

Hauß, Friedrich

Research Report

Produktionsfaktor Gesundheit: Daten und Fakten zum Krankenstand

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hauß, Friedrich (1992) : Produktionsfaktor Gesundheit: Daten und Fakten zum Krankenstand, ISBN 3-926984-83-X, Rationalisierungs-Kuratorium der Deutschen Wirtschaft (RKW), Eschborn

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112695>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

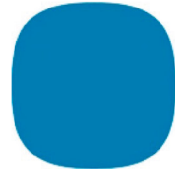
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Friedrich Hauß

Produktionsfaktor Gesundheit

Daten und Fakten zum Krankenstand

© 1992 Alle Rechte vorbehalten

Rationalisierungs-Kuratorium
der Deutschen Wirtschaft (RKW) e.V.

RKW-Nr. 1144
ISBN 3-926984-83-X

Inhalt

Vorwort	5
Einleitung	7
1 Daten und Fakten zum Krankenstand	9
1.1 Krankenstand und konjunkturelle Entwicklung	9
1.2 Krankenstand und internationale Wettbewerbsfähigkeit	11
1.3 Krankenstand und Geschlecht	12
1.4 Immer dieselben krank?	14
1.5 Das Mißbrauchsargument	16
1.6 Krankenstand in Groß- und Kleinbetrieben	18
2 Methoden der Krankenstandsanalyse - Interpretation von Ergebnissen	19
3 Verursachungsquellen für den gesundheitlich bedingten Krankenstand	25
3.1 Die Arbeitsunfähigkeit: Ein Austausch- und Definitionsprozeß	25
4 Kosten und unerwünschte Folgen krankheitsbedingter Fehlzeiten	37
4.1 Begründungen für innovative Maßnahmen und Aktivitäten	37
4.2 Neuere Ansätze der Kosten-Wirksamkeitsrechnung	40
5 Planvolle Schritte zur Senkung des Krankenstandes	43
5.1 Gesundheitsförderung - ein planvoller Prozeß	44
5.1.1 Anforderungen an die betriebliche Gesundheitsförderung	47
5.1.2 Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung	49
5.1.3 Maßnahmenauswahl	50
5.1.4 Maßnahmendurchführung	51
5.2 Kooperationsgebot	52
Literaturverzeichnis	54

Vorwort

Gesundheit ist nicht nur für den einzelnen ein wertvolles Gut, auch für den Betrieb ist die Gesundheit der Mitarbeiter ein wichtiger Produktivitätsfaktor. Die Erkenntnis, daß Vorbeugung von Gesundheitsgefährdungen auf längere Sicht auch wirtschaftlich sinnvoller ist als die Behandlung von Krankheiten, ist in Betrieben bislang nur selten in "betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen" umgesetzt worden.

Die zunehmend bedeutungsvolle Aufgabe von Prävention ist 1988 im Gesundheitsreformgesetz berücksichtigt worden. Neben anderen neuen gesundheitsorientierten Aufgaben wurde den Krankenkassen im § 20 Abs. 2 SGB V die betriebliche Gesundheitsförderung in den Aufgabenkatalog geschrieben.

Die Umsetzung dieser Aufgabe in betriebliche und überbetriebliche Handlungsprogramme befindet sich allerdings erst in einer Startphase. Vielen Unternehmensleitungen und auch vielen Mitarbeitern ist noch nicht bewußt, daß betriebliche Gesundheitsförderung sinnvoll anknüpfen kann an betriebliche Probleme oder Defizite wie Fehlzeiten, Fluktuation oder mangelnde Mitarbeitermotivation.

Die Abteilung Arbeits- und Sozialwirtschaft des Rationalisierungs-Kuratoriums der Deutschen Wirtschaft sieht in einer systematischen betriebsbezogenen Fehlzeitenanalyse einen Ansatzpunkt - insbesondere für kleine und mittlere Betriebe -, das Problem des betrieblichen Krankenstandes zu bearbeiten, der gegenwärtig in der Öffentlichkeit heftig diskutiert wird. In den Schlagzeilen der Medien und in anderen öffentlichen Beiträgen wird immer wieder die mangelnde Arbeitsbereitschaft vieler deutscher Arbeitnehmer als Ursache für hohe betriebliche Krankenstandszahlen unterstellt. Es wird dabei verschwiegen, daß 40% - nach BDA Angaben - sich überhaupt nicht krank melden und daß das durch Krankheit bedingte Fehlen auch durch belastende Arbeitsbedingungen verursacht sein kann.

Mit dem hier vorliegenden Beitrag soll versucht werden, anhand der Darlegung von Daten und Fakten die Krankenstandsdiskussion zu versachlichen und den Unternehmen Hilfestellung bei der Analyse und Bewertung des Krankenstandes zu geben.

Erst nach der betriebsbezogenen Analyse des Krankenstandes sind Überlegungen über Strategien und Konzepte betrieblicher Gesundheitsförderung sinnvoll.

Eschborn, im August 1992

Rationalisierungs-Kuratorium
der Deutschen Wirtschaft (RKW) e.V.

Einleitung

Krankenstand ist nicht nur ein Thema für das "Sommerloch", sondern ein Problem für viele Betriebe. Denn neben einem ökonomischen Aspekt, der für einzelne Betriebe bis hin zu Wettbewerbsnachteilen führen kann, geht es immerhin auch um die Gesundheit bzw. um die Krankheit der Beschäftigten.

Der folgende Text möchte die Möglichkeit schaffen, jedem Unternehmen Material zu liefern, das es ermöglicht, die Diskussion über den betrieblichen Krankenstand vorurteilsfrei zu führen. Neben allen Gerüchten, Falschmeldungen und voreiligen Informationen fehlt es nämlich immer noch an hinreichend zuverlässigen Daten und Fakten zur Beschreibung des Krankenstandes. Bevor diese Daten und Fakten in den nächsten Kapiteln vorgestellt werden, soll versucht werden, das Thema in einen größeren Zusammenhang einzuordnen, denn letztlich ist es mit dem Krankenstand wie mit der Krankheit auch: sie ist so individuell verschieden und gleichzeitig so systematisch verteilt, daß man in Gefahr gerät, den sprichwörtlichen Wald vor Augen nicht mehr erkennen zu können. Aber die wirkliche Gewichtung des betrieblichen Krankenstandes gelingt auch nur, wenn seine Wirkung auf alle möglichen Fakten wenigstens andeutungsweise klar ist. Einige dieser Auswirkungen des Krankenstandes werden im folgenden aufgeführt:

1. Krankenkassenbeiträge und Krankenstand

Sicherlich tragen die Unternehmen die Hauptlast aller wegen Krankheit ausfallenden Arbeitstage, aber der Anteil ist oft kleiner, als behauptet wird. 60 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage werden durch die Lohnfortzahlung abgegolten, immerhin 40 Prozent müssen die Krankenkassen als Lohnersatzleistungen bezahlen (Krankengeld). Für einzelne Krankenkassen kann dieser Anteil noch höher liegen, wenn die Mitglieder zum Beispiel überdurchschnittlich alt sind oder unterdurchschnittlich qualifiziert. Eine große westdeutsche Krankenkasse mit einem sehr hohen Beitragsatz hat zum Beispiel errechnet, daß etwa ein Beitragsprozent bei ihr durch die überdurchschnittlich hohen Krankengeldzahlungen zu erklären ist. Nicht zuletzt verursachen die Krankengeldzahlungen auch einen hohen Begutachtungsaufwand, der sich natürlich auf die Beitragsgestaltung der Kassen auswirkt. Schließlich hat der Krankenstand, als Ausdruck einer eingeschränkten Gesundheit des jeweiligen Beschäftigten, auch erheblichen Einfluß auf die Behandlungskosten, die die Krankenkasse über die Beitragsleistungen ihrer Mitglieder zu tragen hat. Beschäftigte, die mindestens einmal im Jahr krankgeschrieben sind, nehmen dreimal so häufig ärztliche Leistungen in Anspruch wie Erwerbstätige, die während eines Jahres überhaupt nicht krankgeschrieben waren. Neben dem Kostenargument zeigt dies auch, daß krankgeschriebene Mitarbeiter offensichtlich (und wahrscheinlich in ihrer Mehrzahl) tatsächlich "krank" sind.

2. Krankenstand in den Betrieben

Neben dem wirtschaftlichen Faktor, der den Krankenstand beeinflusst, gibt es eine ganze Reihe weiterer Ebenen und Bereiche, die durch den betrieblichen Krankenstand beeinflusst werden.

Die Produktivität sinkt bei überdurchschnittlich hohem Krankenstand nicht nur, weil mehr Personalkosten vorgehalten werden müssen, sondern auch, weil eine hohe Fluktuation am einzelnen Arbeitsplatz - vor allem bei zunehmend qualifikatorischen Anforderungen - zu Reibungsverlusten und zu Motivationseinbußen bei den "verbleibenden" Arbeitnehmern führen kann.

Die Einflüsse des Krankenstandes auf das Betriebsklima sind offensichtlich und häufig untersucht. Für viele Betriebe tut sich jedoch ein Teufelskreis auf: Weil das Betriebsklima "schlecht" ist, wird der Krankenstand höher als erwartet sein. Und weil der Krankenstand überdurchschnittlich hoch ist, müssen die verbleibenden Mitarbeiter oft das Pensum der fehlenden Beschäftigten mit erledigen. Auf diese Weise verschlechtert sich das Betriebsklima weiter. Dies verweist auch auf die Rolle, die eine moderne und aufgeschlossene Personalpolitik gegenüber dem Thema spielen kann.

Geschlossene Konzepte gegen einen als zu hoch erachteten Krankenstand gibt es in den Betrieben noch selten. In der Regel dominieren restriktive und arbeitsrechtliche Strategien, um das Problem in den Griff zu bekommen. Aber es muß auch gesehen werden, daß diese Strategien, die immer nur auf ein Ursachenbündel abzielen, gescheitert sind. Wäre dies nicht der Fall, hätte der Krankenstand in all den Jahren deutlich sinken müssen. Es gibt aber empirische Beweise (leider sehr wenige und nur auf den einzelnen Betrieb bezogene), die folgenden Schluß nahelegen: Der Krankenstand ist (langfristig) zu senken, wenn in den folgenden Bereichen krankensstandssenkende Strategien entwickelt und als Programm durchgeführt werden.

- **Qualifikationsstrategien** für die unteren Vorgesetzten im Umgang mit den Mitarbeitern und für die Beschäftigten zur Erfüllung ihrer Arbeitsanforderungen.
- **Autonomiestrategien** für alle im Betrieb Beschäftigten einschließlich des Führungspersonals. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsautonomie und der Höhe des Krankenstandes ist so offensichtlich, daß es erstaunlich ist, wie wenig sich selbst sehr aktive Betriebe diese krankensstandssenkenden Strategien zu eigen machen. Eine Änderung in diese Richtung ist jedoch für die Zukunft ohnehin zu erwarten, da moderne Produktionskonzepte auf den selbständigen Mitarbeiter bauen.
- **Strategien zur Sanierung der Arbeitsplätze** und der Arbeitsumgebung. Alle Umfragen bestätigen, daß die Qualität des Arbeitsplatzes ein entscheidendes Kriterium für die Höhe des Krankenstandes ist und auch einen erheblichen Einfluß auf die subjektive Arbeitsbereitschaft der Beschäftigten hat.
- **Vorausschauende personalstrukturelle Strategien.** Immer wieder finden sich Betriebe in einer Situation, in der das Durchschnittsalter der Beschäftigten jedes Jahr um ein Jahr steigt, das heißt, die Belegschaft kontinuierlich altert, ohne daß junge Beschäftigte nachwachsen. Das hat erheblichen Einfluß auf die Höhe des Krankenstandes, da der Krankenstand ebenfalls kontinuierlich mit dem Durchschnittsalter der Beschäftigten ansteigt.

Bevor jedoch umfassende Strategien zur Senkung des Krankenstandes ergriffen werden, sollte sich jeder Betrieb über seinen individuellen Krankenstand klar werden. Dazu soll diese Broschüre beitragen.

1 Daten und Fakten zum Krankenstand

Die Krankenstandsdiskussion ist sowohl im Betrieb als auch in der Öffentlichkeit durch drei Merkmale bestimmt:

- Sie beruht auf extrem ungenauen und im Kern nicht vergleichbaren Zahlen und Daten. Das verweist auf das Problem der Erfassung des Krankenstandes.
- Sie beruht auf einem ständigen Wechsel der Bezugsgröße: Fehlzeiten, Absentismus und Krankenstand werden fast beliebig durcheinandergewürfelt. Das verweist auf das Problem der Standardisierung der Erfassungsmerkmale.
- Sie wird benutzt, um jeweils sozialpolitische Standpunkte zu manifestieren oder zu widerlegen. Das verweist auf das Problem der unzureichenden Krankenstandsforschung.

Im folgenden sollen einige Elemente des Krankenstandes erläutert und diskutiert werden. Dabei beziehen wir uns in dieser Broschüre im wesentlichen auf die gesundheitsbezogenen Aspekte des Krankenstandes. Alle personalpolitischen, sozialrechtlichen und nicht gesundheitsbezogenen Begründungen des Krankenstandes werden zwar in die Argumentation einbezogen, aber selbst nicht weiter erörtert.

An dieser Stelle soll eine erste Definition erfolgen:

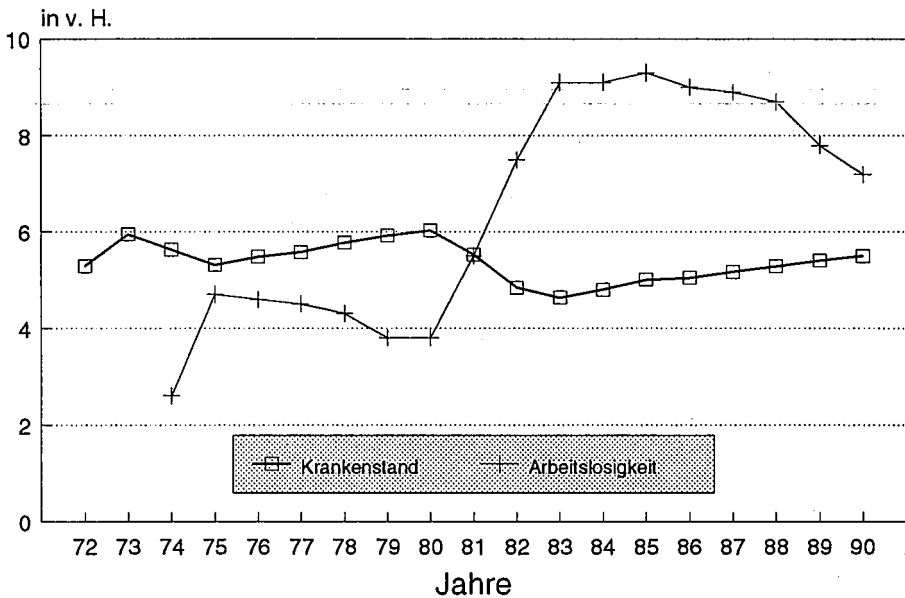
Ein Betrieb hat zum Beispiel 500 Mitarbeiter, die 365 Tage im Jahr versichert sind. Es ergibt sich eine Gesamtsumme von "Versicherungstagen von 500 mal 365 gleich 182 500 Tagen. Wenn von diesen 9 125 Tage durch AU verlorengehen, beträgt der Krankenstand fünf Prozent.

Dieser Indikator wird von den Krankenkassen verwendet. Er ist deshalb geeignet, da die Bezugsgröße (in diesem Fall 365 Tage) in jedem Fall gleich ist. Betrieblich gewonnene Krankenstände sind meistens nicht vergleichbar. Zum einen werden oft alle Fehlzeiten insgesamt registriert, dann ist offen, welches die Definition für Fehlzeiten ist, zum anderen folgen sie oft individuellen Bezugsgrößen, zum Beispiel der tariflich vereinbarten Arbeitszeit, die untereinander nicht vergleichbar sind, da hier unterschiedliche Tarifverträge, Betriebsvereinbarungen, gesetzliche Regelungen greifen. Wenn also auf einer bundesweiten und nicht auf einer betrieblichen Ebene vom Krankenstand gesprochen wird, ist es sehr vernünftig, sich auf die Krankenstandsdaten der Krankenkassen zu beziehen. Von einem so berechneten Krankenstand wird im folgenden die Rede sein, wenn versucht wird, einige Vorurteile in der Diskussion geradezurücken.

1.1 Krankenstand und konjunkturelle Entwicklung

"Je weniger Arbeitslose es gibt, desto höher ist der Krankenstand" lautet das verbreitete Vorurteil, und es wird dahingehend aktualisiert, daß der Krankenstand in den letzten Jahren aufgrund der "guten Konjunkturlage" besonders hoch sei. Die folgende Graphik zeigt den Zusammenhang zwischen der Arbeitslosenquote als Indikator für die konjunkturelle Entwicklung und dem Krankenstand.

Krankenstand und Arbeitslosigkeit 1972(1974) - 1990; Alte Bundesländer



Quelle: Arbeiterkammer d. Saarlandes, 91

Bild 1

Bild 1 zeigt den erwarteten Zusammenhang nicht, zumindest nicht in der Stärke, die oft unterstellt wird. Weder folgen beide Kurven stets dem gleichen (oder entgegengesetzten) Trend, noch schwankt der Krankenstand in dem Ausmaß, in dem die Arbeitslosenquote sich verändert. Der Krankenstand bewegt sich während vieler Jahre um die fünf Prozent, während die Arbeitslosenquote viel heftigeren und viel kurzfristigeren Trends unterliegt.

Für den Einzelbetrieb kann sich jedoch ein Zusammenhang zwischen der konjunkturellen Lage und dem Krankenstand zeigen, der sich jedoch auch nur im Einzelfall darstellen läßt. Das Absinken des Krankenstandes mit der Verschlechterung der ökonomischen Lage der Betriebe kann dabei folgende Ursachen haben:

- In jedem Betrieb kocht die "Gerüchteküche", wenn ökonomische Schwierigkeiten vermutet werden. Kurzfristig ist ein Absinken des Krankenstandes zu erwarten. Niemand will es riskieren, wegen hoher Fehlzeiten oder Krankenständen zu den Entlassenen zu gehören. Doch nach einiger Zeit (oft schon nach wenigen Wochen) steigt der Krankenstand wieder auf sein altes Niveau an.
- Falls es zu Freisetzungen kommt, gehen nicht zuerst die älteren Mitarbeiter (mit gewöhnlich hohen Krankenständen) oder die leistungsgeminderten, die eben-

falls überdurchschnittlich hohe Krankenstände aufweisen. Der Durchschnitts-
krankenstand der Betriebe sinkt daher in solchen Zeiten.

- Umgekehrt werden in der Hochkonjunktur oder auch dann, wenn der regionale Arbeitsmarkt leergefegt ist, auch solche Arbeitskräfte eingestellt, die normalerweise auf dem Arbeitsmarkt wenig Chancen haben. Häufig werden diese Beschäftigten höhere Krankenstände aufweisen und damit den Durchschnitts-
krankenstand der Betriebe hochtreiben.

Für den einzelnen Betrieb kann dies heißen:

- Aus plötzlich sinkendem Krankenstand nicht auf den "Normalfall" schließen (eigentlich könnte der Krankenstand immer so niedrig sein).
- Bei unvermeidlichen Freisetzungen sollten personalstrukturelle Faktoren mit beachtet werden.
- Schließen Sie auch im eigenen Betrieb nicht voreilig auf einen Zusammenhang zwischen konjunktureller Lage und "Arbeitsmoral". Der gesunkene oder jeweils gestiegene Krankenstand kann sehr objektive Ursachen haben.

1.2 Krankenstand und internationale Wettbewerbsfähigkeit

Gewöhnlich sind nicht einmal die Krankenstände von Betrieben in Deutschland vergleichbar, Vergleiche zwischen Branchen werden zwar häufig herangezogen, sind aber methodisch so lange nicht zulässig, solange nicht nach der Alterszusammensetzung und nach dem Qualifikationsniveau in den einzelnen Branchen standardisiert wird. Ein internationaler Vergleich der Krankenstände ist nahezu unmöglich. Allein in den USA, die gerne als ein Vergleichsland herangezogen werden, in dem der Krankenstand besonders gering sei, gibt es fast in jedem Einzelstaat andere Gesetzgebungs- und Erfassungsregelungen, und von Branche zu Branche gibt es unterschiedliche Regelungen auch in den Einzelstaaten. Ähnliches gilt für das ebenfalls vielzitierte Beispiel Japan.

