

Hauß, Friedrich

**Book Part — Digitized Version**

## Die Bedeutung des Krankenstandes für den Arbeitsschutz, die Gesundheitsförderung und die betriebliche Gesundheitspolitik

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Hauß, Friedrich (1990) : Die Bedeutung des Krankenstandes für den Arbeitsschutz, die Gesundheitsförderung und die betriebliche Gesundheitspolitik, In: Ulrich Pröll, Gerd Peter (Ed.): Prävention als betriebliches Alltagshandeln: sozialwissenschaftliche Aspekte eines gestaltungsorientierten Umgangs mit Sicherheit und Gesundheit im Betrieb. Beiträge anlässlich der Tagung "Sozialwissenschaftliche Probleme der Arbeitsgestaltung" veranstaltet vom Landesinstitut Sozialforschungsstelle Dortmund. 30.10. bis 2.11.1989, Schwerte, ISBN 3-89429-045-5, Wirtschaftsverlag NW, Dortmund, pp. 67-78

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112478>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

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

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

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

**Terms of use:**

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

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

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



## WZB-Open Access Digitalisate

## WZB-Open Access digital copies

---

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

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

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

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

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

---

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

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

## **Die Bedeutung des Krankenstandes für den Arbeitsschutz, die Gesundheitsförderung und die betriebliche Gesundheitspolitik**

Es ist keinesfalls selbstverständlich, Arbeitsschutz, Krankenstand und betriebliche Gesundheitsförderung in einem Atemzug zu nennen. In einem jüngst erschienenen, voluminösen Band der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über betriebliche Gesundheitsförderung (BzgA 1990) beschäftigt sich nicht ein einziger Beitrag mit einer (denkbaren oder wünschenswerten) Verbindung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung, und der Krankenstand als gesundheitlicher Indikator (siehe unten) bleibt unwähnt.

Auch von arbeitsmedizinischer Seite wird in entsprechenden Veröffentlichungen das Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht angesprochen und der Krankenstand wird selten zum Thema des werksärztlichen Dienstes gemacht (die Ausnahme bilden hier einige Großbetriebe). Lediglich Marschall u.a. (1989) streifen das Thema kurz; sie wollen darüberhinaus den Aspekt des betrieblichen Gesundheitsschutzes in einer betrieblichen Gesundheitspolitik aufgehoben sehen. Den gleichen Vorschlag machen Hauß und Laußer (1987). Sie folgen damit einer Idee, die zum Beispiel auch im Zusammenhang mit der Schnittstellenproblematik von betrieblichem Arbeitsschutz und betrieblichem Umweltschutz relevant wird: Sollen eine Aufgabenerweiterung des Arbeitsschutzes oder/und eine Ausdifferenzierung der Arbeitsteilung unter den Gesundheitsschützern im Betrieb nicht nur zu einer Parallelität von Aufgabenwahrnehmungen und -lösungen führen, müssen die unterschiedlichen Ziele, Tätigkeitsfelder und denkbaren Lösungsrichtungen zunächst konzeptionell miteinander verbunden werden, bevor die Akteure auf praktischer Ebene arbeitsteilig ihre spezifische Kompetenz entfalten können. Ähnlich wie in der betrieblichen Sozialpolitik (dieser Begriff ist längst in der Betriebswirtschaft gebräuchlich) auch so unterschiedliche Teilbereiche, wie die betriebliche Alterssicherung und die Jubiläumsfeiern für verdiente Mitarbeiter konzeptionell zusammengefaßt werden.

Im folgenden Artikel wird zwei Fragen nachgegangen:

- Wie verhalten sich die betriebliche Gesundheitsförderung und der Arbeitsschutz konzeptionell und organisatorisch zueinander? Sind es nur zwei verschiedene Begriffe oder sind mit diesen Begriffen auch die unterschiedlichen Handlungsfelder einer betrieblichen Gesundheitspolitik bezeichnet?
- Eignet sich der betriebliche Krankenstand als Handlungsbezug für den Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung und als Bezugspunkt betrieblicher Gesundheitspolitik?

