

# Krankheitsverleugnung – Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten

Hermann Kocyba  
Stephan Voswinkel

Dass die Fehlzeiten kontinuierlich sinken, muss nicht als Zeichen verbesserter Gesundheit der Beschäftigten gedeutet werden. Die betrieblichen Arbeitsbedingungen können nicht nur Krankheiten verursachen, sondern auch Krankheitsverleugnung fördern. Wenn es für Beschäftigte aus verschiedenen Gründen schwieriger wird, Krankheitssymptome ernst zu nehmen, dann kann das Sinken der Fehlzeiten auch ein gesundheitspolitisches Alarmzeichen sein. Die Wirkung mancher Instrumente betrieblicher Gesundheitspolitik ist vor diesem Hintergrund nur im spezifischen betrieblichen Kontext zu bewerten. Den verschiedenen Formen der Krankheitsverleugnung im Betrieb soll im Folgenden nachgegangen werden.

## 1

### Einleitung

Der Krankenstand ist zu hoch! Dieser Satz scheint immer richtig: Krankheit ist nicht nur unangenehm für den erkrankten Beschäftigten. Krankheitsbedingte Fehlzeiten bedeuten Mehrbelastung für die Kollegen und Kosten für das Unternehmen. Analysen von Fehlzeiten sollen helfen, gesundheitliche Belastungen in der Arbeitswelt aufzuspüren und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen oder des Führungsstils abzuleiten. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass das Arbeitsumfeld oder die Arbeit selbst krankheitsverursachende Potenziale enthalten, die für Fehlzeiten verantwortlich sind.

Die öffentliche Besorgnis über zu hohe Krankenstände hat indes noch ein zweites Gesicht. In dieser Perspektive wird unterstellt, dass es einzelne Beschäftigte vorziehen, entweder unter dem Vorwand einer Krankheit oder zumindest mit unangemessener Sensibilität bei Befindensbeeinträchtigungen der Arbeit fernzubleiben, dass sie also zu Unrecht die Privilegien der Krankenrolle in Anspruch nehmen, die darin bestehen, sich sozialen Verpflichtungen legitimerweise entziehen zu können, insbesondere den Arbeitsvertrag zeitweise nicht erfüllen zu müssen (Siegrist 2005, S. 40ff.; Hauß/Oppen 1985, S. 344ff.). Fehlzeitenanalysen sollen Personen identifizieren, die eine schwache Arbeitsmoral aufweisen.

Sinkende Fehlzeiten müssen allerdings nicht zwangsläufig bedeuten, dass gesundheitliche Belastungen geringer werden. Der mittlerweile erreichte historische Tiefstand

der Fehlzeiten könnte nämlich auch ein Indiz dafür sein, dass es für bestimmte Gruppen von Erwerbstätigen schwieriger wird, sich gesundheitliche Beeinträchtigungen einzugestehen, sich mit ihnen frühzeitig auseinanderzusetzen und Präventionsangebote zu nutzen. Dies stellt die betriebliche Gesundheitspolitik vor neue Herausforderungen. Sie muss sich nunmehr auf neue Formen von Krankheitsverleugnung und gesundheitsbezogene Wahrnehmungsblockaden sowohl auf der Ebene der einzelnen Beschäftigten als auch auf der Ebene der normativen Gesundheitskultur des Betriebs einstellen.

## 2

### Die Entwicklung der Fehlzeiten und ihre Deutungen

In den letzten 30 Jahren ist der Krankenstand bei den gesetzlich Versicherten im langfristigen Trend zurückgegangen – von 5,3 % in der alten Bundesrepublik im Jahre 1975 auf 3,3 % in West- ebenso wie in Ostdeutschland im Jahre 2005. In den letzten zehn Jahren hat sich dieser Prozess massiv verstärkt, zwischen 1995 und 1997 sank der Krankenstand in Gesamtdeutschland von 5,1 % auf 4,1 %, stagnierte dann bis 2001 und sank seitdem von Jahr zu Jahr kontinuierlich (Vetter et al. 2007, S. 209). Nur die von psychischen Erkrankungen verursachten Ausfalltage stiegen überall an (Vetter et al. 2007, S. 233ff.; BKK 2006, S. 12f.; DAK 2006, S. 28f.; Barmer 2006, S. 31f.)

