

Hermann Kocyba • Stephan Voswinkel

***Krankheitsverleugnung:
Betriebliche Gesundheitskulturen
und neue Arbeitsformen***

Arbeitspapier 150

Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen

*Hermann Kocyba
Stephan Voswinkel*

Hermann Kocyba, Dr.phil. Philosoph und Soziologe, wiss. Mitarbeiter am Institut für Sozialforschung Frankfurt a.M., Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- und Wirtschaftssoziologie, Wissenschafts- und Technikforschung.

Stephan Voswinkel, Dr. habil., Soziologe, wiss. Mitarbeiter am Institut für Sozialforschung Frankfurt a.M., Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- und Wirtschaftssoziologie, Dienstleistungsforschung, Soziologie der Anerkennung.

Das Forschungsprojekt wurde am Institut für Sozialforschung Frankfurt a.M. durchgeführt.

Adresse:

Senckenveranlage 26

60325 Frankfurt a.M.

Telefon: 069/75 61 83-0

www.ifs.uni-frankfurt.de

Impressum

Herausgeber: **Hans-Böckler-Stiftung**
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefon: (02 11) 77 78-108
Fax: (02 11) 77 78-283
E-Mail: Erika-Mezger@boeckler.de

Redaktion: Dr. Erika Mezger, Leiterin der Abteilung Forschungsförderung
Best.-Nr.: 11150
Gestaltung: Horst F. Neumann Kommunikationsdesign, Wuppertal
Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Düsseldorf, Dezember 2007
€ 10,00

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1. Rückgang der Fehlzeiten und seine Deutungen	9
1.1 Entwicklung der Fehlzeiten	9
1.2 Gründe und Deutungen	11
2. Die Gesundheitsbedeutung von Fehlzeiten	15
3. Die doppelte Bedeutung von Arbeitsbedingungen und Gesundheitskultur	19
4. Formen der Krankheitsverleugnung	21
5. Beispiele betrieblicher Krankheitsverleugnung	23
5.1 Kurzcharakterisierung der empirischen Grundlage	23
5.2 Verantwortungsabwehr	23
5.3 Opferfürsorge	24
5.4 Ignorierung der betrieblichen Gesundheitsbelastung	24
5.5 Tabuisierung	27
5.6 Kontrolle	27
5.7 Konsequenzen	28
6. Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Interessenvertretung	29
6.1 Rückkehrgespräche	29
6.2 Eingliederungsmanagement	31
6.3 Überlastungsanzeige	33
6.4 Gefährdungsbeurteilung	34
6.5 Fazit	37
7. Zusammenfassung	39
Literatur	41
Selbstdarstellung der Hans-Böckler-Stiftung	47

Einleitung

Zu den Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsschutzes, der sich mit den langfristigen Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit der Beschäftigten befasst, gehört die Vorbeugung gegen Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsstörungen. Vorzeitiger gesundheitlicher Verschleiß wird nicht nur für die Arbeitnehmer und die sozialen Sicherungssysteme zum Problem, sondern wird – zumal angesichts des durch die demografische Entwicklung verschärften Problems alternder Belegschaften – zunehmend auch von den Unternehmen als Kostenproblem wahrgenommen. Investitionen in den Arbeits- und Gesundheitsschutz, in ergonomische Maßnahmen, in Präventionsprogramme und gesundheitliche Aufklärung werden nicht länger als staatlich aufgebürdete Verpflichtung, sondern als eine Chance betrachtet, einerseits das Betriebs- und Arbeitsklima zu verbessern und andererseits die durch krankheitsbedingte Abwesenheiten verursachten Kosten zu senken.

Die neue Aufmerksamkeit für Fragen der betrieblichen Gesundheitspolitik und des betrieblichen Gesundheitsmanagements läuft allerdings Gefahr, durch eine allzu enge betriebswirtschaftliche Sicht Anreizstrukturen zu erzeugen, die die gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Folgekosten einer einseitig auf Kostengesichtspunkte fixierten Gesundheitspolitik einseitig auf die Beschäftigten (und die sozialen Sicherungssysteme) verlagern. Das kann sich allerdings auch für das Einzelunternehmen auf Dauer als problematisch erweisen. Was für das Einzelunternehmen kurzfristig rational sein mag, erzeugt möglicherweise langfristig betrachtet Kosten- und Wettbewerbsprobleme auch für die auf falsche Weise „cleveren“ Unternehmen.

Im Kontext neuer Produktions- und Steuerungsformen, wie sie zunächst unter Stichworten wie *lean production* oder Toyotismus in der Arbeitswelt der Automobilindustrie Eingang fanden und sich dann in Gestalt beispielsweise des Konzepts der fraktalen Fabrik beziehungsweise des fraktalen Unternehmens auch andere Branchen erfassten, gewinnen über neue kennzahlenbasierte Steuerungsformen und unter Bedingungen globalisierten Wettbewerbs (einschließlich des unternehmens-internen Standortwettbewerbs) auch gesundheitsbezogene Kenngrößen an Bedeutung, die in der Regel einseitig als Kostenindikatoren gedeutet werden. Andere Aspekte betrieblicher Gesundheitspolitik werden dadurch in den Hintergrund gedrängt.

Neben dieser Politik der neuen Sichtbarkeit erweisen sich Gruppenarbeit und Projektorganisation als weitere Faktoren, die die kritische Bedeutung von Fehlzeiten verstärken – wenn auch im Wesentlichen deshalb, weil der „schlanken“ Philosophie moderner Arbeitskonzepte zufolge Puffer und Reserven so weit abgebaut werden sollen, dass sich Abwesenheiten sofort negativ auf das Ergebnis der Gruppe beziehungsweise den Erfolg des Projekts auswirken. Für Beschäftigte, die sich mit dem Erfolg ihres Projekts beziehungsweise mit den Kollegen im Fertigungsteam identifizieren, wird es vor diesem Hintergrund schwerer, auf gesundheitliche Probleme angemessen zu reagieren. Die Philosophie der Null-Fehler-Produktion lässt sich nicht eins zu eins auf das betriebliche Gesundheitsmanagement übertragen: Auch wenn alle ergonomischen Probleme im Arbeitsablauf beseitigt sein sollten, kann nicht garantiert werden, dass alle Arbeitnehmer permanent gesund sind. Die Orientierung an überzogenen Vorstellungen von *Total Quality Management* blockiert möglicherweise eine angemessene Sicht auf Gesundheitsprobleme und schafft paradoxerweise gerade dadurch neue Qualitätsprobleme.

Neue Bedeutung gewinnen Fragen der betrieblichen Gesundheitspolitik allerdings auch aus anderen Gründen. Hier spielen der demographische Wandel und die Umsteuerung der Sozialpolitik eine Rolle, die ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben vor Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters erschweren und darüber hinaus noch eine schrittweise Erhöhung des Renteneintrittsalters vorsehen. Damit sind nicht nur Aufgaben der Tarifpolitik definiert, sondern auch der betrieblichen Interessenvertretung. Wie können Bedingungen dafür geschaffen werden, dass Beschäftigte tatsächlich bis zum Renteneintrittsalter eine vollwertige Erwerbstätigkeit ausüben können? Die derzeit einseitige Fokussierung der öffentlichen Diskussion auf den Aspekt der Fehlzeitenquote könnte sich hier als kurzfristig und letztlich auch kostspielig erweisen.

Alternsgerechte betriebliche Gesundheitspolitik kann sich nicht ausschließlich an der Zielvorgabe orientieren, krankheitsbedingte Fehlzeiten völlig zu eliminieren. Ihr hat es vielmehr auch darum zu gehen, Bedingungen dafür zu schaffen, dass sich die Beschäftigten mit gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen

auseinandersetzen können – und zwar nicht nur mit solchen, die nachweislich aus der Arbeitssphäre stammen – ohne deswegen befürchten zu müssen, aus der Sphäre der Erwerbsarbeit hinausgedrängt zu werden. Zugleich hat sie im Blick zu behalten, dass es neben den leicht ins Auge fallenden Fehlzeiten andere, schwerer greifbare Indikatoren für Gesundheitsprobleme in der Arbeit gibt, wie sie sich beispielsweise im Problem wachsender Medikamenten-Abhängigkeit niederschlagen. Auch wenn hier die Alarmglocken in der Regel nicht sofort schrillen – schließlich versuchen die Betroffenen ja gerade, unter Inkaufnahme langfristiger gesundheitlicher Schäden, ihre uneingeschränkte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu dokumentieren.

Die Frage der Gesundheit angesichts alternder Belegschaften spielt allerdings nicht nur im Kontext staatlicher Sozialpolitik eine zunehmend wichtiger werdende Rolle. In einer Reihe von Unternehmen unterschiedlicher Branchen, der IT-Branche über Banken bis hin zur Automobilindustrie spielt das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz gerade unter Bedingungen moderner Arbeitsformen eine wachsende Rolle auch jenseits der kurzfristigen Fehlzeitenorientierung (vgl. Pickshaus u.a. 2001). Bei dieser neuen Sensibilität für Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz und alternsgerechter Arbeitsgestaltung handelt es sich allerdings weder um einen generellen Trend noch um einen Selbstläufer. Die Möglichkeit, das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz aufzugreifen und offensiv zum Gegenstand zu machen, scheint in erheblichem Maße von den aktuellen Bedingungen und den Kräfteverhältnissen vor Ort abzuhängen. Insbesondere im Bereich des Gesundheitssystems ist zu konstatieren, dass die öffentlich geforderte und durch gesetzgeberische Maßnahmen erzwungene Kostenreduktion zusammen mit der Privatisierung bislang in öffentlicher Trägerschaft betriebener Einrichtungen bisweilen einen starken Druck in Richtung auf sehr kurzfristige (und oft eben auch kurzfristige) Kostenziele erzeugt.

Krankenstände und Fehlzeiten sind kein neues Thema. Auch die Einsicht in Zusammenhänge zwischen Fehlzeiten, Betriebsklima und sozialen Einflussgrößen (Stirn/Beigel 1963) ist bereits älteren Datums. Bereits vor dem Ersten Weltkrieg befasste sich Marie Bernays im Rahmen des Vereins für Socialpolitik mit der Fehlzeitenproblematik (vgl. Zimmermann 1970). Vor dem Hintergrund hoher Arbeitslosigkeit, globalisierten Wettbewerbs und pufferloser Fertigung beziehungsweise schlanken Managements und angesichts der Möglichkeit, gleichsam auf Knopfdruck Krankenstände als Kennzahlen sichtbar zu machen und zu vergleichen, gewinnen Fehlzeiten seit zwei Jahrzehnten eine neue Bedeutung. Waren hohe Fehlzeiten in Zusammenhang mit hohen Fluktuationsraten unter Bedingungen von Vollbeschäftigung für die Unternehmen noch ein Anlass, die Beschäftigten durch betriebliche Sozialprogramme einerseits und erweiterte Mitspracherechte andererseits an das Unternehmen zu binden, so scheint unter den gegenwärtigen Bedingungen vielfach die Vorstellung vorzuherrschen, dass in erster Linie die Beschäftigten, nicht aber ihre Arbeitsbedingungen Veränderung nötig hätten. Insbesondere der Umstand, dass sich Krankenstände einerseits nicht nur standardisiert erheben, berechnen und vergleichen lassen, sondern andererseits jeder glaubt, die dahinter stehende Aussage zu verstehen, trägt viel zur Verbreitung einschlägiger Kenngrößen in der öffentlichen Diskussion bei. Damit jedoch verstärkt sich der Verdacht, dass mit AU-Statistiken eher die Erwartungen einer herrschenden Controlling- und Accounting-Kultur bedient werden als dass damit bereits wirklich substantielle Einsichten in die Probleme betrieblicher Gesundheitskulturen erreicht wären. Was sich gut messen, zählen und visualisieren lässt ist nicht notwendig der entscheidende Aspekt des Problems. Die gesellschaftlichen Kosten der Frühberentung beispielsweise, die Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an den Folgekosten von Erwerbs- und Berufsunfähigkeit lassen sich nicht einfach und über scheinbar eindeutige Kenngrößen darstellen (vgl. Bödeker u.a. 2006).

Vor diesem Hintergrund wollen wir ein Phänomen in den Blick nehmen, das quasi verdeckt in der Fixierung auf die Fehlzeiten deutlich wird: Die Tendenz nämlich, Krankheiten zu ignorieren, zu verschweigen, sich und anderen nicht einzugestehen – und deshalb krank zur Arbeit zu kommen. Dieser mittelfristig höchst bedenkliche Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen kann in der Kennzahl der Fehlzeitenquote als gesundheitspolitischer Fortschritt missdeutet werden. Er ist die Kehrseite einer betrieblichen Gesundheitspolitik, die im Bestreben, die Anwesenheit im Betrieb zu verbessern, vergisst, dass Krankheit nicht zu eliminieren ist und Gesundheitsförderung daher auch bedeuten muss, in den Bemühungen um den gesunden Betrieb und die gesunde Belegschaft die Tatsache der Krankheit nicht zu verleugnen und den erkrankten MitarbeiterInnen die Möglichkeit gegeben sein sollte, diese angemessen zu kurieren.

Wir werden im Folgenden zunächst die Entwicklung der Fehlzeiten nachzeichnen und die Deutungen ihres Rückgangs diskutieren (1). Im Anschluss an Überlegungen zur Gesundheitsbedeutung von Fehlzeiten (2) und

die Bedeutung von Arbeitsbedingungen und Gesundheitskultur für gesundheitliche Beeinträchtigungen *und* für die Möglichkeiten, sie zu kurieren (3) werden wir das Phänomen der Krankheitsverleugnung genauer in den Blick nehmen, indem wir unterschiedliche Formen unterscheiden, in denen es im Betrieb auftritt (4). Grundlage ist eine explorative empirische Studie von Fällen betrieblicher Krankheitsverleugnung, die wir in (5) darstellen. Schließlich setzen wir uns mit Handlungsmöglichkeiten betrieblicher Gesundheitspolitik und der betrieblichen Interessenvertretung im Hinblick auf die Krankheitsverleugnung – Rückkehrgespräche, Eingliederungsmanagement, Überlastungsanzeige, Gefährdungsbeurteilung – auseinander (6) und fassen wesentliche Erkenntnisse abschließend zusammen (7).

1. Rückgang der Fehlzeiten und seine Deutungen

Spätestens seit der Verabschiedung des Lohnfortzahlungsgesetzes im Jahre 1969, das den Arbeitnehmern einen Anspruch auf Fortzahlung des Entgeltes im Falle einer Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen garantiert, sind Klage und Diskussion über die Entwicklung des Krankenstandes wiederkehrende Routine (Twardowski 1998: 18 ff.). Lange Zeit, bis in die Neunzigerjahre, dominierte hier der Verdacht die Debatte, die Lohnfortzahlung verführe zum Missbrauch durch Absentismus, indem nicht „wirklich“ Kranke ohne Risiko des Einkommensausfalls der Arbeit fernblieben. Man unterschied häufig zwischen einem verhaltensbedingten „unechten“ und einem nicht beeinflussbaren, „echten“, weil krankheitsbedingten Teil des Krankenstandes (Hauß/Oppen 1985: 340). Um die Fehlzeiten zu senken, sollten deshalb auf der einen Seite vor allem die „unechten“ Fehlzeiten reduziert werden, indem es erschwert wurde, eine Arbeitsunfähigkeit vorzutäuschen. Es wurden aber auch Konzepte entwickelt, um diejenigen Arbeitsbedingungen und Faktoren des Betriebsklimas und des Vorgesetztenverhaltens zu verändern, die eine Flucht in die Absenz nahe legen, indem der Beschäftigte eine Krankheit vortäuscht oder indem er psychosomatische „echte“, aber gewissermaßen „unnötige“ Krankheitssymptome entwickelt. Hinzu kamen Bemühungen, diejenigen „echten“ Fehlzeiten zu reduzieren, die zwar nicht individuell, aber durch Veränderung von Arbeitsorganisation, -bedingungen und -belastungen zu verändern sind. Hier sind Maßnahmen zur Identifikation gesundheitsgefährdender Arbeitsfaktoren angesprochen, die zur Abstellung dieser Belastungen führen. Gerade in den letzten Jahren wurden wichtige Initiativen und Forschungsanstrengungen in Angriff genommen, um die Fehlzeiten durch eine veränderte und verstärkte Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt zu mindern. Sie sind vor allem gebündelt worden in der in Kooperation von Hans-Böckler-Stiftung und Bertelsmann-Stiftung erfolgten Arbeit der Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“ (Bertelsmann-Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung 2004). Gesundheitsförderung und Prävention müssten zur zentralen Führungsaufgabe werden, die nicht ohne die Einbeziehung der MitarbeiterInnen erfolgreich sein kann.

Der Kampf gegen die Fehlzeiten hatte also immer unterschiedliche Motivlagen: Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch mehr Gesundheitsschutz, Veränderung psychisch und sozial belastender betriebsklimatischer Faktoren und Erschwerung „unechter“ Absenzen bilden einen Strauß von Zielsetzungen, die ihren Erfolg in der gleichen Kennziffer messen: der Entwicklung der Fehlzeiten. Diese scheint seit Ende der Siebzigerjahre des vergangenen Jahrhunderts eine Erfolgsgeschichte zu sein.

1.1 Entwicklung der Fehlzeiten

In den letzten 30 Jahren ist der Krankenstand bei den gesetzlich Versicherten im langfristigen Trend zurückgegangen – von 5,3 Prozent in der alten Bundesrepublik im Jahre 1975 auf 3,3 Prozent in West- ebenso wie in Ostdeutschland¹ im Jahre 2005.² Waren die Fehlzeiten von 1975 bis 1980 noch auf 5,7 Prozent gestiegen, so waren sie Anfang der Achtzigerjahre zunächst gesunken, von 1983 bis 1991 jedoch wieder von 4,4 Prozent auf 5,2 Prozent in Westdeutschland angewachsen. Seit 1996 zeigt sich sowohl in West- wie in Ostdeutschland ein massiver Rückgang der Fehlzeiten, zwischen 1995 und 1997 sank der Krankenstand in Gesamtdeutschland von 5,1 Prozent auf 4,1 Prozent, stagnierte dann bis 2001 und fiel seitdem von Jahr zu Jahr kontinuierlich (Vetter u.a. 2007: 209) bis auf den derzeitigen bislang historischen Tiefststand von 3,3 Prozent.

Allerdings zeigen sich in dieser Entwicklung Unterschiede hinsichtlich der Krankheitsarten. Schwerpunkte der Krankheitsgruppen sind:

- 1 Nicht berücksichtigt sind kurzfristige Fehlzeiten ohne ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Somit dürften die Fehlzeiten tatsächlich etwas höher liegen. Sie dürften allerdings unter Berücksichtigung solcher Kurz-Fehlzeiten mindestens im gleichen Maße gesunken sein, da außerhalb des öffentlichen Dienstes vermehrt Unternehmen von ihren Beschäftigten bereits am ersten Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erwarten. Enthalten in den Daten sind auf der andern Seite auch die Erkrankungszeiten über sechs Wochen Dauer, für die Unternehmen keine Lohnfortzahlung mehr zahlen müssen.
- 2 Dieser Trend setzt sich offenbar auch im Jahre 2006 fort (Priester 2007).

1. Die Muskel- und Skeletterkrankungen. 24,0 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage³ entfallen bei den AOK-Mitgliedern (bei denen der Anteil gewerblicher Versicherter überdurchschnittlich ist) auf diese Krankheitsart. Bei den Versicherten in den Betriebskrankenkassen sind es 25,8 Prozent, bei den DAK-Versicherten 21,4 Prozent und bei den Versicherten der Barmer Ersatzkasse 22,7 Prozent (BKK-Gesundheitsreport 2006: 12; DAK-Gesundheitsreport 2006: 28; Barmer Gesundheitsreport 2006: 31).⁴
2. Die Atemwegserkrankungen. Sie machten bei den AOK-Versicherten 13,7 Prozent, bei den BKK-Versicherten 17,7 Prozent, bei den DAK-Versicherten 18,0 Prozent und den Barmer-Versicherten 17,9 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage aus.
3. Die Verletzungen. Sie stellten bei den AOK-Versicherten 13,0 Prozent, bei den BKK-Versicherten 14,9 Prozent, bei den DAK-Versicherten 14,4 Prozent und bei den Barmer-Versicherten 8,6 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage.
4. Die psychischen Erkrankungen. Ihr Anteil lag bei den AOK-Versicherten bei 7,7 Prozent, bei den BKK-Versicherten bei 8,5 Prozent, bei den DAK-Versicherten bei 10,0 Prozent und bei den Barmer-Versicherten (hier an dritter Stelle) bei 13,8 Prozent (Vetter u.a. 2007: 233; BKK-Gesundheitsreport 2006: 12; DAK-Gesundheitsreport 2006: 28; Barmer-Gesundheitsreport 2006: 31).

