

Neue Qualität der Arbeit – neue Qualität der Prävention?

Herausforderungen für die Gesundheit in einer digitalen Welt

GREGOR BREUCKER

Dr. Gregor Breucker war bis Ende 2017 Leiter der Abteilung Gesundheitsförderung beim BKK Dachverband e.V., Berlin

Globalisierung, Digitalisierung und der demografische Wandel sind die zentralen Treiber für weitreichende Veränderung in der Arbeitswelt und in allen anderen Lebensbereichen. Sie bewirken insgesamt eine Zunahme sehr unterschiedlicher Formen von Flexibilisierung. Dabei wird schon seit längerer Zeit immer deutlicher, dass die gesundheitliche Prävention weit stärker besonders in der Arbeitswelt vorangetrieben und verbreitet werden muss. Welche Konsequenzen ergeben sich aus den noch nicht absehbaren Auswirkungen des technologischen und sozialen Wandels für die Präventionspolitik in der näheren Zukunft? Der Beitrag skizziert Antworten auf diese Frage.

Einleitung

Anfang 2015 hatte die Bundesregierung unter Federführung des zuständigen Bundesministeriums für Arbeit und Soziales eine Debatte über die zukünftigen Perspektiven der Arbeitsgesellschaft eröffnet (<http://www.arbeitenviernull.de/>). Unter dem Titel „Arbeiten 4.0“ beteiligten sich zahlreiche Akteure aus den Verbänden der Sozialpartner und Sozialversicherungen, aus Unternehmen und der Wissenschaft daran, eine Zwischenbilanz dieses Dialoges wurde in einem eigenen Weißbuch Ende 2016 veröffentlicht.¹

Aus Sicht der Arbeits- und Sozialpolitik ging und geht es in dieser Debatte um eine Abschätzung der Folgen für die zukünftige Arbeitsgesellschaft, die sich aus den langfristigen Treibern des Wandels – der Globalisierung, dem demografischen Wandel, den allgemeinen sozialen und kulturellen Veränderungen und der Digitalisierung – ergeben und zukünftig ergeben werden.

Arbeit und Gesundheit markieren in diesem Zusammenhang ein wichtiges

Schnittstellenfeld zwischen der Arbeits- und Sozialpolitik einerseits und der Gesundheitspolitik andererseits. Auch wenn der genannte Dialogprozess viele weitere Schnittstellenfelder zu anderen Politikressorts nicht explizit einbinden konnte, wurden bereits hier zahlreiche Hinweise auf zukünftige Herausforderungen und Antworten sichtbar.

Die Arbeits- und Sozialpolitik adressiert Fragen von Arbeit und Gesundheit maßgeblich über das Instrumentarium des Arbeitsschutzes. Vorrangige Ziele sind hier die Prävention von Berufsunfällen, Berufserkrankungen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Bund, Länder und Unfallversicherungsträger verfolgen seit Ende 2008 in der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) gemeinsam als bundesweite Plattform diese Ziele.²

Seit 2002 werden die Arbeitsschutzaktivitäten flankiert durch die Initiative

1 Bundesministerium für Arbeit, Weißbuch Arbeiten 4.0, Stand Januar 2017

2 <http://www.gda-portal.de/de/Startseite.html>

Neue Qualität der Arbeit (INQA), in der sich Bund, Länder, Arbeitgeberverbände und Kammern, Gewerkschaften, die Bundesagentur für Arbeit, Unternehmen, Sozialversicherungsträger und Stiftungen gemeinsam für eine moderne Arbeitskultur und Personalpolitik zusammengeschlossen haben.³ „Gesundheit“ stellt neben „Führung“, „Chancengleichheit und Diversity“ sowie „Wissen und Kompetenz“ eines der vier Themenfelder dieser Initiative dar und umfasst sowohl die individuelle physische und psychische Gesundheit, als auch die gesundheits- und resilienzfördende Unternehmenskultur.

Die Gesundheitspolitik berücksichtigt Fragen von Arbeit und Gesundheit seit Langem im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung als Teil der gesundheitlichen Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Dabei hat insbesondere die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt innerhalb der Gesundheitspolitik zugenommen. Ausdruck dieser Entwicklung sind auch die erfolgten Schwerpunktsetzungen des Präventionsgesetzes, das ab Sommer 2015 nach mehreren erfolglosen Versuchen der Gesetzgebung schrittweise in Kraft trat. Mit den neuen gesetzlichen Vorgaben wurde das Ausgabenvolumen der Krankenkassen in diesem Bereich verbindlich verdoppelt (Mindestwert 2 Euro pro Versicherter und Jahr, insgesamt ein Mindest-Budget von ca. 140 Mill. Euro), der Zugang von kleinen Unternehmen zu den Leistungen der Krankenkassen verbessert und die akteursübergreifende Zusammenarbeit (einschließlich der Arbeitsschutzakteure) ausgebaut. Außerdem wurden die Gesundheitsförderung und Prävention in den sogenannten Lebenswelten (wichtige Settings außerhalb der Arbeitswelt wie u. a. Familie, Bildung und Erziehung, Kommunen) deutlich gestärkt, wobei hier die betriebliche Prävention gewissermaßen als „Blaupause“ genutzt wurde.

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der zukünftigen Gestaltung des Schnittstellenfeldes „Arbeit und Gesundheit“ vor dem genannten Hintergrund der Debatte über die zukünftige Arbeitsgesellschaft, vorrangig aus der Perspektive der Gesundheitspolitik, und diskutiert daraus ableitbare Eckpunkte für die Weiterentwicklung der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung.

Arbeiten 4.0 – Herausforderungen für Gesundheitsschutz und -förderung in der Arbeitswelt

„Arbeiten 4.0“ ist mit der gegenwärtigen Diskussion über die sogenannte vierte industrielle Revolution verbunden. Im Mittelpunkt stehen hier die Veränderungen der Zusammenarbeit von Mensch und Maschine durch Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien. Die Digitalisierung ermöglicht eine neue Qualität der Vernetzung aller Produktionselemente auch über die räumlichen Unternehmensgrenzen hinweg. So entsteht das „Internet der Dinge“, fast alle Gegenstände können durch die Informationstechnik miteinander verbunden und gesteuert werden. „Arbeiten 4.0“ beschäftigt sich mit den Veränderungen in der Arbeits- und Unternehmensorganisation, die sich aus dem Zusammenspiel der verschiedenen Treiber des Wandels ergeben. Dazu gehören neben der digitalen Transformation die zunehmende Globalisierung sowie der demografische und allgemeine sozial-kulturelle Wandel in der Gesellschaft.