Eine Vielzahl von möglichen Ursachen wird angeführt, um das Sinken der Fehlzei-

ten zu erklären. Auf der einen Seite wird auf verbesserte Behandlungs- und Heilungsmethoden verwiesen, die eine frühzeitigere Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglichen oder es unnötig machen, der Arbeit vollständig fernzubleiben. Der Tertiarisierungsprozess der Arbeitswelt und der Rückgang körperlicher Belastungen und Gefährdungen durch ungesunde Arbeitsbedingungen führten ebenfalls zu einem höheren Gesundheitsgrad. Das Sinken der Fehlzeiten sei des Weiteren die erfreuliche Folge einer verbesserten betrieblichen Gesundheitsförderung und Resultat von Präventionsmaßnahmen oder auch der Verkürzung und Flexibilisierung der Arbeitszeit, die es ermöglichen, Krankheiten in der arbeitsfreien Zeit auszukurieren.

Das Ausscheiden älterer Beschäftigter vor Erreichen der Altersruhegrenze durch Vorruhestand und Altersteilzeit und die unter den Bedingungen der hohen Arbeitslosigkeit verbesserten Möglichkeiten der Unternehmen, bei Einstellungen gesunden Bewerbern den Vorzug zu geben sowie sich im Rahmen von Personalabbaumaßnahmen von gesundheitlich angeschlagenen Beschäftigten zu trennen, führten insgesamt zu einer „gesünderen Belegschaftsstruktur“.

**Hermann Kocyba, Dr., Soziologe am Institut für Sozialforschung Frankfurt/M.**

*Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- und Wirtschaftssoziologie.*

*e-mail: kocyba@em.uni-frankfurt.de*

**Stephan Voswinkel, Dr. habil., Soziologe am Institut für Sozialforschung Frankfurt/M.**

*Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- und Wirtschaftssoziologie.*

*e-mail: voswinkel@em.uni-frankfurt.de*

Der arbeitssoziologischen Diagnose einer „Subjektivierung der Arbeit“ (Moldaschl/Voß 2002) zufolge unterliegt ein zunehmender Teil der Arbeitnehmer einerseits dem Zwang, ist andererseits aber auch bereit, selbstorganisiert, eigenverantwortlich und intrinsisch motiviert zu arbeiten. Die Beschäftigten würden unmittelbarer den Imperativen von Markt und Kundenerwartungen ausgesetzt. Die Ausbreitung von Gruppen- und Projektarbeit bringe durch die größere Autonomie in der Arbeit im positiven Falle eine größere Zufriedenheit und Wertschätzung in der Arbeit mit sich, die gesundheitsförderlich seien. Im negativen Fall führten sie dazu, dass der Gruppen- und der Termindruck stiegen und eine Überidentifikation mit der Arbeit Stress verursache.

Dass die Beschäftigten die Folgen ihres Arbeitsausfalls für die Belastung ihrer KollegInnen und die Termintreue der Leistungen unmittelbarer sehen, könnte sie davon abhalten, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Insbesondere werden die Sorge um die Sicherheit des Arbeitsplatzes sowie die Angst vor negativen Sanktionen bei der Artikulation gesundheitlicher Beeinträchtigungen als Ursachen für den Rückgang der Fehlzeiten genannt. Hier sind zwei konkurrierende Wertungen möglich: Die einen sehen hierin eine Reduzierung des Krankenstandes auf sein „echtes“ Niveau, begrüßen also, dass es „Drückebergern“ nun nicht mehr so einfach gemacht werde. Die anderen beklagen, dass Beschäftigte jetzt auch krank zur Arbeit erschienen, mit gesundheitlichen Folgeschäden und -kosten, weil Krankheiten verschleppt würden, die sich zu einem späteren Zeitpunkt in therapeutisch schwerer zugänglichen, bereits verfestigten Krankheitsbildern niederschlagen.

