

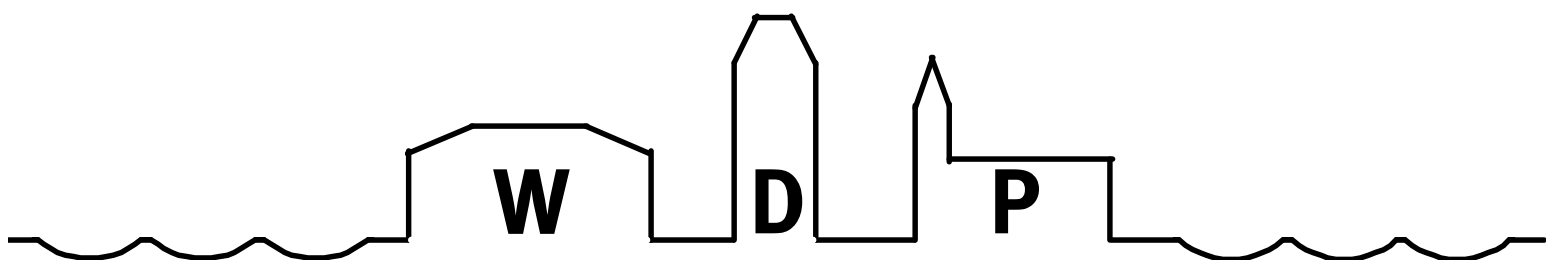


Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Wismar Business School

Anja Ziesche

Risikomanagement unter dem Aspekt
der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Heft 08 / 2007



Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

Die Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Hochschule Wismar, University of Technology, Business and Design bietet die Präsenzstudiengänge Betriebswirtschaft, Management sozialer Dienstleistungen, Wirtschaftsinformatik und Wirtschaftsrecht sowie die Fernstudiengänge Betriebswirtschaft, Business Consulting, Business Systems, Facility Management, Quality Management, Sales and Marketing und Wirtschaftsinformatik an. Gegenstand der Ausbildung sind die verschiedenen Aspekte des Wirtschaftens in der Unternehmung, der modernen Verwaltungstätigkeit im sozialen Bereich, der Verbindung von angewandter Informatik und Wirtschaftswissenschaften sowie des Rechts im Bereich der Wirtschaft.

Nähere Informationen zu Studienangebot, Forschung und Ansprechpartnern finden Sie auf unserer Homepage im World Wide Web (WWW): <http://www.wi.hs-wismar.de/>.

Die Wismarer Diskussionspapiere/Wismar Discussion Papers sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung ganz oder in Teilen, ihre Speicherung sowie jede Form der Weiterverbreitung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Herausgeber.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost W. Kramer
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Hochschule Wismar
University of Technology, Business and Design
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Telefon: ++49/(0)3841/753 441
Fax: ++49/(0)3841/753 131
E-Mail: j.kramer@wi.hs-wismar.de

Vertrieb: HWS-Hochschule Wismar Service GmbH
Phillipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
23952 Wismar
Telefon:++49/(0)3841/753-574
Fax: ++49/(0) 3841/753-575
E-Mail: info@hws-wismar.de
Homepage: <http://cms.hws-wismar.de/service/wismarer-diskussions-brpapiere.html>

ISSN 1612-0884

ISBN 978-3-939159-23-0

JEL-Klassifikation I12, M12, M53, M54

Alle Rechte vorbehalten.

© Hochschule Wismar, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, 2007.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Risikomanagement	5
2.1. Risiken durch Personal	7
2.2. Gesundheitliche Risiken des Personals	9
3. Betriebliche Gesundheitsförderung	12
3.1. Gesundheitsdefinition	12
3.2. Betriebliche Gesundheitsförderung	12
4. Gesetzliche Aufgaben für die Erhaltung der Gesundheit am Arbeitsplatz	14
4.1. Die Unfallversicherung	14
4.2. Die Krankenkassen	15
4.3. Die Arbeitgeber und Arbeitnehmer	16
5. Ökonomischer Nutzen und wissenschaftliche Evidenz	17
5.1. Argumente für Unternehmen, die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern	17
5.2. Kosten der Betrieblichen Gesundheitsförderung für den Arbeitgeber	18
5.3. Gesundheitlicher und Ökonomischer Nutzen	19
5.4. Die Qualitätskriterien	22
6. Erfolgsfaktoren und Ausblicke für Betriebliche Gesundheitsförderung	23
Literaturverzeichnis	26
Quellenverzeichnis	27
Autorenangaben	28

1. Einleitung

Unternehmen sind immer stärker von dem eingestellten Personal und dessen Arbeitshaltung zu den Kunden und zum Arbeitgeber abhängig. Der Unternehmenserfolg ist eng mit ihrer Leistungsfähigkeit verknüpft. In Deutschland gibt es ein niedriges Krankheitsniveau, der Druck auf die Beschäftigten ist gestiegen, Arbeitnehmer gehen auch krank zur Arbeit. Keiner möchte als nicht leistungsfähig erscheinen und einer Kündigung Argumente liefern. Die Erwartung an die Leistungen der Arbeitnehmer ist hoch. Die Erhöhung psychischer Belastungen¹ lässt die psychosomatischen und psychiatrischen Krankheiten in der erwerbstätigen Bevölkerung ansteigen. Sie sind fast immer einem schlechten Betriebsklima geschuldet. Psychische Beschwerden werden durch Ängste vor Arbeitsplatzverlust begünstigt. Besonders Langzeiterkrankungen fallen betriebs- und volkswirtschaftlich ins Gewicht. Ist ein Arbeitnehmer krank, entstehen neben den Lohnfortzahlungskosten zusätzliche Kosten, z. B. um die Arbeitskraft des Mitarbeiters zu ersetzen. Jedoch hat der Arbeitgeber Möglichkeiten, diese Kosten durch Personalmanagement mit Beachtung der betrieblichen Gesundheitsförderung zu reduzieren.

Diese Arbeit stellt daher Risikomanagement vor (Kap. 2) und zeigt, welche Faktoren das Personal belasten können und wie Betriebliche Gesundheitsförderung eingreifen kann. Das dritte Kapitel erläutert den Begriff Gesundheit und die Inhalte der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Arbeitgeber, -nehmer und Sozialversicherungsträger befassen sich durch ihre gesetzlichen Rechte und Pflichten mit Arbeitsschutz und Prävention und somit auch mit Betrieblicher Gesundheitsförderung. Zwischen beiden bestehen schon viele Überschneidungen (Kap. 4). Welche Vorteile hat ein Arbeitgeber, wenn er sich zum Zweck der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit zusätzlichen Kosten belastet? Die Zeiten der Sozialromantik sind vorbei, die anhaltenden Diskussionen über Lohnnebenkosten zeigen deutlich, dass ein erkennbarer Nutzen für Betriebliche Gesundheitsförderung vorliegen muss. Wie dieser Aspekt erfüllt wird, zeigt sich in Kapitel fünf. Bei der Programmentwicklung ist neben der engen Bedarfplanung abschließend die Evaluation wichtig; nur damit lassen sich die Kosten im Vergleich zu den möglichen Einsparungen realistisch betrachten (Kap. 6). Bei dem Ziel, personelle Risiken durch Risikomanagement zu vermindern, ist die Betriebliche Gesundheitsförderung hilfreich. Der Ausblick zeigt, dass sich die Anforderungen an Unternehmen und Arbeitnehmer verändern und dass Werte wie Gesundheit stärkere Beachtung finden. Die Entwicklung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung ermöglicht es einem Betrieb, sich mit gesunden, leistungsstarken Mitarbeitern gegenüber dem

¹ <http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/828702540CEDD7A3C1256EAE00447AFA>, abgerufen am 10.09.06

Markt abzugrenzen.

2. Risikomanagement

Risiken werden als Ursache für mögliche Abweichungen von geplanten Werten verstanden. Dies beinhaltet positive Abweichungen (Chancen) wie auch negative Abweichungen (Gefahren). Der Unternehmenserfolg ist maßgeblich abhängig von der Abwägung der Chancen und Gefahren (siehe Gleißner/Romeike 2005: 7). Die Mitarbeiter, das Humankapital eines Unternehmens, bestimmen den Unternehmenserfolg zu einem großen Teil und, wie die anderen Kapitalformen, benötigt Humankapital geplanten Einsatz und Beobachtung. Dazu gehört auch das Erkennen der Risiken, die durch Personal entstehen können (siehe Haubrock 2004: 15), diese Aspekte werden im Personalmanagement beachtet.² Risikomanagement bietet eine Erhöhung der Planungssicherheit und somit eine nachhaltige Steigerung des Unternehmenswerts. Alle Aktivitäten eines Unternehmens im Zusammenhang mit Risiken werden als Risikomanagement bezeichnet. Dazu gehören vier Schritte: 1. die Identifikation von Risiken, 2. das Bewerten, die Aggregation und das Überwachen der Risiken, 3. das Einleiten von Maßnahmen der Risikobewältigung und 4. die Gestaltung des Risikomanagementsystems (siehe Gleißner/Romeike 2005: 28f). Bei der Identifizierung von Risiken sollen alle wesentlichen Risiken durch einen systematischen Prozess zeitnah erfasst werden. Die Bedeutsamkeit eines Risikos ergibt sich aus seinen möglichen Auswirkungen auf die Ziele des Unternehmens, speziell auf den Unternehmenswert als Erfolgsmaßstab. Eine systematische und fokussierte Risikoidentifizierung stellt fest, in welchen Risikofeldern die entscheidenden Unternehmensrisiken auftreten (siehe Gleißner/Romeike 2005: 30).

Die Größe des Risikos beeinflusst die Dringlichkeit der Gegenmaßnahmen. Sie ist von zwei Faktoren abhängig: Erstens der „**Wahrscheinlichkeit**“, denn das Risiko ist umso größer, je wahrscheinlicher der Schaden eintritt. Zweitens dwn „**Folgen**“, denn das Risiko ist umso größer, je größer der Schaden und je ernsthafter die Folgen sind. Durch ein Verbinden der Dimensionen „Wahrscheinlichkeit“ und „Folgen“ wird eine Beschreibung der Größe eines Risikos möglich (siehe Tabelle 1). Ein unerträgliches Risiko verlangt sofortige Maßnahmen, ein als bedeutsam klassifiziertes Risiko setzt baldige Maßnahmen voraus, um das Risiko zu vermindern. Mäßiges Risiko sollte bei der Planung im Gedächtnis behalten werden, beim geringen und bedeutungslosen Risiko kann es genügen, die Situation zu beobachten (siehe Lappalainen et al. 2000: 16ff).

² Eine ausführliche Darstellung der Aufgaben des Personalmanagements unterbleibt, es wird weiterführend nur auf den Punkt der Betrieblichen Gesundheitsförderung eingegangen.

Tabelle 1: Beschreibung des Risikos durch die Dimensionen von Wahrscheinlichkeit und Folgen in ansteigenden Risikostufen.

	Folgen des Ereignisses		
Wahrscheinlichkeit des Ereignisses	Gering	Schädlich	Ernst
Unwahrscheinlich	1. Bedeutungsloses Risiko	2. Geringes Risiko	3. Mäßiges Risiko
Möglich	2. Geringes Risiko	3. Mäßiges Risiko	4. Bedeutsames Risiko
Wahrscheinlich	3. Mäßiges Risiko	4. Bedeutsames Risiko	5. Unerträgliches Risiko

Quelle: Siehe Lappalainen et al. (2000: 15).