## 1. Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz

Sehen wir einmal von solchen, leider nicht seltenen Fällen ab, in denen unter der Flagge betrieblicher Gesundheitsförderung lediglich altbackene Maßnahmen der Gesundheitserziehung und - aufklärung an die Beschäftigten in den Betrieben herangetragen werden, dann könnte die betriebliche Gesundheitsförderung durchaus zu einer Erweiterung und Innovation von Zielen, Instrumenten und Handlungsfeldern beitragen, die bisher dem Arbeitsschutz zugeschlagen wurden bzw. von denen oft gefordert wurde, daß der Arbeitsschutz sie als Tätigkeitsfelder übernimmt.

Als Ziel der Gesundheitsförderung kann es verstanden werden, Gruppen oder Individuen in ihrer Kompetenz zu stärken, die Konsequenzen des eigenen Handelns und des Handelns von anderen in bezug auf die eigene Gesundheit beurteilen zu können und ihnen das Handlungswissen zu verleihen, das notwendig ist, um sich gesundheitsgerecht zu verhalten bzw. um sich eine gesundheitsgerechte Umgebung schaffen zukönnen. Mit diesem Ziel wird sich primär an das Individuum gerichtet; es könnte der Vorwurf erhoben werden, es handle sich damit lediglich um modernisierte Konzepte der Verhaltensprävention. Sofern diese tatsächlich wirkungsvolle Techniken der Überzeugung hervorgebracht hat, werden diese mit Sicherheit in das Instrumentarium der Gesundheitsförderung zu integrieren sein.

Aber indem es auch zum Ziel der Gesundheitsförderung gehört, die Konsequenzen des Handelns anderer für die eigene Gesundheit zu beurteilen, geht sie in der Zielsetzung über die klassische, individuenbezogene Verhaltensprävention hinaus. Demnach kann es zum Beispiel auch ein Ziel der Gesundheitsförderung sein, Beschäftigte eines Betriebes fähig zu machen, in offensichtlich krankmachende Zustände des Betriebes zu in-

tervenieren. Daß dem zahlreiche rechtliche, betriebspolitische und motivationale Gegebenheiten entgegenstehen, steht zunächst auf einem anderen Blatt.

Gesundheitsförderung ist eine "freiwillige" betriebliche Leistung, die nicht durch Gesetze und Normen geregelt ist und dementsprechend nicht eingeklagt werden kann. Im betrieblichen Austausch- und Konfliktverhältnis wird die betriebliche Gesundheitsförderung daher immer eine andere Rolle einnehmen als der Arbeitsschutz: Arbeitsschutz wird zum oftmals hart umkämpften Verhandlungsgegenstand zwischen den betrieblichen Parteien, was teilweise seiner professionellen Weiterentwicklung oder der Anwendung seiner Kompetenz nicht förderlich ist, denn diese Situation zwingt die vor Ort tätigen Werkärzte ihre Einschätzungen, Ergebnisse und Vorschläge möglichst "neutral" zu halten oder sie aber der Gefahr auszusetzen, zum Gegenstand von Konflikten zwischen den Tarifparteien zu werden.

Möglichst "neutral" sind die Beurteilungen und Ergebnisse aber immer dann, wenn sie entweder trivial sind, so daß sich alle Parteien auf eine Lösung verständigen können, oder aber schlicht die Existenz von Problemen bestritten wird. In diesem Fall gibt es im Prinzip nichts, über das ein Konflikt entstehen könnte - allerdings auch keinen wirksamen Arbeitsschutz oder wenigstens entsprechende Vorschläge dazu.

Marschall u.a. (1989) sprechen in diesem Zusammenhang von "Billiganbietern", die dem Betrieb eine medizinische Mindestversorgung anbieten würden und sie betonen, daß ökonomische Restriktionen bzw. die daraus entstehenden Konflikte für den Arbeitsschutz auch im Großbetrieb zum Hindernis werden können (S. 53).