### 3

## Die Gesundheitsbedeutung von Fehlzeiten

Der letzteren Deutung entsprechend kann der Rückgang der Fehlzeiten auch als gesundheitliches Alarmzeichen gewertet werden, als Hinweis darauf, dass Krankheiten verschleppt werden. Krankenstände können nämlich auch eine positive Gesundheitsbedeutung haben, wenn sie signalisieren, dass Krankheiten auskuriert werden müssen.

Lange Zeit betrachtete man Gesundheit als normalen Zustand, der durch bestimmte krankheitsverursachende (pathogene) Faktoren gestört und durch medizinische Maßnahmen wieder hergestellt werden muss. Seit den 1980er Jahren wurde die Aufmerksamkeit verstärkt auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitswelt und die gesundheitsstärkenden Potenziale der Menschen gerichtet. Verschiedene Konzepte wurden in diesem Sinne entwickelt, die auf gesundheitsdienliche Personenmerkmale fokussierten: „Selbstwirksamkeitserwartung“, „Widerstandsfähigkeit“ oder „dispositioneller Optimismus“ (Bengel et al. 2001). Aaron Antonovsky (1997) prägte den Begriff der „Salutogenese“ und richtete damit den Blick darauf, was bestimmte Menschen dazu befähigt, auch angesichts gesundheitlicher Risikofaktoren gesund zu bleiben. Gesundheitsförderliche Faktoren und Verhaltensweisen sollen identifiziert werden, indem die Geschichte der Kranken und ihrer Krankheit erfasst wird und personale wie soziale Ressourcen zur Gesundung bzw. Gesunderhaltung betont werden, anstatt sich auf krankheitsauslösende Faktoren zu konzentrieren.

Das salutogenetische Gesundheitsverständnis reagiert nicht zuletzt auf das Phänomen des Eskapismus in die Krankheit. Stress, Konflikte und Belastungen in der Arbeit versuchen viele Betroffene gerade durch die „Flucht in die Krankheit“ und die Nutzung der mit der Krankenrolle verbundenen Vorteile (Overbeck 1984) zu entgehen. Demgegenüber betont die salutogenetische Betrachtungsweise die Möglichkeiten von Unternehmen und Beschäftigten, zur Gesundheit aktiv beizutragen. Dies jedenfalls dann, wenn die zu sehr auf das Individuum eingeeengte Konzeption von Antonovsky um die Rolle von Unternehmen und Arbeitsgestaltung erweitert wird (Siegrist 1997). Gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen sollen dann identifiziert und beseitigt, soziale Unterstützung gefördert werden.

So sinnvoll es sicher ist, die Fähigkeit zum Umgang mit Stress etwa durch Stressmanagementtraining zu stärken (Bamberg/Busch 2006), so liegt hier doch die Gefahr, dass die Stressursachen aus dem Blick geraten. Wenn die salutogenetische Sichtweise in einer solchen Weise verkürzt wird, droht sie mit einer einseitigen Zuschreibung der Verantwortung für die Gesundheit an die Individuen einherzugehen. Dann gerät die positive Bedeutung von

Fehlzeiten für die dauerhafte Gesundheit nicht in den Blick, die darin besteht, eine gesundheitliche Störung ernst zu nehmen.