Die digitale Transformation führt über die immer stärkere und schnellere Verbreitung digitaler Anwendungen in allen Bereichen der Gesellschaft zu neuen Geschäftsmodellen, Märkten und Arbeitsformen. Beispiele dafür sind die unterschiedlichen digitalen Plattformen, die z. T. neue Märkte organisieren oder Vermittlungsfunktionen zwischen unterschiedlichen Akteursgruppen übernehmen, aber auch neue Arbeitsformen wie z. B. das sogenannte Crowdworking, bei dem Arbeitsaufgaben durch Unternehmen an eine „Crowd“ ausgelagert werden. Viele digitalisierte Geschäftsmodelle basieren auf der Fähigkeit, große Datenmengen – darunter auch personenbezogene Daten – auszuwerten und systematisch zu nutzen (Big Data).

Eine zentrale Charakteristik der Arbeitswelt 4.0 besteht in der zunehmenden Nutzung von Flexibilisierungsoptionen, die die Digitalisierung ermöglicht. Dies betrifft zum einen die wachsenden Mobilitätsanforderungen: Arbeiten im Home Office oder von unterwegs als bereits bekannte ortsflexible Arbeitsformen können dank Digitalisierung durch ortsunabhängige virtuelle Kooperationsformen ergänzt werden. Eine weitere Flexibilisierungsdimension betrifft die zeitliche Flexibilität. Dies betrifft im wachsenden Ausmaß die Nacht- und Wochenendarbeit und die er-

weiterte Erreichbarkeit. Schließlich erleben wir auch eine zunehmende Bedeutung der Flexibilisierung der Beschäftigungsformen (Leiharbeit, Werkverträge, Outsourcing, Befristung und Teilzeitarbeit). Auch unterschiedliche Formen der Projektarbeit werden wichtiger, vor dem Hintergrund einer intensiveren Wettbewerbsdynamik mit immer kürzeren Entwicklungs- und Produktionszyklen.

Viele der aufgeführten Flexibilisierungsstränge sind in ihren Konsequenzen für die Arbeitsqualität der Beschäftigten derzeit nur eingeschränkt beurteilbar. Flexibilisierung kann die individuellen Chancen auf mehr Selbstbestimmung und insbesondere auf eine bessere Vereinbarkeit von Arbeit und anderen Lebensbereichen erhöhen. Gleichzeitig ergeben sich jedoch auch Risiken insbesondere für psychische Belastungskonstellationen, die in der Folge die Gesundheit und auch die Beschäftigungsfähigkeit beeinträchtigen können.

Die digitale Transformation in einer sich globalisierenden Welt führt über die skizzierten Flexibilisierungsverläufe mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einerseits veränderten Konstellationen hinsichtlich der Belastungen, Ressourcen und gesundheitlichen Beanspruchungen in der Arbeitswelt, andererseits werden auch neue Belastungen und Ressourcen entstehen, deren Auswirkungen auf Arbeitsqualität und Gesundheit bislang nicht bekannt sind.

Welche Folgen ergeben sich aus der digitalen Transformation für die gesundheitliche Situation in der Arbeitswelt 4.0?

Auch wenn derzeit, wie dargestellt, die vielfältigen Auswirkungen des Wandels nicht abschätzbar sind, lässt sich schon seit längerer Zeit eine Verschiebung in den Anforderungs- und Belastungskonstellationen in der Arbeit – branchen- wie tätigkeitsübergreifend – feststellen: körperliche Belastungen und Anforderungen verlieren allmählich an Bedeutung, während die psychischen Belastungen an sehr vielen Arbeitsplätzen immer wichtiger werden. Psychische Belastungen und Anforderungen sind diejenigen Arbeitsbedingungen, die vorrangig über die psychischen Grundfunktionen der menschlichen Wahrnehmung verarbeitet werden (Denken, Sinneswahrnehmung und Emotionen).

³ <http://www.inqa.de/DE/Startseite/start-node.html>

Wichtige psychische Arbeitsbedingungen umfassen Aspekte der Arbeitsaufgabe (u. a. den Handlungsspielraum bei der Arbeit, Abwechslungsreichtum des Aufgabenspektrums, die Ganzheitlichkeit der gestellten Aufgaben und die emotionale Inanspruchnahme durch Arbeit), Aspekte der Arbeitsorganisation einschließlich der

Körperliche Belastungen verlieren allmählich an Bedeutung, während psychische Belastungen an sehr vielen Arbeitsplätzen immer wichtiger werden.

Arbeitszeitorganisation (u. a. die Arbeitsintensität, also die quantitativen und qualitativen Anforderungen in einem gegebenen Zeitrahmen), Länge, Lage und Dauer der Arbeitszeit, Aspekte der Qualität der sozialen Beziehungen (u. a. Beziehungen zu Kollegen und zu Vorgesetzten, Anerkennung durch Vorgesetzte) sowie technische Faktoren der Arbeitsumgebung (physikalische, chemische und physische Faktoren, die Qualität der Arbeitsmittel u. a.).⁴

Der arbeitswissenschaftliche Forschungsstand erlaubt mittlerweile die Identifizierung einer kleineren Gruppe von psychischen Arbeitsbedingungen, die nachweislich bei mangelhafter Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation gesundheitliche Risikofaktoren darstellen.^{5,6,7}

Die Beantwortung der Frage zu den gesundheitlichen Auswirkungen der digitalen Transformation muss insbesondere die genannten Forschungsergebnisse berücksichtigen.

Dabei ist die Unterscheidung zwischen belastenden psychischen Arbeitsbedingungen und solchen Arbeitsbedingungen sinnvoll, die grundsätzlich als Ressource für die Bewältigung von Belastungen genutzt werden können.

