

Gerhard Westermayer · Bertolt A. Stein

# Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit

HOGREFE



## Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit

## **Organisation und Medizin**

Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit

von Dr. Gerhard Westermayer und Dr. Bertolt A. Stein

---

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Hans-Wolfgang Hoefert, Prof. Dr. Uwe Flick,

Prof. Dr. Martin Härter, Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier

# Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit

von

Gerhard Westermayer  
und Bertolt A. Stein

unter Mitarbeit von  
Michael Sonntag

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN  
TORONTO · SEATTLE · OXFORD · PRAG

*Dr. Gerhard Westermayer*, geb. 1956. Studium der Psychologie an der TU Berlin. Seit 1987 in der betrieblichen Gesundheitsförderung tätig und seit 1994 geschäftsführender Gesellschafter der Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung und Kooperationspartner der AOK Berlin. Tätigkeitsschwerpunkte: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Stressmanagement, Organisationsentwicklung und Führung, Unterschiede zwischen deutscher und schwedischer Führungs- und Gesundheitskultur.

*Dr. Bertolt A. Stein*, geb. 1961. Studium der Psychologie an der TU Berlin. 1984-1994 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der TU Berlin sowie freiberuflicher Unternehmensberater. 1994-2004 geschäftsführender Gesellschafter der Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung sowie 1996-2004 Direktor der Corporate Culture International in Berlin. Seit 2005 Leitung der Gesellschaft für Gesundheit und Organisation mbH in Berlin als Gesellschafter und Geschäftsführer.

**Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2006 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen · Bern · Wien · Toronto · Seattle · Oxford · Prag  
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



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

Druck: Hubert & Co, Göttingen  
Printed in Germany  
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1766-6

# Vorwort der Reihenherausgeber

Die Buchreihe „Organisation und Medizin“ entstand Mitte der 1990er Jahre aus der Erkenntnis, dass Veränderungen in den Organisationsstrukturen von Betrieben oder Krankenhäusern zu Veränderungen im Gesundheitszustand ihrer Mitglieder führen und dass dies zu einem veränderten Verhalten gegenüber Kunden bzw. Patienten beitragen kann. Solche strukturellen Veränderungen werden mit Hilfe von Instrumentarien (Arbeitsplatz- und Aufgabenbeschreibungen, Arbeitszeitregelungen usw.) und personell durch Vorgesetzte realisiert, wobei viele Arbeitnehmer – darunter auch ein Teil der Vorgesetzten – Zielsetzung und Folgewirkungen solcher Veränderungsimpulse oft schwer einschätzen können.

Die heutige Situation des Arbeitslebens ist entsprechend durch einen erhöhten „Flexibilisierungsdruck“ gekennzeichnet: Gemeint als energetisierendes Element in einer stagnierenden Wirtschaft löst Flexibilisierung traditionelle Arbeitsrollen ebenso auf wie angestammte Arbeitsorte und -zeiten. Während noch in den 80er Jahren der isolierte Einfluss von Schichtarbeit, von Datenverarbeitung oder von Telearbeit auf Motivation und Gesundheit untersucht wurde, ist heute der Untersuchungsgegenstand komplexer geworden: Der „moderne“ Arbeitnehmer erlebt sich als Kalkül auf einem betriebsinternen Markt, wobei der Betrieb seinerseits zum Kalkül auf einem globalen Markt geworden ist. Für viele Arbeitnehmer erscheint das Berufsschicksal wenig beeinflussbar, beliebig und oft schon zu Berufsbeginn kaum vorhersagbar. Diese Situation führt zu Ungewissheit, zu Ängsten oder zum Opportunismus, also zur Bereitschaft, sich jedem neuen Anpassungsdruck zu fügen. Nicht zuletzt schwindet das Vertrauen in die eigenen Gestaltungskräfte und in die Verlässlichkeit von Führung und Management.

Angesichts dieser Lage ist zu fragen, welche Rolle „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) haben kann. Dazu ist zunächst festzustellen, dass es sich bei der BGF keineswegs um ein einheitliches Konzept handelt. Während die einen darunter eher Maßnahmen der traditionellen Arbeitsmedizin und des Arbeitsschutzes subsumieren, schlagen andere unter dem Etikett BGF unspezifische Stressbewältigungsprogramme vor. Nur wenige andere – und dazu zählen die Herausgeber dieses Bandes – stellen sich der oben skizzierten Komplexität des Untersuchungsgegenstandes, indem von vornherein auf eine Teilung in unabhängige und abhängige Variablen verzichtet und auch die populär gewordene Unterscheidung in Verhalten und Verhältnisse in Frage gestellt wird: Bestimmte Verhaltensweisen von Mitarbeitern können neue Verhältnisse schaffen ebenso wie sich bestimmte Betriebsstrukturen („Verhältnisse“) im Verhalten der Mitarbeiter widerspiegeln können, wobei eine Kausalität nicht zwangsläufig ist, weil durch Selbstselektion z.B. auf Grund von Persönlichkeitsmerkmalen auch bestimmte Strukturen begünstigt werden. Durch die eher vorsichtige Verwendung der Dichotomie Verhalten – Verhältnisse wird auch eine vorschnelle Zuweisung von „Schuld“ (etwa für die ökonomische Lage eines Betriebes) vermieden, wie sie im Alltag durchaus üblich ist.