Wenn Menschen versuchen, in Spannungs- und Belastungssituationen eine „Auszeit“ in einer Krankheit zu nehmen, kann dies zweifellos dazu führen, sich nicht mit den Ursachen der Krankheit im eigenen Verhalten und in den Verhältnissen etwa am Arbeitsplatz auseinanderzusetzen, sondern sich in den krankmachenden Strukturen einzurichten. Die Betroffenen fühlen sich manchmal sogar gezwungen, ihre Krankheitssymptome zu dramatisieren, um die hiermit verbundenen Vorteile zu legitimieren. Es hieße jedoch, in den gegenteiligen Fehler zu verfallen, würde man die Annahme einer Krankheit generell misstrauisch betrachten. Gerd Overbeck hat schon 1984 den Blick auf die „Erkrankungsanfälligkeit“ von Menschen um die Sicht auf ihre „Erkrankungsfähigkeit“ erweitert, der eine gesundheitsförderliche Entlastungsfunktion zukommt (Overbeck 1984, S. 38). Erkrankungsfähigkeit wäre dann ein wesentlicher Aspekt einer salutogenetischen Perspektive. „Erkrankungsunfähigkeit“ und „Flucht in die Krankheit“ behindern gleichermaßen die Auseinandersetzung mit krankmachenden Verhältnissen und krankmachendem Verhalten. Die Hemmnisse, Krankheiten ernst zu nehmen und sie in Fehlzeiten zu überführen, bezeichnen wir als „Krankheitsverleugnung“.

Selbstverständlich bleibt es eine zentrale Aufgabe, Fehlzeiten durch Verbesserung von Arbeitsbedingungen, Abbau von Stress usw. zu senken. Man muss jedoch die zu meist verdeckte Kehrseite sinkender Fehlzeiten im Auge behalten. Arbeitsbedingungen und Betriebsklima können auf der einen Seite Krankheiten fördern oder ihnen entgegenwirken und sie können die Krankheitsverleugnung fördern oder ihr entgegenwirken. Für die Krankheitsverleugnung ist es dabei unerheblich, ob die Krankheit aus den betrieblichen Bedingungen resultiert oder durch private Belastungen, Zufälle wie Infektionen oder ähnliches entstanden ist. Die klassische Untersuchungsperspektive, der es um die Identifikation arbeitsbedingter *gesundheitlicher Beeinträchtigungen* geht, wäre daher zu erweitern um die Identifikation arbeits- und betriebsbedingter *Mechanismen der Krankheitsverleugnung*.

Allerdings sind es oft dieselben Arbeitsbedingungen, die Krankheiten und Krank-

heitsverleugnung fördern. Übergroßer Stress durch Termindruck und knappe Personaldecke beinhalten psychische Belastungen und machen es zugleich kaum möglich, diese abzufangen, indem die gesundheitlichen Beeinträchtigungen rechtzeitig auskuriert werden. Die Angst um den Arbeitsplatz im Kontext von stattgefundenem oder drohendem Personalabbau kann gesundheitliche Probleme zur Folge haben (Dragano/Siegrist 2006; Ferrie 2006). Sie zwingt die Betroffenen aber zugleich dazu, sie zu verheimlichen. Die Entgrenzung von Arbeit, gerade auch durch Eigenverantwortung und Überidentifikation mit der Arbeit, kann zu Burnout führen (Leppin 2007) und macht es wiederum unmöglich, rechtzeitig Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Wegen dieser Vielgesichtigkeit der betrieblichen Arbeitsbedingungen lassen sich Arbeitsbedingungen und betriebliche Gesundheitspolitik kaum „aus der Ferne“, also auf Basis von Kennziffern wie der Fehlzeitenentwicklung, angemessen bewerten, ohne dass man sich genauer mit dem spezifischen Kontext, den Intentionen von Maßnahmen und deren Wahrnehmung und Deutung durch die Betroffenen beschäftigt. Die Arbeitsunfähigkeitsmeldung ist eben nicht einfach ein Resultat eindeutiger Krankheitsphänomene, sondern ein Aushandlungsergebnis zwischen verschiedenen Interessen des Erkrankten, insbesondere zwischen seinen Arbeits- und Gesundheitsinteressen, und zwischen dem Erkrankten, seinem Arzt und seinem betrieblichen Kontext (Hauß/Oppen 1985; Twardowski 1998). Deswegen kann ein Rückgang der Fehlzeiten nicht nur ein Zeichen für die Gesundung der Belegschaften, sondern eine Facette der Krankheitsverleugnung sein.

