



Foto: Prümper

Autor

Jochen PrümperWirtschafts- und Organisationspsychologie,
Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin

jochen.pruemper@htw-berlin.de



Foto: Zinke

Autorin

Janina ZinkeSozial- und Organisationspsychologie,
Humboldt-Universität zu Berlin

janina.zinke@hu-berlin.de



Foto: Nachtwei

Autor

Jens NachtweiPersonal- und Organisationspsychologie,
Hochschule für angewandtes Management
und Humboldt-Universität zu Berlin

jens.nachtwei@fham.de

Gesundheitsmanagement in Deutschland und Österreich

Der Schauspieler und Kabarettist Karl Farkas (* 28. Oktober 1893 in Wien; † 16. Mai 1971 ebenda), der einmal gesagt hat „Wir Österreicher unterscheiden uns doch von den Deutschen durch so mancherlei, besonders durch die gleiche Sprache“ hätte womöglich aufgrund der folgenden aktuellen Daten und Fakten das Bonmot kreiert „Wir Österreicher leben und sterben zwar ungesünder als die Deutschen, aber dafür geht es uns besser“.

Im Vergleich zu Deutschland trinkt man in Österreich mehr Alkohol, raucht mehr und hat eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit an Diabetes, Herzversagen, einem Arbeitsunfall oder durch die eigene Hand zu sterben. Dafür konsultieren Österreicher deutlicher seltener im Jahr einen Arzt, weisen wesentlich weniger Fehlzeiten auf und sind – nach eigenen Angaben – deutlich mehr bei bester Gesundheit (Tabelle 1).

Besser krank arbeiten als gesund schaffen?

Was zunächst paradox erscheint, erlangt möglicherweise Sinn, wenn wir mit den Augen der Beschäftigten einen „Gesundheitsblick“ auf die jeweilige Arbeitssituation werfen.

Im Vergleich zu Österreich arbeiten in Deutschland mehr Beschäftigte mehr als 40 Stunden pro Woche. In Deutschland gehen –

so als wollten sie die alte Sponti-Maxime „Besser krank feiern als gesund arbeiten“ konterkarieren – mehr Beschäftigte auch dann zur Arbeit, wenn sie krank sind (Tabelle 2). Diese Tatsache verwundert nicht, wenn wir einige arbeitsbezogene Glaubensbilder vergleichen: In Österreich glauben mehr Beschäftigte als in Deutschland, dass ihre Gesundheit oder Sicherheit durch ihre Arbeit gefährdet ist und Arbeit ihre Gesundheit hauptsächlich negativ beeinträchtigt. Darüber hinaus bezweifeln in Österreich wesentlich mehr Beschäftigte, dass Sie ihren derzeitigen Beruf auch noch ausüben können, wenn sie 60 Jahre alt sind – und ein merklich größerer Teil möchte das auch gar nicht.

Wie formulierte der Schriftsteller Karl Kraus (* 28. April 1874 in Jičín, Böhmen; † 12. Juni 1936 in Wien) noch so schön: „Gesund ist man erst, wenn man wieder alles tun kann, was einem schadet.“ Oder anders ausge-

drückt: Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen sind ein guter Grund für Absentismus, aber ein schlechter für Präsentismus.

Offensichtlich unterscheiden sich Österreicher und Deutsche nicht nur durch die gleiche Sprache, sondern auch durch ihr arbeitsbezogenes Gesundheitsverhalten. Aber ist dies den betrieblichen Verantwortlichen in beiden Ländern auch bewusst, und findet diese Erkenntnis heute und in Zukunft ihren Niederschlag in länderspezifischen Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)? Dieser Frage ging eine Befragung von Unternehmensvertretern aus Deutschland und Österreich im November 2013 nach. Diese Befragung ist Teil der „Trendstudie Betriebliches Gesundheitsmanagement“, eine gemeinsame Initiative von spring Messe Management (Veranstalter der Messen Personal Austria und Zukunft Personal), Prof. Dr. Jochen Prümper (Hochschule für Technik und

Wirtschaft Berlin) und Prof. Dr. Jens Nachtwei (Humboldt-Universität zu Berlin, Hochschule für angewandtes Management und IQP).

