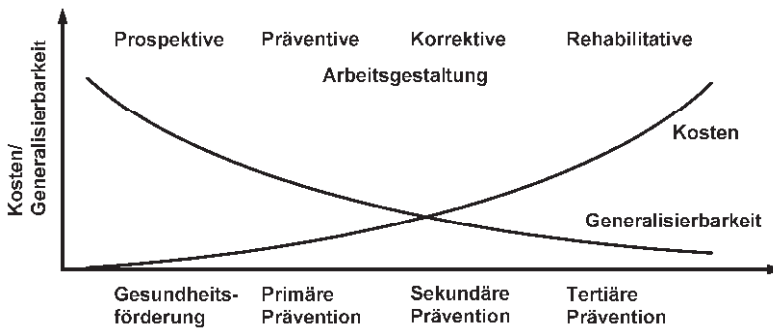


Abbildung 3.1 zeigt: „Der Beitrag zur Verallgemeinerung und Transfer in andere Strukturen ist in den frühen Gestaltungsphasen der Gesundheitsförderung und der Managementausbildung am grössten. Je höher der korrektive Aufwand räumlicher und organisatorischer Veränderungen ist, desto höher werden auch die finanziellen Kosten und damit der Widerstand des Managements gegenüber derartigen Massnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sein“ (Richter, 2002a, S. 47). Als Implikation für die Akteure des betrieblichen Gesundheitsmanagements ergibt sich somit, dass sie ihr traditionell eher reaktives auf sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen ausgerichtetes Selbstverständnis überdenken müssen; gefragt ist eine proaktive Haltung, die nach einer frühen Beteiligung an Planungs- und Gestaltungsprozessen verlangt. Es ist klar, dass dies für manche Gesundheitsexpertinnen und -experten eine ungewohnte und gewöhnungsbedürftige Rolle darstellt, die in vielen Fällen eine Änderung des gewachsenen beruflichen Selbstverständnisses bedeutet.

Verallgemeinerung und Transfer

3.2 Projektmanagement und Organisationsentwicklung

Die Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements lassen sich idealtypisch verschiedenen Phasen zuordnen (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1

Phasen und Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements (in Anlehnung an Sochert, 1998)



Im Folgenden wird auf einzelne Phasen näher eingegangen.

3.2.1 Auftragsklärung

Die *Vorbereitungs- und Planungsphase* ist aus mehreren Gründen von besonderer Bedeutung. Zunächst ist eine geeignete Auftragsklärung (vgl. Tabelle 3.1) ein erster wichtiger Schritt für die erfolgreiche Projektdurchführung. Dabei geht es um die Klärung der Voraussetzungen und des Kontexts, innerhalb dessen sich das Projekt abspielt (vgl. Kasten 3.1).

*Checkliste für die Auftragsklärung im Rahmen von Projekten
(in Anlehnung an Janes, Prammer & Schulte-Derne, 2001, S. 43)*

Kasten 3.1

Janes, Prammer und Schulte-Derne haben mit dem Ziel der Auftragsklärung in Projekten eine Checkliste für Beratende erarbeitet, an die sich die nachstehenden Fragen anlehnen und die in diesem Sinne als Leitlinie für die Auftragsklärung zwischen den Projektverantwortlichen und den Auftraggebern im Betrieb betrachtet werden kann:

1. Gegenstand des Projekts? Was soll/darf Thema des Projekts werden, was ausdrücklich nicht?
2. Ziele des Projekts? Wenn das Projekt erfolgreich war, was ist dann anders? Was liegt dann vor? Was ist dann geschehen, was nicht?
3. Erfolgskriterien des Projekts? Wer wird woran erkennen, dass das Projekt erfolgreich war? Welche Gewichtung erhalten diese Beurteilungen jeweils?
4. Wer ist der Auftraggeber des Projekts? Im Falle eines Auftraggebergremiums: Wer vertritt das Auftraggebergremium gegenüber den Projektverantwortlichen?
5. Wer trifft die projektbezogenen Entscheidungen?
6. Welches ist das Zielsystem des Projekts?
7. Wer sind die Projektverantwortlichen? Wer ist der Auftragnehmer?
8. Welche Rolle übernehmen die Projektverantwortlichen? Welche Aufgaben, Kompetenzen und welche Verantwortung sind damit verbunden?
9. Welche Spielregeln gelten zwischen Projektakteuren und Entscheidungsträgern im Betrieb? Wie wird der Informationsfluss gestaltet? Wie werden der Projektablauf und die Ergebnisse dokumentiert? Welche Verhaltensregeln werden für das Krisenmanagement während des Projekts benötigt?
10. Welche Personalressourcen stehen dem Projektteam zur Verfügung? Welche zeitlichen Ressourcen stehen zur Verfügung? Wann ist das Projekt zu Ende?

Janes et al. (2001, S. 42) weisen darauf hin, dass die Auftragsklärung insofern einen zirkulären Prozess darstellt, als während des Prozesses immer wieder „eine erneute Abstimmung über die ‘Stimmigkeit’ der vereinbarten Punkte erfolgt“. Die Klärung entspricht also nicht einer einmaligen Aktion, die nicht mehr diskutiert oder in einzelnen Punkten neu definiert werden kann.

3.2.2 Zieldefinition, Projektplanung und -steuerung

In der Vorbereitungs- und Planungsphase wird durch die Erarbeitung und Konkretisierung von Zielen die Richtung definiert, in die sich das betriebliche Gesundheitsmanagement entwickeln soll. Zudem sind konkrete Ziele und geeignete Indikatoren für die spätere Projektevaluation von besonderer Bedeutung. Der Prozess der Zielfindung und -konkretisierung wird oft unterschätzt. Zu diesem frühen Projektzeitpunkt sind denn auch die Möglichkeiten der Einflussnahme auf den Projektverlauf und auf die Projektkosten am größten (Münch, 2003); dies gilt, wie oben erwähnt, vor allem auch unter Berücksichtigung einer Strategie der prospektiven Arbeitsgestaltung. Zudem sollte insbesondere der Projektplanung und -steuerung (vgl. Tabelle 3.1) angemessene Aufmerksamkeit geschenkt werden. Wie bei der Darstellung der Evaluation von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements noch zu zeigen sein wird (vgl. Kapitel 3.6), können Gesundheitsprojekte nicht nur an ungeeigneten oder mangelhaft implementierten gesundheitsbezogenen Interventionen scheitern. Eine mangelnde Zielerreichung kann z. B. auch auf eine Unterschätzung des zeitlichen und personellen Ressourcenaufwands zurückzuführen sein.

Personen- und prozessbezogene Merkmale

Das Projektmanagement beinhaltet allerdings nicht nur so genannte „hard facts“, wie etwa die Ressourcenplanung, ebenso wichtig sind personen- und prozessbezogene Merkmale. Im Verlauf von Projekten gilt es Fragen der Steuerung der Projektgruppe, des Umgangs mit projektbezogenen motivationalen Problemen und des Umgangs mit Widerständen und Konflikten als Folge des Veränderungsvorhabens zu beachten.¹⁶

¹⁶ Auf eine weiterführende Diskussion der formalen Durchführung sowie zu Methoden und Techniken des Projektmanagements wird hier verzichtet; zu diesen Themen sei auf vorhandene relevante Publikationen verwiesen. Für grundsätzliche Überlegungen zum Thema Projektmanagement vgl. z. B. Heintel und Krainz (2001), für eine Übersicht zu Methoden und Techniken des Projektmanagements vgl. z. B. Litke (1995) sowie Boy, Dudek und Kuschel (1994).

3.2.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement und Organisationsentwicklung

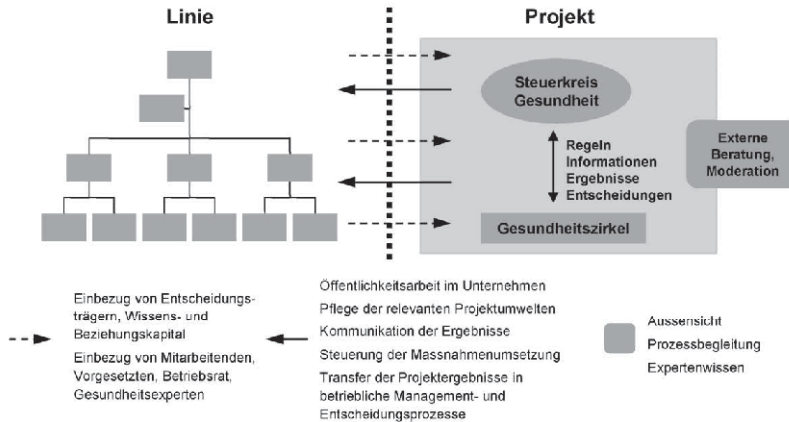
Man kann sich grundsätzlich fragen, weshalb zur Thematisierung und Etablierung des Gesundheitsmanagements im Unternehmen zunächst ein Projekt initiiert werden soll. Pointiert ausgedrückt werden Projekte nicht selten dann geschaffen, „wenn eine Gesamtorganisation (oder ein Teil einer solchen) an die Grenze ihrer (seiner) Problemlösungskapazität stösst“, d. h. wenn der vorhandenen Problematik mit der bestehenden Organisationsstruktur nicht beizukommen ist (Janes & Schober, 2001, S. 178). Zwar sind Aktivitäten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in zahlreichen Unternehmen längst der Normalfall; legt man aber ein erweitertes Gesundheitsverständnis unter Berücksichtigung verhältnisorientierter Maßnahmen zugrunde, gilt dies nicht mehr. So zeigt sich immer wieder, dass beispielsweise die Darstellung empirisch gesicherter Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Arbeitstätigkeit, wie z. B. mangelnde Autonomie oder Unterforderung, und Beanspruchungsfolgen oder Krankheiten, wie z. B. Muskel- und Skelettbeschwerden oder kardiovaskuläre Erkrankungen, bei betrieblichen Akteuren zu interessierten Reaktionen führt. In der betrieblichen Praxis herrscht aber immer noch Zurückhaltung, wenn Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht nur individuelle Verhaltenstrainings, wie beispielsweise Rückenschulen, sondern auch Arbeitsgestaltungsmaßnahmen und damit Veränderungen der Organisationsstruktur beinhalten sollen. Dies mag, wie in anderen Veränderungsprojekten auch, zum einen mit Verunsicherungen durch die Infragestellung gewohnter Abläufe und Machtstrukturen zu tun haben, zum anderen aber wohl auch mit dem als ungewöhnlich wahrgenommenen Zusammenhang zwischen Merkmalen der Organisation – deren Wirkungsweisen normalerweise nach Effektivitäts- und Effizienzkriterien beurteilt werden – und gesundheitsbezogenen Konsequenzen. So kommen auch Drupp und Osterholz (2001, S. 155) zu dem Fazit, dass „es dem Management in den Organisationen nicht leicht [fällt], Gesundheit als Zielgröße in den Kanon der zu planenden, leitenden, steuernden und zu kontrollierenden Kennzahlen aufzunehmen“. Die Einführung eines Projekts ist folglich zunächst für alle betrieblichen Akteure attraktiv, weil die Organisation „das Problem zunächst für einige Zeit ausgrenzen“ kann (Janes & Schober, 2001, S. 178). Diese Ausgrenzung ist aber nur temporärer Art: „im Ent-

scheidungsprozess zwischen Projektteam und den betrieblichen und zuständigen Entscheidungsinstanzen klopft das ausgegrenzte Problem kräftig an jene Tür der Hierarchie, durch die es zuvor hinausbefördert wurde – jetzt aber als gelöstes Problem und somit als Provokation!“ (Janes & Schober, 2001, S. 178). Das heißt, dass zwischen dem Projekt und dem alltäglichen Handeln im Betrieb ein nicht unbeträchtliches Konfliktpotential entstehen kann, wenn die im Projekt erarbeiteten Ideen mit den bestehenden Strukturen kollidieren. Der Transfer von im Projekt erarbeiteten Ideen und konkreten Maßnahmen in die Linienorganisation und damit in das alltägliche Handeln des Unternehmens erfolgt also nicht „automatisch“, sondern erfordert eine sorgfältige Begleitung. Deshalb sollte dem Verhältnis zwischen der Projekt- und der Linienorganisation auch besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden (Heintel & Krainz, 2001; vgl. auch Abbildung 3.2).

Projektaktivitäten und damit verbundene Impulse in Richtung organisationaler Veränderungen führen auch im Rahmen des Gesundheitsmanagements oft zur Aktivierung bewahrender Kräfte (Janes & Schober, 2001). Aus Abbildung 3.2 wird in diesem Zusammenhang deutlich, dass das Verhältnis zwischen der Linienorganisation und dem Projekt in zwei Richtungen relevant ist. Erstens stellt sich die Frage nach der *personellen Besetzung* der relevanten Projektgremien. Hier ist zu beachten, dass sowohl Entscheidungsträger im Sinne von Machtpromotoren in geeigneter Form einbezogen werden als auch vorhandene Wissens- und Beziehungsressourcen und damit Fach- und Beziehungspromotoren genutzt werden können (Grossmann & Scala, 1994). Zudem müssen auch Betroffene, welche die Arbeitssituation und die damit verbundenen Probleme kennen, miteinbezogen werden. Zweitens besteht eine wichtige Aufgabe darin, schon während des Projekts im Unternehmen *Projektmarketing* zu betreiben. Dazu gehört z. B. die Information wichtiger betrieblicher Stellen, die zielorientierte Kommunikation von Zwischenergebnissen, aber auch Planungs- und Überzeugungsarbeit mit dem Ziel des Einbezugs der Projektergebnisse in den betrieblichen Alltag und in vorhandene Managementinstrumente.

Das Verhältnis von Linien- und Projektorganisation (in Anlehnung an Conecta, 2004; vgl. auch Heintel & Krainz, 2001)

Abbildung 3.2



Um diesen Prozess und den Projektverlauf insgesamt sinnvoll zu steuern, kann als Steuerungsgremium der Steuerkreis Gesundheit gegründet werden (vgl. z. B. Sochert, 1998). In diesen Steuerkreis sollten alle betrieblichen Stellen einbezogen werden, die sich (1) mit dem Thema Gesundheit befassen und die (2) zum Erfolg des betrieblichen Gesundheitsmanagements beitragen können (Bueren, 2002). Seine Aufgaben sind im Wesentlichen die folgenden:

*Steuerkreis
Gesundheit*

- Erarbeiten einer betrieblichen Gesundheitsstrategie
- Sicherstellung der „Passung“ zwischen Gesundheits- und Unternehmensstrategie sowie der „Passung“ des Gesundheitsmanagements mit vorhandenen Managementinstrumenten des Unternehmens
- Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Projektsteuerung und -management
- Integration der verschiedenen z. B. aus Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkeln (vgl. Kapitel 3.4.2) zusammenfließenden Arbeitsergebnisse
- Priorisierung und Steuerung der Umsetzung gesundheitsbezogener Massnahmen

- Projektmarketing
- Entwicklung und Umsetzung eines zielgerichteten Informations- und Kommunikationskonzepts für die Zeitdauer des Projekts, aber auch über die Dauer des eigentlichen Projekts hinaus.

Zu den Aufgaben des Steuerkreises gehört auch die Entscheidung darüber, ob externe Beratungsleistungen hinzugezogen werden sollen (vgl. Abbildung 3.2), z. B. zwecks Einholung von zusätzlichem Expertenwissen, zur Durchführung entsprechender Arbeits- und Organisationsanalysen, zur Prozessbegleitung des gesamten Projekts oder der Gesundheitszirkel (vgl. Kapitel 3.4.2) und/oder zum Einbezug einer unternehmensexternen Sichtweise.

Bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Steuerkreis Gesundheit und anderen Projektgremien, wie z. B. den Gesundheitszirkeln (vgl. Abbildung 3.2), sollten zunächst eine Aufgaben- und Rollenteilung vorgenommen, Regeln der Zusammenarbeit bestimmt, die Art und Weise des Informationsaustausches geklärt, die Erarbeitung von und der Umgang mit Analyseergebnissen thematisiert sowie Entscheidungsprozesse definiert werden.

Notwendiger Konsens

Der Einsatz von Instrumenten des betrieblichen Gesundheitsmanagements, wie z. B. Gesundheitsbericht oder Gesundheitszirkel, verlangt die Erarbeitung eines breit abgestützten Konsenses aller betroffenen Interessengruppen (Sochert, 1998). Sochert weist darauf hin, dass bereits erste inhaltliche Diskussionen in Unternehmen oft nicht konfliktfrei verlaufen. Die Vorstellungen über gesundheitsrelevante Aspekte des Unternehmens, über die Eignung spezifischer Interventionen, über die Frage, ob und in welchem Ausmaß das Unternehmen für die Gesundheit der Mitarbeitenden zuständig ist, und die damit zusammenhängende Einschätzung der Priorität, die dem betrieblichen Gesundheitsmanagement beizumessen ist, können weit auseinander liegen. Bei der Einführung und Etablierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements handelt es sich also um einen Veränderungsprozess, der wesentliche Parallelen zu Organisationsentwicklungsprojekten aufweist. Dass die Berücksichtigung entsprechender Wissensbestände und Vorgehensweisen für eine systematische Entwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements von hoher Relevanz ist, wird durch Erfahrungen von Drupp und Osterholz (2001) bestätigt. Im Zusammenhang mit der Beschreibung eines Projekts der betrieblichen Gesundheitsförderung

der AOK Niedersachsen, an dem 44 Unternehmen unterschiedlicher Branchen und Größe beteiligt waren, berichten sie über folgende Probleme: (1) Auch neuere Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung kamen oft nicht über das Projektstadium hinaus, eine längerfristige Strategie konnte in vielen Fällen nicht umgesetzt werden. (2) Positive Erfahrungen aus Pilotbereichen wurden oft nicht in andere Unternehmenseinheiten transferiert, die Ergebnisse blieben auf „Insellösungen“ beschränkt. Die in den Interventionsbereichen erreichten Veränderungen wurden zuweilen sogar wieder rückgängig gemacht. (3) Das Thema Gesundheit wurde nur unzureichend mit anderen wichtigen Aktivitäten, wie kontinuierlichen Verbesserungsprozessen (KVP), Total Quality Management (TQM) oder der Einführung von Gruppenarbeit verbunden. Ursache sei die meist noch sehr starke Bezugnahme zu medizinischen Modellen, wie etwa die Risikofaktorenmedizin. (4) Das Thema Gesundheit blieb in vielen Fällen eine „Schönwetteraktivität“, eine strategische Bedeutung erhielt das Gesundheitsmanagement kaum. Entscheidend dürfte aber auch gewesen sein, dass die Gesundheitsexpertinnen und -experten sowohl im Steuerkreis als auch in den Projektgruppen oft unter sich blieben. „Sie verstanden sich nicht als Berater für Organisationsentwicklung – d. h. einer gesundheitsförderlichen Entwicklung der gesamten Organisation – oder Prozessbegleiter eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in den Organisationen“ (Drupp & Osterholz, 2001, S. 154).

Die Parallelen zu Arbeitsstrukturierungs- und Organisationsentwicklungsprojekten zeigen sich vor allem auch bei verhältnisorientierten Maßnahmen des Gesundheitsmanagements. Um dies zu konkretisieren, muss man sich noch einmal verdeutlichen, dass verhältnisorientierte Maßnahmen in erster Linie in einer Veränderung der Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen bestehen. Damit sind verschiedene Probleme verbunden, die auch in anderen Organisationsentwicklungsprojekten anzutreffen sind. Semmer und Zapf (2004, S. 816) weisen in diesem Zusammenhang auf folgende Problemstellungen und Rahmenbedingungen hin, die für eine erfolgreiche Umsetzung optimal zu gestalten sind:

1. Unterstützung durch das Management und betroffene Mitarbeitende und Vorgesetzte;

2. Berücksichtigung aller relevanten Interessengruppen. Insbesondere müssen Befürchtungen derjenigen Personen ernst genommen werden, die glauben Kontrolle zu verlieren, wenn andere mehr Autonomie erhalten.
3. Trotz des Ziels einer langfristigen Strategie, sollte versucht werden, in einzelnen Bereichen schnelle Veränderungen zu erzielen, um die Motivation der Beteiligten für den Veränderungsprozess zu erhalten.
4. Betriebliche Rahmenbedingungen können sich schnell verändern, sei es aus wirtschaftlichen Gründen, aufgrund personeller Änderungen im Management oder im Zusammenhang mit projektbezogenen Konflikten. Die aktive Beobachtung relevanter projektbezogener Umwelten ist daher von besonderer Bedeutung.
5. Viele Projekte laufen zusätzlich zum Alltagsgeschäft. Die auf diese Weise für die Projektmitarbeitenden entstehenden Zusatzaufgaben und damit verbundenen Belastungen dürfen nicht unterschätzt werden, vor allem während intensiver Projektphasen. Die Möglichkeit einer teilweisen Freistellung der relevanten Akteure für die Projektarbeit sollte möglichst vor Projektbeginn thematisiert werden.
6. In schwierigen Projektphasen und bei großen Belastungen entsteht die Neigung, auf alte Routinen auszuweichen. Das heißt, wenn z. B. nebst einem großen Arbeitsanfall in der täglichen Arbeit noch Probleme in der Projektgruppe auftauchen, besteht die Tendenz, dass die bewahrenden Kräfte die Oberhand gewinnen.

Einige dieser Rahmenbedingungen und Problemstellungen, wie z. B. projektbezogene Konflikte, sind direkt beeinflussbar, andere nicht; bei Letzteren sei etwa auf Wechsel in der Führung des Unternehmens hingewiesen. Die Ausführungen machen aber deutlich, dass die Projektleitung und der Steuerkreis den Prozess des Projekts im Auge behalten müssen, um bei Bedarf angemessen reagieren zu können. Dabei geht es nicht nur um „technische“ Fragen der Projektsteuerung, wie z. B. die Erstellung von Kosten- und Zeitplänen. Tatsächlich wird einmal mehr deutlich, dass die Beziehungspflege zu den relevanten Akteuren, Fragen der projektbezogenen Motivation und Belastung der direkt oder indirekt betroffenen Mitarbei-

tenden und Vorgesetzten sowie eine angemessene Aufmerksamkeit für relevante Veränderungen im Unternehmen von großer Wichtigkeit sind.

3.2.4 Wahrgenommener Veränderungsbedarf

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass das Anstreben einer Veränderung zunächst einmal voraussetzt, dass überhaupt ein Bedarf vorhanden ist und dieser von den relevanten betrieblichen Akteuren auch erkannt wird. Gesundheit in einem über Arbeits- und Gesundheitsschutz hinausgehenden Sinne wird häufig aber gerade nicht als betriebliches Thema wahrgenommen, aus der Perspektive des Veränderungsbedarfs besteht also zunächst kein Handlungsdruck. Veränderungsaktivitäten sind dann wahrscheinlicher, wenn sie für die jeweiligen Akteure mit einiger Wahrscheinlichkeit zu positiven Ergebnissen führen. Janes et al. (2001, S. 21) gehen davon aus, dass keine „Veränderungsenergie“ entstehen wird, wenn Betroffene dem anzustrebenden Soll-Zustand zu wenig Positives abgewinnen können. Deshalb muss es ein besonderes Anliegen sein, den Nutzen eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements so weit wie möglich konkret zu belegen.

In diesem Zusammenhang kann es sinnvoll sein, z. B. über die Sozialversicherungsträger, Anreize für betriebliches Gesundheitsmanagement zu schaffen. So gibt es in Deutschland Projekte gesetzlicher Krankenkassen, in denen mithilfe finanzieller Anreize für Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen unterstützt werden (Drupp & Osterholz, 2001; vgl. auch Kapitel 3.8). Andere Träger der Sozialversicherungen, wie z. B. die Rentenversicherungen, sollten in diesem Sinne ihre Aktivitäten verstärken (Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung¹⁷, 2004). Betrachtet man das Ausmaß an Frühverrentungen in Deutschland (vgl. OECD Employment Outlook, 2002), so wird klar, dass verstärkte Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitspolitik auch für diese Institutionen von vitalem Interesse wären.

*Anreize
schaffen*

¹⁷ Im Folgenden Expertenkommission genannt.

3.2.5 Partizipation und Entscheidungsprozesse

Der Einbezug der von Aktivitäten des betrieblichen Gesundheitsmanagements betroffenen Mitarbeitenden ist eine wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches Vorgehen. Schließlich ist davon auszugehen, „dass Menschen in aller Regel ein Interesse daran haben, Einfluss auf ihre Arbeitssituation im Sinne einer Verbesserung auszuüben“ (Baitsch, 1986, S. 97). Voraussetzung dafür, dass dieses Interesse realisiert werden kann, ist in vielen Fällen die Entwicklung geeigneter Qualifizierungsmaßnahmen. Technisch-organisatorische Systemveränderungen erfordern also eine adäquate Qualifizierungsstrategie, ohne die erfolgreiche organisationale Veränderungen nur schwer zu erreichen sind. Deshalb ist in diesem Zusammenhang auch die Rede von der „Einheit von Arbeitsgestaltung und Qualifizierung“ (Ulich, 2005, S. 427).

Qualifizierende Arbeits- gestaltung

Partizipation bedeutet im Rahmen einer qualifizierenden Arbeitsgestaltung und deren Bezug zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, dass sich Mitarbeitende und Vorgesetzte kritisch mit ihrer Arbeitssituation und deren gesundheitlichen Wirkungen auseinandersetzen. Als mögliches Vorgehen bietet sich hier etwa die subjektive Tätigkeitsanalyse (STA) an (vgl. Ulich, 1981b, 2005). Beteiligungsmethoden können dabei insbesondere mit folgenden Zielen verbunden sein (in Anlehnung an Baitsch, 1986).

- Beschreibung und Bewertung des aktuellen Ist-Zustands;
- Schaffung eines Problembewusstseins für die Arbeitssituation und deren gesundheitsbezogene Konsequenzen;
- Erweiterung und Differenzierung der Perspektiven der Beteiligten unter Einbezug einer gesundheitsbezogenen Sichtweise;
- Definition und Bewertung eines Soll-Zustands und Entwurf von Handlungsoptionen.

Beteiligungsorientierte Maßnahmen im Rahmen von Projekten des betrieblichen Gesundheitsmanagements sollten letztlich zu einer zielführenden Vernetzung der Perspektiven und Präferenzen aller betroffenen Akteure, unabhängig von der Berufsgruppe, der Hierarchieebene oder des Unternehmensbereichs, führen (Grossmann & Scala, 2001).

Ausgestaltung der Entscheidungsprozesse

Eng verbunden mit der Frage nach einem adäquaten Einbezug aller betroffenen Akteure ist die Ausgestaltung geeigneter Entscheidungsprozesse, einschließlich Art und Ausmaß der Einflussmöglichkeiten der Beteiligten. Dabei geht es darum, *wann* Entscheidungen getroffen werden, *wer* sie fällt, *was* zu diesem Zeitpunkt entschieden werden soll und *nach welchen Kriterien* die Entscheidungen gefällt werden sollen. Zunächst können in diesem Zusammenhang Meilensteine im Projekt definiert werden, bei denen wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen. Bereits im Voraus beantwortet werden kann die Frage, *wer die wichtigsten Entscheidungen letztendlich trifft*, wer sich allenfalls ein Vetorecht vorbehält und in welcher Weise betroffenen Akteuren ein Mitspracherecht gewährt wird. Dies alles sollte anhand der Definition von Meilensteinen so weit wie möglich und sinnvoll in der Planungsphase bestimmt und transparent kommuniziert werden. Zur Verdeutlichung möglicher Stufen der Entscheidungsbeteiligung vgl. Abbildung 3.3.

Formen der Entscheidungsbeteiligung (in Anlehnung an Tannenbaum & Schmidt, 1958)

Abbildung 3.3

...Management		← Entscheidung durch →			...betroffene Gruppen	
Autoritär	Patriarchalisch	Beratend	Konsultativ		Partizipativ	
Management entscheidet und ordnet an	Management entscheidet und erklärt den Entscheid mit dem Ziel, die betroffenen Gruppen zu überzeugen	Management entscheidet; Fragen durch betroffene Gruppen sind möglich, durch deren Beantwortung soll die Akzeptanz gesteigert werden	Management informiert über bevorstehenden Entscheid; Meinungen werden eingeholt, bevor das Management entscheidet	Betroffene Gruppen entwickeln Vorschläge; das Management favorisiert Lösungen und entscheidet	Betroffene Gruppen entscheiden; das Management koordiniert nach innen und aussen	

Dass die Berücksichtigung von Entscheidungsprozessen so wichtig ist, wird u.a. durch Ergebnisse der Forschung zur prozeduralen Gerechtigkeit belegt (vgl. z. B. Colquitt, Conlon, Wesson et al., 2001; Cohen-Charash & Spector, 2001; Cropanzano & Greenberg, 1997). Generell zeigte sich, dass Entscheidungen nicht nur nach ihrem Ergebnis beurteilt werden, sondern auch nach ihrem Zustandekommen (Bierhoff, 1992). Entscheidungsprozesse können für das

Prozedurale Gerechtigkeit

Gerechtigkeitsempfinden unter Umständen sogar wichtiger sein als die Ergebnisse von Entscheidungen. Als relevant für das Gerechtigkeitsempfinden und daraus resultierende Folgen, wie z. B. der Verbundenheit mit der Organisation, wurden folgende Kriterien gefunden (vgl. Leventhal, 1980; Colquitt et al., 2001):

- Repräsentativität: Berücksichtigung der Interessen aller betroffenen Gruppen;
- Legitimität: Anwendung von ethischen Prinzipien (z. B. Ehrlichkeit, Neutralität, Anerkennung etc.);
- Unvoreingenommenheit: Keine Bevorzugung einzelner Interessengruppen;
- Konsistenz: Klare Entscheidungsregeln, keine intransparenten Änderungen der Regeln im Verlauf des Projekts;
- Genauigkeit: Einbezug aller relevanten Informationen;
- Korrigierbarkeit: Offenheit von Entscheidungen, so dass man bei sich ändernden Rahmenbedingungen auf sie zurückkommen kann.

Ausschlaggebend in Bezug auf die Akzeptanz von Entscheidungen, die man nicht selber beeinflussen kann, ist also die Art der Entscheidungsfindung, insbesondere deren Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Diesem Thema wird im Rahmen der Steuerung von Veränderungsprojekten nicht immer genügend Aufmerksamkeit geschenkt. Was mit hoher Wahrscheinlichkeit die vorhandene Motivation der Projektmitarbeitenden und anderer beteiligter Personen korrumpiert, ist ein „pseudopartizipativer“ Einbezug dieser Personengruppen bei der Entscheidungsfindung.

3.3 Fehlzeiten und betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Fehlzeitenquote erhält aus verschiedenen, nahe liegenden Gründen in Unternehmen eine hohe Aufmerksamkeit¹⁸ (Dittmann, Müller & Schröder-Kamprad, 2003). Wenn Mitarbeiter oder Mitar-

¹⁸ Für eine vertiefte Betrachtung von Fehlzeiten im Allgemeinen vgl. z. B. Brandenburg und Nieder (2008), Derr (1995) und Marr (1996).

beiterinnen krankheitsbedingt fehlen, sind (1) die Kollegen und Kolleginnen 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. Wagner-Link (2002, S. 48) weist z. B. darauf hin, dass wir wenig geübt sind, „Gesundheit in all ihren Facetten wahrzunehmen“. Im Gegensatz zur Abwesenheit gilt die Anwesenheit im Betrieb als Normalzustand, der im vorliegenden Zusammenhang als wenig bedeutsam angesehen wird und über den man sich keine weiteren Gedanken machen muss.

Die „Nicht-Sichtbarkeit“ von Gesundheit ist ein grundsätzliches Dilemma des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Weshalb soll man knappe Ressourcen für etwas investieren, das offensichtlich dem Normalfall entspricht; vielversprechender ist es doch, sich auf die Abweichung von der Norm, also die Abwesenheit vom Arbeitsplatz zu konzentrieren. Tatsächlich sind aber Personen mit hohen Anwesenheitsraten *keineswegs immer* auch leistungsfähig, motiviert, physisch und psychisch unversehrt und damit gesund oder dem Unternehmen psychologisch verbunden.

„Nicht-Sichtbarkeit“ von Gesundheit

3.3.1 Vernachlässigung der Anwesenden

Marr (1996) macht den Vorschlag, neben „physisch“ Abwesenden auch „psychisch“ Abwesende in das Untersuchungsfeld mit einzu beziehen. Psychische Abwesenheit steht in diesem Kontext zunächst

für eingeschränkten Leistungswillen oder „innere Kündigung“. Marr hält diese Art des Absentismus für insgesamt viel schwerwiegender als die traditionelle Fokussierung auf die „physisch“ Abwesenden. Um dies zu verdeutlichen lohnt es sich, einen Bezug zum Konzept des psychologischen Vertrags herzustellen (vgl. z. B. Schein, 1980; Rousseau, 1995; Frey & Osterloh, 2000; Raeder & Grote, 2001).

Psychologischer Vertrag

Die Grundüberlegung dieses Konzepts besteht darin, dass Arbeitsverhältnisse nicht nur durch einen rechtlichen, sondern auch durch einen psychologischen Vertrag geregelt werden (vgl. z. B. Schein, 1980, S. 23 ff.). Schein (1980) definiert den psychologischen Vertrag z. B. 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 basiert auf individuellen Austauschüberlegungen. Er umfasst nicht schriftlich fixierte Erwartungen der betrieblichen Akteure. Der Arbeitgeber erwartet von den Arbeitnehmenden, dass sie ihre Arbeitskraft zur Verfügung stellen und zudem Engagement, Mitdenken und Loyalität gegenüber dem Unternehmen zeigen. 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 die Bezahlung sowie auf Entwicklungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen beziehen (Rousseau, 1995). Untersuchungen zeigen, dass bei Mitarbeitenden, welche diesbezüglich eine Vertragsverletzung seitens des Unternehmens empfinden z. B. Konsequenzen in Bezug auf organisationsbezogene Verhaltenweisen (Robinson & Wolfe-Morrison, 1996), Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht (Turnlex & Feldman, 2000) zu verzeichnen sind.

Innere Kündigung

Bei Personen, die „innerlich gekündigt“ haben, kann davon ausgegangen werden, dass sie ihren psychologischen Vertrag verletzt sehen, z. B. durch eine objektiv gegebene und/oder subjektiv wahrgenommene unfaire Behandlung durch Vorgesetzte. Interessant ist, dass diese Menschen, die im Sinne von Marr „psychisch“ abwesend sind, im traditionellen Fehlzeitenmanagement nicht berücksichtigt werden. Auch „psychisch anwesende Gesunde“ oder „wieder Genesene“ werden kaum einbezogen, obwohl diese Gruppen für die Leistungsfähigkeit des Unternehmens von großer Bedeutung sind. 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 Unternehmen vermehrt nicht mehr auf die Abwesenheit (Absentismus), sondern auf die Anwesenheit (Präsentismus) und bezeichnen diese als Gesundheitsstand. So wird z. B. bei der Volkswagen AG seit einigen Jahren nicht mehr von der Fehlzeitenquote, sondern von der Gesundheitsquote und dementsprechend von „der Entwicklung des Gesundheitsstands“ (Volkswagen AG, 1999) gesprochen. 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 zwar 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 (Zapf & Semmer, 2004). Dies kann mit folgenden Gründen zusammenhängen:

*Gesundheits-
quote*

*Ursachen von
Fehlzeiten*

- 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 und auch Kapitel 2.1.6).
- 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.
- 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.

**Bestimmung
und Senkung
„vermeidbarer“
Fehlzeiten**

Damit wird deutlich, dass die Bestimmung und Senkung „vermeidbarer“ Krankenstände und Fehlzeiten (von Ferber, 1994) eine schwierige Aufgabe darstellt. Schröder 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 weiters 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, Kindern 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 für den Umgang mit Fehlzeiten folgende Konsequenzen:

*Umgang mit
Fehlzeiten*

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.

3.3.2 AU-Analysen und Gesundheitsbericht

Unternehmen können zwar Abwesenheitsquoten für Personen, Teams oder Abteilungen errechnen, sie erhalten aber aus Gründen des Datenschutzes keine Einsicht in die Krankheitsgründe. Bei den Krankenkassen liegen diese Daten dagegen vor (vgl. BKK, 2004). In Deutschland gehört die Analyse von AU-Daten (vgl. Tabelle 3.1) daher seit einigen Jahren zum Instrumentarium vieler Betriebskrankenkassen¹⁹ (Zoitke, 2003). Die Krankenkassen sind in der Aufbereitung der Krankheitsdaten so weit fortgeschritten, dass sie den Unternehmen AU-Berichte und spezifische Branchenvergleiche als Dienstleistung anbieten können (vgl. Kasten 3.2). Für solche Analysen hat sich der Begriff „betrieblicher Gesundheitsbericht“²⁰ eingebürgert.

Kasten 3.2

Informationen, die sich einem „Gesundheitsbericht“ entnehmen lassen (vgl. Ducki, 1998 und BKK, 2005)

Im „Gesundheitsbericht“ der Krankenkassen wird das betriebliche AU-Geschehen nach Mitarbeitergruppen (z. B. Abteilungen) und Krankheitsarten aufgeschlüsselt. In die Daten der Krankenkasse muss einbezogen werden, in welcher Abteilung oder Kostenstelle die Mitarbeitenden arbeiten. Aus Gründen des Datenschutzes müssen diese Gruppen mit mindestens 50 Personen besetzt sein. Konkret lassen sich in der Regel folgende Fragen beantworten:

- Wie sieht die soziodemographische Verteilung der Versicherten im Unternehmen aus (z. B. Alter, Geschlecht, Nationalität, Beruf, Stellung im Beruf, Tätigkeitsgruppen)?
- Wie lässt sich das AU-Geschehen des Unternehmens im Branchen- und Bundesvergleich einordnen?
- Welche Krankheitsarten treten im Unternehmen häufiger auf als andere?
- Wie hoch ist der Anteil einzelner Krankheitsarten am Ingesamt der AU-Tage?
- Welchen Stellenwert haben Langzeit- und Kurzeiterkrankungen?
- Wie viel Prozent der Belegschaft erkranken überhaupt innerhalb eines Jahres und wie viel Prozent der Erkrankten erkranken mehrmals?

¹⁹ Für eine Übersicht zum Thema betriebliche Gesundheitsberichterstattung vgl. www.bkk.de/bkk/powerslave.id,50,nodeid,50,p,0.html

²⁰ Ducki (1998, S. 157) weist allerdings zu Recht darauf hin, dass der Begriff „Gesundheitsbericht“ insofern irreführend ist, als er „ausschliesslich Aussagen zu Krankheitsdiagnosen und Arbeitsunfähigkeiten“ enthält.

- In welchen Abteilungen ist das AU-Geschehen besonders auffällig?
 - Welche Krankheitsarten sind für diese Auffälligkeiten ausschlaggebend?
-

Nach den vorliegenden Erfahrungen haben sich „Gesundheitsberichte“ im Rahmen der Einführung des betrieblichen Gesundheitsmanagements als „strukturierendes Informationselement“ in den letzten Jahren durchaus bewährt (Ducki, 1998, S. 160). Sie versachlichen die Diskussion über Gesundheitsfragen im Betrieb und erlauben zudem aufgrund ihrer routinemäßigen Erfassung Längsschnittbetrachtungen (Zoitke, 2003). Dass der Interpretierbarkeit der Daten Grenzen gesetzt sind, wurde bereits ausführlich dargestellt (vgl. auch Ducki, 1998 und von Ferber, 1994 sowie Kapitel 3.3).

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. Unterschiede in den Tätigkeiten stehen deshalb häufig „im Mittelpunkt der Gesundheitsberichte und regen die weitere Diskussion an“ (Ducki, 1998, S. 159). Ducki weist allerdings darauf hin, dass die den Kassen zur Verfügung stehenden Tätigkeitsbeschreibungen häufig relativ grob sind. Sie bedürfen daher der Kombination mit differenzierteren betrieblichen Daten. Deshalb werden nachfolgend verschiedene Methoden und Instrumente vorgestellt, die im Rahmen von Analysen im betrieblichen Gesundheitsmanagement Anwendung finden.

*Art der
Tätigkeit*

3.4 Rückkehrgespräche versus Gesundheitszirkel

Rückkehr- bzw. Fehlzeitengespräche und Gesundheitszirkel sind Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die in den letzten Jahren zunehmend Beachtung gefunden, aber auch zu kontroversen Diskussionen geführt haben (vgl. z. B. Pfaff et al., 2002; Sochert, 1998). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob sie die Grundsätze des betrieblichen Gesundheitsmanagements, wie z. B. den Einbezug Betroffener und eine auch an salutogenetischen

Prinzipien orientierte betriebliche Gesundheitsförderung, berücksichtigen. Die Auswahl dieser zwei Instrumente erfolgte nicht zufällig. Sie eignen sich gut, um die Unterschiede zwischen reinem Fehlzeitenmanagement und betrieblichem Gesundheitsmanagement aufzuzeigen.

3.4.1 Rückkehrgespräche

Bereits 1996 ergab eine Analyse von Salowski (1996), dass Rückkehr- oder Fehlzeitengespräche in der betrieblichen Praxis 29.4% der Maßnahmen zur Fehlzeitenreduktion abgedeckt haben. In der Automobilindustrie fanden Pfaff et al. (2002) in der KUGA-Studie (Krankenrückkehrgespräche und Gesundheitspolitik in der Automobilindustrie) einen Verbreitungsgrad von über 80%. Grundgedanke des Rückkehrgesprächs ist, dass der Umgang mit Fehlzeiten zu den Aufgaben jeder Führungskraft gehört, weil Fehlzeiten auch motivationale bedingt sein können. Mit Rückkehrgesprächen, wie sie in den letzten Jahren zunehmend Verbreitung gefunden haben, sind in der Regel nicht Wiedereingliederungsgespräche für Langzeiterkrankte gemeint (Kuhn, 2003). Vielmehr geht es um Gespräche, die entweder nach jeder auftretenden krankheitsbedingten Abwesenheit oder nach bestimmten Kriterien, wie etwa festgelegten Zeitintervallen, vorgenommen werden (Piorr, Heller & Taubert, 2000). Üblicherweise werden dabei die Ursachen für das krankheitsbedingte Fernbleiben vom Arbeitsplatz besprochen, mit dem Ziel, zukünftige Krankenstände zu vermindern. Konkret findet man etwa folgende Absichten, die mit Rückkehrgesprächen verfolgt werden:

- Ermittlung der Ursachen von Fehlzeiten und Erarbeiten gemeinsamer Lösungen zu deren Verminderung;
- Bekundung von Interesse und Wertschätzung;
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden;
- Verbesserung des Arbeitsklimas;
- Erhaltung der Leistungsfähigkeit.

Oft werden dabei mehrstufige Gesprächsverfahren verwendet. Das wohl bekannteste Beispiel für gestufte Rückkehrgespräche, das auch zu einer kontroversen öffentlichen Diskussion geführt hat, ist der so genannte Anwesenheitsverbesserungsprozess (AVP) der Opel AG (vgl. Spiess & Beigel, 1996). Nach jeder Rückkehr einer bzw. eines Mitarbeitenden aus einer krankheitsbedingten Abwesenheit führt der bzw. die unmittelbare Vorgesetzte das Rückkehrgespräch. Kuhn (2003) skizziert die verschiedenen Gesprächsstadien pointiert als ein Kontinuum zwischen freundschaftlichen Begrüßungsgesprächen und Kündigungsgesprächen. Er beschreibt den konkreten Ablauf des Gesprächssystems der Opel AG folgendermaßen (2003, S. 3): „An die erste krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit schliesst sich nach diesem Modell das so genannte ‘Motivationsgespräch’ an. Hier soll in einer freundlichen Atmosphäre signalisiert werden, dass man den Mitarbeiter vermisst hat und sich freut, dass er wieder da ist. Das Gespräch wird, wie im folgenden auch, protokolliert und das Protokoll ist mit einem charakteristischen Symbol versehen. Beim ‘Motivationsgespräch’ sind es ‘offene Arme’. Die nächste Arbeitsunfähigkeit hat ein ‘Mitarbeitergespräch’ zur Folge, symbolisiert durch eine ‘gelbe Karte’. Bei diesem Gespräch geht es darum, dem Mitarbeiter klarzumachen, dass seine Fehlzeiten den Arbeitsablauf stören. Die nächste Krankheit zieht dann ein ‘Personalgespräch’ nach sich, symbolisiert durch den ‘erhobenen Zeigefinger’: der Mitarbeiter wird darauf hingewiesen, dass weitere Fehlzeiten für ihn Konsequenzen haben werden. Am Ende steht das ‘Fehlzeitengespräch’, symbolisiert durch einen Paragraphen, weil jetzt die Möglichkeit der Kündigung ins Spiel gebracht wird. Die Anzahl der durchgeführten Gespräche wird in jeder Abteilung auf einem Schaubild differenziert nach den verschiedenen Gesprächstypen öffentlich gemacht, so dass die Vorgesetzten und die Beschäftigten den Stand der Dinge stets vor Augen haben“. Die wichtigsten Merkmale dieses Systems sind (1) dessen standardisierte Durchführung mit eindeutig festgelegten Gesprächsstufen unter Berücksichtigung methodischer Hilfsmittel, wie z. B. Checklisten, (2) eine systematische Dokumentation in Form vorstrukturierter Protokolle sowie (3) eine öffentliche Visualisierung, und zwar nicht nur der Entwicklung der Abwesenheiten, sondern auch der Anzahl geführter Gespräche (vgl. Hofman, 2001).

Arten von Fehlzeiten- gesprächen

Nicht alle Rückkehrgespräche sehen derartige Verläufe vor. Piorr, Heller und Taubert (2000) unterscheiden zwischen den eben beispielhaft beschriebenen abgestuften Gesprächssystemen, mit denen auch die Androhung von Konsequenzen verbunden ist, und Rückkehrgesprächen, die als Führungsinstrumente eingesetzt werden. Das Ziel der letztgenannten Gespräche sei eine Intensivierung führungsbezogener Kommunikation; damit würden auch die Arbeitsbedingungen und das Klima der Zusammenarbeit thematisiert. Wenig ermutigend ist allerdings die Aussage von Piorr et al. (2000), wonach mittels der meisten Rückkehrgespräche versucht wird, beide Ziele zu integrieren; ein Vorgehen, das bezüglich einer stringenter Zielsetzung derartiger Verfahren einige Skepsis hinterlässt (vgl. Kasten 3.3).

Kasten 3.3

Ziele von Rückkehrgesprächen (aus Piorr et al., 2000, S. 270)

„Die meisten verwirklichten Konzepte von Rückkehrgesprächen versuchen, beide Ziele in sich zu vereinen, indem sich der Charakter des zunächst integrativen Gesprächs im Laufe der Abwesenheitshäufung zunehmend in Richtung der Androhung von Sanktionen wandelt (Schumm, 1998; Badis, 1998). Durch die Festlegung der Zeiträume ('Zählen wir Erkrankungen innerhalb eines halben oder eines ganzen Jahres?'), durch Abstufung ('Ab der wievielten Abwesenheit soll mit Sanktionen gedroht werden?') und möglichen Sanktionen ('Welche Sanktionen sollen angedroht werden?') wird der Gesprächscharakter dabei ganz entscheidend mitbestimmt. ... Problematisch ist dabei die Rolle der Führungskraft, die in den meisten Fällen zuerst integrativ wirken und überzeugen soll. Im Laufe des Gesprächszyklus ist sie dann aber angehalten, Sanktionen einzuleiten (Borowiak & Taubert, 1997, S. 1088).“

Zielkonflikte

Auf der einen Seite soll Vertrauen geschaffen werden, die Rückkehrenden sollen wertgeschätzt und ernst genommen werden, ihre Meinung soll in den Prozess betrieblicher Gesundheitsförderung einfließen. Auf der anderen Seite droht den „Wiederholungstätern“ ein zunehmend schärferer Ton, der schließlich zu Sanktionen führen kann. Dieser Anspruch an die Entwicklung einer vertrauensvollen Gesprächskultur wird durch die in den weiteren Stufen zunehmend restriktive und disziplinierende Art der Gespräche möglicherweise korrumpiert. Die Standardisierung und Protokollierung sowie das Öffentlichmachen durch Visualisierung dürften diesen Prozess noch verstärken.

3.4.1.1 Wirkung von Rückkehrgesprächen

Zur Frage der Wirksamkeit von Rückkehrgesprächen liegen nur wenige Analysen vor. In der KUGA-Studie (Pfaff et al., 2002) wurden in Herstellerwerken und Zulieferbetrieben der Autoindustrie mithilfe von Interviews und Befragungen die Art der Durchführung, die Verbreitung sowie die Konsequenzen von Rückkehrgesprächen untersucht. Für 17% der befragten Personen waren die Rückkehrgespräche subjektiv belastend; für ausländische Mitarbeitende, Arbeiter und chronisch Kranke waren die Gespräche belastender als für deutsche Mitarbeitende, Angestellte und nicht chronisch Kranke. Immerhin bezeichneten 30% der Betroffenen die Rückkehrgespräche als Hilfe, auch wenn sich in Interviews kaum Beispiele konkreter Hilfe nachweisen ließen. 40% der Befragten waren der Meinung, dass die Rückkehrgespräche die Wiedereingliederung in die Arbeit erleichtern. Etwa ein Drittel der Befragten gab an, dass die Gespräche die Beziehung zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden positiv beeinflussen, 40% gehen im Gegenteil davon aus, dass das Vertrauen zwischen den Vorgesetzten und Mitarbeitenden gestört wird.

Weiss (2000) hat in einer qualitativen Analyse gefunden, dass Rückkehrgespräche bei Mitarbeitenden unter der Voraussetzung einer ernsthaften gemeinsamen Suche nach Ursache-Wirkungszusammenhängen Akzeptanz gefunden haben und dass sowohl Vorgesetzte wie auch Mitarbeitende eine positive Veränderung im Umgang miteinander wahrgenommen haben. Negative Wirkungen ergaben sich durch den zwangsorientierten Charakter der Gespräche; Rückkehrende befürchteten als „Blaumacher“ zu gelten. Zudem zeigte sich die Tendenz, dass Rückkehrgespräche als rein verhaltensorientierte Instrumente wahrgenommen wurden, die einseitig zu Lasten der Beschäftigten gehen. Auch lösten die Gespräche zum Teil Ängste bei den Betroffenen aus, weil sie eine Verletzung ihrer Persönlichkeitsrechte befürchteten. In einer weiteren qualitativen Fallstudie fanden Piorr et al. (2000), dass Rückkehrgespräche bei Vorgesetzten auf weniger Vorbehalte stießen als bei den betroffenen Mitarbeitenden. Hier fand ein Rückkehrgespräch allerdings erst nach der vierten Fehlzeit statt, es wurde zudem nicht durch die Vorgesetzten, sondern durch die Personalabteilung durchgeführt, was die positivere Einstellung der Führungskräfte zum Teil erklären könnte. Das anfängliche Misstrauen der Mitarbeitenden schwächte sich nach einiger Zeit ab, in den Gesprächen wurden zudem verstärkt auch

Arbeitsbedingungen thematisiert. Eventuell führte die weniger disziplinierende Ausgestaltung des Instruments zu den mittelfristig positiveren Ergebnissen.

In Bezug auf die Auswirkungen von Krankenrückkehrgesprächen auf Gesundheit und Fehlzeiten fanden Pfaff et al. (2002) in der KUGA-Studie keine eindeutigen Resultate (vgl. Kasten 3.4).

Kasten 3.4

Auswirkungen der Krankenrückkehrgespräche auf Gesundheit und Fehlzeiten (aus Pfaff et al., 2002, S. 7 ff.)

„Ein Vergleich der Personen, die krank waren, aber mit denen wissentlich kein Rückkehrgespräch geführt wurde, mit den Personen, die krank waren und mit denen wissentlich ein Rückkehrgespräch geführt wurde, ergab hinsichtlich der Kriteriumsvariablen Ängstlichkeit (SCL-90-R; Derogatis, 1977), körperliche Beschwerden (Zerssen Beschwerdeliste; Zerssen, 1976) und Wohlbefinden (Bradburn, 1969) keine signifikanten Unterschiede. Wenn das wissentlich geführte Rückkehrgespräch jedoch als belastend erlebt wurde, war die Ängstlichkeit (SCL-90-R) und das Ausmass körperlicher Beschwerden (Zerssen Beschwerdeliste) signifikant höher ... Je unterstützender die Rückkehrgespräche von den Betroffenen wahrgenommen wurden, desto geringer waren die Angst und das körperliche Beschwerdenniveau ausgeprägt und desto höher war das Wohlbefinden ... Es sind weder Anhaltspunkte für eine per se krankmachende Wirkung noch für eine per se gesundmachende Wirkung vorhanden ... Die Wirkung der Rückkehrgespräche scheint davon abzuhängen, wie die Gespräche geführt werden und ob sie von den Betroffenen als Belastung oder Hilfe wahrgenommen und bewertet werden.

Erste Hinweise zur Wirkung der Krankenrückkehrgespräche auf die Fehlzeiten liefert eine empirische Längsschnittstudie, die in einem Industriebetrieb durchgeführt wurde. Die Ergebnisse dieser Studie deuten auf einen fehlzeitenreduzierenden Effekt von Krankenrückkehrgesprächen hin (Backes-Gellner et al., 2001). Die Ergebnisse der KUGA-Unternehmensbefragung ... liefern jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Betriebe, die Krankenrückkehrgespräche durchführen, einen geringeren Fehlzeitenstand und/ oder einen schnelleren Rückgang der Fehlzeiten aufweisen ... Insgesamt gesehen gibt es zur Zeit weder für die These, dass Krankenrückkehrgespräche die Fehlzeiten senken, noch für die Gegenthese, dass Krankenrückkehrgespräche die Fehlzeiten erhöhen, konkrete Anhaltspunkte.“

Wirksamkeit

Pfaff et al. (2002) kommen aufgrund der Resultate der KUGA-Studie zum Schluss, dass bezüglich der Wirksamkeit von Krankenrückkehrgesprächen Zweifel angebracht sind und dass durch eine systematische Gesundheitspolitik, gepaart mit einer gesundheitsorientierten Führung und guten Führungsbedingungen, auf Krankenrückkehrgespräche verzichtet werden kann.

3.4.2 Gesundheitszirkel

Der Gesundheitszirkel (vgl. Tabelle 3.1) ist ein Instrument, mit dem betroffene Mitarbeitende ihre Arbeitssituation hinsichtlich gesundheitsrelevanter Merkmale beurteilen, Belastungen und Ressourcen identifizieren sowie mögliche Handlungsfelder und konkrete Maßnahmen zur Belastungsoptimierung und Ressourcenstärkung (mit-)entwickeln (Slesina, 1994). Der Ansatz und der damit verbundene Einbezug von Mitarbeitenden basiert in seinen Grundzügen auf anderen Kleingruppenmethoden, wie z. B. Qualitätszirkel, Werkstattzirkel, Sicherheitszirkel und Lernstatt (Schröder & Sochert, 1997). Als Basis für die Arbeit der Gesundheitszirkel können neben den persönlichen Erfahrungen der beteiligten Personen auch die Ergebnisse des Gesundheitsberichts (Sochert, 1999; vgl. Kapitel 3.3.2) und vertiefender Analysen dienen (vgl. Kapitel 3.5).

3.4.2.1 Grundmodelle

Ursprünglich existierten zwei Grundmodelle von Gesundheitszirkeln. Das Berliner Modell (Friczewski, 1994) wurde in Kooperation zwischen der Technischen Universität Berlin und der Volkswagen AG entwickelt. Die Grundlage des Modells bildete die Beobachtung, dass hinsichtlich der Identifizierung und Veränderung gesundheits-schädigender Arbeitsbedingungen in Unternehmen oft eine gewisse Sprachlosigkeit vorhanden ist und das Thema deshalb gar nicht systematisch bearbeitet wird. Ursprünglich wurden betriebliche Meister in die Zirkel einbezogen, da diese aufgrund ihrer Position zwischen Management und Fertigung besonders anfällig für psychosozialen Stress sind. Zentrale Themen dieses ersten Modells sind denn auch die Identifizierung von und der Umgang mit stressrelevanten Arbeitsbedingungen (Frieling & Sonntag, 1999). Konkret ging es um die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Beschäftigten zur Belastungserkennung, zur Stressbewältigung und Problemlösung.

Berliner Modell

Das so genannte Düsseldorfer Modell (Slesina, 1994) wurde vom Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf in Kooperation mit den Thyssen-Edelstahlwerken entwickelt. Das Modell wurde als fach- und hierarchieübergreifende, befristete Projektgruppe konzipiert. Es zielte auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitssituation; in diesem Zusammenhang wurden die Arbeitsorganisation, die Technik, die Arbeitsmittel, die Kommuni-

Düsseldorfer Modell

kation, die sozialen Beziehungen und die räumliche Infrastruktur thematisiert (Slesina, 2001). Nebst der Identifizierung von belastenden Merkmalen der Arbeitssituation sollten auch Verbesserungsvorschläge entwickelt werden. Konkret wird in diesem zweiten Modell danach gefragt, welche der genannten Merkmale der Arbeit für die Entstehung und den Verlauf chronischer Beschwerden und Krankheiten, wie z. B. Magen-Darm-Beschwerden und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, mitverantwortlich sind und wie diese Arbeitsbelastungen im konkreten Fall durch geeignete Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und Ergonomie abgebaut werden können. Dabei wird auf Daten des Gesundheitsberichts, d. h. Daten zur Arbeitsunfähigkeit und zu Krankheitsarten, zurückgegriffen, um aufzuzeigen, wo im Unternehmen am meisten Handlungsbedarf besteht.

3.4.2.2 Weiterentwicklung des Gesundheitszirkels

Nähe zu Maßnahmen der OE

Die Erfahrungen und Ergebnisse dieser zwei Grundmodelle haben maßgeblich dazu beigetragen, dass insbesondere in Deutschland Gesundheitszirkel eine beachtliche Verbreitung gefunden haben (Frieling & Sonntag, 1999). Bezüglich der Weiterentwicklung der Modelle kommen Schröder und Sochert (1997) zu folgendem Schluss: Von klassischen Arbeitsschutz Tätigkeiten bis hin zu verschiedenen Formen der Mitarbeiterbefragung werden viele gesundheitsbezogene Aktivitäten mit dem Etikett Gesundheitszirkel versehen, die zum Teil nur begrenzt mit deren Grundidee übereinstimmen. Außerdem haben sich die zwei Grundmodelle aufgrund der Erfahrungen in der praktischen Umsetzung einander angenähert. Aktuelle Ansätze betonen heute die Nähe zu Maßnahmen der Organisationsentwicklung (Schröder & Sochert, 1997). Dies hängt damit zusammen, dass Gesundheitszirkel „sowohl theoretisch als auch praktisch von Unternehmen erhebliche Anpassungsprozesse verlangen (Gesundheitszirkel als Element von KVP, Kaizen, Organisationsentwicklung usw.)“ (Schröder & Sochert, 1997, S. 24). Deshalb werden Gesundheitszirkel heute am besten in ein System betrieblicher Managementprozesse integriert, was auch einen wesentlichen Anspruch des betrieblichen Gesundheitsmanagements widerspiegelt. Weiter wurde durch die praktische Anwendung bald klar, dass sich die thematische Eingrenzung auf Stress oder krankheitsrelevante Arbeitsbelastungen nicht aufrechterhalten lässt. Auch in Gesundheitszirkeln

sollten sowohl eine verhältnisorientierte als auch eine verhaltensorientierte Perspektive ihren Platz finden. Protektive organisationale und personale Ressourcen spielen in den beiden ursprünglichen Modellen vor allem in der Phase der Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen eine Rolle. Tatsächlich erscheint es sinnvoll, Ressourcen bereits in der Analysephase der Gesundheitszirkel zu berücksichtigen, z. B. im Sinne innerbetrieblicher Beispiele für „Good Practice“²¹. Nachfolgend werden in Anlehnung an Schröer und Sochert (1997) und Slesina (2001, S. 76 ff.) die wichtigsten Merkmale von Gesundheitszirkeln besprochen.

Gesundheitszirkel orientieren sich an der Prämisse, dass die Beschäftigten Expertinnen und Experten für ihre Arbeitssituation sind. Ihr Wissen über Belastungen, Ressourcen und gesundheitliche Beschwerden bildet eine wesentliche Grundlage für die Gesundheitszirkelarbeit (Slesina, 2001, S. 76; vgl. auch Kapitel 3.2.5).

Homogen zusammengesetzte Gruppen, die aus Mitarbeitenden der gleichen hierarchischen und fachlichen Stufe bestehen, haben den Vorteil, dass heikle Themen, wie z. B. ein belastendes Vorgesetztenverhalten, eher zur Sprache kommen, dass keine Sanktionen befürchtet werden müssen und dass ein ähnlicher Erfahrungshintergrund besteht (Schröer & Sochert, 1997). Der Nachteil homogener Gruppen ist darin zu sehen, dass Perspektiven anderer Funktionen und Hierarchien nicht unmittelbar miteinbezogen werden können. Außerdem sind in homogenen Gruppen Entscheidungsträger und Fachexpertinnen bzw. -experten nicht vertreten, die bei Bedarf Möglichkeiten und Grenzen von Handlungsfeldern und gesundheitswissenschaftliches Wissen einbringen können. Bei der Wahl einer homogenen Gruppe entfällt die Chance eines direkten Austauschs zwischen verschiedenen Interessengruppen und die damit verbundene Chance des Vertrauensaufbaus. Sind organisatorische und technische Veränderungen Themen der Sitzungen, ist der unmittelbare Einbezug aller betroffenen Interessenvertreter ohnehin ratsam (Schröer & Sochert, 1997). Dies spricht dafür, sich nicht strikte für homogene oder heterogene Gruppen zu entscheiden. Die Zusammensetzung der Gruppe sollte im Vorfeld der Gruppenbildung the-

*Zusammen-
setzung*

²¹ Für eine umfassende Übersicht zum Thema Gesundheitszirkel vgl. z. B. Schröer und Sochert (1997) oder Westermayer und Bähr (1994).

matisiert werden, um zu garantieren, dass sie nicht als störend oder belastend empfunden wird. Ein Problem heterogener Gruppen liegt unter Umständen in der unterschiedlichen „Sprache“ der Teilnehmenden; z. B. müssen Fachexpertinnen und -experten wissenschaftliche Erkenntnisse in einer Weise wiedergeben, die auch für Laien verständlich und nachvollziehbar ist. Es muss deshalb Zeit eingeplant werden, um für zentrale Begriffe ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln. Dem Moderator kommt dabei die Rolle zu, bei begrifflichen Unstimmigkeiten Raum für eine Klärung zu schaffen (Schröder & Sochert, 1997, S. 43). Im Übrigen kann sich die Gruppenzusammensetzung im Verlauf der Zeit verändern, wenn der Stand der Themenbearbeitung oder eine Veränderung der Thematik dies erfordert. Wichtig ist, dass die Veränderung der Zusammensetzung begründet wird und nachvollziehbar ist. Schröder und Sochert (1997) halten eine zumindest zeitweise Beteiligung aller relevanten Interessengruppen für unerlässlich (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4

Zusammensetzung eines Gesundheitszirkels (in Anlehnung an Schröder & Sochert, 1997, S. 27)



Thematische Offenheit

Grundsätzlich soll die Zirkelarbeit thematisch für alle möglichen Belastungen und Ressourcen offen sein (Slesina, 2001). In der Regel werden aber vor allem folgende Themenbereiche zur Sprache kommen:

- Belastende Merkmale der Arbeitsumgebung (z. B. Lärm, Zugluft, Beleuchtung);
- Körperliche Belastungen (z. B. einseitige Körperhaltung, Tragen schwerer Lasten);
- Belastende Arbeitsbedingungen (z. B. Zeitdruck) und protektive Arbeitsbedingungen (z. B. Aufstiegschancen und Weiterbildungsmöglichkeiten);
- Belastungen (z. B. qualitative Über- oder Unterforderung) und Ressourcen (z. B. Handlungsspielraum) in der Tätigkeit selbst;
- Soziale Belastungen (z. B. belastendes Vorgesetztenverhalten) und Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung);
- Verbesserungsvorschläge zur Belastungsreduktion und zum Aufbau von Ressourcen.

Die Anzahl der an einem Gesundheitszirkel Teilnehmenden sollte nicht allzu groß sein, Schröder und Sochert (1997) sprechen von etwa 12 bis 14 Mitgliedern. Eine zu große Gruppe kann dazu führen, dass sich nicht alle Personen im gewünschten Ausmaß äußern oder aber in Anbetracht der vielen Zuhörenden ihre Meinungen zu belastenden Merkmalen der Arbeit nur beschränkt einbringen. Wichtig ist, dass nicht weniger Mitarbeitende am Zirkel teilnehmen als Expertinnen bzw. Experten und Vorgesetzte (Schröder & Sochert, 1997). Die Auswahl der Mitarbeitenden kann zum einen durch eine Zufallsauswahl der betroffenen Arbeitsbereiche oder aber durch eine Wahl seitens der Mitarbeitenden erfolgen. Selbstverständlich müssen das Interesse und die Bereitschaft zur Teilnahme der Mitarbeitenden vorgängig geklärt werden.

Gesundheitszirkel sind im Sinne von Projektgruppen nicht auf Dauer angelegt. In der Regel werden etwa 8 bis 12 Sitzungen geplant (Slesina, 2001). Je nach Größe des Unternehmens sowie Art und Ausmaß verschiedenartiger Tätigkeiten werden mehrere bereichsspezifische Gesundheitszirkel eingerichtet²². Wenn nur beschränkte Ressourcen zur Verfügung stehen, sollten zunächst diejenigen Be-

Anzahl Teilnehmende

Dauer und organisatorische Einbindung

²² Gesundheitszirkel können zumeist nicht gleichzeitig flächendeckend für den ganzen Betrieb eingesetzt werden. Dazu fehlen in vielen Fällen die zeitlichen und finanziellen Ressourcen (Sochert, 1999).

reiche berücksichtigt werden, in denen nach den Ergebnissen des Gesundheitsberichts und der vertiefenden Analysen der größte Handlungsbedarf besteht. Die Priorisierung und Koordination ist wiederum Aufgabe des Steuerkreises. Umgekehrt sollten die Ergebnisse der Gesundheitszirkel über den Steuerkreis, wo immer möglich, in die langfristige Gesundheitsstrategie des Unternehmens eingebettet werden (vgl. Abbildung 3.2). Zudem sollte nach möglichen Anknüpfungspunkten an die Personal- und Organisationsentwicklung im Unternehmen gesucht werden.

Moderation

Gesundheitszirkel können von externen oder internen Personen moderiert werden. Interne Moderatorinnen und Moderatoren haben den Vorteil, dass sie den Betrieb gut kennen, externe können manchmal heikle Themen eher ansprechen. Zudem braucht es zuweilen eine externe Position, damit heikle Themen als Probleme anerkannt und ernst genommen werden.

3.4.2.3 Effekte von Gesundheitszirkeln

Systematische Evaluationen der Effekte von Gesundheitszirkeln sind immer noch relativ selten²³. Viele Evaluationen beschränken sich auf Erfahrungsberichte aus der Sicht von Moderatorinnen und Moderatoren oder einzelnen Beteiligten (Slesina, 2001), die sich vor allem auf qualitative Beschreibungen der Art der Durchführung und der jeweiligen Resultate beziehen. Semmer und Zapf (2004) weisen darauf hin, dass oft keine Einzelheiten zu den Evaluationen berichtet werden, was natürlich eine Interpretation der Ergebnisse erschwert. Sie schätzen konkrete Einzelfallbeschreibungen durchaus als nützlich ein, sofern sie wertvolle Hinweise auf „erfolgskritische Aspekte sowie auf Fehler und Barrieren“ (Semmer & Zapf, 2004, S. 788) enthalten. Allerdings könnten derartige Beschreibungen von Programmabläufen systematischere Evaluationsbemühungen „nur ergänzen, nicht aber ersetzen“.

Über Einzelfallbeschreibungen hinausgehende Evaluationen wurden z. B. von Sochert (1998) und Slesina (2001) vorgelegt. Die Evaluationsresultate von Sochert basieren auf 41 Gesundheitszirkeln in 16

²³ Für eine Übersicht vgl. Aust und Ducki (2004).

Unternehmen, die von Slesina auf 27 Gesundheitszirkeln in sieben Unternehmen.

Nach Sochert (1998) berichten 50 - 75% der in den von der Arbeit der Gesundheitszirkel betroffenen Bereichen Beschäftigten über positive Veränderungen hinsichtlich ihrer Belastungen, gesundheitlichen Beschwerden und ihrer Arbeitszufriedenheit. Konkret fand Sochert neben Verbesserungen der Infrastruktur und der Umgebungseinflüsse einen verbesserten Informationsfluss, Verbesserungen in der sozialen Unterstützung, in der Kommunikation und Kooperation sowie verbesserte Möglichkeiten der Einflussnahme und des Handlungsspielraums am Arbeitsplatz. Die erzielten Verbesserungen stehen nach Sochert in einem deutlichen Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden, insbesondere mit Muskel- und Skelettbeschwerden und mit psychosomatischen Befindensstörungen. Hier zeigten sich vor allem bedeutsame Zusammenhänge zu Verbesserungen der Umgebungsbedingungen und der Einflussnahme bzw. dem Handlungsspielraum (vgl. Tabelle 3.2).

Korrelative Zusammenhänge zwischen Verbesserungen der Arbeitsbelastungen und Verbesserungen der gesundheitlichen Beschwerden (aus Sochert, 1998, S. 268, Ergebnisse aus 41 Gesundheitszirkeln, n=2'244)

Tabelle 3.2

	Muskel/ Skelett	Herz/ Kreislauf	Magen/ Darm	Psycho- somatisch
■ Arbeitstätigkeit	0.461	0.345	0.337	0.433
■ Umgebungsbedingungen	0.532	0.411	0.379	0.503
■ Arbeitsmittel	0.482	0.427	0.400	0.472
■ Beziehung zu Vorgesetzten	0.410	0.392	0.389	0.460
■ Beziehung zu Kollegen	0.414	0.380	0.378	0.460
■ soziale Unterstützung	0.425	0.374	0.371	0.454
■ Einflussn./Handlungsspiel- raum	0.526	0.427	0.415	0.519

* Alle Korrelationen sind signifikant ($p < 0.01$)

Betrachtet man die Ergebnisse von Sochert (1998) branchenbezogen, zeigt sich für Dienstleistungsberufe ein etwas spezielles Bild. Die

Bearbeitung der hier verstärkt vorliegenden psychosozialen Belastungen scheint eine unmittelbare Beteiligung der direkt Betroffenen eher zu erfordern als die Bearbeitung ergonomischer Probleme, die stellvertretend auch in Zirkeln erfolgen kann.

Hinsichtlich der Prozessindikatoren der Gesundheitszirkel berichtet Slesina (2001), dass die Mehrheit der Teilnehmenden zu einer positiven Beurteilung kommt und die Möglichkeit einer offenen Meinungsäußerung sowie das Einhalten der Regeln der Zusammenarbeit bestätigt. Die Offenlegung unterschiedlicher Perspektiven und daraus resultierender Differenzen zwischen Mitgliedern von Gesundheitszirkeln stellt u.U. hohe Anforderungen an den Arbeitskreis Gesundheit und die Zirkelmoderatorinnen und -moderatoren.

In Bezug auf gesundheitliche Effekte von Gesundheitszirkeln fanden Friczewski et al. (1990) Befindensverbesserungen und eine Verringerung von Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen. Nach Sochert (1998) geben die Beschäftigten in den Interventionsbereichen der Gesundheitszirkel nach 6 Monaten Verringerungen von gesundheitlichen Beschwerden an. Ducki et al. (1998) fanden eine Senkung des Krankenstands in demjenigen Teil eines Unternehmens, in dem ein Gesundheitszirkel durchgeführt worden war. Auch Wellendorf, Westermayer und Riese (2001) berichteten in den Ergebnissen einer Evaluationsstudie einen Rückgang des Krankenstands.

Semmer und Zapf (2004) weisen in ihrer Übersicht darauf hin, dass nicht selten relativ spezifische und begrenzte Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt werden. Weiterführende Maßnahmen, welche psychosoziale Belastungen thematisieren, deren Beseitigung anstreben und größere organisationale Veränderungen mit sich bringen würden, werden offenbar nicht selten auf kleinere, spezifische Maßnahmen reduziert. Dass sich in der Umsetzung der erarbeiteten Maßnahmen in Abhängigkeit vom jeweiligen betrieblichen Kontext Unterschiede ergeben, entspricht der Alltagserfahrung aus Restrukturierungsprojekten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich Gesundheitszirkel hinsichtlich der Identifizierung von Belastungen und Veränderungsbereichen durchaus bewährt haben (Slesina, 2001; Sochert, 1998). Hinsichtlich der faktischen Belastungsverringerung, des Aufbaus von Ressourcen sowie der Verringerung von Beschwerden

liegen ebenfalls positive Resultate vor. Dennoch sind im Fall eines Rückganges von Fehlzeiten einfache Rückschlüsse auf die Wirkung von Gesundheitszirkeln nur beschränkt zulässig (Semmer & Zapf, 2004). Fehlzeiten sind, wie in Kapitel 3.3.1 beschrieben, multikausal bedingt, einfache Ursache-Wirkungszusammenhänge sind deshalb eher unwahrscheinlich. Semmer und Zapf (2004, S. 791) nennen zudem folgende methodischen Merkmale, die bei der Interpretation der dargestellten Evaluationsergebnisse berücksichtigt werden müssen.

- In der Praxis ist es aufgrund von Umsetzungsproblemen oft schwierig, bei Evaluationen methodisch hohe Standards anzulegen.
- Die meisten Evaluationen beinhalten qualitative Erfahrungsberichte oder retrospektive Vorher-Nachher-Vergleiche.
- In vielen Fällen werden ausschließlich die Teilnehmenden der Gesundheitszirkel befragt.
- Vorher-Nachher-Erhebungen unter Einbezug der Mitarbeitenden der durch die Arbeit der Gesundheitszirkel betroffenen Interventionsbereiche sind eher die Ausnahme.
- Kontrollgruppendesigns werden kaum angewendet.

Trotz dieser methodischen Einschränkungen – insbesondere auch des Fehlens prospektiver Längsschnittstudien – kann der Schluss gezogen werden, dass Gesundheitszirkel bei einer angemessenen Anwendung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements ein wertvolles Instrument darstellen, das ein vergleichsweise hohes gesundheitsrelevantes Potential beinhaltet (Slesina, 2001; Sochert, 1998). Voraussetzungen hierfür sind allerdings die Einbettung in eine gesundheitsbezogene Gesamtstrategie des Unternehmens. Semmer und Zapf (2004) weisen zudem darauf hin, dass bei der Arbeit in Gesundheitszirkeln Modelle zu Arbeit und Gesundheit wie etwa das „Demand/Control“-Modell (vgl. Kapitel 2.3.1) oder das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (vgl. Kapitel 2.3.3) verstärkt berücksichtigt werden sollten (vgl. Kapitel 3.6.3.1). Damit steigt die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Einbettung betrieblicher Gesundheitszirkel in die unternehmensspezifische Gesundheitspolitik.

*Gesundheits-
relevantes
Potential*

3.4.3 Vergleich von Rückkehrgesprächen und Gesundheitszirkeln

Kuhn (2003) hat Rückkehrgespräche und Gesundheitszirkel hinsichtlich ihres Bezugs zu den wichtigsten Kriterien des betrieblichen Gesundheitsmanagements verglichen (vgl. Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3

Vergleich von Rückkehrgesprächen und Gesundheitszirkeln in Bezug auf Merkmale der betrieblichen Gesundheitsförderung (aus Kuhn, 2003, S. 4)

	Rückkehrgespräche	Gesundheitszirkel
■ Zielgruppe	Konzentration auf Kranke	Konzentration auf Betroffene
■ Zielmerkmale	Disziplinierung, Verhaltenssteuerung	Begrenzte Entfaltung von Autonomie
■ Zielgrösse	Krankenstand	Arbeitsbelastungen und Ressourcen
■ Ausrichtung	Reaktiver Ansatz	Präventiver Ansatz
■ Präventionsform	Verhaltensnormativ	Verhältnis- und Verhaltensprävention
■ Gesprächsform	Individuelles Gespräch	Gruppengespräch
■ Gesprächspartner	Vorgesetzte	Kollegen, bei sensiblen Themen ohne Vorgesetzte
■ Gesprächscharakter	Zwang	Freiwilligkeit als Prinzip
■ Schaltstelle	Personalabteilung	Arbeitskreis Gesundheit
■ Gesamtrahmen	Massnahmen des Fehlzeitenmanagements	Betriebliche Gesundheitsförderung

Tabelle 3.3 zeigt deutlich, dass Gesundheitszirkel den bisher dargestellten Merkmalen des betrieblichen Gesundheitsmanagements besser entsprechen als Rückkehrgespräche. Die ausschließliche Ausrichtung auf Risikogruppen (Pathogenese) und Fehlzeiten sowie der nicht selten disziplinierende Charakter der Gespräche seien hier als Beispiele angeführt. Natürlich sind auch Gesundheitszirkel kein Wundermittel betrieblicher Gesundheitsförderung. Bei einer zweckdienlichen Gestaltung und Durchführung der Zirkel und geeigneten betrieblichen Rahmenbedingungen enthalten sie aber ein beachtliches *Potential* für die Weiterentwicklung einer gesundheitsförderlichen

chen Organisation. Ein professionelles Gesundheitsmanagement bedarf allerdings weitergehender Analysen der Arbeitsbedingungen und ihrer möglichen Auswirkungen auf die Beschäftigten.

3.5 Vertiefte Analysen

Die Erarbeitung verlässlicher, handlungsleitender Grundlagen ist für das betriebliche Gesundheitsmanagement von zentraler Bedeutung: „Ohne valide Erfassung des Gesundheitszustands der Beschäftigten und ohne eine Analyse der diesen Gesundheitszustand beeinflussenden Arbeits- und Organisationsbedingungen keine wirksame Intervention“ (Badura, 2001, S. 147). Es ist offensichtlich, dass eine professionelle Realisierung dieses Postulats ohne Mehrebenen-Analysen kaum denkbar ist.

3.5.1 Mehrebenen-Analysen

Typische Analysemethoden für die Erstellung eines Gesundheitsberichts²⁴ (vgl. Tabelle 3.1) sind Fragebogenerhebungen, Einzel- und Gruppeninterviews sowie Tätigkeitsbeobachtungen. Diese zeichnen sich durch jeweils spezifische Vor- und Nachteile aus. Fragebogen ermöglichen eine umfassende Erhebung unter Einbezug aller betroffenen Mitarbeitenden und erlauben den Einsatz standardisierter, wissenschaftlich überprüfter Skalen. Das damit verbundene Ziel ist daher die Erfassung möglichst repräsentativer Informationen zu den relevanten gesundheitsbezogenen Merkmalen. Im Unterschied zu Fragebogen, die als quantitative Erhebungsinstrumente betrachtet werden, liefern Interviews qualitative, vertiefende Informationen, die aber nicht unbedingt repräsentativ sein müssen. Sowohl Interviews als auch Fragebogen enthalten aber immer auch personenspezifische und subjektive Anteile. Will man die Arbeitsbedingungen möglichst objektiv, d. h. unabhängig von den spezifischen

*Weiterführende
Analyse-
methoden*

²⁴ Der Begriff Gesundheitsbericht wird hier beibehalten, beinhaltet allerdings eine über die Fehlzeitenanalyse hinausgehende Betrachtung unter Einbezug weiterführender Analysen.

Eigenschaften, den Einstellungen und dem individuellen Wohlbefinden der befragten Person analysieren, ist man auf den Einsatz bedingungsbezogener Analysemethoden angewiesen. Ein Beispiel dafür sind systematische Tätigkeitsbeobachtungen, die durch unabhängige Beobachterinnen und Beobachter durchgeführt werden. Idealerweise erfolgt eine Gesundheitsanalyse sowohl unter Einsatz von Befragungsverfahren, wie Fragebogen und Interviews, als auch mittels „objektiver“ bzw. bedingungsbezogener Verfahren, wie Tätigkeitsbeobachtungen.

Mehrebenen-Analysen

Ansätze zu Mehrebenen-Analysen wurden z.B. von Büssing (1992) und Hacker (1995) vorgelegt, mit einem anders gearteten Zugang auch von Frieling et al. (1993; Frieling, 1999b).

„Die im deutschsprachigen Raum wohl vollständigste Methodik, die von der strategischen Ebene, der soziotechnischen Geschichte und Marktbeziehungen bis hin zu einzelnen Arbeitsplätzen und -bedingungen ein integriertes Analyseinstrument anbietet“ (Latniak, 1999, S. 181) ist die ganzheitliche Betriebsanalyse unter Berücksichtigung von Mensch, Technik, Organisation (MTO-Analyse). Das MTO-Konzept (vgl. Kapitel 4.2) geht davon aus, dass es sich bei Arbeitssystemen prinzipiell um soziotechnische Systeme handelt, d. h. um Systeme, die aus einem sozialen und einem technischen Teilsystem bestehen, die je für sich und in ihrer Beziehung zueinander zu analysieren, aber gemeinsam zu gestalten sind.

3.5.2 Die MTO-Analyse²⁵

Im Zuge der Ausdifferenzierung des MTO-Konzepts wurde eine Vorgehensweise für die ganzheitliche Analyse von Unternehmen entwickelt (MTO-Analyse; Strohm & Ulich, 1997). Dabei wurden auf der Basis des soziotechnischen Systemansatzes und der Handlungsregulationstheorie einerseits neue Vorgehensweisen entwickelt und andererseits bestehende Instrumente, wie das später zu besprechende VERA/RHIA-Verfahren (vgl. Kapitel 3.5.4.1 sowie 3.5.4.2)

²⁵ Dieses Kapitel folgt in Teilen einer früheren Publikation des Erstautors (Ulich, 2005).

und der Fragebogen SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse), integriert.

Die mit diesem Ansatz angestrebte „ganzheitliche“ MTO-Analyse erfordert Untersuchungen auf den Ebenen Unternehmen, Organisationseinheit, Gruppe und Individuum.

Auf der Ebene des Unternehmens werden u.a. die Unternehmensziele, die Unternehmensstrategie, die Unternehmensorganisation, die Marktposition, die Produkte und die Produktionsbedingungen, die Personalstruktur, der Technikeinsatz, das Qualitätsmanagement, das Innovationsverhalten, das Lohnsystem, die Arbeitszeitmodelle, die Art der Mitarbeitervertretung und der Aushandlungsprozesse sowie die soziotechnische Geschichte des Betriebes analysiert. Diese Informationen stellen den Bezugsrahmen für die weiteren Analyseeinheiten dar und wirken in unterschiedlicher Weise als determinierende Einflussgrößen bzw. Randbedingungen.

*Ebene des
Unternehmens*

Die Orientierung über das betriebliche Umfeld bildet zugleich eine zentrale Voraussetzung für die Analyse und Bewertung auf der Ebene der Organisationseinheiten. Auf dieser Ebene werden u.a. die Formen der Arbeitsteilung bzw. der funktionalen Trennung oder Integration im Betrieb analysiert und die Primäraufgaben in den verschiedenen Organisationseinheiten nach dem Grad ihrer Vollständigkeit bewertet. Im Zuge einer ganzheitlichen MTO-Analyse werden sämtliche Organisationseinheiten in die Untersuchung einbezogen. Dies erfolgt über Prozessanalysen und strukturbezogene Arbeitssystemanalysen.

*Ebene der
Organisations-
einheiten*

Auf der Ebene der Gruppe werden die Möglichkeiten zur kollektiven Regulation der Arbeit und der Arbeitsbedingungen untersucht. Arbeitssystemanalyse und Analyse der Gruppenarbeit dienen zugleich der Ermittlung von „Schlüsseltätigkeiten“, die bedingungsbezogen analysiert werden. Da die objektiven Bedingungen einer Arbeitssituation mit deren subjektiven Wahrnehmung durch die Beschäftigten nicht übereinstimmen müssen, verlangt die Analyse und Bewertung auf der Ebene des Individuums zusätzlich eine subjektive Bewertung der Arbeitssituation und der Arbeitsbedingungen durch die Beschäftigten.

*Ebenen der
Gruppe und des
Individuums*

Die Analysen auf den Ebenen des Unternehmens, der Organisationseinheit, der Gruppe und des Individuums werden in dieser

Reihenfolge durchgeführt, da Ergebnisse der Analysen auf den jeweils „höheren“ Betriebsebenen als Voraussetzung in die Analyse der nächst „tieferen“ Betriebsebene eingehen. In Tabelle 3.4 sind die 7 Schritte der MTO-Analyse, die jeweiligen Analysegegenstände und die dabei eingesetzten Methoden zusammengefasst. Für eine umfassende Darstellung des Verfahrens vergleiche Strohm und Ulich (1997).

Tabelle 3.4

Schritte, Gegenstände und Methoden der MTO-Analyse (aus Strohm & Ulich, 1997)

Schritt	Gegenstand	Methodik
1. Analyse auf der Ebene des Unternehmens	Analyse von Unternehmenszielen, Unternehmensstrategie, Unternehmensorganisation, Produkten und Produktionsbedingungen, Personalstruktur, Technikeinsatz, Qualitätsmanagement, Innovationsverhalten, Lohnsystem, Arbeitszeitmodellen, Mitwirkungsrechten etc.	Dokumentenanalysen, Experteninterviews, Interviews mit der Geschäftsleitung
2. Analyse von Auftragsdurchläufen (Prozessanalysen)	Analyse des Auftragsdurchlaufes von 2 bis 5 typischen und abgeschlossenen Aufträgen	Dokumentenanalysen, ablauforientierte Betriebsbegehungen, Experteninterviews, Gruppeninterviews
3. Analyse von Arbeitssystemen	Analyse von Inputs, Transformationsprozessen, Outputs, sozialem und technischem Teilsystem, technisch-organisatorischer Gestaltung, Schwankungen und Störungen, Hauptproblemen etc.	Dokumentenanalysen, Experteninterviews, Gruppeninterviews
4. Analyse von Arbeitsgruppen	Analyse von Möglichkeiten zur kollektiven Regulation von Arbeitsaufgaben und Arbeitszeit, Umgebungsbedingungen, Qualifizierung, Leistung, Qualität, interner und externer Koordination etc.	Dokumentenanalysen, Gruppeninterviews, Beobachtungsinterviews
5. Bedingungsbezogene Analyse von Schlüsseltätigkeiten	Analyse von Arbeitseinheiten, Tätigkeitsabläufen, Kommunikations- und Kooperationsanforderungen, Mensch-Maschine-Funktionsteilung und	Ganzschichtbeobachtungen, Beobachtungsinterviews, Experteninterviews

Schritt	Gegenstand	Methodik
	-Interaktion, Regulationshindernissen etc.	
6. Personenbezogene Arbeitsanalysen	Analyse von Erwartungen der Beschäftigten an ihre Arbeit sowie Wahrnehmung der Arbeitssituation durch die Beschäftigten	Schriftliche Erhebung mit Skalierungsverfahren
7. Analyse der soziotechnischen Geschichte	Analyse von Strategien, Vorgehen und Meilensteinen bei der technisch-organisatorischen Entwicklung des Betriebes	Dokumentenanalysen, Experteninterviews

1. Analyse auf Ebene des Unternehmens und Interviews mit der Geschäftsleitung

Dokumentenanalysen und Interviews mit betrieblichen Gesundheitsexpertinnen und -experten werden sinnvollerweise durch Interviews mit der Geschäftsleitung ergänzt, die wertvolle Hinweise in Bezug auf den Stellenwert, die Verbreitung und die organisatorische Verankerung des betrieblichen Gesundheitsmanagements liefern können. Zudem liefern sie Anhaltspunkte für die Bereitschaft des Managements, eine aktive Rolle bei der Implementierung von Maßnahmen einzunehmen. Dabei geht es insbesondere um die Bereitschaft zur Bereitstellung von Ressourcen und um den grundsätzlichen Willen, betriebliches Gesundheitsmanagement als Bestandteil der Firmenkultur zu etablieren. Konkret könnte dies z. B. heißen, dass Gesundheitsmanagement zur Führungsaufgabe erklärt und auch in der täglichen Arbeit von Führungskräften und Mitarbeitenden thematisiert wird, beispielsweise in der Form von Gesundheitszirkeln.

2. Analyse von Auftragsdurchläufen (Prozessanalysen)

Mit den aus der Analyse auf der Unternehmensebene gewonnenen Kenntnissen über Produkte und Produktionsbedingungen des Betriebes kann der zweite Untersuchungsschritt, die gezielte Analyse von repräsentativen Auftragsdurchläufen, durchgeführt werden. Dabei werden 2 bis 5 typische und abgeschlossene Aufträge prozess- und durchlaufzeitbezogen analysiert und auch die geplanten mit den realen Durchlaufzeiten verglichen. Dies geschieht u.a. da-

durch, dass die Untersucher gemeinsam mit den betrieblichen Expertinnen und Experten den Aufträgen im Rahmen von Betriebsbegehungen „nachgehen“.

Die Bewertung von Auftragsdurchläufen wird anhand der folgenden fünf Kriterien vorgenommen: Funktionale Integration, Planungsqualität, Anzahl der Schnittstellen, Qualität der Schnittstellen, notwendige und überflüssige Redundanzen (vgl. Schüpbach, Strohm, Troxler & Ulich, 1997). Bezüglich dieser Kriterien ist davon auszugehen, dass ein funktional integrierter Auftragsdurchlauf, der durch wenige, qualitativ hoch stehende Schnittstellen sowie gezielte Redundanzen und hohe Planungsqualität gekennzeichnet ist, Hinweise auf die Vollständigkeit von Tätigkeiten und Möglichkeiten der Selbstregulation liefert (vgl. Kapitel 4.4).

3. Analyse von Arbeitssystemen

Mit der Auftragsdurchlaufanalyse werden zugleich die im folgenden Schritt zu analysierenden Arbeitssysteme identifiziert. Ein Arbeitssystem ist durch einen inneren Aufgabenzusammenhang gekennzeichnet und kann aufgabenbezogen von anderen Arbeitssystemen abgegrenzt werden. Die Analyse der Arbeitssysteme bezieht sich auf Inputs, Transformationsschritte, Outputs, technisch-organisatorische Gestaltung sowie die damit verbundenen Schwankungen, Störungen und Hauptprobleme. Sie wird mittels Dokumentenanalysen, Experteninterviews und Gruppeninterviews durchgeführt. Die Bewertung erfolgt auf der Basis der folgenden Kriterien (vgl. Alioth, 1980; Strohm & Ulich, 1997; Ulich, 2005): Unabhängigkeit der Organisationseinheit (1), Aufgabenzusammenhang innerhalb der Organisationseinheit (2), Einheit von Produkt und Organisation (3), Polyvalenz der Beschäftigten (4), technisch-organisatorische Konvergenz (5).