## 4

### Formen der Krankheitsverleugnung

Als Krankheitsverleugnung verstehen wir Formen des Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen und Krankheitssymptomen, die auf vorschnelle Entdramatisierung, Verharmlosung, Vertagen oder Keine-Konsequenzen-Ziehen hinauslaufen. Die Prioritäten werden einseitig auf berufliche Belange oder berufliche Selbstbewertungen und Identitäten gesetzt. Ihnen ge-

genüber wird Krankheit zum illegitimen Störfaktor, der unterdrückt, ignoriert oder ausgeblendet wird. Krankheitsverleugnung ist dabei in unterschiedlicher Gewichtung in der Regel sowohl im individuellen Verhalten als auch in den betrieblichen Verhältnissen angelegt.

Betrachtet man das Verhalten des Individuums, so unterscheiden sich die Formen der Krankheitsverleugnung danach, wie bewusst sie erfolgt. Der gesundheitlich Belastete ist sich seiner Krankheitssymptome zwar bewusst, verschweigt sie jedoch gegenüber Kollegen und/oder Vorgesetzten und meldet sich nicht arbeitsunfähig. Oder er versucht, sie zu ignorieren und zu verharmlosen. Er mag sich arbeitsunfähig melden, kuriert jedoch nur die dringendsten Symptome und verengt seine Krankheitswahrnehmung. Schließlich kann jemand – für Dritte deutlich erkennbar – erkrankt sein, will dies aber selber nicht wissen und nicht zur Kenntnis nehmen. Krankheitsverleugnung auf der Ebene des Individuums kann auf individueller Disposition beruhen (jemand braucht z. B. für sein Selbstwertgefühl die Vorstellung, unabhkömmlich zu sein), sie kann aber auch vom betrieblichen Kontext forciert werden.

Nimmt man, worauf wir uns in diesem Aufsatz beschränken, die betriebliche Ebene in den Blick, so kann man von Krankheitsverleugnung sprechen, wenn Krankheiten oder die Kranken systematisch, teilweise durch institutionalisierte Regeln und Maßnahmen, ignoriert, diskriminiert oder missachtet werden. Krankheit wird nicht als normaler Bestandteil des menschlichen Lebens behandelt. Folglich wird auch ausgeblendet, dass sie Teil der normalen Arbeitswelt ist und dass ihre Ursachen auch in der Arbeit und der Organisation selbst liegen können, für die das Unternehmen eine bestimmte Verantwortung zu tragen hat. Wir können zumindest folgende Ausprägungen unterscheiden:

(1) *Verantwortungsabwehr*: Das Unternehmen weist eine eigene Verantwortung für gesundheitliche Belastungen von sich. Auch wenn Erkrankungen nicht zu Diskriminierungen führen, so werden doch die in der Arbeit liegenden gesundheitlichen Belastungen nur als individuelle Risiken der Beschäftigten behandelt.

(2) *Opferfürsorge*: Das Unternehmen nimmt gesundheitliche Belastungen durch die Arbeitsbedingungen grundsätzlich hin.

Es nimmt jedoch seine Verantwortung in Form der Fürsorge für die Opfer an und versucht, den besonders Belasteten, insbesondere älteren Arbeitnehmern, Auswege zu eröffnen.

(3) *Ignorierung*: Arbeitsformen und -organisation sind derart gestaltet, dass die Normalität des Auftretens von Krankheiten ignoriert wird. Leistungsmaßstäbe und Personalbemessung etwa sind so ausgelegt, dass jede Krankheit zu Funktionsproblemen bei der normalen Bewältigung der Arbeit führt.

(4) *Tabuisierung*: Hier werden Krankheiten und Leistungsbeeinträchtigungen nicht nur ignoriert, sondern tabuisiert. Die Angst um den Arbeitsplatz verbietet es, Schwächen zu zeigen und auf Belastungen hinzuweisen. Gesundheitliche Schwächen widersprechen dem normativen Leitbild des Unternehmens und oft auch der Beschäftigten, ihre Thematisierung gilt als Ausdruck einer wehleidigen Einstellung zur Arbeit.