Als zweiter Schritt wird die Gesamtrisikoposition des Unternehmens durch die Bedeutung von Einzelrisiken mit Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen diesen einzelnen Risiken bestimmt. Das Zusammenfassen aller bedeutsamen Risiken ist notwendig, da sie zusammen auf Gewinn und Eigenkapital wirken und damit die Risikotragfähigkeit des Unternehmens belasten. Die Risikotragfähigkeit macht Aussagen darüber, ob ein Unternehmen tatsächlich in der Lage ist, den Risikoumfang zu tragen und den Unternehmensbestand zu sichern. Jedoch entscheiden die Rahmenbedingungen, die durch die Unternehmenspolitik gegeben sind, welche Maßnahmen der Risikobewältigung benutzt werden.

Oft werden mehrere Strategien angewendet, um die Risikoposition eines Unternehmens zu optimieren. Dazu gehören die Risikovermeidung, die Risikoreduzierung durch ursachenorientierte Minderung der Eintrittswahrscheinlichkeit oder eine wirkungsorientierte Minderung der Schadenshöhe, ein Überwälzen von Risiken, auf z. B. Versicherungen, oder die Risiken selbst zu tragen und dafür entsprechende Mittel bereitzuhalten (siehe Gleißner/Romeike 2005: 31ff). Risikomanagement heißt auch, darauf vorbereitet zu sein, dass irgendein Risiko trotz aller Vorsichtsmaßnahmen eintritt. Dafür sollten passende Maßnahmen im Voraus geplant werden, die dann im Schadensfall ergriffen werden müssen (siehe Lappalainen 2000: 15).

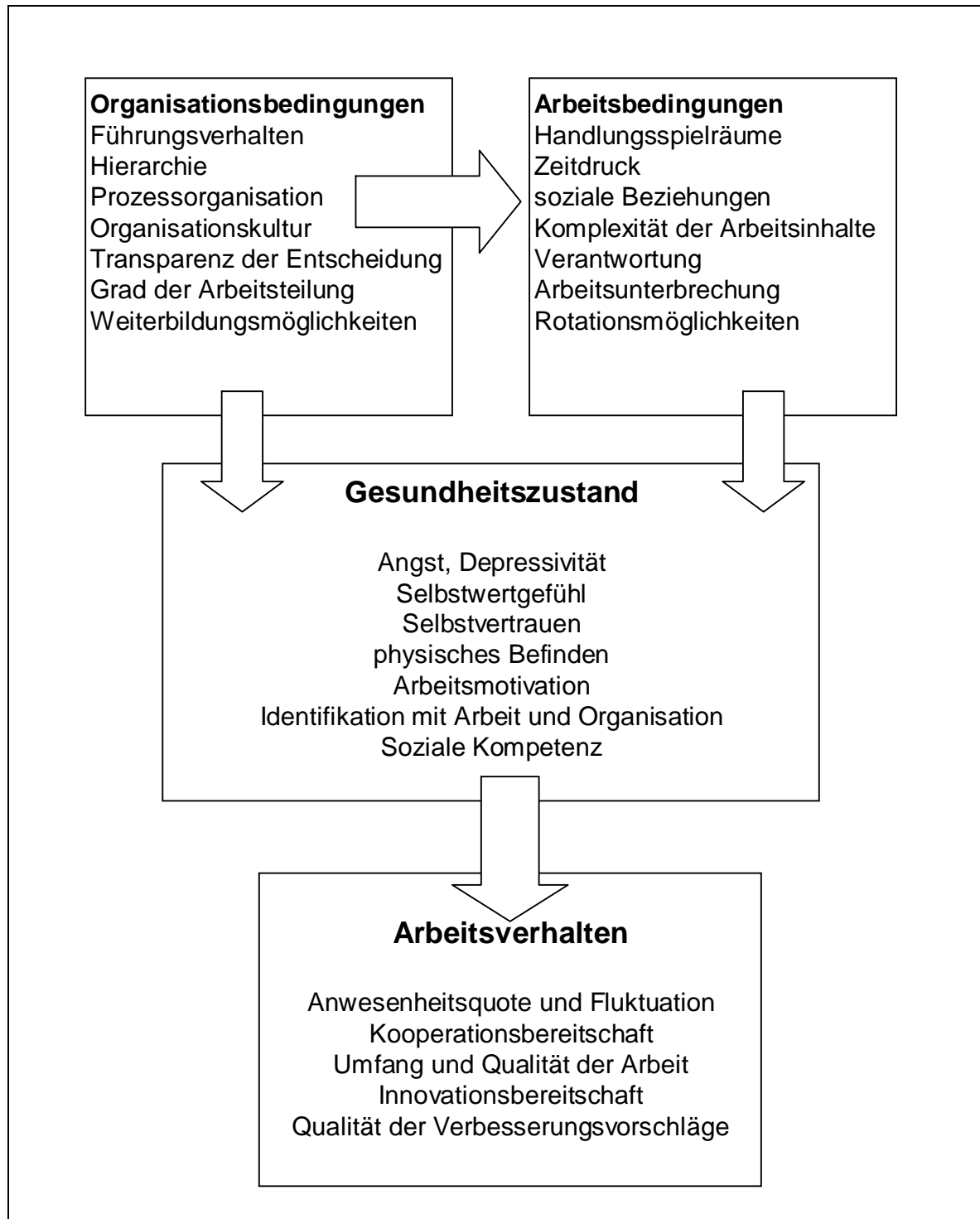
Das alles gilt ebenfalls für die Risiken, die durch Personal entstehen können. Der Bereich Gesundheitsförderung versucht, vor allem auf dem Gebiet der Risikovermeidung und -reduzierung zu handeln.

2.1. *Risiken durch Personal*

Der Erfolg eines Unternehmens ist von vielen Faktoren abhängig, jedoch ist das Personal die zentrale Ressource für die Handlungsfähigkeit des Unternehmens. Das Vermeiden von Personalrisiken und deren Management sind daher unerlässliche Teile der Unternehmertätigkeit. Denken, Fühlen und Handeln sind für alle Menschen zentrale Bausteine für Gesundheit und Krankheit. Die kognitive und emotionale Situationsbewältigung der Menschen sind eng miteinander verwoben. Entscheidende Punkte für hohe Produktivität sehen die Tayloristischen Prinzipien (siehe Badura 2001: 25) in der Arbeits- und Organisationsgestaltung, in der Arbeitsteilung, der Spezialisierung, Hierarchisierung und Kontrolle. Die an Humanressourcen orientierten Ansätze stehen jedoch für eine ganzheitliche Arbeitsgestaltung. Teamarbeit, Delegation von Verantwortung, Transparenz und eine Organisationskultur mit Vertrauen und gegenseitiger Unterstützung gehören dazu. Risikomanagement muss auf die Kausalzusammenhänge zwischen Organisation, Arbeitsbedingungen, Gesundheitszustand und Arbeitsverhalten eingehen und die Ursachen beachten. Die Einflüsse, die in einem Unternehmen auf Mitarbeiter wirken und welche Auswirkungen sie auf das Arbeitsverhalten haben können, zeigt die Abbildung 1. Personalrisiken, die aus dem Grad des Gesundheitszustands und des Wohlbefindens resultieren, können im Unternehmen durch Arbeits- und Organisationsbedingungen beeinflusst werden.

Besonders in kleinen Unternehmen gilt Personal als wichtigste Ressource, da dort die Handlungsfähigkeit des Unternehmens oft von einer kleinen Gruppe abhängt und ein großes Risiko bedeutet. Die Abwesenheit einer einzigen Person oder einer Schlüsselperson kann Verzögerungen in den Lieferungen, Qualitätsfehler und andere Gefahren für die Geschäftstätigkeit verursachen, die Handlungsfähigkeit des ganzen Unternehmens kann gefährdet sein. Besonders erfahrene Mitarbeiter haben oft unternehmensspezifisches Fachwissen und viel nicht dokumentiertes Wissen über die Abläufe im Unternehmen. Dieses Wissen und ihre Kompetenz können Wettbewerbsvorteile für das Unternehmen sein, auch ohne Bewusstsein darüber. Ein Verlust dieser Kenntnisse bedeutet einen größeren Schaden als angenommen (siehe Lappalainen et al. 2000: 3f). Das Erkennen von Risiken ist der erste Schritt, um gezieltes Risikomanagement möglich zu machen (siehe Lappalainen et al. 2000: 3f). Personalrisikomanagement baut auf der Beteiligung der Mitarbeiter auf. Mitarbeiterbesprechungen lassen Personalrisiken und die auf sie wirkenden Faktoren von unterschiedlichen Standpunkten aus erkennen.

Abbildung 1: Kausalzusammenhänge zwischen Organisation, Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand und ihre Wirkung auf das Arbeitsverhalten



Quelle: Siehe Badura (2001: 25).

Für das Ziel, arbeitsbedingte Verletzungen zu verhindern, müssen die Risiken umfangreich erkannt werden. Indem Arbeitsrisiken systematisch gesucht wer-

den, wird die Sicherheit der Arbeit am besten gewährleistet. Die dafür notwendige Untersuchung soll sowohl die normale Tätigkeit, als auch abweichende und seltene Situationen an einer Arbeitsstelle beinhalten. Die Bewertung der Risiken des Arbeitsumfelds erfolgt branchen- und tätigkeitsspezifisch und ist eine gesetzliche Pflicht³ und eine wirtschaftlich lohnende Tätigkeit. Das präventive Erkennen von Risiken macht Lösungen möglich, die weit günstiger als Folgereparaturen und Personalausfall sind, vorausgesetzt, es findet eine regelmäßige Überprüfung statt, ob die Sicherheitsmaßnahmen ausreichend sind (siehe Lappalainen et al. 2000: 9). Ergebnis der Bewertung ist ein Maßnahmenplan um Risiken entgegenzutreten.

2.2. *Gesundheitliche Risiken des Personals*

Ein Unternehmen birgt eine Menge von gesundheitlichen Risiken, die sich auf die Belegschaft auswirken können und das unternehmerische Risiko erhöhen. Daher ist es wichtig zu erkennen, wann Handlungsfähigkeit gefragt ist. Die in Kap. 2 erläuterte Einteilung in Risikostufen und die Gesamtrisikoposition sind dabei notwendig. Eine Relevanz für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ergibt sich speziell aus den Faktoren des jeweiligen demografischen Aufbaus einer Belegschaft, der branchen- oder unternehmensspezifischen Kranken- und Fehltag und der Fluktuation, den typischen Erwerbsbiografien und den überschaubaren Planungszielen und Planungszeiträumen des Unternehmens. Die Bedeutung der Mitarbeiterkompetenzen in Bezug auf die Erreichbarkeit der Unternehmensziele ist zu betrachten. Über einen längeren Zeitraum hinweg lassen sich diese Risiken auf Veränderung bei der Belegschaft beobachten und so Rückschlüsse ziehen.⁴ Risiken sind z. B. geringer Arbeitsschutz an Arbeitsplätzen, Krankheit, Arbeitsmittel und Gefahrstoffe, personenbezogene Risiken, Fremdpersonal und Outsourcing, Böswilligkeit, Einbruch und Diebstahl.⁵ Es sollen nur die häufigsten Risiken dargestellt werden.

1. Arbeitsschutz und Unfallgefahren: Physikalische Risiken sind Auswirkungen verschiedener Energieformen auf die Arbeitnehmer und ihre Gesundheit, wie Lärm, elektrischer Schlag, heiße, kalte und feuchte Arbeitsbedingungen, mangelhafte Beleuchtung, Strahlung und Schwingungen. Biologische und chemische Risiken werden durch gefährliche Chemikalien und Verunreinigungen der Luft hervorgerufen. Ergonomie stellt die Eignung der Arbeit, der Arbeitsmethoden und der Werkzeuge für den Menschen sicher. Dazu werden schwere Arbeitsabschnitte, unbequeme Arbeitshaltungen, Maße der Arbeitsstelle und der Werkzeuge sowie die Anwendung von Ma-

³ Siehe Arbeitsschutzgesetz, 2006, § 6, S. 209.