Noch extremer könnte sich das ökonomische Argument naturgemäß gegen die Gesundheitsförderung stellen, es sei denn, sie wird den Betrieben, wie es häufig geschieht, ohne Kosten von außen angeboten. In solchen Fällen, die wir nicht weiter verfolgen wollen, besteht eher die Gefahr, daß Gesundheitsförderung (oder was sich dafür ausgibt) gegen den Arbeitsschutz ausgespielt wird bzw. vollkommen getrennt von ihm durchgeführt wird. Ernsthaft betriebene Gesundheitsförderung jedoch kostet Geld.

## 2. Die Isolation des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung im Betrieb

Alle bekannt gewordenen Untersuchungen zur Funktionsweise des Arbeitsschutzes im Betrieb (Rosenbrock 1982, Weimer 1983, Marschall/Brandenburg 1985, Flick 1985, Hauß/Lausser 1987, Marschall u.a. 1989) konstatieren neben erheblichen qualifikatorischen, wissenschaftlichen und Anpassungsmängeln des Arbeitsschutzes (z.B. an die Gegebenheiten der neuen Technologien) eine organisatorische Isolation des Arbeitsschutzes in den Betrieben. Auf organisatorischer Ebene werden zahlreiche Vorschläge entwickelt, wie dieser Zustand zu beheben wäre (Peter 1988, Marschall u.a. 1989). Offen bleibt aber die Frage, ob es die wahrgenommene, tatsächliche oder scheinbare Wirkungslosigkeit des Arbeitsschutzes ist, die schließlich zu seiner betrieblichen Randständigkeit führt, oder ob der Arbeitsschutz, hauptsächlich mit Verweis auf seine Unwirtschaftlichkeit in diese Randständigkeit gedrängt wird und er daher seine Wirksamkeit nicht entfalten kann, womit er seine marginalisierte Funktion bestätigen würde.

Dies ist nicht schlicht eine Frage nach "Henne oder Ei". Vielmehr geht es um zwei Feststellungen:

- Der Arbeitsschutz stellt ein Randgebiet betrieblichen Handelns dar,
- seine Isolation führt zu Wirkungsverlusten.

Der wesentliche Grund für die unproduktive Isolation des Arbeitsschutzes dürfte ökonomischer Natur sein. Es wird vom Arbeitsschutz nicht erwartet, daß sich die Aufwendungen für ihn in einem meßbaren Gewinn niederschlagen. Diese skeptische Einschätzung des Managements wird in der Regel bestätigt, auch wenn erweiterte Kosten-Nutzenrechnungen angestellt werden. Dabei ist es nicht in erster Linie ein Problem unzulänglicher Kosten-Nutzen-Verfahren, das zu einem für den Arbeitsschutz ungünstigen Ergebnis führt, sondern eher die Tatsache, daß auch mit weiter verfeinerten Verfahren der Nutzen des Arbeitsschutzes sich monetär kaum messen lassen wird, und daß auch moderne Nutzwertanalysen, die andere Bewertungskriterien mit einbeziehen, hier nicht viel weiter helfen können. Denn die so einbezogenen multivariaten Kausalzusammenhänge sind "zumeist nur unter äußersten Schwierigkeiten und fast nie zweifelfrei nachweisbar" (Thiehoff 1988, S. 46).

Auch bei sehr sensiblen Instrumenten wird sich in meisten Fällen bestätigen: Arbeitsschutz kostet mehr, als er Geldwert einbringt, aber das

**Verhältnis** von Kosten und Nutzen läßt sich durch Optimierung des Arbeitsschutz-Outputs verbessern.

Zwar wird das Kosten-Nutzen-Argument häufig verwendet um die "Satellitenstellung" des Arbeitsschutzes zumindest zu rechtfertigen. Aber es muß erstens bezweifelt werden, ob ein so geführtes Kosten-Nutzen-Argument überhaupt sinnvoll ist und etwas über die Wirtschaftlichkeit des Arbeitsschutzes aussagen kann, und ob es zweitens das einzige und tatsächlich wichtigste Argument für die verbreitete Nicht-Befassung mit dem Arbeitsschutz ist. Auch in anderen betrieblichen Bereichen wird nicht streng nach Kosten-Nutzen-Kalkülen vorgegangen, bzw. ein ganzer Kranz von flankierenden kostenfremden Argumenten dominieren oftmals das Kostenargument.