Eine weitere spannende Frage ist, wie man aus dem Universum von möglicherweise relevanten Variablen im Betriebsgeschehen diejenigen herausdestilliert, die potenziell am meisten für Gesundheit und Krankheit von Arbeitnehmern verant-

wortlich sind. Die Autoren erläutern hier ihre – über Jahre erprobte und immer wieder verfeinerte – Strategie des Vorgehens, die dem Grunde nach eine Organisationsentwicklungsstrategie ist, einschließlich der in den Prozessschritten jeweils verwendeten Untersuchungs- und Rückmeldungsinstrumentarien.

Leitthematisch für die gewählte Strategie ist das Konzept der Salutogenese von Antonovsky. Dieses Konzept findet zunehmend Verbreitung in den Gesundheitsberufen und beinhaltet die Suche und Förderung derjenigen Faktoren, die verantwortlich für psychische und körperliche Gesundheit sind. Es handelt sich dabei nicht einfach um positive Umformungen von Risikofaktoren, die also für die Entstehung von Krankheit verantwortlich gemacht werden. Man könnte vor dem oben skizzierten Hintergrund eines unübersichtlich werdenden Arbeitslebens fragen, was Menschen (möglicherweise auch Betriebe) gesund hält – trotz aller Widrigkeiten und Unzulänglichkeiten. Oder anders gefragt: Warum werden manche Menschen unter für alle gleichen Umständen krank und andere nicht? Welche betriebsstrukturellen Merkmale begünstigen – epochal gesehen – das Ansteigen von Krankheits- bzw. Gesundheitsindikatoren? Diese Fragen lassen sich nicht mit einem einfachen Blick auf die Krankheitsstatistik beantworten, sondern verlangen eine genauere Untersuchung bereits auf der Indikatorenebene, noch ehe der tatsächliche „Ausfall“ eingetreten ist.

Schließlich ist die Cui-bono-Frage zu stellen: Wem nutzt es, wenn ein Betrieb und seine Mitarbeiterschaft „gesund“ sind? Dazu findet man in Selbstdarstellungen anderer BGF-Konzepte oft Versprechungen, die letztlich in Enttäuschungen münden müssen: Allein ein niedriger Krankenstand erscheint auf den ersten Blick als Produktivitätsvorteil, stellt aber kein nachhaltiges BGF-Ziel dar, weil man weiß, dass sich Krankenstände je nach Arbeitsplatzsicherheit zyklisch nach oben oder unten entwickeln (Krankheiten werden „aufgespart“). Auch das Versprechen, zufriedene Arbeitnehmer wären produktiver, ist in dieser einfachen Form nicht haltbar (leicht unzufriedene Arbeitnehmer können Probleme besser lösen). Solide erscheint dagegen das in diesem Buch vermittelte Versprechen, eine kritische Gesprächskultur mit Hilfe objektiver und subjektiver Daten etablieren zu können, die geeignet ist, die eigene Arbeitskraft auch in schwierigen Zeiten zu erhalten, Vertrauen in das eigene Können zu entwickeln und die Identifikation mit dem Arbeitsprodukt zu fördern.

Dem vorliegenden Buch ist eine weite Verbreitung unter Führungskräften und allen Fachkräften zu wünschen, die an der Organisationsentwicklung beteiligt sind.