Vergleichbar sind nicht Krankenstände, also durch Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung zustande gekommene Fehlzeiten, sondern die Fehlzeiten insgesamt, oder vereinfacht: die durchschnittliche Anwesenheit der durchschnittlichen Arbeitskräfte an einem durchschnittlichen Arbeitsplatz. Dabei spielt besonders die Jahresarbeitszeit in den einzelnen Ländern eine entscheidende Rolle, weil der Einfluß der Unterschiede sich hier viel gravierender in den Anwesenheitsstunden niederschlägt, als das der Krankenstand je könnte.

Aus dem Bild 2 geht hervor, daß die Anzahl der tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden in Deutschland am geringsten ist. Eine Verbesserung durch Manipulationen an den gesetzlichen Regelungen des Krankenstandes scheint die großen Unterschiede in der Jahresarbeitszeit kaum ausgleichen zu können.

Jahresarbeitsstunden - ausgewählte Länder -

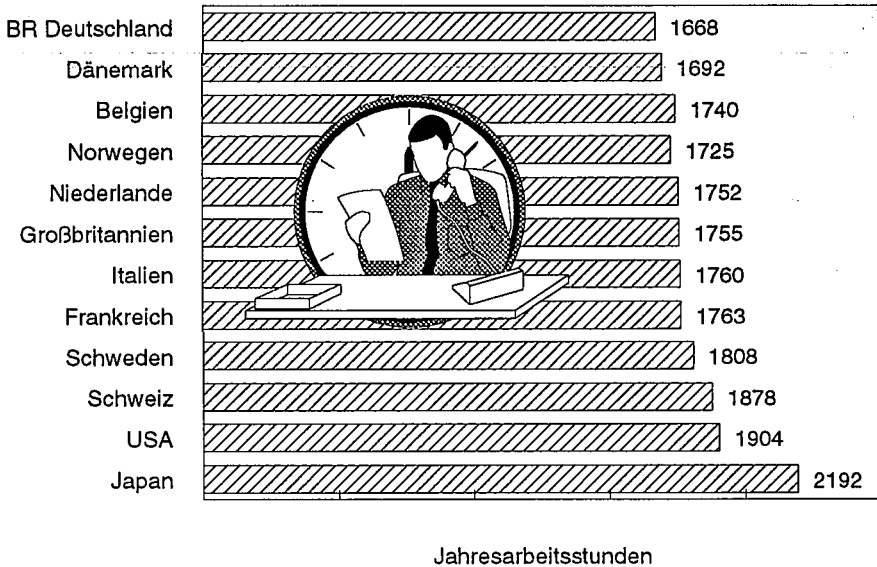


Bild 2

1.3 Krankenstand und Geschlecht

Die Annahme, Frauen seien häufiger krank als Männer, ist falsch. Es können jedenfalls im Branchendurchschnitt kaum Unterschiede festgestellt werden, wie Bild 3 beweist.

Das ist erstaunlich:

- Frauen weisen immer noch, vor allem im industriell-gewerblichen Bereich, ein deutlich geringeres Qualifikationsniveau auf. Geringe Qualifikation geht jedoch regelmäßig einher mit hohem Krankenstand.
- Der angeblich hohe Krankenstand der Frauen wird häufig mit ihrer Doppelbelastung begründet. Trotz dieser Doppelbelastung ist der Krankenstand der Frauen nicht erhöht gegenüber dem der Männer.
- In den Krankenstandswerten für Frauen erscheinen auch die zehn Tage, die bei Krankheit eines Kindes beansprucht werden können. Falls diese Zeit beansprucht wird, würde sie schon ein Viertel der durchschnittlichen AU-Dauer eines Beschäftigten pro Jahr ausmachen. Trotzdem ist der Krankenstand der Frauen über viele Altersgruppen hinweg geringer als der der Männer.

Allerdings können erhebliche betriebliche Abweichungen von diesem Durchschnittswert auftreten. In die allgemeine Statistik geht nämlich der hohe Anteil der Frauen in den Angestelltenberufen ein, und diese Statusgruppe hat einen etwa nur halb so hohen Krankenstand wie die der Arbeiter. Zudem sind in den Krankenstandsstatistiken der Krankenkasse die Angestellten zu einem geringeren Prozentsatz präsent, als sie dies unter allen Erwerbstätigen sind. Dadurch findet eine systematische Untererfassung der Frauen in diesen Berufsgruppen statt.

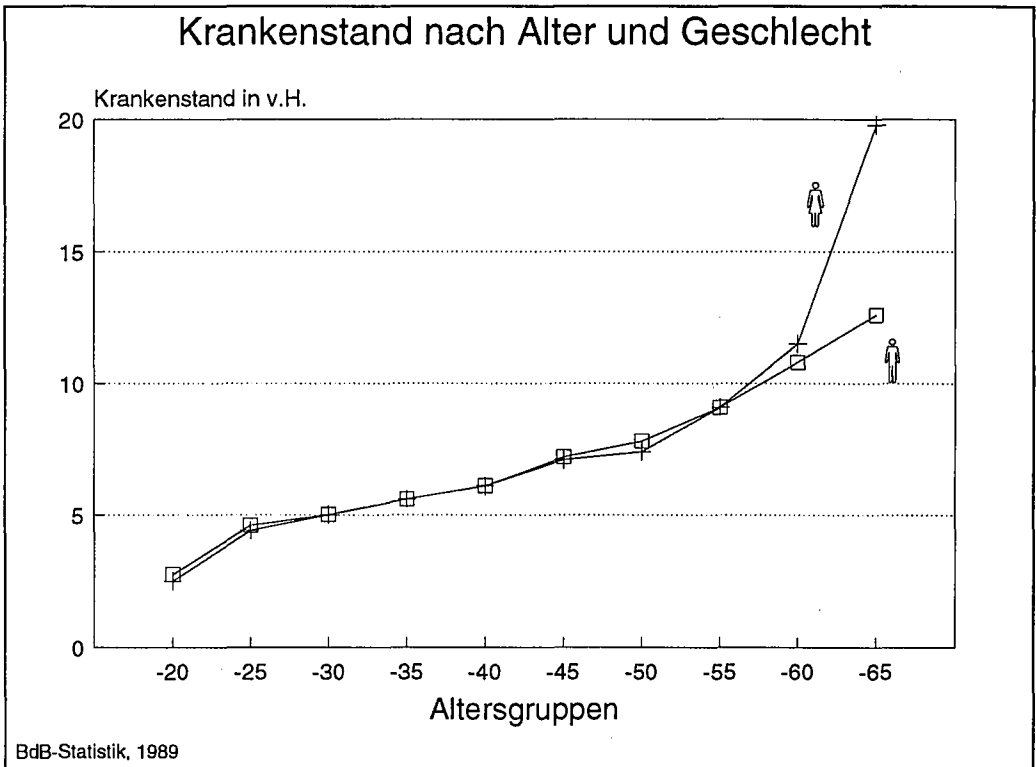


Bild 3

Der eher geringere Krankenstand der Frauen wird sich in Zukunft weiterhin senkend auf den Gesamtkrankenstand auswirken, da der Anteil der Frauen an der Erwerbsbevölkerung zunimmt. Er ist zum Beispiel von 33,8 Prozent im Jahre 1965 auf 39,6 Prozent im Jahre 1990 angestiegen, und dieser Trend hält weiter an. Die Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit geht vor allem auf den wachsenden Anteil der Angestellten zurück, der im Jahr 2010 etwa 75 Prozent an der gesamten Erwerbsbevölkerung betragen wird. Dies bringt zudem auch mehr Teilzeitarbeit mit sich, die gewöhnlich mit wesentlich geringeren Krankenständen einhergeht. Große Firmen entwerfen für die Zukunft bereits Pläne zur weiteren Erschließung der Frauen als Arbeits-

kraftreserve, da sich in den nächsten Jahren insgesamt ein relativ großer Arbeitskräftemangel einstellen wird.

- Die Bedeutung für den einzelnen Betrieb:
- Prüfen Sie genau, warum die Frauen in Ihrem Betrieb einen höheren/geringeren Krankenstand haben als die männlichen Kollegen. Es gibt keinen geschlechtsspezifischen Grund für einen hohen Krankenstand von Frauen. Meist sind es Status-, Qualifikations- und Arbeitsplatzgründe, die im einzelnen Betrieb zu einem höheren Krankenstand der Frauen führen können.
 - Besonders hohe Krankenstände in Frauenabteilungen mit männlichen Leitungen kann auf erhebliche soziale und Personalführungsprobleme hinweisen.

1.4 Immer dieselben krank?

Es lassen sich tatsächlich "typische" Krankenstände für bestimmte Gruppen von Beschäftigten feststellen. Betriebliche Abweichungen von diesen Krankenstandstypen deuten auf besondere Ursachen im Betrieb hin, denen eventuell nachgegangen werden sollte. Bild 3 hat bereits die Zuordnung von Krankenstand und Alter, der entscheidend ist für alle Aussagen über den Krankenstand überhaupt, dargestellt. Mit steigendem Alter nimmt der individuelle Krankenstand bei Männern und Frauen und in allen Berufsgruppen gleichermaßen zu.

Betriebe mit unterschiedlichem Durchschnittsalter sind deshalb im Prinzip nicht vergleichbar in der Höhe ihres Krankenstandes, wenn nicht altersstandardisiert wird, das heißt, wenn die Betriebe statistisch nicht "altersgleich" gemacht werden.

Diese Herangehensweise wirft allerdings in der betrieblichen Praxis Probleme auf: Unter epidemiologischen Gesichtspunkten (Epidemiologie ist die Lehre von der Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung) ist ein Krankenstand unter den ungelerten Arbeitern im Betrieb, die ein Durchschnittsalter von 48 Jahren haben, mit zwölf bis 15 Prozent normal zu nennen. Im allgemeinen weisen Beschäftigte in dieser Altersgruppe einen so hohen Krankenstand auf. "Statistisch" könnte der Betrieb beruhigt sein. Hat er jedoch sehr viele Beschäftigte in dieser besagten Altersgruppe, wird das Problem seines hohen Krankenstandes nicht dadurch gemildert, daß er statistisch zu erwarten war. Allerdings hat dieser Betrieb vielleicht sehr viele ältere und kranke Mitarbeiter und dadurch individuell einen sehr hohen Krankenstand, so daß er Wettbewerbsnachteile hat. Ein statistischer Vergleich oder ein standardisierter Vergleich nützt diesem Betrieb natürlich wenig.

Bild 4 zeigt den Zusammenhang von beruflicher Qualifikation, Sozialstruktur und Krankenstand.

Demzufolge haben Angestellte den geringsten Krankenstand, danach folgen Facharbeiter und Arbeiter. Diese typische Verteilung des Krankenstandes auf die Arbeitnehmergruppen kann auf die Arbeitsbedingungen und auf die Autonomie der Arbeit zurückgeführt werden.

Krankenstand nach Stellung im Beruf

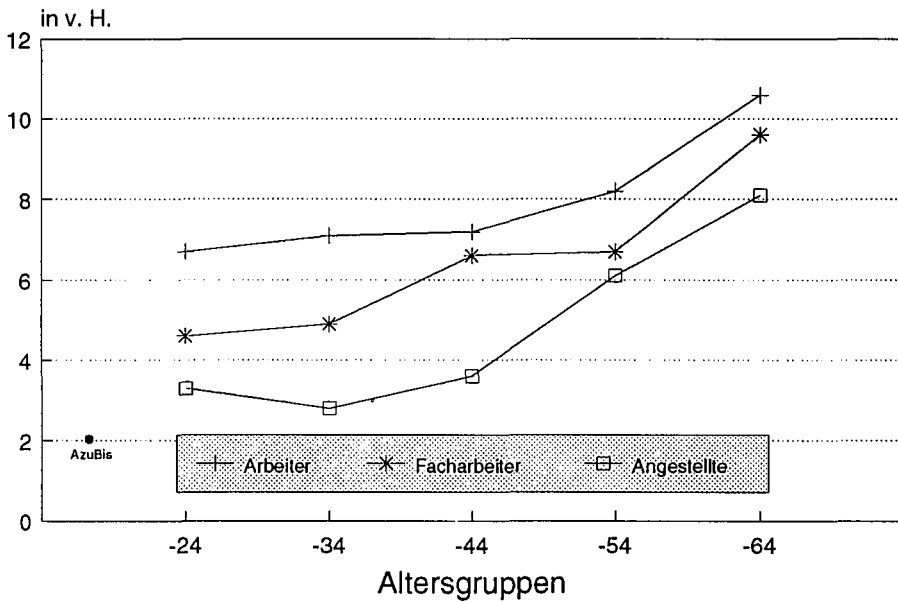


Bild 4

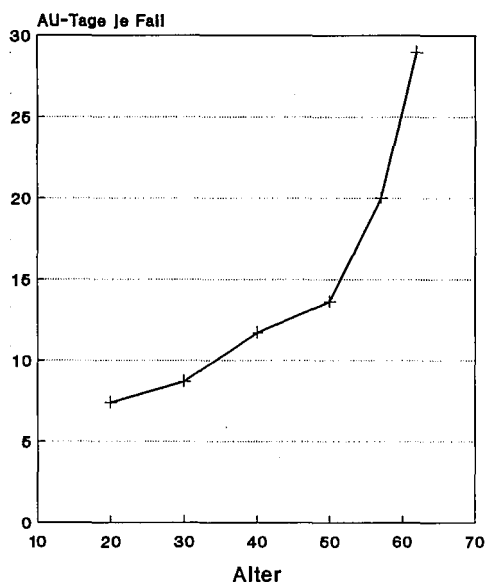
Das Bild 5 scheint ebenfalls das Argument zu unterstützen, daß "immer dieselben" fehlen.

Danach sind ältere Arbeitnehmer lange krank (viele Tage pro Fall), jüngere Arbeitnehmer dagegen häufig krank. Wenn also gesagt wird: "Bei uns fehlen immer dieselben", so findet das gewissermaßen seine statistische Bestätigung.

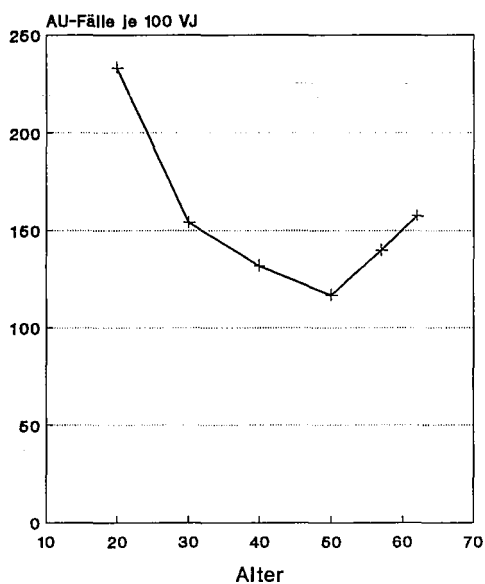
Die Bedeutung für den einzelnen Betrieb:

- Vergleichen Sie nicht die Krankenstände von Jungen und Alten, von Angestellten und Arbeitern etc. Da alle diese Gruppen "typische" Krankenstände aufweisen und diese sich jeweils anders begründen (Ältere zum Beispiel durch Verschleiß, Jüngere zum Beispiel durch Lebenswandel), kann Ihnen ein solcher Vergleich keine Hinweise und Erkenntnisse liefern.
- Vergleichen Sie daher innerhalb der Beschäftigtengruppen und fragen Sie dann nach den Gründen von Unterschieden, die sich eventuell auftun.

AU-Tage/je Fall und AU-Fälle



GB41b



GB41a

Bild 5

1.5 Das Mißbrauchsargument

Mißbrauch bei der Arbeitsunfähigkeit wird vermutet, wo es viele AU-Fälle von kurzer Dauer gibt. Je länger ein AU-Fall dauert, desto eher nimmt man gesundheitliche Störungen als Ursache an; die Länge der Arbeitsunfähigkeit ist damit offensichtlich (und berechtigt) ein Indikator für die Schwere der Erkrankung. Das ist plausibel. Umgekehrt wird bei kurzer AU-Dauer häufig ein Mißbrauchsargument vermutet. Allerdings sind auch hier die Fakten zu berücksichtigen.

Das Bild 6 zeigt : Die Kurzzeit-AU hat nur einen verschwindend geringen Anteil an allen AU-Tagen (2,9 Prozent). Unter Bezug auf die AU-Tage ist die Langzeit-AU viel wichtiger, die fast 40 Prozent aller AU-Tage überhaupt ausmacht. Das heißt, 40 Prozent aller Arbeitstage, die in einem Betrieb durch Arbeitsunfähigkeit verloren gehen, gehen auf das Konto der Langzeit-AU, die von knapp sechs Prozent der AU-Fälle verursacht wird. Oder anders ausgedrückt: 5,6 Prozent der AU-Fälle verursachen 40 Prozent der gesamten AU-Tage. Hier liegt das Gesundheitsproblem: Wenige Beschäftigte fehlen AU-begründet sehr lange.

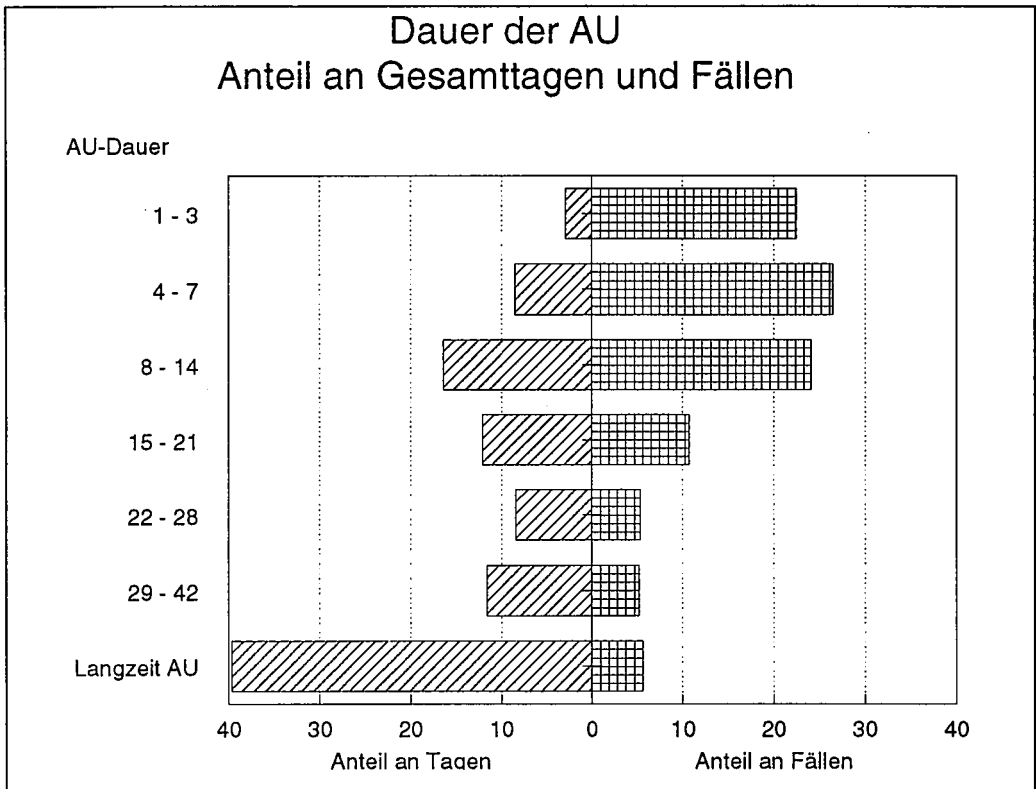


Bild 6

Unter dem Gesichtspunkt ihres Anteils an den Fällen wird die Mißbrauchsdiskussion verständlich: Fast ein Viertel aller AU-Fälle dauern nicht länger als ein bis drei Tage. Sie stören den Arbeitsablauf erheblich, führen zu Reibungsverlusten, oft kann derjenige nicht ersetzt werden. Vor allem in Kleinbetrieben, deren Mitarbeiter ein geringes Durchschnittsalter haben, stellen diese Kurzzeit-AU-Fälle ein erhebliches betriebliches Problem dar.

Wir unterscheiden also: Kurzzeit-AU-Fälle signalisieren betriebliche Probleme, Langzeit-AU-Fälle signalisieren vor allem gesundheitliche Probleme.

