

Psychische Gefährdungen am Arbeitsplatz: Herausforderungen aus sozialversicherungs- wissenschaftlicher Perspektive

V. Cusumano, A. Ghadiri, M. Heister, K. Hummel, K. Kübner,
J. Mockenhaupt, L. Nelles, T. Peters, S. Peters-Lange, C. Rexrodt,
J. Roesler, E. Toepler, D. Windemuth, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg¹

I. Psychische Gesundheitsgefährdungen durch Arbeit: Eine Bestandsaufnahme

1. Definitorische Klärung

Der Ausdruck »psychische Gefährdungen« lehnt sich lexikalisch an andere Gefährdungen an (mechanische, elektrische, thermische Gefährdungen usw.). Er orientiert sich zugleich am Instrument der Gefährdungsbeurteilung und ist somit berechtigt. Eine Gefährdung ist definiert als »[...] die Möglichkeit eines Schadens oder einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ohne bestimmte Anforderungen an deren Ausmaß oder Eintrittswahrscheinlichkeit«². Psychische Gefährdungen sind somit definitorisch gleichbedeutend mit psychischen Belastungen, die bei der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG zu berücksichtigen sind. Psychische Belastungen sind in der DIN EN 10075-1 definiert als »[...] die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken«³. Aus der Definition der Beanspruchungen in der gleichen Norm als »[...] die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen [...] Voraussetzungen einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategie«⁴ wird deutlich, dass die Art der Wirkung (positiv oder negativ) individuell ist und somit jede Einwirkung auf die Psyche grundsätzlich negativ sein kann. Somit kann jede psychische Belastung eine Gefährdung sein. Die praktische Auslegung verdeutlicht jedoch, dass nur der Teil der psychischen Belastungen als Gefährdung betrachtet wird, der regelmäßig zu negativen Beanspruchungen führt. Dies verdeutlicht zB. die Auflistung der Gefährdungsfaktoren in den Leitlinien zur Gefährdungsbeurteilung (su.) oder auch das zweistufige Vorgehen bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer

Belastung, das die Erhebung der Belastungen von der Bewertung der Belastung als Gefährdung trennt.⁵ Im Folgenden werden – der praktischen Verwendung und dem Gesetzestext folgend – die Begriffe »psychische Belastung« und »psychische Gefährdung« synonym verwendet. Die in der Literatur ebenfalls anzutreffende Formulierung »psychische Faktoren« wird hier nicht verwendet, ist in der Literatur aber ebenfalls als Synonym für psychische Gefährdungen zu finden.

2. Arten und Häufigkeit psychischer Gefährdungen

Psychische Gefährdungen können in Anlehnung an (1.) in folgende Gruppen eingeteilt werden:

1. ungenügend gestaltete Arbeitsaufgabe
(zB. Monotonie, zu geringer Handlungsspielraum)
2. ungenügend gestaltete Arbeitsorganisation
(zB. Arbeiten unter hohem Zeitdruck)
3. ungenügend gestaltete soziale Bedingungen
(zB. fehlende soziale Kontakte, ungünstiges kollegiales Verhalten, Konflikte)
4. ungenügend gestaltete Arbeitsplatz- und Arbeitsumgebungsbedingungen
(zB. Lärm, Klima, unzureichende IT-Ausstattung)

¹ Die Autoren sind Professoren, Lehrbeauftragte oder Lehrkräfte für besondere Aufgaben der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, an der auch das Forum Sozialversicherungswissenschaft e.V. gegründet wurde, S. dazu <http://www.sozialversicherungswissenschaft.de/> (17.3.2017).

² Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation, Berlin 2015, S. 10.

³ DIN EN ISO 10075-1: Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung, Teil 1: Allgemeines und Begriffe, 2000, S. 3.

⁴ Ebd.

⁵ Vgl. Molnar, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, Berlin 2014, S. 69.

Im Stressreport der Bunderegierung⁶ (su. Punkt V.2) werden als besonders häufig vorhandene Arbeitsbedingungen, die belasten, von Beschäftigten in Deutschland angegeben:

- starker Termin- und Leistungsdruck;
- Unterbrechungen und Störungen bei der Arbeit;
- sehr schnell arbeiten müssen;
- verschiedenartige Arbeiten gleichzeitig betreuen.

Damit wird deutlich, dass in der Summe insbesondere die Arbeitsaufgabe und die Arbeitsorganisation die quantitativ wichtigsten Probleme darstellen. Die Auswertungen für Deutschland in einer europäischen Studie (EESENER-2)⁷ zeigen aber, dass die Beschäftigten insgesamt und nicht auf die eigene Person bezogen sechs vorgegebene Stressoren hinsichtlich ihrer Relevanz ganz anders gewichten. Danach sind aus der Liste von sechs Stressoren folgende von besonderer Bedeutung:

- Umstrukturierung des Arbeitsplatzes oder möglicher Arbeitsplatzverlust;
- nichtakzeptablen Verhaltensweisen wie Mobbing oder Belästigung ausgesetzt sein;
- geleistete Stunden oder Arbeitsbelastung und;
- fehlende Unterstützung von Kollegen oder Vorgesetzten, um ihre Aufgaben zu erfüllen.

Neben den betrieblichen Rahmenbedingungen werden hier auch die sozialen Bedingungen am Arbeitsplatz vor der Arbeitsorganisation benannt (zum Thema »Führung« su. Punkt V.4).

3. Relevanz psychischer Gefährdungen

Im öffentlichen Interesse stehen im Zusammenhang mit psychischen Belastungen fast ausschließlich psychische Erkrankungen, die ohne Frage wichtig sind.⁸ Darüber hinaus wird stark vernachlässigt, dass psychische Belastungen in engem Zusammenhang mit der Entstehung von Unfällen⁹ und von körperlichen Erkrankungen (su. Punkt II.) stehen.

Für psychische Erkrankungen stellen *Rau* und *Buyken*¹⁰ in einer eigenen Literaturstudie zusammenfassend empirische Evidenz für Handlungsspielraum, Arbeitsintensität, soziale Unterstützung, Rollenunsicherheit und Bullying (aggressives Verhalten) mit Depressionen fest. Für Handlungsspielraum, Überstunden und Schichtarbeit zB. konstatiert die Studie Zusammenhänge zu Herz-Kreislaufkrankungen und für job strain (hohe Arbeitsintensität bei

geringem Handlungsspielraum) findet sie starke Evidenz für Typ 2-Diabetes. *Brachwitz* und Kollegen¹¹ verdeutlichen in einer Übersichtsarbeit den Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und Verkehrsunfällen, *Kunz*¹² den zwischen der psychischen Belastung »Nacht- und Schichtarbeit« und Unfällen. Es muss bei diesen Studien aber immer berücksichtigt werden, dass es sich dabei oftmals um Zusammenhangsstudien handelt, bei denen die Fragen der Kausalität nicht geklärt sind. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin prüft in einer aktuellen Studie die Art der Zusammenhänge differenziert.¹³

Kritisch ist die Ableitung hoher Relevanz psychischer Belastungen aus einem Anstieg psychischer Erkrankungen in den Betrieben, wie dies Daten zur gestiegenen sozialmedizinischen Relevanz psychischer Erkrankungen seitens der Krankenkassen und der Rentenversicherung oder auch Stellungnahmen aus Ministerien nahelegen. Diese Ableitung unterstellt einen gesamtgesellschaftlichen Anstieg der Häufigkeit psychischer Erkrankungen, der nicht belegt werden kann¹⁴ und einen starken krankheitsverursachenden Faktor für psychische Belastung bei der Entstehung psychischer Erkrankungen, der nur teilweise belegt ist (so.).

4. Möglichkeiten der Prävention

Die Prävention arbeitsbedingter psychischer Gefährdungen im Betrieb muss systematisch mit dem Instrument der Gefährdungsbeurteilung erfolgen (su. Punkt V.2). Grund-

6 Vgl. *Lohmann-Haislah*, Stressreport Deutschland 2012, Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Dortmund ua. 2012.

7 Vgl. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (OSHA) (Hrsg.), European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) – Managing safety and health at work, Luxemburg 2010.

8 Vgl. *Windemuth et al.* (Hrsg.), Psychische Erkrankungen im Betrieb, Eine Orientierungshilfe für die Praxis, Wiesbaden 2014.

9 Vgl. *Windemuth et al.* (Hrsg.), Psychische Faktoren als Unfallrisiko, Relevanz in Bildung und Beruf, Wiesbaden 2017.

10 Vgl. *Rau/Buyken*, Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2015, 113 ff.

11 Vgl. *Brachwitz et al.*, in: *Windemuth et al.*, Psychische Faktoren als Unfallrisiko (Fn. 9), S. 238 ff.

12 Vgl. *Kunz*, in: *Windemuth et al.*, Psychische Faktoren als Unfallrisiko (Fn. 9), S. 270 ff.

13 Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Projekt »Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt«, 2017, abrufbar unter <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Projekt-Psych-Gesundheit/Projekt.html> (13.4.2017)

14 Vgl. *Thom/Jacobi*, in: *Windemuth et al.*, Psychische Erkrankungen im Betrieb (Fn. 8), S. 68 ff.; *Richter et al.*, Psychiatrische Praxis 2008, 321 ff.

sätzlich sind Maßnahmen der Verhaltensprävention von denen der Verhältnisprävention zu unterscheiden. Verhaltensprävention setzt bei der Vermeidung oder zumindest Minimierung gesundheitskritischer Verhaltensweisen am Individuum an. Verhältnisprävention dagegen setzt an den auslösenden Bedingungen, also an den Verhältnissen an. Das ArbSchG gibt in § 4 eine klare Regelung vor: Gefahren sind an ihrer Quelle, also an den Arbeitsbedingungen, zu beseitigen. Während dies bei allen anderen Gefährdungen in der Praxis üblich ist, ist die Einhaltung dieses Gesetzes bei den psychischen Gefährdungen nicht die Regel. Während kaum jemand sagen würde, bei einem freiliegenden, unter Spannung stehenden Stromkabel solle ein Schild aufgestellt werden, auf dem vermerkt ist, dass der Leser vorsichtig sein soll, wird ein Beschäftigter, der über zu viele Emails klagt, zuerst in ein Seminar geschickt, in dem er lernt, überflüssige Emails zu verwalten. Diese verhaltenspräventive Herangehensweise kann sinnvoll sein, wenn tatsächlich kein verhältnispräventives Mittel zur Verfügung steht oder um verhältnispräventive Maßnahmen zu ergänzen.

II. Weitere Folgewirkungen für die Gesundheit

Die aktuellen Entwicklungen der Arbeitswelt ermöglichen in bestimmten Bereichen ein zeitsouveränes und ubiquitäres Arbeiten, die Tätigkeiten sind also nahezu an jedem Ort und zu jeder Tageszeit ausführbar. Dies kann mit weiteren Faktoren wie Zeitdruck oder Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes zu einer Daueranspannung führen, die umgangssprachlich auch mit »Stress« bezeichnet wird und neben ökonomischen auch gesundheitliche Folgen nach sich zieht. Im Folgenden sollen einige Erläuterungen die Zusammenhänge von psychischem Stress und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems verdeutlichen und Wege aus der Stressfalle aufzeigen.

Der Begriff Stress wurde zu Beginn der Industrialisierung in der Mechanik als »Kraft pro Flächeneinheit« verwendet und 1936 von Selye¹⁵ auch in die Lebenswissenschaften als verallgemeinernde Beanspruchungsgröße eingeführt. Er beschreibt die unspezifische, stereotype Stressreaktion eines Organismus auf äußere Reize wie folgt: »[...] the symptoms of which are independent of the nature of the damaging agent or the pharmacological type of the drug employed, and represent rather a response to damage as such.«

Selye gewann seine Erkenntnisse zur Hauptsache aus Tierversuchen, seine Vorgehensweise war biochemisch und anatomisch geprägt. Aufgrund der gemessenen Substanzen und der Inspektion der innersekretorischen Drüsen konnte er drei Stadien der Stresseinwirkung definieren:

- die Alarmreaktion;
- die Widerstandsphase;
- das Erschöpfungsstadium.

Im Erschöpfungsstadium zeigte sich das Phänomen, dass selbst unterschwellige Dosen des untersuchten Stressreizes noch zum Tod des Individuums führen, wenn die Anpassungsfähigkeit des Organismus verloren ging.

Selyes Stressmodell ist vielfach erweitert und modifiziert worden. So lassen sich heute zB. auch der Einfluss des Alters, des Geschlechts oder von Medikamenten auf die Stressreaktion nachweisen. Lazarus und Folkman publizierten 1987 die Evaluation ihres Transaktionalen Stressmodells und schreiben der Situationsbewertung des Handelnden und den zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung der Herausforderung eine entscheidende Rolle zu: »[...] The person-environment relationship is mediated by two key processes: cognitive appraisal and coping.«¹⁶

Aus dem Modell nach Lazarus lassen sich Ansätze für Bewältigungsstrategien sowohl auf individueller als auch auf betrieblicher Ebene ableiten.¹⁷

Situativer Stress führt ua. zu folgenden objektiv beobachtbaren physiologischen Reaktionen des Körpers:

- Beschleunigung des Herzschlags (Tachykardie);
- Erhöhung des Blutdrucks;
- Ausschüttung von Stresshormonen (Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol).

Mit dieser universellen Stressantwort begegnet die Natur akuten Bedrohungen wie zB. dem Angriff von Revierfeinden und leitet daraus Anpassungsvorgänge ab, die den Organismus auf wiederholte Konfrontation gezielt vorbereiten. Als Auslöser von Stress kommen neben physiologischen und mentalen auch emotionale Reize (Stressoren)

¹⁵ Selye, Nature 1936, Bd. 138.