Interessant ist nun, dass anders als bei allen anderen Krankheitsarten die verursachten Fehlzeiten bei den psychischen Erkrankungen nicht zurückgegangen, sondern angestiegen sind, und zwar bei den AOK-Versicherten von 1994 bis 2005 um 42 Prozent (Vetter u.a. 2007: 235), bei den BKK-Versicherten von 1991 bis 2005 von 3,8 Prozent auf 8,5 Prozent und bei den DAK-Versicherten von 1997 bis 2004 um 70 Prozent (BKK-Gesundheitsreport 2006: 13; DAK-Gesundheitsreport 2006: 29). Diese unterschiedliche Tendenz ist nicht monokausal zu interpretieren. Der relative Rückgang der eher physischen Erkrankungen und der Anstieg psychischer Erkrankungen mag Ausdruck des Tertiarisierungsprozesses sein, also der Zunahme der Zahl dienstleistender Tätigkeiten gegenüber Arbeiten im produzierenden Gewerbe. Er ist mit einem relativen Rückgang primär körperlicher Belastungen verbunden. Auch kann die Zunahme von Arbeits- und Termindruck mit negativen Distress-Belastungen für die Zunahme psychischer Erkrankungen verantwortlich sein. Aber ebenso ist an die Bedeutung einer veränderten Einstellung bei Ärzten und Bevölkerung zu denken, die es erlaubt, gesundheitliche Beeinträchtigungen heute im Vergleich zu früher eher als psychische zu diagnostizieren.

Ein Blick auf die Verteilung nach Branchen zeigt deutliche Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Erkrankungen, die als psychisch diagnostiziert werden. Im Baugewerbe etwa entfielen nur 5 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage der AOK-Mitglieder auf psychische und Verhaltensstörungen, bei Banken und Versicherungen demgegenüber 10 Prozent und im öffentlichen Dienst 9 Prozent (Vetter u.a. 2007: 246). Auch dies kann dafür sprechen, dass psychische Krankheiten durch bestimmte Belastungsarten im tertiären Sektor bedingt sind, es könnte aber auch mit der unterschiedlichen Legitimität einer psychischen Krankheitsbeschreibung in den unterschiedlichen Arbeitskulturen zusammenhängen.

Die Langzeiterkrankungen über sechs Wochen machen an den Arbeitsunfähigkeitstagen einen Anteil von 38,5 Prozent aus. Im Jahre 2005 waren bei den AOK-Versicherten fast die Hälfte (48,4 Prozent) der Arbeitsunfähigkeitstage auf nur 7,7 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsfälle zurückzuführen (Vetter et al 2007: 202)⁵. Insgesamt zeigt sich in den letzten Jahren ein Trend zum Rückgang der durchschnittlichen Dauer der Krankheitsfälle.⁶

Der öffentliche Dienst weist den höchsten Krankenstand auf. Bei den AOK-Versicherten beträgt er im Jahre 2005 5,1 Prozent, bei den DAK-Versicherten 3,5 Prozent⁷ (Vetter u.a. 2007: 214; DAK-Gesundheitsreport 2006: 78). Man muss hierbei im Auge haben, dass viele Tätigkeiten dieses Sektors hohe körperliche, aber ebenso

3 Zu unterscheiden ist nach dem Anteil bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen, die das Auftreten einer Krankheit unabhängig von ihrer Dauer messen, und dem Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen. Hier geht es um das Produkt aus Fällen und Ausfalltagen pro Fall. Würde man nur die Arbeitsunfähigkeitsfälle in den Blick nehmen, so würden Kurzzeiterkrankungen übergewichtet. Im Hinblick auf die ökonomischen und Arbeitsprobleme für die Betriebe bieten die Tage die aussagefähigere Zahl.

4 Unter den Versicherten der letzten beiden Kassen stellen die Angestellten einen überdurchschnittlichen Anteil.

5 Sehr ähnlich die Anteile bei den BKK-Versicherten (BKK-Gesundheitsreport 2006: 17), den Barmer-Versicherten (Barmer-Gesundheitsreport 2006: 38 f.) und den DAK-Versicherten (DAK-Gesundheitsreport 2006: 22 f.)

6 Man muss hierbei allerdings berücksichtigen, dass diejenigen Kurzerkrankungen bis zu drei Tagen, für die vom Arbeitgeber keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erwartet wird, in den Daten der Krankenversicherungen nicht enthalten sind.

7 Im gesondert ausgewiesenen Gesundheitswesen liegt er bei 3,6 Prozent.

psychische Belastungen aufweisen und damit zu den Berufsgruppen mit den höchsten Krankenständen zählen, etwa Waldarbeiter, Straßenreiniger, Krankenpflegerinnen. Auch spielt die Beschäftigung Schwerbehinderter im öffentlichen Dienst eine größere Rolle⁸ und legt die „ungünstige“ Altersstruktur eine hohe Krankheitsquote nahe.

Gleichwohl wird der überdurchschnittliche Krankenstand im öffentlichen Dienst gern als Argument für die Vermutung herangezogen, dass die Höhe der Fehlzeiten in einem beträchtlichen Maße darauf zurückzuführen ist, wie risikolos Krankheiten „genommen“ werden können. Im öffentlichen Dienst, so heißt es, sei das Risiko geringer, weil hier Sanktionen mit dem drohenden Arbeitsplatzverlust nicht griffen und weil anders als inzwischen in vielen anderen Branchen erst nach dreitägiger Krankheit ein ärztliches Attest vorgelegt werden müsse.

1.2 Gründe und Deutungen

Am Beispiel des öffentlichen Dienstes wird bereits deutlich, wie die Fehlzeiten-Daten stets im Lichte bestimmter Vorannahmen und Interessenlagen gedeutet werden.⁹ Der Hinweis auf das geringe Risiko, das im öffentlichen Dienst damit verbunden sei, sich krank zu melden, dient ja dazu, den Krankenstand im öffentlichen Dienst als „überhöht“ und „unecht“, den in der Privatwirtschaft als eher „normal“ zu etikettieren. Mit dem gleichen Recht könnte man aber auch aus dem größeren Risiko, das mit einer Krankmeldung im privatwirtschaftlichen Sektor verbunden sein soll, schließen, dass hier der Krankenstand „unecht“, nämlich „zu niedrig“ ist, weil hier Krankheiten nicht angemessen auskuriert und therapiert werden.

Eine Vielzahl von möglichen Ursachen bietet sich an, um das Sinken der Fehlzeiten zu erklären. Zunächst gibt es eindeutig positive Deutungen. So wird verwiesen auf verbesserte Behandlungs- und Heilungsmethoden, die eine frühzeitigere Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglichen oder es unnötig machen, der Arbeit vollständig fernzubleiben.

Der Tertiarisierungsprozess der Arbeitswelt bringe den Rückgang körperlicher Belastungen mit sich, so eine andere Erklärung. Damit verringerten sich einerseits gesundheitliche Gefährdungen durch schädliche Stoffe und durch Belastungen wie Lärm, Hitze, Kälte, Zugluft, durch schweres Heben, durch ermüdende Körperhaltungen, Überkopfarbeit. Körperlicher Verschleiß wie er beispielsweise in der Stahl- und Bauindustrie mit fortschreitendem Alter bis zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, nimmt zwar nicht unbedingt in diesen Arbeiten selbst, aber in seiner quantitativen Bedeutung für die Arbeitsformen insgesamt ab. Bei dieser optimistischen Sicht wird allerdings übersehen, dass auch viele tertiäre Tätigkeiten erhebliche körperliche Belastungen mit sich bringen: Das Arbeiten im Stehen etwa bei Verkaufstätigkeiten oder die Räum- und Packarbeiten im Einzelhandel sowie Tragen und Heben im Bereich der Kranken- oder Altenpflege sind nur einige leicht übersehene Beispiele. Zugleich kann aber der Tertiarisierungsprozess auch als ein Faktor der zunehmenden psychisch-sozialen Belastungen und Erkrankungen gesehen werden. So beinhaltet etwa die im Umgang mit Kunden erforderliche Emotionsarbeit erhebliche Beanspruchungen, wie sie insbesondere im Auftreten des Burnouts als Erkrankung deutlich werden (Leppin 2007). Dass der Tertiarisierungsprozess jedoch die sinkenden Fehlzeiten nicht in erster Linie erklären kann, wird daran deutlich, dass sich der Rückgang in allen Branchen vollzieht – sowohl im verarbeitenden Gewerbe wie in Dienstleistungssektoren (Vetter u.a. 2007: 216).

In einer weiteren Perspektive wird das Sinken der Fehlzeiten als die erfreuliche Folge einer verbesserten betrieblichen Gesundheitsförderung und als Resultat von Präventionsmaßnahmen gesehen. Seit den Neunzigerjahren wurden – etwa von Bernhard Badura u.a. (1999) und anderen Autoren und Institutionen (Busch/AOK 2004) – Überlegungen und Konzepte für ein betriebliches Gesundheitsmanagement entwickelt, die in systematischer und projektorientierter Weise betriebliche Gesundheitspolitik über die Formulierung von

8 6,6 Prozent der Beschäftigten im öffentlichen Dienst gegenüber 4,2 Prozent in den übrigen Wirtschaftssektoren (Vetter u.a. 2007: 214 ff.; vgl. auch Marstedt u.a. 2002).

9 Auch die Tatsache, dass 32,5 Prozent der Krankmeldungen unter den AOK-Versicherten auf den Montag fallen und dass 45,5 Prozent der Arbeitsunfähigkeiten am Freitag enden, wird gern als Beleg für die Vermutung genommen, dass viele Beschäftigte den „blauen Montag“ als verlängertes Wochenende nutzen beziehungsweise dann „Freizeitbelastungen“ auskurieren. Hierbei wird außer Betracht gelassen, dass die Krankmeldungen am Montag auch alle die Erkrankungen am Wochenende beinhalten, die aufgrund der ärztlichen Sprechstunden erst am Montag beim Arzt vorgestellt werden können, und dass der Freitag von den Ärzten bevorzugt als Ende einer Krankschreibung gewählt wird. Berücksichtigt man dies, so liegt der Anteil der Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsbeginn am Montag sogar unter dem Durchschnitt (Vetter u.a. 2007: 227 ff.).

Leitsätzen hinaus organisatorisch und prozessual implementieren wollen. Gesundheitszirkel und Gesundheitsbeauftragte sollen eine möglichst breite Partizipation von Beschäftigten sicherstellen (Göbel 2004). Nach den Daten der Gesetzlichen Krankenkassen zur von ihnen geförderten betrieblichen Gesundheitsförderung (Arbeitsgemeinschaft 2006: 82) machten verhältnisbezogene, also auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen gerichtete, Maßnahmen 11,7 Prozent, verhaltensbezogene, also auf das Verhalten der Beschäftigten gerichtete, Maßnahmen 37,7 Prozent und sowohl verhaltens- wie verhältnisbezogene Maßnahmen 50,8 Prozent aller Maßnahmen aus. Zu den verhältnisbezogenen Maßnahmen zählen v.a. Trainings und Kurse etwa zur Stressbewältigung und zum Entspannungsverhalten, die oftmals eher punktueller Art sind (Bamberg 2004; Bamberg/Busch 2006). Trotz jedenfalls quantitativ messbarer Fortschritte (Arbeitsgemeinschaft 2006) der von Krankenkassen geförderten Maßnahmen kann „weder in quantitativer noch in qualitativer Hinsicht bereits von einem zufriedenstellenden Status der BGF-Praxis gesprochen werden“, wenngleich die Handlungskonzepte und -instrumente inzwischen recht weit entwickelt sind (Lenhardt 2005: 14).

Eine weitere Erklärung weist auf die Verkürzung der Arbeitszeit hin, die mit einer entsprechenden Verlängerung der Erholzeit einhergehe. Vor allem aber mache es die Flexibilisierung der Arbeitszeit möglich, sich in der arbeitsfreien Zeit zu erholen und Krankheitserscheinungen zu kurieren. Auch könne mit der Arbeitszeitflexibilisierung die Erwartung von Vorgesetzten und Kollegen einhergehen, dass der Kranke eine Zeit der Arbeitsunfähigkeit nicht als Arbeitszeit deklarieren, also Arbeitszeitüberhänge hier ‚abfeiern‘ möge.

Als ein weiterer Faktor wird das Ausscheiden älterer Beschäftigter vor Erreichen der Altersruhegrenze durch Vorruhestand und Altersteilzeit genannt. Und unter den Bedingungen der hohen Arbeitslosigkeit haben sich die Möglichkeiten der Unternehmen erweitert, bei Einstellungen gesunden Bewerbern den Vorzug zu geben sowie sich im Rahmen von Personalabbaumaßnahmen direkt oder verdeckt von gesundheitlich angeschlagenen Beschäftigten zu trennen. Daraus resultiere dann eine im Durchschnitt gesündere Belegschaftsstruktur mit einer positiveren Arbeitsmotivation. Hier muss ein langfristiger Prozess in den Blick genommen werden, denn bereits in den Achtzigerjahren zeigte sich ein solcher Effekt der „Gesundung der Belegschaftsstruktur“ auf die Fehlzeitenentwicklung (Hauß/Oppen 1985: 349 f.). Andererseits konnten inzwischen auch negative gesundheitliche Folgen empfundener Arbeitsplatzunsicherheit nachgewiesen werden (Ferrie 2006).

Neue Arbeitsformen und indirekte Steuerung können als ein weiterer Grund für den Rückgang der Fehlzeiten genannt werden. Wir wollen diese hier mit den Stichworten: mehr Autonomie und Selbstorganisation in der Arbeit, Ergebnisverantwortung über Instrumente wie Zielvereinbarungen sowie Gruppen-, Team- und Projektarbeit kennzeichnen. Zur Minderung der Fehlzeiten können sie in zweierlei Weise beitragen. Auf der einen Seite erfüllen sie die Forderungen der traditionellen, im Taylorismus entwickelten Kriterien humanerer Arbeit nach mehr Handlungsspielräumen und Wirksamkeitserfahrungen. Auf der anderen Seite bringen sie eine erhöhte Identifikation mit der Arbeit und eine Erfolgsbewertung mit sich, die daran hindern, sich arbeitsunfähig schreiben zu lassen, wenn dies nicht absolut „unumgänglich“ ist. Das gilt insbesondere für Gruppen- und Projektarbeit. Sie werden oft positiv bewertet, bringen aber häufig massive Belastungen durch Zeit- und Termindruck mit sich (Bollinger 2001; Gerlmaier 2006; Gerlmaier/Kastner 2003; Lenhardt 2001; Glißmann 2001).

Die arbeitssoziologische Diagnose einer Subjektivierung der Arbeit weist in eine ähnliche Richtung. Ein zunehmender Teil der Arbeitnehmer ist demzufolge bereit, ja stellt den Anspruch, selbstorganisiert, eigenverantwortlich und intrinsisch motiviert zu arbeiten. Zugleich wird genau dies seitens der Unternehmen von ihnen erwartet. Gefragt ist die Inszenierung als interner Unternehmer, der Selbstverwirklichung in der Arbeit anstrebt und sich als leistungsfähig und belastbar sehen will. Zugleich sind die Beschäftigten unmittelbarer den Imperativen von Markt und Kundenerwartungen ausgesetzt, weil organizational slack in Form von Zeit- und Personalreserven abgebaut und die Beschäftigten den Kunden gewissermaßen als Person unmittelbarer gegenüberstehen und mit ihren Erwartungen und Drohpotenzialen konfrontiert sind (Moldaschl/Voß 2002; Kocyba 2005; Voswinkel 2002). Dies führt dieser Diagnose zufolge dazu, dass beispielsweise geleistete Überstunden bewusst nicht dokumentiert werden, um die eigene Effizienz zu demonstrieren. Leistungsschwächen sind kaum mehr mit Überbelastung entschuldbar, die „subjektivierten“ Arbeitnehmer scheuen sich, durch Krankheiten geringe Belastbarkeit zu zeigen. Gerade dann, wenn sich Beschäftigte mit ihrer Arbeit identifizieren, weil sie Autonomiespielräume besitzen, ihnen die Arbeit Spaß macht und Sinn gibt, werden Krankheiten

oder bereits Anzeichen von Belastungsgrenzen abgewehrt und nicht zur Kenntnis genommen. (IG Metall 2005a, b)

Hier kommen wir bereits zu Faktoren für den Rückgang der Fehlzeiten, die in Hemmnissen begründet sind, bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Arbeit fernzubleiben. Dass die Beschäftigten die Folgen ihres Arbeitsausfalls für die Belastung ihrer KollegInnen und die Termintreue der Leistungen sehen, könnte sie davon abhalten, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Nicht zuletzt werden die Sorge um die Sicherheit des Arbeitsplatzes und um Karrierechancen sowie die Angst vor negativen Sanktionen bei der Artikulation gesundheitlicher Beeinträchtigungen als Ursachen für den Rückgang des Krankenstandes genannt. Wer dies positiv deuten will, sieht hierin eine Reduzierung des Krankenstandes auf sein „echtes“ Niveau, begrüßt also, dass es „Drückebergern“ nunmehr nicht mehr so einfach gemacht werde. Negativ gedeutet kann man beklagen, dass Beschäftigte jetzt auch krank zur Arbeit erscheinen, was zu gesundheitlichen Folgeschäden und -kosten durch das Verschleppen von Krankheiten führen wird, die sich zu einem späteren Zeitpunkt in therapeutisch schwerer zugänglichen, bereits verfestigten Krankheitsbildern niederschlagen, deren Kosten sich bereits jetzt abzeichnen (Bödeker u.a. 2002).

Auch aus der Perspektive von Arbeitgebern wird inzwischen – vereinzelt – auf problematische Implikationen der kranken Arbeit hingewiesen. So warnen Studien aus den USA vor Produktivitätseinbußen, die ihre Ursache nicht im Absentismus, sondern im „Präsentismus“ der Mitarbeiter haben, die trotz gesundheitlicher Beschwerden zur Arbeit gehen (Hemp 2005). Sie können über ihre eigene eingeschränkte Produktivität hinaus je nach Art der Erkrankung möglicherweise auch Kollegen anstecken, Qualitätsprobleme verursachen oder die Unfallgefahr steigen lassen. Oppolzer (2006: 165) referiert die Ergebnisse amerikanischer Studien, denen zufolge bei einer Reihe von Diagnosen wie Depression, allgemeinen Schmerzsymptomen oder Migräne die durch krankheitsbedingte Leistungsminderung am Arbeitsplatz anwesender Beschäftigter die Kosten durch krankheitsbedingte Abwesenheit erheblich übersteigen. Eine niederländische Untersuchung auf Basis einer Wiederholungs-Befragung des TNO Arbeitssituation Survey ergab nicht nur, dass fast zwei Drittel der Beschäftigten in den Jahren 2002 und 2004 auch dann zur Arbeit gegangen sind, wenn sie sich krank fühlten, sondern dass dies langfristig zu erhöhten Absenzen der betreffenden Befragten geführt hat.¹⁰ Krankheitsbedingte Produktivitätsausfälle bei Anwesenheit am Arbeitsplatz werden inzwischen auch hierzulande als Thema entdeckt (vgl. Thomzik 2005).

Die Palette möglicher und in die Debatte eingebrachter Ursachen für den Rückgang der Fehlzeiten, wie wir sie skizziert haben, macht sehr deutlich, dass es nicht möglich ist, eine einzelne dominante Ursache zu benennen. Vielmehr haben wir es offenkundig mit einem Ursachenbündel zu tun. Bemerkenswert ist hierbei, dass die Entwicklung der Fehlzeiten als Kennziffer auf das Wirken sowohl gesundheitsförderlicher als auch solcher Faktoren zurückzuführen zu sein scheint, die es *verhindern*, gesundheitsbewusst zu arbeiten. Die Gruppenarbeit könnte zum Beispiel deshalb zur Reduktion von Fehlzeiten führen, weil Motivation und Arbeitszufriedenheit ihretwegen steigen, aber auch deshalb, weil Gruppendruck und Kollegialität dazu führen, die Gesundheit dadurch zu gefährden, dass man krank zur Arbeit erscheint. So wird deutlich, dass der Rückgang der Fehlzeiten keineswegs einseitig als positiver oder als negativer Indikator für die Gesundheit der Belegschaften gelten kann. Auch ist nicht einfach zu entscheiden, ob sich hierin ein Rückgang der Fehlzeiten auf die „echten“ Krankenstände oder eine Entwicklung ausdrückt, die als Unterschreitung des „echten“ Krankenstandes im Sinne eines gesundheitsschädlichen Präsentismus bewertet werden muss. Wenn nach Zimolong/Elke (2005: 113) gemeinhin von einem „unvermeidbaren oder medizinisch normalen Krankenstand in Höhe von 5 Prozent bis 3 Prozent“ gesprochen wird, dann spricht dies immerhin dafür, dass der derzeitige Krankenstand von 3,3 Prozent jedenfalls im Durchschnitt bestenfalls noch an der Grenze des „medizinisch normalen“ Krankenstandes liegt.

