

*Sebastian Müller, Eva Kuhn und Alena Buyx**

Corporate Social Responsibility und Betriebliches Gesundheitsmanagement – Eine Betrachtung der Gemeinsamkeiten**

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist in den letzten Jahren immer präsenter geworden. Gesundheit als Managementthema zu betrachten, führt zu bisher wenig thematisierten ethischen und sozialen Herausforderungen, sowohl in der Theorie, als auch in der Praxis. Das Konzept der Corporate Social Responsibility (CSR) könnte eine mögliche Antwort auf diese Herausforderungen darstellen. Im vorliegenden Beitrag wird das sich entwickelnde Schnittfeld von BGM und CSR auf Basis der vorhandenen Forschungsliteratur, Standards und Instrumente skizziert. Darauf basierend wird eine konzeptionelle Grundlage für eine gemeinsame Betrachtung der beiden Handlungsfelder erarbeitet.

Schlagwörter: Corporate Social Responsibility (CSR), Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), Verantwortung, Ethik

Corporate Social Responsibility and Occupational Health and Safety Management – The Approach of Illuminating the Conceptual Intersection

Occupational Health Management (OHM) has become increasingly present in recent years. However, considering health issues at the workplace as a topic of management comes with several ethical and social challenges, both in theory and practice. These have not received much attention so far. The concept of Corporate Social Responsibility is one potential candidate to address ethical and social issues of OHM. The following article offers an overview of the emerging intersection of OHM and CSR by summarising the existing research literature, available standards and instruments. In addition, it aims to present a conceptual basis for a joint reflection of OHM and CRS in the future.

Keywords: Occupational Health and Safety, OHS, Ethics, Responsibility

* Sebastian Müller, Lehrstuhl für Praktische Philosophie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Leibnizstr. 4, D-24118 Kiel, Tel.: +49-(0)431-8802829, E-Mail: muel-ler@philsem.uni-kiel.de, Forschungsschwerpunkte: Wirtschaftsphilosophie, Politische Philosophie, Medizinethik.

Eva Kuhn, Geschäftsbereich Medizinethik, Institut für experimentelle Medizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Arnold-Heller-Str. 3 Haus 28, D-24105 Kiel, Tel.: +49-(0)431-50030333, E-Mail: eva.kuhn@iem.uni-kiel.de, Forschungsschwerpunkte: Medizinethik, Unternehmensethik, Neuro-Ethik.

Prof. Dr. Alena Buyx, Professur für Medizinethik, Institut für experimentelle Medizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Arnold-Heller-Str. 3 Haus 28, 24105 D-Kiel, Tel.: +49-(0)431-50030331, E-Mail: a.buyx@iem.uni-kiel.de, Forschungsschwerpunkte: Ethische Fragen der modernen Biomedizin, Forschungsethik, Public Health Ethik, Medizinthorie und Krankheitsbegriff.

** Beitrag eingereicht am 28.02.2017; nach doppelt verdecktem Gutachterverfahren überarbeitete Fassung angenommen am 30.08.2017.

1. Einleitung

Die Mitarbeiterinnen¹ eines großen Versandhandels sind oft krank. Faktoren dafür sind unter anderem zu lange Arbeitszeiten, Leistungsdruck und körperliche Belastungen. Um auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Mitarbeitenden besser eingehen zu können, gibt das Unternehmen Fitnessarmbänder aus. Diese messen dauerhaft Puls, Blutdruck, sportliche Aktivitäten, Länge und Intensität der Schlafphasen sowie verbrauchte Kalorien. Alle Daten werden an das Unternehmen gesendet und dort ausgewertet. Lassen die Messwerte erkennen, dass eine Mitarbeiterin krank zu werden droht, kann das Unternehmen dieser gezielte Präventionsmaßnahmen anbieten; ihr zum Beispiel die Teilnahme an einem Yoga-Kurs oder einen Erholungstag ermöglichen. Das Tragen der Bänder ist freiwillig. Mitarbeiterinnen ohne Band möchte das Unternehmen aber keine Maßnahmen anbieten, weil bei diesen der objektive Bedarf nicht feststellbar sei. Außerdem erhalten Mitarbeiterinnen, bei denen eine besonders gute Fitnessperformance festgestellt wird, am Jahresende einen Bonus. Was bedeutet ein solches Vorgehen für die Autonomie der Mitarbeiterinnen? Ist das für Mitarbeiterinnen wie Arbeitgeberinnen ein gerechtes Verfahren? Welche Außenwirkung erfährt ein Unternehmen, das wie beschrieben verfährt? Und welche Rolle spielt die Unternehmensverantwortung in einem solchen Setting? Kurz gefragt: Wie lassen sich solche und ähnliche unternehmerische Maßnahmen sozial und ethisch bewerten?

Unter dem Stichwort *Arbeit 4.0* werden in Deutschland gegenwärtig die Veränderungen der Arbeitswelt in einer digitalen Zeit und die damit einhergehenden, arbeitsbedingten Erkrankungen diskutiert. Themen wie demographischer Wandel, Verschiebungen der Sphären von Arbeit und Privatem sowie Digitalisierung im Arbeitskontext (vgl. Schulte/Vainio 2010: 425f.) werfen verschiedene soziale und ethische Problemstellungen auf. Unter Hochdruck werden diese neuen Herausforderungen gegenwärtig angegangen.² Besonders deutlich wird dies im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Mit BGM werden kontinuierlich neue Maßnahmen und Strukturen in Unternehmen integriert, mit denen man hofft, Arbeitsplätze und Tätigkeiten nachhaltig gesundheitsförderlich zu gestalten. Interessanterweise werden die damit systematisch einhergehenden, ethischen Probleme aber nur selten angesprochen (bspw. bei Forst/Levenstein 2002) und es wird auch nicht nach unternehmensethischen Lösungsvorschlägen für diese Probleme gefahndet. Innerhalb der bestehenden BGM-Strukturen gibt es keine Ansätze, ethische Probleme zu erkennen, zu adressieren und zu lösen (vgl. Kuhn/Gensch 2009).

1 Um den Lesefluss nicht negativ zu beeinträchtigen, haben wir auf eine genderspezifische Differenzierung verzichtet. Begriffe wie *Arbeitnehmerinnen* gelten im Sinne der Gleichberechtigung für alle Geschlechter.

2 Beispielsweise befasst sich in Deutschland das wissenschaftliche Großprojekt MEGa, bestehend aus 30 Verbundprojekten, ausschließlich mit den gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeit 4.0. Für mehr Informationen siehe: <http://gesundearbeit-mega.de/> (zuletzt abgerufen am 16.02.2017).

Bei Problemen nicht-gesundheitlicher Natur – zu hohe Emissionswerte in der Produktion, Korruption, ungerechte Bezahlung und dergleichen – würden Unternehmen üblicherweise mithilfe ihres Corporate Social Responsibility (CSR) Managements Lösungen entwickeln und Best-Practice Modelle oder Standards zu Rate ziehen. Warum wird eine solche Strategie nicht im Bereich des BGM angewendet? BGM wird zwar in vielen Unternehmen und durch externe Dienstleister und Krankenkassen professionalisiert betrieben, die Bearbeitung ethischer und sozialer Probleme findet jedoch kaum statt. Die Forschungslandschaft ist in dieser Frage eher dünn ausgestattet und auch praxisnahe Tools wie Standards, Good-Practices und Gütesiegel bieten für das Thema Gesundheit im Arbeitskontext kaum hinreichende Leitlinien beim praktischen Umgang mit ethischen und sozialen Problemen.

In diesem Beitrag werden die Grundzüge von BGM und dessen rechtliche Verankerungen in Deutschland skizziert. Daran lassen sich bereits vielversprechende Schnittpunkte mit CSR ausmachen. Die sich anschließende Literaturübersicht, genauso wie der Überblick über die bestehende Standard- und Best-Practice-Landschaft zeigen, dass Schnittpunkte zwischen beiden Konzepten teilweise erkannt werden. Es werden jedoch in der vorhandenen Forschungsliteratur weder gemeinsame, ethische Grundlagen erschlossen noch Best-Practices im Schnittpunkt systematisch ausgearbeitet. Diesem Mangel möchten wir begegnen, indem wir ethisch und sozial motivierte Argumente für eine gemeinsame Betrachtung von BGM und CSR diskutieren und eine entsprechende konzeptionelle Grundlage schaffen. Wir möchten eine Diskussion anstoßen, welche die systematisch auftretenden ethischen Probleme des BGM zum Inhalt hat und die Antworten auf diese Probleme nicht isoliert im BGM, sondern mithilfe von CSR Konzepten im gesamten Handlungsspektrum von Unternehmen sucht.