Beim Arbeitsschutz sollte gefragt werden, ob es eine ungünstige Kosten-Nutzen-Relation ist, die seine satellitenartige Position stärkt und ihn zum betrieblichen Randgebiet werden läßt, oder ob diese Position nicht auch Ergebnis einer zentrifugalen Eigendynamik des Arbeitsschutzes sein könnte, und das Kosten-Nutzen-Argument lediglich als naheliegende Erklärung benutzt wird, um diesen Zustand letztlich zu rechtfertigen.

Es muß allerdings gefragt werden, ob die Kosten-Nutzen-Frage wirklich geeignet ist, den Arbeitsschutz unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu beurteilen. Dies soll hier in Frage gestellt werden. Eine **wirtschaftliche** Betrachtungsweise kann sich nicht darin erschöpfen, festzustellen, ob die Gleichung aufgeht, nach der ein bestimmter Input geldwertes Mehr an Output erzielen kann.

Beim Arbeitsschutz ist eine solche Wirtschaftlichkeitsbetrachtung auch deswegen fehl am Platz, weil eine Verringerung an Input sich ohnehin in den meisten Fällen nicht erreichen lassen wird, sehen wir von ungesetzlichem Verhalten ab.

Eine wirklich wirtschaftliche Betrachtungsweise würde also fragen: Welcher maximale Output kann mit dem Input erreicht werden, der ohnehin aufgebracht werden muß. Dies ist die Frage nach der ökonomischen Verwendung von Ressourcen und nicht die unangebrachte nach Gewinn und Verlust. Wenn nun die Frage gestellt wird, wie aus unumgänglichen Aufwendungen für den Arbeitsschutz ein maximaler Nutzen zu ziehen ist, dann kann nach dem vorher Gesagten eine (negative) Antwort bereits gegeben werden: Nicht, indem der Arbeitsschutz als randständiges Handlungsfeld stabilisiert wird und vom betrieblichen Geschehen isoliert wird. Die Erhöhung der Wirkungsweise

des Arbeitsschutzes ist, neben vielen anderen Faktoren, unserer Meinung nach vor allem von zwei Voraussetzungen abhängig:

- von einer Änderung seiner Zielparameter,
- von der Formulierung einer betrieblichen **Gesundheitspolitik** und von der bewußten Integration des Arbeitsschutzes in die Handlungsrou-tinen des Betriebes.

### 3. Krankenstand als Zielgröße des Arbeitsschutzes

Es scheint, als hätten der Krankenstand und seine Entwicklung im Betrieb keine Bedeutung für den Arbeitsschutz. Jedenfalls wird die Beeinflussung des Krankenstandes normalerweise nicht zu Aufgaben des werksärztlichen Dienstes gerechnet. Auf einer "logischen" Ebene muß dies Erstaunen auslösen: Der Krankenstand stellt die Schnittstelle zwischen gesundheitlichen Argumenten bzw. Gegebenheiten und wirtschaftlichen Gegebenheiten bzw. Argumenten der Betriebe dar. Er wäre, folgt man streng dieser Logik, damit der natürliche Bezugspunkt des Arbeitsschutzes; an der Entwicklung des Krankenstandes müßten sich letztlich die Erfolge oder Mißerfolge des arbeitsmedizinischen Handelns ablesen lassen. Allerdings ist dies an mehrere Voraussetzungen gebunden, auf die im folgenden kurz eingegangen werden soll:

Krankenstand wird in den meisten Fällen als **personalpolitisches Problem** der Betriebe und auf der Seite der Beschäftigten als **Verhaltens- bzw. Einstellungsproblem** gesehen. Beide Sichtweisen entsprechen nicht den Tatsachen. Mit personalpolitischen Maßnahmen ist der Krankenstand der Betriebe kaum zu beeinflussen, wenn ein Minimum an menschenwürdigem Umgang im Betrieb erreicht ist und wenn die Personalpolitik nicht dazu führt (oder geführt hat), daß nur Beschäftigtengruppen mit einem sehr hohen oder sehr niedrigen Krankenstand im Betrieb anzutreffen sind (z.B. nur ganz junge männliche Facharbeiter, die immer und überall einen sehr geringen Krankenstand aufweisen oder nur ältere, ungelernete Arbeiterinnen, die gewöhnlich einen hohen Krankenstand aufweisen, vgl. z.B. Hauß, Schröder, Witt, 1990).