10 Quelle: Zusammenfassung auf „<http://www.eurofound.eu.int/ewco/2006/07/NL06070191.htm>“.

2. Die Gesundheitsbedeutung von Fehlzeiten

Wir wollen daher im Folgenden die Selbstverständlichkeit hinterfragen, mit der das Sinken des Krankenstandes im Sinne der Gesundheitsentwicklung als positiv bewertet wird. Demgegenüber gehen wir davon aus, dass Fehlzeiten auch eine gesundheitlich positive Bedeutung haben. Hierzu müssen wir etwas weiter ausholen.

Lange Zeit dominierte ein pathogenes Modell der Krankheitsentstehung. Man betrachtete Gesundheit als normalen Zustand, der durch bestimmte krankheitsverursachende (pathogene) Faktoren gestört und durch medizinische Maßnahmen wieder hergestellt werden muss. In bio-medizinischer Perspektive fungierte der Mensch in erster Linie als Objekt, als Opfer der Krankheitsfaktoren. Kuriert wurde primär dann, wenn Krankheiten aufgetreten waren.¹¹ Insbesondere in den Siebzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts geriet diese Perspektive zunehmend in die Kritik. Mehr Prävention wurde gefordert. Der Mensch sollte eine aktivere Rolle spielen, bevor er Patient wird. Selbsthilfegruppen bildeten sich, gesunde Ernährung und Lebensweise wurden zu hohen Werten. Seit den 1980er Jahren wurde die Aufmerksamkeit verstärkt auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Umwelt und der Arbeitswelt sowie auf die gesundheitsstärkenden Potenziale der Menschen gerichtet. Verschiedene Konzepte wurden in diesem Sinne entwickelt, die auf gesundheitsdienliche Personenmerkmale fokussierten: „Selbstwirksamkeitserwartung“, „Widerstandsfähigkeit“ oder „dispositioneller Optimismus“ (Bengel u.a. 2001).

Seit der Arbeit von Aaron Antonovsky, der den Begriff der „Salutogenese“ prägte und damit den Blick darauf richtete, was bestimmte Menschen dazu befähigt, auch angesichts gesundheitlicher Risikofaktoren gesund zu bleiben (1997), trat die Orientierung auf Salutogenese und Gesundheitsförderung immer mehr in den Vordergrund, was manche Autoren bereits von einem Paradigmawechsel von einer patho- zu einer salutogenetischen Perspektive sprechen lässt (Udris 2006). Gesundheitsförderliche Faktoren und Verhaltensweisen sollen identifiziert werden, indem die Geschichte der Kranken und ihrer Krankheit erfasst und personale wie soziale Ressourcen zur Gesundung beziehungsweise Gesunderhaltung betont werden, statt sich auf krankheitsauflösende Faktoren zu konzentrieren.

Verdienstvoll an diesen Konzeptionen und Forschungen ist im Hinblick auf die Arbeitswelt nicht zuletzt, dass sie es auch erlauben, psychische und soziale Gesundheitsbeeinträchtigung wie Stress, „Gratifikationskrisen“ (Siegrist 1996), Angst und Depressionen ernst zu nehmen, während der traditionelle Arbeitsschutz in erster Linie auf Arbeitsunfälle und körperliche Belastungen konzentriert war, wie sie etwa im Falle von Lärm, Hitze, Kälte, Zugluft, schlechten Lichtverhältnissen, der Belastung durch Gefahrstoffe, schwerem Heben, Überkopfarbeit usw. vergleichsweise leicht nachzuweisen waren. (Bertelsmann-Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung 2004: 50).

Das salutogenetische Gesundheitsverständnis reagiert nicht zuletzt auf das Phänomen der „gelernten Hilflosigkeit“ beziehungsweise des Eskapismus in die Krankheit. Stress, Konflikten und Belastungen in der Arbeit versuchen viele Betroffene gerade durch die „Flucht in die Krankheit“ und die Nutzung der mit der Krankenrolle verbundenen Vorteile (Overbeck 1984) zu entgehen. Demgegenüber betont die salutogenetische Betrachtungsweise die Möglichkeiten von Unternehmen und Beschäftigten, zur Gesundheit aktiv beizutragen. Dies jedenfalls dann, wenn die zu sehr auf das Individuum eingeeengte Konzeption von Antonovsky entsprechend um die Rolle von Unternehmen und Arbeitsgestaltung erweitert wird (Siegrist 1997). Gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen sollen dann identifiziert und beseitigt, soziale Unterstützung gefördert werden. Beschäftigte sollen zu gesundheitsförderlichem Verhalten und Lebensstil beraten und so veranlasst werden, der Prävention Vorrang gegenüber der Verabreichung von Heilmitteln zu geben. Unternehmen sollen Trainings zum Beispiel zur Stressbewältigung anbieten. Der Erkenntnis folgend, dass Stress aus einem Zusammenspiel von stressauslösenden Verhältnissen und unzureichenden Ressourcen zum Umgang mit ihm resultiert (Udris u.a. 1991), gilt es nämlich, die Fähigkeit der Beschäftigten zur Stressbewältigung zu stärken.

Zwar war es Antonovsky gerade auch darum gegangen, Krankheit als normalen Bestandteil des Lebens zu betrachten, indem er der strikten Gegenüberstellung von Gesundheit und Krankheit ein Modell der Kontinuität

11 Natürlich gab es auch früher Früherkennungsuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen wie Massimpfungen und "Abhärtungsmaßnahmen" zur Erhöhung der physischen Widerstandsfähigkeit.

zwischen Krankheit und Gesundheit gegenüberstellte und indem er betonte, dass die Auseinandersetzung mit Erfahrungen von Krankheit und Scheitern eine wichtige Voraussetzung gesundheitsdienlichen „Kohärenzgefühls“ (Antonovsky 1997: 33 ff.) ist. Doch kann das Konzept dazu Anlass geben, Krankheit als vermeidbar zu deuten und dem individuellen Gesundheitsverhalten die Verantwortung für die Gesunderhaltung zuzuweisen. Wollte Antonovsky gerade die Auseinandersetzung mit den Krankheitspotenzialen anregen, so kann die Salutogenese falsch verstanden zum Vehikel einer Tabuisierung von Krankheit werden, weil sie das Individuum des Opferstatus beraubt, den es im pathogenen Modell innehat, als Betroffener von Krankheitsauslösern. Nun ist es Subjekt seiner Krankheit und damit Teil seines Verursachungszusammenhangs, das den Umgang mit Krankheit in neuer Weise erschweren kann.

So sinnvoll es beispielsweise ist, die Fähigkeit zum Umgang mit Stress etwa durch Stressmanagementtrainings zu stärken (Bamberg/Busch 2006), so ist doch die Gefahr nicht zu übersehen, dass Stressreduktion von den Unternehmen dem Bewältigungshandeln der Beschäftigten zugewiesen wird, weil „es immer auf das Subjekt und seine Fähigkeiten ankommt, ob Arbeit als Stress erfahren wird“ (Krömmelbein 2004: 202 f.). In diesem Sinne könnte zum Beispiel mit Trainingskursen zur Stressbewältigung die Verantwortung für die Gesunderhaltung auf die Beschäftigten verlagert werden und die Stressursache aus dem Blick geraten.

Wenn die salutogenetische Sichtweise in einer solchen Weise verkürzt wird, droht sie, mit einer einseitigen Zuschreibung der Verantwortung für die Gesundheit an die Individuen einherzugehen. Schlimmstenfalls wird sie zu einer Variante des positiven Denkens, demzufolge Scheitern, Misserfolg und eben auch Erkrankung Konsequenz einer falschen, negativen, krankheitsbereiten Einstellung sind.

Auf der einen Seite ist mit dem „sekundären Krankheitsgewinn“ (Overbeck 1984: 52 ff.) der Krankenrolle, nämlich der Freistellung von Verantwortung und beruflichen Verpflichtungen, zweifellos eine gewisse Attraktivität der „Flucht in die Krankheit“ verbunden. Wenn Menschen versuchen, in Spannungs- und Belastungssituationen eine „Auszeit“ in einer Krankheit zu nehmen, kann dies dazu führen, sich nicht mit den Ursachen der Krankheit im eigenen Verhalten und in den Verhältnissen etwa am Arbeitsplatz auseinanderzusetzen, sondern sich in den krankmachenden Strukturen einzurichten. Dies ist eine „unteroptimale“ Lösung (Overbeck 1984: 57), die sich oftmals sogar selbst verstärkt, weil sich die Betroffenen gezwungen fühlen, ihre Krankheitssymptome zu dramatisieren, um die hiermit verbundenen Vorteile zu legitimieren.

Auf der andern Seite aber kann eine Erkrankung immer auch eine positive Bedeutung für die dauerhafte Gesundheit haben, wenn sie dazu dient, sich physisch und psychisch so zu regenerieren, die emotionale und psychosomatische Konstitution so umzugestalten, dass man danach den Beanspruchungen wieder gewachsen ist und sich mit ihnen gesundheitsbewusster auseinandersetzt. In diesem Sinne können auch Fehlzeiten gesundheitsdienlich sein, wenn sie es ermöglichen, eine Krankheit anzunehmen und sie zu kurieren. Schon die Alltagserfahrung sagt ja, dass es besser ist, eine Grippe durch weitgehende Schonung auszukurieren als sie mit Medikamenten zu betäuben und zu verschleppen.

Gerd Overbeck hat schon 1984 den Blick auf die „Erkrankungsanfälligkeit“ von Menschen um denjenigen auf ihre „Erkrankungsfähigkeit“ erweitert, der eine gesundheitsförderliche Entlastungsfunktion zukommt (Overbeck 1984: 38). Erkrankungsfähigkeit wäre in diesem Sinne kein Gegensatz zur Gesundheitsfähigkeit, sondern ein wesentlicher Aspekt einer salutogenetischen Perspektive. „Erkrankungsunfähigkeit“ und „Flucht in die Krankheit“ behindern gleichermaßen die Auseinandersetzung mit krankmachenden Verhältnissen und krankmachendem Verhalten.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich nun, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten keineswegs von vornherein als Indikatoren gesundheitlicher Problemlagen gelten können. Vielmehr könnte gerade der Rückgang von Fehlzeiten als gesundheitlich bedenklich bewertet werden, wenn er nämlich Ausdruck von sozialen, institutionellen Bedingungen oder individuellen Verhaltensweisen ist, die es nahe legen, Krankheitssymptome und übermäßige Belastungen zu ignorieren, zu verdrängen oder nicht wahrzunehmen.

Das stellt in kurzfristiger Perspektive für die verschiedenen Akteure allerdings in unterschiedlicher Weise ein Problem dar. Zweifellos bieten sinkende Krankenstände für Unternehmen und Krankenkassen kurzfristig eine Kostenentlastung. Mittelfristig jedoch können sich Folgeschäden und -kosten ergeben, abgesehen von den möglichen auch kurzfristig problematischen Resultaten durch Krankheit beeinträchtigter Arbeitsleistung (Prä-

sentismus). Unternehmen können sich diesen langfristigen gesundheitlichen Kosten allerdings dann entziehen, wenn sie sich später von denjenigen Arbeitnehmern trennen, bei denen sich eine ernsthafte Leistungsmin-
derung durch chronisch gewordene Krankheiten zeigt. Ob diese Strategie kurzfristigen gesundheitlichen Verschleißes bei langfristiger Aussonderung der Verschlissenen angesichts des demografischen Wandels dauerhaft möglich ist, wird zunehmend und zu Recht bezweifelt (Ilmarinen/Tempel 2002).

3. Die doppelte Bedeutung von Arbeitsbedingungen und Gesundheitskultur

Nun wäre es natürlich unsinnig, den Spieß umzudrehen und hohe Fehlzeiten als Indikator für einen guten Gesundheitsstand zu betrachten. Fehlzeiten zu senken durch Verbesserung von Arbeitsbedingungen, Abbau von Stress wie auch durch Stärkung der Bewältigungspotenziale ist selbstverständlich eine zentrale Aufgabe. Wichtig ist jedoch, die zumeist verdeckte Kehrseite – die Janusgesichtigkeit – sinkender Fehlzeiten im Auge zu behalten: dass sie nämlich Resultat verschiedener Mechanismen sein können, die daran hindern, Krankheiten in Fehlzeiten zu überführen. Wir bezeichnen diese Hemmnisse als Mechanismen der „Krankheitsverleugnung“.

Dem Betrieb, den Arbeitsbedingungen und dem Betriebsklima, also der betrieblichen Gesundheitskultur kommt systematisch eine widersprüchliche Bedeutung zu. Sie können *Krankheit* fördern (oder ihr entgegenwirken) *und* sie können die Krankheitsverleugnung fördern (oder ihr entgegenwirken). Für die Krankheitsverleugnung ist es dabei unerheblich, ob die Krankheit aus den betrieblichen Bedingungen resultiert oder durch private Belastungen, Zufälle wie Infektionen o.ä. entstanden ist.¹² Die klassische Untersuchungsperspektive, der es um die Identifikation arbeitsbedingter *gesundheitlicher Beeinträchtigungen* geht, wäre daher zu erweitern um die Identifikation arbeits- und betriebsbedingter *Mechanismen der Krankheitsverleugnung*.

Allerdings sind es oft dieselben Arbeitsbedingungen, die Krankheiten und Krankheitsverleugnung fördern. Übergroßer Stress durch Termindruck und knappe Personaldecke beinhaltet psychische Belastungen und macht es zugleich kaum möglich, diese abzufangen, indem gesundheitliche Beeinträchtigungen rechtzeitig auskuriert werden. Die Angst um den Arbeitsplatz im Kontext von stattgefundenem oder drohendem Personalabbau kann gesundheitliche Probleme zur Folge haben (Dragano/Siegrist 2006; Ferrie 2006). Sie zwingt die Betroffenen aber zugleich dazu, sie zu verheimlichen. Die Entgrenzung von Arbeit, gerade auch durch Eigenverantwortung und Überidentifikation mit der Arbeit, kann zu Burnout führen (Leppin 2007) und macht es zugleich unmöglich, rechtzeitig Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Wegen dieser Janusgesichtigkeit der betrieblichen Arbeitsbedingungen ist es kaum möglich, Arbeitsbedingungen und betriebliche Gesundheitspolitik „aus der Ferne“, also auf Basis von Kennziffern wie der Fehlzeitenentwicklung angemessen zu bewerten, ohne sich genauer mit dem spezifischen Kontext, den Intentionen von Maßnahmen und deren Wahrnehmung und Deutung durch die Betroffenen zu beschäftigen. Die Arbeitsunfähigkeitsmeldung ist eben nicht einfach ein Resultat eindeutiger Krankheitsphänomene, sondern ein Aushandlungsergebnis. Der Erkrankte selbst muss abstimmen zwischen seinen verschiedenen Interessen, insbesondere zwischen seinen Arbeits- und Gesundheitsinteressen. Und er muss zwischen sich, seinem Arzt und seinem betrieblichen Kontext aushandeln, ob er sich arbeitsunfähig schreiben lassen und melden will (Hauß/Oppen 1985; Twardowski 1998). Anwesenheit ist daher, so Oppolzer (2006: 155 f.), das Ergebnis von „Sollen“, „Wollen“ und „Können“ der Beschäftigten. Und zumindest für „Sollen“ und „Wollen“ ist die betriebliche Gesundheitskultur von wesentlicher Bedeutung.

Der Betrieb und seine Arbeitsbedingungen werden in der klassischen Arbeitsschutzperspektive in den Blick genommen, um gesundheitliche Gefahren und Belastungen, die in der Arbeit liegen, zu identifizieren und zu vermindern. Sie sind jedoch auch als der Bedingungskomplex zu betrachten, der einen gesundheitsförderlichen Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten behindern kann, unabhängig davon, aus welcher Lebenssphäre sie stammen. Betriebliche Gesundheitskultur bezeichnet somit den Stellenwert und den Umgang der betrieblichen Akteure mit Gesundheit und Krankheit im Betrieb. Sie müsste Bemühungen um Gesundheitsförderung ebenso umgreifen wie die Erschwerung von Krankheitsverleugnung.

¹² Angesichts des Zusammenhangs von Arbeit und Privat- beziehungsweise Familienleben sind insbesondere psychosoziale Belastungen nur schwer sinnvoll daraufhin zu differenzieren, ob sie ihre primäre Ursache in Arbeit oder Privatleben haben (Ferber 1994: 54 f.)

4. Formen der Krankheitsverleugnung

Wir wollen nun definieren, was wir unter Krankheitsverleugnung verstehen wollen. Krankheitsverleugnung ist eine Form des Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen und Krankheiten beziehungsweise Krankheitssymptomen, die sich charakterisieren lässt durch vorschnelle Entdramatisierung, Verharmlosung, Vertagen oder Keine-Konsequenzen-Ziehen. Die Prioritäten werden einseitig auf berufliche Belange oder berufliche Selbst-Bewertungen und Identitäten gesetzt. Ihnen gegenüber wird Krankheit zum illegitimen Störfaktor, der unterdrückt, ignoriert oder ausgeblendet wird. Krankheitsverleugnung ist dabei in unterschiedlicher Gewichtung in der Regel sowohl im individuellen Verhalten als auch in den betrieblichen Verhältnissen angelegt. Die Vernachlässigung gesundheitlicher Belange und Regenerierung kann sowohl vom Individuum als auch von den Vorgesetzten, den Kollegen oder auch der Interessenvertretung ausgehen.

Will man das Phänomen der Krankheitsverleugnung im Arbeitskontext in den Blick nehmen, so hat man stets zumindest die individuelle und die betriebliche Dimension zu betrachten.¹³ Sowohl im Hinblick auf das individuelle Verhalten wie die betriebliche Ebene sind verschiedene Formen der Krankheitsverleugnung zu unterscheiden.

Ebene des Individuums

Betrachtet man das Verhalten des Individuums, so unterscheiden sich die Formen der Krankheitsverleugnung danach, wie bewusst sie erfolgt. Wir heben zumindest die folgenden vier Ausprägungen hervor:

1. **Verschweigen:** Der gesundheitlich Belastete ist sich seiner Krankheitssymptome bewusst, bündelt dies auch zur Definition als Krankheit, wagt es jedoch nicht, Anderen, Kollegen und/oder Vorgesetzten gegenüber diese Erkrankung zu artikulieren und sich arbeitsunfähig zu melden. Dieses Verhalten wird oft in der Sorge um den Arbeitsplatz, um Karrierechancen oder auch um sein Ansehen als einsatz- und leistungsfähiger Mitarbeiter begründet sein.
2. **Ignorieren:** Der Belastete fühlt seine Krankheitssymptome, versucht sie jedoch zu ignorieren, zu verharmlosen, zu normalisieren. Konsequenzen werden in die Zukunft verschoben, auf den Zeitpunkt, an dem man sich die Krankheit glaubt leisten zu können, einen Zeitpunkt, der jedoch immer wieder neu in die Zukunft rutscht. Hier verleugnet er nicht nur Anderen, sondern verharmlost oder ignoriert auch sich selbst gegenüber.
3. **Symptomverengung:** Der Belastete reagiert zwar auf bestimmte Krankheitssymptome, meldet sich evtl. auch arbeitsunfähig, wehrt aber die Ernsthaftigkeit der Erkrankung ab. Er versucht sich baldmöglichst wieder arbeitsfähig zu verhalten, wenn die schlimmsten Symptome abgeklungen sind, ignoriert oder verweigert aber die notwendigen Konsequenzen zur grundlegenden Therapie der Krankheit und ihrer Ursachen.
4. **Nicht-Wissen-Wollen:** Jemand ist – für Dritte deutlich erkennbar – erkrankt, nimmt dies aber selbst nicht wahr. Er scheint eine solche Wahrnehmung vielmehr zu verweigern. Von „Verleugnung“ ist dann zu reden, wenn es sich nicht um ein einfaches Nicht-Bemerken handelt, sondern um ein gleichsam aktives Nicht-Wissen-Wollen, um die Verweigerung der Zur-Kenntnis-Nahme. Hier verleugnet der Kranke seine Krankheit sich selbst gegenüber.

Krankheitsverleugnung auf der Ebene des Individuums kann auf individueller Disposition beruhen (jemand braucht zum Beispiel die Wahrnehmung, unabhkömmlich zu sein, für sein Selbstwertgefühl), sie kann aber auch vom betrieblichen Kontext forciert werden.

¹³ In einer Makroperspektive wären darüber hinaus der Arbeitsmarkt, das Gesundheitswesen, die gesellschaftliche Gesundheitskultur und soziale Ungleichheitsstrukturen im Hinblick auf Gesundheitschancen und -risiken zu berücksichtigen. Wir klammern diese Ebene hier aus.