Für die Reihenherausgeber

Hans-Wolfgang Hoefert

# Inhalt

1. Einleitung . . . . .	11
2. Kontrollierte Autonomie . . . . .	23
2.1 Neue Managementstrategien und neue Belastungsformen . . . . .	23
2.2 Psychische Belastungen durch widersprüchliche Rollenvorgaben . . . . .	30
2.3 „Objektiver Regressionsdruck“. Psychoanalytische Beiträge zum Problem der „kontrollierten Autonomie“ . . . . .	36
2.4 Die französische Schule der Psychosomatik: Instrumentelle Abwehr als kollektives Verhaltensmuster . . . . .	44
2.5 Die Technologisierung des Inneren . . . . .	49
2.6 Meister X: Ein Untersuchungsbeispiel . . . . .	52
2.7 Schuld und Scham: Die Wirkungen technologischer Autorität Ein historisch-psychologischer Ansatz zum Verständnis kontrollierter Autonomie . . . . .	60
2.8 Das Verhalten der Verhältnisse: Institutionelle Bedingungen und die Bewältigung kontrollierter Autonomie . . . . .	70
3. Organisation und Unternehmenskultur . . . . .	75
3.1 Organisation . . . . .	75
3.2 Klassische Organisationstheorien . . . . .	79
3.2.1 Taylors Scientific Management . . . . .	79
3.2.2 Der Bürokratieansatz von Max Weber . . . . .	81
3.2.3 Neoklassische Organisationstheorien: Der Human-Relations-Ansatz . . . . .	82
3.2.4 Systemtheoretische Organisationstheorien . . . . .	84
3.2.5 Kontingenztheorie (situative Ansätze) . . . . .	86
3.2.6 Unternehmenskulturkonzepte . . . . .	87
3.3 Kulturkonzepte als Sinnkonstruktion – Ein Regelmodell der Unternehmenskultur . . . . .	95
3.4 Organisationsentwicklung . . . . .	99
3.5 Theorie und Methodik der Organisationsentwicklung . . . . .	102
3.6 Organisationsentwicklung als Veränderungsstrategie . . . . .	104
4. Gesundheit und Betriebliche Gesundheitsförderung . . . . .	107
4.1 Gesundheitsdefinitionen und das Problem des „Krankenstands“ . . . . .	107
4.2 Drei Strategien der Gesundheitsförderung im Arbeitsleben . . . . .	110
4.2.1 Gesundheitsförderung im Betrieb . . . . .	111
4.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung . . . . .	112
4.2.3 Salutogenic Management . . . . .	116
4.3 Der salutogene Betrieb: Eine kohärente Unternehmenskultur . . . . .	119



5. Das BGF-System der Betrieblichen Gesundheitsförderung . . . . .	125
5.1 Arbeitskreis Gesundheit und Basisanalysen . . . . .	128
5.2 Instrumente und Funktion des Arbeitskreises Gesundheit . . . . .	131
5.3 Gesundheitsberichte: Dreh- und Angelpunkt Betrieblicher Gesundheitsförderung . . . . .	134
5.4 Gesundheitsberichterstattung: Von der „Ursachenanalyse“ zum Datenfeedback . . . . .	140
5.5 Mitarbeiterbefragungsinventare: Von der Erfassung subjektiver Meinungen zur effektiven Intervention . . . . .	142
5.6 Zirkulararbeit . . . . .	144
5.6.1 Betriebliche Gesundheitszirkel: Erfahrungswissen und Unternehmenskultur . . . . .	145
5.6.2 Optimierungszirkel . . . . .	150
5.7 Mitarbeitergespräche als Mittel der Organisationsentwicklung und Medium einer Gesundheitskultur . . . . .	152
5.7.1 Rückkehrgespräche . . . . .	153
5.7.2 Fürsorgegespräche . . . . .	155
5.7.3 Die „lesbare“ Führungskraft . . . . .	155
5.8 Salutogenesetheorie und Unternehmensentwicklung: Das Präventionskennzahlen-System der BGF . . . . .	158
5.8.1 Kennzahlen zur Ressourcenförderung . . . . .	158
5.8.2 Das GAP-Modell . . . . .	159
6. Gestaltorientierte Organisationsentwicklung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung . . . . .	161
6.1 Beispiel 1: Der einzelne Mensch . . . . .	162
6.2 Beispiel 2: Qualitätsverbesserung in einem Unternehmen . . . . .	163
6.3 Beispiel 3: Ein Projekt der Betrieblichen Gesundheitsförderung . . . . .	166
7. Betriebliche Gesundheitsförderung im Fehlzeitenmanagement . . . . .	175
7.1 Strategie Individuelle Schuldzuweisung: Ein Negativbeispiel . . . . .	175
7.2 Strategie Institutionalisierte Vertrauenskultur . . . . .	179
8. „Sympathy for the Devil“ – Gesundheit und Unternehmenswert . . . . .	190
8.1 Abduktion: Wie bestimmt man einen Unternehmenswert? . . . . .	191
8.1.1 Quantitative Wirkungsanalyse . . . . .	193
8.1.2 Erfassung subjektiver Sichtweisen . . . . .	193
8.1.3 Theoriegeleitete Analysen . . . . .	194
8.1.4 Regeln zur Beobachtung „wernerzeugender“ Unternehmensaspekte . . . . .	195
8.2 Sympathy for the Devil: Was Shareholder Value von Salutogenic Management unterscheidet . . . . .	196
8.3 Neuere Tendenzen in der Organisationsentwicklung: Lernen als Wertschöpfungsressource . . . . .	199
8.3.1 Intellectual Capital . . . . .	200
8.3.2 Weitere Ansätze zum Lernen von/in Organisationen . . . . .	202
8.4 Wertschöpfung durch Salutogenic Management . . . . .	205