Für den einzelnen Betrieb heißt dies:

- Wenn Ihre Belegschaft ein hohes Durchschnittsalter aufweist, werden Sie weniger Kurzzeit-AU haben als bei relativ jungen Beschäftigten. Vor allem in vielen Handwerksbetrieben ist das Durchschnittsalter sehr gering und die Anzahl der Kurzzeit-AU-Fälle besonders hoch.
- Prüfen Sie, ob es für Ihren Betrieb sinnvoll sein kann, auch bei Arbeitern auf die Bestätigung der AU zwischen dem ersten und dritten Tag zu verzichten. Das kann einen Anstieg der ein- bis dreitägigen Arbeitsunfähigkeit herbeiführen, aber eine Senkung derselben zwischen dem vierten und siebten Tag. Dies liegt im wesentlichen daran, daß die meisten Ärzte entweder fünf Tage oder pau-

schal "eine Woche" krankschreiben. Mit der Aufgabe der Nachweispflicht vom ersten bis zum dritten Tag werden sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Einige Betriebe warten den Erfolg oder Mißerfolg ab und entscheiden danach über die Fortsetzung der Regel.

- Bedenken Sie auch, daß Sie die Kurzzeit-AU (vor allem bei sehr jungen Arbeitnehmern) nicht beliebig verringern können, da junge Menschen nun einmal anders leben als ältere.

1.6 Krankenstand in Groß- und Kleinbetrieben

Es galt lange Zeit als gesicherte Annahme, daß der Krankenstand in Kleinbetrieben (Betriebe unter 100 Beschäftigten) wesentlich geringer sei als in Großbetrieben. Folgende Gründe schienen für diese Annahme zu sprechen:

- Vor allem in Handwerksbetrieben sind sehr viele junge Mitarbeiter beschäftigt, oft sind 50 Prozent der Beschäftigten nicht älter als 25 Jahre, was zwar zu zahlreichen AU-Fällen führt, aber auch zu kurzen AU-Zeiten. Nur die wenigen älteren Mitarbeiter stellen im Kleinbetrieb ein Krankenstandsproblem dar.
- Außerdem hat man die enge soziale Kontrolle in Kleinbetrieben, die höheren Identifikationsmöglichkeiten mit dem Betrieb und die sichtbaren Folgen des eigenen Fernbleibens als krankenstandssenkende Faktoren ausgemacht.

Da die Krankenkassendaten nicht nach Betriebsgröße aufgeschlüsselt sind, kann in diesem Fall nicht auf diese Informationen zurückgegriffen werden. Erst in jüngster Zeit (Sommer 1991) hat der BDA eine Umfrage durchgeführt, der zufolge der Krankenstand in Kleinbetrieben höher ist als in Großbetrieben. Diese Untersuchung stellt für Kleinbetriebe einen Krankenstand von 9,5 Prozent fest, wogegen er in der nächsthöheren Betriebsgrößenklasse (100 bis 500 Beschäftigte) bei nur 7,9 Prozent liegt (beide Zahlen weichen allerdings deutlich von den Angaben der Krankenkassen ab, die derzeit bei 5,45 Prozent liegen). Erklärungen dafür gibt es zunächst nicht. In einer Untersuchung von 1982 hat Salowsky ein umgekehrtes Ergebnis gefunden: Großbetriebe hatten in dieser Erhebung einen höheren Krankenstand. Salowsky hat damals ebenfalls festgestellt, daß die Abweichungen vom Durchschnitt bei Großbetrieben viel größer sind als in Kleinbetrieben, so daß eventuell nicht die Zahl der Beschäftigten, sondern andere Faktoren, wie zum Beispiel die soziale Zusammensetzung der Belegschaften, der Standard des Arbeitsschutzes, die hauptsächlich in Großbetrieben unterschiedlich ausgeprägt sind, eine entscheidende Rolle spielen.

Für den einzelnen Betrieb heißt dies:

- Es ist für den einzelnen Kleinbetrieb relativ überflüssig, seinen Krankenstand mit dem eines Großbetriebes zu vergleichen. Wenn schon verglichen wird, dann eher mit den Mitwettbewerbern.
- Es gibt Kleinbetriebe mit extrem geringem und extrem hohem Krankenstand (drei Prozent bis 15 Prozent). Wenn der Krankenstand sehr gering ist, werden

Sie Mühe haben, ihn weiter zu senken, da es eine Untergrenze gibt, die durch die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung definiert ist (es gibt eben einen bestimmten Prozentsatz von gesundheitsgeschädigten Personen). Auch wenn der Krankenstand sehr hoch ist, sind Ihnen oft die Hände gebunden, da sich die Situation oft so hochgeschaukelt hat, daß Einzelmaßnahmen kaum noch Effekte zeigen.

2 Methoden der Krankenstandsanalyse - Interpretation von Ergebnissen

Es gibt so viele (unnötige) Mißverständnisse in der Debatte um den Krankenstand, weil mit so unterschiedlichen (und damit nicht vergleichbaren) Werten operiert wird. Natürlich möchte jedermann den Krankenstand vergleichen.

- Betrieblich ist die Höhe des Krankenstandes ein wichtiger Wettbewerbsparameter.
- Gesundheitlich kann er Hinweise auf Belastungen, Beschwerden und deren Verteilung innerhalb einer Belegschaft und im Betrieb liefern. Auch dies geschieht meist mit Hilfe von Vergleichen.

Einige entscheidende Grundsätze müssen jedoch bei der Darstellung des Krankenstandes berücksichtigt werden, wenn die Ergebnisse interpretiert oder sogar verglichen werden sollen:

- Es können nur altersstandardisierte Krankenstände verglichen werden bzw. der Krankenstand in verschiedenen Altersgruppen. Dies liegt daran, daß der Krankenstand einen alterstypischen Verlauf hat. Junge Belegschaften sind häufiger, aber kürzer krank, ältere Belegschaften seltener, aber länger. Entsprechend können zum Beispiel zwischen Betrieben, zwischen Branchen oder auch zwischen Regionen natürlich nur jüngere mit den jüngeren und ältere Mitarbeiter mit den älteren verglichen werden.
- Bei allen Bezugsgrößen (also zum Beispiel Prozentangaben) muß klar sein, wie sich der Nenner zusammensetzt, also ob sich auf überhaupt vergleichbare Größen bezogen wird. Ein Betrieb, der 200 Arbeitstage tarifvertraglich vereinbart hat, kann seinen Krankenstand nicht mit einem Betrieb vergleichen, der seine Zahlen auf 220 vereinbarte Arbeitstage bezieht. Dies macht den Umgang mit betrieblich erzeugten Krankenstandsindikatoren so kompliziert, weil sich die Angaben jeweils auf andere Bezugsgrößen stützen.

Da die Bezugspunkte so unterschiedlich sind, geht man mehr und mehr dazu über, die AU-Daten der Krankenkassen als "offizielle" Krankenstandswerte zu nutzen. Da

für die Erfassung dieser Daten gesetzliche Vorschriften bestehen, sind sie untereinander vergleichbar.

Im folgenden werden einige Größen erläutert, auf die sich Krankenstandsangaben beziehen können.

Das AU-Volumen (alle AU-Tage)

Wenn ein Betrieb 1 000 Beschäftigte hat, deren Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht dem Bundesdurchschnitt entspricht, wird er (1990) ca. 24 920 Arbeitstage, die durch ein Attest nachgewiesen sind, "verlieren". Selbst diese Zahl ist nicht ganz präzise, da sie sich nur auf die Pflichtmitglieder einer Krankenkasse bezieht. Die Angestellten und besserverdienenden Arbeiter werden in der Regel nicht erfaßt. Sie sind nur in sehr geringer Zahl in den Primärkassen versichert (AOK, IKK, BKK), so daß repräsentative Aussagen für diese Beschäftigtengruppen nicht zu gewinnen sind. Die Ersatzkassen stellen leider keine entsprechenden Informationen zur Verfügung. Das heißt aber auch: Ungefähr 24 Tage fehlt jeder Beschäftigte im Jahr wegen Krankheit. Nun fehlt aber nicht jeder Beschäftigte in jedem Jahr wenigstens einmal wegen einer Arbeitsunfähigkeit. Vielmehr sind 40 Prozent der Arbeitnehmer während eines Jahres überhaupt nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben.

Für grobe Kostenschätzungen eignet sich das Krankenstandsvolumen. Aus ihnen geht das Ausmaß des Problems hervor und die Gesamtkosten, die ein Betrieb zu tragen hätte, wenn er diese Kosten berechnen könnte. Setzen wir hier die 800 Mark ein, die pro Arbeitsausfalltag von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (BAU) berechnet werden, so ergibt sich für unseren Betrieb mit 1 000 Beschäftigten ein Betrag von ca. 1,9 Millionen Mark, der durch krankheitsbedingte Fehlzeiten entsteht. Selbst wenn nur die Hälfte des Betrages veranschlagt wird, was in einigen Betrieben durchaus realistisch sein mag, bleibt noch ein Betrag von fast einer Million Mark. Die 24 920 verlorenen Arbeitsstunden entsprechen einem Krankenstand (der Pflichtmitglieder, der Pflichtversicherten ohne Angestellte) von 6,8 Prozent. Würde er durch geeignete Maßnahmen auf 5,8 Prozent gesenkt werden können, so könnten dadurch fast 300 000 Mark eingespart werden, viel mehr, als ein sehr teures Interventionsprogramm kosten würde.

AU-Fälle - AU-Häufigkeit

Das AU-Volumen sagt auch beim einzelnen Beschäftigten nichts über die Häufigkeit, mit der er arbeitsunfähig erkrankt ist oder war. Die 24 Tage, die im Durchschnitt auf einen Beschäftigten entfallen, können sich auf einen einzigen AU-Fall in einem Zeitraum konzentrieren, oder sie verteilen sich auf einzelne AU-Fälle von zum Beispiel jeweils dreitägiger AU-Dauer. Für die betriebliche Praxis ist der Unterschied gewaltig: Seltene, aber lange AU-Zeiten sind im Regelfall leichter zu bewältigen, da sie planungsärmer abgewickelt werden können. Häufige, aber kurze AU-Zeiten der Arbeitnehmer sind nicht planbar und können erhebliche Störungen verursachen.

Wie der Trend von AU-Dauer pro Fall und der AU-Häufigkeit in Zukunft aussehen wird, ist nicht sicher. Das Bild 7 zeigt den Trend.

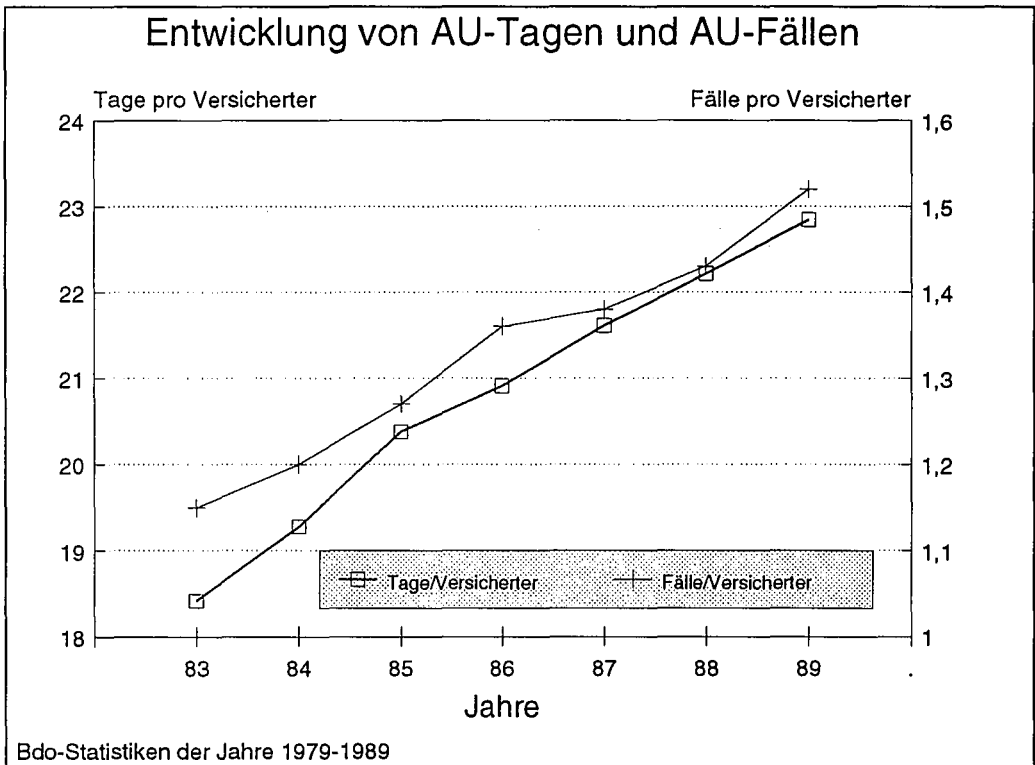


Bild 7

Sowohl die Tage als auch die Fälle pro Versicherten (dünne Linie) nehmen zu, wobei der Anstieg der Fälle schneller vor sich geht. Es ist also möglich (und gerade für Klein- und Mittelbetriebe wichtig zu wissen), daß die AU-Häufigkeit pro Versicherten in Zukunft stärker zunehmen wird als die Fälle. Bei jungen Belegschaften wird dieser Trend sich noch ausgeprägter darstellen.

AU-Begründungen - Diagnosen

Betriebe können ihren Krankenstand selbst sehr genau bestimmen, die wenigsten tun dies jedoch systematisch. Im Prinzip stehen ihnen die gleichen Daten zur Verfügung wie den Krankenkassen auch. Sie könnten sogar genauer und realitätstauglicher sein, weil die einzelne Krankenkasse immer nur über die Daten von Beschäftigten verfügt, die bei ihr versichert sind, ein Betrieb aber über die Daten aller Beschäftigten im Betrieb.

Das einzige Merkmal, das die Betriebe nicht erfassen können, ist die Diagnose, die vom niedergelassenen Arzt als Begründung für die Arbeitsunfähigkeit notiert und der Krankenkasse zugeleitet wird.

Mit der AU-Diagnose läßt sich die Verteilung von Gesundheit und Krankheit im Betrieb auf zum Beispiel unterschiedliche Beschäftigtengruppen, nach Geschlecht,

aber auch für ganze Belegschaften beschreiben. Wir stellen im folgenden einige Graphiken dar, die der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (1990) hergestellt hat.

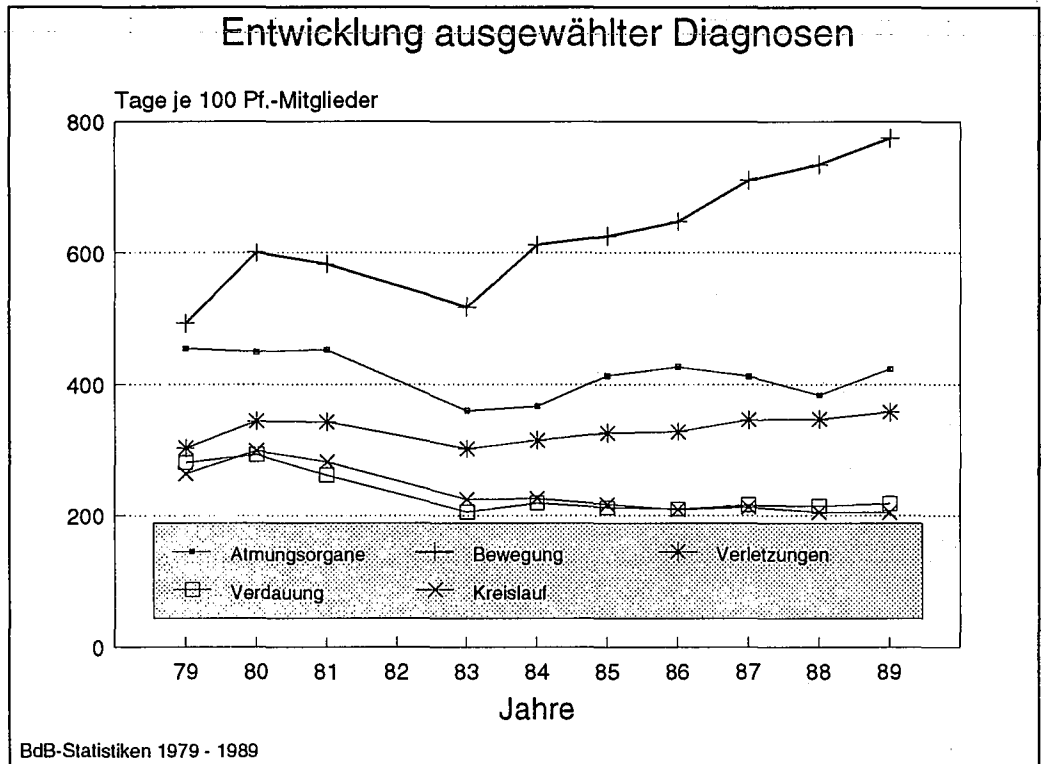


Bild 8

Bild 8 zeigt die schon bekannte Tatsache des enormen Anstiegs der Krankheiten des Bewegungsapparates. 22 Prozent aller AU-Fälle werden 1989 mit der ICD*-Hauptgruppe 'Krankheiten des Bewegungsapparates' begründet. Von den AU-Tagen sind es sogar 31 Prozent; also fast jeder dritte AU-Tag ist Erkrankungen des Bewegungsapparates zuzuschreiben. Bild 9 zeigt die Verhältnisse detaillierter auf.

*ICD = International Classification of Diseases

AU-Tage und Fälle ausgewählter Krankheiten

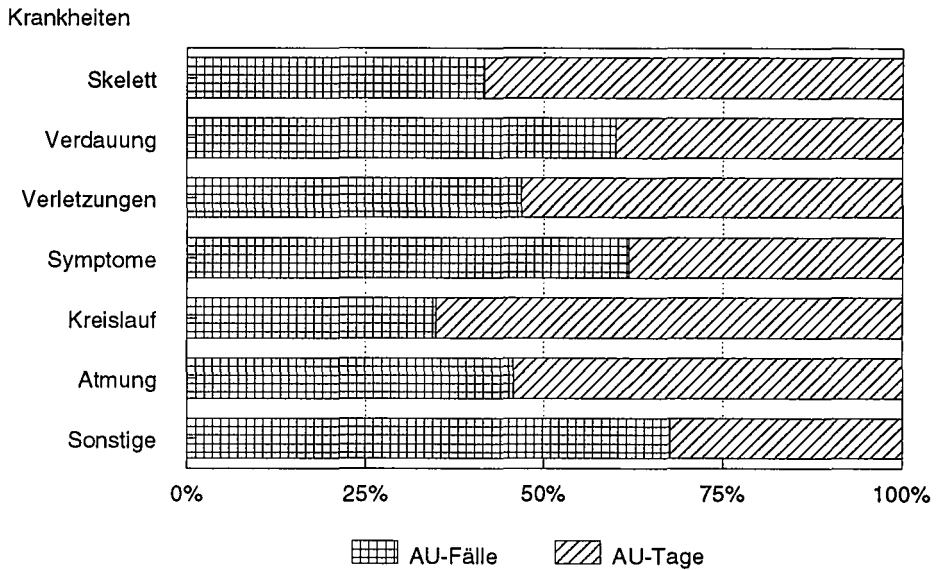


Bild 9

Unterschiedliche Diagnosedarstellungen sind natürlich auch für verschiedene Berufsgruppen zwischen Betrieben oder innerhalb von Betrieben möglich. Aus diesen Darstellungen kann bei Hinzuziehen entsprechenden arbeitsmedizinischen Sachverständnisses auf Gründe für diese unterschiedliche Verteilung geschlossen werden. Im Bild 10 werden verschiedene Berufsgruppen zweier unterschiedlicher Betriebe verglichen, um zu zeigen, wie unterschiedlich die Diagnoseverteilungen ausfallen können.