¹⁶ Lazarus/Folkman, European Journal of personality 1987, 141 ff.

¹⁷ Vgl. Kutschera, Burnout Syndrom: Ursachen und Bewältigungsstrategien unter Berücksichtigung von persönlichkeits- und strukturzentrierten Ansätzen, Diplomarbeit, Wien 2007 – abrufbar unter: <http://dev.kutschera.org> (1.4.2017).

in Frage. Während in der physischen Beanspruchung die bereitgestellten Mittel (Kohlenhydrate, Fette) zeitnah verstoffwechselt werden und danach die funktionelle Anspannung von einer Erholungsphase abgelöst wird, kann kontinuierlicher psychischer Stress ua. zu

- einer Verminderung der Herzratenvariabilität (HRV),
- einer arteriellen Hypertonie und
- muskulären Verspannungen

führen. Ausgehend von diesen Wirkungen werden weitere Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Arteriosklerose gefördert.

Der Beginn dieser Ursachenkette kann mit Erfassung der HRV gewonnen werden, die aus EKG-Messungen abgeleitet wird und ein Maß für die Anpassbarkeit des Körpers an äußere Belastungen darstellt. Eine starr fixierte Ruhfrequenz von zB. 90 Schlägen pro Minute ohne (oder mit nur minimalen) Abweichungen kann als Stress-Indikator gewertet werden.

Bei der Diagnose einer Arteriellen Hypertonie lässt sich in den meisten Fällen keine anatomische Ursache finden, die Erkrankung wird in solchen Fällen als »essentiell« eingestuft und den Psychosomaten zugeordnet. Bei der Entstehung der Erkrankung wirken mehrere Ursachen mit, dementsprechend ist die Behandlung idR. multimodal und umfasst aus medizinischer Sicht eine Kombination von Bewegungsprogramm (Ausdauertraining), Ernährung (salzarme Diät) und Medikation (Betablocker, ACE-Hemmer, Kalziumantagonisten). Hier ist also das (vom Hausarzt nur schwer beeinflussbare) Arbeitsumfeld ausgenommen.

III. Ökonomische Folgen und Herausforderungen

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz können nicht nur gesundheitliche und finanzielle bzw. soziale Beeinträchtigungen bei dem jeweils betroffenen Individuum (»Mikro-Ebene«) zur Folge haben, sondern darüber hinaus auch das Unternehmen (»Meso-Ebene«) oder die Gesellschaft als Ganzes (»Makro-Ebene«) belasten. Relevanz bekommt die gesamtgesellschaftliche Perspektive insbesondere vor dem Hintergrund der Abschätzung möglicher Einspareffekte durch effektive Präventionsmaßnahmen.

Ein Instrument zur monetären Erfassung der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung von Krankheiten sind soge-

nannte Krankheitskosten-Studien (cost of illness analysis; COI). Dabei werden idR. zwei Kategorien von Kosten berücksichtigt: *Direkte Kosten* sind definiert als monetär bewerteter Ressourcenverzehr durch die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen; *indirekte Kosten* umfassen im Wesentlichen den volkswirtschaftlichen Produktions- bzw. Produktivitätsverlust.¹⁸ Zur Ermittlung der Kosten gibt es verschiedene methodische Ansätze (top-down- bzw. macro-costing-Ansatz; bottom-up- bzw. micro-costing-Ansatz; Prävalenz- oder Inzidenzansatz), mit je unterschiedlichem Aussagegehalt der Ergebnisse.¹⁹

Das Statistische Bundesamt setzt im Rahmen seiner Krankheitskosten-Rechnung auf einen top-down- und Prävalenzansatz.²⁰ Die Ergebnisse sind damit insbesondere dafür geeignet, die gesamtgesellschaftlichen Kosten verschiedener Krankheitsgruppen miteinander zu vergleichen. Allerdings sind die Angaben aufgrund des Rückgriffs auf hoch-aggregierte Daten nicht unbedingt valide und sie liegen zumeist erst mit großer Zeitverzögerung vor. So veröffentlichte das Statistische Bundesamt zuletzt für das Jahr 2008 umfassende Daten zu den Krankheitskosten. Für psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10-Schlüssel F00–F99) wurden dort insgesamt 28,6 Mrd. Euro an direkten Kosten ausgewiesen;²¹ das waren ca. 11 % an den gesamten Krankheitskosten in Deutschland aus dem Jahr 2008 bzw. ca. 1 % des BIP, und ließ diese Krankheitsgruppe bereits an dritter Stelle, nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und den Erkrankungen des Verdauungssystems, rangieren. Indirekte Kosten erfasst das Statistische Bundesamt nicht in monetärer Weise, sondern über sog. verlorene Erwerbstätigkeitsjahre der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Für psychische und Verhaltensstörungen im Jahr 2008 errechnete das Statistische Bundesamt 763.000 verlorene Erwerbstätigenjahre, darunter 210.000 Jahre allein bezogen auf Depressionen.²² Das waren ca. 18 % bzw. 5 % aller erfassten verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre. Psychische und Verhaltensstörungen

18 Vgl. zB. Greiner/Damm, in: Schöffski/von der Schulenburg (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 4. Aufl., Baden-Baden 2012, S. 23 ff.

19 Vgl. zB. Schöffski, in: Schöffski/von der Schulenburg (Fn. 18), S. 45 ff.

20 Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Gesundheit: Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008, 2010, Fachserie 12, Reihe 7.2, Wiesbaden 2010, S. 3 ff.

21 Vgl. ebd., S. 36.

22 Vgl. ebd., S. 45. Laut einer Studie der Allianz und des RWI betragen in Deutschland im Jahr 2008 die direkten und indirekten Kosten allein von Depressionen zwischen 15 und 22 Mrd. Euro. Vgl. Allianz Deutschland AG/RWI (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.) (Hrsg.), Depression: Wie die Krankheit unsere Seele belastet, 2011.

standen damit hinter den Verletzungen und Vergiftungen an zweiter Stelle aller Krankheitsgruppen.

Auch wenn diese Zahlen – ebenso wie Ergebnisse aus Veröffentlichungen einzelner Krankenkassen-Verbände zum Arbeitsunfähigkeits- bzw. Fehlzeitengeschehen der jeweiligen Versicherten²³ – die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen im Vergleich zu anderen Erkrankungen eindrucksvoll aufzeigen, lassen sich die ökonomischen Kosten von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz damit nur eingeschränkt abbilden: Überschätzungen können daraus resultieren, dass psychische Erkrankungen auch auf Ursachen jenseits von Belastungen am Arbeitsplatz zurückzuführen sind, und Unterschätzungen daraus, dass solche Belastungen auch zu anderen physischen Krankheiten oder Beschwerden, wie zB. erhöhtem Blutdruck oder Rückenbeschwerden, zu reduzierter beruflicher Leistungsfähigkeit (»Präsentismus«) und Motivation oder auch zu einem erhöhten Arbeitsunfallrisiko führen können.²⁴

Der Weg über das micro-costing, der diese Probleme überwinden könnte, in dem zB. für einen »typischen Einzelfall« die tatsächlich anfallenden Kosten in Folge psychischer Belastung am Arbeitsplatz kalkuliert und anhand von Inzidenz- oder Prävalenzangaben auf Bevölkerungsebene hochgerechnet werden, ist allerdings meist sehr zeit- und kostenintensiv. Im vorliegenden Themenbereich wird dieser Ansatz zudem aufgrund unterschiedlicher Konzepte zur Operationalisierung des Phänomens und unklarer Kausalzusammenhänge zwischen Belastung und Erkrankung erschwert. Eine Studie, die sich an diese Vorgehensweise anlehnt, ist die Studie von *Ramaciotti* und *Perriard* zu den Kosten des Stresses in der Schweiz bezogen auf das Jahr 1998.²⁵ Sie kamen – je nach Abgrenzung der berücksichtigten Folgen von Stress – zu Werten zwischen 0,6 % und 5,4 % des BIP, was mit weiteren internationalen Ergebnissen vergleichbar sei.²⁶ Schließlich sei hier noch kurz die Studie von *Bödeker* et al. erwähnt²⁷, die über die Schätzung des attributiven Risikos psychischer Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz direkte und indirekte Kosten in Höhe von 25 Mrd. Euro für das Jahr 1998 ermittelt haben, was ca. 1,2 % des BIP entsprach.

Letztlich sollte jede Krankheitskostenanalyse immer nur als grobe Annäherung an die Realität verstanden werden. In der Zusammenschau zeigt sich aber, dass trotz unterschiedlicher Herangehensweisen – mit den jeweils spezifischen methodischen Problemen bzw. Lücken in den Datengrundlagen – Schätzungen für die Kosten psychischer Belastungen in der Arbeitswelt zwischen 1 % und 5 % des BIP plausibel

sein könnten, was ein nicht unbeträchtliches Einsparpotenzial beinhalten und damit ua. die Notwendigkeit der Umsetzung, Identifikation oder Entwicklung effektiver und effizienter Präventionsmaßnahmen – über ethische Beweggründe hinausgehend – deutlich herausstellen würde.

Als Herausforderung wird in diesem Zusammenhang seit einigen Jahren auch die Rolle der Digitalisierung der Arbeitswelt diskutiert. So führen Innovationen der Informations- und Kommunikationstechnologien zB. zu neuen Möglichkeiten mobilen und zeitflexiblen Arbeitens, worin ua. Gefahren einer weiteren Entgrenzung von Berufs- und Privatleben und einer Zunahme gesundheitlicher Beeinträchtigungen und damit auch der Krankheitskosten liegen könnten.²⁸ Allerdings ist die Studienlage dazu nicht eindeutig,²⁹ wodurch der aus diesen Entwicklungen resultierende Handlungsbedarf, zB. im Hinblick auf Arbeitsschutzregelungen, unterschiedlich bewertet werden kann (su. Punkt V.2). Auch wie weit betriebliche Präventionsmaßnahmen zB. die Gestaltung privater Räumlichkeiten beeinflussen dürfen oder sollen, oder wer entsprechende Präventionsmaßnahmen finanzieren soll, auch vor dem Hintergrund zunehmender sog. variabler Arbeitsbeziehungen, Projektwirtschaft, liquider Organisationen und Open Innovation, die häufig mit der Übertragung von Verantwortung vonseiten des Unterneh-

23 Vgl. zB. den jährlich von *Badura* et al. veröffentlichten Fehlzeiten-Report, der sich auf Daten der AOKen stützt, oder auf Publikationen des BKK Dachverbandes, wie den jährlich erscheinenden BKK-Gesundheitsreport. Ausführlich mit psychischen Erkrankungen hat sich beispielweise der BKK-Gesundheitsatlas 2015 beschäftigt: *Kliner* et al. (Hrsg.), BKK Gesundheitsatlas 2015 – Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche, Berlin 2015.

24 *Paridon/Mühlbach* haben im Rahmen einer Literaturanalyse vielfältige Krankheits- und Beschwerdebilder untersucht und zT. entsprechende Hinweise auf Zusammenhänge mit psychischen Belastungen am Arbeitsplatz gefunden, vgl. *Paridon/Mühlbach*, Psychische Belastung in der Arbeitswelt – Eine Literaturanalyse zu Zusammenhängen mit Gesundheit und Leistung, Iga-Report 32, Januar 2016.

25 Vgl. zB. *Ramaciotti/Perriard*, Die Kosten des Stresses in der Schweiz, SECO, 2003.

26 Vgl. ebd., S. 120 ff., und die dort genannten weiteren Literaturquellen.

27 *Bödeker* et al., Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 946, Dortmund ua. 2002; zitiert nach *Röttger* et al., WSI Mitteilungen 2003, 591 ff.

28 So kommen *Pangert* et al. im Rahmen eines Literaturreviews insgesamt zu eher negativen Effekten von arbeitsbezogener erweiterter Erreichbarkeit auf Gesundheit und Life-Domain-Balance, vgl. *Pangert* et al., Die Auswirkungen arbeitsbezogener erweiterter Erreichbarkeit auf Life-Domain-Balance und Gesundheit, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschung Projekt F 2353, Dortmund ua. 2016.

29 *Hammermann/Stettes* sehen wenig Grund zu der Sorge, dass die Digitalisierung verstärkt gesundheitliche Risiken berge, vgl. *Hammermann/Stettes*, IW Trends 2015, 113 ff.

mens auf die Beschäftigten einhergehen,³⁰ gehört zu den zu diskutierenden Fragen, die allerdings nicht allein aus ökonomischer Sicht beantwortet werden können.

IV. Herausforderungen und Lösungsansätze im Bereich Rehabilitation: Der Ansatz des Case Managements

Das Hilfesystem im Bereich der psychischen Beeinträchtigungen hat sich in den zurückliegenden Jahren sowohl quantitativ als auch qualitativ ausdifferenziert und verfügt über unterschiedliche Zugänge. Diese Komplexität und Differenziertheit des Versorgungssystems erfordert ein planendes und steuerndes Verfahren wie das des Case Managements, das in verschiedenen Leistungssegmenten bereits praktiziert wird.

Case Management bezeichnet einen Ansatz der Versorgungssteuerung (Managed Care) für komplexe Bedarfskonstellationen, die mit Angeboten der Regelversorgung nicht zufriedenstellend behandelt und betreut werden können.³¹ Bei einer psychischen Erkrankung kann Case Management angezeigt sein, wenn die individuelle Problemsituation mehrere, individuell aufeinander abgestimmte Maßnahmen erfordert und/oder mehrere Leistungsträger zuständig sind.