(5) *Kontrolle*: Das Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Beschäftigten wird im Betrieb einer starken Kontrolle unterworfen, es gilt nicht als Privatsache, sondern als Managementaufgabe. Die Reduzierung des Krankenstandes ist Unternehmensziel und hierzu einen Beitrag zu leisten Aufgabe der einzelnen Vorgesetzten. Hier sind zwei Varianten zu unterscheiden: – *Disziplinierung*: Durch Kontrolle soll vor allem das aus Managementsicht unberechtigte Fehlen bekämpft werden. Durch bestimmte Maßnahmen wird Kranksein mit Nachteilen oder Sanktionen verknüpft, den Kranken wird mit Misstrauen begegnet.

– *Kontrollierende Fürsorge*: Die Kontrolle dient der Verminderung der Arbeitsunfähigkeit durch eine systematische Beobachtung des Krankheitsgeschehens. Sie soll den Kranken aktiv helfen, gesundheitsgerechtes Verhalten fördern, aber auch einfordern und unangemessenes Verhalten sanktionieren.

Verschiedene Ausprägungen der Krankheitsverleugnung können oft gemeinsam auftreten, etwa wenn die Arbeitsorganisation Krankheitspotenziale ignoriert und wenn Sanktionen bei häufigerer Arbeitsunfähigkeit in Aussicht stehen.

## Betriebliche Beispiele der Krankheitsverleugnung

Wir wollen im Folgenden einige Fälle darstellen, in denen wir spezifische Ausprägungen betrieblicher Krankheitsverleugnung identifizieren können. Sie beruhen auf Gesprächen mit Betriebsräten und anderen betrieblichen Experten im Rahmen einer von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Vorstudie, die wir in der zweiten Jahreshälfte 2006 am Institut für Sozialforschung Frankfurt a. M. durchgeführt haben.

(1) *Verantwortungsabwehr*: Ein im Bereich der IT-Services tätiges Unternehmen beschäftigt in Deutschland ca. 2.000 Angestellte. Das Unternehmen hat hier einen umfangreichen Personalabbau hinter sich und ringt mit Ertragsproblemen, auf die das Management mit Personalkostensenkung reagiert. Arbeitsunfähigkeit wird vom Unternehmen nicht direkt sanktioniert. Vielmehr wird das Problem Krankheit individualisiert – und zwar in beide Richtungen: Weder sieht sich das Unternehmen für gesundheitlich belastende Arbeitsbedingungen oder für Präventionsmöglichkeiten verantwortlich noch werden die Fehlzeiten der einzelnen Beschäftigten zum Gegenstand gezielter Beobachtung und Kritik. Erkrankungen von Beschäftigten aufgrund starker Belastungen werden als Folge persönlichen Fehlverhaltens angesehen: Im Ergebnis steigen anstatt der Fehlzeiten die Fluktuationsraten.

(2) *Opferfürsorge*: Ein Familienbetrieb der Automobilzulieferindustrie mit 340 Mitarbeitern befindet sich seit Jahren in einer wirtschaftlich heiklen Situation, die auch eine Halbierung der Belegschaft nach sich zog. Ein großer Teil der überwiegend älteren Belegschaft fühlt sich den Veränderungen der Arbeit nicht mehr völlig gewachsen. Der Stress ist erheblich geworden, die Toleranz gegenüber Leistungseinschränkungen von Kollegen gering. Vor diesem Hintergrund hat sich folgendes Arrangement entwickelt:

Die Beschäftigten versuchen, Arbeitsunfähigkeitszeiten so gering wie möglich zu halten. Auf der anderen Seite bemühen sich sowohl Personalchef als auch Betriebsrat um ein fürsorgliches Verhalten gegen-

über den älteren Beschäftigten, die den Belastungen nicht mehr gewachsen sind. So schickt der Personalchef Beschäftigte, die krank zur Arbeit erscheinen, nach Hause, damit sie sich auskurieren. Und der Betriebsratsvorsitzende versucht, im Kontakt mit den Hausärzten Lösungen, etwa in Richtung vorzeitiger Rente, zu finden. Kennzeichnend ist hier also ein fürsorgliches muddling-through, das dem Einzelnen das Schlimmste erspart, die Krankheitspotenziale jedoch nicht verringert.