---

9. Evaluation in der Betrieblichen Gesundheitsförderung . . . . .	209
9.1 Voraussetzungen und Leitlinien der Evaluation . . . . .	211
9.2 Formen der Evaluation . . . . .	213
9.3 Instrumente der Evaluation . . . . .	216
9.4 Zusammenfassung: Effektivität, Effizienz und Akzeptanz . . . . .	217
9.5 Prozessevaluation in einem Projekt der Betrieblichen Gesundheitsförderung . . . . .	218
10. Ausblick: Komplexe Verhältnisse erfordern differenzierte Instrumente . . .	225
Literatur . . . . .	233



# 1. Einleitung

Betriebliche Gesundheit wurde in der Vergangenheit beinahe ausschließlich und wird auch heute noch im Wesentlichen mit den krankheitsbedingten Fehlzeiten im Betrieb gleichgesetzt. Entsprechend wurde auch das Ziel der Betrieblichen Gesundheitsförderung sehr stark mit dem Thema der Fehlzeitenreduzierung verknüpft, ja mehr noch, die wirtschaftliche Legitimation von Investitionen in Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung fußte ausschließlich auf dem Potential von Kosteneinsparungen durch reduzierte Ausfallzeiten.

Nun hat sich die Situation im Durchschnitt der Betriebe über die letzte Dekade hinweg erheblich verändert. Nahezu jedes Jahr messen wir ein neues Rekordtief an Fehlzeiten in Deutschland. Das gilt wohlgerne für den Durchschnitt der Betriebe; es gibt weiterhin zahlreiche Unternehmen, die konstante oder gar steigende Fehlzeiten verzeichnen müssen.

Hieran wird augenfällig, dass Fehlzeiten von gesellschaftlich-wirtschaftlichen wie auch von unternehmensimmanenten Faktoren beeinflusst werden. Als gesellschaftlich-wirtschaftliche Faktoren verstehen wir die allgemeine Situation am Arbeitsmarkt sowie die gesetzlichen Regelungen zu Krankheit und allem, was damit zusammenhängt. Unter den unternehmensimmanenten Faktoren sind all jene Aspekte zu fassen, die in der Arbeit des betreffenden Unternehmens liegen oder in der Art der Führung und der Organisation dieses Betriebes. Also auch der Faktor, wie sich Führung – im doppelten Sinne – zu Fehlzeiten verhält und wie der Umgang mit diesem Phänomen organisiert wird.

Als bedeutsamster gesellschaftlich-wirtschaftlicher Einflussfaktor in den letzten Jahren ist die Wirtschafts- und Arbeitsmarktkrise zu sehen. Inzwischen, das zeigen auch unsere eigenen Untersuchungen, leiden große Teile von Belegschaften unter massiven Ängsten, ihre Arbeit und damit ihre Existenzgrundlage zu verlieren. Dies gilt interessanterweise auch für Belegschaften, deren Betriebe sich keineswegs in einer schwierigen Lage befinden, sondern im Gegenteil wachsen. Wir haben es also mit generalisierten Ängsten und Befürchtungen zu tun, die unabhängig von der konkreten Situation des Unternehmens Wirkung zeigen.

Zudem wurden in vielen Betrieben als Reaktion auf die erheblichen Krankenstände repressive Vorgehensweisen initiiert, die zwar oft unter dem Namen „Betriebliche Gesundheitsförderung“ gehandelt wurden, damit in Wahrheit aber nicht viel zu tun hatten: Tatsächlich wurde systematisch Druck auf die Mitarbeiter ausgeübt, den „vermeintlich“ Kranken wurde versucht, Angst zu machen und die chronisch Kranken bekamen wirklich Angst.

Dieser Umgang mit Angst hat dazu beigetragen, dass die Fehlzeiten – im Durchschnitt – gesunken sind. Hat er aber auch zu einer Zunahme von Gesundheit geführt?