Im Folgenden wird daher zunächst ein kurzer Überblick über das Hilfesystem im Bereich psychischer Beeinträchtigungen gegeben, um dann den Ansatz des Case Managements und den Stand seiner Umsetzung im deutschen Versorgungssystem zu skizzieren.

1. Überblick über das Hilfesystem im Bereich psychischer Beeinträchtigungen

Bei psychiatrischen Störungen kommen neben medizinischer – hier vorrangig medikamentöser – Behandlung psychotherapeutische Interventionen zum Einsatz. Psychotherapie bezeichnet hierbei alle »durch den Korpus der Psychologie theoretisch und empirisch fundierte[n] Methoden«, die zur Veränderung psychischer Störungen durch einen klinisch-psychologischen Experten eingesetzt werden können.

Für den Laien zeigt sich die Psychotherapie häufig als unübersichtlich und mystisch. Die Psychotherapieforschung beschreibt Hunderte von Verfahren, die der Psychotherapie zugeordnet werden.³² Seit 1999 ist über das

Psychotherapeutengesetz (PsychThG) festgelegt, wer unter welchen Bedingungen mit welchen Verfahren psychotherapeutische Behandlung anbieten darf. Zugelassen zur Versorgung sind aktuell die drei Richtlinienverfahren Psychoanalyse (PA) und die daraus entstandene tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (TPT) sowie die Verhaltenstherapie (VT). Des Weiteren bestehen für bestimmte Störungen weitere Versorgungszulassungen wie bspw. Hypnose für die Versorgung von Schmerzpatienten oder Eye Movement and Reprocessing zur Behandlung von traumatisierten Patienten. Ob ein Verfahren wissenschaftlich zugelassen wird, entscheidet der wissenschaftliche Beirat (§ 11 PsychThG). Bis 1999 war die Psychotherapie ärztliche Versorgungsleistung. Seit 1999 haben auch Diplom-Psychologen bzw. Master-Absolventen der Psychologie die Möglichkeit eine Approbation in einem der Richtlinienverfahren zu erlangen. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapeutischen Versorgung können neben den Genannten auch Absolventen mit einem Pädagogik- und/oder Sozialpädagogikstudium die Approbation erlangen. Auch die Aufrechterhaltung der Approbation durch Fort- und Weiterbildung ist über das PsychThG geregelt und soll vor allem der Qualitätssicherung der Versorgung dienen.

Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz von mehreren Monaten sind derzeit die Regel in der psychotherapeutischen Versorgung.³⁴ Die Wege in Behandlung sind für Patienten sehr unterschiedlich. Laut einer Befragung der deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) ist die Motivation zur Behandlungsaufnahme unterschiedlich: Etwas mehr als 40 % der Patienten begeben sich eigeninitiativ, etwa 30 % auf Hinweis des behandelnden Arztes und 12 % durch Hinweise von Angehörigen in psychotherapeutische Behandlung; der Rest der Motivation zur Behandlungsaufnahme verteilt sich auf Hinweise von anderen Personenkreisen.³⁵ Wartezeiten sind kürzer, wenn Ärzte oder andere offizielle Akteure in die Kontaktaufnahme

30 Zu diesen Entwicklungen vgl. zB. Rump/Eilers, in: Rump/Eilers (Hrsg.), Auf dem Weg zur Arbeit 4.0, Innovationen in HR Deutschland, Heidelberg 2017, S. 25 ff.

31 Vgl. Wendt, in: Wendt/Löcherbach (Hrsg.), Case Management in der Entwicklung – Stand und Perspektiven in der Praxis, Heidelberg ua. 2006, S. 5 ff.

32 Perrez/Baumann (Hrsg.), Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, 3. Aufl., BErn 2005, S. 430.

33 Vgl. Grawe et al., Psychotherapie im Wandel, Göttingen ua. 1994.

34 Vgl. Walendzik et al., Psychotherapie aktuell 1/2011, 10 ff.

35 Vgl. Klingenberg et al., Psychotherapie aktuell 1/2011, 18 ff.

involviert sind. Hier ist ein deutlicher Vorteil von Versorgungsoptimierung im Sinne einer Versorgungssteuerung zu sehen (su. Punkt IV.2).

Die am 1.4.2017 in Kraft getretene, durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 16.6.2016 verabschiedete neue Psychotherapie-RL bringt eine Reihe von Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker mit sich und wird als größte Reform seit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 gesehen. Ziel ist die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung sowie die Vereinfachung der Zugangswege zu therapeutischen Angeboten.

Zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung waren bisher in allen drei Richtlinienverfahren sogenannte probatorische Sitzungen vorgesehen. In der Neuerung sind diese auf mindestens zwei, höchstens vier – (bisher VT und TPT 5, PA 8) begrenzt und erstmals inhaltlich definiert. Neben der Klärung des Störungsbildes und der Eignung des Klienten für ein Verfahren sollen die Motivation sowie persönliche Passung zwischen Therapeut und Klient geklärt werden. Nach entsprechender Beantragung (Therapeut), Prüfung und Bewilligung (Krankenkasse/Gutachter) kann zunächst eine in zwei Schritte unterteilte Kurzzeittherapie (12 h/12 h) oder eine Langzeittherapie (TPT und VT 60 h; PA 140 h) erfolgen. Die zentrale Neuerung der psychotherapeutischen Versorgung stellt die psychotherapeutische Sprechstunde dar. Sie ist verpflichtend für alle Praxen und soll der Indikationsstellung und Vorbereitung der probatorischen Sitzungen dienen. Je Praxis müssen 100 min pro Woche angeboten werden, die auf 25 min-Einheiten aufgeteilt werden können. Zusätzlich müssen feste Telefonsprechzeiten von mindestens 200 min pro Woche vorgehalten werden.³⁶

Stationär spannt sich das Angebot von den psychiatrischen Kliniken über psychosomatische Fachkliniken mit Zulassung zur akutmedizinischen Versorgung zu psychosomatischen Rehabilitationskliniken und darüber hinaus bis zu spezialisierten Kliniken, wie Kliniken für Essstörungen oder Kliniken bzw. Abteilungen für verhaltensmedizinische Orthopädie. In Bezug auf die Gefährdungen am Arbeitsplatz bedeutsam ist das Konzept der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), welches in den letzten Jahren in vielen Kliniken eingeführt wurde. Hier wird etwa in berufsbezogenen Gruppen der Bezug zur Tätigkeit und zum Arbeitsplatz bei vielen stationären Reha-Angeboten intensiviert.

Die bis hier schon schwer zu durchschauende Versorgungsstruktur wird durch die Zuständigkeiten unterschiedlicher Kosten- und Leistungsträger nicht vereinfacht. So kann beim

selben Fall die Kostenträgerschaft mehrfach wechseln, wobei über die Frage der Zuständigkeit häufig zwischen den Kostenträgern gestritten wird. Für die Akutbehandlung sind in erster Linie die privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungen zuständig, für die medizinische Rehabilitation bei Berufstätigen ist dies die Rentenversicherung. Berufsbedingte traumatische Erkrankungen fallen in die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherungsträger. Bei Kindern und Jugendlichen kann eine Leistungsverpflichtung des örtlichen Jugendhilfeträgers vorliegen. Führt die psychische Erkrankung zu einer beruflichen Problematik, ist die Arbeitsagentur der richtige Ansprechpartner. Bei Unfällen kann auch eine private Unfallversicherung in der Leistungspflicht stehen. Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung vor, sind der örtliche Sozialhilfeträger und das Integrationsamt einzubeziehen.

Die hier skizzierte Vielfalt führt in der Praxis zu Zuweisungs- und Schnittstellenproblemen. Eine Folge ist die lange Behandlungsdauer psychosomatischer Patienten im somatischen System. So dauert es zB. bei Schmerzpatienten sechs bis acht Jahre, bis eine adäquate Indikationsstellung und Zuweisung erfolgen.³⁷

2. Koordination und Steuerung im Einzelfall

Case Management reagiert auf diese fortschreitende Spezialisierung und Differenzierung im System der gesundheitlichen Versorgung, die weit über den medizinischen Bereich hinausgeht und auch die psychosoziale Versorgung umfasst. So vorteilhaft diese Spezialisierung im Einzelfall sein kann, so schwierig wird die Identifizierung und Zuweisung von geeigneten Angeboten sowie deren nahtloses Ineinandergreifen. Eine weitere Begründung stellt der steigende Effizienzdruck durch die Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherungssysteme dar. Durch Case Management sollten Behandlungslöcher und Doppeluntersuchungen vermieden und Behandlungs- sowie Ausfallzeiten reduziert werden.³⁸

Typische Case Management-Fälle sind durch das Vorliegen komplexer Bedarfe gekennzeichnet. So kommt etwa zur psychischen Erkrankung ein somatisches Leiden. Die betroffene Person befindet sich in einer prekären beruflichen Situation und ist hohen Belastungen im familiären Umfeld aus-

36 Vgl. *Hellmann*, Zeitschrift des Bundesverbandes deutscher Psychologen 03/2017, 114 ff.

37 Vgl. *Kappis* et al., *Psychosom Res.* 2004, 644.

38 Vgl. *Amelung*, *Managed Care*, 4. Aufl., Wiesbaden 2007, S. 219.

gesetzt. Oft verstärken sich die einzelnen Belastungen wechselseitig. Die chronische Erkrankung führt zu langen Krankheitsphasen, die wiederum zu Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes führen können. Mit dem Arbeitsplatzverlust geht ein deutlicher Rückgang des Einkommens einher, was wiederum zu Existenzängsten führt. Die Existenzängste führen zur Depression, die wiederum die Arbeitsfähigkeit weiter beeinträchtigt. In der herkömmlichen Versorgungssituation beziehen sich die beteiligten Leistungserbringer jeweils auf einen Teilaspekt des Problems: der Arzt etwa auf Adipositas und Diabetes, der Psychotherapeut auf die Depression, der Betriebssozialarbeiter auf die berufliche Überforderung und der Sozialarbeiter des Jugendamtes auf die Erziehungssituation. Eine Abstimmung der einzelnen Behandlungen auf die persönliche Situation und die individuellen Ziele des betroffenen Menschen findet nicht statt. Case Management setzt an diesem Defizit an und versucht »den Teufelskreis« zu durchbrechen.

Methodisch kann das Case Management in fünf Phasen eingeteilt werden, auch wenn diese nicht strikt aufeinanderfolgen und sich überschneiden können.³⁹

Grundlage ist ein auf Zeit geschlossenes Arbeitsbündnis zwischen dem Klienten und dem Case Manager bzw. der Case Managerin. Ohne eine bewusste Einwilligung des Klienten kann das Case Management nicht beginnen. Nach diesem sog. Intake und der Klärung der verfügbaren Ressourcen auf beiden Seiten folgt die Phase des Assessments, in dem die individuelle Bedarfssituation umfassend erhoben wird. Im Mittelpunkt stehen nicht nur die Analyse der belastenden Kontextfaktoren, sondern auch die Ermittlung vorhandener bzw. möglicherweise verdeckter Ressourcen in der Person oder dem sozialen Umfeld des Klienten.

Ist die individuelle Situation des Klienten und seines Umfeldes soweit untersucht, dass der gewünschte Soll-Zustand – das Reha- bzw. Teilhabeziel – formuliert werden kann, folgt die Planungsphase. Hier werden die notwendigen Unterstützungsangebote identifiziert. Es werden Kontakte mit Leistungserbringern aufgenommen, Finanzierungsmöglichkeiten geklärt und die notwendigen Maßnahmen in logisch-zeitlicher Folge kombiniert. Besonderer Wert wird auf die Identifizierung möglicher Risiken gelegt, für die antizipativ Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden.

Das zentrale Instrument der Ziel- und Maßnahmenplanung stellt der individuelle Teilhabeplan bzw. persönliche Integrationsplan dar, der gemeinsam mit dem Klienten und den beteiligten Kostenträgern und Leistungserbringern

erstellt wird. In vielen Fällen werden bereits in der Planungsphase Leistungen erbracht, etwa während einer Behandlung in einem Akutkrankenhaus, so dass in der Praxis die einzelnen Phasen oft ineinander übergehen. Nach der Planungsphase werden die geplanten Maßnahmen durchgeführt. Die Aufgabe des Case Managements besteht in dieser Phase im sog. Monitoring. Es wird überwacht, ob die Rehabilitation plangemäß umgesetzt wird. Kommt es zu Abweichungen, die die Zielerreichung in Frage stellen, interveniert der Case Manager unverzüglich. In erster Linie wird er versuchen durch eine Anpassung der Leistungen die Zielerreichung sicherzustellen. Ist dies nicht möglich, kann eine erneute Zielplanung erforderlich sein. Ist es dazu notwendig erneut in die Phase der Bedarfsermittlung einzusteigen, wird von einem Reassessment gesprochen.

Rückt die Zielerreichung in absehbare Nähe, wird die Intensität der Begleitung zurückgefahren und die Selbstverantwortung des Klienten gestärkt. Es beginnt die Evaluation mit der Ergebnismessung, der Reflexion des Arbeitsbündnisses und Ableitung möglicher Anforderungen zur Optimierung des Case Management-Prozesses und des Reha-Settings.

Case Management-Aspekte und -Verfahren finden sich, bezogen auf das Handlungsfeld der psychischen Erkrankungen, bei unterschiedlichen Akteuren. Auf der Ebene der Sozialversicherungsträger verfügen die Unfallversicherungsträger (UV-Träger) über eine lange Tradition der individuellen Hilfe bei der beruflichen Wiedereingliederung. Dieser Ansatz wurde in den letzten Jahren zu einem professionellen Reha-Management weiterentwickelt. Mit dem Handlungsleitfaden zum Reha-Management liegt ein einheitlicher Standard für alle UV-Träger vor.⁴⁰ In der Deutschen Rentenversicherung wird Case Management in Modellprojekten erprobt.⁴¹ Derzeit (Stand 2017) wird ein rentenversicherungsübergreifendes Konzept für ein Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe entwickelt. Einzelne Krankenversicherungen wenden Case Management an, krankenversicherungsträgerübergreifend liegt keine flächendeckende Integration des Case Management-Ansatzes vor.