⁴ Siehe <http://www.dr-jancik.de>, Jancik, S. 2, abgerufen am 20.08.06.

⁵ Siehe <http://www.risknet.de/Downloads.92.0.html>, Romeike, 2001, abgerufen am 19.09.06.

schinen und Geräten untersucht. Die häufigsten Unfallursachen sind herunterfallende Gegenstände, Abstürze, Ausrutschen sowie Stolpern. Unfallursachen liegen häufig in Mängeln an Maschinen und Geräten am Arbeitsplatz und -umfeld, aber auch in Handlungs- und Verhaltensweisen und der Arbeitsorganisation. Um dem entgegen zu wirken, gibt es eine Reihe von Arbeitsschutzmaßnahmen.

2. **Risiken für Gesundheit und Wohlbefinden:** Symptome von schlecht organisierter Tätigkeit zeigen sich in der Häufung von Krankheit, starker körperlicher Beanspruchung, arbeitsbezogener Ermüdung und psychischer Belastung. Sie reduzieren sich, wenn die Arbeit als sinnvoll erkannt wird, die Atmosphäre am Arbeitsplatz gut ist und die Zusammenarbeit störungsfrei klappt (siehe Lappalainen et al. 2000: 9). Der Krankenstand ist dafür ein einfach erfassbarer Parameter, jedoch muss er auf seine Zusammensetzung hin überprüft werden, um die Stärke unterschiedlicher Einflüsse zu erkennen. Zum Beispiel die Altersstruktur der Beschäftigten: ältere Arbeitnehmer sind seltener krank als jüngere, sie fehlen aber über einen längeren Zeitraum. Jüngere Arbeitnehmer sind öfter, aber nicht so lange krankgeschrieben.⁶ Jedoch sind jüngere Arbeitnehmer häufiger in Arbeitsunfälle verwickelt (siehe Rola 2005: 1). Eine gute Konjunktur eines Betriebes drückt sich häufig in geringeren Krankheitstagen aus.⁷ Chronisch Erkrankte sind häufiger krank geschrieben und verändern die Krankenstatistik auf einen erhöhten Durchschnittswert, der ohne diesen Ausreißer nicht zustande gekommen wäre.
3. **Risiken durch die Arbeitsgemeinschaft:** Ein Teil der Arbeit für BGF (Betriebliche Gesundheitsförderung) sind Probleme der Arbeitsgemeinschaften. Missstimmungen der Arbeitnehmer untereinander entwickeln sich schnell zu schwerwiegenden Arbeitshemmnissen und Krankheitsauslösern. Personalmanagement ist hier ein Schlüsselfaktor für den Erfolg einer Arbeitsgemeinschaft und muss darauf durch zielorientierte Aktivitäten bei Umgebung, Datenfluss und Gehaltsrichtlinien reagieren (siehe Lappalainen et al. 2000: 17).
4. **Risiken durch die Geschäftsführung:** Auch sie beinhaltet Faktoren, die die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter beeinträchtigen können. Speziell zu betrachtende Faktoren resultieren z. B. aus der Unternehmensfinanzierung, den Problemen, wie das Geschäft an die neue Generation weitergereicht wird, familiären Bindungen, Konflikten zwischen Inhabern sowie der Arbeits- und Leitungsfähigkeit des Geschäftsführers.
5. **Verkehrsrissen:** Die Mitarbeiter sind bei ihrem täglichen Weg zur Arbeit,

⁶ Siehe http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/s03__presse-center/01__pressemittelungen/07__archiv/2005/02__politik/pm__050412__gesundheitsreport__altersvergleich.htm, abgerufen am 19.09.06.

⁷ Klaus Müller, Gesundheitsförderung, AOK, 22.09.06.

bei Dienstreisen, Auslandsreisen oder beim Werksverkehr Verkehrsrisiken ausgesetzt.⁸ Eine Einflussnahme auf Verkehrsrisiken ist möglich, durch z. B. Maßnahmen, die die Verkehrssicherheit des Personals verbessern. Das können Fahrertraining oder eine routinemäßige Überprüfung der Fahr-sicherheit von Firmenwagen sein. Auch hier beginnt man mit dem Erfassen von Risiken, u. a. durch die Untersuchung der Arbeitswege und entsprechenden Befragungen.

6. **Physische Gewalt und ihre Androhung:** Diese Personengefährdung entsteht durch z. B. Raub oder Raubgefahr, körperliche Gewalttätigkeit und verbale Drohung. Betroffen sind besonders Mitarbeiter im Hotel- und Gaststätten-gewerbe, Polizei und Sicherheitsdienste, in Verkehrsbetrieben, in der Ge-sundheitsfürsorge, Krankenpflege und im Handel. Die Gewaltsituationen können zu physischen Verletzungen und sogar zum Tod führen, allein die drohende Gewalt kann ständige Angst und Bedrücktheit verursachen. Risi-kogruppen können darauf vorbereitet werden, riskante Situationen im Vor-aus zu erkennen und die Entstehung zu verhindern. Dabei helfen geeignete Handlungsanweisungen und Schulungen wie, z. B. Deeskalationstraining (siehe Lappalainen et al. 2000: 15).
7. **Risiken durch personengebundene Fachkenntnis:** Die Verfügbarkeit der speziellen Fachkenntnis sollte gesichert und nicht an eine Person gebunden sein. Unternehmensnotwendiges Wissen, das nur eine Person hat, ist ein unvertretbares Risiko für das ganze Unternehmen, da andere Mitarbeiter oft abhängig davon ihre Arbeit leisten müssen. Die vielseitigen Fähigkeiten und die Entwicklung des Personals sollten gefördert werden (siehe Lappa-lainen et al. 2000: 16).
8. **Risiken durch die demografische Entwicklung:** Bei älter werdenden Ar-beitnehmern steigt das Risiko einer verminderten Arbeitsfähigkeit. Jedoch werden sie oft einseitig belastet und bekommen selten neue Arbeitsberei-che. Arbeitsfähigkeit ist das Vermögen des Arbeitnehmers, den Anforde-rungen seiner Arbeit zu entsprechen. Die Arbeitsfähigkeit wird nicht nur durch die persönlichen Eigenschaften des Betroffenen, z. B. physische und psychische Verfassung beeinflusst, sondern auch durch die Arbeitsgruppe (u. a. Führung), die Arbeit und die fachliche Kompetenz bestimmt. Die Ar-beitsfähigkeit einer Person kann durch Bewegung und gesunde Lebenswei-se erhalten und verbessert werden. Psychische Arbeitsfähigkeit wird durch Arbeitsaufgaben gefördert, die sinnvolle Entwicklungsmöglichkeiten bein-halten. Eine Rückmeldung über die Erfolge und eine gute Atmosphäre hel-fen bei der Bewältigung der Arbeit.⁹

⁸ Siehe <http://www.uni-mainz.de/FB/Medizin/asu/zepira.htm>, abgerufen am 22.09.06.

⁹ Siehe http://www.demowerkzeuge.de/index.php?si=150&li=1&lang=de&css=css/groesse_12, abgerufen am 09.10.06.

3. Betriebliche Gesundheitsförderung

3.1. Gesundheitsdefinition

Die häufigsten Gesundheitsrisiken, die in einem Unternehmen auf Personal einwirken, wurden erläutert, jedoch was ist Gesundheit wirklich? Die Gesundheitsdefinition hat sich im Laufe der Jahre verändert. Gesund zu sein bedeutet heute, dass ein „*Zustand des umfassenden körperlichen geistigen und sozialen Wohlbefindens*“¹⁰ besteht.

Diese Gesundheitsdefinition wurde in Ottawa durch die World Health Organisation (WHO) konkretisiert. Gesundheit lässt sich nur erreichen, wenn die genannten Teilbereiche umfassend hergestellt sind. Eingeleitet wurde diese Entwicklung durch eine Abkehr der reinen Betrachtung von pathogenen Faktoren. Nun wurden die gesundheitsförderlichen (salutogenen) Einflüsse betrachtet, die förderlich für den Organismus und den Gesundheitszustand sind. Der Salutogenese-Ansatz wurde Ende der 1970er Jahre von Aaron Antonovsky (siehe Meifert/Kesting 2004: 7f) entwickelt. Er suchte nach Bedingungen, unter denen die Menschen gesund bleiben. Dieser Ansatz stellt den pathogenen Faktoren die salutogenen Ressourcen gegenüber und ergänzt ihn um eine dritte Größe, das „Kohärenzgefühl“. Das ist die innere Einstellung zu dem Grundvertrauen in die Vorhersagbarkeit der Umwelt und ihrer positiven Entwicklung. Gesundheit ist somit ein Resultat dieser drei Komponenten. Pathogene Faktoren sind physikalische, physische und soziale Stressoren. Salutogene Ressourcen sind u. a. soziale Faktoren wie Familie, Kollegen und positives Arbeitsklima. Gesundheit, der Zustand des *körperlichen geistigen und sozialen Wohlbefindens*, ist für Mitarbeiter und Unternehmen wichtig und soll gefördert werden. Die unterschiedlichen Interessen der Parteien lassen sich durch Betriebliche Gesundheitsförderung verbinden, denn sie verfolgen dasselbe Ziel, die Gesundheit.

3.2. Betriebliche Gesundheitsförderung

Zum Zweck der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Erfahrungsaustausches unterstützt die Europäische Kommission seit 1996 finanziell ein Netzwerk (siehe Breuker 1990: 11). Für die Förderung der BGF wurde 1997 eine Deklaration von der Europäischen Union verfasst. Anlass war die Neufassung der Rahmenrichtlinie „Arbeitsschutz“ der Europäischen Gemeinschaft und das Bewusstsein der Bedeutung des Arbeitsplatzes für die öffentliche Gesundheit (siehe Meifert/Kesting 2004: 6ff). BGF als Maßnahme zur Verringerung von Personalrisiken findet bei Unternehmen, Unfall- und Krankenkassen und auch bei Mitarbeitern Interesse. Einer Untersuchung der Europäischen

¹⁰ Siehe WHO (1986); zitiert nach Meifert/Kesting (2004: 7).

Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen zufolge verursachen beruflich bedingte Erkrankungen in den EU-Mitgliedsstaaten jährlich 600 Millionen Fehltag.¹¹ Als Ursachen werden Arbeitstempo und -intensität, Zeitdruck und Stress genannt. Nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und in Abgrenzung zur Prävention bezeichnet der Begriff „Gesundheitsförderung“ ein Bündel von Strategien und Methoden auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen (siehe IKK-Bundesverband 2006: 69). Dazu werden Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens abzielen (Verhaltensprävention) und solche, die auf die Schaffung förderlicher Lebensbedingungen ausgerichtet sind (Verhältnisprävention), unterschieden. Das Spektrum reicht von Politikentwicklung, Organisations- und Gemeindeentwicklung bis hin zu gesundheitsbezogenen Bildungsmaßnahmen.