Bei den psychischen Belastungsfaktoren spielen v. a. die Arbeitsintensität und atypische Arbeitszeiten (hier vor allem sehr lange Arbeitszeiten, aber auch Wochenendarbeit und bestimmte Formen der Schichtarbeit) eine wichtige Rolle. Bei der Arbeitsintensität ist dies die Konstellation aus hohen quantitativen Anforderungen bei gleichzeitigem Zeitdruck. Die Studie der BAuA⁸ nennt neben diesen beiden Faktoren außerdem die emotionale Inanspruchnahme durch

die Anforderung, Gefühlsausdrücke entgegen dem tatsächlich empfundenen Gefühl zeigen zu müssen, sowie „destruktives“ Führungsverhalten als kritische Schlüssel-faktoren für gesundheitliche Risiken.⁹

Als wichtigster einzelner Schutzfaktor oder Ressource wurde der Handlungsspielraum bei der Arbeit identifiziert. Gemeint sind damit die Einflussmöglichkeiten der Beschäftigten auf die Arbeitsmenge, die Aufgabenart und -durchführung. Sowohl der Handlungsspielraum als auch die Qualität der Führung erweisen sich als Schlüssel-faktoren in doppelter Funktion: bei negativer Ausprägung stellen sie Risikofaktoren für die Ge-sundheit dar, bei positiver Aus-prägung Schutzfaktoren für die Gesundheit.

In der oben erwähnten Studie von Renate Rau¹⁰ werden zusätzlich auch weitere Arbeitsbedingungsfaktoren als potenzielle Gesundheitsrisiken aufge-führt, darunter die Arbeitsplatzunsicherheit, die Balance zwischen persönlichem Engagement und erlebter Anerkennung und aggressives Verhalten.

Grundsätzlich sind die genannten Arbeitsbedingungen immer in einer kombinierten Konstellation in der Arbeitswelt gegenwärtig, die gesundheitlichen Aus-wirkungen dieser Kombinationseffekte sind noch wenig untersucht – von ein-zelnen Ausnahmen abgesehen.

Die im Kontext „Arbeiten 4.0“ debat-tierten Treiber des Wandels und die da-mit zusammenhängenden Spannungsfel-der werden voraussichtlich dazu führen, dass in vielen Bereichen auch der digi-talisierten Arbeitswelt die Arbeitsintensität einer der wichtigen Schlüssel-faktoren für gesundheitliche Risiken bleiben wird. Für die Arbeitstätigkeiten, in denen es infol-ge der Digitalisierung zu komplexeren Anforderungen kommt, werden neben den hohen quantitativen Anforderungen vermutlich auch zunehmende qualitative Anforderungen hinzukommen. Das gilt auch für die Arbeitsweltbereiche, in de-nen quasi-unternehmerische Kompetenzen und entsprechende Arbeitshaltungen gefordert werden. Dies kann für diese Jobs auch ein Mehr an selbstbestim-mten Arbeiten zur Folge haben, was als Ressource hohe oder sogar steigende Intensitäten bewältigbar machen könnte.

Parallel hierzu wird mit der weiteren Ausdehnung des Dienstleistungsberei-

ches die Bedeutung der Interaktionsar-beit und damit der emotionalen Inan-spruchnahme für immer mehr Beschäf-tigte Teil des Arbeitsalltags sein.

Ein hohes Gewicht wird der Arbeits-zeitgestaltung zukünftig zukommen. Di-gitalisierung und vor allem die verschie-denen Formen der Flexibilisierung führen schon heute dazu, dass die ehemals stabile Abgrenzung von Arbeitszeit und Ruhezeit immer stärker abgeschwächt wird. Bereits jetzt sind grundsätzliche Gestaltungs-empfehlungen ableitbar, die sicherstellen können, dass Flexibilisierungsanforde-rungen durch entsprechende Optionen in Richtung zeitlicher und örtlicher Sou-veränität ausgeglichen bzw. kompensiert werden. Gleichwohl muss auf der Basis der vorliegenden Daten zur Arbeitszeit-gestaltungspraxis stärker darauf geachtet werden, dass gesundheitskritische Zeitre-gime (kontinuierlich lange Arbeitszeiten, v. a. jenseits der 50 Wochenstundengrenze, hohe Frequenzen der Wochenendarbeit, bestimmte Formen der Schichtarbeit) Aus-nahmesituationen darstellen.

Ein weiterer Schlüssel-faktor stellt die Qualität der Führung dar, sowohl in Bezug auf das konkrete Verhalten von Führungs-kräften, als auch hinsichtlich der unter-nehmenpolitischen Rahmenbedingungen für das individuelle Führungshandeln. Die Ergebnisse der Studie der BAuA begrün-den als allgemeine Gestaltungsempfehlung die Förderung eines mitarbeiter- und aufgabenorientierten Führungsverhaltens. Besonders hervorgehoben wird dabei die Qualität der sozialen Interaktion zwischen Beschäftigten und Führungskräften.¹¹ Das individuelle Führungshandeln beeinflusst

4 Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, Arbeitsprogramm Psyche: Arbeitsschutz in der Praxis – Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin 2016. http://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Publikationen/DE/broschueren-empfehlung-gefaehrdungsbeurteilung.pdf?__blob=publicationFile&v=11

5 Renate Rau, Iga-Report 31, Risikobereiche für psychische Belastungen, Oktober 2015

6 Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt, Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Dortmund 2017

7 Erkrankungsrisiken durch arbeitsbedingte psychische Belastung, Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA). Düsseldorf 2014

8 BAuA, a.a.O., Kapitel 2.1

9 BAuA, a.a.O., S. 36

10 Renate Rau, a.a.O.

11 BAuA, a.a.O., S. 41

direkt wichtige psychische Arbeitsbedingungen, sowohl in Bezug auf die Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -inhalten (verschiedene Aspekte des Tätigkeitsspielraums – Ganzheitlichkeit der Aufgaben, Abwechslungsreichtum der Arbeitsaufgaben und der Handlungsspielraum selber), in Bezug auf die Arbeitsintensität und Aspekte der Arbeitszeitgestaltung in den Vorgaben der jeweiligen Organisation, als auch in Bezug auf die Qualität der sozialen Beziehungen (einschließlich der Aspekte Wertschätzung und Anerkennung). Damit ist die Qualität der Führung direkt verbunden mit den zentralen Schlüsselkatern für das Belastungs- und Beanspruchungsgeschehen in der Arbeitswelt.

Die Studie der BAuA ergibt sehr klare Hinweise darauf, dass negative Ausprägungen des Führungsverhaltens, besonders hinsichtlich der Qualität der sozialen Beziehungen, einen kritischen Risikofaktor für die psychische und für

in einem hohen Maße vorhanden sind, um länger andauernde Dysbalancen zwischen Anforderungen und Ressourcen zu vermeiden.