Wo stehen wir und wo geht die Reise hin?

Die Studie umfasste eine Reihe von Fragen dazu, wie die Unternehmen BGM tatsächlich leben. Sie prüfte zunächst, welchen Stellenwert das BGM in den Organisationen zurzeit einnimmt und – nach Einschätzung der Befragten – in den nächsten fünf und zehn Jahren einnehmen wird. Abbildung 1 verdeutlicht, dass BGM heute kein wirkliches Schwerpunktthema ist, der Stellenwert jedoch in beiden Ländern zukünftig und gleichstark deutlich zunehmen wird.

Aktuell betreiben lediglich 43,6% (D=43,5%; A=44,0%) der untersuchten Organisationen Gesundheitsmanagement, während 29,7% (D=29,4%; A=31,0%) dies planen.

Doch wie genau leben die 225 Organisationen, die BGM implementiert haben, ihr Gesundheitsmanagement? Hierzu erhielten die Befragten eine vorgegebene Liste mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (jene, die bei den Arbeitsbedingungen in der Organisation ansetzen) und eine mit verhaltensbezogenen Maßnahmen (jene, die bei den Beschäftigten in der Organisation ansetzen).

Die Top 3 der verhältnisbezogenen Maßnahmen – in denen sich die beiden Ländern auch nicht merklich unterscheiden – sind:

- ▶ ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung (70,2%; D=72,3%; A=59,5%),
- ▶ flexible Arbeitszeitmodelle (68,4%; D=69,1%; A=64,9%) und
- ▶ Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf (50,7%; D=51,1%; A=48,6%).

Die verhaltensbezogenen Maßnahmen wiederum akzentuierten in beiden Ländern gleichermaßen folgendes:

- ▶ allgemeine Unterweisungen zu Arbeitsschutz und -sicherheit (72,0%; D=73,4%; A=64,9%),
- ▶ Angebote zur Stressbewältigung (70,7%; D=70,7%; A=70,3%) und
- ▶ Betriebssport (61,3%; D=61,2%; A=62,2%).

	Deutschland	Österreich
Alkoholkonsum (pro-Kopf-reiner Alkohol in Liter bei Erwachsenen) ¹	11,7	12,2
tägliche Raucher (in %) ¹	21,9	23,2
Prävalenzschätzung für Diabetes (in %) ¹	5,5	6,8
Mortalität durch Herzerkrankung (je 100.000 Einwohner) ¹	115	142
tödliche Arbeitsunfälle (je 100.000 Beschäftigte) ²	1,6	3,8
Suizidrate (je 100.000 Einwohner) ¹	10,8	14,0
Arztkonsultationen je Einwohner (Anzahl) ¹	9,7	6,9
Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund von Krankheit (Tage pro Mitarbeiter) ³	16,5	10,6
sehr gute bis gute Gesundheit (Anteil Bevölkerung, laut eigener Angabe in %) ¹	64,8	69,4

Tabelle 1: Gesundheit und Wohlergehen in Deutschland und Österreich

¹ OECD (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing (Stand: 2011).

² Eurostat (2014). Arbeitsunfälle. Luxemburg: Eurostat (Stand: 2011).

³ WHO (2013). European HFA Database. Kopenhagen: WHO (Stand: 2011).

Statistisch bedeutsame Länderunterschiede hinsichtlich der aktuell durchgeführten Maßnahmen gibt es bezüglich des Einsatzes von

- ▶ Hautschutzplänen (22,2%; D=25,0%; A=8,1%),
- ▶ Impfungen (60,9%; D=58,0%; A=75,7%) und
- ▶ Maßnahmen gegen Sucht (33,3%; D=36,7%; A=16,2%).