Unabhängige Organisations- einheiten

Den relativ unabhängigen Organisationseinheiten sind – als Mehrpersonenstellen – ganzheitliche Aufgaben zu übertragen, so dass sie aufgrund ihrer Unabhängigkeit und der Ganzheitlichkeit der Aufgaben in der Lage sind, Schwankungen und Störungen am Entstehungsort aufzufangen und selbst zu regulieren. Damit kann verhindert werden, dass sich Schwankungen und Störungen unkontrolliert über andere Organisationseinheiten fortpflanzen und die Ursachen später zeitaufwendig zurückverfolgt werden müssen. Die Selbstre-

gulation von Schwankungen und Störungen verstärkt zugleich die Unabhängigkeit der Organisationseinheit.

Die verschiedenen Teilaufgaben innerhalb einer Organisationseinheit müssen, damit das Bewusstsein einer gemeinsamen Aufgabe entsteht und erhalten werden kann, einen inhaltlichen Zusammenhang aufweisen. Eine inhaltliche Verknüpfung der verschiedenen Teilaufgaben macht zudem arbeitsbezogene Kommunikation erforderlich und gegenseitige Unterstützung möglich. Damit wird nicht nur die gemeinsame Regulation von Schwankungen und Störungen erleichtert, sondern auch die Qualifizierung in möglichst breiten bzw. vielfältigen Ausschnitten der Gesamtaufgabe.

Die Aufbauorganisation und die Prozesse müssen so gestaltet sein, dass Arbeitsergebnisse sowohl qualitativ als auch quantitativ Organisationseinheiten zugeordnet werden können. „Inputelemente bzw. Störungsfaktoren, die von anderen Stellen produziert worden sind, müssen als solche identifizierbar sein“ (Alioth, 1986, S. 200). Die Einheit von Produkt und Organisation ist Voraussetzung für die Schaffung ganzheitlicher Aufgaben und das Entstehen einer gemeinsamen Aufgabenorientierung. Sie ermöglicht die Identifizierung mit dem „eigenen“ Produkt.

Das Kriterium der Polyvalenz der Beschäftigten betrifft die Frage, inwieweit viele oder sogar alle Beschäftigten eines Arbeitssystems zur Erfüllung bzw. Ausführung der verschiedenen Teilaufgaben des Arbeitssystems qualifiziert sind, so dass sie sich gegenseitig unterstützen und vertreten können. Das Ausmaß an Polyvalenz ist ein wichtiger Indikator für die Flexibilität eines Arbeitssystems.

Bei der technisch-organisatorischen Konvergenz geht es um die Frage, inwieweit die arbeitsorganisatorischen und technologischen Bedingungen in einem Arbeitssystem optimal aufeinander abgestimmt sind. Dabei ist zu klären, inwieweit einerseits die aus der Arbeitsorganisation resultierenden Anforderungen an die Technik durch die zur Verfügung stehende Technik erfüllt werden und inwieweit andererseits die zur Verfügung stehende Technik bzw. die technologischen Potentiale durch die praktizierte Arbeitsorganisation optimal genutzt wird.

Die im Arbeitssystem auftretenden Schwankungen, Störungen und Hauptprobleme werden mit der kriterienorientierten Bewertung im

Aufgabenzusammenhang

Einheit von Produkt und Organisation

Polyvalenz der Beschäftigten

Technisch-organisatorische Konvergenz

Sinne einer Ursachensuche in Zusammenhang gebracht. Damit können u.U. wichtige Hinweise für eine Korrektive Gestaltung begründet werden. Im Rahmen der Analyse der Arbeitssysteme werden zugleich auch die im nächsten Schritt zu analysierenden Arbeitsgruppen sowie die im übernächsten Schritt zu analysierenden Schlüsselaktivitäten identifiziert.

4. Analyse von Arbeitsgruppen

Der Arbeit in selbst regulierten Gruppen kommt für die Gestaltung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher sowie wirtschaftlich effizienter Arbeitsstrukturen eine Schlüsselrolle zu. Im Rahmen der MTO-Analyse werden Arbeitsgruppen bezüglich ihrer Möglichkeiten zur kollektiven Regulation von Arbeitsaufgaben und Arbeitsbedingungen analysiert. Die Analyse auf der Ebene der Gruppe betrifft u.a. die Frage, inwieweit Arbeitsgruppen über die Arbeitsaufgabe, die Arbeitszeit, die Umgebungsbedingungen, die Qualifizierung, die Leistung, die Qualität sowie über die interne und externe Koordination mitentscheiden oder sogar autonom entscheiden können (vgl. Ulich & Weber, 1996; Weber, 1997; Weber, Kirsch & Ulich, 1997 sowie Kapitel 4.6). Die Analyse erfolgt über Gruppeninterviews sowie mithilfe des von Weber (1997) entwickelten Verfahrens zur Ermittlung der kollektiven Handlungsregulation VERA-KHR. In diesem Zusammenhang sind auch die von Weber (1997) so genannten „kollektiven Vergegenständlichungen“ sorgfältig zu erfassen (vgl. Abbildung 4.3).

5. Bedingungsbezogene Analyse von Schlüsselaktivitäten'

Die bedingungsbezogene Analyse von Schlüsselaktivitäten erfolgt mithilfe von Ganzschichtbeobachtungen, Beobachtungsinterviews und Experteninterviews. Für die Analyse sind Personen auszuwählen, die die Arbeitsinhalte und -bedingungen der jeweiligen Arbeitstätigkeit gut repräsentieren. Die Ganzschichtbeobachtungen dienen der Erfassung der Oberflächenstruktur der Tätigkeiten. Die Bewertung der Arbeitstätigkeiten erfolgt auf der Basis der Verfahren VERA, KABA und RHIA (in den Kapiteln 3.5.4.1 bis 3.5.4.3 werden wichtige einschlägige Verfahren näher vorgestellt). Mit diesen Bewertungen wird u.a. abgeschätzt, inwieweit die analysierten Tätigkeiten die arbeitspsychologischen Anforderungen an eine qualifizie-

rende, persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung erfüllen.

Zur Analyse der Mensch-Maschine-Funktionsteilung ist zusätzlich der Einsatz des KOMPASS-Verfahrens (Komplementäre Analyse und Gestaltung von Produktionsaufgaben in soziotechnischen Systemen) zu empfehlen (vgl. Grote, 1997; Grote, Weik, Wäfler & Zölch, 1995; Grote, Wäfler & Weik, 1997).

6. Personenbezogene Arbeitsanalysen

Zahlreiche Untersuchungen bestätigen, dass sich die subjektive Wahrnehmung einer Arbeitssituation durch die Beschäftigten von den objektiven Merkmalen der Arbeitssituation deutlich unterscheiden kann. Daher wird in Schritt 6 die subjektive Wahrnehmung der Arbeitssituation durch die in den analysierten Arbeitssystemen Beschäftigten mit Befragungsinstrumenten wie dem SALSVA-Verfahren erfasst. Hier erhalten die Beschäftigten zudem Gelegenheit, positive und negative Aspekte der jetzigen Arbeitssituation „in offener Form“ zu äußern sowie Änderungswünsche und Verbesserungsvorschläge bezüglich der technisch-organisatorischen Strukturen und Abläufe sowie der Qualifizierungsmöglichkeiten und -barrieren einzubringen.

Die Offenlegung unterschiedlicher Wahrnehmungen und Erfahrungen der betrieblichen Akteure kann zudem einen wesentlichen Beitrag zur Klärung von Positionen und zur Auslösung beteiligungsorientierter Veränderungsprozesse leisten.

7. Analyse der soziotechnischen Geschichte

Mit Blick auf die Auslösung und Realisierung von Veränderungsprozessen sollten bei den mit der Gestaltung beauftragten Personen Kenntnisse über die soziotechnische Geschichte des Betriebes vorhanden sein, weil so die im Betrieb vorhandenen Erfahrungen genutzt und Wiederholungsfehler vermieden werden können. Im siebten Schritt wird daher – nachdem die Arbeitsstrukturen und -abläufe analysiert und hinreichend bekannt sind – der Frage nachgegangen, wie die technisch-organisatorischen Strukturen und Abläufe im Betrieb entstanden sind (vgl. Strohm, 1996, 1997).

Analyse ausgewählter Projekte

Die retrospektive Analyse ausgewählter Meilensteine bzw. Projekte ist mit einem Untersuchungspartner, wie z. B. der Projektleiterin bzw. dem Projektleiter, vorzunehmen. Die Erfahrungen zeigen, dass mit dieser Form von Reflexion eine ganzheitliche Planung und Konzeption zukünftiger Vorhaben sinnvoll unterstützt werden kann. Aus einem Vergleich der Ergebnisse mit den Erfahrungen bzw. Erinnerungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die von den reflektierten Veränderungen betroffen waren, können zusätzliche Aufschlüsse erwartet werden.

Anwendung der MTO-Analyse

Die Erfahrungen aus den betrieblichen Untersuchungen zeigen, dass die beteiligten Ingenieure, Ökonomen und Organisatoren das Instrumentarium gut handhaben und dadurch zugleich ein umfassenderes Verständnis für betriebliche Arbeitsstrukturen und -abläufe entwickeln konnten. In jedem Fall sind jedoch eine gründliche Schulung sowie ein durch arbeitspsychologisch geschulte Fachleute mit entsprechender Erfahrung begleiteter Ersteinsatz erforderlich. Eine ausführliche Darstellung der einzelnen Schritte der MTO-Analyse mit praxisorientierten Auswertungs- und Ergebnisbeispielen findet sich bei Strohm und Ulich (1997). Einen umfassenden Überblick über Verfahren der psychologischen Arbeitsanalyse, wie die in den folgenden Kapiteln zu besprechenden, liefert das „Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren“ (Dunckel, 1999). Knappere Beschreibungen mit der Darstellung betrieblicher Beispiele finden sich bei Ulich (2005).

Die folgenden Verfahrensbeschreibungen beziehen sich auf die Schritte 4, 5 und 6 der MTO-Analyse.

3.5.3 Befragungsverfahren

Im Rahmen gesundheitsbezogener Analysen können u.a. folgende Konstrukte Verwendung finden:

- Belastungen, organisationale sowie soziale Ressourcen;
- Erlebte berufliche Gratifikationen bzw. Gratifikationskrisen;
- Personale Ressourcen;
- Ausgewählte Befindens- und Gesundheitsindikatoren.

Diese Konstrukte werden teils über schriftliche Befragungen mittels Fragebogen, teils über Beobachtungsinterviews erfasst. Tabelle 3.5 gibt einen Überblick über einige der in Zusammenhang mit betrieblichem Gesundheitsmanagement verwendeten Verfahren. Dabei handelt es sich um die folgenden Instrumente:

SALSA: Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse (Rimann & Udris, 1997)

FBGF: Fragebogen für die betriebliche Gesundheitsförderung (Wülser, Peter & Ulich, 2006)

TBS: Tätigkeitsbewertungssystem (Hacker, Fritsche, Richter & Iwanowa, 1995)

ISTA-Fragebogen: Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse (Semmer, 1984; Semmer, Zapf & Dunckel, 1999)

KABA: Kontrastive Aufgabenanalyse im Büro (Dunckel, Volpert, Zölch, Kreutner, Pleiss & Hennes, 1993)

Kontrastive Aufgabenanalyse (Dunckel & Pleiss, 2007)

RHIA/VERA: Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen (Leitner, Lüders, Greiner, Ducki, Niedermeier & Volpert, 1993; Oesterreich, Leitner & Resch, 2000)

LFI: Lernförderlichkeitsinventar (Frieling, Bernard, Bigalk & Müller, 2006)

DigA: Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit (Ducki, 2000)

Dimensionen von Instrumenten zur Erhebung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen:

Tabelle 3.5

Dimensionen	SALSA	FBGF	TBS	ISTA	KABA	RHIA/VERA	LFI	DigA
- Aufgabengestaltung	X	X	X	X	X	X	X	X
- Arbeitsaufgabe und Arbeitsanforderungen	X	X	X	X	X	X	X	X
- Organisationale Ressourcen	X	X	X	X	X	X	X	X
- Personale Ressourcen	X	X		X				X
- Soziale Ressourcen / Belastungsfaktoren im Arbeitsbereich	X	X			X		X	X

Dimensionen	SALSA	FBGF	TBS	ISTA	KABA	RHIA/VERA	LFI	DigA
- Körperliche Beanspruchung	X	X		X	X	X	x	x
- Arbeitsbelastung (Unterforderung)		X	X		X	X	X	X
- Arbeitsbelastung (Hindernisse/ Überforderung)		X			X	X	X	X
- Fehlbeanspruchungen		X			X	X	X	
- Arbeitszeit und Freizeit	X	X						X
- Unternehmensleistungen								X
- Informationspolitik und Mitarbeitendenbeteiligung	x	x		x			X	X
- Formen der Arbeitszufriedenheit		x						X
- Gerechtigkeitserleben		x						X
- Zufriedenheit mit Führungsstil des/der Vorgesetzten								X
- Arbeitsklima		X						X
- Körperliche Beschwerden		X						X
- Psychische, psychosoziale Beschwerden		x						X
- Umgebungsbedingungen		X					X	X
- Aufgabenteilung (zwischen Mensch und Software)					X			

X = erfasst x = z.T. erfasst / indirekt erfasst

Darüber hinaus gibt es Reihe neuerer Instrumente für Analysen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement wie z.B. der Human Work Index HWI (Karazman, 2008; Karazman, Karazman-Morawetz, Hatzinger & Dittrich, 2008) sowie der Fragebogen zur Gesundheitskompetenz (Wieland, Scherrer, Hammes & Latocha, 2008).

Auf einige der in Tabelle 3.5 genannten Dimensionen bzw. Verfahren wird in den folgenden Abschnitten näher eingegangen.

3.5.3.1 Erfassung beruflicher Gratifikationen und Gratifikationskrisen

Neben der wichtigen gesundheitsrelevanten Wirkung von Merkmalen der Arbeitstätigkeit zeigen Forschungsergebnisse zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen (vgl. Kapitel 2.3.3), dass auch der Erfassung von erlebten Gratifikationen bzw. *Gratifikationskrisen* für

das physische und psychische Befinden der Mitarbeitenden erhebliche Bedeutung zukommt. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere gefunden, dass ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und im Gegenzug dafür erhaltener Gratifikationen bzw. Belohnungen zu Gratifikationskrisen führen kann, als deren Folge z. B. kardiovaskuläre Beschwerden und Erkrankungen auftreten können (vgl. Kapitel 2.3.2).

3.5.3.2 Personale Ressourcen

Neben Arbeitsbedingungen, Belastungen, organisationalen und sozialen Ressourcen sowie Gratifikationen bzw. Gratifikationskrisen sind bei Gesundheitsanalysen auch personale Ressourcen zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 2.2.7.3). Da „geringer Handlungsspielraum“ und „geringe psychische Anforderungen“ nach dem derzeitigen Wissensstand zu den Ursachen für mangelnde *Selbstwirksamkeitsüberzeugungen* gehören, liegt eine Ergänzung des SALSA durch die entsprechenden neueren Skalen nahe (vgl. z. B. Abele, Stief & Andrä, 2000). Schließlich wurden in neueren Untersuchungen (Ulich, Inversini & Wülser, 2002; Ulich, Trachsler, Wülser & Inversini, 2003) auch bemerkenswerte Korrelationen zwischen mangelnder Selbstwirksamkeitsüberzeugung und emotionaler Erschöpfung gefunden. Aus diesen Gründen ist zu empfehlen, das wenig aufwendige Instrument von Abele et al. (2000) im Rahmen einer Verfahrenskombination einzusetzen. Wahrgenommene Selbstwirksamkeit, d. h. die Überzeugung, individuelle Handlungen erfolgreich ausführen zu können, ist Voraussetzung für gesundheitsbezogene Verhaltensweisen. Zudem ist das Konzept insofern von erheblicher praktischer Bedeutung, als es für die Ausbildung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen vor allem auf lern- und entwicklungsförderliche Arbeitstätigkeiten ankommt.

Weitere in der Literatur beschriebene wichtige personale Ressourcen, die gleichzeitig als positive Gesundheitsindikatoren angesehen werden können (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998), sind nebst der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Bandura, 1977, 1997) das Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1979), dispositionaler Optimismus (Scheier & Carver, 1985), Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966; Wallston & Wallston, 1978) und Robustheit („Hardiness“; Kobasa, 1979, 1982). Diese Konzepte stehen zum Teil in enger Beziehung

Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

zueinander und überlappen sich manchmal auch in ihrer Bedeutung.

3.5.3.3 Befindens- und Gesundheitsindikatoren

Zusätzlich zu den hinlänglich bekannten Indikatoren für Gesundheitsbeeinträchtigungen sind bei Analysen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements unter Berücksichtigung einer salutogenetischen Perspektive auch Positivindikatoren der Gesundheit wie Handlungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit oder Arbeitsfreude einzubeziehen (vgl. Tabelle 3.6).

Tabelle 3.6

Relevante Gesundheitsindikatoren (in Anlehnung an Ducki, 2000, S. 74)

Positiv-Indikatoren der Gesundheit	Indikatoren für Gesundheitsbeeinträchtigungen	
<ul style="list-style-type: none"> – Indikatoren entwickelter Handlungsfähigkeit: z. B. langfristige Ziele – Personale protektive Faktoren: z. B. Kohärenzsinn und Selbstwirksamkeit – Indikatoren allgemeinen Wohlbefindens: z. B. Arbeitszufriedenheit, Arbeitsfreude 	<ul style="list-style-type: none"> – Muskel- und Skeletterkrankungen – Atemwegserkrankungen – Herz-/ Kreislaufkrankungen – Erkrankungen der Verdauungsorgane – Hautprobleme 	<ul style="list-style-type: none"> – Indikatoren entwickelter Handlungsfähigkeit: z. B. langfristige Ziele – Personale protektive Faktoren: z. B. Kohärenzsinn und Selbstwirksamkeit – Indikatoren allgemeinen Wohlbefindens: z. B. Arbeitszufriedenheit, Arbeitsfreude

Burnout

Unter den in Tabelle 3.6 aufgeführten Indikatoren für Gesundheitsbeeinträchtigungen hat in den letzten Jahren Burnout mit den Schlüsselkomponenten emotionale Erschöpfung und Zynismus besondere Beachtung gefunden (vgl. Kapitel 2.2.6). Emotionale Erschöpfung bezieht sich auf das Gefühl, die eigenen emotionalen Ressourcen seien erschöpft, man fühlt sich leer und ausgelaugt. Schon seit langer Zeit ist bekannt, dass personenbezogene Dienstleistungsberufe einem erhöhten Risiko für emotionale Erschöpfung ausgesetzt sind (für eine Übersicht vgl. Schaufeli & Enzmann, 1998). Daneben hat sich in neueren Studien gezeigt, dass Burnout auch in anderen Berufsgruppen vermehrt zu beobachten ist (vgl. z. B. Demerouti & Nachreiner, 1998).

3.5.4 Verfahren zur Arbeitsanalyse

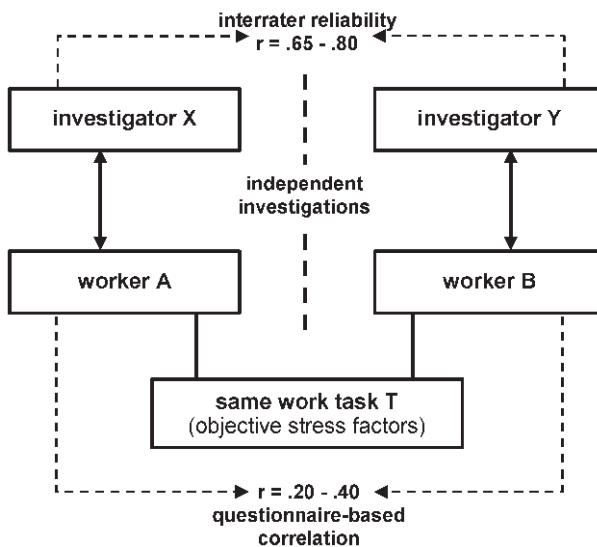
Um Arbeitsbedingungen *unabhängig* von persönlichen Wahrnehmungen oder Einschätzungen der arbeitenden Person zu ermitteln, sollten in jedem Fall auch Arbeitsanalysen durchgeführt werden.

Beobachtungsdaten liefern „sicherere“ Ergebnisse als Befragungen per Fragebogen. Österreich und Geissler (2003) berichten, dass die Übereinstimmung zweier unabhängiger Beobachter, welche zwei verschiedene Personen beobachten, die die gleiche Arbeitstätigkeit ausüben, zwischen $r = .65$ und $r = .80$ liegt (vgl. Abbildung 3.5).

Ergebnisse objektiver Arbeitsanalyseverfahren

Überprüfung der Objektivität bei der Erhebung von Stressoren unter Verwendung unabhängiger Doppelanalysen (aus Oesterreich & Geissler, 2003, S. 8)

Abbildung 3.5



Lässt man die zwei arbeitenden Personen ihre Arbeitstätigkeit mittels Fragebogenverfahren einschätzen, liegt die Übereinstimmung der Einschätzungen zwischen $r = .20$ und $r = .40$. Das heißt, dass die Ergebnisse der Fragebogenerhebung erhebliche personenspezifische Anteile beinhalten, die Beobachtungen also deutlich objektivere Ergebnisse liefern.

Hierfür liegt eine Reihe erprobter und wissenschaftlich abgesicherter Instrumente vor wie die im Folgenden skizzierten Verfahren VERA und RHIA (vgl. Dunckel, 1999).

3.5.4.1 Das Verfahren zur Ermittlung von Regulationsanforderungen in der Arbeitstätigkeit (VERA)

Das Verfahren zur Ermittlung von Regulationsanforderungen in der Arbeitstätigkeit (VERA) ist ein auftrags- und bedingungsbezogenes Verfahren, das von den individuellen Besonderheiten der Arbeitenden abstrahieren will. Mit diesem Verfahren sollen „objektive“ Regulationsanforderungen von Arbeitsaufgaben erfasst werden, nicht aber individuelle Merkmale von Personen, die diese Aufgaben zu erfüllen haben. Ziel des Verfahrens ist die „Analyse von Planungs- und Denkprozessen in der Produktion“ (Volpert et al., 1983). Das heißt, mit dem Verfahren wird untersucht, in welchem Ausmaß eine Arbeitstätigkeit von Arbeitenden eigenständige Planungs- und Denkprozesse verlangt.

Regulationsanforderungen

Die aus den Arbeitsaufgaben resultierenden Anforderungen definieren die Höhe der zu ihrer Bewältigung erforderlichen psychischen Regulation: je vollständiger eine Aufgabe (vgl. Kapitel 4.4), desto höher die Regulationsanforderungen. „Höhere Anforderungen begünstigen höhere Arbeitsmotivation und Eigenständigkeit, führen zur besseren Nutzung von Qualifikation und Arbeitserfahrung, organisatorische Umwege bei Entscheidungsfindungen werden erspart“ (Österreich, 1999b, S. 539). Ausmaß der Aufgabenvollständigkeit und Höhe der Regulationsanforderungen „haben kurz- und langfristige Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit, die mit solchen Aufgaben konfrontiert wird. Ein grösserer Handlungsspielraum bzw. höhere Regulationsanforderungen wirken dabei förderlich, während für einen kleineren Handlungsspielraum bzw. niedrigere Regulationsanforderungen das Gegenteil gilt“ (Volpert, 1987, S. 20).

Beim VERA interessieren jene Regulationsanforderungen, die langfristige auch dann noch wirksam sind, wenn individuelle Einarbeitungsprozesse abgeschlossen sind – im Prinzip also jene, die sich für einen Arbeitenden stellen, der die jeweilige Arbeitstätigkeit „vollkommen“ ausführen kann.

Das Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit ist ein theoretisch sorgfältig begründetes, sehr differenziertes Verfahren der bedingungsbezogenen psychologischen Arbeitsanalyse, das für verschiedene Zwecke sehr sinnvoll eingesetzt werden kann. So kann etwa bei der Neustrukturierung von Arbeitstätigkeiten angegeben werden, welche betrieblichen Bedingungen erhalten bleiben müssen, damit vorhandene Regulationserfordernisse nicht abgebaut werden bzw. durch welche zusätzlichen oder anderen betrieblichen Bedingungen Regulationserfordernisse erhöht werden können.

Mit der VERA-Variante für Büroarbeitstätigkeiten (Leitner et al., 1993) hat das handlungsregulationstheoretisch orientierte Analysekonzept erheblich an Bedeutung gewonnen. Zusätzliche Bedeutung gewinnt dieser Ansatz in Kombination mit soziotechnische orientierten Verfahren der Analyse kollektiver Regulationsprozesse.

Aufbauend auf dem Verfahren zur Ermittlung individueller Regulationserfordernisse in der Arbeitstätigkeit (VERA), entwickelte Weber (1997, 1999; vgl. auch Weber, Kirsch & Ulich, 1997) ein Verfahren zur Ermittlung der Möglichkeiten kollektiver Handlungsregulation bei Gruppenarbeit (VERA-KHR). Beispiele für unterschiedliche Ausprägungen kollektiver Handlungsregulation bei Gruppenarbeit sind in der Abbildung 3.6 wiedergegeben.

Generell gilt: Je höher das in der Aufgabenstruktur repräsentierte und im VERA bzw. VERA-KHR abgebildete – individuelle bzw. kollektive – Regulationsniveau einer Arbeitstätigkeit ist, desto höher ist die Persönlichkeits- und Gesundheitsförderlichkeit der arbeitsgestalterischen Lösung zu bewerten. Außerdem gilt: Der Grad der Arbeitsteilung bestimmt entscheidend über die Verteilung von Regulationserfordernissen. In partialisierten Arbeitstätigkeiten bestehen für die ausführend Tätigen kaum oder keine Möglichkeiten zu eigenen Denk- und Planungsleistungen. Damit kommt es zu eigentlichen Regulationsbehinderungen. Der systematischen Erfassung derartiger Behinderungen dient ein im Anschluss an das VERA entwickeltes, ebenfalls bedingungsorientiertes Analyseverfahren.

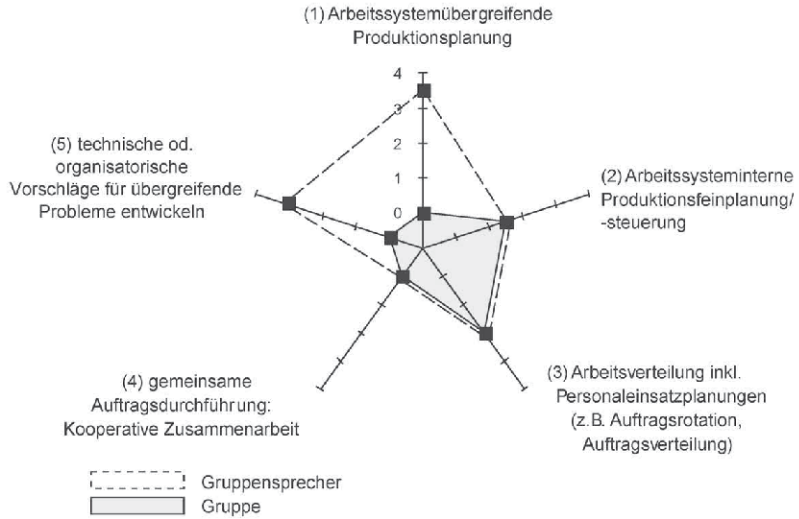
*VERA-Variante
für Büroar-
beitstätigkeiten*

*Kollektive
Handlungs-
regulation bei
Gruppenarbeit*

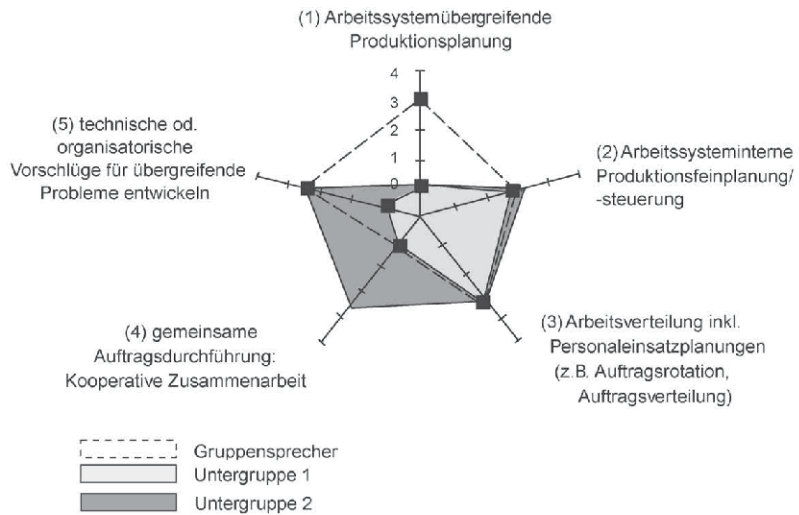
*Regulationsni-
veau einer Ar-
beitstätigkeit*

Abbildung 3.6

Beispiele für unterschiedliche Ausprägungen der kollektiven Handlungsregulation (aus Weber, Kirsch & Ulich, 1997)



(a) restriktive Gruppenarbeit



(b) teilautonome Gruppenarbeit

3.5.4.2 Analyse von Arbeitsbelastungen als Folge von Regulationsbehinderungen (RHIA)

„Mit dem RHIA-Verfahren werden Arbeitsbedingungen erfasst, die eine Quelle psychischer Belastungen sind und auf Dauer die Gesundheit der Beschäftigten beeinträchtigen“ (Lüders, 1999, S. 365). Aufgrund der Ergebnisse der Analyse und deren Bewertung sollen – im Sinne einer gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung – Vorschläge zum Abbau der gefundenen Belastungen abgeleitet werden. Die Autoren des Verfahrens verstehen als Arbeitsbelastungen solche Arbeitsbedingungen, „die den Menschen bei der Erreichung des Handlungsziels behindern und ihm (überflüssigerweise) deshalb zusätzlichen Handlungsaufwand abfordern“ (Lüders, 1999, S. 365).

Dabei werden zwei Formen von Regulationsbehinderungen unterschieden: (1) Regulationshindernisse und (2) Regulationsüberforderungen (vgl. Kapitel 2.2.4).

Wie beim Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit (VERA) ist auch beim RHIA die Analyseeinheit die Arbeitsaufgabe. Die RHIA-Analyse selbst erfolgt in fünf Schritten. Der erste Schritt (A) besteht aus einer Orientierung, in deren Rahmen als erstes die Geübtheit der am zu analysierenden Arbeitsplatz beschäftigten Person festzustellen, ein Überblick über den Arbeitsplatz zu gewinnen und die Aufgabenabgrenzung vorzunehmen ist. Im zweiten Schritt (B) ist einerseits die Aufgabe zu beschreiben, andererseits sind hier bereits beobachtete Behinderungen und Annahmen über weitere Behinderungen festzuhalten. Im dritten Schritt (C) ist der Grad der Zeitbindung zu erfassen. Der vierte Schritt (D) stellt die eigentliche Belastungsanalyse dar: Hier werden Regulationshindernisse identifiziert und klassifiziert, Regulationsüberforderungen erfasst und die Ergebnisse der Belastungsanalyse anhand einer Checkliste auf Vollständigkeit geprüft. Im fünften Schritt (E) werden die wichtigsten Analyseergebnisse auf einem entsprechenden Antwortblatt eingetragen.

Insgesamt ist das RHIA-Verfahren ein theoretisch gut begründetes, aufwendig konstruiertes und differenziertes, bedingungsbezogenes Arbeitsanalyseverfahren, dessen Reliabilität und Validität als gut bezeichnet werden können. Für praktische Untersuchungszwecke dürfte seine Stärke vor allem in der – auch konzeptionell besser begründeten – Erfassung von Regulationshindernissen liegen. Der Anspruch der Autoren, „solche Arbeitsbedingungen zu identifizie-

*Regulationsbe-
hinderungen*

*Arbeitsaufgabe
als Analyse-
einheit*

ren, die das Arbeitshandeln und somit den Arbeitsablauf behindern“ (Leitner et al., 1987, S. 40), wird mit dem RHIA-Verfahren weitgehend eingelöst.

RHIA/VERA- Produktion

Im Anschluss an ein kombiniertes RHIA/VERA-Büro-Verfahren zur Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit (Leitner et al., 1993; Leitner, 1999) wurde neuerdings ein kombiniertes Verfahren RHIA/VERA-Produktion vorgelegt (Österreich, Leitner & Resch, 2000). „Hierdurch bietet sich die Möglichkeit, in einem umfassenden Gestaltungsansatz sowohl den Bereich Verwaltung als auch den Bereich Produktion und Fertigung mit Verfahren desselben Typs und der gleichen Fragestellung zu untersuchen“ (Österreich, Leitner & Resch, 2000, S. 91).

Neben den hier besprochenen objektiven Arbeitsanalyseverfahren existiert eine Reihe anderer Instrumente, die für verschiedene Fragestellungen eingesetzt werden können (vgl. Dunkel, 1999).

3.6 Evaluation von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

In Kapitel 3.2 wurde dargestellt, dass ein um Effektivität und Effizienz bemühtes betriebliches Gesundheitsmanagement eine ganzheitliche, langfristig angelegte Strategie erfordert. Das Gesundheitsmanagement beinhaltet sowohl die Festlegung der betrieblichen Gesundheitspolitik als auch die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle von strukturellen und prozessbezogenen Gesundheitsmaßnahmen und -programmen (Pfaff, 2001). Sochert (1998) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine auf Dauer akzeptierte Gesundheitsförderung um eine Qualitätssicherung und ständige Überprüfung ihrer Prozessabläufe und Ergebnisse bemüht sein muss, wie dies für andere Unternehmensaufgaben seit längerer Zeit selbstverständlich ist. Dabei gilt es, möglichst anschlussfähig für andere Qualitätsmanagementsysteme zu werden, indem z. B. allgemeine Kriterien des Qualitätsmanagements berücksichtigt werden. Maßnahmen des Gesundheitsmanagements sind allerdings in der Regel nicht „wohldefinierte Produkte, für die leichthin Spezifikationen in einem Pflichtenheft vermerkt werden

können“ (Drupp & Osterholz, 2001, S. 150). Für die relevanten Interessengruppen sind damit in manchen Fällen unterschiedliche Erwartungen verbunden, die es z. B. bei der Erarbeitung von Qualitätskriterien zu berücksichtigen gilt.

Darüber hinaus müssen aber auch die spezifischen inhaltlichen und methodischen Probleme, die mit einer Überprüfung von gesundheitsbezogenen Interventionen verbunden sind, berücksichtigt werden. Bei gesundheitsbezogenen Maßnahmen, wie bei Restrukturierungen anderer Art, ist ein eindeutiger Rückschluss von bestimmten Wirkungen auf spezifische Maßnahmen oft nicht ohne weiteres möglich, insbesondere in einer sich ständig wandelnden Umwelt (Sochert, 1998). Hier gilt es auf inhaltliche und methodische Wissensbestände verschiedener arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen zurückzugreifen, wie etwa die Arbeitsmedizin, die Arbeitsphysiologie und die Gesundheits- und Arbeitspsychologie. Qualitätssicherung wird also im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zunehmend an Bedeutung gewinnen. Ressourcen für Maßnahmen des Gesundheitsmanagements werden auf lange Frist nur zur Verfügung stehen, wenn die Wirkungen der Maßnahmen hinsichtlich Effektivitäts- und Effizienzkriterien belegt werden können. Deshalb kommt Fragen der Evaluation eine hohe Bedeutung zu.

3.6.1 Evaluation von Managementsystemen, Programmen und Maßnahmen

Zweck einer Evaluation (vgl. Tabelle 3.1) ist die Überprüfung der Zielerreichung des Gesundheitsmanagements. Der systematischen Evaluation wird oft zu wenig Beachtung geschenkt (Dooner, 1996; Semmer & Zapf, 2004). 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.²⁶

²⁶ Für eine Übersicht zu den Grundlagen und zur Durchführung von Evaluationen vgl. z. B. Bortz und Döring (1995) und Kromery (2001).

**Prozess- und
Ergebnis-
evaluation**

Zu unterscheiden ist zwischen der Prozessevaluation, in der nach der Art der Durchführung, der Abfolge verschiedener Verfahrensschritte sowie Verläufen gefragt wird und der Ergebnisevaluation, in der die Konsequenzen von Maßnahmen überprüft werden (Slesina, 2001). Bei der Prozessevaluation kann zum einen das Projektmanagement und zum anderen die Durchführung spezifischer Interventionen überprüft werden. Diese Unterscheidung ist aus folgendem Grund wichtig: Wenn die Ergebnisevaluation eine mangelnde Zielerreichung aufzeigt, z. B. nur geringfügige Veränderungen von Gesundheitsindikatoren, werden Kritiker primär die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen bezweifeln. Es ist aber durchaus möglich, dass ein mangelhaftes Projektmanagement die ungenügende Wirksamkeit massgeblich mitverursacht (Litke, 1995).

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. Pfaff (2001) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen Evaluationen 1. und 2. Ordnung (vgl. Tabelle 3.7).

Tabelle 3.7

Ebenen der Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen (in Anlehnung an Pfaff, 2001, S. 36)

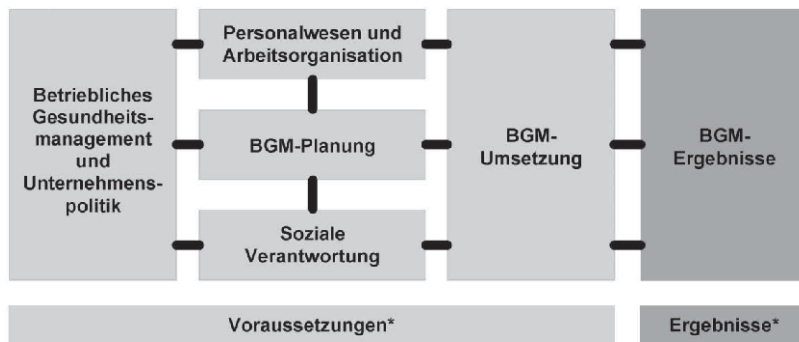
	Evaluationsform	Evaluationsbeispiel
Evaluation 1. Ordnung	Managementevaluation	Betriebliches Gesundheitsmanagement insgesamt
Evaluation 2. Ordnung	Programmevaluation	Gesundheitsförderungsprogramm, z. B. Evaluation gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen
	Evaluation eines Massnahmentyps oder einer Einzelmaßnahme	Evaluation eines Entspannungstrainings oder eines Gesundheitszirkels

3.6.2 Evaluation von Managementsystemen

Für die Durchführung einer Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements, also einer Evaluation 1. Ordnung, sind verschiedene Instrumente verfügbar²⁷ (vgl. z. B. Badura, Ritter & Scherf, 1999; Breucker, 1999). Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) hat auf der Basis der Arbeiten von Zink und Thul (1998; Zink, 2004) und in Anlehnung an die Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM) ein Evaluationsmodell entwickelt, das nachfolgend vorgestellt werden soll (vgl. Abbildung 3.7).

Evaluationsmodell des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung ENBGF (BKK, 1999a; vgl. auch Zink & Thul, 1998; Zink, 2004)

Abbildung 3.7



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

Im Unterschied zum DIN EN ISO 9000 ff.-Normenwerk, ist das Ziel des EFQM-Ansatzes nicht der Erwerb eines Zertifikats, vielmehr handelt es sich um ein Selbstbewertungsverfahren, aus dem sich „Ziele, Massnahmen und Prozesse ergeben, die später wieder als Grundlage weiterer Selbst- bzw. Reifegradbeurteilungen dienen“

Selbstbewertungsverfahren

²⁷ Für eine umfassende Übersicht zu Konzepten und methodischen Ansätzen zur Evaluation und Qualitätssicherung im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung vgl. Pfaff und Slesina (2001).

(Simon, 2001, S. 124). Während in einem traditionellen Qualitätsverständnis die Ergebnisqualität hohe Aufmerksamkeit erfährt, wird im EFQM-Modell der Prozessaspekt zusätzlich stärker gewichtet. Dahinter steckt die Überlegung, dass Qualität in hohem Maße im Arbeitsprozess entsteht. Fokussiert werden Produkt-, Prozess-, Führungs- und Unternehmensaspekte sowie die sie bewirkenden Faktoren (Simon, 2001). Verschiedene Autoren, wie z. B. Zink (2004), Simon (2001), Ruckstuhl, Kolip und Gutzwiler (2001) sowie Breucker (2001), raten im Rahmen von Programmen der Gesundheitsförderung zur Anwendung solcher am Total-Quality-Ansatz angelegelter Qualitätsmanagementkonzepte, welche kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen berücksichtigen. Ausserdem legt das EFQM-Modell verhältnisorientierte Maßnahmen im Sinne einer Veränderung der Arbeits- und Organisationsstrukturen eher nahe, als dies bei der ISO 9000 der Fall ist (vgl. Ulich, 1995).

Anlehnung an das EFQM-Modell

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.

Voraussetzungen und Ergebnisse

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 (vgl. auch Zink & Thul, 1998; Zink, 2004), 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 Krite-

rien sollte durch einen beteiligungsorientierten Prozess vorgenommen werden. Nachfolgend werden zunächst die verschiedenen Kriterien beschrieben (vgl. auch Breucker, 2001, S. 136 ff.).

3.6.2.1 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 Gesundheitsmanagement vorhandenen zeitlichen, finanziellen und räumlichen *Ressourcen* thematisiert.

*Unternehmens-
politik*

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 Voraussetzung Personalwesen und Arbeitsorganisation erfasst.

*Personalwesen
und Arbeitsor-
ganisation*

Betriebliches Gesundheitsmanagement kann nur erfolgreich sein, wenn ein klares Konzept existiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und den Mitarbeitenden bekannt gemacht wird (Breucker, 2001). 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.

Planung

Soziale Verantwortung

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.

Umsetzung

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.

3.6.2.2 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.

Selbstbewertungsverfahren

Das EFQM-Verfahren, auf dessen Basis das vorliegende Evaluationsmodell beruht (vgl. auch Zink, 2004), nutzt für das dort vorgesehene Vorgehen ein Selbstbewertungsverfahren. Das in Anlehnung daran entwickelte Selbstbewertungsinstrument des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung beinhaltet 27 Fragen zu den sechs beschriebenen Bereichen (vgl. Tabelle 3.8). Jede Frage geht mit der gleichen Gewichtung in die Gesamtbewertung ein, daher sollten alle Fragen beantwortet werden. Für die Beantwortung der Fragen stehen die vier unten stehenden Kategorien (A, B, C und D) zur Verfügung, die auf alle Fragen angewendet werden.

A (vollständig erreicht)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ein im Ganzen realisiertes hervorragendes Ergebnis ■ Vorbildfunktion
B (beträchtliche Fortschritte)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Klarer Nachweis für gute Umsetzungen ■ Einige Schwachpunkte ergeben sich durch die nicht überall verbreitete oder umfassend angewendete Umsetzung
C (gewisse Fortschritte)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einige Anzeichen tatsächlicher Entwicklung ■ Gelegentliche Überprüfung der erreichten Verbesserungen ■ In Teilbereichen erfolgreiche Realisierung oder positive Ergebnisse
D (Maßnahmen nicht begonnen)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Keine Aktivitäten vorhanden ■ Vielleicht einige Ideen, aber im Allgemeinen herrscht eher Wunsdenken vor

Fragebogen zur Selbsteinschätzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Tabelle 3.8

Betriebliches Gesundheitsmanagement und Unternehmenspolitik		Vollständig erreicht	Beträchtliche Fortschritte	Gewisse Fortschritte	Nicht begonnen
		A	B	C	D
A	Existiert eine schriftliche Unternehmensleitlinie zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM), die sichtbar durch die Führungskräfte im betrieblichen Alltag vertreten und gelebt wird?	0	0	0	0

Betriebliches Gesundheitsmanagement und Unternehmenspolitik		Vollständig erreicht	Beträchtliche Fortschritte	Gewisse Fortschritte	Nicht begonnen
		A	B	C	D
B	Werden Massnahmen zum BGM in die bestehenden Organisationsstrukturen und -prozesse integriert?	0	0	0	0
C	Werden geeignete Ressourcen (finanzielle Ressourcen, Weiterbildungsmassnahmen sowie Freistellung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen) für BGM-Massnahmen zur Verfügung gestellt?	0	0	0	0
D	Prüft das Management / die Unternehmensleitung regelmässig und fortlaufend den Fortschritt von Massnahmen des BGM?	0	0	0	0
E	Wird BGM in Aus- und Fortbildung (speziell der Führungskräfte) berücksichtigt?	0	0	0	0
F	Haben alle Mitarbeitenden Zugang zu wichtigen gesundheitsrelevanten Einrichtungen (z. B. Pausen- und Ruheräume, Kantine, Betriebssportangebote)?	0	0	0	0
Personalwesen und Arbeitsorganisation					
A	Verfügen alle Mitarbeiter/innen über die notwendigen Kompetenzen (auch gesundheitlicher Art), um ihre Aufgaben zu bewältigen bzw. erhalten sie Gelegenheit, diese Kompetenzen zu erwerben?	0	0	0	0
B	Sind die Aufgaben so organisiert, dass systematische Über- und Unterforderung vermieden werden können?	0	0	0	0
C	Werden durch geeignete arbeitsorganisatorische Massnahmen Entwicklungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter/innen geschaffen?	0	0	0	0
D	Erhalten alle Mitarbeiter/innen die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen?	0	0	0	0
E	Werden die Mitarbeiter/innen von ihren Vorgesetzten unterstützt und fördern diese ein gutes Arbeitsklima?	0	0	0	0
F	Verfügt die Organisation über geeignete Massnahmen zur Wiedereingliederung von (erwerbsgeminderten) Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen bei Rückkehr an den Arbeitsplatz nach längerer Arbeitsunfähigkeit?	0	0	0	0
G	Unterstützt die Organisation die Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit?	0	0	0	0

Planung des betrieblichen Gesundheitsmanagements		Vollständig erreicht	Beträchtliche Fortschritte	Gewisse Fortschritte	Nicht begonnen
		A	B	C	D
A	Werden Massnahmen zum BGM unternehmensweit geplant und kommuniziert?	0	0	0	0
B	Basieren die Massnahmen zum BGM auf einer sorgfältigen und regelmässig aktualisierten Ist-Analyse, die sich auf wichtige gesundheitsrelevante Informationen stützt: Arbeitsbelastungen, Gesundheitsindikatoren, subjektiv wahrgenommene Beschwerden, Risikofaktoren, Unfallgeschehen, Berufskrankheiten, krankheitsbedingte Fehlzeiten, Erwartungen aller betrieblichen Akteure, insbesondere der Beschäftigten?	0	0	0	0
C	Sind alle Mitarbeiter/innen durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGM informiert?	0	0	0	0
Soziale Verantwortung					
A	Hat die Organisation klar definierte Vorkehrungen (z. B. durch ein Umweltschutz-Managementsystem) getroffen, mit denen gesundheitsschädliche Auswirkungen auf Menschen und Umwelt begrenzt werden?	0	0	0	0
B	Unterstützt die Organisation aktiv gesundheitsbezogene und soziale Initiativen?	0	0	0	0
Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements					
A	Existiert ein Steuerkreis, eine Projektgruppe o.ä. für die Planung, Überwachung und Auswertung der BGM-Massnahmen, in dem alle betrieblichen Schlüsselpersonen beteiligt sind?	0	0	0	0
B	Werden alle für die Planung und Umsetzung erforderlichen Informationen (interne und externe) systematisch und regelmässig zusammengetragen?	0	0	0	0
C	Werden für alle Massnahmen Zielgruppen und quantifizierbare Ziele festgelegt?	0	0	0	0
D	Werden sowohl Massnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeits- und Organisationsgestaltung als auch Massnahmen zur Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens durchgeführt und sind diese Massnahmen miteinander verknüpft?	0	0	0	0
E	Werden alle Massnahmen systematisch ausgewertet und kontinuierlich verbessert?	0	0	0	0

Ergebnisse des betrieblichen Gesundheitsmanagements		Vollständig erreicht	Beträchtliche Fortschritte	Gewisse Fortschritte	Nicht begonnen
		A	B	C	D
A	Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGM-Massnahmen auf die Kundenzufriedenheit (Produkte/Dienstleistungen) und ziehen Sie daraus Konsequenzen?	0	0	0	0
B	Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGM-Massnahmen auf die Mitarbeiterzufriedenheit (Arbeitsbedingungen / Arbeitsorganisation, Führungsstil und Beteiligungsmöglichkeiten, Arbeits- und Gesundheitsschutzvorkehrungen etc.) und ziehen Sie daraus Konsequenzen?	0	0	0	0
C	Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGM-Massnahmen auf weitere Gesundheitsindikatoren, wie Krankenstand, Unfallhäufigkeit, Verbesserung von belastenden Arbeitsbedingungen, Anzahl eingereicherter und umgesetzter Verbesserungsvorschläge, Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten, Ausprägung relevanter Risikofaktoren etc. und ziehen Sie daraus Konsequenzen?	0	0	0	0
D	Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGM-Massnahmen auf wirtschaftliche Ergebnisse (Fluktuation, Produktivität, Kosten-Nutzen-Bilanzen etc.) und ziehen Sie daraus Konsequenzen?	0	0	0	0

3.6.2.3 Auswertung des Fragebogens

Abbildung 3.8 enthält das Auswertungsschema für den Fragebogen.

Abbildung 3.8

Bewertung des Fragebogens zum betrieblichen Gesundheitsmanagement

	A	B	C	D	
Zahl der Vermerkzeichen (a)					
Faktor (b)	100	67	33	0	
Wert (a x b)					=
					Summe
Summe : Anzahl Fragen der Dimension					% Erfolg Dimension
Gesamtsumme : 27					% Erfolg Organisation

Ein Vermerkzeichen in der A-Spalte bringt 100%, eines in der B-Spalte 67%, ein C wird mit 33% bewertet und ein D mit 0%. Das Ergebnis für jeden der sechs Bereiche bzw. für den gesamten Fragebogen ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl Vermerkzeichen (a) mit dem jeweils bei der Einstufung nach „A“ bis „D“ erzielten Prozentsatz (b) und anschließender Division durch die Zahl der beantworteten Fragen pro Dimension.

Die Arbeit mit dem Fragebogen ermöglicht eine erste systematische Selbstbewertung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Ergebnisse verdeutlichen sowohl Stärken als auch Verbesserungsmöglichkeiten, ermöglichen erste Aussagen zur Qualität der durchgeführten Maßnahmen, stellen eine Hilfe für die Ableitung zukünftiger Maßnahmen dar und erlauben Vergleiche mit anderen Unternehmen und Organisationen. Zudem kann das vorgestellte Modell als Basis für Fortbildungsmaßnahmen verwendet werden, insbesondere zur Schulung von Führungskräften.

*Systematische
Selbst-
bewertung*

3.6.3 Evaluation von Programmen und Maßnahmen

Das Konzept des ENBGF, welches sich als offenes, lernbasiertes Vorgehen an kontinuierlichen Verbesserungsprozessen orientiert, folgt insgesamt den Prinzipien einer *formativen Evaluation*, die in ihrer Konzeption prozessorientiert ist. Bei einer formativen oder begleitenden Evaluation geht es darum, die Realisierung von Maßnahmen und deren Wirkungen fortlaufend zu überprüfen (Bortz & Döring, 1995). Neben der Identifizierung von Wirkungsverläufen zielt sie maßgeblich darauf ab, handlungsrelevantes Wissen zu generieren, das vor allem für die Prozesssteuerung wichtig ist. Während also eine formative Evaluation an einer laufenden Modifizierung und Verbesserung des Managementsystems orientiert ist, wird in einer *summativen Evaluation* „die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention überprüft“ (Bortz & Döring, 1995, S. 107). Das heißt, mit einer summativen Evaluation sind einfache oder auch komplexe „Wirkhypothesen“ (Bortz & Döring, 1995, S. 106) verbunden, deren Überprüfung das Ziel der Evaluation darstellt. Es ist leicht nachvollziehbar, dass eine summative Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems bei weitem schwieriger ist als eine forma-

*Veränderungen
in komplexen
sozialen Sys-
temen*

tive Evaluation, denn „Managementsysteme eignen sich aufgrund ihrer Komplexität und Dynamik schlecht für eine (quasi-)experimentelle Überprüfung“ (Pfaff, 2001). Damit stellt sich die Frage, ob eine summative Evaluation auf einzelne gesundheitsbezogene Programme oder Maßnahmen anwendbar ist. Pfaff (2001, S. 37) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass in der deutschen Forschung „in jüngster Zeit die Tendenz vorherrscht, die Evaluation der Gesundheitsmaßnahmen und -programme zugunsten der Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements zurückzustellen“. Tatsächlich könne aber eine Evaluation des Managementsystems eine konkrete Maßnahmen- und Programmevaluation nicht ersetzen, sondern nur ergänzen.²⁸

Damit entsteht ein Dilemma: mit Maßnahmen des Gesundheitsmanagements werden Veränderungen in komplexen sozialen Systemen angestrebt, als Folge daraus können gesundheitsbezogene Wirkungen oft nicht zweifelsfrei auf einzelne Maßnahmen zurückgeführt werden. Dies kann dazu führen, dass auf die Evaluation von Maßnahmen und Programmen verzichtet wird. Dadurch aber setzt man sich in Widerspruch zum ökonomischen Legitimationsdruck, dem sich auch das betriebliche Gesundheitsmanagement in zunehmendem Maße ausgesetzt sieht. Für die Durchführung tatsächlich geeigneter (quasi-)experimenteller Evaluationen sind aber in Unternehmen oft weder die finanziellen Mittel noch die Akzeptanz vorhanden.

Um dieses Dilemma zumindest teilweise abzuschwächen sind folgende Strategien denkbar, die bei der Durchführung von summativen Evaluationen nützlich sein können:

1. Einbezug relevanter Forschungsergebnisse bei der Auswahl von Maßnahmen des Gesundheitsmanagements (vgl. Cook & Campbell, 1990).

²⁸ Für die summative Evaluation von gesundheitsbezogenen Interventionen muss auf Wissensbestände der empirischen Sozialforschung und Epidemiologie zurückgegriffen werden. Es würde den Rahmen dieses Buches sprengen, die damit verbundenen methodischen Grundlagen darzustellen. Aus diesem Grund sei hier auf einschlägige Fachliteratur verwiesen (z. B. Bortz & Döring, 1995; Cook & Campbell, 1990; Gray, 1997; Wottawa & Thierau, 1998).

2. Kombination und Ergänzung der summativen Evaluation gesundheitsbezogener Maßnahmen und Programme durch die Erfassung und Bewertung möglicher externer Einflussgrößen (z. B. parallel laufende Reorganisationsprojekte, konjunkturelle Lage) auf individuelle und organisationale Zielgrößen. Diese Vorgehensweise kann als erweitertes Monitoring des Implementationsprozesses verstanden werden.
3. Realistische Zielsetzungen für Maßnahmen des Gesundheitsmanagements.

3.6.3.1 Einbezug relevanter Forschungsergebnisse

Bei der Konzeption von Gesundheitsmaßnahmen in Unternehmen wird leider immer noch zu selten auf bestehende Wissensbestände zurückgegriffen. So macht z. B. auch die Expertenkommission (2004) darauf aufmerksam, dass mangelndes Wissen und mangelnde Akzeptanz eine effektive Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Betrieb behindern. Wie in Kapitel 2.3 dargestellt wurde, existieren z. B. verschiedene Modelle, anhand derer relevante Tätigkeitsmerkmale und Arbeitsbedingungen identifiziert werden können, die im Zusammenhang mit ihrer Wirkung auf gesundheitliche Merkmale intensiv untersucht worden sind. So sind die positiven Wirkungen von Handlungsspielräumen und sozialer Unterstützung zumindest im Grundsatz unbestritten. Ergänzt man die in Gesundheitszirkeln gewonnenen Einsichten zu unternehmensspezifischen Belastungen und Ressourcen um diese wissenschaftlichen Erkenntnisse, steigt die Wahrscheinlichkeit einer effektiven Umsetzung von Maßnahmen beträchtlich (vgl. auch Lipsey, 1993).

Auf der Ebene der spezifischen Interventionen wird zuweilen darauf verwiesen, dass bei der Auswahl von Verfahren eine Evaluation in manchen Fällen *ex ante*, „also vor der Anwendung in der Praxis“ (Pfaff, 2001, S. 41) vorgenommen werden kann. Diese Art der Evaluation basiert auf der Grundüberlegung, „dass eine Gesundheitsintervention, die sich in spezifischen Situationen ... als wirksam erwiesen hat, in dieser Situation generell wirksam ist und daher bei verhaltensbezogenen Massnahmen auf andere Personen und bei verhältnisbezogenen Massnahmen auf andere Betriebe übertragen werden kann“ (Pfaff, 2001, S. 41). Der Vorteil dieses Vorgehens bestünde dann darin, dass nicht in jedem Anwendungsfall eine Evaluation

Ex-Ante-Evaluation

nötig ist. Nach Pfaff (2001) sind die Voraussetzungen für eine Ex-Ante-Evaluation, dass (1) eine hohe interne Validität gegeben ist, d. h. die Wirkung der Intervention sollte durch randomisierte, kontrollierte Experimente einwandfrei nachgewiesen sein, dass (2) eine hohe externe Validität vorhanden ist, d. h. die Intervention muss auf andere Unternehmen und andere Organisationsstrukturen übertragbar sein und dass (3) die Intervention in gleicher Form durchgeführt wird, in der sie ursprünglich evaluiert worden ist. Es dürfte schnell klar werden, dass sowohl bei verhaltensorientierten als vor allem auch bei verhältnisorientierten Maßnahmen diese strenge, am Vorbild der Medikamentenprüfung orientierte Evaluationsform in der Regel nicht durchzuhalten ist. Zudem widerspräche eine streng formalisierte Durchführung von Interventionen einer prozessbezogenen Gestaltung einer Intervention. So wichtig die Orientierung an strengen methodischen Standards für die Forschung im Bereich Gesundheit ist, so unrealistisch dürfte es sein, dieselben hohen Standards für die betriebliche Evaluation unter Routinebedingungen zu fordern. Eine Möglichkeit für Unternehmen, sich bei der Konzeption von Interventionen an erfolgreichen Modellen zu orientieren, bietet die verstärkte Erarbeitung und Verbreitung von „Best-Practice“-Modellen, wie sie z. B. vom europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2001) für kleine und mittlere Unternehmen vorgelegt wurden. Selbstverständlich können derartige Modelle professionelle Evaluationsforschung nicht ersetzen, bei der Auswahl, Konkretisierung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen sind sie aber von großem Wert.

3.6.3.2 Identifizierung relevanter Dritteinflüsse: erweitertes Monitoring des Implementationsprozesses

Das betriebliche Gesundheitsmanagement findet nicht isoliert von anderen relevanten Aktivitäten des Unternehmens statt. Das heißt, es sind dabei parallel laufende Projekte, z. B. im Rahmen von Reorganisationen oder des Qualitätsmanagements, sich verändernde Auftragsbestände, personelle Wechsel im Management sowie in neuerer Zeit verstärkt Maßnahmen des Personalabbaus, zu berücksichtigen. Zudem werden insbesondere im Bereich des Human Resources Management, z. B. der Personalentwicklung oder der Laufbahnplanung, manche Konzepte realisiert, die mittelbar auch gesundheitsrelevante Wirkungen haben können. Soweit wie möglich

sollten derartige Aktivitäten bei der Evaluation von betrieblichen Gesundheitsinterventionen berücksichtigt werden, etwa als Kontrollvariable bei der Konzeption der Evaluation. Da aber organisationale Veränderungen oft erst während der Implementierung von Maßnahmen erfolgen, lohnt es sich, diese auch dann, zumindest in einer heuristischen Weise, einzubeziehen, wenn sie im Evaluationsdesign zunächst nicht berücksichtigt worden sind.

Es stellt sich also die Frage, ob bestimmte Maßnahmen tatsächlich zur Realisierung der angestrebten Ziele beitragen. Konkret können dabei folgende Fragestellungen nützlich sein (nach Semmer & Zapf, 2004, S. 776):

- Wird die angestrebte Zielgruppe tatsächlich erreicht und nimmt sie an den Aktivitäten teil?
- Ist Gesundheit ein Thema, das im alltäglichen Handeln von Führungskräften thematisiert und bearbeitet wird?
- Werden die angestrebten Gesundheitseffekte erreicht?
- Werden weiterführende Ziele, z. B. im Zusammenhang mit Motivation und Betriebsklima, erreicht?
- Werden organisationale Ziele mittelfristig erreicht, z. B. weniger Absentismus, geringere Fluktuation, bessere Qualität oder erhöhte Produktivität?
- Sind die erzielten Effekte nur kurzfristiger Art oder können sie längerfristig aufrechterhalten werden?

Die Frage, welche gesundheitlichen Wirkungen angestrebt werden, d. h. welche Ziele in dieser Hinsicht formuliert werden, bezieht sich auf die dritte Möglichkeit, die summative Evaluation von Maßnahmen und Programmen zu unterstützen.

3.6.3.3 Realistische Zielsetzungen

Qualitätsentwicklung setzt auch im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements die Erarbeitung gemeinsamer Zielvorstellungen voraus. Dies kann auf Gesundheitsprogramme und -maßnahmen ebenso angewendet werden wie auf das Managementsystem als Ganzes. Nimmt man dieses Anliegen ernst, muss die Frage, ob man einzelne Maßnahmen und Programme summativ evaluieren

*Realisierung
der angestreb-
ten Ziele*

kann, durch die Frage, *mit welchem konkreten Ziel* die Evaluation erfolgen soll, ergänzt werden. Semmer und Zapf (2004, S. 802) machen zu Recht darauf aufmerksam, dass es oft wenig sinnvoll und realistisch ist, mit verhältnisorientierten Maßnahmen positive Veränderungen *in allen* untersuchten Merkmalen anzustreben.

Wirkungsebenen und Nutzenpotentiale

Sie weisen weiter darauf hin, dass bereits eine Verbesserung in einigen Indikatoren als Erfolg betrachtet werden kann. So kann z. B. aus *Sicht der Betroffenen* die Abschwächung einiger Belastungsfaktoren und Verbesserungen in einzelnen Gesundheitsindikatoren als Erfolg verbucht werden. Als Unterstützung für die Erarbeitung einer geeigneten Konkretisierung von Zielen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind in Tabelle 3.9 mögliche Wirkungsebenen und Nutzenpotentiale dargestellt.

Tabelle 3.9

Wirkungsebenen und Nutzenpotentiale des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Wirkungsebenen	Nutzenpotentiale	Beispiele
Individuum	<ul style="list-style-type: none"> – Verringerung von Beschwerden und Krankheiten – Verbesserte Gesundheit – Erhöhte Motivation und Leistungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Muskel-Skelett-Erkrankungen – Erholungsfähigkeit – Arbeitszufriedenheit – Burnout – Individuelle Selbstwirksamkeit – Motivation und Engagement
Arbeitstätigkeit und Arbeitsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> – Belastungsoptimierung – Ressourcenstärkung 	<ul style="list-style-type: none"> – Regulationsanforderungen – Regulationsbehinderungen – Anerkennung – Soziale Unterstützung – Zeitdruck – Vorgesetztenverhalten
Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> – Produktivitätserhöhung – Kosteneinsparungen – Verbesserte Einstellung zum Unternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> – Fehlzeitenquote – Fluktuation – Organisationale Verbundenheit
Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> – Abnahme der volkswirtschaftlichen Krankheitskosten 	<ul style="list-style-type: none"> – Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung – Kosten für Medikamente – Krankengeld

Aus Tabelle 3.9 wird deutlich, dass bezüglich der Ziele von Interventionen verschiedene Wirkungsebenen unterschieden werden müssen, die sich naturgemäß auch in verschiedenen Zeithorizonten entwickeln (vgl. Semmer & Zapf, 2004). Das heißt, bevor Entscheidungen bezüglich der Auswahl von gesundheitsförderlichen Maßnahmen getroffen und Ziele definiert werden, sind die ebenenspezifischen Auswirkungen zu bedenken, die mithilfe der jeweiligen Maßnahme potentiell beeinflusst werden.

Mit diesen Ausführungen sollen keinesfalls die formative Evaluation von Managementsystemen, bei der die Generierung von prozessbezogenem Handlungswissen im Vordergrund steht, und die summative Evaluation von Maßnahmen und Programmen, die an der grundsätzlichen Wirksamkeit konkreter Interventionen orientiert ist, gegeneinander ausgespielt werden. Die Schwierigkeit liegt aber in der Praxis oft darin, wissenschaftlich tragbare Evaluationskonzepte zu erarbeiten, die zugleich praktikabel sind (Badura, 2001). Das Evaluationskonzept muss im jeweiligen Unternehmen anschlussfähig und mit vertretbarem ökonomischem Nutzen realisierbar sein. Wenn man die Forderung von Badura (2001) ernst nimmt, dass ein zukunftsfähiges betriebliches Gesundheitsmanagement vollumfänglich in das Führungssystem der Unternehmen einzubeziehen ist, kommt man um eine geeignete Evaluation des Systems, der Programme sowie der Maßnahmen nicht herum.

*Formative und
summative
Evaluation*

3.6.4 Prüfung des ökonomischen Nutzens des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Bis vor nicht allzu langer Zeit spielten wirtschaftliche Argumente für den Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie für die Gesundheitsförderung keine hervorragende Rolle. Verschiedene Autoren (z. B. Thiehoff, 1999) merken an, dass sich dies auf politischer Ebene infolge der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, und als Folge erkennbar zunehmender psychomentaler Belastungen auch auf betrieblicher Ebene, geändert hat.

Zum ökonomischen Nutzen von Gesundheitsförderungsprogrammen existieren einige Metaanalysen und Übersichtsartikel, mehrheitlich aus dem US-amerikanischen Raum (vgl. z. B. Heaney & Goetzel, 1997; Pelletier, 2001; Aldana, 2001; Chapman, 2005; Sockoll,

Wissenschaftliche Evidenz

Kramer & Bödeker, 2008). Die Metaanalyse von Chapman (2005) umfasst 56 Evaluationsstudien aus dem Zeitraum 1982 bis 2005. Einbezogen wurden Evaluationen umfangreicher Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hinsichtlich krankheitsbedingter Fehlzeiten fand Chapman eine durchschnittliche Verringerung von 26.8% und eine Reduktion der Krankheitskosten um durchschnittlich 26.1%. Die Übersichtsstudien berichten insgesamt eine akzeptable Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Massnahmen der Gesundheitsförderung.

Mehrfaktorielle Interventionen scheinen wirksamer und wirtschaftlicher zu sein als einfaktorielle Programme (Pelletier, 2001; Sockoll et al., 2008); zudem steht der Erfolg von Maßnahmen offensichtlich im Zusammenhang mit einer ausreichenden Dauer des Programms (Heaney & Goetzel, 1997). Aldana (2001) berichtet auf der Basis quasi-experimentell gewonnener Untersuchungsergebnisse über Reduktionen der Fehlzeiten zwischen 12 und 36% bei denjenigen Personen, die an Gesundheitsförderungsprogrammen teilgenommen hatten sowie eine Verringerung der mit Fehlzeiten verbundenen Kosten von ca. 34%. In Bezug auf Kosten-Nutzenverhältnisse (return on investment ROI) fanden sich in zwei quasi-experimentellen Studien Raten zwischen 1:2.5 und 1:4.85. Das heißt, dass für einen investierten Dollar 2.5 bzw. 4.85 Dollars durch reduzierte Abwesenheitskosten gespart wurden.

In Bezug auf den Return on Investment ROI findet Aldana (2001) Werte zwischen 1:2.3 und 1:5.9. Dabei handelt es sich mehrheitlich um Kombinationen verhaltensorientierter Maßnahmen, bei denen z. B. Raucherentwöhnungsprogramme mit Bewegungsprogrammen verbunden waren.

Chapman (2005) berichtet in seiner Metaanalyse für Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung einen ROI von insgesamt 1:6.3. Den Grund für diesen vergleichsweise hohen Wert, der sich durch den Einbezug insbesondere neuerer Studien ergab, sieht er in der zunehmenden Anwendung moderner Präventionsstrategien; dabei geht es z.B. um die verstärkte Anwendung theoriegestützter Programme und um den Einbezug individueller Coachingmaßnahmen. Zusammenfassend kommt Chapman (2005, S. 10) hinsichtlich des ökonomischen Nutzens von Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu folgendem ermutigenden Fazit: "The sum-

mary evidence is very strong for average reductions in sick leave, health plan costs, and workers' compensation and disability costs of slightly more than 25%."

Auch Sockoll et al. (2008, S. 65) kommen in ihrer Übersicht zum Schluss, "dass sich betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention auszahlt. Positive Evidenz hinsichtlich des ökonomischen Nutzens konnte sowohl für Interventionen allgemein als auch für krankheitsspezifische Interventionen festgestellt werden." Allerdings merken sie auch kritisch an, "dass die Potentiale der Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting in den existierenden Programmen bislang nur unzureichend genutzt werden. Dies spiegelt sich nicht nur in der Forderung nach einer stärkeren Vernetzung von Maßnahmen der individuellen und organisatorischen Ebene wieder, ... sondern auch darin, dass wesentlichen Faktoren bei der Durchführung und Evaluation von Programmen zu wenig Beachtung geschenkt wird. Dazu zählen insbesondere eine sorgfältige Bedarfsanalyse vor Implementierung eines Programms, die Entwicklung von Maßnahmen, welche individuell auf die Bedürfnisse von Beschäftigten zugeschnitten sind, die Partizipation der Mitarbeiter oder auch der kontinuierliche Einsatz von Programmen, durch den eine Integration betrieblicher Gesundheitsförderung in die Unternehmenskultur erst ermöglicht wird" (Sockoll et al., 2008, S. 66).

Im übrigen gilt, dass verhältnisorientierte Programme hinsichtlich ihres ökonomischen Nutzens schwieriger zu bewerten sind als verhaltensbezogene, weil es sich hierbei um auf Arbeitsinhalte und Arbeitsbedingungen bezogene komplexe Interventionen handelt, die zudem häufig nicht als „Gesundheitsförderung“ ausgewiesen werden (Semmer & Zapf, 2004). In Hinblick auf die Themenbereiche Psychische Erkrankungen, Stress und Muskel-Skelett-Erkrankungen sind nach den Erfahrungen von Sockoll et al. (2008) vergleichsweise weniger verhältnisorientierte Gesundheitsförderungsprogramme systematisch evaluiert worden. Auch Sockoll et al. (2008) kommen jedoch auf der Basis der bestehenden Evidenz zum Schluss, dass kombinierte Programme, "die aus Interventionen auf der individuellen und der organisatorischen Ebene bestehen", zu bevorzugen sind.

Bei der Bestimmung des wirtschaftlichen Nutzens gesundheitsförderlicher Maßnahmen ist schließlich zu berücksichtigen, dass Gesundheitsmaßnahmen als Potentialinvestitionen betrachtet werden müssen, die in vielen Fällen erst mittel- und langfristig zu einer verbesserten Wettbewerbssituation führen (Kuhn, 2004; vgl. auch Kasten 3.5).

Kasten 3.5

Die Langfristwirkung von Investitionen in die Gesundheit (aus Aldana, 2004, S. 3)

„In one or two years of healthy living, there's not a whole lot of change in the status of things like cardiovascular disease, cancer or diabetes, but they can be dramatically prevented long-term ... So, for the impatient business executive who wants immediate bottom line changes in healthcare costs, I don't believe there's enough evidence, unless it's something like a seatbelt program or vaccination program that have a fairly direct impact, say within six months or so. But for most health promotion programs, changes come with the passage of time, and often, much time is needed before diseases are prevented. Health promotion is a long-term investment, and that frightens many business people away.“

Mancherorts kann aber auch beobachtet werden, dass ein erwarteter ökonomischer Nutzen keineswegs das Hauptziel betrieblicher Gesundheitsförderung darstellt. Manche betrieblichen Entscheidungsträger betrachten Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz auch als eigenständiges Ziel. Im Zusammenhang mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt Dooner (1996, S. 3) sogar zu folgendem Schluss: „For the most part, health and not profit is the real motivation for participation“.

3.7 Betriebliches Gesundheitsmanagement im Rahmen von Managementinstrumenten

Anschlussfähigkeit für Managementinstrumente

Bereits mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass ein langfristig konzipiertes betriebliches Gesundheitsmanagement eine Integration der Gesundheitsthematik in die betrieblichen Planungs- und Entscheidungsprozesse erfordert. Da zentrale Entscheidungen bezüglich des Gesundheitsmanagements oft von der Unternehmensleitung getroffen werden, müssen entsprechende betriebliche Voraussetzungen geschaffen werden, namentlich in Bezug auf die betriebswirtschaftliche Kostenrechnung, auf Bilanzierungsformen und Controllinginstrumente (Expertenkommission, 2004). Dies impliziert natürlich die Frage, inwiefern das Gesundheitsmanagement für Ma-

nagementinstrumente anschlussfähig ist. Das bereits dargestellte Evaluationsmodell des ENBGF (vgl. auch Zink & Thul, 1998; Zink 2004; Abbildung 3.7) stellt einen Bezug zu betrieblichen Qualitätsmanagementsystemen her. Weitergehend ist aber nach den zur Verfügung stehenden betrieblichen Bewertungsinstrumenten und – etwa bezogen auf Basel II – nach den unternehmensbezogenen Bewertungskriterien von Analysten und Kapitalgebern zu fragen. Viele betriebliche Mess- und Bewertungssysteme des internen und externen Rechnungswesens sind noch allzu oft so ausgerichtet, dass „Betriebsmittel und Werkstoffe, Aufwand und Ertrag der materiellen Produktion“ möglichst systematisch, umfassend und vollständig erfasst, in Zahlen transformiert und in die (Kenn-)Zahlensysteme eingespeist werden (Diefenbach & Vordank, 2003, S. 1). In der Diskussion um Bewertungskriterien für Unternehmen wurde in letzter Zeit immer häufiger darauf hingewiesen, dass die verwendeten Kennzahlensysteme nicht ausreichen, um Ursachen und Ergebnisse betrieblicher Leistung, Stärken und Schwächen von Unternehmen sowie Chancen und Risiken für die Umwelt angemessen zu erfassen.

In diesem Kontext wird die zentrale Bedeutung so genannter „intangible assets“ in den letzten Jahren intensiv diskutiert. „Intangible assets“, so die Forderung, müssen in strategische Überlegungen miteinbezogen und deshalb das betriebliche Rechnungswesen bzw. Controlling auf immaterielle und qualitative Wertgrößen ausgeweitet werden (Meffert, 1998). Kaplan und Norton (1997, S. 21) weisen darauf hin, dass viele Unternehmen unter dem Druck, kurzfristige finanzwirtschaftliche Leistungen zu erbringen, „die Produktentwicklung, Prozessverbesserungen, die Personalentwicklung, Informationstechnologien, Datenbanken und -systeme sowie Kunden- und Marktentwicklung“ vernachlässigen. Was passieren kann, wenn z. B. auf Kosten der Kunden finanzielle Ergebnisse aufgebessert werden, beschreiben Kaplan und Norton (1997, S. 22; vgl. Kasten 3.6) anhand der Entwicklung der Firma Xerox in den siebziger und achtziger Jahren:

Nach Kaplan und Norton (1997) sind finanzielle Kennzahlen nur schwache Indikatoren dafür, was in der vergangenen Berichtsperiode falsch gemacht wurde. Sie zeigen nicht alle Seiten vergangener Aktionen „und sagen nichts darüber aus, was jetzt oder in Zukunft für die finanzielle Wertschöpfung getan werden muss“ (S. 22).

Intangible assets

Kasten 3.6

Mögliche Konsequenzen der Fokussierung auf kurzfristige finanzielle Kennzahlen (aus Kaplan & Norton, 1997, S. 22)

„Ein gutes Beispiel hierfür ist die Firma Xerox, die bis in die siebziger Jahre ein Monopol auf Kopiermaschinen hatte. Xerox hat seine Geräte nicht verkauft, sondern als Leasinggeber fungiert und so an jeder Kopie verdient. Der Verkauf von Kopierern und Zubehör wie Papier und Toner war höchst profitabel. Die Kunden waren jedoch verärgert über die hohen Kopierkosten sowie über die Empfindlichkeit und Fehlerhaftigkeit der Maschinen, zumal es auf dem Markt keine Alternative gab. Anstatt jedoch an der Verbesserung der Konstruktion der Maschinen zu arbeiten, griff Xerox die Gelegenheit beim Schopfe, seine finanziellen Ergebnisse noch weiter aufzupolieren. Das Unternehmen liess den direkten Verkauf der Maschinen zu und richtete einen umfangreichen Kundenservice als Profit Center ein, um schadhafte Maschinen vor Ort zu warten ... Alle finanziellen Indikatoren – Wachstum in Verkauf und Gewinn sowie Kapitalrendite – wiesen auf ein florierendes Unternehmen hin.

Die Kunden jedoch waren nach wie vor unzufrieden und verärgert. Sie wollten keinen Kundendienst, sondern kostengünstige, stabile Kopiermaschinen. Als japanische und amerikanische Unternehmen schliesslich qualitativ bessere und günstigere Maschinen anboten, die weder ausfielen noch teuer waren, rannten sie bei den Xerox-Kunden offene Türen ein. Xerox, eines der erfolgreichsten amerikanischen Unternehmen der fünfziger bis siebziger Jahre, ging fast in den Konkurs. Erst unter der neuen Geschäftsleitung, die sich Qualität und Service unternehmensweit zur Devise machte, schaffte das Unternehmen in den achtziger Jahren die Wende.“

**Fehlende
Imitierbarkeit**

Mit „intangible assets“ sind aber gerade solche Ressourcen gemeint, die anders als z. B. finanzielles Kapital oder Produktionsmittel nicht ohne weiteres auf dem Markt beschafft werden können, also z. B. Kompetenzen; es wird angenommen, dass sich „intangible assets“ durch begrenzte oder fehlende Imitierbarkeit auszeichnen und dadurch einen Wettbewerbsvorteil darstellen (Moldaschl, 2003). Die Aussage zur fehlenden Imitierbarkeit deutet darauf hin, dass sich der Prozess der Generierung von „intangible assets“ über einige Zeit hinzieht. So entstehen z. B. eine Unternehmenskultur, spezielles organisationales Wissen oder das Image einer Firma nicht von heute auf morgen. Dabei wird allerdings nicht immer ganz klar, was mit „intangible assets“ genau gemeint ist. Die Unklarheit manifestiert sich auch in der Frage, wie „intangible assets“ erfasst und behandelt werden sollen. „Als Aufwand und/oder Ertrag, als Kostenfaktor und/oder Wertgenerierer? Quantitativ und oder qualitativ? Als eigenständige Zielgrösse (bzw. Spitzenkennzahl) oder als nach- und untergeordnete Position? In Konflikt mit anderen Zielgrössen stehend oder zielharmonisch?“ (Moldaschl, 2003, S. 2). Im vorliegen-

den Zusammenhang interessiert vor allem die Frage, welche Bedeutung Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, deren Qualifikationsmerkmalen und Leistungsvermögen (Kittner, 1997) sowie deren Befinden und Gesundheit für die Bewertung eines Unternehmens zuerkannt werden soll. Die Spannbreite der Antworten auf diese Frage bewegt sich etwa zwischen „der Deutung der Mitarbeiter als reiner Kostenfaktor bis hin zu ihrer Wertung als wichtigste Ressource“ (Expertenkommission, 2004, S. 35). Die verbreitete Unsicherheit und die verbreiteten Fehleinschätzungen in Bezug auf die Bedeutung dieser Merkmale sieht die Kommission sogar als vielleicht wichtigsten Hemmfaktor für eine Aufwertung und Intensivierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Trotz dieser Unsicherheiten und Unschärfen gibt es konkrete methodische Vorschläge, wie Indikatoren des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Rahmen von Managementinstrumenten behandelt werden könnten. Das Qualitätsmodell des ENBGF auf der Basis des EFQM-Modells (vgl. Zink & Thul, 1998; Zink, 2004) wurde bereits dargestellt. Zusätzlich soll hier auf die Möglichkeiten einer erweiterten Wirtschaftlichkeitsrechnung und auf die Balanced Scorecard hingewiesen werden. Beides sind mehrdimensionale Instrumente, die durch ihre Anlage dem Einwand Rechnung tragen, dass traditionelle Kennzahlensysteme häufig vergangenheitsorientiert sind und dass „Kosten und Leistung, Profit oder der Return on Investment als *alleinige*, quantitative Größen in den betrieblichen Mess- und Bewertungssystemen nicht ausreichen“ (Diefenbach & Vordank, 2003, S. 19).

*Methodische
Vorschläge*

3.7.1 Möglichkeiten einer erweiterten Wirtschaftlichkeitsanalyse EWA

In den letzten Jahren wurde die Frage nach der Bestimmung und Steuerung der Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung intensiv diskutiert. Dabei wurden Vorgehensweisen für das Controlling des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der Gesundheitsförderung entwickelt (Fritz, 2006) und im Zusammenhang damit auch Instrumente für eine erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalyse (EWA) erarbeitet (vgl. z. B. Thiehoff, 1999; Zangemeister, 2000).

Bei traditionellen Wirtschaftlichkeitsanalysen finden „nur monetäre Auswirkungen (zukünftige Kosten, Zahlungseingänge etc.) beabsichtigter Investitionen Eingang in die Entscheidung“ (Diefenbach & Vordank, 2003, S. 27). Die Verfahren der erweiterten Wirtschaftlichkeitsanalyse EWA gehen dagegen davon aus, dass eine systematische Entscheidung zusätzlich eine Berücksichtigung indirekter, nicht monetärer Konsequenzen einer Investition erfordert (Zangemeister, 1999). Damit sollen die besprochenen „intangible assets“ berücksichtigt werden können.

Konkreter Nutzwert

Mit der EWA wird es also möglich, konkreten Maßnahmen, wie etwa dem Gesundheitszirkel, einen konkreten Nutzwert zuzuordnen. Hierzu werden einerseits *direkt monetäre Kosten* (Kriterienbereich I), wie z. B. Planungs-, Beschaffungs- und Personalkosten, und *indirekt monetäre Kosten* (Kriterienbereich II), wie z. B. Fehlzeiten und Fluktuation, berücksichtigt. Andererseits werden auch *nicht monetäre Kriterien* (Kriterienbereich III) in die Wirtschaftlichkeitsrechnung einbezogen; hier geht es z. B. um Umweltbelastungen, Arbeitssicherheit, Arbeitsqualität, Arbeitsautonomie und Mitarbeitermotivation (Zangemeister, 1999; Bellwinkel & Jacques, 2000). Die Kriterienbereiche I bis III und die beispielhaft erwähnten Steuerungsgrößen als deren Operationalisierung werden in ein hierarchisches Zielsystem eingeordnet und je nach Bedeutung für das konkrete Unternehmen gewichtet und bewertet. Die nicht quantifizierbaren Effekte werden also im Sinne einer so genannten Nutzwertanalyse beurteilt (Bellwinkel & Jacques, 2000; vgl. auch Kasten 3.7). Mit der Nutzwertanalyse ist es möglich, mithilfe formalisierter Urteile und Einstufungen die Zielerfüllungsgrade verschiedener Gestaltungslösungen miteinander zu vergleichen. Dabei ist klar, dass die jeweiligen Gewichtungen die Einschätzungen des jeweiligen Unternehmens widerspiegeln und nicht verallgemeinerbar sind.

Die konkrete Implementierung und Realisierung der erweiterten Wirtschaftlichkeitsanalyse wurde verschiedentlich ausführlich beschrieben (für eine Übersicht vgl. BKK, 1999b; Zangemeister, 2000). Daher wird hier auf eine weitergehende Darstellung verzichtet.

Vorteile einer erweiterten Wirtschaftlichkeitsanalyse (aus Bellwinkel & Jacques, 2000, S. 64)

Kasten 3.7

„Die Erweiterung einer reinen Investitionsrechnung um eine Nutzwertanalyse und eine anschließende Ergebnissynthese hat vor allem folgende Vorteile:

- Eine grössere Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Entscheidungsgrundlagen und -prozessen.
 - Die systematische Erarbeitung und Bewertung von Investitionsalternativen.
 - Die Verdeutlichung der Tatsache, dass Investitionsentscheidungen nur begrenzt nach betriebswirtschaftlicher Logik 'errechenbar' sind und dass es darüber hinaus Entscheidungen und Aushandlungsprozesse braucht, um zu Ergebnissen zu kommen.
 - Die Einbeziehung der Betroffenen verschiedener Unternehmensbereiche und die Förderung der Kooperation zwischen Abteilungen und Fachdisziplinen.
 - Die Möglichkeit einer intensiveren Beteiligung aller Betroffenen im Rahmen des Planungsteams.
 - Die Möglichkeit, alle Entscheidungen, die von den eingangs definierten Zielen abweichen, anhand der Bewertungen zu legitimieren.
 - Die Möglichkeit, den Arbeits- und Gesundheitsschutz als betriebliches Ziel sichtbar in die Investitionsentscheidungen mit einzubeziehen.
 - Ein Ansatz, dem Arbeits- und Gesundheitsschutz als Produktivitätsfaktor Bedeutung beizumessen.“
-

Die trotz der genannten Potentiale offenbar noch vergleichsweise geringe Verbreitung des Verfahrens hängt vermutlich damit zusammen, dass die EWA in der Durchführung relativ aufwendig sein kann (Brandenburg, 1999). Der tatsächliche Aufwand wird einerseits durch die Komplexität des jeweiligen Zielsystems bestimmt, andererseits durch Art und Dauer der Aushandlungsprozesse bei der Festlegung und Gewichtung der Kriterien. Nimmt man diesen Prozess ernst, wird er unter Umständen einige Zeit in Anspruch nehmen. Die Probleme von Wirtschaftlichkeitsrechnungen liegen im Übrigen „nicht im Rechenverfahren, sondern in der Beschaffung und Aufbereitung der erforderlichen Informationen“ (Horvath & Mayer, 1988, S. 9). Übertragen auf die Bestimmung und Bewertung der nicht monetären Größen im Rahmen der EWA heißt dies, dass (1) die *Qualität des Aushandlungsprozesses* und (2) die *bestehenden gesundheitsbezogenen Wissensbestände* für diese Methode von kritischer Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang kann unter Umständen eine Begleitung durch eine externe Moderation und/oder Gesundheitsexpertinnen bzw. -experten von Vorteil sein.

*Verbreitung des
Verfahrens*

3.7.2 Balanced Scorecard

Die Balanced Scorecard (BSC) wurde von Kaplan und Norton 1992 erstmals vorgestellt und dürfte inzwischen eines der bekanntesten Managementinstrumente darstellen (vgl. z. B. Speckbacher, Bischof & Pfeiffer, 2003)²⁹. Kaplan und Norton (1997) verstehen die BSC als ein Managementinstrument, das über ein rein betriebswirtschaftliches Mess- und Bewertungssystem hinaus als strategisches Planungs- und Steuerungsinstrument zu benutzen und geeignet ist, die Lücke zwischen strategischer Planung und deren operativer Umsetzung zu schließen.

Der Begriff „Balanced“

Der Begriff „Balanced“ bezieht sich einerseits auf eine ausgewogene Kombination aus Leistungstreibern und Ergebniskennzahlen (Bernhard, 2003), die dazu dienen sollen, den gesamten Planungs-, Steuerungs- und Kontrollprozess der Organisation zu gestalten. Andererseits ist damit ein Gleichgewicht zwischen „harten“ Faktoren, wie finanziellen Kennzahlen, und „weichen“ Faktoren, wie Mitarbeiter- und Kundenmerkmalen, gemeint.

Mehrdimensionalität

Die BSC ist also ein mehrdimensionales Instrument, mit dem finanzielle und nicht finanzielle Merkmale und Kennzahlen miteinander verknüpft werden.

Vier Perspektiven

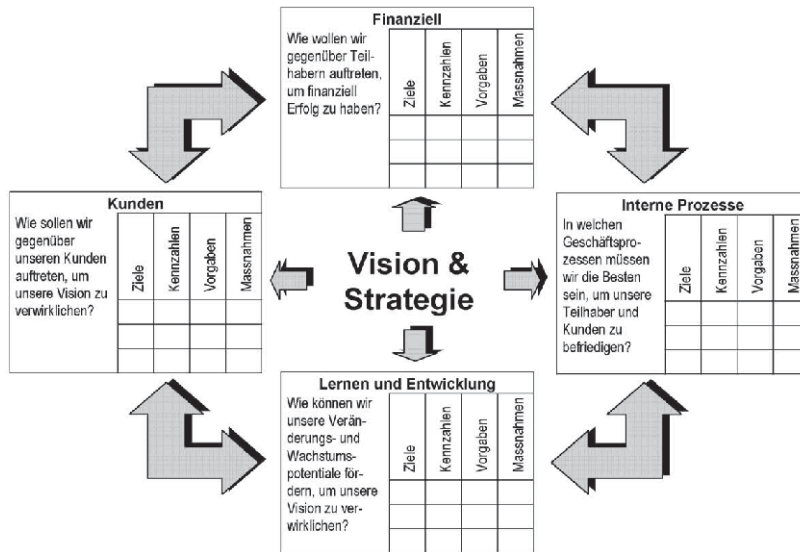
Mit der BSC wird der Versuch gemacht, die Vision und die Strategie des Unternehmens in konkrete Ziele und Indikatoren, die vier verschiedene Perspektiven abbilden, zu übersetzen. Die Perspektiven beziehen sich auf traditionelle *finanzielle Kennzahlen* (1), ergänzt durch eine *interne Prozessperspektive* (2), eine *Kundenperspektive* (3) sowie eine *Lern- und Entwicklungsperspektive* (4). Die drei letztgenannten Perspektiven sollen mithilfe so genannter Leistungstreiber an die Seite der Ergebniskennzahlen treten. Die operative Umsetzung der BSC wird dadurch gewährleistet, dass für jede Dimension konkrete Ziele definiert werden und die Zielerreichung mittels Indikatoren (Kennzahlen) messbar gemacht wird (Probst, 2001). Die Gewährleistung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ver-

²⁹ Für eine Übersicht zu den Grundlagen und zur Implementierung der Balanced Scorecard vgl. z. B. Bernhard und Hoffschroer (2003), Kaplan und Norton (1992, 1997, 2001), Probst (2001) sowie Weber und Schäffer (2000).

langt weiter nach der Formulierung von konkreten Maßnahmen (vgl. Abbildung 3.9).

Die vier Perspektiven der Balanced Scorecard (aus Kaplan & Norton, 1997, S. 9)

Abbildung 3.9



Die *finanzielle Perspektive* drückt die monetäre Zielerreichung des Unternehmens aus (Probst, 2001); Indikatoren oder Kennzahlen hierfür sind z. B. Gewinn, Eigenkapitalrendite und die Steigerung des Unternehmenswertes. Diese Perspektive erfüllt eine doppelte Funktion; einerseits wird durch sie die finanzielle Leistung definiert, die von einer Strategie erwartet wird, andererseits dient sie als Endziel für die anderen Perspektiven der BSC (Weber & Schäffer, 2000). Die *interne Prozessperspektive* bezieht sich weniger auf die Kostenoptimierung bestehender Prozesse als auf die Frage nach dem Beitrag wichtiger Prozesse für die Erreichung der mit der finanziellen Perspektive und der Kundenperspektive verfolgten Ziele. Das kann dazu führen, dass auch neue Prozesse geschaffen werden müssen (Kaplan & Norton, 1997). Die *Kundenperspektive* bezieht sich auf die Frage, welche strategischen Ziele ein Unternehmen in Bezug auf Kunden- und Marktsegmente verfolgt und wie die Kunden das

Unternehmen einschätzen. Hier sind als Beispiele für Indikatoren Kundenzufriedenheit, Kundentreue und Marktanteil zu nennen. Bei der *Lern- und Entwicklungsperspektive* schließlich geht es um die Frage, ob und inwieweit das Unternehmen und damit namentlich die Mitarbeitenden durch Lern- und Innovationsaktivitäten Wachstum schaffen und bei Bedarf Veränderungen herbeiführen können.