Auf der anderen Seite haben alle Untersuchungen, die sich mit dem Krankenstand beschäftigen zwar zahlreiche Freiheitsgrade für ein Krankenstandsverhalten bestätigt, letztlich aber doch nachgewiesen, daß der Krankenstand (alters- und geschlechtsstandardisiert) abhängig ist von der

gesundheitlichen Lage der Beschäftigten. Am deutlichsten wird dies wohl durch die einfache Tatsache bestätigt, daß Beschäftigte, die wenigstens einmal im Jahr Arbeitsunfähigkeit in Anspruch genommen haben, über alle Altersgruppen hinweg bis zu dreimal so hohe ambulante Behandlungskosten aufwiesen, wie Beschäftigte, die in zwölf Monaten gar nicht krank geschrieben waren. Die Höhe der ambulanten Behandlungskosten war dabei nicht auf die AU-Behandlung selbst zurückzuführen (Schräder, Borgers 1985). Einige Untersuchungen finden sogar Zusammenhänge zwischen Berufen, konkreten Tätigkeiten und der Höhe des Krankenstandes und sind damit in der Lage, die berufs- oder tätigkeitsbezogene Differenzierung des Krankenstandes als Indikator für offensichtlich belastende Arbeitsplätze zu nutzen und konkrete Belastungsschwerpunkte den arbeitsmedizinischen Dienste der Betriebe anzuzeigen (Schräder, Thiele 1985, Bürkhardt, Oppen 1984, Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1990, Müller 1981).

Wer also den Krankenstand im Betrieb mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen senken möchte, handelt nicht nur problemangemessen, denn der Krankenstand ist ein gesundheitliches Problem. Er handelt überdies auch innerhalb der betrieblichen Logik, denn der Krankenstand ist (weil er ein gesundheitliches Problem ausdrückt) auch eine ökonomische Größe. Das Handeln gegenüber dem Krankenstand wird damit betrieblich vermittelbar. Es läßt sich ökonomisch beurteilen, wenn die Bewegung des Krankenstandes als Meßgröße für den Output des werksärztlichen Systems genommen wird und nicht der arbeitsmedizinische Input, der ohnehin zu leisten ist, einer unbekanntem Outputgröße gegenübergestellt wird. Entgegen dem herrschenden Trend schlagen wir aus diesem Grund vor, die positive Beeinflussung des Krankenstandes zum Gegenstand arbeitsmedizinischen Handelns zu machen, weil es gesundheitlicher und wirtschaftlicher Notwendigkeit entspricht.

Zu fragen ist nun, ob die Handlungsparameter und die Aufgabefelder des werksärztlichen Dienstes erweitert oder verengt werden, wenn der Krankenstand zu einem Hauptbezugspunkt werksärztlichen Handelns würde. Legen wir einen relativ großen, invarianten Sockel werksärztlicher Tätigkeit zugrunde (alle vorgeschriebenen Untersuchungen, Betriebsbegehungen etc.), so verbleibt ein Rest an Einsatzzeit, der frei verplant werden kann. Wir sind uns darüber im klaren, daß dies hauptsächlich für Großbetriebe gilt und auch in diesen ein Großteil der Einsatzzeit auf die vorgeschriebenen Untersuchungen und auf "Feuerwehreinsätze" aufgewendet werden muß. Aber fast alle Ansätze, die sich mit dem Aufgaben-

spektrum des Arbeitsschutzes befassen, fordern ohnehin dessen Ausweitung auf Fragen der Humanisierung der Arbeit, auf die Beachtung arbeitsorganisatorischer und -psychologischer Fragen, auf Prävention und Gesundheitsförderung (Peter 1988, Schulte, Bieneck 1987). Eine Neuaufteilung der Einsatzzeiten der arbeitsmedizinischen Aufgabenbereiche steht also offensichtlich zur Disposition.