Im Fokus der Erhebung standen zudem Zielgruppen und thematische Schwerpunkte des BGM. Hierbei untersuchte die Studie neben dem aktuellen Ist-Zustand in der Organisation des Befragten auch, wie die Studienteilnehmer den Status in zehn Jahren beurteilen. Die folgenden Grafiken verdeutlichen den aktuellen Stand versus den erwarteten Status

für zentrale Zielgruppen (Abbildung 1) und Themen des BGM (Abbildung 2).

Die aktuellen Topzielgruppen des BGM sind „Führungskräfte“, „ältere Beschäftigte“ und „Angestellte“ – und werden es auch in zehn Jahren noch sein. Neben den „älteren Beschäftigten“ weisen „gewerbliche Arbeitnehmer“ und „Beschäftigte mit Migrationshintergrund“ zudem die stärksten Zuwachsraten auf und rücken damit immer mehr in den Fokus des BGM. Viele Beschäftigte mit Migrationshintergrund hatten aufgrund kultureller und sprachlicher Barrieren bislang nur begrenzt Zugang zu Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Doch die Notwendigkeit, sich um diese Beschäftigten zu kümmern, steigt alleine schon aufgrund des Umstandes, dass Immigranten der ersten

		Deutschland	Österreich
Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise in Ihrem Hauptberuf?	40 Std. und weniger	79,7	83,5
	mehr als 40 Std.	20,3	16,5
Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten gearbeitet, wenn Sie krank waren?	nein	61,2	65,5
	ja	38,3	34,5
Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit oder Sicherheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist?	nein (in %)	80,8	77,9
	ja (in %)	19,2	22,1
Glauben Sie, dass Ihre Arbeit Ihre Gesundheit beeinträchtigt?	nein (in %)	73,7	65,5
	ja, hauptsächlich negativ (in %)	21,9	30,1
	ja, hauptsächlich positiv (in %)	4,4	4,4
Glauben Sie, dass Sie Ihren derzeitigen Beruf auch noch ausüben können, wenn Sie 60 Jahre alt sind?	ja, ich denke schon	71,9	56,7
	das möchte ich gar nicht	10,1	17,8
	nein, das glaube ich nicht	18,0	25,5

Tabelle 2: Gesunde Arbeit in Deutschland und Österreich

(Quelle: Eurofound 2010. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen.)

METHODE DER UNTERSUCHUNG

Die Studienergebnisse beruhen auf Angaben von insgesamt 516 Teilnehmern, darunter 432 aus Deutschland und 84 aus Österreich. Aus beiden Ländern beteiligten sich überwiegend Personalmanagerinnen und Personalmanager (D = 40,3%; = 50,0%), gefolgt von Führungskräften sowie internen und externen Beraterinnen und Beratern. Ein Großteil der Teilnehmer war mit dem Thema BGM eng betraut oder gar erster Ansprechpartner dafür. Im Mittel befassten sich die Befragten seit rund vier Jahren mit BGM. Einen offiziell beauftragten Verantwortlichen für BGM konnten 43,8% der Organisationen vorweisen (D = 45,1%; A = 36,9%). Bezüglich der Unternehmensgröße setzt sich die Stichprobe aus 15,7% kleinen Unternehmen mit weniger als 50 Beschäftigten, 24,5% mittelgroßen Unternehmen mit 50 bis weniger als 250 Beschäftigten und 59,8% großen Unternehmen mit 250 und mehr Beschäftigten zusammen. In beiden Ländern waren besonders stark die Bereiche Industrie, Dienstleistung und Verwaltung vertreten.

Generation eine wesentlich geringere Stressbelastung aufweisen, als Immigranten der zweiten Generation (Stichwort: „healthy immigrant effect“). Daher tragen Bemühungen um das Thema interkulturelles betriebliches Gesundheitsmanagement meist Früchte.