Grundlagen der Lern- und Entwicklungsfähigkeit eines Unternehmens bilden insbesondere die Leistungsfähigkeit des betrieblichen Informationssystems, die Qualifizierung der Mitarbeitenden sowie die Zielausrichtung und Motivation der Mitarbeitenden (Kaplan & Norton, 1997).

Die vier Dimensionen der BSC müssen so balanciert werden, dass sie einerseits die Vision des Unternehmens hinreichend wiedergeben und andererseits – im Sinne des Primats der finanziellen Perspektive – die Erreichung der finanziellen Ziele des Unternehmens gewährleisten (Diefenbach & Vordank, 2003). Durch den Einbezug der drei weiteren Perspektiven (interne Prozesse, Kunden, Lernen und Entwicklung) in die BSC können die „intangible assets“ und deren Beitrag für die betriebliche Wertschöpfung einbezogen und transparent gemacht werden. Kaplan und Norton (1997) weisen allerdings darauf hin, dass eine direkte monetäre Bewertung der „intangible assets“ nicht möglich sei, diese vielmehr indirekt wirken würden. Das heißt, dass die „intangible assets“ erst in Kombination mit anderen „assets“ ihre wertschöpfende Wirkung entwickeln. Deshalb könne der Wert der „intangible assets“ auch nur in nicht monetären Einheiten gemessen werden (Diefenbach & Vordank, 2003).

Annahme kausaler Zusammenhänge

Die Annahme kausaler Zusammenhänge zwischen den skizzierten Leistungstreibern und den monetären Kennzahlen blieb nicht unwidersprochen. So wendet z. B. Norreklit (2000) ein, dass der Ursache-Wirkungszusammenhang zwischen den verschiedenen Dimensionen empirisch keineswegs bewiesen sei. Die Annahme eines kausalen Effekts erfordere eine angemessene Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklungsperspektive zwischen Ursache und Wirkung. Das heißt, dass Veränderungen der intangiblen Merkmale erst zeitverzögert auf finanzielle Kennzahlen wirken und dieser Zeitverzug in der Konzeption der BSC zu berücksichtigen ist. Kanji und Sá (2002, S. 15) ergänzen: „Instead, the arguments indicate that the

perspectives are interdependent. The influence between measures is not unidirectional in the sense that learning and growth are the drivers of internal business processes, which are the drivers of customer satisfaction, which in turn is the driver of financial results“.

Kaplan und Norton (1997, S. 33) weisen schließlich darauf hin, dass die BSC unternehmensspezifisch angepasst werden muss, sie ist „als Schablone und nicht als Zwangsjacke gedacht“. Das heißt in der Konsequenz, dass kausale Hypothesen nur auf der Basis einer spezifischen Ausgestaltung der BSC formuliert und überprüft werden können.

Im Übrigen wurde schon in Kapitel 3.6.3.3 darauf hingewiesen, dass in Bezug auf Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements verschiedene Wirkebenen unterschieden werden müssen und sich die Indikatoren entsprechend in verschiedenen Zeithorizonten entwickeln und verändern können.

Im Sinne einer Strukturierung der Diskussion über den Einbezug von Konzepten des betrieblichen Gesundheitsmanagements in die BSC sind in Kasten 3.8 die wichtigsten Stärken und Schwächen der BSC aus Sicht von Kanji und Sà (2002) zusammengefasst:

Stärken und Schwächen der Balanced Scorecard (aus Kanji & Sà, 2002, S. 17)

Kasten 3.8

„Strengths of the BSC approach

- It puts together, in a single report, many of the seemingly disparate elements of a company's competitive agenda.
- Ability to translate an organization's vision and strategy into tangible objectives and measures.
- Holistic approach to performance measures.
- Focus on a limited number of critical measures (avoiding information overload).
- Flexibility and adaptability to fit each organization in particular.
- By forcing managers to consider all the important operational measures together, gives a sense of interdependency among different organizational areas.
- Strong focus on customer and market.
- Forces managers to develop a clear and shared view of what they are trying to achieve and what are the critical levels and means to reach those objectives (Epstein & Manzoni, 1998), helping to focus everyone's attention toward the future.
- Easy to use.

Weaknesses of the BSC approach

- A conceptual model only (not easy to convert into a measurement model).
- Interactions between criteria are not clearly shown.
- Causal relationships are problematic (more like interdependence).
- Not a comprehensive system approach, focus is only on customers, forgetting other important stakeholders.
- Only focus on results.

Atkinson et al. (1997) point out other weaknesses:

- It fails to highlight employee and supplier contributions (also Norreklit, 2000).
- It does not identify the role of the community in defining the environment within which the company works.
- It focuses primarily (and almost exclusively) on top-down performance measurement.“

Diefenbach und Vordank (2003, S. 23) kommen zu einem ähnlichen Fazit. Bezüglich der Rolle der „intangible assets“, die hier besonders interessiert, kommen sie zum Schluss, dass die BSC diese Größen zwar berücksichtigt, „deren konkreten Nutzen jedoch monetär nicht erfassbar macht, Interdependenzen zwischen tangiblen, finanziellen Größen und intangiblen, qualitativen Faktoren zwar einbezieht, deren Kausalität aber nicht evident ist und sich ‘intangible assets’ somit als Steuergrößen für das Management disqualifizieren“.

*Intangible
Wertgrößen als
Steuergrößen*

Tatsächlich ist kaum zu bestreiten, dass die Erfassung kausaler Zusammenhänge zwischen tangiblen und intangiblen Merkmalen, ähnlich wie bei Maßnahmen des Gesundheitsmanagements, eine schwierige Aufgabe darstellt. Schließt man aber daraus, dass sich die intangiblen Wertgrößen als Steuergrößen für das Management disqualifizieren, heißt dies nichts anderes, als einen der Vorteile der Balanced Scorecard zu verschenken: die Möglichkeit, zukunftsorientierte Indikatoren einzubeziehen. Verzichtet man auf Steuermöglichkeiten durch qualitative Kenngrößen, wie z. B. Verschlechterungen des Arbeitsklimas oder des Befindens, verschenkt man auch einen potentiellen Wettbewerbsvorteil, weil diese Indikatoren eine nicht zu unterschätzende Wirkung als Frühindikatoren haben können.

*Übereinstimmungen von
BSC und BGM*

Für das betriebliche Gesundheitsmanagement sind im Zusammenhang mit der Balanced Scorecard grundsätzlich folgende Übereinstimmungen von Bedeutung:

- Die Orientierung an der Unternehmensstrategie, wie sie in der BSC postuliert wird, stimmt mit den Anforderungen an das betriebliche Gesundheitsmanagement überein.
- Sowohl in der BSC als auch im betrieblichen Gesundheitsmanagement werden geeignete Indikatoren ausgewiesen, ohne die die Erarbeitung und Überprüfung konkreter Maßnahmen nicht systematisch zu erzielen ist.
- Die Umsetzungsorientierung der BSC mit der Berücksichtigung konkreter Ziele, Indikatoren und Maßnahmen entspricht dem Vorgehen, das im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements angestrebt wird.
- Die BSC verlangt auch nach der Verwendung zukunftsorientierter Indikatoren. Diese Möglichkeit kommt der mittel- bis langfristigen Entwicklungsperspektive des betrieblichen Gesundheitsmanagements entgegen.
- In der BSC ist vorgesehen auch qualitative Indikatoren und Kennzahlen einzubeziehen, zu denen auch Gesundheits- und Befindensindikatoren gehören.
- Die flexiblen Anwendungsmöglichkeiten der BSC entsprechen dem Postulat des betrieblichen Gesundheitsmanagements, demzufolge unternehmensspezifische Merkmale bei der Planung, Gestaltung und Evaluation zu berücksichtigen sind.

Die beschriebenen Übereinstimmungen machen deutlich, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement im Grundsatz an die Balanced Scorecard anschlussfähig ist. Konkret stellen sich damit zwei Fragen: (1) Welche Indikatoren, die im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Anwendung gelangen, eignen sich für den Einbezug in die Balanced Scorecard? (2) Stimmen die Annahmen zu den Wirkungen, wie sie in der BSC postuliert werden, mit den Grundannahmen einer persönlichkeits- und gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeitstätigkeiten überein?

3.7.2.1 Einbezug von Indikatoren des betrieblichen Gesundheitsmanagements in die Lern- und Entwicklungsperspektive der Balanced Scorecard

Betrachtet man die vier Perspektiven der BSC, ergeben sich für das betriebliche Gesundheitsmanagement sowohl bei der internen Prozessperspektive als auch bei der Lern- und Entwicklungsperspektive gute Anknüpfungsmöglichkeiten. Tatsächlich entsprechen die von Kaplan und Norton (1997) genannten drei Hauptkategorien für die Lern- und Entwicklungsperspektive – Förderung der Mitarbeiterpotentiale, Leistungsfähigkeit von Informationssystemen sowie Motivation, Befähigung und Zielausrichtung der Mitarbeitenden – zumindest teilweise den Postulaten einer lern- und gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Ulich, 2005). Beispiele für die Ausgestaltung der Lern- und Entwicklungsperspektive im Rahmen der Balanced Scorecard finden sich in Tabelle 3.10:

Tabelle 3.10

Beispiele für die Ausgestaltung der Lern- und Entwicklungsperspektive in der Balanced Scorecard durch Profit- und Nonprofit-Unternehmen (aus Kaplan & Norton, 2001)

Strategische Ziele	Messgrößen / Indikatoren*
<ul style="list-style-type: none"> – Arbeitsatmosphäre – Kernkompetenzen und Führung – Zugang zu strategischen Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> – Mitarbeiterumfrage – persönliche Balanced Scorecards – Verfügbarkeit der strategischen Kompetenz – Verfügbarkeit von strategischen Informationen
<ul style="list-style-type: none"> – Mitarbeiterproduktivität – Mitarbeiterzufriedenheit 	<ul style="list-style-type: none"> – Schulung und Förderung – Technologie – Teamarbeit – offene und effektive Kommunikation
	<ul style="list-style-type: none"> – Fluktuation – Recruiting-Erfolge – abgeschlossene Performance-Auswertungen
<ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung von Prämien für die Zusammenarbeit mit Kunden – Aufbau einer Kultur der Systemintegration 	<ul style="list-style-type: none"> – Anteil Projekte mit Ergebnisteilung – Mitarbeiterbefragung über Bewusstsein und Akzeptanz der neuen Unternehmenswerte
<ul style="list-style-type: none"> – automatisierte Informationssysteme 	<ul style="list-style-type: none"> – IT-Infrastruktur: vollständige relationale Datenbanken

Strategische Ziele	Messgrößen / Indikatoren*
<ul style="list-style-type: none"> - verbesserte „Feld“-Technologie - Erhöhung der Sachkenntnis - Ermächtigung der Mitarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> - wahrgenommene Fähigkeiten: in strategischen Funktionen benötigte Fähigkeiten - Betriebsklimaerhebungen: Mitarbeiterbefragungen
<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiterzufriedenheit/Verpflichtung - Führungs-Performance - Werte - UGS-Steuerung 	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiterabgang - Auszeichnung für Mitarbeiteranwesenheit - Mitarbeiterzufriedenheit - keine zu dokumentierenden UGS-Fälle - keine meldepflichtigen Fälle - keine Verlustzeiten
<ul style="list-style-type: none"> - Gewinnen und Halten fähiger Mitarbeiter - Übertragung von Verantwortung (Kreativität und Innovation) - Ausrichtung und Verbindung von Zielen und Vergütung 	
<ul style="list-style-type: none"> - Einbindung der Organisation - Kernkompetenzen und Fähigkeiten - Zugang zu strategischen Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> - Betriebsklimaindex - Verfügbarkeit der strategischen Kompetenz - Verfügbarkeit der strategischen Systeme
<p>Kulturwandel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung des Wandels demonstrieren - Strategieverständnis und Identifikation mit der eigenen Rolle - Kommunikation der Ergebnisse und der laufenden Aktivitäten - schulen, zuhören und beraten - Teamaufbau - Empowerment - Analyse der Lücken im Unternehmen - Aufbau kontinuierlicher Verbesserungsinstrumente 	
<p>Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse der Kenntnislücken - Aufbau von allgemeinem Know-How - abteilungsübergreifendes Engagement 	

* Die Begriffe werden in den Fallbeispielen teilweise nicht deckungsgleich verwendet. Zudem unterscheiden sich die beschriebenen „Kenngrößen“ beträchtlich hinsichtlich ihres Konkretheitsgrads. Zum Zweck der Illustration wird dieser Umstand bei der Darstellung vernachlässigt.

Bezüglich der Messbarkeit der in Tabelle 3.10 dargestellten Messgrößen und Indikatoren sind einige Zweifel angebracht (vgl. dazu auch die Kritik von Kanji & Sà, 2002); zudem werden auf der Ebene der Messgrößen bzw. Indikatoren teilweise Erhebungsmethoden aufgeführt, die an sich keine Kennzahlen sind. Betrachtet man aber die verschiedenen strategischen Ziele und Messgrößen bzw. Indikatoren in Tabelle 3.10, so wird zumindest deutlich, dass (1) eine Vielzahl verschiedener Merkmale berücksichtigt wird, dass (2) an verschiedenen Stellen Konzepte thematisiert, Instrumente eingesetzt und Indikatoren erhoben werden, die im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements ebenfalls eine wesentliche Rolle spielen und dass (3) Konzepte bzw. Indikatoren, wie z. B. Teamarbeit, aufgegriffen werden, die Implikationen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung haben können.

Anschlussmöglichkeiten

Anschlussmöglichkeiten an die Lern- und Entwicklungsperspektive der BSC sind für das Gesundheitsmanagement also vorhanden. Aus Sicht der betrieblichen Gesundheitspolitik sind als weitere sinnvolle Indikatoren insbesondere „Kennzahlen zur Messung des positiven oder negativen Befindens ...“, wie z. B. Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, Depressivität, Angst“ denkbar (Expertenkommission, 2004). Damit allerdings Handlungsfelder und Maßnahmen abgeleitet werden können, dürfen nicht nur Gesundheits- und Befindensindikatoren erhoben werden; vielmehr müssen auch die Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen in den betrieblichen Mess- und Bewertungssystemen repräsentiert werden. Die nötigen Daten können z. B. mittels Mitarbeiterbefragungen oder Tätigkeitsbeobachtungen erhoben werden. Dies ist von zentraler Bedeutung, weil etwa die Erkenntnis, dass sich der Gesundheitszustand in der Abteilung A im letzten Jahr verschlechtert hat oder die Fehlzeitenquote gestiegen ist, wenig nutzt, wenn nicht auch Aussagen zu potentiellen Ursachen, z. B. bezüglich Arbeitsinhalten, Arbeitsbedingungen oder Arbeitsklima, verfügbar sind.

3.7.2.2 Zusammenhänge zwischen der internen Prozessperspektive und der Lern- und Entwicklungsperspektive der BSC

Bezüglich der internen Prozessperspektive der BSC ergibt sich gesundheitsbezogener Handlungsbedarf vor allem in Bezug darauf, *wie* die für den Erfolg des Unternehmens bedeutsamen Prozesse gestaltet werden. Dazu können z. B. die folgenden Fragen gestellt werden: Lässt die Gestaltung der wichtigsten Prozesse des Unternehmens es zu, dass Mitarbeitende selbständig Entscheidungen treffen können? Ist bis zu einem gewissen Grad arbeitsbezogene Autonomie vorhanden? Sind die Prozesse am Konzept vollständiger Tätigkeiten unter Einbezug von Teamarbeitsstrukturen ausgerichtet? Stimulieren die vorhandenen Teamstrukturen eine aufgabenbezogene Interaktion? Welche motivationalen und gesundheitlichen Konsequenzen die Beantwortung dieser Fragen nach sich ziehen können, wird in Kapitel 4 ausführlicher dargestellt.

Bei der Konzeption der Balanced Scorecard werden aber häufig nicht alle relevanten Interessengruppen miteinbezogen (Atkinson, Waterhouse & Wells, 1997; Kanji & Sa, 2002; Norreklit, 2000); als Beispiele werden Zulieferfirmen und Mitarbeitende genannt. Betrachtet man die Outsourcingaktivitäten vieler Unternehmen und deren Konsequenzen für die Prozesse der Unternehmen, aber vor allem auch den zunehmenden Druck, dem Zulieferfirmen ausgesetzt sind, ist dies zweifellos ein wichtiger Einwand (vgl. auch Kapitel 5.1.1 zu Lean Management). In Bezug auf die Mitarbeitenden erstaunt diese Aussage insofern, als die Lern- und Entwicklungsperspektive integraler Bestandteil der BSC ist. Pratt (2001) macht bezogen auf das Thema Gesundheit darauf aufmerksam, dass die Lern- und Entwicklungsperspektive der BSC sich konzeptuell ausschließlich an der Unternehmensstrategie ausrichtet, die in der Regel nur an den für das Unternehmen selbstverständlich sehr wichtigen Kundenbedürfnissen orientiert ist. Offensichtlich genügt dies aber nicht, um die in der Managementliteratur oft geforderten motivierten Mitarbeitenden zu erhalten: „In building a Balanced Scorecard, we must not only capture the people issues which drive strategy, *but also* the common motivators which drive people“ (Pratt, 2001, S. 16). Deshalb müssten bei der Ausgestaltung der Balanced Scorecard zwei Perspektiven berücksichtigt werden. Die „top-down-Perspektive“ leitet sich im engeren Sinne aus der Strategie ab. Die

*Interne
Prozess-
perspektive*

*Relevante
Interessen-
gruppen*

„bottom-up-Perspektive“ ermöglicht die Berücksichtigung der „very basic motivators of human performance“ (Pratt, 2001, S. 16) bei der Ausgestaltung der Lern- und Entwicklungsperspektive. „I submit that innovative behavior and sustained ability for performance breakthroughs – regardless of the strategy employed – depend on employee capability, motivation, and in turn, wellbeing“ (Pratt, 2001, S. 16).

3.7.2.3 Gesamtindex oder bereichsbezogene Kennzahlen?

Die Unterscheidung zwischen der formativen Evaluation des Gesundheitsmanagementsystems und den Möglichkeiten einer summativen Evaluation von Maßnahmen und Programmen hat bereits gezeigt, dass die Erfassung der Wirksamkeit keine einfache Aufgabe ist. Dies hängt mit den verschiedenen Wirkebenen zusammen und mit der nicht leicht zu beantwortenden Frage, welche Indikatoren auf welcher Wirkebene sich inhaltlich und methodisch für die Darstellung in einem Managementsystem eignen.

Gesundheitsindex

Grundsätzlich besteht zwar die Möglichkeit, die mittels Gesundheitsbefragungen erhobenen Indikatoren zu einem Gesundheitsindex, der die Zielerreichung des betrieblichen Gesundheitsmanagements aufzeigen würde und Möglichkeiten zur Systemsteuerung böte, zusammenzufassen. Bei einem solchen Vorgehen ist aber zu berücksichtigen, dass eine Mittelung über alle Effekte leicht verdecken kann, dass in einer Teilmenge der befragten Personen durchaus gesundheitsbezogene Erfolge erzielt worden sind (Semmer & Zapf, 2004). Da außerdem Befindens- und Gesundheitsindikatoren unterschiedliche Entwicklungszeiträume aufweisen, sind entsprechende Differenzierungen unabdingbar.

Geeignete Organisations-ebene

Schließlich ist auch die Frage zu beantworten, auf welcher Organisationsebene die Balanced Scorecard ansetzen muss. Kaplan und Norton (1997) kommen zum Schluss, dass die Balanced Scorecard am besten für strategische Geschäftseinheiten (SGE) entwickelt werden sollte. „Eine für die BSC ideale strategische Geschäftseinheit führt ihre Aktivitäten durch die ganze Wertkette aus: Innovation, Fertigungsprozess, Marketing, Vertrieb und Service. Eine solche SGE hat ihre eigenen Produkte und Kunden, eigenes Marketing und Vertriebskanäle sowie eigene Produktionsstandorte. Und was noch wichtiger ist, sie hat eine genau definierte eigene Strategie“ (Kaplan

& Norton, 1997, S. 34). So zutreffend diese Aussage für eine strategieorientierte Ausgestaltung der BSC sein mag, für das betriebliche Gesundheitsmanagement stellt sie ein Problem dar, das mit der vorher angesprochenen Problematik der Mittelung der Effekte zu tun hat. In der Realität ist davon auszugehen, dass sich die Belastungs- und Ressourcenmuster und die entsprechenden Beanspruchungsfolgen in Abhängigkeit von der jeweiligen Tätigkeit unterscheiden. Handlungsleitend werden die Analyseergebnisse erst, wenn sie auf der geeigneten Abteilungs- oder Bereichsebene ausgewertet und mit dort ebenfalls erhobenen Belastungen und Ressourcen in Zusammenhang gebracht werden.

Dieses Vorgehen ist auch mit Vorschlägen von Kaplan und Norton (1997, S. 34) zur bereichsbezogenen Ausgestaltung der BSC kompatibel. Nachdem eine Balanced Scorecard für eine SGE entworfen wurde, „wird sie zum Ausgangspunkt für Balanced Scorecards für Abteilungen und Funktionseinheiten in der SGE ... Manager von Abteilungen und Funktionseinheiten können ihre eigenen Scorecards entwickeln, die mit Mission und Strategie der SGE im Einklang stehen und unterstützend wirken“.

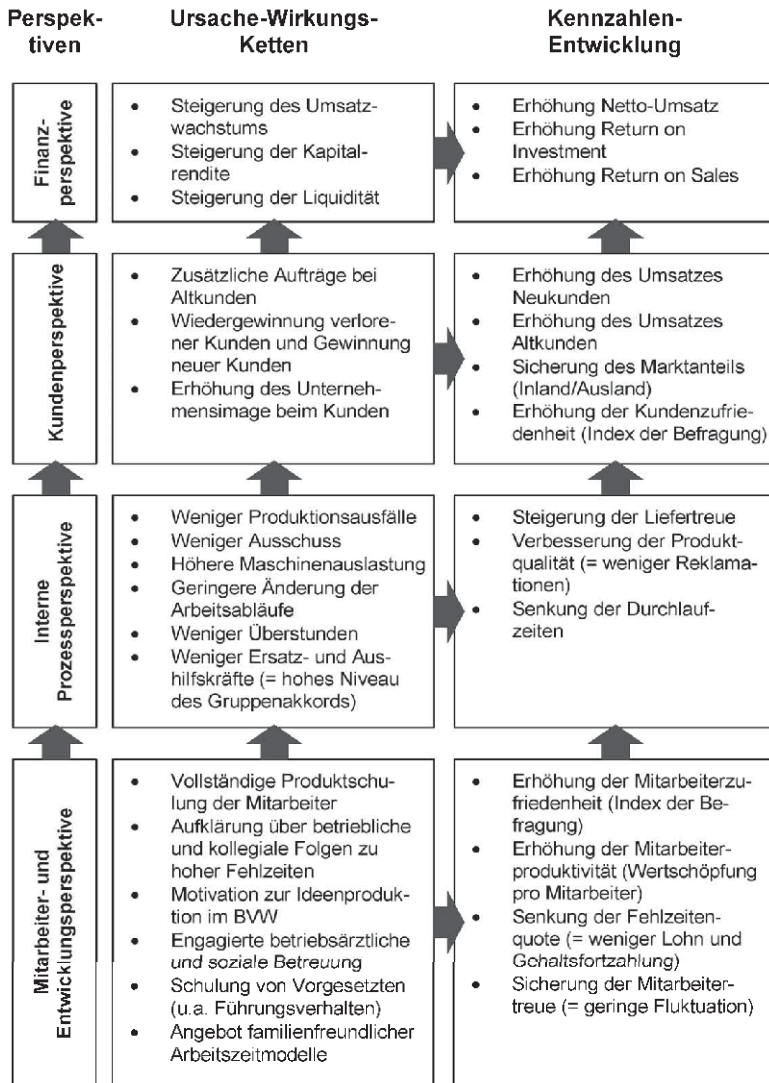
3.7.2.4 Beispiele aus Deutschland für den Einbezug von Gesundheitskennzahlen in die BSC

Der systematische Einbezug des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Managementinstrumente wie die Balanced Scorecard ist zurzeit im deutschsprachigen Raum noch eher selten zu verzeichnen. Ein Beispiel aus einer Zulieferfirma für die Automobilindustrie in Deutschland wurde von Langhoff (2002; vgl. Abbildung 3.10) berichtet. „Die Aktivitäten des 3-jährigen Arbeits- und Gesundheitsschutzprogramms sind der Mitarbeiter- und Entwicklungsperspektive zugeordnet. Dies löst Wirkungsketten bis hin zur Finanzperspektive aus. ... Die Darstellung zeigt u.a., wie eng Arbeits- und Gesundheitsschutzmassnahmen und Wirkungen mit der betrieblichen Personal- und Bildungspolitik verknüpft sind ... Erst die Kombination von Informations-, Motivations-, Gestaltungs- und Qualifizierungsmassnahmen, die nicht alle zeitgleich, sondern sukzessive geplant und durchgeführt wurden, brachte den Erfolg“ (Langhoff, 2002, S. 109).

Abbildung 3.10

Beispiel zum Einbezug des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die Balanced Scorecard einer Zulieferfirma der Automobilindustrie
(aus Langhoff, 2002, S. 109 ff.)

Strategisches Ziel: Standortsicherung



Kentner, Janssen und Rostock (2003) streben in einem weiteren Beispiel eine Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsschutz, betrieblicher Gesundheitsförderung und strategischem Management an. In der Verbindung der BSC mit dem Methodenspektrum des betrieblichen Gesundheitsmanagements berücksichtigen sie betriebswirtschaftliche und kundenorientierte Ziele, aber auch „weiche“ Erfolgsfaktoren. In der internen Prozessperspektive werden die Reduktion der Risiken durch Gefahrenstoffe und die Sicherung der störungsfreien Produktion als Ziele formuliert. In der Prozess- und Potentialperspektive (im Sinne der Lern- und Entwicklungsperspektive der BSC) formulierten sie folgende strategischen Ziele:

- Prävention von und sachgerechter Umgang mit Mobbing;
- Verbesserung der Kommunikationsprozesse;
- Optimierung der Auswahl von Mitarbeitenden.

Beide Beispiele zeigen, dass gesundheitsbezogene Ziele und Indikatoren in Bezug auf die Strategie eines Unternehmens bestimmt werden. Sofern dies ohne Abstimmung mit der Gesundheitsstrategie des Unternehmens geschieht, besteht das Risiko, dass mit eher zufällig eingeführten Indikatoren keine geeigneten Daten für die Weiterentwicklung des Gesundheitsmanagements erhoben werden können. Da von Unternehmen in vielen Fällen ökonomisch einsetzbare Instrumente gefordert werden, erhält die Auswahl einiger weniger, aber aussagekräftiger Indikatoren zusätzliches Gewicht.

*Bezug auf die
Strategie eines
Unternehmens*

3.7.2.5 Beispiele aus Kanada

Vergleichsweise zahlreiche Aktivitäten zum Einbezug des betrieblichen Gesundheitsmanagements in die BSC und andere Managementinstrumente sind in Kanada zu verzeichnen (vgl. National Quality Institute, 1998; Institute for Work & Health, 2000 sowie Pratt, 2001).

Pratt (2001, S. 129) kommt in einer Zusammenstellung vorhandener empirischer Evidenz, die sie als Basis für die Entwicklung der „Healthy Scorecard“ verwendet hat, zu folgenden zentralen Merkmalen einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur:

- A sense of belonging and meaning;
- Meaningful involvement;

- Learning and Challenge;
- Social and supervisory support;
- Job clarity;
- Pride in workmanship;
- Balance between job demands, and employee control over how work is performed;
- Balance between effort and reward;
- Physical working conditions;
- Overall job satisfaction.

Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse hat Pratt (2001, S. 137) ein Vorgehen entwickelt, mit dessen Hilfe die Lern- und Entwicklungsperspektive der BSC in Verbindung mit der betrieblichen Gesundheitsförderung gebracht wird. In Zusammenarbeit mit Betrieben werden unternehmensspezifisch die Gesundheit und das Befinden der Mitarbeitenden thematisiert und vor dem Hintergrund bestehender gesundheitsbezogener Wissensbestände Handlungsfelder konkretisiert. Das Resultat dieses Prozesses ist ein betrieblicher Gesundheitsindex, der „Employee Capability/Wellbeing Index“, der als Teil der BSC Anwendung findet.

Wirkungen und gesundheitsbezogene Treiber

In Abweichung von der üblichen Vorgehensweise bei der Definition der Lern- und Entwicklungsperspektive der BSC werden nicht nur Wirkungen, wie z. B. Fehlzeiten, sondern auch gesundheitsbezogene Treiber, wie z. B. organisationale Ressourcen, in diese Perspektive einbezogen (vgl. auch Kapitel 2.2.7.1): „Perhaps more importantly, I advocate including not only *outcome* indicators in the Learning & Growth perspective, but also leading indicators (such as the Capability/Wellbeing Index). This does go against standard BSC practice to focus on outcome measures. But I believe this departure is vital for us to really tell the story of human capital *cause-and-effect* in our Enterprise Strategy Maps“ (Pratt, 2001, S. 137). Der Einbezug des Gesundheitsindex in die BSC erfolgt mithilfe einer „Healthy Strategy Map“ (vgl. Kasten 3.9).

The Healthy Strategy Map (aus Pratt, 2001, S. 141)

Kasten 3.9

„Let's take a look at the Strategy Map for building employee capability and wellbeing into the Balanced Scorecard: The Healthy Strategy Map ... This figure is key to understanding the Healthy Scorecard.

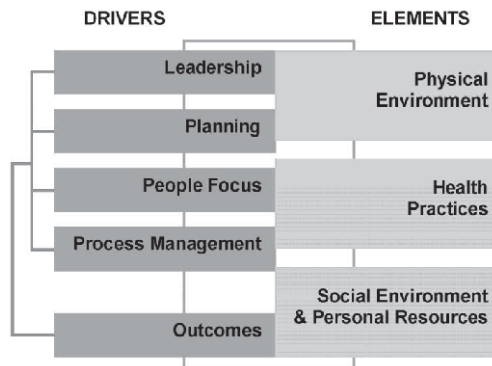
1. The central logic is that the Capability/Wellbeing Index is a bellwether for the quality of work life, and leadership. This is not a stand-alone metric for the Learning and Growth perspective. Rather, it should also be supported by tightly focused strategic metrics for information systems, culture, and competencies.
2. When the Capability/Wellbeing Index improves, organizations can expect improvements in their HR Outcomes Index, such as employee turnover, absenteeism, grievances, and illness rates, as well as improvements in customer results.
3. When critical business processes improve (including HR and health/safety processes), we can also expect improvements in HR Outcomes ... Improving Internal Processes reduces the hassle factor for employees, and improves the quality of the work environment. Employees react by giving higher ratings on the Capability/Wellbeing Index.
4. When the HR Outcome Index improves, so do financial results. There are two pathways for this improvement:
 - a. Traditional direct costs are reduced, such as worker's compensation, drug costs, short- and long-term disability costs. In addition indirect costs can be tracked, such as the cost to hire replacement labour, or the cost of equipment damage from an accident ...
 - b. Opportunity costs are also reduced. Like a canary in a coalmine, when the Capability/Wellbeing Index deteriorates, we know there will be a trickle down effect – or a flood – to business results. And this is where the undiscovered value of health lies.“

Auch das kanadische „National Quality Institute“ (1998) hat in Zusammenarbeit mit „Health Canada“ ein Instrument entwickelt, in dem sowohl Leistungstreiber als auch gesundheitsbezogene Konsequenzen, die „Canadian Healthy Workplace Criteria“, einbezogen werden (vgl. Kasten 3.10).

Kasten 3.10

Canadian Healthy Workplace Criteria (aus National Quality Institute, 1998, S. 3)

„The National Quality Institute and Health Canada have adopted a holistic view of workplace health which encompasses multiple aspects of the organization and its management practices. As such, The Canadian Healthy Workplace Criteria cover four 'drivers' which are essential to developing and sustaining a healthy workplace. These include: Leadership, Planning, People Focus, and Process Management. A fifth section entitled 'Outcomes' is designed to capture the results and effects of the organization's healthy workplace effort. The key 'elements' that make up a healthy workplace include: the Physical Environment, Health Practices and Social Environment & Personal Resources.

**1. Leadership**

This section focuses on those who have primary responsibility and accountability for the organization's performance. For a healthy workplace system to be successful, it must be viewed as a line management task supported through either direct involvement by senior management ... or through directives from senior management. Good leadership is based on a foundation of ethics and values that serve to reinforce the development and sustainability of a healthy workplace environment.

2. Planning

This section examines the planning process in place for developing an overall Healthy Workplace Plan for the organization as well as the design, activities and evaluation of integrated healthy workplace programs. Programs can cover a wide variety of issues and often impact one another ... One component alone is not usually sufficient to make up an overall program. In the same way, the three key elements of a healthy workplace – namely the Physical Environment, Health Practices, and Social Environment & Personal Resources – build on one another to meet the needs of employees.

3. People Focus

This section examines the organization's efforts to foster and support an environment that encourages people to get involved in healthy workplace activities. Treating people with respect and trust, providing them with the opportunity to contribute ideas and

speak out, without fear of retribution, on issues of concern (such as the organization's design and control of work) are important bases for developing a healthy workplace environment.

4. Process Management

This section examines how processes that have a direct impact on a healthy workplace are controlled and improved, notably those 'key' processes that are critical to sustaining actions and a strong focus on employee well-being across the organization. Organizations that are successful in sustaining and improving a healthy workplace move well beyond the 'awareness and information' stage of their programs toward a focus on skill development and behavior change that help to reinforce a healthy workplace. These organizations have also created a supportive environment that helps to maintain and improve such a focus.

5. Outcomes

This section examines the results and achievements associated with developing a healthy workplace with the aim of encouraging and improving employee health and well-being and sustaining a culture that allows people to make a positive contribution to the organization within a healthy environment.

The Key Elements of a healthy Workplace

1. Physical Environment

The quality and sustainability of the physical environment have profound implications on the health of people today and in the future. A healthy physical environment is one that addresses the health and safety of the work force, and exceeds responsibilities in relation to current health and safety legislation and directives. Such an environment is one that fosters and supports a safe and healthy workplace with policies, programs and activities that reinforce and provide for good practices.

3. Health Practices

This element assesses environments that enable and support healthy lifestyles, behaviours and coping skills for dealing with life in healthy ways, and the opportunity employers provide to support health practices among employees. Organizations with a focus on employee well-being go beyond providing information on health practices. They support skill building and behaviour change.

4. Social Environments and Personal Resources

The social environment is the culture of an organization as experienced by its employees. Culture is created, reinforced and sustained by ongoing patterns of human relationships and communications that are known to have an important influence on mental and physical health. In turn, these patterns are strongly influenced by managerial decisions about the organization and the design of work as they result in policies and practices implemented and the extent to which basic human needs are routinely addressed. These needs relate to: respect, a sense of belonging, purpose and mission, a sense of control over one's own work, freedom of expression and protection from harassment and discrimination. The social environment also has an effect through interpersonal relationships, for example peer communication as well as supervisory communication and feedback."

**Offene
Konzeption**

Sowohl die „Healthy Scorecard“ als auch die „Canadian Healthy Workplace Criteria“ sind inhaltlich offen konzipiert. Das heißt bei der Gestaltung der gesundheitsbezogenen Aspekte der BSC und anderer Managementinstrumente wird zwar auf relevante Forschungsergebnisse zurückgegriffen, die konkrete Ausgestaltung erfolgt aber vor Ort in den Unternehmen. Die Leistungstreiber und Wirkungen der „Canadian Healthy Workplace Criteria“ stimmen teilweise mit dem Qualitätsmodell der ENBGF überein (vgl. Kapitel 3.6.2), z. B. die Dimensionen Planung und Führung. Parallelen zur BSC ergeben sich bei beiden Instrumenten durch die Konzentration auf wenige relevante Indikatoren, durch die Berücksichtigung sowohl von Leistungstreibern als auch von Ergebniskennzahlen sowie durch die Möglichkeit eines maßgeschneiderten Einsatzes des Instruments. Damit ist der Vorteil verbunden, dass die Akzeptanz des Gesundheitsthemas beim Management erhöht und der Einbezug des Gesundheitsmanagements in die betrieblichen Entscheidungsprozesse erleichtert wird (Institute for Work & Health, 2000).

3.8 Exkurs : Anreizsysteme für betriebliches Gesundheitsmanagement: die Rolle der Sozialversicherungsträger

BGM als Netzwerkaktivität

Insgesamt stellt sich die Frage, wie Unternehmen vermehrt dafür gewonnen werden können, in betriebliches Gesundheitsmanagement zu investieren. Damit ist die Frage nach entsprechenden Anreizsystemen (vgl. Kapitel 3.2.4) verbunden. Betriebliches Gesundheitsmanagement kann als Netzwerkaktivität verstanden werden, in deren Rahmen verschiedene Akteure eine aktive Rolle einnehmen müssen (vgl. Expertenkommission, 2004). Dabei geht es um die Sozialpartner, die Sozialversicherungsträger, die Gesundheitsexpertinnen und -experten und staatliche Institutionen. In Bezug auf die Rolle der Sozialversicherungsträger, d. h. der Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Rehabilitationsabteilungen der Rentenversicherungen und Arbeitsmarktbehörden kommt die Expertenkommission z. B. zu folgenden Empfehlungen (S. 6): „Sie sollten zukünftig noch

stärker im Sinne ihrer kollektiven Verantwortung untereinander und mit den Betrieben zusammenarbeiten: sich vom 'payer' zum 'player' weiterentwickeln und sich verstärkt um die Vermeidung von Versicherungsfällen bemühen durch Unterstützung betrieblicher Gesundheitspolitik“.

Eine mögliche Form der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Unternehmen soll hier am Beispiel eines Projekts der AOK Niedersachsen dargestellt werden (vgl. Drupp & Osterholz, 1997, 2001; Osterholz & Schott, 2001; Thul & Zink, 2001). Hier wurde im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Modellversuchs die Anwendung eines „prospektiven Beitragsbonus“ erprobt. Die Besonderheit des Projekts ist darin zu sehen, „dass Unternehmen, die über den Weg einer kombinierten Selbst- und Fremdbewertung den Nachweis systematischer und umfassend angelegter Massnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements erbringen, für jeweils ein Jahr prospektiv einen Beitragsbonus in Höhe eines Monatsbeitrages für die Krankenversicherung erhalten“ (Drupp & Osterholz, 2001, S. 148). Im Zentrum des Interesses stand dabei die Frage, ob ein direkter finanzieller Anreiz die Unternehmen dazu motiviert, Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu implementieren. Außerdem sollte geprüft werden, welche Kosten-Nutzen-Relationen sich für die Beteiligten kurz-, mittel- und langfristig ergaben. Das Projekt startete 1996, bis 2001 waren 44 Unternehmen verschiedener Größen am Projekt beteiligt. In Bezug auf die nach der Halbzeit vorgelegten Zwischenergebnisse des Projekts zeigte sich zusammenfassend folgendes Bild (Drupp & Osterholz, 2001, S. 158; vgl. auch Osterholz & Schott, 2001):

- Die beteiligten Unternehmen berichteten über signifikante Reduzierungen von Krankenständen und Unfallzahlen, aber auch über einen beachtlichen projektbezogenen Investitionsaufwand. Kleinbetriebe werden durch diesen Aufwand eher abgeschreckt.
- Die betriebswirtschaftliche Bilanz der beteiligten Krankenkassen fällt bezogen auf die mittleren und großen Unternehmen insgesamt positiv aus. Hier standen den finanziellen Aufwendungen im Branchenvergleich überdurchschnittliche Mitglieder- und Marktanteilsgewinne gegenüber. Bei Kleinbetrieben war eine solche Kompensation nicht möglich. Insgesamt verzeichnete „die federführende Krankenversicherung durch das Projekt und seine

Prospektiver Beitragsbonus

nationale wie internationale Beachtung Vorteile der Imagebildung“ (Drupp & Osterholz, 2001, S. 58).

- In den kleinen Unternehmen spielten offensichtlich die Ausbildung und Erfahrung des Managements eine Rolle. Fehlendes fachliches und organisatorisches Know-how kann durch die Krankenversicherungen nur bedingt beigetragen werden. In diesem Zusammenhang wären Netzwerkaktivitäten sinnvoller, insbesondere unter Einbezug vorhandener Institutionen wie der Handwerkskammern.

Insgesamt ist dieses Modellprojekt ein gutes Beispiel dafür, dass ein eher kurzfristig wirksamer finanzieller Anreiz die Inangriffnahme eines langfristig angelegten Prozesses des betrieblichen Gesundheitsmanagements anregen kann. Durch die jährlich erneut vorzunehmende Bewerbung und die fest eingeplanten Review-Schleifen wurde ein Beitrag zu einer kontinuierlichen Umsetzung der Maßnahmen geleistet. Dass eine langfristige Integration der betrieblichen Gesundheitsförderung in betriebliche Entscheidungsstrukturen oft nicht erreicht wurde, hängt möglicherweise mit der unterschiedlichen Qualität der Durchführung der Projekte zusammen. Im Zusammenhang mit dem für die Betriebe relativ großen Projektaufwand ist schließlich zu fragen, ob nicht „pragmatischere“ Strategien und Instrumente entwickelt werden können (Lenhardt, 2003, S. 44).

Systematisierung und Professionalisierung

Auch für die beteiligten Krankenkassen ist dieses Vorgehen aufgrund seines präventiven Potentials interessant. Lehardt (2003) weist darauf hin, dass eine Reihe bedeutender Krankenkassen in den letzten Jahren qualifizierte Fachleute für betriebliche Gesundheitsförderung angestellt haben und dass insofern auf dieser Seite eine Systematisierung und Professionalisierung zu beobachten ist. Berücksichtigt man andererseits, dass die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland im Jahr 2001 für Prävention und Gesundheitsförderung 0.91 Euro pro versicherte Person ausgegeben haben (Altgeld, 2002), wird deutlich, dass nicht einmal die Handlungsoptionen des geltenden Rechtsrahmens ausgeschöpft werden. In § 20 SGB V sind bis zu 2.56 Euro pro versicherte Person, d. h. mehr als das Doppelte des investierten Betrags, vorgesehen. Andererseits wendeten die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland im Jahre 2001 für die Krankenbehandlung pro versicherte Person ca. 2'600 Euro

auf (vgl. Expertenkommission, 2004). Diese Zahlen verdeutlichen ein dramatisches Ungleichgewicht zwischen Investitionen in Prävention und Ausgaben für Behandlung.

3.9 Fazit

Betriebliches Gesundheitsmanagement stellt keine isolierte Aufgabe dar. Wichtige Schnittstellen ergeben sich beispielsweise zu den Bereichen Unternehmensorganisation, Produktionsplanung und -steuerung, Qualitätsmanagement und Human Resource Management. Die Aktivitäten dieser Bereiche haben, häufig unbeabsichtigt, unmittelbare und längerfristige Konsequenzen für die Gesundheit und das Befinden der Mitarbeitenden. Dementsprechend sind die Akteure des betrieblichen Gesundheitsmanagements gefordert, die entsprechenden Anknüpfungspunkte aktiv zu suchen und daraus entstehende gemeinsame Aufgabenbereiche mit den jeweils Verantwortlichen gemeinsam zu gestalten. Die bis hier vorgestellten Modelle, Methoden und Instrumente sowie die im nächsten Kapitel dargestellten Gestaltungskonzepte spielen dabei eine zentrale Rolle.

Konzepte gesundheitsförderlicher Arbeits- und Organisationsgestaltung

Kapitel 4

Basis für die Realisierung von Konzepten persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeits- und Organisationsgestaltung ist die Wahl der dafür geeigneten Strategien. Im betrieblichen Alltag findet die dafür notwendige gedankliche Auseinandersetzung häufig nicht statt. So lässt sich etwa immer wieder beobachten, dass PPS-Systeme eingeführt werden, ohne dass die Auswirkungen z. B. auf die Anforderungen und Belastungen oder die Möglichkeiten der Nutzung von Ressourcen genügend reflektiert werden.³⁰

4.1 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 kann es beinahe als Alltagserfahrung bezeichnet werden, 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 notwendig, wenn ergonomische, physiologische, psychologische, sicherheitstechnische oder rechtliche Erfordernisse von Planern, Konstrukteuren, Anlagenherstellern, Softwareproduzenten, Organisatoren oder anderen „zuständigen“ Instanzen nicht oder nicht angemessen berücksichtigt worden sind (vgl. Kasten 4.1).

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 Ar-

*Korrektive
Arbeits-
gestaltung*

³⁰ Dieses Kapitel folgt in Teilen einer früheren Publikation des Erstautors (Ulich, 2005).

beitsgestaltung, wo immer möglich, durch präventive Arbeitsgestaltung ersetzt wird.

Präventive Arbeits- gestaltung

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.

Prospektive Arbeits- gestaltung

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.

Kasten 4.1

Beispiele für die Realisierung unterschiedlicher Strategien der Arbeitsgestaltung (aus Ulich, 2005)

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* Lärm-erzeugung oder Unfallträchtigkeit

Beispiele für präventive Arbeitsgestaltung sind

- die Beschaffung geeigneten Mobiliars, *bevor* Beschwerden auftreten können
- systematischer Wechsel zwischen Tätigkeiten mit und ohne Computerunterstützung, 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 4.1 noch einmal zusammengefasst. Die korrektive Arbeitsgestaltung entspricht dem Konzept der Tertiärprävention, die präventive Arbeitsgestaltung dem der Primärprävention.

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

Tabelle 4.1

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 „Differenzielle Psychologie“ bezeichnet wird, sprechen wir hier auch von differenzieller Arbeitsgestaltung. Das Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung (Ulich, 1978, 2005) meint das Angebot verschiedener Arbeitsstrukturen,

*Prinzip der
differentiellen
Arbeits-
gestaltung*

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*.

Zu Recht haben Steinmann und Schreyögg (1980, S. 76) auf die Möglichkeit hingewiesen, dass sich Beschäftigte, „bei denen sich aufgrund jahrelanger Unterforderung und fehlender Entwicklungsmöglichkeiten eine resignativ gestimmte Grundeinstellung und ein Zustand mehr oder weniger apathischer ‚Hilflosigkeit‘... eingestellt hat“, beim Angebot von Wahlmöglichkeiten für ihre gewohnten Arbeitsbedingungen entscheiden. Aus diesem Grunde wurde es notwendig, Vorgehensweisen zu entwickeln, mit deren Hilfe die Subjektposition der Arbeitenden zur Geltung gebracht, Qualifizierungsbarrieren abgebaut und Qualifizierungsbereitschaften entwickelt werden können (vgl. Alioth, 1980; Baitsch, 1985; Duell & Frei, 1986; Ulich, 1981a, 2005).

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. So ermöglichte ein Verzicht auf Automatisierung aller automatisierbaren Operationen eine sinnvolle Gliederung in „maschinelle“ und „personelle“ Arbeitsabschnitte. „Diese sinnvolle Arbeitsteilung konnte jedoch nur dadurch erreicht werden, dass Arbeitswissenschaftler rechtzeitig in die Neuplanung einbezogen wurden“ (Zülch & Starringer, 1984, S. 215).

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).

Als Ergebnis einer Diskussion über „Arbeitsgestaltung versus Eignungsdiagnostik“ kam Frieling (1988, S. 143) sogar zu dem Schluss: „Differentieller Arbeitsgestaltung ist der Vorzug vor eignungsdiagnostischer Auswahl zu geben, auch dann, wenn die Methode der Selektion vordergründig kostengünstiger erscheint“. Damit würde der eignungsdiagnostische Ansatz für bestimmte Fälle „umgekehrt“. In diesen Fällen wären es nicht mehr externe oder betriebliche Instanzen, die die „Eignung“ einer Person für eine bestimmte Art der

Auftrags erledigung feststellen, sondern 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 so auch Schnittstelle „zwischen bedingungs- und personenbezogenen gesundheitsförderlichen Interventionen“ (Bamberg & Metz, 1998, S. 192). Eine geeignete Basis dafür stellen der Soziotechnische Systemansatz und das daraus entwickelte MTO-Konzept dar.

4.2 Der Soziotechnische Systemansatz und das MTO-Konzept

Menschliche Arbeitstätigkeit findet mehrheitlich in Arbeitssystemen statt, die aus einem sozialen und einem technischen Teilsystem bestehen. Das soziale Teilsystem beinhaltet die innerhalb des Arbeitssystems beschäftigten Personen, das technische Teilsystem die Betriebsmittel sowie die übrigen technischen und räumlichen Arbeitsbedingungen. Die Wechselwirkungen zwischen den sozialen und den technischen Komponenten von Arbeitssystemen finden im Konzept des soziotechnischen Systems besondere Berücksichtigung (vgl. Alioth, 1980; Emery, 1959; Emery & Trist, 1960; Ulich, 2005).

Soziotechnische Systeme sind offene und dynamische Systeme (Bertalanffy, 1950), d. h. sie erhalten Inputs aus der Umwelt und geben Outputs in die Umwelt ab. Dies gilt sowohl unter materiellen und energetischen als auch unter informationellen und normativen Aspekten. Dieses Konzept wurde zunächst für so genannte „Primäre Arbeitssysteme“ ausformuliert, später auch auf Makrosysteme („domains“ im Sinne von Trist, 1981) übertragen.

Primäre Arbeitssysteme sind identifizierbare und abgrenzbare Subsysteme einer Organisation, z. B. eine Fertigungs- oder eine Montageabteilung. Sie können aus einer Gruppe oder aus einer Anzahl von Gruppen bestehen, deren erkennbarer gemeinsamer Zweck die Beschäftigten und ihre Aktivitäten miteinander verbindet (Trist, 1981, S. 11). Die Verknüpfung des sozialen mit dem technischen Teilsystem erfolgt in zweifacher Weise über die Arbeitsrollen der Beschäftigten: Durch die Arbeitsrollen werden einerseits die Funktionen festgelegt, die die Beschäftigten im Produktionsprozess wahrzunehmen haben. Andererseits werden über die Arbeitsrollen die erforderlichen Kooperationsbeziehungen zwischen den Beschäftigten bestimmt. „Occupational roles express the relationship between a production process and the social organization of the group. In one direction they are related to tasks which are related to each other; in the other, to people who are also related to each other“ (Trist & Bamforth, 1951, S. 14).

Die Verknüpfung der beiden Teilsysteme findet ihren Niederschlag u.a. in unterschiedlichen Ausprägungen der Mensch-Maschine-Funktionsteilung und -Interaktion.

Analyseeinheit ist das primäre Arbeitssystem insgesamt, aber unter besonderer Berücksichtigung der beiden Teilsysteme und der Art ihrer Verknüpfung. Gestaltungsziel ist deren gemeinsame Optimierung im Sinne des „best match“ (Susman, 1976). Gestaltungsansatz ist die Primäraufgabe; das ist die Aufgabe, zu deren Bewältigung das entsprechende System bzw. Subsystem geschaffen wurde (Rice, 1958, S. 33). Allerdings können technologische Festlegungen hinsichtlich der Sekundäraufgaben – z. B. der Steuerung des Inputs – die Gestaltungsspielräume für die Erfüllung der Primäraufgabe entscheidend determinieren. So kann etwa die Einführung eines Produktionsplanungs- und -steuerungssystems, das die Bearbeitung eines Fertigungsauftrags inhaltlich und zeitlich bis ins Einzelne festlegt, vorher vorhandene individuelle und/oder kollektive Tätigkeits-spielräume zerstören. Dies kommt in der Praxis von Industrieunternehmen, aber auch in Banken, Versicherungen und Verwaltungen tatsächlich häufig vor. Deshalb kommt unter den Bedingungen des Einsatzes fortgeschrittener Technologien der Auslegung der Sekundäraufgaben wachsende Bedeutung zu.

*Technologie-
einsatz und
Organisation
gemeinsam
optimieren*

Das Konzept der soziotechnischen Systemgestaltung postuliert explizit die Notwendigkeit, den Technologieeinsatz und die Organisation gemeinsam zu optimieren (joint optimization). Dabei sind die in Kasten 4.2 wiedergegebenen Prinzipien (vgl. Alioth, 1986; Ulich, 2005) praktisch bedeutsam. Ihre Berücksichtigung verhindert unter anderem das Entstehen von technischen „Sachzwängen“, die sich üblicherweise dann ergeben, wenn technische Systeme ohne Berücksichtigung von Organisationsanforderungen konzipiert werden.

Kasten 4.2

Prinzipien soziotechnischer Systemgestaltung

1. Bildung relativ unabhängiger Organisationseinheiten

Damit ist gemeint, dass Mehrpersonenstellen als kleinster Organisationseinheit ganzheitliche Aufgaben übertragen werden. Dies setzt voraus, dass der Produktionsprozess in relativ unabhängige (Teil-)Prozesse untergliedert wird, die nicht direkt verkettet, sondern modular vernetzt sind.

2. Zusammenhang der Aufgaben in der Organisationseinheit

Die verschiedenen Arbeitstätigkeiten in einer Organisationseinheit sollten einen inhaltlichen Zusammenhang aufweisen, damit das Bewusstsein einer gemeinsamen Aufgabe entsteht und gegenseitige Unterstützung nahe gelegt wird.

3. Einheit von Produkt und Organisation

Der technisch-organisatorische Ablauf muss so gestaltet sein, dass das Arbeitsergebnis qualitativ und quantitativ auf die Organisationseinheit rückführbar ist. Dies ist zugleich die Voraussetzung für die Schaffung ganzheitlicher Aufgaben.

Der soziotechnische Systemansatz hat in den letzten Jahren auch in Arbeiten von Frieling (1999a; Frieling & Sonntag, 1999) und Oesterreich (1999a) eine bemerkenswert positive Würdigung erfahren. So findet sich bei Oesterreich (1999a, S. 212) als Ergebnis seiner Auseinandersetzung über die Bedeutung unterschiedlicher Konzepte für gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung das folgende Resümee:

- „Das Konzept der Soziotechnischen Systemgestaltung ist grundsätzlich mit dem Anliegen einer gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung vereinbar.“

- Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung kann sich nicht auf einzelne Arbeitsplätze beziehen, sondern muss mindestens ganze betriebliche Abteilungen betreffen.
- Gemäss dem Konzept der soziotechnischen Systemgestaltung nutzt eine gesundheitsgerechte Arbeit nicht lediglich den Beschäftigten, sondern sie dient auch betrieblichen Zielen verbesserter Produktivität, was insbesondere auch für die Erhöhung von psychischen Anforderungen gilt.“

Dass auch nicht industrielle Arbeitssysteme wie z.B. im Gesundheitsbereich als soziotechnische Systeme zu begreifen sind, haben Schüpbach und Majumdar (2003) am Beispiel der Arztpraxis aufgezeigt. Schüpbach (2008) hat das Konzept schließlich auch auf Schulen als Organisationen übertragen.

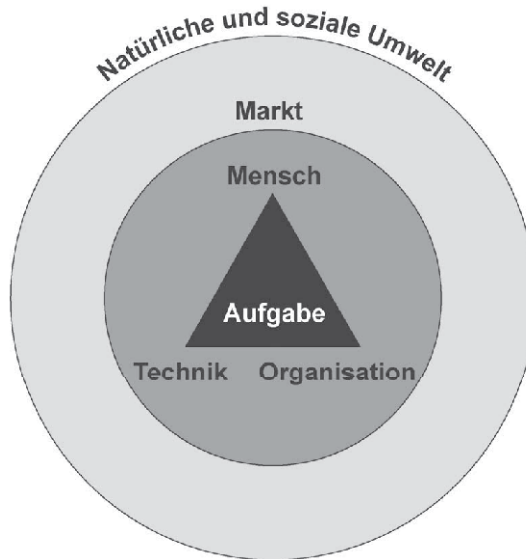
Eigene Forschungsergebnisse und Erfahrungen mit betrieblichen Restrukturierungsprojekten führten schließlich zur Formulierung des MTO-Konzeptes (Ulich, 1997, 2005) und der MTO-Analyse (Strohm & Ulich, 1997; vgl. Kapitel 3.5.2). Dieser Ansatz geht davon aus, dass Mensch, Technik und Organisation in ihrer gegenseitigen Abhängigkeit und ihrem Zusammenwirken verstanden werden müssen (vgl. Abbildung 4.1).

Das MTO-Konzept geht vom Primat der Aufgabe aus (vgl. Abschnitt 4.3). Die Arbeitsaufgabe verknüpft einerseits das soziale mit dem technischen Teilsystem, sie verbindet andererseits den Menschen mit den organisationalen Strukturen. Die Reihenfolge der Verknüpfung (MTO) ist dabei keineswegs zufällig. Vielmehr spielt die Aufgabenverteilung zwischen Mensch und Technik, die *Mensch-Maschine-Funktionsteilung* also, eine entscheidende Rolle für die Entwicklung und Konstruktion von Produktionssystemen und zugleich auch für die Rolle des Menschen im Produktionsprozess. Schließlich bestimmt die Art der Mensch-Maschine-Funktionsteilung den Grad der Automatisierung sowie die mögliche Autonomie der Beschäftigten (vgl. dazu Grote, 1997; Grote et al., 1999; Wäfler et al., 1999) und signalisiert damit zugleich, von welcher Art der Ressourcennutzung Markterfolg erwartet wird. Ein sehr ähnliches Konzept findet sich neuerdings auch bei Frieling (1999a; Frieling & Sonntag, 1999). Fragen der Nutzung bzw. Vergeudung natürlicher und sozialer externer Ressourcen sind in ein erweitertes MTO-Konzept einzubeziehen.

*Mensch -
Maschine -
Funktions-
teilung*

Abbildung 4.1

Mensch, Technik, Organisation: ein soziotechnisches Gestaltungskonzept (aus Ulich, 1997)



4.3 Primat der Aufgabe

Für Hacker (1998, S. 51) ist der Arbeitsauftrag bzw. seine Interpretation oder Übernahme als Arbeitsaufgabe „die zentrale Kategorie einer psychologischen Tätigkeitsbetrachtung..., weil mit der ‘objektiven Logik’ seiner Inhalte entscheidende Festlegungen zur Regulation und Organisation der Tätigkeiten erfolgen“. Im Beitrag von Volpert (1987, S. 14) heißt es dazu: „Der Charakter eines ‘Schnittpunktes’ zwischen Organisation und Individuum macht die Arbeitsaufgabe zum psychologisch relevantesten Teil der vorgegebenen Arbeitsbedingungen“.

Damit lässt sich eine Brücke schlagen zu den Konzepten soziotechnischer Systemgestaltung. Bei Blumberg (1988, S. 56) heißt es dazu „... the task must be the point of articulation between the social and technical systems – linking the job in the technical system with its

correlated, role behavior in the social system“. Die Aufgabe ist also nicht nur „Schnittpunkt“ zwischen Organisation und Individuum, sondern zugleich Kern des soziotechnischen Systems und Fokus arbeitspsychologischer Gestaltungskonzepte. Dies gilt insbesondere auch für das in Abbildung 4.1 vereinfacht dargestellte MTO-Konzept, das den Einsatz von Technik, die Nutzung und Entwicklung der Mitarbeiterqualifikation sowie die Gestaltung der Organisation gemeinsam zu optimieren versucht.

Damit stellt sich die Frage, wie Arbeitsaufgaben konkret gestaltet werden sollen, damit eine *Aufgabenorientierung* entsteht, die die Entwicklung der Persönlichkeit – und deren Gesundheit – im Arbeitsprozess fördert und zur Aufgabenerfüllung motiviert, ohne dass es der ständigen Kompensation durch von außen kommende Stimulation bedarf.

In seinem Beitrag über „Characteristics of Socio-Technical Systems“ hat Emery (1959) zwei Voraussetzungen für das Entstehen einer Aufgabenorientierung benannt: (a) die arbeitende Person muss Kontrolle über die Arbeitsabläufe und die dafür benötigten Hilfsmittel haben; (b) die strukturellen Merkmale der Aufgabe müssen so beschaffen sein, dass sie in der arbeitenden Person Kräfte zur Vollendung oder Fortsetzung der Arbeit auslösen.

Kontrolle wird hier verstanden als die Freiheit, zwischen verschiedenen Möglichkeiten auszuwählen und/oder die Möglichkeit, auf Abläufe Einfluss zu nehmen. Dies entspricht durchaus dem Verständnis von Kontrolle, wie es auch in der deutschsprachigen Arbeitspsychologie seit den 1970er Jahren vertreten wird (vgl. Frese, 1978).

Nach Emery (1959) hängt im Übrigen der Grad der möglichen Kontrolle über die Arbeitsabläufe nicht nur von den strukturellen Merkmalen der Aufgabe oder der delegierten Vollmacht ab, sondern vor allem von der Qualifikation und der Kompetenz, die jemand in die Arbeitstätigkeit einbringt.

Nach den Angaben von Emery und Thorsrud (1982) sind es schließlich folgende Gestaltungsmerkmale, die die Entwicklung einer Aufgabenorientierung begünstigen:

- Ganzheitlichkeit;
- Anforderungsvielfalt;

*Gestaltungs-
merkmale*

- Möglichkeiten der sozialen Interaktion;
- Autonomie;
- Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten.

Ziele und Realisierungsmöglichkeiten für die genannten und weiteren Aufgabenmerkmale sind in Tabelle 4.2 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 4.2

Merkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung, die Aufgabenorientierung bewirken, Anforderungen erhöhen und Belastungen reduzieren (aus Ulich, 2005, S. 202)

Gestaltungsmerkmal	Angenommene Wirkung	Realisierung durch
■ Vollständigkeit	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – Schwierigkeiten können gemeinsam bewältigt werden – Gegenseitige Unterstützung hilft Belastungen besser ertragen 	... Aufgaben, deren Bewältigung Kooperation nahe legt oder voraussetzt
■ Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> – Stärkt Selbstwertgefühl und Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung – Vermittelt die Erfahrung, nicht einfluss- und bedeutungslos zu sein 	... Aufgaben mit Dispositions- und Entscheidungsmöglichkeiten

Gestaltungsmerkmal	Angenommene Wirkung	Realisierung durch
■ Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> – Allgemeine geistige Flexibilität bleibt erhalten – Berufliche Qualifikationen werden erhalten und weiter entwickelt 	... problemhaltige Aufgaben, zu deren Bewältigung vorhandene Qualifikationen eingesetzt und erweitert bzw. neue Qualifikationen angeeignet werden müssen
■ Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Wirkt unangemessener Arbeitsverdichtung entgegen – Schafft Freiräume für stressfreies Nachdenken und selbst gewählte Interaktionen Schaffen von Zeitpuffern bei der Festlegung von Vorgabezeiten
■ Sinnhaftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Vermittelt das Gefühl, an der Erstellung gesellschaftlich nützlicher Produkte beteiligt zu sein – Gibt Sicherheit der Übereinstimmung individueller und gesellschaftlicher Interessen 	<p>... Produkte, deren gesellschaftlicher Nutzen nicht in Frage gestellt wird</p> <p>... Produkte und Produktionsprozesse, deren ökologische Unbedenklichkeit überprüft und sichergestellt werden kann</p>

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.

Die weitgehende Akzeptanz des in Tabelle 4.2 wiedergegebenen Satzes persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabenmerkmale lässt sich nicht zuletzt daran ablesen, dass er sich nahezu vollständig in der Europäischen Norm EN 614-2 wieder findet (Kasten 4.3).

Kasten 4.3

Merkmale gut gestalteter Arbeitsaufgaben nach EN 614-2 (aus: DIN EN 614-2, 2000).

"Im Gestaltungsprozess muss der Konstrukteur

- a) die Erfahrung, Fähigkeiten und Fertigkeiten der bestehenden oder zu erwartenden Operatorenpopulation berücksichtigen.
- b) sicherstellen, dass die durchzuführenden Arbeitsaufgaben als vollständige und sinnvolle Arbeitseinheiten mit deutlich identifizierbarem Anfang und Ende erkennbar sind und nicht einzelne Fragmente solcher Aufgaben darstellen.
- c) sicherstellen, dass durchgeführte Arbeitsaufgaben als bedeutsamer Beitrag zum Gesamtergebnis des Arbeitssystems erkennbar sind.
- d) die Anwendung einer angemessenen Vielfalt von Fertigkeiten, Fähigkeiten und Tätigkeiten ermöglichen.
- e) für ein angemessenes Maß an Freiheit und Selbständigkeit des Operators sorgen.
- f) für ausreichende, für den Operator sinnvolle Rückmeldungen in Bezug auf die Aufgabendurchführung sorgen.
- g) ermöglichen, vorhandene Fertigkeiten und Fähigkeiten auszuüben und weiterzuentwickeln, sowie neue zu erwerben.
- h) Über- und Unterforderung des Operators vermeiden, die zu unnötiger oder übermäßiger Beanspruchung, Ermüdung oder zu Fehlern führen kann
- i) repetitive Aufgaben vermeiden, die zu einseitiger Arbeitsbelastung und somit zu Monotonie- und Sättigungsempfindungen, Langeweile oder Unzufriedenheit führen können.
- j) vermeiden, dass der Operator alleine, ohne Gelegenheit zu sozialen und funktionalen Kontakten arbeitet.

Diese Merkmale gut gestalteter Arbeitsaufgaben der Operatoren dürfen bei der Gestaltung von Maschinen nicht verletzt werden".

Vielfach belegt ist die Bedeutung inadäquater Aufgabengestaltung für die Entwicklung von Fehlbeanspruchungen (z.B. Leitner, 1999; Oesterreich, 1999; Semmer & Udris, 2004; Semmer & Zapf, 2004; Zapf & Semmer, 2004; Semmer, McGrath & Beehr, 2005). "Aufgabenbezogene psychische Belastungen entstehen somit dann, wenn die konkreten Arbeitsbedingungen die Arbeitsausführung behindern, ohne dass die arbeitende Person diesen Bedingungen effizient begegnen kann" (Dunckel & Resch, 2004, S. 43).

Über den Zusammenhang einzelner Aufgabenmerkmale mit dem betrieblichen Krankenstand, aber auch mit ökonomischen Erfolgsfaktoren hat Degener (2004) kürzlich berichtet (vgl. Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3

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

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

Über mögliche Auswirkungen inadäquater Aufgabengestaltung auf die Motivation der Beschäftigten sowie die Produktivität und Qualität der geleisteten Arbeit ist vielfach berichtet worden (z.B. Parker & Wall, 1998; Parker, Wall & Cordery, 2001; Frieling & Sonntag, 1999; Hacker, 2005; Ulich, 2005). Erst neuerdings wird auch über Zusammenhänge zwischen inadäquater Aufgabengestaltung und mangelnder Innovationstätigkeit berichtet:

"Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Lernhaltigkeit der Arbeitsaufgaben und der Innovationsaktivität und ein negativer Zusammenhang zwischen der Arbeitsintensität und der Innovationstätigkeit. Umgekehrt ausgedrückt wird damit beschrieben, dass Erwerbstätige, die wenig lernhaltige Arbeitsaufgaben bearbeiten und dabei ein hohes Arbeitsvolumen zu bewältigen haben, so dass Zeitdruck entsteht, eher nicht innovativ sind" (Bergmann, Eisfeldt, Prescher & Seeringer, 2006, S. 25).

Unter den Merkmalen der Aufgabengestaltung 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.

4.4 Das Konzept der vollständigen Aufgabe

Für Theorie und Praxis persönlichkeitsförderlicher Arbeitsgestaltung kommt dem Konzept der „vollständigen Aufgabe“ (Tomaszewski, 1981) bzw. der „vollständigen Tätigkeit“ (Hacker, 1986, 1987) oder der „vollständigen Handlung“ (Volpert, 1987) besondere Bedeutung zu.

Motivationale Bedeutung

Bei Rice (1958) und Emery (1959) findet sich eine Anzahl von Hinweisen auf die motivationale Bedeutung der Ganzheitlichkeit bzw. Vollständigkeit („wholeness“) von Aufgaben. „Vollständige, fordernde Tätigkeiten sind für die Leistungsmotivierung, für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit sowie das Verhüten von Dequalifizierungen durch Lernangebote unerlässlich“ (Hacker, 2005, S. 252). Bei unvollständigen Tätigkeiten – oder: partialisierten Handlungen im Sinne von Volpert (1974) – „fehlen weitestgehend Möglichkeiten für ein eigenständiges Zielsetzen und Entscheiden, für das Entwickeln individueller Arbeitsweisen oder für ausreichend genaue Rückmeldungen“ (Hacker, 1987, S. 35). Vollständige Tätigkeiten bieten demgegenüber Möglichkeiten der Setzung von Zielen und Teilzielen und Entscheidungsmöglichkeiten in allen Phasen der Aufgabenerledigung, gewähren also Tätigkeits- bzw. Handlungsspielraum (vgl. Kasten 4.4).

Kasten 4.4

Merkmale vollständiger Tätigkeiten (aus Ulich, 2005, S. 209)

Merkmale vollständiger Tätigkeiten, die es bei der Festlegung von Aufgaben zu berücksichtigen gilt, sind

- das selbständige Setzen von Zielen, die in übergeordnete Ziele eingebettet werden können,

- selbständige Handlungsvorbereitungen im Sinne der Wahrnehmung von Planungsfunktionen,
 - Auswahl der Mittel einschließlich der erforderlichen Interaktionen zur adäquaten Zielerreichung,
 - Ausführungsfunktionen mit Ablauffeedback zur allfälligen Handlungskorrektur,
 - Kontrolle mit Resultatfeedback und der Möglichkeit, Ergebnisse der eigenen Handlungen auf Übereinstimmung mit den gesetzten Zielen zu überprüfen.
-

Konkrete – und sinngemäß auch auf Dienstleistungsarbeit übertragbare – Folgerungen für die Produktionsgestaltung, die aus dem Prinzip der vollständigen Aufgabe resultieren, seien hier beispielhaft skizziert. (1) Das selbständige Setzen von Zielen, die in übergeordnete Ziele eingebettet werden können, erfordert eine Abkehr von betrieblicher Zentralsteuerung zugunsten dezentraler Steuerung, die die Möglichkeit selbständiger Entscheidungen im Rahmen definierter Zeiträume schafft. (2) Selbständige Handlungsvorbereitungen im Sinne der Wahrnehmung von Planungsfunktionen erfordert die Integration von Aufgaben der Arbeitsvorbereitung in die Werkstatt. (3) Auswahl der Mittel heißt z. B. dem Konstrukteur freistellen, ob er für die Erledigung bestimmter Teilaufgaben anstelle des CAD-Systems das Zeichenbrett benutzen oder Modelle manuell formen will, sofern gesichert ist, dass die andernorts oder wiederholt benötigten Daten in das System eingegeben werden. (4) Ausführungsfunktionen mit Ablauffeedback zur allfälligen Handlungskorrektur erfordern bei abgekapselten Bearbeitungsvorgängen „Fenster zum Prozess“, mit deren Hilfe die Prozessdistanz minimiert werden kann. (5) Kontrolle mit Resultatfeedback bedeutet Übernahme der Funktionen der Qualitätsprüfung durch die in der Werkstatt Beschäftigten.

Rudolph (1986) konnte zeigen, dass mit zunehmender Vollständigkeit – hier: durch Einbezug von Vorbereitungs-, Organisations- und Kontrollfunktionen – positive Auswirkungen auf den berichteten und über Krankenstandsdaten erfassten Gesundheitszustand der Beschäftigten verbunden waren (vgl. Abbildung 4.2).

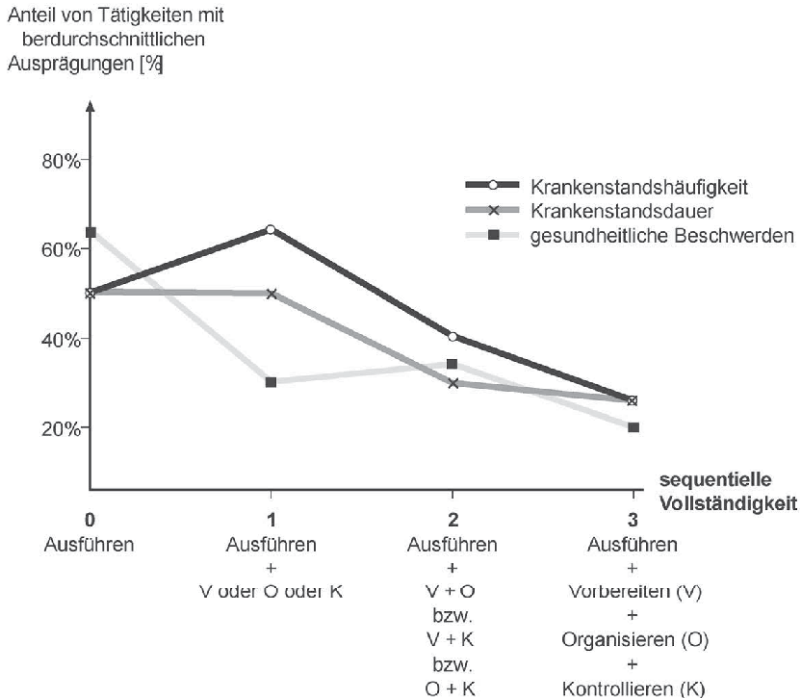
Ähnlich fand Hacker (1991, S. 54) bei rechnerunterstützten Angestelltentätigkeiten mit Routinecharakter: „Mit zunehmender Einschränkung der sequentiellen Vollständigkeit, also wachsender Einengung auf fremdorganisiertes Ausführen durch Fehlen von selbst

*Folgerungen
für die Produk-
tionsgestaltung*

durchzuführenden Vorbereitungs- und Prüfschritten, nimmt die Häufigkeit von Magen-Darm-Beschwerden und des Erlebens von 'psychischer Sättigung', also einer affektiven Aversion gegen die Tätigkeit, zu (Schönfelder, 1984). Grössere Anforderungsvielfalt kann auch umfangreichere bleibende Lernangebote bieten als eine geringere. Im Masse des Fehlens von Lernangeboten entsteht das Risiko des Verlernens, also des vorzeitigen Abbaus geistiger Befähigung und eines Motivationsdefizits wegen fehlender tätigkeitsinterner Motivierungsangebote. Das geht einher mit abnehmender Frische, verminderter Angeregtheit und Arbeitsfreude bzw. umgekehrt mit zunehmender Ermüdung, Monotonie und psychischer Sättigung“ (vgl. dazu die Untersuchung von Iwanowa, 1981, an Industriearbeitern und Iwanowa, 2004).

Abbildung 4.2

Gesundheitliche Beschwerden und Krankenstand in Abhängigkeit von der Vollständigkeit von Arbeitstätigkeiten – 278 Angestellte in 64 Tätigkeiten (nach Rudolph, 1986)



Für den Zusammenhang zwischen Vollständigkeit der Aufgabe bzw. Tätigkeit und gesundheitlichen Auswirkungen zieht Hacker praktisch höchst bedeutsame, zum Teil als Hypothesen formulierte Konsequenzen (vgl. Kasten 4.5).

*Mögliche gesundheitliche Wirkungen mangelnder Vollständigkeit
(aus Hacker, 1991, S. 55)*

Kasten 4.5

- „Vollständige Arbeitstätigkeiten bieten ganzheitliche, gesellschaftlich bedeutsame Aufgaben. Im Masse ihres Fehlens könnte ein Verlust des Sinns der Arbeit entstehen, erlebt als Unzufriedenheit mit der Tätigkeit und psychischer Sättigung.
 - Vollständige Arbeitstätigkeiten bieten Freiheitsgrade für selbständige Zielsetzungen und für Entscheidungen. Sie sichern damit Durchschaubarkeit, Vorhersehbarkeit und Beeinflussbarkeit. Im Masse fehlender Freiheitsgrade für eigenständiges Zielsetzen und Entscheiden wären angstbetontes (Stress-) erleben – etwa durch die Stressoren Zeitdruck oder ‘Kontrollverlust’ (d. h. Verlust an Beeinflussbarkeit mangels Tätigkeitsspielraum für Zielsetzen und Entscheiden) – Monotonie-Erleben, erhöhter Medikamentenverbrauch und vermehrte Arbeitsunfähigkeit zu befürchten....
 - Vollständige Arbeitstätigkeiten bieten Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeit, deren Entzug das Risiko depressiver Tendenzen erhöhen könnte (Broadbent, 1982; Richter, 1985).
 - Unvollständige Tätigkeiten bilden nach alldem Lernbarrieren, beeinträchtigen das Wohlbefinden und gehen über komplizierte psychonervale und neuroendokrine Vermittlungen mit Gesundheitsstörungen und erhöhtem Krankenstand einher. Aus Gruppen von unzureichenden Tätigkeitsmerkmalen bei unvollständigen Tätigkeiten können Befindensbeeinträchtigungen und Krankenstand mit einem vertretbaren Fehler vorhergesagt werden.“
-

Zu dem von Hacker, Schroda, Riemer und Ishig (2000) formulierten branchen- und tätigkeitsübergreifenden Satz risikobehafteter Kombinationen gehört folgerichtig auch die „unzureichende Vollständigkeit der Aufgaben“.

Neuere Untersuchungen belegen zudem, „dass das Erleben von Stress abhängig ist von der Aufgabengestaltung. Bei unvollständigen

gen Aufgabenstrukturen ist das Erleben von Stress signifikant erhöht. Insbesondere für ältere Beschäftigte konnte gezeigt werden, dass eine Erweiterung des Arbeitsinhaltes auf der Dimension der sequentiell-zyklischen Vollständigkeit das Stresserleben entscheidend zu vermindern vermag“ (Richter & Uhlig, 1998, S. 413).

Tatsächlich können aber ursprünglich als vollständig geplante und realisierte Aufgaben mit der Zeit ihre Vollständigkeit einbüßen, z.B. durch Routinisierung. Einem derartigen „Absinken“ der Vollständigkeit kann nach der Auffassung von Hacker (2005) durch die Realisierung des Konzepts der „evolvierend-vollständigen“ Tätigkeiten begegnet werden (vgl. Kasten 4.6).

Kasten 4.6

Das Konzept der evolvierend-vollständigen Tätigkeiten
(aus: Hacker, 2005, S. 257)

„Durch Lernprozesse kann bei gleich bleibenden Anforderungen, also bei fehlenden Übertragungserfordernissen auf andere Tätigkeiten, die Möglichkeit des Vorliegens unvollständiger Tätigkeiten wachsen. So werden beim Regulieren aus dem Gedächtnis wesentliche kognitive Vorbereitungsoperationen überflüssig. ... Ein Ausweg ist das Angebot *evolvierend vollständiger Tätigkeiten*. Hier wird den Arbeitenden das Teilnehmen an der Weiterentwicklung ihrer Arbeitsorganisation und -gestaltung ermöglicht. Diese partizipativen Veränderungs- und Innovationsaktivitäten – beispielsweise in Qualitätszirkeln – können zu vollständigen Gesamttätigkeiten führen, auch wenn die Basistätigkeit selbst durch Wiederholung zur Routine ohne intellektuelle Vorbereitung geworden ist.“

Integrierende Strategie

Die klassische, fragmentierende Rationalisierungsstrategie – die wegen der damit verbundenen Verschwendung menschlicher Fähigkeiten zugleich eine unverantwortliche Vergeudung volkswirtschaftlicher Ressourcen bedeutet – ist also zu ersetzen durch eine integrierende Strategie. Ziel eines alternativen Rationalisierungskonzepts ist demzufolge die Überwindung der Fragmentierung zugunsten vollständiger Tätigkeiten bzw. Aufgaben im Sinne der – zumindest teilweisen – Wiederherstellung der Einheit von Planen, Ausführen und Kontrollieren und damit erweiterter Tätigkeitsspielräume.

Die Realisierung des Konzepts der vollständigen Aufgabe erfordert also eine u.U. weitgehende Integration produktionsnaher bzw. indirekt produktiver Funktionen. Gestaltungsansatz ist zwar grundsätz-

lich die Primäraufgabe. Insbesondere unter den Bedingungen des Einsatzes fortgeschrittener Technologien kommt aber der Gestaltung der Sekundäraufgaben wie z.B. der Steuerung des Inputs wachsende, u.U. sogar entscheidende Bedeutung zu. Gerade mit deren Einbezug kann zugleich das „Absinken“ der Vollständigkeit von Arbeitsaufgaben verhindert werden. In diesem Zusammenhang ist auch auf das Konzept der „Handlungsverschränkung“ (Zölch, 2001) zu verweisen.

4.5 Der Tätigkeitsspielraum als Basiskonzept

Der Anwendungsbezug arbeitspsychologischer Betätigung erstreckt sich einerseits auf die Analyse und Bewertung von Arbeitstätigkeiten und andererseits auf die Mitwirkung an der Erarbeitung von Gestaltungsvorschlägen. Dabei ist vom Prinzip der Einheit von Analyse, Bewertung und Gestaltung auszugehen (Ulich, 2005). Das heißt, dass die arbeitspsychologisch begründete Erarbeitung von Gestaltungsvorschlägen einerseits grundsätzlich auf den Ergebnissen vorangegangener Analyse und Bewertung basieren und andererseits nicht bzw. nicht ausschließlich Personen überlassen werden soll, die an der Gewinnung der Ergebnisse nicht beteiligt waren.

Folgt man den Überlegungen von Leontjew (1979, S. 108), so ist sowohl bei der Analyse und Bewertung als auch bei der Erarbeitung von Gestaltungsvorschlägen zu unterscheiden zwischen Tätigkeiten „anhand der sie initiiierenden Motive“, Handlungen „als bewussten Zielen untergeordnete Prozesse“ und Operationen, „die unmittelbar von den Bedingungen zur Erlangung des konkreten Ziels abhängen“. Das heißt: Tätigkeiten realisieren sich in Handlungen; die gleiche Handlung kann aber Bestandteil ganz unterschiedlicher Tätigkeiten sein. Frieling und Sonntag (1999) liefern dafür ein anschauliches Beispiel (vgl. Kasten 4.7).

Prinzip der Einheit von Analyse, Bewertung und Gestaltung

Tätigkeiten, Handlungen und Operationen

Kasten 4.7

*Mögliche Zuordnung einer Handlung zu unterschiedlichen Tätigkeiten
(aus Frieling & Sonntag, 1999, S. 51 ff.)*

„Die Handlung 'Fahren eines Fahrzeugs von A nach B' kann je nach Tätigkeit des Fahrers (Rückholen von Mietwagen, Transport von Arzneimitteln, Versuchsperson bei einem verkehrspsychologischen Experiment, Fahrt in den Urlaub, als Polizist im Einsatz) einen unterschiedlichen Stellenwert haben. Die Analyse der Fahr- und Steueroperationen bei gleicher Fahrstrecke und gleichem Fahrzeug muss zu vergleichbaren Ergebnissen kommen, die Analyse der Tätigkeit muss demgegenüber zu sehr unterschiedlichen Erkenntnissen führen. Der Charakter der Fahrstrecke ändert sich mit dem Motiv, sie zu befahren. Die Bedeutung der Fahrstrecke in der Gesamtheit des Tätigkeitsvollzuges variiert ebenfalls. Ist der Streckenabschnitt von A - B eine Teilstrecke, ist er das Ende oder der Anfang einer längeren Handlungskette, so ändert sich der Aufgabencharakter.“

Handlungsspielraum

Damit wird zugleich deutlich, dass zwischen Handlungs- und Tätigkeitsspielraum zu unterscheiden ist und dass diese Unterscheidung für arbeitspsychologisch begründete Gestaltungskonzepte von Bedeutung ist. Der Tätigkeitsspielraum ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das sich aus dem Handlungs-, dem Gestaltungs- und dem Entscheidungsspielraum zusammensetzt (vgl. Ulich, 2005). Der Handlungsspielraum ist die „Summe der Freiheitsgrade“, d. h. der Möglichkeiten zum unterschiedlichen aufgabenbezogenen Handeln „in bezug auf Verfahrenswahl, Mitteleinsatz und zeitliche Organisation von Aufgabenbestandteilen“ (Hacker, 1978, S. 72). Der objektive Handlungsspielraum umfasst die vorhandenen, der subjektive Handlungsspielraum die als solche erkannten Wahlmöglichkeiten. Der Handlungsspielraum bestimmt also das Ausmaß an möglicher Flexibilität bei der Ausführung von Teiltätigkeiten.

Gestaltungsspielraum

Der Gestaltungsspielraum wird durch die Möglichkeit zur selbständigen Gestaltung von Vorgehensweisen nach eigenen Zielsetzungen bestimmt. Unterschiede im Gestaltungsspielraum kennzeichnen das Ausmaß an Variabilität von Teiltätigkeiten.

Entscheidungsspielraum

Der Entscheidungsspielraum kennzeichnet das Ausmaß der Entscheidungskompetenz einer Person oder einer Gruppe von Personen zur Festlegung bzw. Abgrenzung von Tätigkeiten bzw. Aufgaben. Der Entscheidungsspielraum kennzeichnet also das Ausmaß an Autonomie, das mit einer bestimmten Tätigkeit verbunden ist.

In diesem Zusammenhang begegnen wir allerdings einer Begriffsvielfalt, die Semmer (1990, S. 190) auf einen Nenner gebracht hat: „Handlungsspielraum, Tätigkeitsspielraum, Freiheitsgrade, Kontrolle, Autonomie, Job decision latitude – so vielfältig die Terminologie und so nuancenreich die Konzepte auch sind: In der einschlägigen Literatur herrscht große Einmütigkeit, dass die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen, über möglichst viele Aspekte seines Lebens – und somit auch seiner Arbeit – selbst zu entscheiden oder zumindest mit zu entscheiden, zu den Kriterien einer menschenwürdigen Lebensführung im allgemeinen wie einer persönlichkeitsförderlichen Arbeitsgestaltung im besonderen zu zählen ist“.

Dass damit zugleich Aspekte der Gesundheit angesprochen sind, geht etwa aus den Längsschnittstudien von Karasek (1979) sowie Karasek und Theorell (1990) hervor, deren Ergebnisse besagen, dass bei vorhandenen Freiheitsgraden und Tätigkeitsspielräumen auch hohe Belastungen ohne nachteilige Folgen ertragen werden können. Rau (2001) konnte darüber hinaus belegen, dass Beschäftigte mit erweiterten Tätigkeitsspielräumen während der Nacht eine signifikant stärkere Rückstellung von Herzfrequenz und systolischem Blutdruck aufwiesen als Beschäftigte mit geringeren Tätigkeitsspielräumen. Dass die angemessene Nutzung von Freiheitsgraden und Tätigkeitsspielräumen entsprechende Qualifikationen voraussetzt ist offensichtlich. „Erst die Entsprechung von Kompetenzen und Freiheitsgraden zu ihrer Entfaltung ermöglicht also die präventive Wirkung erweiterter Tätigkeitsspielräume auf Wohlbefinden und organismische Gesundheit. Für die betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet das, dass die Gestaltung von Arbeitstätigkeiten mit erhöhten Tätigkeitsspielräumen (organisationale Ressourcen) nur in Zusammenhang mit der Vermittlung entsprechender Handlungskompetenzen (personale Ressourcen) wirksam und effektiv ist. Eine Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensprävention ist unabdingbar“ (Richter & Uhlig, 1998, S. 414).

Im Übrigen bilden die von Semmer genannten Merkmale, die auch den zentralen Gehalt des oben skizzierten Tätigkeitsspielraums ausmachen, den Kern aller neueren arbeitspsychologischen Gestaltungskonzepte. Dies gilt insbesondere auch für die Arbeit in Gruppen, sofern sie auf einem Konzept kollektiver Selbstregulation basieren. Den konkreten Möglichkeiten kollektiver Selbstregulation – etwa in teilautonomen Arbeitsgruppen – kommt im vorliegenden

Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Funktionierende Selbstregulation in Gruppen bedeutet nämlich zugleich gegenseitige Unterstützung der Gruppenmitglieder bei der Bewältigung ihrer Arbeitsaufgaben, aber auch ihrer Schwierigkeiten und Probleme. Deshalb ist davon auszugehen, dass gemeinsame Kontrolle über die Arbeitsbedingungen nicht nur die Handlungskompetenz fördert, sondern durch erfolgreiche Bewältigungsprozesse gleichzeitig die Auswirkungen potentieller Stressoren reduziert und gemeinsame Bemühungen zum Abbau potentieller Stressoren auslöst.

4.6 Gruppenarbeit

Arbeit in Gruppen kommt hauptsächlich aus zwei – miteinander zusammenhängenden – Gründen psychologisch ein besonderer Stellenwert zu: (1) Das Erleben ganzheitlicher Arbeit ist in modernen Arbeitsprozessen mehrheitlich nur möglich, wenn interdependente Teilaufgaben zu vollständigen Gruppenaufgaben zusammengefasst werden. (2) Die Zusammenfassung von interdependenten Teilaufgaben zur gemeinsamen Aufgabe einer Gruppe ermöglicht ein höheres Maß an Selbstregulation und sozialer Unterstützung.

Zu (1) haben Wilson und Trist (1951) ebenso wie Rice (1958) schon sehr früh festgestellt, dass in Fällen, in denen die individuelle Teilaufgabe dies nicht zulässt, Befriedigung aus der Mitwirkung an der Vollendung einer ganzheitlichen Gruppenaufgabe resultieren kann.

Gemeinsame Aufgabenorien- tierung

Zu (2) findet sich ebenfalls schon bei Wilson und Trist der Hinweis, dass das mögliche Ausmaß der Gruppenautonomie dadurch bestimmt wird, inwieweit die Gruppenaufgabe ein unabhängiges und vollständiges Ganzes darstellt. Im Übrigen gilt nach Emery (1959), dass eine gemeinsame Aufgabenorientierung in einer Arbeitsgruppe nur dann entsteht, wenn die Gruppe eine gemeinsame Aufgabe hat, für die sie als Gruppe die Verantwortung übernehmen kann und wenn der Arbeitsablauf innerhalb der Gruppe von dieser selbst kontrolliert werden kann.