39 Vgl. *Wendt*, Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Eine Einführung, 3. Aufl., Freiburg iB. 2004.

40 Vgl. DGUV (Hrsg.), Das Reha Management der gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden, Berlin 2010.

41 Vgl. *Gödecker-Geenen et al.*, Die Rehabilitation 2016, 126 ff.

Auf der Leistungserbringerseite finden sich Case Management-Ansätze im Bereich der psychosozialen Beratungsstellen und im System der Suchttherapie.⁴² Im stationären Bereich etabliert sich Case Management vor allem in der Pflege mit Fokus auf dem Überleitungsmanagement. In der nachsorgenden Betreuung von psychisch kranken Menschen nehmen die ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste eine wichtige Rolle ein. Die betriebliche Ebene ist insbesondere im angloamerikanischen Raum, aber auch bei größeren Betrieben in Deutschland, ein wichtiges Handlungsfeld für die Unterstützung von Mitarbeitenden bei der Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit. Mit dem »certified disability manager« liegen hier eine international anerkannte Ausbildung und ein gemeinsames Berufsbild vor.⁴³

V. Akteure und Handlungsoptionen im Bereich Prävention

1. Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz

Durch die Novellierung des ArbSchutzG im Jahr 2013⁴⁴ wurde die Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 5 hinsichtlich der Berücksichtigung der psychischen Belastungen in der Gefährdungsbeurteilung konkretisiert. Der Arbeitgeber wird explizit verpflichtet, durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen psychischen Belastungen zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.

Der Begriff »psychische Belastung« bei der Arbeit umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher psychisch bedeutsamer Einflüsse, ua. die Arbeitsanforderungen, Arbeitsintensität und -dichte, Tätigkeitsspielräume, die soziale Unterstützung und Kooperation am Arbeitsplatz sowie Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit. Zur Erläuterung der Wortbedeutung wurde bereits eingangs auf die Begriffsdefinition der DIN EN ISO 10075-1 rekuriert (so. Punkt I.).

Eine Arbeit ohne psychische Belastung ist genauso wenig denkbar und wünschenswert wie eine Arbeit ohne jede körperliche Belastung. Psychische Belastung im Sinne des Arbeitsschutzes ist daher wertneutral zu verstehen. Ähnlich jedoch wie bestimmte Arten und Ausprägungen körperlicher Belastungen gesundheitsgefährdend sein können, können auch psychische Belastungen bei der Arbeit gesundheitsbeeinträchtigende Wirkungen haben, zum Beispiel bei

andauerndem hohen Zeit- und Leistungsdruck oder bei ungünstig gestalteter Schichtarbeit.

Für die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen gibt es, wie für die »klassische« Gefährdungsbeurteilung, keine rechtlich verbindlichen Durchführungsvorschriften. Vorgeschrieben ist nicht, wie der Arbeitgeber die Beurteilung durchführt, sondern dass sie durchgeführt wird. Es gibt keinen allgemein anerkannten Standard und eine Vielzahl, kaum mehr überschaubare, unterschiedliche Erhebungsverfahren und Vorgehensweisen. Diese beziehen häufig die Beanspruchung der Beschäftigten mit ein und messen mittels einer Vielzahl von Befragungsinstrumenten subjektive »Belastetheit« oder Beanspruchungen, was nicht dem gesetzlichen Auftrag entspricht.

Wichtige Voraussetzungen für eine systematische, schutzziel-orientierte Beurteilung der psychischen Belastungen sind ua.:

- Es muss im Betrieb klar geregelt sein – bei größeren Betrieben in allen Arbeitsbereichen bzw. Abteilungen – wer verantwortlicher Vorgesetzter ist und die Arbeitgeberverantwortung für die Gefährdungsbeurteilung trägt (Arbeitgeberfunktion)?
- Die internen Verantwortlichkeiten für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen sind zu klären. Oftmals ist in Betrieben nicht deutlich geklärt bzw. nicht transparent, wer die zuständige Führungskraft für die Sicherheit bei der Arbeit und somit für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung ist.
- Es muss der Wille der Betriebsleitung erkennbar sein, die Beurteilung der Arbeitsbedingungen als Bestandteil der betrieblichen Kultur zu werten und die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung mit den notwendigen Ressourcen zu unterstützen.
- Bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung handelt es sich um eine verbindliche Aufgabe für Führungskräfte. Diese muss erkennbar realistisch neben den anderen Führungsaufgaben während der Arbeitszeit ausgeführt werden können.
- Die Betriebsleitung muss bereit sein, sich mit den Ergebnissen und evtl. problematischen Zuständen zielorien-

42 Vgl. Heinson et al., Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen 2011, 8 ff.

43 Vgl. Merhoff, Disability Management, Stuttgart 2004.

44 Art. 8 des BUK-NOG v. 19.10.2013, BGBl. I, S. 3836, 3847; dazu Kohte, in: Kollmer/Klindt/Schucht (Hrsg.), Arbeitsschutzgesetz, 3. Aufl., München 2016, § 4 Rn. 5: »Klarstellung« unter Verweis auf BT-Drs. 17/12297, S. 40.

tiert auseinanderzusetzen und Veränderungsbereitschaft gegenüber den Beschäftigten klar zu signalisieren.

Die Durchführung sollte wie die Gefährdungsbeurteilung der physischen Belastungen in erster Linie durch die Führungskräfte unter Beteiligung arbeitserfahrener Mitarbeiter und der für den Beurteilungsbereich zuständigen Sicherheitsbeauftragten erfolgen. Die Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit können zusätzlich fachliche Beratung und Unterstützung leisten. Auch externe Experten, insbesondere die gesetzliche Unfallversicherung und die Krankenkassen unterstützen Betriebe bei der Beurteilung der psychischen Belastungen.

Die Beurteilung sollte bevorzugt das bereits vorhandene System der Gefährdungsbeurteilungen ergänzen. Das hat den Vorteil, dass für den Einstieg zunächst nur eine Ergänzung der anzuwendenden Beurteilungstools für die Erhebung der

psychischen Belastungen erforderlich ist und die zu beurteilenden Bereiche und Tätigkeiten bereits festgelegt wurden.

Als Einstieg in die Erfassung der psychischen Belastungen kann ein strukturierter Fragebogen empfohlen werden (Abbildung 1).

Wenn bei der Verwendung des anliegenden Fragebogens deutlich wird, dass erhöhte Belastungen vorliegen, könnten Screening- oder Expertenverfahren herangezogen werden, die weitere Fachexpertise, zB. für Mitarbeiterbefragungen, erforderlich machen. Als günstiger wird die Implementierung von abteilungsbezogenen Gesundheitszirkeln empfohlen, sodass neben der Erfassung der Belastungen sofort praxistaugliche Maßnahmen abgeleitet und vorgeschlagen werden können. Ressourcen, die für Screening- oder Expertenverfahren von außen erforderlich wären, sollten für die unterstützende Moderation der Gesundheitszirkel – zumindest in der jeweiligen Anschulphase – eingesetzt werden.

Abbildung 1: Systematische Beurteilung und Dokumentation psychischer Belastungen gemäß § 5 ArbSchG

	Anforderungen / Maßnahmen (bei Bedarf zu ergänzen)	Erfüllt		Nicht erforderlich
		Ja	Nein	
Arbeitszeit	Können ungünstige Arbeitszeiten (zB. durch Schichtarbeit, häufige Wochenendarbeit, viele Überstunden) weitgehend vermieden werden?			
	Wird im Falle von Überstunden zeitnah Freizeitausgleich gewährt?			
	Gibt es eine angemessene Pausenregelung, die größtenteils eingehalten werden kann?			
	Ist die Arbeit / Arbeitszeit vorhersehbar / planbar für MA?			
	Werden die MA bei der Schichtplangestaltung beteiligt?			
Arbeitsbedingungen	Ist die Arbeit überwiegend abwechslungsreich und vielseitig?			
	Besteht die Möglichkeit, eine wechselnde Körperhaltung einzunehmen bzw. ist ausreichende Bewegungsfreiheit am Arbeitsplatz vorhanden?			
	Stehen den Beschäftigten die notwendigen Arbeitsmittel und Unterlagen rechtzeitig und in ausreichender Menge zur Verfügung?			
	Sind die Tätigkeiten überwiegend frei von emotional stark belastenden Situationen?			
	Wird darauf geachtet, dass störende Umgebungseinflüsse (zB. Lärm, Hitze, Durchzug, Staub) so weit wie möglich vermieden werden?			

	Anforderungen / Maßnahmen (bei Bedarf zu ergänzen)	Erfüllt		Nicht erforderlich
		Ja	Nein	
	Steht genügend Zeit für eine gute Planung und Organisation der Arbeit zur Verfügung?			
	Werden die Beschäftigten in die Planung und Gestaltung der Arbeit mit einbezogen?			
	Können die Beschäftigten die Vorgehensweise und Zeiteinteilung bei ihrer Arbeit mit beeinflussen?			
	Besteht die Möglichkeit, zusammenhängende Arbeitsaufgaben so zu organisieren, dass diese ohne ständige Störungen ausgeführt werden können?			
	Sind die meisten MA an festen / nicht ständig wechselnden Arbeitsplätzen eingesetzt?			
	Anforderungen / Maßnahmen (bei Bedarf zu ergänzen)			
	Können die Beschäftigten überwiegend ohne Zeit- bzw. Termindruck arbeiten?			
	Bestehen Vertretungsregelungen bei MA-Ausfall ohne hohe Mehrbelastung der anwesenden MA?			
Qualifikation	Sind die Tätigkeiten und Aufgaben den Qualifikationen und Fähigkeiten der Beschäftigten angepasst?			
	Werden die Beschäftigten bei der Einarbeitung in neue Aufgaben ausreichend unterstützt?			
	Werden den Beschäftigten Fortbildungsmöglichkeiten angeboten und können die notwendigen Fortbildungen besucht werden?			
Kommunikation	Ist die Kommunikation innerhalb des Teams und zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern zufriedenstellend?			
	Gibt es gegenseitige Unterstützung innerhalb des Teams und durch den Vorgesetzten?			
	Wird eine gute Zusammenarbeit im Team gefördert?			
	Wird ausreichend Rückmeldung (Anerkennung, Kritik, Beurteilung) über die Leistung der Beschäftigten vermittelt?			
	Wird den Beschäftigten die Gelegenheit gegeben, Vorschläge, Ideen und Kritik zu äußern?			
	Werden eventuelle Konflikte offen angesprochen und konstruktiv ausgetragen?			
Information	Werden den Beschäftigten ausreichend Informationen zum eigenen Arbeitsbereich vermittelt?			
	Erhalten die Beschäftigten Informationen zur Betriebsentwicklung?			

Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen soll ua. dazu dienen, durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Organisation »Betrieb« die gesundheitlichen Ressourcen aller Mitarbeiter und auch die der leistungsgewandelten Beschäftigten zu stärken. Um Gefährdungsbeurteilungen nachhaltig in die betriebliche Organisation einzubetten und ein handhabbares, qualitätsgesichertes System zu erhalten, ist eine zentrale, systematische Erfassung der Gefährdungsbeurteilungen zu empfehlen. Diese sollte allen im Arbeitsschutz tätigen internen Stellen (zB. Arbeitssicherheit, Betriebsärztlicher Dienst, BEM, Personalabteilung, Betriebsrat/Personalrat) zur Erfüllung ihrer Aufgaben zugänglich sein.

Die Ergebnisse der Beurteilung psychischer Belastungen sollten in den Abteilungen ausgewertet und die Handlungsmaßnahmen festgelegt werden.

2. Arbeitsrechtliche Aspekte

Bei der Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung in konkrete Maßnahmen sollte die Einhaltung der arbeitsrechtlichen Schutzvorschriften an erster Stelle stehen. Das arbeitsrechtswissenschaftliche Schrifttum beschäftigt sich in zahlreichen Beiträgen⁴⁵ der letzten Jahre mit den vielfältigen psychischen Belastungen durch berufliche Arbeit, insbesondere auch mit den Auswirkungen der Digitalisierung auf arbeitsrechtliche Schutzniveaus, deren Anpassung (Deregulierung) gefordert wird, um mit den Anforderungen der gewandelten Arbeitswelt Schritt zu halten.⁴⁶ Im Zentrum steht der Schutz vor zeitlicher Überforderung.

a) Gesetzlicher Regelungsrahmen für Arbeitszeiten

Schlagzeilen wie »Überstunden machen krank« und Studien zu Auswirkungen der Arbeitszeitdauer auf Gesundheit und Arbeitszufriedenheit, wie der »Arbeitszeitreport 2016«⁴⁷ – mit alarmierenden Aussagen auch zur Leistung häufig unbezahlter⁴⁸ Überstunden –, lassen vor allem die gesetzlichen Rahmen zur Arbeitszeit in den Blickpunkt rücken.