Der so genannte „Setting-Ansatz“ wird von der WHO und der Europäischen Union gefördert und in der Betrieblichen Gesundheitsförderung beachtet (siehe IKK-Bundesverband 2006: 10). „Setting“ (siehe Bauch 2002: 69ff) bezeichnet die Lebensbereiche, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen (Arbeitsplatz, Schule, Wohnort etc.) und die einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben. Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzen, gelten als besonders Erfolg versprechend, denn:

1. Verhaltensänderungen sind nur möglich und langfristig stabil, wenn sie in den Alltag integriert werden können und mit den jeweiligen Gewohnheiten und Werten übereinstimmen.
2. In den Settings können gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen gezielt unter Einbeziehung und Mitwirkung der Betroffenen verbessert werden.
3. Die jeweiligen sozialen Gefüge und Organisationsstrukturen werden berücksichtigt und zum besseren Erreichen der Zielgruppen sowie zur Sicherung langfristiger Erfolge genutzt (siehe IKK-Bundesverband 2006: 71ff).

Daher eignet sich der Setting-Ansatz für eine gelungene Betriebliche Gesundheitsförderung hervorragend, denn Maßnahmen zur Verhaltensänderung (Verhaltensprävention) stehen nicht allein, sondern werden von Veränderungen der Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation (Verhältnisprävention) begleitet. Die konkrete Gesundheitsförderung sieht in jedem Betrieb anders aus, sollte aber immer auf Wirksamkeit (Evidenz) überprüfte Maßnahmen aufnehmen.¹² Krankenkassen haben die BGF als erfolgreiches Instrumentarium erkannt und

¹¹ Siehe <http://www.sozialnetz-hessen.de/ca/um/ozb/>, Breucker, Orfeld, 2000, abgerufen am 22.09.06.

¹² Siehe <http://www.sozialnetz-hessen.de/ca/um/oxx/>, Groeben, 2002, abgerufen am 22.09.06.

weiter entwickelt, um Ausgaben zu senken und eine Verbesserung der Betriebsergebnisse zu erreichen (siehe Eberle et al. 2005: 35ff). Trotzdem gibt es noch immer Stimmen, die meinen, in wirtschaftlich harten Zeiten sei kein Raum und keine Zeit für derartige Vorhaben in den eigenen Unternehmen. Zur Verdeutlichung, welchen Gewinn Betriebliche Gesundheitsförderung doch für Unternehmen bringt, wurde eine Dokumentation durch die AOK erstellt, die „models of good practice“ in einer großen Breite abbildet (siehe Eberle et al. 2005: 5). Aber nicht nur die Verbesserung der Betriebsergebnisse, sondern schon die vorhandenen gesetzlichen Rechte und Pflichten der Arbeitgeber und -nehmer führen zur BGF.

4. Gesetzliche Aufgaben für die Erhaltung der Gesundheit am Arbeitsplatz

4.1. Die Unfallversicherung

Die Entwicklung der Unfallversicherung unter Bismarck¹³ hatte vorrangig die Absicherung des Lebensunterhalts nach einem Unfall als Aufgabe. Dass Gesundheit am Arbeitsplatz erhalten werden soll, ist jedoch eine relativ neue Aufgabe. Der Auftrag der Unfallversicherung hat sich weiterentwickelt und die Verhütung von Unfällen in den Vordergrund gerückt. Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten (§ 1 SGB VII), ist seit 1997 ein neues Betätigungsfeld für Unfallversicherungsträger.¹⁴ Unfallkassen sind besser gestellt, wenn der Versicherungsfall nicht eintritt und sie keine Ausgaben haben. Dieser Aspekt der Kostensenkung durch Prävention ist, neben der gesetzlichen Bestimmung der Absicherung der Arbeitnehmer, für die Kassen interessant.

Träger der Unfallversicherung sind die gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie die Unfallversicherungsträger der Öffentlichen Hand, die weitgehend regional organisiert sind. Die derzeit 26 gewerblichen Berufsgenossenschaften¹⁵ sind nach Branchen gegliedert. Die gesetzliche Unfallversicherung hat die Aufgabe, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit wieder herzustellen und die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. Freizeitunfälle können nur durch eine private Unfall-

¹³ Siehe <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/unfallversicherung/geschichte.html>, abgerufen am 10.10.06. Die Unfallversicherung wurde 1884 eingeführt, ab 1889 konnten die Arbeitnehmer sich gesetzlich gegen die Folgen von Alter und Invalidität absichern.

¹⁴ Siehe <http://www.physio.de/zulassung/pp7.htm>, BMA 1997, abgerufen am 22.09.06.

¹⁵ Siehe <http://www.hvbg.de/d/pages/wir/bg/index.html>, abgerufen am 22.09.06. Bis Mai 2005 gab es 35 Berufsgenossenschaften.

versicherung abgedeckt werden.¹⁶ Die Unfallversicherung ist eine vom Arbeitgeber vollständig gezahlte Pflichtversicherung.¹⁷ Die Beiträge der Unternehmen für gewerbliche Berufsgenossenschaften beliefen sich im Jahre 2004 auf 8,94 Milliarden Euro. Das entspricht einem Durchschnittsbeitrag von 1,33 Prozent der Gehälter, 1960 waren es 1,51 Prozent.¹⁸ Die Berufsgenossenschaften sind damit der einzige Zweig der Sozialversicherung, der langjährig stabile, sogar leicht sinkende Beitragsätze aufzuweisen hat. Von den Ausgaben der Berufsgenossenschaften 2004 entfielen 7,56 Milliarden Euro auf Entschädigungsleistungen, rund ein Drittel davon (2,55 Milliarden Euro) auf die Rehabilitation, zwei Drittel (5,01 Milliarden Euro) wurden für Renten und sonstige finanzielle Entschädigungen ausgegeben. Für die Präventionsausgaben der Berufsgenossenschaften wurden 2005 ca. 813,5 Millionen Euro¹⁹ ausgegeben.

4.2. Die Krankenkassen

Das Engagement der Krankenkassen in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung orientiert sich an den vorgegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und den Möglichkeiten der Krankenkassen. Sie sind durch den Richtwert von 2,56 EUR (2006: 2,74 EUR) (siehe IKK-Bundesverband 2006: 5) je Versicherten und Kalenderjahr geprägt. Nach dem Gesundheitsreformgesetz 2000 bieten die Krankenkassen ihren Versicherten Maßnahmen der allgemeinen und Betrieblichen Gesundheitsförderung an. Grundlage dafür ist der gemeinsame Handlungsleitfaden der Krankenkassen-Spitzenverbände. Er bestimmt nach strengen Kriterien, welche Angebote erstattet werden dürfen. Danach werden nur Maßnahmen finanziert, die qualitätsgesichert, zielgerichtet und erfolgreich den Präventionsbedarf der Versicherten nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V abdecken, auch die Betriebliche Gesundheitsvorsorge orientiert sich an diesem Paragraphen. Die Angebote sollen niederschwellig angesetzt werden, um Menschen zu erreichen, denen Vorsorge für die eigene Gesundheit bisher nicht wichtig war. Der Zugang ist primär über die Schulen und die Betriebe gedacht. Neu ist, dass den Krankenkassen²⁰ für Aktivitäten, die über originäre Maßnahmen des Arbeitsschutzes hinausgehen und diese ergänzen, ein Initiativrecht eingeräumt wurde. Dadurch können Krankenkassen in Kooperation mit Berufsgenossenschaften Programme zur BGF entwickeln und anbieten.

¹⁶ Siehe <http://www.hvbg.de/d/pages/versich/index.html>, abgerufen am 22.09.06.

¹⁷ Siehe Sozialgesetzbuch, 2005, SGBVII §150, S. 993.

¹⁸ Siehe <http://www.hvbg.de/d/pages/untern/index.html>, abgerufen am 22.09.06.

¹⁹ Siehe <http://www.hvbg.de/d/pages/untern/index.html>, abgerufen am 22.09.06.

²⁰ Siehe Sozialgesetzbuch, 2005, SGBV, §20 Abs. 2, S. 367; SGBVII §14 Abs.2., S. 934.

4.3. Die Arbeitgeber und Arbeitnehmer

Die Aufgaben des **Arbeitgebers** sind durch die Regelungen des Arbeitsschutzes und die Vorschriften der Unfallversicherung sehr umfangreich.²¹ Oft ist es für sie aufwendig, die notwendigen umfassenden Vorgaben zu erfüllen, jedoch ergänzen sich Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen mit BGF (siehe IKK-Bundesverband 2006: 71ff). Gefahren für Leben und Gesundheit sollen möglichst vermieden werden, indem technische, organisatorische, soziale und Umweltaspekte sachgerecht miteinander verknüpft werden (§§ 1-4 Arbeitsschutzgesetz). Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren liegen vor, wenn im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung (§ 5 Arbeitsschutzgesetz) Risiken mit Gefährdungspotenzialen ermittelt werden, die eine Gefahr im Sinne des Arbeitsschutzes darstellen und zum präventiven Handeln zwingen. Der Arbeitgeber trägt die Verantwortung für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz seiner Mitarbeiter im Betrieb.²² Jeder Unternehmer hat eine betriebsärztliche und eine sicherheitstechnische Betreuung für seinen Betrieb sicherzustellen.²³ Eine weitere Pflicht ist die Gefährdungsbeurteilung. Der § 6 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbschG)²⁴ erfordert vom Unternehmer eine Dokumentation über das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und die festgelegten Arbeitsschutzmaßnahmen sowie das Ergebnis der Wirksamkeitsprüfung der Maßnahmen. Die Dokumentationsform ist abhängig von der Art der Tätigkeiten und der Zahl der Beschäftigten. Für Unternehmen mit 10 oder weniger Beschäftigten besteht keine Pflicht zur Dokumentation, außer sie wird wegen einer besonderen Gefährdungssituation verlangt. Eine Dokumentation empfiehlt sich jedoch auch für diese Unternehmen, um die betriebliche Gefährdungssituation systematisch aufzuzeigen und Prioritäten für Arbeitsschutzmaßnahmen festlegen zu können (siehe Bundesverband der Unfallkassen 1997: 46). Bei der Untersuchung der Arbeitsplätze sind die jeweils betroffenen Mitarbeiter in die Ermittlung als „Fachmann vor Ort“ mit einzubeziehen (siehe Bundesverband der Unfallkassen 1997: 8).

Die **Arbeitnehmer** sind für ihre eigene Sicherheit und die ihrer Kollegen mitverantwortlich. Sie können Maßnahmen für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz aktiv mitgestalten. Nur wenn sie die Anweisungen zur Unfallverhütung befolgen, Einrichtungen bestimmungsgemäß verwenden und persönliche Schutzausrüstungen benutzen, kann der Betrieb erfolgreich in der Unfall-

²¹ Die Arbeitgeberpflichten für Unfall- und Arbeitsschutz sollen und können an dieser Stelle nicht umfassend dargestellt werden.

²² Siehe Sozialgesetzbuch, 2005, SGBVII, §21 Abs. 1, S. 937.

²³ http://www.bgfe.de/ueber_uns/wu_ah_praevention.html, abgerufen am 22.10.06.

²⁴ Grundlage für das Arbeitsschutzgesetz ist die europäische Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz 89/391/EWG.

verhütung sein. Ihre Verpflichtung ergibt sich aus § 15 Arbeitsschutzgesetz.²⁵ Sie haben das Recht, ausreichend qualifiziert und unterwiesen zu werden, Vorschläge zu Sicherheits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen zu machen, sowie Beratungen durch Sicherheitsfachkräfte und Betriebsrat in Anspruch zu nehmen. Ebenso haben sie das Recht, sich bei unmittelbarer und erheblicher Gefahr durch sofortiges Verlassen des Arbeitsplatzes in Sicherheit zu bringen. Weisungen des Arbeitsschutzes, die offensichtlich unbegründet sind, müssen nicht befolgt werden. Die Arbeitnehmer können sich an Arbeitsschutzbehörden wenden, wenn der Arbeitsschutz aus Sicht der Beschäftigten nicht ausreichend gewährleistet ist (siehe Badura 2001: 18f).