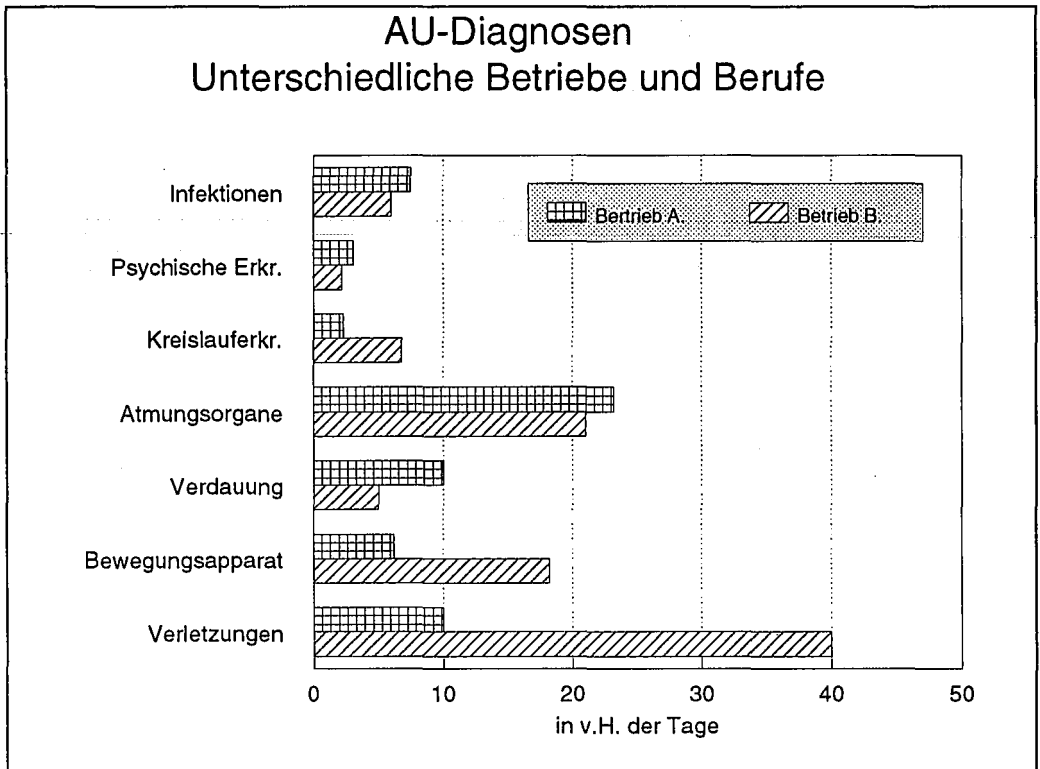


Bild 10

Einige Besonderheiten sind auffällig. Betrieb B hat etwa viermal so viele Unfälle und Verletzungen zu verzeichnen wie Betrieb A. Dies ist im konkreten Beispiel auf die Art des Betriebes und der dort vorherrschenden Arbeitsweise zurückzuführen. Betrieb A ist vollautomatisch, im Fertigungsprozeß sind nur sehr wenige Arbeitnehmer beschäftigt. Betrieb B, ein Metallwarenhersteller mit teilweise sehr wenig sanierter Technik und erheblichen Mängeln im Arbeitsschutz, weist dementsprechend auch höhere Zahlen auf. Diese betrieblichen Unterschiede spiegeln sich auch im Bereich der Krankheiten des Bewegungsapparates wider, wogegen zum Beispiel die Atemwegserkrankungen offensichtlich relativ unberührt von betrieblichen Besonderheiten ihre Ausprägung haben.

Für den einzelnen Betrieb können aus dieser Zusammenstellung folgende Empfehlungen abgeleitet werden:

- Versuchen Sie, zunächst nur nach Alter differenziert "Ihren" Krankenstand in AU-Fälle und AU-Tage pro Mitarbeiter aufzuschlüsseln. Dies ist sehr einfach, indem Sie Ihr Personalbüro anweisen, die Atteste entsprechend zu erfassen.
- Ziehen Sie keine voreiligen Schlüsse aus vielleicht überraschenden Ergebnissen, sondern diskutieren sie diese zunächst in kleinen Runden. Es gibt so zahlreiche Fakten und so komplexe Zusammenhänge, daß zunächst zahlreiche und vielfältige Argumente gehört werden müssen, um zu problemangemessenen Lösungen kommen zu können.

3 Verursachungsquellen für den gesundheitlich bedingten Krankenstand

Worüber man betrieblich am meisten wissen müßte, um den Krankenstand wirksam bekämpfen zu können, das ist am wenigsten erforscht. Zwar gibt es, wie wir sehen werden, Hinweise auf Verursachungsfaktoren für den gesundheitlich begründeten Krankenstand, aber welchen Anteil bestimmte Ursachen an diesem Krankenstand ausmachen, liegt in den meisten Fällen im dunkeln. Daraus folgt: Wer den Krankenstand senken will, hat keinerlei Garantie dafür, daß die von ihm ausgewählten Maßnahmen auch greifen.

3.1 Die Arbeitsunfähigkeit: Ein Austausch- und Definitionsprozeß

Das tatsächliche Ausmaß der Unsicherheiten bei der Ableitung, Beschreibung und Interpretation des Krankenstandes wird am besten verdeutlicht, wenn man sich vor Augen ruft, wie der Krankenstand zustande kommt. Das ist ein rechtlich sehr einfacher Prozeß, in dem aber so viele kommunikative Unterprozesse wirken, deren Anteil am Zustandekommen des Endergebnisses (dem tatsächlichen Krankenstand) man kaum wird bestimmen können. Im folgenden wird eine Reihe von Freiheitsgraden und Entscheidungsmöglichkeiten aufgezählt.

1. Der Beschäftigte fühlt sich unwohl: Er kann sich entscheiden, der Arbeit fernzubleiben und einen Arzt aufzusuchen. Er kann aber auch seine Arbeitskraft zur Verfügung stellen, wenn ihm eine Arbeitsaufnahme nicht völlig ausgeschlossen erscheint. Die Entscheidung selbst, die Arbeitskraft zur Verfügung zu stellen oder nicht, kann dabei von mehreren Faktoren beeinflusst werden:
 - von der **Art der Arbeit und der Art des Unwohlseins**: Je autonomer die Arbeit verrichtet werden kann, desto eher kann auch die Arbeitskraft zur Verfügung gestellt werden. (So kann zum Beispiel der Schreiber dieser Zeilen dies auch mit einem eingegipsten Bein tun, wogegen ein Bandarbeiter unter diesen Bedingungen seine Arbeitskraft nicht mehr zur Verfügung stellen kann.) Je weniger Kontrolle besteht, desto eher wird man an dem Arbeitsplatz erscheinen, auch wenn man weiß, daß es "heute etwas langsamer zugehen wird". Dies ist auch ein Grund für den geringeren Krankenstand der Angestellten gegenüber Arbeitern und Facharbeitern.
 - von der **Art des sozialen Druckes**, der bei Abwesenheit zu erwarten ist und der sich aus der Art der Arbeitsteilung am jeweiligen Arbeitsplatz ergibt. Wenn Kollegen die Arbeit miterledigen müssen, ist der Druck hoch, trotz leichter Beschwerden zur Arbeit zu gehen. Ist dieser Druck gering und "stört es niemanden", wenn die Arbeit nicht erledigt wird, liegt ein Fernbleiben bei leichtem Unwohlsein nahe.

- von der Art der eigenen **Motivation und Identifikation** mit der Arbeit. Ist man selbst sehr überzeugt, daß die Arbeit wichtig ist und nur durch den jeweiligen Beschäftigten selbst erledigt werden kann, wird die Bereitschaft, auch bei geringen gesundheitlichen Störungen zur Arbeit zu gehen, größer sein als in einem Fall, in dem Gleichgültigkeit gegenüber der Arbeit vorherrscht.
2. Der Beschäftigte entscheidet sich, zum Arzt zu gehen. Nehmen wir nun im folgenden an, daß der Beschäftigte sich entschieden hätte, zum Arzt zu gehen, um Klarheit darüber zu erhalten, ob eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt oder nicht. In dieser Situation stoßen die Interessen und Erwartungen des Beschäftigten mit denen des Arztes aufeinander. Auf seiten des Arztes können zum Beispiel folgende Reaktionen ablaufen:
- Der Arzt kennt den Patienten bereits als zuverlässig und wird ihn krankschreiben, wenn dies vernünftig erscheint.
 - Der Arzt kennt den Patienten als typischen "Krankschreiber" und empfiehlt nun entweder die Wiederaufnahme der Arbeit, wobei er ihn in der Regel für den Tag des Arztbesuches krankschreiben wird. Möglicherweise schreibt er ihn dennoch krank. Dies muß nicht nur aus ökonomischen Gründen erfolgen, es kann zum Beispiel auch sein, daß der Arzt der Meinung ist, er sei nicht der Schiedsrichter über Gesundheit oder Krankheit.
 - Der Arzt ist unsicher in der Diagnose, er wird den Patienten für kurze Zeit krankschreiben und ihn wieder einbestellen.

In jedem Fall tendieren Ärzte dazu, bei Nachweispflicht der Arbeitsunfähigkeit zwischen einem und drei Tagen einen längeren Zeitraum zu wählen (zum Beispiel fünf Tage oder eine volle Arbeitswoche). Es hat sich offensichtlich die Einsicht durchgesetzt, daß mit der Länge der Krankschreibung auch die Glaubwürdigkeit des Krankgeschriebenen wächst. Bis zu diesem Zeitpunkt war noch nicht von betrieblichen Gründen der Arbeitsunfähigkeit die Rede. Manche Ärzte (allerdings sind es zu wenig) erkundigen sich genauer nach den betrieblichen Bedingungen, um entscheiden zu können, ob beim Vorliegen der jeweiligen Gesundheitsstörung die Arbeit überhaupt wieder aufgenommen werden kann.

3. Betriebliche und Arbeitsplatzverursachungsfelder für den Krankenstand: Der Arzt könnte zum Beispiel in den folgenden, im Bild 11 aufgezeigten Verursachungsfeldern versuchen, den Gründen für das jeweilige Unwohlsein nachzugehen. Wir diskutieren sie im Uhrzeigersinn und beginnen mit der Gesundheit.

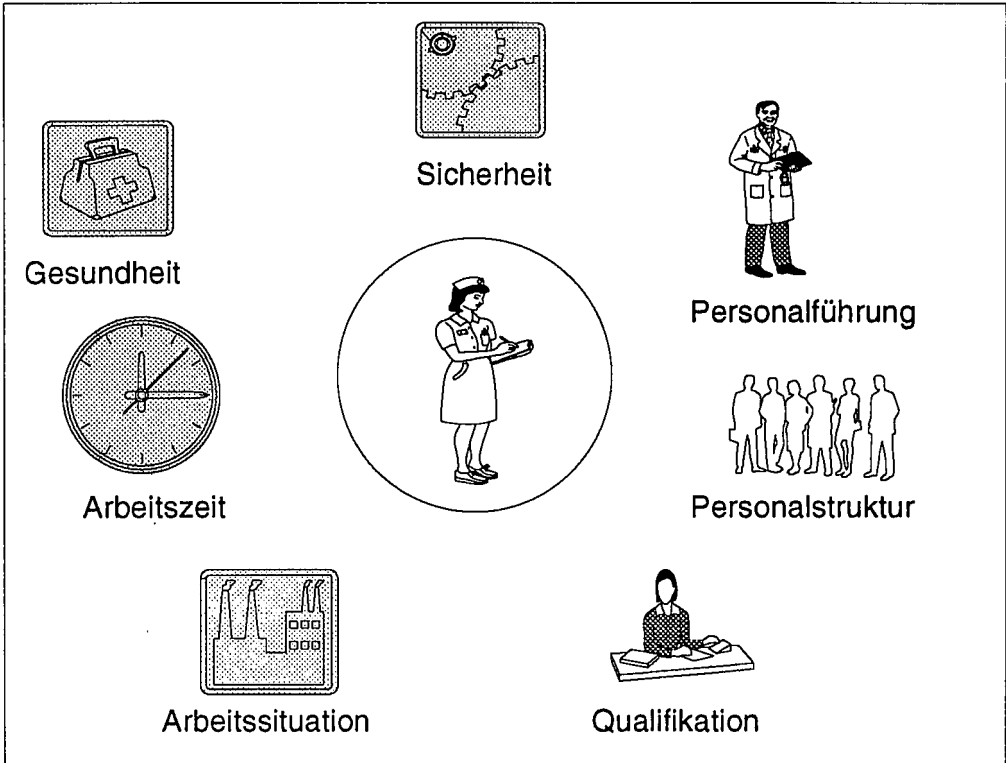


Bild 11: Verursachungsfelder

Gesundheit:

Natürlich spielen die gesundheitlichen Vorschädigungen des jeweiligen Versicherten eine entscheidende Rolle für seine weitere "Krankenkariere". Beschäftigte in höherem Alter werden zum Beispiel eher zu Multimorbidität neigen (das heißt mehrere Krankheiten zugleich aufweisen und entsprechend häufiger und länger krank sein). Patienten, die bereits eine Schädigung des Bewegungsapparates mit sich tragen, werden wegen dieser auch länger krank sein. Hier machen sich vor allem Alterseffekte bemerkbar. Allerdings kann es auch sein, daß ein Patient mit einer bestimmten Gesundheitsstörung (zum Beispiel Allergien) besonders ungeeignet für die Beschäftigung an bestimmten Arbeitsplätzen ist. In einem solchen Fall ist es nicht die Krankheit allgemein, sondern die Kombination der Krankheit mit einem speziellen Arbeitsplatz, die mit Sicherheit höhere Krankenstände erwarten läßt.

Bild 12 zeigt die altersbezogene Verteilung der Diagnosen.

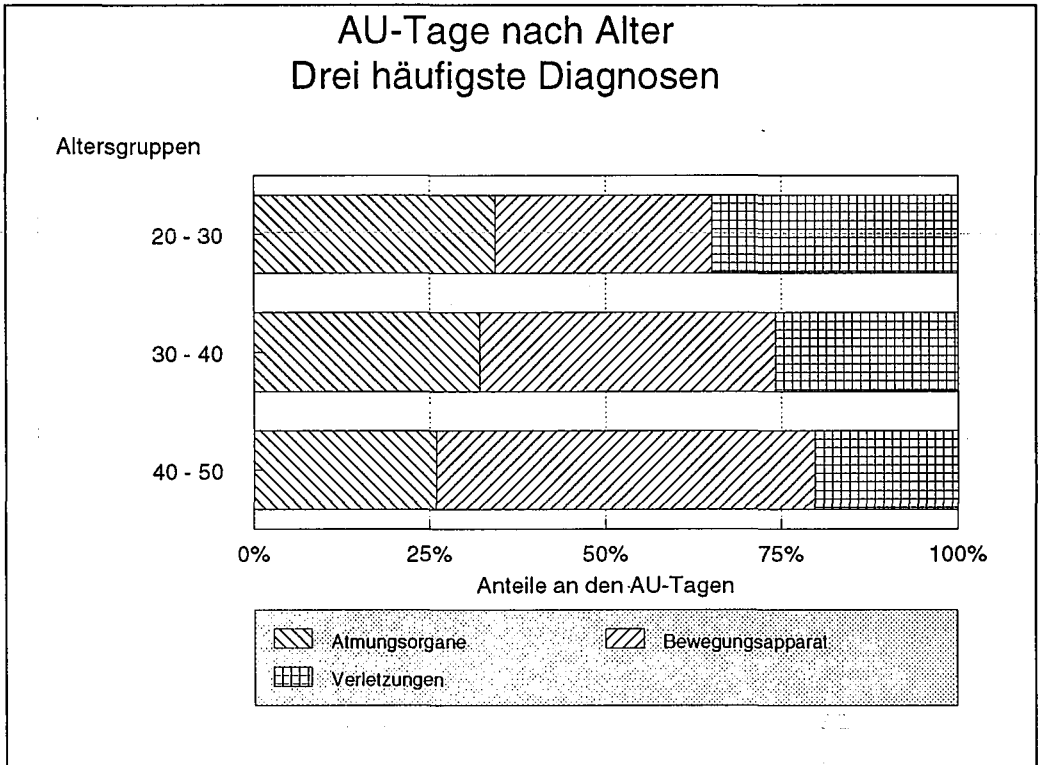


Bild 12

Arbeitssicherheit:

Natürlich trägt die Arbeitssicherheit zum Krankheitsgeschehen bei, aber nicht soviel wie vermutet und nur bei bestimmten Beschäftigtengruppen. Von allen Verletzungen und Vergiftungen, die in den Krankschreibungen auftreten, sind ca. 35 Prozent auf Arbeitsunfälle zurückzuführen (bei jungen Mitarbeitern bis zu 50 Prozent). Der Anteil der Verletzungen und Vergiftungen an der Gesamt-AU ist jedoch relativ gering. Im Bundesdurchschnitt beträgt er 115 Tage pro 100 Mitglieder von insgesamt 2 492 AU-Tagen, die 100 Mitglieder pro Jahr produzieren. Dies entspricht einem Anteil von 4,6 Prozent der Verletzungen und Vergiftungen durch Arbeitsunfälle an den gesamten Krankheitstagen. Dieser Betrag ist kleiner, als oft vermutet wird. Zu bedenken ist aber, daß bei gefährlichen Arbeiten der Versicherte bei Unwohlsein entscheiden kann, nicht zur Arbeit zu erscheinen, weil er sich die erschwerten und unsicheren Bedingungen in seiner jeweiligen Situation nicht zumuten möchte.

Im Zusammenhang mit der Arbeitssicherheit tauchen oft auch Identifikations- bzw. Motivationsprobleme auf. So berichten zum Beispiel Betriebsberater immer wieder darüber, daß dort besonders hohe Krankenstände auftreten, wo unsichere Arbeitssituationen von den Beschäftigten seit langer Zeit moniert

werden, aber keine Änderungen geschehen, obwohl vollständig klar ist, welche Maßnahmen ergriffen werden müßten. Das Beharrungsvermögen und die Resistenz vieler Unternehmer gegen leicht durchzuführende Änderungen, die von den Beschäftigten gewünscht werden, führt natürlich dazu, daß der Beschäftigte im Entscheidungsfall, das heißt wenn er sich nicht wohlfühlt, nun seinerseits nicht bereit ist, ein sichtbares Zeichen von Gutwilligkeit und hoher Motivation an den Tag zu legen, und der Arbeit eher fernbleiben wird.

Personalführung:

"Meister nehmen ihre Krankenstände mit." Diese Annahme ist im Betrieb verbreitet und wahrscheinlich zutreffend. Daß die Personalführung ganz entscheidend auf die Arbeitsmotivation der Beschäftigten wirkt und damit einen erheblichen (wahrscheinlich sogar den ausschlaggebenden) Einfluß auf die Höhe des Krankenstandes hat, ist unbestritten. In welchem Ausmaß dies der Fall ist, welche Art von "schlechter" oder "guter" Personalführung tatsächlich Einfluß auf die Höhe des Krankenstandes ausübt, ist nicht bekannt, auch nicht untersucht. Fast alle Betriebe, die sich jedoch ernsthaft Gedanken um die Senkung des Krankenstandes machen, schlagen gerade im Bereich der Personalführung vor allem zwei Wege ein:

Sie schulen die unteren Vorgesetzten (Meister) im Personalumgang. Letztlich stellt diese Schulung, so verschieden sie auch sein mag, ein Training dar, andere Personen ernst zu nehmen, die Arbeitskraft als wertvollsten Beitrag zum Produktionsergebnis zu betrachten und einen entsprechenden Umgang mit den Mitarbeitern zu pflegen.

Zusätzlich dazu erkennen die Personalabteilungen, daß die persönliche Ansprache der Beschäftigten zu den wichtigsten Aufgaben bei der Reduzierung des Krankenstandes gehört.

Mit beiden Strategien wurden zum Beispiel bei BMW eindrucksvolle Erfolge erzielt; dort wurde durch integrierte Maßnahmen die Personalführung verbessert und der Krankenstand für fast alle Statusgruppen in den verschiedenen Werken über zehn Jahre hinweg kontinuierlich gesenkt. Ähnliche Ergebnisse hat auch die Continental AG in Hannover erzielt (Informationen aus: Institut for International Research; Absentismus managen, 1991).

Welche Zusammenhänge können sich aus einer "schlechten" Personalführung und Gesundheit ergeben? Insgesamt lassen sie sich mit dem Begriff "Streß" folgendermaßen umschreiben und im einzelnen aufzählen:

Verminderte Immunabwehr kann - medizinischen Erkenntnissen entsprechend - durch Streß verursacht werden und führt häufiger zu Infektionen.

Belastung des **Kreislaufsystems** durch stoffwechselbedingte Prozesse (hormonelle Ausschüttungen), aber auch durch psycho-physische Faktoren wie zu wenig Schlaf (Einschlaf- und Durchschlafstörungen) etc.

Belastungen der **psychischen Resistenz**. Psychische Erkrankungen haben am gesamten AU-Geschehen einen recht geringen Anteil, nehmen aber dramatisch zu. Immerhin werden bereits jetzt schon 13,2 Prozent aller Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen ausgesprochen, das sind 51 Prozent mehr als noch vor sechs Jahren. Im übrigen können diese psychischen Belastungen auch erheblich zum Alkoholismus beitragen. Allerdings gilt hier auch der umgekehrte Zusammenhang: Vorgesetzte, die "unbeliebt" sind und eher Krankenstände produzieren, gehören oft selbst zu den Mehrtrinkern im Betrieb, wie vor Jahren eine Untersuchung an der Technischen Universität Berlin festgestellt hat.