Die Bedeutung der Führungsqualität wird voraussichtlich auch in denjenigen Bereichen der Arbeitswelt weiter wachsen, die neben den traditionellen Formen der direkten Unternehmenssteuerung indirekte Formen der Steuerung einführen. Gemeint sind damit solche unternehmenspolitischen Vorgaben, die einen zunehmend größeren Teil der Leistungssteuerung auf die individuelle Kontrollebene des einzelnen Beschäftigten verlagern (ein bekanntes Beispiel hierfür sind die unterschiedlichen Formen von Zielvereinbarungssystemen). Die verschiedenen externen Formen der Flexibilisierung werden diese Entwicklung sehr wahrscheinlich befördern. Gerade unter solchen Arbeitsbedingungen kommt der Qualität der Ressourcen (v.

a. dem Tätigkeitsspielraum, aber auch den persönlichen Ressourcen) eine noch höhere Bedeutung zu. Negative Ausprägungen in der Qualität der sozialen Beziehungen würden die Produktivitätsvorteile der indirekten Steuerung deutlich verringern.

In positiv gestalteten Arbeitsweltzenarien können sich durch indirekte Steuerungsformen auch Chancen für mehr individuelle Souveränität und Selbstbestimmung ergeben. Die Debatte hierzu verläuft derzeit jedoch sehr kontrovers.

Diese vielleicht als „Individualisierung der Unternehmenssteuerung“ beschreibbare Entwicklung setzt auf der Seite der Beschäftigten andere Kompetenzen der „Selbstführung“ voraus. Dazu gehören auch Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen den persönlichen Belastungen und Ressourcen und den erlebten persönlichen Beanspruchungsfolgen. So ist es nicht weit zur Vorstellung, dass zukünftig Beschäftigte auch eine Mitsteuerungsrolle in der Umsetzung von Arbeitsschutzvorgaben einnehmen könnten, indem sie selber kontinuierlich eine individuelle Gefährdungsbeurteilung vornehmen.

Die digitale Transformation zur Arbeitswelt 4.0 wird zusammenfassend zu einem Bedeutungszuwachs der psychischen Arbeitsbedingungen und Anforderungen führen. Unser derzeitiges Wissen

aus der „Arbeitswelt 3.0“ wird vermutlich bezgl. der Rolle der psychischen Belastungen auch in der „4.0-Epoche“ Gültigkeit besitzen. Gleichwohl zeichnen sich auch neue Belastungsfaktoren und -konstellationen ab, über die uns keine wissenschaftlich gestützten Erkenntnisse vorliegen. Ein Beispiel dafür ist die arbeitsbezogene erweiterte Erreichbarkeit, ein anderes Arbeitsanforderungen, die ethisch-konträre Vorgaben für Beschäftigte machen (bewusst intransparente und irreführende Verkaufs- und Marketingpraktiken etwa).

Obwohl die Zusammenhänge zwischen psychischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit immer weiter aufgeklärt werden können – bei weiterhin hohem Forschungsbedarf – steht die Rezeption dieser Zusammenhänge in der Arbeitswelt noch am Anfang. Die öffentliche Berichterstattung über arbeitsbedingte Erschöpfungsreaktionen und weitere psychische Gesundheitsprobleme haben zwar erheblich dazu beigetragen, dass psychische Gesundheitsprobleme schriftweise enttabuisiert wurden und werden. Allerdings bleiben die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und psychischen Gesundheitsproblemen nach wie vor weitgehend unverstanden. Die Erklärung für psychische Gesundheitsprobleme wird gerade aufgrund der starken und historisch lang überdauerten Tabuisierung und Stigmatisierung eher individuell-persönlichen Faktoren zugeschrieben. Gleichzeitig behindern die Normen der Leistungsgesellschaft die Wahrnehmung solcher Zusammenhänge in einem Arbeitskontext.

Hinzu kommt, dass der betriebliche Umgang mit psychischen Fehlbelastungen mittlerweile auch Gegenstand von Auseinandersetzungen zwischen den Sozialpartnern ist.¹² Da viele psychische Arbeitsbedingungen, wie dargestellt, eng mit der Qualität der Führung verbunden sind, betrifft der betriebliche Diskurs der Betriebsparteien auch zumeist unmittelbar das Direktionsrecht des Arbeitsgebers.

Eine produktive Weiterentwicklung dieser Debatte liegt aus unserer Sicht in der Verschiebung des Fokus von den psychischen Fehlbelastungen auf die Rolle der psychischen Gesundheit für das Engagement und die Leistungsfähigkeit in der Arbeit. Hier sind vor allem die Arbeiten

¹² https://www.igmetall.de/antistress-Broschüre-druck4-ansicht_kayadeniz_4aba81a843af9fc8160556959d480b171e0b64.pdf

von Arnold Bakker und Evangelia Demerouti in den Niederlanden wegweisend.^{13,14} Gut gestaltete Anforderungen führen im Wechselspiel mit den arbeitsbezogenen und den persönlichen Ressourcen zu positiven Ausprägungen von Gesundheit und wirken sich vor allem auf unterschiedliche Aspekte des Engagements in der Arbeit aus. Dabei entstehen positive, sich selbst-verstärkende Rückkopplungskreise, die insbesondere auch die Qualität der persönlichen Ressourcen deutlich verbessern – eine wie dargestellt maßgebliche Voraussetzung für eine produktive Bewältigung der anstehenden Veränderungen in der Arbeitswelt. In dieser Perspektive bleibt es zwar weiterhin wichtig, negativen Fehlentwicklungen im Bereich der psychischen Belastungen vorzubeugen, die wirksamste Prävention ist u. E. jedoch die Konzentration auf eine gute Gestaltung der betrieblichen Prozesse aus der Sicht der persönlichen Leistungsvoraussetzungen der Beschäftigten.

Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Unterstützung durch Krankenkassen

Gemessen an den Ausgaben der Gesundheitsversorgung insgesamt, aber auch im Vergleich zu den gesamten Präventionsausgaben der Krankenkassen (medizinische und nicht-medizinische Primärprävention, Sekundär- und Tertiärprävention) entfällt nach wie vor nur ein kleiner Teil auf die nicht-medizinische Primärprävention in der Arbeitswelt (ca. 136 Mill. Euro in 2016, ca. 5,6 Mill. Euro für Präventionsleistungen insgesamt).¹⁵ Damit ist nach nur einem Jahr des Inkrafttretens des Präventionsgesetzes das Mindestbudget von ca. 140 Mill. Euro bereits ausgeschöpft.