Betriebliche Ebene

Nimmt man die betriebliche Ebene in den Blick, so kann man hier von Krankheitsverleugnung sprechen, wenn Krankheiten oder die Kranken systematisch, teilweise durch institutionalisierte Regeln und Maßnahmen, ignoriert, diskriminiert oder missachtet werden. Krankheit wird nicht als normaler, legitimer Bestandteil des menschlichen Lebens behandelt, die deshalb auch Teil der normalen Arbeitswelt ist und deren Ursachen auch in der Arbeit und der Organisation selbst liegen können, für die das Unternehmen also auch eine bestimmte Verantwortung zu tragen hat. Wir können zumindest die folgenden fünf Ausprägungen unterscheiden:

1. **Verantwortungsabwehr:** Das Unternehmen weist in der Praxis eine eigene Verantwortung für die gesundheitlichen Belastungen von sich. Auch wenn die Krankheit von Beschäftigten nicht zu Diskriminierungen führt, werden doch auch in der Arbeit liegende gesundheitliche Belastungen allein den Beschäftigten als individuelle Risiken zugewiesen.
2. **Opferfürsorge:** Das Unternehmen nimmt gesundheitliche Belastungen durch die Arbeitsbedingungen grundsätzlich hin beziehungsweise sieht sich aufgrund der schwierigen Rahmenbedingungen nicht in der Lage, hieran etwas zu ändern. Insofern werden die Krankheitsursachen faktisch ignoriert. Es nimmt seine Verantwortung jedoch insofern in Form der Fürsorge für die Opfer an, als versucht wird, den besonders Belasteten, insbesondere älteren Arbeitnehmern, einen Ausweg zu eröffnen.
3. **Ignorierung:** Arbeitsformen und -organisation sind derart gestaltet, dass sie die Normalität des Auftretens von Krankheiten ignorieren. Leistungsmaßstäbe und Personalbemessung etwa sind so ausgelegt, dass sie maximale Einsatz- und Leistungsfähigkeit des Personals voraussetzen, jede Krankheit zu Funktionsproblemen bei der normalen Bewältigung der Arbeit führt.
4. **Tabuisierung:** Hier handelt es sich um eine verschärfte Form der Ignorierung und Verantwortlichkeitsabwehr. Krankheiten, Leistungsbeeinträchtigungen und gesundheitliche Belastungen werden im Betrieb nicht nur ignoriert, sondern tabuisiert. Diese Tabuisierung kann darin begründet sein, dass die Angst um den Arbeitsplatz es verbietet, Schwächen zu zeigen und auf Belastungen hinzuweisen. Oder gesundheitliche Schwächen werden tabuisiert, weil sie dem normativen Leitbild oder dem Selbstbild des Unternehmens und oft auch der Beschäftigten nicht entsprechen, da ihre Thematisierung als Ausdruck einer pessimistischen und wehleidigen Einstellung zur Welt und zur Arbeit gilt.
5. **Kontrolle:** Das Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Beschäftigten wird im Betrieb einer starken Kontrolle unterworfen, es gilt nicht als Privatsache, sondern als Managementaufgabe. Die Reduzierung des Krankenstandes ist Unternehmensziel und hierzu einen Beitrag zu leisten auch Aufgabe der einzelnen Vorgesetzten. Hier sind zwei Varianten zu unterscheiden:
 - **Disziplinierung:** Durch Kontrolle soll vor allem das aus Managementsicht unberechtigte Fehlen bekämpft werden. Durch bestimmte Maßnahmen wird Kranksein mit Nachteilen verknüpft, den Kranken wird mit Misstrauen begegnet. Ihr guter Ruf wird gezielt gefährdet, ihnen entgehen Vorteile, die mit dauerhafter Gesundheit verbunden sind oder ihnen werden negative Sanktionen in Aussicht gestellt.
 - **Kontrollierende Fürsorge:** Die Kontrolle dient der Verminderung der Arbeitsunfähigkeit durch eine systematische Beobachtung des Krankheitsgeschehens. Sie kann allerdings nicht einfach als „Krankenverfolgung“ (Wompel 1996) gesehen werden. Vielmehr geht es auch darum, den Kranken aktiv zu helfen. Indem Krankheit eben nicht zur Privatsache erklärt wird, soll die Kontrolle gesundheitsgerechtes Verhalten fördern, aber auch einfordern und unangemessenes Verhalten sanktionieren.

Verschiedene Ausprägungen der Krankheitsverleugnung können oft gemeinsam auftreten, etwa wenn die Arbeitsorganisation Krankheitspotenziale ignoriert *und* Sanktionen bei häufigerer Arbeitsunfähigkeit in Aussicht stehen. Von Krankheitsverleugnung ist jedoch nicht erst bei Sanktionen zu reden. Sie kann sich vielmehr bereits „selbstorganisiert“, auf der Basis von Arbeitsidentifikation ergeben.

Die Krankheitsverleugnung auf der betrieblichen Ebene stellt den Bedingungsrahmen dar, der Krankheitsverleugnung auf der individuellen Ebene nahe legt. Der Umgang des Einzelnen mit Krankheit wird allerdings von einem betrieblichen Klima der Krankheitsverleugnung nicht einfach determiniert. Die einzelnen Beschäftigten können hiermit unterschiedlich umgehen. *Betriebliche* Krankheitsverleugnung macht allerdings *individuelle* Krankheitsverleugnung wahrscheinlicher.

5. Beispiele betrieblicher Krankheitsverleugnung

Wir wollen im Folgenden einige Fälle darstellen, in denen wir spezifische Ausprägungen betrieblicher Krankheitsverleugnung identifizieren können.

5.1 Kurzcharakterisierung der empirischen Grundlage

Die Empirie haben wir in der zweiten Jahreshälfte 2006 durchgeführt. Wir haben leitfadengestützte problemzentrierte Interviews¹⁴ mit Betriebsratsmitgliedern und anderen betrieblichen Experten¹⁵ in unterschiedlichen Betriebstypen verschiedener Branchen geführt. Unserer Auswahl lagen folgende Überlegungen zugrunde:

Da davon auszugehen ist, dass in unterschiedlichen Sektoren der Arbeitswelt verschiedene Ursachenkomplexe der Krankheitsverleugnung und unterschiedliche „Gesundheitskulturen“ dominieren, erschien es sinnvoll, Gespräche in kontrastierenden Sektoren zu führen. Wir wollten deshalb berücksichtigen:

1. „Traditionelle“ Branchen, in denen aber auch neue Arbeitsformen umgesetzt werden (Automobil- und Automobilzuliefer- sowie Chemieindustrie).
2. Eine Branche mit neuen Arbeitsformen, die als typische Felder einer „Subjektivierung“ und „Entgrenzung“ der Arbeit gilt (IT-Dienstleister).
3. Eine Branche mit wissensintensiver Dienstleistungsarbeit im Kundenkontakt (Banken).
4. Einen Bereich des öffentlichen Dienstes, in dem grundlegende Reorganisationen stattfinden und Privatisierungstendenzen sich auf Klima und Arbeitsbedingungen auswirken (Klinikum).

Im Einzelnen handelt es sich um 12 Unternehmen:

- 1 Chemiewerk
- 1 Automobilwerk
- 3 Automobilzulieferer
- 4 IT-Dienstleister
- 2 Banken und
- 1 Klinikum.

5.2 Verantwortungsabwehr

Ein im Bereich des IT-Consulting und der IT-Services tätiges Unternehmen, Teil eines internationalen Konzerns mit weltweit ca. 80 000 MitarbeiterInnen, beschäftigt in Deutschland ca. 2000 Angestellte. Das Unternehmen hat hier einen umfangreichen Personalabbau hinter sich und ringt mit Ertragsproblemen, immer wieder werden Übernahmeinteressen von Investorengruppen laut. Das lokale Management hat die Renditevorgaben der Zentrale umzusetzen. Sie zwingen zur Kostenreduktion im Personalbereich, ohne hierbei – so unser Gesprächspartner – die lokalen Bedingungen zu berücksichtigen. Für die Beschäftigten sind Personalabbau und vermehrte Überstunden die Folge. Nicht zuletzt die Vorgesetzten vor Ort müssen mit Sanktionen rechnen, wenn sie die Leistungsziele nicht erreichen. Diese Entwicklung schlägt sich zwar nach Wahrnehmung unseres Gesprächspartners in steigenden gesundheitlichen Belastungen, nicht aber in einem Ansteigen der Fehlzeiten nieder.

Dies ist nicht darauf zurückzuführen, dass Arbeitsunfähigkeit vom Unternehmen direkt sanktioniert wird. Vielmehr wird das Problem Krankheit individualisiert – und zwar in beide Richtungen: Weder betrachtet sich das

¹⁴ Sie dauerten zwischen einer und zwei Stunden.

¹⁵ Es handelt sich um je ein Gespräch mit einer Personalleiterin, einem Betriebsarzt, einem Schwerbehindertenvertreter, einem Experten einer Betriebskrankenkasse und einem Projektmanager sowie um ein Gruppengespräch mit Vertrauensleuten eines Klinikums.

Unternehmen für eine Problematisierung der Arbeitsbedingungen im Hinblick auf gesundheitliche Belastungen oder im Hinblick auf Regenerations- und Präventionsmöglichkeiten verantwortlich noch werden die Fehlzeiten der einzelnen Beschäftigten zum Gegenstand gezielter Beobachtung und Kritik. Das Thema Gesundheit spielt betrieblich keine Rolle. Vielmehr werden Erkrankungen von Beschäftigten aufgrund starker Belastungen als Folge persönlichen Fehlverhaltens angesehen: Der Betreffende, so die Sicht, war nicht in der Lage, seine Kräfte realistisch einzuschätzen. Fühlen sich Beschäftigte dem Arbeitsstress nicht mehr gewachsen, so ist dies ihr persönliches Problem. Sie sind „Personalverantwortliche ihrer selbst“ (Zitat des Gesprächspartners). Als Folge steigt statt der Fehlzeiten die Fluktuationsrate der Arbeitskraftunternehmer in ihrer Eigenschaft als quasi „Gesundheitsunternehmer“.

5.3 Opferfürsorge

Ein Familienunternehmen der Automobilzulieferindustrie mit am besuchten Standort 340 Mitarbeitern war in den letzten Jahren mehrfach in einer wirtschaftlich heiklen Situation. Ein Personalabbau reduzierte die Belegschaft in den letzten 15 Jahren um etwa die Hälfte. Er wurde i.w. altersbezogen über eine Personalentwicklungsgesellschaft mit Duldung des Arbeitsamtes vollzogen. In diesem Prozess wurde die Position des Betriebsrats gestärkt, der gewerkschaftliche Organisationsgrad stieg von 15 Prozent auf 75 Prozent. Das ist wesentlich auf die Rolle der Interessenvertretung in diesem Prozess zurückzuführen.

Weil seit langem keine Neueinstellungen mehr vorgenommen wurden, ist das Durchschnittsalter der Belegschaft mit fast 50 Jahren recht hoch. Dies wirkt sich, so der Betriebsratsvorsitzende, auch deshalb als verstärkte Belastung aus, weil viele der älteren Mitarbeiter den Veränderungen der Arbeit (Anlagenbedienung, fehlende Puffer) nicht mehr völlig gewachsen sind und wegen der Personalreduzierung ständiger konzentrierter Arbeitseinsatz erforderlich ist.

Deshalb ist die Stressbelastung erheblich geworden. Problematisch ist insbesondere der „Abhängigkeitsstress“, der daraus resultiert, dass die Anlagen nur funktionieren, wenn mehrere Beschäftigte gleichzeitig arbeiten, so dass jeder auch kurzzeitige Ausfall ein großes Problem aufwirft. Die Toleranz gegenüber Leistungseinschränkungen von Kollegen ist daher gering. Weil aber alle aufeinander angewiesen sind und auch die Vorgesetzten keinen „produktiveren“ Ersatz für leistungsgeminderte Arbeitnehmer erwarten können, hat sich folgendes Arrangement entwickelt:

Die Beschäftigten versuchen Arbeitsunfähigkeitszeiten so gering wie möglich zu halten, mancher kommt zum Beispiel bereits nach zwei Tagen bei einer Grippe wieder zur Arbeit. Auf der andern Seite bemühen sich sowohl Personalchef als auch Betriebsrat um ein fürsorgliches Verhalten gegenüber den vor allem älteren Beschäftigten, die den Belastungen nicht mehr gewachsen sind. So schickt auch der Personalchef Beschäftigte, die krank zur Arbeit erscheinen, nach Hause, damit sie sich auskurieren. Und der Betriebsratsvorsitzende berichtet, dass er auch Kontakt mit den Hausärzten halte, um im Vorfeld Lösungen zu entwickeln, wenn ein Kollege bestimmte Arbeiten aus ärztlicher Sicht nicht mehr machen dürfte. Statt eines entsprechenden ärztlichen Attests, das der Arzt zum Beispiel in Unkenntnis der betrieblichen Arbeits- und Rahmenbedingungen ausstelle, versuche man eine Lösung in Richtung vorzeitiger Rente zu finden.

Von Krankheitsverleugnung können wir hier insofern reden, als die in der Arbeit angelegten gesundheitlichen Belastungen hingenommen werden – und angesichts der prekären Lage des Betriebs wohl auch hingenommen werden müssen. So gibt es keinen Kampf gegen krankmachende Arbeitsbedingungen, aber auch keinen Kampf gegen die Kranken und auch keine Ignorierung von Krankheiten. In dieser betrieblichen Gesundheitskultur besteht die Lösung in einem individualisierenden fürsorglichen muddling-through, das dem Einzelnen das Schlimmste erspart, die Krankheitspotenziale jedoch nicht verringert.

5.4 Ignorierung der betrieblichen Gesundheitsbelastung

Ein weltweit tätiger **IT-Dienstleister** mit ca. 9500 Mitarbeitern in Deutschland beschäftigt am besuchten Standort ca. 1000 Angestellte. In den letzten Jahren wurden in Deutschland etwa 1500 Stellen abgebaut. Das Unternehmen legt Wert auf eine ausgeprägte Gesundheitsförderung. Es werden vor allem drei Programme

angeboten: Im ersten Programm geht es um eine ergonomische Analyse der Arbeitsumgebung, um richtiges Sitzen und das richtige Verhältnis zum Bildschirm. Das Programm ist webbasiert und international vorkonzipiert; der einzelne Mitarbeiter gibt hier die Beschreibung seines Arbeitsplatzes ein. Ergeben die Daten eine Problemlage, so meldet sich ein Mitarbeiter der Berufsgenossenschaft telefonisch und gibt Ratschläge. Beim zweiten Programm handelt es sich um eine verhaltensbezogene Präventionsmaßnahme gegen Burnout. Anknüpfend an psychologische Vorträge sollen sich die Beschäftigten selbst im Hinblick auf bestimmte Symptome, etwa Schlafstörungen, beobachten, um durch Verhaltensänderung gegensteuern zu können. Drittens schließlich können Mitarbeiter mit Problemen – zum Beispiel seelischer Art oder Sucht – sich anonym über einen Beauftragten des Unternehmens an einen Psychologen oder Seelsorger vermitteln lassen.

Insoweit finden wir hier eine vergleichsweise ausgeprägte Präventionsorientierung vor, die allerdings ausschließlich am Verhalten der einzelnen Beschäftigten ansetzt, sich aber insoweit deutlich vom Typ der Verantwortungsabwehr (s.o.) absetzt. Wenn wir hier gleichwohl von Krankheitsverleugnung als „Ignorierung“ sprechen, dann deshalb, weil diese verhaltensbezogenen Programme völlig entkoppelt sind von den gesundheitlich belastenden Verhältnissen der Arbeit.

Das zeigt sich bereits unmittelbar in den Programmen. Die ergonomische Prüfung der Bildschirmarbeit kontrastiert zur Shared-Desk-Praxis des Betriebs. In diesem System teilen sich drei Mitarbeiter einen Arbeitsort. Ein Teil der Arbeitnehmer ist nämlich bei Kunden unterwegs oder arbeitet zeitweise vom Homeoffice aus. Wegen des dauernden Wechsels der personellen Besetzung eines Bildschirmarbeitsplatzes erweist sich eine individuell angepasste Einstellung als wenig praktikabel.

Gewichtiger ist aber die Ignorierung der Gesundheitsbelastungen, die in den Arbeitsformen angelegt ist. Im Vordergrund stehen der Termindruck und die Projektarbeit. Die gesundheitlichen Belastungen, die durch Projektarbeit auftreten können, sind inzwischen gerade für die IT-Branche bekannt. So ergab eine Untersuchung des IAT, dass die MitarbeiterInnen in Softwareentwicklungs- und -beratungsprojekten weit überdurchschnittlich an psychosomatischen Beschwerden wie Schlafstörungen, Nervosität und chronischer Erschöpfung litten (Latniak/Gerlmaier 2006). Als Ursachen sind dauernder Zeitdruck, ungeplante Zusatzaufgaben, Termindruck und ausufernde Arbeitszeiten zu identifizieren.

Gerade diese Faktoren sind es aber, die nicht nur gesundheitlich belasten, sondern es auch erschweren, sich bei eingetretener Krankheit arbeitsunfähig zu melden und sich zu regenerieren. Termindruck, knappe Personaldecke, gegenseitiges Aufeinanderangewiesensein in den Projekten und Teams führen dazu, dass sich der Kranke für die aus seinem Fehlen resultierenden Arbeits- und Kooperationsprobleme im Projekt verantwortlich fühlt. Auch wollen Mitarbeiter, die sich mit ihrem Projekt identifizieren, dieses selbst zu Ende bringen und verschieben daher oftmals Erholungsphasen auf die Zeit nach Projektende, nach dem allerdings oftmals bereits der nächste Einsatz drängt, oder in den Urlaub. Auch ermöglicht es das Shared-Desk-System, sich bei Krankheitssymptomen mit Arbeit ins Homeoffice zurückzuziehen, wodurch auch Krankheitsausfälle verdeckt bleiben.

Besonders die Arbeit beim Kunden legt die Ignorierung von Krankheit nahe. Dort erlebt man persönlich, dass der Kunde eine zügige Bearbeitung einer Aufgabe und eine baldige Lösung von Problemen erwartet und benötigt. Zudem ist der Mitarbeiter meist oft am fremden Ort tätig und wohnt im Hotel. Für ihn machen sowohl extensive Überstunden Sinn, wüsste er doch mit der Freizeit ohnehin nicht viel anzufangen. Und diese Rahmenbedingungen machen es nicht sinnvoll, gesundheitliche Beschwerden „im Hotel“ auszukurieren.

Die Leistungsbeurteilung (und z.T. – etwa im Vertrieb – auch die variable Vergütung) sind abhängig davon, dass vereinbarte beziehungsweise vorgegebene Ziele erreicht werden. Obwohl Krankheitszeiten dies erschweren, ist Krankheit bislang jedenfalls offiziell kein Argument, die Zielvorgaben zu reduzieren. Nach Aussagen unserer GesprächspartnerInnen gelte im Prinzip die Regel: „Du musst zusehen, Dein Ziel zu erreichen!“ Allerdings, so die Vermutung der Betriebsratsmitglieder, könne es im Einzelfall vorkommen, dass Toleranz geübt werde. Der Betriebsrat strebte zum Gesprächszeitpunkt eine neue Betriebsvereinbarung an, in der es ab einer Krankheitsdauer von vier Wochen einen Anspruch auf Zielreduzierung geben soll.

Die betriebliche Gestaltung von Arbeitsformen, Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation ist also insgesamt so ausgelegt, dass Krankheit nicht vorkommen darf. Die Leistungsmaßstäbe und Arbeitszwänge setzen

faktisch den vollen Einsatz aller Mitarbeiter voraus. Aufgrund der unmittelbar einsichtigen Handlungszwänge und wegen der Identifikation der Beschäftigten mit ihrer Arbeit entwickeln sich Mechanismen der Krankheitsverleugnung bei den Beschäftigten quasi „von selbst“. Da sie nicht vom Betrieb oder dem Vorgesetzten autoritativ erwartet werden, erscheinen sie als unabweisbar. Auf diese Weise resultiert die Krankheitsverleugnung im Betrieb daraus, dass die Schwierigkeiten ignoriert werden, sich rechtzeitig für eine Arbeitsunfähigkeit zu entscheiden. Und das geschieht trotz des möglicherweise „guten Willens“ auf Seiten des Unternehmens, Krankheiten und Burnout durch Verhaltensprävention vorzubeugen.