Eine Umfrage der IKK Düsseldorf hat vor kurzem im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojektes zutage gebracht, daß sowohl junge als auch ältere Mitarbeiter vor allem über psycho-mentale Belastungen klagen (und entsprechend häufig eine Änderung des Betriebsklimas einfordern). Bild 13 zeigt die Verteilung subjektiv empfundener Belastungen und Beanspruchungen.

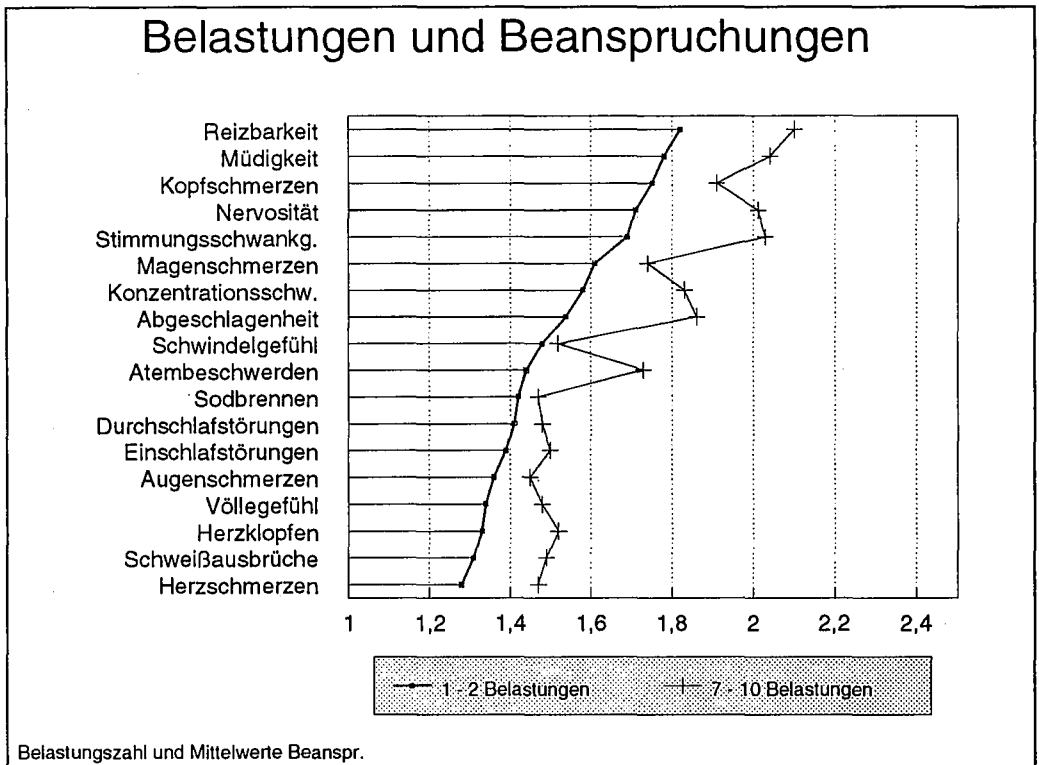


Bild 13

Im ersten Drittel des Bildes finden sich ausschließlich psycho-mentale Beschwerden, und diese sind auch am meisten durch die Anzahl der Arbeitsbelastungen beeinflusst (je größer im Bild der Unterschied zwischen den Linien ist, desto größer ist der Einfluß der Arbeitsbelastungen). Einige Merkmale "schlechten Führungsstils" sind in ihren Auswirkungen auf den Krankenstand untersucht worden. Bild 14 zeigt die Abweichungen vom Durchschnitt für nicht getaktete Arbeitsplätze (in Prozent).

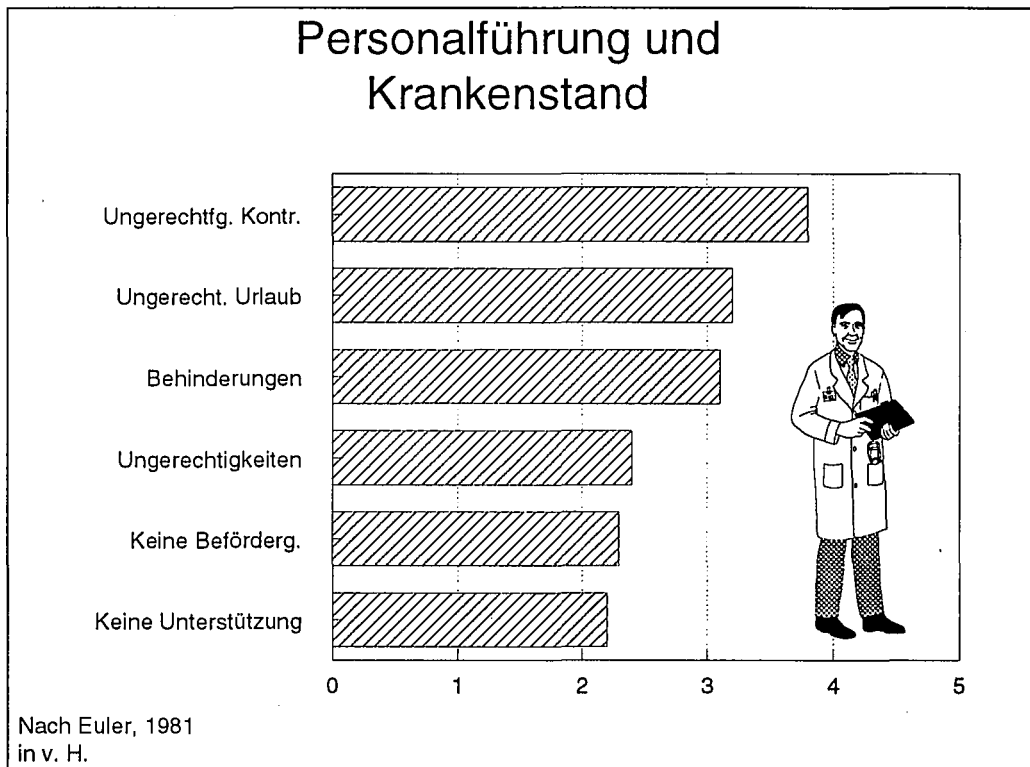


Bild 14

Danach ist es offensichtlich, daß vor allem Ungerechtigkeiten bzw. als ungerecht empfundene Führungsstile dazu führen, daß der Krankenstand teilweise bis fast vier Prozent vom Durchschnitt nach oben abweicht.

Personalstruktur:

Die Personalstruktur als Folge der Personalpolitik nimmt unmittelbaren Einfluß auf die Höhe des Krankenstandes, insofern sie durch Alter und Qualifikation definiert ist. Hohes Alter und niedrige Qualifikation gehen in der Regel mit hohen Krankenständen einher, niedriges Durchschnittsalter und hohe Qualifikation mit niedrigem Krankenstand. Der Anteil der Dreißig- bis Fünfzigjährigen an den Beschäftigten wird von 46 Prozent im Jahre 1982 auf 58 Prozent im Jahre

2000 gestiegen sein. Der Anteil der Fünfzehn- bis Dreißigjährigen sinkt im gleichen Zeitraum von 34 Prozent auf 20 Prozent. Bild 15 zeigt diesen Trend. Im Hinblick auf die zukünftige Struktur der Erwerbsbevölkerung, die mit Sicherheit älter wird, achten besonders große Firmen schon jetzt auf eine ausgewogene Personalstruktur.

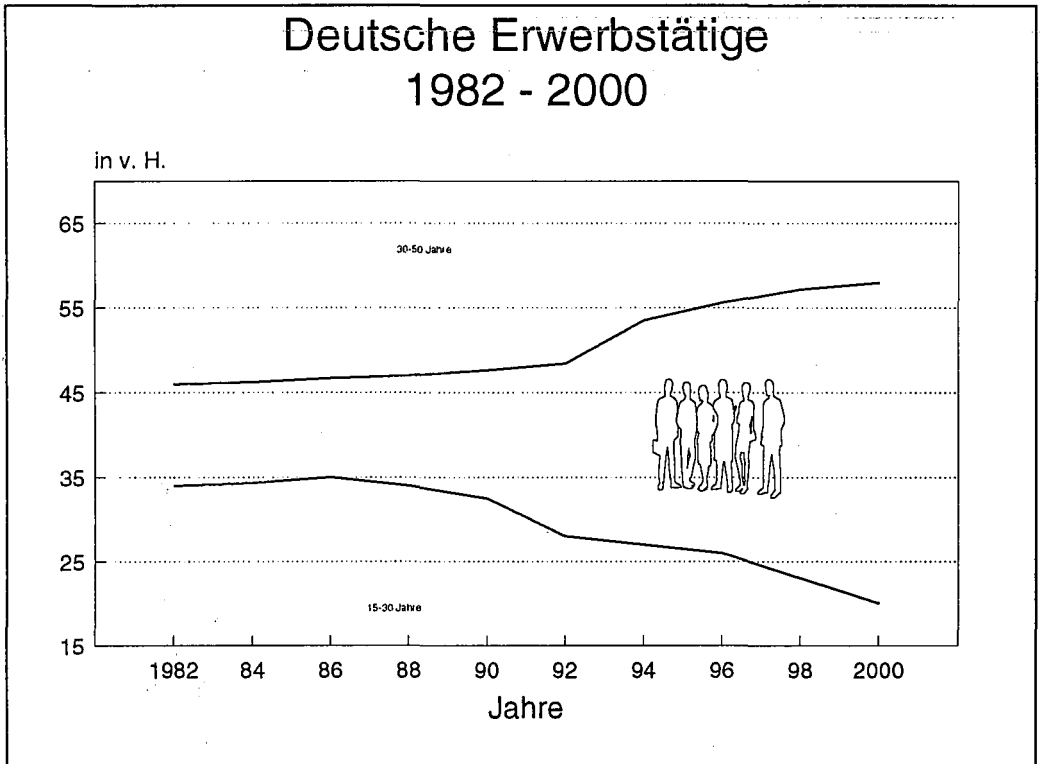


Bild 15

Allerdings wird sich diese Entwicklung nicht mit ganzem Ausmaß auf den Krankenstand niederschlagen. Es wird zum Beispiel vorausgesagt, daß der Krankenstand trotz dramatischer Änderung in der Altersstruktur in den Betrieben nur mäßig steigen wird (von augenblicklich 5,2 Prozent auf 5,57 Prozent im Jahre 2010 und auf etwa 5,64 Prozent im Jahre 2030). Abgefedert wird der Alterseffekt beim Krankenstand möglicherweise jedoch durch folgende Faktoren, die schon jetzt auf betrieblicher Ebene einflußbar sind:

- Zunahme von Arbeitsverhältnissen und Arbeitszeitregelungen, die an die Lebensgewohnheiten der Beschäftigten angepaßt sind (flexible Arbeitszeit, Teilzeitarbeit etc.). Solche Arbeitsverhältnisse weisen schon jetzt einen geringeren Krankenstand als der Durchschnitt auf.

- Zunahme von Angestelltentätigkeiten mit ihren geringen Krankenständen.
- Zunahme besser qualifizierter Beschäftigter auch im gewerblichen Bereich; mit zunehmender Qualifikation wird der Krankenstand sinken.
- Zunahme der Frauenarbeit mit geringeren Krankenständen.
- Zunahme sanierter und gesundheitsverträglicher Arbeitsplätze.

Die Qualifikationsstruktur:

Ähnlich wie die Personalstruktur wirkt sich die Qualifikationsstruktur zunächst statistisch auf die Höhe des Krankenstandes aus: Mit zunehmender Qualifikation sinkt der Krankenstand, wie Bild 4 gezeigt hat. Ein Betrieb, der demnach hauptsächlich un- und angelernte Arbeitskräfte beschäftigt, wird einen höheren Krankenstand aufweisen als ein Betrieb mit hochqualifizierten Arbeitskräften in der gleichen Altersgruppe. Dieser kann sich aus dem Mißverhältnis von Arbeitsanforderungen und ungenügender Qualifikation für diese Anforderungen ergeben. Aus Unterqualifikation folgt Überforderung. Dies hat mit Sicherheit großen Einfluß auf die subjektive Befindlichkeit und den Krankenstand. Überforderung zählt zu den psycho-physischen Ursachen für Krankheiten, aber auch für Motivation etc.

Tätigkeitsaspekte/Arbeitssituation:

Es gibt eine Faustformel, die den Einfluß der Tätigkeitsaspekte bzw. der jeweiligen Arbeitssituation auf den Krankenstand beschreibt und die gleichzeitig Hinweise auf Veränderungsmöglichkeiten gibt:

Je größer die Arbeitsautonomie ist, desto geringer wird der Krankenstand sein.

Dieser einfache Zusammenhang, der jedoch nicht einfach zu gestalten ist, ist fast für alle Betriebe, alle Beschäftigtengruppen und alle Arten von Arbeitsplätzen gültig. Einige Bilder sollen dies verdeutlichen.

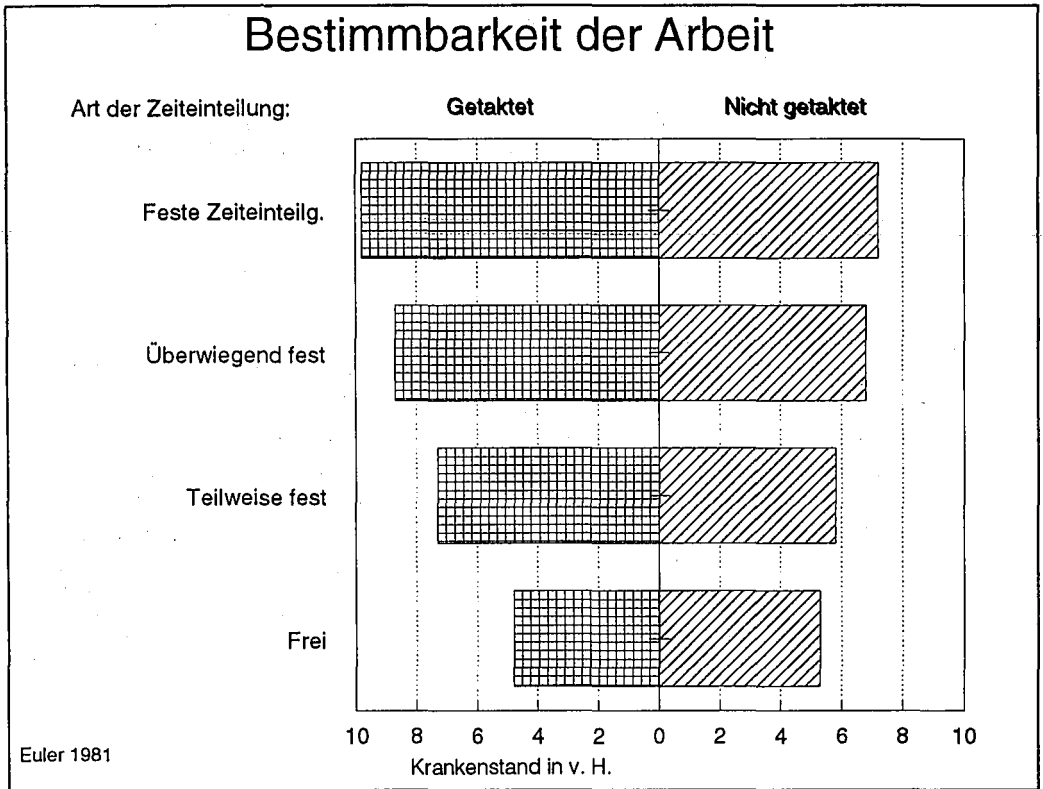
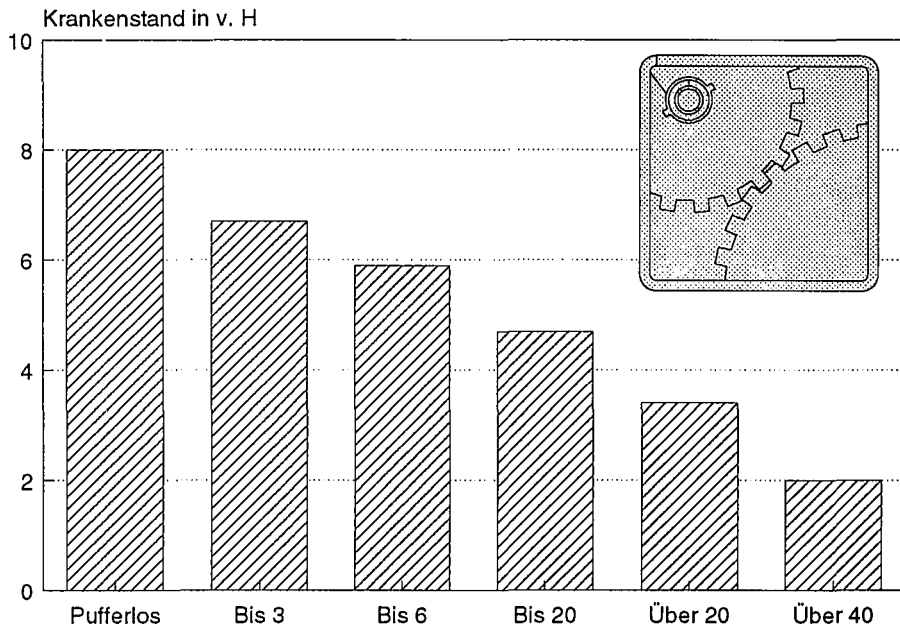


Bild 16

Bild 16 zeigt die allgemeinsten Zusammenhänge. Danach ist bei ungetakteter und getakteter Arbeit der Krankenstand um so höher, je regider die Zeiteinteilung ist. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsautonomie bzw. Einteilungsfähigkeit und Krankenstand läßt sich spezifizieren, wenn der Pufferstand am Arbeitsplatz in Zusammenhang mit dem Krankenstand gebracht wird. Der Pufferstand hat erheblichen Einfluß für die eigene Gestaltungsfähigkeit der Arbeit. Der Pufferstand ist nicht nur eine technisch-organisatorische Größe in der Fertigung, sondern stellt für den einzelnen Beschäftigten einen entscheidenden Faktor der Autonomie dar, da die Größe des Puffers über strenge oder nur lose Verbindungen an den übrigen Fertigungsprozeß entscheidet und damit "seinen" Arbeitsplatz von den übrigen abkoppelt und mehr Handlungsspielraum läßt. Das Bild 17 zeigt: Je größer der Pufferstand ist, desto geringer ist der Krankenstand.

Pufferstand und Krankenstand



Euler 1981

Bild 17

Auch bei Angestelltentätigkeiten finden wir die gleichen Zusammenhänge. Hier macht es zum Beispiel einen erheblichen Unterschied, wie der Arbeitseinsatz erfolgt. Hohe Krankenstände ergeben sich zum Beispiel, wenn die Arbeitsverteilung nicht durch Personen, sondern durch "Programme", zum Beispiel über den Bildschirm, erfolgt. Niedrige Krankenstände finden wir dort, wo die Vorgesetzten die Arbeit selbst einteilen. Am niedrigsten ist der Krankenstand, wo die Arbeit mit den Kollegen vereinbart werden kann, also im Arbeitsteam, wo hohe Freiheitsgrade eine weitgehende Selbstregulation der Arbeit gestatten. Auf solche Arbeitsverhältnisse stellen moderne Managementstrategien daher ab.

Zu "Tätigkeitsaspekten" gehören auch Faktoren der physischen Arbeitsumwelt, der Arbeitsbelastungen etc. Diese sind als Verursachungsfaktoren für den Krankenstand offensichtlich überschätzt worden, obwohl auch hier gilt: Je weniger saniert die Arbeitsplätze sind, je höhere Belastungen also an ihnen zu erwarten sind, desto höher wird auch der Krankenstand sein (hier ergibt sich eine Querverbindung zu der Tatsache, daß un- und angelernte Arbeiter regelmäßig höhere Krankenstände aufweisen, da sie sehr oft an unsanierten Arbeitsplätzen eingesetzt sind). Bild 18 zeigt diese Zusammenhänge.