Krankenkassen sollen Betriebe dabei unterstützen, „gesundheitsförderliche Strukturen aufzubauen und zu stärken“ (SGB V, § 20b). Gemeint sind mit diesen „Strukturen“ betriebsinterne Verfahrensweisen (von der gängigen gelebten Alltagspraxis bis hin zu formalisierten Regelwerken der Arbeitsorganisation und -gestaltung und Führung), die einerseits gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen ermöglichen und andererseits gesundheitsgerechtes Verhalten unterstützen.

Auf direktem Wege erreichen die Krankenkassen mit ihren Mitteln ca. 16.000 Betriebe und ca. 1,4 Mill. Beschäftigte (Zahlen für 2016), bei insgesamt ca. 2,4 Mill. Betrieben und 28,3 Mill. Beschäftigten.^{16,17}

Rund 40 % der nachgefragten Unterstützungsleistungen sind Angebote zur Verhaltensprävention im Arbeitskontext, etwas mehr als 50 % der Leistungen kombinieren Maßnahmen und Angebote zur Verhaltens- und Verhältnisprävention. Rein verhältnisbezogen sind ca. 7 % der Angebote und Leistungen.¹⁸

Am häufigsten werden Angebote und Maßnahmen von Krankenkassen in mittleren und größeren Betrieben mit 100 bis 500 Mitarbeitern unterstützt bzw. durchgeführt.¹⁹

Bezüglich der inhaltlichen Ausrichtung der nachgefragten Unterstützungsleistungen dominiert bei den rein verhaltenspräventiven Angeboten mit Abstand der Bereich der individuellen Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Fehlbelastungen des Bewegungsapparates, gefolgt von Maßnahmen zur Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Bei den verhältnispräventiven Angeboten und Unterstützungsleistungen werden vorrangig Angebote zur Verbesserung der physikalisch-ergonomischen Arbeitsbedingungen, der Arbeitsorganisation und Arbeitstätigkeit sowie zur Verbesserung der gesundheitsgerechten Führung nachgefragt.²⁰

Will man nun den aktuellen Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Betrieben beurteilen, ist einschränkend festzuhalten, dass die Analysen aus dem Bereich der Krankenkassen nur ein vergleichsweise kleines Segment der Betriebe in Deutschland umfassen. Viele Unternehmen nutzen den wachsenden Dienstleistungsmarkt oder setzen ohne externe Leistungen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung um. In vielen Fällen werden faktisch Gesundheitsförderungsaktivitäten verfolgt, diese aber unter anderen „Labeln“ geführt (Personal- und Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement, Mitarbeiterbindung u. a.m.).

Aus verschiedenen Untersuchungen ergeben sich jedoch grundsätzliche Hinweise darauf, dass ein großer Teil der Unternehmen entweder nicht oder nur sehr eingeschränkt aktiv ist im Sinne der allgemeinen Qualitätsanforderungen der Krankenkassen. Einschränkungen sind vor allem damit verbunden, dass sich viele Unternehmen in ihren Angeboten ausschließlich auf gesundheitliche Lebensstilkompetenzen ausrichten, ohne dabei die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen zu berücksichtigen.

Rund 40 % der 28,3 Mill. Beschäftigten arbeiten in kleinen (bis 49 Beschäftigte) und Kleinstunternehmen (1-9 Beschäftigte). Gerade hier ist Gesundheitsförderung nicht durch spezialisierte innerbetriebliche Funktionen umsetzbar (Arbeitsmedizin oder BGM-Stellen im Personalbereich), sondern müsste direkt in den gelebten Alltag integriert sein.²¹

Strategien und Ansatzpunkte für einen Transfer guter Praxis in Kleinst- und kleine Unternehmen

Das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz setzt neue Anreize für eine stärkere Ausrichtung der betrieblichen Prävention auf kleinere Unternehmen. Als neues Instrumentarium werden die Krankenkassen verpflichtet, sogenannte regionale Koordinierungsstellen zu schaffen und bei der Beratung von anfragenden Unternehmen örtliche Unternehmensorganisationen (u. a. Industrie- und Handelskammern, Wirtschaftsverbände auf regionaler und Branchenebene, Handwerkskammern, Wirtschaftsförderungsagenturen) zu beteiligen.²²

Das Gesetz knüpft damit auch an Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Transfer- und Verbreitungsmechanismen an. Um den Wirkungsgrad von Verbreitungsaktivitäten in der für die Unternehmen freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern, ist die aktive Mitwirkung von relevanten

13 Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), S. 499-512. 2012

14 Demerouti, E., Bakker, A. B. & Fried, Y. Work orientations in the job demands-resources model. *Journal of Managerial Psychology*, 27 (6), S. 557-575. 2012

15 Quelle: Amtliche Statistik KJ 1 und Berechnungen des GKV SV

16 Quelle: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2015. Unfallverhütungsbericht Arbeit. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2015.pdf?__blob=publicationFile&v=5

17 Quelle: Statistisches Bundesamt: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/KleineMittlereUnternehmenMittelstand/Aktuell_.html.

18 Präventionsbericht 2016, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2015. Hrsg. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und GKV Spitzenverband.

19 Präventionsbericht 2016, a.a.O., S. 51

20 Präventionsbericht 2016, a.a.O., S. 51

21 Destatis, a.a.O.

22 § 20b Abs. 3 SGB V

Multiplikatoren unerlässlich. Diese Erkenntnis gilt für die innerbetriebliche Ebene, aber auch für die überbetriebliche Ebene. Formal verlangen die gesetzlichen Vorgaben den Abschluss von bilateralen Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Unternehmensorganisationen in allen 16 Bundesländern. Flankiert werden soll dies durch entsprechende parallele Vereinbarungen zwischen den zuständigen Stellen auf Landesebene und den Sozialversicherungsträgern auf Landesebene in Form sogenannter Landesrahmenvereinbarungen.

Die Krankenkassen haben mittlerweile eine entsprechende Beratungsinfrastruktur in Gang gesetzt, in der die Beratungsressourcen der Krankenkassen, die dezentral über das gesamte Bundesgebiet lokal bereits vorhanden sind, mit Hilfe der Informationstechnik vernetzt und zugänglich gemacht werden. Über ein Internetportal²³ können interessierte Betriebe entweder aus einer Übersicht von Kassen direkt auswählen oder sich einen Berater bzw. eine Beraterin der Kassen zuweisen lassen. Die dann nutzbare Beratung soll einerseits Betriebe informieren, sensibilisieren und dann bei ausreichender Motivation zur Umsetzung auch die Unterstützung in der Durchführung konkreter Betriebsprojekte sicherstellen helfen.