Die drei aktuellen Topthemen des BGM sind „Gesundheitsbezogene Führung“, „psychische Erkrankungen/Beschwerden“ und „physische Erkrankungen/Beschwerden“. Alle zur Abfrage gestellten BGM-Themen werden in zehn Jahren in den Betrieben einen höheren Stellenwert einnehmen als heute. Neben dem Thema „altersgerechte Arbeitsgestaltung“ weisen „Tests zur Ermittlung von gesundheitsrelevanten Persönlichkeitsprofilen“ sowie das Thema „Schichtarbeit“ die stärksten Zuwachsraten auf.

Unterschiedliche Schwerpunkte in Deutschland und Österreich

Während in Österreich aktuell der Zielgruppe „weibliche Beschäftigte“ und dem Thema „Burnout“ ein größerer Stellenwert zugeschrieben wird, stehen „Suchtprogramme“ und „Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)“ für länger erkrankte Beschäftigte mehr im Fokus der deutschen Betriebe. Gerade letzteres wird laut Einschätzung der

Befragten neben der Zielgruppe „gewerbliche Arbeitnehmer“ und den Themenfeldern „Employee Assistance Programme (EAP)“ auch noch in zehn Jahren in Deutschland einen signifikant höheren Stellenwert einnehmen als in Österreich. Employee Assistance Programme beinhalten Beratungsangebote für Mitarbeiter durch externe Firmen. Dabei kann es sich beispielsweise um Sucht- oder Konfliktberatung handeln, aber auch um Unterstützung bei organisatorischen Fragen, beispielsweise bei der Pflege von Angehörigen oder der Betreuung von Kindern.

Der Personalabteilung wird in beiden Ländern bezogen auf das Thema BGM keine wirklich zentrale Rolle zugeschrieben (jeweils 4,5 bei 7 = sehr große Rolle). Bei der BGM-Einführung ist zudem nur in gut der Hälfte der Organisationen (51,1%) die Personalabteilung beteiligt. In 38,7% der Unternehmen haben das Management und in 28,4% die Betriebs- und Personalräte die Einführung eines BGM angeregt (Mehrfachnennungen möglich).

Offensichtlich benötigen viele der Befragten noch Impulse und Orientierungspunkte von außen, etwa durch Messen, praxisnahe Fachartikel oder erfahrene BGM-Berater: Drei Viertel (74,2%) der Studienteilnehmer

geben an, dass sie sich von diesen Formaten insbesondere Praxisbeispiele aus Unternehmen wünschen. Mehr als zwei Drittel (69,4%) erhoffen sich Austausch- und Netzwerkmöglichkeiten. Zu zwei Themen gab es in dem Fragenblock „Impulse und Orientierungspunkte von außen“ zwei statistisch auffällige Unterschiede zwischen den beiden Ländern: Zum einen signalisieren in Deutschland (D = 54,4%) deutlich mehr Befragte als in Österreich (A = 40,5%), dass gerade KMU Unterstützungsbedarf in Sachen BGM haben. Zum anderen erhoffen sich in Deutschland (40,7%) im Verhältnis zu Österreich (21,4%) rund doppelt so viele der Befragten Hinweise auf theoretische Grundlagen zum BGM.

Zusammenfassung und Fazit

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich Deutschland und Österreich in ihren Anstrengungen rund um das Thema BGM in manchen Punkten sehr einig sind und sich in anderen wiederum deutlich unterscheiden. Einig sind sich die Nachbarn insbesondere dahingehend, dass der Stellenwert des betrieblichen Gesundheitsmanagements zukünftig deutlich zunehmen wird. Einigkeit besteht auch bezüglich der aktuell im Vordergrund stehenden verhältnisbezogenen Maßnahmen (ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung, flexible Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf) und der verhaltensbezogenen Maßnahmen (allgemeine Unterweisungen zu Arbeitsschutz und -sicherheit, Angebote zur Stressbewältigung, Betriebssport). Auch hinsichtlich der drei aktuellen Topzielgruppen (Führungskräfte, ältere Beschäftigte und Angestellte) und Topthemenfeldern (Gesundheitsbezogene Führung, psychische und physische Erkrankungen/Beschwerden) unterscheiden sich die Nachbarn nicht. Konsens besteht zudem dahingehend, dass viele der Befragten zu dem Thema BGM noch Impulse und Orientierungspunkte von außen benötigen.