Wo eine Gruppe durch „ineinandergreifende“ Aufgaben oder Tätigkeitswechsel miteinander verbunden ist, sollen diese – nach Emery und Thorsrud (1982, S. 34)

- „(a) als Gesamtaufgabe erkennbar werden, die einen Beitrag zum gesellschaftlichen Nutzen des Produkts leistet,
- (b) einen gewissen Spielraum bieten, um selbst Normen festsetzen und sich Kenntnis der Ergebnisse beschaffen zu können,
- (c) eine gewisse Kontrolle über die ‘Grenzaufgaben’ ermöglichen.“

Eine wichtige Voraussetzung für Gruppenarbeit ist schließlich das Vorhandensein einer „Kernaufgabe“ (Demmer, Gohde & Kötter, 1991, S. 20), die kollektive Planungs- und Entscheidungsprozesse beinhaltet und „einen nennenswerten Anteil“ (Demmer, Gohde & Kötter, 1991, S. 20) der zu bewältigenden Gesamtaufgabe ausmachen muss.

Kernaufgabe

Die Vollständigkeit der gemeinsamen Aufgabe und das gemeinsame Treffen von Entscheidungen bestimmen zugleich den Grad der kollektiven Autonomie einer Arbeitsgruppe. Da diese Autonomie im Regelfall begrenzt bleibt, entspricht der Begriff „teilautonome Arbeitsgruppe“ der betrieblichen Realität am ehesten. Auf den Automobilbau bezogene Vorbilder dafür fanden sich in den 1970er und 1980er Jahren vor allem in der schwedischen Autoindustrie.

4.6.1 Gruppenarbeit im Automobilbau

Eines der interessantesten Beispiele für nach „europäischen“ bzw. „skandinavischen“ Konzepten gestaltete Arbeit in teilautonomen Gruppen stellte die Fabrikorganisation des Volvo-Werkes in Uddevalla dar (vgl. Kasten 4.8).

Teilautonome Arbeitsgruppen in der Fahrzeugmontage

Kasten 4.8

Die 1989 eröffnete Volvo-Fabrik in Uddevalla für die Endmontage von Personenzugmaschinen besteht aus sechs, voneinander unabhängigen Produktionseinheiten, in denen in je acht Gruppen jeweils vier Autos pro Tag komplett montiert werden. Jedes Fahrzeug ist in sieben Arbeitsabschnitte eingeteilt; nach einer Lern- und Einarbeitungszeit von 16 Monaten (!) sollen die Beschäftigten zwei bis drei solcher Arbeitsabschnitte beherrschen. D. h. für einen Arbeitsinhalt von zwei bis drei Stunden qualifiziert sein. Der Grad der erreichten Qualifikation findet seinen Niederschlag in einem Polyvalenzlohnsystem, in dem das jeweils erreichte Lernniveau entsprechend honoriert wird. Eine Reihe von Arbeitern ist in der Lage, ganze Fahrzeuge komplett zu montieren.

Gemäss der Einsicht, dass mit zunehmendem Umfang der Arbeitsaufgabe auch die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Arbeit zunehmen müssen, sind die Hierarchien flach und die Möglichkeiten bzw. die Anforderungen der Selbstregulation innerhalb der Arbeitsgruppen hoch. Die Führungsfunktionen werden von monatlich wechselnden Gruppenmitgliedern wahrgenommen. Allerdings findet die Rotation nur zwischen solchen Gruppenmitgliedern statt, die sich für die Wahrnehmung dieser Funktion interessieren und vom Leiter der Produktionswerkstatt auch als dafür geeignet angesehen werden.

Bei der Zusammensetzung der Gesamtbelegschaft und nach Möglichkeit auch der einzelnen Gruppen wird auf eine Widerspiegelung bestimmter demografischer Merkmale in der Bevölkerung geachtet: nicht mehr als 25 Prozent der Beschäftigten sollen jünger als 25 Jahre sein, mindestens 25 Prozent älter als 45 Jahre, der Frauenanteil soll etwa 40 Prozent betragen. Die vorliegenden Erfahrungen scheinen zu bestätigen, dass auf diese Weise eine Unterstützungskultur entsteht, deren Auswirkungen sich nicht nur auf das Wohlbefinden, sondern auch auf Produktivitätsvariable erstrecken.

Das Werk Uddevalla erreichte bereits Mitte 1991 die Montagezeiten der noch weitgehend nach dem Fliessbandprinzip organisierten Massenproduktion in Torslanda/Gothenburg. „In October 1992, the plant was thoroughly evaluated against the line assembly plant in Gothenburg. In this comparison Uddevalla emerged as 'the best practice plant', and an internal benchmark for Gothenburg" (Berggren, 1993, p. 2). Diese Aussage bezieht sich nicht nur auf die Montagezeit, sondern auch auf die Qualität und vor allem die Flexibilität in der Reaktion auf Kundenwünsche. Dennoch wurde einen Monat später der Beschluss bekannt gegeben, die Uddevalla-Fabrik stillzulegen. Die Hintergründe dafür werden von Berggren (1993) und Sandberg (1993) kenntnisreich beschrieben (kurz zusammengefasst bei Ulich, 2005). Tatsächlich hat Volvo am 18. Januar 1995 diesen Beschluss revidiert und bekannt gegeben, dass die Fabrik in Uddevalla im Rahmen eines joint venture mit dem britischen Unternehmen TWR wieder eröffnet wird. In der Mitteilung des Präsidenten der Volvo Car Corporation heisst es dazu: „The Uddevalla factory is highly suitable for the small, flexible organization that is required to produce niche cars in small series ... The new company's investments in production equipment will amount to slightly more than SEK 200 M“.

Offensichtlich wurden also die Ziele, die mit der Errichtung des Uddevalla-Werkes verbunden waren, vollumfänglich erreicht (vgl. Kasten 4.9).

Kasten 4.9

Zielerreichung im Volvo-Werk Uddevalla (aus Nilsson, 1995, S. 84)

„All the criteria that one had expected the plant to meet were fulfilled:

1. The efficiency in car production was very good regarding quality, productivity and flexibility.
2. It had achieved dignity in terms of professional identity and human conditions for the workers.

3. The technical equipment had been adjusted to the workers and their growing competence.
4. It was a working place for both men and women of varying ages.
5. It had a very low rate of absenteeism and turnover.
6. New learning strategies to support long-cycle assembly work, new organic and holistic descriptions for materials handling and assembly work as well as, new technical strategies for parallelized work places had been developed."

Nach der Übernahme der Volvo Car Corporation durch Ford wurde die Gruppenarbeit in Uddevalla – wie bei Saab nach der Übernahme durch General Motors – durch klassische Formen der Liniendarbeit abgelöst (!).

Unter den im Rahmen des Regierungsprogramms „Humanisierung der Arbeit“ (HdA) mit finanzieller Unterstützung des damaligen Bundesministeriums für Forschung und Technologie in Deutschland durchgeführten Industrieprojekten hat das Projekt „Gruppenarbeit in der Motorenmontage“ bei VW besondere Beachtung gefunden.

Angeregt durch die skandinavischen Erfahrungen sollte innerhalb dieses Projekts der Versuch unternommen werden, innerhalb eines Volkswagenwerks eine Alternative zur hoch arbeitsteiligen Motorenmontage zu entwickeln und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Beschäftigten und die Produktivität des Arbeitssystems zu überprüfen. Nach entsprechenden Vorstudien und – zum Teil mit Werksleitung und Betriebsrat gemeinsam unternommenen – ausführlichen Besuchen der Saab- und Volvo-Fabriken in Schweden wurde ein entsprechendes Konzept entwickelt und im Sinne eines Feldexperimentes im Werk Salzgitter eingeführt (vgl. Kasten 4.10).

Gruppenarbeit in der Moto- renmontage

Gruppenarbeit in der Motorenmontage bei VW (aus Ulich, 2005)

Kasten 4.10

Für das Projekt Gruppenarbeit in der Motorenmontage wurden auf der Basis freiwilliger Meldungen vier Gruppen von je sieben Werkern gebildet, denen als komplexe Aufgabe die komplette Montage von Motoren, deren Prüfung im Einlaufstand sowie die Materialbereitstellung übertragen wurden. Die ebenfalls vorgesehene Übertragung der Nacharbeit konnte im Projektzeitraum nicht realisiert werden. Für die neue Arbeitsstruktur musste ein Montage-Carrier entwickelt werden, um die Komplettmontage des Motors und zugleich Unabhängigkeit von vorgegebenen Takten zu ermöglichen.

Jede Gruppe verfügte über vier Montageinseln, die alle notwendigen Werkzeuge und Montageteile enthielten. Innerhalb der Montageinseln konnten zwei bis drei Werker gleichzeitig arbeiten. Zur Schaffung optimaler Voraussetzungen für die gruppeninterne Verteilung und Rotation von Arbeitsrollen und -aufgaben sollten alle beteiligten Arbeiter lernen, Motoren selbständig zu montieren und im Einlaufstand zu fahren. Für die komplette Montage eines Motors werden etwa 35 Minuten benötigt; bei Einbezug des Einlaufstandes ergibt sich ein zeitlicher Aufgabenumfang von mehr als 80 Minuten im Vergleich zu individuellen Bearbeitungszeiten von ein bis zwei Minuten in der konventionellen Fließbandmontage. Zehn Monate nach Projektbeginn wurde die Gruppenarbeit aufgenommen...

Für die interne Koordination und die Vertretung nach aussen wurden, dem arbeitspsychologischen Konzept entsprechend, Gruppensprecher gewählt. Den für die Gruppenarbeit zur Verfügung stehenden Führungskräften wurde der Status von Beratern zugewiesen.

In die arbeitspsychologischen Analysen wurden sowohl die in der Gruppenmontage beschäftigten Werker als auch werksinterne Vergleichsgruppen am kontinuierlich laufenden Plattenband und der getakteten Transferstrasse und Vergleichsgruppen aus anderen Werken einbezogen (vgl. Barth, Muster, Udriș & Ulich, 1980; Bruggemann, 1980). Zur systematischen Entwicklung eines Anlernverfahrens wurde eine Analyse der äusseren Aufgabenstrukturen vorgenommen (Muster, 1980). Die Analyse der Montagestrategien erfolgte durch detaillierte Tätigkeitsbeobachtung (Triebel 1977, 1980).

Unter dem *Ressourcenaspekt* lässt sich feststellen: Alle 28 an dem Versuch beteiligten Arbeiter konnten sich innerhalb von drei Monaten so weit qualifizieren, dass sie in der Lage waren, die mit der neuen Struktur verbundenen hohen Anforderungen zu bewältigen und qualitativ einwandfreie Arbeit zu leisten. Dementsprechend äusserte ein grosser Teil von ihnen, dass ihnen mit der Gruppenarbeit zum ersten Mal die Möglichkeit geboten worden sei, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten im Arbeitsprozess „wirklich“ einzusetzen, Neues dazuzulernen und sich selbst weiter zu entwickeln. Die Tätigkeit in der Gruppenmontage wurde im Vergleich zur hoch arbeitsteiligen Bandmontage als gründlichere Ausbildung und ständige fachliche Weiterbildung verlangend, als anspruchsvoll und häufig selbständige Entscheidungen erfordernd beschrieben.

Unter dem *Belastungsaspekt* zeigt die Ergebnisse der Begleitforschung einerseits eine Verminderung unerwünschter Belastungswirkungen, vor allem durch den Abbau qualitativer Unterforderung. Korrespondierend dazu – und durchaus plausibel – deuteten sich Vermehrungen kognitiver Beanspruchungen an, die sich auf erhöhte Anforderungen an die Informationsverarbeitung zurückführen lassen. Erkennbar wurden auch Vermehrungen „sozialer Beanspruchungen“ als Folge der mit der kollektiven Selbstregulation verbundenen, vergleichsweise hohen, Anforderungen an soziale Kompetenzen. Damit erscheint auch plausibel, dass die Gruppenmontage weniger eine Verminderung der Gesamtbeanspruchung zur Folge hatte als eine Verlagerung von eher unerwünschten zu eher erwünschten Belastungswirkungen. Die in den beiden zum Vergleich herangezogenen hocharbeitsteiligen Montagestrukturen „nachgewiesene Zunahme der Arbeitsermüdung im Verlaufe einer Schicht wurde bei der Gruppenmontage nicht beobachtet“ (Granel, 1980, S. 40).

Die Analyse der Montagestrategien ergab, dass bei der untersuchten komplexen Tätigkeit objektive Freiheitsgrade bestanden, dass diese mit zunehmendem Lernfortschritt auch erkannt und genutzt wurden und dass unterschiedliche Vorgehensweisen ohne erkennbare Unterschiede in der Effizienz möglich waren.

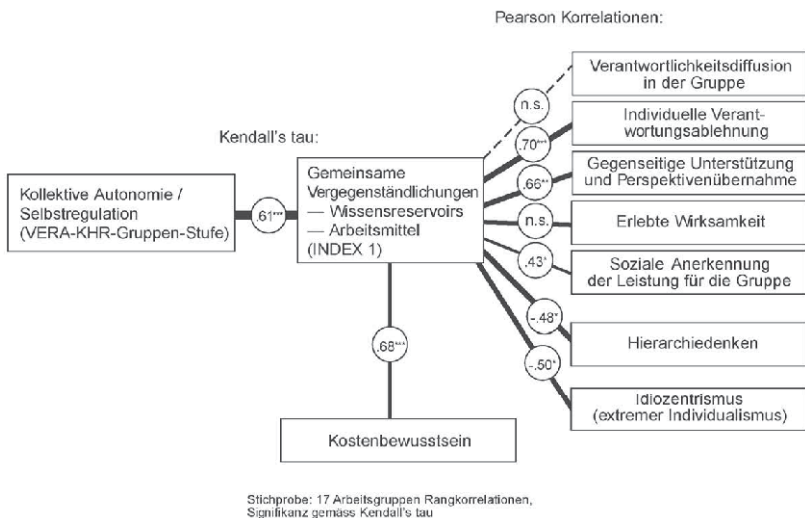
Eine der Fragen, die in diesem Zusammenhang entsteht, ist die nach Möglichkeiten der Entwicklung interindividuell hinreichend gemeinsamer mentaler Modelle als Voraussetzung für den adäquaten Umgang mit kollektiven Tätigkeitsspielräumen.

In Anlehnung an Leontjew (1977), Raeithel (1989, 1991) und Volpert (1994) hat Weber (1997) ein Konzept der gemeinsamen Vergegenständlichungen entwickelt, dem für die Arbeit in teilautonomen Gruppen erhebliche Bedeutung zukommt. Bei den gemeinsamen Vergegenständlichungen handelt es sich um von einer Gruppe oder innerhalb einer Gruppe geschaffene oder verbesserte Arbeitsmittel, Arbeitsmethoden oder Wissensreservoirs. Durch gemeinsame oder gegenseitige Aneignung fördern sie die Kompetenzentwicklung der Gruppenmitglieder und dienen zugleich „als Vorbeugung zur Bewältigung zukünftiger Arbeitsanforderungen“ (Weber, 1997, S. 233).

Gemeinsame Vergegenständlichungen

Zusammenhänge zwischen Niveau der kollektiven Handlungsregulation, Anzahl gemeinsamer Vergegenständlichungen und Indices der gemeinsamen Aufgabenorientierung sowie Kostenbewusstsein in 17 Arbeitsgruppen aus dem Auto- und Anlagebau (übersetzt aus Weber, 2000)

Abbildung 4.3



In einer Studie über gemeinsame Vergegenständlichungen in teilautonomen Arbeitsgruppen konnte Weber zeigen, dass deren Anzahl

einerseits mit dem Niveau der kollektiven Autonomie hoch korreliert, andererseits deutliche Beziehungen zu wichtigen Einstellungs- und Verhaltensmerkmalen aufweist (vgl. Abbildung 4.3).

4.6.2 Gruppenarbeit im Dienstleistungsbereich

Interesse an Veränderungen, wie sie hier für den Automobilbau beschrieben wurden, wird von einer rasch größer werdenden Anzahl von Unternehmen aus dem Dienstleistungsbereich geäußert.

Dazu gehören auch die Banken, deren Zahlungsverkehr typischerweise eine industrieähnliche Partialisierung in vorbereitende, ausführende und kontrollierende Teiltätigkeiten aufweist – und über die Maschinenlesbarkeit von Belegen derzeit manchenorts der Automatisierung zugänglich gemacht wird. Dies wird oft mit dem Argument der erforderlichen „Tagfertigkeit“ begründet.

Tagfertigkeit wird in vielen Banken als Argument für alle möglichen Maßnahmen benutzt; nur selten wird offenbar deutlich genug unterschieden zwischen Aufgaben, die wirklich tagfertig erledigt werden müssen und solchen, deren Erledigung durchaus nicht am gleichen Tag erfolgen muss. Der „Mythos“ der Tagfertigkeit erzeugt auf diese Weise bei vielen Beschäftigten nach ihren eigenen Aussagen erheblichen Zeitdruck und Gefühle von Stress.

Gruppenarbeit im Zahlungsverkehr

Andere Banken haben – nicht zuletzt überzeugt vom Argument besserer Kundenorientierung – im Bereich Zahlungsverkehr Gruppenarbeit mit ganzheitlichem Aufgabenzuschnitt eingeführt (vgl. Conrad, 1992; Katz, 1992). Die zunehmende Vollständigkeit der Aufgaben geht in zwei Richtungen und wird deshalb u.U. auch in zwei Schritten realisiert. Im ersten Schritt werden die Teiltätigkeiten Arbeit vorbereiten, Daten eingeben und Prüfen innerhalb eines Währungsbereichs zusammengefasst, im zweiten Schritt die Bereiche Eigenwährung und Fremdwährungen.

Typisch für die Ausgangssituation im Zahlungsverkehr von Banken ist das Ergebnis einer Analyse der Berliner Bank, das dazu veranlasste, ein ausdrücklich so genanntes „Volvo-Konzept“ zu entwickeln (vgl. Kasten 4.11).

*Tayloristische Organisation des Zahlungsverkehrs einer Bank
(aus Antczak, 1991, S. 36)*

Kasten 4.11

„Alle wie eine Fließbandarbeit organisierten Arbeitsabläufe haben immer die gleichen Symptome. Auch in der Berliner Bank:

- geringe Motivation der Mitarbeiter, weil sie von den gesamten im Zahlungsverkehr anfallenden Geschäftsvorgängen nur Teilausschnitte kennen,
- keine Flexibilität, Mitarbeiter an verschiedenen Arbeitsplätzen einzusetzen,
- Kompetenzen nur für Führungskräfte,
- hohe Verweil- und Verteilzeiten für einzelne Geschäftsvorgänge, da eine Arbeitsgruppe auf das Zwischenergebnis der anderen warten muss,
- hoher Krankenstand (15 Prozent),
- zeitliche Engpässe beim Abwickeln des Tagesgeschäftes.

Die betreuten Niederlassungen der Bank hatten keine konkreten Ansprechpartner. Ergaben sich zu bestimmten Geschäftsvorgängen Fragen, wusste oft niemand, in welcher Station der Arbeitskette sich der Geschäftsvorgang gerade befand.“

Aufgrund der in Kasten 4.11 dargestellten Mängel wurde ein Ideenwettbewerb durchgeführt und von einer – aus Mitarbeitenden und Führungskräften des Bereichs Zahlungsverkehr bestehenden – Projektgruppe das „Volvo-Konzept“ entwickelt. Die hauptsächlichen Bestandteile des Konzepts waren (1) die Bildung von Arbeitsgruppen, die aus acht bis zehn Personen bestehen und die alle Geschäftsvorgänge des Inlandzahlungsverkehrs einschließlich der Qualitätskontrolle übernehmen; (2) die Übertragung von Kompetenzen, wie etwa das Abzeichnen von Belegen bis zu einer bestimmten Höhe, an jedes Teammitglied; (3) Übertragung von „übergeordneten“ Aufgaben, wie Personaldisposition, Ausbildung oder Gleitzeitregelungen, an eine mitarbeitende Teamleiterin bzw. einen mitarbeitenden Teamleiter.

Einem Bericht von Conrad (1992) lassen sich folgende Ergebnisse der Restrukturierung entnehmen:

- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „sind deutlich selbstbewusster, haben grösseren Überblick und werden bezahlt wie Bank-Kaufleute“.

- Obwohl mehrheitlich ohne Lehrabschluss, gelten sie nunmehr als ZV-Sachbearbeiter und sind in Tarifgruppe 5 anstatt wie früher in 3 oder 4 eingestuft.
- Neunzig Prozent der Unterschriftsberechtigungen wurden auf die Sachbearbeiterebene übertragen.
- „Führungskräfte können sich jetzt den eigentlichen Führungsaufgaben widmen ...“
- Die Anzahl der von den Beschäftigten im Zahlungsverkehr bearbeiteten Belege ist von 380'000 auf mehr als 600'000 pro Jahr gestiegen.
- Die Zahl der in diesem Bereich Beschäftigten hat trotz Steigerung des Bearbeitungsvolumens von 150 auf 115 abgenommen; dies ist allerdings zu einem erheblichen Teil auf den Einsatz neuer Technologien zurückzuführen.
- Der Krankenstand reduzierte sich von 15 auf 6 Prozent.
- Die schon früher eher geringe Fehlerquote hat sich halbiert, Kundenbeschwerden gingen im gleichen Ausmaß zurück.

Aufgrund der beschriebenen positiven Erfahrungen im Zahlungsverkehr Inland wurde das „Volvo-Konzept“ auch auf den Zahlungsverkehr Ausland, das Dokumentengeschäft und den gesamten Postdienst ausgedehnt. Die Investitionen in die Ausbildung werden auf 100 bis 125 Stunden pro Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter geschätzt.

Über ein anderes, ebenfalls sehr positiv bewertetes Beispiel aus dem Inlandzahlungsverkehr berichteten Brater und Büchele (1993), während Conrad und Kistler (1994, S. 26) einen weitergehenden Restrukturierungsansatz beschrieben, mit dem zwei Ziele erreicht werden sollten:

- „1. Verschmelzung der zwei für Aufträge in Franken bzw. Fremdwährungen zuständigen Dienststellen zu einer einzigen neuen Dienststelle.
2. Bildung neuer Arbeitsgruppen, die
 - für ein alphabetisch abgegrenztes Segment von Firmenkunden

- alle Zahlungen (Ausnahme: Spezialprodukte) in allen Währungen
- ganzheitlich von der Eingabe bis zur Recherche vornehmen können.“

Nach einer Planungs- und Qualifizierungsphase von 11 Monaten wurde die Arbeit in der neuen Struktur aufgenommen. Als Ergebnis berichteten die Autoren unter anderem über einen erheblichen Kompetenzzuwachs der Beschäftigten, gemessen an der Anzahl beherrschter Teiltätigkeiten, eine deutliche Steigerung der Produktivität und eine erhebliche Verbesserung der Zufriedenheit der Kunden mit der Servicequalität.

Derartige Erfahrungen belegen, dass Gruppenarbeit mit ganzheitlichen Aufgaben und weitgehender Selbstregulation auch im Dienstleistungsbereich erfolgreich praktizierbar ist. Überschriften wie „Mit Multifunktionalen Konstruktionsteams die Fertigungskosten halbieren“ (Whitney, 1989) weisen darauf hin, dass die Einführung von Gruppenarbeit schließlich auch im Konstruktionsbereich als Kosten reduzierende und qualitätsverbessernde Maßnahme verstanden werden kann. Dies ist unter anderem deshalb von Interesse, weil das Konstruieren – ebenso wie das Entwickeln – Tätigkeiten mit hoher Strukturwirksamkeit sind, denen für Restrukturierungsmaßnahmen erhebliche strategische Bedeutung zukommt. Whitney (1989, S. 107) bezeichnet denn auch das Konstruieren als „strategische Aktivität“.

*Gruppenarbeit
im Konstruktionsbereich*

4.6.3 Von Fallbeispielen zu umfassenderen Analysen

Über die psychologischen und ökonomischen Wirkungen von Arbeit in teilautonomen Gruppen wurde in den letzten Jahren anhand zahlreicher Fallbeispiele berichtet (z. B. von Antoni, 1994, 1997; Berggren 1991, 1993; Hackman, 1990; Ulich, 2005). In den USA fanden Macy und Izumi (1993) in einer sorgfältig durchgeführten Metaanalyse von 131 Innovationsprojekten, dass die produktivitätssteigernde Wirkung der Einführung von Gruppenarbeit größer war als die anderer Innovationen. Applebaum und Blatt (1994), die unter anderem 185 Fallbeispiele analysierten, bestätigten die effizienz- und qualitätssteigernde Wirkung von Gruppenarbeit ebenso wie

Kalleberg und Modey (1994), deren Angaben auf einer Analyse von mehr als 700 Betrieben basieren.

Auch der Report des „European Work and Technology Consortium“ (2000) über „Work organisation, Competitiveness, Employment – The European approach“ liefert eindrückliche Belege für die Verbesserung ökonomisch relevanter Kenngrößen als Folge der Arbeit in teilautonomen Gruppen (vgl. Kasten 4.12).

Kasten 4.12

Gruppenarbeit – ein erfolgreiches europäisches Produktionskonzept (aus The European Work and Technology Consortium, 2000)

„There is little doubt, that new forms of work organisation based on high skill, high trust and high quality can achieve outstanding levels of productivity and efficiency in all sectors, both in manufacturing and services...

We learn that increases in productivity of 50% and more can be realized, while stocks and throughput times are reduced by half...

One study involving some 6000 companies in ten European countries reported quite dramatic gains from the introduction of semi-autonomous group work, with 68% of respondents reporting a general reduction in costs, 87% a reduction of throughput times, 98% an improvement in the quality of products or services and 87% an increase in total output. Company surveys in Denmark, Germany and Sweden broadly confirm these findings...

However evaluations of policy measures in these fields ... reveal again and again that the dissemination and diffusion of good practice in work organisation remains the most serious weakness...

Once again we are confronted with the European paradox. Europeans can draw upon a rich and diverse experience of developing new organisational concepts and strategies. In this field Europeans may even be ahead of our Western and Eastern partners in the Global triad. But one way or another we seem to block ourselves in turning our knowledge and experience into competitive advantage...”

Gleichzeitig wird in diesem Bericht deutlich, dass eine Diffusion derartiger Arbeitsstrukturen trotz vielfach belegter ökonomischer Erfolge nur sehr beschränkt stattfindet. Dementsprechend zieht Oehlke (2000, S. 162) in einem Bericht über europäische Förderaktivitäten den Schluss: „Die Aktualisierung europäischer Traditionen der arbeits- und gestaltungsorientierten bzw. soziotechnischen Organisationsentwicklung (u.a. Eijnatten, 1993; Ulich, 1998, S. 167 ff.) kann vor dem Hintergrund japanischer und amerikanischer Mana-

gementkonzepte sowie diverser OECD-Studien ... als ein wichtiger Impulsgeber für eine europäische Produktivitätsstrategie verstanden werden“.

Die Daten der EPOC-Studie (Benders, Huijgen, Pekruhl & O’Kelly, 1999) zeigen darüber hinaus, dass mit der Realisierung von Konzepten soziotechnischer Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung auch deutlich positive Effekte auf Fehlzeiten und Fluktuation feststellbar sind (vgl. Tabelle 4.4).

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

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

DP = Direct Participation GD = Group Decision

Tabelle 4.4

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; Sonnentag, 1996). Konkret fanden Wall und Clegg (1981) Zusammenhänge zwischen der Einführung von teilautonomen Arbeitsgruppen und verminderem 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

Gesundheit in selbst regulierenden Gruppen

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, 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, Perrewe 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.

**Infragestellung
etablierter
Machtstruk-
turen**

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. So heißt es auch in einem Bericht über das Volvo-Werk in Uddevalla und dessen vorübergehende Stilllegung: „A self-managed production system that relies on the collective and individual skills of workers as in Uddevalla reduces the role of engineers and management in the control of production processes“ (Hancké & Rubinstein, 1995, S. 193).

4.6.4 „Europäische“ und „japanische“ Gruppenarbeitskonzepte

In neueren Publikationen (z. B. Antoni, 1999; Frieling & Freiboth, 1997; Kirsch, 1997; Moldaschl & Weber, 1998; Rafferty & Tapsell, 2001; Ulich, 2005; Zink, 1995) wird zu Recht auf die Notwendigkeit hingewiesen, zwischen „europäischen“ bzw. „skandinavischen“ und „japanischen“ Formen von Gruppenarbeit zu unterscheiden (vgl. Tabelle 4.5).

Tabelle 4.5

„Europäische“ und „japanische“ Gruppenarbeit im Vergleich (nach Angaben Kirsch, 1993, 1997; Benders et al., 1999)

	„europäisches“ Modell	„japanisches“ Modell
■ Aufgaben	ganzheitlich, komplex	partialisiert, einfach
■ Gestaltungsprinzip	job enrichment	job enlargement, job rotation
■ Autonomie	hoch	gering
■ Taktbindung	gering	hoch
■ Gruppenzusammensetzung	heterogen	homogen
■ Regulationsform	kollektive Selbstregulation	hierarchische Fremdbestimmung
■ Beziehungsstruktur	soziale Unterstützung	soziale Kontrolle
■ Qualifikationsniveau	Facharbeiter oder qualifizierte Angelernte	Angelernte mit qualifiziertem Schulabschluss
■ Mitgliedschaft	Wahl durch die Gruppe	Zuweisung durch Vorgesetzte
■ Besetzung der Leitungsposition	Wahl durch die Gruppe	Bestimmung durch das Management
■ zeitliche Zuordnung der Leitungsfunktion	rotierend zwischen Gruppenmitgliedern	dauerhaft, gebunden an die Leitungsperson

Dass mit einer Übertragung japanischer Gruppenarbeitskonzepte auf europäische Unternehmen häufig nicht die gewünschten ökonomischen Effekte erzielt werden, zeigt unter anderem eine von der European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions veranlasste Zehnländerstudie (Benders et al., 1999). In einer Reihe von Publikationen über Japan selbst wird seit einiger Zeit über einen erkennbaren Wertewandel berichtet, bei dem Individualisierungstendenzen und zunehmend Freizeitorientierung offenbar eine Rolle spielen (vgl. Freiboth, 1997; Jaufmann, 1997; Jordan, 1994). Dies hat einige japanische Unternehmen dazu veranlasst, sich für europäische Produktionskonzepte zu interessieren.

*Übertragung
japanischer
Gruppenarbeitskonzepte*

Gruppenarbeit in der deut- schen Auto- industrie

In zahlreichen Werken der deutschen Autoindustrie ist in den 1980er und 1990er Jahren ebenfalls Gruppenarbeit eingeführt worden, die allerdings sehr unterschiedlich zu beurteilen ist. Für viele Fälle gilt offensichtlich, dass dabei die Führungs- und Organisationsstrukturen, nicht aber die Arbeitstätigkeit und deren Vollständigkeit im Mittelpunkt des Interesses stehen (vgl. Bungard & Jöns, 1997; Frieling & Freiboth, 1997; Wehner & Rauch, 1994). „Standardisierte Gruppenarbeit“ scheint sich inzwischen eher zu verbreiten als Arbeit in teilautonomen Gruppen, wie sie in Kasten 4.11 beispielhaft beschrieben und offensichtlich mit einer Vielzahl positiv zu bewertender Effekte verbunden ist.

Auch in Europa ist allerdings vermehrt wieder ein gedanklicher Rückgriff auf Gruppenarbeitskonzepte mit ganzheitlichen Aufgaben und weitgehend kollektiver Selbstregulation erkennbar. So findet sich etwa in der Audi-Betriebsvereinbarung über Gruppenarbeit vom 10. April 2003 die folgende Definition:

„Gruppenarbeit ist die Zusammenarbeit mehrerer Belegschaftsmitglieder

- zur eigenverantwortlichen Erledigung
- einer inhaltlich abgegrenzten ganzheitlichen Arbeitsaufgabe
- in einem räumlich zusammengehörenden Bereich.“

Ob die mancherorts beobachtbare Rücknahme der Automatisierung sowohl in der Fahrzeugendmontage als auch in der Getriebemontage (Lacher, 2001) die Realisierung eines derartigen Konzepts eher begünstigt oder – insbesondere in der Großserienfertigung – zu vermehrter Standardisierung und „strukturkonservativer“ Gruppenarbeit (Nedeß & Meyer, 2001) beiträgt, ist offenbar noch nicht entschieden. „Die Entwicklung geht im Augenblick in Richtung standardisierte Gruppenarbeit“ (Brandenburg & Freiboth 2002, S. 17). Diese Beobachtung betrifft vor allem die Montage, während die mechanische Fertigung durchaus Elemente „teilautonomer“ Gruppenarbeit aufweist (Lacher, 2000).

Schließlich stellt sich aber die Frage, inwieweit „traditionelle Arbeitssysteme ... den langfristigen Tendenzen zu höherer Variantenvielfalt und individueller kundenorientierter Produktion“ noch gerecht werden können (Freiboth, 1997, S. 235). Damit stellt sich zugleich die grundsätzliche Frage, inwieweit organisationale Wahl-

möglichkeiten durch technologische „Zwänge“ systematisch eingeschränkt werden bzw. welche Möglichkeiten allenfalls bestehen oder geschaffen werden können, auch technologische Optionen zu entwickeln.

4.7 Konzepte für den Einsatz neuer Technologien

In seiner konstruktiv-kritischen Auseinandersetzung mit dem soziotechnischen Ansatz der Arbeits- und Organisationsgestaltung war Sydow (1985, S. 106) zu dem Schluss gekommen, „dass die gegenwärtige technologische Entwicklung das soziotechnische Konzept der gemeinsamen Optimierung von technischen und sozialen Systemen in seiner betrieblichen Realisierbarkeit eher fördert“. Das heißt, dass die technologische Entwicklung für die Strukturierung primärer Arbeitssysteme ebenso wie für die Gestaltung konkreter Arbeitsaufgaben weitere Spielräume eröffnet. Deshalb sprechen wir in diesem Zusammenhang auch von „Technologie als Option“ (Ulich, 1980, 2005).

Überlegungen über die angemessene Nutzung menschlicher Potentiale und Qualifikationen in Zusammenhang mit der Entwicklung und dem Einsatz neuer Technologien werden seit einiger Zeit in verschiedenen Industrieländern, aber auch im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft angestellt. Als Konsequenz wird auf die Notwendigkeit der Entwicklung „anthropozentrischer“ Produktions- und Dienstleistungssysteme hingewiesen. Dabei handelt es sich um Arbeitssysteme, bei deren Auslegung die Nutzung und Entwicklung der „Humanressourcen“, d. h. des menschlichen Arbeitsvermögens, prioritär verfolgt wird und neue Technologien in erster Linie eingesetzt werden, um die menschlichen Fähigkeiten und Kompetenzen in geeigneter Weise zu unterstützen. Im Folgenden werden diese Gestaltungskonzepte als „arbeitsorientiert“ bezeichnet und mit „technikorientierten“ Konzepten verglichen (vgl. Tabelle 4.6).

Die Gegenüberstellung in Tabelle 4.6 macht deutlich, dass den skizzierten Konzepten grundsätzlich verschiedene Auffassungen von

*Nutzung
menschlicher
Potentiale und
Qualifikationen*

Tabelle 4.6

Vergleich unterschiedlicher Konzepte für die Gestaltung rechnergestützter Arbeitstätigkeiten (aus Ulich, 2005)

	Technikorientierte Gestaltungskonzepte → Technikgestaltung	Arbeitsorientierte Gestaltungskonzepte → Arbeitsgestaltung
■ Mensch-Maschine-Funktionsteilung	Operateure übernehmen nicht automatisierte Resttätigkeiten	Operateure übernehmen ganzheitliche Aufgaben von der Arbeitsplanung bis zur Qualitätskontrolle
■ Allokation der Kontrolle im Mensch-Maschine-System	Zentrale Kontrolle. Aufgabenausführung durch Rechnervorgaben inhaltlich und zeitlich festgelegt. Keine Handlungs- und Gestaltungsspielräume für Operateure	Lokale Kontrolle. Aufgabenausführung nach Vorgaben der Operateure innerhalb definierter Handlungs- und Gestaltungsspielräume
■ Allokation der Steuerung	Zentralisierte Steuerung durch vorgelagerte Bereiche	Dezentralisierte Steuerung im Fertigungsbereich
■ Informationszugang	Uneingeschränkter Zugang zu Informationen über Systemzustände nur auf der Steuerungsebene	Informationen über Systemzustände vor Ort jederzeit abrufbar
■ Zuordnung von Regulation und Verantwortung	Regulation der Arbeit durch Spezialisten, z. B. Programmierer, Einrichter	Regulation der Arbeit durch Operateure mit Verantwortung für Programmier-, Einricht-, Feinplanungs-, Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten

Allokation der Kontrolle

der Rolle des Menschen und der Allokation der Kontrolle im Arbeitssystem zugrunde liegen. Czaja (1987, S. 1599) hat die Unterschiede auf eine einfache Formel gebracht: „The difference lies in whether people are regarded as extensions of the machine or the machine is designed as an extension of people“. Daraus lässt sich die Annahme ableiten, dass technikorientierte Gestaltungskonzepte zu einer Reihe nachteiliger Folgen führen können, wie z. B.

- Unternutzung bzw. Verlust vorhandener Qualifikationen;
- Verlust von Erfahrungswissen;
- mangelndes Selbstwirksamkeitserleben.

Bei Hamborg und Greif (2003) finden sich zusätzlich Hinweise auf Stress auslösende Merkmale des Einsatzes neuerer Technologien.

In diesem Zusammenhang ist den betrieblichen Produktionsplanungs- und -steuerungssystemen insofern besondere Beachtung zu schenken, als deren Auslegung die lokale Selbstregulation – und damit eine entscheidende Voraussetzung für Flexibilität – unterstützen, aber auch entscheidend behindern bzw. verhindern kann. Dies hat vor rund zwei Jahrzehnten auch die Vereinigung der Metallarbeitgeberverbände in Deutschland so gesehen: „Manchmal können einfachere Lösungen die besseren sein. Ein PPS-System z. B., das den Produktionsablauf in jedem Detail plant und steuert, benötigt eine Unmenge von Daten und schafft viele Informationsschnittstellen, die überbrückt werden müssen. Kleine qualifizierte Arbeitsgruppen, deren Mitglieder sich untereinander absprechen und die Arbeit richtig organisieren, können einem solchen hochtechnischen System überlegen sein“ (Gesamtmetall, 1989, S. 15). Dies gilt nicht nur in Hinblick auf ökonomische Kenngrößen, wie Produktivität und Qualität, sondern eindeutig auch unter den Aspekten lern- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung.

Im Übrigen weisen Veränderungen von Arbeitsstrukturen, wie sie sowohl hier als auch in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt wurden, darauf hin, dass damit – sofern nachhaltige Effekte erzielt werden sollen – in vielen Fällen eine Veränderung der Unternehmenskultur erforderlich ist. Das Festhalten an traditionellen Kulturen mit der Verteilung etablierter Macht gehört schließlich zu den Gründen für die vergleichsweise geringe Verbreitung ökonomisch sinnvoller persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen (vgl. Kapitel 4.3). „Unfortunately, a common belief in management is that during financial crisis there is a need to take more control – and hence to decrease the decision latitude of employees – and at the same time increase psychological demands in order to increase the company’s ability to compete. The arguments that have been formulated in this chapter clearly speak against this common wisdom – in the long run, the ultimate result will be increasing health problems, and productivity will not increase“ (Theorell, 2003, S. 168).

4.8 Unternehmenskultur und Führung

Unternehmenskulturen bestimmen weitgehend, wie Unternehmen von ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wahrgenommen werden.

Unternehmenskulturen entstehen im Verlaufe von Jahren oder sogar Jahrzehnten „durch die allmähliche Verfestigung von bewährten Verhaltensweisen dominanter Organisationsmitglieder“ (Staehele, 1985, S. 532), zu denen vor allem Gründer und Angehörige des Topmanagements gerechnet werden.

4.8.1 Elemente von Unternehmenskulturen

Folgt man dem Konzept von Schein (1985), so bilden grundlegende Annahmen („basic assumptions and beliefs“) die Substanz der Unternehmenskultur. Diese Annahmen betreffen die Natur des Menschen, seines Verhaltens und seiner Beziehungen ebenso wie die Natur von Raum, Zeit und Wirklichkeit. Sie finden ihren Niederschlag in Werten („values“), die sich in Artefakten und Schöpfungen („artifacts and creations“) objektivieren (vgl. Abbildung 4.4).

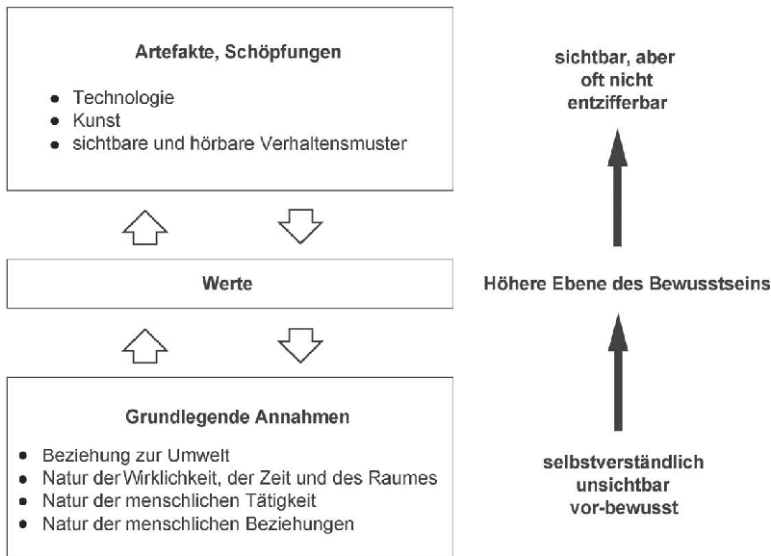
Inhalt der Unternehmenskultur sind z. B. übereinstimmende Werte, Ziele und Normen, die ihren Niederschlag etwa in organisationstypischen Symbolen und Ritualen, Sprachregelungen und Verhaltenscodices finden. Der Zugang zu Unternehmenskulturen erschließt sich einerseits durch die Analyse solcher Manifestationen, andererseits – und dies wird in der einschlägigen Literatur kaum erwähnt – über die Analyse der Regeln für die Einstellung, Entlohnung, Beförderung oder Trennung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Unterschiedliche Kulturen

Das Bestehen unterschiedlicher Kulturen innerhalb eines Unternehmens ist in der bisherigen Unternehmenskulturdiskussion generell zu wenig thematisiert worden. Dies ist umso erstaunlicher, als sich bereits bei Miller (1959) sowie Lorsch und Lawrence (1965) deutliche Hinweise darauf finden. Während bei Miller, der explizit ein soziotechnisches Konzept vertritt, der „subunit differentiation by technology, territory, and time“ eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird, spielen bei Lorsch und Lawrence die unterschiedlichen Funktionen die zentrale Rolle. Die Spezialisierung nach Funk-

Ebenen der Unternehmenskultur und deren Interaktion (nach Schein, 1985)

Abbildung 4.4



tionen führt offensichtlich zu unterschiedlichen Annahmen und Orientierungen; bei Lorsch und Lawrence finden sich dafür erste empirische Belege.

Untersuchungen, wie die von Wiebecke (1989; vgl. auch Wiebecke & Tschirky, 1987; Wiebecke, Tschirky & Ulich, 1987) bestätigen beispielhaft die unterschiedlichen Umweltorientierungen und Zeitperspektiven von Forschern und Marketingmitarbeitern. Wiebecke hat vergleichende Untersuchungen in den Bereichen R&D und Marketing in je einem Unternehmen der chemischen Industrie in der Schweiz und den USA durchgeführt. Seine Daten legen ebenso wie eigene Erfahrungen den Schluss nahe, dass Forschungsabteilungen und Marketingabteilungen verschiedener Unternehmungen eine einander u.U. ähnlichere Kultur aufweisen als die Forschungs- und die Marketingabteilung aus dem gleichen Unternehmen. Dabei spielt der je unterschiedliche Bezug zur Technik eine durchaus wichtige Rolle. „The data-processing fraternity has its own vocabulary, its own norms, its own perspective on how the technology ought to be used, none of which may match the language, perspec-

Neue Technologien und kultureller Wandel

tives, and norms of the potential users of the system" (Schein, 1985, S. 37).

Schein (1985, 1991) hat schon früher darauf hingewiesen, dass die Einführung neuer *Technologien* in einen Beruf, eine Organisation oder eine Gesellschaft als Problem kulturellen Wandels verstanden werden kann: „Occupations typically build their practices, values, and basic self-image around their underlying technology. Similarly, an organization that is successful because of its mastery of a given technology develops its self-image around that technology. If the technology changes in a substantial fashion, the organization or occupation not only must learn new practices but must redefine itself in more substantial ways that involve deep cultural assumptions" (Schein, 1985, S. 36). Dass die seit einiger Zeit zu beobachtenden Technologieschübe traditionell gewachsene Unternehmenskulturen in relativ kurzer Zeit in Frage stellen bzw. verändern können, wird von Schein ebenfalls erkannt. Aber: „... diese Effekte sind nicht 'automatisch', sondern hängen sowohl von der Art der Technologie als auch von der vorher bestehenden Kultur ab" (Grote, 1993, S. 78).

Aktouf (1985), der Untersuchungen in einer algerischen und einer kanadischen Brauerei – beide mit hohem Automatisierungsgrad – durchgeführt hat, berichtet von grundlegenden Unterschieden der „Vorstellungssysteme“ und „Erlebniswelten“ bei *Arbeitern* und bei *Managern*. „Der Hauptgrund dafür liegt unserer eigenen Erfahrung nach darin, dass die Manager ihre Vorstellungen sehr stark ausgehend von vorgefertigten technisch-ideologischen Systemen entwickeln, die vor allem dazu dienen, die Hierarchie innerhalb des Betriebs und ihre eigenen Privilegien zu rechtfertigen. Die Arbeiter dagegen bauen ihre Vorstellungen auf der Dialektik und der Diachronie des Vorgegebenen auf, aus den konkreten Elementen ihres Alltags“ (Aktouf, 1985, S. 45).

Im Übrigen hat Schein (1997) die Frage, weshalb Unternehmen so schlecht lernen, mit dem Hinweis auf den fehlenden Einklang der in Unternehmen typischerweise existierenden drei Kulturen beantwortet. Die Kultur der Arbeiter sei am schwierigsten zu beschreiben, „denn sie entsteht, örtlich begrenzt, im jeweiligen Unternehmen und seinen operativen Einheiten“ (Schein, 1997, S. 65). Für die Kultur der

Firmenchefs³¹ gilt, stark vereinfacht, dass die im Unternehmen beschäftigten Menschen im Wesentlichen als Kostenfaktoren betrachtet werden, während in der Technikerkultur Menschen vor allem Störfaktoren darstellen. Die „Sicht, Menschen als nicht personenhafte Ressourcen zu betrachten, die eher Probleme als Lösungen bringen, teilen die Angehörigen der Führungskräfte- mit denen der Technikerkultur. Beiden Gruppen gelten Menschen und die Beziehungen zwischen ihnen übereinstimmend als Mittel zu den Zwecken Effizienz und Produktivität, nicht als Zwecke in sich selbst“ (Schein, 1997, S. 68). Dass dies nicht ohne Auswirkungen auf das Befinden der von derartigen Einstellungen betroffenen oder damit konfrontierten Beschäftigten bleiben kann, liegt auf der Hand.

4.8.2 Unternehmenskultur, Führung und Gesundheit

Vermeehrt 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 4.7).

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.

Ein Teil der in Tabelle 4.7 aufgeführten Zusammenhänge kann durch empirische Untersuchungen bestätigt werden. So weisen die in den Tabellen 4.3 und 4.4 dargestellten Ergebnisse deutliche Zusammenhänge zwischen Möglichkeiten der Partizipation im Ar-

*Möglichkeiten
der Partizipation und
Krankenstand*

³¹ Schein meint hier Firmenchefs, die auf dem Karriereweg in ihre Position gelangt sind. „Unternehmensgründer oder an die Spitze berufene Familienmitglieder haben andere Ansichten und oft einen breiteren Horizont“ (Schein, 1997, S. 67).

Tabelle 4.7

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

beitsalltag 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 4.13).

Kasten 4.13

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 Arbeitsplät-

zen 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.

Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Muskel-Skelett-Beschwerden zeigen sich auch in den Ergebnissen des – allerdings als Querschnittuntersuchung angelegten – European Work Conditions Survey (EWCS) von 2005 (vgl. Tabelle 4.8).

Muskel-Skelett-Beschwerden und Soziale Unterstützung (%), 2005

Tabelle 4.8

	Unterstützung durch Vorgesetzte		Externe Unterstützung	
	Rücken-schmerz	Muskel-schmerz	Rücken-schmerz	Muskel-schmerz
Fast immer	20.2	19.4	19.4	19.6
Oft	21.4	19.8	19.6	17.8
Manchmal	25.8	23.1	25.3	24.3
Selten	31.7	28.6	26.6	24.1
Fast nie	31.8	29.2	28.4	25.9

Source: Calculations based on fourth EWCS (2005): Eurofound October 2007

Einige der in Tabelle 4.7 aufgeführten Merkmale haben offensichtlich mit Wertschätzung der Beschäftigten durch das Unternehmen bzw. die Führungskräfte zu tun, auch wenn dieser Begriff nicht explizit auftaucht. In diesem Zusammenhang ist das von Siegrist (1996a, 1996b) entwickelte und in Kapitel 2.3.3 ausführlicher be-

Modell beruflicher Gratifikationskrisen

schriebene 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; vgl. Kapitel 2.3.3) unterscheidet zwischen situativen (extrinsischen) und personalen (intrinsischen) Verausgabungsquellen. Gratifikationen ergeben sich über die drei „Transmittersysteme“ finanzielle Belohnung, Wertschätzung und berufliche Statuskontrolle (Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit und ausbildungsadäquate Beschäftigung).

Empirisch zeigte sich, dass in diesem Sinne mangelnde Reziprozität bzw. „Gratifikationskrisen“ prädiktiv sind für kardiovaskuläre Krankheiten und Risikofaktoren wie Bluthochdruck (z. B. Bosma, 1998; Siegrist, 1996a, 1996b; für eine Übersicht vgl. auch Marmot et al., 2002). Weiterhin ergaben sich Zusammenhänge mit erhöhten Risiken für psychiatrische Störungen (Stansfeld et al., 1999), Depressionen (Tsutsumi et al, 2001) und Alkoholabhängigkeit (Head et al., 2004). 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. 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 4.9).

Bedeutung der Wertschätzung

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 ver-

Tabelle 4.9

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

allgemeinerbar sind als es sich (1) um eine Querschnittsstudie handelt, die noch dazu (2) an einer sehr spezifischen Stichprobe per Fragebogen durchgeführt wurde.

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.

4.9 Fazit

Soziotechnische Konzepte der Arbeitsgestaltung zielen darauf ab, die Entwicklung und den Einsatz von technischen Arbeitsmitteln, Arbeitsstrukturen und Humanvermögen in ihrer Interdependenz zu begreifen und gemeinsam zu optimieren. Ablaufplanungs- und Steuerungssysteme sind deshalb vermehrt hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf organisatorische Gestaltungsspielräume und – damit verbunden – auf die Möglichkeiten des Erhalts bzw. der Schaffung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitstätigkeiten zu beurteilen. Für das betriebliche Controlling ergibt sich daraus die Notwendigkeit, Alternativen der Mensch-Maschine-Funktionsteilung abzubilden, die Nutzung menschlicher Kompetenz entsprechend zu gewichten und die dafür erforderlichen Gestaltungs- und Qualifizierungsmaßnahmen auf ihre Interpretierbarkeit als strategische Investition zu prüfen.

Mitarbeitende mit Handicap - "Disability Management by Ability Management"³²

Kapitel 5

³² Der Titel "Disability Management by Ability Management" wurde von Ford Deutschland übernommen (vgl. Kämmerer, 2004)

5.1 Einführung

In vielen Unternehmen hat die Sensibilität für den Umgang mit leistungsgewandelten bzw. langzeitkranken oder behinderten Mitarbeitenden in den letzten Jahren zugenommen. Die Gründe hierfür liegen einerseits in der Zunahme psychischer Arbeitsbelastungen und einer Veränderung auftretender Krankheitsbilder (Göldner, Rudow, Neubauer et al., 2006; Ulich, 2008; für eine gesamteuropäische Übersicht vgl. Wynne & McAnaney, 2004), andererseits in älter werdenden Belegschaften (vgl. Kapitel 5.2.3) und Krisen der Sozialversicherungssysteme (vgl. Behrend, 2005).

Die Begriffe *leistungsgewandelt*, *langzeitkrank* und *behindert* deuten darauf hin, dass die Zielgruppe des sogenannten *Disability Management* nicht eindeutig ist. Für die Begriffsbildung bietet sich zunächst die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation von 2001 an (Rentsch & Bucher, 2005). Gemäß dieser Klassifikation umfasst die *funktionale Gesundheit* eines Menschen verschiedene Komponenten (vgl. Stucki, 2002, S. 26; Bloch, 2007):

- *Körperstrukturen* sind anatomische Teile des Körpers (z.B. das Kniegelenk).
- *Körperfunktionen* sind physiologische Funktionen von Körpersystemen (z.B. Beweglichkeit des Kniegelenks) einschließlich der psychologischen Funktionen.
- Mit der *Aktivität* ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung gemeint (z.B. Einschränkungen beim Gehen)
- *Partizipation* bezieht sich auf das Einbezogensein in Lebenssituationen (z.B. Partizipation an bezahlter Beschäftigung)
- *Umweltfaktoren* (förderliche/hinderliche, z.B. keine öffentlichen Verkehrsmittel vorhanden) und *personenbezogene Faktoren* (z.B. Bewältigungsverhalten) gelten als Kontextfaktoren.

Eine Person wird als funktional gesund bezeichnet, wenn ihre Körperstrukturen und -funktionen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen, wenn sie all das tut oder tun kann, was von einer Person ohne Gesundheitsprobleme (im Sinne des ICD) erwartet werden kann und wenn sie sich in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann,

*Funktionale
Gesundheit*

*Aktivität und
Partizipation*

wie dies Menschen ohne Beeinträchtigung tun können. (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2003)

In der Klassifikation werden damit nicht nur Symptome und Defizite thematisiert, sondern auch der psycho-soziale Kontext wird einbezogen. Damit wird deutlich, dass die Möglichkeit in wichtige Lebensbereiche integriert zu sein nicht nur von personenbezogenen sondern auch von strukturellen bzw. umweltbezogenen Faktoren abhängt.

Im deutschen Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen" werden deshalb die Förderung der Selbstbestimmung und der Partizipation als übergeordnete Ziele formuliert. Beschäftigte, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, sollen demnach durch ein professionelles Eingliederungsmanagement die Möglichkeit zur Rückkehr an den Arbeitsplatz erhalten. Dies ist ein anspruchsvolles Unterfangen, das allen Beteiligten ein erhebliches Engagement abverlangt. Auf europäischer Ebene ist allerdings nicht zu übersehen, dass in Bezug auf (Re-)Integrationsbemühungen nach wie vor gesetzgeberisch-administrative Strategien überwiegen (Wynne & McAnaney, 2004). Dabei geht es z.B. um verstärkte Kontrollen oder um Veränderungen der Zugangsberechtigungen zu Rentensystemen. Für Unternehmen liegen die Herausforderungen darüber hinaus zunehmend in der Erarbeitung geeigneter Handlungs- bzw. Umsetzungsstrategien zur aktiven Integration betroffener Mitarbeitender. Diese Strategien bilden die Grundlage für "realistische Zielsetzungen und eine an den betrieblichen Erfordernissen orientierte Umsetzung" (Huber, Kossack & Stegmann, 2004, S. 4).

5.2 Zielgruppe und Begriffe

Im betrieblichen Kontext ist die Zielgruppe für das Disability Management meist nicht auf Mitarbeitende mit gesetzlich anerkanntem Rentenanspruch beschränkt (Schmal & Niehaus, 2004). Schließlich können auch bei Personen ohne gesetzlichen Rentenanspruch Leistungseinschränkungen vorliegen.

*Leistungsge-
wandelte Mit-
arbeitende*

Wieland (1995) schlägt vor, den Begriff leistungsgewandelte Mitarbeitende zu verwenden. Bei leistungsgewandelten Mitarbeitenden liegt eine längerfristig oder unbefristet geltende bzw. sich wiederholende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor, welche die Ausführung der bisherigen Arbeitstätigkeit nicht mehr ohne weiteres erlaubt. Darüber hinaus ist mit dem Begriff leistungsgewandelt gemeint, dass Mitarbeitende "bei richtigem Einsatz an anderer Stelle" durchaus eine volle Leistung erbringen können (Rudow, Neubauer, Krüger et al., 2007, S. 120). Dabei geht es in vielen Fällen um ältere, jedoch nur zum Teil behinderte Mitarbeitende (Luczak, 1998; Göldner et al., 2006). Gemäß Adenauer (2004) sollte jedoch ein Arzt die Leistungswandlung mit Bezug zur konkreten Tätigkeit und den damit verbundenen Anforderungen und Belastungen attestieren.

*Langzeit-
kranke*

Auch die Rolle von Langzeitkranken muss im Rahmen des Disability Managements diskutiert werden. Zunächst unterliegt diese Gruppe keinem besonderen rechtlichen Schutz (Schmal & Niehaus, 2004). Zudem müssen bei Langzeitkranken keineswegs bereits Einschränkungen im Sinne von "Disabilities" vorliegen. Die "European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions" (Wynne & McAnaney, 2004, S. 5) präzisiert diesen Umstand folgendermaßen: "In reality, disability is a dynamic process that increases with age and affects many people with chronic illness. These are in effect a hidden group within disability policy in that they are, in administrative terms, 'not yet disabled'".

*Mitarbeitende
mit Handicap*

Schmal & Niehaus (2004, S. 225) bevorzugen schließlich den auch international gebräuchlichen Begriff Mitarbeitende mit 'Handicap' und betonen damit die soziale Benachteiligung eines Individuums: "Die Verwendung des Begriffes 'Mitarbeiter/innen mit Handicap' ... soll deshalb verdeutlichen, dass nicht nur die eigentliche Schädigung, sondern vor allem die daraus resultierenden Folgen zu beachten sind (Niehaus, 1997). Betriebliche Integrationsmassnahmen sind deshalb nicht nur auf schwerbehinderte und gleichgestellte Mitarbeiter/innen zu beziehen, sondern auch auf die Gruppe der leistungsgewandelten und langzeitkranken Mitarbeiter, die gemeinsam ... als Mitarbeiter/innen mit Handicap bezeichnet werden."

Disability Management

In diesem Abschnitt werden unter Berücksichtigung dieser Präzisierungen aufgrund ihrer inzwischen großen Verbreitung die Begriffe *Disability* bzw. *Disability Management* und *leistungsgewandelte Mitarbeitende* verwendet. Der auch im deutschsprachigen Raum verbreitete Begriff *Disability* meint eine Beeinträchtigung oder Herabsetzung der Handlungsfähigkeit eines bzw. einer Mitarbeitenden bei der Ausübung normaler Tätigkeiten als Folge der Schädigung bzw. Einschränkung oder des Verlusts einer physiologischen, anatomischen oder psychischen Funktion (Schmal & Niehaus, 2004). Im Rahmen von Integrationsmaßnahmen und vor dem Hintergrund einer salutogenen Perspektive muss es allerdings insbesondere um die Identifikation und den Einsatz noch bestehender Handlungs- bzw. Leistungspotentiale gehen; der Begriff *Ability Management* wäre also angemessener. Bei Ford Deutschland wird deshalb im Zusammenhang mit der Integration Leistungsgewandelter mittlerweile von *Disability Management by Ability Management* gesprochen (Kämmerer, 2004).

Ability Management

Für Unternehmen geht es im konkreten Fall darum zu erfassen, welche Mitarbeitendengruppe(n) als leistungsgewandelt bezeichnet und ins (Dis-)Ability Management einbezogen werden sollen. In diesem Zusammenhang sind mögliche *Determinanten* einer erfolgreichen Integration und der optimale *Zeitpunkt* für den Beginn von Integrationsmaßnahmen festzulegen.

5.3 Beginn der (Re-)Integrationsmaßnahmen

Wiederaufnahme der Arbeit

Mit zunehmender Dauer der Arbeitsunfähigkeit nimmt die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Rückkehr an den Arbeitsplatz deutlich ab. Nach Schätzungen des kanadischen *National Institute of Disability Management and Research* (2003) liegt z.B. die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen (Re-)Integration nach 6 Monaten Arbeitsabwesenheit bei 50%, bereits nach einem Jahr nur noch bei 20%. Eine Sechs-Länder-Studie zur beruflichen Integration belegt diesen Trend für Rückenschmerzpatienten (vgl. Bloch & Prins, 2001; Veerman, 2001; Weber, 2005). Dabei handelt es sich um eine Längsschnittuntersuchung, die in den Jahren 1994 bis 1999 durchgeführt

wurde. Einbezogen waren Personen zwischen 19 und 59 Jahren, die bereits während 3 Monaten wegen Dorsopathien (ICD-9 721, 722, 724) krankgeschrieben waren, bei denen in den letzten 12 Monaten aber keine entsprechende Operation durchgeführt worden war und die vor der Arbeitsunfähigkeit in einem bezahlten Arbeitsverhältnis gestanden hatten (Weber, 2005). Die Studienergebnisse ließen ein interessantes Muster erkennen. Die meisten Teilnehmenden hatten entweder ein Jahr nach der Krankschreibung die Arbeit wieder aufgenommen oder aber sie waren weder nach einem noch nach zwei Jahren wieder arbeitstätig. Das heißt, dass erfolgreiche Aktivitäten in Richtung Wiederaufnahme der Arbeit überwiegend während des ersten Jahres nach der Krankschreibung erfolgten.

Unabhängig vom Krankheitstyp hält Slesina (2005) auf der Basis einer Durchsicht rehabilitationswissenschaftlicher Untersuchungen fest, dass ein erheblicher Teil der Rehabilitanden nach der medizinischen Rehabilitation *nicht* in das Erwerbsleben zurückkehrt. Slesina (2005, S. 72) kommt zum Schluss, dass "Risikopatienten" hinsichtlich einer nicht erfolgreichen Wiedereingliederung möglichst früh erkannt werden müssen. "Benötigt werden daher valide und im Versorgungsalltag der medizinischen Reha praktikable sowie frühzeitig einsetzbare Instrumente". Diese Forderung ist gut vereinbar mit Aussagen von Göldner et al. (2006), die auf der Basis von Erkenntnissen aus der Automobilindustrie der medizinischen und psychologischen Diagnostik zur Feststellung von Leistungseinschränkungen, aber auch physischen und psychischen Potentialen einige Bedeutung einräumen. Gleichzeitig betonen sie die Wichtigkeit der Analyse, Bewertung und Gestaltung der Arbeitsplätze bzw. der Tätigkeiten von Leistungsgewandelten im Rahmen des Disability Managements (vgl. Abschnitt 5.7).

Valide Diagnoseinstrumente

5.4 Determinanten der (Re-)Integration

Die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz nach längeren Fehlzeiten hängt offenbar von verschiedenen Faktoren ab, die nicht unmittelbar mit der Art und Schwere der Krankheitsprobleme zusammen hängen (Shaw 2001; Schott, 2005; Weber, 2005). Oft genannt werden soziodemografische Merkmale, die Arbeitszufrie-

Rolle der Hausärzte und der Betriebe

denheit und der Zugang zu geeigneten Rehabilitationseinrichtungen (Goldner, Bilsker, Gilbert et al., 2004). In Bezug auf die Rolle der Hausärzte und der Betriebe nennen Shaw, Pransky & Fitzgerald (2001) auf der Basis einer systematischen Übersicht empirischer Untersuchungen folgende unterstützende Maßnahmen zur Wiederaufnahme der Arbeit durch chronische Rückenschmerzpatienten:

- Nutzung standardisierter Diagnoseinstrumente
- Intensive Kommunikation mit Patientinnen bzw. Patienten und Arbeitgebern
- Frühzeitige Intervention und verhaltensbezogene Techniken im Umgang mit Schmerzen und Einschränkungen
- Ein unterstützendes Arbeitsklima
- Intensive Kooperation zwischen Mitarbeitenden und Management (vgl. auch Williams & Westmorland, 2002).

Folgende Merkmale waren gemäß der Übersicht von Shaw et al. (2001) für eine Integration vergleichsweise hinderlich:

- Geringe Unterstützung am Arbeitsplatz
- Stress am Arbeitsplatz
- Geringe Dauer des Beschäftigungsverhältnisses
- Frühere Krankheitsepisoden
- Tätigkeiten mit ausgeprägten physischen Belastungen ohne adäquate Anpassung des Arbeitsplatzes
- Zu späte Aufnahme des Integrationsprozesses
- Schmerzintensität

In der oben erwähnten Sechs-Länder-Studie zur beruflichen Integration (Weber, 2005) zeigte sich über alle sechs Länder hinweg, dass eine subjektiv positive Arbeitsprognose, vergleichsweise weniger starke Schmerzen sowie weniger Arbeitsunfähigkeitstage vor Krankheitsbeginn signifikant mit einer vergleichsweise früheren Wiederaufnahme der Arbeit im Zusammenhang standen.

In dem Überblick von Schott (2005) zur Wiederaufnahme der Arbeit nach *koronaren Herzkrankheiten* ging es insbesondere um Herzinfarkte, Bypass-Operationen und Ballondilatationen. Als Determinanten der Wiederaufnahme nennt er die subjektive Einschätzung der Genesung und der beruflichen Leistungsfähigkeit sowie das Ausmaß

sozialer Unterstützung. Auch soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Bildung und berufliche Position, haben einen eigenständigen Einfluss. Männer arbeiten z.B. häufiger wieder als Frauen (vgl. auch Weber, 2005), jüngere Mitarbeitende häufiger als ältere. Eine höhere Bildung und ein höherer beruflicher Status sind zudem in der Regel mit höheren Raten der Wiederaufnahme verbunden. Als Risikofaktoren der Frühberentung nennt Schott z.B. klinische Merkmale wie die Schwere des Infarkts und klinische Komplikationen während der Akutphase sowie psychische Merkmale wie Angst und Depressivität, u.U. als Reaktion auf das Krankheitsereignis.

5.4.1 Integration von Mitarbeitenden mit Psychischen und Verhaltensstörungen

Die Integration von Personen mit *Psychischen und Verhaltensstörungen* (vgl. Kapitel F im ICD 10) stellt eine besondere Herausforderung dar (vgl. Hoffmann 2002). Dabei geht es um Probleme der Stigmatisierung psychisch Kranker ebenso wie um die im Vergleich mit anderen Erkrankungen weniger fassbaren Krankheitsbilder und diskontinuierlichen Krankheitsverläufe. Psychische und Verhaltensstörungen stellen komplexe, multifaktorielle Erkrankungen dar (Weber, Hörmann & Köllner, 2006). Sie können sich auf verschiedenen Ebenen zeigen: kognitiv, affektiv, motorisch und im Sozialverhalten. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben entsprechend auf dem Arbeitsmarkt oft schlechte Chancen.

*komplexe,
multifaktorielle
Erkrankungen*

Mecklenburg (1999) nennt auf der Basis klinischer Erfahrungen folgende Kriterien erfolgreicher Rehabilitations- bzw. Integrationsprozesse bei psychischen Erkrankungen:

- Die Auswahl der Rehabilitanden orientiert sich primär an der Motivation der Erkrankten
- Ressourcenorientierung statt Defizitorientierung
- Mitglieder des REHA-Teams verfügen über adäquate Berufserfahrung (Entwicklungspotentiale erkennen; nicht linearer Krankheitsverlauf)
- Kontinuierliche Planung der REHA-Phasen
- Kontinuität im Betreuungsteam (Beziehungsabbrüche vermeiden)

- Vernetzung der Akteure: Mitarbeitende, Vorgesetzte, Arbeitgeber etc.
- Ausreichende Dauer des Reintegrationsprozesses (hohe Variation der Reintegrationsdauer bei psychisch Kranken)
- Krisenintervention vor Ort, statt medizinisch psychiatrische Behandlungen
- Realistische Arbeitskontexte sind sinnvoller als therapeutische oder rehabilitative Trainings
- Das Case-Management beginnt früh und bleibt aktiv bis zur Reintegration oder akquiriert wenn nötig neue Arbeitsplätze (marktgerechte Strategien)
- Die Abstimmung zwischen Mitarbeitenden, Arbeitgebenden und REHA-Fachleuten ist als ein Prozess kontinuierlicher Adaptation zu gestalten
- Erstellung von personenbezogenen Fähigkeiten- und tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofilen
- Aus Sicht der Arbeitgeber: unkomplizierte Krisenintervention

Dabei kommt drei Kriterien besondere Bedeutung zu. Erstens sind das Einverständnis der betroffenen Personen und deren Einsicht in die Notwendigkeit der Kooperation eine unabdingbare Voraussetzung. Zweitens müssen alle Anspruchsgruppen zielgerichtet vernetzt werden. Drittens ist eine arbeitsplatznahe Integration offensichtlich erfolversprechender als eine Rehabilitation in außerbetrieblichen Institutionen. Ein in diesem Zusammenhang interessantes Modellprojekt wurde von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich durchgeführt (vgl. Bärtsch & Rössler, 2008).

5.4.2 Integration psychisch Kranker - Das Projekt "Supported Employment"

'First place, then train'

In der Realität blieb "die berufliche Integration lange Zeit auf rehabilitative Maßnahmen in außerbetrieblichen Institutionen beschränkt" (Schmal & Niehaus, 2004, S. 223). Traditionell läuft die Integration psychisch Erkrankter auch in der Schweiz über außerbetriebliche Einrichtungen. Der Versuch einer Integration in den Arbeitsmarkt erfolgt oft erst sekundär. Bärtsch und Rössler (2008) haben in einem Modellprojekt untersucht, ob die Umkehrung der Verhältnisse, also

primär eine direkte, begleitete Platzierung im ersten Arbeitsmarkt zu einer Erhöhung der Integrationswahrscheinlichkeit führte (vgl. Kasten 5.1).

Das Modell ‚Supported Employment‘ (Bärtsch & Rössler, 2008, S. 2)

Kasten 5.1

„BISHER: ‚First train, then place‘: Rehabilitation vor Arbeit

In der Schweiz führt der Weg der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen über geschützte Werkstätten und Wiedereingliederungstrainings. Nur ca. 10% der IV-Bezüger können jedoch auf diesem Weg wieder in die Wirtschaft integriert werden.

NEU: ‚First place, then train‘: Arbeit als Rehabilitation

Das in den USA zur Wiedereingliederung behinderter Menschen entwickelte und erfolgreich angewandte Modell des ‚Supported Employment‘ sieht – im Gegensatz zum bisherigen Ansatz in der Schweiz – die direkte Platzierung in den ersten Arbeitsmarkt als individuellen und realitätsnahen Rehabilitationsschritt. ‚First place, then train‘ heisst die neue Devise. Arbeit ist Rehabilitation, so die Idee. Nach dem Modell ‚Supported Employment‘ unterstützt ein Job-Coach den psychisch kranken Menschen bei der Stellensuche und während der Anstellung an einem Arbeitsplatz in einem ‚normalen Betrieb‘. "

Das Projekt "Supported Employment" wurde zwischen 2003 und 2005 durchgeführt (Bärtsch & Rössler, 2008); neben der Schweiz beteiligten sich auch Forschungsteams aus Bulgarien, Deutschland, Italien und Großbritannien daran (a.a.O.). Das zugrunde liegende Modell orientierte sich an US-amerikanischen Programmen (für eine Übersicht vgl. Crowther, Marshall, Bond & Huxley, 2001). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer litten an schweren Erkrankungen aus dem affektiven und schizophrenen Formenkreis. In die Experimentalgruppe in der Schweiz wurden 25 Patientinnen und Patienten einbezogen. Diese Gruppe wurde durch einen Job-Coach bei der direkten Integration in den ersten Arbeitsmarkt unterstützt. Die Kontrollgruppe umfasste ebenfalls 25 Personen; hier erfolgte die Unterstützung bei der Arbeitsrehabilitation durch eine Tagesklinik und geschützte Arbeitsplätze. In der Experimentalgruppe klärten die Job-Coaches zunächst die Ressourcen der Stellensuchenden ab, auf dieser Basis wurden realistische Ziele formuliert. Anschließend folgte eine intensive Unterstützung bei den Bewerbungen. Nach erfolgreicher Vermittlung setzte der Coach die Betreuung innerhalb

des Unternehmens fort. Die Coaches blieben sowohl für die Betroffenen als auch für die Arbeitgeber ständige Ansprechperson.

Die Ergebnisse der Studie sind vielversprechend. 11 von 25 Teilnehmenden der Experimentalgruppe fanden bis zum Schluss der Studie in der freien Wirtschaft eine Arbeitsstelle, gegenüber keiner Person aus der Kontrollgruppe. Erfolgreich Integrierte berichteten zudem ein vergleichsweise besseres Selbstwertgefühl und eine Verbesserung ihrer Lebenssituation, die Lebenszufriedenheit war bei den Personen mit Arbeitsstelle signifikant höher als bei Personen ohne Stelle, schließlich verbesserte sich auch deren psychischer Gesundheitszustand.

Rössler (2008) weist darauf hin, dass das Angebot auf große Nachfrage stoße, auch bei Krankenkassen. Nach seinen Einschätzungen ist das Konzept nicht mehr aufzuhalten, er weist allerdings auch darauf hin, dass es einen langen Atem brauche.

5.5 Die Rolle der Vorgesetzten und der Arbeitsbedingungen

Aus den letzten Abschnitten wird deutlich, dass Prozesse der Arbeitswiederaufnahme bzw. der Integration multifaktoriell bedingt sind. Schmal & Niehaus (2004) stellen fest, dass den Führungskräften vor Ort dabei eine entscheidende Bedeutung zukommt. "Von ihrem Verständnis und von ihrem Engagement hängt es vor allem ab, ob die Integrationsmaßnahmen zum Ziel führen oder nicht" (a.a.O., S. 235). Im Einzelnen nennen sie folgende kritischen Erfolgsfaktoren:

- Klärung unterschiedlicher Interessenslagen
- Nutzung kooperativer und partizipativer Strategien
- Klar definierter Vereinbarungs- und Umsetzungsprozess
- Klärung und Festschreibung von Zuständigkeiten und Verfahrensregeln
- Systematische Zusammenarbeit zwischen internen und externen Stellen, dies kann oft nur durch ein professionelles "Case-Management" gewährleistet werden

Schmal & Niehaus (2004, S. 236) stellen schließlich fest, dass eine Beschränkung des psychologischen Handelns "auf den Bereich klinisch-rehabilitativer Maßnahmen dem komplexen Prozess der beruflichen und betrieblichen Integration unangemessen ist." Sie fordern eine arbeits- und organisationspsychologische Erweiterung der Perspektive unter Einbezug der Analyse betrieblicher Anforderungen und Belastungen inklusive der Möglichkeiten ihrer Veränderung.

Im folgenden Abschnitt werden zwei recht unterschiedlich angelegte Projekte vorgestellt, welche die genannten Voraussetzungen zur Integration Mitarbeitender mit Handicap zumindest teilweise erfüllen.

5.6 Das Projekt FILM - Förderung der Integration Leistungsgewandelter Mitarbeitender

In den Fertigungs-Werken von Ford in Köln arbeiten rund 20'000 Mitarbeitende. Im Jahr 2000 wurden im Rahmen der Einführung einer neuen Modellreihe die Produktionsanlagen restrukturiert, verbunden mit einer Anpassung der Taktzeiten und einer Erweiterung von zwei auf drei Schichten. 5'000 Mitarbeitende waren von der Reorganisation betroffen, darunter 500 vorwiegend ältere, mit meist ärztlich attestierten Leistungseinschränkungen. Die Hauptdiagnosen betrafen Muskel-Skelett-Erkrankungen (47%), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (14%) sowie Psychische Erkrankungen (12%). Die meisten dieser Personen waren vor der Restrukturierung in der Abteilung Eigenfertigung tätig, die aufgrund der Reorganisation geschlossen werden musste. Das herausfordernde Ziel des Projekts FILM war die Eingliederung dieser leistungsgewandelten Mitarbeitenden in den produktiven Produktionsprozess (für eine Übersicht vgl. Adenauer, 2004). Das Projekt wurde zwischen 2001 und 2003 durchgeführt. Zunächst wurden intensive Informationsveranstaltungen und Einzelgespräche mit Mitarbeitenden und Vorgesetzten durchgeführt, die für die Akzeptanzbildung von hoher Bedeu-

tung waren. Es wurde ein entscheidungsbefugtes Integrationsteam gebildet, bestehend aus Fachleuten aus der Produktion, Schwerbehindertenvertretungen, Mitgliedern des Betriebsrats und der Personalabteilung sowie externen Spezialistinnen und Spezialisten des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation IQPR.

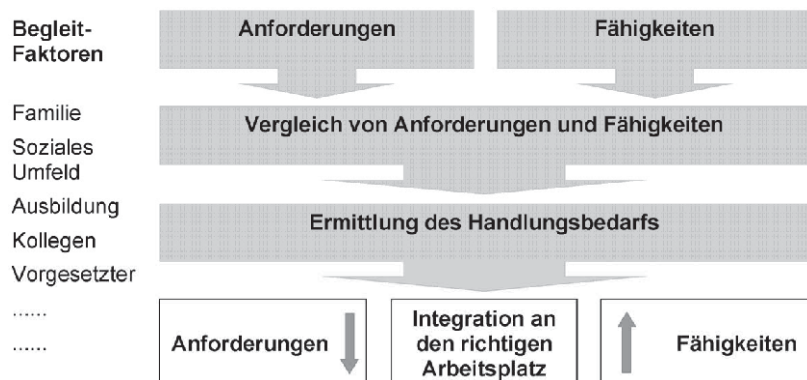
In der Analysephase mussten zunächst die Akten der Mitarbeitenden in Hinblick auf Diagnosen, Krankheitsverläufe und ärztliche Atteste gesichtet werden. Voraussetzung dafür war natürlich das Einverständnis der Betroffenen. Auf dieser Basis wurden erste Integrationsprognosen gestellt (Adenauer, 2004). Eine erfolgreiche Integration verlangt aber über das Erkennen von Leistungseinschränkungen hinaus die Identifikation bestehender Ressourcen und Potentiale.

Profil- vergleichs- verfahren

Um die Passung zwischen den Mitarbeitenden einerseits und den Tätigkeitsanforderungen andererseits systematisch zu erheben, wurde das Profilvergleichsverfahren *Integration von Menschen mit Behinderungen in der Arbeitswelt* IMBA entwickelt. Das Instrument erlaubt es, die Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeitenden standardisiert zu erheben und in Beziehung zu identisch strukturierten und standardisierten tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofilen zu setzen (Kaiser, 2004). Das standardisierte Instrument ist

Abbildung 5.1

Die IMBA-Methode (vgl. Adenauer, 2004, S.9)



ressourcenorientiert, schafft Prozesstransparenz und aufgrund der Nachvollziehbarkeit Akzeptanz (Adenauer, 2004). In Abbildung 5.1 ist das Vorgehen des IMBA schematisch dargestellt.

Das IMBA geht also von drei Schritten aus. "Vom Mitarbeiter wird ein Fähigkeitsprofil erstellt; vom Arbeitsplatz wird nach denselben Kriterien ein Anforderungsprofil erstellt. Im dritten Schritt erfolgt ein Vergleich vom Fähigkeitsprofil des Mitarbeiters und Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes, um einen Arbeitsplatz zu finden, der den Fähigkeiten des Mitarbeiters entspricht" (Adenauer, 2004, S. 9). Inhaltlich umfasst das IMBA³³ neun Hauptdimensionen (a.a.O., S. 10):

"Körperhaltung

Körperfortbewegung

Körperteilbewegung

Informationsverarbeitung

Komplexe Eigenschaften

Umgebungseinflüsse

Arbeitssicherheit

Arbeitsorganisation

Schlüsselqualifikationen"

Insgesamt wurden 503 Mitarbeitende in das Projekt einbezogen. 263 Mitarbeitende konnten vollumfänglich in die Produktion integriert werden, 60 Mitarbeitende mit einem 50%-Pensum. 149 Mitarbeitende konnten in Tätigkeiten aus Unterstützungsprozessen beschäftigt werden, nur bei 31 Mitarbeitenden konnte keine Integration erzielt werden, z.B. aufgrund von Langzeiterkrankungen. Die meisten Mitarbeitenden konnten produktive und sinnvolle Tätigkeiten aufnehmen, aufgrund des Profilvergleichs konnten Über- bzw. Unterforderungen weitgehend vermieden werden.

³³ Auf der Basis des IMBA wurde das Profilvergleichsverfahren MELBA – Merkmalprofile zur Eingliederung leistungsgewandelter und behinderter Menschen – entwickelt (vgl. Kleffmann, Weinmann, Föhres & Müller, (1997). Im MELBA werden psychische Fähigkeiten und Anforderungen vergleichsweise stärker gewichtet.

Auch das Unternehmen profitierte vom Projekt. 6 Mio. Euro konnten durch eine Senkung von Fehlzeiten eingespart werden, 9,44 Mio. Euro, weil Neueinstellungen im Produktionsbereich vermieden werden konnten.

5.7 Das Projekt Work2Work

Das Projekt *Work2Work* von VW in Wolfsburg verfolgt die Zielsetzung, "Leistungsgewandelte leidens- und leistungsgerecht, gesundheitsstabilisierend, persönlichkeitsförderlich und wertschöpfend einzusetzen" (Göldner et al., 2006, S. 566; vgl. auch Rudow et al., 2007). Als leistungsgewandelt versteht VW einen Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin dann, wenn er oder sie "trotz betrieblicher Maßnahmen in seinem bisherigen Arbeitsbereich nicht mehr möglichst wertschöpfend beschäftigt werden kann" (VW-Betriebsvereinbarung Werk Wolfsburg Nr. W2/01, 2001, S. 5). Die Leistungswandlung muss betriebsärztlich attestiert sein. Im Projekt kommt der medizinischen und psychologischen Diagnostik, der Analyse, Bewertung und Gestaltung der Arbeitsplätze sowie der medizinisch-psychologischen Weiterbildung der Vorgesetzten der Leistungsgewandelten entscheidende Bedeutung zu (vgl. Kasten 5.2).

*Diagnostik,
Gestaltung und
Weiterbildung*

Kasten 5.2

Das Projekt Work2Work bei der Volkswagen AG (Göldner et al., 2006, S. 566)

"Die Volkswagen AG wird diesem Trend in der Personalstruktur gerecht, indem sie das innovative Personal- und Gesundheitsprojekt 'Work2Work' eingeführt hat. Die Zielsetzung besteht darin, Leistungsgewandelte leidens- und leistungsgerecht, gesundheitsstabilisierend, persönlichkeitsförderlich und wertschöpfend einzusetzen. Hierbei arbeiten Personal- und Gesundheitswesen eng zusammen. Die Hauptaufgaben des Gesundheitswesens sind folgende:

- die medizinische und psychologische Diagnostik zur Feststellung von Leistungseinschränkungen, aber auch von körperlichen und geistigen Potenzialen der Mitarbeiter,
- die Analyse, Beurteilung und Gestaltung der Arbeitsplätze für Leistungsgewandelte,
- die medizinisch-psychologische Weiterbildung von Vorgesetzten der Leistungsgewandelten.

Während es in der medizinischen Diagnostik zur Feststellung von körperlichen Leistungseinschränkungen bei Leistungsgewandelten bewährte Methoden gibt, bestehen Probleme in der Erkennung der geistigen Potentiale und besonders in der Erkennung, im Umgang und in der Behandlung psychischer Störungen bei Leistungsgewandelten. Ihr Anteil unter den Erkrankungen bei Leistungsgewandelten wird auf ca. 30-40% geschätzt. Deshalb wird eine diagnostische Methode zur Erfassung psychischer Störungen für Werksärzte entwickelt. Ferner erfolgt die Weiterbildung der Vorgesetzten zur Erkennung psychischer Störungen bei ihren Mitarbeitern. Die Arbeits- und Anforderungsanalyse nach ergonomischen, physiologischen und psychologischen Kriterien erfolgt mit dem Ziel der Bewertung, der Klassifikation und der Gestaltung der Arbeitsplätze für Leistungsgewandelte"

Betroffene Mitarbeitende werden vor allem im *Werkstatt- und Industrieservice* (WIS) eingesetzt. Der Geschäftsbereich WIS wurde im Rahmen des Projekts Work2Work gegründet (Volkswagen AG, 2007). Für die Akquisition von Aufträgen ist der Werkstatt- und Industrieservice selbst zuständig. Die Mitarbeitenden "erbringen hier Dienstleistungen, die vormals von Fremdfirmen eingekauft oder die bedarfsorientiert neu geschaffen wurden" (a.a.O., S. 20). Zu den Aufgaben der Bereichs zählen u.a. der Fahrservice, Aufgaben im Bereich Umwelt/Recycling/Entsorgungswirtschaft und Logistik/Betriebsmittellager sowie Transporte und Technische Sonderwerkstätten (Rudow et al., 2007).

Die Dienstleistungen werden in Teams von qualifizierten Stammmitarbeitern und Leistungsgewandelten erbracht (Hans Boeckler Stiftung, 2007). In Bezug auf die Arbeitszeitmodelle sind Unterschiede zwischen "normalen" und leistungsgewandelten Mitarbeitenden vorgesehen. Leistungsgewandelte arbeiten z.B. in Früh- und Spätschicht. In der Nachtschicht arbeiten aufgrund der insgesamt höheren physischen und psychischen Anforderungen v.a. sogenannte "normale" Mitarbeitende.

Die Voraussetzungen für eine Aufnahme von Mitarbeitenden in das Projekt Work2Work sind (1) eine Beschäftigung am Standort Wolfsburg, (2) eine anerkannte Werkszugehörigkeit von über 10 Jahren und (3) eine betriebsärztlich festgestellte Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die Kernpunkte der mit dem Projekt verbundenen Betriebsvereinbarung "sind u.a.:

Sicherung des Arbeitsplatzes (Beschäftigungsgarantie)

Entgeltgarantie

Neuer Geschäftsbereich

Kombinierte Teams

Berufliche Förderung

30 Stunden wöchentlich (bezahlte) Arbeitszeit

5-Tage-Woche

1 Stunde Pause täglich (unbezahlt)

1 Stunde Gesundheitspause täglich (unbezahlt)

Arbeit in Normalarbeitszeit (06-20 Uhr)" (Rudow et al., 2007, S. 126)

Gesundheits- pause

Die *Gesundheitspause* wird im Sinne gesundheitsstabilisierender und gesundheitsförderlicher Maßnahmen verstanden und umfasst zwei Hauptteile (vgl. Göldner et al., 2006). In der aktiven Gesundheitspause werden z.B. Wirbelsäulengymnastik, Herz-Kreislauf-Trainings und Entspannungstechniken angeboten. In der theorieorientierten Gesundheitspause werden z.B. Kurse zur Stressbewältigung und zum Konfliktmanagement durchgeführt. Um vorhandene Potenziale der leistungsgewandelten Mitarbeitenden zu erkennen und zu entwickeln werden zudem Maßnahmen der Personalentwicklung durchgeführt, schließlich werden auch Restrukturierungen der Arbeitsplätze und der Tätigkeiten vorgenommen (Rudow et al., 2007).

Seit Beginn des Projekts Work2Work sind ca. 1'100 leistungsgewandelte Mitarbeitende an neuen Arbeitsplätzen tätig geworden (a.a.O.).

5.8 Strategien des Disability Managements

Aus der Beschreibung der Projekte bei Ford und VW wird deutlich, dass teilweise unterschiedliche Strategien verfolgt worden sind. Rudow (2007, S. 123) hat zusammenfassend vier Strategien des Eingliederungsmanagements dargestellt. Die Strategien schließen sich allerdings teilweise gegenseitig nicht aus:

- Integrationsmodell
- Separationsmodell
- Flexibilisierungsmodell
- Outsourcing-Insourcing-Modell

Das FILM-Projekt bei Ford ist als *Integrationsmodell* zu bezeichnen. Das primäre Ziel ist die Integration der leistungsgewandelten Mitarbeitenden in den normalen Arbeitsprozess. Grundlegend ist hier die Annahme, dass viele leistungsgewandelte Mitarbeitende trotz Leistungseinschränkungen über Potentiale verfügen, die es zu erkennen gilt. Diese Leistungspotentiale können die Mitarbeitenden im Rahmen geeigneter, leistungsadäquater Arbeitsplätze wertschöpfend einbringen. Das Projekt FILM zeigt die Möglichkeiten dieser Strategie eindrucklich auf. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass aufgrund der damit verbundenen Analyse-, Informations- und Kommunikationsaktivitäten mit einem beträchtlichen Ressourcenaufwand zu rechnen ist.

Integrationsmodell

Das Projekt Work2Work von VW folgt eher den Überlegungen eines *Separationsmodells* (Rudow et al., 2007). Hier werden "für leistungsgewandelte Mitarbeitende besondere Arbeitsbereiche ausgewählt oder geschaffen, in denen sie auf Grund ihrer Leistungsvoraussetzungen neu eingesetzt werden." (a.a.O., S.124). Das Modell bietet die Möglichkeit zielgenau Arbeitsplätze zu schaffen und Teams zu bilden, die sich an den Leistungspotenzialen der betroffenen Mitarbeitenden orientieren. Rudow et al. (2007) weisen jedoch auf die Gefahr einer Stigmatisierung der Mitarbeitenden hin, da sie nun in einem eigens für Leistungsgewandelte gebildeten Bereich arbeiten. Ein Problem ist damit die Akzeptanzschaffung für die neuen Bereiche.

Separationsmodell

Beim *Flexibilisierungsmodell* arbeiten leistungsgewandelte und "normale" Mitarbeitende im gleichen Tätigkeitsbereich. Den Leistungseinschränkungen der Mitarbeitenden wird mit unterschiedlichen Arbeitsstrukturen begegnet. Im Projekt Work2Work wurde dies z.B. durch die Einführung unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle gewährleistet. Andere Formen der Berücksichtigung von Leistungseinschränkungen, im Sinne der differenziellen Arbeitsgestaltung (Ulich, 1978, 2005; vgl. Kapitel 4), sind ohne weiteres denkbar. Sowohl im Integrationsmodell als auch im Separationsmodell sind Aspekte der Flexibilisierung sinnvoll anwendbar.

Flexibilisierungsmodell

Das *Outsourcing-Insourcing-Modell* setzt bei der Tendenz vieler Unternehmen an, ganze Tätigkeitsbereiche auszulagern. Bei diesen Bereichen handelt es sich oft um Tätigkeiten wie Reinigungsarbeiten und Kantine, die für Leistungsgewandelte oder Behinderte Mitarbeitende geeignet wären (Rudow et al., 2007). Das erneute Insour-

Insourcing

cing solcher Bereiche eröffnet erweiterte Beschäftigungsmöglichkeiten. Im Projekt Work2Work wurde das Projekt in diese Strategie integriert.