Sicherheitsfachkräfte,²⁶ **Betriebsärzte**²⁷ und **Sicherheitsbeauftragte**²⁸ sind die Experten für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz im Betrieb. Sie verfügen über umfangreiche Fachkenntnisse, überprüfen, beraten und wirken auf arbeitsschutzgerechtes Verhalten hin.²⁹

5. Ökonomischer Nutzen und wissenschaftliche Evidenz³⁰

5.1. Argumente für Unternehmen, die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern

Gesundheitsförderung bewirkt Vorteile für Arbeitnehmer und -geber. Dass Unternehmen ihre betrieblichen Risiken reduzieren wollen, steht außer Frage. Dazu müssen diese zuerst in das Bewusstsein der Unternehmer gelangen und als ein Risiko erkannt werden (Kapitel 2). Schlanke Produktionsstrukturen und -prozesse sind weniger tolerant gegenüber Leistungsmängeln und Personalausfällen; sie müssen besser geschützt werden. Gesetzlich garantierte Gesundheitsleistungen nehmen ab, mehr Privatinitiative wird verlangt – sowohl vom Einzelnen, als auch vom Arbeitgeber. Die Vorteile für den **Arbeitgeber** durchziehen den ganzen Betrieb, denn durch BGF entstehen:³¹

1. Erhöhte Arbeitszufriedenheit und Arbeitsproduktivität,
2. langfristige Senkung von Krankenstand und anfallenden Krankheitskosten,
3. gesteigerte Produkt- und Dienstleistungsqualität,
4. verbesserte betriebliche Kommunikation und Kooperation,
5. Imageaufwertung für das Unternehmen.

²⁵ Siehe http://www.bgfe.de/ueber_uns/wu_ah_praevention.html, abgerufen am 22.10.06.

²⁶ Ihre Aufgaben sind in § 6 Arbeitssicherheitsgesetz geregelt. Siehe Arbeitsschutzgesetz, 2006, S. 209.

²⁷ Ihre Aufgaben ergeben sich aus § 3 Arbeitssicherheitsgesetz. Siehe Arbeitsschutzgesetz, 2006, S. 207.

²⁸ Ihre Aufgaben sind in § 22 SGB VII geregelt. Siehe Sozialgesetzbuch, 2005, S. 938.

²⁹ Siehe http://www.bgfe.de/ueber_uns/wu_ah_praevention.html, abgerufen am 22.10.06.

³⁰ Siehe Kreis/Bödeker (2003: 4).

³¹ Siehe <http://www.mhmayer.de/stories/2004/07/12/siebenGuteGrunde.html>, abgerufen am 10.10.06.

Der Wettbewerb um passend qualifizierte Mitarbeiter hält an. Attraktive Arbeitsbedingungen und ein gutes Unternehmensimage erleichtern den Gewinn und den Erhalt des Personals. Eine langfristige Senkung des Krankenstandes und somit der anfallenden Krankheitskosten entsteht, da Gesundheit, im Sinne von körperlichem, psychischem und umgebungsbezogenem Wohlbefinden, eine Voraussetzung für Motivation und Innovationsfähigkeit ist. Gesteigerte Motivation überträgt sich auf den gesamten Arbeitsbereich. Dieser Aspekt ist besonders für Dienstleistungsunternehmen von Bedeutung, da sie stark von der positiven Ausstrahlung des Personals abhängig sind. Die Pluspunkte für die **Beschäftigten** sind³²:

1. Gesünderes Verhalten in Betrieb und Freizeit,
2. mehr Arbeitsfreude,
3. besseres Betriebsklima,
4. gesteigertes Wohlbefinden,
5. verringerte gesundheitliche Beschwerden und
6. weniger Arbeitsbelastungen.

All das sollten genügend Argumente sein, um sich um die Gesundheit von Mitarbeitern zu kümmern und als Beschäftigter solche Bestrebungen zu unterstützen. Jedoch stellt sich die Frage nach den zusätzlichen Kosten für einen Unternehmer, wie viel muss er für Betriebliche Gesundheitsförderung bezahlen?

5.2. *Kosten der Betrieblichen Gesundheitsförderung für den Arbeitgeber*

Möchten Unternehmer Betriebliche Gesundheitsförderung einführen, sind sie selbst Träger derselben, aber sie bekommen Unterstützung durch Krankenversicherungen, Unfallversicherer und durch Berufsgenossenschaften.³³ Betriebliches Gesundheitsmanagement ist nicht zum Nulltarif zu haben, auch mit Unterstützung sind vorhandene Ressourcen neu auszurichten, wahrscheinlich muss auch in neue Strukturen und Maßnahmen investiert werden. Der Arbeitgeber hat die Ausfallzeiten, die durch die Befragungen und Informationen zur BGF entstehen zu tragen. BGF, die bedarfsgerecht, zweckmäßig und effizient ist, sollte sich nach einiger Zeit selbst finanzieren (siehe Badura 2001: 26). Dazu ist es notwendig, dass alle Beteiligten in Dialog miteinander treten und eine angemessene Evaluation der Aktivitäten vornehmen. Denn Erfolge können sich an unterschiedlichen Stellen im Unternehmen abzeichnen. Neben den schon genannten (Kap. 5.1.) sind noch andere positive Veränderungen denkbar, z. B. Erhöhung der Kundenzufriedenheit, Aufgeschlossenheit für Innova-

³² Siehe <http://www.sozialnetz-hessen.de/ca/um/lhy>, Wittig-Goetz, 2004, abgerufen am 10.10.06.

³³ Siehe <http://www.bgfa.ruhr-uni-bochum.de/publik/info0202/bestand.php>, Brüning, Liebers, abgerufen am 15.10.06.

tionen sowie die Zunahme von Verbesserungsvorschlägen. Nicht alle möglichen positiven Ergebnisse lassen sich leicht quantifizieren oder kurzfristig erzielen, daher sind auch spätere Evaluationen sinnvoll. Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine längerfristige Investition, auch in die „weichen“ Unternehmensziele, die für eine Wettbewerbsfähigkeit von höherer Bedeutung sein können, als eine kurzfristige Verbesserung des Cash flow oder ein schnelles Absinken von Fehlzeiten (siehe Badura 2001: 27).

Führt eine Krankenkasse mit einer Firma ein Projekt durch, dann wendet sie sich an alle Mitarbeiter, keiner wird ausgeschlossen. Jedoch trägt die Krankenkasse nur die entstehenden Kosten für ihre Mitglieder, für Mitglieder anderer Kassen hat der Arbeitgeber zu zahlen. Hier liegt ein Vorteil von Kooperationsprojekten zwischen Kranken- und Unfallkassen. Findet eine Ist-Zustand-Befragung von Mitarbeitern in einem Betrieb statt, dann ist das gleichzeitig die Zusage des Arbeitgebers, auch Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchzuführen. Lehnt er weitere Maßnahmen ab, muss er die Kosten der Mitarbeiterbefragung tragen.³⁴

5.3. *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen*

Je größer ein Betrieb ist, desto höher wird der durchschnittliche Krankenstand. Kleinbetriebe mit bis zu 29 Beschäftigten³⁵ weisen durchschnittlich einen Lohnfortzahlungs-Krankenstand von 3,42 % auf, dieser Wert beträgt bei Betrieben mit 30-49 Beschäftigten schon 4,49 %. Unternehmen mit 500-999 Beschäftigten haben einen Krankenstand in Höhe von 5,70 % (siehe Pelster 2000: 3). Auch die verschiedenen Branchen der Kleinbetriebe weisen deutliche Unterschiede bei der Krankenstandsbeurteilung auf. Die günstigsten Werte hat die Gast- und Speisewirtschaft mit 2,38 %, die Metallherstellung hat mit 5,07 % den höchsten Wert der Branchen, die anderen Branchen liegen dazwischen (siehe Pelster 2000: 3).

Fällt Personal aus, ist oft nicht genau erkennbar für wie lange, wie oft das noch geschehen wird und welche Kosten der Ausfall und die Umstellung im Unternehmen zur Folge haben. Der Arbeitgeber zahlt das Gehalt weiter, nach sechs Wochen³⁶ ununterbrochener Krankheit tritt die Krankenkasse in die Entgeltfortzahlung ein und zahlt Krankengeld für insgesamt bis zu 78 Wochen³⁷ innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren, gerechnet ab dem Beginn der Erkrankung. Die Höhe des Krankengeldes ist gesetzlich vorgeschrieben: Es beträgt 70 % des Bruttoverdienstes, aber nicht mehr als 90 % des Nettoverdienstes.

³⁴ Gespräch mit Klaus Müller, AOK Schwerin, Gesundheitsförderung, 22.09.06.

³⁵ Bestehend aus AOK-Mitgliedern.

³⁶ Siehe Sozialgesetzbuch, 2005, SGB V, §46, S. 392.

³⁷ Siehe Sozialgesetzbuch, 2005, SGB V, §48, S. 395.

tes³⁸. Generell gilt jedoch ein Höchstbetrag, er liegt in 2006 bei 83,13 Euro pro Tag.³⁹ Fällt ein Arbeitnehmer jedoch mehrere Male für weniger als sechs Wochen aus und hat die Erkrankung anderer Ursachen ist der Arbeitgeber immer für die Fortzahlung der Bezüge zuständig. Diese Zahlungen sind bei personalintensiven Unternehmen schnell sehr hoch und dazu entstehen noch die Kosten, die notwendig sind, um den Ausfall auszugleichen.

Nicht alle Störungsfolgen lassen sich geldmäßig bewerten, wie der Lohnfortzahlungs-Krankenstand, doch auch sie mindern den Erfolg des Unternehmens. Die Initiative Gesundheit und Arbeit (Iga) gibt Checklisten⁴⁰ zum Erfassen nichtfinanzieller Störungsfolgen heraus. So können Betriebe Störungsfolgen doch geldmäßig bewerten und Risiken besser einschätzen. Die Störungsereignisse werden im Auftreten und in ihrer Häufigkeit erfasst. Durch die Verrechnung von Kennzahlen zur quantitativen Bewertung und Kostenansätzen zur geldmäßigen Bewertung werden die Gesamtkosten ermittelt. Bekannten Unternehmensrisiken mit zugeordneten Kosten und festgestellter Relevanz werden als nächstes Maßnahmen zugeordnet, die diesen Risiken entgegenarbeiten. Sie sollten jedoch die nötige Evidenz besitzen, also einen verlässlichen Wissensstand, ob mit den angewendeten Maßnahmen auch die erhofften Ziele erreicht werden. Um Evidenz festzustellen, werden verschiedene Studien hinsichtlich ihres Untersuchungsdesigns gewichtet. Da bestimmte Studientypen eine höhere wissenschaftstheoretische Aussagekraft über die Kausalität der untersuchenden Wirkungszusammenhänge haben, wurde ein Evidenzklassenschema eingeführt. Die höchste Evidenz findet sich demnach bei randomisiert kontrollierten Studien (siehe Kreis/Bödeker 2003: 9). Die meisten stattfindenden Studien über Gesundheitsförderungsprogramme basieren auf Verhaltensprävention. Personen sollen unterstützt werden, gesunde Verhaltensweisen anzunehmen, um einen verbesserten Gesundheitszustand zu erreichen. Die Programme unterscheiden sich zwischen Fokussierung einzelner Risikofaktoren oder Mehrkomponenten-Programmen, welche eine Vielzahl von Interventionen anbieten. Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Betrieben anzusiedeln, ist vorteilhaft für den Erfolg der Maßnahmen:

- Es kann bei geringen Kosten eine große Zahl von Personen erreicht werden, darunter insbesondere auch solche, die nicht von selbst professionelle Hilfe aufsuchen würden.
- Betriebe bieten aufgrund ihrer Konzentration und der Möglichkeit der Nutzung vorhandener Kommunikationskanäle einen leichten Zugang zu einer

³⁸ Siehe Sozialgesetzbuch, 2005, SGB V, §47, S. 393.