#### **4. Erweitertes Aufgabenspektrum für den Gesundheitsschutz**

Wenn dies so ist, darf auch gefragt werden, womit die Dringlichkeit, mit der die zusätzlichen Aufgaben sich ergeben, begründet wird. Der Zugang für eine solche Problemhierarchie kann aus der Arbeitswissenschaft (Arbeitsorganisation), den Ingenieurwissenschaften (Fertigungstechnik) oder der Betriebswirtschaft (Krankenstandsbeeinflussung) erfolgen; für derlei Sichtweisen zur Konstruktion von Problemhierarchien sind Arbeitsmediziner jedoch nicht ausgebildet. Sie können diese Sichtweisen und die dahinterstehenden Fachkompetenzen jedoch abrufen, um unter ihrer Zuhilfenahme gesundheitliche Probleme im Betrieb erkennen und lösen zu können. Dies macht deutlich: Zahlreiche Probleme, die im Betrieb als Gesundheitsprobleme z.B. in der Höhe des Krankenstandes erscheinen, sind weder durch eine unmittelbar gesundheitsbedrohende Situation entstanden, noch lassen sie sich mit Maßnahmen lösen, die im engeren Sinne gesundheitsbezogen wirken. Diesen Sachverhalt kennen wir nicht nur im Betrieb. Auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen werden die Auswirkungen der unterschiedlichen Politikbereiche auf die Gesundheit thematisiert. So wie z.B. auf kommunaler Ebene vorgeschlagen wird, die Effekte verschiedener Politikbereiche mit Hilfe der Gesundheitsberichterstattung zu erfassen (Schräder, Neuhaus 1986), so kann die betriebliche Krankenstandsanalyse Teil einer betrieblichen Gesundheitsberichterstattung sein. (Welche anderen Instrumente dazu ebenfalls in Frage kommen siehe bei: Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1990, Slesina 1987, Satzer, Sturmfels 1989).

Selbst in Betrieben, die keine weitreichenden Informationssysteme über ihr eigenes Handeln bereithalten, werden Krankenstandsanalysen in der einen oder anderen Form vorgenommen. Meistens entsprechen diese Analysen nicht den betrieblichen Bedürfnissen, denn der Krankenstand wird in der Regel weder alters- noch geschlechtsstandardisiert erfaßt, was jedoch die einzig interpretationfähige Aufarbeitung bedeuten würde. Oft

genügt bereits eine Aufschlüsselung nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf um genügend Anlaß zum Handeln haben zu können (vgl. Hauß, Schröder, Witt 1990). Hier sollen die Techniken dieser Krankenstandsanalyse nicht weiter behandelt werden, vielmehr wird im folgenden erörtert, welche Vorteile ein Ansetzen am Krankenstand dafür bietet, den Arbeitsschutz in die betrieblichen Routinen erfolgreicher zu integrieren als dies bisher der Fall ist und wie sich ausgerechnet über den Krankenstand als Bezugs- und Ausgangspunkt für den betrieblichen Arbeitsschutz erweiterte Aufgaben für den Arbeitsschutz selbst und die Formulierung einer betrieblichen Gesundheitspolitik ergeben.

Wenn davon ausgegangen wird, daß sich der Krankenstand multifaktoriell zusammensetzt, dann müssen alle Versuche ihn zu senken, die Multikausalität auch auf instrumenteller Ebene widerspiegeln. Es wird z.B. nur in einigen wenigen Fällen der Nachweis gelingen, daß bestimmte Arbeitssituationen zu einem bestimmten Krankenstand geführt haben, oder im epidemiologischen Sinne gar als Verursachungsfaktoren für einen bestimmten Krankenstand anzunehmen sind. Schon der Versuch dieses "epidemiologischen" Beweises würde in den meisten Fällen zumal auf Betriebsebene fehlschlagen. Darüberhinaus ist er für die betriebsärztliche Praxis unnötig. Aber notwendig ist die Akzeptanz der Tatsache, daß bestimmte Arbeitsbedingungen auch dazu beitragen können, daß sich z.B. in einer Abteilung ein auffälliger Krankenstand entwickelt hat. Eine solche Feststellung könnte Anlaß genug sein, nach den Ursachen zu fahnden und auf Abhilfe zu drängen. Dies vollzieht sich noch im Rahmen der "klassischen" arbeitsmedizinischen Tätigkeit.