2. Betriebliches Gesundheitsmanagement

Mit seinen Wurzeln in den industriellen und europäischen Revolutionen kann das BGM auf eine lange Tradition zurückblicken. Obgleich medizinische Quellen, die den Zusammenhang von Arbeitsumständen und bestimmten Krankheitsmustern thematisieren, bereits seit dem 16. Jahrhundert existieren, bewegten erst häufige Unfälle und schlechte Arbeitsbedingungen im sich industrialisierenden Europa Arbeiterbewegungen dazu, Maßnahmen zur Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz zu fordern. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden erste Richtlinien und Kontrollorgane zur Überprüfung von Arbeitssicherheit und -zeit etabliert (zum Beispiel die Factory Acts von 1802 in Großbritannien). Zeitgleich wurde der Einfluss, den Arbeit und die damit einhergehenden Umstände auf die Gesundheit haben können, im öffentlichen Bewusstsein präsent. Um die aus der Arbeitsumgebung entstehenden gesundheitlichen Probleme zu kompensieren, trat 1883 im Deutschen Reich unter Bismarck das erste Sozialversicherungssystem der westlichen Welt in Kraft. Fraglich war allerdings lange, wie sich gesundheitliche Probleme, die sich aus dem Arbeitskontext ergaben, überhaupt ermitteln ließen

und welche Standards einen hinreichenden Gesundheitsschutz versprechen konnten.

Der Arbeitsschutz entwickelte sich auf nationaler wie internationaler Ebene durch viele Meilensteine (zum Beispiel die Gründung der International Labor Organisation 1919) von einem Pathologie-fokussierten Ansatz hin zu einem präventiven und salutogenetischen Ideal (vgl. Abrams 2001). Angelpunkt dieses Paradigmenwechsels bildet die Ottawa Charta von 1986. Die Charta der Weltgesundheitsorganisation erweiterte das klassische Bild von Gesundheit konzeptionell in zweierlei Hinsicht: Einmal sollten Individuen und Gruppen befähigt werden, die eigene Gesundheit aktiv zu gestalten. Bereits Mitte der 70er Jahre wurde dieses Prinzip in der italienischen Arbeitsmedizin verfolgt: Gruppen von Arbeiterinnen mit homogenen Aufgabenfeldern konnten ihre gesundheitlichen Belange auf direktem Wege mit der Geschäftsleitung besprechen (vgl. Kuhn 2017). Die zweite wichtige Erweiterung lag in der Adressierung von NGOs, Medien und der Privatwirtschaft als verantwortlichen Akteuren in Fragen der öffentlichen Gesundheit (*public health*) (vgl. WHO 1986). An diesen Gedanken schlossen sich weitere Leitlinien an, welche die Verantwortung für Arbeitsplatzgesundheit in »the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work« erkannten (ENWHP 2007: 2). Eine konsentrierte Definition von BGM lässt sich in der Literatur nicht ausmachen. Die gängigen Handbücher zu diesem Thema (z.B. Ulich/Wülser 2015: 433f.; Faller 2017: 31f.) heben die systematische Implementierung, Nachhaltigkeitserwägungen und die Doppelstrategie von Verhaltens- und Verhältnisorientierung als Charakteristika des BGM hervor. Sie sehen BGM zumeist in der Organisationsentwicklung verankert und betrachten es als »strategische Managementaufgabe« (Baumanns 2009: 29).

In Deutschland wird die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen im Besonderen durch das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) geschützt. Arbeitnehmerin wie Arbeitgeberin werden darin gleichermaßen als verantwortlich erkannt. Die Pflicht der Arbeitgeberin ist es, für eine sichere Arbeitsumgebung zu sorgen, Schutzausrüstung zur Verfügung zu stellen und der Tätigkeit entsprechende Schutz- und Weiterbildungstrainings anzubieten. Die Arbeitnehmerin ist ihrerseits dazu verpflichtet, die Sicherheitsmaßnahmen zu beachten und entsprechende Angebote wahrzunehmen (vgl. § 3 Abs. 1; § 13 und § 15 ArbSchG). Die physischen und psychischen Gefahren im Arbeitskontext sind im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung aufzunehmen (vgl. § 5 Abs. 1f. ArbSchG). Wichtig ist, dass das ArbSchG die Pflichten der Arbeitgeberin auf den Arbeitsraum beschränkt. Das Gesetz fordert nicht, die Gesundheit der Mitarbeiterinnen im Allgemeinen zu verbessern (vgl. Kreizberg 2016: Rn. 80). Neben dem ArbSchG prägt auch das Präventionsgesetz (PrävG) von 2016 den Rahmen jedes BGM-Systems. Das PrävG wirkt in erster Linie auf der Makro-Ebene und stellt eine nationale Strategie zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten dar. Arbeitgeberinnen aller Art bekommen so

einen vereinfachten Zugang zu Präventionsprogrammen und werden bei ihren eigenen BGM-Maßnahmen finanziell und informativ gefördert.

»Grundlegend gilt, dass die Betriebliche Gesundheitsförderung immer nur in Ergänzung und nicht in Konkurrenz zu Arbeitsschutz und Eingliederungsmanagement steht« (Klaffke/Bohlayer 2014: 141).

BGM (bzw. Betriebliche Gesundheitsförderung als wichtiger Aspekt von BGM) geht somit über die schlichte Implementierung der rechtlich eingeforderten Arbeitsschutzbestimmungen hinaus. Es werden vielmehr Strukturen und Maßnahmen koordiniert, die auf Verhaltens- und Verhältnispräventionen abzielen. Verhaltenspräventionen sind all jene Maßnahmen, bei denen das Verhalten der Mitarbeiterinnen im Fokus steht. Mithilfe von Informationen, Schulungen, medizinischen Checks u.ä. werden die gesundheitlichen Ressourcen der Mitarbeiterinnen gestärkt. Unter Verhältnisprävention werden jene Maßnahmen zusammengefasst, welche die Gesundheit der Mitarbeiterinnen durch Veränderungen in der Arbeitsumgebung und Organisationsstruktur verbessern sollen.

Um einige ethische Probleme, die sich aus BGM ergeben können, besser zu verstehen, wird im Folgenden ein typisches BGM-Framework skizziert. Dieses besteht aus vier Elementen: Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation (vgl. Baumanns 2009). Der erste Schritt – die Diagnose – kann durch die bereits erwähnte Gefährdungsbeurteilung abgedeckt werden. In einer Gefährdungsbeurteilung werden alle relevanten Gefährdungen je nach Tätigkeit und Arbeitsumfeld ermittelt. Neben den gesetzlich verpflichtend zu beurteilenden physischen (seit 1992) und psychischen (seit 2013) gesundheitsgefährdenden Faktoren (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 1–6 ArbSchG), können auch soziale Faktoren (Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit etc.) aufgenommen werden. Die Ermittlung der entsprechenden Daten kann in Workshops, Interviews, Fragebögen, externer Beobachtung und mit Hilfe von betriebseigenen Statistiken und Krankenkassendaten erfolgen. Sobald ein Überblick über die Gesundheits- und Gefahrenlage im Betrieb vorliegt, werden in einem nächsten Schritt Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitslage, zur Prävention und zur Steigerung der Sicherheit entwickelt. Diese Maßnahmen können sich an geltenden Standards und Best-Practice Modellen, Wünschen der Mitarbeiterinnen, Unternehmenswerten und strategischen Überlegungen orientieren. Entsprechende Maßnahmen können dann punktuell, strategisch in allen Abteilungen und/oder als Teil der Gesamtstrategie verstanden und implementiert werden. Im Anschluss an die Intervention und parallel dazu findet eine regelmäßige Evaluation und Optimierung der Maßnahmen statt (vgl. Klaffke/Bohlayer 2014).

Entlang dieser allgemeinen BGM Grundstruktur können verschiedene ethische Probleme entstehen (vgl. Forst/Levenstein 2002; Kuhn/Gensch 2009). Zunächst einmal ist es offensichtlich schwierig, arbeitsbedingte Erkrankungen von selbst verursachten oder zufälligen zu unterscheiden. Für welche Erkrankungen muss ein Unternehmen Verantwortung übernehmen? Endet diese Verantwortung mit Beendigung des Arbeitsvertrages? Und welche Maßnahmen genügen der Unternehmenspflicht? Die Güte von BGM-Maßnahmen führt direkt zu einem weiteren ethischen Problem. Es ist schwierig, Faktoren wie Unternehmensgerechtigkeit

oder persönliche Zufriedenheit zu messen. Wie lassen sich in einem Audit solche Werte abbilden? Bei der Messung objektiver Werte, beispielsweise des Blutdrucks, ist es vergleichsweise einfach, eine Verbesserung der Gesundheit technisch nachzuvollziehen. Welche Messverfahren soll man aber ansetzen, um eine kollektive Verbesserung des Büroklimas oder das subjektive Gefühl, gerecht behandelt zu werden, zu erfassen? Einzelne BGM-Maßnahmen können ebenfalls ethische Probleme verursachen. Mit Blick auf paternalistische Ideen lässt sich fragen, welche Maßnahmen die Selbstbestimmung von Mitarbeiterinnen untergraben. Ist es, entsprechend des Eingangsbeispiels, vertretbar, BGM-Maßnahmen an Belohnungssysteme zu koppeln? Die Autonomie der Mitarbeiterinnen kann ferner nicht nur durch implementierte Maßnahmen, sondern bereits während der Erhebung des Gesundheitszustandes eingeschränkt werden. Kritische Situationen sind in diesem Zusammenhang all diejenigen, in denen Mitarbeiterdaten erhoben werden. Hier stellt sich die Frage, welche Daten ein Unternehmen selbst ermittelt und welche es von Drittanbietern anfordern darf. Sollte ein Unternehmen beispielsweise Gesundheitsdaten der Mitarbeiterinnen von den Krankenkassen einfordern dürfen oder widerspräche dies der informationellen Selbstbestimmung? Schließlich können auch Gerechtigkeitsprobleme auftreten. Sollten alle Mitarbeiterinnen Zugang zu BGM-Maßnahmen haben – auch jene, die nur Teilzeit oder stundenweise arbeiten? Und wie sollte ein Unternehmen auf das Problem reagieren, dass BGM-Maßnahmen nur von bestimmten Mitarbeitergruppen angenommen werden und sich dadurch gegebenenfalls die gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb des Unternehmens durch eben diese Maßnahmen noch verstärken?