³⁹ Siehe http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/01__gut__versichert/03-0__selbststaendiger/080__krankengeld/03__hoehe__kg/hoehe__nav.html, abgerufen am 10.10.06

⁴⁰ Siehe http://www.iga-info.de/pdf/reporte/checklisten_betriebliche_stoerungen.pdf, iga (Herg.), abgerufen am 23.09.06.

großen Anzahl von Personen.

- Das betriebliche Umfeld bietet eine Reihe von Möglichkeiten, die Effektivität von Programmen zu erhöhen, z. B. durch die soziale Unterstützung von Kollegen, positive Verstärkung der Verhaltensänderungen, durch die Errichtung von förderlichen Umweltbedingungen, wie rauchfreien Zonen. So wird z. B. „fehlende Zeit“ häufig als Grund genannt, keinen Sport zu machen. Durch die leichte Erreichbarkeit von Betriebsangeboten, ist die dafür benötigte Zeit geringer als in anderen Zusammenhängen – so kann ein potentieller Hinderungsgrund beseitigt werden. Ein methodischer Vorteil liegt darin, dass aufgrund der über die Beschäftigten vorliegenden Daten (z. B. Krankheitstage) die Möglichkeit einer langfristigen, aussagekräftigeren Evaluation der Maßnahmen besser stattfinden kann, als bei anderweitig durchgeführten Programmen.

Die Gesundheitsförderungsprogramme zahlen sich in dem Maße für das Unternehmen aus, wie effektiv diese Programme z. B. krankheitsbedingte Absenzen reduzieren. In Unternehmen wird zwischen den Kosten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten (Absentismus) und den Krankheitskosten der Beschäftigten unterschieden. Diese werden auch bei den Wirkungen von BGF betrachtet, da sie einfach zu ermitteln sind. Von 14 Evaluationsstudien verschiedener Gesundheitsförderungsprogramme mit Absentismus als einer Ergebnisvariablen,⁴¹ berichten alle, dass die Maßnahmen eine Reduktion der Abwesenheit bewirkten. Im Rahmen von quasiexperimentellen Studien ergaben sich Reduktionen der Fehlzeiten von 12% bis 36% bzw. eine Verringerung der mit Fehlzeiten verbundenen Kosten um 34%.

Drei der Studien ermittelten darüber hinaus die Kosten-Nutzen-Verhältnisse (cost-benefit ratio; return of investment); diese liegen in quasiexperimentellen Studien bei 1:2,5 bzw. 1:4,85 und im Rahmen einer Korrelationsstudie bei 1:10,1. Dies bedeutet z. B., dass für jeden Dollar, der für das Programm aufgewendet wurde, in der erstgenannten Studie 2,5 Dollar durch reduzierte Abwesenheitskosten eingespart wurden. Hinsichtlich der direkten Krankheitskosten wurden 32 Studien⁴² erfasst. Die Ergebnisse der Studien sind dahingehend konsistent, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit geringeren Krankheitsausgaben in Zusammenhang stehen. Die Autoren führen das auf die Wirkung der Teilnahme an den Gesundheitsförderungsprogrammen zurück. Beobachtet wurden u. a. weniger Arztbesuche und Krankenhauseinweisungen sowie weniger Tage im Krankenhaus. In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse des Reviews,⁴³ der eine durchschnittliche Senkung der Krankheitskosten von 26,1% berichtet. Der „return of investment“ (ROI) liegt in Bezug auf die

⁴¹ Siehe Aldana (2001: 296-320), zitiert nach Kreis/Bödeker (2003).

⁴² Siehe Aldana (2001: 296-320), zitiert nach Kreis/Bödeker (2003).

⁴³ Siehe Chapman (2003: 1-10), zitiert nach Kreis/Bödeker (2003).

Einsparung bei den Krankheitskosten zwischen 1:2,3 und 1:5,9 - dieser Wert ist beeindruckend, da er sich in einer randomisierten kontrollierten Studie zeigte.

Die durchschnittliche Studiendauer von 3,25 Jahren lässt ungeklärt, wie lange diese Gewinne andauern und ob sie mit der Zeit größer oder kleiner werden. Die Studienteilnehmer waren im Durchschnitt 39 Jahre alt. Kardiovaskuläre Erkrankungen treten meist erst ab 40 oder 50 Jahren auf, so wirkt sich die Verminderung der Gesundheitsrisiken wahrscheinlich erst Jahre später aus. Möglicherweise zeigen sich die vollständigen finanziellen Auswirkungen der Gesundheitsförderungsprogramme erst viele Jahre nachdem die Gesundheitsrisiken reduziert worden sind. Die Kosteneffektivität wird verbessert, wenn Beschäftigte mit hohen Gesundheitsrisiken erreicht werden.⁴⁴ Da die Verteilung der Krankheitskosten nicht der Normalverteilung folgt, sondern eine rechtsschiefe Form aufweist, d. h. ein kleiner Teil der Beschäftigten verursacht den größten Teil der Kosten, steckt damit das größte Potenzial zur Kostenersparnis in einer kleinen Zahl des Personals mit hohem gesundheitlichem Risiko. So stellt sich die Frage, wie ein BGF-Programm erfolgreich für ein Unternehmen entwickelt wird und welche Qualitätskriterien beachtet werden müssen, um auch von den Vorteilen zu profitieren.

5.4. *Die Qualitätskriterien*

Qualität hat stets etwas mit Zielen, Zwecken, Erwartungen, Anforderungen und Bewertungen von Produzenten oder Konsumenten zu tun. Qualität liegt – auch dort, wo sie an objektiv feststellbaren Merkmalen gemessen wird – letztendlich im „Auge des Betrachters“; sie hängt also von den jeweils vorherrschenden Werten, Normen und Zielen und daraus abgeleiteten Beurteilungsmaßstäben ab. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben einen Leitfaden zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung beschlossen, der neben Handlungsfeldern auch Qualitätskriterien enthält. Jede Krankenkasse hat anhand der festgelegten Qualitätskriterien zu prüfen, ob die vorgesehene Maßnahme diese erfüllt. Ist das nicht der Fall, darf die Maßnahme nicht zu ihren Lasten durchgeführt werden (siehe IKK-Bundesverband 2006: 17).

- 1. Unternehmenspolitik:** Es existiert eine Unternehmensleitlinie o. ä. zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Wahrnehmung der BGF als Führungsaufgabe und die Integration in das bestehende Managementsystem signalisieren Interesse.
- 2. Personalwesen und Arbeitsorganisation:** Es besteht die Aufgabe, die Fähigkeiten der Mitarbeiter bei der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter werden an Entscheidungen in Gesundheitsfragen beteiligt.

⁴⁴ Siehe Pelletier (1996: 380-388), zitiert nach Kreis/Bödeker (2003).

- 3. Planung:** Maßnahmen zur Gesundheitsförderung basieren auf einer regelmäßig aktualisierten Ist-Analyse, einem klar fortlaufendem überprüften Konzept und wird allen Mitarbeitern bekannt gemacht. Die Aktivitäten werden durch ein internes Gremium gesteuert.
- 4. Soziale Verantwortung:** Entscheidend ist, wie die Organisation ihrer Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen und ihrer Rolle bei der Unterstützung gesundheitsfördernder Initiativen gerecht wird. Auch regionale Aktivitäten, wie z. B. Kinderbetreuung, Breitensport, kulturelle und soziale Initiativen sind zu unterstützen.⁴⁵
- 5. Umsetzung:** Alle Maßnahmen sind in eine regelmäßige Auswertung und Begleitung eingebunden und müssen dauerhaft miteinander verknüpft und systematisch durchgeführt werden.
- 6. Ergebnisse:** Die Ergebnisse werden dokumentiert und veröffentlicht (siehe Breucker 1990: 4ff). Der Kriterienkatalog verlangt den Nachweis durch Indikatoren, einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit im Hinblick auf Arbeitsbedingungen und -organisation, Führungsstil und Beteiligungschancen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Arbeitsklima sowie Arbeits- und Gesundheitsschutzvorkehrungen. Für kleine Unternehmen gilt, dass die Eigeninitiative der Betriebe erkennbar sein muss.

6. Erfolgsfaktoren und Ausblicke für Betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung wird dann erfolgreich für ein Unternehmen sein, wenn sie im Unternehmen durch Unternehmensphilosophie, strukturelle Einbindung und durch interdisziplinäre und interhierarchische Zusammenarbeit integriert ist. Die Wirkung der BGF ist wesentlich von der Qualität und der Ausrichtung auf Kontinuität abhängig. Professionelles Handeln im betrieblichen Gesundheitsmanagement ist wissensbasiert, mit einer Verknüpfung von externen, einschlägigen Wissenschaften und internem betrieblichen Wissen. Zum Erfolg zählt die Partizipation der Mitarbeiter, die Vernetzung der betrieblichen Experten sowie dem notwendigen Qualifizierungsbedarf für betriebliches Gesundheitsmanagement in Unternehmen nachzugeben (siehe Badura 2001: 33). Eine sach- und zielgerechte Planung und Durchführung von Projekten zur Prävention, Gesundheitsförderung und Mitarbeiterbindung ist erst nach der Bedarfsanalyse und der Definition der Ziele und Zielgruppen möglich. Unternehmen werden dauerhaft nur mit gesunden, leistungsfähigen Mitarbeitern erfolgreich sein. Führungsgrundsätze, -verhalten und Leitbilder haben wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter. Dazu zählt auch die Art der Kommunikation zwischen Führungskräften und Belegschaft. Die Unternehmenskultur und Traditionen in einem Unternehmen beeinflussen maßgeb-

⁴⁵ Siehe <http://www.sozialnetz.de/ca/um/oyb/>, Breucker, Orfeld, 2000, abgerufen am 10.10.06.

lich das Betriebsklima und Sozialverhalten, welche für die Gesundheit und das Wohlbefinden von großer Bedeutung sind (siehe Badura 2001: 28), denn die meisten Erkrankungen und Fehlzeiten gehen auf ein angespanntes Betriebsklima zurück.