Das Arbeitszeitgesetz, das eine Höchstdauer von acht, maximal zehn Stunden täglich, bei einer Gesamtwochenarbeitszeit von 48 Stunden wöchentlich im Schnitt von sechs Monaten, vorsieht (§ 3 ArbZG: das ArbZG legt eine 6-Tage-Woche zugrunde⁴⁹), geht an betrieblichen Gegebenheiten nicht selten vorbei, da knapp 17% der Beschäftigten angeben, durchschnittlich 48 Stunden in der Woche und mehr zu arbeiten. Aber auch für den Großteil der Beschäftigten, die

unter dieser Grenze arbeiten, besteht ein Regelungsbedarf, da vielfach keine Ausgleichsregelungen für geleistete Überstunden, also geleistete Arbeit, die über die regelmäßige betriebliche arbeitstägliche Arbeitszeit hinausgeht⁵⁰, bestehen. In Fällen, in denen keine Überstundenvergütung oder Ausgleichsregelung über Freizeit vereinbart ist, setzt die Vergütungspflicht nach der Rechtsprechung des BAG voraus, dass die Überstunden vom Arbeitgeber angeordnet, gebilligt oder geduldet wurden oder jedenfalls zur Erledigung der geschuldeten Arbeit notwendig waren.⁵¹ Hierzu gilt nach der Rechtsprechung eine abgestufte Darlegungs- und Beweislast.⁵² Ausnahmen einer Vergütungspflicht bestehen jedoch dann, wenn eine Vergütungserwartung im Sinne von § 612 BGB »den Umständen nach« nicht angenommen werden kann (zB. bei leitenden Angestellten, besonders hoher Vergütung oder erheblichen erfolgsabhängigen Vergütungsbestandteilen).⁵³ Entsprechendes gilt, wenn der Arbeitnehmer verpflichtet ist, Überstunden durch Freizeit selbst auszuglei-

45 Vgl. Maier, DB 2016, 2713 ff.; Balickioglou, NZA 2015, 1424; Fritsche/Meckle, BB 2015, 821 ff.; Lützel, BB 2014, 309 ff.; Sasse, BB 2013, 1717 ff.; Gaul, DB 2013, 60 ff.; Lorse, PersV 2013, 84 ff.

46 Vgl. dazu insbesondere Hanau, M., NJW 2016, 2613 ff.; Wiebauer, NZA 2016, 1430 ff.; Günther/Böglmüller, NZA 2015, 1025 ff.; Steffan, NZA 2015, 1409 ff.; Kothe, NZA 2015, 1417 ff.

47 Vgl. BAuA (Hrsg.), Arbeitszeitreport Deutschland 2016, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund 2016, abrufbar unter: https://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2398.pdf?_blob...v=19 (8.2.2016).

48 Rund 19% erhalten keinen Freizeit- oder Entgeltausgleich. Dazu und zum Zusammenhang zwischen Überstundenzahl und Arbeitszufriedenheit bzw. Einschätzung der gesundheitlichen Situation vgl. BAuA, Arbeitszeitreport (Fn. 47), S. 36 ff.

49 Vgl. Sasse/Schönfeld, RdA 2016, 346, 355, wonach die 48-Stunden-Woche auch der Vorgabe der Arbeitszeit-RL 2003/88/EG entspricht.

50 Vgl. Thüsing, in: Henssler/Willemsen/Kalb, Arbeitsrecht, Kommentar, 7. Aufl., Köln 2016 (im Folgenden: HWK), § 611 BGB Rn. 134 zur »Überarbeit«, die bisweilen dem Begriff »Mehrarbeit« als die gesetzliche Höchstarbeitszeit (von 48 Wochenstunden) überschreitenden Arbeitszeit gleichgestellt wird; vgl. dazu HWK-Güntgen, § 2 ArbZG Rn. 14 »Mehrarbeit«.

51 Vgl. BAG, 15.6.1961 – 2 AZR 436/60 – AP Nr. 7 zu § 253 ZPO; BAG, 25.11.1993 – 2 AZR 517/93 – BAGE 75, 153, 164; BAG, 4.5.1994 – 4 AZR 445/93 – NZA 1994, 1035; LAG Köln, 7.9.1989 – 10 Sa 488/89 – NZA 1990, 349, 350.

52 BAG, 17.4.2001 – 5 AZR 644/00 – DB 2002, 1455, Rn. 87 f.: »Der Arbeitnehmer, der die Vergütung von Überstunden fordert, muss im Einzelnen darlegen, an welchen Tagen und zu welchen Tageszeiten er über die übliche Arbeitszeit hinaus gearbeitet hat. Dem Arbeitgeber obliegt, dem Vortrag substantiiert entgegenzutreten. Erst anhand des konkreten Sachvortrags des Arbeitgebers kann das Gericht feststellen, welche Tatsachen streitig sind. Anschließend ist es Sache des Arbeitnehmers, im Einzelnen Beweis für die geleisteten Stunden anzutreten.«

53 Im Einzelnen dazu vgl. Preis, in: Müller-Glöge/Preis/Schmidt (Hrsg.), Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht, 17. Aufl., München 2017 (im Folgenden: ErfK), § 612 BGB Rn. 18; HWK-Thüsing (Fn. 50), § 611 BGB Rn. 135, § 612 BGB Rn. 29.

chen.⁵⁴ Dies wird bei der Einführung sog. Vertrauensarbeitszeit anzunehmen sein, bei der der Arbeitgeber auf die Kontrolle der Ableistung einer bestimmten Arbeitszeit verzichtet oder überhaupt keine zeitliche Arbeitsverpflichtung vorgibt.⁵⁵ Der Gefahr der »Selbstaubeutung« sollte mit einer angeordneten Aufzeichnungspflicht über die geleistete (Mehr-)Arbeitszeit gemäß § 16 ArbZG begegnet werden. Diese bezieht sich auf die Überschreitung der gesetzlichen werktäglichen Höchstarbeitszeit von 8 Stunden und kann auf den Arbeitnehmer delegiert werden.⁵⁶

Auch hinsichtlich der Einhaltung von Ruhepausen muss der Arbeitgeber geeignete Vorkehrungen gegen eine insbesondere bei längerer Arbeitszeit zu verzeichnenden Missachtung⁵⁷ der gesetzlichen Ruhepause von 30 Minuten (bei einer Arbeitszeit von 6–9 Stunden) und 45 Minuten (bei über 9-stündiger Arbeitszeit) treffen; die Ruhepausen können in mindestens 15-minütige Unterbrechungsintervalle aufgeteilt werden (§ 4 ArbZG). Nach Anhang 6.1 Abs. 2 der ArbStättV hat bei Tätigkeiten an Bildschirmgeräten der Arbeitgeber dafür zu sorgen, dass diese durch andere Tätigkeiten oder regelmäßige Erholungszeiten unterbrochen werden. Für Arbeiten im Home-Office sollten entsprechende Vereinbarungen den Arbeitnehmer anhalten die gesetzlichen Pausenzeiten einzuhalten.

Im Zuge der Diskussion der Folgen zunehmender Entgrenzung von Arbeitszeit und -ort ist Streit um die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Ruhezeit von 11 Stunden zwischen der letzten »Arbeitsschicht« und der Wiederaufnahme der Arbeit entbrannt.⁵⁸ Die wenigen Ausnahmen für nur wenige Branchen (Kranken- und Pflegeeinrichtungen, Verkehrsbetriebe, Rundfunk, Landwirtschaft und Tierhaltung, vgl. dazu § 5 Abs. 2 und 3 und § 7 Abs. 1 Nr. 3 ArbZG) belegen, dass im Übrigen eine strikte Einhaltung vom Gesetzgeber verlangt wird. Ob vor diesem Hintergrund kurzfristige Unterbrechungen zum neuen Lauf der 11-stündigen Ruhezeit führen, ist aber umstritten, da ein kurzer dienstlicher Anruf am Abend zuhause oder das Lesen der Emails in den Nachtstunden von zuhause die Wiederaufnahme der Arbeit zum üblichen Zeitpunkt am nächsten Morgen in Frage stellen könnte.⁵⁹ Ausnahmen würden aber bedeutende Abgrenzungsprobleme mit sich bringen, ab wann und von welcher Tragweite eine Unterbrechung sein muss, um nicht mehr als geringfügig bewertet zu werden (erst das Beantworten der Emails oder schon Lesen von Mails, Länge eines dienstlichen telefonischen Kontaktes?). Vielmehr sind auch hierzu eindeutige (Unter-)

Weisungen an die Beschäftigten zur Einhaltung der Ruhezeit zu erteilen; auch technische Lösungen, wie das Abschalten der Server,⁶⁰ sind möglich, würden aber die Flexibilität unterschiedlicher Belegschaftsgruppen bei der Gestaltung ihrer Arbeitszeit einschränken.⁶¹

Auch das Verbot von Sonn- und Feiertagsarbeit wird zunehmend über die vom ArbZG in § 10 bereits befreiten Branchen hinaus für alle Beschäftigten zu lockern gefordert.⁶² So enthält die Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG kein Sonntagsarbeitsverbot, sondern lediglich einen wöchentlichen Ruhetag,⁶³ womit der deutsche Gesetzgeber – anders als bei der Ruhezeit, die durch Art. 5 der Arbeitszeit-RL gleichlautend zu § 5 ArbZG geregelt ist – hier Handlungsspielraum hat.

b) Mitbestimmungsrechte

Die Verpflichtung nach § 5 ArbSchG zur Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung auch für psychische Belastungen bei der Arbeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 ArbSchG) hat Fragen⁶⁴ auch zu den Beteiligungsrechten des Betriebsrates oder der Personalvertretung aufgeworfen. Jedenfalls soweit die Mitbestimmung nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG (»Regelungen über den Gesundheitsschutz im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften«) angesprochen ist, wurden mit

54 Vgl. BAG, 4.5.1994 – 4 AZR 445/93, NZA 1994, 1035, 1036 f.

55 Günther/Böglmüller, NZA 2015, 1025, 1029; Steffan, NZA 2015, 1409, 1410.

56 Vgl. Schliemann, Arbeitszeitgesetz, 3. Aufl., Köln 2017, § 16 Rn. 8; ErfK-Wank (Fn. 53), § 16 ArbZG Rn. 5; Baeck/Deutsch, Arbeitszeitgesetz, 3. Aufl., München 2014, § 16 Rn. 26.

57 Vgl. BAuA, Arbeitszeitreport (Fn. 47), S. 30, wonach insbesondere bei längerer Arbeitszeit Beschäftigte Arbeitspausen ausfallen lassen.

58 Vgl. Hanau, M., NJW 2016, 2613, 2617; Maier, DB 2016, 2723, 2725 f.; Günther/Böglmüller, NZA 2015, 1025, 1028; Steffan, NZA 2015, 1409, 1415; Kothe, NZA 2015, 1417, 1423; Wiebauer, NZA 2016, 1430, 1433; Baeck/Deutsch (Fn. 56), § 5 Rn. 14.

59 Zur Relevanz auch kurzfristiger Unterbrechungen vgl. Maier, DB 2016, 2723, 2725 f.; Kothe, NZA 2015, 1417, 1423; Wiebauer, NZA 2016, 1430, 1433; aA. Baeck/Deutsch (Fn. 56), § 5 Rn. 14; Hanau, M., NJW 2016, 2613, 2617; Steffan, NZA 2015, 1409, 1415; Günther/Böglmüller, NZA 2015, 1025, 1028.

60 Vgl. FAZ v. 23.12.2011; zit. nach Sasse, BB 2013, 1717.

61 Wiebauer, NZA 2015, 1430, 1433 f.; differenzierend Maier, DB 2016, 2723, 2728, für eine Smartphone-App, die Kontaktfrequenzen nach Dringlichkeit selektiert.

62 Vgl. Hanau, NJW 2016, 2613, 2617 f.; Günther/Böglmüller, NZA 2015, 2015, 1028; abl. Krause, Verhandlungen des 71. Dt. Juristentages in Essen 2016, München 2016, S. B48.

63 Hierauf verweist Wiebauer, NZA 2016, 1430, 1434.

64 Vgl. dazu Lüders/Weller, BB 2016, 116 ff.; Lützel, BB 2014, 309 ff.; Fritschel-Meckle, BB 2013, 821, 823; Lorse, PersV 2013, 84 ff. (für den öffentlichen Dienst).

Einbeziehung der psychischen Belastungen in die nach § 5 ArbSchG zu erstellende Gefährdungsbeurteilung ein auch insoweit anzuerkennendes Mitbestimmungs- und Initiativrecht der Mitarbeitervertretung⁶⁵ – gleich ob des Betriebs- oder in öffentlichen Verwaltungen des Personalrats – impliziert. Wenn das BVerwG⁶⁶ dies nicht anerkennt, so konzidiert es zumindest ein Initiativrecht des Personalrats, entsprechende Maßnahmen des Gesundheitsschutzes nach Maßgabe einer durchzuführenden Gefährdungsanalyse zu treffen, das im Falle der Ablehnung im Stufenverfahren nach §§ 70 Abs. 1, 69 Abs. 3 und 4 BPersVG zu verfolgen sei. Bei der zu schließenden Vereinbarung handelt sich um eine betriebliche Regelung, in der Arbeitgeber und Betriebsrat abstrakt-generell festlegen, in welcher Weise das vorgegebene Schutzziel erreicht werden soll.⁶⁷ Demgegenüber unterliegt die Beauftragung eines externen Dritten nach § 13 Abs. 2 ArbSchG als Einzelmaßnahme ohne Gestaltungsraum für den Arbeitgeber nicht der Mitbestimmung.⁶⁸ Offen ist nach derzeitiger Rechtslage auch, ob die zu Recht geforderte regelmäßige Wiederholung/Überprüfung der Gefährdungsbeurteilung⁶⁹ erneut das Mitbestimmungsrecht nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG auslöst.