In allen Bundesländern ist es zum Abschluss von Vereinbarungen mit Unternehmensorganisationen gekommen, wobei z. T. die Ebene der jeweiligen Dachorganisationen auf Landesebene eingebunden werden konnte.

Mit dieser Vorgehensweise sind jedoch lediglich Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung einer wirksamen Transferstrategie gegeben. Sowohl auf Seiten der Krankenkassen wie auch in den Reihen der Unternehmensorganisationen sind Skepsis und Zweifel vorhanden, ob sich ein Ausbau der formellen Kooperation lohnt.

Krankenkassen verfügen über positive wie negativ bewertete Erfahrungen in der Kooperation mit Unternehmensorganisationen und sind in Teilen auch grundsätzlich skeptisch, ob sich ein nennenswerter zusätzlicher Bedarf bei Betrieben erzeugen lässt, der über den aktuell berücksichtigten Bedarf hinausgeht.

Auch auf der Basis der durch das Präventionsgesetz erhöhten Pflichtausgaben der Krankenkassen liegt die Zahl der er-

reichten Betriebe, in denen mit Unterstützung der Krankenkassen Betriebsprojekte durchgeführt werden, unter 20.000 Betrieben (Zahlen für 2016). Zwar unterschätzt dieser Kennwert das tatsächliche Engagement in den Betrieben vermutlich in nicht unerheblichem Ausmaß, dennoch ist von einer sehr hohen Zahl von in diesem Bereich nicht aktiven Betrieben auszugehen. Weiterhin ist auch auf der Grundlage der Datenauswertungen der Krankenkassen davon auszugehen, dass nur in einem geringen Teil der Betriebe verhältnispräventive Maßnahmen mit verhaltenspräventiven Maßnahmen verbunden werden. Während dies für den Bereich der körperlichen Belastungen und die Förderung von gesundheitsgerechten Bewegungsgewohnheiten noch häufiger angenommen werden kann, wird vermutlich nur in einem sehr kleinen Teil der aktiven Betriebe ein ganzheitliches Vorgehen im Bereich der psychischen Belastungen anzunehmen sein. Ein weiterer Hinweis auf bestehende Defizite ergeben sich auch aus der Dach-evaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Danach setzt nur ein kleiner Teil der Betriebe die gesetzlich geforderten Schutzvorgaben im Bereich der psychischen Belastungen um. Aus Sicht der Sozialversicherungsträger, insbesondere im Bereich der Kranken- und Rentenversicherung, bedeutet dies, dass ein großer Teil der vorhandenen Gesundheitsrisiken nicht ausreichend kontrolliert wird – damit können ebenso zusätzliche und prinzipiell vermeidbare Kostenbelastungen in den nachgelagerten Versicherungssystemen durch Gesundheitsversorgungskosten entstehen, aber auch Kosten infolge von Frühverrentungen aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen.

Auf Seiten der Unternehmensorganisationen gibt es einerseits Zweifel in der Sache, ob sich Investitionen in die betriebliche Prävention aus betriebswirtschaftlicher Sicht lohnen. Andererseits besteht Skepsis gegenüber Krankenkassen, die in Teilen so wahrgenommen werden, dass die Präventionsangebote lediglich für Vertriebszwecke eingesetzt werden.

Diese Einschätzungen erklären die noch in weiten Teilen vorhandene Zurückhaltung gegenüber den neuen ge-

setzlichen Vorgaben zur Ausweitung der Transferaktivitäten der Krankenkassen.

Abstrahiert man von diesen z. T. kritischen Einschätzungen, handelt es sich bei der Weiterentwicklung des Transfers um eine Herausforderung, die sich für die Prävention und Gesundheitsförderung in allen Settings und in Bezug auf alle Zielgruppen in der Bevölkerung insgesamt und grundsätzlich stellt. Da es in diesen Feldern immer um die Veränderung von sozialen Gewohnheiten und die Veränderung von Strukturen geht, die in der Regel nur auf freiwilliger Grundlage erfolgen können, ist eine kontinuierliche Überzeugungs- und Werbearbeit

Aus der Zusammenarbeit mit Unternehmensorganisationen können sich neue, innovative Formate der Kooperation entwickeln, die zusätzlichen Nutzen stiften können.

erforderlich, um schrittweise eine ausreichende Motivation für Veränderungen herbeizuführen bzw. zu ermöglichen.

Aus unserer Einschätzung heraus sollten sich die nächsten Schritte auf die Ausweitung der Zusammenarbeit mit interessierten Unternehmensorganisationen konzentrieren. Dabei sollte die Zusammenarbeit mit konkreten Aktivitäten auf lokaler bzw. regionaler Ebene umgesetzt werden. Dafür können bereits bestehende Projekterfahrungen genutzt werden, die unterschiedliche Kooperationsformate bereits erprobt und erfolgreich umgesetzt haben (z. B. die Durchführung von Sensibilisierungsveranstaltungen für Betriebe auf lokaler/regionaler Ebene in Kooperation mit einzelnen örtlichen Unternehmensorganisationen, die Initiierung von informellen Arbeitskreisen auf lokaler/ regionaler Ebene unter Einbindung von verschiedenen Unternehmensorganisationen und Sozialversicherungsträgern oder die Etablierung von sogenannten Betriebsnachbarschaften).²⁴

23 www.bgf-koordinierungsstelle.de

24 INQA-Projekt GeMit, Gesunder Mittelstand in Deutschland: <https://www.offensive-mittelstand.de/serviceangebote/gefoerderte-projekte/gemit/> und BzGA-Projekt Gesund. Stark. Erfolgreich: <http://www.der-gesundheitsplan.de>

Aus der Zusammenarbeit mit einzelnen Unternehmensorganisationen können sich auf diese Weise auch neue, innovative Formate der Kooperation entwickeln, die zusätzlichen Nutzen für alle Beteiligten stiften können.