Diese und weitere Probleme werden in der Forschung zwar vereinzelt aufgeworfen, jedoch nicht systematisch untersucht und münden in folgende übergeordnete Frage: Wie behandelt man ethische Probleme, die im BGM auftreten, wenn das BGM selbst dafür keine systematischen Lösungstools bereithält? Naheliegender wäre es, auf ein bereits bestehendes Managementsystem zurückzugreifen, mit dem sich übergeordnete ethische Probleme des Unternehmens adressieren lassen – Corporate Social Responsibility (CSR).

3. Corporate Social Responsibility

Seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts wird ein reger Diskurs um die soziale Verantwortung von Unternehmen geführt. Kernpunkte in den Diskussionen sind Überlegungen zu den möglichen verantwortlichen Akteuren im CSR-Kontext, Abwägungen verschiedener Normen, unter denen Verantwortung zugeschrieben wird und Thesen zu den Bereichen, für die ein Unternehmen Verantwortung übernehmen sollte. Wir werden die Meilensteine dieses Diskurses aufzeigen und den CSR-Begriff umreißen, auf den wir uns im Folgenden stützen.

Zu den klassischen CSR-Arbeiten zählt der Aufsatz »The Roots of Business Responsibility« von Bernard Dempsey (1949). Ausgehend von den beiden Prämissen, dass Unternehmen a) immer in Relation zu ihrer Umwelt stehen und b) die Macht besitzen, Menschen zu helfen, folgert Dempsey, dass jedes Unternehmen

für sich genommen eine gerechte Gesellschaft darstellt, die andere Gesellschaften in ihren Handlungen gerecht berücksichtigen müsse. Von dieser sehr frühen CSR-Perspektive unterscheiden sich Konzepte, die in erster Linie Managerinnen als Träger von Unternehmensverantwortung identifizieren. Beispielsweise empfiehlt Howard Bowen in seinem Aufsatz »Social Responsibility of the Businessman« (1953) Managerinnen den kategorischen Imperativ: Handle so, dass das Ergebnis deiner Managerhandlungen wünschenswert für die Gesellschaft ist. Bowens Fokussierung auf die Managerin als Verantwortungsträgerin erfährt in der jüngsten Literatur um Managertugenden neuen Aufwind. Besonders in Mode gekommen sind pädagogische Bemühungen, die Tugenden von etablierten und heranreifenden Managerinnen in Trainings und in wirtschaftswissenschaftlichen Curricula zu festigen (vgl. Schwalbach 2016; Zhu et al. 2016). Einer der bekanntesten und zugleich kontroversesten CSR-Ansätze ist der des *Shareholder Values* von Milton Friedman (1970). Kurz gesagt behauptet Friedman, Unternehmen, und insbesondere Managerinnen, hätten genau eine gesellschaftliche Verantwortung: die exklusive Verantwortung gegenüber ihren Shareholdern, so viel Gewinn wie möglich zu erwirtschaften. Durch die sich einstellenden Gewinne ergäben sich automatisch positive Folgen für die ganze Gesellschaft – der sogenannte Trickle-Down-Effekt. Die gesamte Gesellschaft wird entsprechend dieser Theorie mit Lohnzahlungen, Steuereinnahmen, unternehmenseigenen Infrastrukturmaßnahmen und so weiter bedacht (vgl. Goodpaster 2005: 5) In den jüngsten Debatten wird diese Theorie überwiegend abgelehnt, da zum einen nur gesellschaftliche Verantwortung monetärer Natur betrachtet werden kann und damit alle anderen Verantwortlichkeiten, die sich nicht finanziell ausdrücken lassen, unberücksichtigt bleiben müssen. Zum anderen bestehen Zweifel daran, ob ein Trickle-Down-Effekt tatsächlich existiert und, falls ja, ob sich dieser nennenswert auf die breite Gesellschaft auswirkt (vgl. Krugman 2013).

In den bisher vorgestellten Theorien wird Verantwortung dort verortet, wo besondere Handlungsmacht vermutet wird. Den aktuellen CSR-Diskurs prägt noch ein weiteres Konzept. Die Stakeholdertheorie nach R. Edward Freeman (1984) betont die Relation, in der Unternehmen als Interessengemeinschaften zu anderen Interessengruppen stehen. Demnach handeln Unternehmen in einem Geflecht von Beziehungen – Beziehungen zu und zwischen Mitarbeiterinnen, anderen Unternehmen, Shareholdern, Kundinnen, lokalen Gruppen, staatlichen Institutionen und so weiter. Diese Theorie ist für den CSR-Gedanken besonders attraktiv, weil es möglich wird, Präferenzen und Ansprüche von einzelnen Interessensgruppen zu ermitteln, zu berücksichtigen und damit eine Verantwortung für die Beziehung zu den einzelnen Gruppen unmittelbar zu implementieren. Weiter legt diese Sichtweise die Idee nahe, dass ökonomische und soziale Wertschöpfung sich nicht widersprechen (vgl. Edward/Parmer 2007).

Neben der Frage, in welcher Verantwortungsrelation (wirtschaftliche) Akteure zueinanderstehen, befasst sich die CSR-Debatte mit den Dimensionen, innerhalb derer Verantwortung übernommen werden kann. Einen eindimensionalen Verantwortungsraum zeichnet die bereits vorgestellte Theorie des Shareholder Value. Diese Theorie setzt soziale Unternehmensverantwortung mit der ökonomischen

Verantwortung des Unternehmens gleich. Ideengeschichtliche Beispiele wie der vorgestellte Ansatz von Dempsey, sowie etliche Praxisbeispiele von Henry Ford bis Friedrich Krupp illustrieren jedoch, dass sowohl seitens der Unternehmensführung wie auch seitens der Gesellschaft soziale Verantwortlichkeiten erkannt werden, die weder monetärer Art sind, noch mittels rein wirtschaftlicher Aktivitäten adressiert und übernommen werden können. Aufgrund der sich häufenden ökologischen Probleme wird spätestens seit den 1990er Jahren eine weitere Dimension der Unternehmensverantwortung erkannt. Unternehmen sind zum einen kausal für ökologische Effekte verantwortlich und besitzen zum anderen großes Potential, durch Innovationen und Einsparungen die Umwelt zu schützen. Einen solchen dreidimensionalen CSR Raum – Ökonomie, Ökologie und Soziales – bezeichnet man auch als Triple-Bottom-Line (vgl. Aguinis/Glavas 2012: 955).

Wir werden in dieser Arbeit von einem vierdimensionalen Verantwortungsraum ausgehen:³ Ökonomie, Ökologie, Soziales und Ethik. Nur innerhalb dieses mehrdimensionalen Verantwortungsraums können Gesundheitsfragen von sozialer oder ethischer Natur durch CSR erkannt werden. Die zusätzliche ethische Dimension erlaubt es, ethische Handlungsnormen zu berücksichtigen, die über ökonomische Erwägungen hinausgehen und die auch nicht durch eine potentielle gesellschaftliche Sanktion motiviert werden müssen. Mit einem rein ökonomischen CSR Konzept könnte man im Eingangsbeispiel ermitteln, ob sich die Einführung von Fitnessarmbändern rechnet. Inwiefern Fitnessarmbänder die Autonomie der Mitarbeiterinnen verletzen, systemische Ungerechtigkeiten fördern oder das soziale Miteinander beeinflussen, lässt sich damit aber nicht feststellen.

Zusammengefasst lässt sich CSR als Bündel von gesellschaftlich orientierten, rechtlich nicht obligatorischen Aktivitäten beschreiben (mit Ausnahme der EU Richtlinie 95/2014),⁴ die intern oder extern von Unternehmen eingefordert werden und für deren Ausführungen bzw. Verweigerungen wahlweise das Unternehmen als Ganzes, das Kollektiv der Mitarbeiterinnen oder einzelne Individuen, insbesondere Managerinnen, die Verantwortung übernehmen. Die gesellschaftliche Orientierung der Maßnahmen lässt sich ökonomisch, ökologisch, sozial und ethisch verorten. Die folgende Übersicht der bestehenden Forschungsliteratur zeigt, dass die ökonomische Dimension einer BGM-CSR-Schnittstelle bisher am

3 Einer der bekanntesten Vertreter eines vierdimensionalen CSR Konzepts ist Archie Carroll. Carroll verortet die soziale und ethische Ausrichtung von CSR allerdings auf derselben Dimensionsebene. Die verbleibende vierte Dimension stellt bei Carroll die der anthropischen Verantwortung dar (vgl. Carroll 1991: 40).