Das Mitbestimmungsrecht nach § 87 Abs. 1 Nr. 6 BetrVG unterstellt die Einführung und Anwendung von technischen Einrichtungen, die dazu bestimmt sind, das Verhalten oder die Leistung des Arbeitnehmers zu überwachen, einem zwingenden Mitbestimmungsrecht. Jedoch wird der Überlassung eines Smartphones, Laptops oder Tablets ebenso wie der Einrichtung eines mobilen Arbeitsplatzes im Hause des Beschäftigten nicht als Hauptzweck die Überwachung des Verhaltens der der Leistung des Beschäftigten beizumessen sein.⁷⁰ Gleichwohl unterfallen sie aufgrund ihrer Eignung zur Überwachung nach allgemeiner Auffassung dem Mitbestimmungsrecht.⁷¹

In mitbestimmungsfreien oder betriebsratlosen Betrieben bleibt es bei individuellen Vereinbarungen zwischen den Arbeitsvertragsparteien.

3. Langfristige Strategien der betrieblichen Beschäftigungssicherung

Das Präventionsgesetz (PrävG)⁷², das seit 2015 eine neue gesetzliche Grundlage für die Präventionsarbeit in Deutschland geschaffen hat, setzt auf eine stärkere Zusammenarbeit aller Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung

– in vielen Lebensbereichen (Kommunen, Kitas, Schulen, Betriebe, Pflegeeinrichtungen etc.) und in jeder Lebensphase. Zudem stehen nun mehr finanzielle Mittel zur Verfügung.

Das PrävG legt einen Fokus auf den bereits Mitte der 80er Jahre von der WHO entwickelten Setting-Ansatz. Der Setting-Ansatz steht für die Ausrichtung an alltäglichen Lebensbereichen nach der Maxime »Gesundheit wird im Alltagskontext hergestellt«⁷³. Dabei geht der Setting-Ansatz von einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis aus und zielt darauf ab, den Gedanken nachhaltiger Gesundheit in Kultur, Prozesse, Abläufe, Strukturen und Entscheidungen von Organisationen einfließen zu lassen und alle beteiligten Gruppen in diesen Prozess einzubeziehen. Dieser Ansatz wird auch als »Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung«⁷⁴ bezeichnet.

Angesichts der bestehenden Herausforderungen an die Unternehmen (wie die zunehmende Bedeutung chronisch-degenerativer und psychischer Erkrankungen, alternde Belegschaften und Arbeit 4.0) legt das PrävG einen Schwerpunkt auf das Setting Arbeitswelt. Ein großes Präventionspotential wird vor allem im Bereich der kleinen und mittel-

65 BAG, 18.8.2009 – 1 ABR 43/08 – NZA 2009, 1434, 1436; *Fritsche/Meckle*, BB 2013, 821, 823; *Lüders/Weller*, BB 2016, 116, 118; *Sasse*, BB 2013, 1717, 1718 f.

66 BVerwG, 5.3.2012 – 6 PB 25/1 – NZA-RR 2012, 447, für das Mitbestimmungsrecht nach § 75 Abs. 3 Nr. 11 BPersVG.

67 BAG, 18.8.2009 – 1 ABR 43/08 – NZA 2009, 1434, 1436; *Lorse*, PersV 2013, 84, 88, empfiehlt für öffentliche Verwaltungen eine Rahmenvereinbarung zum Gesundheitsmanagement, auf deren Grundlage in einzelnen Dienststellen Gefährdungsbeurteilungen unter Einbeziehung der Personalvertretung zu erstellen seien.

68 BAG, 18.8.2009 – 1 ABR 43/08 – NZA 2009, 1434, 1436; dies gilt entgegen der Entscheidung des Kirchengerichtshofes KGH.EKD, 9.7.2007 – II-0124/N24-07 – BeckRS 2008, 52163, unter III 2 a, cc) wohl auch für kirchliche Mitarbeitervertretungen, vgl. dazu *Sasse*, BB 2013, 1717, 1719.

69 *Balickcioglu*, NZA 2015, 1424, 1427; *Wiebauer*, NZA 2016, 1430, 1431.

70 AA. aber *Bissels/Meyer-Michaelis*, DB 2016, 3042, 3048, welche maßgeblich darauf abstellen, ob eine individuelle Zuordnung der erhobenen Daten erfolgt, so dass das Bestehen eines Mitbestimmungsrechts im Einzelfall geprüft werden müsste; krit. auch *Fischer/Goeres*, *Gesamtkommentar für das öffentliche Dienstrecht*, Berlin 1974 (Loseblatt), Stand Januar 2017, § 75 BPersVG Rn. 114a; weitergehend aber die Rspr. von BAG und BVerwG, vgl. BAG, 12.10.2013 – 1 ABNR 43/12, NZA 2014, 439, 440; BVerwG, 31.8.1988 – 6 P 35/88 – NJW 1989, 848, 849; objektive Eignung genügt; ebenso *Günther/Böglmüller*, NZA 2015, 1025, 1031.

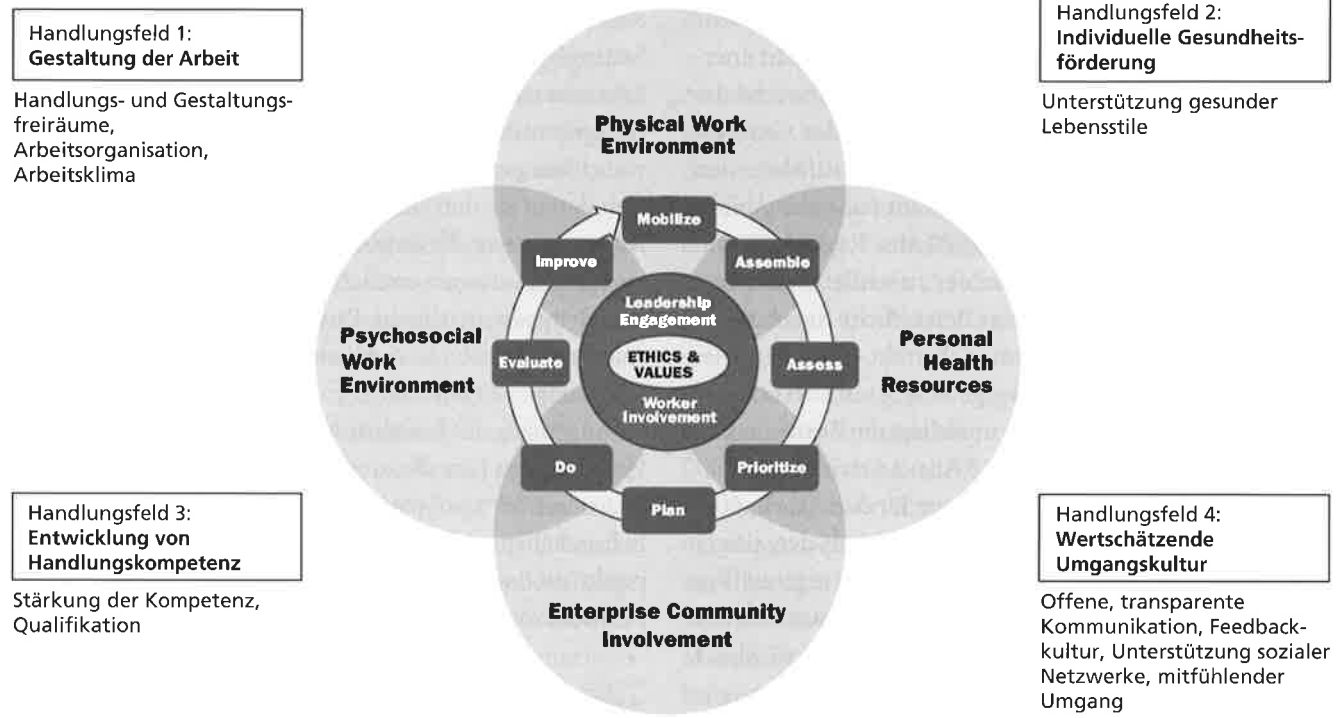
71 Vgl. *ErfK-Kania* (Fn. 53), § 87 BetrVG Rn. 62; *Werner*, in: *Rolfs et al.* (Hrsg.), *Beck'scher Online-Kommentar Arbeitsrecht*, Stand: 42. Edition 2016, § 87 Rn. 95; *Richardi*, *Betriebsverfassungsgesetz*, 15. Aufl. 2016, § 87 Rn. 512; grundlegend BAG, 6.12.1983 – 1 ABR 43/81 – BB 1984, 850; krit. *Lüders/Weller*, BB 2016, 116, 122.

72 Vom 24.7.2015, BGBl. I, S. 1368.

73 *Kickbusch*, *Gesundheitsförderung*, in: *Schwartz* (Hrsg.), *Public Health- Gesundheit und Gesundheitswesen*, 2. Aufl., München 2003, S. 181 ff., 187.

74 *Grossmann/Scala*, *Gesundheit durch Projekte fördern*, Weinheim ua. 2006, S. 65.

Abbildung 2: WHO Healthy Workplace Model und Handlungsfelder (nach Tautz) zur Förderung von Gesundheit und Eigene Darstellung. In Anlehnung an: WHO (Hrsg.), WHO Healthy Workplace Framework and Model, online unter: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf (03.03.2017); Tautz (Fn. 75), S. 30.



ständischen Unternehmen (KMU) gesehen. Für die optimale Nutzung der »exzellente Möglichkeiten dieses Settings«⁷⁵ ist eine ausgewogene Kombination aus systemischer Verhältnis- und individueller Verhaltensprävention erforderlich.⁷⁶ Dies bestätigt auch eine systematische Literaturauswertung der Initiative Gesunde Arbeit (iga) zur Wirksamkeit und zum Nutzen von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF). Insbesondere konnte so eine Evidenz zur Wirksamkeit der Prävention von psychischen Erkrankungen bzw. der Förderung des psychischen Wohlbefindens bestätigt werden.⁷⁷ Studien, die sich speziell mit der Prävention von Burn-out beschäftigen, konnten positive Effekte für individuelle, aber auch für kombinierte Maßnahmen belegen. Als besonders wirksam und nachhaltig haben sich vor allem Kombinationen aus organisationalen und individuellen Maßnahmen gezeigt.

Die obenstehende Abbildung 2 zeigt in der Mitte, wie die World Health Organisation (WHO) einen gesundheitsförderlichen Arbeitsplatz auf der Basis des »Healthy Workplace Model« charakterisiert: Die Zielsetzung »die Gesundheit, Sicherheit und das Wohlbefinden aller Beschäftigten zu erhalten und zu fördern«⁷⁸ wird anhand von vier Dimen-

sionen konkretisiert. Daraus lassen sich entsprechende Handlungsfelder zur Förderung von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit ableiten.

Hervorzuheben ist, dass wesentliche Elemente einerseits die Zusammenarbeit von Arbeitnehmern und Führungskräften sowie andererseits das Ineinandergreifen aller Dimensionen (physisch-psychosoziale Arbeitsumgebung, persönliche Gesundheitsressourcen und gesellschaftliches Engagement) im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sind. Darauf basiert auch der systemische Ansatz eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Während sich das Konzept der betrieblichen

75 Tautz, Betriebliches Gesundheitsmanagement: Bedeutung von Primär-, Sekundär-/Tertiärprävention, in: Rieger et al. (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin, Landsberg am Lech 2016, S. 23 ff., 29.

76 Vgl. ebd., S. 30.

77 Vgl. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (Hrsg.), Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention, iga.Report 28, Berlin 2015, abrufbar unter: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf (3.3.2017), S. 68.

78 Tautz (Fn. 75), S. 30.

Gesundheitsförderung häufig auf Einzelmaßnahmen oder zeitlich befristete Interventionen beschränkt, wird unter dem BGM explizit ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt: die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse mit dem Ziel der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz.⁷⁹ *Walter* bezeichnet ein leistungsfähiges BGM als »betriebliche Innovation, die neue Anforderungen an die Gesundheitsexperten und Führungskräfte stellt«⁸⁰ (su. Punkt V.4). Ein wesentliches Handlungsfeld zur Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Settings stellt die Entwicklung bzw. Stärkung von Handlungskompetenzen dar. Diese sollte sich nicht nur auf die personenbezogene Perspektive beschränken (individuelle Gesundheitskompetenz), sondern auch die Stärkung einer organisationalen Handlungskompetenz (Personal- und Organisationsentwicklung) beinhalten.

Um die Chancen, die das PräVG bietet, nutzen zu können, bedarf es gut ausgebildeter und vernetzter Fachkräfte in den Trägern und Betrieben sowie in allen weiteren Settings (zB. Kommunen, Kitas, Schulen, Hochschulen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen). Um diesem Bedarf gerecht zu werden, wird seit Januar 2017 an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg das 9-monatige Zertifikatsstudium »Präventionsberatung und betriebliche Beschäftigungssicherung« angeboten.⁸¹ Gemeinsam mit der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) und dem Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) wurde ein Kompetenzprofil zur Qualifizierung trägerübergreifender Präventionsberater⁸² erarbeitet.