5.9 Lösungsansätze und Maßnahmen des Disability Managements

Unabhängig von der gewählten Strategie des Disability Managements nennen Schmal und Niehaus (2004, S. 227ff; vgl. auch Brandenburg & Nieder, 2008, S.134) folgende Lösungsansätze und Maßnahmen, die sich im Rahmen verschiedener Projekte der Automobilindustrie als für das Disability Management zielführend erwiesen haben:

- *Stufenweise Wiedereingliederung*: Mitarbeitende sollten nach krankheitsbedingten Fehlzeiten "schrittweise wieder an die volle Arbeitsbelastung am bisherigen Arbeitsplatz" herangeführt werden (S. 227).
- *Suche nach einem leistungsadäquaten Arbeitsplatz*: Die Suche sollte im angestammten Bereich des bzw. der Mitarbeitenden beginnen. Ist dies nicht erfolgreich, "wird der Suchraum schrittweise erweitert" (S. 228). Die Bereitschaft der Vorgesetzten zur Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen ist von besonderer Bedeutung, eine geeignete Unterstützung durch den werksärztlichen Dienst kann diese Bereitschaft erheblich erhöhen.
- *Arbeitsplatzbegehung*: "Die Arbeitsplatzbegehung dient der gezielten Informationssammlung vor Ort, um entscheiden zu können, ob an einem gegebenen Arbeitsplatz der leistungsadäquate Einsatz eines bestimmten Mitarbeiters erfolgen kann" (S. 229).
- *Umgestalten von Arbeitsplätzen*: Hier geht es um die "behinderungs- bzw. leistungsadäquate Umgestaltung bestehender Arbeitsplätze ... Die häufigsten Umgestaltungsmaßnahmen betreffen die Umgestaltung von Geräten vor allem im Bürobereich, Sitz-, Steh- und Gehhilfen, die Anschaffung von Arbeitshilfen für spezielle Behinderungen, die Umgestaltung und Umrüstung von Maschinen in der Produktion sowie Änderungen im Umfeld des Arbeitsplatzes." (S. 230)

- *Planung neuer Arbeitsplätze:* Hier geht es um den Einbezug "behinderter bzw. leistungsgewandelter Mitarbeiter/innen" (S. 230) in der Planungsphase von Tätigkeiten und Arbeitsplätzen. Die Reichweite der Maßnahmen geht von der ergonomischen Gestaltung individueller Arbeitsplätze bis hin zu einer präventiven, systematischen Analyse der Belegschaftsstruktur mit dem Ziel ihrer Berücksichtigung bei zukünftigen Planungsvorhaben.
- *Schaffung neuer Arbeitsplätze:* Bei der Schaffung neuer Arbeitsplätze sollten die Möglichkeiten und Bedürfnisse behinderter oder leistungsgewandelter Mitarbeitender ebenfalls einbezogen werden. "Das Spektrum reicht dabei von Einzelarbeitsplätzen über Arbeitsplatzpools bis hin zu kompletten Abteilungen" (S. 231).
- *Qualifizierung:* Der Einsatz an neuen Arbeitsplätzen bzw. in neuen Tätigkeiten sollte in der Regel mit geeigneten Qualifizierungsmaßnahmen verbunden werden.
- *Rückkehrgespräche:* Bei Wiederaufnahme der Arbeit durch Langzeitkranke können Rückkehrgespräche geführt werden. Dabei geht es z.B. um zwischenzeitliche betriebliche Vorkommnisse, aber auch um die Identifikation arbeitsbezogener Ursachen für die Krankheit.
- *Integrationsvereinbarungen:* "Die Integrationsvereinbarung wurde im Oktober 2000 mit der Novellierung des Schwerbehinderten-gesetzes gesetzlich verankert und verpflichtet Arbeitgeber, mit den Schwerbehindertenvertretungen und den Betriebs- bzw. Personalräten eine verbindliche Vereinbarung mit Regelungen zur Eingliederung schwerbehinderter Menschen abzuschließen" (S. 234). Nach Schmal und Niehaus haben alle deutschen Automobilhersteller das Thema angegangen. Das neue Instrument ist jedoch noch nicht flächendeckend eingeführt, bei einigen Unternehmen befindet es sich noch im Erarbeitungsprozess.

Die hier dargestellten Lösungsansätze und Maßnahmen unterscheiden sich beträchtlich hinsichtlich der Reichweite und des erforderlichen Ressourceneinsatzes. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Primärprävention werden ebenso genannt wie Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention. Entsprechend dürfte die Akzeptanz bei Unternehmen und Mitarbeitenden bezüglich ihrer Anwendbarkeit im Einzelfall stark variieren. Branche, Größe und

Struktur der Unternehmen spielen hier ebenso eine Rolle wie die Unternehmenskultur und der Stand des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Alle genannten Lösungsansätze werden aber in der einen oder anderen Form in der deutschen Automobilindustrie bereits praktiziert (vgl. Schmal & Niehaus, 2004).

5.10 Disability Management im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Nutzen- potentiale

Die Ausführungen und Beispiele dieses Kapitels zeigen die beträchtlichen volks- und betriebswirtschaftlichen Nutzenpotenziale eines systematisch betriebenen Disability Managements bzw. der Bemühungen um die Integration leistungsgewandelter Mitarbeitender. Sie machen deutlich, dass die Betroffenen durch eine wertschöpfende, sinnvolle Tätigkeit an Mut gewinnen und letztlich gesünder werden können (vgl. Kasten 5.3).

Kasten 5.3

Schwerpunkte für ein erfolgreiches Disability Management – Erkenntnisse aus dem Projekt Work2Work (Rudow et al., 2007, S. 130)

"Da die Arbeitsforschung und -praxis zum leistungsgewandelten Mitarbeiter noch am Anfang steht, ist zu prüfen, welche Ansätze und Erfahrungen aus dem skizzierten Projekt übernommen werden können. Dies gilt nicht nur für Grossbetriebe, sondern gleichfalls für mittelständische Unternehmen. Dabei sollten folgende Schwerpunkte beachtet werden:

- Weil Leistungsgewandelte infolge des demografischen Wandels in vielen Unternehmen zunehmen werden, sind sie stärker in neue Konzepte der Organisationsentwicklung, Arbeitsorganisation und Personalwirtschaft einzubeziehen.
- Da "Work2Work" und vergleichbare Projekte in erster Linie auf die Kompensation von weitgehend arbeitsbedingten Gesundheitsschädigungen und entsprechenden Leistungsbeeinträchtigungen fokussiert sind, ist künftig die *primäre Prävention* stärker zu gewichten. ...
- Schon bei der Fabrikplanung einschließlich Arbeitsgestaltung und -organisation sollten Leistungsvoraussetzungen leistungsgewandelter Mitarbeiter mit berücksichtigt werden. Während in der Vergangenheit in vielen Betrieben oft Schonarbeitsplätze für ihren Einsatz ausreichten, sind künftig für diese Gruppe adäquate Arbeitsbereiche zu planen, zu schaffen bzw. zu gestalten.

- Es ist in Abhängigkeit von den spezifischen Bedingungen eines Unternehmens zu prüfen, welche Arbeitsmodelle sich für Leistungsgewandelte eignen. Großunternehmen können diese Mitarbeiter in eigenständigen Bereichen beschäftigen. Diese Bereiche sollten jedoch möglichst produktionsnah sein. In kleineren Unternehmen ist bei der Wahl der Arbeitsmodelle mehr Flexibilität gefragt. Nach unseren Erfahrungen ist eine Mischung von Stammbesetzung, die überwiegend die Kernaufgabe erfüllt, und Leistungsgewandelten möglichst in Arbeitsteams zu empfehlen.
- Leistungsgewandelte sollten im Rahmen der primären Prävention frühzeitig identifiziert werden. Dies setzt die Entwicklung von diagnostischen Methoden voraus, mit deren Hilfe Betriebsärzte, Psychologen und auch Vorgesetzte körperliche und psychische Leistungseinschränkungen erkennen können.
- Die Mitarbeiter sollten frühzeitig *mehrfach* qualifiziert werden, so dass sie flexibel einsetzbar sind und somit zeitnah integriert werden können, falls eine Leistungseinschränkung auftritt.

Abschließend ist ebenfalls im Kontext leistungsgewandelter Mitarbeiter zu konstatieren, dass die moderne Arbeitswelt flexible Arbeitszeitsysteme, eine demografische Gestaltung der Arbeitszeit, eine prospektive, präventive, differentielle und partizipative Arbeitsgestaltung (Ulich, 2005), eine Aufteilung der Anwesenheit im Betrieb in Arbeits-, Gesundheits-, und Qualifizierungszeit und vor allem die primäre Prävention im Gesundheits- und Personalwesen fordert."

Das Nutzenpotential des Disability Managements sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass die entsprechenden Maßnahmen in der überwiegenden Mehrheit tertiärpräventiv angelegt sind, oft verbunden mit Maßnahmen der Korrekativen Arbeitsgestaltung. Eine Gleichsetzung des Disability Managements mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement bedeutet deshalb eine Verkürzung der Perspektive. Betriebliches Gesundheitsmanagement meint darüber hinaus den Einsatz von Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitsförderung sowie der Primär- und Sekundärprävention (vgl. Kasten 5.3). Arbeitssysteme sollten, im Sinne der prospektiven Arbeitsgestaltung (vgl. Kapitel 4), bereits in der Entwicklungs- und Planungsphase persönlichkeits- und gesundheitsförderlich gestaltet werden. Disability Management ist in diesem Sinne nur ein, wenn auch wichtiger, Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

**Problematische
Managementkonzepte und prekäre
Arbeitsverhältnisse**

Kapitel 6

In den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurden die Unternehmen mit einer Reihe von „neuen“ Managementkonzepten wie Lean Production bzw. Lean Management, Business Process Re-engineering, Downsizing oder Outsourcing konfrontiert (Brödner, 2001; Ulich, 2005)³⁴. Der rasche Wechsel der Etiketten, gekoppelt mit anscheinend ungebremster Vermarktungsintention und die meist unzureichende historische und konzeptionelle Verortung haben es vielen Unternehmen erschwert zu durchschauen, was an diesen Wellen systematischer gedanklicher Prüfung stand hält. Manchmal fühlte man sich geradezu an den Francis Picabia zugeschriebenen Satz erinnert: „Unser Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann“. Dazu kommt in vielen Fällen ein Abbau der Nischen- bzw. Schonarbeitsplätze, sodass leistungsgeminderte Personen immer weniger Chancen haben, am Erwerbsleben teilzunehmen (vgl. dazu Kapitel 5 über Disability Management).

6.1 Problematische Managementkonzepte

Mit den „neuen Managementkonzepten“ wurden den Unternehmen jeweils Verbesserungen der Produktivität, der Qualität und nicht zuletzt der Flexibilität versprochen. Bei im Einzelnen durchaus vorhandenen Unterschieden kommen in diesen Konzepten „doch auch wichtige gemeinsame Züge zum Ausdruck, die als Reaktion auf die veränderten Marktverhältnisse zu verstehen sind. Die ‘Schlankheitskuren’ der neunziger Jahre haben in den meisten Organisationen zu beträchtlichen Einsparungen an Ressourcen geführt, etwa durch Ausdünnen von Personal (‘downsizing’), durch Auslagerung von Funktionen (‘outsourcing’), durch Verringerung von Spielräumen (‘reducing slack’) oder auch durch Erhöhung des Zeitdrucks infolge von Just-in-Time (JIT) Lieferverpflichtungen. Letztlich läuft das alles auf mehr Arbeit im gleichen Zeitraum wie zuvor und auf parallele Erledigung verschiedener Aufgaben hinaus“ (Brödner

„Schlankheitskuren“

³⁴ Interessanterweise findet sich in diesem Kontext auffallend häufig eine anglo-amerikanische Terminologie.

2001, S. 10). Im Zuge der Realisierung dieser Konzepte wurde in zahlreichen Unternehmen „Teamarbeit“ eingeführt, die vielerorts, wenn nicht mehrheitlich, allerdings den japanischen Konzepten von Gruppenarbeit eher entsprach als den europäischen (vgl. Tabelle 4.5).

6.1.1 Lean Management und Business Process Reengineering

Lean Production

In den Ausführungen von Womack, Jones und Roos (1991) über Lean Production finden sich bezeichnenderweise keine sorgfältigen Beschreibungen menschlicher Arbeitstätigkeiten und Aufgaben in den von ihnen aufgesuchten Unternehmen. Die Autoren stellen schließlich selbst die Frage, ob die schlanke Produktion die durch die Massenproduktion verloren gegangene „Befriedigung der Arbeit“ wieder herstellt, „während sie den Lebensstandard erhöht, oder ist sie ein noch zweischneidigeres Schwert als das Fords?“ (Womack, Jones & Roos, 1991, S. 105). Sie berichten auch über die Kritik zweier Mitglieder der amerikanischen Autoarbeitergewerkschaft, die schlanke Produktion sei in Wirklichkeit für die Arbeiter noch schlechter als die Massenproduktion und über andere Kritiker, die meinen, „dass diese Vorgehensweise ‘Modern Times’ wie ein Picknick aussehen lässt“ (Womack, Jones & Roos, 1991, S. 106).

Notwendige Maßnahmen der Arbeitsgestaltung sind manchenorts möglicherweise deshalb unterblieben, „weil in vielen Unternehmen in den 90er Jahren in Zeiten des Lean Managements die Fachleute für Arbeitsgestaltung andere Funktionen im Unternehmen übernommen haben oder ganz ausgeschieden sind. Hier muss dringend wieder entsprechende Fachkompetenz aufgebaut werden“ (Schultetus, 2000, S. 17). In einigen Ländern - z.B. in der Schweiz - wird seit einiger Zeit auch ein 'Outsourcing' arbeitsmedizinischer Dienste praktiziert und neuerdings über die Auslagerung von HR-Funktionen diskutiert.

Neben- wirkungen

Lay (1993, S. 39) hat schon früher konkret auf die mit Lean Management verbundenen möglichen – und oft nicht bedachten – Nebenwirkungen aufmerksam gemacht und insbesondere auf die „Störanfälligkeit der durch Lean-Management geschaffenen Strukturen“ hingewiesen. Die Abschaffung von Redundanzen durch das

innerbetrieblich wirksame Nullpufferprinzip und das überbetrieblich wirksame Just-in-Time-Prinzip stelle ein erhebliches Risiko dar. Immer häufiger werde deshalb eine Tendenz erkennbar, die darauf hinausläuft, „in komplexe Systeme aller Art Redundanzen sogar gezielt wieder einzubauen“ (Lay, 1993, S. 39).

Auch das Business Process Reengineering (Hammer & Champy, 1993) gehört zu jenen Managementkonzepten, die zahlreiche Unternehmen ohne sorgfältige Prüfung langfristiger Folgewirkungen eingeführt haben. Liest man dazu einen der Beiträge von Womack (1996) über das Business Process Reengineering, ergibt sich ein interessantes Bild. In für uns ungewohnter Deutlichkeit setzt sich Womack mit Hammer und Champy auseinander. Seine Kritik zweier neuerer Bücher dieser Autoren beginnt mit dem Satz: „Michael Hammer und James Champy gehören offenbar nicht zu jenen Leuten, die Geld herumliegen lassen“ (Womack, 1996, S. 15). Zum Mittelteil des Buches von Champy über „Reengineering Management“ (1995) heißt es: „In all dem hoch gestochenen Gerede über Vision und Führung mehr zu sehen als nur heiße Luft fällt schwer. Schuld daran ist, dass sich Champy hartnäckig weigert, den Unternehmen irgendeine Verantwortung gegenüber dem Mitarbeiter zuzuweisen“ (Womack, 1996, S. 16). Das gemeinsam mit Stanton geschriebene Buch von Hammer über „The Reengineering Revolution“ (1995) kommt zwar um einiges besser weg, erntet aber doch auch harsche Kritik. „Auch Hammer sagt“, heißt es bei Womack, „Reengineering sei eine Sache der Führung. Aber Diktatur ist ein treffenderer Begriff für jene Top-down-Methoden, die er beschreibt“. So bezeichnet Hammer es etwa als „Zeichen von Schwäche, den Leuten nur auf die Finger zu klopfen, anstatt ihnen die Knochen zu brechen“. Und Womack (1996, S. 16) findet den anklagenden Ton, „in dem die Mitarbeiter ebenso wie die meisten Manager als Feinde erscheinen ..., abstossend und destruktiv“.

Zu den beiden Autoren und den beiden genannten Büchern meint Womack (1996, S. 16) schließlich, man könne ihnen „nicht noch vollen Erfolg wünschen, da sie nicht willens sind, menschliche und betriebliche Realitäten anzuerkennen“. Zu allen drei Bänden meint er sogar, angesichts der in ihnen beschriebenen Entwicklungen „wäre es schon erstaunlich, wenn sich Mitarbeiter und Manager nicht in fanatische Konterrevolutionäre verwandeln“ (Womack, 1996, S. 14).

*Business
Process
Reengineering*

Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden

Erstaunlicherweise existieren nur wenige Studien, die den Einfluss von Konzepten wie Lean Production, Business Process Reengineering oder Just-in-Time auf Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten untersucht haben, oder die solche Ansätze mit europäisch geprägten Ansätzen der Arbeitsgestaltung von Arbeitstätigkeiten vergleichen.

Landsbergis, Cahill und Schnall (1999) geben einen Überblick über die bis dahin vorhandenen gesundheitsrelevanten empirischen Befunde zu diesen Konzepten (vgl. Kasten 6.1).

Kasten 6.1

*Empirische Befunde im Zusammenhang mit „Lean Production“
(aus Landsbergis et al., 1999, S. 122)*

„The studies reviewed provide little evidence to support the hypothesis that auto manufacturing workers are empowered under lean production. In fact, recent surveys tend to confirm earlier case studies which suggested that lean production in auto manufacturing creates intensified work pace and demands. Increases in decision authority and skill are very modest or temporary, and decision latitude remains low. Thus such work can be considered to have job strain. In jobs with physical ergonomic stressors (such as manufacturing), intensification of labor may lead to increased rates of musculoskeletal disorders. The exceptions to these general conclusions tend to appear in groups of workers who participated in the implementation of new work systems, or in which worker influence was secured through a collective bargaining agreement. The evidence for health effects remains inconclusive for related new work systems in other industries such as modular manufacturing of PFC. If increased work pace and limited autonomy (job strain) are common effects of lean production, then the expansion of lean work principles (e.g. an understaffed, flexible labour force; little job security; and overtime) throughout the workforce could produce dramatic increases in the incidence of hypertension and CVD (cardiovascular disease). If increased rates of WRMDs (work-related musculoskeletal disorders) are associated with lean production, then WRMDs, with a shorter latency period than hypertension or CVD, may be considered the ‘canary in the mine’ – a warning of increased future chronic illness.“

Die potentiell negativen gesundheitlichen Konsequenzen derartiger Konzepte liegen in der erhöhten Anzahl von „high strain jobs“ im Sinne des Demand/Control-Modells von Karasek (vgl. Kapitel 2.3.1). Bezogen auf Gesundheitsindikatoren wurden im Zusammenhang mit Lean Production erhöhte Müdigkeit, Anspannung und wahrgenommener Stress (z. B. Lewchuk & Robertson, 1996, 1997) sowie muskuloskeletale Beschwerden (Adler et al., 1997) gefunden.

Die zum Teil noch unzureichende Quantität und methodische Qualität der vorhandenen Studien relativiert die Aussagekraft dieser Ergebnisse. Insgesamt kommen aber Landsbergis et al. (1999) vor dem Hintergrund der bestehenden Datenlage zu einem eher skeptischen Fazit. Sie befürchten, dass im Zusammenhang mit einigen Prinzipien der Lean Production, wie z. B. JIT, und der damit verbundenen Intensivierung der Arbeit oder mit der nach wie vor verbreiteten geringen Autonomie gesundheitsrelevante Risiken erhöht werden, z. B. bezogen auf chronischen Bluthochdruck, kardiovaskuläre Erkrankungen oder muskuloskelettale Beschwerden.

6.1.2 „Downsizing“: Personalabbau

Mit der Einführung neuer Managementkonzepte ist nicht selten eine Tendenz zur Auflösung stabiler Beziehungen zwischen Unternehmen und Belegschaft beobachtbar, häufig verbunden mit Personalabbau. Zu den möglichen Folgen gehört einerseits Erwerbslosigkeit mit den damit verbundenen negativen Effekten (z. B. Mohr, 1997; Murphy & Athanasou, 1999; Schmook, 2001; Kieselbach et al., 2006). Andererseits wird zunehmend evident, dass auch die in den Unternehmen verbleibenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft erhöhten Belastungen ausgesetzt sind (Semmer & Mohr, 2001). Kozlowski, Chao, Smith und Hedlund (1993) sprechen in diesem Zusammenhang von einem „Survivor-Syndrom“.

Die größte und konsistent gefundene Belastung für die „Überlebenden“ ist die Zunahme der quantitativen Arbeitsbelastung, der Arbeitsverdichtung und des Zeitdrucks. Kivimäki, Vahtera, Pentti, Thomson, Griffiths und Cox (2001) fanden in einer Längsschnittstudie bei Angestellten in einer finnischen Stadt, dass abnehmende Kontrollmöglichkeiten, hohe Arbeitsplatzunsicherheit und eine Erhöhung der physischen Belastungen einen Mechanismus bilden, der den Zusammenhang zwischen Personalabbau und genereller Gesundheit am besten beschreibt. Zudem fanden Probst und Brubaker (2001) bei Angestellten von zwei US-amerikanischen Firmen der Nahrungsmittelindustrie, dass eine hohe Wahrnehmung von Arbeitsplatzunsicherheit zu einer verringerten Sicherheitsmotivation und vermindertem Sicherheitsverhalten führte, mit der Folge vermehrter Unfälle am Arbeitsplatz .

Survivor-Syndrom

Greenglass und Burke (2000) fanden als Folge von Restrukturierungen und Personalabbau bei Krankenschwestern und Krankenpflegern in elf Spitälern eine Zunahme von emotionaler Erschöpfung, Zynismus, Depression und Ängstlichkeit.

Campbell-Jamison, Worrall und Cooper (2001) fanden im Zusammenhang mit der Privatisierung eines öffentlichen Betriebes als Konsequenzen Ärger über das Management, Zukunftsangst und Schuldgefühle gegenüber den entlassenen Kolleginnen und Kollegen. Insgesamt kommen Campbell-Jamison et al. (2001) zum Schluss, dass die negativen Konsequenzen für Wahrnehmung, Einstellungen und Verhalten der „Überlebenden“ nach einem Personalabbau drastischer sind als bei anderen Formen organisationaler Veränderungen. Das gleiche gilt für Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Abgesehen von den negativen gesundheitlichen Konsequenzen des Personalabbaus werden auch die damit verbundenen betriebswirtschaftlichen Ziele oft nicht erreicht. Eine US-amerikanische Studie von Tomasko (1993) unterstreicht dies eindrücklich (vgl. Tabelle 6.1).

Tabelle 6.1

Vergleich von Zielen und Ergebnissen beim Personalabbau in US-amerikanischen Unternehmen (nach Tomasko, 1993)

Mit der Personalreduktion verfolgtes Ziel	Geplant in % der Firmen	Erreicht in % der Firmen
Kostenreduktion	> 90%	< 50%
Produktivitätssteigerung	75%	22%
Erhöhung von Cash Flow und/oder Aktienwert	> 50%	< 25%
Bürokratieabbau, schnellere Entscheidungen	> 50%	15%

6.1.3 Telearbeit

Tele- Heimarbeit

Nach wie vor gilt offensichtlich die von Holti und Stern (1986) mitgeteilte Erfahrung, dass zumindest in den europäischen Ländern Tele-Heimarbeit (THA) die am weitesten verbreitete Form der Telearbeit ist. Dies ist insofern bemerkenswert, als diese Form der Telearbeit bei einer arbeitspsychologischen Bewertung keineswegs besonders vorteilhaft abschneidet. So zeigt sich etwa, dass in einer

Vielzahl von Fällen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Schädigungen zu rechnen ist, da eine obligatorische Überprüfung der Arbeitsplätze zu Hause aus rechtlichen Gründen zumeist nicht möglich ist. „Bei der Ausgestaltung des privaten Telearbeitsplatzes besteht die Gefahr, dass die einfachsten ergonomischen Standards aus Kostengründen nicht eingehalten werden“ (Frieling & Sonntag, 1999, S. 340). Durch die Ergebnisse der Analyse von Treier (2001, S. 579) wird bestätigt, „dass sich eine Bildschirm-Arbeitsplatzanalyse bei der THA als notwendig erweist, da sich eine Vielzahl von Defizitfaktoren bestimmen lässt“. Bei Teleheimarbeit fehlen überdies weitgehend die Möglichkeiten einer Reduzierung von Stress durch soziale Unterstützung von Vorgesetzten und Arbeitskolleginnen bzw. Arbeitskollegen.

Auch wenn für manche Autorinnen und Autoren Teleheimarbeit eine der relativ besten Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben darstellt, ist die Frage nach psychosozialen Beeinträchtigungen als Folge von im privaten Umfeld stattfindender Erwerbsarbeit keineswegs einheitlich positiv zu beantworten (vgl. Kapitel 7.4).

Unter dem Aspekt der Persönlichkeits- und Gesundheitsförderlichkeit ist Telearbeit vor allem nach den in Tabelle 4.2 genannten Aufgabenmerkmalen der Ganzheitlichkeit, der Autonomie, der Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie der Sinnhaftigkeit zu bewerten. Dass diesbezüglich auch bei Teleheimarbeit unterschiedliche Konfigurationen möglich sind, zeigen verschiedene Beiträge in dem von Jackson und van der Wielen (1998) herausgegebenen Sammelband. Offensichtlich ist jedoch auch, dass eine Vielzahl der in Teleheimarbeit zu erledigenden Aufgaben bei einer Bewertung nach diesen Merkmalen erhebliche Defizite aufweist. Weil diese Form der Telearbeit aber für definierbare Personengruppen – z. B. Menschen, die wegen körperlicher Behinderungen keinen Arbeitsweg auf sich nehmen können oder Menschen in bestimmten Lebenslagen – die einzige Möglichkeit der Teilnahme am Erwerbsleben darstellen kann, ist der ergonomisch sachgerechten Ausstattung der Arbeitsplätze und der inhaltlichen Aufgabengestaltung besondere Beachtung zu schenken.

**Telearbeits-
zentren**

Insgesamt zeigt eine Vielzahl von Arbeiten, dass es sich bei der Telearbeit um eine soziotechnische Innovation mit beachtlichem Nutzungs- und Verbreitungspotential handelt. Einige Arbeiten (z. B. Büssing, 1998, 1999; Büssing & Aumann, 1996, 1997; Jaeger, Bieri & Dürrenberger, 1987; VPOD, 1990) machen aber auch deutlich, dass Arbeit in Telearbeitszentren die arbeitswissenschaftlichen Kriterien deutlich besser zu erfüllen in der Lage ist als die wesentlich weiter verbreitete Teleheimarbeit. Dass solche Zentren darüber hinaus einen bedeutsamen Beitrag zur Regionalentwicklung leisten können, zeigen Arbeiten aus der Humanökologie (z. B. Dürrenberger & Jaeger, 1993; Jaeger, Bieri & Dürrenberger, 1987).

Auch hier stellt sich also die Frage, weshalb eine nachweislich nicht nur arbeitswissenschaftlich gut begründbare, sondern auch ökonomisch sinnvolle Arbeitsform vergleichsweise wenig aufgegriffen wird und an deren Stelle „moderne“ Formen von elektronischer Heimarbeit realisiert werden, deren Problematik hinlänglich untersucht und beschrieben worden ist (vgl. dazu auch die Beiträge in Rey, 2002). Ähnliches gilt auch für die Arbeit im Call Center, die sich seit dem Ende der 1990er Jahre offensichtlich rasch verbreitet hat, ohne dass den arbeitswissenschaftlichen bzw. den arbeitspsychologischen Anforderungen immer genügend Aufmerksamkeit geschenkt worden wäre.

6.1.4 Call Center

Ergebnisse neuerer Untersuchungen machen deutlich, dass Arbeit im Call Center zu jenen „Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft“ gehören, die mit besonderen Belastungen verbunden sind, sofern nicht gezielt Vorkehrungen getroffen werden, die einerseits die arbeitspsychologischen Konzepte der Aufgabengestaltung berücksichtigen, andererseits die Tatsache, dass es sich bei Call-Center-Arbeitsplätzen um Bildschirmarbeitsplätze handelt (Scherrer, 2000, 2001, 2002; Wieland, 2000).

So zeigen etwa die von Gerlmaier, Böcker und Kastner (2001), Isic, Dormann und Zapf (1999), Metz, Rothe und Degener (2001) sowie Scherrer (2000) mitgeteilten Befunde, dass die Arbeit im Call Center vielfach durch einen hohen Anteil vorstrukturierter Arbeitsabläufe mit kurzzyklischen Routineaufgaben gekennzeichnet ist, die einer-

seits hohe Aufmerksamkeit und kundenorientierte Zuwendung erfordern, andererseits kaum Tätigkeitsspielraum bieten.

„Die Arbeit im Call Center ist durch eine Mehrfach­tätigkeit mit hohen mentalen und emotionalen Anforderungen gekennzeichnet. Gleichzeitige Aufnahme und Verarbeitung visueller und auditiver bzw. sprachlicher Signale, manuelle Eingabe von Daten während der Kundenbetreuung (z. B. Adressen) sowie Abgabe mündlicher Informationen an den Kunden. Die ständige Kommunikation mit wechselnden Kunden am Telefon, das Eingehen auf die unterschiedlichsten Bedürfnisse und Anliegen, die Aufforderung stets freundlich zu sein und zu bleiben, erfordert von den Beschäftigten ein hohes Mass an Daueraufmerksamkeit, Konzentration und emotionaler Selbstregulation (vgl. dazu Scherrer, 2000)“ (Scherrer, 2001, S. 172).

*Hohe mentale
und emotionale
Anforderungen*

Im Bericht von Dumke (2008) über die Analyse in einem Call Center finden sich folgende Aussagen: "Die starke zeitliche und inhaltliche Reglementierung für Kundengespräche in Zusammenhang mit der technisch vermittelten Taktung und Steuerung der Arbeit (u.a. durch ACD- und Wählanlagen) ermöglicht keine tätigkeitsbezogenen Entscheidungs- und Kontrollmöglichkeiten. Aufgabenvariation bzw. -wechsel, beispielsweise durch Inbound- und Outbound-Telefonie, E-Mail-Bearbeitung oder Back-Office-Tätigkeiten, werden auf Agent-Ebene wenig bis gar nicht realisiert, sondern von spezifischen Personen (gruppen) ausgeführt" (S. 94).

Call Center, die 'outsourcete' Aufträge z.B. von großen Telekommunikationsunternehmen bearbeiten, befinden sich u.U. in einer besonders prekären Lage, weil sie wenig Möglichkeiten zur Anreicherung der Tätigkeiten haben - administrative Aufgaben werden oft von den Auftraggebern übernommen - und auf die IT-Plattformen wenig Einfluss nehmen können. D.h. in der Konsequenz, dass auch die Telekom-Firmen Ansprechpartner für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Outsourcing-Call Center sein müssen.

Die Ergebnisse der seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre in Deutschland durchgeführten Untersuchungen (Isic, Dormann & Zapf, 1999; Metz, Rothe & Degener, 2001; Scherrer, 2000, 2001; Scherrer & Wieland, 1999; CCall, 2001; Grebner, Semmer et al., 2003; Wieland, Klemens, Scherrer, Timm & Krajewski, 2004; Wieland 2006) weisen auf enge Tätigkeitsspielräume bei oft hohem Zeitdruck

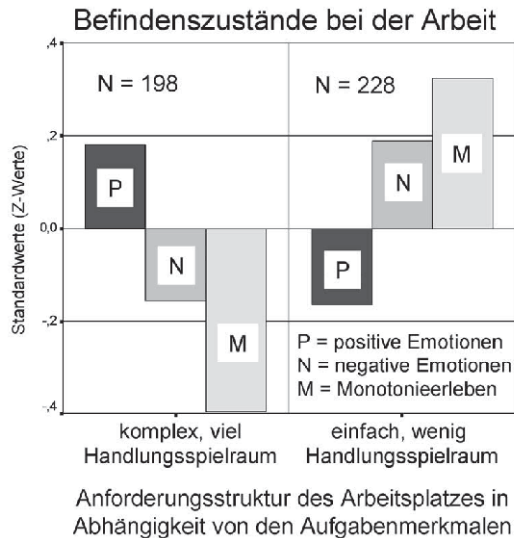
und eingeschränkter körperlicher Aktivität hin. Wieland, Metz und Richter (2001, 2002) zeigten in einer Untersuchung in 22 Call Centers mit insgesamt 1'308 Arbeitsplätzen, dass diese im Vergleich zu Arbeitsplätzen in der öffentlichen Verwaltung, bei Zeitarbeit, Bildschirmarbeit, in der Computer- und der Chemieindustrie ein deutlich höheres psychisches Belastungspotential aufwiesen.

Neo-tayloristische Anforderungsstrukturen

Die genauere Analyse der Call-Center-Arbeitsbedingungen machte deutlich, dass an Arbeitsplätzen mit neo-tayloristischen Anforderungsstrukturen – einfache Aufgaben mit hohen Routineanteilen und geringen Handlungsspielräumen bei gleichzeitig hohem Zeit- und Leistungsdruck – positive Gefühle signifikant weniger, negative Befindenzustände (Ärger, Nervosität, Monotonieerleben) dagegen signifikant häufiger auftraten als an Arbeitsplätzen mit vielfältigen Aufgaben bzw. großen Handlungsspielräumen. Gleiches gilt für Regulationsbehinderungen bei der Aufgabenbewältigung, wie z. B. fehlende Aufgabentransparenz, störende Umweltbedingungen, Störungen der Arbeitsabläufe oder fehlende Rückmeldung über Arbeitsergebnisse (vgl. Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1

Befindenzustände während der Arbeit in Abhängigkeit von Aufgabenmerkmalen (aus Wieland, 2003)



Nach den Angaben der Autoren können die in den ungünstig gestalteten Arbeitsstrukturen häufiger auftretenden negativen Befindenszustände langfristig zu Burnout ($r = .43$), körperlichen Beeinträchtigungen und psychosomatischen Beschwerden, wie z. B. Herz-Kreislauf- oder Magenbeschwerden ($r = .52$), führen. Allerdings zeigte sich in dieser Untersuchung auch, dass Personen mit hoher Belastbarkeit weniger Burnout-Symptome berichteten als Personen mit geringerer Belastbarkeit ($r = -.62$). Für das Ausmaß psychosomatischer Beschwerden konnte ein derartiger Zusammenhang nicht gefunden werden.

In diesem Zusammenhang ist der von Hutchinson und Kinnie (2000) berichtete Modellversuch von besonderem Interesse. Hier wurden in einem britischen Call Center mit rund 200 Beschäftigten im Anschluss an eine Analyse der Arbeitsbedingungen bisher getrennte Aufgaben, wie Telesachbearbeitung und Televerkauf, zusammengeführt, entsprechende Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten geschaffen und teamähnliche Strukturen entwickelt. Zu den Ergebnissen des Projekts gehörte neben verbesserter Leistung und Kundenzufriedenheit eine Abnahme von Fluktuation und Fehlzeiten.

Modellversuch

Ein Beispiel für Mischarbeit mit einem Telefonieanteil von knapp 55%, "während Backofficearbeiten sowie andere telefonunabhängige Kommunikationstätigkeiten 45% ausmachen", findet sich im Bericht von Schweer und Meyer (2007) über die auf dem Konzept der prospektiven Arbeitsgestaltung (vgl. Tabelle 4.1) beruhende Einrichtung des Kommunikationscenters der Stadtsparkasse Hannover.

„Ein Weg Belastungen zu reduzieren, besteht demnach in einer Arbeitsorganisation, die vielfältige qualifizierte Aufgaben mit entsprechenden Handlungsspielräumen bereitstellt. Dies ist in vielen Call Center nur über eine Mischung von sogenanntem 'Front-Office' (ausschliesslich ausführende Telefonie) und 'Back-Office' (Sachbearbeitungsanteile, Vorbereitung und Organisation) zu realisieren“ (Scherrer, 2002, S. 10).

Wieland, Metz und Richter (2002, S. 58) leiten aus den Ergebnissen ihrer Analysen einige „Faustregeln“ für die Gestaltung von Call-Center-Tätigkeiten ab:

Effektiv gestaltete Arbeit im Call Center

„Der Schlüssel zum Erfolg für erfolgreiche Arbeit und gesunde sowie zufriedene Mitarbeiter liegt eindeutig in der Art und Weise, wie die Arbeit im Unternehmen gestaltet ist!

Effektiv gestaltete Arbeit im Call Center zeichnet sich aus durch ...

1. einen *Telefonie-Anteil*, der *nicht über 60%* der Arbeitszeit liegt ...
2. *gut gestaltete Aufgabenbedingungen*: dazu gehören z. B. angemessene Arbeitsanforderungen, Tätigkeitsspielräume, optimale Leistungs- und Zeitvorgaben, gute Rahmenbedingungen etc. ...
3. *ein gutes Verhältnis von Telefonie- und Sachbearbeitungstätigkeit (Mischarbeit)*
... Mischarbeit sollte Anteile an Inbound-, Outbound- und Back Office-Tätigkeiten sowie Aufgaben mit komplexen und einfachen Anforderungen enthalten. ...
4. die *Partizipation und Mitbestimmung der Agenten* bei wichtigen Entscheidungen zur Arbeitstätigkeit ...
5. *Qualifizierung und Training der Agenten gleichberechtigt im fachlichen (produkt- und aufgabenbezogen) und sozial-kommunikativen Bereich*. ...
6. ein *regelmässiges Kurzpausensystem* von durchschnittlich 5 Minuten pro Arbeitsstunde. ...“.

In Bezug auf die empfohlene Mischarbeit ist auch der Hinweis von Dumke (2008, S. 96) zu beachten, dass "Inbound-Tätigkeiten durch eine höhere Arbeitskomplexität, Variabilität und größere Handlungsspielräume gekennzeichnet" sind .

Bei Debitz und Schulze (2002) finden sich teils ergänzende, teils differenzierende Hinweise auf Möglichkeiten einer systematischen Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Call Center (vgl. Kasten 6.2).

Kasten 6.2

Möglichkeiten einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Call Center (aus Debitz & Schulze, 2002, S. 18 f.)

1. Organisationsgestaltung

- Misch Tätigkeiten als Möglichkeit der Aufgabenbereicherung (In- und Outbound sowie Backoffice) schaffen

→ Eignungsmerkmale und Erweiterung der Qualifikation beachten

- Teamarbeit ermöglichen (z. B. Patenschaften erfahrener Agents für Novizen oder überlappende und flexible Zuordnungen verschiedener Aufträge an kleine Gruppen)
- Befähigung der Beschäftigten zur Selbstorganisation und Bereitschaft zur Umstellung, um auf dynamische Marktbedingungen reagieren zu können

2. Auftragsbedingte Schwierigkeitsmessung

- Messung der kognitiven Schwierigkeit von Gesprächsleitfäden
 - Konsequenzen für die Entlohnung
- durchschnittliche Dauer der Gesprächsführung in unterschiedlichen Aufträgen beachten
 - längere Bearbeitungszeiten korrespondieren mit weniger Monotonie und Sättigungserleben sowie grösseren Tätigkeitsspielräumen und besserer Qualifikationsnutzung
- Agents partizipativ in die Aushandlungs- und Strukturierungsphasen neuer Aufträge sowie in die Arbeitsverteilung und Pausengestaltung einbinden

3. Kognitive Leistungsfähigkeit der Agents sichern

- Eignungsauswahl bzw. Training der Beschäftigten in Bezug auf die Fähigkeiten
 - zur Bewältigung paralleler Anforderungen (Multitasking: Hören, Sprechen, Schreiben)
 - des schnellen Wechsels zwischen unterschiedlichen Kunden- und Auftragsorientierungen (task switching)

4. Präventionsmassnahmen einplanen

- Erhalt und Stärkung der Gesundheit, der sozialen Kompetenz und der emotionalen Stabilität
- Hauptrisiken: erhöhte psychosomatische Beschwerden (vor allem Muskel-Skelett), Belastung der Stimme sowie emotionale und soziale Stressfaktoren
 - Gefahren vor allem bei jüngeren Beschäftigten nach 1 Jahr Tätigkeit im Call Center diagnostiziert; ältere Beschäftigte zeigen deutlich bessere Bewältigungsmuster

Dass die Realisierung der in Kasten 6.2 wiedergegebenen Vorschläge in zahlreichen Call Centers zu tief greifenden Restrukturierungen führen müsste, ist offensichtlich.

6.2 Prekäre Beschäftigungsverhältnisse

Zu den prekären Beschäftigungsverhältnissen werden z. B. Leih- und Zeitarbeit, Saisonarbeit oder Arbeit auf Abruf gezählt. Zu den innerhalb der Arbeitsmärkte zu beobachtenden Entwicklungen gehören die Segmentierung in „kognitiv anspruchsvolle high-tech-Bereiche und einen durch prekäre Beschäftigungsverhältnisse gekennzeichneten low-tech- und Niedriglohnsektor“ ebenso wie die Zunahme „kontingenter Belegschaftsanteile ... mit erhöhten Risiken von Kompetenzverlusten und Senkung der Arbeitssicherheitsmotivation“ und „wachsende Diskrepanzen zwischen einer arbeitsmarktpolitisch geringen 'Beschäftigungsfähigkeit' (employability) Älterer bei gleichzeitig besserer physischer und psychischer Arbeitsfähigkeit (workability) dieser Älteren (Ilmarinen & Tempel, 2002)“ (Richter, 2002b, S. 27).

Zu den prekären Beschäftigungsverhältnissen sind aber auch bestimmte Formen der Flexibilisierung und Entgrenzung von Arbeitszeiten zu rechnen.

6.2.1 Flexibilisierung und Entgrenzung der Arbeitszeit

Mangelnde Planbarkeit und *eingeschränkte Möglichkeiten der Selbstregulation* sind wesentliche Kennzeichen mancher neuer Formen der *Flexibilisierung* betrieblicher Arbeitszeiten. „Die Lebenszyklen von Unternehmen einerseits und von Erwerbstätigen bzw. Familien andererseits driften auseinander. Die entstehende Kluft muss in immer neuen Anstrengungen geschlossen werden“ (Reick & Kastner, 2001, S. 20 f.). Dass damit nachteilige Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Gestaltung der nicht erwerbsbezogenen Lebenstätigkeiten verbunden sein können, wird auch aus dem Bericht der deutschen Expertenkommission für die Zukunft der betrieblichen Gesundheitspolitik erkennbar (vgl. Kasten 6.3).

Mögliche Folgen einer Arbeitszeitflexibilisierung für die Planbarkeit von Aktivitäten außerhalb der Erwerbstätigkeit (aus Frieling et al., 2004, S. 7)

Kasten 6.3

„Aufgrund der verstärkten Kundenorientierung bemühen sich die Unternehmen um schnelle und termingerechte Auftragsausführung und Einhaltung der erforderlichen Qualität. Für die Mitarbeiter bedeutet das, je nach Auftragsvolumen tätig zu werden. Damit bei grossem Arbeitsvolumen keine Überstunden erzeugt werden, erhalten die Mitarbeiter ein Arbeitszeitkonto von 200 und mehr Stunden. Bei geringem Auftragsvolumen werden Mehrarbeitszeiten ab- und bei Bedarf negative Zeitguthaben aufgebaut. Besonders in der Automobil- und Zulieferindustrie mit ihren Schwankungen nach und vor Serienanläufen werden diese Zeitkonten weitgehend ausgeschöpft. Überstundenzuschläge für die Unternehmen entfallen. Die Mitarbeiter müssen flexibel sein und immer dann zur Arbeit erscheinen, wenn Aufträge abzuarbeiten sind. Beispielsweise erhält bei einem Unternehmen der Zulieferindustrie ein grosser Teil der weiblichen Beschäftigten der Teilemontage 20-Stunden-Verträge. Je nach Arbeitsanfall haben sie eine Null- oder eine 40-Stunden-Arbeitswoche. Durch dieses Zeitmanagement wird der Dispositionsspielraum der Beschäftigten im Bereich der 'Nicht-Lohnarbeit' stark eingeschränkt, und in Abhängigkeit von den jeweiligen Familienverhältnissen können sich erhebliche Planungsprobleme ergeben (work life balance).“

Derart prekäre Arbeitszeitformen stellen zugleich also eine echte Bedrohung für die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben dar (vgl. Kapitel 7). Im Übrigen wird aber gerade für Arbeit auf Abruf eine Kumulation von Gesundheitsrisiken festgestellt: „Hohe Arbeitsintensität, eher niedrige Qualifikationsanforderungen, geringes Kontrollpotenzial, kaum Zugang zu betrieblichen Ressourcen, niedrige berufliche Statuskontrolle und hohe Arbeitsmarktrisiken“ (Pröll & Gude 2003, S. 134).

Andere Probleme ergeben sich in manchen Fällen auch aus der neuartigen Konstruktion der so genannten Vertrauensarbeitszeit. Mit diesem Konzept sollen die Zeiterfassung abgeschafft und die Leistungen der Beschäftigten nicht mehr an ihrer Anwesenheit, sondern allein an der Auftragsbefriedigung gemessen werden. Abhängig Beschäftigte sollen so zu „unternehmerischen Mitarbeitern“ werden. In einer Reihe neuerer Beiträge (z. B. Glissmann, 2000; Glissmann & Peters, 2001; Pickshaus, 2000) wird dazu angemerkt, dass die mit der Maxime „Tut, was Ihr wollt, aber seid profitabel“ (Peters, 2001, S. 36) deklarierte neue Autonomie in der Realität möglicherweise ganz andere Effekte erzeugt als die ursprünglich mit den Konzepten

*Vertrauens-
arbeitszeit*

individueller und kollektiver Selbstregulation (Ulich, 2005) intendierten Wirkungen. Selbstregulation ist hier vielmehr verknüpft mit einer „Selbst-Ökonomisierung der Individuen und der Teams“ (Glissmann, 2000, S. 11). So stellt sich Mitarbeitenden in diesem Zeitregime womöglich die Frage, „ob sie ihre Profitabilität nicht steigern können, wenn sie auf die eine Kollegin und den anderen Kollegen verzichten und dieselbe Arbeit mit weniger Menschen erledigen“ (Peters, 2001, S. 36).

Mehrarbeit und Entgrenzung

Dass der schließlich erzielte Erfolg nicht selten mit ausgedehnter Mehrarbeit erkaufte wurde, wird in den Beschreibungen deutlich erkennbar. Sowohl bei Schmidt (2000) als auch bei Glissmann (2001) finden sich denn auch individuelle Berichte von Beschäftigten, in denen mögliche Folgen derartiger *Entgrenzung* für die Gesundheit und zum Teil erhebliche Auswirkungen auf familiäre Zeitstrukturen beispielhaft beschrieben werden. Wo Konzepte wie die Vertrauensarbeitszeit realisiert werden, ist im Interesse der Gesundheit und der Lebensqualität der Beschäftigten deshalb strikte zu fordern, dass es sich dabei um *geregelt* *Autonomie* handelt, d. h. um Formen individuell oder kollektiv regulierter Zeitautonomie, die weder zur Selbstaussbeutung verführen noch die nicht erwerbsbezogenen Lebenstätigkeiten systematisch benachteiligen.

Prekarität entsteht aber auch durch innerbetriebliche Segmentierung in Kern- und Randbelegschaften, in „good jobs“ und „bad jobs“ oder durch eine Segmentierung des Arbeitsmarktes in „Jüngere“ und „Ältere“. Dies gilt nicht zuletzt auch für den Dienstleistungsbereich.

6.2.2 Segmentierung und „neue Selbstständigkeit“

Der erkennbare Trend zur Segmentierung der Belegschaften in fest angestellte und bei Bedarf zusätzlich herangezogene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führt in zahlreichen Fällen zu einer erheblichen Verunsicherung der Beschäftigten mit zum Teil sehr weit reichenden Folgen. Griffiths und Ziglio (1999) haben die bis dahin vorliegenden Erkenntnisse übersichtlich zusammengefasst (vgl. Kasten 6.4).

Mögliche Folgen betrieblicher Segmentierung (aus Griffiths & Ziglio, 1999, S. 242 ff.)

Kasten 6.4

„Many organizations see advantages in the move towards developing an ever more flexible work force, with a number of staff on temporary or fixed-term contracts, but what is the cost?... We see that, for individuals, job insecurity is a largely private world of experience, with direct implications for their health and wellbeing. These effects include increases in blood pressure, problems with sleeping, possible increased consumption of tobacco and alcohol, and increased psychiatric morbidity in the short term. Many of these are also risk factors for the development of long-term degenerative disease.

The effects on families and other dependants often have more immediate impact. Job insecurity can considerably increase pressure in the family realm ... when parents are faced with change but lack adequate coping skills, the impact on their children can be negative and long lasting...One of the expectations that many parents have is to give their children the best possible start in life. Job insecurity, however, militates against this, thus further increasing the tensions within families...

Stress, particularly that arising as a consequence of job insecurity, is an issue that organizations cannot afford to ignore.”

In Übereinstimmung damit berichten Sparks, Faragher und Cooper (2001) über Untersuchungen in Kanada (McDonough, 2000), Dänemark (Borg, Kristensen & Burr, 2000) und in der Schweiz (Domenighetti, D’Avanzo & Bisig, 2000), aus denen hervorgeht, dass erlebte Verunsicherung mit einer Verschlechterung des subjektiv bewerteten allgemeinen Gesundheitszustandes einhergehen, zu vermehrtem psychosozialen Stress führen und den Medikamentenverbrauch erhöhen kann.

Unterschiedliche Formen der Segmentierung finden sich vermehrt auch im Dienstleistungsbereich (vgl. Kasten 6.5).

Prekäre Arbeitsverhältnisse im Dienstleistungsbereich (aus Reick & Kastner, 2001, S. 19)

Kasten 6.5

„Ein Grossteil der im Dienstleistungsbereich neu entstandenen Arbeitsplätze ist unqualifiziert und schlecht entlohnt. Es konnte gezeigt werden, dass sich in allen OECD-Ländern im Zuge der Zunahme von Dienstleistungen auch der Anteil der sog. bad jobs erhöhte. Diese umfassen Formen der Unterbeschäftigung, unterwertiger wie auch geringfügiger Beschäftigung sowie prekäre Arbeitsverhältnisse (Schmiede, 1996). Der Trend geht dahin, dass sich einerseits eine minoritäre Gruppe

entfremdeter Hightech-Arbeitspersonen herausbildet, die Hightech-Stress (Rifkin, 1995) und Überarbeit (Schorr, 1992) zu bewältigen haben und andererseits die Zahl derer wächst, für deren Arbeitswelt zunehmende Anspruchslosigkeit, fragmentierte Arbeitsaufgaben, steigende Produktions- und Arbeitsgeschwindigkeit, subtile Formen des Zwangs und der Einschüchterung sowie höhere Belastungen charakteristisch sind (Schmiede, 1996).“

Ansätze zur Segmentierung, verbunden mit Konzepten einer Re-Taylorisierung finden sich schließlich auch in weiten Bereichen des *Einzelhandels*, "der mit rund 2.1 Mio. Beschäftigten einer der größten Arbeitgeber in der Bundesrepublik Deutschland ist. In ihrem Minutenmanagement nutzen die Unternehmen zunehmend Lohndifferenziale zwischen geringfügig Beschäftigten und anderen Teilzeitbeschäftigten sowie zwischen gelernten und ungelernten Kräften zur Kostensenkung. Dies gelingt ihnen nur bei einer zunehmenden Aufspaltung vorher ganzheitlich angebotener Tätigkeiten wie Kassieren, Beraten, Bedienen und Regalauffüllen (Kirsch, Klein, Lehn-dorff & Voss-Dahm, 1999) ... Im Unterschied zum traditionellen Taylorismus wird die Arbeitsleistung allerdings nicht in festgelegten Zeitfenstern abgeleistet, sondern es wird eine hohe Disponibilität beim Arbeitseinsatz abverlangt" (Bosch, 2000, S. 248).

Prekäre Beschäftigungsverhältnisse werden häufig mit zunehmenden Anforderungen an die Flexibilität der Unternehmen begründet. Tatsächlich lösen sie aber bei zahlreichen Menschen Angst und Unsicherheit aus. Schwedische Untersuchungen (Aaronson et al., 2002) zu den Folgen derart prekärer Beschäftigungsverhältnisse zeigen, dass damit das Risiko für das Auftreten psychosomatischer Beschwerden deutlich zunimmt. In der Zusammenfassung einer WHO-Publikation heißt es dazu: „There can be little doubt that these factors have direct and indirect consequences for the health and wellbeing of workers, their families and, ultimately, society as a whole“ (Griffiths & Ziglio, 1999, S. 241). Deshalb fordert Richter (2004, S. 246) zu Recht: „Die Diagnostik muss in Folge der Flexibilisierung der Arbeitsformen die Prekaritätsrisiken erfassen, die aus Verunsicherungen durch Vertragsbrüche im erlebten 'psychologischen Kontrakt' (Rousseau, 2001) erwachsen können“ (vgl. Kasten 6.6).

Folgen von Verletzungen des psychologischen Kontrakts (aus Griffiths & Ziglio, 1999, S. 243)

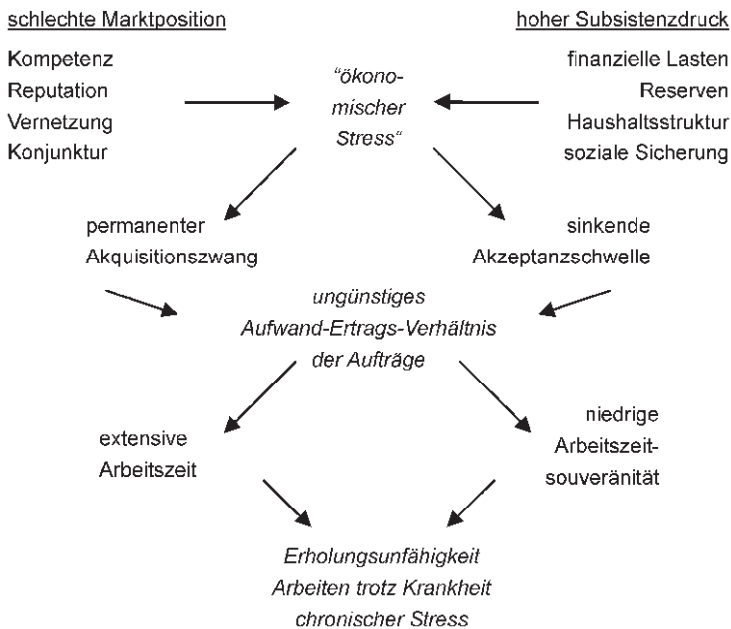
„A further manifestation of the impact of job insecurity has been the gradual erosion of the relationship between the employing organization and the employee ... For the employee, the effects include reduced job satisfaction, commitment to the organization and involvement in the job, and can extend as far as the presenteeism: being physically present but psychologically absent from the job. There may be also an increase in resentment, secrecy and competitiveness, and a reduction in willingness to adapt to change in the workplace ...

... action by an organization that undermines the psychological contract can have far-reaching consequences for the financial wellbeing of the organization, as well as the psychosocial health and well-being of the employees.“

In diesem Zusammenhang spielen immer wieder auch Fragen der so genannten „neuen Selbstständigkeit“ eine Rolle. Pröll und Gude (2003, S. 83) haben die aus den dazu vorliegenden Befunden er-

Gesundheitskritische Konstellation bei neuer Selbständigkeit (vereinfachtes Schema zur Integration vorliegender Befunde) (aus Pröll & Gude, 2003, S. 84)

Abbildung 6.2



kennbare „gesundheitlich prekäre Konstellation“ in einem „groben pathogenetischen Modell“ dargestellt (vgl. Abbildung 6.2).

Die in Abbildung 6.2 dargestellten Wirkungsbeziehungen sind letztlich noch als – dringend untersuchungsbedürftige – Hypothesen zu verstehen. Sie beschreiben nach Auffassung der Autoren „die zentralen Mechanismen einer ‘intensitätsgesteuerten’ Konstellation (vgl. van Eijnatten, 2000) ..., die zu den bekannten gesundheitlich negativen Funktionskreisen führen kann (Erholungsunfähigkeit, Arbeiten trotz Krankheit, Burnout)“ (Pröll & Gude, 2003, S. 84).

Die Autoren weisen allerdings auch darauf hin, dass in diesem Modell „eine Vielzahl von intervenierenden Variablen“ nicht berücksichtigt ist.

Zu Recht stellen sie auch fest, dass gerade zu den „Bewältigungsbedingungen neuer Selbstständigkeit ... noch erheblicher Forschungsbedarf ... besteht, vor allem aus salutogenetischem Blickwinkel“ (Pröll & Gude, 2003, S. 85).

6.2.3 Abbau älterer Arbeitskräfte

Altersdiskriminierung

Seit einigen Jahren ist in zahlreichen Unternehmen zu beobachten, dass die Bereitschaft „ältere“ Personen zu behalten, neu einzustellen oder zu fördern deutlich abgenommen hat. So hat Kuhn (2003, S. 12) darauf hingewiesen, das nach einer Aussage des Bundesinstituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung in Deutschland „sechzig Prozent der deutschen Betriebe keine Beschäftigten mehr über 50 Jahre“ haben. In diesem Zusammenhang ist inzwischen auch die Rede von einer eigentlichen Altersdiskriminierung, die sich in folgenden Verhaltensweisen der Unternehmen niederschlägt (Naegele, 2004, S. 203):

- „eine altersselektive Personaleinstellungs- und rekrutierungspolitik;
- alterssegmentierte Aufgabenzuweisungen – mit der häufigen Folge der Reduzierung ihrer praktischen Einsetzbarkeit;
- unterdurchschnittliche Beteiligung bei betrieblich organisierter Fort- und Weiterbildung;
- Benachteiligung bei innerbetrieblichen Aufstiegsprozessen;
- Geringschätzung ihres Erfahrungswissens sowie

- kurzfristige Kalküle bei Personalentscheidungen zu Lasten älterer Belegschaftsmitglieder.“

Naegele weist darauf hin, dass dieser „Problemgruppenstatus“ Ursache sowohl der überdurchschnittlich hohen Arbeitslosigkeit als auch der hohen Frühverrentungswahrscheinlichkeit sei. Er macht – unter Verweis auf Frerichs (1998) – auch darauf aufmerksam, dass sowohl das Krankheits- als auch das Qualifikationsrisiko ungleich verteilt sind: „Sie sind weit verbreitet in Branchen und Betrieben mit tayloristischen Produktionsregimes aufgrund des hier hohen Anteils an typischen Verschleißarbeitsplätzen und der geringen Bedeutung des Erfahrungswissens“ (Naegele, 2004, S. 208).

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 Altersabbau verbunden ist. Einerseits sind nachteilige Auswirkungen auf Seh- und Hörvermögen, Körperkraft und Bewegungsgeschwindigkeit für den Durchschnitt ebenso belegt wie Verlängerungen der Reaktionszeit, der Geschwindigkeit für die Verarbeitung komplexer Informationen und der Lerngeschwindigkeit (vgl. für einen Überblick Ilmarinen, 2004; Ilmarinen & Tempel, 2002; Semmer & Richter, 2004). Andererseits verfügen Ältere häufig über Strategien, die diese Nachteile sehr gut ausgleichen können (Kasten 6.7).

*Mangelndes
Wissen und
Vorurteile*

*Leistungsvorteile Älterer durch Gebrauch sinnvoller Strategien
(aus Semmer & Richter 2004, S. 104)*

Kasten 6.7

„Sie verarbeiten Informationen vielleicht nicht ganz so schnell, aber effizienter und zielgerichteter. Sie können Wesentliches von Unwesentlichem unterscheiden, sie können Probleme ganzheitlicher angehen. Sie können mit manchen Belastungssituationen vielleicht nicht mehr ganz so effektiv umgehen – aber sie haben Strategien, die dazu beitragen, dass diese Situationen seltener eintreten. In dieser Hinsicht haben Ältere also häufig Leistungsvorteile (Warr, 2001).“

In diesem Zusammenhang ist die von Ilmarinen und Tempel (2002) wiedergegebene Übersicht der Vorzüge älterer Beschäftigter durchaus eindrucksvoll (vgl. Tabelle 6.2).

Tabelle 6.2

Altern und Merkmale positiven geistigen Wachstums (aus Ilmarinen & Tempel, 2002, S. 204)

■ Weisheit und Lebenserfahrung	■ bessere Kontrolle der eigenen Lebenssituation
■ scharfe Auffassungsgabe	■ stärkeres Engagement bei der Arbeit
■ Fähigkeit, über eigene Angelegenheiten sorgfältig nachzudenken	■ höheres Vertrauen in Arbeitgeber bzw. Vorgesetzte
■ logisches Denkvermögen	■ weniger Fehlzeiten bei der Arbeit
■ Fähigkeit, komplexe Zusammenhänge zu verstehen	■ grössere Arbeitserfahrung
■ bessere Ausdrucksfähigkeit bei der Gestaltung von Arbeitsanweisungen	■ höhere Motivation zu lernen

Die Untersuchungen von Warr (1995, 2001) belegen schließlich, dass Ältere und Jüngere sich in der Gesamtleistung nicht notwendigerweise unterscheiden. Tatsächlich nimmt aber die Streuung mit dem Alter zu. „Das bedeutet, dass man doch eine erhebliche Anzahl von Personen unter den Älteren finden wird, die den Jüngeren in den erwähnten Leistungsbereichen ebenbürtig – und manchen Jüngeren durchaus überlegen – sind ... Das heisst natürlich zugleich, dass so manches Unternehmen, das Ältere in den Vorruhestand ‘gedrängt’ hat oder ältere Bewerberinnen oder Bewerber von vornherein ausscheidet, auch dem eigenen wirtschaftlichen Interesse schadet“ (Semmer & Richter, 2004, S. 100 f.).

Bezüglich der Frage nach den Ursachen für die mit dem Alter größer werdende Streuung der Leistungsmöglichkeiten finden sich praktisch durchgängig Hinweise auf die Gesundheit und körperliche Fitness einerseits sowie auf Ausbildung und Erfahrung andererseits. Die Berichte von Warr (1995) sowie von Schooler, Mulatu und Oates (1999) zeigen, dass der schon früher mehrfach belegte Einfluss anspruchsvoller Arbeitstätigkeiten auf die geistige Leistungsfähigkeit mit dem Alter noch zunimmt. Zu Recht finden sich deshalb in Publikationen aus der Arbeitspsychologie auch Aussagen wie: „Lern- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung ist altersgerechte Arbeitsgestaltung“ (Hacker, 1995, S. 181) oder „... die beste Grundlage für eine gute Leistung im Alter sind Erwerb, Gebrauch und Entwicklung von Kompetenzen in jüngeren Jahren“ (Semmer &

Richter, 2004, S. 112). Das heißt übrigens auch, dass es keineswegs nur um a l t e r sgerechte Arbeitsgestaltung geht sondern grundsätzlich auch – und sogar in erster Linie – um a l t e r n s gerechte Arbeitsgestaltung. Wo diese nicht stattfindet, ist mit vorzeitigen Alterungsprozessen zu rechnen.

Hacker (2004) spricht in diesem Zusammenhang vom „menschgemachten“ Altern (vgl. Kasten 6.8).

Biologisches und menschengemachtes Altern (aus Hacker, 2004, S. 164)

Kasten 6.8

„Von dem derzeit wenig beeinflussbaren endogenen, d. h. genetisch und somatisch bedingten Altern muss das menschengemachte, darunter das arbeitsinduzierte Altern mit seiner Abhängigkeit von exogenen Faktoren unterschieden werden. Die Lebens- und die Arbeitsbedingungen können das Altern beschleunigen (man kann voraltern) oder im Idealfall auch verzögern. Gesicherte Befunde hierzu lieferte u. a. die Leipziger Altersforschung (Ries & Sauer, 1991). 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.“

Dass die in Kasten 6.8 genannten gesundheitsfördernden und trainierenden Arbeitsprozesse die Merkmale vollständiger Tätigkeiten aufweisen, wird von Hacker (2004, S. 169) ebenfalls betont.

Unter den von Hacker (2004, S.168 ff.) aus der Analyse abgeleiteten praktischen Empfehlungen werden hier zusammenfassend nur drei erwähnt. Als erstes fordert Hacker (2004, S. 168 f.), die „Altersmythen mit ihrer verhängnisvollen, sich selbst erfüllenden Prophezeiung, dass Ältere nur defizitäre Junge, nicht aber leistungsgewandelte, voll leistungsfähige Personen wären und ohnehin kaum etwas behalten und damit nichts lernen könnten, aus dem gesellschaftlichen Bewusstsein“ herauszudrängen. Darüber hinaus ist dafür Sorge zu tragen, dass arbeitsinduziertes Vor-Altern als Folge gesundheitsbeeinträchtigender Arbeitsbedingungen nicht mehr stattfindet, „auch weil Vor-Altern die Qualifikationsmöglichkeiten im Alterungsprozess zusätzlich erschweren kann“ (Hacker, 2004, S. 169).

*Praktische
Empfehlungen*

Voraussetzung dafür ist eine lernförderliche Arbeitsgestaltung auf der Basis des Konzepts vollständiger Tätigkeiten.

„Lernen in Tätigkeiten mit Lernpotenzialen kann nicht nur das Hinzulernen neuer Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten oder Einstellungen ermöglichen, sondern auch das Erhalten dieser Leistungsvoraussetzungen gegen ihren alterskorrelierten Verlust“ (Hacker, 2004, S. 169).

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in Deutschland gemeinsam mit dem Europäischen Sozialfonds geförderten Projekts 'Lernförderlichkeitsindex' konnte "nachgewiesen werden, dass Unternehmen mit lernförderlichen Arbeitsplätzen auch die erfolgreicher sind" (Bernard, 2005, S. 97)) In diesem Zusammenhang kommt dem von Frieling, Bernard, Bigalk und Müller (2006) neuerdings vorgelegten Verfahren zur Bestimmung der Lernmöglichkeiten am Arbeitsplatz besondere Bedeutung zu.

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

6.3 Fazit

Manche der „modernen“ Managementkonzepte berücksichtigen vorhandenes Wissen und verfügbare Erfahrungen nur ungenügend. Dazu kommt, dass sie häufig unreflektiert von einer Kultur in eine andere übertragen werden. Dass die Realisierung von Konzepten wie Lean Management, Downsizing, Outsourcing etc. und die Etablierung prekärer Arbeitsverhältnisse den psychologischen Vertrag zwischen Unternehmen und Beschäftigten vielerorts in Frage stellen und das Entstehen von Gratifikationskrisen, Stress und depressiven Verstimmungen begünstigen, ist ebenso wenig zu übersehen wie das mangelnde Wissen über den möglichen Beitrag zur Wertschöpfung, den ältere Mitarbeitende aufgrund ihres Erfahrungswissens und spezifischer Kompetenzen in vielen Fällen leisten können. Schließlich stehen die 'modernen' Managementkonzepte auch in Widerspruch zu den Erfahrungen, über die Simon (2007) in seinem Buch "Hidden Champions des 21. Jahrhunderts" berichtet.

„Life Domain Balance“ oder: Erwerbsarbeit und andere Lebenstätigkeiten

Kapitel 7

7.1 Einführung

In einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2003, S. 6) in Deutschland publizierten Untersuchung über „Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Massnahmen“ wurden anhand von Controllingdaten aus zehn Unternehmen „die Wirkungen von familienfreundlichen Massnahmen auf die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Betreuungsaufgaben analysiert sowie relevante Kostengrößen für Fluktuation und längerfristige Betriebsabwesenheit ermittelt“. Den Kosten für ein Programm familienfreundlicher Maßnahmen – hier: Beratungsangebote, Kinderbetreuung, individuelle Arbeitszeitmodelle, Telearbeit – wurden die dadurch erzielbaren Einsparpotentiale gegenübergestellt. Aus den Daten der analysierten Unternehmen wurde eine Modellrechnung für eine fiktive „Familien GmbH“ mit 1'500 Beschäftigten und einer dem Bundesdurchschnitt entsprechenden Struktur der Belegschaft angestellt. „Innerhalb dieser Szenariorechnung wurde bei der Familien GmbH bei einem Aufwand für familienfreundliche Massnahmen in Höhe von rund 300.000 € eine realisierte Kosteneinsparung von 375.000 € errechnet“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2003, S. 6). Für ein schweizerisches Modellunternehmen – die 'Familien AG' mit ebenfalls 1'500 Beschäftigten – wurde eine vergleichbare Szenariorechnung erstellt, die bei einem Aufwand von 247 000 Franken einen Nutzen von rund 267 000 Franken ergab (EVD, 2005). Derartige Kosten-Nutzen-Analysen könnten für einige Unternehmen durchaus Anlass sein, sich mit Fragen der „work life balance“ ernsthafter auseinander zu setzen. Für andere liefern sie möglicherweise ein zusätzliches Argumentarium zur Unterstützung entsprechender Maßnahmen. Dass es sich hierbei um eine auch für die zukünftige gesellschaftliche Entwicklung höchst bedeutsame Thematik handelt, ist offensichtlich.

Die Vehemenz der in diesem Zusammenhang geführten Diskussion sollte indes nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich beim Begriff „work life balance“ um eine zwar leicht eingängige, dennoch aber sachlich falsche und irreführende Begrifflichkeit handelt. Sie legt nämlich den fatalen Schluss nahe, dass es sich um eine Balance bzw. ein Balancieren zwischen Arbeit und Leben handelt. Erstens aber ist Arbeit ein zentraler Bestandteil des Lebens – deshalb wird andernorts ja auch von „working life“ gesprochen – und zweitens finden

sich vielfältige Formen von Arbeit auch außerhalb der Erwerbstätigkeit. Tatsächlich muss es also darum gehen, Balancen zwischen verschiedenen Lebensbereichen, also auch zwischen den Möglichkeiten und Anforderungen der Erwerbsarbeit und den Möglichkeiten und Anforderungen anderer Lebenstätigkeiten zu finden bzw. zu erarbeiten. Es geht also im eigentlichen Sinn nicht um eine „Work life balance“, sondern um eine „Life domain balance“.

„Work/family border theory“

In diesem Zusammenhang weist die von Campbell Clark (2000) vorgestellte „work/family border theory“ einen hohen Anregungsgehalt auf: „Work/family border theory can give a theoretical framework that is missing from most research on work/family balance. Border theory can both describe why conflicts exist and provide a framework for individuals and organizations to encourage better balance between work and families“ (Campbell Clark, 2000, S. 764). Die in Tabelle 7.1 wiedergegebenen Vorschläge „suggest a wide variety of tools for better work/family balance, tools that can be used by organizations and individual border-crossers“ (Campbell Clark, 2000, S. 764).

Tabelle 7.1

Aus der „Work/family border theory“ abgeleitete Vorschläge zur Balancierung von Berufs- und Familienleben (aus Campbell Clark, 2000, S. 765)

Proposition 1a:	When domains are similar, weak borders will facilitate work/family balance.
Proposition 1b:	When domains are different, strong borders will facilitate work/family balance.
Proposition 2:	When the border is strong to protect one domain but is weak for the other domain, individuals will have: <ul style="list-style-type: none"> a) greater work/family balance when they primarily identify with the strongly bordered domain; and b) lesser work/family balance when they primarily identify with the weakly bordered domain.
Proposition 3:	Border-crossers who are central participants in a domain (i.e. who have identification and influence) will have more control over the borders of that domain than those who are peripheral participants.

Proposition 4:	Border-crossers who are central participants (i.e. who have identification and influence) in both domains will have greater work/family balance than border-crossers who are not central participants in both domains.
Proposition 5:	Border-crossers whose domain members have high other-domain awareness will have higher work/family balance than border-crossers whose domain members have low other-domain awareness.
Proposition 6:	Border-crossers whose domain members show high commitment to them will have higher work/family balance than border-crossers whose domain members have shown low commitment to them.
Proposition 7:	When work and family domains are very different, border-crossers will engage in less across-the-border communication than will border-crossers with similar domains.
Proposition 8:	Frequent supportive communication between border-keepers and border-crossers about other-domain activities will moderate the ill-effects of situations that would otherwise lead to imbalance.

Das hier vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit möglichen Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und anderen Lebenstätigkeiten. In diesem Zusammenhang wird auf Fragen persönlichkeitsförderlicher Arbeitsinhalte, lebensfreundlicher Arbeitszeiten und familienfreundlicher Arbeitsorte besonders eingegangen. Damit werden Bestandteile einer möglichen arbeitspsychologischen Perspektive thematisiert, die in der Diskussion über die so genannte „work life balance“ üblicherweise nicht behandelt werden. Generell geht es dabei um die Realisierung des Postulats: „... die berufliche Arbeit sollte so gestaltet sein, dass sie es erlaubt und dazu befähigt, soziale Verantwortung in der Gesellschaft zu übernehmen – sei es durch Kinder- oder Altenbetreuung, in Form nachbarschaftlichen oder bürgerschaftlichen Engagements. Eine solche Perspektive ist allerdings weit entfernt von den ‘Work-Life Balance’-Modeerscheinungen, deren betriebliche Umsetzung und Lebensdauer ausschliesslich von dem Nachweis abhängt, dass bürgerschaftlich engagierte Menschen oder aktive Väter zugleich auch produktivere Mitarbeiter seien“ (Resch, 2003, S. 7 f.).

*Vereinbarkeit
von Erwerbsarbeit und anderen
Lebensbereichen*

7.2 Gestaltung der Erwerbsarbeit

In der deutschsprachigen Arbeitspsychologie besteht Übereinstimmung dahingehend, dass dem Kriterium „Persönlichkeitsförderlichkeit“ bei der Bewertung von Arbeitstätigkeiten zentrale Bedeutung zukommt. Dies wird auch in der weitgehend akzeptierten Definition humaner Arbeitstätigkeiten zum Ausdruck gebracht.

Definition humaner Arbeitstätigkeiten

„Als human werden Arbeitstätigkeiten bezeichnet, die die psychophysische Gesundheit der Arbeitstätigen nicht schädigen, ihr psychosoziales Wohlbefinden nicht oder allenfalls vorübergehend einträchtigen, ihren Bedürfnissen und Qualifikationen entsprechen, individuelle und/oder kollektive Einflussnahme auf Arbeitsbedingungen und Arbeitssysteme ermöglichen und zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit im Sinne der Entfaltung ihrer Potentiale und Förderung ihrer Kompetenzen beizutragen vermögen“ (Ulich, 1984, 2005).

Persönlichkeitsförderliche Arbeitsgestaltung bedeutet in erster Linie Aufgabengestaltung; deshalb ist in der Arbeitspsychologie auch vom „Primat der Aufgabe“ die Rede (vgl. Kapitel 4.3). Die Arbeitsaufgabe verknüpft einerseits das soziale mit dem technischen Teilsystem, sie verbindet andererseits den Menschen mit den organisationalen Strukturen. Dabei kommt der Aufgabenverteilung zwischen Mensch und Technik, der Mensch-Maschine-Funktionsteilung also, entscheidende Bedeutung für die Rolle des Menschen im Produktionsprozess zu. Sie bestimmt weitgehend darüber, ob die Merkmale motivierender, persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung (vgl. Tabelle 4.2) im betrieblichen Alltag realisiert werden können.

In Kapitel 4.4 wurde festgestellt, dass die Realisierung von Konzepten persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung vollständige Aufgaben erfordert, und dass diese häufig nur als Gruppenaufgaben gestaltbar sind. Tatsächlich ist das Erleben ganzheitlicher Arbeit in modernen Arbeitsprozessen mehrheitlich nur möglich, wenn interdependente Teilaufgaben zu vollständigen Gruppenaufgaben zusammengefasst werden. Und: die Zusammenfassung von interdependenten Teilaufgaben zur gemeinsamen Aufgabe einer Gruppe ermöglicht ein höheres Maß an Selbstregulation und sozialer Unterstützung. Das eigenständige Setzen von Zielen bzw. Teilzielen, die Übernahme von Planungs- bzw. Dispositions-

funktionen und das gemeinsame Treffen von Entscheidungen bestimmen nicht nur den Grad der Vollständigkeit einer Aufgabe und des zu ihrer Bewältigung erforderlichen Regulationsniveaus, sondern bei Gruppenarbeit zugleich auch den Grad der kollektiven Autonomie einer Arbeitsgruppe. Über ökonomische Effekte der Einführung teilautonomer Arbeitsgruppen wurde seit den 1970er Jahren vielfach berichtet (vgl. Kapitel 4.6). Im hier vorliegenden Zusammenhang interessieren vor allem mögliche Auswirkungen auf Lebensbereiche außerhalb der Erwerbsarbeit.

Zu den früheren Arbeiten zählt etwa die von Meissner (1971) über die Beziehungen zwischen der Art der Erwerbsarbeit und dem Verhalten in der davon freien Zeit bei Arbeitern eines Holz verarbeitenden Betriebes in einer kanadischen Kleinstadt. Meissner fand, dass Arbeiter mit weniger ausgeprägten Arbeitszwängen und weniger eingeschränkten Möglichkeiten sozialer Kommunikation am Arbeitsplatz auch außerhalb ihrer Erwerbstätigkeit zu erweiterter „Soziabilität“ tendierten, während Arbeiter mit technologisch stark gebundenen Tätigkeiten und eingeschränkten Möglichkeiten sozialer Kontaktnahme am Arbeitsplatz auch außerhalb ihrer Erwerbstätigkeit zu eingeschränkter Soziabilität tendierten. Nach Meissner sprechen diese Ergebnisse deutlich für eine „Carry-over“-Hypothese; damit ist gemeint, dass – positive oder negative – Wirkungen von Strukturen bzw. deren Veränderungen von einem Lebensbereich in einen anderen übertragen werden³⁵. Meissner beschreibt diesen Zusammenhang bildhaft mit „the long arm of the job“. Das heißt: wenn die Möglichkeit der Wahl von Handlungsalternativen durch die räumlichen, zeitlichen und funktionalen Zwänge von Arbeitsprozessen eingeschränkt oder unterdrückt wird, so wird damit zugleich die Fähigkeit – oder: die Bereitschaft – reduziert, Anforderungen solcher Freizeitaktivitäten zu erfüllen, die Handlungskompetenz erfordern. In die gleiche Richtung deuten Befunde von Lüders, Resch und Weyerich (1992, S. 96), die fanden „dass Personen mit hohen Regulationserfordernissen in der Erwerbsarbeit in einem grösseren Umfang Freizeitaktivitäten mit langfristiger Zielstellung ausführen als Personen mit niedrigeren Regulationserfordernissen“.

³⁵ Diskussionen der Hypothesen zu den möglichen Beziehungen zwischen „Arbeit“ und „Freizeit“ finden sich z. B. bei Hoff (1986), Stengel (1988), Ulich (2005) sowie Ulich und Ulich (1977).

Tatsächlich handelt es sich hier aber um Ergebnisse von Querschnittsanalysen, so dass etwa Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden können.

Insofern sind vor allem Analysen der Wirkungen von betrieblichen Veränderungs- bzw. Restrukturierungsprozessen von Interesse. So fand z. B. Bruggemann (1979, 1980) im Verlauf eines sorgfältig kontrollierten dreijährigen Arbeitsstrukturierungsprojekts in der Motorenmontage des VW-Werks Salzgitter (Ulich, 1980, 2005) deutliche Einflüsse veränderter Arbeitserfahrungen nicht nur auf die Entwicklung arbeitsbezogener Sachinteressen, sondern auch auf gesellschaftsbezogene und politische Interessen. Bei den in das Projekt – Ablösung einer hoch arbeitsteiligen Fließbandmontage durch ein System teilautonomer Gruppen mit vollständigen Arbeitsaufgaben – einbezogenen Mitarbeitenden fanden sich darüber hinaus auch deutliche Hinweise auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (vgl. Kapitel 4.6.1).

Im Rahmen des angesprochenen VW-Projekts fanden sich darüber hinaus auch Hinweise auf Veränderungen emotionaler Art. Letztere betrafen einerseits Aspekte des Selbstvertrauens, andererseits Aspekte der erlebten Kompetenz. Symptomatisch hierfür ist die Äußerung eines der an dem Projekt beteiligten Mitarbeiter: „Ich bin ganz schön stolz, wenn ich bedenke, dass ich früher hier jahrelang als Bandaffe tätig war“. Erweiterung der Interessen sowie Zunahme von Selbstvertrauen und Kompetenzerleben gehören zu den häufig berichteten – und für Fragen familialer Rollenteilung zweifellos bedeutsamen – Effekten persönlichkeitsförderlicher Arbeitsgestaltung. Dies soll anhand zweier Fallbeispiele noch einmal verdeutlicht werden.

Teilautonome Arbeitsgruppen und Persönlichkeitsentwicklung

Das erste Fallbeispiel betrifft die Abteilung zentrale Rechnungskontrolle bei BAT in Deutschland (Hort, 1978; Ulich, 2005). Eine Analyse vor Beginn der Restrukturierung zeigte für zwei Drittel der Arbeitsplätze typische Merkmale tayloristischer Arbeitsgestaltung: hohe Arbeitsteilung mit kurzen Arbeitszyklen, hoher Wiederholungsgrad, inhaltliche Gleichförmigkeit, Fremdkontrolle. Die Arbeit in der Abteilung galt insgesamt als außerordentlich unbeliebt. Aufgrund der Ist-Zustandsanalyse (vgl. Ulich, 2005) wurde mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gemeinsam ein Konzept entwickelt, das eine Anreicherung aller Arbeitstätigkeiten durch an-

spruchsvollere Teiltätigkeiten ebenso vorsah wie eine Erweiterung und breitere Verteilung der Kompetenzen sowie die Einführung teilautonomer Arbeitsgruppen. Eine ökonomische Analyse ergab die üblichen positiven Effekte, wie Verbesserungen von Produktivität und Qualität, Verkürzung der Bearbeitungszeiten etc. (vgl. Hort, 1978, S. 11). Die Analyse der Auswirkungen der objektiven Veränderungen auf Erleben und Verhalten der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vgl. Ulich, 2005) erbrachte vor allem einen Abbau belastender Arbeitsbeziehungen sowie einen Abbau des Gefühls qualitativer Unterforderung, die zu den bedeutsamen Merkmalen dequalifizierender Arbeitsgestaltung gehört. Auswirkungen der skizzierten Veränderungen auf die Persönlichkeitsentwicklung lassen sich aus typischen Bemerkungen anlässlich einer, der Evaluation dienenden, Abteilungsversammlung schließen (vgl. Kasten 7.1).

Persönliche Bewertungen der Wirkungen eines Arbeitsstrukturierungsprojekts (aus Ulich, 2005)

Kasten 7.1

Frau E: „Am Anfang war ich sehr skeptisch; was können wir Älteren noch dazu lernen ... Die menschliche Seite hat sich sehr positiv entwickelt ... Ich habe gelernt zuzuhören ... Die Auswirkungen des Versuches auf meinen privaten Bereich sind sehr positiv: ich bin ein ganz anderer Mensch geworden.“

Frau F: „Ich habe mich sehr darüber gewundert, dass ältere Kollegen sich sehr wohl noch im positiven Sinne ändern können ... Ich gehe jetzt nach Büroschluss unbelastet nach Hause ... Ich bin freier geworden.“

Herr G: „Ich kann jetzt Kritik sehr viel besser ertragen ... Mein Horizont hat sich sehr erweitert.“

Herr H: „Die Kollegialität hat sehr zugenommen ... Ich bin selbstbewusster geworden.“

Frau I: „Das Projekt hat mir sehr geholfen.“

Das zweite Fallbeispiel betrifft die Einführung von Gruppenarbeit in der Baugruppenmontage von Alcatel STR in der Schweiz. Dieses Beispiel verdient insofern besondere Beachtung, als die Mehrzahl der Beschäftigten aus angelegerten ausländischen Arbeiterinnen bestand, von denen die meisten über eine eher schlechte aktive Beherrschung der deutschen Sprache verfügten. Im Zuge der Entwicklung persönlichkeitsförderlicher Arbeitsstrukturen wurde das in Kasten 7.2 wiedergegebene Modell realisiert.

Kasten 7.2

Teilautonome Gruppen in der Baugruppenmontage (aus Frei, 1993, S. 327 f.)

„Gruppen von 5-6 Frauen erledigen die gesamte Montage der Leiterplatten, einschliesslich der Disposition der Arbeitsverteilung sowie der nichtelektronischen Prüfung dieser Platten selbständig. Damit wurde die Funktionsteilung auf eine einzige Schnittstelle reduziert. Das heisst, dass lediglich die elektronischen Tests in eine eigene Gruppe ausgegliedert wurden. Zwischen den Montagegruppen herrschte ausschliesslich eine Mengenteilung, keine Funktionsteilung. Eine Integration auch der elektronischen Tests in die Montagegruppen hätte zuviel technische Ausrüstung gebraucht.

Ausserdem wurde eine vorher bestehende hierarchische Stufe abgeschafft, indem die Gruppen selber keine eigenen Vorgesetzten haben, sondern führungsmässig direkt dem Meister unterstellt sind. Die ehemaligen Vorarbeiter sollten die Rolle von Instruktoren und 'trouble shootern' übernehmen, aber keine Führungsfunktion mehr haben.“

Frei (1993) sowie Frei et al. (1993) berichten ausführlich über die in diesem Fall erforderlich gewesenenen aufwendigen Qualifizierungsmaßnahmen sowie über die während und als Folge der Restrukturierung aufgetretenen Probleme und die jeweilige Lösung. Abgesehen von den eindeutig belegbaren betriebswirtschaftlichen Effekten interessieren im vorliegenden Zusammenhang vor allem die Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung der beteiligten Frauen. Dazu finden sich in den Berichten folgende Aussagen:

„Wir hatten nach einiger Zeit der funktionierenden Gruppenarbeit beobachtet, dass einige Frauen sichtbar selbstbewusster waren als früher. Man sah förmlich, dass sie 'aufrechter' gingen. Wir sprachen sie darauf an. Da erzählten sie uns, dass das stimme, aber auch negative Folgen für sie habe. Zum Beispiel würden sie sich zu Hause von ihren Männern nicht mehr alles sagen lassen und deswegen mit ihnen auch schon mal Streit bekommen. Manchmal würden sie von *ihrer* Arbeit erzählen, und das hätten die Männer nicht immer gerne. Jetzt sei eben ihre Arbeit auch wichtig geworden“ (Frei, 1993, S. 335).

Selbstverständlich gilt, dass die hier skizzierten Effekte nicht bei allen an derartigen Restrukturierungen Beteiligten in gleicher Weise oder überhaupt auftreten. Immer wieder ist auch zu beobachten, dass sich einzelne Personen – aus durchaus verschiedenen Gründen – gegen solche Veränderungen wehren; dies war z. B. auch im VW-

Projekt „Gruppenarbeit in der Motorenmontage“ der Fall. Erfahrungen solcher Art unterstützten die zunächst nur konzeptionell angedachte Formulierung des Prinzips der differentiellen Arbeitsgestaltung (vgl. Kapitel 4.1).

Von erheblichem Interesse sind im vorliegenden Zusammenhang schließlich auch die von Abraham und Hoefelmayr-Fischer (1982, vgl. auch Abraham, 1993) sowie von Richter (1993) vorgelegten Befunde über Arbeitsinhalte und Ruhestandspläne: „Die am wenigsten differenzierten Zukunftskonzepte im höheren Lebensalter fanden wir bei Beschäftigten mit restriktiven, anforderungsarmen Arbeitsaufgaben“ (Richter, 1993, S. 40).

Damit verbunden kann man die Frage nach Konzepten stellen, die älteren Menschen einen für alle Beteiligten sinnvollen Übergang von der 'life domain' Erwerbsarbeit in die daran anschließende 'life domain' Ruhestand 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 realisierbar halten; in 52 % der Unternehmen wird sie bereits realisiert. "Formen der Teilzeitarbeit kurz vor dem Pensionsalter erlauben eine stärkere Flexibilisierung des Übergangs in die nachberufliche Lebensphase" (a.a.O., S.90). Derartige Formen einer Teilzeitbeschäftigung 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.

*Arbeitsinhalte
und Ruhe-
standspläne*

7.3 Lebensfreundliche Arbeitszeiten

In einer Vielzahl von Publikationen über „work life balance“ wird „familienfreundlichen“ Arbeitszeitregelungen ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt; in vielen Fällen werden sogar ausschließlich solche Überlegungen angestellt. Tatsächlich können derartige Maßnahmen aber mit unbeabsichtigten Neben- oder Folgewirkungen verbunden sein. „Beispielsweise kann eine Reduzierung der Er-

werbsarbeit verbunden sein mit dem Wegfall von Aufgabenteilen, die höhere Entscheidungsspielräume beinhalten, oder zu Belastungen, wie z. B. Zeitdruck, führen“ (Volpert, Resch & Lüders, 1992, S. 2). Wohl deshalb werden auch von der Auditierungsgruppe „Beruf und Familie“ zwar Arbeitszeitkonzepte an erster Stelle genannt; gerade hier wird aber zusätzlich eine Vielzahl qualitativ anders gearteter Maßnahmen aufgeführt (vgl. Tabelle 7.2).

Tabelle 7.2

Familienpolitische Maßnahmen nach Angaben von Beruf und Familie gGmbH (2003)

■ Arbeitszeit	→ Massnahmen zur Arbeitszeit
■ Arbeitsabläufe und Arbeitsinhalte	1. Abgestufte Teilzeit nach Erziehungs-freistellung
■ Arbeitsort	2. Altersteilzeit
■ Informations- und Kommunikations-politik	3. Arbeitszeiterfassungssystem
■ Führung	4. Elternurlaub
■ Personalpolitik	5. Familienbedingte Teilzeitarbeit
■ Entgeltbestandteile und geldwerte Leistungen	6. Familienpause
■ Flankierender Service für Familien	7. Freistellung zur Betreuung von An-gehörigen
■ Unternehmens- und personalpoliti-sches Datenmodell	8. Gleitzeit
	9. Jahresarbeitszeit
	10. Job-Sharing
	11. Kinderbonuszeit
	12. Lebensphasenorientierte Arbeitszeit
	13. Pause
	14. Sabbatical
	15. Schichtarbeit
	16. Sonderurlaub
	17. Tätigkeit während der Erziehungs-freistellung
	18. Urlaubsregelung
	19. Zeitkonto
	20. Zusatzurlaub

Auch bei der vom schweizerischen Volkswirtschaftsdepartement gemeinsam mit einigen Großunternehmen erarbeiteten 'Checkliste familienfreundliche Maßnahmen' spielen neben finanziellen Zula-gen und Unterstützung bei der Kinderbetreuung Zeitmodelle eine zentrale Rolle.