4 Die Richtlinie sieht vor, dass Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeiterinnen zukünftig nicht-finanzielle Faktoren, also auch CSR-Aktivitäten, in ihren Jahresberichten vermerken müssen. Damit möchte die EU Transparenz in den Bereichen »Umwelt-, Sozial-, und Arbeitnehmerbelangen« herstellen und »zur Achtung der Menschenrechte und zur Bekämpfung von Korruption und Bestechung« beitragen (2014/95/EU/L330/2). Hierzu gehören unter anderem auch Informationen über die Mitarbeitergesundheit. Ein Vorschlag zur Ratifizierung dieser Richtlinie wurde Ende 2016 in Deutschland veröffentlicht.

stärksten motiviert wurde. Neben diesem recht offensichtlichen Punkt möchten wir die anderen CSR-Dimensionen in dem Schnittfeld stärken.

4. CSR und BGM gemeinsam betrachtet – der Forschungsstand

Obschon einige Schnittstellen von BGM mit Themenfeldern der CSR ins Auge gesprungen sind, wird eine gemeinsame Betrachtung in der Forschung, falls überhaupt erwähnt, bestenfalls als »im Prinzip gute Idee« erkannt. Es existieren nahezu keine wissenschaftlichen Untersuchungen auf diesem Gebiet. Den aktuellen State of the Art werden wir, unterteilt in die drei Kategorien – unternehmensstrategisch, medizinisch pragmatisch und ethisch motiviert – vorstellen. Diese Zuordnung ergibt sich aus dem Fokus der jeweiligen Arbeiten. Dabei bezieht der Forschungsüberblick Literatur aus gängigen Fachzeitschriften der Wirtschaftsethik und der Arbeitsmedizin ab dem Jahr 2000 ein. Anschließend untersuchen wir bestehende nationale und internationale Standards und Label auf deren Potential hin, CSR und BGM gemeinsam zu denken. Damit soll keinesfalls suggeriert werden, die Forschung laufe dem Ist-Stand hinterher; Standards werden schließlich ihrerseits aufgrund wissenschaftlicher Vorannahmen gesetzt.

4.1 Gemeinsame Forschungsliteratur

Die als unternehmensstrategisch charakterisierten Artikel heben die wirtschaftlichen Vorteile, die sich aus einer verbesserten Reputation und gesünderen und damit produktiveren Mitarbeiterinnen ergeben, hervor (vgl. Kawashita et al. 2005; Sowden/Sinha 2005; Montero et al. 2010; Ulich/Wülser 2015). CSR hat diesen Arbeiten zufolge die Funktion, BGM-Maßnahmen außerhalb der Compliance zu rechtfertigen. Durch ein erfolgreiches BGM werde auf kurze oder lange Sicht, so die Prognose der Artikel, die Gesundheit von Mitarbeiterinnen und damit die Produktivität steigen. Durch die Kommunikation solcher Maßnahmen werde sich zudem die Reputation des Unternehmens in der Öffentlichkeit und in den Augen zukünftiger Beschäftigter erhöhen. Gerade mit Blick auf eine gelungene BGM-Maßnahmenkommunikation äußern sich die Autoren fast durchgehend kritisch gegenüber den Jahresberichten börsennotierter Unternehmen. In den Berichten würde kaum auf BGM-Aktivitäten eingegangen, sondern in erster Linie Daten quantitativer Natur präsentiert; also Arbeitsunfälle, Krankentage und so weiter. Dadurch würden Vorteile verspielt.

Unter die Kategorie medizinisch-pragmatisch fallen weiter alle Artikel, die sich von einer BGM-CSR-Schnittstelle primär eine verbesserte medizinische Versorgung versprechen (vgl. Sørensen/Brand 2011). Entsprechend werden in erster Linie die Vorteile beschworen, die sich aus einer gemeinsamen Betrachtung beider Konzepte für die Qualität der Gesundheitsmaßnahmen ergeben könnten.

Ähnlich begrenzt ist die ethisch motivierte Literatur, die eine Verbindung von CSR und BGM als ethische Chance (vgl. Kuhn/Gensch 2009; Greenberg 2010; Hart 2010; Uhle/Treier 2015) oder ethisches Risiko (vgl. Holmqvist 2008) begreift. Ethische Risiken erkennt Holmqvist in einem möglichen Missbrauch von

CSR-Bemühungen in der betrieblichen Gesundheitsvorsorge in Form von sozialem Druck und sozialer Kontrolle, die durch ein Unternehmen mittels BGM ausgeübt werden könnten. Chancen erkennen die genannten Autoren hingegen in den naheliegenden Lösungsoptionen, die CSR für ethische Probleme bereithält. Weiterführende Untersuchungen, in Form einer umfassenden Diskussion der These, CSR könne ethische Probleme des BGM lösen, oder gar in Form von konkreten Tools zur Integration beider Managementsysteme, bleiben diese Arbeiten aber schuldig.

4.2 Gemeinsame Standards

Die bestehende Forschungsliteratur kann die Schnittstelle von BGM und CSR folglich in keinem zufriedenstellenden Maße ausgestalten. Der folgende Abschnitt thematisiert aus diesem Grund diverse internationale Standards und Leitlinien. Wie bereits erwähnt, bilden die CSR und BGM betreffenden Gesetzesinhalte einen Rahmen, innerhalb dessen sich die eigentlichen Aktivitäten entfalten können. Das gilt für CSR gewissermaßen qua Definition, wird doch immer wieder deren selbst-regulierender Charakter hervorgehoben (vgl. Dierksmeier/Petersen 2016). Der betriebliche Gesundheitsschutz hingegen ist gesetzlich wesentlich stärker reglementiert, besonders in den Bereichen Arbeitssicherheit und Unfallschutz. Möglichkeiten zur freiwilligen Ausgestaltung bestehen aber nichtsdestotrotz. Um beide Konzepte wirksam umsetzen zu können, Audits zu ermöglichen und Frameworks zu entwickeln, haben staatliche, nicht-staatliche und kommerzielle Akteure Orientierungen in Form von Good-Practices, Standards und Labels entwickelt. Die für diesen Artikel wichtigsten werden, analog zu der bereits dargestellten Forschungsliteratur, im Folgenden knapp diskutiert.

Die *Quality Criteria of Workplace Health Promotion* (QCWHP) von 1999 gehören zu den ersten Good-Practices, die das Schnittfeld zwischen BGM und CSR oberflächlich thematisieren. Die Kriterien empfehlen, gesundheitsförderliche Aktivitäten durch das Management zu implementieren und in Einklang mit der Unternehmenspolitik zu bringen. Das Gesundheitsmanagement wird explizit als Element der sozialen Unternehmensverantwortung herausgestrichen. Hervorzuheben ist die in den Qualitätskriterien geäußerte, ökonomisch motivierte These, die betriebliche Gesundheitsförderung habe eine positive Auswirkung auf die Zufriedenheit der Kundinnen (vgl. ENWHP 1999: 10). Studien, welche diese These verifizieren könnten, gibt es bislang jedoch nicht.

Ein weiterer Good-Practices Katalog, der eine gemeinsame Betrachtung von CSR und BGM erlaubt, ist die *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion* aus dem Jahr 2007. Genau wie die QCWHP wurde die Deklaration vom *European Network for Workplace Health Promotion* (ENWHP) entwickelt. Das ENWHP ist ein informelles Netzwerk aus Sozialversicherungen und nationalen Gesundheitsorganisationen, deren erklärtes Ziel es ist, »to improve workplace health and well-being and to reduce the impact of work related ill health on the

European workforce.«⁵ Die Deklaration betont, anders als zuvor die QCWHP, nicht nur die Verantwortung des Managements für betriebliche Gesundheitsthemen, sondern beschreibt die Verantwortung für die Gesundheit am Arbeitsplatz als gemeinsame Aufgabe von Arbeitnehmerin, Arbeitgeberin und der Gesellschaft (vgl. ENWHP 2007: 2). Die Formulierung lässt also einen breiten Raum für soziale Unternehmensverantwortlichkeiten erkennen, selbst wenn die Deklaration in erster Linie wirtschaftliche Vorteile als Output einer gesunden Arbeit in Aussicht stellt.

Weiterhin einschlägig ist der ISO Standard 26000 aus dem Jahr 2010, welcher auch ISO Social Responsibility (ISO SR) genannt wird. Dieser von der internationalen Organisation zur Standardisierung (ISO) entwickelte Standard, der länderspezifisch Anpassungen erfährt und an welchem sich Unternehmen in ihren Aktivitäten orientieren können, hebt die Mitarbeitergesundheit als Element der sozialen Unternehmensverantwortung hervor:

»Health and safety at work concerns the promotion and maintenance of the highest degree of physical, mental and social well-being of workers and prevention of harm to health caused by working conditions. It also relates to the protection of workers from risks to health and the adaptation of the occupational environment to the physiological and psychological needs of workers« (ISO 26000 2010: 38).