Ganz anders würde jedoch die "klassische" Arbeitsmedizin reagieren, wenn sich z.B. herausstellen würde, daß saisonal bedingter Krankenstand von jungen Facharbeitern eines Betriebes weniger mit den Arbeitsbedingungen des Betriebes selbst als mit den Reproduktionsbedingungen der Familie des Beschäftigten zu tun hat. In diesem Fall würden allenfalls die "Nebenerwerbsweinbauern" beschuldigt, fehlende Arbeitsbereitschaft an den Tag zu legen und das Problem bliebe ungelöst, obwohl es z.B. im Rahmen der betrieblichen Sozialpolitik zu lösen wäre. Oder es stellt sich heraus, daß in einer Abteilung eines Betriebes der Krankenstand zwar extrem hoch ist, altersstandardisiert aber nur einen durchschnittlichen Wert erreicht und kein direkter Rückschluß auf die Arbeitsbedingungen möglich ist. Sollte man nun argumentieren, in anderen Betrieben, die eine gleich alte Beschäftigungsstruktur haben, sei es auch nicht besser (diese Schlußfolgerung würde die Altersstandardisierung nahelegen) und keine

Maßnahmen vornehmen, oder die Personalpolitik auffordern nur noch ganz junge Beschäftigte einzustellen, um auf eine günstige "Durchmischung" der Beschäftigten hinzuwirken? Unter normalen Sichtweisen bliebe auch dieses Problem, das ja in Form von sehr viel älteren Beschäftigten besteht, die zahlreiche Gesundheitsnachteile aufweisen, unbearbeitet. Öffnet man jedoch auch hier die Perspektive und nutzt die Krankenstandsanalyse als Problemfindungsinstrument unabhängig von der Genese der Probleme (also zunächst unabhängig davon, ob sie in die betriebsärztliche Kompetenz fallen), dann bieten sich auch zahlreiche Erklärungen und schließlich Lösungen, die der einzelne Werksarzt nicht durchführen kann, zu deren Durchführung er aber andere betriebliche Bereiche mobilisieren sollte. Im genannten Fall könnten z.B. Maßnahmen, die im engeren Sinne der Gesundheitsförderung zuzurechnen sind, wie z.B. Ausgleichsgymnastik während der Arbeitszeit oder andere kompensierende Maßnahmen das Arbeitsleben der Zielgruppe etwas erleichtern. Diese Beispiele ließen sich fortsetzen. Festzustellen bleibt, daß die betriebliche Analyse des Krankenstandes zu Maßnahmen führen kann, die über den Interventionsrahmen der Arbeitsmedizin hinausgehen und daher Elemente einer betrieblichen Gesundheitspolitik notwendig machen. Dem betriebsärztlichen Dienst käme in diesem Zusammenhang die Rolle des Analysierenden, Moderierenden und Verteilenden zu. Er täte damit einen Schritt aus seiner Isolation heraus.

Dazu bietet das Ansetzen am Krankenstand auch auf anderer Ebene Gelegenheit: Da der Krankenstand eine Maßzahl ist, eignet er sich dazu, Veränderungen zu messen. Es ist in Großbetrieben z.B. üblich, die Entwicklung der Unfallzahlen genau zu verfolgen und zu analysieren sowie konkrete Zielvorgaben für die Arbeitssicherheit in bezug auf die Entwicklung dieser Unfallzahlen zu machen. Das Setzen von Erfolgsmaßstäben und die Beurteilung des tatsächlichen Handelns in bezug auf die vereinbarten Ziele ist üblich für fast alle anderen betrieblichen Abteilungen, selten jedoch für den Arbeitsschutz. Auch dies trägt zu seiner Isolation bei. Aber mit Hilfe des Krankenstandes lassen sich auch für den Arbeitsschutz Erfolgskriterien benennen. Die Arbeitsmediziner selbst müssen sie aufstellen; zunächst dort, wo ihnen die Beeinflussung mit gesundheitlichen und anderen Maßnahmen am wahrscheinlichsten erscheint. Es muß dann zur Aufgabe gemacht werden, die gesetzten Erfolgskriterien auch einzuhalten bzw. zu begründen, warum sie nicht eingehalten wurden.