Unterschiede zwischen den Ländern zeigen sich bei den angewandten BGM-Instrumenten: Während sich die deutschen Betriebe aktuell mehr mit „Hautschutz“ und „Sucht“ beschäftigen, ist in den österreichischen Betrieben das Thema „Impfungen“ dominanter. Bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Ländern zeigen sich auch bei den Ziel-

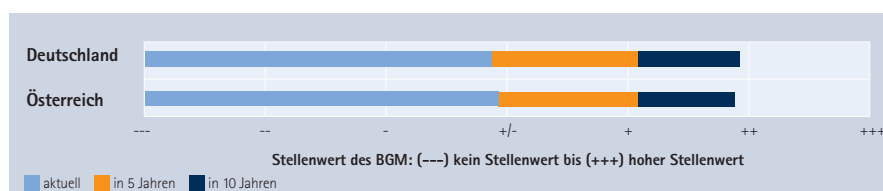


Abbildung 1: Stellenwert des BGM in Deutschland und Österreich – aktuell, in 5 Jahren und in 10 Jahren

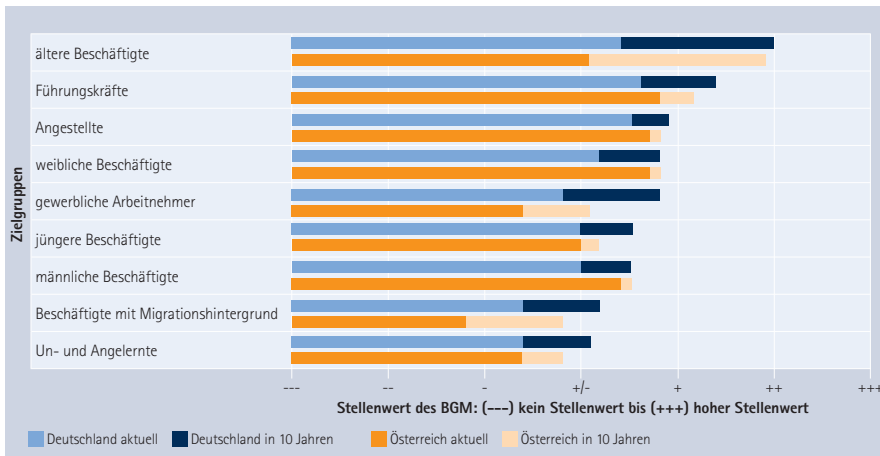


Abbildung 2: Bedeutsamkeit verschiedener Zielgruppen des BGM aktuell versus in 10 Jahren.

gruppen und Themen des BGM. Während in Österreich aktuell der Zielgruppe „weibliche Beschäftigte“ und dem Thema „Burnout“ ein größerer Stellenwert zugeschrieben wird, stehen die Themen „Suchtprogramme“ und „betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)“ mehr im Fokus der deutschen Betriebe. Das Thema „Burnout“ könnte in Österreich deswegen besonders im Fokus des betrieblichen Interesses stehen, weil im Rahmen der zum 1. Jänner 2013 in Kraft getretenen Novellierung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (ASchG) die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen einen prominenteren Stellenwert erhielt. Im dem deutschen Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) erfolgte erst mit Inkrafttreten einer Neufassung vom 25.

Oktober 2013 eine entsprechende Verdeutlichung.