(3) *Ignorierung der betrieblichen Gesundheitsbelastung*: Am besuchten Standort eines IT-Dienstleisters sind ca. 1.000 Angestellte beschäftigt. Das Unternehmen legt Wert auf eine ausgeprägte Gesundheitsförderung. Es werden verschiedene Programme angeboten, darunter auch eine verhaltensbezogene Präventionsmaßnahme gegen Burnout. Sie sind jedoch von den gesundheitlich belastenden Verhältnissen der Arbeit entkoppelt. Die Gesundheitsbelastungen, die gerade die IT-Branche kennzeichnen (Latniak/Gerlmaier 2006), werden ignoriert. Gerade sie sind es aber, die es auch erschweren, sich bei eingetretener Krankheit arbeitsunfähig zu melden. Termindruck, knappe Personaldecke, gegenseitiges Aufeinanderangewiesensein in den Projekten und Teams führen dazu, dass sich der Kranke für die aus seinem Fehlen resultierenden Arbeits- und Kooperationsprobleme im Projekt verantwortlich fühlt.

Die Leistungsbeurteilung ist abhängig von der Zielerreichung. Obwohl diese durch Krankheitszeiten erschwert wird, sind Letztere kein Argument, die Zielvorgaben zu reduzieren. Die betriebliche Gestaltung von Arbeitsformen und Arbeitsbedingungen ist also insgesamt so ausgelegt, dass Krankheit nicht vorkommen darf. Aufgrund der unmittelbar einsichtigen Handlungszwänge und wegen der Identifikation der Beschäftigten mit ihrer Arbeit entwickeln sich Mechanismen der Krankheitsverleugnung bei den Beschäftigten quasi „von selbst“. Krankheitsverleugnung resultiert also daraus, dass die Schwierigkeiten ignoriert werden, sich rechtzeitig für eine Arbeitsunfähigkeit zu entscheiden. Diese Form der Krankheitsverleugnung ist typisch für die IT-Dienstleister in unserem Sample, aber auch für das Klinikum und die Banken.

(4) *Kontrolle*: Die Ausprägung der Krankheitsverleugnung, die wir als „Kontrolle“

kennzeichnen, lässt sich in zwei Varianten unterteilen: Die „Disziplinierung“ und die „kontrollierende Fürsorge“. Im Einzelfall ist eine Zuordnung nicht einfach möglich, denn die einzelnen Akteure verfolgen mit den Kontrollstrategien unterschiedliche Ziele, und die Beteiligten können die Funktion der Maßnahmen verschieden deuten:

Am Standort eines internationalen Chemieunternehmens sind ca. 800 überwiegend gewerbliche Mitarbeiter tätig. Nach Jahren des Personalabbaus wurden weitere Möglichkeiten der Kosteneinsparungen im Personalbereich nur noch im Absenken der Fehlzeiten gesehen. Von allen Mitarbeitern wird eine Fehlzeitenliste angelegt. Immer dann, wenn ein Mitarbeiter innerhalb von zwölf Monaten, unabhängig von der Dauer der einzelnen Arbeitsunfähigkeit, mindestens viermal fehlt, wird mit ihm ein Fehlzeitengespräch geführt. Ziel ist es, gerade den Vorgesetzten zu vermitteln, dass der Kampf gegen Fehlzeiten wichtig ist und man Konflikte mit den Mitarbeitern hier nicht scheuen darf. Auch in einem Automobilwerk sind regelmäßige Rückkehrgespräche vorgesehen. Kritiker haben dies als „Krankenverfolgung“ bewertet. Fürsprecher wenden dagegen ein, es gehe darum, den Betroffenen Hilfe anzubieten. Dem Vorgesetzten sei früher die Krankheit des Mitarbeiters egal gewesen. Heute sei er gehalten, sich hiermit zu beschäftigen, und der Betroffene könne Ursachen von Belastungen benennen, denen nachzugehen sei.