Natürlich bedeutet dies eine Beschneidung der weitverbreiteten "splendid isolation" des Arbeitsschutzes in den Betrieben. Aber erst die

Integration des Arbeitsschutzes und das betriebliche Handeln und seine Anpassung an die betrieblichen Routinen wird dazu führen können, daß seine professionellen Kompetenzen voll genutzt werden. Dazu gehört ein Bezugspunkt, der dem Betrieb vermittelbar ist und der eine gesundheitliche Begründung findet. Dies ist der Krankenstand. Durch seine multifaktorielle Genese erfordert seine Beeinflussung ein bereiteres Herangehen, das über die Maßnahmen des Arbeitsschutzes hinausgehende betriebliche Gesundheitspolitik notwendig macht.

## Literatur

- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (1990): Krankenkassen und Betriebsmedizin. Ihre Verwendung für die betriebliche Gesundheitsförderung, Essen
- BzGA [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung] (Hrsg.) (1990): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, Heidelberg
- Burkhardt, D.; Oppen, M. (1986): Sind Frauen häufiger krank? Arbeitsunfähigkeitsrisiken erwerbstätiger Frauen, Berlin
- Flick, H. (1985): Stand der betriebsärztlichen Versorgung, in: IG-Metall (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit, Frankfurt
- Hauß, F.; Laußer, A. (1987): Überlegungen zu Konzeption und Realisierungsbedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: IGES-Papier 87-21, Berlin
- Hauß, F.; Schröder, W. F.; Witt, K. (1990): Die Krankenstandsanalyse als Teil eines betrieblichen Gesundheitsberichtes, Berlin
- Marschall, B.; Brandenburg, U. (1985): Auswirkungen neuer Technologien auf die Gesundheit - Konsequenzen für Arbeitsmedizin in Praxis und Forschung, in: IG-Metall (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit, Frankfurt a.M.
- Marschall, B.; Brandenburg, U.; Grimm, H.-G. (1989): Überlegungen zur Situation der Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik Deutschland, Dortmund

- Müller, R. (1981): Die Möglichkeiten des Nachweises von arbeitsbedingten Erkrankungen durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse, in: WSI-Studie Nr. 40; S. 15-35, Köln
- Peter, G. (1988): Der Arbeitsschutz als Alltag, Institution und System, in: ders. (Hrsg.): Arbeitsschutz, Gesundheit und neue Technologien, Opladen
- Rosenbrock, R. (1982): Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt a.M./New York
- Satzer, R.; Sturmfels, A. (1989): "Manchmal könnte ich alles hinschmeißen", Hamburg
- Schräder, W. F.; Borgers, D. (Hrsg.) (1985): Arbeitsunfähigkeit und ärztliche Behandlung. Studie über sehr kurze und sehr lange Perioden von Arbeitsunfähigkeit auf der Basis von GKV-Daten, Berlin
- Schräder, W. F.; Neuhaus, R. (1986): Kommunale Planung im Gesundheitswesen, in: Der Städtetag Nr. 6; S. 368-374, Berlin
- Schräder, W. F.; Thiele, W. (Hrsg.) (1985): Krankheit und Arbeitswelt; Möglichkeiten der Analyse mit Daten der GKV, Berlin
- Schulte, A.; Bieneck, H.-J. (1987): Prävention verstärken, in: Bundesarbeitsblatt Nr. 3, S. 15-20
- Slesina, W. (1987): Arbeitsbedingte Erkrankungen und Arbeitsanalyse, Stuttgart
- Thiehoff, R. (1988): Kein Gegensatz: Humanisierung der Arbeit und Wirtschaftlichkeit, in: BMA (Hrsg.): Gesundheit am Arbeitsplatz, Bonn
- Weimer, St. (1983): Arbeitsbedingungen in Klein- und Mittelbetrieben, Eschborn (Manuskriptdruck des Rationalisierungskuratoriums der deutschen Wirtschaft)