Obwohl sich die meisten Standards, die der ISO SR in Gesundheitsfragen ausgibt, auf Arbeitssicherheit beziehen, weisen darin zwei Normen über den gesetzlichen Rahmen in Deutschland hinaus. Zum einen empfiehlt der Standard, eine Verringerung der psychischen Belastungen bei Mitarbeiterinnen anzustreben, und das drei Jahre vor einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung in Deutschland (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 6 ArbSchG). Zum anderen soll eine Gleichbehandlung im Rahmen von Gesundheitsmaßnahmen garantiert werden, unabhängig von Stellung und Anstellungsverhältnis der Mitarbeiterin (vgl. ISO 26000 2010: 39). Damit ließe sich eine Antwort auf das ethische Problem, ob man Teilzeitkräften den Zugang zu BGM-Maßnahmen ermöglichen sollte, finden.

Neben nicht-gewerblichen Institutionen wie der ISO bieten auch Unternehmen Standards an, die BGM-CSR-Schnittstellen berücksichtigen. Eines der wenigen Beispiele hierfür ist der *Social Capital and Occupational Health Standard* (SCOHS) der Unternehmensberatung SCOHAS Sozialkapital Standard UG Bielefeld. Der Fokus dieses Standards liegt auf einer im Bereich BGM erfolgreich geschulten Unternehmensführung. Soziale Parameter fließen zusammen mit den Gesundheitsdaten in die Gefährdungsbeurteilung ein und es werden neben medizinischen auch soziale Maßnahmen empfohlen (vgl. SCOHS 2010).

Ebenso wie der SCOHS ein BGM-Standard ist, der CSR-Faktoren berücksichtigt, können BGM Aktivitäten auch in CSR-Frameworks aufgenommen werden. Die österreichische Unternehmensberatung RFU beispielsweise ermittelt den CSR-Status eines Unternehmens unter anderem aufgrund quantitativer und qualitativer Gesundheitsdaten. Neben recht geläufigen Statistiken zu Arbeitsunfällen, Krank-

5 Das Zitat stammt von der Webversion der ENWHP und wird aus diesem Grund ohne Seitenzahl aufgeführt. Link: <http://www.enwhp.org/about-enwhp.html> (zuletzt abgerufen am 24.02.2017).

heitstagen und Todesfällen werden alle Maßnahmen des Gesundheitsmanagements festgehalten (vgl. Friesenbichler 2016).

Ein weiterer Orientierungspunkt ist die DIN SPEC 91020 von 2012. Die Norm berücksichtigt neben physischen und psychischen Aspekten des BGM auch soziale. Zwei Normen sind dabei besonders hervorzuheben: Einmal werden Maßnahmen zur eigenen Ressourcensteigerung der Mitarbeiterinnen im gleichen Maße betont wie Maßnahmen zur Belastungsminimierung. Darüber hinaus wird die Rolle von Führungskräften im Themenfeld BGM hervorgehoben: »Ein Garant für den langfristigen Erfolg eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die Überzeugung der Führungskräfte« (Kaminski 2013: 89).

Als letzter Standard sei die Gemeinwohl Matrix der NGO Gemeinwohl-Ökonomie aus dem Jahr 2012 genannt (GWÖ-Matrix 2012). Anhand von 17 Indikatoren ermittelt eine Matrix, wie förderlich ein Unternehmen und dessen Aktivitäten für das Gemeinwohl sind. Einer dieser Indikatoren errechnet sich aus der Qualität von Arbeitsschutz und gesundheitsförderlichen Maßnahmen, der Unterstützung einer Work-Life-Balance und der Förderung von Diversität und Gleichstellung. Die Gemeinwohl-Matrix lässt somit die bisher größte Schnittmenge von BGM und CSR erkennen.

Standard	Organisation	CSR/BGM Aspekt
Quality Criteria of Workplace Health Promotion (1999)	European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)	<ul style="list-style-type: none">■ Workplace Health Promotion wird als Managementaufgabe erkannt, die in das Managementsystem zu integrieren ist.■ Soziale Verantwortung des Unternehmens in Gesundheitsfragen wird betont.
Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion (2007)	European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)	<ul style="list-style-type: none">■ Workplace Health Promotion wird als gemeinsame Aufgabe von Arbeitgeberin, Arbeitnehmerin und der Gesellschaft betrachtet.■ Die Gesundheit der Mitarbeiterinnen korreliert mit dem Erfolg und der Produktivität des Unternehmens.
ISO 26000 (2010)	International Organisation for Standardization (ISO)	<ul style="list-style-type: none">■ Gleichberechtigung aller Mitarbeiterinnen bei Gesundheitsfragen und -maßnahmen
Social Capital and Occupational Health Standard (2010)	SCOHAS Sozialkapital Standard UG Bielefeld	<ul style="list-style-type: none">■ Soziale Daten fließen in die Gefährdungsbeurteilung mit ein.■ Fokus auf Unternehmensführung.

Standard	Organisation	CSR/BGM Aspekt
DIN SPEC 91020 (2012)	Deutsches Institut für Normung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erfasst neben physischen und psychischen auch soziale Aspekt des BGM. ■ Betont im gleichen Maße Belastungen und Ressourcen.
Gemeinwohl Öko- nomie Matrix (2012)	Gemeinwohl Ökonomie Berlin- Brandenburg e.V.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Work-Life-Balance werden erfasst und gefördert.

Abbildung 1: Standards und Leitlinien im Schnittpunkt BGM/CSR (Quelle: eigene Darstellung)

4.3 Gemeinsame Label

Neben Good-Practice-Modellen, die Unternehmen eine Orientierung bieten können, und Standards, die teilweise Implementierungstools und Evaluationskriterien anbieten und aufgrund derer Audits extern durchgeführt werden, können sich Unternehmen an Labeln orientieren, um eine Verbindung zwischen BGM und CSR herzustellen. Die Vergabe von Labeln erfolgt im Normalfall durch regelmäßige externe Überprüfung der Label-eigenen Kriterien.

Zwei große Gruppen von Labeln sind in Deutschland recht verbreitet: Label, welche die ökologische Haltung von Unternehmen bestätigen, und solche, die eine ökonomisch-soziale Verantwortung von Unternehmen hervorheben. Die ökologische Haltung wird klassischerweise durch Bio-Siegel (Naturland, Bioland, staatliches Bio-Siegel)⁶ bestätigt, welche mehr oder minder stark die Einhaltung von Arbeitsschutzmaßnahmen einfordern. Neben den in Deutschland gesetzlich verankerten Unfallpräventions- und Sicherheitsschulungen finden in den Vergabekriterien der jeweiligen Siegel-Anbieter keine weiteren gesundheitsförderlichen Maßnahmen Erwähnung. Ökonomisch-soziale Label, die sich beispielsweise für einen fairen und nachhaltigen globalen Handel einsetzen (UTZ, GEPA, Fairtrade),⁷ fordern in ihren Kriterien einen besonderen Gesundheitsschutz für Kinder, der sich durch die Vermeidung gefährlicher Arbeit und den Schutz vor erhöhten Arbeitszeiten auszeichnet. Über die bestehenden innerdeutschen Arbeitsschutzgesetze reichen die Bedingungen der Label in keinem der Fälle hinaus, sodass diese für die

6 Nachweise zu den einzelnen Bio-Siegeln: Naturland. Link: <http://www.naturland.de/de/naturland/richtlinien.html> (zuletzt abgerufen am 06.02.2017); Bioland. Link: www.bioland.de/ueber-uns/richtlinien.html (zuletzt abgerufen am 06.02.2017); Staatliches Bio-Siegel. Link: www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Landwirtschaft/OekologischerLandbau/834_2007_EG_Oeko-BasisVO.html?sessionid=A199D02DEDFB7D5E73B34F7EEB049DDA.2_cid385 (zuletzt abgerufen am 06.02.2017).

7 Nachweise zu den Labeln: UTZ. Link: <https://www.utz.org/what-we-offer/certification/the-standard/> (zuletzt abgerufen am 06.02.2017); GEPA. Link: www.gepa.de/en/welcome.html (zuletzt abgerufen am 06.02.2017); Fairtrade. Link: www.fairtrade.net/standards.html (zuletzt abgerufen am 20.02.2017).

hier geführte Diskussion keine besondere Relevanz besitzen. Die jährliche Verleihung des Corporate Health Awards, welcher auf Basis von Auditierung nachhaltiges BGM in Deutschland auszeichnet, stellt in dieser Hinsicht eine Ausnahme dar. Im internationalen Kontext ist vor allem das Global Health Footprint Label⁸ hervorzuheben. Auch dieses fokussiert weniger BGM als die Gesundheit aller Bevölkerungsschichten weltweit. Allerdings könnte es als Vorbild zur Entwicklung eines entsprechenden deutschen oder europäischen Labels dienen.