4. Führung und Gesundheit

Die Forschung hat sich in den letzten Jahren verstärkt mit dem Einfluss der Führung auf die Gesundheit auseinandergesetzt.⁸³ Studien legen dar, dass die Führung einen positiven Beitrag zur Gesundheit der Mitarbeiter leisten kann, was sich ua. positiv auf das Wohlbefinden und die Fehlzeiten⁸⁴, die Arbeitszufriedenheit⁸⁵ oder die physische Gesundheit⁸⁶ auswirkt. Allerdings darf angeführt werden, dass in diesem Zusammenhang untersuchte Führungstheorien eine wissenschaftliche und weniger eine praxisgerechte Ausrichtung aufweisen.⁸⁷ Ursprünglich wurden diese Führungstheorien nicht zur Förderung der Mitarbeitergesundheit entwickelt.⁸⁸

In der Literatur finden sich jedoch bereits erste Führungskonzepte, die einen Beitrag zur Förderung der Mitarbeitergesundheit leisten können, wie ua. das Rahmenmodell der »Gesundheits- und Entwicklungsförderlichen Führungsverhalten-Analyse«⁸⁹ oder das Instrument »Health-oriented Leadership«⁹⁰. Diese Ansätze schaffen Klarheit für ein Grundverständnis der sog. Gesunden Führung, die auf einer fundierten Theorieentwicklung und/oder empirischen Untersuchungen basiert. Unter Gesunder Führung wird ein gesundheitsförderliches Führungsverhalten verstanden, wonach Arbeitsbedingungen so gestaltet werden sollten, dass eine Überforderung und dauerhafter Stress vermieden werden. Des Weiteren wird der Achtsamkeit eine wichtige Rolle zuteil, um die Aufmerksamkeit und das Bewusstsein für gesundheitsrelevante Signale zu erhöhen. Letztendlich wird die Gesunde Führung dadurch gekennzeichnet, dass dem Thema »Gesundheit« in der Organisation eine hohe Bedeutung beigemessen wird. Insgesamt gilt es zu beachten, dass diese Aspekte nicht nur bei der Führung von Mitarbeitern beachtet werden, sondern auch für Führungskräfte selbst gelten müssen (Selbstführung), um einer entsprechenden Vorbildfunktion gerecht zu werden.⁹¹

Eine weitere und aktuelle Sichtweise ermöglichen Ansätze aus der Neuroleadership-Forschung. Neuroleadership hat

79 Vgl. *Badura et al.*, Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfadens für die Praxis, 1999, S. 17; einen guten Überblick über Ziele und Maßnahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements bieten *Rösler/Reisinger*, in: *Mülheims et al.* (Hrsg.), Handbuch Sozialversicherungswissenschaft, Wiesbaden 2015, S. 637–654 und S. 655–670.

80 *Walter*, in: *Badura*, Betriebliche Gesundheitspolitik, 2010, S. 152.

81 <https://www.h-brs.de/de/sv/praeventionsberatung> (3.3.2017).

82 <https://www.h-brs.de/files/related/praeventionsberatung.pdf>, S. 5 (3.3.2017).

83 Vgl. *Gregersen et al.*, Gesundheitswesen 2011, 73(1), 3–12.

84 Vgl. *Kuoppala et al.*, Journal of Occupational and Environmental Medicine 2008, 904–915.

85 Vgl. *Skakon et al.*, Work & Stress 2010, 107–139.

86 Vgl. *Zwingmann et al.*, Zeitschrift für Personalforschung 1-2/2016, 24–51.

87 Vgl. *Brücker*, in: *Badura et al.*: (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2008 – Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen, Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Heidelberg 2009, S. 45–53; *Gregersen et al.*, Gesundheitswesen 1/2011, 3–12.

88 Vgl. *Vincent*, in: *Badura et al.*, Fehlzeiten-Report 2008 (Fn. 87), 49–60.

89 Vgl. ebd.

90 Vgl. *Franke/Felfe*, in: *Badura et al.*, Fehlzeiten-Report 2008 (Fn. 87), S. 3–13.

91 Vgl. *Möltner et al.*, Gesunde Führung – Begleitstudie zur Mindful Leadership Konferenz, Witten: Zentrum Fort- und Weiterbildung der Universität Witten/Herdecke, Witten 2016.

das Ziel, durch die Anwendung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse die Führungsarbeit zu verbessern sowie den Mitarbeiter und sein Verhalten besser zu verstehen, um eine entsprechende Arbeitsumwelt zu schaffen, in der die psychische Gesundheit von Führungskraft und Mitarbeiter gefördert wird.⁹² Aktuelle empirische Untersuchungen zeigen bereits vielversprechende Ergebnisse auf, dass Neuroleadership zur Gesundheit von Mitarbeitern beitragen kann. So leistet Neuroleadership einen positiven Einfluss auf die Faktoren Gesundheit und berufsbezogene Leistung⁹³ sowie auf das subjektive Wohlbefinden und die Vitalität.⁹⁴

Ausgangspunkt des Neuroleaderships stellen Arbeiten der Neuropsychotherapie dar, die auf Basis der Konsistenztheorie nach Grawe⁹⁵ einen Ansatz ermöglicht, die neurowissenschaftlichen Grundbedürfnisse des Menschen ganzheitlich zu erfassen und auf den Mitarbeiter zu übertragen. Dabei wird die psychische Gesundheit positiv beeinflusst, indem Verletzungen der Bedürfnisse abgewendet und deren Erfüllung verfolgt werden. Gemäß der Konsistenztheorie strebt das Gehirn danach, parallel ablaufende neuronale und psychische Prozesse miteinander in Einklang zu bringen, also Konsistenz zu erreichen. Diese Prozesse richten sich nach individuellen Bedürfnissen des Menschen, wonach diese ihr Handeln (bewusst oder unbewusst) ausrichten. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um das Bedürfnis nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung und -schutz sowie Lustgewinn und Unlustvermeidung. Um diese Bedürfnisse zu erfüllen, bedient sich der Mensch motivationaler Schemata. Dabei handelt es sich um erlernte Instrumentarien, mit denen entweder die Erreichung einer Bedürfniserfüllung aktiv angegangen wird (Annäherungsschema) oder mit denen die Bedürfnisse vor Verletzungen und Gefährdungen geschützt werden (Vermeidungsschema). Aus diesen motivationalen Schemata ergeben sich letztlich das konkrete Erleben und Verhalten.

Die Übertragung der neuronal verankerten Grundbedürfnisse für die Führungsarbeit dient auch als konzeptionelle Grundlage für den theoretischen Rahmen von SCOAP und setzt bei den Vorarbeiten von Peters/Ghadiri an.⁹⁶ Im Rahmen von SCOAP wird die Konsistenztheorie für die Führung um psychologische und neurobiologische Erkenntnisse erweitert und ergänzt. Zielsetzung ist dabei, die menschlichen Grundbedürfnisse im unternehmerischen Kontext, speziell für Neuroleadership, anwendbar zu machen. Das Akronym SCOAP setzt sich aus den Anfangsbuchstaben der Bedürfnisse »Self-Esteem«, »Control«, »Orientation«,

»Attachment« und »Pleasure« zusammen, welche wiederum die nachfolgenden Dimensionen beinhalten:

- *Self-Esteem* (Selbstwert): Wertschätzung, Anerkennung, Stolz, Status, Zufriedenheit
- *Control* (Kontrolle): Autonomie, Handlungsspielraum, Einflussmöglichkeiten, Macht
- *Orientation* (Orientierung): Lernfähigkeit, Zurechtfinden können, Überblick haben
- *Attachment* (Bindung): Soziale Bindungen, Zugehörigkeit, Freundschaften, Vertrauen
- *Pleasure* (Freude): Glück, Abwechslung, Spaß, Interesse

Der dafür entwickelte Fragebogen »SCOAP-Profil« besteht aus insgesamt 180 Items. Die fünf Bedürfnisse werden in weiter unterteilten Dimensionen gemessen und in Zusammenhang mit der Motivation zur Bedürfniserfüllung gesetzt. Dazu werden für jede Dimension die Erfüllung und die Verletzung des Bedürfnisses abgefragt und der Motivation, das Bedürfnis aktiv zu erreichen oder zu beschützen, gegenübergestellt. Durch diese Gegenüberstellung wird eine Priorisierung der Bedürfnisse ermöglicht, denn die Ausprägungsformen sind bei jedem Mitarbeiter unterschiedlich. Entspricht der gegenwärtige Grad der Bedürfniserfüllung dem Gewünschten, so besteht Kongruenz. Wenn der gegenwärtige Grad vom Gewünschten abweicht, wird dies als Inkongruenz bezeichnet. Die daraus resultierenden Handlungsmuster sind mit der emotionalen Bewertung der Items verknüpft und zeigen sich im Verhalten der Mitarbeiter. Ziel ist es, anhand des Fragebogens die Bedürfnisse der Mitarbeiter individuell in Erfahrung zu bringen, um daraus geeignete Maßnahmen für die Führungsarbeit abzuleiten.

5. Anwendung in der Praxis

SCOAP bietet konkrete Ansatzpunkte, um Führungskräfte dabei zu unterstützen, die Bedürfnisse der Mitarbeiter zu erkennen und zu erfüllen. Denn die Verletzung der

92 Vgl. Peters/Ghadiri, Neuroleadership – Grundlagen, Konzepte, Beispiele: Erkenntnisse der Neurowissenschaften für die Mitarbeiterführung, Wiesbaden 2013; Reinhardt, in: Reinhardt (Hrsg.), Neuroleadership – Empirische Überprüfung und Nutzenpotenziale für die Praxis, München 2014, 217–231.

93 Vgl. Reinhardt, Wirtschaftspsychologie 3/2015, 67 ff.

94 Vgl. Ghadiri, Zeitschrift für Führung und Organisation, 1/2017, 18 ff.

95 Vgl. Grawe, Neuropsychotherapie, Göttingen 2004.

96 Vgl. Ghadiri et al., Neuroleadership – A Journey Through the Brain for Business Leaders, Berlin ua. 2012; Habermacher et al., The Coaching Psychologist 1/2012, 7–16.

Grundbedürfnisse ist mit negativen Folgen für die psychische Gesundheit verbunden; dauerhafte Verletzungen führen letztendlich zu psychischen und körperlichen Schäden.⁹⁷ So können psychische Belastungen dadurch abgewendet werden, dass Führungskräfte auf konkrete Maßnahmen auf personaler und organisationaler Ebene zurückgreifen, um die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern. Eine exemplarische Auflistung von Maßnahmen ist in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

VI. Gesundheitskompetenz der Beschäftigten als bildungspolitischer Auftrag

Unter Gesundheitskompetenz, im angelsächsischen Raum wird von »Health Literacy« gesprochen, versteht man seit Ende der 1990er Jahre »die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft allgemein«.⁹⁸ Während bis zu diesem Zeitpunkt eine Konzentration auf das Lesen, Verarbeiten und Verstehen von gesundheitlichen Informationen Wert gelegt wurde, also eine »Gesundheits-Alpha-

betisierung« im Mittelpunkt stand, fand, initiiert von der WHO, eine Erweiterung um den aktiven und konstruktiven Umgang mit gesundheitlichen Informationen statt.⁹⁹ Gleichzeitig änderte der Fokus sich auch insoweit, als es sich nicht mehr primär um ein Konzept für benachteiligte Gruppen handelt, sondern die gesamte Bevölkerung ins Blickfeld gerät.

1. Notwendigkeit eines umfassenden Konzeptes zur Förderung der Gesundheitskompetenz

Um diesen veränderten Blickwinkeln gerecht zu werden, ist die Politik gefordert ein umfassendes Konzept zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln, das über Einzelmaßnahmen hinausgeht und eine aufeinander abgestimmte Strategie entwickelt. Ganz in diesem Sinne gibt es zurzeit eine Initiative zur Erarbeitung eines Nationalen Aktionsplans zur Förderung der Gesundheitskompetenz, die von der Universität Bielefeld gemeinsam mit der Hertie School of Gover-

97 Vgl. Grawe, Neuropsychotherapie (Fn. 95).

98 Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft, Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Gamburg 2006, S. 10.

99 Vgl. Soellner et al., Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2009, 105, 106.

100 Vgl. Ghadiri, Zeitschrift für Führung und Organisation, 1/2017, 18 ff.

Abbildung 3: Ausgewählte Maßnahmen zur Erfüllung von SCOAP¹⁰⁰

	Organisationsebene	Führungsebene	Häufige Fehler (Beispiele)
Self-Esteem (Selbstwert)	Anreizsysteme Auszeichnungen Mitsprache	Individuelle Anerkennung Wertschätzung Positives Feedback	Subjektive Kritik Andere Meinungen ignorieren Nicht bedanken
Control (Kontrolle)	Hierarchische Strukturen Unternehmensleitlinien Einbezug	Freiheiten einräumen Verantwortung delegieren Leiten statt überwachen	Autoritär sein Keine Verantwortung abgeben Nicht zuhören
Orientation (Orientierung)	Interne Kommunikation Informationssysteme Transparenz	Informationsaustausch Persönliche Kommunikation Ehrlichkeit	Informationen vorenthalten Mitarbeiter nicht einbeziehen Unstrukturierte Kommunikation
Attachment (Bindung)	Unternehmenskultur Teamarbeit Unternehmenskantine	Authentizität Freundlichkeit Vertrauenswürdigkeit	Keine Ehrlichkeit Kein Respekt Vernachlässigung sozialer Aspekte
Pleasure (Freude)	Besondere Anlässe feiern Belohnungen Sicherheit	Anlässe feiern Traditionen Lob	Führung durch Angst Kritik Kein Lob aussprechen

nance und dem AOK Bundesverband unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsminister Gröhe durchgeführt wird. Vorbilder für derartige Gesamtstrategien bzw. Aktionspläne gibt es bereits seit 2010 in den USA und Wales. Hinzu kamen anschließend Irland, Kanada, Australien, Schottland, England sowie im vergangenen Jahr die Schweiz.¹⁰¹

An dieser Aufzählung wird deutlich, dass die Diskussion um eine umfassende Förderung der Gesundheitskompetenz zunächst im angelsächsischen Raum stattfand. Sie gewinnt in Deutschland erst in den letzten Jahren an Bedeutung. Dies ist nicht zuletzt im zunehmenden demographischen Wandel sowie in den raschen Veränderungen in Gesellschaft und Arbeitswelt begründet, die mit steigenden Anforderungen einhergehen. Gleichzeitig führen die gestiegene Lebenserwartung und veränderte Lebensgewohnheiten zur Zunahme chronischer Erkrankungen. Dies stellt nicht nur jeden Einzelnen, sondern auch die Gesellschaft und das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen.