Diese Form der Krankheitsverleugnung ist typisch für die IT-Dienstleister in unserem Sample, aber auch für das **Klinikum**. Denn hier wird von den verdi-Vertrauensleuten eine ganz ähnliche Praxis berichtet. Im Gefolge der Reform des Krankenhauswesens mit der Einführung von Fallpauschalen und DRG (Diagnosis Related Groups)¹⁶ verdichten sich die Leistungsanforderungen und steigt die Verantwortung insbesondere der Fachkräfte, ohne dass dem ausreichende Ressourcen gegenüberstehen. Der Verweis auf Privatisierungstendenzen im Klinikwesen fungiert dabei als Drohkulisse. Examierte Fachkräfte werden nach und nach von nichtexamierten KrankenpflegehelferInnen oder Arzthelferinnen und Studenten ersetzt. Den verbleibenden examinierten Kräften wird vor allem die Verantwortung für die Koordination der Pflegeaufgaben zugewiesen, die von Hilfskräften ohne ausreichenden Überblick erbracht werden. Für die Anzahl des qualifizierten Pflegepersonals gibt es einen Sicherheitsschlüssel; die Fachkräfte sind immer wieder in Sorge, ob sie sich als abgesichert betrachten können. Durch diese Differenzierung des Pflegepersonals hält statt der „Zimmerpflege“ (Pflegekräfte sind ganzheitlich für die Patienten in bestimmten Zimmern zuständig) die längst überwunden geglaubte „Funktionspflege“ (bestimmten Pflegekräften sind Teilfunktionen der Patientenbetreuung übertragen) faktisch wieder Einzug.¹⁷

Erhebliche gesundheitliche und psychische Belastungen sind die Folge. Für deren Artikulation gibt es aber keine Möglichkeit, denn gefordert wird unbeschränkte Flexibilität und Einsatzbereitschaft. Wegen der geringen Personaldichte sind auch kurzfristige Einsätze in anderen Klinikbereichen üblich, in denen die Beschäftigten nur über geringe Erfahrungen verfügen. Die Einsatzanforderungen sind derart, dass Krankheit keine Rolle spielen darf. Wer den Belastungen nicht gewachsen ist, muss sich dies als ungenügende Leistungsfähigkeit vorwerfen lassen. Reklamieren die examinierten Kräfte, dass sie der ihnen übertragenen Verantwortung angesichts der realen Verhältnisse nicht gerecht werden können, wird ihnen mit der Frage geantwortet, ob sie denn überhaupt in der Lage seien, Verantwortung zu tragen beziehungsweise ob sie für eine solche Verantwortungsübernahme kompetent seien.

Wer gesundheitlich angeschlagen ist, dem wird das Ausscheiden zumindest dadurch nahegelegt, dass auf seine Beeinträchtigung keine Rücksicht genommen wird. Dies bietet sich im Pflegebereich auch deshalb an, weil schon seit langem die Pfl egetätigkeit als eine Arbeit gilt, in der die meisten Beschäftigten nicht lange bleiben, weil die physischen und psychischen Belastungen sehr hoch sind. Hohe Fluktuation ist also nichts Ungewöhnliches. Inzwischen scheint indes auch jede Bemühung unterlassen zu werden, Ansätze einer Stammbelegschaft zu fördern. Dies drückt sich auch in der verbreiteten Praxis nur befristeter Anstellung aus.

Auch die **Banken** können diesem Typus der betrieblichen Krankheitsverleugnung zugeordnet werden. Die letzten Jahre waren von einem kontinuierlichen Personalabbau und ständigen Umstrukturierungen geprägt. Filialen wurden geschlossen, oder zusammengelegt, Abläufe werden verändert, ein Ende der permanenten Re-Re-Organisation ist nicht abzusehen. Dadurch ist eine starke Verunsicherung bei den Beschäftigten entstanden, sie fühlen sich unsicher darüber, wo und wie sie im kommenden Jahr arbeiten werden. Aufgrund des regional schwierigen Arbeitsmarktumfelds belastet nicht zuletzt die Angst um den Arbeitsplatz.

Dies ist nach Einschätzung des Betriebsrats der Hintergrund für die verbreitete Haltung: „Ich kann doch nicht krank feiern!“ Diese Krankheitsverleugnung wird auch von der inzwischen sehr knappen Personalbemessung gefördert, die sofort Probleme verursacht, wenn mehrere Beschäftigte gleichzeitig krank sind. Kennzeichnend

16 Es handelt sich um eine 1996 eingeführte grundlegende Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung. Für eine bestimmte Erkrankung soll eine bestimmte Pauschalvergütung bezahlt werden. Mit den DRGs soll nicht nur die Verweildauer der Patienten reduziert werden, sondern sie bieten auch ein System, das Kostenvergleiche zwischen Behandlungsfällen, Stationen und Kliniken ermöglicht. Verbunden damit wurden Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingeführt, die u.a. umfangreiche Dokumentationspflichten mit sich bringen, die von Beschäftigten als eigenständige gravierende Arbeitsbelastung empfunden werden und sie von der Orientierung am Patienten abhalten. (Manzeschke 2006; Vogd 2006)

17 Dass diese Klinik kein Sonderfall ist, zeigen Untersuchungen über die Belastungs- und Beschäftigungssituation von Beschäftigten in der Krankenhaus-Pflege: Badura u.a. 2005 und Buhr/Klinke 2006.

in diesem Betrieb ist, dass durchaus auch bei Vorgesetzten ein Bewusstsein von den Problemen des Präsentismus vorhanden ist. Unsere Gesprächspartnerin vom Betriebsrat hört dann: „Sie haben ja recht, aber ich kann darauf doch keine Rücksicht nehmen!“

5.5 Tabuisierung

Der Fall der Krankheitsverleugnung als Tabuisierung kann als eine verschärfte Form der Verantwortungsabwehr und der Ignorierung angesehen werden. Als nicht nur individuelle, sondern betrieblich institutionalisierte Form der Krankheitsverleugnung ist sie dadurch charakterisiert, dass nicht nur der Einzelne sich scheut, über gesundheitliche Belastungen und Krankheiten zu reden beziehungsweise sie zu zeigen, sondern dass es in der betrieblichen Gesundheitskultur tabuisiert ist, sich als krank zu bekennen. Wir zweifeln nicht, dass es Tabuisierungstendenzen bei Akteuren im Betrieb gibt. Aber in den von uns untersuchten Betrieben haben wir den betrieblichen Typus der Tabuisierung nicht gefunden.

Das allerdings mag schon darin begründet sein, dass unser Kontakt zumindest bei den Betriebsräten als unseren GesprächspartnerInnen eine Thematisierungsbereitschaft vorausgesetzt hat. Tabuisierende Krankheitsverleugnung, so kann man schlussfolgern, dürfte der empirischen Sozialforschung daher schwer zugänglich sein.¹⁸

5.6 Kontrolle

Die Ausprägung der Krankheitsverleugnung, die wir als „Kontrolle“ kennzeichnen, lässt sich, wie oben dargestellt, in zwei Varianten unterteilen: Die „Disziplinierung“ und die „kontrollierende Fürsorge“. Es ist nun bereits auf Basis unserer noch eingeschränkten Empirie nicht möglich, einzelne betriebliche Fälle der einen oder anderen Variante zuzuordnen. Aber auch grundsätzlich ist es kaum unmöglich, den Einzelfall einer Variante zuzuordnen. Denn die mit bestimmten Kontrollstrategien verfolgten Intentionen unterscheiden sich bei verschiedenen Akteuren und von Fall zu Fall. Und schließlich ist keineswegs ausgemacht, dass die Intention einer Maßnahme und ihrer Träger von den Betroffenen in gleicher Weise gedeutet wird. Was etwa als Fürsorge gedacht ist, kann als Disziplinierung verstanden werden. Und Fürsorge kann schnell in Sanktion umschlagen.

Am Standort eines internationalen **Chemieunternehmens** sind ca. 800 überwiegend gewerbliche Mitarbeiter tätig. Nach Jahren des Personalabbaus waren die Möglichkeiten der „Verschlankung“ der Belegschaft ausgereizt, eine weitere Möglichkeit der Kosteneinsparung im Personalbereich wurde in der Senkung von Fehlzeiten gesehen. Diese waren zwar insgesamt nicht besonders hoch, es gab aber Schwerpunktbereiche, in denen die Fehlzeitquote bei über 10 Prozent statt wie im Durchschnitt knapp 5 Prozent lag. Das Unternehmen führte daraufhin Fehlzeitengespräche als einen strukturierten Prozess ein. Während Gespräche mit Erkrankten früher der Initiative der Vorgesetzten überlassen waren, werden nun regelmäßig solche Gespräche geführt, wenn ein Mitarbeiter innerhalb von zwölf Monaten mindestens viermal fehlt, unabhängig von der Dauer der einzelnen Arbeitsunfähigkeit, es reichen also auch Fehlzeiten von viermal einem Tag.

Es wird von allen Mitarbeitern eine Fehlzeitenliste geführt, die regelmäßig von Personalwesen und Vorgesetzten durchgesprochen wird. Wo keine unmittelbar plausible Erklärung vorliegt, wird ein Gespräch unter Beteiligung eines Betriebsrats geführt. Die Vorgesetzten und einige Betriebsratsmitglieder wurden hierfür eigens geschult. Das Ziel besteht nicht zuletzt darin, den Vorgesetzten zu vermitteln, dass der Kampf gegen Fehlzeiten wichtig ist. Diese würden nämlich, so eine Gesprächspartnerin, oftmals scheuen, die Kollegen mit Fehlzeiten nachdrücklich genug hierauf anzusprechen. Nach Einführung der Gespräche sind die Fehlzeiten vor allem dort, wo sie besonders hoch waren, deutlich zurückgegangen. Dabei spielt offenbar die „Sensibilisierung“ der Vorgesetzten eine wichtige Rolle, aber teilweise auch der Druck von Kollegen, die vor dem Hintergrund ständig drohenden Personalabbaus und entsprechend dünner Personalbesetzung durch das Fehlen belastet werden. Das könne, so ein Betriebsratsmitglied, bis zum „Rausmobben“ gehen.

Umstritten ist bis heute die Praxis der Rückkehrgespräche in einem **Automobilwerk**. Auch hier sind regelmäßige Rückkehrgespräche im Rahmen eines „Anwesenheitsverbesserungsprozesses“ vorgesehen. Kritiker

18 Sie ist teilweise Thema in der Studie des französischen Arbeitspsychologen Christophe Dejourn (1998).

haben dies als „Jagd auf Kranke“ bewertet. Von den Befürwortern auch auf Seite des Betriebsrats wird demgegenüber eingewandt, die Intention bestehe darin, gesundheitliche Probleme am Arbeitsplatz aufzudecken und den Betroffenen Hilfe anzubieten. So seien Arbeitsplatzbegehungen eine wichtige Konsequenz von Rückkehrgesprächen, in denen der Arbeitsprozess beobachtet und im Hinblick auf die Notwendigkeit von Veränderungen analysiert wird. Das Unternehmen bietet bei psychischen Problemen eine Mitarbeiterberatung an, die auch während der Arbeitszeit besucht werden kann.

Ein Gesprächspartner begründet seine positive Beurteilung der Rückkehrgespräche damit, dass es besser und wertschätzender sei, die Krankheit nicht als Privatsache zu behandeln und den Mitarbeiter nicht nur als eine Nummer zu betrachten. Dem Vorgesetzten sei früher die Krankheit des Mitarbeiters egal gewesen, heute sei er gehalten, sich hiermit zu beschäftigen, und der Betroffene könne Ursachen von Belastungen benennen, denen nachzugehen sei.

Hier wird der Doppelcharakter einer „kontrollierenden Fürsorge“ deutlich. Die Meinung der einen: „Kranke Menschen gehören in Ruhe gelassen!“ kann als Schutz vor Sanktionen verstanden werden, aber auch als Verzicht darauf, den Kranken zu helfen. Die Fürsorge kann als Sanktion empfunden werden, und tatsächlich kann sich eine fürsorgliche Intention schnell in eine Sanktion verwandeln, wenn der Betroffene sich weigert, sich helfen zu lassen. Kontrollierende Fürsorge setzt voraus, dass das Unternehmen sich, seine Arbeitsbedingungen, aber auch das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten überwacht und beobachtet. Sie geht mit einem hohen Grad der Formalisierung („Regeln, Formblätter, Gesprächshinweise, Checklisten, Standards, Rollenzuweisungen usw.“ (Taubert 1998: 184)) einher, die selbst bereits ein Problem darstellen kann. Der Betroffene kommt schnell in die Rolle des misstrauisch Überprüften, er sieht sich in der Situation, „seine Krankheit ‚verkaufen‘ zu müssen“ (Taubert 1998: 189).

5.7 Konsequenzen

Die Formen der Krankheitsverleugnung im Betrieb sind also, so haben wir zu zeigen versucht, vielfältig. Der Betrieb kann eine eigene Verantwortung für krankmachende Arbeitsbedingungen abwehren und diese allein den Beschäftigten als „Gesundheitsverantwortlichen ihrer selbst“ zuweisen. Besonders belasteten Beschäftigten können individuelle Lösungen eröffnet werden, während die Krankheitsbedingungen unverändert bleiben. Ignoriert werden Krankheiten auch dann, wenn ein Betrieb sich um verhaltensbezogene Präventionen bemüht und zum Beispiel Kurse und Training zur Stressbewältigung anbietet, aber in der tatsächlichen Gestaltung der Arbeit keine Puffer für Kranke vorsieht, vielmehr Stress zum Beispiel durch Termin- und Projektdruck unangestastet lässt. Eine andere Form der Krankheitsverleugnung besteht in der Kontrolle des Krankheitsgeschehens. Sie kann sich als Disziplinierung auswirken, die mit Nachteilen belegt, Fehlzeiten zu verursachen, also dazu anregt, krank am Arbeitsplatz zu erscheinen. Sie kann aber auch mit fürsorglichen Elementen verbunden sein. Wegen des starken Kontrollcharakters sind bestimmte Maßnahmen oft nicht eindeutig als Sanktion oder Fürsorge zu bestimmen.

Die verschiedenen Ausprägungen der Krankheitsverleugnung können kombiniert auftreten. Und unser Versuch, betriebliche Fälle einer Ausprägung zuzuordnen, ist natürlich stilisiert, zumal sich die Gesundheitskultur in verschiedenen Abteilungen und Betrieben eines Unternehmens unterscheiden wird. Wir verstehen unsere Darstellung daher auch als illustrativ, um die unterschiedlichen Ausprägungen nachvollziehbarer zu machen.

Wir wollen ein Fazit besonders hervorheben: Krankheitsverleugnung liegt nicht nur dann vor, wenn eine „Jagd auf Kranke“ stattfindet, mit Karriereachteilen oder gar mit der Gefährdung des Arbeitsplatzes gedroht wird, sondern auch dann, wenn gesundheitliche Probleme und Belastungen im Betrieb ignoriert werden. Arbeitsformen, die Termindruck „von selbst“ mit sich bringen, die keinen Spielraum für Krankheitszeiten lassen, die Kranken mit der Verantwortung für den Projekt- oder Teamerfolg belasten, beinhalten gewissermaßen Krankheitsverleugnung, auch wenn Krankheiten nicht aktiv negativ sanktioniert werden. In diesem Sinne kommt also dem Unternehmen auch eine Verantwortung nicht nur für eine gesundheits-, sondern auch für eine krankheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsorganisation zu. Deshalb sollten zum Beispiel auch Vorgesetzte kranke und überlastete Mitarbeiter nicht nur nicht diskriminieren, sondern sie zur Erholung nach Hause schicken, wenn sie selbst dann, wenn sie krank sind, von der Arbeit nicht lassen können.

6. Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Interessenvertretung

Die gesundheitsbezogenen Handlungsmöglichkeiten der betrieblichen Interessenvertretungen haben sich in den letzten Jahren durch eine Reihe von gesetzlichen Neuerungen erweitert. So ist nach dem Sozialgesetzbuch nach längeren krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten auch für Beschäftigte ohne Schwerbehindertenstatus ein betriebliches Eingliederungsmanagement vorgeschrieben. Hierbei sind Betriebsrat beziehungsweise der Personalrat zu beteiligen. Das Arbeitsschutzgesetz sieht mittlerweile anstelle vordefinierter allgemeiner Kataloge eine auf die konkrete betriebliche Situation bezogene Gefährdungsbeurteilung vor. Auch in diesem Rahmen kommen neue Aufgaben auf die Interessenvertretung zu. Auf der anderen Seite wird den Arbeitnehmern durch die öffentliche Fehlzeitendiskussion und verschiedene Vorschläge, krankheitsbedingte Fehlzeiten durch die Einführung von Karenztagen oder durch gezielte Anwesenheitsverbesserungsprogramme zu reduzieren (Spies/Beigel 1997; Franz 1999), eine neue Auseinandersetzung um Fehlzeiten und Gesundheit am Arbeitsplatz geradezu aufgezwungen.

Wir wollen im Folgenden vier Instrumente betrieblicher Gesundheitspolitik beleuchten, die für den Umgang mit der Krankheitsverleugnung von besonderer Bedeutung sind:

- Die Krankenrückkehrgespräche,
- das Eingliederungsmanagement,
- die Überlastungsanzeige und
- die Gefährdungsbeurteilung.

6.1 Rückkehrgespräche

Ein umstrittenes Instrument betrieblicher Gesundheitspolitik bilden die Rückkehrgespräche (Pfaff et al. 2003), über die Unternehmen ein Sinken des Krankenstands erreichen wollen. Sie werden in einer ganzen Reihe von Fällen nicht nur nach krankheitsbedingten Fehlzeiten durchgeführt, sondern auch nach einer urlaubsbedingten Abwesenheit oder nach der Rückkehr aus dem Bildungsurlaub. Dennoch steht der Aspekt der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vordergrund. Die Gespräche werden von Beobachtern vielfach als „Jagd auf Kranke“ (Wompel 1996) beziehungsweise als „Krankenverfolgung“ beschrieben, durch die Beschäftigte so weit eingeschüchtert werden sollen, dass sie aus Angst um ihren Arbeitsplatz im Zweifelsfalle auch krank zur Arbeit kommen. Es gehe weniger um Gesundheitsförderung als vielmehr einseitig um Kontrolle des Fehlzeitenverhaltens.

Die tatsächlichen Effekte von Rückkehrgesprächen werden unterschiedlich eingeschätzt (vgl. Franz 1999). Arbeitsunfähigkeitszeiten sinken auch dort, wo keine Rückkehrgespräche stattfinden. Für die Beschäftigten ist die Teilnahme an solchen Gesprächen Pflicht. Nach wiederholten krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten folgt in der Regel ein abgestuftes System von „Fehlzeitengesprächen“, bei denen den Beschäftigten die Konsequenzen ihrer Abwesenheit für die Kollegen, für das Unternehmen und auch für die Fortdauer ihres Beschäftigungsverhältnisses vor Augen geführt werden. In diesen Gesprächen sollen Vorgesetzte „persönliches Interesse an der Person“ des Beschäftigten signalisieren und deutlich machen, dass das Gespräch nicht in erster Linie dazu führen soll, zu überprüfen, ob der Arbeitnehmer auch wirklich seine vertraglich vereinbarte Arbeitsleistung erbringt. Es soll vielmehr gezeigt werden, dass das Unternehmen seiner Fürsorgepflicht nachkommt, wenn es ergründen will, ob es vermeidbare betriebliche Ursachen für Krankheiten gibt. Der Beschäftigte hat dabei nicht die Art seiner Erkrankung mitzuteilen. Die Frage nach betrieblichen Krankheitsursachen kann allerdings doch Anhaltspunkte für das Unternehmen liefern, ganz abgesehen davon, dass Beschäftigte häufig versucht sind, ihre Abwesenheit dadurch zu legitimieren, dass sie auf die ärztliche Diagnose Bezug nehmen. Sehr wichtig ist daher eine Hinzuziehung des Betriebsrats zum Rückkehrgespräch oder zumindest eine vorherige Beratung der Betroffenen durch den Betriebsrat.