Es kann festgehalten werden, dass Schnittpunkte zwischen CSR und BGM in wenigen wissenschaftlichen Beiträgen erkannt, aber nicht systematisch herausgearbeitet werden. In aller Regel heben die Autorinnen ökonomische Vorteile einer solchen Perspektive hervor und lassen Fragen nach einer gemeinsamen Grundlage beider Konzepte oder nach den ethischen Vor- und Nachteilen, bis auf wenige Ausnahmen, unberührt. Auch mit den bestehenden Standards, Good-Practices und Labeln ist es grundsätzlich möglich, Schnittstellen zu lokalisieren. Hervorzuheben ist noch einmal die Forderung des ISO SR, Mitarbeiterinnen in Gesundheitsfragen unabhängig von ihrem Vertragsverhältnis gleichberechtigt zu berücksichtigen sowie die Vorgabe der beiden Standards SCOHS und RFU, qualitative Gesundheitsdaten beziehungsweise soziale Daten zu ermitteln. Von diesen Kriterien abgesehen existieren keine expliziten Orientierungspunkte. Auch nach einer gemeinsamen argumentativen Grundlage beider Konzepte fahndet man in den normgebenden Institutionen bisher vergebens.

5. Ethische Grundlagen für eine gemeinsame Betrachtung von BGM und CSR

Die Motive für eine Untersuchung der Schnittstelle von BGM und CSR wurden bereits anhand alltagspraktischer Beispiele verdeutlicht und die offenkundigen konzeptionellen Lücken in der bisherigen Forschung und in praktischen Orientierungshilfen dargestellt. Welche Verbindung besteht also zwischen CSR und BGM und welche ethischen Probleme lassen sich durch die Betrachtung deren Schnittmenge adressieren und beheben? Im folgenden Abschnitt möchten wir eine Diskussion anstoßen, indem wir vier konzeptionelle Säulen einer gemeinsamen Betrachtung vorstellen.

5.1 Wirtschaftliche Pflichterfüllung

Der wohl augenscheinlichste Vorteil einer gemeinsamen Betrachtung von BGM und CSR liegt in den bereits viel beschworenen wirtschaftlichen Chancen (vgl. z.B. Montero et al. 2009). Dieser Logik folgend werden wirtschaftliche Argumente aus dem CSR-Bereich für BGM urbar gemacht. Beispielsweise kann ein Imageverlust, als Folge unzureichender BGM-Aktivitäten, die CSR-Reputation eines Unternehmens nachhaltig beschädigen (vgl. Sowden/Sinha 2005). Damit eröffnet eine gemeinsame Schau beider Konzepte einen wirtschaftsstrategischen

8 Nachweis zum Global Health Footprint Label. Link <http://projects.iq.harvard.edu/health-footprint> (zuletzt abgerufen am 28.02.2017).

Vorteil, der in der Einzelbetrachtung fehlen muss. Vorteilhaft ist die Möglichkeit, auf Probleme aus jeweils einem Bereich mit Ansätzen aus dem anderen Bereich reagieren zu können. Teilen sich beide Konzepte eine große Schnittmenge von Motiven, so ist es naheliegend, dass sich diese Konzepte auch gegenseitig befruchten und Synergien schaffen können. Montero et al. bezeichnen dieses Phänomen als »Push« und »Pull« Strategie (vgl. Montero et al. 2009: 1443). Eine gemeinsame Grundlage beider Konzepte lautet also: Wenn ein Unternehmen die ökonomische Dimension von CSR ernst nimmt, besteht die Verantwortung, ein BGM-System zu etablieren, das mittel- und langfristig die ökonomische Stellung des Unternehmens stärkt.⁹

Konzeptionell eindrucksvoll arbeiten Caicedo, Mårtensson und Roslender (2010) diese These als ökonomisches Gebot nicht direkt des BGM, sondern des Human Resource Managements (HRM) heraus. Beim HRM gehe es darum, den Wert jeder Mitarbeiterin als wichtige Ressource im Unternehmen zu ermitteln und so gut wie möglich zu erhöhen. Gemessen wird der Wert der Mitarbeiterin anhand von Trainings, Expertise, Innovationsgeist und weiteren Kriterien. All diese Mitarbeiter-Attribute werden aber in dem Moment wertlos, in dem die Mitarbeiterin nicht voll arbeitsfähig ist (vgl. Caicedo et al. 2010: 439).

So augenscheinlich die ökonomischen Vorteile einer gemeinsamen Grundlegung beider Konzepte sind, so selbstverständlich kann eine ökonomische CSR-Dimension als alleinige Grundlage nicht bestehen. Das wird anhand von Fallbeispielen schnell deutlich. Ist beispielsweise von Arbeitsbereichen die Rede, in denen Arbeitnehmerinnen leicht zu ersetzen sind, bestünde für ein CSR-Konzept, das primär der ökonomischen Verantwortung des Unternehmens gerecht werden will, keine Pflicht, über die gesetzliche Compliance hinaus in BGM-Aktivitäten zu investieren oder die Mitarbeiterinnen entsprechend ihres Wertes für das Unternehmen zu versorgen. Neben den Nachteilen, die eine so eindimensionale Betrachtung mit sich bringt, blieben auch Chancen auf positive Entwicklungen ungenutzt. Der erwähnte *Push and Pull* Effekt findet nicht ausschließlich auf einer monetär messbaren Ebene statt. Ethische Problemlösungen und eine Verbesserung des Unternehmensklimas sind wichtige Faktoren nachhaltiger und erfolgreicher Unternehmen, ohne dass man explizite monetäre Vorteile aus einzelnen Maßnahmen ableiten könnte. Die ökonomische CSR-Ebene qualifiziert sich demnach als wichtiger argumentativer Grundpfeiler der gemeinsamen Betrachtung. Eine rein ökonomische Betrachtung greift aber, eingedenk der oben skizzierten Diskussion um die Begründung von CSR allgemein, zu kurz.

5.2 Soziale Auswirkungen des Gesundheitsmanagements

Sind sozial unerwünschte Effekte – erhöhte Emissionswerte, Werksunfälle – kausal auf die Aktivitäten von Unternehmen zurückzuführen, scheint die Verantwortungszuschreibung wenig problematisch. In vielen größeren Unternehmen fällt der

⁹ Die These, dass mit der Mitarbeitergesundheit zwingend auch der Unternehmenswert steigt, wird nicht von allen Autorinnen geteilt (vgl. Forst/Levenstein 2002).

Umgang mit dieser Verantwortung – die Kommunikation mit Stakeholdern, die Evaluation der Unternehmensaktivitäten, die zu den Problemen geführt haben und die Entwicklung geeigneter Maßnahmen – in den Bereich der CSR. Da ist es naheliegend, dass diese Logik auch Verantwortlichkeiten aus dem BGM Bereich umfasst. Führen BGM-Maßnahmen zu unverhältnismäßig hohen Umweltbelastungen, unsozialen Verhältnissen oder Ungerechtigkeiten, kurz: zu ökologischen, sozialen oder ethischen Problemen, so geraten diese automatisch *auch* in den Blick der CSR. Diese Probleme kann die CSR aber nur dann berücksichtigen, wenn sie in die jeweiligen Bereiche des BGM mit eingebunden ist. Genau diese Sichtweise schlägt sich auch in der ISO 26000 nieder (vgl. ISO 26000 2010: 38). Betrachtet man den Fall, dass eine Betriebsärztin in ihrer Pflicht dem Unternehmen gegenüber nur besonders preiswerte Maßnahmen vorschlägt, und dass dadurch Menschen auf lange Sicht krank würden, könnte man zwar innerhalb des BGM kausal die Verantwortung auf die Handlungen der Betriebsärztin zurückführen. Welche systemischen, nicht dem BGM inhärenten Faktoren und Beweggründe die Ärztin zu ihrem Handeln motiviert haben, welche weiteren verantwortlichen Akteure keine Berücksichtigung finden und ob grundsätzliche Strukturänderungen erforderlich sind, um Probleme dieser Art nachhaltig zu lösen, kann jedoch innerhalb des Gesundheitsmanagements allein nicht erkannt werden. Probleme dieser Art könnten mithilfe von CSR-Tools aufgenommen, kommuniziert und diskutiert werden. In unserem Fitnesstracking-Beispiel wäre es denkbar, dass die Betriebsärztin und die Mitarbeiterinnen fallspezifische oder systemische Bedenken sozialer oder ethischer Natur gegenüber einem externen Partner, beispielsweise einer Ethikbeauftragten, äußern können. So können gezielt Strukturveränderungen, Ermahnungen, Supervisionen und dergleichen eingesetzt werden. Damit bilden auch soziale und ethische Effekte von BGM einen notwendigen, aber nicht den einzigen Teil einer gemeinsamen Schnittmenge.

5.3 Mit großer Macht kommt große Verantwortung

In der Philosophie wird häufig die These vertreten, dass Korporationen, und damit auch Unternehmen, präskriptive und proskriptive Pflichten aufgrund ihrer realpolitischen Macht und ihrer Möglichkeiten zuzuschreiben sind.

»Another argument comes into play here that develops the obligation to help others in serious need to the extent that one can do so (...) with little or moderate cost to oneself« (De George 2005: 554).