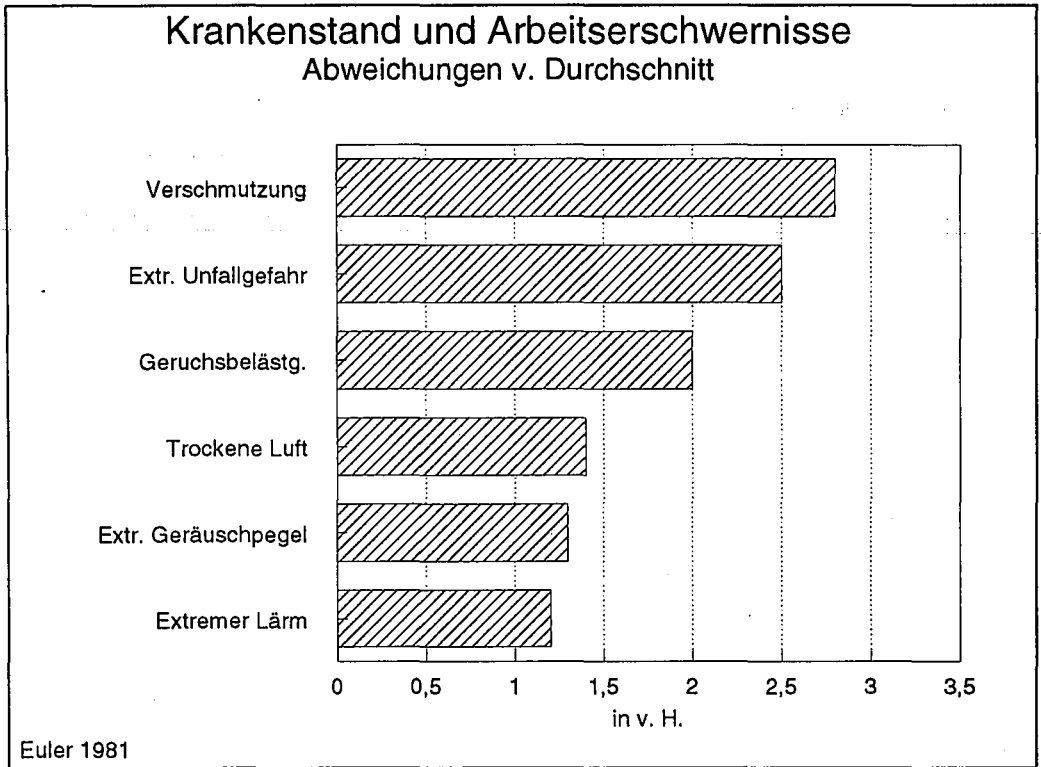


Bild 18

Arbeitszeitaspekte:

Arbeitszeit kann sich in zweifacher Weise auf die Höhe des individuellen und betrieblichen Krankenstandes auswirken:

Wenn die betrieblich vorgegebene Arbeitszeit nicht mit den individuellen Bedürfnissen der Beschäftigten übereinstimmt, wächst die Gefahr, daß Arbeitsunfähigkeit in Anspruch genommen wird, um die Widersprüche abzufedern. Ein extremes, aber tatsächlich beobachtetes Beispiel soll dies verdeutlichen: Eine Abteilung eines Betriebes hatte einen extrem hohen Krankenstand von fast 25 Prozent, obwohl dort relativ sanierte Arbeitsplätze vorherrschten, junge weibliche Beschäftigte eingesetzt waren und auch sonst keine Zustände zu entdecken waren, die den hohen Krankenstand hätten begründen können. Der Schlüssel zur Lösung lag in der Arbeitszeit. Dem Betrieb war es nicht gelungen, die tarifliche Arbeitszeitverkürzung vernünftig umzusetzen, so daß die jungen Frauen (oft ledige Mütter) am Sonnabendvormittag arbeiten mußten. Damit war natürlich der Krankenstand vorprogrammiert. Eine Arbeitszeitberatung, die weniger als 10 000 Mark gekostet hat, hat dort den Krankenstand sofort und ohne Übergang auf sein normales Maß gesenkt.

Eine anders gelagerte Einflußnahme nimmt die Arbeitszeit, wenn sie psychisch oder physisch belastend wirkt. Mit Sicherheit führen zum Beispiel viele Überstunden zu hohen Krankenständen (siehe Beispiele aus öffentlichem Nahverkehr, Post, Polizei); allein durch die höhere Unfallhäufigkeit in den Überstunden wird der Krankenstand hochgetrieben.

Ob Schichtarbeit einen Einfluß auf die Höhe des Krankenstandes hat, ist umstritten. Wahrscheinlich ist die Schichtarbeit als solche nicht krankenstandsfördernd. Da aber Schichtarbeit oft mit anderen Arbeitsbelastungen einhergeht, finden wir unter den Schichtarbeitsplätzen oft solche mit hohen Krankenständen. Auch zur Nachtarbeit liegen eher widersprüchliche Ergebnisse vor, jedenfalls kann nicht gesagt werden, Nachtarbeit gehe in jedem Fall mit hohem Krankenstand einher. Überhaupt finden wir oft unvermutete Zusammenhänge zwischen Krankenstand und Arbeitsbelastungen. So gibt es zum Beispiel Untersuchungen, die einen sehr geringen Krankenstand bei hohen Arbeitsbelastungen feststellen. Dies ist jedoch nicht darauf zurückzuführen, daß die Arbeitsbelastungen keinen oder sogar einen positiven Einfluß auf den Krankenstand hätten, sondern eher auf die Selektion und Selbstselektion, die für solche hochbelasteten Arbeitsplätze angewendet wird. Oft halten sich an diesen Arbeitsplätzen nur Beschäftigte, die den Anforderungen gewachsen sind, und dies sind natürlich eher die Gesunden.

4 Kosten und unerwünschte Folgen krankheitsbedingter Fehlzeiten

Es ist kein Zufall, daß Firmen, die zum Teil sehr aktiv einen innovativen Arbeits- und Gesundheitsschutz betreiben und Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchführen, dies zuallerletzt mit den direkten "Kosten-/Nutzen-Argumenten" begründen. Auch liegen in den meisten Fällen wahrscheinlich keine Kostenerhebungen und Nutzwertanalysen vor, obschon gerade diese Firmen dafür bekannt sind, ihre Aktivitäten auch auf anderen Gebieten sehr rational zu planen und langfristig zu entwickeln.

4.1 Begründungen für innovative Maßnahmen und Aktivitäten

Es gibt im wesentlichen drei Argumentationen, mit denen krankenstandssenkende bzw. innovative Aktivitäten im Arbeits- und Gesundheitsschutz begründet werden:

1. die Verbesserung des Prestiges auf den Arbeits-, Beschaffungs- und Absatzmärkten der betreffenden Firma,

2. feststellbare Engpässe auf dem Arbeitsmarkt und Schwierigkeiten bei der Personalbeschaffung,
3. festgestellte Probleme zwischen Arbeit und Gesundheit, die eine reibungslose Systemfunktion des Betriebes nicht mehr gewährleisten.

Zu den Begründungen im einzelnen:

Das Prestige auf den Arbeits-, Beschaffungs- und vor allem auf den Absatzmärkten zählt zu den wichtigsten Gründen für innovative Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Eine Untersuchung unter deutschen Betrieben brachte zutage, welchen Nutzen die Firmen aus innovativen Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ziehen konnten. Bild 19 zeigt die Hitliste.

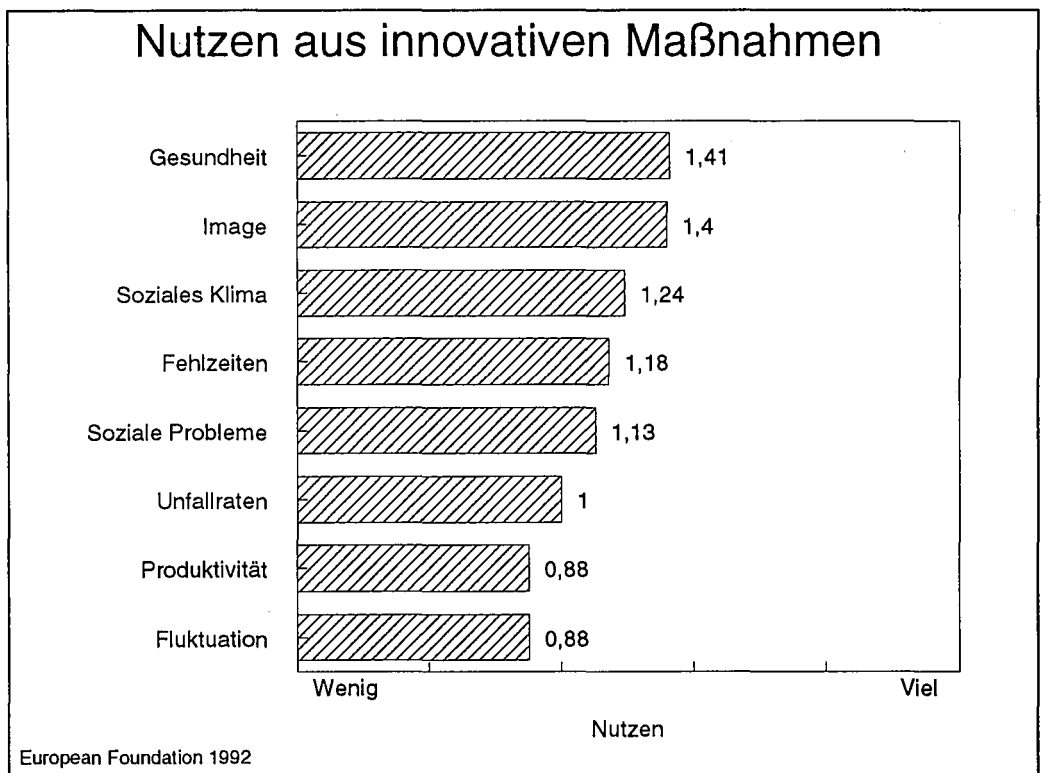


Bild 19

Danach wird der Imagenutzen für die Firmen nur knapp vom gesundheitlichen Nutzen übertroffen, obwohl anfänglich das Image bei der Auswahl der Maßnahmen keine solche Rolle gespielt hat. Die Verbindung des Nutzens (oft sind auch Umweltschutzmaßnahmen integriert) richtet sich natürlich einerseits an die Abnehmer (Bäckerhandwerk zum Beispiel: gesunde Produkte wurden gesund produziert für gesunde Abnehmer).

mer), aber auch an die eigenen Beschäftigten bzw. an Beschäftigte, die gewonnen werden sollen. Die Firma erhält einen guten Ruf mit entsprechenden Maßnahmen.

Eine zweite Begründung liegt in den festgestellten oder erwarteten Engpässen auf dem Arbeitsmarkt. So führte zum Beispiel eine Stukkateursinnung in Baden-Württemberg Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch, um nach außen einen sauberen Betrieb mit gesundheitsverträglichen Arbeitsplätzen zu signalisieren. Die Innung sah kaum noch eine andere Möglichkeit zur Rekrutierung von Personal, da sie einerseits hochqualifizierte Arbeitskräfte benötigte, diese aber wegen der vermeintlich schlechten Arbeitsbedingungen auf dem Bau nicht bereit waren, dort die Arbeit aufzunehmen. Ähnlich argumentierte auch die Kraftfahrzeuginnung in Düsseldorf, die zusammen mit der dortigen Innungskrankenkasse ein sehr breit angelegtes Gesundheitsförderungsprojekt durchgeführt hat.

Große Firmen wie etwa die Bayer AG, die über langfristig orientierende Planungen verfügen, leiten die Notwendigkeit für innovative Maßnahmen im Arbeits- und Gesundheitsschutz aus der erwarteten zukünftigen Entwicklung der Arbeitsmärkte ab. Danach ist für die nächsten Jahre folgender Trend zu erwarten:

- Die Anforderungen nach qualifizierten Arbeitskräften werden zunehmen.
- Der Anteil älterer Arbeitnehmer wird erheblich zunehmen.
- Es müssen neue Arbeitsmarktreserven erschlossen werden (zum Beispiel Hausfrauen), was nur mit einer entsprechend flexiblen Gestaltung der Arbeitsbedingungen möglich sein wird.

Sowohl qualifizierte Arbeitskräfte als auch ältere Arbeitnehmer benötigen "sanierte" Arbeitsplätze und gesundheitsverträgliche Arbeitsbedingungen. Entweder weil sie unter anderen Bedingungen nicht arbeiten wollen, oder weil sie unter unsanierten Arbeitsbedingungen ihre Arbeitskraft nicht zur Verfügung stellen können.

Schließlich spielen natürlich auch Gesundheitsprobleme eine Rolle bei der Entwicklung und Durchführung von innovativen Maßnahmen. In der bereits erwähnten Umfrage, die im Auftrag der Europäischen Gemeinschaft durchgeführt wurde, führten die Betriebe um so mehr Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungsaktivitäten durch, je mehr Gesundheitsprobleme sie im Betrieb vermuteten (oder auch analysiert hatten). Oft sind ganz bestimmte Probleme schon seit Jahren bekannt, für die irgendwann eine Lösung gefunden wird. Oder es tauchen neue Probleme, zum Beispiel beim Einsatz neuer Technologien, auf, die sich als Engpaß für die ungestörte Produktion erweisen und nach Handlungen verlangen.

Diese Erfahrungen zeigen eine Verschiebung des Kosten-/Nutzen-Arguments im Zusammenhang mit Arbeit und Gesundheit: Bei den meisten Aktivitäten hat eine Kosten-/Nutzen-Bewertung oder -Analyse nicht den Ausschlag gegeben, sondern die Tatsache, daß das betriebliche Problem nicht externalisiert, also nach außen ge-

drängt werden konnte (etwa an die Zuständigkeit anderer Stellen), sondern selbst gelöst werden mußte. In diesem Fall haben Maßnahmen modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes eine reelle Chance, wenigstens als alternative Lösungsmöglichkeiten für das betriebliche Problem ins Auge gefaßt zu werden.

4.2 Neuere Ansätze der Kosten-Wirksamkeitsrechnung

Wie bereits gezeigt wurde, können sich Fehlzeiten (und unter ihnen der Krankenstand) aus vielen Ursachen in zahllosen Zusammenhängen ergeben. Nicht nur die Tatsache, daß sich die einzelnen Ursachen oder Ursachenfelder in den seltensten Fällen kostenmäßig erfassen lassen, macht es nahezu aussichtslos, mit traditionellen Kosten-/Nutzen-Verfahren zu operieren, sondern auch die Tatsache, daß der Anteil der einzelnen Verursachungsfaktoren an dem gesamten Krankenstand fast nie bekannt ist. Es ist möglich, die Kosten zu quantifizieren, die für Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen aufgewendet werden müssen, ebenso die Kosten, die durch die ausgefallenen Arbeitsstunden entstehen. Allerdings ist es schwierig, den Nutzen, den eventuell durchgeführte Gegenmaßnahmen bewirkt haben mögen, ebenfalls in gleichen Größen zu quantifizieren. Aus diesem Grund wechselt man seit einiger Zeit die Sichtweise: Kosten-/Nutzen-Analysen werden im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes weniger als Bilanzierungsinstrument, sondern vor allem als Planungsinstrument verstanden.

Als Planungsinstrument kann die Kosten-Wirksamkeitsanalyse verwendet werden, wenn sie mehrere Voraussetzungen erfüllt:

Sie muß dem betrieblichen Controlling angepaßt sein, das heißt aber, mit betrieblich aussagefähigen Indikatoren arbeiten. Ein solcher Indikator könnten zum Beispiel die "Kosten der ungestörten Betriebsstunde" sein.

Aus mehreren Gründen eignet sich dieser Indikator mehr für die Planung als etwa die Größe "Kosten pro Unfalltag" etc.

- Ein Grund dafür besteht in der widersinnigen und letztlich demotivierenden Berechnung der Kosten des einzelnen Unfalltages. Erstens wird im Betrieb normalerweise nur kostenmäßig erfaßt, was der Produktion oder der innerbetrieblichen Dienstleistung dient. Das kann von Unfällen nicht behauptet werden. Zweitens steigen mit erfolgreichem Arbeitsschutz die Kosten pro Unfalltag mit der Abnahme der Unfalltage an, weil sich die Overhead-Kosten nicht im gleichen Maße verringern wie die unmittelbaren, durch den Unfall verursachten Kosten. Drittens wirkt diese Art der Berechnung demotivierend auf die Unfallschutzakteure, die nämlich kein "Produkt" ihrer Arbeit vorweisen können. Ein nicht stattgefundener Unfall oder eine nicht eingetretene arbeitsbedingte Erkrankung sind unsichtbare Produkte, die es den Erzeugern dieser Produkte schwer machen, den Nutzen ihrer Tätigkeit deutlich zu machen. Andererseits kann die Produktion ungestörter Arbeitsstunden (noch dazu zu günstigen Kosten) sehr wohl nachgewiesen werden.

- Als zweite Voraussetzung sollte das Planungsinstrument berücksichtigen, daß es subjektive Bewertungen, quasi als systematische Erschließung des betrieblichen Erfahrungswissens, zuläßt. Solche bewertungsorientierte Verfahren werden inzwischen in vielen betrieblichen Bereichen eingesetzt. Sie heben analyseorientierte Verfahren nicht auf, ergänzen sie aber. In einen Planungsprozeß eingebettet, können diese Schritte folgendermaßen zusammengefaßt werden, wie Bild 20 zeigt:

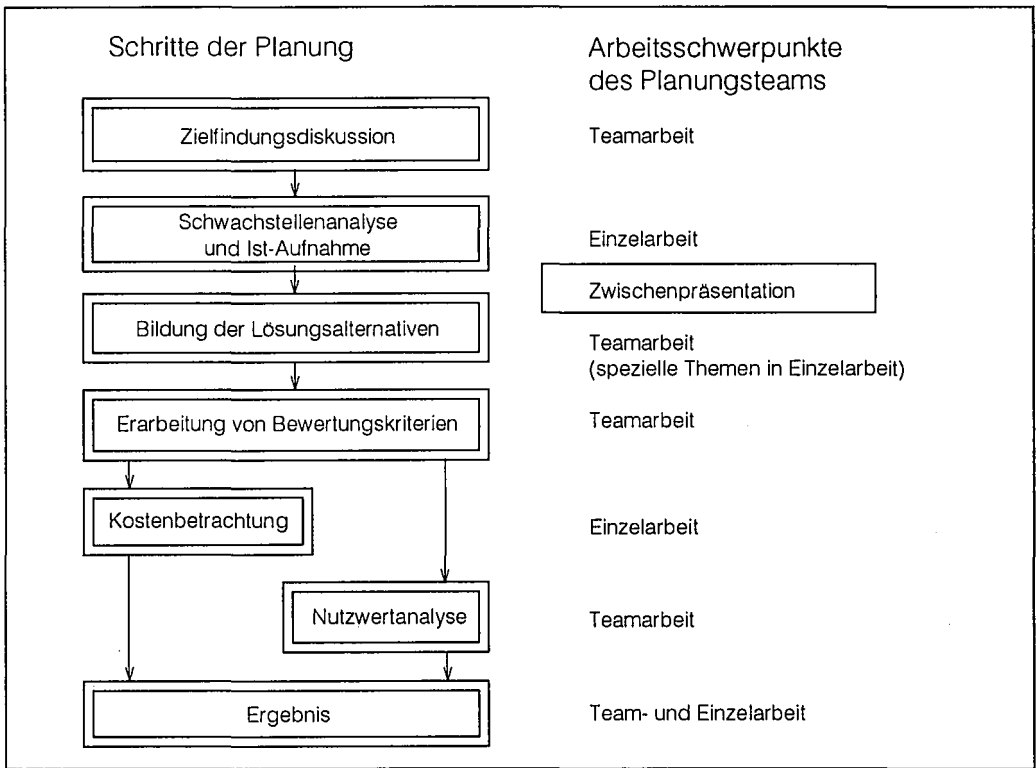


Bild 20: Bewertungsorientierte Verfahren

Ein solches Planungsschema, das natürlich den betrieblichen Gegebenheiten angepaßt werden muß, soll gewährleisten, daß die Faktoren Technik, Organisation und Arbeit möglichst optimal miteinander verbunden und aufeinander abgestimmt werden können. In bezug auf den Krankenstand ist noch hinzuzufügen, daß hierbei von möglichst realistischen Vorbedingungen ausgegangen werden sollte. So ist es zum Beispiel als Ziel unrealistisch, einen gleich hohen Krankenstand für alle betrieblichen Bereiche und alle Beschäftigtengruppen zu erwarten. Ebenso wenig hilfreich ist es, den Krankenstand auf eine unrealistische Größe drücken zu wollen, nur weil der Wunsch der Vater des Gedankens ist.