Rückkehrgespräche sind mitbestimmungspflichtig (soweit es sich um formalisierte, regelmäßig stattfindende Gespräche handelt). Der Betriebsrat besitzt Gestaltungsmöglichkeiten, er kann allerdings die Einführung von Rückkehrgesprächen nicht verhindern. Auf Seiten der Betriebsräte bestehen, wie aus den Gesprächen deutlich wurde, recht unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf die Einschätzung ihrer Risiken und Chancen. Auf der einen Seite wurden sie primär als Einschüchterungsinstrument betrachtet. Hier liegt es dann für den Betriebsrat nahe, vor allem darauf zu achten, dass die Beschäftigten nicht über den Tisch gezogen werden, dass im Gespräch nur die Informationen gegeben werden, die aufgrund der Rechtslage unbedingt notwendig sind, da ja letztlich alles gegen den Mitarbeiter verwandt werden kann. Auf der anderen Seite jedoch werden Rückkehrgespräche durchaus auch als eine Chance betrachtet, Forderungen nach der Verbesserung der Arbeitssituation zu untermauern. Hierfür müssen Rückkehrgespräche allerdings mit anderen Instrumenten verknüpft werden wie Arbeitsplatzbegehungen, Gefährdungsbeurteilungen und Eingliederungsmanagement.¹⁹ Der Betriebsrat sieht sich vor die Aufgabe gestellt, gleichzeitig Abwehr- und Gestaltungsaufgaben wahrzunehmen. Dabei dürfte es von besonderer Bedeutung sein, inwieweit die Beschäftigten die jeweilige Politik des Betriebsrats aktiv mittragen und welche Einflussmöglichkeiten die involvierten Vorgesetzten tatsächlich besitzen, die ja häufig ihrerseits mit nicht verhandelbaren Zielvorgaben konfrontiert sind. Wenn Rückkehrgespräche hohe Erwartungen an die Handlungsspielräume der unmittelbaren Vorgesetzten wecken, dann sind Enttäuschungen mehr oder weniger vorprogrammiert.

Aber auch dann, wenn tatsächlich Chancen einer positiven Beeinflussung der Arbeitsbedingungen und des Arbeitsumfelds bestehen, verbleibt ein Rest an Ungewissheit. Der Newsletter „Recht und Führung“²⁰ empfiehlt für den Einstieg die Frage: „Wie geht es Ihnen heute? Konnten Sie Ihre Erkrankung vollständig auskurieren?“ Je nach Kontext kann eine solche Frage ganz unterschiedlich verstanden werden: „Musste es denn so lange dauern?“ oder auch „Warum sind Sie denn so häufig krank?“. Die Frage kann die aufrichtige Sorge um die Gesundheit des Mitarbeiters ausdrücken oder aber bereits einen Zweifel andeuten, ob der Betreffende künftig voll einsatzfähig sein wird. Die Bedeutung der Frage wird also wesentlich durch den mikropolitischen Situationskontext diktiert.

Eine Kündigung wegen Krankheit ist nach der neueren Rechtslage anfechtbar, wenn kein Eingliederungsversuch gemacht wurde; problematisch ist allerdings, wenn bereits die Durchführung eines Rückkehrgesprächs, bei dem die Teilnahme für den Arbeitnehmer verpflichtend ist, als Teil des Eingliederungsmanagements verstanden wird, das auf dem Prinzip der Freiwilligkeit basiert. Einerseits liegt es nahe zu vermuten, dass Rückkehrgespräche die unterstellten positiven Auswirkungen auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen nur dann haben können, wenn sie wirkungsvoll mit anderen Instrumenten wie dem Eingliederungsmanagement, der Überlastungsanzeige und der Gefährdungsbeurteilung verknüpft werden. Dabei ist es allerdings von entscheidender Bedeutung, dass diese nicht einseitig als Hilfsinstrumente des Anwesenheitsverbesserungsprogramms eingesetzt werden. Um andererseits die Rolle der Interessenvertretung innerhalb dieser Programme zu stärken, ist eine eingehende Weiterbildung von Betriebsräten und Vertrauensleuten wichtig. Für Mitarbeitergespräche beispielsweise gilt es nicht nur die Vorgesetzten, sondern auch die Vertrauensleute zu schulen (Franz 1999: 176).

Bei der Analyse von Fehlzeiten fällt ins Auge, dass die Gründe nicht nur im direkten Arbeitsumfeld zu suchen sind. Auch dem privaten und familiären Umfeld kommt hier eine große Bedeutung zu. Es sollte daher bei der Diskussion über Verbesserungsmaßnahmen und die Bekämpfung von Ursachen einbezogen werden, etwa durch familienfreundlichere Arbeitszeitmodelle. Als „Gründe aus dem gesellschaftlichen Umfeld“ (Spies/Beigel 1997: 20) werden dann unter anderem Faktoren wie der gesellschaftliche Wertewandel, die zunehmende Entfremdung von den betrieblichen Abläufen, das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, der Verlust der Identifikation mit der eigenen Erwerbstätigkeit, die Tendenz, Bestätigungserlebnisse stärker in Freizeitaktivitäten zu suchen, benannt. In dem Maße, so muss man hinzufügen, in dem solche Werthaltungen in negativen Erfahrungen in der Arbeitswelt wurzeln, ist es äußerst unrealistisch, den Beschäftigten hier einen schlichten Einstellungswandel abzuverlangen und zu übersehen, dass es sich um das Ergebnis gerade auch der Politik

19 In einem von Kollegen von Mercedes Bremen erstellten Leitfaden für Rückkehrgespräche werden die Betroffenen aufgefordert, im Rahmen der Rückkehrgespräche krankmachende Ursachen am Arbeitsplatz zu benennen und eine Gefährdungsbeurteilung gemäß den Bestimmungen von § 5 des Arbeitsschutzgesetzes zu fordern.

20 auf www.vorgesetzter.de.

von Unternehmen handelt. Nicht nur Belastungen durch die Arbeit erweisen sich als Ursache für Arbeitsunfähigkeitszeiten, sondern auch Probleme, die Beanspruchungen durch die Arbeit und Aufgaben im Rahmen der Familien zeitlich in Einklang zu bringen (vgl. Franz 1999: 175). Durch eine Arbeitsplatzbegehung, die bei anderen Problemlagen sehr sinnvoll sein mag, lässt sich diese Problemquelle nicht sichtbar machen. Um das Problem zur Sprache zu bringen, ist allerdings nicht unbedingt ein Rückkehrgespräch von Nöten. Regelmäßige Mitarbeitergespräche könnten einen Rahmen hierfür bieten, bevor sie sich in massiven Fehlzeiten niederschlagen. Andererseits finden sich wiederholt Klagen darüber, dass etwa im Krankenhausbereich zu wenig Bereitschaft besteht, bei Schicht- und Dienstplänen auf die individuellen Belange und familiären Verpflichtungen gerade auch des weiblichen Pflegepersonals einzugehen.

Das Konzept der Rückkehrgespräche stammt ursprünglich aus der Suchtkrankenhilfe (Zinke 1999: 164), in der das „Blaumachen“ ursprünglich nicht nur rein metaphorisch zu verstehen war. Alkohol- und Medikamentenmissbrauch wird nicht zu Unrecht ein relativ hohes Potenzial zur Krankheitsverleugnung attestiert, gerade dann, wenn dadurch Einsatzfähigkeit und Einsatzbereitschaft dokumentiert werden sollen. Wenn jemand angesichts der Belastungen am Arbeitsplatz in Alkohol- oder Tabletten-Konsum ausweicht, dann werden die dadurch ausgelösten Fehlzeiten in der Regel nicht als legitime Inanspruchnahme der Krankenrolle betrachtet, und zwar auch dann nicht, wenn am Anfang der Suchtkarriere der Versuch stand, sich durch den Konsum von Alkohol, von Drogen, Schmerzmitteln oder Antidepressiva in die Lage zu versetzen, trotz sich abzeichnender gesundheitlicher Probleme weiter arbeitsfähig zu sein. Was kaum beachtet wird, ist, dass es sich bei einem Teil der Suchtkranken von heute um die Krankheitsverleugner von gestern handeln könnte. Insoweit nun das Fehlzeitencontrolling an dieser Tradition der Suchtkrankenhilfe anschließt, wird es durch seine verallgemeinerte Anwendung nicht selten als Ausdruck einer kränkenden Unterstellung verstanden. Ebenso wie die Fehlzeitendiskussion insgesamt ist die Praxis der Rückkehrgespräche nicht selten Ausdruck einer ausgesprochenen Misstrauenskultur (Krell/Ortlieb 1999: 143 f.), zumal ja nicht selten bereits vor einem eventuellen Rückkehrgespräch klar ist, dass das Management versagt hat, wenn bei einem Arbeitnehmer beispielsweise hohe Überstunden und krankheitsbedingte Fehlzeiten in dichter Folge festzustellen sind.

Werden Rückkehrgespräche als Mittel der Abschreckung gegen krankheitsbedingte Abwesenheiten gestaltet, so können sie auch den wirtschaftlichen Interessen des Unternehmens entgegenlaufen, wenn sie die Kosten des Präsentismus (siehe oben) nicht berücksichtigt. Durch die Verengung der Debatte über betriebliche Gesundheitspolitik auf die Fehlzeitenstatistik entsteht für die Unternehmen nämlich die Gefahr, dass sich so etwas wie eine „kennziffernbasierte Fehlsteuerung“ entwickelt. Diese kommt dann sehr leicht zu Stande, wenn bestimmte Größen, die besonders leicht zu erheben sind und vermeintlich besonders exakt und zuverlässig sind – etwa weil sie bis hinter das Komma quantifiziert werden können – als vermeintlich besonders aussagekräftig betrachtet werden.

Die Instrumentalisierung von Arbeitsunfähigkeitsdaten im Rahmen von *benchmarking* und Standort *bargaining* kann sich als Problem für eine angemessene und rechtzeitige Auseinandersetzung mit Gesundheitsproblemen erweisen. Und dies nicht nur wegen der langfristigen Kosten für die Unternehmen; eine Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Problemen muss vielmehr auch dann möglich bleiben und als legitim angesehen werden, wenn den Unternehmen daraus Kosten entstehen.

6.2 Eingliederungsmanagement

Das Eingliederungsmanagement betrifft seit 2004 nicht nur Schwerbehinderte; vielmehr hat der Arbeitgeber bei allen Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres ununterbrochen oder wiederholt mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen, um erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz für die Betroffenen zu erhalten (Oppolzer 2006: 181). Damit soll verhindert werden, dass längere Fehlzeiten beispielsweise auf Grund chronischer Erkrankungen zum Arbeitsplatzverlust führen. Für alle Beschäftigten soll der Grundsatz Rehabilitation und Eingliederung statt Entlassung gelten.

Das Eingliederungsmanagement bedarf jedoch der „Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person“ (§ 84 Abs.2 SGB IX). Diese Freiwilligkeit ist allerdings insofern faktisch eingeschränkt, als die Durchführung

eines betrieblichen Eingliederungsmanagements zugleich einer möglichen Kündigung vorgeschaltet ist. Zwar kann eine Weigerung des Beschäftigten nicht unmittelbar eine Kündigung rechtfertigen, doch es muss damit gerechnet werden, dass bei einer Weigerung in einem möglichen Kündigungsschutzprozess erfolgreich vorgebracht werden kann, der Betroffene habe nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um dem krankheitsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes vorzubeugen (Oppolzer 2006: 186 f.). Auf der andern Seite kann dann, wenn der Arbeitgeber seinerseits kein betriebliches Eingliederungsmanagement praktiziert, gegen eine Kündigung erfolgversprechend eingewandt werden, der Arbeitgeber habe die Kündigung nicht als ultima ratio eingesetzt.

Das Eingliederungsmanagement soll Voraussetzungen einer frühzeitigen Rückkehr in den Betrieb schaffen und bietet den Beschäftigten die Möglichkeit, anstelle des Krankengeldbezugs den vollen Lohn zu erhalten. Rehabilitation statt Entlassung wird angestrebt. Häufig wird nach der Zustimmung gefragt, ärztliche Daten zusammenzutragen und beispielsweise den Hausarzt von seiner Schweigepflicht zu entbinden.

So wichtig es sein mag, für die realistische Abschätzung von gesundheitlichen Belastungen und Bedingungen einer Reintegration in den Arbeitsprozess den Datenschutz mit Zustimmung der Betroffenen zu lockern, so problematisch ist doch andererseits ein solcher „ganzheitlicher“ Zugriff auf die Person. Auch hier dürfte sehr viel vom Einzelfall, vom mikropolitischen Klima des Betriebs und von der Durchsetzungsfähigkeit und dem Einfallsreichtum des Betriebsrats abhängen. Es handelt sich um eine extrem sensible Materie; aber wenn der Betriebsrat sich als eine Instanz erweist, die dort, wo individuelle Aushandlungsversuche gesundheitlich belasteter Kollegen nicht mehr aussichtsreich erscheinen, wirkungsvoll agieren kann, gewinnt er ein erweitertes Aufgabenprofil und damit auch neue Legitimität. Dies kann gerade dort wichtig werden, wo es darum geht, auch außerhalb der traditionellen Facharbeiterklientel der Gewerkschaften Beschäftigte von der Wichtigkeit kollektiver Interessenvertretung zu überzeugen.

Vielfach wurde es als rechtssystematisch nicht sehr glücklich bezeichnet, dass diese Regelungen im Schwerbehindertenrecht angesiedelt wurden. Bei der Durchführung einer entsprechenden Maßnahme ist die Mitwirkung der „zuständigen Interessenvertretung“ vorgesehen, das heißt des Betriebsrats oder des Personalrats. Dabei erstreckt sich die Mitbestimmung der Idee nach sowohl auf die prozessuale Durchführung als auch auf den materialen Inhalt der Maßnahmen (Oppolzer 2006: 184). Diese Aufgabe sollte nicht einfach pauschal an die Schwerbehindertenvertretung delegiert werden, sie ist vielmehr für die Betriebsratsarbeit insgesamt zentral. Hier besteht in der Praxis noch vielfach Regelungsbedarf, etwa in Gestalt einer Betriebsvereinbarung (vgl. Oppolzer 2006: 190).

Das Eingliederungsmanagement stellt ein Recht der Beschäftigten dar, es besteht für sie – anders als im Falle der Rückkehrgespräche – keine Verpflichtung zur Teilnahme. Der Betriebsrat besitzt dabei ein Mitspracherecht. Dennoch bestehen in der Durchführung im Einzelfall Vertrauensprobleme, zumal sensible Bereiche des Datenschutzes ins Spiel kommen können. In der Praxis gilt es bei den Beschäftigten unbedingt den Eindruck zu vermeiden, dass es sich im Grunde doch um eine Art von Krankenrückkehrgespräch handeln könnte, das weniger der Unterstützung, als vielmehr der Kontrolle beziehungsweise der Abschreckung dienen soll. Die Beteiligung muss unbedingt freiwillig erfolgen.

Unter Bedingungen alternder Belegschaften wird nicht nur eine alternsgerechte Arbeitsgestaltung, sondern auch die gezielte Förderung des Verbleibs gesundheitlich belasteter Beschäftigter im Erwerbssystem zur zentralen Aufgabe. Das Eingliederungsmanagement wird in dem Maße an Bedeutung gewinnen, indem es gestattet, positive Perspektiven für alternde Belegschaften aufzuzeigen. Betriebliches Eingliederungsmanagement betrifft dann nicht mehr nur eine Sondergruppe der Schwerbehinderten am Rande der Belegschaft. Es geht im Kern um die Frage, wie Mitarbeiter trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen erwerbstätig bleiben können, wenn Verweisarbeitsplätze im Rahmen schlanker Unternehmensstrukturen weitgehende wegfallen beziehungsweise outgesourced werden. Diese Diskussion beschäftigt die Gewerkschaften nicht erst seit gestern (vgl. Elsner/Volkholz 1991) und ist nach wie vor ein entscheidendes Thema auf der Ebene des Unternehmens und der Betriebe (IG Metall-Vorstand/Sozialforschungsstelle Dortmund 2003, 2004). Gerade deshalb betont die IG Metall: „Keine Jagd auf Kranke: Eingliedern statt kündigen.“ (Gesünder arbeiten Nr. 26)

Ebenso wie die Anwesenheitsverbesserungsprogramme stellt das betriebliche Eingliederungsmanagement letztlich eine reaktive Strategie dar, die auf Schadensbegrenzung, nicht Schadensvermeidung gerichtet ist. Präventiv wirkt sie erst, nachdem das Kind in den Brunnen gefallen ist und nunmehr nach Wegen gesucht wird, eine Wiederholung zu vermeiden. Offensive Konzepte betrieblicher Gesundheitspolitik wie etwa das Instrument der Überlastungsanzeige oder der Gefährdungsbeurteilung erscheinen daher attraktiver und Erfolg versprechender.

6.3 Überlastungsanzeige

Der Begriff „Überlastungsanzeige“ taucht bislang in Gesetzen, Verordnungen oder Tarifverträgen nicht auf. Dennoch basiert das Instrument der Überlastungsanzeige auf rechtlichen Regelungen insbesondere des Arbeitsschutzgesetzes und des Bürgerlichen Gesetzbuches. Gemäß § 15 (1) Arbeitsschutzgesetz sind Beschäftigte dazu verpflichtet, bei der Arbeit für ihre eigene Sicherheit und Gesundheit sowie für Sicherheit und Gesundheit der Personen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind, Sorge zu tragen. Gemäß § 16 (1) haben die Beschäftigten dem Arbeitgeber oder dem zuständigen Vorgesetzten jede von ihnen festgestellte unmittelbare erhebliche Gefahr für die Sicherheit und Gesundheit zu melden. Im Rahmen der in § 242 BGB festgelegten Treuepflicht ist ein Mitarbeiter verpflichtet, dem Dienstgeber einen drohenden oder voraussehbaren Schaden unverzüglich anzuzeigen. Liegt über einen längeren Zeitraum eine übermäßige Arbeitsbelastung vor und drohen hierdurch Schäden oder sind diese für die Mitarbeiter voraussehbar, so sind diese verpflichtet, dies dem Arbeitgeber zu melden.

Die Überlastungsanzeige ist ein schriftlicher Hinweis an den Arbeitgeber bezüglich der Arbeitsbedingungen, die eine ordnungsgemäße Erfüllung der Arbeitsleistung gefährden und damit zu Schäden sowohl beim Arbeitgeber als auch bei Dritten (zum Beispiel Kunden oder Patienten) führen können. Gesetzliche Regelungen zu diesem Instrument fehlen, es hat sich in der betrieblichen Praxis entwickelt. Allgemein sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Rahmen der sog. Treuepflicht verpflichtet, die Arbeitsleistung ordnungsgemäß zu erbringen und dabei Schäden des Arbeitgebers zu vermeiden und möglichst zu verhindern, dass er wegen Schäden Dritter in Anspruch genommen wird. Die Anzeige dient dazu, den Arbeitgeber auf organisatorische Mängel hinzuweisen, so dass dieser sie ausräumen kann. Dabei bleibt die Verpflichtung der Arbeitnehmer erhalten, ihre Arbeit mit größtmöglicher Sorgfalt zu erledigen. Unterlässt ein Arbeitnehmer pflichtwidrig eine Überlastungsanzeige und unterlaufen ihm dann Fehler wegen Arbeitsüberlastung, die Schäden beim Arbeitgeber oder auch bei Dritten, beispielsweise den Kunden des Arbeitgebers, auslösen, so kann der Arbeitnehmer in derartigen Fällen schadenersatzpflichtig gemacht werden.

Praktisch bedeutsam sind solche Haftungsrisiken vor allem dort, wo wie im ärztlichen und pflegerischen Bereich sich Klagen häufig nicht gegen die Klinik- oder Pflegedienstleitung, sondern gegen einzelne Beschäftigte richten, da der Kläger in der Regel die Organisationsstruktur des Krankenhauses und die damit verknüpften Probleme nicht überschauen kann und daher eher Behandlungsfehler als Managementfehler geltend macht (vgl. Mörsel 2005). Generell dürften Haftungsprobleme eher für die Beschäftigten in Dienstleistungsbranchen mit persönlichem Kundenkontakt auftreten, während sich Reklamationen beispielsweise wegen eines „Montagsautos“ nicht gegen den einzelnen Montagearbeiter richten (können). Dass das Thema „Überlastungsanzeigen“ im gewerblichen Bereich bislang keine große Bedeutung besitzt, bedeutet freilich nicht, dass dort das Problem der Überlastung selbst keine Rolle spielte.

Die Überlastungsanzeige hat zunächst im Pflegebereich Bedeutung gewonnen, findet inzwischen aber auch in anderen Bereichen Anwendung, beispielsweise im Finanzsektor und im Justizwesen. Sie ist ein Instrument, um gegenüber den Vorgesetzten darauf hinzuweisen, dass das professionell gebotene Niveau der Auftragsbefriedigung angesichts des Arbeitsanfalls oder der personellen Besetzung des betreffenden Bereichs nicht jederzeit gewährleistet ist. Sie stellt den betreffenden Mitarbeiter keineswegs von der Pflicht der Aufgabenerfüllung frei, sondern verweist gegenüber den Vorgesetzten (nicht gegenüber Kunden, Klienten, Patienten oder der Öffentlichkeit) auf mögliche Gefahren, insbesondere Haftungsrisiken. Sie dokumentiert damit eine Belastungssituation, die nicht notwendig Gesundheitsschäden zur Folge hat, aber doch in einer ganzen Reihe von Fällen zu gesundheitlichen Problemen für die Beschäftigten führen kann. Wenn Beschäftigte nämlich wegen struktu-

reller Überlastung ihre Tätigkeit nicht gemäß den Standards professioneller Sorgfaltspflicht erledigen können, kann dies zu psychischen Belastungen aufgrund einer Selbstwertkrise führen.