2. Lebensweltbezug und Bedeutung von Bildung

Ein solcher Aktionsplan enthält zwei zentrale Aspekte. Zum einen darf eine solche Strategie nicht erst im Krankheitsfall, sondern muss beim Präventionsgedanken ansetzen. Zum anderen geht es nicht nur um den Gesundheitsbereich im engeren Sinne (zB. Prävention durch Vorsorgeuntersuchungen, Durchsetzung von Patientenrechten etc.). Vielmehr sollten Ansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz möglichst in konkreten Lebenswelten ansetzen, (sogenannter Setting-Ansatz).¹⁰² Solche individuellen, lebensweltlichen Ansätze können beispielsweise in Kindergärten, Schulen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen erfolgen (zur stärkeren Zusammenarbeit aller Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung so. Punkt V.3). Dabei spielen nicht zuletzt Interventionen im Bildungsbereich eine zentrale Rolle. Die Wichtigkeit des Themas wird auch durch eine aktuelle, repräsentative Studie belegt, wonach 54,3 % der Deutschen nur über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügen und somit Schwierigkeiten haben, gesundheitsrelevante Informationen zu nutzen und entsprechende Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der eigenen Gesundheit anzuwenden.¹⁰³ Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie die Zunahme von chronischen psychischen und physischen Erkrankungen und steigende krankheitsbedingte Fehlzeiten gehen mit unzureichenden Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung einher. Auch

dies spricht dafür, Anspracheformate und Konzepte zu entwickeln, die an den jeweiligen Lebenswelten anknüpfen und in diese eingebettet sind.

3. Stärkung von Gesundheitskompetenzen in der Lebenswelt »Betrieb«

Für den betrieblichen Bereich zeigen viele Praxisbeispiele, dass Unternehmen die Bedeutung der personalen Gesundheitskompetenz ihrer Beschäftigten ebenso wie der organisationalen Gesundheitskompetenz als wichtigen Faktor der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit und damit als Wirtschaftsfaktor erkannt haben. Organisationale Gesundheitskompetenz umfasst einerseits den Stellenwert, der dem Thema Gesundheit in einem Unternehmen zugemessen wird (Gesundheitskultur) sowie die Gestaltungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. So zielen nachhaltige Prozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wie Gesundheitstage, Fortbildungen für Führungskräfte, gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Stärkung eigenverantwortlichen Handelns sowohl auf die Förderung der organisationalen als auch der personalen Gesundheitskompetenz (so. Punkt V.3).

Für eine nachhaltige Wirkung müssen Prävention sowie ein guter Arbeits- und Gesundheitsschutz bereits bei jungen Menschen ansetzen. Gerade Berufseinsteiger sind aufgrund mangelnder Erfahrung und ungenügenden Gesundheits- und Sicherheitsbewusstseins höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt als ältere Beschäftigte. Der Start in die Berufsausbildung ist für viele junge Menschen mit neuen physischen und psychischen Anforderungen verbunden. Daher werden für alle staatlich geregelten dualen Ausbildungsberufe einheitliche Anforderungen zur Vermittlung von Kompetenzen im Bereich »Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit« festgeschrieben. Während der Lernort Schule neben verpflichtendem Sportunterricht – eingebettet in begleitende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung – auf eine selbstbestimmte, gesundheitsförderliche und ernährungsgerechte Lebensgestaltung zielt, ist es Aufgabe des Lernorts Betrieb, Auszubildenden während der gesamten Ausbildungszeit die

¹⁰¹ <http://www.nap-gesundheitskompetenz.de> (7.3.2017).

¹⁰² Vgl. Zöller/Tutschner, Gesundheitskompetenz im Kontext beruflicher Bildung – für nachhaltige Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit, Wissenschaftliche Diskussionspapier des BIBB, Heft 147/2014, 7 f.

¹⁰³ Vgl. Schaeffer et al., Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Ergebnisbericht, Bielefeld 2016.

Kompetenz zu vermitteln, Gefährdungen von Sicherheit und Gesundheit festzustellen und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung zu ergreifen.

Während Arbeits- und Gesundheitsschutz für Arbeitgeber verpflichtend geregelt sind, ist die betriebliche Gesundheitsförderung eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers. Ganz in diesem Sinne gibt es zahlreiche Unternehmen, die den durch Verordnung festgeschriebenen Gesundheitsschutz durch zusätzliche Initiativen vor allem zur präventiven Gesundheitsförderung flankieren.¹⁰⁴ Im Mittelpunkt dieser meist modular aufgebauten praktischen Angebote während der Berufsausbildung, die als Bausteine in das Betriebliche Gesundheitsmanagement eingebunden sind und in Kooperation mit Krankenkassen durchgeführt werden, stehen Informationen zum Gesundheitswissen allgemein, Reduzierung von Bewegungsmangel, Bewegungs- und Ernährungsverhalten, gesunde Ernährung, Strategien zum Umgang mit Stress und Konflikten, Suchtverhalten/Genuss- und Suchtmittelkonsum, Stärkung der sozialen Kompetenz sowie gesundheitsgerechtes Verhalten am Arbeitsplatz/Bewältigung körperlicher Belastungen.

Ziel ist es, frühzeitig ein nachhaltiges gesundheitsförderliches Verhalten am Arbeitsplatz und dessen Übertragung im Alltag zu verankern. Einen weiteren Mehrwert stellen größere Motivation und höhere Arbeitszufriedenheit dar. Allerdings ist hier das betriebliche Ausbildungspersonal wesentlich mehr als Lehrerinnen und Lehrer an beruflichen Schulen gefordert. »Mit reiner Gesundheitsaufklärung oder Belehrung sind nur begrenzte Erfolge zu erzielen: Entscheidend ist, das erlernte Wissen auch situationsgerecht anwenden zu können.«¹⁰⁵ Hier ist der Lernort »Betrieb« fokussiert und damit sind die Ausbilderinnen und Ausbilder angesprochen.

4. Notwendigkeit staatlicher Interventionen und Maßnahmen

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung der Gesundheitskompetenz für Beschäftigte stellt sich die Frage, ob Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nicht durch ordnungspolitische Regelungen verpflichtend in dualen Aus- und Fortbildungsberufen geregelt werden oder in der Ausbildereignungsverordnung Berücksichtigung finden sollten. Die Implementierung von Gesundheitskompetenzen in die Betriebs-/Unternehmenskultur

wird bereits ohne einen umfassenden Aktionsplan von bildungspolitischen Initiativen auf Bundesebene flankiert. Hier ist etwa das Programm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung »zur Förderung von Forschungsverbänden zur Primärprävention und Gesundheitsförderung« (2014–2017) zu nennen. Ziel der geförderten Verbundprojekte ist es, »Strukturen in der Präventionsforschung nachhaltig zu stärken sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit und den Transfer der Forschungsergebnisse in den Alltag zu verbessern. Im Mittelpunkt der Verbände stehen Maßnahmen, die ein gesundheitsbewusstes Verhalten und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld ermöglichen und fördern sollen. Die Projekte widmen sich dabei verschiedenen Zielgruppen: Kindern, Jugendlichen, Auszubildenden, Erwachsenen, Erwerbstätigen und älteren Menschen.«¹⁰⁶

Gesundheitsförderung sollte jedoch nicht nur auf ein Mehr an Gesundheit zielen, sondern auch Chancen für mehr Bildung eröffnen: Bildung stellt eine wichtige Ressource für Gesundheit dar. Die Studie zur Gesundheitskompetenz benachteiligter Bevölkerungsgruppen¹⁰⁷ hat die Lese- und Rechenkompetenzen – auch bezeichnet als »funktionale Gesundheitskompetenzen« – erhoben. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass bildungsferne Jugendliche und ältere Menschen über eine erkennbar geringere Gesundheitskompetenz verfügen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Liegt ein Migrationshintergrund vor, steigt das Risiko noch einmal. Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz schätzen ihren persönlichen Gesundheitszustand zudem vielfach schlechter ein als Personen mit guter Gesundheitskompetenz.¹⁰⁸

Es ist folglich davon auszugehen, dass die Verbesserung von literalen und mathematischen Grundkompetenzen die Chancen vergrößert, alltägliche Aufgaben selbstständig zu bewältigen und damit auch gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen. Im Rahmen der Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung werden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und

104 Vgl. Zöllner/Tutschner (Fn. 102), S. 13 ff.

105 Post, Gute Arbeit 2015, 17, 18.

106 Abgerufen unter www.gesundheitsforschung-bmbf.de (7.3.2017).

107 Vgl. Quenzel/Schaeffer, Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen, Bern 2016.

108 Vgl. Schaeffer et al., Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (Fn. 103), S. 79.

die Länder Maßnahmen zur Verbesserung von Lese-, Schreib- und Rechenkompetenzen in arbeits- ebenso wie in anderen lebensweltlichen Kontexten gefördert. Alphabetisierung und Grundbildung werden als Mindestvoraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben sowie für die Wahrnehmung einer aktiven gesellschaftlichen, kulturellen und ökonomischen Teilhabe betrachtet.¹⁰⁹ Daher

kommt Bildung ihrerseits eine zentrale Bedeutung für den Erwerb personaler Gesundheitskompetenz zu.

Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats: Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung – Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft

Festschrift herausgegeben von Peter Masuch/Wolfgang Spellbrink/Ulrich Becker/Stephan Leibfried, 2015, Band 2, Erich Schmidt Verlag, Berlin, 813 S. (ISBN 978 3 503 15670 2), 168 €

I. Megaprojekt und Metaperspektive

Die Festschrift zum 60-jährigen Bestehen des Bundessozialgerichts (BSG), deren zweiter Band hier besprochen wird, verzichtet bewusst auf den Titel »Festschrift«. Der erste Band dieser Festschrift, die keine sein will, nennt sich »Denkschrift«.¹ Der zweite Band nimmt diesen Begriff im Titel nicht auf, obgleich er vielleicht noch mehr als der erste Band eine dezidierte Denkschrift sein will. Bezogen auf acht Großthemen des Sozialstaats und damit des Sozialrechts – Alterssicherung (einschließlich Erwerbsminderung), Pflege, Gesundheit, Arbeitsmarktpolitik, Armut (einschließlich Unterversorgung), Unterhaltsverband, Behinderung (einschließlich Rehabilitation), Strukturprobleme der Finanzierung sozialer Sicherheit – werden jeweils vier Perspektiven miteinander verknüpft, die zum Zusammen- und Querdenken herausfordern. Es geht um die Rechts-, die Wirtschafts- und die Sozialwissenschaft und ferner die bundesrichterliche Perspektive, wie der Untertitel des zweiten Bandes verdeutlicht: »Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung – Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft«. Das Bundessozialgericht (BSG) steht also offenbar gleichberechtigt neben ganzen Wissenschaftszweigen, die sich dem Sozi-

alstaat widmen. Schon dieser Fokus unterscheidet Band 2 so fundamental von Band 1, dass man der Sache nach nicht vom zweiten Band einer Festschrift, sondern von einer zweiten Festschrift sprechen kann.²

So ungewöhnlich diese Parallelisierung von sozialstaatsaffiner Wissenschaft und BSG ist, so erkenntnisträchtig verspricht sie zu sein. Die Ebene der Feinprogrammierung gesetzlicher Normen durch (höchst-)richterliches Entscheiden ist in der deutschen Wissenschaftslandschaft bisher kein relevanter Forschungsgegenstand. Anders als etwa im angloamerikanischen Bereich, wo es fundierte rechtssoziologische Analysen der Rolle von Gerichten im Rechtsdiskurs gibt,³ fehlt dergleichen in Deutschland fast vollständig, sieht man von einzelnen, sehr verdienstvollen (nicht nur die Höchstgerichte betreffenden) Studien ab,⁴ die aber weit vom Geschehen in der Sozialgerichtsbarkeit entfernt sind. Insbesondere die höchstrichterliche Rolle auf der Grenze von Einzelfallorientierung und gesetzergänzender, quasi-gesetzgeberischer Perfektionierung der gesetzlichen Entscheidungsprogramme wird kaum reflektiert. Es lohnt sich also, neben die drei wissenschaftlichen Perspektiven eine vierte zumindest auch wissenschaftlich relevante Perspektive zu setzen: die Ebene des höchstrichterlichen Umgangs mit wissenschaftlich gewonnenem Wissen und den – immerhin denkbaren – Rückwirkungen, die dieser Umgang auf die für das Verständnis des Sozialstaats relevanten Wissenschaften hat.

¹ Masuch/Spellbrink/Becker/Leibfried (Hrsg.), Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats, Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht, Bd. 1, Berlin 2014.

² Deswegen schien es mir auch vertretbar, obwohl ich zu Band 1 (S. 351 ff.) einen Beitrag beigesteuert habe (zum Verhältnis von Sozialrecht und Allgemeinem Verwaltungsrecht), die Anfrage, Band 2 zu rezensieren, nicht abzulehnen.

³ S. etwa, nur um ein neueres Beispiel zu nennen, Paterson, Final Judgment. The Last Law Lords and the Supreme Court, Oxford ua. 2013.

⁴ Barton, Die Revisionsrechtsprechung des BGH in Strafsachen, Neuwied ua. 1999; S. ferner (bezogen auf betreuungsgerichtliche Entscheidungen) Häffling/Schäfer, Leben und Sterben in Richterhand? Ergebnisse einer bundesweiten Richterbefragung zu Patientenverfügung und Sterbehilfe, Tübingen 2008.