- 1. Daher muss die BGF als Führungsaufgabe in das bestehende Managementsystem integriert werden.** Glaubwürdiges Interesse besteht, wenn ein eigenes Budget eingerichtet wird und die notwendigen Erfolgsfaktoren beachtet werden.
- 2. Die Werteorientierung der Arbeitnehmer hat sich verändert** und auch die Kunden haben gesteigerte Wünsche, wie ihnen begegnet werden soll. Betriebliche Gesundheitsförderung als Sozialromantik zu bezeichnen ist nicht real, denn Arbeitgeber müssen sich den Veränderungen des Marktes anpassen, nur motivierte und gesunde Mitarbeiter werden die erhöhten Anforderungen leisten können. Arbeitnehmer reagieren auf die Anforderungen des Arbeitsmarktes, sie sind seltener krank,⁴⁶ nehmen weite Anfahrtswege zur Arbeitsstelle in Kauf und sind an Weiterbildungen interessiert. Heute prägen Arbeitsinhalt und -organisation die Schnittstelle von Arbeit und Gesundheit. Psychische und soziale Faktoren gewinnen an Bedeutung. Neue Arbeitsformen wie Leiharbeit, Call-Center oder „virtuelle Teams“, sind verbunden mit neuartigen Belastungen, deren gesundheitliche Auswirkungen bisher nur ansatzweise untersucht sind. Mitarbeiter reagieren mit veränderter Wertevorstellung über Arbeit und Gesundheit auf die Notwendigkeit der privaten Initiative. Auf diese neuen Arbeitsaufgaben und Werte muss von Arbeitgeberseite eingegangen werden.
- 3. Die Ansprüche, die Menschen an ihre Arbeit stellen, sind höher als früher.** Handlungsfreiräume, sinnvolle Ziele und Mitwirkung bei deren Formulierung werden gefordert. Wo diese Ansprüche nicht erfüllt werden, drohen Motivationsverlust und „innere Kündigung“. Umgekehrt gelingt die Gewinnung und Bindung neuer, qualifizierter Mitarbeiter umso besser, je mehr diese Rahmenbedingungen erfüllt werden. In der Bevölkerung ist die Sensibilität für Gesundheitsthemen gewachsen. Prävention und Risikoprävention finden in der öffentlichen Meinung große Aufmerksamkeit. Der Richtwert der Krankenkassen von 2,74 Euro pro Versichertem für Prävention (2006) ist eng bemessen. Der Mitarbeiter entscheidet nicht zwischen Gesundheit und Arbeit – beides muss zusammen möglich sein, da auch die gesetzlich garantierten Leistungen des Gesundheitssystems reduziert werden und somit die Notwendigkeit privater Initiative verstärkt wird.
- 4. Der Erfolg der BGF ist wesentlich von der Qualität abhängig.** Qualitätssicherung ergibt sich aus dem gesellschaftlichen und gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung. Krankenkassen prüfen, ob Maßnahmen die fest-

⁴⁶ Siehe http://www.bpb.de/wissen/TBZC37,0,Krankenstand_der_Arbeitnehmer.html, abgerufen 10.10.06.

gelegten Qualitätskriterien erfüllen (siehe IKK-Bundesverband 2006: 17). Kassen aller Art werden sollten noch zielgerichteter für Gesundheitsprävention miteinander kooperieren, nur so werden sie ihre Versicherungsfälle noch weiter minimieren können.

5. **Professionelles Handeln im betrieblichen Gesundheitsmanagement ist wissensbasiert**, es verknüpft externes und internes betriebliches Wissen. Die Wissensquellen sind Grundlagen der Medizin und Gesundheitswissenschaften, Organisation, Erfahrungswissen der Beschäftigten und der Personal-, Organisations- und Gesundheitsexperten. Zum Erfolg führt die Partizipation der Mitarbeiter sowie dem notwendigen Qualifizierungsbedarf für betriebliches Gesundheitsmanagement in Unternehmen nachzugeben (siehe Badura 2001: 31).
6. **Da sich die Altersstruktur der Erwerbstätigen wandelt**, werden zukünftig ältere Mitarbeiter mit höheren Anforderungen an die Ergonomie und zum Teil auch mit gesundheitlichen Einschränkungen in den Unternehmen tätig sein. In Deutschland (und auch in anderen Industrieländern) gab es ab dem Jahr 2000 mehr über 50-jährige als unter 30-jährige Erwerbspersonen (siehe Bullinger et al. 2003: 98-100). Der demografische Wandel wird es erschweren, die aus Altersgründen ausscheidenden Mitarbeiter durch junge Berufseinsteiger zu ersetzen, die nach oben verschobene Altersgrenze des Rentenbezuges wird zunehmend genutzt werden. Diese „Vergreisung der Belegschaften“ bietet positiv betrachtet die Möglichkeit zu generationsübergreifender Nutzung von Kompetenzen und Ressourcen. Je nach Blickrichtung und Grundhaltung kann der demografische Wandel zu „alten“ oder aber zu „gereiften und lebenserfahrenen“ Belegschaften führen, die Loyalität und Leistungsbereitschaft beweisen.
7. **Die Arbeitswelt befindet sich in einer Phase tiefgreifenden Wandels**. Wichtige Veränderungen sind u. a. Globalisierung, Arbeitslosigkeit, wachsende Verbreitung neuer Informationstechnologien, Veränderungen der Beschäftigungsverhältnisse (z. B. befristete und Teilzeitarbeit, Telearbeit), älter werdende Belegschaften, wachsende Bedeutung des Dienstleistungssektors, Personalabbau, wachsender Anteil von Arbeitnehmern in Klein- und Mittelunternehmen, Kundenorientierung und Qualitätsmanagement. Die Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine Voraussetzung für die Entwicklung von gesunden betrieblichen Generationen-Teams, welche für jedes Unternehmen immer wichtiger werden. Zukünftiger Unternehmenserfolg hängt von gut qualifizierten, motivierten und gesunden Mitarbeitern ab. Die Betriebliche Gesundheitsförderung spielt eine entscheidende Rolle, Mitarbeiter und Unternehmen auf diese Herausforderungen vorzubereiten. Dabei wird auch sie sich verändern und noch direkter die Bedarfe der Mitarbeiter und der Arbeitgeber aufeinander abstimmen. Denn beide Seiten möchten „Gesundheit“, wenn auch aus unterschiedlichen Interessen heraus.

Literaturverzeichnis

- Aldana**, St. G. (2001): Financial Impact of Health Promotion Programs, A Comprehensive Review of the Literature, American Journal of Health Promotion 2001, 15(5), 296-320, zitiert nach: Kreis, Julia/Bödeker, Wolfgang/BKK Bundesverband/Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, (Hrsg.) (2003).
- Arbeitsschutzgesetz** 2006 (2006), 47.Auflage, Beck'sche Textausgaben (ArbschG), C. H. Beck Verlag, München.
- Badura**, Bernhard/Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2001): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Badura**, Bernhard/**Litsch**, Martin/**Vetter**, Christian (Hrsg.) (2002): Fehlzeiten-Report 2001, Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Bauch**, J. (2002): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Prävention 25, 2002
- Beck**, David (Hrsg.) (2004): Zum Stellenwert der Mitarbeiterbefragung in der betrieblichen Gesundheitsförderung, BGF Berlin, Discussion Paper der BGF Berlin, März / April DP 04-0304.
- Breuker**, Georg/BKK Bundesverband (Hrsg.) (1990): Europäisches Informationszentrum, Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen, Essen.
- Bullinger/Buck/Schmidt** (Hrsg.) (2003): DSWR - Datenverarbeitung - Steuer - Wirtschaft – Recht 4/2003, Die Arbeitswelt von morgen, S. 98-100.
- Bundesverband der Unfallkassen/Gesetzliche Unfallversicherung** (Hrsg.) (1997): Beurteilung von Gefährdungen und Belastungen am Arbeitsplatz GUV 50.11, München.
- Chapman**, L. S. (2003): Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. The Art of Health Promotion, 6 (6), 1-10, zitiert nach: Kreis, Julia/Bödeker, Wolfgang/BKK Bundesverband/Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (2003).
- Eberle**, Gudrun/**Kraemer**, Roland/**Lück**, Patricia/AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2005): Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen, Bonn.
- Gesetzliche Unfallversicherung** (Hrsg.) (2001): Sicherheit und Gesundheitsschutz im öffentlichen Dienst, GUV-I 8551, München.
- Gleißner**, Werner/**Romeike**, Frank (2005): Risikomanagement, Haufe, München.
- Haubrock**, Alexander (2004): Personalmanagement, W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Hilb**, M. (2005): Integriertes Personal- Management, 13. Auflage, Luchterhand, München.
- IKK-Bundesverband** (Hrsg.) (2006): Leitfaden Prävention, Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, Bergisch Gladbach.
- Kreis**, Julia/**Bödeker**, Wolfgang/BKK Bundesverband/Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (2003): Gesundheitlicher und Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Essen, Dresden.
- Lappalainen**, Jorma/**Mikkonen**, Päivi/**Murtonen**, Mervi/**Piispanen**, Päivi/**Salminen**, Simo/**Vuori**, Matti (2000): Der Schlüssel zu einer sicheren Zukunft 4-1, KUM, Über-

setzung und deutsche Anpassung: IAD, TU Darmstadt.

Meifert, Matthias/Kesting, Mathias (2004): Gesundheitsmanagement im Unternehmen, Springer, Berlin.

Pelletier, K. R. (1996): A Review and Analysis of the Clinical and Cost-effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Prevention Programs at the Worksite, American Journal of Health Promotion 10(5), 380-388, zitiert nach: Kreis, Julia/Bödeker, Wolfgang/BKK Bundesverband/Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (2003).

Pelster, Klaus/Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH (Hrsg.) (2000): Tips für Kleinbetriebe, Hauptsache Gesund.

Rola, Martin/Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, (Hrsg.) (2005): Pressemitteilung.

Sozialgesetzbuch (2005). 32. Auflage, C. H. Beck Verlag, München.

Quellenverzeichnis

Gespräch mit Klaus Müller, Abt.: Gesundheitsförderung, AOK, 22.09.06

<http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/828702540CEDD7A3C1256EAE00447AFA>, abgerufen 10.09.06

<http://www.dr-jancik.de>, Jancik, S. 2, abgerufen 20.08.2006

<http://www.risknet.de/Downloads.92.0.html>, Romeike, 2001, abgerufen 19.09.06.

http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/s03__presse-center/01__pressemitteilungen/07__archiv/2005/02__politik/pm__050412__gesundheitsreport__altersvergleich.htm, abgerufen 19.09.06.

<http://www.uni-mainz.de/FB/Medizin/asu/zepra.htm>, abgerufen 22.09.06.

http://www.demowerkzeuge.de/index.php?si=150&li=1&lang=de&css=css/groesse_12, abgerufen 09.10.06.

<http://www.sozialnetz-hessen.de/ca/um/ozb/>, Breucker, Orfeld, 2000, abgerufen 22.09.06.

<http://www.sozialnetz-hessen.de/ca/um/oxx/>, Groeben, 2002, abgerufen am 22.09.06

<http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/unfallversicherung/geschichte.html>, abgerufen 10.10.06.

<http://www.physio.de/zulassung/pp7.htm>, BMA 1997, abgerufen am 22.09.06.

<http://www.hvbg.de/d/pages/wir/bg/index.html>, abgerufen 22.09.06

<http://www.hvbg.de/d/pages/versich/index.html>, abgerufen 22.09.06.

<http://www.hvbg.de/d/pages/untern/index.html>, abgerufen 22.09.06.

http://www.bgfe.de/ueber_uns/wu_ah_praevention.html, abgerufen 22.10.06.

<http://www.mhmayer.de/stories/2004/07/12/siebenGuteGrunde.html>, abgerufen 10.10.06.

<http://www.sozialnetz-hessen.de/ca/um/lhy>, Wittig-Goetz, 2004, abgerufen am 10.10.06.

<http://www.bgfa.ruhr-uni-bochum.de/publik/info0202/bestand.php>, Brüning, Liebers, abgerufen 15.10.06.

<http://www.sozialnetz-hessen.de/ca/um/ozb/>, Breucker, Orfeld, 2000, abgerufen 22.09.06.

<http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-onli->

ne.de/01__gut__versichert/030__selbststaendiger/080__krankengeld/03__hoehe__kg
/hoehe__nav.html, abgerufen am 10.10.06

http://www.iga-info.de/pdf/reporte/checklisten_betriebliche_stoerungen.pdf, iga (Herg.),
abgerufen 23.09.06.

<http://www.sozialnetz.de/ca/um/oyb/>, Breucker, Orfeld, 2000, abgerufen am 10.10.06

http://www.bpb.de/wissen/TBZC37,0,Krankenstand_der_Arbeitnehmer.html, abgerufen
10.10.06.