Das Fehlen präziser rechtlicher Regelungen und Ausführungsbestimmungen erschwert die Nutzung des Instruments der Überlastungsanzeige. Ähnliches gilt auch für das im Rahmen „toyotistischer“ Arbeitskonzepte deklarierte Recht der Beschäftigten, im Interesse der Qualitätssicherung bei Bedarf das Band anzuhalten („Andon“-Leine beziehungsweise -Knopf). Leicht wird eine Überlastungsanzeige nämlich von den Vorgesetzten als Indiz dafür gewertet, dass die MitarbeiterInnen ihrer Aufgabe nicht gewachsen seien. Unsere GesprächspartnerInnen im Betriebsrat einer Bank berichteten, dass Beschäftigte, die eine solche Überlastungsanzeige gemacht haben, anschließend von ihrem Vorgesetzten regelrecht „vorgeführt“ wurden. Dieser habe demonstrativ die Arbeit eines Mitarbeiters sortiert und seines Erachtens eine Struktur geschaffen, die ein effektiveres Arbeiten ermöglichen würde. Bleibt dann die kollegiale Unterstützung in einer solchen Drucksituation aus, so erweist sich dieses rechtliche Instrument sozial als wirkungslos. Seine Inanspruchnahme wird als Akt der Illoyalität oder als Eingeständnis eigener Schwächen und Unzulänglichkeiten hingestellt, nicht als verantwortliches Handeln eines seine erweiterten Steuerungsaufgaben wahrnehmenden Mitarbeiters. Gleichwohl kann die Überlastungsanzeige unter den entsprechenden betrieblichen Rahmenbedingungen ein praktikables rechtliches Mittel sein. Es wird daher auch von ver.di Nordrhein-Westfalen auch für den Finanzdienstleistungssektor als eine Möglichkeit vorgestellt.²¹

6.4 Gefährdungsbeurteilung

Im Falle der in § 5 Arbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung ist der „Repressionsaspekt“ nicht in der gleichen Weise greifbar wie im Falle der Rückkehrgespräche. Insofern die Gefährdungsbeurteilung mit der Reform des Arbeitsschutzrechts von 1996 an die Stelle ins Detail gehender Arbeitsschutzregelungen getreten ist, ist sie einerseits Ausdruck einer gewissen Liberalisierung und Deregulierung des Arbeitsschutzes. Denn die konkrete Durchführung und Ausgestaltung der Gefährdungsbeurteilung ist im Wesentlichen den Betrieben überlassen und nicht sanktionsbewehrt. Andererseits aber bietet sie erweiterte Möglichkeiten für eine betriebliche Gesundheitspolitik und die Einwirkung der Betriebsräte. Anders als beim traditionellen Arbeitsschutz liegt dem neuen Paradigma ein umfassendes Gesundheitsverständnis zugrunde, es geht nicht mehr nur um die Abwehr bestimmter Gefahren, sondern um eine systematische Identifikation und Abwehr unterschiedlichster Quellen der Gesundheitsbeeinträchtigung:

„Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind. Der Arbeitgeber hat die Beurteilung je nach Art der Tätigkeit vorzunehmen.“ (§ 5 ArbSchG). Mit der generellen Einbeziehung aller Gesundheitsgefährdungen und der Vorgabe, dass die Beurteilungsform für die jeweilige Arbeit angemessen sein soll, ergeben sich insbesondere neue Möglichkeiten der Identifizierung von Gefährdungen, die sich als psychische Belastungen und Stress äußern, die in der Arbeitsorganisation, den sozialen Bedingungen, dem Arbeitsablauf, der Dauer und Lage der Arbeitszeit und der jeweiligen Verantwortung angelegt sind.

Diese erweiterten Möglichkeiten müssen jedoch auf betrieblicher Ebene in die Praxis umgesetzt werden. Die Offenheit der neuen Regulierungsform beinhaltet hier zugleich, dass die Implementierung in erheblichem Maße von den betrieblichen Bedingungen und der Durchsetzungsfähigkeit der betrieblichen Akteure abhängig ist. Es verwundert daher nicht, dass „der neue Ansatz des Arbeitsschutzgesetzes auch heute noch nur bruchstückhaft und völlig unzureichend umgesetzt worden ist“ (Ein strategischer Neuansatz...: 13). Eine Untersuchung des WSI im Rahmen der WSI-Betriebsrätebefragung 2004 ergab, dass nur etwa die Hälfte aller Betriebe der Privatwirtschaft mit Betriebsräten und über 20 Beschäftigten zwischen 1996 und 2004 eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt hatte. Aber nur 23,3 Prozent der Betriebe haben die Möglichkeiten der neuen Regulierung genutzt und auch psychische Belastungen berücksichtigt. Legt man Qualitätskriterien an und betrachtet nur diejenigen Maßnahmen als angemessene Gefährdungsbeurteilungen, die zumindest psychische Belastungen berücksichtigen, eine Dokumentation vorsehen, Maßnahmen ableiten und umsetzen

21 Vgl. http://fidi.nrw.verdi.de/faire_arbeit/ueberlastungsanzeige. Vgl. für die Kliniken: Feld-Fritz 2006.

und deren Wirksamkeit kontrollieren wollen, so erfordern nur 5,8 Prozent der Betriebe aus der Befragung diese Kriterien (Ahlers/Brussig 2005: 518 f.; Lenhardt/Rosenbrock 2006: 68 ff.).

Auch in den Betrieben, in denen wir Gespräche geführt haben, zeigte sich überwiegend eine nur sehr bruchstückhafte Nutzung der Möglichkeiten einer Gefährdungsbeurteilung. Im einen Fall werden weiterhin vor allem gefährliche Stoffe in den Blick genommen, in anderen konzentriert sich die Gefährdungsbeurteilung auf die Untersuchung vermeintlich objektiver Gegebenheiten wie Mobiliar, Beleuchtungs- und Belüftungseinrichtungen, während die subjektive Wahrnehmung von Arbeitsbedingungen oder die Wirkung sozialer „Klima“-Faktoren unbeachtet bleiben oder zumindest als schwer nachweisbar ausgeklammert werden. Dabei wurde deutlich, dass die neuen Möglichkeiten noch kaum bekannt sind oder dass weitgehend Unklarheit darüber besteht, wie sie praktisch umgesetzt werden können. Wie die Schwierigkeiten zeigen, auf die Bemühungen des Betriebsrats in einer Bank stoßen, dem Stress der Beschäftigten mit einer Gefährdungsbeurteilung entgegenzuwirken, trifft gerade der Einbezug von Arbeitsorganisation, Zeitdruck und Betriebsklima in eine Gefährdungsbeurteilung auf Abwehr beim Management. Die Verwirklichung von Gefährdungsbeurteilungen, die ihren Namen verdienen, müssen daher Teil eines strategischen Konzepts der Gesundheits- und Arbeitspolitik betrieblicher Interessenvertretung sein, wie umgekehrt auch das Instrument der Gefährdungsbeurteilung ein Instrument arbeitspolitischer Interessenvertretung sein kann. Hierfür ist es wichtig, den Erfahrungsaustausch zwischen Arbeitnehmervertretern aus verschiedenen Unternehmen und Branchen zu fördern und praktikable Schritte und Verfahren der Umsetzung auszuarbeiten, wie sie als Konzept teilweise bereits vorliegen (vgl. etwa Satzer 2006).

Allerdings konzentrieren sich bisherige Konzepte und Überlegungen der Gefährdungsbeurteilung auf die betriebliche Verursachung von Erkrankungen. Notwendig erscheint darüber hinaus aber, die Hemmnisse in den Blick zu nehmen, die durch Arbeitsformen und Arbeitsorganisation für den Umgang mit gesundheitlichen Belastungen entstehen, gleichgültig, woraus sie resultieren. Das betrifft zum einen gesundheitliche Belastungen, die sich an der Schnittstelle von Arbeit und privatem/familiärem Leben ergeben, etwa durch rigide und willkürlich festgesetzte Dienstpläne, entgrenzte Anforderungen an die Verfügbarkeit der Beschäftigten für die Arbeit (Voswinkel/Kocyba 2005). Und nicht zuletzt müssen die Gefährdungspotenziale beachtet werden, die aus der wachsenden Schwierigkeit resultieren, angesichts von Terminvorgaben, kollegialem Gruppendruck und Angst um den Arbeitsplatz rechtzeitig auf gesundheitliche Belastungssituationen zu reagieren. Mit anderen Worten: *Auch die Gefahren betrieblicher Krankheitsverleugnung müssen Gegenstand der Gefährdungsbeurteilung werden*, unabhängig davon, ob die unmittelbare Krankheitsursache in der Arbeit selbst verortet werden kann.

In dem Maße, in dem eine Gefährdungsbeurteilung nicht auf eine vorab definierte Liste möglicher Gefahren zurückgreifen kann, muss zunehmend vor Ort ausgehandelt werden, was unter welchen konkreten Bedingungen ein Gefährdungspotenzial verkörpert. Psychische Belastungen wie Stress können nicht wie Lärm, Feuchtigkeit oder Temperaturbelastungen relativ einfach gemessen werden. Hier ist ein kritisches Expertenwissen erforderlich, über das die Beschäftigten und auch die Interessenvertretung nicht unbedingt bereits von Haus aus verfügen. Wichtig ist gerade deshalb die Beteiligung der Beschäftigten selbst. Gerade hier gibt es erhebliche Realisierungsmängel (Romahn 2006: 85).

Die Gründe dafür sind gravierend. Erstens sind Widerstände auch bei den Beschäftigten zu nennen. Gerade wenn „psychische Belastungen“ thematisiert werden sollen, verstehen viele hierunter psychische Krankheiten. Man denkt an Depressionen, mentale Auffälligkeiten, Suchterkrankungen. Das ist ein Thema für den Sozialdienst, aber man selber fühlt sich hier nicht angesprochen (Resch/Blume 2004: 12). Psychische Belastungen sind jedoch keineswegs mit seelischen Erkrankungen gleichzusetzen. Zwar kann aus Überforderung auch eine Depression entstehen, vielleicht reagiert der Betroffene auch mit gesteigertem Alkoholkonsum. Aber mehr noch resultieren aus psychischen Belastungen wie Stress Erkrankungen der Herz-Kreislauf- oder des Magen-Darm-Bereichs. Zweitens greifen hier die Mechanismen, die auch der Krankheitsverleugnung zugrunde liegen können. Der Beschäftigte fühlt sich in seinem Selbstbild beschädigt, wenn er (sich) eingesteht, dem Stress nicht gewachsen zu sein, möglicherweise umso mehr gerade dann, wenn der Betrieb Stressmanagement-Maßnahmen anbietet. Drittens kann er fürchten, dass seine Klage über zu hohe Stressbelastung vom Arbeitgeber gegen ihn gewendet wird, als Zeichen dafür, dass er wegen Überforderung aussortiert werden müsste

(Resch/Blume 2004: 12 f.). Und viertens schließlich genügt es sicher nicht, dass sich jemand durch die Arbeit gestresst fühlt, um hieraus eine belastbare Gefährdungsbeurteilung abzuleiten.

Gleichwohl spielen die Wahrnehmungen der Beschäftigten und ihre Selbstbeobachtung gerade für die psychologische Arbeitsanalyse eine unverzichtbare Rolle (Zapf 1989; Flick 1991). Deshalb ist es wichtig, Methoden zu entwickeln, wie die Betroffenen selbst trotz – und unter Berücksichtigung – der genannten Probleme in die Identifikation von Gefährdungen einbezogen werden können.

Ein manchmal bereits angewandtes Mittel ist die Mitarbeiterbefragung. Hierfür gibt es verschiedene Konzepte, in denen die Beschäftigten in unterschiedlichem Grade aktiv teilnehmen oder vorgefertigte Items auszufüllen haben (vgl. Heegner 2006 und das Konzept von Satzer 2006: 25 ff.; vgl. auch Holm/Geray 2006). In einer Bank wurde vom Gesamtbetriebsrat ein „Selbstcheck“ durchgeführt. Die Beschäftigten erhielten die Gelegenheit, einen Fragebogen auszufüllen und eine persönliche Situationsschilderung anzufügen. Der Rücklauf lag bei etwa 1300 Fragebögen, mit mehrheitlich gravierenden Belastungsdiagnosen. Über die Bestandsaufnahme hinaus sollte diese Aktion die Beschäftigten anregen, sich mit ihrer Belastungssituation auseinanderzusetzen und mit KollegInnen auszutauschen.

In den letzten Jahren haben weitere Untersuchungsverfahren Aufmerksamkeit geweckt, die den Versuch machen, das vorhandene Laienwissen der Beschäftigten für eine Gefährdungsbeurteilung und darüber hinaus generell für die Formulierung von Aufgaben und Zielen betrieblicher Gesundheitspolitik nutzbar zu machen. Es handelt sich um Beobachtungsverfahren, Interviewtechniken, Gruppendiskussionen und um Visualisierungsverfahren wie das Gesundheitsmapping (vgl. Keith u.a. 2002).

Das Gesundheitsmapping dient international seit vielen Jahren als Instrument zur Erhebung von Daten, zur Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen sowie zur Entwicklung von Schutzmaßnahmen und Mobilisierung der Beschäftigten zum Thema Gesundheit. Die Methode wurde in Kanada und den USA entwickelt und wird in den USA, Kanada und England von Gewerkschaften und GesundheitsberaterInnen auf breiter Ebene angewandt. Sie wird in der Regel in Kleingruppenarbeit von Beschäftigten desselben Arbeitsbereiches durchgeführt. ²² Beim „Body-Mapping“ geht es um die Ermittlung und Darstellung von Gesundheitsproblemen. Auf einem großen Blatt Papier wird eine grobe Körperskizze aufgezeichnet. Die KollegInnen sollen auf die Bereiche des Körpers Punkte kleben, an denen gesundheitliche Probleme auftreten. Danach werden die Gesundheitsprobleme neben die Punkte geschrieben. Was sind die Ursachen der Probleme, gibt es Häufungen? Lassen sich Schlussfolgerungen zur Arbeit ziehen? Das Arbeitsplatzmapping zielt auf Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz. Die KollegInnen zeichnen den Arbeitsplatz (Büro, Werkstatt, Arbeitsbereich) und kennzeichnen und notieren darauf ihre existierenden Probleme und Gesundheitsrisiken. Dabei kommen auch Zusammenhänge zum Body-Mapping zur Sprache. Mit dem Mapping „Deine Welt“ sollen die Auswirkungen der Arbeit und der mit ihr verbundenen Probleme auf das Leben herausgearbeitet werden. Wie wirkt sich die Arbeit auf die Familie aus, auf soziale Aktivitäten, auf Hobbies und Freizeitbeschäftigungen, auf körperliches und seelisches Befinden? Die unterschiedlichen Lebensbereiche können mit Symbolen oder Worten dargestellt werden. Wie bestimmt die Arbeit das Leben? Wie beansprucht sie Zeit, Gedanken, Wohlbefinden und Energie? Was für Auswirkungen gibt es?

Die Aufstellung einer Prioritätenliste von Problemen und die Planung entsprechender Lösungsmöglichkeiten sollen nach Vorstellung der Vertreter dieses Konzepts dabei helfen, einen Plan zur Veränderung des Arbeitsumfeldes zu entwickeln. Jeder Schritt zur Veränderung soll zu einer größeren Kontrolle über den Arbeitsplatz beitragen und sich damit positiv auf Gesundheit und Leben auswirken. Das Gesundheitsmapping versucht das Expertenwissen der KollegInnen zu nutzen und sie dabei als Subjekte zu beteiligen. Dies soll ihnen dabei helfen, über ihren Arbeitsplatz und ihr Leben nachzudenken und Zusammenhänge zu erkennen. Ziel ist es, sie zu eigenem Handeln und zum Engagement für ihre eigenen Interessen anzuregen. Sinnvoll ist es, die eigenen Erfahrungen der Beschäftigten artikulierbar, erzählbar zu machen und die Ergebnisse mit anderen Formen der Erhebung und Dokumentation von Belastungen am Arbeitsplatz zu vergleichen und zu verknüpfen.

22 Vgl. „Gesundheitsmapping“, in Lunte 2005 und für den Pflegebereich Heegner 2006: 19.

6.5 Fazit

Alle aufgezählten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitspolitik können von ihren Ergebnissen her als halb voll oder halb leer beschrieben werden, sie weisen alle eine bestimmte Janusgesichtigkeit auf. Sie bieten Möglichkeiten, ergonomische Schwachpunkte, schwer fassbare neue Belastungen zu identifizieren, Ausgrenzung entgegenzuwirken. Aber andererseits können sie auch zur Jagd auf Kranke dienen, sie können wegen zu oberflächlich ansetzender Gefährdungsbeurteilungen ins Leere laufen, können Mitarbeiter in Gefahr bringen, sich selbst zu desavouieren oder zu demontieren, können zum gläsernen Mitarbeiter führen: Der Datenschutz wird aufgeweicht und zugleich wird eine Restkategorie definiert, der trotz (oder auf Grund) des Eingliederungsmanagements dann doch gekündigt wird.

Bei der Frage der Bewertung dieser Instrumente geht es nicht um den Streit darüber, ob die aufgeführten Maßnahmen generell als Fluch oder als Segen zu deuten sind. Entscheidend ist vielmehr, wie sie jeweils gehandhabt werden, wie die Beschäftigten beteiligt werden können, welche Machtressourcen dem Betriebsrat zur Verfügung stehen und wie er sie erfolgreich einsetzen kann, unter welchen Bedingungen und für wen hier Win-Win-Situation möglich sind, wo eher die klassisch-defensive Schutzfunktion des Betriebsrats gefragt ist und wo Gestaltungsaufgaben anzugehen sind.

7. Zusammenfassung

Zumindest was die Entwicklung und Diskussion von Konzepten anbetrifft, können in den letzten Jahren Fortschritte bei der Entwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung registriert werden. Es könnte scheinen, dass diesen Fortschritten auch der kontinuierliche Rückgang der Fehlzeiten entspricht, die nunmehr einen historischen Tiefststand erreicht haben. Ob jedoch der Krankenstand tatsächlich eine Kennziffer ist, die angemessene Aussagen über die Gesundheit von Belegschaften ermöglicht, muss bezweifelt werden. Denn unter den Ursachen für sinkende Fehlzeiten gibt es sowohl solche, die für verbesserte Gesundheit sprechen, als auch solche, die auf Formen der Krankheitsverleugnung hinweisen, also darauf, dass Beschäftigte trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen sich nicht arbeitsunfähig melden, sondern zur Arbeit erscheinen. Dieses inzwischen auch als „Präsentismus“ kritisierte Phänomen weist darauf hin, dass Fehlzeiten durchaus auch ein Indikator eines salutogenen Verhaltens sein können, wenn sie nämlich anzeigen, dass sich Betriebe und Beschäftigte mit Krankheiten auseinandersetzen und ermöglichen, sie auszukurieren. Die „Fehlzeiten“ sind als zentrale Kennziffer der Beschäftigtengesundheit und gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen alleine also wenig geeignet, vielmehr müssen auch die ihr zugrundeliegenden Prozesse und betrieblichen Gesundheitskulturen in den Blick genommen werden.

Die vorliegende explorative Studie hat sich mit Formen des Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen und Krankheiten beziehungsweise Krankheitssymptomen beschäftigt, die durch vorschnelle Entdramatisierung, Verharmlosung, Vertagen oder Keine-Konsequenzen-Ziehen charakterisiert sind.²³ Wir bezeichnen sie als *Krankheitsverleugnung*. Sie lässt sich sowohl auf individueller als auch auf betrieblicher Ebene betrachten.

Mit Bezug auf das Verhalten des Individuums lassen sich Formen der Krankheitsverleugnung danach unterscheiden, wie bewusst sie dem Einzelnen sind, ob er Krankheitssymptome also Kollegen und Vorgesetzten verschweigt, sich selbst nicht eingesteht oder sie gar nicht zur Kenntnis nehmen will. Wir haben uns in dieser Vorstudie allerdings mit der betrieblichen Ebene der Krankheitsverleugnung beschäftigt. Hier werden Kranke beziehungsweise Krankheiten systematisch, teilweise durch institutionalisierte Regeln und Maßnahmen ignoriert, diskriminiert oder missachtet. Krankheit wird nicht als normaler Bestandteil des menschlichen Lebens behandelt, die deshalb auch Teil der normalen Arbeitswelt ist, für die das Unternehmen eine bestimmte Verantwortung zu tragen hat.