Exemplarische Modelle einer Verantwortungszuschreibung qua Machtpotential und vorhandener Ressourcen sind das *Social Connection-Modell* von Iris Marion Young und das kollektive Teilhabe-Modell von Christopher Kutz. Beide Modelle erkennen in der Kombination aus gerechtfertigten Ansprüchen von Interessensgruppen und der Potenz der Akteure, diese Ansprüche mit verhältnismäßig geringem Aufwand zu befriedigen, die moralische Verantwortung, diesen Ansprüchen nachzukommen (vgl. Kutz 2002; Young 2006). Entsprechend darf die von Unternehmen ausgehende Handlungsmacht als rechtfertigende Grundlage ethischer und gesellschaftlicher Verantwortungszuschreibung verstanden werden. Ein Unterneh-

men besitzt die Macht, die Gesundheit der eigenen Mitarbeiterinnen maßgeblich zu beeinflussen. Dieser Macht wird mit den QCWHP, ISO 26000, SCOHS oder auch dem PräVG Rechnung getragen. Sobald der Aufwand, ein BGM zu implementieren als akzeptabel eingestuft wird, besitzen Unternehmen demnach eine Verantwortung gegenüber der Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen. Doch zwingt diese Konklusion das BGM in ein Schnittfeld mit CSR? Man könnte, rein pragmatisch, einige notwendige ethische und soziale Standards für den BGM Bereich entwickeln, die dann ausschließlich innerhalb dieses Bereiches angewandt und überwacht werden. Einer zeitintensiven konzeptionellen und bereichsübergreifenden Kooperation zwischen BGM und CSR würde man dadurch entgehen. Ein solcher Pragmatismus würde allerdings zu kurz greifen.

Kommt es zu Gesundheitsfragen im Betrieb, steht eine Verantwortung qua großer Macht im Konflikt mit der Eigenverantwortung und der Autonomie der individuellen Mitarbeiterinnen. Man könnte sich eine Arbeitgeberin denken, die sich für eine besonders schadstoffarme Luft am Arbeitsplatz einsetzt. Die rauchenden Mitarbeiterinnen werden trotz dieser Präventionsmaßnahme wahrscheinlich Atemwegserkrankungen erleiden. Warum sollte diese Arbeitgeberin Zeit und Geld in Prävention investieren? Und warum sollte eine Mitarbeiterin umgekehrt ihrer Arbeitgeberin Kompetenzen bei der Erhaltung ihrer eigenen Gesundheit einräumen, wenn das womöglich zu unliebsamen Verpflichtungen und sozialem Druck führt? Die Anbindung an den CSR-Bereich kann solche Fragen mithilfe universeller Kriterien der Unternehmensverantwortung und unter Berücksichtigung von Stakeholder-Interessen diskutieren und nachhaltig beantworten (vgl. Kuhn/Gensch 2009). Diese Kriterien beziehen sich in erster Linie auf ethische Diskurse, in denen Fragen der Autonomie, Verantwortung und Gerechtigkeit im Vordergrund stehen.

5.4 BGM und Gerechtigkeit

Neben ökonomischen, sozialen und Machtverteilungs-Gründen möchten wir einen weiteren, empirisch motivierten Grund für eine gemeinsame Betrachtung von CSR und BGM diskutieren. Die epidemiologischen Studien von Kivimäki und Kollegen (2003) sowie von Jerald Greenberg (2010) untersuchen mögliche Verbindungen zwischen subjektivem Wohlbefinden und dem Gefühl von Mitarbeiterinnen, gerecht behandelt zu werden. Als Forschungsergebnis führen beide Studien subjektiv empfundenes Unwohlsein und Krankheit in vielen Fällen auf subjektiv empfundene Ungerechtigkeit zurück. Die Befragten empfanden als Folge von erlebtem Unrecht Ärger oder Scham und reagierten auf diese Gefühle häufig mit ungesundem Verhalten, worunter beispielsweise erhöhter Alkohol- und Tabakkonsum fielen. Greenbergs empirische Untersuchung unterstützt die These, dass die empfundene Gerechtigkeit in Unternehmen Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen hat. Im weitesten Sinne bezeichnet der Begriff *Gerechtigkeit* dabei ein Ideal sozialen Miteinanders innerhalb einer Gruppe, eines Staates oder im globalen Kontext. Ziel ist es, gegebene Interessen zu berücksichtigen, und Chancen und Güter allen Beteiligten in einem angemessenen Maße

zugänglich zu machen (vgl. Offe 2002: 71f.). Greenbergs These lässt sich im BGM-Kontext auf Verteilungsgerechtigkeit (unterschiedliche Gruppen von Angestellten erhalten verschieden hochwertige Fitnesskurse), Verfahrensgerechtigkeit (hierarchisch höher gestelltes Personal darf die Gesundheitskurse zuerst buchen und kann dadurch beliebte, limitierte Angebote dauerhaft belegen) und Chancengerechtigkeit (nur das weibliche Personal erhält einen freien Tag im Monat zur Stressregulierung) beziehen (vgl. Fujishiro/Heaney 2009). Die empirisch erkannten gesundheitlichen Folgen und bestehenden Gerechtigkeitsfragen heben einen weiteren wichtigen Vorteil der gemeinsamen Betrachtung von BGM und CSR hervor: Mit CSR Strategien lassen sich Gerechtigkeitsprobleme des BGM adressieren und beheben, die andernfalls negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Mitarbeiterinnen hätten. Ungerechtigkeiten können mithilfe der CSR innerhalb des gesamten BGM-Frameworks – bei der Datenerhebung, Planung, Durchführung und Evaluation – lokalisiert werden, was ein vorausschauendes Eingreifen erlaubt.

6. Ausblick

Die konzeptionelle Basis, von der aus sich eine sinnvolle Schnittmenge von BGM und CSR ausbauen lässt, steht auf vier argumentativen Säulen. Das in der Forschungsliteratur am häufigsten erwähnte ökonomische Argument erkennt im Betrieblichen Gesundheitsmanagement ein Reputations- und Recruitment-Tool, welches sich vorteilhaft auf den Erfolg und den Umsatz des Unternehmens auswirken kann. Zweitens ermittelt und adressiert das CSR-Management kausale Verantwortlichkeiten innerhalb und außerhalb eines Unternehmens, was auch BGM einschließt. Für Mitarbeitererkrankungen, die sich aus Mängeln im BGM ergeben, ist ein Unternehmen letztlich genauso verantwortlich wie für hervorgerufene Umweltschäden. Das dritte Argument betont die Macht von Unternehmen sowie bestehende Machtverhältnisse. Besitzt ein Unternehmen hinreichende Ressourcen, um ein BGM zu etablieren, besteht auch die ethische Pflicht, dies zu tun. Dabei sind aber die Autonomieansprüche der von den Maßnahmen betroffenen Akteurinnen zu berücksichtigen. Somit wird innerbetrieblich wiederum die CSR angesprochen, um Autonomieansprüche innerhalb des BGM zu vermitteln. Viertens und letztens ergeben sich im BGM aufgrund nicht-idealer Strukturen und begrenzter Ressourcen fast zwangsläufig Gerechtigkeitsprobleme, die bisher nicht mit BGM-eigenen Mitteln gelöst werden können. Betriebliche Gerechtigkeitsfragen können auf einer ethischen CSR-Ebene erkannt und beantwortet werden. Alle vier Säulen bilden wichtige Aspekte der BGM-CSR-Schnittmenge, die eine differenzierte Analyse sozialer und ethischer BGM-Probleme erlauben.

Mit diesem neuen Ansatz möchten wir eine Forschungs- und Praxislücke schließen, die bislang viele, vor allem ethische und soziale Fragen, unbeantwortet lässt. Ein erster Schritt ist mit dieser Bestandsaufnahme getan, viele weitere müssen noch folgen. In dieser Arbeit sind konkrete Lösungsvorschläge, Managementtools und eine vertiefende Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden ethischen

Normen und potentiell auftretenden Wertkonflikten gezielt ausgespart worden. Diese normativen Fragen und praktischen Diskussionen können nicht in einem einzigen Artikel verhandelt werden. Vielmehr hat die Aufarbeitung kleinteiliger zu erfolgen, indem beispielsweise Standards, Good-Practices und Label dahingehend angepasst werden, dass diese Tools oder Guidelines für die Handhabung ethischer und sozialer BGM Probleme beinhalten. Daneben muss ein BGM-Framework entwickelt werden, das ethische und soziale Probleme erfassen und die Auswirkungen von BGM-Maßnahmen auf ökonomischer, ökologischer, sozialer und ethischer Ebene ermitteln kann. Analysiert man BGM-Maßnahmen auf unterschiedlichen CSR-Ebenen, wird eine umfassende Betrachtung der betroffenen Stakeholder ermöglicht. Entsprechend ist BGM auch in seiner Relation zu den bestehenden Interessengruppen – Kooperationspartner, NGOs, Konkurrenten, Kundinnen, etc. – hin zu untersuchen. All diese notwendigen Forschungsschritte laufen ultimativ auf die Beantwortung der Frage hinaus, wie sich eine entsprechende Schnittfläche von BGM und CSR innerhalb eines Unternehmens nachhaltig und ethisch reflektiert etablieren lässt. Diesen Aufgaben werden wir uns systematisch im Rahmen des Forschungsprojektes GESIOP¹⁰ stellen.