7.3.1 Verkürzung der Arbeitszeit

Unter der Vielzahl der von „Beruf und Familie“ aufgeführten Arbeitszeitmaßnahmen finden sich zwar solche, wie „Familienbedingte Teilzeitarbeit“ oder „Lebensphasenorientierte Arbeitszeit“; Maßnahmen weitergehender Reduzierungen der Normalarbeitszeit finden aber keine Erwähnung. Tatsächlich lassen sich gerade aus derartigen Maßnahmen aber weiter reichende Schlüsse ziehen. Dies lässt sich am Beispiel der Einführung der Vier-Tage-Woche mit 28.8 Wochenarbeitsstunden bei VW exemplarisch zeigen. Zur Erinnerung: Anstatt aufgrund der vorhandenen Absatzprobleme 30'000 Beschäftigte zu entlassen, einigten sich die Sozialpartner in fünf Verhandlungsrunden innerhalb von zwei Wochen darauf, die wöchentliche Arbeitszeit in den deutschen Werken der VW AG von 36 auf 28.8 Stunden zu reduzieren und damit gleichzeitig die Vier-Tage-Woche einzuführen. Vermutungen, die dadurch von Erwerbsarbeit freie Zeit werde vor allem für Schwarzarbeit genutzt, haben sich nicht bestätigt. Vielmehr zeigten sozialwissenschaftliche Untersuchungen, dass nicht wenige junge Familienväter die neu gewonnene Zeit durchaus im Sinne einer neuen „life domain balance“ nutzten (vgl. Kasten 7.3).

Vier-Tage- Woche bei VW

Veränderungen als Folge der 28.8-Stunden-Woche (aus Jürgens, 2001, S. 57 f.)

Kasten 7.3

„Bei einer verlässlichen, planbaren Vier-Tage-Woche wird nach längerer Erfahrungsdauer die bei allen zunächst anzutreffende Skepsis durch eine breite Akzeptanz abgelöst: Das Familienklima und das Verhältnis zu den Kindern verbessern sich, die Schichtarbeit wird besser verkraftbar, die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern gleichgewichtiger. Zwar hätte keiner der Männer vor der Einführung des Modells eine Arbeitszeitverkürzung für sich in Erwägung gezogen, doch führen der kollektive Charakter, die andauernde Erfahrung mit einer verlässlich verkürzten Arbeitszeit und die Beschäftigungsgarantie zur breiten Akzeptanz eines – aus männlicher Sicht – eher weiblichen Arbeitszeitmodells von unter 30 Wochenstunden. Auch bei jungen Industriearbeitern lässt sich dabei ein Interesse an einer aktiven Vaterrolle feststellen, das zwar in der Regel nicht offensiv vertreten, jedoch durch eine verlässliche Vier-Tage-Woche gefördert wird ... Die Arbeitszeitflexibilisierung und die Verlängerung der Arbeitszeit ab ca. Mitte 1996 lösen demgegenüber eher entgegengesetzte Effekte aus.“

Eine Reihe von Berichten bestätigt die überwiegend positiven Erfahrungen mit der systematisch verkürzten Arbeitszeit in den deutschen VW-Werken. Eine von Promberger und Trinczek (1995) im Jahr nach deren Einführung in drei Werken durchgeführte Erhebung zeigte, dass rund 53 Prozent der Beschäftigten diese Form der Arbeitszeit – trotz einer Minderung des Jahreseinkommens um rund 15 Prozent – beibehalten wollten.

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist im vorliegenden Zusammenhang offenbar die Tatsache, dass es sich bei der 28.8-Stunden-Woche nicht um eine wie auch immer geartete Form von Teilzeitbeschäftigung handelte. Teilzeitarbeit hat nicht nur in vielen Unternehmen, sondern auch bei zahlreichen – vor allem männlichen – Beschäftigten nach wie vor einen negativen Beigeschmack. „Ein VW-Mitarbeiter mit einer 28.8-Stunden-Woche steht demgegenüber als ‘Vollzeitkraft’ im Sinne des Tarifvertrages unangefochten da“ (Teriet, 1995, S. 222).

Ähnlich positive Erfahrungen konnten in der Schweiz auch mit dem Modell der Arbeitszeitreduktion bei der TA-Media sowie mit dem Solidaritätsmodell bei der Post gesammelt werden (Ulich, 2001, 2005).

Planbarkeit der erwerbsbezogenen Arbeit

Die Ergebnisse der von Jürgens und Reinecke (1998) – unter dem bemerkenswerten Titel „Zwischen Volks- und Kinderwagen“ – berichteten, in Kasten 7.3 ausschnittsweise wiedergegebenen, Untersuchungen zeigen aber auch, dass insbesondere die positiven Auswirkungen auf den familiären Bereich entscheidend von der Planbarkeit der erwerbsbezogenen Arbeit abhängen (vgl. dazu auch Jürgens, 2000, 2001). Dass mangelnde Planbarkeit nachteilige Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Gestaltung nicht erwerbsbezogener Lebenstätigkeiten haben können, wird auch aus dem Bericht der deutschen Expertenkommission für die Zukunft der betrieblichen Gesundheitspolitik erkennbar (vgl. Kasten 7.4).

Mögliche Folgen einer Arbeitszeitflexibilisierung für die Planbarkeit von Aktivitäten außerhalb der Erwerbstätigkeit (aus: Expertenkommission, AG 1, 2003)

Kasten 7.4

"Aufgrund der verstärkten Kundenorientierung bemühen sich die Unternehmen um schnelle und termingerechte Auftragsausführung und Einhaltung der erforderlichen Qualität. Für die Mitarbeiter bedeutet das, je nach Auftragsvolumen tätig zu werden ... Die Mitarbeiter müssen flexibel sein und immer dann zur Arbeit erscheinen, wenn Aufträge abzuarbeiten sind. Beispielsweise erhält bei einem Unternehmen der Zulieferindustrie ein grosser Teil der weiblichen Beschäftigten der Teilemontage 20-Stunden-Verträge. Je nach Arbeitsanfall haben sie eine Null- oder eine 40-Stunden-Arbeitswoche. Durch dieses Zeitmanagement wird der Dispositionsspielraum der Beschäftigten im Bereich der 'Nicht-Lohnarbeit' stark eingeschränkt, und in Abhängigkeit von den jeweiligen Familienverhältnissen können sich erhebliche Planungsprobleme ergeben (work life balance)" (Frieling et al. 2003).

Neuere Untersuchungen zeigen, dass eine hohe Flexibilität der Arbeitszeiten ohne Möglichkeit der Einflussnahme auf deren Lage bei den Beschäftigten "zu ähnlichen Formen der Beeinträchtigung der Gesundheit und des sozialen Zusammenlebens" führen können "wie bei Schichtarbeitern" (Janßen und Nachreiner 2005, S. 305).

7.3.2 Schicht- und Nachtarbeit

Schon frühere Untersuchungen (z. B. Ulich, 1957, 1964; Ulich & Baitsch, 1979) haben gezeigt, dass auch mit verschiedenen Formen der *Schicht- und Nachtarbeit* für einen signifikanten Anteil Beschäftigter zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen des Familienlebens und weiterer Bereiche des Privatlebens, wie etwa die Ausübung von Hobbys oder die Teilnahme an regelmäßig stattfindenden gesellschaftlichen Anlässen verbunden sind. Zu wenig Beachtung finden bis heute etwa auch die frühen Hinweise von Haider (1962) auf eine mit der Dauer der Nachtarbeit zunehmende Interferenz mit dem Familienleben sowie von Neuloh (1964) auf mögliche „desozialisierende“ Auswirkungen von Wechselschicht und Nachtarbeit im Sinne einer „Verarmung der Rollenstruktur“ und einer „Verkürzung der sozialen Perspektiven“. Was damit gemeint ist, wird aus einem Bericht von Nachreiner (1984) deutlich (vgl. Kasten 7.5).

Verkürzung der sozialen Perspektiven

Kasten 7.5

Psychosoziale Auswirkungen von Schichtarbeit (aus Nachreiner, 1984, S. 353 f.)

„Fragt man nach den Auswirkungen der Schichtarbeit auf die Partnerschaftsbeziehungen, so lässt sich feststellen, dass bei Schichtarbeitern ein deutlich höheres Risiko für das Auseinanderbrechen von (Ehe)Partnerschaften besteht ... Aber auch auf die Schulkarriere der Kinder lässt sich noch ein Einfluss der Schichtarbeit des Vaters nachweisen ... Dabei ergab sich, dass auf allen Qualifikationsstufen der Väter die Kinder von Schichtarbeitern geringere Chancen hatten, eine weiterführende Schule zu besuchen als Kinder von Tagarbeitern ... Schichtarbeit könnte so zu einem negativen sozialen Erbe werden: Schichtarbeiterkinder erreichen eine geringere Qualifikation, was ihr Risiko erhöht, selbst wieder in Schichtarbeit zu landen.“

Betrachtet man das weitere soziale Umfeld, so kann man feststellen, dass Schichtarbeiter häufig Schwierigkeiten haben, ihren Bekanntenkreis auszudehnen oder nur zu erhalten, dass sie häufiger Schichtarbeiter in ihrem Bekanntenkreis haben als Tagarbeiter und dass sie sich in ihrem Bekannten- und Freundeskreis häufig isoliert beziehungsweise als Aussenseiter vorkommen. Es fällt ferner auf, dass Schichtarbeiter sich in geringerem Umfang in politischen Interessenvertretungen (Parteien, politischen und betrieblichen Selbstverwaltungsorganen) beteiligen und, falls überhaupt, dann eher passiv ... Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Schichtarbeiter durch die abnorme Lage ihrer Arbeitszeit in nicht unerheblichem Umfang von der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und vom Sozialisationsprozess – als Agenten wie als Rezipienten – ausgeschlossen sind.“

Derartige Auswirkungen vorfindbarer Zeitstrukturen stehen eindeutig in Widerspruch zu dem Postulat: "...: die berufliche Arbeit sollte so gestaltet sein, dass sie es erlaubt und dazu befähigt, soziale Verantwortung in der Gesellschaft zu übernehmen – sei es durch Kinder- oder Altenbetreuung, in Form nachbarschaftlichen oder bürgerschaftlichen Engagements (Resch 2003, 7f.) .

Zeit-Geld-Option

In Zusammenhang mit den vielfältigen Problemen der Schichtarbeit ist als eine mögliche Lösung verschiedentlich das Angebot einer „Zeit-Geld-Option“ vorgeschlagen – und in einigen Unternehmen auch realisiert – worden; damit ist gemeint, dass die Beschäftigten individuell darüber entscheiden können, ob sie die in den kollektiven Arbeitsverträgen vorgesehenen Schichtzulagen in monetärer Form oder als Zeitbonus beziehen möchten. Auch die mit dem Staffettenmodell bei VW gebotenen Möglichkeiten sowie die im Rahmen des TA-Media-Projekts gegebenen Möglichkeiten der Wahl zwischen verschiedenen Formen der Arbeitszeitreduktion weisen in eine ähnliche Richtung (Ulich, 2001). Hier werden – in Analogie zur

inhaltsbezogenen differentiellen Arbeitsgestaltung – Elemente einer differentiellen Arbeitszeitgestaltung erkennbar.

Sowohl in der von der Auditierungsgruppe Beruf und Familie vorgelegten Maßnahmenliste (vgl. Tabelle 7.2) als auch in der vom Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement gemeinsam mit Unternehmen entwickelten Checkliste wird neben arbeitsbezogenen Maßnahmen immerhin auch die Möglichkeit der 'Arbeit von zu Hause' genannt.

7.4 Familienfreundliche Arbeitsorte

Rechnerunterstützte Heimarbeit wird seit rund zwei Jahrzehnten immer wieder auch unter dem Aspekt der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Privatleben diskutiert. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Votum des Kinderpsychiaters Bruno Bettelheim: „Es steht zu hoffen, dass die gesellschaftliche Entwicklung und die Technologie der Zukunft es den Eltern ermöglichen, mehr zu Hause zu sein. Wenn das einträte, würde ihre Arbeit, die die meisten Kinder nur vom Hörensagen kennen, viel realer werden. Noch wichtiger wäre, dass die Eltern dann, was ihren Beruf anbelangt, für ihre Kinder etwas genauso Reales würden, wie sie es für sie heute nur zu Hause oder in ihrer Freizeit sind. Damit würde das Leben von Eltern und Kindern in seiner Gesamtheit für beide Seiten erheblich an Wirklichkeit gewinnen“ (Bettelheim, 1987, S. 243).

Tatsächlich hatten aber Morf und Alexander (1984) in ihrer Auflistung von empirisch gefundenen „costs“ und „benefits“ elektronischer Heimarbeit in den USA schon eine Reihe von erheblichen Nachteilen für die Beschäftigten aufgelistet. In ihrem Bericht nennen sie als mögliche Kosten bzw. Nachteile u.a. finanzielle Aufwände für die Anpassung der Wohnung an die Arbeitserfordernisse, Verringerung der Aufstiegschancen, elektronische Überwachung der Arbeit; im hier vorliegenden Zusammenhang hervorzuheben sind aber vor allem die von den Autoren genannten psychosozialen Folgen, wie Belastungen durch Rollenkonflikt und unstrukturierte Arbeitsbedingungen, soziale Isolation oder Verringerung der mit dem Arbeitsweg verbundenen Stimulations- und Lernmöglichkeiten.

Rechnerunterstützte Heimarbeit

Kosten und Nutzen elektronischer Heimarbeit

Bei einer Durchsicht der neueren Publikationen zur Telearbeit fällt dreierlei auf: (1) Nur in sehr wenigen Arbeiten (z. B. bei Büssing, Drodofsky & Hegendörfer, 2003 oder Treier, 2001) findet sich eine Bewertung nach arbeitswissenschaftlichen bzw. arbeitspsychologischen Kriterien; (2) nur in Ausnahmefällen schließt die zur Bewertung führende Analyse nicht nur Befragungen, sondern auch Zeitbudgetstudien (Garhammer, 1997; Schmook & Konradt, 2001) oder Tätigkeitsbeobachtungen (Treier, 2001) ein; (3) Gegenstand auch der ernst zu nehmenden Publikationen ist fast ausschließlich die Teleheimarbeit; andere Formen werden eher selten zur Kenntnis genommen.

Familienregulation und Rollenmuster

Eine wachsende Anzahl neuerer Arbeiten bestätigt aber, dass bei Teleheimarbeit in vielen Fällen anstelle der erhofften optimalen Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Familienleben und neuer Formen der Rollenteilung *Probleme der Familienregulation* und *Verfestigungen traditioneller Rollenmuster* erkennbar werden (Garhammer, 1997; Glaser & Glaser, 1995; Hornberger & Weisheit, 1999; Konradt & Wilm, 1999; Treier, 2001). Diese Tatsache kommt z. B. in der von Hornberger und Weisheit vorgelegten Gegenüberstellung von Chancen und Risiken individueller Telearbeit in Bezug auf die Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben zum Ausdruck (vgl. Tabelle 7.3).

Tabelle 7.3

Chancen und Risiken von Telearbeit in Bezug auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (aus Hornberger & Weisheit, 1999)

Chancen	Risiken
1. Autonome Einteilung der Zeit für berufliche Tätigkeit und familiäre Verpflichtungen	1. Verdeckte Überstunden, zu lange Arbeitszeiten
2. Lebensphasenorientierte Festlegung der Arbeitszeit und des Arbeitsortes	2. Auflösung zeitlicher und räumlicher Grenzen zwischen Arbeit und Privatraum
3. Anwesenheit zu Hause zur Kinderbetreuung	3. Mehrfachbelastung durch Rollenkonflikte zwischen Arbeit und Familie
4. Verbesserung der Kind-Eltern-Beziehung	4. Verschlechterung der Qualität familiärer Interaktionen
5. Reduzierung der negativen Folgen von familiären Aufgaben auf die berufliche Laufbahn	5. Stärkung der traditionellen geschlechtsspezifischen Rollenverteilung

Deutlicher als in der obigen Gegenüberstellung von Chancen und Risiken wird die tatsächliche Problematik elektronischer Heimarbeit in den von Büssing (1999; Büssing & Broome, 1999) und Treier (2001) vorgelegten empirischen Befunden (vgl. Kasten 7.6).

Teleheimarbeit (THA) und Familienregulation

Kasten 7.6

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, S. 233).

Damit besteht die „Gefahr einer Verflüssigung der Grenzen zwischen Arbeit und Familien-/Freizeit“ (Büssing & Broome, 1999, S. 114).

„Die Befunde zur Familienregulation widerlegen mit hoher Evidenz den Mythos der besseren Vereinbarkeit zw. Familie und Beruf durch THA“ (Treier, 2001, S. 558).

„Vor allem die weiblichen Telearbeiter mit Verpflichtungen vollführen einen permanenten Spagat zwischen Teleheimarbeit und Familie“ (Treier, 2001, Kurzfassung).

Im Vergleich zu den hier erkennbaren Problemen, die wiederum eine spezifische Form der *Entgrenzung* darstellen, selbstverständlich aber nicht für alle Personen und unter allen Umständen in gleicher Weise gelten, bieten weniger strikte Formen der Überwindung der Ortsgebundenheit von Arbeit, wie etwa *Telearbeitszentren* in Wohnungsnähe, vielfältige Vorzüge (vgl. etwa Büssing & Aumann, 1997; Dürrenberger & Jaeger, 1993; Holti & Stern, 1986; Jaeger, Bieri & Dürrenberger, 1987; Rey, 2002; Ulich, 1988, 2005). Durch die Arbeit in Telearbeitszentren kann die bei Teleheimarbeit möglicherweise entstehende Isolation vermieden werden, bleiben die „symbolischen“ Grenzen zwischen den verschiedenen Lebenstätigkeiten erhalten, „sodass der Übertragung von Belastungen zwischen Berufs- und Privatleben durch die Entprivatisierung des häuslichen Bereichs begegnet werden kann“ (Büssing & Aumann, 1997, S. 242). In der Arbeitsgestaltung ist die Übertragung vollständiger Aufgaben zur Erledigung in eigener Verantwortung denkbar, d. h. die Schaffung von Handlungsspielräumen, die kollektive Selbstregulation und gegenseitige Unterstützung ermöglichen. Aus der Schweiz lie-

*Vorzüge von
Telearbeits-
zentren*

gen dazu mehrere Berichte vor, die vor allem Erfahrungen aus den 1980er und 1990er Jahren beschreiben (z. B. Jaeger et al., 1987; Rey, 2002; Ulich, 2005). Darin wird deutlich erkennbar, dass die Einrichtung von Telearbeitszentren eine der Möglichkeiten darstellt, die Ortsgebundenheit von Arbeit zumindest teilweise zu überwinden, persönlichkeitsförderliche Arbeitstätigkeiten zu schaffen und damit zugleich eine bessere Balance zwischen Erwerbsarbeit und anderen Lebenstätigkeiten herzustellen. Dass damit schließlich nicht nur Fragen der Lebensqualität, sondern zugleich immer auch Fragen der Gesundheit angesprochen werden, ist offensichtlich.

7.5 Anstelle eines Fazits: eine Alternative für die Zukunft?

Im vorliegenden Zusammenhang ist auch an alternative Modelle für die Zukunft unserer Gesellschaft zu denken, wie sie sich seit längerer Zeit bei einer Reihe ernst zu nehmender Autoren, aber auch im Bericht an den Club of Rome „Wie wir arbeiten werden“ (Giarini & Liedtke, 1998) finden. Da ist die Rede von einem die materielle Existenz und ein menschenwürdiges Leben sichernden Grundeinkommen und einem Mehrschichtenmodell mit einer Kombination von Erwerbsarbeit, gemeinnützigen produktiven Tätigkeiten und Eigenarbeit. Die Autoren halten die Realisierung eines derartigen Grundeinkommens für zunehmend wahrscheinlich und die Einführung einer negativen Einkommensteuer für eine praktikable organisatorische Lösung (vgl. dazu auch Dahrendorf, 1992; Hengsbach, 1997; Mitschke, 2000). Giarini und Liedtke nennen in ihrem Bericht vielfältige Vorzüge einer solchen Lösung, mit der zugleich die staatlichen Sozialversicherungs- und Steuersysteme zusammengefasst und vereinfacht werden könnten: materielle Unabhängigkeit, insbesondere auch der Frauen von den Männern und der Arbeitnehmer von den Arbeitgebern, Arbeitsmotivation anstatt materieller Anreize als Hauptkriterium der Stellenauswahl, Förderung der Wahrnehmung gesellschaftlich nützlicher Tätigkeiten, wie etwa die Sorge für die eigenen Eltern. Es ist aber auch von einer Steigerung der individuellen Risikobereitschaft die Rede und von der Möglichkeit, dass mehrere Personen ihr Grundeinkommen eine Zeit lang zusammen-

legen, um gemeinsam ein Unternehmen zu gründen. Prüft man diese Modelle genauer, so wird deutlich, dass gerade darin vielfältige Chancen für eine „Life domain balance“ im weiteren Sinn, insbesondere aber für eine Optimierung der Beziehungen zwischen Familie und Beruf, zu finden sind.

Netzwerke und betriebliche Beispiele

Kapitel 8

In den vergangenen Jahren wurde eine große Anzahl nationaler und internationaler, branchenspezifischer und branchenübergreifender Netzwerke und Foren für betriebliche Gesundheitsförderung gegründet.

8.1 Europäische Netzwerke

Zu den innerhalb Europas bedeutsamsten Institutionen dieser Art zählt zweifellos das im Jahr 1996 gegründete *Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung ENBGF* (European Network for Workplace Health Promotion ENWHP). Zu den Zielen des ENWHP gehört die Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten und der Stärkung der Arbeitsfähigkeit, sowohl derjenigen, die Arbeit haben als auch derjenigen außerhalb der Erwerbsarbeitswelt. Das ENWHP hat sich außerdem die Aufgabe gestellt, den einschlägigen Erfahrungsaustausch zwischen den beteiligten Ländern zu koordinieren, „good workplace health practice“ zu verbreiten und dabei insbesondere kleine und mittlere Unternehmen zu unterstützen (ENWHP, 2001). Die Botschaft des ENWHP wird im Beitrag von Breucker (2004a) überzeugend dargestellt (vgl. Kasten 8.1)

*Europäisches
Netzwerk für
betriebliche
Gesundheits-
förderung*

ENWHP: The Background (aus Breucker 2004a, S. 8)

Kasten 8.1

„The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) has committed itself to supporting the dissemination and implementation of good workplace health practices in Europe. The member organisations represent various professional disciplines, different European regions and traditions, thus reflecting a diverse Europe. ENWHP has engaged itself in a continuous learning process, with a view to identifying the differences between European countries, in order to learn from each other and to improve workplace health. We share the belief that there can be no Europe without health, and no health without workplace health. Despite the fact that we differ in terms of concepts and professional approaches, we agree on the need to work together to build a new Europe and support the Lisbon goal of the European Union to develop a competitive and dynamic knowledge-based economy, which is able to combine economic growth with a better quality of working life and greater social cohesion. This includes a strong Europe of Health which is capable to understand and oversee developments and trends affecting the health of our communities, and responding to new challenges for health arising from ongoing economic and social changes.“

Mit dieser Botschaft wird zugleich die gesellschaftliche und politische Relevanz der ENWHP-Aktivitäten verdeutlicht.

Zu den Aktivitäten des ENWHP gehörte zunächst die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von betrieblicher Gesundheitsförderung, wie es 1997 mit der Luxemburger Deklaration vorgelegt – und 2007 bestätigt – wurde, die Entwicklung europäischer Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung in Anlehnung an das EFQM-Modell (vgl. dazu u.a. Breucker, 2001), die Einigung auf einen Kriterienkatalog zur Identifizierung von Beispielen guter Praxis sowie die Veröffentlichung derartiger Beispiele. In der Folgezeit beschäftigte sich das ENWHP auch mit der Entwicklung eines Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) in der Erkenntnis, dass in großen Unternehmen eingeführte und überprüfte BGF-Maßnahmen sich nicht ohne weiteres auf KMU übertragen lassen (vgl. Kapitel 8.3.3).

Entwicklung nationaler Foren

Zu den Aktivitäten gehört darüber hinaus auch die Anregung und Unterstützung der Entwicklung nationaler Foren für betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. Kasten 8.2). Ein ausführlicherer Überblick über die derzeitige Entwicklung findet sich im Beitrag von Breucker (2004a), eine knappe Begründung bei Breucker (2004b).

Kasten 8.2

Die Gründung nationaler Foren für betriebliche Gesundheitsförderung (aus Breucker 2004b, S. 2)

„ENWHP decided to start the development of national forums for two main reasons:

Firstly, knowledge and arguments alone are not enough if they are not connected to open and inclusive marketing and dissemination mechanisms. Our limitations in terms of the still small number of convinced and committed users is mainly due to our weakness in creating visibility and developing a much broader access to our messages and values.

Secondly, groups like ENWHP shall remain totally insignificant, if we do not contribute added-value to the WHP stakeholder communities in our countries. Good practice is organised locally, we must ensure that European action is meaningful in our countries.

What are national WHP forums?

A national WHP forum is an open platform for all interested stakeholders in a country. The wider stakeholder community in our countries first of all include all organisations and enterprises who are interested in workplace health improvement. A second important stakeholder group includes all so-called institutional stakeholders such as

governmental bodies and authorities, social partner organisations and the responsible institutions for social security. Any national forum should at least provide opportunities for learning and information exchange, it could also offer a framework for joint action."

Die vom ENWHP gestartete Initiative zur Gründung nationaler Foren für betriebliche Gesundheitsförderung kann inzwischen auf einen beachtlichen Erfolg verweisen. Zum Zeitpunkt der 4. Konferenz des ENWHP im Juni 2004 in Dublin hatten insgesamt 19 europäische Länder ein derartiges Forum gegründet, in 4 weiteren zeichnete sich eine entsprechende Entwicklung ab (vgl. Tabelle 8.1).

*Nationale Foren für betriebliche Gesundheitsförderung: Stand Juni 2004
(nach Angaben von Breucker, 2004b)*

Tabelle 8.1

Forum etabliert		Forum in Entwicklung
Bulgarien	Italien	Belgien
Dänemark	Luxemburg	Norwegen
Deutschland	Österreich	Schweiz
Finnland	Polen	Spanien
Frankreich	Portugal	
Griechenland	Rumänien	
Grossbritannien	Schweden	
Holland	Tschechien	
Irland	Ungarn	
Island		

Naturgemäß ist der Entwicklungsstand auch der etablierten Foren noch recht unterschiedlich, zumal das Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. betrieblichem Gesundheitsmanagement keineswegs einheitlich ist und das Erreichen des anzustrebenden professionellen Niveaus manchenorts noch erheblicher Anstrengungen bedarf. In die vom ENWHP zusammengestellte Toolbox (ENWHP, 2004) wurden von 22 Partnerländern 74 – professionell

recht unterschiedlich zu beurteilende – Instrumente und Vorgehensweisen zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz eingebracht.

„Setting“- Konzept

Im Übrigen unterstützt das ENWHP ausdrücklich ein „Setting“-Konzept, d. h. die Bildung settingspezifischer BGF-Netzwerke – zum Beispiel für Wirtschaftsunternehmen, Krankenhäuser oder Schulen – innerhalb oder außerhalb der nationalen oder internationalen Netzwerke.

Enterprise for Health (EfH)

Ein auf eine begrenzte Anzahl von Unternehmen aus verschiedenen europäischen Ländern beschränkter Verbund ist das vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen in Deutschland gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung gegründete *Netzwerk für Partnerschaftliche Unternehmenskultur und Betriebliche Gesundheitspolitik* Enterprise for Health (EfH). Die EfH-Unternehmen haben sich auf ein Mission Statement geeinigt, in dem Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik zueinander in Beziehung gesetzt werden (vgl. Kasten 8.3).

Kasten 8.3

Auszug aus dem Mission Statement des Enterprise for Health

„Die Unternehmenskultur umfasst die zentralen Werte und Traditionen eines Unternehmens und bestimmt, was als wichtig und richtig erachtet wird. Partnerschaftlich ist sie dann, wenn die Mitarbeiter sowohl an Entscheidungen als auch am wirtschaftlichen Ergebnis des Unternehmens beteiligt werden. Eine partnerschaftliche Unternehmenskultur ist gekennzeichnet durch Offenheit, wechselseitigen Respekt und Vertrauen im Arbeitsalltag. Wesentlicher Bestandteil einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur ist eine gesundheits- und persönlichkeitsförderliche Arbeitsgestaltung.

Eine partnerschaftliche Unternehmenskultur ist gleichzeitig Voraussetzung für eine vorbildliche betriebliche Gesundheitspolitik. Diese umfasst Massnahmen zur Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. ‚Gesundheit‘ wird dabei als Führungs- bzw. Managementaufgabe verstanden und nicht als begrenzte Zuständigkeit einzelner betrieblicher Disziplinen. Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz können nur im Zusammenwirken aller beteiligten Akteure entstehen. Darin sind die Führungskräfte, das Personal- und Sozialwesen, die Gestaltung von Dienstleistungen und Produktion ebenso eingeschlossen wie der betriebliche Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz, die betriebliche Gesundheitsförderung sowie das Qualitätsmanagement.

Die betriebliche Gesundheitspolitik schafft durch eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung, die Beteiligung der Mitarbeiter und zukunftsweisende Konzepte zur Personalentwicklung die Voraussetzungen für gesunde Arbeitsbedingungen und gesundheitsgerechtes Verhalten der Mitarbeiter.“

Vor der Aufnahme in das EfH finden Unternehmensbesuche statt, in deren Rahmen nicht nur ausführliche Gespräche mit Vertretern der Unternehmensleitung, der Mitarbeitervertretung und der für Gesundheit „zuständigen“ Instanzen, z. B. des werksärztlichen Dienstes, durchgeführt werden, sondern auch Produktionsbegehungen.

Die Vertreter der Unternehmen treffen sich zweimal jährlich an einem Unternehmensstandort, tauschen ihre Erfahrungen aus und lassen sich von international renommierten Expertinnen und Experten über neue Erkenntnisse im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements informieren. In der Zwischenzeit setzen sich Arbeitsgruppen mit spezifischen, für die Entwicklung des Netzwerks bedeutsamen Themenbereichen auseinander. Je nach Stand der Erkenntnisse und mitgeteilten Erfahrungen finden auch gegenseitige Unternehmensbesuche statt.

Am Beispiel von *GlaxoSmithKline (GSK)* lassen sich die einschlägigen Aktivitäten eines Netzwerkmitglieds verdeutlichen. GSK, aus der Fusion von Glaxo Wellcome und SmithKline Beecham entstanden, beschäftigt weltweit mehr als 100'000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und hat allein in Großbritannien mehr als 20 Niederlassungen. Die Fusion ermöglichte auch eine Überprüfung der auf die Gesundheit am Arbeitsplatz bezogenen Aktivitäten und Vorgehensweisen in den bis dahin getrennten Unternehmen. Daraus ergaben sich Anstöße für innovative Maßnahmen und Vorgehensweisen. Bei GSK koordiniert ein eigenes Employee Health Department die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung, insbesondere auch des Stressmanagements. Zu den Leitgedanken der Unternehmenskultur gehört „die Verbesserung der Lebensqualität der Mitarbeiter durch deren Befähigung, sich mehr einzubringen, sich wohler zu fühlen und länger zu leben“ (EfH, 2002). Dazu gehört auch die Förderung der Widerstandsfähigkeit („Resilience“), sowohl der Beschäftigten als auch der Organisation. „Persönliche Widerstandsfähigkeit ist durch eine positive, zielgerichtete, flexible, organisierte und proaktive Haltung im Kontext von Work Life Balance, durch körperliche Gesundheit und seelisches Wohlbefinden gekennzeichnet“ (EfH, 2002). Zur Identifizierung gesundheitlicher Probleme und Bedürfnisse wurde ein Instrument zur Einschätzung von Gesundheitsrisiken (health risk appraisal) entwickelt, das allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung gestellt wird. Auf der Basis der resultierenden Gesundheits- bzw. Risikoprofile wer-

*GlaxoSmith
Kline (GSK)*

den entsprechende Maßnahmen erarbeitet, deren konkrete Umsetzung von „Health Improvement Teams“ begleitet wird. GSK gehört auch zu den bisher noch wenigen Unternehmen, die eine eigene „Healthy Scorecard“ entwickelt bzw. adaptiert haben. Kennzeichnend für die Entwicklung der Unternehmenskultur ist schließlich eine Anleitung für den Umgang mit „Diversity“, insbesondere bezogen auf das Verhalten in verschiedenen Kulturen.

Volkswagen AG

Bei der *Volkswagen AG* ist das Gesundheitsmanagement modulartig aufgebaut. Zusätzlich zu den allgemein verbindlichen Grundmodulen gibt es eine Reihe von Zusatzmodulen, die situationspezifisch genutzt werden. Im hier vorliegenden Zusammenhang interessieren wegen ihres umfassenden Ansatzes vor allem die Grundmodule (vgl. Kasten 8.4).

Kasten 8.4

Grundmodule des Gesundheitsmanagements der Volkswagen AG (auszugsweise aus Brandenburg, 2004, S. 311)

„Die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt hat grundsätzlich Vorrang vor anderen Maßnahmen. Sie ist der wirksamste Weg, die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern. Dabei geht es sowohl um die Reduzierung von gesundheitlichen Risiken in der Arbeitswelt (z. B. durch Arbeitsplatzsanierung) als auch um die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und des Wohlbefindens.

Gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt umfasst bei VW mehr als ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Ergonomieabnahmen und Gefährdungsanalysen. Eine Beschäftigungsgarantie, innovative Arbeitszeitmodelle und neue Formen der Arbeitsorganisation gehören ebenso dazu wie persönliche Entwicklungspläne, die Abflachung von Hierarchien, Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Arbeit und Familie und der Schutz vor Mobbing, Diskriminierung und sexueller Belästigung.

Mit dem Verfahren zur 'projektiven ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung' ist gewährleistet, dass gesundheitsrelevante Aspekte bereits in der Planungsphase neuer Arbeitsabläufe Berücksichtigung finden. Es beinhaltet u.a. arbeitsmedizinische Mindestgestaltungsvorgaben und eine abschließende ergonomische Abnahme von Maschinen und Anlagen.

Die Mitarbeiter werden an allen Dingen, die ihre Gesundheit berühren, soweit wie möglich aktiv beteiligt. Basis hierfür bildet die Überzeugung, dass die Mitarbeiter zur Beteiligung befähigt sind (Können), sie sich beteiligen wollen (Wollen) und ihnen auch die Möglichkeit dazu gegeben werden muss (Dürfen) ... Partizipation fördert Engagement, mobilisiert Know how, erhöht die Handlungskompetenz und trägt zur Verbesserung von Strukturen und Abläufen bei.

Formen der Beteiligung sind u.a. systematische Arbeitsplatzbegehungen, spezielle Workshops, Gesundheitszirkel, Mitarbeiterbefragungen, das Tryout-Verfahren, das Arbeitsmedizinische Lastenheft, das Ideenmanagement und Gruppenarbeit.“

Außerdem wird ausführlich auf die Bedeutung unternehmensinterner und -externer Information und Kommunikation eingegangen.

Andere weltweit agierende Unternehmen wie *Bertelsmann* mit dem Hauptsitz in Deutschland, *Stora Enso* mit dem Hauptsitz in Finnland oder *Hilti* mit dem Hauptsitz in Liechtenstein führen über alle Standorte hinweg – auch im Sinne eines Benchmarking – regelmäßige Mitarbeiterbefragungen durch, in denen zentrale Merkmale der Unternehmenskultur und der Führung ebenso abgefragt werden wie spezifische Arbeitsbedingungen, Belastungen und andere gesundheitsrelevante Themenbereiche. Aus den Ergebnissen werden vielfältige konkrete Maßnahmen abgeleitet.

*Bertelsmann,
Stora Enso und
Hilti*

8.2 Nationale Netzwerke

In einer Reihe der EU-Mitgliedstaaten konnten in den letzten Jahren nationale Netzwerke und andere Institutionen für betriebliche Gesundheitsförderung gegründet werden. Das im Jahr 2003 gegründete Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung hat sich u.a. zur Aufgabe gestellt, settingspezifische Foren für die Bereiche öffentlicher Dienst, Großunternehmen, Klein- und Mittelunternehmen, Gesundheitsversorgung und Wohlfahrtspflege, Erziehung und Ausbildung sowie Arbeitsmarkt und -verwaltung zu gründen. In der Schweiz, in der 2003 ein Schweizerischer Verband für betriebliche Gesundheitsförderung mit einer Sektion für Anbieterinnen und Anbieter und einer Sektion für Anwenderinnen und Anwender gegründet wurde, finden regelmäßig nationale Gesundheitstage statt. In Österreich existiert neben dem Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung und dem österreichischen Forum Gesundheit ein nationaler „Fonds Gesundes Österreich“. Mit dessen Unterstützung wurde ein dreistufiges Award-System entwickelt. Die Bewertung der eingereichten Projektbeschreibungen wird auf der Basis der ENWHP-Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung vorgenommen (vgl. Kasten 8.5).

*Deutsches
Netzwerk für
Betriebliche
Gesundheits-
förderung*

*Fonds Gesun-
des Österreich*

Kasten 8.5

*Das österreichische Award-System für Betriebliche Gesundheitsförderung
(aus: Gesundes Österreich 2008, S. 42)*

"Es soll Unternehmen Anreize bieten, Betriebliche Gesundheitsförderung nach den Standards der Luxemburger Deklaration zu implementieren. Stufe 1 ist die BGF-Charta, die Absichtserklärung eines Betriebes, sich den Grundsätzen der BGF zu verpflichten. Stufe 2 ist die Verleihung des BGF-Gütesiegels für drei Jahre bei Erfüllung der Kriterien des Europäischen Netzwerkes BGF bzw. besonderer Innovativität. ... Als 3.Stufe wird alle zwei Jahre der BGF-Preis an herausragende Projekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung vergeben. Der Preis wird in zwei Kategorien verliehen: für Betriebe bis 100 Mitarbeiter/innen sowie für Unternehmen mit mehr als 100 Beschäftigten."

Die mit dem Award-System verbundenen hohen Ansprüche machen verständlich, dass in vielen Unternehmen, die sich an der Ausschreibung zum BGF-Qualitätssiegel beteiligen, qualifizierte Fachleute einschlägiger Professionen – wie z. B. Arbeits- und Gesundheitspsychologinnen und -psychologen – an der betrieblichen Gesundheitsförderung mitwirken.

Neuere österreichische Gesetzgebung

So ist es denn auch ein Kennzeichen der neueren österreichischen Gesetzgebung, dass selbst für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht mehr nur die traditionellen Berufsgruppen, wie Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner, zugelassen sind, sondern ausdrücklich auch Arbeitspsychologinnen und Arbeitspsychologen. Konkret heißt es dazu in § 82a, Absatz 5 des seit dem 1. Januar 2002 geltenden Arbeitnehmerinnenschutzgesetzes:

„Der Arbeitgeber hat pro Kalenderjahr die Sicherheitsfachkräfte im Ausmaß von mindestens 40 v.H. und die Arbeitsmediziner im Ausmaß von mindestens 35 v.H. der gemäß Abs. 2 und 3 ermittelten Präventionszeit zu beschäftigen.

Zumindest im Ausmass der restlichen 25 v.H. der jährlichen Präventionszeit hat der Arbeitgeber je nach der in der Arbeitsstätte gegebenen Gefährdungs- und Belastungssituation gemäß § 76 Abs. 3 bzw. § 81 Abs. 3 beizuziehende sonstige geeignete Fachleute, wie Chemiker, Toxikologen, Ergonomen, insbesondere jedoch Arbeitspsychologen, oder die Sicherheitsfachkräfte und/oder die Arbeitsmediziner zu beschäftigen.“

8.3 Spezifische Settings

Bei der Skizzierung spezifischer Settings wird hier zunächst auf die Netzwerke gesundheitsfördernder Spitäler und gesundheitsfördernder Schulen eingegangen, weil deren Bekanntheitsgrad außerhalb der eigenen Institutionen nach wie vor vergleichsweise gering ist. Deshalb wird in beiden Fällen auch je ein Projekt, das über rein verhaltensorientierte Ansätze hinausgeht, ausführlicher vorgestellt.

WHO-Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser

8.3.1 Netzwerke gesundheitsfördernder Spitäler

Die nationalen Netzwerke gesundheitsförderlicher Spitäler sind Netzwerke der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die deren Gründung mit der Budapester Deklaration 1992 auf den Weg brachte. Dem Internationalen Netzwerk gehören inzwischen mehr als 30 nationale und regionale Netzwerke mit mehr als 700 Spitälern an. In den Wiener Empfehlungen von 1997 wurden für gesundheitsfördernde Spitäler einige grundlegende Prinzipien verabschiedet (vgl. Kasten 8.6).

*Fundamental Principles for Health Promoting Hospitals
(aus WHO Regional Office for Europe, 1997, S. 2)*

Kasten 8.6

„Within the framework of the health for all strategy, the Ottawa Charter for Health Promotion, the Ljubljana Charter for Reforming Health Care and the Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals, a health promoting hospital should:

1. promote human dignity, equity and solidarity, and professional ethics, acknowledging differences in the needs, values and culture of different population groups;
2. be oriented towards quality improvement, the wellbeing of patients, relatives and staff, protection of the environment and realization of the potential to become learning organizations;
3. focus on health with a holistic approach and not only on curative services;
4. be centered on people providing health services in the best way possible to patients and their relatives, to facilitate the healing process and contribute to the empowerment of patients;
5. use resources efficiently and cost-effectively, and allocate resources on the basis of contribution to health improvement; and

6. form as close links as possible with other levels of the health care system and the community."
-

In der Publikation von Dietscher, Krajic, Stidl und Pelikan (2003) über „Das gesundheitsfördernde Krankenhaus“ wird über vielfältige Beispiele und Erfahrungen aus dem WHO-Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser berichtet. Zu Recht weisen die Autorinnen bzw. Autoren darauf hin, dass gesundheitsfördernde Krankenhäuser mehr sind als eine Anzahl von Einzelmaßnahmen. „Letztendlich stellt das Konzept des Gesundheitsfördernden Krankenhauses eine umfassende und kontinuierliche Organisationsentwicklungsstrategie dar, vergleichbar mit anderen Entwicklungsstrategien, die (zum Teil) bereits von Spitälern genutzt werden, wie z. B. (Total) Quality Management (z. B. EFQM; vgl. Brandt, 2001), ‘Lernende Organisation’ (vgl. Pelikan & Wolff, 1999), ‘Intelligente Organisation’“ (Dietscher et al., 2003, S. 32). Aus diesem Postulat wird eine Reihe von Anforderungen abgeleitet, die gesundheitsförderliche Spitäler einzulösen haben (Dietscher et al., 2003, S. 32 f.):

- „Gesundheitsförderung ist als expliziter Wert in Mission und Leitbild des Krankenhauses verankert.
- Das Krankenhaus verfügt über eine spezifische strategische Gesundheitsförderungs politik.
- Es gibt einen spezifischen Jahresplan für Gesundheitsförderung.
- Das Haus hat eine spezifische Managementstruktur für Gesundheitsförderung:
 - Gesundheitsförderungskomitee bzw. -steuerungsgruppe;
 - Gesundheitsförderungsbeauftragter bzw. -managerIn;
 - Netzwerk von Gesundheitsförderungskontaktpersonen auf Ebene der organisatorischen Subeinheiten des Krankenhauses.
- Es gibt ein spezifisches Organisationshandbuch für Gesundheitsförderungsabläufe.
- MitarbeiterInnen werden partizipativ in Veränderungsprozesse eingebunden – z. B. über Gesundheitszirkel, im Rahmen eines betrieblichen Vorschlagswesens.

- Es gibt ein Budget für Gesundheitsförderung.
- Es gibt spezifische Informationsstrategien für die Gesundheitsförderungsaktivitäten des Hauses (z. B. Rundbrief, jährliche Präsentationen, Tag der offenen Tür).
- MitarbeiterInnen werden spezifisch im Bereich Gesundheitsförderung weitergebildet.
- Es gibt spezifische Controlling-/Mentoringmassnahmen für die Gesundheitsförderungsmassnahmen des Hauses, um die Qualität zu gewährleisten (z. B. regelmäßige Surveys von Patientinnen- und MitarbeiterInnenzufriedenheit; Balanced Score Card).
- Das Krankenhaus produziert regelmässig Gesundheitsberichte.“

Liest man die Berichte der an einigen der deutschsprachigen Netzwerke beteiligten Spitäler, so wird deutlich, dass die Erfüllung der von Dietscher et al. formulierten Anforderungen in vielen Fällen noch erheblicher Anstrengungen bedarf.

Ein Blick in die Publikationen der deutschsprachigen Netzwerke gesundheitsfördernder Spitäler zeigt, dass die eingeleiteten Massnahmen in einer Vielzahl von Fällen verhaltensorientiert angelegt sind und die geforderte Organisationsentwicklungsstrategie kaum erkennen lassen. Zudem sind sie häufig an Patientinnen und Patienten adressiert und berücksichtigen die Gesundheit der in den Krankenhäusern Beschäftigten weniger. Allerdings gibt es auch eine Reihe von Beispielen, die auf eine Änderung der Verhältnisse – auch für das Pflegepersonal, kaum aber für Ärztinnen und Ärzte – abzielen. So finden sich in der Dokumentation über die 8. Nationale Konferenz des Deutschen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGK) Berichte über Gesundheitszirkel (Gunkel, Resch & Wildeboer, 2003; Johannes, 2003), über die Nutzung der Möglichkeiten einer Balanced Scorecard (Dietrich & Reder, 2003; Schmidt & Brandt, 2003) und über die Einführung eines Fallmanagements (Frank & Jahnel, 2003). Da „Case Management“ in einer Reihe von Spitälern zur Diskussion steht, soll auf dieses Beispiel hier kurz eingegangen werden.

Frank und Jahnel (2003) berichten über ein Projekt, das wegen seiner Komplexität in drei Phasen gegliedert ist. In der ersten Phase über-

*Organisations-
entwicklungs-
strategie*

nehmen die Stationsleitungen zu ihren Führungsaufgaben die Aufgaben eines „Casemanagers“, die „vom Mitwirken bei der Entwicklung der ‘clinical pathways’, über das Optimieren der Ablauforganisation bis zum Steuern und Koordinieren der Behandlungsprozesse reichen“ (Frank & Jahnel, 2003, S. 14). In der zweiten Phase werden die Arbeitszeiten der Pflegekräfte an den Arbeitsanfall angepasst, „um die bestehenden Arbeitsspitzen abzubauen“. In der dritten Phase wird das Bezugspflegekonzept realisiert. „Dabei hat jeder Mitarbeiter die Verantwortung für eine bestimmte Anzahl von Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung“ (Frank & Jahnel, 2003, S. 14). Damit werden klare Verantwortlichkeiten geschaffen und zugleich die Planung für den Spitalaufenthalt der Patientinnen bzw. Patienten erleichtert.

Da die vorliegenden Berichte zumeist sehr knapp gehalten sind und häufig nicht erkennbar wird, ob und gegebenenfalls welche empirische Datenbasis allfälligen Veränderungen zugrunde gelegt wurden, wird im Folgenden ausführlicher über ein konkretes Beispiel berichtet (Peter & Ulich, 2003). Dabei handelt es sich um kein Netzwerkprojekt, wenngleich das Spital dem Netzwerk Gesundheitsfördernder Spitäler in der Schweiz angehört.

Ein Projekt zur Entlastung der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Ziel des von einem schweizerischen Kantonsspital, dessen Kliniken zugleich Universitätskliniken mit entsprechendem Aus- und Weiterbildungsauftrag sind, geplanten Projekts war „die Erarbeitung von Massnahmen zur Entlastung der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte und dadurch Einhaltung der 55-Stunden-Woche“. Im Einzelnen sind in der Projektausschreibung die folgenden Aufgaben definiert:

- Einholen von Verbesserungsvorschlägen bei Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten;
- Identifizieren von vermeidbaren Leerläufen;
- Straffung und Optimierung von Abläufen (Patienten-, Stations-, OPS-Abläufe) innerhalb und zwischen den Kliniken/Bereichen und den Berufsgruppen;
- Überprüfung der Strukturen;
- Überprüfung und Umverteilung der Aufgabenteilungen (z. B. Entlastung des ärztlichen Personals durch Umverteilung von Aufgaben auf nicht ärztliches Personal);

- Erarbeiten eines Maßnahmenkatalogs und Umsetzungsplans nach Leistungseinheit inkl. Terminvorgaben;
- Ermitteln allfälliger zusätzlicher Personalressourcen;
- Überprüfung von Einschränkungen beim Leistungsangebot.

8.3.1.1 Methodisches Vorgehen und ausgewählte Ergebnisse

Die den Auftrag übernehmende Institution bestand darauf, dass die Bearbeitung der Aufgabenstellung eine sorgfältige Analyse der Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen voraussetze. In Tabelle 8.2 sind die zu diesem Zweck geplanten und durchgeführten Untersuchungen aufgeführt.

Der Zeitaufwand für das Ausfüllen eines Fragebogens betrug etwa 60 Minuten. In Hinblick auf die außerordentlich hohen zeitlichen Beanspruchungen der Ärztinnen und Ärzte kann der Rücklauf von 66 Prozent auswertbar ausgefüllter Fragebogen als befriedigend bezeichnet werden.

Die Dauer der Experteninterviews betrug im Mittel eine bis eineinhalb Stunden. Die Aussagen wurden auf Band aufgenommen und anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die Tätigkeitsbeobachtungen umfassten jeweils komplette Dienste, die von Beginn bis Ende – im Extremfall bis zu 36 Stunden – begleitet wurden. Die quantitativ orientierten Beobachtungen, die mit Hilfe von Handcomputern registriert wurden, dienten der Ermittlung der Oberflächenstruktur der Tätigkeiten. Sie resultierten in Tätigkeitsprofilen, aus denen die zeitliche Lage und die Dauer der Teiltätigkeiten sowie die Wiederholhäufigkeit, die Unterbrechungen, die Wartezeiten und die Pausen ersichtlich sind. Die qualitativ

Tabelle 8.2

*Erhebungsmethoden, Inhalte und Stichproben der Analyse von Arbeitsbedingungen, -erleben und -wirkungen in einem schweizerischen Kantons-
spital (aus Peter & Ulich, 2003a, S. 78)*

	Fragebogen- erhebung	Experteninterviews	Tätigkeitsbeobachtungen	
			qualitativ	quantitativ
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszeit- bedingungen - Arbeitsbezogene Wertvorstellun- gen - Lebensbezogene Wertvorstellun- gen - Zufriedenheit mit der Arbeit - Anforderungen, Belastungen, Ressourcen - Erlebte Bean- spruchungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Information über Organisationsein- heiten - Tätigkeit und Rolle der AA* und OA* - Erfolgsfaktoren - Stolpersteine - Lösungsvorschläge 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewertung der Arbeitsaufgabe - Bewertung der Organisations- einheit <p>→ Tiefenstruktur</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zeitanteile verschiedener Tätigkeitska- tegorien - Tätigkeits- ablaufprofile <p>→ Oberflächen- struktur</p>
Anzahl	Verteilte Frage- bögen 424 Ausgefüllte Fragebögen 279	AA* 10 OA* 8 Schnittstellen 11 Klinikleitungen 10 Bereichsleitungen 7 Direktion 4	16 Arbeitstage bzw. Dienste	10 Arbeitstage bzw. Dienste

* AA: Assistenzärztinnen und -ärzte

OA: Oberärztinnen und -ärzte

orientierten Beobachtungen dienten der Annäherung an die Tiefenstruktur der Tätigkeit. Sie bezogen sich auf die Merkmale Ganzheitlichkeit der Aufgaben, Autonomie, Gestaltbarkeit der Arbeitsbedingungen, Durchschaubarkeit und Vorhersehbarkeit der Abläufe, Möglichkeiten sozialer Interaktion, Regulationshindernisse und Zeitdruck.

Die qualitativ orientierten Beobachtungen sollten zudem eine Grundlage für die Bewertung der Organisationseinheiten bilden. Dabei wurden die folgenden Kategorien unterschieden: Unabhängigkeit der Organisationseinheit, Aufgabenzusammenhang innerhalb der Organisationseinheit, Einheit von Produkt und Organisation, Polyvalenz der Beschäftigten, Qualität der Schnittstellen, Zielgerichtetheit der Redundanzen.

Ergebnisse

Zu den *Ergebnissen* (vgl. Peter & Ulich, 2003; Ulich, 2005) ist zunächst festzustellen, dass die von den Assistenzärztinnen und -ärzten (AA) angegebene mittlere wöchentliche Arbeitszeit von 63 Stunden mit den Ergebnissen einer früheren Erhebung mittels Aufschreibung über mehrere Tage sehr gut übereinstimmte. Das gleiche gilt für die Angaben der Oberärztinnen und -ärzte (OA) mit 68 Wochenarbeitsstunden sowie für die Wochenarbeitszeiten in der Chirurgie mit mehr als 70 Stunden.

AA und OA ist im Übrigen gemeinsam, dass interessante Aufgaben, ein gutes Verhältnis zu Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie die Möglichkeit neue Dinge zu lernen die drei wichtigsten arbeitsbezogenen Werte darstellen. Bezüglich dieser Merkmale wird im Mittel auch eine vergleichsweise gute Übereinstimmung mit der Realität des Kantonsspitals erlebt.

Unter den insgesamt 33 erfragten Merkmalen zur Erfassung der Arbeitswerte finden sich die größten erlebten Defizite – das sind die Differenzen zwischen den Sollwerten (Wichtigkeit) und den Ist-Werten (Zufriedenheit) (vgl. Abbildung 8.1) – bei den folgenden sieben Merkmalen:

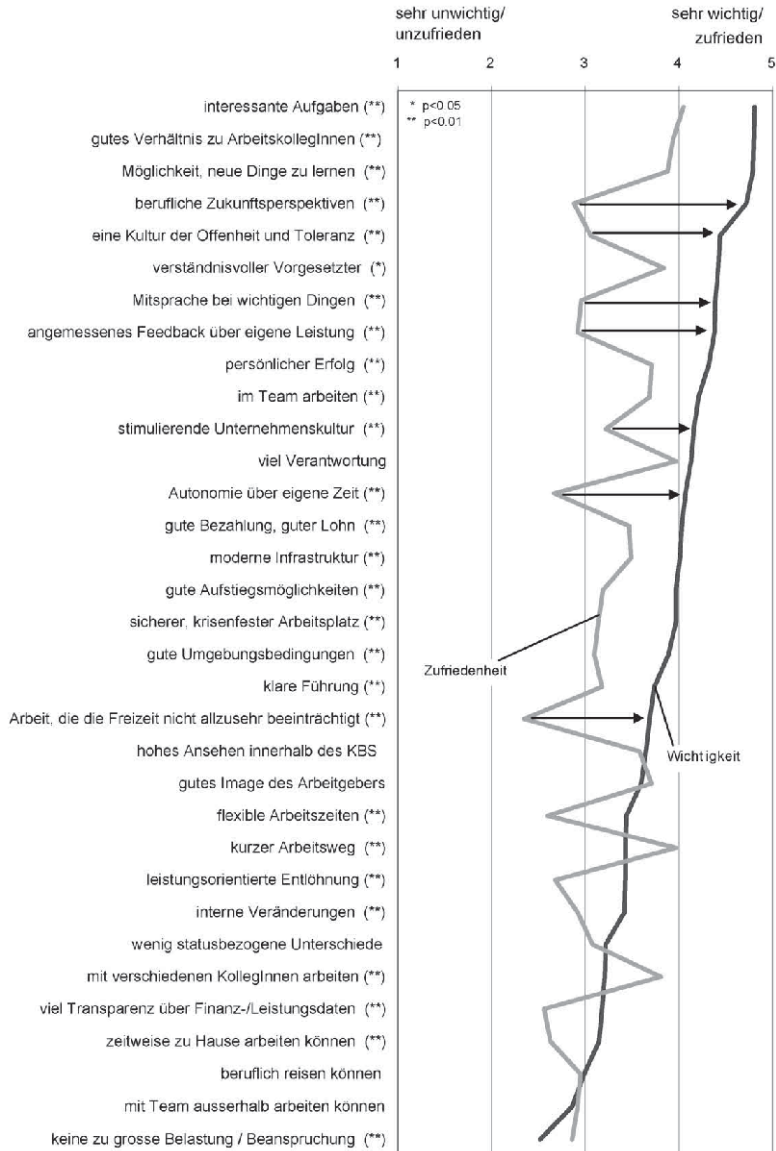
Arbeitswerte

1. berufliche Zukunftsperspektiven;
2. angemessenes Feedback über die eigene Leistung;
3. Mitsprache bei wichtigen Dingen;
4. Autonomie über die eigene Zeit;
5. Kultur der Offenheit und Toleranz;
6. Arbeit, die die Freizeit nicht allzu sehr beeinträchtigt;
7. stimulierende Unternehmenskultur.

Bei den ebenfalls erfragten Defiziten im Leben außerhalb der Arbeit stehen Aspekte der Freizeit, der Familie und der Gesundheit an erster Stelle.

Abbildung 8.1

Arbeitsbezogene Wertvorstellungen (=Soll) und Zufriedenheit mit deren Erfüllung im Arbeitsalltag (=Ist) nach Angaben von 279 Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten in einem Schweizerischen Kantonsspital (aus Ulich, 2005, S. 691)



Unter den verschiedenen *Beanspruchungen* spielen die mit Hilfe des BHD-Inventars (Hacker & Reinhold, 1998) erfassten Kategorien „emotionale Erschöpfung“ und „Klientenaversion“ im vorliegenden Zusammenhang eine besondere Rolle (vgl. Tabelle 8.3).

Anteil kritischer Antworten für emotionale Erschöpfung und Klientenaversion bei 266 Ärztinnen und Ärzten eines schweizerischen Kantons-spitals (aus Peter & Ulich, 2003, S. 79)

Tabelle 8.3

	Emotionale Erschöpfung	Klientenaversion
AA* (n=184)	43%	22%
OA* (n=82)	27%	11%

* AA: Assistenzärztinnen und -ärzte

OA: Oberärztinnen und -ärzte

Ähnliche Ergebnisse – mit noch deutlicherer Ausprägung der Klientenaversion – wurden in einer anschließenden Analyse in einem Regionalspital gefunden (Peter & Ulich, 2003a, Peter, Ulich & Inversini, 2008).

Zu den theoretisch wie praktisch bedeutsamen Erkenntnisgewinnen dieses Teils der Analyse gehören die korrelativen Zusammenhänge zwischen den erlebten Defiziten und den erwähnten Beanspruchungsformen (vgl. Tabelle 8.4). In dem erwähnten Regionalspital wurden zusätzlich Zusammenhänge zwischen dem Erleben mengenmäßiger Überforderung und emotionaler Erschöpfung ($r = .64$) sowie mengenmäßiger Überforderung und Klientenaversion ($r = .62$) gefunden.

Weitere Ergebnisse zeigen statistisch hoch signifikante Korrelationen in der Größenordnung .25 bis .39 zwischen Unterforderung, quantitativer und qualitativer Überforderung, fehlender sozialer Unterstützung und belastendem Verhalten von Vorgesetzten einerseits und kritischen Antworten zu emotionaler Erschöpfung bzw. Klientenaversion andererseits.

Tabelle 8.4

Zusammenhänge zwischen erlebten Arbeitsbedingungen und spezifischen Beanspruchungen bei Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten eines schweizerischen Kantonsspitals ($n=279$) (nach Peter & Ulich, 2003a, S. 80)

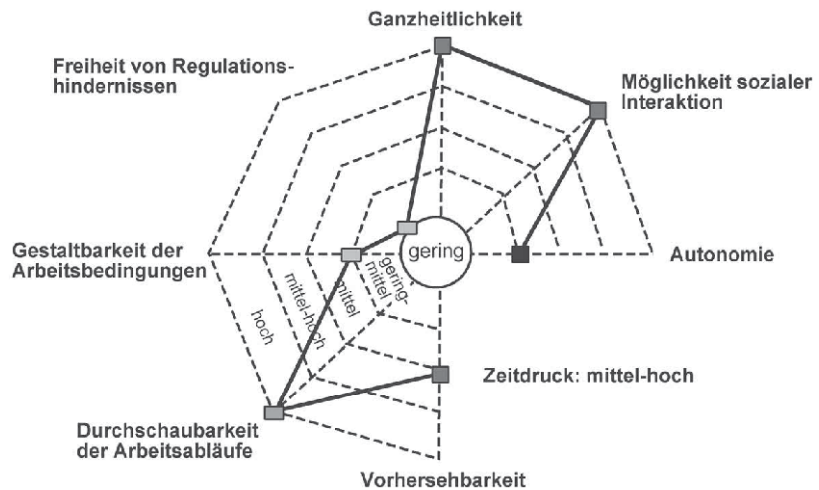
	Beschäftigungsgrad	Arbeitszeit	Wunsch nach Reduktion	Arbeitsintensität	Defizite in der Arbeit	Emotionale Erschöpfung	Klientenaversion
Emotionale Erschöpfung	.15*	.16*	.27**	.28**	.41***		
Klientenaversion	.09	.10	.11	.13*	.25**	.60**	
Defizite im Leben	.13*	.13*	.08	.18*	.34**	.50**	.27**

Tätigkeitsbewertung

Bei der Bewertung der Organisationseinheiten aufgrund der qualitativ orientierten Ganzschichtbeobachtungen zeigten sich durchwegs Probleme in Bezug auf die Schnittstellenqualität. Bei den quantitativ

Abbildung 8.2

Beispiel für die Bewertung der Tätigkeit eines Assistenzarztes aufgrund einer Ganzschichtbeobachtung (Beobachtungsdauer: 13.0 Stunden) (aus Ulich, 2005, S. 694)



orientierten Beobachtungen wurden Zeitanteile von 9 bis 26 Prozent der täglichen Gesamtarbeitszeit für die Erledigung administrativer Aufgaben gemessen. Im Übrigen ergaben diese Beobachtungen für alle begleiteten Assistenzärztinnen und -ärzte ein einheitliches Muster, das gekennzeichnet ist durch Ganzheitlichkeit der Aufgaben, Durchschaubarkeit der Abläufe und Möglichkeiten sozialer Interaktion, aber auch durch mangelnde Autonomie, mangelnde Gestaltbarkeit der Arbeitsbedingungen und ein hohes Ausmaß an Regulationshindernissen. Ein typisches Beispiel ist in Abbildung 8.2 dargestellt.

8.3.1.2 Konsequenzen für den Alltag

Die Ergebnisse der Analyse wurden allen Beteiligten, d. h. den Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten, dem kantonalen Verband der Assistenz- und Oberärzte, den Chefärzten, der Spitalleitung und der zuständigen Regierungsinstanz in identischer Form zugänglich gemacht. An einer von der Spitalleitung organisierten Pressekonferenz wurden sie auch öffentlich vorgestellt.

Die oben dargestellten Ergebnisse, insbesondere die arbeitswertbezogenen Defizite und deren Korrelation mit kritischen Antworten zu emotionaler Erschöpfung und Patientenaversion, sowie hier nicht dargestellte Ergebnisse aus den Interviews und den Beobachtungen veranlassten die Spitalleitung und die Steuerungsgruppe, das Projekt erheblich auszuweiten und in drei Teilprojekte zu gliedern.

Das erste Teilprojekt beschäftigte sich mit bereichsübergreifenden Maßnahmen, insbesondere der Erarbeitung von Richtlinien für die Anstellungsverhältnisse und Arbeitsbedingungen der AA und OA, und führte zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung zwischen der zuständigen Regierungsinstanz, der Spitalleitung und dem kantonalen Verband der AA und OA. Darin ist auch eine Festlegung der wöchentlichen Arbeitszeiten im Sinne des ursprünglichen Projektauftrages enthalten.³⁵

Drei Teilprojekte

³⁵ Eine vom kantonalen Verband der AA und OA verfasste und von mehr als 11'000 Personen unterzeichnete Petition, die sich ausdrücklich auch auf die Ergebnisse dieser Analyse bezog, forderte von der kantonalen Regierung u.a. eine weitergehende Festlegung der Höchstarbeitszeit auf 50 Wochenstunden. Inzwischen haben sowohl der Nationalrat als auch der Ständerat der Unterstellung der Assistenzärztinnen und -ärzte unter das schweizerische Arbeitszeitgesetz zugestimmt. Im Argumentarium der Befürworterinnen und Befürworter spielten die Ergebnisse der hier berichteten Analyse eine Rolle.

Im zweiten Teilprojekt wurden in vier Modellkliniken u.a. die Relevanz und Priorität folgender Maßnahmen geprüft (vgl. Peter & Ulich, 2003):

- Verbesserung der Effektivität durch Abbau überflüssiger und Umverteilung nicht ärztlicher Tätigkeiten;
- Verbesserung der Effizienz durch Einsatz standardisierter Arbeitshilfen und patientenbezogener Informationsdreh scheiben;
- Verbesserung der Flexibilität durch flexible Arbeitszeitmodelle, zeitautonome Arbeitsgruppen, Teilzeitanstellungen und Jobsharing.

Patienten- Administra- tionsmana- ger/in

Zu diesem Zweck wurden zusätzliche Erhebungen vorgenommen, das Leistungsangebot überprüft, aufgrund der nunmehr vorhandenen Datenbasis der Stellenbedarf zur Erreichung des Zieles „55-Stundenwoche“ ermittelt, das neue Berufsbild „Patienten-Administrationsmanager/in“ (PAM) entwickelt (vgl. Kasten 8.7), die bewilligten Stellen besetzt und mit der Umsetzung der Maßnahmen begonnen. Verantwortlich dafür waren in jeder der Modellkliniken ein oder zwei als „interne Change Agents“ wirkende Assistenz- bzw. Oberärztinnen oder -ärzte, die jeweils von einer Mitarbeiterin der mit der Analyse und Begleitung beauftragten Institution als „externer Change Agent“ begleitet wurden. Nach Ablauf von etwa sechs Monaten, in denen nach einem Stichprobenplan systematische Zeiterfassungen mittels Palm Pilot erfolgten, wurde eine Evaluation der Wirkung der Maßnahmen vorgenommen. Bei der Ausdehnung des Projekts sollten die bisherigen internen Change Agents eine Betreuungsfunktion übernehmen, mit einer auslaufenden Supervision durch die externe Institution.

Das dritte Teilprojekt befasste sich mit dem Einsatz bzw. der Verbesserung von technischen Arbeitsmitteln zur Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit, z. B. zum Abbau von Redundanzen bei der Bewirtschaftung von Krankengeschichten durch elektronische Unterstützung und Vernetzung.

Aufgaben und Anforderungen des neuen Berufsbildes „Patienten-Administrations-Manager/in“ (PAM) in einem schweizerischen Kantonsspital (verkürzt aus Peter & Ulich, 2003b, S. 19 f.)

Aufgabengruppe 1 Patientenbezogene Administration

Den *Eintritt* betreffend

- Falleroöffnung: Patientin/Patienten im Computer erfassen
- Ordner für KG anlegen
- Vollständigkeit der Unterlagen sichern
- externe Berichte bestellen
- Information über Eintritte an AA (Notfall)
- Piepser hüten

Den *Aufenthalt im Spital* betreffend

- vermisste Röntgenbilder suchen und beschaffen
- Beschaffen neuer Befunde und Befunde ablegen
- Unterlagen für Untersuchungen bereitlegen und Untersuchungen anmelden
- Transporte organisieren
- Röntgenbilder beschriften und versorgen
- Standard-OP-Berichte kopieren und OP-Kurzberichte printen
- Sprechstunden organisieren und betreuen
- Telefonate mit Angehörigen und Arzt organisieren

Den *Austritt* betreffend

- Operations- und Austrittsberichte an Sprechstunden weiterleiten
- Nachkontrollen anmelden
- Kontaktpersonen angeben
- Versicherungsadministration
- KG-Ordner versorgen (Austritt)

Aufgabengruppe 2 Lehre und Forschung: Unterstützung für AA

- Datenerfassung wissenschaftlicher Arbeiten
- Bereitstellen von KG für wissenschaftliche Arbeiten
- Bestellung wissenschaftlicher Publikationen
- bei wissenschaftlichen Untersuchungen Administration und Nachkontrolle organisieren
- Unterlagen für Lehrveranstaltungen
- Einweisung der Studierenden

Aufgabengruppe 3**Allgemeine Administration**

- Büromaterial beschaffen und verwalten
- Piepserliste führen und defekte Piepser reparieren lassen
- Reparaturaufträge weiterleiten
- Apéro für neue Ärztinnen und Ärzte organisieren

Aus den Aufgaben abgeleitetes Anforderungsprofil*Ausbildung*

- medizinisch-technische Berufslehre oder
- Pflegeberufslehre oder
- Bürolehre/Handelsschule (2Jahre) und medizinische Grundkenntnisse

Weitere Fachkompetenz

- Berufserfahrung
- medizinische Grundkenntnisse
- EDV-Kenntnisse
- mündliche Sprachkenntnisse (zwei Sprachen aus D, F, E, I, Sp)
- Planung und Organisation der Arbeit

Sozial- und Selbstkompetenz

- Kommunikations- und Konfliktfähigkeit
- Belastbarkeit
- Selbständigkeit

Evaluation in den Modellkliniken

Die nach sechs Monaten vorgenommene Evaluation in den Modellkliniken (Peter & Ulich, 2003b) ergab – nach Einschätzung der einbezogenen AA und OA – eine Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeiten in unterschiedlichen Größenordnungen: in der Dermatologie und der Radiologie um 4 bis 5 Stunden, in der Allgemein Chirurgie um mehr als 8 Stunden; in der medizinischen Klinik konnten derartige Effekte innerhalb dieses Zeitraums noch nicht beobachtet werden. Die Arbeit der PAM und die dadurch erlebte Entlastung wurden schon nach relativ kurzer Zeit mehrheitlich positiv erlebt. Die kritischen Werte für emotionale Erschöpfung reduzierten sich deutlich, für die Klientenaversion ergaben sich keine einheitlichen Entwicklungen. Allerdings ist auch nicht zu erwarten, dass über längere Zeiträume entstandene aversive Tendenzen sich in relativ kurzer Zeit auflösen.

8.3.2 Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen

Laut Mitteilung des – getragen vom Europarat, der Europäischen Kommission und dem WHO-Regionalbüro Europa – 1992 gegründeten European Network of Health Promoting Schools (ENHPS) existierten im Jahr 2004 in Europa 40 nationale und regionale Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen mit mehr als 100'000 Lehrerinnen und Lehrern und mehr als 5 Millionen Schülerinnen und Schülern. Anfang 2008 ist das ENHPS im Schools for Health in Europe Network (SHE) mit nunmehr 46 Netzwerken aufgegangen.

Für das Programm gilt: „...its primary focus is the pupil“. Das geht auch aus der folgenden Grundsatzklärung des ENHPS hervor:

„The health promoting school is based on a social model of health. This emphasizes the entire organization of the school, as well as focusing upon the individual. At the heart of the model is the young person, who is viewed as a whole individual within a dynamic environment. Such an approach creates a highly supportive social setting that influences the visions, perceptions and actions of all who live, work, play and learn in the school. This generates a positive climate that influences how young people form relationships, make decisions and develop their values and attitudes. Healthy, well educated young people can help to reduce inequities in society, thus contributing to the health and wealth of the population at large.“

Dementsprechend ist die weit überwiegende Mehrzahl der auf den Webseiten der Nationalen Netzwerke zu findenden Maßnahmen an Schülerinnen und Schüler adressiert und folgt zugleich verhaltensorientierten Ansätzen. Zu Recht hatte Freitag (1998, S. 257) deshalb schon vor einigen Jahren gefordert, Lehrkräfte in Programme der Gesundheitsförderung einzubeziehen, die starke Verhaltensorientierung durch eine gleichgewichtige Verhältnisorientierung zu ergänzen, nicht nur die protektiven Faktoren zu stärken, sondern auch „überflüssige Anforderungen“ zu verringern und die Schule vermehrt „in die lokalen Bezüge des Stadtteils oder der Gemeinde“ einzubetten.

Verhältnisorientierte Interventionen, die die Verbesserung der Gesundheit der Lehrkräfte zum Ziel haben, sind nach wie vor vergleichsweise selten zu finden. Und wie im Fall der gesundheitsfördernden Spitäler gilt auch hier, dass die den Veränderungen

*European
Network of
Health Pro-
moting Schools*

*Ein Projekt zur
Verbesserung
der Situation
der Lehrkräfte*

zugrunde gelegte Datenbasis oft nicht hinreichend erkennbar wird. Deshalb wird im Folgenden wiederum etwas ausführlicher über ein Beispiel berichtet, in dessen Rahmen die Vorlage derartiger Daten für den Veränderungsprozess eine zentrale Rolle spielte.

Zweck der Analyse, über deren Ergebnisse hier berichtet wird, war die systematische Erfassung von Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen der Lehrkräfte und Schulleitungen mit dem Ziel der empirisch begründbaren Erarbeitung von Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Arbeitssituation. Auftraggeber war das Erziehungsdepartement des Kantons Basel-Stadt.

8.3.2.1 Methodisches Vorgehen und ausgewählte Ergebnisse

Der komplexen Fragestellung entsprechend wurden verschiedene Untersuchungsmethoden eingesetzt: *Fragebogen*, die an alle Lehrkräfte und Schulleitungen versandt wurden, *Gruppen- und Einzelinterviews* mit ausgewählten Lehrkräften, Schulhausleiterinnen bzw. Schulhausleitern und Rektorinnen bzw. Rektoren, *Tätigkeitsbeobachtungen* bei Lehrkräften und Schulhausleiterinnen bzw. Schulhausleitern. In Tabelle 8.5 werden die Untersuchungsinstrumente, die damit erhobenen Inhalte sowie der jeweilige Umfang ihres Einsatzes in der Analyse ausführlicher dargestellt.

Der *Rücklauf* verwertbar ausgefüllter Fragebogen betrug 51 Prozent. Eine Prüfung nach Alter, Geschlecht und Teilzeit- bzw. Vollzeitanstellung ergab, dass die Antwortenden hinsichtlich dieser Merkmale mit den insgesamt angeschriebenen Personen übereinstimmen. Wir können also davon ausgehen, dass die Ergebnisse der Erhebung ein repräsentatives Abbild der Realität liefern. Bei der folgenden Ergebnisdarstellung wird auf eine Differenzierung nach Schultypen ebenso verzichtet wie auf die Mitteilung der Interview- und Beobachtungsdaten (vgl. dazu Ulich, Inversini & Wülser, 2002; Inversini, Ulich & Wülser, 2008).

Untersuchungsmethoden, Inhalte und Stichproben der Lehrkräfte-Analyse
(aus Ulich, Inversini & Wülser, 2002)

Tabelle 8.5

	Fragebogen- erhebung	Experten- interviews	Tätigkeitsbeobachtungen	
			quantitativ	quantitativ
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsbezogene Wertvorstellungen - Subjektives Erleben der Arbeit: Anforderungen, Belastungen und Ressourcen - Zufriedenheit mit der Arbeit - Belastungen bei der Arbeit - Erlebte Beanspruchungen - Körperliche und psychische Beschwerden - Erlebte Selbstwirksamkeit - Distanzierungsfähigkeit und Verausgabebereitschaft - Delegationsvorschläge - Verbesserungsbereiche 	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Arbeitsbedingungen - Aufgaben - Arbeitsbezogene Belastungen und Beanspruchungen - Kooperation und Kommunikation - Arbeitsmittel und Räumlichkeiten - Individuelle, soziale und organisationale Ressourcen - Probleme, Störungen - Verbesserungsvorschläge - Information über die Organisation des jeweiligen Schultyps 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsabläufe - Aufgabenspektrum und Zeiteile verschiedener Tätigkeitskategorien: was tun Lehrkräfte? → Oberflächenstruktur 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewertung der Arbeitsaufgabe → Tiefenstruktur
Adressat/-innen	Alle Lehrkräfte und Schulleitungen	Lehrkräfte, Schulhausleiter/innen und -vorsteher/innen, Rektor/innen und Konrektor/innen	Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen bzw. -vorsteher/innen	Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen bzw. -vorsteher/innen
Anzahl	<p>Versandte 3'029 Fragebögen</p> <p>Ausgefüllte 1'578 Fragebögen</p>	<p>Gruppeninterviews 22 Lehrkräfte (Anzahl Gruppen)</p> <p>Einzelinterviews 7 Schulhausleiter/innen</p>	<p>Lehrkräfte: 8 je 1 Arbeitstag bis zum Verlassen der Schule</p>	<p>Lehrkräfte: 5 je 1 Arbeitstag bis zum Verlassen der Schule</p> <p>Schulhausleiter/innen: je 1 Arbeitstag bis zum Verlassen der Schule</p>

	Fragebogen- erhebung	Experten- interviews	Tätigkeitsbeobachtungen		
			quantitativ	quantitativ	
		Gruppen- oder Einzel- interviews Rektor/innen (Anzahl Gruppen bzw. Ein- zelpersonen)	13	Selbstbeob- achtungen an 3 aufeinander- folgenden, von den Lehrkräf- ten selbst ge- wählten Tagen	6

Arbeitsbezo- gene Werte

Von den insgesamt 32 erfragten arbeitsbezogenen Werten wurden von Lehrkräften und Schulhausleiterinnen bzw. -leitern im Durchschnitt über alle Schultypen hinweg die folgenden zehn Werte als die wichtigsten genannt:

- eine Kultur der Offenheit und Toleranz;
- ein gutes Verhältnis zu den Arbeitskolleginnen bzw. Arbeitskollegen;
- interessante Aufgaben;
- verständnisvolle Vorgesetzte;
- die Möglichkeit, Neues zu lernen;
- eine klare Führung;
- Mitsprache bzw. Mitbestimmung in wichtigen Angelegenheiten;
- gute Umgebungsbedingungen;
- stimulierende Schulkultur;
- gute Bezahlung.

Defizite

Die größten Defizite, d. h. die größten Differenzen zwischen der Bedeutsamkeit eines Wertes und der Zufriedenheit mit der im Alltag diesbezüglich erlebten Realität, finden sich für alle befragten Funktionsgruppen bei den Werten „Kultur der Offenheit und Toleranz“ und „klare Führung“, für Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen außerdem beim Wert „Mitsprache bei wichtigen Dingen“. Die geringsten Defizite finden sich für Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen bei den Werten „interessante Aufgaben“, „gutes Verhältnis zu Kolleg/innen“ und der „Möglichkeit, neue Dinge zu lernen“.

Positiv bewertet wird die eigene Arbeit von der Gruppe aller Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen im Durchschnitt vor allem hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen und der Verantwortung sowie der Anforderungsvielfalt und des vorhandenen Tätigkeitsspielraums. Bei der erlebten sozialen Unterstützung rangieren die Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner vor den Vorgesetzten und den Arbeitskolleginnen bzw. -kollegen. Von den Vorgesetzten fühlen sich Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen zu 17% gering bis sehr gering, zu 31% einigermaßen, zu 38% ziemlich gut und zu 13% sehr gut unterstützt. Durch die Arbeitskolleginnen bzw. -kollegen wird die Unterstützung zu 5% als gering bis sehr gering, zu 24% als einigermaßen, zu 48% als ziemlich gut und zu 22% als sehr gut wahrgenommen.

Im Vergleich der *Funktionen* zeigt sich, dass die Rektorinnen und Rektoren gesamthaft die Qualifikationsanforderungen sowie den Bereich der organisationalen Ressourcen als besser erleben als die Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen, das gilt insbesondere für den wahrgenommenen Tätigkeitsspielraum und für Partizipationsmöglichkeiten. So berichten sämtliche Rektorinnen und Rektoren mittlere bis gute Partizipationsmöglichkeiten sowie einen großen bis sehr großen Tätigkeitsspielraum.

Die Mehrzahl der erfragten Belastungen wird über alle Schultypen hinweg vom größten Teil der Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen als gering bis mittel empfunden. Allerdings geben 29% der Lehrkräfte und 38% der Schulhausleiter/innen starke bis sehr starke Belastung durch mengenmäßige Überforderung an.

Von insgesamt 42 erfragten spezifischen Belastungsbedingungen nennen sowohl Lehrkräfte als auch Schulhausleiter/innen über alle Schultypen hinweg – in unterschiedlicher Reihenfolge – die folgenden als die wichtigsten:

- Verhalten schwieriger Schüler/innen;
- Heterogenität der Klasse;
- administrative Pflichten;
- außerunterrichtliche Verpflichtungen;
- berufliches Image und Prestige;

- Koordination von beruflichen und außerberuflichen Verpflichtungen;
- Zeitdruck bei der Arbeit;
- Klassenstärke;
- Neuerungen, Veränderungen im Schulsystem.

Übereinstimmend berichten die Lehrkräfte aller Schultypen die vier erstgenannten Aspekte als die belastendsten: Insgesamt berichten 71% aller Lehrkräfte eher starke bis sehr starke Belastung durch das Verhalten schwieriger Schüler/innen, 55% fühlen sich stark bis sehr stark belastet durch die Heterogenität der Klasse, 54% durch außerunterrichtliche Pflichten und 53% durch administrative Pflichten.

Spezifische Beanspruchungen

Durchschnittlich knapp 30% sowohl der Lehrkräfte als auch der Schulhausleiter/innen weisen kritische Werte für *emotionale Erschöpfung* auf.

Für *Klientenaversion*³⁶ liegt das Ausmaß kritischer Werte für alle Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen bei rund 21%. Schultypspezifisch haben mit 29.2% die Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen der Weiterbildungsschule II den höchsten Anteil, den niedrigsten Anteil die Berufsschulen mit 12.2%. Die im Folgenden beschriebenen Zusammenhänge mit anderen Ergebnissen gelten für Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen über alle Schultypen hinweg (vgl. Tabelle 8.6).

Bedeutsame Zusammenhänge zeigten sich für die Defizite im Bereich Kultur und Führung³⁷. Diese korrelieren mit belastendem Sozialklima und belastendem Vorgesetztenverhalten. Das bedeutet, dass bei berichteten kulturellen Defiziten der genannten Art ebenfalls ein belastendes Sozialklima und belastendes Vorgesetztenverhalten angegeben wurde. In einem negativen Zusammenhang ste-

³⁶ In dem der schulinternen und vor allem -externen Öffentlichkeit vorgelegten Bericht wurde der Fachterminus „Klientenaversion“ durch den Begriff „Eingeschränkte Zuwendungsbereitschaft“ ersetzt (Ulich, Inversini & Wülser, 2002). Diese Benennung schien aufgrund der Formulierungen der die betreffende Skala bildenden Items noch verantwortbar.

³⁷ Zu den Defiziten im Bereich Kultur und Führung gehören z. B. „klare Führung“, „Mitsprache bei wichtigen Dingen“, „Kultur der Offenheit und Toleranz“ u.a.

Tabelle 8.6

Beeinträchtigungsbezogene Zusammenhänge zwischen Ergebnissen der Fragebogenerhebung an Schulen des Kantons Basel-Stadt (Spearman-Korrelationen; n=1'517 Lehrkräfte und Schulhausleiter/innen) (nach Ulich, Inversini & Wülser, 2002)

	Quantitative Überforderung	Inhaltliche Überforderung	Belastendes Sozialklima	Berufliche Selbstwirksamkeit
Emotionale Erschöpfung	.62	.45	.34	-.53
Klientenaversion	.35	.39	.30	-.41

Alle Korrelationen sind hochsignifikant: $p < 0.001$

hen die Defizite im Bereich Kultur und Führung mit Partizipationsmöglichkeiten, mitarbeiterorientiertem Vorgesetztenverhalten und sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte. Das heißt, dass z. B. hohe Defizite in Kultur und Führung mit gering ausgeprägten Partizipationsmöglichkeiten verbunden sind.

Deutlich erkennbar sind Zusammenhänge zwischen emotionaler Erschöpfung einerseits und Merkmalen wie mengenmäßiger bzw. inhaltlicher Überforderung, hoher Verausgabungsbereitschaft und geringer Distanzierungsfähigkeit sowie geringer beruflicher Selbstwirksamkeit andererseits. Dass emotionale Erschöpfung und beeinträchtigte Zuwendungsbereitschaft miteinander zusammenhängen, wird ebenfalls deutlich.

Beeinträchtigte Zuwendungsbereitschaft steht in einem Zusammenhang mit mengenmäßiger und inhaltlicher Überforderung sowie geringer beruflicher Selbstwirksamkeit.

Weitere bedeutsame Zusammenhänge zeigen sich zwischen mengenmäßiger Überforderung einerseits und geringer Distanzierungsfähigkeit, hoher Verausgabungsbereitschaft sowie geringer beruflicher Selbstwirksamkeit andererseits.

Emotionale Erschöpfung

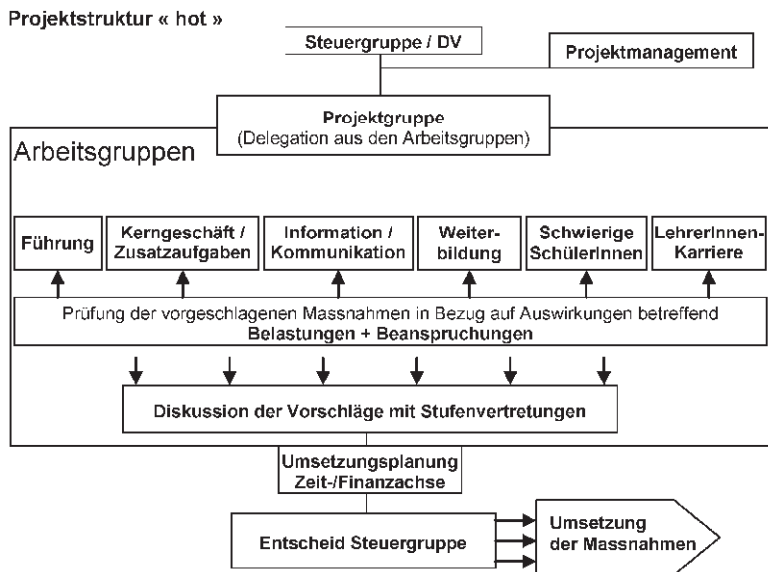
Verbesserung der Arbeits- situation

8.3.2.2 Konsequenzen für den Alltag

Aufgrund der vorgelegten Ergebnisse wurde eine Reihe von Arbeitsgruppen etabliert, deren Auftrag darin bestand, Konsequenzen im Hinblick auf eine Verbesserung der Arbeitssituation der Lehrkräfte zu erarbeiten und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Belastungen und Beanspruchungen zu prüfen (vgl. Abbildung 8.3). Der Projektname „Help our teachers“ („hot“) wurde von einer bereits vor der Analysephase gestarteten Aktion übernommen.

Abbildung 8.3

Struktur des Projekts „hot“ des Kantons Basel-Stadt



Kriseninterven- tionsstellen (KIS)

Die von den Arbeitsgruppen erarbeiteten Vorschläge wurden von der Steuergruppe priorisiert und auf Finanzierbarkeit geprüft. Hier werden beispielhaft einige der beschlossenen und bereits umgesetzten Massnahmen aufgezeigt. So wurde aus dem von der Arbeitsgruppe „schwierige Schülerinnen und Schüler“ vorgelegten Katalog die Einrichtung von Kriseninterventionsstellen (KIS) mit angemessener professioneller Besetzung beschlossen und umgesetzt. In einer Mitteilung des Erziehungsdepartements, Ressort Schulen, vom

29.8.2003 heißt es dazu: „Die KIS kann Schülerinnen und Schüler für eine begrenzte Zeit aufnehmen und die Situation in den Klassen rasch verbessern. An der Orientierungsschule wird zudem in den Schulhäusern ein ‘Hausarztmodell’ eingerichtet: Fachpersonen stehen den Lehrkräften im Umgang mit schwierigen Schülerinnen und Schülern im Schulhaus zur Seite und übernehmen bei Bedarf die Koordination mit externen Hilfsstellen“. Aus den Vorschlägen der Arbeitsgruppe „Weiterbildung“ wurde das Angebot von Weiterbildungsmodulen zum Thema Gesundheit auf den Weg gebracht. Die Vorlage der Arbeitsgruppe „Kerngeschäft und Zusatzaufgaben“ führte zur Schaffung eines so genannten Entlastungslektionendachs (ELD), über das die Schulen bei besonderen Belastungen einzelner Lehrkräfte verfügen können. Über das ELD wird der Umfang an Entlastungen und Entschädigungen festgelegt, die für Arbeiten zur Verfügung gestellt werden, die die Lehrkräfte zusätzlich zum Unterricht und den mit dem Unterricht unmittelbar verbundenen Aufgaben erledigen. Schultypspezifisch wurden u.a. Maßnahmen zur Entlastung der Schulhausleiterinnen und -leiter der Primarschulen, der verstärkte Einsatz ambulanter Heilpädagogik in den Kleinklassen und die Einrichtung von Quartierräumen für die Kindergärten beschlossen.

Nicht geklärt werden konnte bisher die Frage der Einführung von Sabbaticals für Lehrkräfte. Auch die Diskussion über die Lehrerinnen- bzw. Lehrer-Karriere ist keineswegs abgeschlossen. Dahinter verbirgt sich die von der Projektbegleitung eingebrachte grundsätzliche Frage, ob es sich beim Beruf einer Lehrkraft notwendigerweise um einen „Lebensberuf“ handelt und ob möglicherweise bereits die Ausbildung in Zukunft so anzulegen ist, dass sie bessere Optionen auch für andere Perspektiven mit dauerndem oder temporärem Umstieg in andere Berufsfelder vermittelt.

Aufgrund der Ergebnisse der im Kanton Basel-Stadt durchgeführten Analysen wurde eine *weitere Analyse* in einem eher ländlichen Kanton durchgeführt. Auftraggeber war das Amt für Volksschule und Kindergarten im Kanton Thurgau. Die Untersuchung, als erste Erhebung im Rahmen einer Längsschnittstudie mit zweimaliger Wiederholung im Abstand von je zwei Jahren konzipiert, wurde gemeinsam mit der Forschungsstelle der neu errichteten Pädagogischen Hochschule Thurgau durchgeführt (Ulich, Trachsler, Wülser & Inversini, 2003). Aus Vergleichsgründen und weil sich die Vorge-

Hausarztmodell

Weiterbildungsmodulare

Lehrerinnen- und Lehrerkarriere

Vergleichende Analyse in einem ländlichen Kanton

hensweise bewährt hatte, wurde das gleiche Methodenkonzept wie in Basel – mit einigen zusätzlichen Skalen in der schriftlichen Befragung – zugrunde gelegt. An der Fragebogenerhebung beteiligten sich 1'309 Lehrkräfte. Die Ergebnisse weichen von denen im Stadtkanton nicht grundsätzlich ab. Die höchsten Raten für emotionale Erschöpfung wurden mit 32% in der Primarschule gefunden, deutlich weniger im Kindergarten (25%) und in der integrierten Oberstufe (22%). Regelklassenlehrkräfte lieferten mit 31% deutlich mehr Hinweise auf emotionale Erschöpfung als Fachlehrkräfte (22%). Einige Zusammenhänge zwischen Teilergebnissen der Untersuchung sind in Tabelle 8.7 dargestellt, zu Fehlbeanspruchungen unter besonderer Berücksichtigung von Burnout vgl. Wülser (2006, 2008).