Das ist keineswegs der Fall! Denn was Fehlzeiten verlässlich messen, das ist lediglich die körperliche Anwesenheit von Mitarbeitern im Betrieb. Aus dieser Anwesenheit kann aber nicht umstandslos geschlossen werden auf den Gesundheitszustand der Mitarbeiter, und schon gar nicht auf ihre Motivation, Tatkraft, Befähigung usw. Wir haben diese aus der bloßen Anwesenheit nicht direkt erschließbaren Faktoren an anderer Stelle (vgl. Delta-Report, Stein 2000) als „Möglichkeit und Be-

reitschaft der Mitarbeiter, sich produktiv im Unternehmen einzubringen“ bezeichnet. Niedrige Fehlzeiten sind nur dann Erfolgsfaktoren, wenn sie als Folge gesteigerter Motivation, Befähigung und Gesundheit der Belegschaft entstehen (vgl. auch Brandenburg & Nieder 2003). Sie sind hingegen kein Erfolgsfaktor und kein Indiz für einen guten gesundheitlichen Zustand der Belegschaft, wenn sie als Reaktion auf multiple Ängste anzusehen sind. Ebendies scheint aber momentan vermehrt der Fall zu sein. So listet Stegmann (2000) in seinem Beitrag im Fehlzeitenreport 1999 Kosten auf, die als Folge so genannter betrieblich bedingter Ängste entstehen. Diese Kosten (100 Mrd. DM) liegen höher als die noch 1990 von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin angegebenen Kosten in Folge des *gesamten* Krankenstandes (vgl. die Gesamtschau aktueller Daten in Badura, Schellschmidt & Vetter 2005).

Eine Gallup-Studie kam darüber hinaus zu dem Ergebnis, dass im Jahr 2002 von 100 Arbeitnehmern in Deutschland lediglich 15 engagiert für den Betrieb tätig waren, hingegen 69 unengagiert agierten und 16 sogar aktiv gegen die Interessen des Unternehmens arbeiteten. Ein Betrieb mit dieser Verteilung könnte über hohe Krankenstände geradezu froh sein – wenn denn nur die „richtige“ Gruppe betroffen wäre.

Die genannten Beispiele zeigen, dass in Zeiten der Angst nicht mehr von Fehlzeiten auf Gesundheit geschlossen werden kann, sondern Gesundheit anders erfasst werden muss. Auch lässt sich in den letzten Jahren feststellen, dass gerade die wirtschaftlichen Krisenzeiten neue Quellen gesundheitlich schädigender Einflüsse mit sich bringen, welche sich nicht auf die angesprochenen generalisierten Ängste beschränken. So orientieren sich die in so vielen Betrieben und Unternehmen gegenwärtig umgesetzten Anstrengungen zur Reorganisation angesichts des verschärften Wettbewerbs am Ziel des möglichst kurzfristigen ökonomischen Erfolgs, oft ohne dabei Interessen und Gesundheit der Belegschaften mit ins Auge zu fassen. Als Resultat sind dann meist Störungen des Betriebsfriedens und/oder Schäden am Gesundheitszustand der Belegschaften zu beobachten, die für das Unternehmen auf längere Sicht auch in der ökonomischen Bilanz schwerer wiegen als die kurzfristig erzielten wirtschaftlichen Erfolge.

In jedem Fall machen die obigen Beispiele bei allen Schwierigkeiten der Kostenberechnung klar, dass nicht nur die Sorge um Gesundheit und Wohlergehen der abhängig Beschäftigten und gesundheitspolitische Überlegungen, sondern nach wie vor auch ökonomische Interessen – in den Betrieben und Unternehmen, den Krankenkassen und den sozialpolitischen Kalkülen – es erfordern, diesen Entwicklungen etwas entgegenzusetzen. Zu diesem Zweck wurde vor zehn Jahren die Berliner Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) gegründet. Sie stand von Beginn an in enger Kooperation mit der AOK Berlin. Die in dieser Zeit gemachten Erfahrungen und die Konsequenzen, die wir meinen, daraus ziehen zu können, sollen in diesem Buch einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt werden.

Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte immer *sowohl* individuelle Gesundheitskompetenz verbessern *als auch* interpersonale und strukturelle Gesundheitsrisiken in gesundheitsförderliche Arbeitsmerkmale transformieren. Hierzu ist eine integrative *Strategie der Organisationsentwicklung* erforderlich. Eine solche Organisationsentwicklungsstrategie wurde in den letzten zehn Jahren von der AOK Berlin in Kooperation mit der Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt, immer wieder verbessert und verfeinert und mittlerweile in zahlreichen Projekten und Interventionen umgesetzt und optimiert. In dieser Zeit wurden u. a.