Literaturverzeichnis

- Abrams, H. K. (2001): A Short History of Occupational Health, in: *Journal of Public Health Policy*, Vol. 22/No. 1, 34–80.
- Aguinis, H./Glavas, A. (2012): What We Know and Don't Know About Corporate Social Responsibility: A Review and Research Agenda, in: *Journal of Management*, Vol. 38/No. 4, 932–968.
- Baumanns, R. (2009): Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement. Nutzen für Unternehmer und Mitarbeiter. Eine Evaluation, Stuttgart: Ibidem-Verlag.
- Bowen, H. R. (1953): *Social Responsibility of the Businessman*, New York: Harper.
- Caicedo, M. H./Mårtensson, M./Roslender, R. (2010): Managing and Measuring Employee Health and Wellbeing: A Review and Critique, in: *Journal of Accounting & Organizational Change*, Vol. 6/No. 4, 436–459.
- Carroll, A. B. (1991): The Pyramid of Corporate Social Responsibility: Toward the Moral Management of Organizational Stakeholders, in: *Business Horizons*, Vol. 34/No. 4, 39–48.
- De George, R. T. (2005): Intellectual Property and Pharmaceutical Drugs: An Ethical Analysis, in: *Business Ethics Quarterly*, Vol. 15/No. 4, 549–575.
- Dempsey, B. W. (1949): The Roots of Business Responsibility, in: *Harvard Business Review*, Vol. 27/No. 4, 393–404.
- Dierksmeier, C./Petersen, H. (2016): Welche Freiheit brauchen Unternehmer? In: *Forum Wirtschaftsethik* (online), Jg. 24/Nr. 2, 3–9.
- Edward, R./Parmer, B. (2007): Stakeholder Theory, in: Visser, W. et al. (Eds.): *The A to Z of Corporate Social Responsibility. A Complete Reference Guide to Concepts, Codes and Organisations*, West Sussex: Wiley, 434–440.

10 Gesundheitsmanagement aus Inter-Organisationaler Perspektive durch die Einbeziehung von Kunden und Kooperationspartnern. Das Verbundprojekt läuft seit Mitte 2016. Weiterführende Informationen unter: <http://gesundearbeit-mega.de/projekt/gesiop> (zuletzt abgerufen am 22.02.2017) und im *Praxisbeitrag* in diesem Heft (416–419).

- ENWHP (1999): Quality Criteria of Workplace Health Promotion. Link: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/quality_criteria.pdf (zuletzt abgerufen am 24.02.2017).
- ENWHP (2007): Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Link: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf (zuletzt abgerufen am 24.02.2017).
- ENWHP (2017): About ENWHP. Link: <http://www.enwhp.org/about-enwhp.html> (zuletzt abgerufen am 29.09.2017).
- Freeman, R. E. (1984): Strategic Management. A Stakeholder Approach, Boston: Pitman.
- Faller, G. (2017): Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Bern: Hogrefe, 25–38.
- Forst, L./Levenstein, C. (2002): Ethical Issues in Worker Productivity, in: Occupational Medicine, Vol. 17/No. 4, 687–692.
- Friedman, M. (1970): A Friedman Doctrine – The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits, in: The New York Time Magazine, 13 September, 32–33/122–124.
- Friesenbichler, R. (2016): Nachhaltigkeitsresearch: Anforderungen an CSR und Stakeholdermanagement in Unternehmen, in: Altenburger, R./Mesicek, R. H. (Hrsg.): CSR und Stakeholdermanagement. Strategische Herausforderungen und Chancen der Stakeholdereinbindung, Berlin: Springer, 205–219.
- Fujishiro, K./Heaney, C. A. (2009): Justice at Work, Job Stress, and Employee Health, in: Health Education & Behavior, Vol. 36/No. 3, 487–504.
- Goodpaster, K. E. (2005): Corporate Social Responsibility. The Shape of a History, 1945–2004. Center for Ethical Business Cultures. Link: www.cebcglobal.org/wp-content/uploads/2015/02/CSR-The_Shape_of_a_History.pdf (zuletzt abgerufen am 20.02.2017).
- Greenberg, J. (2010): Organisational Injustice as an Occupational Health Risk, in: The Academy of Management Annals, Vol. 4/No. 1, 205–243.
- GWÖ-Matrix (2012): Gemeinwohl Ökonomie Matrix 4.1. Link: <http://berlin.gwoe.net/matrix-4-1-gemeinwohl-bilanz/> (zuletzt abgerufen am 24.02.2017).
- Hart, S. M. (2010): Self-regulation, Corporate Social Responsibility, and the Business Case: Do they Work in Achieving Workplace Equality and Safety? In: Journal of Business Ethics, Vol. 92/No. 4, 585–600.
- Holmquist, M. (2009): Corporate Social Responsibility as Corporate Social Control: The Case of Work-Site Health Promotion, in: Scandinavian Journal of Management, Vol. 25/No. 1, 68–72.
- ISO 26000 (2010): Guidance on Social Responsibility. Link: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:26000:ed-1:v 1:en> (zuletzt abgerufen am 24.02.2017).
- Kaminski, M. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis. Ein Leitfaden zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 91020, Wiesbaden: Springer.
- Kawashita, F./Taniyama, Y./Hwi, S. Y./Fujisaki, T./Kameda, T./Mori, K. (2005): Occupational Safety and Health Aspects of Corporate Social Responsibility (CSR) in Japanese Companies Listed on the Tokyo Stock Exchange (TSE) First Section, in: Journal of Occupational Health, Vol. 47/No. 6, 533–539.
- Kivimäki, M./Elovainio, M./Vahtera, J./Ferrie, J. E. (2003): Organisational Justice and Health of Employees: Prospective Cohort Study, in: Occupational and Environmental Medicine, Vol. 60/No. 1, 27–34.
- Klaffke, M./Bohlayer, C. (2014): Gesundheitsmanagement – Kultur der Gesundheit in Organisationen etablieren, in: Klaffke, M. (Hrsg.): Generationen-Management. Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze, Wiesbaden: Springer, 135–157.
- Kreitzberg, K. (2016): § 5 ArbSchG, in: Kollmer, N./Klindt, T./Schucht, C. (Hrsg.): Arbeitsschutzgesetz Kommentar, 3. Aufl., München: C.H. Beck.
- Krugman, P. (2013): No Trickle, in: The New York Times, March 30th.
- Kuhn, J./Gensch, R. (2009): Ethische Aspekte des betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Bundesgesundheitsblatt, Jg. 52/Nr. 5, 535–542.

- Kuhn, K.* (2017): Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Bern: Hogrefe Verlag, 39–56.
- Kutz, C.* (2002): The Collective Work of Citizenship, in: Legal Theory, Vol. 8/No. 4, 471–494.
- Montero, M. J./Araque, R. A./Rey, J. M.* (2009): Occupational Health and Safety in the Framework of Corporate Social Responsibility, in: Safety Science, Vol. 47/No. 10, 1440–1445.
- Offe, K.* (2002): Staat, Markt und Gemeinschaft. Gestaltungsoptionen im Spannungsfeld dreier politischer Ordnungsprinzipien, in: Meyer, T./Weil, R. (Hrsg.): Die Bürgergesellschaft. Perspektiven für Bürgerbeteiligung und Bürgerkommunikation, Bonn: Dietz, 65–84.
- Schulte, P./Vainio, H.* (2010): Well-Being at Work – Overview and Perspective, in: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, Vol. 36/No. 5, 422–429.
- Schwalbach, J.* (2016): Ehrbare Kaufleute als Leitbild verantwortungsvoller Unternehmensführung – Geschichte und Perspektiven, in: Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik, Jg. 17/H. 2, 216–231.
- SCOHS* (2010): Social Capital and Occupational Health Standard. Förderung von Gesundheit und Produktivität in Organisationen durch ein zertifiziertes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Fassung April 2010.
- Sørensen, K./Brand, H.* (2011): Health Literacy – A Strategic Asset for Corporate Social Responsibility in Europe, in: Journal of Health Communication, Vol. 16/No. 3, 322–327.
- Sowden, P./Sinha, S.* (2005): Promoting Health and Safety as a Key Goal of the Corporate Social Responsibility Agenda. Research Report 339, HSE Books.
- Uhle, T./Treier, M.* (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ulich, E./Wülser, M.* (2015): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven, 6. Aufl., Wiesbaden: Springer.
- WHO* (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Link: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1 (zuletzt abgerufen am 06.02.2017).
- Young, I. M.* (2006): Responsibility and Global Justice: A Social Connection Model, in: Social Philosophy & Policy, Vol. 23/No. 1, 102–130.
- Zhu, W./Treviño, L. K./Zheng, X.* (2016): Ethical Leaders and Their Followers: The Transmission of Moral Identity and Moral Attentiveness, in: Business Ethics Quarterly, Vol. 26/No. 1, 95–115.