Einzuleitende Maßnahmen

Nach der Vorlage des Berichtes mit den Untersuchungsergebnissen (Ulich, Trachsler, Wülser & Inversini, 2003) wurde mit der Diskussion über die einzuleitenden Maßnahmen begonnen. Außerdem

Tabelle 8.7

Zusammenhänge zwischen tätigkeitsbezogenen Merkmalen, emotionaler Erschöpfung, Arbeitsfreude und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (n=1'269 Lehrkräfte des Kantons Thurgau) (aus Ulich, Trachsler, Wülser & Inversini, 2003)

	Tätigkeitsspezifische Ressourcen		Organisationale Ressourcen		Soziale Ressourcen		Soziale Belastungen	Tätigkeitsspezifische Belastungen			
	Ganzheitlichkeit	Anforderungsvielfalt	Partizipationsmöglichkeiten	Anerkennung	Positives Sozialklima	Soziale Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen	Belastendes Sozialklima	Mengenmäßige Überforderung	Inhaltliche Überforderung	Emotionale Dissonanz	Arbeitsunterbrechungen
Emotionale Erschöpfung	-.31	-.19	-.26	-.27	-.20	-.22	.35	.53	.49	.48	.35
Arbeitsfreude	.38	.37	.23	.33	.19	.18	-.20	-.23	-.27	-.31	-.12
Individuelle Selbstwirksamkeit	.40	.37	.23	.22	.15	.11	-.22	-.29	-.52	-.32	-.15
Kollektive Selbstwirksamkeit	.23	.15	.44	.34	.51	.49	-.39	-.14	-.17	-.14	-.13

Alle Korrelationen sind hochsignifikant: $p < 0.001$

wurde beschlossen, eine gleichartige Untersuchung über Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen bei den Mitgliedern der Schulbehörden durchzuführen mit einer Wiederholung nach Ablauf von zwei Jahren. Diese Untersuchungen wurden 2004 und 2007 durchgeführt (Trachsler et al., 2005, 2008; Ulich et al., 2008).

Insgesamt bestätigen diese und andere Untersuchungen, dass arbeitspsychologische Analysen eine bedeutsame Grundlage für die Schulentwicklung darstellen können (vgl. Krause, Schüpbach, Ulich & Wülser, 2008).

8.3.3 Kleine und mittlere Unternehmen (KMU)

In seiner Lissabonner Erklärung zur Gesundheit am Arbeitsplatz in kleinen und mittleren Unternehmen (2001) hat das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) auf einige für die Gesundheitsförderung relevante Besonderheiten von KMU hingewiesen und in diesem Zusammenhang die besondere Rolle der Firmenbesitzer betont. „Die treibenden Kräfte für Gesundheit in KMU sind die Firmenbesitzer und die oberen Führungskräfte. Eine vorbildliche Unternehmensführung sollte Gesundheit in den täglichen Arbeitsalltag integrieren, indem:

- alle Mitarbeiter am Planungs- und Entscheidungsprozess des Unternehmens beteiligt werden
- ein gutes Arbeitsklima sichergestellt wird
- gute Leistungen anerkannt werden
- Verbesserungen, insbesondere die der Arbeitsorganisation, überwacht werden.“

Obwohl die kleinen und mittleren Unternehmen zahlenmäßig weit aus den größten Anteil aller Unternehmen in den europäischen Ländern ausmachen, gibt es kein mit den WHO-Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser bzw. Schulen vergleichbares internationales KMU-Netzwerk. Allerdings gab es eine sich über zweieinhalb Jahre erstreckende Gemeinschaftsinitiative des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung, an der sich 18 Länder beteiligten (vgl. dazu Breucker & Sochert, 2001). Dazu liegen drei Abschlussberichte vor: Ein Bericht zur Lage der be-

*Größter Anteil
aller Unter-
nehmen*

trieblichen Gesundheitsförderung in KMU in Europa (BKK Bundesverband, 2001a), ein Bericht mit Beispielen guter Praxis in KMU in Europa (BKK Bundesverband, 2001b) und ein Bericht mit strategischen Empfehlungen (BKK Bundesverband, 2001c). Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Feststellung von Breucker und Sochert (2001, S. 223), dass „anders als der staatlich geregelte Arbeitsschutz, der von Kleinbetrieben eher als einschränkend und behindernd wahrgenommen wird, ... betriebliche Gesundheitsförderung prinzipiell einen positiv besetzten Kommunikationsrahmen“ eröffnet.

Verschiedentlich wird auch betont, dass in KMU positiv zu bewertende Aufgabenmerkmale wie Handlungsspielräume mehrheitlich eher gegeben sind als in Großunternehmen. Das heißt, kleine und mittlere Unternehmen bieten wegen geringerer Funktionendifferenzierung und daraus folgender Möglichkeiten für vollständige Arbeitstätigkeiten prinzipiell günstige Voraussetzungen für die Realisierung von Maßnahmen persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung. Nach Meggeneder, Pelster und Sochert (2005, S. 13) sind aber gerade in Kleinunternehmen "auch Extreme sehr ausgeprägt – vom fürsorglich geführten idealtypischen Familienbetrieb bis zum Unternehmen, in dem es an jeglichen Mindeststandards betreffend Sicherheit und Gesundheitsschutz fehlt."

Besonderheiten

Schließlich weisen die KMU eine Reihe von Besonderheiten auf, die eine ungeprüfte Übernahme von für große Unternehmen entwickelten Konzepten nicht sinnvoll erscheinen lassen. Dies wird z. B. in den Beiträgen von Fromm und Pröll (1998, 2000) deutlich, die die Gelegenheit hatten, im Rahmen des vom Land Nordrhein-Westfalen geförderten und gemeinsam mit der Handwerkskammer Düsseldorf durchgeführten Projekts ArGU!ment u.a. ein Leitbild „Gesundes Handwerk“ zu erarbeiten.

8.3.3.1 Das Projekt ArGU!ment

Im Rahmen des Projekts wurde zunächst eine Bestandsaufnahme mit Hilfe betrieblicher Fallstudien in Handwerksbetrieben unterschiedlicher Art durchgeführt. „In Gesprächen mit Unternehmern, Beschäftigten und mitarbeitenden Ehefrauen wurde ermittelt, wie die betrieblichen Sozialordnungen sowie die typischen Arbeits- und Geschäftsabläufe aussehen und welchen Stellenwert Sicherheit und Gesundheit im Denken der Handwerker haben“ (zitiert nach Breu-

cker & Sochert, 2001, S. 224). Im weiteren Verlauf wurden als konkrete Projektmaßnahmen fünf Module entwickelt; im ersten Modul, dem „Leitbild für ein gesundes Handwerk“ werden die Unterschiede zur Situation in großen Unternehmen gut erkennbar.

„Inhaltlich schließt das Leitbild an zentralen Typiken des Handwerks an:

- an die Bedeutung der Humanressourcen für die Zukunftsfähigkeit der Betriebe als Leitidee und inhaltliche Begründung für mehr Prävention;
- an den hohen Autonomiegrad der Mitarbeiter im Handwerksbetrieb als Potenzial für die arbeitsteilige Wahrnehmung präventiver Aufgaben;
- an die guten Kommunikationschancen als Ressource für die betriebliche ‘Thematisierungskultur’ von Sicherheit und Gesundheit;
- und an die ‘natürlichen’ Vernetzungen und organisatorisch-institutionellen Bindungen im Handwerk (Innung, Kammer etc.) als ‘soziale Infrastruktur’ für Dialog, Motivation, Information und Beratung zum Thema Sicherheit und Gesundheit“ (Fromm & Pröll, 2000, S. 234).

Die einzelnen Module des Projekts ArGU!ment sind in Kasten 8.8 wiedergegeben.

Die Module des Projekts ArGU!ment (nach Angaben von Breucker & Sochert, 2001, S. 224 f., aus Pröll, 1998)

Kasten 8.8

■ „Modul 1: Leitbild für ein ‘Gesundes Handwerk’

Das Leitbild erläuterte, warum künftig mehr oder bessere Prävention nötig sei, wie in Zukunft für Gesundheit und Sicherheit im Kleinbetrieb gesorgt werde und mit welchen Mitteln und auf welche Weise dies erreicht werden könne. Das Leitbild wurde als ansprechend gestaltete Broschüre mit einer hohen Auflage gedruckt. Die Entwicklung der weiteren Projektmaßnahmen orientierte sich an den Zielen des Leitbildes.

■ Modul 2: ‘Informationsmanager Gesundheit und Sicherheit’

Als zweites Modul wurde ein benutzerfreundliches Informations- und Dokumentationssystem erarbeitet mit allen für den ‘Alltagsbedarf’ eines Handwerksbetriebes wichtigen Informationen und Instrumenten zum Thema Gesundheit und Sicherheit. Der ‘Informationsmanager’ enthält u.a. Hinweise auf ortsnahe Einrichtungen und Ansprechpartner, Vorlagen für Anträge, Formulare und Dokumentationen. Den Kern

des Mediums bildet das nachfolgend beschriebene Instrument zur Selbsteinschätzung des Präventionsstatus.

■ Modul 3: 'Wie gesund und sicher ist unser Unternehmen?'

Als drittes Modul wurde ein Verfahren entwickelt, das den Betrieb in die Lage versetzt, sich seiner gesundheitlichen Risiken und präventiven Ressourcen zu vergewissern. Das Verfahren ist darauf ausgerichtet, einen betrieblichen 'Innovationsdialog' anzuregen, an dem Unternehmer und Mitarbeiter gleichermaßen beteiligt sind. Das Instrument kann ohne arbeitswissenschaftliche Vorbildung angewendet werden und orientiert sich sowohl inhaltlich als auch sprachlich an der betrieblichen 'Alltagslogik'.

■ Modul 4: 'Integration des Themas in fachbezogene Weiterbildungsmaßnahmen'

Als viertes Modul wurde ein Leitfaden entwickelt, der es Weiterbildungsträgern ermöglichen soll, Sicherheits- und Gesundheitsaspekte didaktisch in ihre Seminarangebote zu integrieren.

■ Modul 5: Seminarkonzept 'Prävention im Handwerk'

Als fünftes Modul wurde ein Seminarkonzept entwickelt, in dem den Arbeitsschützern das handwerkliche Milieu mit seinen sozioökonomischen, arbeitskulturellen und institutionellen Besonderheiten nähergebracht wird.

■ Wie geht es weiter?

In einem Anschlussprojekt werden Instrumente zur besseren Erfassung und Verringerung von Belastungen durch die Arbeitsorganisation entwickelt. Ausserdem sollen weitere Gefährdungs- und Belastungsschwerpunkte erkannt und in Zusammenarbeit mit den Fachverbänden an die Bedürfnisse der verschiedenen Handwerkszweige angepasst werden. Das Internet soll dazu genutzt werden, um den Zugriff der Handwerksbetriebe auf diese Informationen zu erleichtern."

Interessanterweise sind die Inhaberinnen/Inhaber bzw. Leiterinnen/Leiter von KMU selbst aber nur selten Objekte von BGF-Analysen. Immerhin weist Gieseke (2005, S. 53) daraufhin, dass "auch die Krankheitsbiographien von Inhabern (z.B. im Beruf erworbene Rückenprobleme)" dazu veranlassen können, sich für die Gesundheitssituation der Mitarbeitenden zu engagieren.

Von praktischem Interesse ist in diesem Zusammenhang die von Weber, Rüllicke & Packebusch (2007) vorgelegte Handlungshilfe "Gesunde Menschen – Gesundes Handwerk". Hier wird z. B. aufgezeigt, wie durch einfache Registrierung und Analyse eines Tagesablaufs aus der Inhabersituation entstehende spezifische Belastungen erfasst und Maßnahmen zu ihrer Reduzierung eingeleitet werden können (vgl. Kasten 8.9).

Beispiel für den Tagesablauf eines KMU-Inhabers (aus: Weber, Rüllicke und Packebusch, 2007, S. 22)

"Herr Kuster ist Inhaber eines Dachdeckerbetriebs mit 9 Mitarbeitern. Eine Analyse eines Arbeitstages zeigt, dass er sechs Stunden mit Kundenbetreuung/Akquisition, dreieinhalb Stunden im Büro, zweieinhalb Stunden mit/auf Baustellen, eine halbe Stunde mit einem Mitarbeitergespräch auf der Baustelle und eine halbe Stunde mit der morgendlichen Teambesprechung verbringt. Insgesamt arbeitet er 13 Stunden an diesem Tag. Er hat vermutlich zu wenig bis gar keine Puffer für Störungen oder zusätzliche Aufgaben...."

Schließlich zeigen die Erfahrungen von Thul, Zink und Mosthaf (2001, S. 210), dass kleine und mittlere Unternehmen „durchaus in der Lage“ sind, „Ansätze eines integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgreich umzusetzen“.

8.3.3.2 Das Projekt KMU-vital

Im Rahmen des Arbeitsprogramms der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wurde 2001 ein Dreijahresprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU“ gestartet. Dabei handelt es sich um eine konzertierte Aktion mit dem Ziel der Weiterentwicklung und Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen (vgl. Bauer & Schmid, 2008). Zu den Aufgaben dieses unter dem Namen „KMU-vital“ durchgeführten Projekts gehörte die Entwicklung von insgesamt zehn speziell auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der KMU ausgerichteten BGF-Modulen (vgl. Abbildung 8.4).

„Die Module sind so konzipiert, dass sie zum Teil durch die KMU selbst angewandt werden können, wie z. B. die Mitarbeiter/-innenbefragung (online auf dem Internet) oder das Modul ‘Zusammenarbeit im Team’; andere, wie beispielsweise der ‘Einstiegsworkshop mit der Geschäftsleitung’ oder das Modul ‘BGF als Führungsaufgabe’ sollten mit Unterstützung von BGF-ExpertInnen durchgeführt werden“ (Kündig, 2004, S. 5).

*Zehn BGF-
Module*

Abbildung 8.4

Die zehn BGF-Module von KMU-vital (aus Kündig, 2004, S. 6)

Einstiegsmodul		
Einstiegs-Workshop		
Analyse-Module		
Managementbefragung		
Mitarbeiter/innenbefragung		
Gesundheitszirkel		
Umsetzungsmodule		
Organisationsentwicklung	Personalentwicklung	Gesundheitsverhalten
Arbeitsgestaltung	Zusammenarbeit im Team	Wellness
Aspekte der Ergonomie	BGF als Führungsaufgabe	Stressmanagement

Gesundheitszirkel

„Neben der Sensibilisierung der Verantwortlichen und einer seriösen Bedarfsabklärung vorhandener BGF-Strukturen ist der Gesundheitszirkel das zentrale Element in der Analysephase. In allen Pilot-KMU haben sich aufgrund der oft neuen Erfahrung mit dieser Art der Partizipation wertvolle Impulse an die Adresse der Geschäftsleitung ergeben. Im Gegenzug äusserte sich die stärkere Einbindung der Mitarbeitenden durch erhöhte Motivation und Identifikation mit dem Betrieb“ (Kündig 2004, S. 5 f.). Anhand eines von Kündig, Burger und Schlapbach (2004) mitgeteilten Beispiels eines KMU aus dem Maler- und Gipsergewerbe mit 150 Beschäftigten lässt sich der Ablauf eines derartigen Projekts gut nachvollziehen (vgl. Tabelle 8.8)

Tabelle 8.8

BGF-Aktivitäten in einem am Projekt KMU-vital beteiligten Unternehmen
(aus Kündig et al., 2004, S. 2)

Juni 02	Einstiegsworkshop	Geschäftsleitung und Stellvertreter	✓
Juli 02	Managementbefragung	alle Vorgesetzten: Geschäftsleitung, Stellvertreter und Bereichsleiter (22 Personen)	✓
Juli – Okt. 02	1. MitarbeiterInnenbefragung	alle Mitarbeitenden (120 Personen)	✓
Jan. – April 03	Gesundheitszirkel	1 Mitarbeiter, 6 Vorarbeiter, 1 Baustellenleiter und 1 Geschäftsleiter	✓
Feb. / März 03	Präsentation zur gesunden Ernährung (im Rahmen des internen Bildungsbaukastens)	Alle Mitarbeitenden	
Mai 03	Zusammenarbeit im Team	Fachteam malen (12 Personen inkl. Führungskraft)	✓
ab Mai 03	Früchte auf der Baustelle	Alle Mitarbeitenden einer Malerabteilung	
Juni 03	Aspekte der Ergonomie	Geschäftsleitungsmitglied	✓
Juni / Sept. 03	BGF als Führungsaufgabe	Teile der Geschäftsleitung, Abteilungsleiter und Vorarbeiter (12 Personen)	✓
Juni – Okt. 03	Alkoholprävention: Einführung Suchtmittelpolitik und Vorgesetztenschulung	6 Abteilungsleiter	
Nov. 03 – Jan. 04	2. MitarbeiterInnenbefragung	Alle Mitarbeitenden (103 Personen, davon haben 2/3 bereits in der 1. MAB mitgemacht)	✓
Jan. – April 04	Interner Bildungsbaukasten: Umgang mit Stress, sportliche Betätigung, gesund leben, gesunde Ernährung, Spaziergang	Alle Mitarbeitenden und Vorgesetzten (freiwillig)	
Juni 02	Einstiegsworkshop	Geschäftsleitung und Stellvertreter	✓

„Die positiven Erfahrungen mit BGF zeigen sich in der starken Identifikation der Pilot-KMU mit dem Programm“ (Bauer, 2003, S. 1).

Aus einem von Bertschinger (2004) mitgeteilten Projekt in einem Produktionsunternehmen mit rund 350 Beschäftigten gehen noch weitere Einzelheiten und in gewisser Weise typische Ergebnisse hervor (vgl. Kasten 8.10).

Kasten 8.10

*BGF-Vorgehensweisen in einem Produktionsunternehmen
(aus Bertschinger, 2004, S. 12 f.)*

- „Zur gründlichen Erhebung der Gesundheitssituation dienten die Management- und die Mitarbeiter/innen-Befragung. Als grosse Belastungen wurden die Umweltbedingungen am Arbeitsplatz, die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, die ungeplanten Unterbrechungen bei der Arbeit, der hohe Zeitdruck sowie der Mangel an Anerkennung, Wertschätzung und Feedback seitens der Vorgesetzten genannt. Dem stehen als wesentliche Stärken gegenüber: Die verfügbaren Arbeitsmittel, die Vielfalt der Tätigkeiten, die selbständige Vorgehensweise sowie die gegenseitigen Hilfestellungen unter Kolleginnen und Kollegen.
 - Im Auftrag der Geschäftsleitung erarbeitete ein Gesundheitszirkel, bei dem jeweils eine Person eine Abteilung vertrat, aufgrund dieser Daten verschiedene Massnahmen ...
 - Sämtliche Führungskräfte wurden, wie schon bei der Einführung der Rückkehrgespräche, geschult, diesmal während zweier Tage ... unter dem Titel 'Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe'.
 - Zur Evaluation dieses Programms wurde Ende 2003 eine zweite MitarbeiterInnen-Befragung durchgeführt.
-

Ergebnisse

Nach Mitteilung des Autors ist die Krankheitsrate im Laufe des Projekts um 20% gesunken; die größten Verbesserungen ergaben sich nach der Befragung der Mitarbeitenden hinsichtlich der Umweltbedingungen und der Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes. 40% der Befragten berichteten über zum Teil stark verbesserte Freude an der Arbeit, 44% über eine stärkere Verbundenheit mit dem Unternehmen und 78% meinten, dass die Geschäftsleitung es „ernst meint mit der Gesundheitsförderung“. Dass die Wahrnehmung von Wertschätzung und Feedback durch Vorgesetzte sich trotz entsprechender Schulung nicht verbesserte, erscheint aufgrund anderweitiger Erfahrung nicht ungewöhnlich.

8.4 Fazit

Die hier und in früheren Kapiteln mitgeteilten Ergebnisse sowie vielfältige andere Erfahrungen verdeutlichen einmal mehr, dass es sich bei der Etablierung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung häufig um Prozesse der Organisationsentwicklung handelt. Damit bestätigt sich die auf das MTO-Konzept bezogene Feststellung von Oesterreich (1999a, S. 211), „dass auch bei einer gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung nicht bloß einzelne problematische Arbeitsplätze, sondern stets ganze Organisationseinheiten zu gestalten sind“. Zahlreiche Beispiele zeigen, dass dies ohne vorhergehende Analyse der Arbeitsinhalte und ihrer Wirkungen nur mit Einschränkungen möglich ist.

Empfehlungen einer Expertenkommission

Kapitel 9

Auf der Basis einer gemeinsamen Initiative der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung nahm im Jahr 2001 die Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemässen betrieblichen Gesundheitspolitik“ ihre Arbeit auf. In dieser Kommission haben „Fachleute aus Politik, Wirtschaft, Verbänden der Sozialversicherung und der Wissenschaft eng zusammengearbeitet³⁸. Ihr Ziel war es, Anforderungen an eine zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik zu formulieren und entsprechende Reformen anzustossen“ (Expertenkommission, 2004, S. 8). Aus der Arbeit dieser Kommission, die im Frühjahr 2004 abgeschlossen wurde, resultierten insgesamt 14 Empfehlungen, die wegen ihrer Bedeutung und ihres Anregungsgehalts im Folgenden wörtlich wiedergegeben werden (aus Expertenkommission, 2004, S. 26 ff.).

9.1 Empfehlungen der Kommission

9.1.1 Empfehlungen an die Betriebe

Die Kommission empfiehlt:

- den Betrieben eine Aktivierung und Neuausrichtung der betrieblichen Gesundheitspolitik – durch konsequente Verfolgung gesetzlicher Zielvorgaben, durch Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung und durch Etablierung eines in die Betriebsroutinen integrierten Gesundheitsmanagements.
- eine deutliche Erhöhung der Verantwortung und Qualifizierung ihrer Führungskräfte hinsichtlich Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiter, eine entsprechende Weiterbildung auch ihrer Arbeitssystemplaner, Gesundheitsexperten sowie sonstiger Entscheidungsträger und eine stärkere Einbeziehung der gesamten Belegschaft.

³⁸ Der Erstautor des hier vorliegenden Buches war Mitglied der Kommission und möchte den Kolleginnen und Kollegen, insbesondere aber dem Vorsitzenden der Arbeitsgruppe 2, Johannes Siegrist, sowie dem Vorsitzenden der Kommission, Hermann Rappe, und dem wissenschaftlichen Leiter, Bernhard Badura, für ihre Arbeit herzlich danken.

- den Ausbau einer bedarfsgerechten, zukunftsorientierten arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung der Arbeitnehmer auch mit dem Ziel der Gesundheitsförderung. Den Bundesministerien für Wirtschaft und Arbeit und für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger wird empfohlen, dieses Ziel durch entsprechende Maßnahmen zu fördern.

9.1.2 Empfehlungen an die Sozialpartner

Die Kommission empfiehlt:

- der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und dem Deutschen Gewerkschaftsbund gemeinsame Empfehlungen an die Sozialpartner auszusprechen, die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten verstärkt zur Intensivierung betrieblicher Gesundheitspolitik zu nutzen.
- eine nachhaltige Gemeinschaftsinitiative der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände mit allen Sozialversicherungsträgern zur Förderung von Aktivitäten auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitspolitik. Ziel der Initiative sollte auch sein, den Betrieben Anreize für Aktivitäten zu setzen, die über die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben hinausgehen, und hierzu geeignete Finanzierungsmodelle zu entwickeln sowie Instrumente zur Beratung und Qualitätssicherung betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erarbeiten.
- den Verbänden und Sozialleistungsträgern den Ausbau einer standardisierten betrieblichen Gesundheitsberichterstattung und die aktive Unterstützung betrieblicher Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Beschäftigten mit besonderen Gesundheitsrisiken.

9.1.3 Empfehlungen an den Staat

Die Kommission empfiehlt:

- dem Staat (Bund, Länder, Kommunen), durch geeignete Rahmenbedingungen eine verbesserte Umsetzung geltenden Rechts,

inklusive der EU-Regelungen in den Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen, zu befördern sowie darüber hinausgehende Aktivitäten auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitspolitik zu unterstützen. Sie empfiehlt insbesondere die „Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)“ des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit weiter auszubauen in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung und sich dabei an nationalen Gesundheitszielen zu orientieren.

- den Arbeitsschutzbehörden der Länder, in enger Kooperation mit den Sozialpartnern, den Sozialversicherungsträgern sowie kommunalen Einrichtungen und Initiativen den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung regionaler Bündnisse für Gesundheit bei der Arbeit, z. B. in Form „runder Tische“.

9.1.4 Empfehlungen an die überbetrieblichen Akteure

Die Kommission empfiehlt:

- allen Sozialleistungsträgern eine substanzielle Neuausrichtung und Verstärkung ihrer Programmatik und Aktivitäten in Richtung einer aktiven betrieblichen Gesundheitspolitik im Sinne eines neuen Interventionstyps. Hierzu gehört die konsequente Förderung der Koordination und Kooperation zwischen den betrieblichen Akteuren und den außerbetrieblichen Leistungserbringern auch in den Bereichen Kuration und Rehabilitation, z. B. durch eine praxisnahe Kommunikations- und Informationsplattform.
- eine stärkere Regionalisierung in der Betreuung von Klein- und Mittelbetrieben ebenso wie in der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen. Sie empfiehlt den Ländern, Innungen und Kammern eine besondere Unterstützung von Klein- und Mittelbetrieben durch Einrichtung von Kompetenzzentren. Sie empfiehlt den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften sowie den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen die Verknüpfung von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege in ausgewählten Regionen zu erproben und

dabei die betrieblichen Aktivitäten auf diesem Gebiet mit zu berücksichtigen.

- Strukturen, Prozesse und Ergebnisse auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitspolitik verstärkt als Teil des Unternehmenswertes zu sehen und den Nutzen von Investitionen in betriebliche Gesundheitspolitik transparent zu machen.

9.1.5 Empfehlungen an Bildung und Wissenschaft

Die Kommission empfiehlt:

- den öffentlichen Bildungsträgern und den zuständigen staatlichen Stellen dafür Sorge zu tragen, dass Themen zum förderlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit, zu den Rechten und Pflichten im Arbeitsschutz sowie zum betrieblichen Gesundheitsmanagement in angemessenem Umfang in Berufsbildungsordnungen, Curricula und Rahmenpläne integriert werden. In besonderem Maße gefordert sind hierbei die Berufsschulen sowie Hochschulbereiche bei der Ausbildung betrieblicher Führungskräfte.
- die Förderung von Grundlagen- und angewandter Forschung zu betrieblichen Gesundheitspotenzialen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zur Umsetzung und Evaluation innovativer Projekte und Vorgehensweisen.

9.1.6 Empfehlungen an die Hans-Böckler-Stiftung und die Bertelsmann Stiftung

Die Kommission empfiehlt:

- die Gründung eines „Initiativkreises Betriebliche Gesundheitspolitik“ – zur Mediation der Sozialpartner, zur Restrukturierung des Akteursgeflechtes, zur Qualitätsentwicklung und Lösung der Transferprobleme“.

Lessons learned

Kapitel 10

Arbeitsbedingte Erkrankungen sind einerseits ein individuelles und soziales Problem, andererseits aber auch ein betriebs- und volkswirtschaftlicher Kostenfaktor, dessen Größenordnung vielen für relevante Entscheidungen zuständigen Personen nicht bewusst zu sein scheint.

Die betriebliche Auseinandersetzung mit Fragen der Gesundheit beschränkt sich nach wie vor allzu oft auf den betrieblichen Arbeitsschutz, dessen hohe Bedeutung gar nicht in Frage gestellt werden soll. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist aber mehr als Arbeitsschutz und Prävention. Betriebliches Gesundheitsmanagement zielt eben nicht nur auf individuelle – in einer Vielzahl von Fällen zweifellos notwendige – Verhaltensänderungen ab, sondern muss immer auch nach der Notwendigkeit von Veränderungen betrieblicher Abläufe und Strukturen fragen. In den Arbeitswissenschaften besteht jedenfalls weitgehend Einigkeit dahingehend, dass nachhaltige Gesundheitsförderung ohne systematische Berücksichtigung der Arbeitsbedingungen und Arbeitsstrukturen kaum möglich ist.

Damit stellt sich zugleich die Frage nach der für betriebliches Gesundheitsmanagement erforderlichen Professionalität. Offenbar sind in manchen Unternehmen im Zuge des „Downsizing“ auch die Positionen für professionelle Arbeitsgestaltung reduziert, eliminiert oder im Zuge des „Outsourcing“ nach außen verlagert worden. Damit wächst zugleich die Notwendigkeit, auf externe Angebote zurückzugreifen. Bedauerlicherweise ist aber immer wieder festzustellen, dass allzu viele Anbieterinnen und Anbieter, die bei zurückgehender Nachfrage ihre bisherige Beratungstätigkeit neu mit dem Etikett „Gesundheitsförderung“ versehen, kaum über die dafür erforderlichen professionellen Kenntnisse verfügen. Das führt nicht zuletzt dazu, dass die angebotenen Maßnahmen sich nach wie vor weit überwiegend auf Verhaltensmodifikationen konzentrieren, während die tatsächlich erforderliche Veränderung von Verhältnissen im Rahmen der Auseinandersetzung mit arbeitsbedingten Erkrankungen deutlich zu kurz kommt. Vielen Unternehmen mag dies insofern entgegenkommen, als sie – in manchen Fällen durchaus zu Recht – fürchten, mit einer Veränderung der Verhältnisse seien auch Veränderungen der Machtstrukturen verbunden. Dass mit der Verhinderung von Maßnahmen persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung häufig aber zugleich Möglichkeiten

einer Produktivitätsverbesserung verschenkt werden, ist offensichtlich bisher noch immer zu wenig vermittelt worden.

Tatsächlich wird betriebliche Gesundheitsförderung erst aufgrund systematischer Analyse und gegebenenfalls Optimierung der Arbeitsbedingungen zum Gesundheitsmanagement (BGM) und damit zur Managementaufgabe. Das heißt aber auch: Unternehmen müssen Anbieterinnen und Anbieter von BGM-Maßnahmen vermehrt daraufhin überprüfen, ob sie über die für die professionelle Realisierung derartiger Maßnahmen erforderlichen konzeptionellen und methodischen Kenntnisse und Kompetenzen verfügen. Und Ausbildungsinstitutionen müssen dafür Sorge tragen, dass die notwendige Kompetenz zur Verfügung gestellt werden kann.

Schließlich sollte das betriebliche Gesundheitsmanagement als Bestandteil des Unternehmensmanagements und wichtiges Element der „Corporate Social Responsibility“ auch in die Unternehmensbewertung einbezogen werden. In diesem Zusammenhang ist es interessant zu beobachten, dass eine zunehmende Anzahl von Unternehmen dazu übergegangen ist, nicht nur „Abwesenheitsquoten“ durch „Anwesenheitsquoten“ zu ersetzen, sondern diese auch als Maß für die Gesundheit der bei ihnen Beschäftigten auszugeben. Verbesserte Anwesenheitsquoten bedeuten aber nicht notwendigerweise, dass sich die Gesundheit der Beschäftigten in gleicher Weise verbessert hat. Vielmehr könnte in diesem Zusammenhang auch der Präsentismus, d.h. die Anwesenheit trotz Krankheit eine Rolle spielen. Tatsächlich belegen neuere Untersuchungen "ein hohes Ausmaß an Präsentismus in deutschen Unternehmen" (Zok 2008, S. 141). Die Tatsache, dass registrierte Anwesenheit kein hinreichender Beweis für zufrieden stellende Gesundheit ist, wird auch durch vielfältige Alltagserfahrung belegt. Bei der Bewertung von Unternehmen ist dies entsprechend zu berücksichtigen.

Man erinnere sich: schon vor mehr als zwanzig Jahren hat einer der Vizepräsidenten eines international renommierten High-Tech-Unternehmens gefordert, den Kapitaleinsatz für Maschinen, Gebäude etc. als Kosten zu verbuchen, die Aufwendungen für Ausbildung und Qualifizierung von Menschen dagegen als Investitionen. Er war davon überzeugt, dass wir dann mit Menschen – von vielen als ihr „wichtigstes Kapital“ bezeichnet, in Wirklichkeit aber verschleudert – ganz anders umgehen würden. Auch wenn ein solches

Postulat, etwa aus (steuer-)rechtlichen Gründen, nicht ohne weiteres realisierbar erscheint, sollte es uns doch zum Nachdenken anregen.

Um ein Missverständnis zu vermeiden: Mit der Zuschreibung der unternehmerischen Verantwortung für die Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen 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.

Mit diesen Ausführungen wird nicht nach neuen gesetzlichen Regelungen gerufen. Was zu tun ist, kann unter Nutzung der vorhandenen Gesetze von den Unternehmen weitgehend selbst realisiert werden.

Wünschenswert erscheinen allerdings klare Verabredungen der Sozialpartner, die den Unternehmen entsprechende Unterstützung geben können. Für kleine und mittlere Unternehmen könnte die Bildung geeigneter Netzwerkformen mit professioneller Unterstützung hilfreich sein. In jedem Fall aber gilt: Gesundheitsmanagement ist Teil des Unternehmensmanagements und gehört deshalb zum Verantwortungsbereich der Unternehmensleitung. Und: in der Sorge um und für die Gesundheit der Beschäftigten können diese einen Teil jener Wertschätzung erfahren, die viele offensichtlich vermissen, obwohl sie einen Anspruch darauf haben.

Literaturverzeichnis

- Abele, A. E., Stief, M. & Andrä, M. S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 18 (3), 145-151.
- Abholz, H.-H., Hildebrandt, E., Ochs, P., Rosenbrock, R., Spizley, H., Stebani, J. & Wotschak, W. (1981). Von den Grenzen der Ergonomie und den Möglichkeiten der Arbeitswissenschaft. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 35, 193-199.
- Abraham, E. (1993). *Arbeitstätigkeit, Lebenslauf und Pensionierung*. Münster: Waxmann.
- Abraham, E. & Hoefelmayer-Fischer, K. E. (1982). Auswirkungen der früheren Arbeitstätigkeit auf den Ruhestand. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 2, 53-72.
- Adams, J. S. (1963). Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 422-436.
- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 176-299). New York: Academic Press.
- Adenauer, S. (2004). Die (Re-)Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter in den Arbeitsprozess. *Angewandte Arbeitswissenschaft*, 181, 1-18.
- Adler, P., Goldoftas, B. & Levine, D. I. (1997). Ergonomics, employee involvement, and the Toyota Production System: A case study of NUMMI's 1993 model introduction. *Industrial and labor relations Review*, 50, 416-437.
- Aktouf, O. (1985). Wie Manager und Arbeiter sich selbst und einander in Organisationen sehen. *Organisationsentwicklung*, 4 (4), 27-50.
- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15 (5), 296-320.
- Aldana, S. (2004). Maximum Impact. A look at health Promotion's Impact on health status and the bottom Line. A WELCOA Expert Interview. Omaha: Wellness Councils of America.
- Alioth, A. (1980). *Entwicklung und Einführung alternativer Arbeitsformen*. Bern: Huber.
- Alioth, A. (1986). Technik – kein Sachzwang. In W. Duell & F. Frei (Hrsg.), *Arbeit gestalten – Mitarbeiter beteiligen. Eine Heuristik qualifizierender Arbeitsgestaltung* (S. 195-202). Frankfurt/M.: Campus.
- Allmer, H. (1996). *Erholung und Gesundheit: Grundlagen, Ergebnisse und Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe.

- Amelsvoort, L. G. P. M. van, Kant, I. J., Bultmann, U. & Swaen, G. M. H. (2003). Need for recovery after work and the subsequent risk of cardiovascular disease in a working population. *Occupational & Environmental Medicine*, 60, 83-87.
- Antczak, J. (1991). „Volvo“-Konzept der Berliner Bank AG. *Banking & Finance*, 4, 36-38.
- Antoni, C. H. (Hrsg.). (1994). *Gruppenarbeit in Unternehmen. Konzepte, Erfahrungen, Perspektiven*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Antoni, C. H. (1999). Konzepte der Mitarbeiterbeteiligung: Delegation und Partizipation. In C. Graf Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 569-583). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Appels, A., Falger, P. R. J. & Schouten, E. G. W. (1993). Vital exhaustion as risk indicator for myocardial infarction in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (8), 881-890.
- Appels, A. & Mulder, P. (1989). Fatigue and heart disease. The association between vital exhaustion and past, present and future coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (6), 727-738.
- Applebaum, E. & Blatt, R. (1994). *The New American Workplace*. Ithaka: IRL Press.
- Atkinson, A. A., Waterhouse, J. H. & Wells, R. B. (1997). A stakeholder approach to strategic performance measurement. *Sloan Management Review*, 25-37.
- Aust, B. & Ducki, A. (2004). Comprehensive health promotion interventions at the workplace: experiences with health circles in Germany. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9 (3), 258-270.
- Badura, B. (1992). Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung, Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 43-52). Köln: GwG Verlag.
- Badura, B. (2001). Evaluation und Qualitätsentwicklung betrieblichen Gesundheitsmanagements. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement* (S. 145-159). Berlin: Springer.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (Hrsg.). (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer.
- Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: edition sigma.
- Baitsch, C. (1985). *Kompetenzentwicklung und partizipative Arbeitsgestaltung*. Europäische Hochschulschriften. Reihe VI, Psychologie, Band 162. Frankfurt/M.: Lang.

- Baitsch, C. (1986b). Methoden zur Beteiligung von Arbeitnehmern. In W. Duell & F. Frei (Hrsg.), *Arbeit gestalten – Mitarbeit beteiligen. Eine Heuristik qualifizierender Arbeitsgestaltung* (S. 97-117). Frankfurt/M.: Campus.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J. & Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 884-891.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P. M., van der Hulst, R. & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress, & Coping*, 13, 247-268.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W. & Dierendonck, D. van (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.). (1998). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte*. Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Bamberg, E. & Metz, A.-M. (1998). Intervention. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 177-209). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barnett, R. S. & Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family. *American Psychologist*, 56, 781-796.
- Barth, H. R., Muster, M., Udriș, I. & Ulich, E. (1980). *Arbeits- und sozialpsychologische Untersuchungen von Arbeitsstrukturen im Bereich der Aggregatfertigung der Volkswagen AG. BMFT– Forschungsberichte HA-80-016 und HA-80-017*.
- Bauer, G. (2003). Editorial. *Programm-News. KMU-vital. Nr.5*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bauer, G. & Schmid, M. (Hrsg.) (2008). *KMU-vital. Ein webbasiertes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation* (Hrsg. E. Ulich), Band 40. Zürich: vdf Hochschulverlag
- Baumann, U., Humer, K., Lettner, K. & Thiele, C. (1998). Die Vielschichtigkeit von sozialer Unterstützung. In S. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Baumann, U. & Laireiter, A. (1995). Individualdiagnostik interpersoneller Beziehungen. In K. Pawlik & M. M. Amelang (Hrsg.), *Grundlagen und*

- Methoden der Differentiellen Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie: Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Band 1 (S. 609-643). Göttingen: Hogrefe.
- Bärtsch, B. & Rössler, W. (2008). Supported Employment. Der Weg zurück in den ersten Arbeitsmarkt. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie. Verfügbar unter: <https://www.unizh.ch/puk-west/de/aktuell/resultate.pdf> (18.7.2008).
- Becker, P. (1986). Theoretischer Rahmen. In P. Becker & B. Minsel (Hrsg.), *Psychologie der seelischen Gesundheit II* (S. 1-90). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung, Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 91-107). Köln: GwG Verlag.
- Becker, P. (2001). Modelle der Gesundheit – Ansätze der Gesundheitsförderung. In S. Höfling & O. Gieseke (Hrsg.), *Gesundheitsoffensive Prävention – Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik* (S. 41-53). München: Redaktion Politische Studien, Hanns-Seidel-Stiftung e.V. Atwerb-Verlag KG.
- Bellwinkel, M. & Jacques, D. (2000). Erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalyse. In A. Schröer (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter* (S. 55-66). Essen: BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- Behrend, C. (2005). Demografischer Wandel und Konsequenzen für die betriebliche Personalpolitik. In T. Schott (Hrsg.), *Eingliedern statt ausmustern. Möglichkeiten und Strategien zur Sicherung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer* (S.23-37). Weinheim: Juventa.
- Benders, J., Huijgen, F., Pekruhl, U. & O'Kelly, K. (1999). *Useful but unused – Group work in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1998). Was hält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*; Bd. 6).
- Berggren, C. (1991). *Von Ford zu Volvo. Automobilherstellung in Schweden*. Berlin: Springer.
- Berggren, C. (1993). *Volvo Uddevalla – a dream plant for dealers? An evaluation of the economic performance of Volvo's unique assembly plant 1989 – 1992*. Stockholm: Royal Institute of Technology, Department of Work Science.
- Bergmann, B., Eisfeldt, D., Prescher, C. & Seeringer, C. (2006). Innovationen – eine Bestandsaufnahme bei Erwerbstätigen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 60, 17-26.

- Bernard, H. (2005). Lernen am Arbeitsplatz fördern – wie geht das ? In Bericht über den 51. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft 'Personalmanagement und Arbeitsgestaltung (S. 97 -100). Dortmund: GfA-Press
- Bernhard, M. G. (2003). Strategieumsetzung durch Balanced Scorecard: Kennzahlensysteme entwickeln und Managementprozesse steuern. In M. G. Bernhard & S. Hoffschröer (Hrsg.), Report Balanced Scorecard: Strategien umsetzen, Prozesse steuern, Kennzahlensysteme entwickeln (3. überarb. Aufl.) (S. 10-34). Düsseldorf: Symposion.
- Bernhard, M. G. & Hoffschröer, S. (Hrsg.). (2003). Report Balanced Scorecard: Strategien umsetzen, Prozesse steuern, Kennzahlensysteme entwickeln (3. überarb. Aufl.). Düsseldorf: Symposion.
- Bertalanffy, L. von (1950). The theory of open systems in physics and biology. *Science*, 111, 23-29.
- Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). (2004). Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bertschinger, Ch. (2004). Betriebliche Gesundheitsförderung bei Umstrukturierungen. Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, Nr. 15, S. 11-13.
- Beruf und Familie gGmbH. (2003). Audit Beruf und Familie. Frankfurt/M.: Beruf und Familie gemeinnützige GmbH.
- Bettelheim, B. (1987). Ein Leben für Kinder: Erziehung in unserer Zeit (4. Aufl.). Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt.
- Bierhoff, H.-W. (1992). Prozedurale Gerechtigkeit: Das Wie und Warum der Fairness. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23, 163-178.
- BKK Bundesverband / Europäisches Informationszentrum (Hrsg.). (1999a). Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.). (1999b). Möglichkeiten der Wirtschaftlichkeitsanalyse für Massnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Essen: BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- BKK Bundesverband (Hrsg.). (2001a). Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen. Europäischer Lagebericht. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (Hrsg.). (2001b). Kriterien und Beispiele guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (Hrsg.). (2001c). Empfehlungen für künftige Strategien zur Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung. Essen: BKK Bundesverband.

- BKK Bundesverband (2005). Betrieblicher Gesundheitsbericht. Verfügbar unter: <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,50,nodeid,50,p,0.html> (8.8.2005).
- Blau, P. (1964). *Exchange and Power in Social Life*. New York: Wiley.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Routledge.
- Bloch, M. (2007). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit als Rahmenkonzept für Leistungen in der Behindertenhilfe. Verfügbar unter: <http://www.insos.ch/de/dok/Projekte/Das%20Konzept%20der%20Funktionalen%20Gesundheit%20als%20Rahmenkonzept%2002.pdf> (18.7.2007).
- Bloch, F. S. & Prins, R. (2001). Who returns to work and why? *International Social Security Series, Volume 5*. New Brunswick (USA) and London: Transaction Publishers.
- Blum, M. L. & Naylor, J. C. (1968). *Industrial Psychology*. New York: Harper & Row.
- Blumberg, M. (1988). Towards a new theory of job design. In W. Karwowski, H. R. Parsaei & M. R. Wilhelm (Eds.), *Ergonomics of Hybrid Automated Systems I* (S. 53-59). Amsterdam: Elsevier.
- Blumenfeld, W. (1932). Über die Fraktionierung der Arbeit und ihre Beziehung zur Theorie der Handlung. In *Bericht über den XII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie* (S. 291-294). Jena 1932.
- Bödeker, W., Friedel, H., Röttger, C. & Schröer, A. (2002). Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – Forschung – Fb 946. Dortmund/Berlin: BauA.
- Borg, V., Kristensen, T. S. & Burr, H. (2000). Work environment and changes in self-rated health: A five year follow-up study. *Stress Medicine*, 16 (1), 37-47.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Bosch, G. (2000). Neue Lernkulturen und Arbeitnehmerinteressen. In *Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungsmanagement (Hrsg.), Kompetenzentwicklung 2000* (S. 227-270). Münster: Waxmann.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88 (1), 68-74.
- Boucsein, W. & Thum, M. (1997). Design of work/rest schedules for computer work based on psychophysiological recovery measures. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 20, 51-57.
- Boy, J., Dudek, C. & Kuschel, S. (1994). *Projektmanagement. Grundlagen, Methoden und Techniken, Zusammenhänge*. Offenbach: Gabal.
- Brandenburg, U. (1999). Rechnen sich Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung für das Unternehmen. In A. Schröer (Hrsg.), *Blickpunkt Krankenstand – Wettbewerbsvorteil Gesundheitsförderung. Modelle und Praxiserfahrungen* (S. 71-84). Essen: BKK Bundesverband.

- Brandenburg, U. (2004). Fallstudie zum Gesundheitsmanagement aus der Automobilindustrie – Die Volkswagen AG. In M. Meifert & M. Kesting (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S. 305-318). Berlin: Springer.
- Brandenburg, U. & Freiboth, M. (2002). Gruppenarbeit bei der Produktion von Kraftfahrzeugen. In J. Konietzko & H. Dupuis (Hrsg.), *Handbuch der Arbeitsmedizin*, 31. Ergänzungslieferung (S. 1-29). Landsberg: Ecomed.
- Brandenburg, U. & Nieder, P. (2003). Betriebliches Fehlzeiten-Management. Anwesenheit der Mitarbeiter erhöhen. Instrumente und Praxisbeispiele. Wiesbaden: Gabler.
- Brandenburg, U. & Nieder, P. (2008). Betriebliches Fehlzeiten-Management. Anwesenheit der Mitarbeiter erhöhen. Instrumente und Praxisbeispiele (2. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Brater, M. & Büchele, U. (1993). Entwicklungsschritte für Gruppenarbeit in der Mengensachbearbeitung. Ein Leitfaden am Beispiel des Inlandzahlungsverkehrs der Vereins- und Westbank Hamburg. München: Rainer Hampp.
- Breucker, G. (1999). Wirksamkeit und Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung: Ergebnisse des europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung. In Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), *Komplexe Arbeitssysteme – Herausforderung für Analyse und Gestaltung* (S. 189-192). Dortmund: GfA-Press.
- Breucker, G. (Ed.). (2000). *Towards better health at work. Successful European strategies*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Breucker, G. (2001). Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, (S. 127-144). Weinheim: Juventa.
- Breucker, G. (2004a). National forums for workplace health promotion. Final report presented by the ENWHP Secretariat/BKK Federal Association. Essen: BKK Bundesverband.
- Breucker, G. (2004b). National WHP forums. Developing partnership for WHP at national level, paper presented at the 4th European Conference on Promoting Workplace Health in Europe. 14th and 15th of June, Dublin.
- Breucker, G. & Schröer, A. (1999). Blickpunkt Krankenstand – Wettbewerbsvorteil Gesundheitsförderung. In A. Schröer (Hrsg.), *Blickpunkt Krankenstand – Wettbewerbsvorteil Gesundheitsförderung. Modelle und Praxiserfahrungen* (S. 1-39). Essen: BKK Bundesverband.
- Breucker, G. & Sochert, R. (2001). Klein, gesund und wettbewerbsfähig. Der Beitrag betrieblicher Gesundheitsförderung zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in Klein- und Mittelunternehmen (KMU).

- In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), Effektive betriebliche Gesundheitsförderung (S. 213-227). München: Juventa.
- Brödner, P. (2001). Macht Arbeit wieder krank? Flexibilität und nachhaltige Gestaltung von Arbeit. Verfügbar unter: http://www.iatg.de/personal/ps/broedner/download_pb_d.html.
- Bruggemann, A. (1974). Zur Unterscheidung verschiedener Formen von „Arbeitszufriedenheit“. *Arbeit und Leistung*, 28, 281-284.
- Bruggemann, A. (1979). Erfahrungen mit wichtigen Variablen und einigen Effekten beruflicher Sozialisation in einem Projekt zur „Humanisierung des Arbeitslebens“. In P. Groskurth (Hrsg.), *Arbeit und Persönlichkeit* (S. 146-175). Reinbeck: Rowohlt.
- Bruggemann, A. (1980). Zur Entwicklung von Einstellungen und sozialem Verhalten in den untersuchten teilautonomen Gruppen. *BMFT-Forschungsbericht HA 80-018*.
- Bruggemann, A., Groskurth, P. & Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit. Schriften zur Arbeitspsychologie* (Hrsg. E. Ulich), Band 17. Bern: Huber.
- Bueren, H. (2002). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Frankfurt/M.: Bund-Verlag.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAUA. (2001). *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen*. Kurzmitteilung vom 26.9.2001.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAUA. (2003). *Gesundheitsschutz in Zahlen 2001*. Dortmund: BAUA.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2007). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2005*. Verfügbar unter http://www.baua.de/nn_5846/sid_002DA686AAA635E17E6E39FAEAFB C528/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/pdf/Kosten-2005.pdf [24.03.2008].
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2003). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen*. Frankfurt am Main: BAR.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2003). *Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Massnahmen*. Bonn: BMFSFJ.
- Bungard, W. & Jöns, I. (1997). Gruppenarbeit in Deutschland – Eine Zwischenbilanz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 41, 104-119.
- Busch, C., Huber, E. & Themessl, M. (1998). Zum Stand betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 445-453). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Büssing, A. (1992). *Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Untersuchungen am Beispiel der Pflgetätigkeit*. Bern: Huber.

- Büssing, A. (1998). Teleworking and quality of life. In P. Jackson & J. van der Wielen (Eds.), *From telecommuting to the virtual organisation* (pp. 78-97). London: Routledge.
- Büssing, A. (1999). Telearbeit. In C. Graf Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 225-236). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Büssing, A. & Aumann, S. (1996). Telearbeit aus arbeitspsychologischer Sicht. Untersuchung von Telearbeit anhand von Kriterien humaner Arbeit. *Arbeit*, 5, 133-153.
- Büssing, A. & Aumann, S. (1997). Telezentren – die bessere Form der Telearbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 51, 240-250.
- Büssing, A. & Broome, P. (1999). Telearbeit. Zeitflexibel in die Informationsgesellschaft. In A. Büssing & H. Seifert (Hrsg.), *Die „Stechuhr“ hat ausgedient* (S. 99-126). Berlin: edition sigma.
- Büssing, A., Drodofsky, A. & Hegendörfer, K. (2003). Telearbeit und Qualität des Arbeitslebens - Ein Leitfaden zur Analyse, Bewertung und Gestaltung. Göttingen: Hogrefe.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1998a). Arbeitszeit und neue Organisations- und Beschäftigungsformen: Zum Spannungsverhältnis von Flexibilität und Autonomie. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 31(3), 585-598.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1998b). Managerial stress and burnout. A collaborative international study (CISMS). Die deutsche Untersuchung. *Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie Nr. 44*. München: Technische Universität.
- Büssing, A. & Glaser, J. (2003). Arbeitsbelastungen, Burnout und Interaktionsstress im Zuge der Reorganisation des Pflegesystems. In A. Büssing & J. Glaser (Hrsg.), *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus* (S. 101-130). Göttingen: Hogrefe.
- Büssing, A. & Schmitt, S. (1998). Arbeitsbelastungen als Bedingungen von Emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation im Burnoutprozess. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 42 (2), 76-88.
- Calnan, M., Wainwright, D. & Almond, S. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and mental distress: A study of occupations in general medical practice. *Work & Stress*, 14 (4), 297-311.
- Campbell Clark, S. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human Relations*, 53, 747-770.
- Campbell-Jamison, F., Worrall, L. & Cooper, C. L. (2001). Downsizing in Britain and its effects on survivors and their organizations. *Anxiety, Stress and Coping, an International Journal*, 13 (4), 35-58.
- Carter, A. J. & West, M. A. (1999). Sharing the burden: Teamwork in health care settings. In R. Payne & J. Firth-Cozens (Eds.), *Stress in Health Professionals* (S. 191-202). Chichester: Wiley.

- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- CCall (2001). Call Center auf dem arbeitspsychologischen Prüfstand. Teil 1: Verfahren, Tätigkeitsmerkmale und erste Ergebnisse zur psychischen Belastung. CCall-Report 3. Hamburg: Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
- Champy, J. (1995). *Reengineering management: The mandate for a new leadership*. New York: Harper & Row.
- Chapman, L. S. (2005). Meta-evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. 2005 Update. *The Art of Health Promotion*, Juli/August, 1-11.
- Cohen, S. & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the Investigation of Psychological Stress* (pp. 235-283). New York: Wiley.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen-Charash, Y. & Spector, P. E. (2001). The role of justice in organizations: A meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86 (2), 278-321.
- Colquitt, J. A., Conlon, D. E., Wesson, M. J., Porter, C. O. L. H. & Yee Ng, K. (2001). Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of Organizational Justice Research, *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 425-445.
- Conecta (2004). Vermittlung zwischen Projekt- und Linienorganisation. Verfügbar unter: <http://www.conecta.com/deutsch/angebote/projektmanagement.html> (21.4.2004).
- Conrad, H. (1992). Erfahrungen der Berliner Bank mit teilautonomen Teams. Interner Bericht. Zürich: Institut für Arbeitspsychologie der ETH.
- Conrad, H. & Kistler, H. (1994). Umfassende Betreuung von Bankkunden dank vielseitigen Mitarbeitern. *io Management*, 63 (3), 25-29.
- Cook, T. D. & Campell, D. T. (1990). Quasi experimentation. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 491-576). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Cooper, C. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research and applications*. London: Sage.
- Croon, E. M. de, Sluiter, J. K. & Frings-Dresen, M. H. W. (2003). Need for recovery after work predicts sickness absence. A 2-year prospective cohort study in truck drivers. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 331-339.

- Cropanzano, R. & Greenberg, J. (1997). Progress in organizational justice: Tunnelling through the maze. In C. Cooper & I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 317-372). New York: Wiley.
- Cropley, M. & Purvis, L. J. M. (2003). Job strain and rumination about work issues during leisure time: A diary study. *European Journal of Work & Organizational Psychology*, 12 (3), 195-213.
- Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R. & Huxley, P. (2001). Helping People with Severe Mental Illness to Obtain Work: A Systematic Review. *British Medical Journal*, 322, 204-208.
- Csikszentmihalyi, M. (1993). *The evolving self: A psychology for the third millennium*. New York: Harper Collins.
- Czaja, S. J. (1987). Human factors in office automation. In G. Salvendy (Ed.), *Handbook of Human Factors* (pp. 1587-1616). New York: Wiley.
- Dababneh, A. J., Swanson, N. & Shell, R. L. (2001). Impact of added rest breaks on the productivity and well being of workers. *Ergonomics*, 44, 164-174.
- Dahrendorf, R. (1992). *Der moderne soziale Konflikt*. München: Piper.
- Daniels, K. & Guppy, A. (1994). Occupational stress, social support, job control, and psychological well-being. *Human Relations*, 47 (12), 1523-1544.
- Debitz, U. & Schulze, F. (2002). Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung. In P. Richter & U. Debitz (Hrsg.), *Tagungsband zum III. Arbeits- und Organisationspsychologischen Workshop der Technischen Universität Dresden „Effektive Organisation im Call Center“* (S. 11-41). Dresden: Technische Universität.
- Degener, M. (2004). *Unternehmenserfolg und soziale Verantwortung*. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.
- Demerouti, E. & Nachreiner, F. (1998). Zur Spezifität von Burnout für Dienstleistungsberufe: Fakt oder Artefakt. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 52 (2), 82-89.
- Demmer, B., Gohde, H.-E. & Kötter, W. (1991). Komplettbearbeitung in eigener Regie. *Technische Rundschau*, 83 (4), 18-26.
- De Rijk, A. E., le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B. & Jonge, J. de (1998). Coping and need for control as moderators of the job demand-control model: Effects on burnout. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 1-18.
- Derr, D. (1995). *Fehlzeiten im Betrieb*. Köln: Wirtschaftsverlag Bachem.
- Deutsches Institut für Normung. (2000). *DIN EN ISO 10075-1, Ausgabe: 2000-11. Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelas-*

- tung – Teil 1: Allgemeines und Begriffe (ISO 10075:1991); Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2000.
- Deutsches Institut für Normung: DIN EN 614-2 (2000). Sicherheit von Maschinen – Ergonomische Gestaltungsgrundsätze, Teil 2: Wechselwirkungen zwischen der Gestaltung von Maschinen und den Arbeitsaufgaben. Berlin: Beuth.
- Diefenbach, T. & Vordank, T. (2003). Intangible assets und betriebliches Controlling. Beitrag zur Tagung „Nachhaltigkeit von Arbeit und Rationalisierung“ vom 23. bis 24. Januar 2003. Chemnitz: Technische Universität.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Dietrich, B. & Rehder, M. (2003). Besser Strategien Entwickeln und Kontrollieren – Die Balanced Scorecard (BSC) als Instrument zur Implementierung der Gesundheitsförderung (HPH-Strategie) im Krankenhaus. In 8. Nationale Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Konferenzdokumentation (S. 103-104).
- Dietscher, Ch., Krajic, K., Stidl, T. & Pelikan, J. M. (2003). Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.
- Dittmann, A., Müller, H.-J. & Schröder-Kamprad, T. (2003). Gesundheit als Wettbewerbsfaktor. Strategien zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Chancen des demographischen Wandels für die Personalpolitik, Fehlzeitenmanagement. Hamburg: Landesunfallkasse Freie und Hansestadt Hamburg.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley.
- Domenighetti, G., D'Avanzo, B. & Bisig, B. (2000). Health effects of job insecurity among employees in the Swiss general population. *International Journal of Health Services*, 30, 477-490.
- Dooner, B. (1996). Looking back on a decade of progress: Workplace health promotion in Canada. In G. Breucker & A. Schröer (Eds.), *International experiences in workplace health promotion* (pp. 25-39). Essen: BKK Bundesverband.
- Dormann, C. & Zapf, D. (1999). Social support, social stressors at work, and depressive symptoms: Testing for main and moderating effects with structural equations in a three wave longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 84, 874-884.

- Dormann, C., Zapf, D. & Isic, A. (2002). Emotionale Anforderungen und ihre Konsequenzen bei Call Center-Arbeitsplätzen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 46, 201-215.
- Drupp, M. & Osterholz, U. (1997). Prospektiver Beitragsbonus. *DOK*, 6-7, 186-191.
- Drupp, M. & Osterholz, U. (2001). In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, (S. 145-160). Weinheim: Juventa.
- Ducki, A. (1998). Allgemeine Prozessmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 135-143). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Ducki, A. (2000). Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. *Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation* (Hrsg. E. Ulich), Band 25. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit – ein „arbeitspsychologischer Baustein“ zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, 184-189.
- Duell, W. & Frei, F. (1986). *Arbeit gestalten – Mitarbeiter beteiligen. Eine Heuristik qualifizierender Arbeitsgestaltung* (S. 97-117). Frankfurt/M.: Campus.
- Duell, W & Frei, F. (1986). *Leitfaden für qualifizierende Arbeitsgestaltung*. Köln: TÜV Rheinland.
- Dumke, A. (2008). *Stress im Call Center. Eine stressbezogene Arbeitsanalyse*. Saarbrücken: VDM
- Dunckel, H. (1985). *Mehrfachbelastungen am Arbeitsplatz und psychosoziale Gesundheit*. Frankfurt/M.: Lang.
- Dunckel, H. (1991). Mehrfachbelastung und psychosoziale Gesundheit. In S. Greif, N. Semmer & E. Bamberg (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 154-167). Göttingen: Hogrefe.
- Dunckel, H. (Hrsg.). (1999). *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. *Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation* (Hrsg. E. Ulich), Bd. 14. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Dunckel, H. & Pleiss, C. (Hrsg.) (2007). *Kontrastive Aufgabenanalyse. Grundlagen, Entwicklungen und Anwendungserfahrungen*. *Schriftenreihe Mensch – Technik – Organisation*, Band 41 (Hrsg. E. Ulich). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Dunckel, H. & Resch, M. (2004). *Arbeitsbezogene psychische Belastungen*. In G. Steffgen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 37 – 61). Göttingen: Hogrefe.
- Dunckel, H., Volpert, W., Zölch, M., Kreutner, U., Pleiss, C., Hennes, K., Oesterreich, R. & Resch, M. (1993): *Kontrastive Aufgabenanalyse im Bü-*

- ro. Der KABA-Leitfaden. Grundlagen und Manual. Zürich: vdf Hochschulverlag AG; Stuttgart: Teuber.
- Dürrenberger, G. & Jaeger, C. (1993). Dezentrale Arbeitsplätze – eine Investition in Basels Zukunft. Basel: Helbing und Lichtenhahn.
- Durst, A. (1993). Bedienen zwischen dienen und verdienen. Bielefeld: Kleine.
- Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement (2005). Betriebswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse familienfreundlicher Unternehmenspolitik. Bern: EVD
- Emery, F. E. (1959). Characteristics of socio-technical systems. Tavistock Institute of Human Relations, Document No. 527.
- Emery, F. E. & Thorsrud, E. (1982). Industrielle Demokratie. Schriften zur Arbeitspsychologie (Hrsg. E. Ulich), Band 25. Bern: Huber.
- Emery, F. E. & Trist, E. L. (1960). Socio-technical systems. In C. W. Churchman & M. Verhulst (Eds.), Management science, models and techniques, Vol. 2 (pp. 83–97). Oxford: Pergamon.
- Enterprise for Health (EfH). (2002). Partnerschaftliche Unternehmenskultur und Betriebliche Gesundheitspolitik, Nr. 4. Essen: BKK, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Etzion, D. (2003). Annual vacation: Duration of relief from job stressors and burnout. *Anxiety, Stress and Coping*, 16 (2), 213-226.
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung ENBGF. (2001). Lissabonner Erklärung zur Gesundheit am Arbeitsplatz in KMU. Essen: BKK, Luzern: Suva.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). Managing musculoskeletal disorders. Dublin: Eurofound.
- European Network Workplace Health Promotion (ENWHP). (2001). Statement of the European Network Health Promotion (ENWHP) to the EC's communication on the health strategy and the proposal for adopting a programme of community action in the field of public health. *WHP-Net-News*, 8, 3-4.
- Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung. (2004). Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Faltermaier, T. (1999). Subjektorientierte Gesundheitsförderung: Zur Konzeption einer salutogenetischen Praxis. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 27-52). Tübingen: dvgt-Verlag.
- Ferber, C. von. (1994). Fehlzeiten und Krankenstand – Forschungsansätze und offene Fragen. *Arbeit*, 1 (3), 40-66.
- Fischer, L. (1989). Strukturen der Arbeitszufriedenheit. Göttingen: Hogrefe.
- Frank, M. & Jahnel, U. (2003). Konzeptlosigkeit macht krank: Neue Wege im Patientenmanagement als Chance! Lösungsansätze am Beispiel des Caritas-Krankenhauses St. Josef Regensburg. In 8. Nationale Konferenz des

- Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Konferenzdokumentation (S. 12-14).
- Franke, A. (2000). Das Konzept der Salutogenese. In M. Kastner & J. Vogt (Hrsg.), *Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung* (S. 147-165). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Frankenhaeuser, M. & Gardell, B. (1976). Underload and overload in working life: Outline of a multidisciplinary approach. *Journal of Human Stress*, 2, 35-46.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrikson, M., Melin, B., Tuomisto, M., Myrsten, A.-L., Hedman, M., Bergman-Losman, B. & Wallin, L. (1989). Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 321-346.
- Frei, F. (1993). Partizipation und Selbstregulation bei CIM: das „Baugruppenprojekt“ bei Alcatel STR. In G. Cyranek & E. Ulich (Hrsg.), *CIM – Herausforderung an Mensch, Technik, Organisation* (S. 321-338). Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 1. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Frei, F., Hugentobler, M., Alioth, A., Duell, W. & Ruch, L. (1993). *Die kompetente Organisation*. Zürich: Verlag der Fachvereine, Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Freitag, M. (1998). Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrgesundheit. München: Juventa.
- Frerichs, F. (1998). *Älterwerden im Betrieb. Beschäftigungschancen und -risiken im demografischen Wandel*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Frese, M. (1977). *Psychische Störungen bei Arbeitern*. Salzburg: Müller.
- Frese, M. (1978). *Partialisierte Handlung und Kontrolle: Zwei Themen der industriellen Psychopathologie*. In M. Frese, S. Greif & N. Semmer (Hrsg.), *Industrielle Psychopathologie* (S. 159-183). Schriften zur Arbeitspsychologie (Hrsg. E. Ulich), Band 23. Bern: Huber.
- Frese, M. (1990). *Arbeit und Emotion – ein Essay*. In F. Frei & I. Udris (Hrsg.), *Das Bild der Arbeit* (S. 285-301). Bern: Huber.
- Frese, M. (1999). Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 179-192.
- Frey, D., Kumpf, M., Ochsmann, R., Rost-Schaude, E. & Sauer, C. (1977). *Theorie der kognitiven Kontrolle*. Bericht über den 30. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Band 1 (S. 105-107). Göttingen: Hogrefe.
- Frey, B. S. & Osterloh, M. (2000). *Managing Motivation. Wie Sie die neue Motivationsforschung für Ihr Unternehmen nutzen können*. Wiesbaden: Gabler.
- Friczewski, F. (1994). *Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung: Der „Berliner Ansatz“*. In G. Westermayer & B. Bähr

- (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitszirkel (S. 14-24). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Friczewski, F., Brandenburg, U., Jenewein, R., Lieneke, A., Schiwon-Spiess, L. & Westermayer, G. (1990). Betriebliche Gesundheitszirkel als Instrument für den Abbau von gesundheitsschädlichem Stress am Arbeitsplatz. In U. Brandenburg, U. Kollmeier, K. Kuhn, B. Marshall & P. Oehlke (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb (S. 290-314). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Friedmann, G. (1952). Der Mensch in der mechanisierten Produktion. Köln: Bund-Verlag.
- Frieling, E. (1988). Workshop „Arbeits- und Organisationspsychologische Aspekte neuer Technologien“. In K. Zink (Hrsg.), Arbeitswissenschaft und neue Technologien (S. 141-144). Eschborn: Rationalisierungs-Kuratorium der Deutschen Wirtschaft.
- Frieling, E. (1997). Automobil-Montage in Europa. Frankfurt/M.: Campus.
- Frieling, E. (1999a). Arbeitsanalyse und Arbeitsgestaltung. In C. Graf Hoyos & D. Frey (Hrsg.), Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch (S. 468-487). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Frieling, E. (1999b). TAI: Tätigkeits-Analyse-Inventar. In H. Dunkel (Hrsg.), Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren (S. 495-514). Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 14. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Frieling, E. und Arbeitsgruppe (2004). Wandel der Arbeitswelt. Handlungsbedarf und Massnahmen zur Förderung der betrieblichen Gesundheitspolitik. In Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Frieling, E., Bernard, H., Bigalk, D. & Müller, R. F. (2006). Lernen durch Arbeit. Entwicklung eines Verfahrens zur Bestimmung der Lernmöglichkeiten am Arbeitsplatz. Münster: Waxmann.
- Frieling, E., Facaoaru, C., Benedix, J., Pfaus, H. & Sonntag, K. (1993). TAI: Tätigkeitsanalyseinventar. Landsberg: Ecomed.
- Frieling, E. & Freiboth, M. (1997). Klassifikation von Gruppenarbeit und Auswirkungen auf subjektive und objektive Merkmale der Arbeit. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 41, 120-130.
- Frieling, E. & Sonntag, K. (1999). Lehrbuch Arbeitspsychologie (2. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Fritz, S. (2005). Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen. (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 38. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Fromm, Ch. & Pröll, U. (1998). ArGU!ment – ein regionales Modellprojekt zur Weiterbildung und Betriebsberatung im Arbeits- und Gesundheitsschutz des Handwerks. In U. Pröll (Hrsg.), Arbeit und Gesundheit im

- Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen. Beiträge aus der Forschung, Band 104 (S. 75-85). Dortmund: Sozialforschungsstelle.
- Fromm, Ch. & Pröll, U. (2000). Zur sozialen Konstitution von Gesundheit und Sicherheit in Kleinbetrieben. In U. Brandenburg, P. Nieder & B. Susen (Hrsg.), Gesundheitsmanagement im Unternehmen (S. 221-235). Weinheim: Juventa.
- Fydrich, T. & Sommer, G. (2003). Diagnostik sozialer Unterstützung. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe.
- Galinsky, T. L., Swanson, N. G., Sauter, S. L., Hurrell, J. J. & Schleifer, L. M. (2000). A field study of supplementary rest breaks for data-entry operators. *Ergonomics*, 43, 622-638.
- Garhammer, M. (1997). Teleheimarbeit und Telecommuting: ein deutsch-amerikanischer Vergleich über kulturelle Bedingungen und soziale Auswirkungen einer neuen Arbeitsform. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 51, 232-239.
- Gebert, D. & Rosenstiel, L. von. (1981). Organisationspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gerlmaier, A., Böcker, M. & Kastner, M. (2001). Betriebliches Belastungs- und Ressourcenmanagement im Call Center – Ein Ansatz der Organisationsentwicklung. In M. Kastner, K. Kipfmüller, W. Quaas, Kh. Sonntag & R. Wieland (Hrsg.), Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft (S. 303-326). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Gesamtmittel. (1989). Mensch und Arbeit. Köln: edition agrippa.
- Giarini, O. & Liedtke, P. M. (1998). Wie wir arbeiten werden. Der neue Bericht an den Club of Rome. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Gieseke, (2005). Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Ein Modellprojekt der AOK Bayern. In O. Meggeneder, K. Pelster & R. Sochert (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen (S. 51-60). Bern: Huber
- Glaser, W. R. & Glaser, M. (1995). Telearbeit in der Praxis. Psychologische Erfahrungen mit ausserbetrieblichen Arbeitsstätten bei der IBM Deutschland. Berlin: Luchterhand.
- Glass, D. & Singer, J. E. (1972). Urban Stress. New York: Academic Press.
- Glissmann, W. (2000). Ökonomisierung der „Ressource Ich“ – Die Instrumentalisierung des Denkens in der neuen Arbeitsorganisation. Denkanstöße – IG Metall in der IBM, Mai, 5-24.
- Glissmann, W. (2001a). Mechanismen sozialer Ausgrenzung. In W. Glissmann & K. Peters (Hrsg.), Mehr Druck durch mehr Freiheit. Die neue Autonomie in der Arbeit und ihre paradoxen Folgen (S. 60-80). Hamburg: VSA.

- Glissmann, W. (2001b). Ökonomik der Masslosigkeit. In W. Glissmann & K. Peters (Hrsg.), *Mehr Druck durch mehr Freiheit. Die neue Autonomie in der Arbeit und ihre paradoxen Folgen* (S. 129-142). Hamburg: VSA.
- Glissmann, W. & Peters, K. (2001). *Mehr Druck durch mehr Freiheit. Die neue Autonomie in der Arbeit und ihre paradoxen Folgen*. Hamburg: VSA.
- Goldner, E., Bilsker, D., Gilbert, M., Myette, L., Corbière, M. & Dewa, C.S. (2004). Disability Management, Return to Work and Treatment. *Healthcare Papers*, 5(2), 76-90.
- Göldner, R., Rudow, B., Neubauer, W., Krüger, W. & Paeth, L. (2006). Arbeit und Gesundheit für leistungsgewandelte Mitarbeiter. Erfahrungen aus der Automobilindustrie. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 41(12), 566-573.
- Göckenjan, G. (1992). Gesundheitsbegriff – warum Gesundheit definieren? In A. Trojan & B. Stumm (Hrsg.), *Gesundheit fördern statt kontrollieren* (S. 40-49). Frankfurt/M.: Fischer.
- Graf, O., Rutenfranz, J. & Ulich, E. (1970). Arbeitszeit und Arbeitspausen. In A. Mayer & B. Herwig (Hrsg.), *Betriebspsychologie* (2. Aufl.), Band 9 (S. 244-277). Göttingen: Hogrefe.
- Grandjean, E. (1987). *Ergonomics in Computerized Offices*. London: Taylor & Francis.
- Granel, M. (1980). Zusammengefasster Abschlussbericht der Volkswagenwerk AG zum Forschungsvorhaben Vergleich von Arbeitsstrukturen in der Aggregatefertigung. In Bundesminister für Forschung und Technologie (Hrsg.), *Gruppenarbeit in der Motorenmontage* (S. 13-54). Schriftenreihe Humanisierung des Arbeitslebens, Band 3. Frankfurt/M.: Campus.
- Gray, J. A. M. (1997). *Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions*. New York: Churchill Livingstone.
- Grebner, S., Semmer, N., Lo Faso, L., Gut, S., Kälin, W. & Elfering, A. (2003). Working conditions, well-being and job-related attitudes among call centre agents. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12, 341-365.
- Greenglass, E. R. & Burke, R. J. (2000). Organizational restructuring: Identifying effective hospital downsizing processes. In R. J. Burke & C. L. Cooper (Eds.), *The Organization in Crisis* (pp. 284-303). London: Blackwell.
- Greif, S. (1983). Stress und Gesundheit. Ein Bericht über Forschungen zur Belastung am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 3, 41-53.
- Greif, S. (1989). Stress. In S. Greif, H. Holling & N. Nicholson (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 432-439). München: Psychologie Verlags Union.

- Greiner, B. A. (1998). Der Gesundheitsbegriff. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 39-55). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Greiner, B. A., Krause, N., Ragland, D. R. & Fisher, J. M. (1998). Objective stress factors, accidents, and absenteeism in transit operators: A theoretical framework and Empirical Evidence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (2), 130-146.
- Greiner, B., Leitner, K., Weber, W.-G., Hennes, K. & Volpert, W. (1987). RHIA – ein Verfahren zur Erfassung psychischer Belastung. In K. Sonntag (Hrsg.), *Arbeitsanalyse und Technikentwicklung* (S. 145-161). Köln: Bachem.
- Griffiths, J. & Ziglio, E. (1999). Health and work: Concluding remarks. In J. E. Ferrie, J. Griffiths, M. G. Marmot & E. Ziglio (Eds.), *Labour market changes and job insecurity: A challenge for social welfare and health promotion* (pp. 241-250). WHO Regional Publications, European Series, No. 81.
- Grob, R. & Haffner, H. (1982). *Planungsleitlinien Arbeitsstrukturierung*. Berlin, München: Siemens AG.
- Grossmann, R. & Scala, K. (1994). *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Gesundheitsförderung und Projektmanagement*. Weinheim: Juventa.
- Grossmann, R. & Scala, K. (2001). Professionelle Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (S. 73-86). Köln: BZgA.
- Grote, G. (1993). *Schneller, besser, anders kommunizieren? Die vielen Gesichter der Bürokommunikation*. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 2. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Grote, G. (1997). *Autonomie und Kontrolle. Zur Gestaltung automatisierter und risikoreicher Arbeitssysteme*. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 16. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Grote, G., Wäfler, T., Ryser, C., Weik, S., Zölch, M. & Windischer, A. (1999). *Wie sich Mensch und Technik sinnvoll ergänzen. Die Analyse automatisierter Produktionssysteme mit KOMPASS*. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 19. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Grote, G., Wäfler, T. & Weik, S. (1997). *KOMPASS: Eine Methode für die komplementäre Analyse und Gestaltung von Produktionsaufgaben in automatisierten Arbeitssystemen*. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten* (S. 259-280). Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 10. Zürich: vdf Hochschulverlag.

- Grote, G., Weik, S., Wäfler, T. & Zölch, M. (1995). Criteria for the complementary allocation of functions in automated work systems and their use in simultaneous engineering projects. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 16, 267-382.
- Gunkel, L., Resch, G. & Wildeboer, G. (2003). Gesundheitsförderung im Rahmen von AOK-Projekten in Krankenhäusern Bayerns. In 8. Nationale Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Konferenzdokumentation (S. 79-81).
- Hacker, W. (1978). Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie (2. Aufl.). Schriften zur Arbeitspsychologie (Hrsg. E. Ulich), Band 20. Bern: Huber.
- Hacker, W. (1986). Arbeitspsychologie. Schriften zur Arbeitspsychologie (Hrsg. E. Ulich), Band 41. Bern: Huber.
- Hacker, W. (1987). Software-Ergonomie: Gestalten rechnergestützter Arbeit? In W. Schönplflug & M. Wittstock (Hrsg.), *Software Ergonomie '87: Nützen Informationssysteme dem Benutzer?* (S. 31-54). Stuttgart: Teubner.
- Hacker, W. (1991). Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 35, 48-58.
- Hacker, W. (1995). Arbeitstätigkeitsanalyse. Analyse und Bewertung psychischer Arbeitsanforderungen. Heidelberg: Asanger.
- Hacker, W. (1998). Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Schriften zur Arbeitspsychologie (Hrsg. E. Ulich), Band 58. Bern: Huber.
- Hacker, W. (2004). Leistungs- und Lernfähigkeiten älterer Menschen. In M. v. Cranach, H.-D. Schneider, R. Winkler & E. Ulich (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle* (S. 163-172). Bern: Haupt.
- Hacker, W. (2005). Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit. Bern: Huber.
- Hacker, W., Fritsche, B., Richter, P. & Iwanowa, A. (1995). Tätigkeitsbewertungssystem TBS. Verfahren zur Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten. Schriftenreihe Mensch – Technik – Organisation, Band 7 (Hrsg. E. Ulich). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Hacker, W. & Reinhold, S. (1998). Beanspruchungsanalysen bei Pfl egetätigkeiten zur Ableitung arbeitsorganisatorischer Verbesserungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 52, 7-14.
- Hacker, W. & Richter, P. (1980). Psychische Fehlbeanspruchung: Psychische Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Stress. Spezielle Arbeits- und Ingenieurpsychologie in Einzeldarstellungen (Hrsg. W. Hacker). Lehrtext 2. Berlin: Verlag der Wissenschaften.
- Hacker, W., Schroda, F., Riemer, S. & Ishig, A. (2000). Forschungsprojekt Gesundheitsfördernde Arbeitsprozessgestaltung. Projektberichte, Heft

2. Dresden: Institut für Allgemeine Psychologie, Biopsychologie und Methoden der Psychologie der Technischen Universität.
- Hackman, J. R. (Ed.). (1990). *Groups That Work (And Those That Don't)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hafen, U., Künzler, C. & Fischer, D. (1999). *Erfolgreich restrukturieren in KMU. Werkzeuge und Beispiele für eine nachhaltige Veränderung*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Haider, M. (1962). *Ermüdung, Beanspruchung und Leistung*. Wien: Deuticke.
- Hamburg, K.-C. & Greif, S. (2003). New technologies and stress. In M. J. Schabracq, J. A. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (2nd ed.) (S. 209-235). Chichester: Wiley.
- Hammer, M. & Champy, J. (1993). *Reengineering the corporation*. New York. Dtsch. Übers. (1994): *Business reengineering*. Frankfurt/M.: Campus.
- Hancké, B. & Rubinstein, S. (1995). Limits to innovation in work organization? In A. Sandberg (Ed.), *Enriching production* (pp. 179-198). Aldershot: Avebury.
- Hans Boeckler Stiftung (2007). *Praxisbeispiele für Handlungsmöglichkeiten der Unternehmen im demographischen Wandel*. Verfügbar unter: http://www.boeckler.de/pdf/mbf_nmp_2007_dw_praxisbeispiele.pdf (18.7.2008).
- Harrisson, M. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (6), 584-591.
- Head, J., Stansfeld, S. A. & Siegrist, J. (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: A prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 219-224.
- Heaney, C. A. & Goetzel, R. Z. (1997). A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 11 (4), 290-307.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heintel P. & Krainz, E. E. (Hrsg.). (2001). *Projektmanagement: Eine Antwort auf die Hierarchiekrise? (Nachdruck, 4. Aufl.)*. Wiesbaden: Gabler.
- Hengsbach, F. (1997). Ein neuer Gesellschaftsvertrag in den Zeiten der Globalisierung. In *Jahrbuch Arbeit und Technik 1997* (Hrsg. W. Fricke) (S. 182-195). Bonn: Dietz.
- Hochschild, A. (1979). Emotion work, feeling rules and social structure. *American Journal of Sociology*, 85, 551-557.
- Hofman, A. (2001). Entwicklung und Kosten von Fehlzeiten. *Angewandte Arbeitswissenschaft*, 168, 1-21.
- Hofmann, A. (2002). Normung zur psychischen Belastung – aus Sicht der Arbeitgeber. *DIN-Mitt.* 81, Nr. 8, 525-528.

- Hoffmann, H. (2002). Das Berner Job Coach Projekt. In R. Schmidt-Zadel & N. Pörksen (Hrsg.), *Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen* (S. 105-129). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Holti, R. & Stern, E. (1986). Distance working, origins – diffusion – prospects. Publication No. EUR 10692 EN. Brussels: Commission of the European Communities.
- Homans, G. C. (1958). Social behavior as exchange. *American Journal of Sociology*, 63, 597–606.
- Homans, G. C. (1961). *Social behavior: Its elementary forms*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hoogendoorn, W. E., Bongers, P. M., de Vet, H. C. W., Ariens, G. A. M., van Mechelen, W. & Bouter, L. M. (2002). High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, 323-328;
- Hornberger, S. & Weisheit, J. (1999). Telearbeit und Vereinbarkeit von Beruf und Familie. In A. Büssing & H. Seifert (Hrsg.), *Die „Stechuhr“ hat ausgedient* (S. 127-145). Berlin: edition sigma.
- Hort, J. (1978). Fall II: Neue Formen der Arbeitsstrukturierung in der Administration. In *Humanisierung des Arbeitslebens* (S. 1-11). Rüschiikon: Gottlieb-Duttweiler-Institut.
- Horvath, P. & Meyer, R. (1988). CIM-Wirtschaftlichkeit aus Controller-Sicht. *CIM-Management*, 4, 48-53.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. London: Addison-Wesley.
- House, J. S. & Wells, J. A. (1978). *Occupational stress, social support and health*. U.S. Department of Health, Education and Welfare. NI-OSH Research Report Nr. 78-140.
- Höpflinger, F., Beck, A., Grob, M. und A. Lüthi (2006). *Arbeit und Karriere: Wie es nach 50 weitergeht. Eine Befragung von Personalverantwortlichen in 804 Schweizer Unternehmen*. Zürich: Avenir Suisse.
- Huber, A., Kossack, D. & Stegmann, R. (2004). *Integrationsvereinbarungen. Zeit für ein erstes Fazit und Perspektiven. Dokumentation der Tagung des Kooperationsprojekts Teilhabe behinderter Menschen und betriebliche Praxis*. Frankfurt/M./Berlin/Saarbrücken: IG Metall, ver.di, ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft. Verfügbar unter: http://sozialpolitik.verdi.de/dokumentenablage_fuer_verlinkungen_bereich_sopo2/dokumente_fuer_behinderte_menschen_und_schwerbehindertenvertretungen/data/tagungsband_integrationsvereinbarungen (18.7.2008).
- Hutchinson, S. P. & Kinnie, N. J. (2000). Evolving high commitment management and the experience of the RAC call center. *Human Resource Management Journal*, 10 (1), 63-78.

- Ilmarinen, J. E. (2004). Älter werdende Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. In M. v. Cranach, H.-D. Schneider, R. Winkler & E. Ulich (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle* (S. 29-47). Bern: Haupt.
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* Hamburg: VSA-Verlag.
- Institute for Work & Health (2000). „What gets measured gets done“. The healthy workplace balanced scorecard. Special Report. Toronto: Institute for Work & Health.
- Inversini, S., Ulich, E. & Wülser, M. (2008). Analyse und Gestaltung der Arbeitsbedingungen von Lehrkräften - ein Fallbeispiel. In A. Krause, H. Schüpbach, E. Ulich & M. Wülser (Hrsg.), *Arbeitsort Schule* (S. 159-184). Wiesbaden: Gabler.
- Isic, A., Dormann, C. & Zapf, D. (1999). Belastungen und Ressourcen an Call Center Arbeitsplätzen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 53, 202-208.
- Iwanowa, A. (1981). Untersuchungen zur inneren Struktur und Validität eines Tätigkeitsbewertungssystems. Dissertation. Dresden: Technische Universität.
- Iwanowa, A. (2004). Das Ressourcen-Anforderungen-Stressoren Modell - Bezüge zur Gesundheits- und Persönlichkeitsförderlichkeit in der Arbeitswelt. Habilitationsschrift: Leopold-Franzens-Universität Innsbruck.
- Jackson, P. & van der Wielen, J. (Eds.). (1998). *Teleworking: International perspectives – from telecommuting to the virtual organization*. London: Routledge.
- Jaeger, C., Bieri, L. & Dürrenberger, G. (1987). *Telearbeit – von der Fiktion zur Innovation*. Reihe *Arbeitswelt* (Hrsg. A. Alioth), Band 4. Zürich: Verlag der Fachvereine.
- Janes, A., Prammer, K. & Schulte-Derne, M. (2001). *Transformations-Management. Organisationen von Innen verändern*. Wien: Springer.
- Janes, A. & Schober, H. (2001). Systematische Beratung in einem Grossprojekt. In P. Heintel & E. E. Krainz (Hrsg.), *Projektmanagement: Eine Antwort auf die Hierarchiekrise?* (4. Aufl.) (S.174-199). Wiesbaden: Gabler.
- Janßen, D. & Nachreiner, F. (2005). Auswirkungen flexibler Arbeitszeiten in Abhängigkeit von ihrer Vorhersehbarkeit. In Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), *Bericht über den 51. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft 'Personalmanagement und Arbeitsgestaltung* (S. 305-308). Dortmund: GfA-Press
- Jaufmann, D. (1997). Die japanische Arbeitswelt aus Sicht der Arbeitnehmer. *Gewerkschaftliche Monatshefte*, 48, 487-496.

- Jex, S. M. & Bliese, P. D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: A multilevel study. *Journal of Applied Psychology*, 84 (3), 349-361.
- Jiménez, P. (2002). Specific influences of job satisfaction and work characteristics on the intention to quit: Results of different studies. *Psychologische Beiträge*, 44 (4), 569-603.
- Johannes, D. (2003). Über den Gesundheitszirkel zum gesunden Betrieb – Erfahrungen der Betriebskrankenkassen. In 8. Nationale Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Konferenzdokumentation (S. 76-78).
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78 (1), 336-342.
- Joksimovic, L., Siegrist, J., Meier-Hammer, M., Peter, R., Franke, B., Klimek, W., Heintzen, M. & Strauer, B. E. (1999). Overcommitment predicts restenosis after coronary angioplasty in cardiac patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22, 441-449.
- Joksimovic, L., Starke, D., Knesebeck, O.v.d. & Siegrist, J. (2002). Perceived workstress, overcommitment, and self-reported musculoskeletal pain: A cross-sectional investigation. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9, 122-138.
- Jones, F. & Fletcher, B. (2003). Job control, physical health and psychological well-being. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work & Health Psychology* (2nd ed.) (pp. 121-142). Chichester: Wiley.
- Jonge, J. de, Bosma, H., Peter, R. & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: A large scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 50, 1317-1327.
- Jonge, J. de & Kompier, M. (1997). A critical examination of the demand-control-support model from a work psychological perspective. *International Journal of Stress Management*, 4, 235-258.
- Jordan, D. (1994). *Karrieremobilität in Japan*. Bonn, Tokyo: Deutsches Institut für Japanstudien.
- Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, C. J. & Patton, G. K. (2001). The job satisfaction-job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin*, 127 (3), 376-407.
- Jürgens, K. (2000). Das Modell Volkswagen – Beschäftigte auf dem Weg in die atmende Fabrik. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 54, 89-96.
- Jürgens, K. (2001). Volkswagen – Exportschlager in Sachen Arbeitszeit? In E. Ulich (Hrsg.), *Beschäftigungswirksame Arbeitszeitmodelle* (S. 41-63). Zürich: vdf Hochschulverlag.

- Jürgens, K. & Reinecke, K. (1998). Zwischen Volks- und Kinderwagen. Auswirkungen der 28.8-Stunden-Woche bei der VW AG auf die familiäre Lebensführung von Industriearbeitern. Berlin: edition sigma.
- Kahn, R. L. & Byosiere, P. (1992). Stress in organizations, In M. D. Dunette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Kaiser, H. (2004). FILM – Förderung und Integration Leistungsgewandelter Mitarbeiter. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 20, 56-58.
- Kämmerer, B. (2004). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiedereingliederungsmanagement – Integrieren statt entlassen. Referat in Mainz vom 14. September 2004. Verfügbar unter: <http://www.bmas.de/core-media/generator/2116/property=pdf/ford.pdf> (18.7.2008).
- Kalleberg, A. L. & Moody, J. W. (1994). Human resource management and organizational performance. *American Behavioral Scientist*, 37, 948-962.
- Kallus, K. W. (2002). Impact of recovery in different areas of application. In M. Kellmann (ed.), *Enhancing recovery: Preventing underperformance in athletes* (pp. 283-300). Champaign, IL, Human Kinetics.
- Kallus, K. W. & Kellmann, M. (2000). Burnout in sports: A recovery-stress state perspective. In Y. Hanin (Ed.), *Emotions in Sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Kallus, K. W. & Uhlig, Th. (2001). Erholungsforschung: Neue Perspektiven zum Verständnis von Stress. In R. K. Silbereisen & M. Reitzle (Hrsg.), *Bericht über den 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena, 2000* (S. 364-379). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kanji, G. K. & Sà, P. M. (2002). Kanji's business scorecard. *Total Quality Management*, 13 (1), 13-27.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard – Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, January – February 1992, 71-79.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1997). *Balanced Scorecard. Strategien erfolgreich umsetzen*. Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, Job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Sciences Quarterly*, 24, 285-311.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karazman, R. (2008). *Human Work Index. Kompass für ein nachhaltig produktives Arbeitsleben*. Wien: Österreichisches Produktivitäts- und Wirtschaftlichkeitszentrum.
- Karazman, R., Karazman-Morawetz, I., Hatzinger, R. & Dittrich, R. (2008). Prognose-Potential des Human Work Index für den Verbleib im Arbeitsprozess und arbeitsbedingtes Ausscheiden (Arbeitsvermögen und

- Karriere-Typologie). In University of Vienna – Institute for Statistics (ed.), *Research Reports*, June 2008. Wien: University of Economics.
- Katz, C. (1992). Psychologische Gestaltung von Büroarbeit. In Institut für Arbeitspsychologie (Hrsg.), *Arbeitspsychologie an der ETH Zürich 1972–1992, eine Zwischenbilanz* (S. 71-77). Zürich: Institut für Arbeitspsychologie der ETH.
- Katz, D. & Kahn, R. L. (1978). *The Social Psychology of Organizations* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Kentner, M. (2003). Arbeitsmedizin im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In B. Badura & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 261-266). Berlin: Springer.
- Kentner, M., Janssen, Ph. & Rockholtz, C. (2003). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Balanced Scorecard – Die Verknüpfung von Prävention und Produktivität bei der Arbeit. *Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin*, 38, 470-476.
- Kieselbach, T., Winefield, A.H., Boyd, C. & Anderson, S. (Eds.) (2006). *Unemployment and Health. International and Interdisciplinary Perspectives*. Bowen Hills: Australian Academic Press
- Kirsch, C. (1993). Die Autonomie von Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln in japanischen Produktionsbetrieben. Zürich: Institut für Arbeitspsychologie der ETH.
- Kirsch, C. (1997). Analyse von Gruppenarbeit in der Fertigung schweizerischer und japanischer Arbeitsgruppen. Dissertation. Universität Potsdam.
- Kittner, M. (1997). „Human Resources“ in der Unternehmensbewertung. *Der Betrieb*, 50 (46), 2285-2290.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J., Thomson, L., Griffiths, A. & Cox, T. (2001). Downsizing, changes in work, and self-rated health of employees: A 7-year 3-wave panel study. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 59-73.
- Kleinbeck, U. (1996). *Arbeitsmotivation: Entstehung, Wirkung und Förderung*. Weinheim: Beltz.
- Kleffmann, A., Weinmann, S., Föhres, F. & Müller, B. (1997). *Melba – Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit* (2. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Verfügbar unter: <http://www.melba.de/melba/pdf/melba259.pdf> (30.7.2008).
- Klemens, S., Wieland, R. & Krajewski, J. (2004). Fähigkeits- und führungsbezogene Risikofaktoren in der IT-Branche. In: *Dokumentation des 50. Arbeitswissenschaftlichen Kongresses vom 24. bis 26. März 2004 in Zürich*. Dortmund: GfA-Press.
- Klotter, C. (1999). Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheitsförderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 23-61). Bern: Huber.

- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 1-11.
- Kojima, T. (1995). Die zweite Lean Revolution. Landsberg: Moderne Industrie.
- Kompier, M. (2003). Job design and well-being. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work & Health Psychology* (2nd ed.) (pp. 429-454). Chichester: Wiley.
- Kondratieff, N. (1926). Die langen Wellen der Konjunktur. *Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik*, 56, 573-609.
- Konradt, U. & Wilm, A. (1999). Gesundheitsförderung an Telearbeitsplätzen: Durchführung von Gesundheitszirkeln. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, 7, 267-285.
- Kozlowski, S., Chao, G., Smith, E. & Hedlund, J. (1993). Organisational downsizing: Strategies, interventions, and research implications. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 8, 263-332. New York: Wiley.
- Krajewski, J. & Wieland, R. (2003). Silent Room – die andere Mittagspause im Call Center, *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 4, 50-53.
- Kravetz, S., Drory, Y. & Florian, V. (1993) Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European Journal of Personality*, 7, 233-244.
- Krause, A., Schüpbach, H., Ulich, E. & Wülser, M. (Hrsg.) (2008). *Arbeitsort Schule. Organisations- und arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler
- Kristensen, T. S. (1995). The demand-control support model: Methodological challenges for future research. *Stress Medicine*, 11, 17-26.
- Kuhn, K. (1996). Krankenstand im Betrieb als Alltagsproblem. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 4 (4), 200-203.
- Kuhn, K. (2000). Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheitsmanagement. In U. Brandenburg, T. Nieder & B. Susen (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen* (S. 95-107). Weinheim: Juventa.
- Kuhn, K. (2003). Rückkehrgespräche statt Gesundheitszirkel – wohin steuert die betriebliche Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: <http://www.arbeitundgesundheit.de/archiv/betrgf22000.html> (28.11.2003).
- Kuhn, K. (2004). Die betriebliche Gesundheitsförderung als Wettbewerbsfaktor – Evidenzen. Referat an der Nationalen Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung – „Betriebliche Gesundheitsförderung trotz – oder gerade wegen des Veränderungsdrucks?“ an der Universität Zürich vom 11.3.2004. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft seco.
- Kündig, S. (2004). Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU. *Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich*, 15, 5-6.
- Kündig, S., Burger, N. & Schlapbach, M.-L. (2004). BGF-Aktivitäten. In *KMU – Porträt Max Schweizer AG. Gesund auf der Baustelle* (S. 2). *KMU-vital* Mitteilung. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

- Küsgens, I., Vetter, C. & Yoldas, B. (2002). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2001* (S. 257-461). Berlin: Springer.
- Lacher, M. (2000). Gruppenarbeit in der Automobilindustrie – Zwischen Teilautonomie und Neuorientierung. *Arbeit*, 9, 133-141.
- Lacher, M. (2001). Standardisierung und Gruppenarbeit – ein Gegensatz? *angewandte Arbeitswissenschaft*, 167, 16–29.
- Lademann, J., Mertesacker, H. & Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal* 2, 123-129.
- Landsbergis, P. A., Cahill, J. & Schnall, P. (1999). The impact of lean production and related new systems of work organization on worker health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4 (2), 108-130.
- Langhoff, T. (2002). Ergebnisorientierter Arbeitsschutz – Bilanzierung und Perspektiven eines innovativen Ansatzes zur betrieblichen Arbeitsschutzökonomie. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Forschung Fb 955. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Larsen, R. J. & Diener, E. (1992). Promises and problems with the circumplex model of emotion. In M. S. Clark (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology*, Vol. 13 (pp. 25-59). Newbury Park, CA: Sage.
- Latniak, E. (1999). Erfahrungen mit dem betrieblichen Einsatz arbeitswissenschaftlicher Analyseinstrumente. *Arbeit*, 8, 179-196.
- Lay, G. (1993). Schlankheitskur mit Schönheitsfehlern. *Lean Production – Wirkung und Nebenwirkung*. *Technische Rundschau*, 85 (5), 36-39.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. A. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in Interactional Psychology* (S. 287-327). New York: Plenum. Dtsch. Übers. (1981): *Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt*. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress* (S. 213-259). Bern: Huber.
- Le Blanc, P., Jonge, J. de & Schaufeli, W. (2000). Job stress and health. In N. Chmiel (Ed.), *Introduction to work and organizational psychology: A European perspective* (pp. 148-177). Massachusetts: Blackwell Publisher.
- Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- Lee, R. T. & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81 (2), 123-133.

- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Considerations of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (S. 237-250). Washington: Taylor & Francis.
- Leiter, M. P. & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, 357-373.
- Leitner, K. (1993). Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 47, 98-107.
- Leitner, K. (1999). Kriterien und Befunde zu gesundheitsgerechter Arbeit – Was schädigt, was fördert die Gesundheit? In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 63-139). *Schriften zur Arbeitspsychologie* (Hrsg. E. Ulich), Band 59. Bern: Huber.
- Leitner, K., Lüders, E., Greiner, B., Ducki, A., Niedermeier, R., Volpert, W. unter Mitarbeit von Oesterreich, R., Resch, M. G. & Pleiss, C. (1993). Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büroverfahren. Handbuch und Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Leitner, K. & Resch, M. G. (2005). Do the effects of job stressors on health persist over time? A longitudinal study with observational measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(1), 18-30.
- Leitner, K., Volpert, W., Greiner, B., Weber, W. G. & Hennes, K., unter Mitarbeit von Oesterreich, R., Resch, M. G. & Krogoll, T. (1987). Analyse psychischer Belastung in der Arbeit. Das RHIA-Verfahren. Handbuch sowie Manual mit Antwortblättern. Köln: Verlag TÜV Rheinland.
- Lenhardt, U., Elkeles, T. & Rosenbrock, R. (1997). Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Verursachung, Verbreitung und Verhütung. Weinheim: Juventa.
- Leontjew, A. N. (1977). *Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Leontjew, A. N. (1979). *Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit*. Berlin: Volk und Wissen.
- Leontjew, A. N. (1982). *Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit*. Köln: Pahl-Rugenstein.
- Leventhal, G. S. (1980). What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships. In K. Gergen, M. Greenberg & R. Willis (Eds.), *Social exchange: Advances in theory and research* (pp. 167-218). New York: Springer.
- Levi, L. (2002). Würze des Lebens oder Gifthauch des Todes? *Magazin Ausgabe 5 – Stress lass nach* (S. 11-13). Bilbao: Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

- Lewchuk, W. & Robertson, D. (1996). Working conditions under lean production. Presented at the Globalisation of Production Conference, University of Warwick, Warwick, UK.
- Lewchuk, W. & Robertson, D. (1997). Production without empowerment: Work-reorganisation from the perspective of motor vehicle workers. *Capital and Class*, 63, 37-64.
- Lipman, O. (1932). *Lehrbuch der Arbeitswissenschaft*. Jena: Fischer.
- Lipsey, M. W. (1993). Theory as method: Small theories of treatments, *New Directions for Program Evaluation*, 57, 5-38.
- Litke, H.-D. (1995). *Projektmanagement. Methoden, Techniken, Verhaltensweisen* (3. überarb. und erw. Aufl.). München: Hanser.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1990). Work motivation: The high performance cycle. In U. Kleinbeck, H.-H. Quast, H. Thierry & H. Häcker (Eds.), *Work Motivation* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lorsch, J. W. & Lawrence, P. R. (1965). Organizing for product innovation. *Harvard Business Review*, 1, 109-122.
- Luczak, H. (Hrsg.) (1998). *Arbeitswissenschaft* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Lüders, E. (1999). Analyse psychischer Beanspruchungen in der Arbeit: Das RHIA-Verfahren. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 365-395). Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 14. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Lüders, E. & Pleiss, C. (1999). Werkzeuge gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung – von der Analyse zur Praxis. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 219-283). Schriften zur Arbeitspsychologie, Band 59. Bern: Huber
- Lüders, E., Resch, M. & Weyerich, A. (1992). Auswirkungen psychischer Anforderungen und Belastungen in der Erwerbsarbeit auf das ausserbetriebliche Handeln. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, 92-97.
- Lundberg, U. (1996). Work, stress and musculoskeletal disorders. In P. Ullsperger, M. Ertel & G. Freude (Hrsg.), *Occupational health and safety aspects of stress at modern workplaces* (S. 66-78). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, Tagungsbericht 11. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- Lundberg, U. & Frankenhaeuser, M. (1999). Stress and workload of men and women in high-ranking positions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4 (2), 142-151.
- Lundberg, U. & Palm, K. (1989). Workload and catecholamine excretion in parents of preschool children. *Work & Stress*, 3, 255-260.
- Macy, B. A. & Izumi, H. (1993). Organizational change, design, and work innovation: A meta-analysis of 131 North American field studies – 1961-1991. *Research in Organizational Change and Development*, 7, 235-313.
- Maintz, G., Ullsperger, P., Junghanns, G. & Ertel, M. (2000). *Psychische Arbeitsbelastung und Prävention von Muskel-Skeletterkrankungen*. In

- Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Potsdam (Hrsg.), Tagungsband „Gemeinsam gegen Muskel- und Skeletterkrankungen“ (S. 52-57). Multiplikatoren-Kolloquium. Deutsche Hauptveranstaltung der Europäischen Woche 2000 für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Potsdam: Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Man, H. de (1927). *Der Kampf um die Arbeitsfreude*. Jena: Diederichs.
- Margraf, J., Siegrist, J. & Neumer, S. (Hrsg.) (1998). *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Marmot, M., Theorell, T. & Siegrist, J. (2002). Work and coronary heart disease. In S. Stansfeld & M. Marmot (Eds.), *Stress and the heart. Psychosocial pathways to coronary heart disease* (pp. 50-71). London: BMJ Books.
- Marr, R. (Hrsg.). (1996). *Absentismus. Der schleichende Verlust an Wettbewerbspotential*. Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (S. 29-40). Beverly Hills: Sage.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row.
- Mayring, P. (1991). Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden* (S. 51-70). München: Weinheim.
- McDonough, P. (2000). Job insecurity and health. *International Journal of Health Services*, 30, 453-476.
- McLean, L., Tingley, M., Scott, R. N. & Rickards, J. (2001). Computer terminal work and the benefit of microbreaks. *Applied Ergonomics*, 32 (3), 225-237.
- Mecklenburg, H. (1999). Zwölf Thesen für eine langfristig erfolgreiche berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter. *Psychiatrische Praxis*, 26, 227-232.
- Meffert, H. (1998). Herausforderungen an die Betriebswirtschaftslehre – Die Perspektive der Wissenschaft. *Die Betriebswirtschaftslehre*, 58 (6), 709-730.
- Meggeneder, O. (2003). Die Jury. In *Qualität in der Betrieblichen Gesundheitsförderung* (S. 43-47). Österreichisches Netzwerk BGF mit Verleihung des BGF-Oskar 2002. Tagungsbericht.
- Meggeneder, O., Pelster, K. & Sochert, R. (2005). Vorwort. In Meggeneder, O., Pelster, K. & Sochert, R. (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen* (S. 11-14). Bern: Huber
- Meijman, T. F. & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In P. J. D. Drenth, H. Thierry & C. J. de Wolff (Eds.), *Handbook of Work and Organizational Psychology*. Vol. 2: *Work Psychology* (2nd ed.) (pp. 5-33). Hove: Psychology Press.
- Meijman, T. F., Mulder, G., Dormolen, M. van & Cremer, R. (1992). Workload of driving examiners: A psychophysiological field study. In H.

- Kragt (Ed.), *Enhancing industrial performance: Experiences of integrating the human factor* (pp. 245-258). London: Taylor & Francis.
- Meissner, M. (1971). The long arm of the job: a study of work and leisure. *Industrial Relations*, 10, 239-260.
- Melin, B., Lundberg, U., Söderlund, J. & Granqvist, M. (1999). Psychological and physiological stress reactions of male and female assembly workers: A comparison between two different forms of work organization. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 47-61.
- Metz, A.-M., Rothe, H.-J. & Degener, M. (2001). Belastungsprofile von Beschäftigten in Call Centers. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 45, 124-135.
- Michielsen, H. J., Willemsen, T. M., Croon, M. A., Vries, J. de & Heck, G. L. van (2004). Determinants of general fatigue and emotional exhaustion: A prospective study. *Psychology and Health*, 19 (2), 223-235.
- Mierlo, H. van, Rutte, C. G., Seinen, B. & Kompier, M. A. J. (2001). Autonomous team work and psychological well-being, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (3), 291-302.
- Miller, E. J. (1959). Technology, territory, and time. *Human Relations*, 12, 243-272.
- Mitschke, J. (2000). Grundsicherungsmodelle – Ziele, Gestaltung, Wirkungen, Finanzbedarf. Baden-Baden: Nomos.
- Mohr, G. (1997). *Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit*. Frankfurt am Main: Lang.
- Moldaschl, M. (1991). *Frauenarbeit oder Facharbeit*. Frankfurt/M.: Campus.
- Moldaschl, M. (1993). Restriktive Arbeit: Formen, Verbreitung, Tendenzen der Belastungswirkung. In SOFI, IfS, ISF, INIFES (Hrsg.), *Jahrbuch sozialwissenschaftlicher Technikberichterstattung, Schwerpunkt Produktionsarbeit* (S. 139-171). Berlin: edition sigma.
- Moldaschl, M. (2001). Herrschaft durch Autonomie – Dezentralisierung und widersprüchliche Arbeitsanforderungen. In B. Lutz (Hrsg.), *Entwicklungsperspektiven von Arbeit* (S. 132-164). Berlin: Akademie Verlag.
- Moldaschl, M. (2003). Nachhaltigkeit von Arbeit und Rationalisierung. Eine integrative ressourcentheoretische Perspektive. Beitrag zur Tagung „Nachhaltigkeit von Arbeit und Rationalisierung“ vom 23. bis 24. Januar 2003. Chemnitz: Technische Universität.
- Moldaschl, M. (2005). Ressourcenorientierte Analyse von Belastung und Bewältigung in der Arbeit. In M. Moldaschl (Hrsg.), *Immaterielle Ressourcen* (S. 243-280). München: Rainer Hampp.
- Moldaschl, M. & Weber, W. G. (1998). The „three waves“ of industrial group work: Historical reflections on current research on group work. *Human Relations*, 51, 347-388.
- Münch, E. (2003). *Projektmanagement*. In B. Badura & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer.

- Murphy, G. C. & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99.
- Muster, M. (1980). Bericht zum Training in der Arbeitsstruktur Gruppenmontage. In H. R. Barth, M. Muster, I. Udriș & E. Ulich (1980), *Arbeits- und sozialpsychologische Untersuchungen von Arbeitsstrukturen im Bereich der Aggregatefertigung der Volkswagen AG* (S. 141-212). BMFT- Forschungsberichte HA-80-016 und HA-80-017.
- Nachreiner, F. (1984). Psychologische Probleme der Arbeitszeit – Schichtarbeit und ihre psychosozialen Konsequenzen. *Universitas*, 39, 349-356.
- Nachreiner, F. (2002). Normung im Bereich der psychischen Belastung – die Normen der Reihe DIN EN ISO 10075. *DIN-Mitt.* 81, Nr. 8, 519-524.
- Nachreiner, F. (2003) Physiologische Indikatoren psychischer Beanspruchung: Stand der Forschung. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Psychische Belastung am Arbeitsplatz*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Tagungsbericht Tb 135 (S. 239-261). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Nadler, A. & Fisher, J. D. (1986). The role of threat to self-esteem and perceived control in recipients' reaction to help: Theory development and empirical validation. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 19, (pp. 81-122). San Diego: Academic Press.
- Naegele, G. (2004). Verrichtungspolitik und Herausforderungen des demografischen Wandels in der Arbeitswelt. Das Beispiel Deutschland. In M. v. Cranach, H.-D. Schneider, R. Winkler & E. Ulich (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle* (S. 189-219). Bern: Haupt.
- National Institute of Disability Management and Research (2003). *Disability and Management in the Workplace: A Guide to Establishing a Joint Workplace Program* (2nd ed.). Victoria: National Institute of Disability Management and Research.
- National Quality Institute & Health Canada. (1998). *Canadian healthy workplace criteria*. Toronto: National Quality Institute.
- Nedeß, Ch. & Meyer, S. (2001). Quo vadis Gruppenarbeit? *angewandte Arbeitswissenschaft*, 167, 1-15.
- Nefiodow, L. (2000). *Der sechste Kondratieff* (4. Aufl.). Sankt Augustin: Rhein-Sieg.
- Neuberger, O. (1985). *Arbeit. Basistexte Personalwesen* (Hrsg. O. Neuberger), Band 5. Stuttgart: Enke.
- Neuberger, O. & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit*. Schriften zur Arbeitspsychologie (Hrsg. E. Ulich), Band 26. Bern: Huber.
- Neuloh, O. (1964). Sozialisation und Schichtarbeit. *Soziale Welt*, 15, 50-70.
- Nieder, P. (Hrsg.). (1998). *Fehlzeiten wirksam reduzieren – Konzepte, Massnahmen, Praxisbeispiele*. Wiesbaden: Gabler.

- Nilsson, L. (1995). The Uddevalla plant. Why did it succeed with a holistic approach and why did it come to an end? In A. Sandberg (Ed), *Enriching Production* (pp. 75-86). Avebury: Aldershot.
- Nitsch, J. R. & Udris, I. (1976). Beanspruchung im Sport (Einführung). In J. R. Nitsch & I. Udris (Hrsg.), *Beanspruchung im Sport* (S. 11-14). Schriftenreihe Training und Beanspruchung (Hrsg. E. Ulich), Band 4. Bad Homburg: Limpert.
- Noack, H. (1993). Gesundheit: medizinische, psychologische und soziologische Konzepte. In P. Novak & R. Gawatz (Hrsg.), *Soziale Konstruktion von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Konzepte* (S. 13-32). Ulm: Universitätsverlag.
- Norrekliit, H. (2000). The balanced scorecard – A critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11, 65-88.
- O'Driscoll, M. & Cooper, C. (1996). Sources of and management of excessive job stress and burnout. In P. Warr (Ed.), *Psychology at work* (4th ed.) (pp. 188-223). New York: Penguin.
- OECD. (2002). *OECD Employment Outlook: 2002 Edition*. Paris: OECD.
- Oehlke, P. (2000). Eine arbeitspolitische Positionsbestimmung in europäischer Perspektive. Zur wachsenden Bedeutung europäischer Förderaktivitäten. *SWI-Mitteilungen*, 53, 157-167.
- Oesterreich, R. (1981). *Handlungsregulation und Kontrolle*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Oesterreich, R. (1999a). Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Fünf Erklärungsmodelle im Vergleich. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 141-215). Schriften zur Arbeitspsychologie, Band 59. Bern: Huber.
- Oesterreich, R. (1999b). VERA: Verfahren zur Ermittlung von Regulationsanforderungen. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 539–557). Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 14. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Oesterreich, R. & Bortz, J. (1994). Zur Ermittlung der testtheoretischen Güte von Arbeitsanalyseverfahren. *ABOaktuell*, 3, 2-8.
- Oesterreich, R. & Geissler, H. (2003). Anhang II: Objective Psychological Stress Factors – Model and Measurement. In M. Resch, H. Dunckel, R. Oesterreich, K. Leitner, E. Ulich, W. Weber & H. Geissler (Hrsg.), *Objektive Stress Analyse (OSA)*. Projektskizze März 2003 (S. 6-9).
- Oesterreich, R., Leitner, K. & Resch, M. (2000). *Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Produktionsarbeit. Das Verfahren RHIA/VERA-Produktion*. Göttingen: Hogrefe.
- Oesterreich, R. & Volpert, W. (Hrsg.). (1999). *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Schriften zur Arbeitspsychologie (Hrsg. E. Ulich), Band 59. Bern: Huber.

- Ohm, S. & Strohm, O. (2001). Arbeits-, Führungs- und Gesundheitsrealitäten im Management. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 52-61.
- Osterholz, U. & Schott, S. (2001). Das Bonus-Modellvorhaben – auf dem Weg zu einem kennzahlengesteuerten integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagement. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement* (S. 145-159). Berlin: Springer.
- o.V. (2005). DAK-Gesundheitsreport. Krankenstand sinkt deutlich – Psychische Erkrankungen steigen dramatisch. *Basi infoprint* 2, 10-12.
- Parker, S.K. & Wall, T.D. (1998). *Job and work design: Organizing work to promote well-being and effectiveness*. San Francisco: Sage
- Parker, S.K., Wall, T.D. & Cordery, J.L. (2001). Future work design research and practice: Towards an elaborated model of work design. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 74, 413-440.
- Pelikan, J. M. & Wolff, S. (Hrsg.). (1999). *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation*. Weinheim: Juventa.
- Pelletier, K. R. (2001). A review and analysis of the clinical- and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998-2000 update. *American Journal of Health Promotion*, 16 (2), 107-116.
- Peter, R., Geissler, H. & Siegrist, J. (1998). Associations of effort-reward imbalance at work and reported symptoms in different groups of male and female public transport workers. *Stress medicine*, 14, 175-182.
- Peter, S. & Ulich, E. (2003a). Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis* (S. 75-98). Schriften zur Arbeitspsychologie, Band 61. Bern: Huber.
- Peter, S. & Ulich, E. (2003b). Handlungsansätze zur Verbesserung der Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern aus arbeitswissenschaftlicher Sicht. Arbeitszeitverkürzung für Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte im Spital: Ein Fallbeispiel aus der Schweiz. In Hessisches Sozialministerium (Hrsg.), *Arbeitsplatz Krankenhaus. Perspektiven für die Arbeitsgestaltung* (S. 14-27). Wiessbaden: Hessisches Sozialministerium.
- Peter, S., Ulich, E. & Inversini, S. (2008). Analyse und Optimierung der Arbeits(zeit)situation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In iafob (Hrsg.), *Unternehmensgestaltung im Spannungsfeld von Stabilität und Wandel* (S. 257-273). Zürich: vdf Hochschulverlag
- Peters, K. (2001). Die neue Autonomie in der Arbeit. In W. Glissmann & K. Peters (Hrsg.), *Mehr Druck durch mehr Freiheit. Die neue Autonomie in der Arbeit und ihre paradoxen Folgen* (S. 18-40). Hamburg: VSA.

- Pfaff, H. (1989). Stressbewältigung und soziale Unterstützung. Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Pfaff, H. (2001). Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S. 27-49). Weinheim: Juventa.
- Pfaff, H., Kaiser, C. & Krause, H. (2002). *Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie. Gutachten für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung*. Köln: Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln.
- Pickshaus, K. (2000). Der Arbeit wieder ein Mass geben. In R. Wieland und K. Scherrer (Hrsg.), *Arbeitswelten von morgen* (S. 86-93). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Piorr, R., Heller, E. & Taubert, R. (2000). Rückkehrgespräche: Ein wirksames Instrument des betrieblichen Gesundheitsmanagements (?). *Arbeit*, 4 (9), 269-279.
- Pratt, D. (2001). *The healthy scorecard*. Victoria, BC: Trafford Publishing.
- Pritchard, R. D. (1969). Equity theory: A review and critique. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4, 176-211.
- Probst, H.-J. (2001). *Balanced Scorecard leichtgemacht. Warum sollten Sie mit weichen Faktoren hart rechnen*. Wien / Frankfurt: Wirtschaftsverlag Ueberreuter.
- Probst, T. M. & Brubaker, T. L. (2001). The effects of job insecurity on employee safety outcomes: Cross-sectional and longitudinal explorations. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 139-159.
- Pröll, U. (1998). Prävention in der handwerklich-kleinbetrieblichen Arbeitswelt: Sektorale Ressourcen und Ansatzpunkte für einen Leitbild-Dialog. In H. Busch (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Konzepte und Erfahrungen* (S. 39-56). Berlin: FU-Druckerei.
- Pröll, U. & Gude, D. (2003). *Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Fb 986. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Promberger, M. & Trinczek, R. (1995). *Beschäftigungsbefragung bei der VW AG zur 28.8h-Woche. Ergebnisse einer ersten Grobauswertung*. Erlangen-Nürnberg: Institut für Soziologie der Universität.
- Raeder, S. & Grote, G. (2001). Flexibilität ersetzt Kontinuität. Veränderte psychologische Kontrakte und neue Formen persönlicher Identität. *Arbeit*, 3 (10), 352-364.
- Raeithel, A. (1989). Kommunikation als gegenständliche Tätigkeit. In C. Knobloch (Hrsg.), *Kognition und Kommunikation* (S. 29-70). Münster: Nodus.

- Raeithel, A. (1991). Zur Ethnographie der kooperativen Arbeit. In H. Oberquelle (Hrsg.), *Kooperative Arbeit und Computerunterstützung* (S. 99-111). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Rafferty, J. & Tapsell, J. (2001). Self-managed work teams and manufacturing strategies: Cultural influences in the search for team effectiveness and competitive advantage. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, 11, 19-34.
- Rantanen, J. (2001). Impact of globalization on occupational health. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 36, 153-160.
- Rau, R. (1998). Ambulantes psychophysiologisches Monitoring zur Bewertung von Arbeit und Erholung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 42 (4), 185-196.
- Rau, R. (2001). Arbeit, Erholung, Gesundheit: Ein Beitrag zur Occupational Health Psychology. *Habilitationsschrift, Fakultät Mathematik/Naturwissenschaften der TU Dresden*.
- Rau, R. & Richter, P. (1995). 24-Stunden-Monitoring zur Prüfung der Reaktivität psychophysiologischer Parameter in Belastungs- und Erholungsphasen. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin. Forschung Fb 12.001*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rau, R. & Triemer, A. (2004). Overtime in relation to blood pressure and mood during work, leisure, and night time. *Social Indicators Research*, 67, 51-73.
- Reick, Ch. & Kastner, M. (2001). Formen und Ausprägungen neuer Arbeits- und Organisationsformen. In M. Kastner, K. Kipfmüller, W. Quaas, Kh. Sonntag & R. Wieland (Hrsg.), *Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft* (S. 9-24). Werkstattberichte Wb 29. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rentsch H.P. & Bucher, P.O. (2005). *IFC in der Rehabilitation*. Idstein: Kirchner Verlag.
- Resch, M. (2003). Work-Life Balance – neue Wege der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben: In *Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), Kooperation und Arbeit in vernetzten Welten* (S. 1-8). Stuttgart: Ergonomia.
- Resch, M., Bamberg, E. & Mohr, G. (1997). Von der Erwerbsarbeitspsychologie zur Arbeitspsychologie. In I. Udrys (Hrsg.), *Arbeitspsychologie für Morgen: Herausforderungen und Perspektiven* (S. 37-52). Heidelberg: Asanger.
- Resch, M., Oesterreich, R., Ulich, E. & Geissler, H. (2003). Unveröffentlichtes Manuskript.
- Rey, L. (Hrsg.). (2002). *Mobile Arbeit in der Schweiz*. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 28. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Rice, A. K. (1958). *Productivity and social organization: The Ahmedabad Experiment*. London: Tavistock.

- Richter, P. (1993). Kompetenz im höheren Lebensalter – Arbeitsinhalt und Alterspläne. In I. Udris (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit. Psychosozial*, 15 (4), 33-41.
- Richter, P. (1996). Beitrag der Arbeitspsychologie zur Gesundheitsförderung im Betrieb. In U. Brandenburg, K. Kuhn, B. Marschall & C. Verkoyen (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Betrieb* (S. 107-119). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht Tb 74. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Richter, P. (2002a). Belastung und Belastungsbewältigung in der modernen Arbeitswelt. Flexibilisierung und Intensivierung der Arbeit – Konsequenzen für einen Wandel der psychischen Belastungen. In J. Schumacher, K. Reschke & H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung* (S. 44-65). Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften.
- Richter, P. (2002b). Psychische Belastungen in der modernen Arbeitswelt – neue Herausforderungen, Bewältigungs- und Gestaltungsansätze. *Arbeitsökologie*, 5, 26-29.
- Richter, P. (2003). Messung psychischer Belastung und Beanspruchung in der modernen Arbeitswelt. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Psychische Belastung am Arbeitsplatz*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Tagungsbericht Tb 135 (S. 239-261). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Richter, P., Debitz, U. & Schulze, F. (2002). Diagnostik von Arbeitsanforderungen und kumulativen Beanspruchungsfolgen am Beispiel eines Call Centers. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 56 (1-2), 68-76.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung*. Heidelberg: Asanger.
- Richter, P. & Uhlig, K. (1998). Psychische Belastungen und Ressourcen in der Arbeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Ansätze für eine betriebliche Prävention. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 407-422). Göttingen: *Angewandte Psychologie*.
- Rimann, M. & Udris, I. (1997). Subjektive Arbeitsanalyse: der Fragebogen SALSA. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten* (S. 281-298). Schriftenreihe *Mensch, Technik, Organisation* (Hrsg. E. Ulich), Band 10. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Riso, S. (2007). Die Auswirkungen des Wandels in der Arbeitswelt auf das wiederholte Auftreten von Muskel- und Skelett-Erkrankungen. *Magazine 10* (Magazin der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz), 3-7.
- Rixgens, P. (2008). Neue Herausforderungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen im Vormarsch* (S. 2-8). Gütersloh: Bertelsmann.

- Robinson, S. & Wolfe-Morrison, E. (1995). Psychological contracts and organizational citizenship behaviour: The effect of unfulfilled obligations on civic virtue behaviour. *Journal of Organizational Behaviour*, 16, 289-298.
- Rodríguez, I., Bravo, M. J., Peiró, J. & Schaufeli, W. (2001). The Demand-Control-Support model, locus of control and job dissatisfaction: A longitudinal study. *Work & Stress*, 15 (2), 97-114.
- Rohmert, W. & Rutenfranz, J. (1975). Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Rössler, W. (2008). Integration von psychisch Behinderten. "Zuerst platzieren, dann trainieren" – ein Erfolgsmodell. *Panorama*, 3, 10-11.
- Röhrle, B. & Sommer, G. (1994). Social support and social competence: Some theoretical and empirical contributions to their relationship. In F. Nestmann & K. Hurrelmann (Eds.), *Social networks and social support in childhood and adolescence* (pp. 111-129). Berlin: DeGruyter.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80, (Whole No. 609).
- Rousseau, D. M. (1995). *Promises in action: Psychological contracts in organizations*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzwiler, F. (2001). Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (S. 38-50). Köln: BZgA.
- Rudolph, E. (1986). Verfahren zur objektiven Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten mit überwiegend geistigen Anforderungen. Dissertation. Dresden: Technische Universität.
- Rudow, B., Neubauer, W., Krüger, W., Bürmann, C. & Paeth, L. (2007). Die betriebliche Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter – Ein Arbeits- und Personalprojekt aus der Automobilindustrie. *Arbeit*, 16(2), 118-132.
- Rugulies, R. & Krause, N. (2000). The impact of job stress on musculoskeletal disorders, psychosomatic symptoms and general health in hotel room cleaners. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7 (Supplement 1,) 16.
- Russel, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Sachse, P., Hacker, W. & Ulich, E. (Hrsg.) (2008). *Quellen der Arbeitspsychologie. Ausgewählte historische Texte. Schriften zur Arbeitspsychologie* (Hrsg. E. Ulich), Band 65. Bern: Huber
- Salowski, H. (1996). Fehlzeiten – empirische Zusammenhänge. In R. Marr (Hrsg.), *Absentismus. Der schleichende Verlust an Wettbewerbspotential* (S. 41-56). Göttingen: Angewandte Psychologie.

- Sandberg, A. (1993). Volvo am Scheideweg. *Arbeit*, 2 (2), 175-189.
- Sattes, I., Brodbeck, H. & Bichsel, A. (2001). *Praxis in kleinen und mittleren Unternehmen. Checklisten für Führung und Organisation in KMU*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Schaubroeck, J., Lam, S. S. K. & Xie, J. L. (2000). Collective efficacy versus self-efficacy in coping responses to stressors and control: A cross-cultural study. *Journal of Applied Psychology*, 85 (4), 512-525.
- Schaubroeck, J. & Merrit, D. E. (1997). Divergent effects of job control on coping with work stressors: The key role of self efficacy. *Academy of Management Journal*, 40 (3), 738-754.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice. A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 201-228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schein, E. H. (1980). *Organisationspsychologie*. Wiesbaden: Gabler.
- Schein, E. H. (1985). *Organizational culture and leadership. A dynamic view*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. H. (1991). Organisationskultur: ein neues theoretisches Konzept? In E. Dülfer (Hrsg.), *Organisationskultur* (S. 23-37). Stuttgart: Poeschel.
- Schein, E. H. (1997). Wenn das Lernen in Unternehmen wirklich gelingen soll. *Harvard Business Manager*, 19, 61-72.
- Scherrer, K. (2000). Dauerarbeitsplatz Call Center: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung senkt Fluktuation und Krankenstand. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten Report 2000* (S. 61-79). Berlin: Springer.
- Scherrer, K. (2001). Kommunikationsarbeit im Call Center: Umfassende Arbeitsgestaltung fördert Gesundheit und Produktivität. In M. Kastner, W. Kipfmüller, W. Quaas, Kh. Sonntag & R. Wieland (Hrsg.), *Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft* (S. 169-189). Werkstattberichte aus Wissenschaft + Technik, Wb 21. Wirtschftsverlag NW: Bremerhaven
- Scherrer, K. (2002). *Kommunikationsarbeit im Teleservice: Beanspruchung und emotionale Regulation bei Call Center-Dienstleistungen*. Dissertation. Bergische Universität Wuppertal.
- Scherrer, K. & Wieland, R. (1999). Belastung und Beanspruchung bei der Arbeit im Call Center: Erste Ergebnisse einer Interviewstudie und arbeitspsychologischen Belastungsanalyse. In M. Kastner (Hrsg.), *Gesundheit und Sicherheit in neuen Arbeits- und Organisationsformen* (S. 221-232). Herdecke: MAORI.

- Schmal, A. & Niehaus, M. (2004). Betriebliche Massnahmen zur Integration von Mitarbeiter/innen mit Handicap. In G. Steffgen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 223-238). Göttingen: Hogrefe
- Schmidt, A. (2000). Mit Haut und Haaren: Die Instrumentalisierung der Gefühle in der neuen Arbeitsorganisation. *Denkanstösse – IG Metaller in der IBM*, Mai, 25-42.
- Schmidt, W. & Brandt, E. (2003). Modellvorstellungen zur Umsetzung der Strategie Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (HPH) mittels der Balanced Score Card (BSC). In 8. Nationale Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Konferenzdokumentation (S. 100-102).
- Schmidtke, H. (1993). *Ergonomie*. München: Hanser.
- Schmook, R. (2001). Ausgliederung aus dem Berufsleben. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie* (S. 590-616). Göttingen: Hogrefe.
- Schmook, R. & Konradt, U. (2001). Telearbeit, Freizeit und Familie – Analyse der Zeitbudgets und der erlebten Beanspruchung. *Zeitschrift für Familienforschung* 12, 39-57.
- Schönplflug, W. (1987). Beanspruchung und Belastung bei der Arbeit – Konzepte und Theorien. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 1)* (S. 130-184). Göttingen: Hogrefe.
- Schönplflug, W. & Battmann, W. (1988). The costs and benefits of coping. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 699-713). Chichester: Wiley.
- Schooler, C., Mulatu, M. S. & Oates, G. (1999). The continuing effects of substantively complex work on the intellectual functioning of older workers. *Psychology and Aging*, 14, 483-506.
- Schott, T. (2005). Determinanten der Ausgliederung und Ansatzpunkte einer zielorientierten Beratung zur Rückkehr zur Arbeit nach einer schweren Herzerkrankung. In T. Schott (Hrsg.), *Eingliedern statt ausmustern. Möglichkeiten und Strategien zur Sicherung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer* (S. 151-164). Weinheim: Juventa.
- Schröer, A. & Sochert, R. (1996). Betriebliche Gesundheitsförderung durch Gesundheitszirkel. In R. Marr (Hrsg.), *Absentismus. Der schleichende Verlust an Wettbewerbspotential* (S. 133-148). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Schröer, A. & Sochert, R. (1997). *Gesundheitszirkel im Betrieb. Modelle und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt.
- Schultetus, W. (2000). Arbeitsgestaltung zur Förderung der Gesundheit und der Wettbewerbsstärke. *angewandte Arbeitswissenschaft*, 163, 1-19.
- Schüpbach, H., Strohm, O., Troxler, P. & Ulich, E. (1997). Analyse und Bewertung von Auftragsdurchläufen. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten* (S. 107-134). Schriften-

- reihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 10. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Schüpbach, H. (2008). Schulen als soziotechnische Systeme – Versuch einer Konzeptualisierung. In A. Krause, H. Schüpbach, E. Ulich & M. Wülser (Hrsg.), *Arbeitsort Schule. Organisations- und arbeitspsychologische Perspektiven* (S. 21-46). Wiesbaden: Gabler.
- Schüpbach, H. & Majumdar, M. (2003). Psychologische Organisationsdiagnose in der Arztpraxis. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis* (S. 381-397). Bern: Huber.
- Schwager, T. & Udris, I. (1998). Gesundheitsförderung in Schweizer Betrieben. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 437-444). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Schweer, R. & Meier, A. (2007). Die prospektive Implementation von gesunden und erfolgreichen Prozessen sowie deren nachhaltige Verfolgung im Kommunikationscenter der Stadtparkasse Hannover. Verfügbar unter: http://www.ccall.de/download_dat/projekt_sparkasse.pdf
- Sczesny, S. & Thau, S. (2004). Gesundheitsbewertung vs. Arbeitszufriedenheit: Der Zusammenhang von Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens mit selbstberichteten Fehlzeiten. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48, 17-24.
- Selye, H. (1950). *Stress*. Montreal: Acta.
- Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts. In J. Nitsch (Hrsg.), *Stress* (S. 163-187). Bern: Huber.
- Semmer, N. K. (1984). *Stressbezogene Tätigkeitsanalyse. Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Stress am Arbeitsplatz*. Weinheim: Beltz.
- Semmer, N. K. (1990). Stress und Kontrollverlust. In F. Frei & I. Udris (Hrsg.), *Das Bild der Arbeit* (S. 190-207). Bern: Huber.
- Semmer, N. K. (1997). Stress. In H. Luczak und W. Volpert (Hrsg.), *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Semmer, N. K. (2003). Individual differences, work stress, and health. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work & Health Psychology* (2nd ed.) (pp. 51-86). Chichester: Wiley.
- Semmer, N. K. & Jacobshagen, N. (2003). Selbstwert und Wertschätzung als Themen der arbeitspsychologischen Stressforschung. In K.-C. Hamborg & H. Holling (Hrsg.), *Innovative Personal- und Organisationsentwicklung* (S. 131-155). Göttingen: Hogrefe.
- Semmer, N. K., McGrath, J. E. & Beehr, T. A. (2005). Conceptual issues in research on stress and health. In C. L. Cooper (Ed.), *Handbook of Stress Medicine and Health* (2nd ed.) (pp. 1-43). New York: CRC Press.

- Semmer, N. K. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. *Psychologische Rundschau*, 52, 150-158.
- Semmer, N. & Richter, P. (2004). Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit älterer Menschen. Befunde und Konsequenzen. In M. v. Cranach, H.-D. Schneider, R. Winkler & E. Ulich (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle* (S. 95-116). Bern: Haupt.
- Semmer, N. K. & Udris, I. (2004). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (3. vollst. überarb. u. erg. Aufl.) (S. 157-195). Bern: Huber.
- Semmer, N. K. & Zapf, D. (2004). Gesundheitsbezogene Interventionen in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 4, Organisationspsychologie* (2. Aufl.; S. 773-843). Göttingen: Hogrefe
- Semmer, N. K., Zapf, D. & Dunckel, H. (1999). Instrument zur Stressbezogenen Tätigkeitsanalyse ISTA. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 179-204). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Semmer, N. K., Zapf, D. & Greif, S. (1996). „Shared Job Strain“: A new approach for assessing the validity of job stress measurements. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, 293-310.
- Shimizu, K. (1995). Humanization of the production system and work at Toyota Motor Co and Toyota Motor Kyushu. In A. Sandberg (Ed.), *Enriching production. Perspectives on Volvo's Uddevalla plant as an alternative to lean production* (pp. 383-425). Aldershot: Avebury.
- Siegrist, J. (1996a). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. (1996b). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well being, Historical and current perspectives on stress and health, Vol. 2* (pp. 261-291). New York: JAI-Elsevier.
- Siegrist, J. et al. (Arbeitsgruppe 2). (2004). Gesundheitliche Folgen und Herausforderungen. Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“. Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Simon, H. (2007) *Hidden Champions des 21. Jahrhunderts. Die Erfolgsstrategien unbekannter Weltmarktführer*. Frankfurt: Campus
- Simon, W. (2001). Die Qual der Wahl – das „richtige“ Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (S. 113-128). Köln: BZgA.

- Shaw, W.S., Pransky, G. & Fitzgerald, T.E. (2001). Early Prognosis for Low Back Disability: Intervention Strategies for Health Care Providers. *Disability and Rehabilitation*, 23(18), 815-28.
- Slesina, W. (1994). Gesundheitszirkel: Der „Düsseldorfer Ansatz“. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel* (S. 25-43). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Slesina, W. (2001). Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S. 75-95). Weinheim: Juventa.
- Slesina, W.. (2005). Ansatzpunkte aus der Rehaforschung, um die Rückkehr zur Arbeit zu erleichtern. In T. Schott (Hrsg.), *Eingliedern statt ausmustern. Möglichkeiten und Strategien zur Sicherung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer* (S. 67-81). Weinheim: Juventa.
- Sochert, R. (1999). *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Sockoll, I., Kramer, I. & Bödeker, W. (2008). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. IGA-Report 13*. Verfügbar unter: http://www.iga-info.de/fileadmin/texte/iga_report_13.pdf (19.7.2008).
- Sonnentag, S. (1996). Work group factors and individual well-being. In M. West (Ed.), *Handbook of Work Group Psychology* (pp. 345-367). Chichester: Wiley.
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between nonwork and work. *Journal of Applied Psychology*, 88 (3), 518-528.
- Sonnentag, S. & Frese, M. (2002). Stress in organizations. In W. C. Bormann, D. R. Ilgen, R. J. Klimoski & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of Psychology. Industrial and Organizational Psychology*. New York: Wiley.
- Sparks, K., Faragher, B. & Cooper, C. (2001). Well-Being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 489-509.
- Speckbacher, G., Bischof, J. & Pfeiffer, T. (2003). A descriptive analysis on the implementation of balanced scorecards in German-speaking countries. *Management Accounting Research*, 14, 361-387.
- Spector, P. E. & Jex, S. M. (1998). Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal conflict at work scale, organizational constraints scale, quantitative workload inventory, and physical symptoms inventory. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 356-367.
- Spiess, H. & Beigel, S. (1996). *Einer fehlt, und jeder braucht ihn: wie Opel die Abwesenheiten senkt*. Wien: Ueberreuter.

- Staatssekretariat für Wirtschaft (seco). (2000). Die Kosten von Stress in der Schweiz. Pressemitteilung vom 12.9.2000.
- Staehele, W. H. (1985). Management (2. Aufl.). München: Vahlen.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J. & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: Prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56 (5), 302-307.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51 (4), 185-197.
- Steinmann, H. & Schreyögg, G. (1980). Arbeitsstrukturierung am Scheideweg. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 34, 75-78.
- Strohm, O. (1996). Produktionsplanung und -steuerung im Industrieunternehmen aus arbeitspsychologischer Sicht. Arbeits- vs. technikhorientierte Gestaltungskonzepte. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 15. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Strohm, O. (1997). Fallstudie A: Ein spezialisierter Zulieferer- und Werkzeugproduktionsbetrieb. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten (S. 323-345). Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 10. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Strohm, O. & Ulich, E. (Hrsg.). (1997). Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehrebenenansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation, Band 10. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Stucki, G. (2002). Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Rehabilitationsmedizin (S. 25-26). Referat im Rahmen des 11. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums, Teilhabe durch Rehabilitation, vom 4. Bis 6. März in München.
- Susman, G. (1976). *Autonomy at work: A socio-technical analysis of participative management*. New York: Praeger.
- Sydow, J. (1985). *Der soziotechnische Ansatz der Arbeits- und Organisationsgestaltung*. Frankfurt: Campus.
- Tannenbaum, R. & Schmidt, W. H. (1958). How to choose a leadership pattern. In *Harvard Business Review*, 2, 96-101.
- Taris, T. W., Kompier, A. H., De Lange, A. H., Schaufeli, W. B. & Schreurs, P. J. G. (2003). Learning new behaviour patterns: A longitudinal test of Karasek's active learning hypothesis among Dutch teachers. *Work & Stress*, 17 (1), 1-20.
- Temme, G. & Tränkle, U. (1996). Arbeitseemotionen. Ein vernachlässigter Aspekt in der Arbeitszufriedenheitsforschung. *Arbeit*, 5, 275-297.
- Teriet, B. (1995). Beschäftigungsorientierte Arbeitszeitregelungen. In *Wege aus der Arbeitslosigkeit* (S. 213-229). Beihefte der Konjunkturpolitik.

- Zeitschrift für angewandte Wirtschaftsforschung, Heft 43. Berlin: Duncker & Humblot.
- The European Work and Technology Consortium. (2000). Work organisation, competitiveness, employment. The European approach. Brussels: European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, Unit V/D.3.
- Theorell, T. (2004). Flexibility at work in relation to employee health. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work & Health Psychology* (2nd ed.) (pp. 159-170). Chichester: Wiley.
- Theorell, T. & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 9-26.
- Thiehoff, R. (1998). Betriebswirtschaftliche Evaluation. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 211-222). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Thiehoff, R. (1999). Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung als Teil effektiver Unternehmensführung. In BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), *Möglichkeiten der Wirtschaftlichkeitsanalyse für Massnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung* (S. 11-23). Essen: BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- Thiehoff, R. (2002). Wirtschaftliche Bewertung der Arbeitsunfähigkeit durch muskuloskeletale Erkrankungen. *Der Orthopäde*, 10, 2002, 949-956.
- Thiehoff, R. (2004). Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagements – Zum Return on Investment der Balance zwischen Lebens- und Arbeitswelt. In M. Meifert & M. Kesting (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte – Praxis – Perspektiven* (S. 57-77). Berlin: Springer.
- Thoits, P. A. (1994). Stressors and problem-solving: The individual as psychological activist. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 143-159.
- Thul, M. J. & Zink, K. J. (2001). Selbstbewertung als Ansatz zur Bewertung betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme. Konzepte, Möglichkeiten und Grenzen. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, (S. 161-180). Weinheim: Juventa.
- Thul, M. J., Zink, K. J. & Mosthaf, F. (2001). Ein Modellversuch zum integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 199-211). München: Juventa.
- Tomasko, R. M. (1993). *Rethinking the corporation: The architecture of change*. New York: Amacom.

- Tomaszewski, T. (1981). Struktur, Funktion und Steuerungsmechanismen menschlicher Tätigkeit. In T. Tomaszewski (Hrsg.), *Zur Psychologie der Tätigkeit* (S. 11-33). Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Trachsler, E., Nido, M., Brügggen, S., Wülser, M., Ulich, E. & Voser, S. (2007). Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen in der Thurgauer Volksschule – Teilstudie Schulbehörden. Ergebnisse der zweiten Erhebung /Materialien zur zweiten Erhebung. Forschungsbericht 07 der Pädagogischen Hochschule Thurgau
- Trachsler, E., Ulich, E., Inversini, S., Wülser, M. & Dangel, C. (2005). Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen in der Thurgauer Volksschule – Teilstudie Behörden. Frauenfeld: Amt für Volksschule und Kindergarten des Kantons Thurgau / Kreuzlingen: Pädagogische Hochschule Thurgau.
- Treier, M. (2001). Zu Belastungs- und Beanspruchungsmomenten der Teleheimarbeit unter besonderer Berücksichtigung der Selbst- und Familienregulation. Hamburg: Kovac.
- Triebe, J. K. (1977). Entwicklung von Handlungsstrategien in der Arbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 31, 221-228.
- Triebe, J. K. (1980). Untersuchungen zum Lernprozess während des Erwerbs der Grundqualifikation (Montage eines kompletten Motors). Arbeits- und sozialpsychologische Untersuchungen von Arbeitsstrukturen im Bereich der Aggregatefertigung der Volkswagenwerk AG. Bonn: BMFT 1980, HA 80-019.
- Trist, E. L. (1981). The evolution of sociotechnical systems. Issues in the quality of working life, Occasional Papers No. 2. Toronto: Ontario Quality of Working Life Centre.
- Trist, E. L. & Bamforth, K. W. (1951). Some social and psychological consequences of the longwall method of coal getting. *Human Relations*, 4, 3-38.
- Trojan, A. & Legewie, H. (2001). Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften.
- Tsutsumi, A., Ishitake, T., Peter, R., Siegrist, J. & Matoba, T. (2001). The Japanese version of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire: a study in dental technicians. *Work & Stress*, 15 (1), 86-96.
- Tubach, F., Leclerc, A., Landre, M. F. & Pietri-Taleb, F. (2002). Risk factors for sick leave due to low back pain: a prospective study. *Journal of Occupational Environmental Medicines*, 44, 451-458.
- Tucker, P. (2003). The impact of rest breaks upon accident risk, fatigue and performance: a review. *Work & Stress*, 17 (2), 123-137.
- Udris, I. & Frese, M. (1988). Belastungen, Stress, Beanspruchungen und ihre Folgen. In C. Graf Hoyos, D. Frey & D. Stahlberg (Hrsg.), *Angewandte Psychologie* (S. 427-447). München: Psychologie Verlags Union.

- Udris, I. & Frese, M. (1999). Belastung und Beanspruchung. In C. Graf Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 429-445). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *Psychosozial*, 15 (4), 9-22.
- Ulich, E. (1957). Zur Frage der Belastung des arbeitenden Menschen durch Nacht- und Schichtarbeit. *Psychologische Rundschau*, 8, 42-61.
- Ulich, E. (1965). *Über Fehlzeiten im Betrieb. Eine Sammlung von Untersuchungsergebnissen und Erfahrungen*. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ulich, E. (1972). Arbeitswechsel und Aufgabenerweiterung. *REFA-Nachrichten*, 25, 265-275.
- Ulich, E. (1978). Über das Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung. *Industrielle Organisation*, 47, 566-568.
- Ulich, E. (1980). Bericht über die arbeits- und sozialpsychologische Begleitforschung. In Bundesminister für Forschung und Technologie (Hrsg.), *Gruppenarbeit in der Motorenmontage* (S. 97-142). Schriftenreihe Humanisierung des Arbeitslebens, Band 3. Frankfurt/M.: Campus.
- Ulich, E. (1981a). Möglichkeiten autonomieorientierter Arbeitsgestaltung. In M. Frese (Hrsg.), *Stress im Büro* (S. 159-178). Schriften zur Arbeitspsychologie, Band 34. Bern: Huber.
- Ulich, E. (1981b). Subjektive Tätigkeitsanalyse als Voraussetzung autonomieorientierter Arbeitsgestaltung. In F. Frei & E. Ulich (Hrsg.), *Beiträge zur psychologischen Arbeitsanalyse* (S. 327-347). Bern: Huber.
- Ulich, E. (1984). *Psychologie der Arbeit*, In *Management Enzyklopädie*, Band 7 (S.914-929). Landsberg: Moderne Industrie.
- Ulich, E. (1988). Überlegungen zur Aufhebung der Ortsgebundenheit von Arbeit. *Psychosozial*, 33, 83-91.
- Ulich, E. (1995). Qualitätsmanagement und Arbeitsorganisation. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 49 (3), 138-142.
- Ulich, E. (1997). Mensch, Technik, Organisation: ein europäisches Produktionskonzept. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten* (S. 5-17). Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 10. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Ulich, E. (2001). (Hrsg.). *Beschäftigungswirksame Arbeitszeitmodelle*. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band29. Zürich: vdf Hochschulverlag
- Ulich, E. (2003). Betriebliche Gesundheitsförderung: Beitrag zum qualitativen Wachstum. Vortrag an der Nationalen Gesundheitstagung „Arbeitsbedingungen und Gesundheit“ (Aarau, 18.9.2003).
- Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie* (6.Auflage). Zürich: vdf Hochschulverlag/ Stuttgart: Schäffer Poeschel

- Ulich, E. (2008). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. In Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.), *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland* (S. 8-15). Berlin: BDP.
- Ulich, E. & Baitsch, C. (1979). *Schicht- und Nachtarbeit im Betrieb. Probleme und Lösungsansätze* (2. Aufl.). Rüschlikon: GDI-Verlag.
- Ulich, E., Inversini, S. & Wülser, M. (2002). *Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen der Lehrkräfte des Kantons Basel-Stadt*. Basel: Erziehungsdepartement des Kantons Basel-Stadt.
- Ulich, E., Inversini, S., Wülser, M. & Nido, M. (2008). *Arbeitspsychologische Analyse als eine Grundlage für Schulentwicklung*. In iafoB (Hrsg.), *Unternehmensgestaltung im Spannungsfeld von Stabilität und Wandel* (S. 381-406). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Ulich, E., Trachsler, E., Wülser, M. & Inversini, S. (2003). *Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen der Thurgauer Volksschullehrkräfte angesichts der laufenden Bildungsoffensive*. Frauenfeld: Amt für Volksschule und Kindergarten.
- Ulich, E. & Weber, W. G. (1996). Dimensions, criteria and evaluation of work group autonomy. In M. West (Ed.), *Handbook of Work Group Psychology* (pp. 247-282). Chichester: Wiley.
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13 (2), 87-114.
- Vetter, C., Dieterich, C. & Acker, C. (2001). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2000* (S. 277-515). Berlin: Springer.
- Veerman, T. J. (2001). Work Status and Benefit Status. In F. S. Bloch & R. Prins (2001). *Who returns to work and why? International Social Security Series, Volume 5* (pp. 85-98). New Brunswick (USA) and London: Transaction Publishers.
- Viswesvaran, C., Sanchez, J. I. & Fisher, J. (1999). The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 54, 314-334.
- Volkswagen AG. (1999). *Gesundheitsmanagement bei Volkswagen*. Wolfsburg: Volkswagen.
- Volkswagen AG (2007). *Eins und Eins gleich Drei. Corporate Social Responsibility bei Volkswagen. Wie man Wert und Werte zusammenbringt*. Verfügbar unter: http://www.volkswagenag.com/vwag/vwcorp/content/de/sustainability_and_responsibility.-bin.acq/qual-DownloadFileList.Single.DownloadFile.0002.File/csr_de.pdf (18.7.2008).
- Volpert, W. (1974). *Handlungsstrukturanalyse als Beitrag zur Qualifikationsforschung*. Köln: Pahl-Rugenstein.
- Volpert, W. (1983). *Der Zusammenhang von Arbeit und Persönlichkeit – Folgerungen für die Arbeitsgestaltung*. In *Technik und menschliche Existenz* (S. 81-92). Wiesbaden: Freie Akademie.

- Volpert, W. (1987). Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie* (S. 1-42). Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 1. Göttingen: Hogrefe.
- Volpert, W. (1994). Die Spielräume der Menschen erhalten und ihre Fähigkeiten fördern – Gedanken zu einer sanften KI-Forschung. In G. Cyranek & W. Coy (Hrsg.), *Die maschinelle Kunst des Denkens – Perspektiven und Grenzen der künstlichen Intelligenz* (S. 199-213). Braunschweig: Vieweg.
- Volpert, W., Oesterreich, R., Gablenz-Kolakovic, S., Krogoll, T. & Resch, M. (1983). Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit (VERA) (S. 1-31). Köln: TÜV Rheinland.
- Volpert, W., Resch, M. & Lüders, E. (1992). Entwicklung eines Kriterienkatalogs für die Bewertung von Massnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Projektskizze. Berlin: Institut für Humanwissenschaft in Arbeit und Ausbildung der Technischen Universität.
- VPOD Verband des Personals der Öffentlichen Dienste. (1990). Einführung neuer Technologie in Büro und Verwaltung. Zürich: VPOD.
- Wäfler, T., Grote, G., Ryser, C., Weik, S. & Windischer, A. (1999). Wie sich Mensch und Technik sinnvoll ergänzen. Die Gestaltung automatisierter Produktionssysteme mit KOMPASS. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 18. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Wagner-Link, A. (2002). Lust statt Last. Einige psychologische Überlegungen zu Gesundheitsförderung und Prävention. In S. Höfling (Hrsg.), *Neue Wege in der Prävention, Argumente und Materialien zum Zeitgeschehen 36* (S. 43-54). Hanns-Seidel-Stiftung e.V. München: Akademie für Politik und Zeitgeschehen.
- Wall, T. D. & Clegg, C. W. (1981). A longitudinal field study of group work redesign. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 31-45.
- Waller, H. (2002). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health* (3. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Warr, P. (1990). Decision latitude, job demands, and employee well-being. *Work & Stress*, 4, 285-294.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress*, 8, 84-97.
- Warr, P. (1995). In what circumstances does job performance vary with age? In J. M. Peiro, F. Orieto, J. L. Melia & O. Luque (Eds.), *Work and organizations psychology: Contribution of the nineties* (pp. 1-13). London: Taylor & Francis.

- Warr, P. (1999). Well-being and the workplace. In D. Kahneman & E. Diener (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 392-412). New York: Russel Sage.
- Warr, P. (2001). Age and work behavior: physical attributes, cognitive abilities, knowledge, personality traits and motives. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 16, 1-36.
- Weber, A. (2005). Reintegration nach Langzeitarbeitsunfähigkeit – wer kehrt wann und warum zurück? Ergebnisse einer sechs Länder-Studie. In T. Schott (Hrsg.), *Eingliedern statt ausmustern. Möglichkeiten und Strategien zur Sicherung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer* (S. 55-66). Weinheim: Juventa.
- Weber, A., Hörmann, G. & Köllner, V. (2006). Psychische und Verhaltensstörungen. Die Epidemie des 21. Jahrhunderts. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(13), 169-173.
- Weber, B., Rüllicke, S. & Packebusch, L. (2007). *Gesunde Menschen – Gesundes Handwerk. Handlungshilfe und Coaching Leitfaden*. Lengerich: Pabst
- Weber, J. & Schäffer, U. (2000). *Balanced Scorecard & Controlling. Implementierung – Nutzen für Manager und Controller – Erfahrungen in Deutschen Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler.
- Weber, W. G. (1997). *Analyse von Gruppenarbeit. Kollektive Handlungsregulation in soziotechnischen Systemen. Schriften zur Arbeitspsychologie*. Band 57. Bern: Huber.
- Weber, W. G. (1999). Kollektive Handlungsregulation, kooperative Handlungsbereitschaften und gemeinsame Vergegenständlichungen in industriellen Arbeitsgruppen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 43, 202-215.
- Weber, W. G. (2000). Organizational conditions fostering prosocial work orientations in teams. In M. Vartianen, F. Avallone & N. Anderson (Eds.), *Innovative theories, tools and practices in work and organizational psychology* (pp. 75-96). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Weber, W. G., Kirsch, C. & Ulich, E. (1997). Analyse und Bewertung von Arbeitsgruppen. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten* (S. 167-199). Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 10. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Wehner, T. & Rauch, K.-P. (1994). Evaluation von Gruppenarbeit in der Automobilindustrie. *Arbeit*, 3, 132-149.
- Weiss, B. (2000). Fehlzeitengespräche – Instrumente betrieblicher Gesundheitsförderung? Ergebnisse einer empirischen Studie im Rahmen eines Projekts zur gesundheitsorientierten Unternehmensentwicklung. *Organisationsberatung – Supervision – Clinical Management*, 2, 121-134.
- Wellendorf, J., Westermayer, G. & Riese, I. (2001). Die Aktion „Sicher und Gesund“ der Firma Storck. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.),

- Fehlzeiten-Report 2000. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement (S. 231-248). Berlin: Springer.
- Westermayer, G. (2002). Gesundheitszirkel oder Rückkehrgespräche? Anmerkungen zu einer aktuellen Diskussion. Verfügbar unter: <http://www.bgf-berlin.de/Download/DP%2002-0304.pdf> (29.1.2003).
- Westermayer, G. & Bähr, B. (Hrsg.). (1994). Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Hogrefe.
- Whitney, D. E. (1989). Mit multifunktionalen Teams die Fertigungskosten halbieren. *Harvard Manager*, 11 (1), 106-113.
- Wiebecke, G. (1989). Das Interface zwischen F & E und Marketing. Kulturelle Unterschiede und die bereichsübergreifende Kommunikation. Dissertation. Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule.
- Wiebecke, G. & Tschirky, H. (1987). Interface zwischen Forschung + Entwicklung und Marketing. *io Management Zeitschrift*, 56, 1, 23-26.
- Wiebecke, G., Tschirky, H. & Ulich, E. (1987). Cultural differences at the R & D-Marketing Interface: explaining interdivisional communication barriers. *Proceedings of the 1987 IEEE-Conference on Management and Technology (Atlanta)*, 94-102.
- Wieland, K. (1995). Arbeitsgestaltung für behinderte und leistungsgewandelte Mitarbeiter: Grundlagen, Vorgehensweisen, Beispiele. Freiburg: Haufe.
- Wieland, R. (2000). Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. In R. Wieland & K. Scherrer (Hrsg.), *Arbeitswelten von Morgen* (S. 17-40). Opladen: Westdeutscher-Verlag.
- Wieland, R. (2003). Arbeitsgestaltung und Kompetenzentwicklung. Vortrag auf dem 8. Landauer Symposium „Handlungs- und Selbstregulation im Beruf“. Universität Koblenz-Landau. 20. – 21.03.2003.
- Wieland, R. (2006). Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung – Ziele, Konzepte und Maßnahmen. *Wuppertaler Beiträge zur Arbeits- und Organisationspsychologie*, 1, 2-47.
- Wieland, R. (2008). Rückengesundheit – Rückhalt für Arbeit und Alltag. *Barmer Gesundheitsreport 2008*. Wuppertal: Barmer Ersatzkasse
- Wieland, R., Klemens, S., Scherrer, K. & Timm, E. unter Mitarbeit von Krajewski, J. (2004). *Moderne IT-Arbeitswelt gestalten – Anforderungen, Belastungen und Ressourcen in der IT-Branche (Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 4)*. Hamburg/Wuppertal: Techniker Krankenkasse und Transfer- und Kooperationsstelle für Arbeitsgestaltung an der Bergischen Universität Wuppertal
- Wieland, R., Metz, A.-M. & Richter, P. (2001). Call Center auf dem arbeitspsychologischen Prüfstand. Teil 1: Verfahren, Tätigkeitsmerkmale und erste Ergebnisse zur psychischen Belastung. Dresden: *Verwaltungsberufsgenossenschaft*.

- Wieland, R., Metz, A.-M. & Richter, P. (2002). Call Center auf dem arbeitspsychologischen Prüfstand, Teil 2: Arbeitsgestaltung, Belastung, Beanspruchung und Ressourcen. Hamburg: Verwaltungsberufsgenossenschaft.
- Wieland, R., Scherrer, K., Hammes, M. & Latocha, K. (2008). Fragebogen zur Gesundheitskompetenzerwartung (GKF). Wuppertaler Beiträge zur Arbeits- und Organisationspsychologie, Heft 1, 2008.
- Wieland-Eckelmann, R. (1992). Kognition, Emotion und psychische Beanspruchung. Theoretische und empirische Studien zu informationsverarbeitenden Tätigkeiten. Göttingen: Hogrefe.
- Williams, R.M. & Westmorland, M. (2002). Perspectives on Workplace Disability Management: A Review of the Literature. *Work*, 19(1), 87-93.
- Wilson, A. T. M. & Trist, E. L. (1951). The Bolsover System of Continuous Mining. Tavistock Institute of Human Relations, Document No. 290.
- Womack, J. P. (1996). Neues von Hammer und Champy. *Harvard Business Manager*, 18, 15-17.
- Womack, J. P., Jones, D. T. & Roos, D. (1991). Die zweite Revolution in der Autoindustrie. Frankfurt: Campus.
- World Health Organization (WHO) (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. Geneva: WHO.
- World Health Organization – Regional Office for Europe. (1991). The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals.
- World Health Organization – Regional Office for Europe. (1997). The Vienna Recommendations for Health Promoting Hospitals.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (1998). Lehrbuch Evaluation (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Wülser, M. (2000). Fehlbeanspruchungen bei personenbezogenen Dienstleistungstätigkeiten. Eine Mehr Stichproben Analyse zur Entstehung von emotionaler Erschöpfung, Aversionsgefühlen und Distanzierung sowie eine vertiefte Betrachtung der Lehrkräftetätigkeit. Dissertation, Universität Potsdam, Humanwissenschaftliche Fakultät. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:kobv:517-opus-11223>.
- Wülser, M. (2008). Begrenzte Responsivität und Fehlbeanspruchungen bei Lehrkräften. In A. Krause, H. Schüpbach, E. Ulich & M. Wülser (Hrsg.), *Arbeitsort Schule. Organisations- und arbeitspsychologische Perspektiven* (S. 101-131). Wiesbaden: Gabler.
- Wülser, M. (2008). Burnout bei Lehrkräften: „Professionalisierung“ der Organisation als Ansatz für Prävention?. In *iafob* (Hrsg.), *Unternehmensgestaltung im Spannungsfeld von Stabilität und Wandel* (S. 363-379). Zürich: vdf Hochschulverlag.

- Wynne, R. & McAnaney, D. (2004). *Employment and disability: Back to work strategies*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Zangemeister, C. (1999). Verfahren der Wirtschaftlichkeitsanalyse im Arbeits- und Gesundheitsschutz. In BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), *Möglichkeiten der Wirtschaftlichkeitsanalyse für Massnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung*, (S. 25-49). Essen: BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- Zangemeister, C. (2000). *Erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalyse (EWA): Grundlagen, Leitfaden und PC-gestützte Arbeitshilfen für ein „3-Stufen-Verfahren“ zur Arbeitssystembewertung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag N.W.
- Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 3, Organisationspsychologie* (2. Aufl.; S. 1007-1112) Göttingen: Hogrefe.
- Zellars, K. L. & Perrewé, P. L. (2001). Affective personality and the content of emotional support: Coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 86, 459-467.
- Zellars, K., Perrewe, P. & Hochwarter, W. (1999). Mitigating burnout among high NA employees in health care: What can organizations do? *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 2250-2271.
- Zink, K. (Hrsg.). (1995). *Erfolgreiche Konzepte zur Gruppenarbeit – aus Erfahrungen lernen*. Human Resource Management für Theorie und Praxis. Neuwied: Luchterhand.
- Zink, K. J. (2004). *TQM als integratives Managementkonzept. Das EFQM Excellence Modell und seine Umsetzung* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). München: Hanser.
- Zink, K. J. & Thul, M. J. (1998). Gesundheitsassessment – ein methodischer Ansatz zur Bewertung von Gesundheitsförderungsmassnahmen. In R. Müller & R. Rosenbrock (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement. – Bilanz und Perspektiven*, (S. 327-348). Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Zoitke, E. (2003). Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten in der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung. In B. Badura & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer.
- Zok, K. (2008). Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In B. Badura, H. Schröder & Ch. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007 'Arbeit Geschlecht und Gesundheit'* (S.121 – 144). Heidelberg: Springer
- Zölch, M. (2001). *Zeitliche Koordination in der Produktion. Aktivitäten der Handlungsverschränkung*. Bern: Huber.

Zülch, G. & Starringer, M. (1984). Differentielle Arbeitsgestaltung in Fertigungen für elektronische Flachbaugruppen. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 38, 211-216.

Stichwortverzeichnis

- A**
- ältere Arbeitskräfte 320
 - Altersdiskriminierung 320
 - altersgerechte Arbeitsgestaltung 322
 - alternsgerechte Arbeitsgestaltung 323
 - arbeitsinduziertes
 - Vor-Altern 323
 - Ability Management 280
 - Abwesenheit
 - Kosten krankheitsbedingter – 4
 - Anerkennung 16, 92
 - Anforderungen 17, 170, 287
 - emotionale – 309
 - hohe – 18, 77
 - mentale – 309
 - psychische – 20
 - widersprüchliche – 78, 85
 - Anforderungsprofil 289
 - Anforderungsvielfalt 235
 - Anreize 129
 - Anreizsysteme 218
 - prospektiver
 - Beitragsbonus 219
 - Anspruchsniveau 110
 - Arbeit
 - Intensivierung der – 7
 - partialisierte – 16
 - Arbeitgeberverbände 394
 - Arbeitsaufgabe 173
 - arbeitsbedingte
 - Wartezeiten 100
 - Arbeitsbedingungen 11, 54, 118, 169, 329
 - Gestaltung der – 3
 - Arbeitsbelastungen
 - psychische 277
 - Arbeitsfähigkeit 279, 314, 349
 - Arbeitsfreude 113
 - Arbeitsgesetz 100
 - Arbeitsgestaltung 14, 64, 79, 302, 304
 - differentielle – 227, 229
 - dynamische – 228
 - gesundheitsförderliche – 330
 - gesundheitsgerechte – 233
 - korrektive – 118, 225, 226, 297
 - persönlichkeitsförderliche – 330
 - präventive – 226
 - prospektive – 118, 122, 226, 227
 - qualifizierende – 130
 - Strategien der – 227
 - Arbeitsgruppen
 - teilautonome – 247
 - Arbeitsintensität 315
 - Arbeitskontrakt 73
 - Arbeitsmarktrisiken 315
 - Arbeitsmedizin 14, 53
 - Arbeitsmenge 78
 - Arbeitsorganisation 11, 64
 - Arbeitsplatz
 - Planung 295
 - leistungsadäquate 294
 - begehung 294
 - Arbeitsplatzsicherheit 94
 - Arbeitsplatzunsicherheit 305
 - Arbeitsrollen 231
 - Arbeitsschutz 4, 11, 12, 14, 117, 123, 356
 - Arbeitsstrukturen 14, 265
 - arbeitsteilige – 15

- Arbeitssysteme118
 Neustrukturierung von – ...226
 Arbeitstätigkeit.....109
 humane –.....330
 persönlichkeitsförder-
 liche –344
 arbeitsteilige Strukturen259
 Arbeitsunfähigkeit.....7, 280
 Arbeitsunfähigkeitsan-
 alysen.....137
 Arbeitswiederaufnahme286
 Arbeitszeit(en)
 familienfreundliche –.....335
 lebensphasenorientierte – ..337
 wöchentliche –337
 Arbeitszeitmodelle.....95, 354
 Arbeitszufriedenheit.....35, 109
 allgemeine –.....109
 Formen von –.....110, 112
 qualitative Differenzie-
 rung109
 AU-Analysen137, 138
 AU-Berichte.....138
 Aufgaben
 vollständige –14, 18
 Aufgabengestaltung243, 330
 persönlichkeitsförder-
 liche –16
 Aufgabenmerkmale238
 Aufgabenorientierung.....16,
 235, 253
 gemeinsame –.....248
 Aufgabenvollständigkeit170
 Aufgabenzusammenhang161,
 232
 Automatisierung262
 Autonomie 228, 236, 247, 259
 geregelte –316
 kollektive –.....254, 331
- B**
- Balanced Scorecard 197, 359
 Beanspruchung 53, 56, 98, 365
 Beanspruchungsfolgen 71, 76,
 99, 104, 106
 langfristige – 95
 mittelfristige – 95
 Befindensindikatoren..... 164, 168
 behinderte Mitarbeitende..... 277,
 279
 Belastungen 53, 54, 64,
 78, 118, 287
 chronische – 106
 Dimensionen 55
 psychische – 6, 54
 Belastungsminimierung 63
 Belastungsoptimierung 63
 Belastungsvermeidung 63
 Belohnung..... 90, 272
 Beratungsleistungen
 externe –..... 126
 berufliche Statuskontrolle 315
 Berufs- und Familienleben
 Vereinbarkeit von –..... 315
 Beschäftigungsfähigkeit 314
 Beschäftigungssicherheit..... 73
 Beschwerden
 körperliche – 104
 psychosomatische – 19
 Betriebliches Gesundheitsma-
 nagement 297
 Betriebskrankenkassen 138
 Bewältigungsverhalten..... 46, 59
 Branchenvergleiche 138
 Burnout73, 104, 168, 260, 270
 (reduzierte) persönliche
 Erfüllung und Leistungsfä-
 higkeit..... 75
 Depersonalisierung..... 75

- emotionale Erschöpfung..... 74,
76, 365
helfende Berufe..... 75
Klientenaversion 365
Business Process
Reengineering..... 301, 303
- C**
Call Center..... 118, 311, 312
Canadian Healthy Workplace
Criteria 215, 218
Case Management 284, 286,
359
Circumplex-Modell..... 33
Coping 59
- D**
decision authority..... 78
decision latitude..... 78, 247
Demand/Control-Modell..... 40,
78, 79, 83
Diagnoseinstrumente..... 281, 282
Diagnostik
medizinische 290
Disability 280
Disability Management 277,
278, 280, 281, 292, 296, 297
Downsizing..... 301, 305
- E**
EFQM-Modell 177, 178
Eingliederung..... 287
Eingliederungs-
management 278, 292
Einheit
– von Analyse, Bewertung
und Gestaltung 245
– von Produkt und
Organisation..... 161, 232
Einsatz von Technik 235
Einsparmöglichkeiten20
employability314
Entgrenzung316, 343
Entscheidungsprozesse..... 131
Entscheidungsspielraum78,
246, 336
Entscheidungsverant-
wortung78
Entspannungstechniken292
Entwicklungsmöglichkeiten
fehlende –.....228
Equitytheorie 90
Ergebnisevaluation 176
Ergonomie53
Erholung.....94
Erholungsbedürftigkeit.....97
Erholungsbereitschaft98
Erholungsfähigkeit 16, 99
Erholungspausen 15
Erholungsphase..... 98
Erholungsprobleme98
Erholungsprozesse.....95, 99
Erholungswirksamkeit..... 101
Erholungswirkung..... 95
Erholungszyklen 95
Erkrankungen
arbeitsbedingte –.....4
Herz-Kreislauf-287
kardiovaskuläre –51
Kosten arbeitsbedingter –4
Muskel-Skelett-287
Psychische –.....287
Ermüdung99, 100
Erwerbstätigkeit328
Europäische Föderation für
Qualitätsmanagement
(EFQM)..... 177
Europäisches Netzwerk für
betriebliche Gesundheitsför-
derung (ENBGF)..... 177, 349

Evaluation	122, 190	Gesamtbelastung	104
– des Gesundheits-		Gestaltung rechnergestützter	
managements.....	176	Arbeitstätigkeiten.....	264
– des Management-		Gestaltungsmerkmale.....	235
systems.....	186	Gestaltungsspielraum.....	246
– von Programmen.....	185	Gesundheit	3, 6, 10, 31,
erweitertes Monitoring	188	45, 117, 136	
formative –.....	185	Aufbau von –	31
summative –	185	Aufrechterhaltung von –	31
Wirkungsebenen.....	190	dynamisches	
Evaluationsmodell des		Gleichgewicht.....	51
ENBGF.....	177	funktionale	277
F		Gesundheitspotentiale.....	135
Fähigkeitenprofil.....	289	Laienkonzepte von –	29
Familienregulation.....	342	Mehrdimensionalität	
Fehlbeanspruchungen.....	38, 78	von –.....	51
Fehlzeiten	132, 133, 259,	Nicht-Sichtbarkeit von –	133
281, 290, 311		physische –	225
Ursachen von –.....	135	psychische –	38, 225
vermeidbare –.....	136	Gesundheitsbefragungen	210
Fehlzeitengespräche	139	Gesundheitsbegriff.....	46
Fehlzeitenquote	132	Handlungskomponente	46
Flexibilisierung	94	Gesundheitsbericht	126, 138,
– betrieblicher		139, 155	
Arbeitszeiten	314	Gesundheitsdefinition	52
Flexibilisierungsmodell.....	292,	Gesundheitsförderung	295,
293		297	
Flexibilität.....	318	Gesundheitsindex.....	210
Fluktuation.....	259, 311	Gesundheitsindikatoren.....	64
Fragebogen		Gesundheits-	
– verfahren	155,	Krankheitskontinuum.....	37
165, 169		Gesundheitsmanagement	11,
Freiheitsgrade	247	139, 174, 176, 194, 218, 393	
Führung	269	betriebliches –	12, 16, 64,
		117, 123	
G		Gesundheitsmodell	
Ganzheitlichkeit	235, 240	biomedizinisches –.....	51
Ganzschichtbeobachtungen ..	366	biopsychosoziales –	51
Gefährdungspotentiale	8	Gesundheitspause	292
		Gesundheitspolitik.....	174

- betriebliche – 393
 Gesundheitsprogramme..... 176
 Gesundheitsquote..... 135
 Gesundheitsrisiken..... 353
 Gesundheitsschutz 12, 123,
 356
 Gesundheitszirkel..... 126, 139,
 359
 Berliner Modell..... 145
 Dauer..... 149
 Düsseldorfer Modell..... 145
 Nähe zu Massnahmen
 der Organisationsent-
 wicklung..... 146
 organisatorische
 Einbindung 149
 Partizipation..... 147
 Teilnehmende 149
 thematische Offenheit
 von –..... 148
 Zusammensetzung
 von –..... 147
 Gewerkschaftsbund 394
 Gratifikationen 87, 164, 166
 Transmittersysteme..... 87
 Gratifikationskrisen 16, 89,
 164, 272
 Belohnungen 87
 Verausgabung 87
 Gruppenarbeit..... 127, 259, 334
 – im Automobilbau 249
 – im Konstruktionsbereich 257
 – in der deutschen
 Autoindustrie 262
 Gruppenarbeitskonzepte
 europäische – 260
 japanische – 260
 Gruppenaufgaben 330
 Gruppenkohäsion..... 259
- H**
 Handlungskompetenz248
 Handlungsregulation
 kollektive –.....171, 253
 Handlungsregulations-
 theorie.....65
 Handlungsspielraum20, 246,
 247
 objektiver –246
 subjektiver –246
 Hardiness42, 43, 44, 45
 Healthy Scorecard.....213, 218,
 354
 Heimarbeit
 rechnerunterstützte –341
 Herausforderung62, 63
 Herz-Kreislauf-Trainings.....292
 high strain job79, 304
 High-Strain-Hypothese.....80
 Human Resources
 Management.....188
 Humanisierung der
 Arbeit.....251
- I**
 ICD10, 283
 IMBA288, 289
 innere Kündigung.....134
 intangible assets195, 202
 Integration.....284, 286, 287,
 288, 289
 arbeitsplatznahe –.....284
 – leistungsgewandelter
 Mitarbeitender296
 Integrationsmaßnahmen.....286
 Integrationsmodell.....292, 293
 Integrationsprozesse.....283
 Integrationsverein-
 barungen295

interindividuelle	
Unterschiede.....	56
Interventionen	176
personbezogene –	14
verhältnisorientierte –.....	371
Interviews.....	155
J	
joint optimization.....	232
Just-in-Time-Prinzip.....	303
K	
Kennzahlen	
finanzielle –.....	195
-systeme.....	195
Kernaufgabe.....	249
Kinderbetreuungsangebote.....	95
kleine und mittlere Unternehmen (KMU).....	385, 386
Kohärenzerleben	37, 42, 43, 44, 48
Kompetenz	235
-entwicklung.....	253
Kondratieffzyklen	10
Kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP).....	127
Kontrolle	62, 228, 247
Allokation der –	264
Arbeitsabläufe und Hilfsmittel.....	235
mangelnde –	80
Kontrollüberzeugung(en).....	42, 43, 44
Konzept Anforderung/Belastung.....	81
Koronare Herzkrankheiten	282
Krankenstand	242
Krankheit(en).....	3, 38
arbeitsbedingte –.....	3
Ursachen von –	35
Krankheitsrate.....	388
kultureller Wandel	268
Kurzpausen	99, 101
L	
Langzeiterkrankungen	289
Langzeitkranke	277, 279
Lean Management.....	301, 302
Lean Production	301, 302
Lebensqualität.....	344
Lebensrhythmen	
alltägliche –	107
Lebenszufriedenheit	32
Leistungseinschränkungen..	278, 281, 288
Leistungsfähigkeit.....	96, 100
Leistungsvoraussetzungen ...	106
Lern- und Entwicklungshypothese	80
Lern- und Entwicklungsprozesse	48
Lernende Organisation.....	358
Lernpotenziale	324
Lernprozesse	57
Life Domain Balance	325, 328
Linienorganisation	124, 125
Locus of control	44
Lohn.....	92
low strain job	80
Luxemburger Deklaration	350
M	
Machtstrukturen	260
Management.....	127
-instrumente.....	195, 197
-prozesse.....	146
Managementkonzepte	301
Maßnahmen	
Generalisierbarkeit von –... ..	119

- gesundheitsstabilisierende 292
 Kosten von – 119
 verhaltensorientierte – 103, 188
 verhältnisorientierte – 20, 103, 188
 Mehrebenen-Analysen 156
 Mehrfachbelastungen 56
 Mensch-Maschine-Funktionsteilung 264
 Mitarbeitende
 – leistungsgewandelte 277, 279, 281, 287, 290
 Mitarbeitende mit Handicap 279
 Mitarbeiterbefragung 355
 Mitarbeiterqualifikation 235
 Modell beruflicher Gratifikationskrisen 94, 272
 Möglichkeiten der sozialen Interaktion 236
 Monotonie 15
 MTO-Analyse 156, 233
 MTO-Konzept 156, 233
 multifunktionale Konstruktionsteams 257
- N**
- Netzwerk für Partnerschaftliche Unternehmenskultur und Betriebliche Gesundheitspolitik 352
 Netzwerk(e)
 – gesundheitsfördernder Spitäler 360
 nationale – 371
 Netzwerkaktivitäten 118, 218
 neue Selbständigkeit 319
 Nutzenpotential 296, 297
 Nutzwertanalyse 198
- O**
- Optimismus 38, 45
 dispositionaler – 43, 44
 organisationaler Kontext 94
 Organisationseinheiten
 unabhängige – 160
 Organisationsentwicklung ... 259, 358, 389
 Ortsgebundenheit 344
 Ottawa-Charta 3, 31
 Outsourcing 301
 Outsourcing-Insourcing-Modell 292, 293
- P**
- Partizipation 130, 269, 354, 386
 Pathogenese 36
 Patienten-Administrationsmanager/in 368
 Pausen 100
 Dauer 100, 102
 Erholungswert 100
 Häufigkeit 100, 102
 Lage 102
 zeitliche Verteilung 100
 Pausensystem 99, 108
 Silent Room 103
 Personalabbau 306
 persönlichkeitsförderlich 290, 297
 Polyvalenz 161
 Potentialinvestitionen 193
 PPS-System 265
 Präsentismus 135, 400
 Prävention 119
 prekäre Arbeitsverhältnisse .. 317
 prekäre Arbeitszeitformen 315

- prekäre Beschäftigungsverhältnisse
 Arbeit auf Abruf314
 Kernbelegschaften316
 Prekarität.....316
 Randbelegschaften316
 Saisonarbeit314
 Zeitarbeit.....314
 primäre Arbeitssysteme231, 263
 Primärprävention.....295, 297
 Primat der Aufgabe233, 330
 Produktionsgestaltung.....241
 Produktionsplanungs- und -steuerungssysteme.....265
 Produktivität.....12
 Profilvergleichsverfahren288
 Projekt
 -marketing.....124
 -organisation.....125
 -planung122
 Projektmanagement.....120, 122, 176
 Prospektive
 Arbeitsgestaltung297
 Prozedurale Gerechtigkeit....131
 Prozessevaluation176
 Psychische Regulation.....170
 Psychische und Verhaltensstörungen283
 Psychologischer Vertrag92, 134

Q
 Qualifikation235
 Qualifikationsanforderungen.....315
 Qualifikationsmerkmale78
 Qualifizierung295, 393
 Qualifizierungsbarrieren228
 Qualifizierungsbereitschaft .. 228
 Qualifizierungsmassnahmen 334
 Qualitätsentwicklung 189
 Qualitätsmanagement 188
 -systeme 174
 Qualitätssicherung 174, 175

R
 (Re-)Integration..... 278, 280, 281
 Regulationsbehinderungen ... 65, 173
 Regulationserfordernisse 170
 Regulationshindernisse 18, 67, 78
 Regulationsüberforderungen..... 67, 69
 Rehabilitation 278, 281, 284
 Rehabilitationseinrichtungen 282
 Rehabilitationsprozesse..... 283
 Reorganisationen..... 188
 Ressourcen 37, 38, 49, 95, 106, 117, 118, 288
 direkte Wirkungen von – 38
 funktionaler Aspekt von – ... 49
 indirekte Wirkungen von –..... 39
 organisationale – 49
 personale – 49, 164
 Pufferwirkungen von – 39
 struktureller Aspekt von –..... 49
 Restrukturierungsprozesse... 332
 Reziprozität 92
 RHIA/VERA-Produktion 174
 Risikofaktoren..... 117, 272
 Robustheit..... 42
 Rollen
 multiple –..... 107, 108

- Rollenmuster 342
 Rollenstress 65
 Rollenstruktur
 Verarmung der – 339
 Rückkehrgespräche 139, 142,
 295
 mehrstufige
 Gesprächsverfahren 141
 Wirksamkeit 144
 Rückstelleffekte 106
- S**
- 24-Stunden-Monitoring 105
 Sabbaticals 379
 Salutogenese 36
 Salutogenetische Subjektive
 Arbeitsanalyse
 (SALSA) 157
 Schichtarbeit 339
 Schichtzulagen 340
 Schnittstellenqualität 366
 Segmentierung 316
 Sekundärprävention 295, 297
 Selbstbewertungs-
 verfahren 177, 180
 Selbstregulation 90, 314
 individuelle – 316
 kollektive – 247, 316
 lokale – 265
 Selbstwert 94
 Selbstwirksamkeit 19, 38,
 43, 44
 kollektive – 260
 Selbstwirksamkeits-
 überzeugungen 42
 Erwartung positiver
 Konsequenzen 44
 Handlungskompetenz 44
 Sense of Coherence 37
 Separationsmodell 292, 293
 Setting-Konzept 352
 Situationskontrolle 38
 skill discretion 78
 Soziale Austauschtheorien 90
 soziale Belastungen 41
 soziale Systeme 186
 soziale Unterstützung 15,
 40, 271
 Matching-Hypothese 41
 negative Effekte 41
 Puffereffekt 41
 Quellen und Arten sozialer
 Unterstützung 40
 soziales Netzwerk 40, 108
 Sozialklima
 belastendes – 64
 Sozialversicherungs-
 systeme 344
 Sozialversicherungsträger 129
 soziotechnische
 Arbeitsgestaltung 259
 soziotechnische Systemgestal-
 tung 232, 234
 soziotechnischer
 Systemansatz 230
 Stafettenmodell 340
 Standardisierung 262
 Statuskongruenz 94
 Steuergrößen 204
 Steuerkreis Gesundheit 125
 strategische Geschäftsein-
 heiten (SGE) 210
 Stress 243
 reaktionsorientierte
 Ansätze 58
 reizorientierte Ansätze 57
 transaktionale Ansätze 58
 Stressbewältigung 292
 Stressmanagement 353
 Stressoren 36, 37, 61, 64

akute –	64	Unterbeschäftigung.....	317
chronische –	64	Unterforderung.....	228, 289
Stressreaktionen	87	Unternehmen	
Supported Employment	284, 285	Branchenzugehörigkeit.....	117
		Grösse.....	117
		Struktur der Arbeitstätigkeiten.....	117
		technologischer Entwicklungsstand.....	117
T		Unternehmenskultur	265, 266, 269, 352, 353
Tätigkeiten.....	245	Unternehmensstrategie	209
Tätigkeitsanalyse		unwinding	106
subjektive –	130	Urlaub.....	95
Tätigkeitsbeobachtungen.....	155		
Tätigkeitsspielraum	14, 18, 39, 77, 245, 246, 247, 309	V	
objektiver –	226	VERA-/RHIA-Verfahren.....	156
Teamarbeit.....	302	Veränderungsprozess	126, 128, 332
Teamklima	259	Verausgabungsquellen	
Technologieeinsatz.....	232	personale –	87
Technologien		situative –	87
neue.....	268	VERA-Variante für	
Teilautonome Arbeitsgruppen.....	249	Büroarbeitstätigkeiten.....	171
ökonomische Wirkungen ...	257	Vergegenständlichungen.....	253
psychologische Wirkungen.....	257	gemeinsame –	253
Teilzeitarbeit		Vergleichsprozesse	91
familienbedingte –	337	Verhaltensorientierung.....	14
Telearbeit		Verhältnisorientierung.....	14
Chancen.....	342	Vertrauensarbeitszeit	315
Risiken	342	vollständige Aufgabe.....	330
Telearbeitszentren	308, 343	vollständige Tätigkeit	240
Tele-Heimarbeit.....	306	Vollständigkeit	236, 240
Tertiärprävention	295		
Total Quality Management (TQM)	127, 358	W	
		Wahlmöglichkeiten	228
U		Wertschätzung	94, 272
Überforderung(en).....	289	Widerstandsfähigkeit.....	353
qualitative –	20	Wiederaufnahme der	
quantitative –	20	Arbeit	280, 282
Unfälle.....	4		

Wiedereingliederung	subjektives Konstrukt	32
stufenweise –.....		294
Wirtschaftlichkeitsanalyse	work life balance	335, 353
erweiterte –.....	work/family border	
Wohlbefinden..	theory.....	328
31, 45, 64, 94, 230	workability	314
affektive Komponente		32
Indikatoren von –.....	Z	
kognitive Komponente.....	Zeitdruck	15, 61, 64, 78,
körperliches –.....	309, 336	
psychisches –.....	Zeit-Geld-Option.....	340