Eine solche Vorgehensweise setzt eine gezielte Identifizierung potenziell interessierter Unternehmensorganisationen voraus, die aktuell die vorhandenen Angebote der Krankenversicherung nicht kennen.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Weiterentwicklung des Transfers ist eine aktive Einbindung der Sozialpartner. Auch hier existieren einzelne Projekte mit Leuchtturmcharakter, in denen die Sozialpartner die Überzeugungsarbeit selber organisieren und Angebote der Sozialversicherungen in die Beratung von Betrieben direkt einbinden helfen.

In den aktuell stattfindenden Beratungen der Gremien der Nationalen Präventionskonferenz sowie parallel in den zuständigen Gremien der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie werden die nationalen Ziele für die Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Arbeitswelt beraten und abgestimmt. Derzeit kann davon ausgegangen werden, dass neben den inhaltlichen gesundheitsbezogenen Zielen (psychische Gesundheit und Muskel-Skelett-Gesundheit) auch die Verbesserung der akteursübergreifenden Zusammenarbeit auf regionaler Ebene als gemeinsames Präventionsziel konsentiert werden kann. Damit würde auch eine entsprechende gesundheitspolitische Relevanz für die Umsetzung in der Praxis der Akteure entstehen, basierend auf ebenso verbindlich geregelten Berichts- und Dokumentationspflichten.

Es ist für die Ausgestaltung in der Praxis jedoch außerdem erforderlich, dass für dieses Ziel auch verbindliche Budgetvorgaben vorhanden sind, da die Anreize für ein koordiniertes Vorgehen noch nicht ausreichend stark ausgeprägt sein dürften.

Die aktuelle Diskussion über den Stand der Umsetzung des Präventionsgesetzes im Bereich der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung zeigt die Grenzen bzgl. der Reichweite der bisher verfolgten Schwerpunkte und Vorgehensweisen auf: trotz der Verdopplung des Ausgabenvolumens der Krankenkassen wird es bei der dargestellten Begrenzung bleiben, was die Zahl der erreichten Betriebe angeht. Bleibt es bei der Skepsis gegenüber neuen Vorgehensweisen wie den regionalen Koordinierungsstellen, besteht die Gefahr

einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung, derzufolge der Bedarf bei den Betrieben nicht veränderbar sei.

Da eine deutliche Steigerung der Zahl aktiver Betriebe jedoch in grundsätzlichem Interesse der Politik in verschiedenen Ressorts ist und auch im Interesse der Sozialpartner und Akteure der sozialen Sicherheit (Beitrag zur Bewältigung des demografischen Wandels, Unterstützung der Beschäftigungsfähigkeit im Kontext der digitalen Transformation, steigender Anteil vermeidbarer Gesundheitsprobleme und assoziierter Kosten), sollten auch neue Wege in der Gestaltung und Organisation einer wirksameren und unterstützenden Infrastruktur für Betriebe entwickelt und erprobt werden.

Unseres Erachtens sollte die öffentliche Förderung einer solchen Infrastruktur sich auf die Entwicklung von Vernetzungen, die Überzeugungsarbeit in Bezug auf wichtige überbetriebliche Multiplikatoren und die Bereitstellung von Analyseverfahren bis hin zu Benchmark-Angeboten konzentrieren. Die innerbetriebliche Umsetzung sollte aus Gründen begrenzter öffentlicher Ressourcen durch den privaten Dienstleistungsmarkt umgesetzt bzw. unterstützt werden. Staat, Sozialpartner und Sozialversicherungen sollten hier mit angemessenen Anreizen darauf hinwirken, dass sich dieser Markt qualitätsgesichert weiterentwickelt. Das bisher praktizierte Modell der direkten Betriebsberatung und Projektbegleitung sollte schrittweise zugunsten der Priorisierung der überbetrieblichen Transferaktivitäten ersetzt werden.

Bzgl. der Qualitätssicherung des Anbietermarktes könnte die Struktur im Bereich der Krankenkassen genutzt werden, die bereits jetzt für den Bereich der Individualprävention genutzt wird, die Zentrale Prüfstelle Prävention.²⁵ Diese Prüfstelle wird von einer Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen betrieben, in der nahezu alle Kassen in Deutschland mitwirken. Auf der Grundlage eines spezifizierten und transparenten Prüfverfahrens vergibt die Prüfstelle ein Gütesiegel für Dienstleister im Bereich der Individualprävention. Dieses Verfahren lässt sich auch auf den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in den anderen nicht-medizinischen

Handlungsfeldern übertragen. Für die betriebliche Gesundheitsförderung müssten nach einheitlichen Kriterien die Qualifikationen der Anbieter geprüft werden. Dabei kann und sollte das Qualitätsmodell der Krankenkassen, das im gegenwärtigen Leitfaden Prävention verwendet wird als Kompetenzvoraussetzung der Anbieterqualifikationen definiert werden. Unterstützungsleistungen der Krankenkassen im abgegrenzten Feld der Analyse könnten dann mit der Inanspruchnahme qualitätsgesicherter externer Dienstleistungen verkoppelt werden.

Die bereits aufgebaute Dienstleisterdatenbank könnte in den für Betriebe relevanten Bereichen direkt mit den Intranetsystemen von Betrieben verbunden werden. In diese Datenbank könnten neben den Informationen für Dienstleister auch Basisinformationen zur Prävention und Gesundheitsförderung integriert werden, einschließlich von Tools und

Die beschriebenen Entwicklungslinien lassen sich unter den gegenwärtigen Anreizbedingungen in der GKV nicht realisieren – die wettbewerbliche Ausrichtung ist in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu stark ausgeprägt.

Handlungshilfen für Betriebe. Flankiert durch die überbetriebliche Netzwerkarbeit der Krankenkassen unter Einbindung der anderen überbetrieblichen Akteure (Rentenversicherung, Unfallversicherung, staatliche Stellen, Verbände und Organisationen der Sozialpartner, Unternehmensorganisationen) könnte damit die Erreichbarkeitslücke auch zu der großen Zahl der Kleinstbetriebe geschlossen werden. Die jetzt begonnenen Arbeiten an den regionalen Koordinierungsstellen könnten in einem solchen Entwicklungsprozess als „Keimzelle“ einer digitalisierten Infrastruktur für die Verbreitung und Nutzung guter Praxis in der betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt werden.