Halten wir im Auge, daß ein planvoller Umgang mit dem Krankenstand und mit Gesundheitsproblemen (siehe auch Abschnitt über Gesundheitsförderung) eher dazu führt, möglichst alle wesentlichen Verursachungs- und Auswirkungsbereiche zu erfassen. Es lassen sich mit einem solchen Verfahren in folgenden Bereichen positive Ergebnisse erzielen:

- Flexibilität der Produktion, die um so höher ist, je verfügbarer die Arbeitskraft ist.
- Unmittelbarer Einfluß auf die Fehl- und Ausfallzeiten.
- Einfluß auf die Durchlaufzeiten der Produktion. Je mehr die Produktion spezialisiert und diversifiziert ist, desto mehr ist sie von der Anwesenheit der hochspezialisierten Beschäftigten abhängig.
- Ausschuß/Qualität. Auch hier ist ein unmittelbar wechselseitiger Zusammenhang zu den Fehlzeiten zu erwarten. Einerseits erhöhen Produktionsweisen, in denen nach Meinung der Beschäftigten "zu viel" Ausschuß produziert wird, den Krankenstand (Motivationsproblem), andererseits kann jedoch ein gesunkener Krankenstand sich positiv auf die Produktions- und Produktqualität auswirken (oft allein schon dadurch, daß die Hektik kurzfristigen Personaleinsatzes aus der Produktion genommen wird).
- Schließlich sind durch krankenstandssenkende Maßnahmen unmittelbare Erfolge bei der Arbeitszufriedenheit, der Motivation und vor allem bei der Kooperationsgemeinschaft der Beschäftigten untereinander zu erzielen. Was letzteren Faktor betrifft, so ist er eine Funktion des allgemeinen Betriebsklimas, darüber hinaus aber auch ein Ergebnis aus Anforderungen an die Arbeitsteilung und die Notwendigkeit der Zusammenarbeit. Wenn - vor allem in hocharbeitsteiligen Prozessen - Mitarbeiter fehlen, müssen oft andere mehr Arbeit verrichten. Niemand sieht die Notwendigkeit dazu für eine längere Zeit ein, es wird zu einer allgemeinen Abnahme der Kooperationsbereitschaft überhaupt kommen.

5 Planvolle Schritte zur Senkung des Krankenstandes

Aus Angaben des BDA (Umfrage Januar 1991) zur Abschätzung der Erfolgsaussichten krankensstandssenkender Maßnahmen kann folgende Hitliste von Maßnahmen aufgestellt werden, denen ein "großer" Nutzen zugebilligt wird.

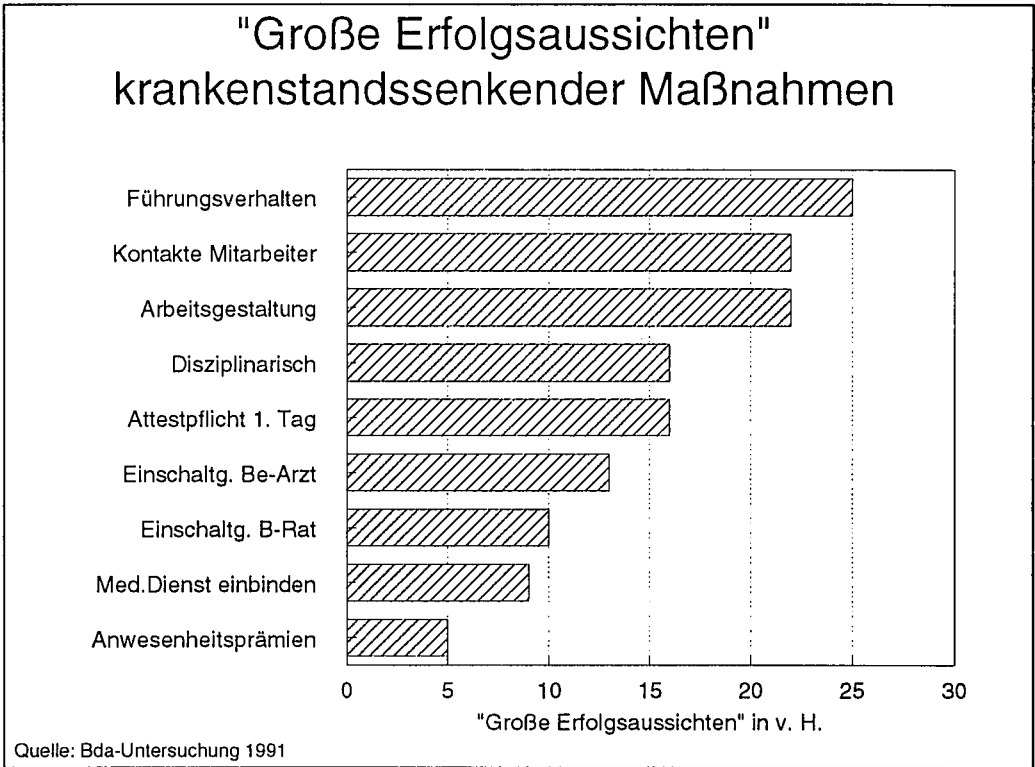


Bild 21

Bild 21 zeigt, daß die meisten Unternehmen bei der Senkung des Krankenstandes offensichtlich sehr problemorientiert vorgehen und hauptsächlich disziplinarisch wirkenden Maßnahmen nicht den Vorzug geben. Dies wird auch ein Grund dafür sein, daß Maßnahmen der Gesundheitsförderung, von denen wir im folgenden einige vorstellen wollen, zunehmend und ernster von den Betrieben diskutiert und teilweise bereits umgesetzt werden.

Zunächst ein paar Worte zur betrieblichen Gesundheitsförderung. K. Kuhn von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz definiert betriebliche Gesundheitsförderung als: "... ein Konzept, das planvolle, steuerbare und evaluierbare Maßnahmen der Gesundheitsgestaltung und Krankheitsverhütung und -vorbeugung sowie der Arbeitsgestal-

tung aufeinander bezieht und damit auf die tatsächlich erfaßten Probleme des Gesundheitsschutzes im Betrieb reagiert."

Mit dieser betriebsnahen und pragmatischen Definition gehören viele der Aktivitäten, deren Anbieter sie so gerne dazurechnen würden, nicht zur betrieblichen Gesundheitsförderung: Raucherentwöhnungsprogramme im Betrieb, Ernährungsberatung durch Angehörige der Krankenkassen, die im Betrieb stattfindet etc. rechnen nicht zur betrieblichen Gesundheitsförderung, sondern müssen als Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Betrieb definiert werden. Im Unterschied zur betrieblichen Gesundheitsförderung bemühen sie sich eben nicht um eine genaue Analyse der betrieblichen "Schwachstellen" von Gesundheit und Arbeit, und sie beziehen sich nicht auf die jeweils unterschiedlichen, aber immer "besonderen" Handlungsbedingungen des einzelnen Betriebes.

Im folgenden zeigen wir, wie mit Hilfe der betrieblichen Gesundheitsförderung krankensstandsenkende Effekte erzielt werden können. Dabei werden wir mehr Sorgfalt auf die Darstellung des Verfahrens als auf die Aufzählung von Problemen verwenden. Die Maßnahmenauswahl selbst bzw. ein dafür geeigneter Prozeß ist Gegenstand der hier gewählten Beschreibung. Maßnahmenkataloge ergeben sich meist erst aus der betrieblichen Analyse der Probleme. Dieser analytische Prozeß soll im folgenden beschrieben werden.

5.1 Gesundheitsförderung - ein planvoller Prozeß

Es gibt zwei wesentliche Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung, die aus der folgenden Übersicht hervorgehen.

Ziele der Gesundheitsförderung

1. Gesunde Lage stabilisieren

- Gesundheitsaspekt für Mitarbeiter
- Personalpolitischer Aspekt
- Wirtschaftlicher Aspekt für den Betrieb
- "Image" - Aspekte

2. Intervention in Risikobereiche

- Ausgleich von Gesundheitsrisiken
- Beseitigung von Gesundheitsrisiken
- Umgang mit Gesundheitsrisiken

Es ist mit Bedacht nicht das Ziel der "Verbesserung" der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten gewählt worden. Ein solches Ziel scheint unter allen denkbaren Aspekten unrealistisch und jenseits des Interventionsspektrums eines Betriebes zu liegen. Bedacht werden muß auch, daß es nicht das Ziel der Betriebe sein kann, Gesundheit zu verbessern, sondern den Krankenstand zu senken. Ein wesentliches Mittel dazu ist jedoch zumindest die Stabilisierung der Gesundheit, das heißt, bei gegebenem Status eine weitere Verschlechterung zu verhindern. Darin ist natürlich ein gesundheitlicher Aspekt enthalten, da Maßnahmen ergriffen werden, die dem Beschäftigten zeigen, daß der Betrieb bewirkt, daß seine "Angelegenheiten" nicht mehr als Gesundheitsbelastung für den Beschäftigten erscheinen bzw. dort ihre Wirkung ausüben können.

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, daß Gesundheitsförderung und krankensstandssenkende Maßnahmen im Betrieb einen erheblichen personalpolitischen Aspekt haben können. Dieser vermittelt sich meistens über das Image des Betriebes nach außen. Hat ein Betrieb Schwierigkeiten, zusätzliches Personal zu rekrutieren oder das bestehende Personal zu halten, so kann die Ausstattung der Arbeitsplätze bzw. der Grad ihrer Saniertheit durchaus für viele Beschäftigte (vor allem für die sehr raren "besser ausgebildeten" Arbeitskräfte) ein Grund sein, in dem jeweiligen Betrieb die Arbeit aufzunehmen bzw. nicht in einen anderen Betrieb zu wechseln. Der wirtschaftliche Aspekt krankensstandssenkender bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen vermittelt sich für den einzelnen Betrieb hauptsächlich über die Reduzierung der krankheitsbedingten Fehlzeiten bzw. des Krankenstandes. Die Kosten, die für Maßnahmen ausgegeben werden müssen (sie sind meist geringer als man denkt), können sich in einem Nutzen niederschlagen, der die ungestörte Systemfunktion im Betrieb, das heißt die reibungslose Abwicklung von Arbeitsstunden, gewährleistet. Der Krankenstand eignet sich deswegen als betrieblicher Indikator, da er sowohl einen gesundheitlichen als auch einen wirtschaftlichen Aspekt enthält und er damit für "beide Seiten" vermittelbar ist.

Das zweite große Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte in der Intervention in Risikobereiche bestehen und überschneidet sich damit teilweise mit Aufgaben der Arbeitssicherheit bzw. des Arbeitsschutzes. Dies ist auch ein Grund, warum von vielen Betrieben, aber auch von vielen betrieblichen Beratern, Gesundheitsförderung als Teilaufgabe des Arbeitsschutzsystems gesehen und im Zusammenhang mit einem Modernisierungsprozeß des Arbeitsschutzes insgesamt diskutiert wird.

Interveniert wird auf folgende Weise:

- **Ausgleich von Gesundheitsrisiken.** Der Ausgleich von Gesundheitsrisiken bedeutet nicht, daß die Risikolage insgesamt vermindert wird, weder durch Maßnahmen der Verhaltensprävention, die auf Verhaltensänderungen des einzelnen abzielen, noch durch Maßnahmen der Verhältnisänderung, die auf eine gesundheitsverträgliche Arbeitsumgebung abzielen. Der Ausgleich von Gesundheitsrisiken würde zum Beispiel dann ein Ziel von Gesundheitsförderungsmaßnahmen sein, wenn in einem Betrieb für Mitarbeiter, deren Bewegungsapparat bereits geschädigt ist, Ausgleichsgymnastik während oder nach der Arbeitszeit stattfindet, wenn ergonomische Maßnahmen an Maschinen und

Anlagen auch solchen Mitarbeitern die Arbeit an diesen Arbeitsplätzen ermöglichen, die in einer bestimmten Weise vorgeschädigt oder sogar behindert sind. Ein Ausgleich von Gesundheitsrisiken liegt auch dann vor, wenn beispielsweise das Kantinenessen gesünder gestaltet wird. Maßnahmen des Risikoausgleiches sind in ihrer Wirkung nicht zu unterschätzen, da sie von vornherein sowohl die Bereitschaft des Unternehmens zeigen, aktiv für den Beschäftigten zu werden, andererseits aber auch von diesem eine gewisse Aktivität, zumindest aber die Bereitschaft zur Beteiligung voraussetzen.

- **Beseitigung von Gesundheitsrisiken.** Dieses Ziel gilt als "vornehmstes" der Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes überhaupt. Aus naheliegenden Gründen wird es das wirksamste Mittel sein, eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes, in Ausnahmefällen sogar eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschäftigten zu erreichen, da die verursachenden Faktoren für den Gesundheitszustand tatsächlich wegfallen. Allerdings ist hierbei folgendes zu berücksichtigen: nur in den seltensten Fällen wird es möglich sein, eindeutige Zusammenhänge zwischen einem bestimmten Gesundheitsrisiko und einer Krankheit herzustellen. Dies ist meist nur für Berufskrankheiten möglich. Beseitigung von Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt hieße demnach vor allem, einen Beitrag zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen zu leisten, bei denen der Zusammenhang zwischen einer Verursachung und einer Krankheit nicht so mathematisch eindeutig sein muß wie bei den Berufskrankheiten. Entsprechend unschärfer sind auch die Erfolgsaussichten. Taktisch ist es deswegen sehr ratsam, mit dem Abbau solcher Gesundheitsrisiken zu beginnen, deren krankheitsverursachende Wirkung recht eindeutig und einfach zu bewältigen ist. Bei vielen sicherheitstechnischen Mängeln ist dies zum Beispiel der Fall. Des weiteren kann damit begonnen werden, Gesundheitsrisiken vor allem in den Bereichen zu beseitigen, die für den betrieblichen Produktionsprozeß von großer Wichtigkeit sind und im Betrieb gewissermaßen Kern- oder Zentralfunktionen darstellen. Ob ein Gesundheitsrisiko beseitigt oder kompensiert werden muß, oder ob die Beschäftigten lernen müssen, mit ihm umzugehen, wird jeweils eine Frage sein, die ausdauernd in den entsprechenden betrieblichen Gremien diskutiert werden wird.
- Ein drittes Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. der Modernisierung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes kann es sein, den **Umgang mit Gesundheitsrisiken** durch die Beschäftigten und durch den Betrieb zu verbessern bzw. überhaupt erst zu erlernen. Dies ist die klassische Domäne der betrieblichen Unfallverhütung. Aber auch andere Bereiche, in denen Gesundheitsrisiken entstehen können, sind geeignet, in ihnen den Umgang damit zu trainieren. Wir denken hier vor allem an Umweltrisiken, die im Betrieb produziert werden, an den betrieblichen und innerbetrieblichen Transport, an den Umgang mit chemischen Stoffen etc. Oft sind die Maßnahmen, mit denen hier der Umgang trainiert wird, noch etwas "altbacken", so daß zunächst einmal eine Modernisierung dieser Maßnahmenpakete in den meisten Betrieben anstehen würde. Andererseits ist beim Training des Umgangs mit Gesund-

heitsrisiken immer zu bedenken, daß perfekte Lösungserwartungen hier eher den ganzen Vorgang blockieren können, da menschliche Reaktionen natürlich immer eingeschlossen sind.

Wollte man die drei genannten Ziele im Interventionsbereich in eine Hierarchie bringen, so stünde mit Sicherheit die Beseitigung von Gesundheitsrisiken an erster Stelle, gefolgt vom Ausgleich von Gesundheitsrisiken, wogegen der Umgang mit Gesundheitsrisiken erst als letzte Maßnahme in Erwägung gezogen werden sollte.

5.1.1 Anforderungen an die betriebliche Gesundheitsförderung

Ein Prozeß ernstgemeinter betrieblicher Gesundheitsförderung läuft nicht von selbst ab, sondern stellt erhebliche Anforderungen an die Organisationsbereitschaft und die Ressourcenbereitstellung der Betriebe. Die Anforderungen werden noch dadurch erhöht, daß die betriebliche Gesundheitsförderung sehr viele der betrieblichen Akteure (Betriebsarzt, Betriebsrat, Personalführung, Sicherheitstechnik, Berater von außen, Krankenkassen etc.) umfaßt und sich zudem auf einem höchst konfliktreichen Themenfeld bewegt. Aus diesem Grund ist die Erfüllung von drei wichtigen Anforderungen sicherzustellen, bevor der Prozeß der betrieblichen Gesundheitsförderung in Gang gesetzt werden kann.

- Sicherung von **Konsens über Ziele und Vorgehen**. Nur auf ganz allgemeiner Ebene wird im Betrieb jeder dem Satz zustimmen, "Gesundheit ist für alle das Wichtigste". Sobald es jedoch konkreter wird, werden sich ganz unterschiedliche Sichtweisen des Problems Gesundheit ergeben, es wird aus unterschiedlichen Interessenkonstellationen heraus argumentiert, und es wird sich schließlich herausstellen, daß jeder der beteiligten Akteure unter Gesundheit etwas ganz anderes versteht. Teilweise ergeben sich schon hieraus erhebliche Widersprüche und Konflikte, die nicht einfach wegdiskutiert werden können, sondern deren Anerkennung eine wichtige Voraussetzung für den Prozeß der betrieblichen Gesundheitsförderung ist. Betriebliche Gesundheitsförderung lebt vom Konsens über ihre Ziele und über das Vorgehen. Am Thema des "Krankenstandes" kann dies am plastischsten verdeutlicht werden. Unstreitig ist für ein Unternehmen die Senkung des Krankenstandes ein wirtschaftliches Ziel. Für die Arbeitnehmer hingegen kann zum Beispiel die "Verteidigung" des Krankenstandes ein sozialpolitisches Thema sein, wogegen sie für die Senkung des Krankenstandes aus gesundheitlichen Interessen eintreten. Es wird wenig hilfreich für den Prozeß der Gesundheitsförderung sein, wenn die Sozialpartner versuchen würden, sich jeweils die Interessen am Thema Gesundheit gegenseitig auszureden. Viel hilfreicher scheint es, die unterschiedlichen Interessenlagen anzuerkennen und zu prüfen, inwieweit sie auf das Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz hin genutzt werden können. Dieser Prozeß kann teilweise sehr viel Zeit in Anspruch nehmen, an seinem Ende wird jedoch die Konsensfindung durch die Beteiligten stehen, die wiederum selbst nur durch Beteiligung vielfacher Interessenträger zustande kommen kann. Die Herausnahmen möglicherweise konfliktträchtiger Themen oder Konstellationen aus der Diskus-

sion um die Gesundheitsförderung wird den Gesamtprozeß der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Sicherheit nicht beschleunigen.

- Eine weitere Voraussetzung, betriebliche Gesundheitsförderung planvoll und systematisch zu betreiben, ist die Einrichtung **betriebstauglicher Abwicklungsverfahren** für die Gesundheitsförderung selbst. Die Regel ist dies nicht. Wenn Betriebe Gesundheitsförderung durchführen, geschieht dies oft aktionistisch und spontan und richtet sich nach den gerade verfügbaren Maßnahmen bzw. nach der Fähigkeit von Maßnahmen-Anbietern, den Betrieb kurzfristig zu überzeugen, "irgendetwas" durchzuführen. Auf diese Weise wird es der betrieblichen Gesundheitsförderung unmöglich gemacht, sich im Betrieb zu verstetigen und eine bestimmte Routine zu entwickeln. Als wichtigste Voraussetzung zur Verstetigung und Routinisierung betrachten wir eine klare Verantwortlichkeit und eine Abgrenzung von Kompetenzen in diesem Bereich. Amerikanische Beispiele zeigen, daß ohne eine eindeutige Unterstützung durch das Management solche Prozesse nicht in Gang kommen können. Dafür empfiehlt sich ein Verfahren, das sich möglichst nahe an die bisherige betriebliche Hierarchie und an die bisher üblichen Abwicklungsverfahren anlehnt. Die Verantwortlichkeit für die betriebliche Gesundheitsförderung könnte zum Beispiel beim betrieblichen Arbeitsschutzsystem liegen, das auch über eine gewisse Kompetenz in diesem Bereich verfügen mag. Da allerdings kein betriebliches Subsystem alleine Gesundheitsförderung durchführen kann, müssen auch andere partizipierende Bereiche in ihrer Verantwortlichkeit und ihren Kompetenzen im Hinblick auf die betriebliche Gesundheitsförderung erschlossen werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung bzw. die Modernisierung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes berührt betriebliche und Mitarbeiterinteressen in so vielen unterschiedlichen Gesichtspunkten, daß "exotische" Lösungen des Problems in der Regel ausscheiden. Je intensiver und sorgfältiger geplant die Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung in sonst übliche betriebliche Verfahren integriert sind, desto erfolgreicher wird die betriebliche Gesundheitsförderung wirken können.