Wir haben in Gesprächen vor allem mit Betriebsräten verschiedener Branchen hierbei folgende Formen der Krankheitsverleugnung identifizieren können, die im einzelnen Fall auch kombiniert auftreten können: Im Falle der *Verantwortungsabwehr* wird die gesundheitliche Beeinträchtigung als alleiniges Problem der Beschäftigten behandelt: Bei der *Opferfürsorge* nimmt das Unternehmen zwar gesundheitliche Belastungen durch die Arbeitsbedingungen grundsätzlich hin, versucht aber, besonders Betroffenen Auswege zu eröffnen. Wenn Arbeitsformen und -organisation so gestaltet sind, dass jede Krankheit zu Funktionsproblemen bei der normalen Bewältigung der Arbeit führt, sprechen wir von *Ignorierung*. *Kontrolle* liegt vor, wenn das Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Beschäftigten nicht als Privatsache, sondern als Managementaufgabe gilt. Kontrolle kann sich als reine *Disziplinierung* erweisen, wenn Kranksein mit Nachteilen oder Sanktionen verknüpft und den Kranken mit Misstrauen begegnet wird. Sie hat einen mehr *fürsorglichen* Charakter, wenn gesundheitsgerechtes Verhalten nicht nur gefordert, sondern auch gefördert wird.

Wenn man betriebliche Krankheitsverleugnung untersucht, so geht es nicht um die Aspekte der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsorganisation, des Betriebsklimas, die gesundheitliche Beeinträchtigungen *verursachen*, sondern um diejenigen, die es erschweren, Krankheiten auszukurieren, unabhängig davon, wo sie ursächlich entstanden sind. Der Betrieb tritt in dieser Perspektive, könnte man zugespitzt sagen, nicht als Verursacher von Krankheiten, sondern als derjenige auf, der Gesundung verhindert.

Krankheitsverleugnung in diesem Sinne kann unterschiedliche Ursachen haben: In der Angst um den Arbeitsplatz, im Termindruck von Arbeiten, in der kollegialen Verantwortung gegenüber KollegInnen in Team- und Gruppenarbeit, aber auch im Gruppendruck, in einer Arbeitsidentität, die Leistungsschwäche nicht toleriert,

23 Es handelt sich um vorläufige Ergebnisse einer Vorstudie, deren Belastbarkeit in einer umfassenderen empirischen Untersuchung zu prüfen wäre.

und in Formen sozialer Anerkennung, die nur Erfolg und eine ständige Höchstleistungsfähigkeit honoriert. Krankheitsverleugnung hat also eine individuelle und eine betriebliche Seite, aber die betriebliche Gesundheitskultur setzt wesentliche Rahmenbedingungen, Anreize und Restriktionen individuellen Gesundheits- und Krankheitsverhaltens. Dabei kann auch das Streben nach einem „gesunden Betrieb“ in quasi paradoxer Weise dazu führen, Krankheiten zu delegitimieren. Deshalb ist zugespitzt festzuhalten: Ein „gesunder“ Betrieb ist zugleich ein „krankheitsfähiger“ Betrieb.

Das wird auch im Umgang mit der Kennziffer „Fehlzeiten“ deutlich: Richten sich die Bemühungen betrieblicher Gesundheitspolitik einseitig darauf, die Fehlzeiten zu reduzieren, so werden damit möglicherweise nur gesundheitliche Beeinträchtigungen verschoben und chronifiziert. Je radikaler die Fehlzeiten reduziert werden sollen, desto stärker dürften die ökonomischen und sozialen Kosten für eine weitergehende Reduktion ansteigen. Teilweise werden Kosten nur zwischen einzelnen Institutionen verschoben oder zeitlich verlagert, wenn also künftige teure Erkrankungen ihre Ursachen darin haben, dass heute billige Erkrankungen institutionell verleugnet werden.

Die Gefahr der Krankheitsverleugnung als Rückseite von Bemühungen um eine Senkung des Krankenstandes und um betriebliche Gesundheitsförderung ist auch bei den Instrumenten betrieblicher Gesundheitspolitik zu berücksichtigen. So erweisen sich Krankenrückkehrgespräche als zwiespältig, weil sie nicht nur gesundheitliche Belastungen aufdecken, sondern auch die Beschäftigten dazu veranlassen können, krank zur Arbeit zu erscheinen. Das Eingliederungsmanagement muss verbunden werden mit der Gestaltung angemessener Arbeitsbedingungen. Ein Instrument wie die Überlastungsanzeige kann zwar auf besondere Belastungen und Überforderungen hinweisen, es enthält aber stets die Gefahr, dass sich der Betroffene selbst negativ als „Überforderter“ etikettiert. Deshalb muss sie Teil einer kollektiven Strategie sein. Die Möglichkeiten der Gefährdungsbeurteilung müssen auch im Hinblick auf Arbeitsorganisation, psychische Belastungen und Betriebsklima genutzt werden, darüber hinaus sollte auch die „Krankheitsfähigkeit“ der Arbeitsbedingungen und der Arbeitssituation in den Blick genommen werden.

Diese Erweiterung einer salutogenetischen Betrachtungsweise betrieblicher Gesundheitspolitik um den Aspekt der Krankheitsfähigkeit betrieblicher Arbeitsbedingungen ist nicht zuletzt dann erforderlich, wenn die Beschäftigten auch in höherem Alter noch arbeiten (können) sollen. Gerade dann kann es nicht mehr nur um die kausale Verursachung von Krankheiten gehen. Wichtig ist darüber hinaus, inwieweit im Rahmen bestehender Beschäftigungsverhältnisse eine Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Belastungen erfolgen kann, die ein längeres aktives Verweilen im Beschäftigungssystem möglich macht. Auch im Sinne der „Work-Life-Balance“ muss es um arbeitsorganisatorische Bedingungen gehen, die Arbeit angesichts familiärer und anderer mit der Lebensführung verbundener Belastungen erlauben. Anstelle einer „Jagd“, die sozialdarwinistisch die Leistungsschwachen und nicht jederzeit Verfügbaren aus der Arbeitswelt vertreibt, muss eine Politik treten, die einen möglichst langen Verbleib im Erwerbssystem zumutbar und darüber hinaus auch attraktiv machen soll.

Literatur

- Ahlers, E./Brussig, M. (2005): Gefährdungsbeurteilungen in der betrieblichen Praxis, in: WSI-Mitteilungen 58, H. 9; S. 517-523.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen/Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Dokumentation 2004: Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs.1 und 2 SGB V. Bergisch-Gladbach.
- Badura, B./Ritter, W./Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Forschung aus der HBS. Berlin.
- Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.) (2004): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin-Heidelberg.
- Bamberg, E. (2004): Stress bei der Arbeit und Maßnahmen der Stressreduktion: Aktuelle Konzepte und Forschungsergebnisse; in: Arbeit 13, H. 3; S. 264-277.
- Bamberg, E./Busch, C. (2006): Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt, in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 50, H. 4; S. 215-226.
- BARMER-Gesundheitsreport (2006): Hrsgg. von der Barmer Ersatzkasse. Wuppertal.
- Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Anotonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Hrsgg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 6. Köln.
- Bertelsmann-Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (Hg) (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh.
- BKK-Gesundheitsreport (2006): Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen. Hrsgg. vom BKK Bundesverband.
- Bödeker, W./Friedel, H./Röttger, C./Schröer, A. (2002): Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen, in: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Forschungsbericht 946. Bremerhaven.
- Bödeker, W./Friedel, H./Friedrichs, M./Röttger, Ch. (2006): Kosten der Frühberentung. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Fb 1080. Dortmund-Berlin-Dresden.
- Bollinger, H. (2001): Neue Formen der Arbeit – neue Formen des Gesundheitsschutzes: Das Beispiel Projektarbeit, in: WSI-Mitteilungen 54, H. 11; S. 685-691.
- Buhr, P./Klinke, S. (2006): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. WZB-discussion paper SP I 2006-311. Berlin.
- Busch, R./AOK Berlin (Hg) (2004): Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Bilanz und Perspektiven. München-Mering.
- DAK-Gesundheitsreport (2006): Hrsgg. vom DAK-Versorgungsmanagement. Hamburg.
- Dejours, C. (1998): Souffrance en France – La banalisation de l'injustice sociale. Paris.
- Dragano, N./Siegrist, J. (2006): Arbeitsbedingter Stress als Folge von betrieblichen Rationalisierungsprozessen – die gesundheitlichen Konsequenzen, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (2006): Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Berlin-Heidelberg, S. 167-182.
- „Ein strategischer Neuansatz, der viel besser genutzt werden muss“, o.V., in: gute Arbeit 2/2006; S. 12-18
- Elsner, G./Volkholz, V. (Hg.) (1991): Alter, Leistung und Gesundheit – eine Anregung zur Diskussion über die Tarifreform 2000, Düsseldorf (Hans-Böckler-Stiftung: Graue Reihe – Neue Folge 35).

- Feld-Fritz, G. (2006): Wenn die Arbeit nicht mehr zu schaffen ist... Überlastung beim Arbeitgeber anzeigen, in: infodienst Krankenhäuser Nr. 35, Dezember 2006; hrsgg von ver.di; S. 12-13.
- Ferber, C. von (1994): Fehlzeiten und Krankenstand – Forschungsansätze und offene Probleme, in: Arbeit 3, H. 1; S. 40-66.
- Ferrie, J.E. (2006): Gesundheitliche Folgen der Arbeitsplatzunsicherheit, in: Badura u.a.: Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Berlin-Heidelberg, S. 93-123.
- Flick, U. (Hg.) (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg.
- Franz, K. (1999): „Motivieren statt disziplinieren“. Opel Rüsselsheim, in: Busch, R. (Hg.): Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik. München-Mering, S. 170-177.
- Gerlmaier, A./Kastner, M. (2003): Neue Formen selbstregulativ-flexibler Arbeit im IT-Bereich: Anforderungen, Ressourcenpotenziale und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Lebensqualität, in: Kastner, M. (Hg.): Neue Selbstständigkeit in Organisationen. München-Mering, S. 216-245.
- Gerlmaier, A. (2006): Nachhaltige Arbeitsgestaltung in der Wissensökonomie; in: Lehndorff, S. (Hg.): Das Politische in der Arbeitspolitik. Berlin, S. 71-98.
- Gesundheitsmapping am Arbeitsplatz: Ein nützliches Instrument, in: Lunte, Informationen des Ortsfrauenausschusses der IG Metall Stuttgart, Nr. 57 (Februar 2005), S. 6.
- Glaeske, G./Janshen, K. (2005): GEK-Arzneimittelreport 2005. Hrsg. GEK-Gmünder Ersatzkasse, St. Augustin.
- Glißmann, W. (2001): Ökonomik der Maßlosigkeit und die Frage der Gesundheit; in: Pickshaus, K./Schmitt-henner, H./Urban, H.-J. (Hg.): Arbeiten ohne Ende. Hamburg, S. 38-50.
- Göbel, E. (2004): Bilanz und Perspektiven. Eine Standortbestimmung der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Busch/AOK Berlin 2004, S. 34-43.
- Hauß, F./Oppen, M. (1985): Krankenstand als Ergebnis von Definitions- und Aushandlungsprozessen in Gesellschaft und Betrieb, in: Naschold, F. (Hg.): Arbeit und Politik. Frankfurt a. M./New York, S. 339-365.
- Heegner, S. (2006): Handlungshilfe TVöD: Analyse psychischer Belastungen, in: infodienst Krankenhäuser Nr. 35, Dezember 2006; hrsgg von ver.di, S. 14-21.
- Hemp, P. (2005): Krank am Arbeitsplatz, in: Harvard Business Manager H. 1; S. 47-60.
- Holm, M./Geray, M. (2006): Integration der psychischen Belastungen in die Gefährdungsbeurteilung - Handlungshilfe, hrsgg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund
- IG Metall (Hg.) (2002): Fehlzeitenmanagement und Möglichkeiten der Gegenwehr (Gesünder arbeiten – Arbeitshilfe 10).
- IG Metall - Vorstand (Hg) (2005a): Schwarzbuch Krank durch Arbeit. Frankfurt a. M.
- IG Metall - Vorstand (2005b): Freiwillig die Gesundheit riskieren? Indirekte Mitarbeitersteuerung und neue Fragen zu Gefährdungsbeurteilung und Prävention im Betrieb. Dokumentation eines Workshops im Rahmen des Projekts „Gute Arbeit“ der IG Metall. Frankfurt a. M.
- IG Metall-Vorstand/Sozialforschungsstelle Dortmund (Hg.) (2003): Dokumentation der Betriebsrätekonferenz am 20. 5. 2003 in Leipzig „Länger arbeiten oder früher gehen?“. Antworten von Betriebsräten der Automobilindustrie auf den demographischen Wandel. Frankfurt a. M.
- IG Metall-Vorstand/Sozialforschungsstelle Dortmund (Hg.) (2004): Dokumentation der Betriebsrätekonferenz II am 29./30.4. 2004 in Leipzig „Junge Belegschaften – Schnee von gestern?“. Autos bauen mit Jungen und Alten. Erfahrungen aus neuen Produktionsstätten in Ost und West. Frankfurt a. M.
- Ilmarinen, J./Tempel, J. (2002): Arbeitsfähigkeit 2010. Hamburg.

- Keith, M./Brophy, J./Kirby, P./Roskam, E. (2002): Barefoot Research. A Worker's Manual For Organising On Work Security. Genf (ILO).
- Kocyba, H. (2005): Selbstverwirklichungszwänge und neue Unterwerfungsformen. Paradoxien der Kapitalismuskritik, in: Arbeitsgruppe SubArO (Hg.): Ökonomie der Subjektivität – Subjektivität der Ökonomie, Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 60. Berlin, S. 79-93.
- Krell, G./Ortlieb, R. (1999): Organisationskulturelle Aspekte der Fehlzeitendiskussion und der Rückkehrgesprächspraxis, in: Busch, R. (Hg.): Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik. München-Mering, S. 135–147.
- Krömmelbein, S. (2004): Kommunikativer Stress in der Arbeitswelt. Berlin.
- Latniak, E./Gerlmaier, A. (2006): Zwischen Innovation und alltäglichem Kleinkrieg. Zur Belastungssituation von IT-Beschäftigten. IAT-Report 2006-04. Gelsenkirchen.
- Lenhardt, U. (2001): Neue Arbeitsformen zwischen Gesundheitsrisiken und –ressourcen, in: Pickshaus, K./Schmitthenner, H./Urban, H.-J. (Hg.): Arbeiten ohne Ende. Hamburg, S. 51-68.
- Lenhardt, U. (2005): Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen und Entwicklungsstand, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 28, H. 1; S. 5-17.
- Lenhardt, U./Rosenbrock, R. (2006): Wegen Umbau geschlossen? Auswirkungen betrieblicher Reorganisation auf den Gesundheitsschutz. Berlin.
- Leppin, A. (2007): Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Berlin-Heidelberg, S. 99-109.
- Löwenbrück, U. (2003): Älter werden im Betrieb, in: IG Metall-Vorstand/Sozialforschungsstelle Dortmund, S. 28-31.
- Manzeschke, A. (2006): „Wenn das Lächeln verloren geht“. Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen, in: Sozialer Sinn 7, H. 2; S. 251-272.
- Marstedt, G./Müller, R./Jansen, R. (2002): Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Badura, B./Litsch, M./Vetter, C. (Hg.) (2002): Fehlzeiten-Report 2001: Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor. Berlin-Heidelberg, S. 19-37.
- Mörsel, E.-G. (2005): Überlastungsanzeigen, (download: http://lueneburger-heide.verdi.de/fachbereiche_-_branchen_-_berufe/3_ges_sozd_wohl_kirchen/ueberlastungs-anzeigen)
- Moldaschl, M./Voß, G.G. (Hg.) (2002): Subjektivierung von Arbeit, Band 1. München-Mering.
- Nette, A. (1995): Medikamentenprobleme in der Arbeitswelt. Ein Handbuch für die betriebliche Praxis, Frankfurt a. M. (Schriftenreihe der IG Metall 139).
- Oppolzer, A. (2006): Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung von Arbeit, Hamburg.
- Overbeck, G. (1984): Krankheit als Anpassung. Frankfurt a.M..
- Peters, J./Schmitthenner, H. (Hg.) (2003): „Gute Arbeit“: Menschengerechte Arbeitsgestaltung als gewerkschaftliche Zukunftsaufgabe. Hamburg.
- Pfaff, H./Krause, H./Kaiser, C. (2003): Gesundgeredet? Praxis, Probleme und Potenziale von Krankenrückkehrgesprächen. Berlin.
- Pickshaus, K./Schmitthenner, H./Urban, H.-J. (Hg.) (2001): Arbeiten ohne Ende. Neue Arbeitsverhältnisse und gewerkschaftliche Arbeitspolitik. Hamburg.
- Priester, K. (2007): Im Jahr 2006 niedrigster Krankenstand seit Einführung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, in: gute Arbeit H. 2; S. 5-9.
- Rehwald, R./Zinke, E. (1998): Fehlzeitencontrolling – ein Mittel zur Verbesserung der Gesundheit im Betrieb?, in: Nieder, P. (Hg.): Fehlzeiten wirksam reduzieren. Konzepte, Maßnahmen, Praxisbeispiele. Wiesbaden, S. 43-55.
- Resch, M./Blume, A. (2004): Tausendmal diskutiert und doch ist nichts passiert?, in: Computer-Fachwissen H. 2; S. 9-14

- Romahn, R. (2006): Gefährdungsbeurteilungen. Schriftenreihe „Betriebs- und Dienstvereinbarungen“ der Hans-Böckler-Stiftung. Frankfurt a. M.
- Satzer, R. (2002): Stress und psychische Belastungen. Frankfurt a. M.
- Satzer, R. (2006): Stress – Psyche – Gesundheit. Das START-Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsbelastungen. Frankfurt a. M.
- Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen.
- Siegrist, J. (1997). Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung, in: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt a. M., S. 99-108.
- Siegrist, J. (2005): Medizinische Soziologie. München-Jena.
- Siegrist, J./Dragano, N. (2006): Berufliche Belastungen und Gesundheit, in: Wendt, C./Wolf, C. (Hg.): Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 46. Wiesbaden, S. 109-124.
- Spies, S./Beigel, H. (1997): Einer fehlt, und jeder braucht ihn. Wie Opel die Abwesenheit senkt, Wien/Frankfurt a. M.
- Stirn, H./ Paul, H. (1963): Der Aussagewert des Krankenstandes. Frechen/Köln.
- Taubert, R. (1998): Das Rückkehrgespräch kann ein Instrument gesundheitsgerechter Personalführung sein, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb. Dortmund/Berlin, S. 183-193.
- Thomzik, M. (2005): Klassischer Arbeits- und Gesundheitsschutz greift zu kurz, in: IHK-Journal-Koblenz 10/2005, S. 12-13.
- Twardowski, U. (1998): „Krankschreiben oder krank zur Arbeit?“. Strategien im Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Arbeit. Marburg.
- Udris, I. (2006): Salutogenese in der Arbeit – ein Paradigmenwechsel?, in: Wirtschaftspsychologie 8, H. 2-3; S. 4-13.
- Udris, I./Kraft, U./Mussmann, C. (1991): Warum sind ‚gesunde‘ Personen gesund? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit. Forschungsprojekt Salut, Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese. Bericht Nr. 1, Institut für Arbeitspsychologie Zürich.
- Vetter, C./Küsgens, I./Madaus, C. (2007): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2005, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Berlin-Heidelberg, S. 201-423.
- Vogd, W. (2006): Verändern sich die Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen?, in: Sozialer Sinn 7, H. 2; S. 197-229.
- Voswinkel, S. (2002): Bewunderung ohne Würdigung? Paradoxien der Anerkennung doppelt subjektiver Arbeit, in: Honneth, A. (Hg.): Befreiung aus der Mündigkeit. Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus. Frankfurt a. M./New York, S. 65-92.
- Voswinkel, S./Kocyba, H. (2005): Entgrenzung der Arbeit. Von der Entpersönlichung zum permanenten Selbstmanagement, in: WestEnd. Neue Zeitschrift für Sozialforschung 2, H. 2; S. 73-83.
- Wompel, M. (1996): Krankenverfolgung. Aktuelle betriebliche und gesellschaftliche Strategien im Umgang mit Kranken. Offenbach.
- Zapf, D. (1989): Selbst- und Fremdbeobachtung in der psychologischen Arbeitsanalyse, Göttingen.
- Zimmermann, W. (1970): Fehlzeiten und industrieller Konflikt, Stuttgart.
- Zimolong, B./Elke, G. (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung. Studienbrief des Lehrstuhls für Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Bochum, in: www.ruhr-uni-bochum.de/imperia/md/content/psy_ano/studbrief2.pdf.

Zinke, E. (1999): Krankenrückkehrgespräche – Bestandteil betrieblicher Gesundheitskulturen?, in: Busch, R. (Hg.): Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik, München-Mering, S. 157-169.

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen oder Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefax: 02 11/77 78-225
www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung** 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