Das Thema „BEM“ wird neben der Zielgruppe „gewerbliche Arbeitnehmer“ und den Themenfeldern „Employee Assistance Programme (EAP)“ und „Suchtprogramme“ auch noch in zehn Jahren in Deutschland einen signifikant höheren Stellenwert einnehmen als in Österreich – insbesondere wohl befeuert durch eine entsprechende Rechtsgebung in Deutschland (Stichwort: SGB IX: Neuntes Buch Sozialgesetzbuch), die die Arbeitgeber zur Beschäftigung mit diesem Thema gesetzlich verpflichtet. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die Befragten in Österreich den Begriff „betriebliches Eingliederungsma-

nagement“ nicht so selbstredend interpretiert haben, wie die Befragten in Deutschland, da vor dem Hintergrund des österreichischen Arbeits- und Gesundheitsgesetzes (AGG) in diesem Zusammenhang – wenn auch weniger gesetzlich verpflichtend – der Begriff des „Case-Managements“ gängiger ist. Auch bei den Fragen zu Impulsen und Orientierungspunkten von außen gab es Unterschiede zwischen den beiden Ländern. Deutsche Unternehmen signalisieren einen deutlicheren Unterstützungsbedarf für KMU und wünschen sich aus Fachkreisen mehr Hinweise auf theoretische Grundlagen zum BGM.

Die Studie zeigt, dass bereits heute – und in Zukunft noch mehr – einem ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagement mit den drei Handlungsfeldern umfassender Arbeitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung in der Prävention und Nachsorge von Krankheiten eine zunehmend wichtige Rolle zukommt. Hinsichtlich der diesbezüglichen Kernthemen sind sich die deutschen und österreichischen Unternehmen auch weitestgehend einig. Nichtsdestotrotz gehen beide Länder punktuell, indem sie unterschiedliche Schwerpunkte im BGM setzen, auch ihre eigenen Wege und reagieren damit auf die Besonderheiten der jeweiligen Länderspezifika.

KONTAKT

Bei Interesse an dem Thema Gesundheitsmanagement (inkl. Arbeitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement/Case-Management und betriebliche Gesundheitsförderung): jochen.pruemper@htw-berlin.de

LITERATURTIPPS

Arbeitsleben 2025: Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Von Jürgen Tempel und Juhani Ilmarinen. VSA 2012.

Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. Von Bernhard Badura, Uta Walter und Thomas Hehlmann. Springer 2013.

Fehlzeitenreport 2013: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Von Thomas Leoni. WIFO 2014.

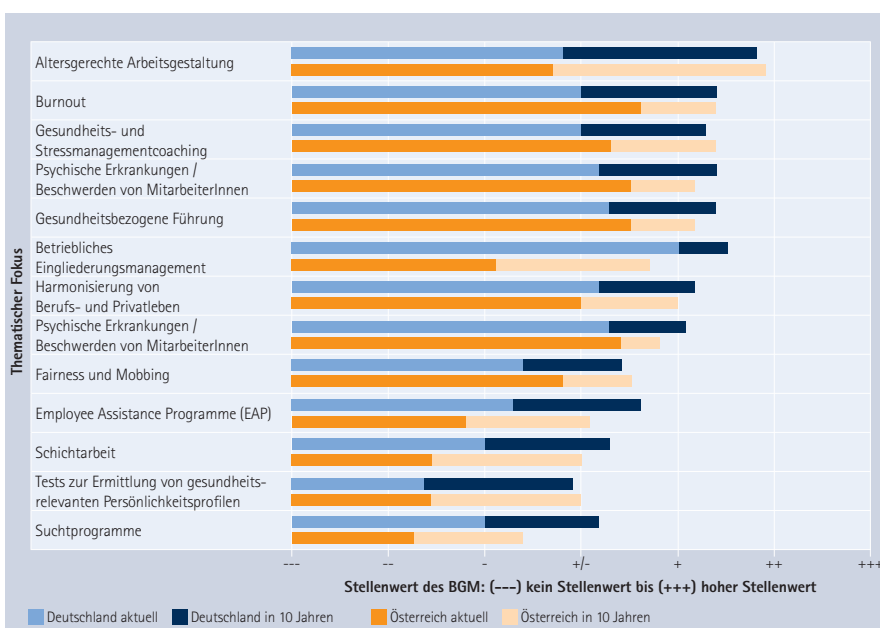


Abbildung 3: Bedeutsamkeit verschiedener Themen des BGM aktuell versus in 10 Jahren.