- Eine weitere Anforderung besteht in Bewertungsmöglichkeiten und Kontrolle der Maßnahmen bzw. ihrer Wirkung selbst. Dazu ist es unbedingt notwendig, zu Anfang des Prozesses **Erfolgskriterien** festzulegen. Diese Erfolgskriterien können zum Beispiel die Senkung des Krankenstandes in einem bestimmten Zeitraum oder in einer bestimmten betrieblichen Abteilung sein; Erfolgskriterien können sich auch auf das Verhalten der Mitarbeiter beziehen oder etwa auf die Arbeitsweise des betrieblichen Arbeitsschutzes (Reduzierung von Unfällen und Berufskrankheiten), Entschärfung längst bekannter betrieblicher Schwachstellen etc. Wichtig ist (vor allem zur späteren Beurteilung), daß die Erfolgskriterien vorab festgelegt werden und, genau wie das bei anderen betrieblichen Handlungsinstanzen auch gang und gäbe ist, zu den Zielvariablen des Arbeitsschutzsystems ernannt werden. Die Festlegung von Erfolgskriterien erfordert natürlich auch, daß die Erfolge kontrolliert werden können. Dabei ist die Er-

folgskontrolle nicht in erster Linie im Sinne einer hierarchischen Kontrollfunktion zu sehen, sondern zielt hauptsächlich auf die Steuerung des Prozesses und seiner Optimierung ab. Besonders so lange noch wenig Erfahrungen mit betrieblicher Gesundheitsförderung vorliegen, wird die Kontrolle und Steuerung des Gesamtprozesses eine notwendige Aufgabe bleiben.

5.1.2 Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung im Betrieb ist nicht mehr so neu, daß sich nicht schon bestimmte Instrumente hätten herausbilden können. Es gibt drei unterschiedliche Zwecke, die die Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung neben ihrer gesundheitsfördernden Wirkung haben können:

- **Systematische Problemerkennung** gehört zum Standardinstrumentarium jeder betrieblichen Gesundheitsförderung. Ressourcen im Betrieb sind immer knapp, und solche, die für neue Gebiete ausgegeben werden, sind noch knapper, als dies in der Regel der Fall ist. Sie müssen möglichst problemgenau verausgabt werden, um ihre höchste Wirkung entfalten zu können.
- **Genaue Adressatenbestimmung.** Gesundheitsförderung nach dem Gießkannenprinzip ist ein sinnloses Unterfangen im Betrieb. Es gibt mit Sicherheit bestimmte Beschäftigtengruppen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen "nötiger" haben als andere. Gewöhnlich sprechen wir von den Beschäftigtengruppen, die den größten Interventionsbedarf haben, und solchen, die das größte präventive Potential darstellen. Wie sich diese Gruppen jedoch zusammensetzen, soll mit Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. mit Analyseinstrumenten festgestellt werden, um zielgerecht auf diese Gruppen zugehen zu können.
- Schließlich ist es ein Zweck der Instrumente, Bewertungsmöglichkeiten zur Steuerung und Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bereitzuhalten.

Im wesentlichen unterscheiden wir dabei nur drei Arten von Instrumenten: Analyseinstrumente, die hauptsächlich auf einer Analyse der Krankenstandsdaten des Betriebes oder zum Beispiel einer Krankenkasse beruhen, Befragungsinstrumente, mit denen vor allem das subjektive Gesundheitsverhalten der Beschäftigten, ihre subjektiv empfundenen Arbeiterschwernisse und Belastungen erfaßt werden sollen, sowie Screeninginstrumente, mit denen "klinisch genau" der Gesundheitszustand von Beschäftigten festgestellt werden kann. Skepsis ist jedoch bei diesen Screeninginstrumenten insofern angebracht, als sie oft nicht die Umgebung berücksichtigen, in der die Ergebnisse gefunden werden (zum Beispiel Bluthochdruckmessungen, Cholesterinmessungen etc.), und zum zweiten nicht berücksichtigen, daß Krankenzustände nicht nur durch objektive gesundheitliche Gesichtspunkte oder klinisch meßbare Parameter zustande kommen, sondern durch eine Fülle subjektiver Faktoren, die nicht zuletzt auch in der Beurteilung der Arbeiterschwernisse, der Personalführung und insgesamt der Motivation der Beschäftigten liegen.

5.1.3 Maßnahmenauswahl

Wenn mit Hilfe eines betrieblichen Gesundheitsberichtes (siehe anderen Seminarbaustein) in einem entsprechenden Arbeitskreis eine "Hitliste" von gesundheitlichen Problemen der Mitarbeiter bzw. von Krankenstandsproblemen erstellt worden ist, kann an die Auswahl von Maßnahmen gedacht werden. Dabei empfehlen wir das Verfahren, das sich im Bild 22 wiederfindet:

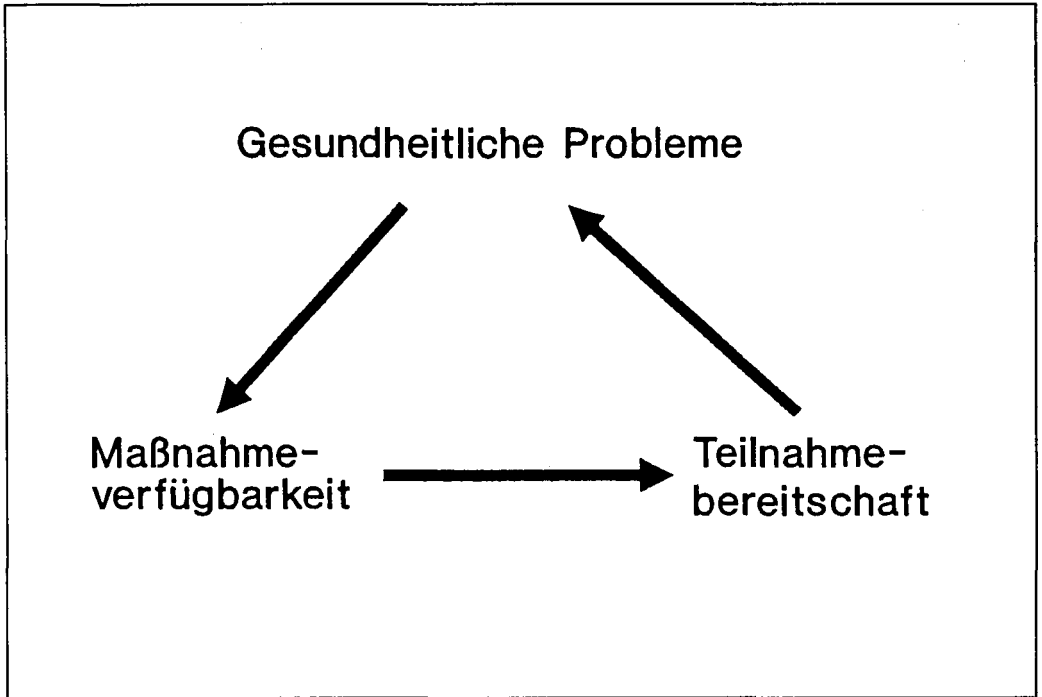


Bild 22

Dieses Verfahren der Maßnahmenauswahl sieht sehr einfach aus, folgt aber doch einigen prozeßleitenden Gedanken: Die Voraussetzung zur Einleitung eines planvollen Maßnahmenauswahlverfahrens ist eine existierende und konsensual verabschiedete Liste gesundheitlicher bzw. von Krankenstandsproblemen. Ausgehend von dieser Problemliste wird im Forum "Arbeit und Gesundheit" (dies ist ein Steuerkreis für die Gesundheitsförderungsmaßnahmen) gefragt, welche Maßnahmen zur Bewältigung der Probleme überhaupt zur Verfügung stehen, da es sich sehr bald herausstellen kann, daß für einige der gefundenen Probleme, die auf der Hitliste erscheinen, keine Maßnahmen realistisch oder sogar greifbar scheinen. Wir gehen in unserem Beispiel davon aus, daß als wichtigstes gesundheitliches Problem der Alkoholismus unter den Mitarbeitern festgestellt worden wäre. Zur Bewältigung des Alkoholismus im Betrieb gibt es zahlreiche Maßnahmen, die von Krankenkassen, von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung etc. den Betrieben meist kostenfrei angeboten werden. Einige Betriebe haben auf diesem Gebiet schon schöne Erfolge erzielt

(Schering AG zum Beispiel). An geeigneten Maßnahmen kann die Bewältigung des Alkoholismusproblems offensichtlich nicht scheitern. Der nächste wichtige Punkt wäre jedoch zu prüfen, ob eine echte Teilnahmebereitschaft aller betrieblichen Akteure vorliegt, sich an einer Problemlösung zu beteiligen. Im Falle des Alkoholismus stoßen wir in der betrieblichen Praxis hier meist auf folgendes Verhaltensmuster: Zunächst scheinen alle Beteiligten begeistert zu sein, das Problem endlich einer Lösung zuzuführen. Je konkreter jedoch die Maßnahmen diskutiert werden, desto mehr wird man feststellen, daß die anfängliche Begeisterung einer großen Skepsis, teilweise sogar einer scheinbaren Betroffenheit weicht. Plötzlich ist der Betriebsrat nicht mehr dafür, solche Maßnahmen durchzuführen, oder die Unternehmensleitung stellt fest, entsprechende Maßnahmen könnten nicht durchgeführt werden, weil schließlich Alkohol bei Empfängen oder anderen Anlässen vorgehalten werden müsse. In einem solchen Fall, wenn die Teilnahmebereitschaft nicht eindeutig positiv geregelt zu sein scheint, empfiehlt es sich, auf das nächstwichtigste Problem der Hitliste zu springen, anstatt am alten Plan festzuhalten. Nichts ist für den Beginn von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb schädlicher als ein erfolgloses Experiment gleich zu Anfang.

5.1.4 Maßnahmendurchführung

Auch die Durchführung von Maßnahmen ist an einige Kriterien gebunden, die den Erfolg des Gesamtprozesses wahrscheinlicher machen. Zunächst sollten die Maßnahmen sich daran halten, daß ein sichtbarer Beitrag aller Beteiligten die Grundlage der Bemühungen sein soll. Maßnahmen, in denen die Opfer praktisch beschuldigt werden, selbst an ihrer Situation schuld zu sein (Bestrafung von Kranken zum Beispiel), haben mit Sicherheit nicht die Wirkung, die ihnen zugemessen wird. Wer von den Beschäftigten im Betrieb verlangt, seine Arbeitskraft in größerem Umfang als bisher zur Verfügung zu stellen, sogar auch dann, wenn die Beschäftigten sich "unwohl" fühlen, der ist gut beraten, selbst sichtbare Beiträge zur Reduzierung des Problems zu leisten. Aus diesem Gesichtspunkt heraus umfaßt die Gesundheitsförderung sowohl Verhaltensmaßnahmen, die am subjektiven Verhalten der Beschäftigten, aber auch des Führungspersonals ansetzen, sowie Verhältnismaßnahmen, mit denen vor allem gesundheitsunverträgliche Verhältnisse der Arbeitswelt, aber auch der persönlichen Lebenswelt der Beschäftigten verändert werden sollen. Ein Beispiel, das oft zitiert wird, mag diesen Zusammenhang verdeutlichen. Zweifellos ist es im betrieblichen Interesse, unter den Mitarbeitern möglichst wenig Raucher zu haben. Nicht nur die Renovierungskosten in Büros können zum Beispiel auf ein Fünftel des ursprünglichen Betrages gesenkt werden, wenn alle Beschäftigten Nichtraucher würden, sondern es ist auch zu erwarten, daß raucherbedingte Gesundheitsstörungen nicht als Fehlzeiten im Betrieb auftauchen bzw. in wesentlich geringerem Ausmaß, als das bisher der Fall ist. Unsinnig ist es jedoch, von den Mitarbeitern zu verlangen, daß sie das Rauchen einstellen, wenn zum Beispiel Klagen über die mangelnde Leistung der Air-Condition bekannt sind, wenn Luftverunreinigungen durch den Betrieb und im Betrieb produziert werden etc. Nur wenn beide Seiten im Betrieb zeigen, daß sie guten Willens sind, werden solche Maßnahmen greifen können.

Eine zweite wichtige Voraussetzung sind reale Beteiligungsmöglichkeiten für alle Beteiligten im Betrieb, die es wünschen. Die Institutionalisierung dieser Beteiligungs-

möglichkeiten ist im Forum "Arbeit und Gesundheit" gegeben. Dies ist ein Entwicklungs- und Steuerkreis, sozusagen eine Arbeitsgemeinschaft, die den Prozeß der Gesundheitsförderung im Betrieb befördert und begleitet. Ein Beispiel der Beiersdorf AG zeigt, daß dort betriebsärztlicher Dienst, Unternehmensleitung, Betriebsrat, Krankenkasse sowie externe Berater einvernehmlich zusammenarbeiten können, um Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung zu initiieren, zu begleiten und schließlich zu bewerten. Aber nicht nur die generell initiiierende und bewertende Funktion zeichnet das Forum "Arbeit und Gesundheit" aus, sondern auch die sehr wichtige Funktion der Prozeßsteuerung. Dies kann zum Beispiel dadurch geschehen, daß das Forum sich Unterarbeitsgruppen zu bestimmten Themen oder in besonders kritischen Betriebsbereichen bildet. Diese sind ortsnäher und kennen deswegen die Probleme von Arbeit und Gesundheit besser, ebenso können sie auch die Durchführung des Programmes vor Ort besser beurteilen.

Schließlich sind Wiederholbarkeit und Routinisierbarkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung unabdingliche Kriterien, die nicht nur dazu führen können, daß das Arbeitsschutzsystem insgesamt einem Modernisierungsschub unterliegt, der durch Fortbestehen der Institution der betrieblichen Gesundheitsförderung stabilisiert werden kann, sondern diese beiden Kriterien gewährleisten überhaupt erst die betriebliche Durchführbarkeit und verhindern, daß nach einigen Monaten hektischer Aktivität die betriebliche Gesundheitsförderung im Strudel anderer Ereignisse untergeht.

Nicht in jedem Betrieb wird sich so etwas wie eine "betriebliche Gesundheitskultur" feststellen lassen. Bei genauerem Hinsehen und bei sorgfältiger Analyse des im Betrieb vorhandenen Wissens über solche Prozesse wird sich jedoch herausstellen, daß eine bestimmte Umgangsweise und eine bestimmte Sichtweise von "Gesundheit" im Betrieb üblich ist. Alle Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes hätten sich so nah wie möglich zunächst an diese betrieblichen Sichtweisen von Arbeit und Gesundheit anzubinden, um sie von da ausgehend in die gewünschte Richtung befördern zu können.

5.2 Kooperationsgebot

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden den Betrieben sehr oft "von außen" angeboten. Gerade in jüngster Zeit häufen sich solche von außen initiierten Aktivitäten, und die öffentliche Hand hat nicht wenig Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Betriebe in Zusammenarbeit mit anderen Trägern des Sozialversicherungssystems finanziert. Ausgangspunkt für solche Aktivitäten ist meistens der § 20 Abs. 2 des Sozialgesetzbuches V. Dort heißt es: "Die Krankenkassen können bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken. Sie arbeiten mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen

der Unfallversicherungsträger mitzuteilen." Aus diesem § 20 wird abgeleitet, daß es begründungspflichtig ist für eine Kasse, wenn sie die dort genannten Ziele und Aktivitäten nicht erfüllt bzw. durchführt. Dies hat bei vielen Krankenkassen dazu geführt, den Betrieben Instrumente und Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung anzubieten. In einigen Fällen ist es schon dazu gekommen, daß die Berufsgenossenschaften an diesem Prozeß mitgewirkt haben. Da sich nach 15 Jahren Gültigkeit des Arbeitssicherheitsgesetzes herausgestellt hat, daß betrieblicher Gesundheitsschutz nicht nur eine Angelegenheit ist, die durch Rechte und Normen gelöst werden kann, sondern sehr viel mit Motivation, Kooperation und Beteiligungswillen der Betroffenen zu tun hat, werden sich sicherlich in Zukunft Aktivitäten durchsetzen, die auf der Beteiligung von mehreren Institutionen im Betrieb beruhen. Voraussetzung dafür ist natürlich, daß den hoheitlichen Aufgaben zum Beispiel der Berufsgenossenschaften und der Gewerbeaufsicht beratende Kompetenz an die Seite gegeben wird. Dies gilt vor allem auch für die Krankenkassen, für die das Feld sehr neu ist und die sich nur mühsam in die betriebliche Dynamik und betrieblichen Probleme einarbeiten können. Dort, wo der Prozeß jedoch zwischen allen Beteiligten umfassend geplant und gesteuert wurde, haben sich bereits schöne Erfolge eingestellt. Ob die Maßnahmen jeweils und unmittelbar krankensstandssenkend gewirkt haben, kann allerdings nicht gesagt werden. Dies wird einer Analyse in einigen Jahren vorbehalten bleiben.

Literaturverzeichnis

Brötz, R.

u.a. (1982): Betriebsräte und Humanisierung der Arbeit in Klein- und Mittelbetrieben;
in: WSI-Mitteilungen 5

Büchler, G.,

Gesundheitsförderung und Prävention, Personal 8, 1990

Euler, H. P., (1981):

Zum Abwesenheitsverhalten gewerblicher Arbeitnehmer, Karlsbad

Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen - Bericht über eine
Expertendiskussion im RKW,
RKW-Broschüre 1991

Hauß, F., Schröder, W. F., Witt, K. (1991):

Betrieblicher Gesundheitsbericht, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz,
Forschung, FB 628, Dortmund

Hauß, F. u. a. (1984):

Krankenstand zwischen Unternehmerpolitik und Gesundheitsinteresse,
Hans-Böckler-Stiftung, graue Reihe Nr. 6, Düsseldorf

Kuhn, K.,

Betriebliche Gesundheitsförderung im Betrieb, Tb 51 Schriftenreihe der Bundesan-
stalt für Arbeitsschutz, 1990

Salowsky, H., (1990):

Fehlzeiten - eine Bilanz nach 20 Jahren Lohnfortzahlungsgesetz,
Deutscher Institutsverlag, Köln

Schröder, W. F., Hauß, F. (1991):

Vorurteile bringen Sand ins Getriebe, in Personalwirtschaft Nr. 7

Schröder, W. F., Borgers, D. (Hrsg.)

Arbeitsunfähigkeit und ärztliche Behandlung; Studie über sehr kurze und sehr lange
Perioden von Arbeitsunfähigkeit auf der Basis von GKV-Daten, Berlin 1985

Schulte, A., Bienecke, H.-J.

Prävention verstärken, in: Bundesarbeitsblatt Nr. 3: S. 15-20

Thiehoff, R.

Kein Gegensatz: Humanisierung der Arbeit und Wirtschaftlichkeit in: Gesundheit am Arbeitsplatz; BMAuS (Hrsg.), Bonn 1988

Wassermann, W. (1988):

Arbeit, Gesundheit und neue Technik in Klein- und Mittelbetrieben; in: Werkstattbericht 34, MAGS NW, Düsseldorf

Weimer, St.

Arbeitsbedingungen in Klein- und Mittelbetrieben in: Manuskriptdruck des Rationalisierungs-Kuratoriums der Deutschen Wirtschaft, Eschborn 1983

Angebote des RKW im Bereich "Krankenstand, Arbeits- und Gesundheitsschutz"

- Das RKW ist Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft für Arbeitssicherheit (BASI) und kann Hinweise über wichtige Kongresse, Literatur und mögliche Ansprechpartner im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz geben. In der RKW-Zentrale Eschborn, Abteilung Arbeits- und Sozialwirtschaft, Referat Arbeits- und Gesundheitsschutz, werden solche Anfragen beantwortet.
- In einigen RKW- Geschäftsstellen werden inner- und überbetriebliche Seminare und Fortbildungen zu dem Themenkreis "Fehlzeiten, Arbeits- und Gesundheitsschutz" angeboten. Anfragen hierzu werden von den Landesgeschäftsstellen gerne beantwortet.
- Speziell für Unternehmen in den neuen Bundesländern werden von der Abteilung Arbeits- und Sozialwirtschaft im RKW, gefördert durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Ratgeber- und Schulungsmaterialien erstellt, z. B. Arbeits- und Gesundheitsschutz im Bauhauptgewerbe. Voraussichtliche Fertigstellung der ersten Materialien September 1992 (Anfragen s. oben).
- Die Workshopberichte "Betrieblicher Arbeits- und Umweltschutz in den neuen Bundesländern" und "Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen" sind über die oben genannte Adresse kostenlos zu beziehen.