Autorenangaben

Anja Ziesche
c/o Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Hochschule Wismar
Philipp-Müller-Straße 14
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Fax: ++49 / (0)3841 / 753 131

WDP - Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

- Heft 07/2003: Uwe Lämmel: Data-Mining mittels künstlicher neuronaler Netze
- Heft 08/2003: Harald Mumm: Entwurf und Implementierung einer objekt-orientierten Programmiersprache für die Paula-Virtuelle-Maschine
- Heft 09/2003: Jost W. Kramer: Optimaler Wettbewerb – Überlegungen zur Dimensionierung von Konkurrenz
- Heft 10/2003: Jost W. Kramer: The Allocation of Property Rights within Registered Co-operatives in Germany
- Heft 11/2003: Dietrich Nöthens/Ulrike Mauritz: IT-Sicherheit an der Hochschule Wismar
- Heft 12/2003: Stefan Wissuwa: Data Mining und XML. Modularisierung und Automatisierung von Verarbeitungsschritten
- Heft 13/2003: Bodo Wiegand-Hoffmeister: Optimierung der Sozialstaatlichkeit durch Grundrechtsschutz – Analyse neuerer Tendenzen der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu sozialen Implikationen der Grundrechte -
- Heft 14/2003: Todor Nenov Todorov: Wirtschaftswachstum und Effektivität der Industrieunternehmen beim Übergang zu einer Marktwirtschaft in Bulgarien
- Heft 15/2003: Robert Schediwy: Wien – Wismar – Weltkulturerbe. Grundlagen, Probleme und Perspektiven
- Heft 16/2003: Jost W. Kramer: Trends und Tendenzen der Genossenschaftsentwicklung in Deutschland
- Heft 01/2004: Uwe Lämmel: Der moderne Frege
- Heft 02/2004: Harald Mumm: Die Wirkungsweise von Betriebssystemen am Beispiel der Tastatur-Eingabe
- Heft 03/2004: Jost W. Kramer: Der Einsatz strategischer Planung in der Kirche
- Heft 04/2004: Uwe Sassenberg: Stand und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Technologietransfers an der Hochschule Wismar
- Heft 05/2004: Thomas Gutteck: Umfrage zur Analyse der Kunden des Tourismuszentrum Mecklenburgische Ostseeküste GmbH
- Heft 06/2004: Anette Wilhelm: Probleme und Möglichkeiten zur Bestimmung der Promotioneffizienz bei konsumentengerichteten Promotions
- Heft 07/2004: Jana Otte: Personalistische Aktiengesellschaft
- Heft 08/2004: Andreas Strelow: VR-Control – Einführung eines verbundeinheitlichen Gesamtbanksteuerungskonzepts in einer kleinen Kreditgenossenschaft
- Heft 09/2004: Jost W. Kramer: Zur Eignung von Forschungsberichten als einem Instrument für die Messung der Forschungsaktivität
- Heft 10/2004: Jost W. Kramer: Geförderte Produktivgenossenschaften als Weg

- aus der Arbeitslosigkeit? Das Beispiel Berlin
- Heft 11/2004: Harald Mumm: Unterbrechungsgesteuerte Informationsverarbeitung
- Heft 12/2004: Jost W. Kramer: Besonderheiten beim Rating von Krankenhäusern
- Heft 01/2005: Michael Laske/Herbert Neunteufel: Vertrauen eine „Conditio sine qua non“ für Kooperationen?
- Heft 02/2005: Nicole Uhde: Rechtspraktische Probleme bei der Zwangseinziehung von GmbH-Geschäftsanteilen – Ein Beitrag zur Gestaltung von GmbH-Satzungen
- Heft 03/2005: Kathrin Kinder: Konzipierung und Einführung der Prozesskostenrechnung als eines Bestandteils des Qualitätsmanagements in der öffentlichen Verwaltung
- Heft 04/2005: Ralf Bernitt: Vergabeverfahren bei öffentlich (mit)finanzierten sozialen Dienstleistungen
- Heft 05/2005: Jost W. Kramer: Zur Forschungsaktivität von Professoren an Fachhochschulen am Beispiel der Hochschule Wismar
- Heft 06/2005: Harald Mumm: Der vollständige Aufbau eines einfachen Fahrradcomputers
- Heft 07/2005: Melanie Pippig: Risikomanagement im Krankenhaus
- Heft 08/2005: Yohanan Stryjan: The practice of social entrepreneurship: Theory and the Swedish experience
- Heft 09/2005: Sebastian Müller/Gerhard Müller: Sicherheits-orientiertes Portfoliomanagement
- Heft 10/2005: Jost W. Kramer: Internes Rating spezieller Kundensegmente bei den Banken in Mecklenburg-Vorpommern, unter besonderer Berücksichtigung von Nonprofit-Organisationen
- Heft 11/2005: Rolf Steding: Das Treuhandrecht und das Ende der Privatisierung in Ostdeutschland – Ein Rückblick –
- Heft 12/2005: Jost W. Kramer: Zur Prognose der Studierendenzahlen in Mecklenburg-Vorpommern bis 2020
- Heft 13/2005: Katrin Pampel: Anforderungen an ein betriebswirtschaftliches Risikomanagement unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Prüfungsstandards
- Heft 14/2005: Rolf Steding: Konstruktionsprinzipien des Gesellschaftsrechts und seiner (Unternehmens-)Formen
- Heft 15/2005: Jost W. Kramer: Unternehmensnachfolge als Ratingkriterium
- Heft 16/2005: Christian Mahnke: Nachfolge durch Unternehmenskauf – Werkzeuge für die Bewertung und Finanzierung von KMU im Rahmen einer externen Nachfolge –
- Heft 17/2005: Harald Mumm: Softwarearchitektur eines Fahrrad-Computer-Simulators

- Heft 18/2005: Momoh Juanah: The Role of Micro-financing in Rural Poverty Reduction in Developing Countries
- Heft 19/2005: Uwe Lämmel/Jürgen Cleve/René Greve: Ein Wissensnetz für die Hochschule – Das Projekt ToMaHS
- Heft 20/2005: Annett Reimer: Die Bedeutung der Kulturtheorie von Geert Hofstede für das internationale Management
- Heft 21/2005: Stefan Wissuwa/Jürgen Cleve/Uwe Lämmel: Analyse zeitabhängiger Daten durch Data-Mining-Verfahren
- Heft 22/2005: Jost W. Kramer: Steht das produktivgenossenschaftliche Modell in Estland, Lettland und Litauen vor einer (Wieder-)Belebung?
- Heft 23/2005: Jost W. Kramer: Der Erfolg einer Genossenschaft. Anmerkungen zu Definition, Operationalisierung, Messfaktoren und Problemen
- Heft 24/2005: Katrin Heduschka: Ist die Integrierte Versorgung für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken das Modell der Zukunft?
- Heft 01/2006: Christian Andersch/Jürgen Cleve: Data Mining auf Unfalldaten
- Heft 02/2006: Kathrin Behlau: Arbeitszeitmodelle im Kinderzentrum Mecklenburg – Job-Sharing und Arbeitszeitkonten –
- Heft 03/2006: Christin Possehl: Das Eigenkapitalverständnis des IASB
- Heft 04/2006: Ines Pieplow: Zur Problematik der Abgrenzung von Eigen- und Fremdkapital nach IAS 32
- Heft 05/2006: Rüdiger-Waldemar Nickel: Der Markenwert. Ermittlung – Bilanzierung – Auswirkungen von IFRS
- Heft 06/2006: Jost W. Kramer: Sozialwirtschaft – Zur inhaltlichen Strukturierung eines unklaren Begriffs
- Heft 07/2006: Monika Paßmann: Potential und Grenzen automatischer Verhaltensmuster als Instrument erfolgreichen Selbstmanagements
- Heft 08/2006: Mandy Hoffmann/Antje Deike: Analyse der Auslandsaktivitäten von Unternehmen in Westmecklenburg
- Heft 09/2006: Jost W. Kramer: Grundkonzeption für die Entwicklung eines Qualitätsmanagements im sozialwirtschaftlichen Bereich
- Heft 10/2006: Dierk A. Vagts: Ärztliche Personalbedarfsermittlung in der Intensivmedizin
- Heft 11/2006: Andreas Beck: Die sozialwirtschaftliche Branche als qualitatives Ratingkriterium – unter besonderer Berücksichtigung von NPO-Krankenhäusern
- Heft 12/2006: Robert Löhr: Tax Due Diligence bei Kreditinstituten – eine Betrachtung ausgewählter Bilanz- und GuV-bezogener Analysefelder bei der Ertragsbesteuerung
- Heft 13/2006: Kristine Sue Ankenman: Austrian Neutrality: Setting the Agenda
- Heft 14/2006: Jost W. Kramer: Co-operative Development and Corporate Governance Structures in German Co-operatives – Problems and

- Perspectives
- Heft 15/2006: Andreas Wyborny: Die Ziele des Neuen Kommunalen Rechnungswesens (Doppik) und ihre Einführung in die öffentliche Haushaltswirtschaft
- Heft 16/2006: Katrin Heduschka: Qualitätsmanagement als Instrument des Risikomanagements am Beispiel des Krankenhauses
- Heft 17/2006: Martina Nadansky: Architekturvermittlung an Kinder und Jugendliche
- Heft 18/2006: Herbert Neunteufel/Gottfried Rössel/Uwe Sassenberg/Michael Laske/Janine Kipura/Andreas Brüning: Überwindung betriebswirtschaftlicher Defizite im Innoregio-Netzwerk Kunststoffzentrum Westmecklenburg
- Heft 19/2006: Uwe Lämmel/Andreas Scher: Datenschutz in der Informationstechnik. Eine Umfrage zum Datenschutzsiegel in Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 20/2006: Jost W. Kramer/Monika Paßmann: Gutachten zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der allgemeinen Sozialberatung in Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 21/2006: Marion Wilken: Risikoidentifikation am Beispiel von Kindertageseinrichtungen der Landeshauptstadt Kiel
- Heft 22/2006: Herbert Müller: Zahlen und Zahlenzusammenhänge - Neuere Einsichten zum Wirken und Gebrauch der Zahlen in Natur und Gesellschaft
- Heft 01/2007: Günther Ringle: Genossenschaftliche Prinzipien im Spannungsfeld zwischen Tradition und Modernität
- Heft 02/2007: Uwe Lämmel/Eberhard Vilkner: Die ersten Tage im Studium der Wirtschaftsinformatik
- Heft 03/2007: Jost W. Kramer: Existenzgründung in Kleingruppen nach der Novellierung des Genossenschaftsgesetzes
- Heft 04/2007: Beate Stirtz: Hybride Finanzierungsformen als Finanzierungsinstrumente mittelständischer Unternehmen
- Heft 05/2007: Uwe Lämmel/Anatoli Beifert/Marcel Brätz/Stefan Brandenburg/Matthias Buse/Christian Höhn/Gert Mannheimer/Michael Rehfeld/Alexander Richter/Stefan Wissuwa: Business Rules – Die Wissensverarbeitung erreicht die Betriebswirtschaft. Einsatzmöglichkeiten und Marktübersicht
- Heft 06/2007: Florian Wrede: Computergestützte Management-Informationssysteme. Geschichte – Zukunft – Konsequenzen
- Heft 07/2007: Peter Biebig/Gunnar Prause: Logistik in Mecklenburg – Entwicklungen und Trends
- Heft 08/2007: Anja Ziesche: Risikomanagement unter dem Aspekt der Betrieblichen Gesundheitsförderung