²⁵ Quelle: <https://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de/admin/>

Die hier beschriebenen Entwicklungs-
linien sind Optionen, die sich unter den
gegenwärtigen Anreizbedingungen in der
gesetzlichen Krankenversicherung nicht
realisieren lassen, da die wettbewerbliche
Ausrichtung gerade in dem Feld der betrieb-
lichen Gesundheitsförderung besonders
stark ausgeprägt ist. In einem weiterhin ge-
gliederten System der Krankenkassen wären
für den Anschub einer solchen Entwicklung
verbindliche gesetzliche Rahmenbedingun-
gen erforderlich, die den Wettbewerb in
Bezug auf die Setting-bezogene Gesund-
heitsförderung und Prävention sehr stark
einschränken würden. Aus gesundheits-
und arbeitspolitischer Perspektive ist aus
unserer Sicht die hier skizzierte Entwick-
lungsrichtung geboten, weil damit deutlich
höhere Chancen bestehen, die Zahl aktiver
Betriebe erheblich und schnell auszuwei-
ten. Auch unter dem Gesichtspunkt der
Chancengleichheit würden damit die jetzt
sehr ungleich verteilten Zugangschancen
zu öffentlichen Unterstützungsleistungen
angepasst werden können.

Fazit: Auf dem Weg zu einer gesünderen Arbeitswelt 4.0?

Im Brennglas der Beobachtung des kon-
tinuierlichen Wandels in Arbeitswelt und
Gesellschaft steht vergleichsweise seit
Kurzem die Verbreitung der Digitalisie-
rung in allen Bereichen unseres Lebens.
Sie ist jedoch nur einer von mehreren
Treibern für den Wandel. Das technisch
Machbare in der Verbreitung digitali-
sierter Produktionsprozesse und der
Erstellung von Dienstleistungen scheint
unbegrenzt. Alle Abläufe, die in Algo-
rithmen organisiert sind, lassen sich heu-
te prinzipiell digitalisieren, mit der Folge
der Verdrängung nicht-digitalisierter Ar-
beitstätigkeiten, Produktionsformen und
Produkten. Die Digitalisierung beschleu-
nigt bereits jetzt ablaufende Prozesse der
internen und externen Flexibilisierung
und schafft hier auch neue Formen, die
ohne digitale Vernetzung nicht möglich
wären. Damit ergeben sich neue Span-
nungsfelder zwischen den Flexibilisie-
rungsanforderungen von Arbeitswelt und
Gesellschaft und den sozialen Sicher-
heitsbedarfen der Menschen. Die Debatte
über die Gestaltung des Verhältnisses
zwischen Flexibilisierung und sozialer
Sicherheit wurde auch vor dem „Digitali-
sierungs-Hype“ bereits intensiv geführt,
vor allem auch auf europäischer Ebene.
Sie erhält jetzt zusätzliche Bedeutung.

Die Folgen all der skizzierten Entwick-
lungsstränge für das Thema Gesundheit
und Arbeit sind zwar gegenwärtig z. T.
nur spekulativ diskutierbar, eine schon
jetzt deutlich erkennbare Folge ist jedoch
die Bedeutungszunahme der psychischen
Gesundheit und der psychischen Ar-
beitsbedingungen. Gegenwärtig stehen
dabei vor allem psychische Gesundheits-
probleme und psychische Störungen im
Kontext von Arbeit im Mittelpunkt der
Aufmerksamkeit. In einer längeren Ent-
wicklungserspektive lässt sich erwarten,
dass mit der notwendigen Enttabuisierung
des Psychischen auch die Wahrnehmung
der positiven Bedeutung der psychischen
Dimension des Menschen möglich sein
wird. Das gilt in übertragenem Sinne auch
für die Arbeitsgestaltung und Prävention.
Wir befinden uns gegenwärtig in einem
allmählichen Prozess der Akzeptanzmehr-
ung für die Bedeutung psychischer Fak-
toren, auch der sogenannten psychischen
Arbeitsbedingungen. Noch überwiegt da-
bei die – auch notwendige – Ausrichtung
auf die Prävention negativer und damit
gesundheitsschädlicher Ausprägungen,
ganz in der Tradition des technischen
Arbeitsschutzdenkens. Das Potenzial
positiver psychischer Gesundheit für die
Gestaltung eines „gesunden und guten
Lebens“ in einer „gesunden und guten
Arbeitswelt“ ist noch wenig bekannt.

Die in diesem Beitrag angestellten
Überlegungen für den Kontext der Ar-
beitswelt treffen u. E. auch auf Lebens-
bereiche außerhalb der Arbeitswelt zu. Es
würde sich lohnen, das durch die jüngste
Forschung erneut bestätigte Wissen über
die zentralen positiven Ressourcen auf
persönlich-individueller und sozialer
Ebene für die Bewältigung der Anfor-
derungen in der Arbeitswelt breiter zu
betrachten. Das arbeitswissenschaftli-
che Konzept des „Tätigkeitsspielraums“,
dessen Facetten insgesamt den zentralen
Treiber von Gesundheit darstellen, lässt
sich verallgemeinert unter dem Konzept
der „sozialen Teilhabe“ beschreiben und
gewinnt damit eine deutliche breitere
und vor allem auch politische Bedeutung.

Defizite in der gesellschaftlichen Orga-
nisation von Teilhabe haben Auswirkungen
für den gesamten sozialen Zusammenhalt
in unseren Gesellschaften, aktuell beob-
achtbar in nahezu allen Gesellschaften der
nördlichen und westlichen Weltregionen.

Die Arbeitswelt 4.0 ist Teil dieser Ent-
wicklung, mit offenen und gestaltbaren
Ausgängen. ■

Messung der Versorgungs- qualität bei atopischer Dermatitis



Auf dem Weg zu einer neuen Behandlungs- qualität der Neurodermitis

Die Versorgung der atopischen
Dermatitis im Deutschland-
vergleich

Von Dr. Sophie Hintzen
2018, 254 S., brosch., 54,- €
ISBN 978-3-8487-4178-6
eISBN 978-3-8452-8484-2
(Gesundheitsökonomische
Beiträge, Bd. 57)
nomos-shop.de/29838

Die Versorgung der bis heute unheil-
baren Volkskrankheit atopische Der-
matitis (AD) in 16 deutschen Bezir-
ken der Kassenärztlichen Verei-
nung wurde erstmalig regional
analysiert. Die neu entwickelten AD
Qualitätsindikatoren und Ergeb-
nisparameter sind auch in anderen
Bereichen wie der Pflege anwendbar.

 Nomos
e Library

 Nomos