Hier wird der Doppelcharakter einer „kontrollierenden Fürsorge“ deutlich. Die Meinung der einen: „Kranke Menschen gehören in Ruhe gelassen!“ kann als Schutz vor Sanktionen verstanden werden, aber auch als Verzicht darauf, den Kranken zu helfen. Die Fürsorge kann als Sanktion empfunden werden, und tatsächlich kann sich eine fürsorgliche Intention schnell in eine Sanktion verwandeln, wenn der Betroffene sich weigert, sich helfen zu lassen. Kontrollierende Fürsorge setzt voraus, dass das Unternehmen sich, seine Arbeitsbedingungen, aber auch das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten überwacht. Der Betroffene kommt schnell in die Situation, „seine Krankheit ‚verkaufen‘ zu müssen“ (Taubert 1998, S. 189).

Die Formen der Krankheitsverleugnung im Betrieb sind also vielfältig. Sie liegt nicht nur dann vor, wenn mit Karriereachteilen oder gar mit der Gefährdung des Arbeitsplatzes gedroht wird, sondern

auch dann, wenn gesundheitliche Probleme und Belastungen im Betrieb ignoriert werden. Arbeitsformen, die einen großen Termindruck „von selbst“ mit sich bringen, die keinen Spielraum für Krankheitszeiten lassen, die Kranken mit der Verantwortung für den Projekt- oder Teamerfolg belasten, beinhalten gewissermaßen Krankheitsverleugnung, auch wenn Krankheiten nicht aktiv negativ sanktioniert werden.

## 6

### Instrumente betrieblicher Gesundheitspolitik

#### 6.1 KRANKENRÜCKKEHRGESPRÄCHE

Das Janusgesichtige sinkender Fehlzeiten im Betrieb wirkt sich auch auf die Instrumente betrieblicher Gesundheitspolitik und Interessenvertretung aus. Wir wollen dies am Beispiel der Krankenrückkehrgespräche, der Überlastungsanzeige und des Eingliederungsmanagements illustrieren.

Rückkehrgespräche sind ein Instrument betrieblicher Gesundheitspolitik, mit dem Unternehmen erreichen wollen, den Krankenstand zu senken. Sie werden vielfach als „Jagd auf Kranke“ (Wompe 1996) beschrieben. Diesem Bild liegt die Vermutung zugrunde, dass Beschäftigte so weit eingeschüchtert werden sollen, dass sie aus Angst um ihren Arbeitsplatz auch krank zur Arbeit kommen. Es gehe weniger um Gesundheitsförderung als vielmehr einseitig um Kontrolle des Fehlzeitenverhaltens (Zinke 1999).

Die tatsächlichen Auswirkungen von Rückkehrgesprächen sind keineswegs eindeutig (Pfaff et al. 2003). Arbeitsunfähigkeitszeiten sinken auch dort, wo sie nicht stattfinden. Für die Beschäftigten ist die Teilnahme an solchen Gesprächen Pflicht. Nach wiederholten krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten folgt in der Regel ein abgestuftes System von „Fehlzeitengesprächen“, bei denen den Beschäftigten die Konsequenzen ihrer Abwesenheit für die Kollegen, für das Unternehmen und für die Fortdauer ihres Beschäftigungsverhältnisses vor Augen geführt werden. In diesen Gesprächen sollen Vorgesetzte „persönliches Interesse an der Person“ des Beschäftigten signalisieren und deutlich machen, dass das Gespräch nicht in erster Linie dazu führen soll, zu überprüfen, ob der Arbeitnehmer auch wirklich seine vertraglich

vereinbarte Arbeitsleistung erbringt. Es soll gezeigt werden, dass das Unternehmen seiner Fürsorgepflicht nachkommt, wenn es ergründen will, ob es vermeidbare betriebliche Ursachen für Krankheiten gibt. Der Beschäftigte muss dabei nicht die Art seiner Erkrankung mitteilen. Die Frage nach betrieblichen Krankheitsursachen kann dem Unternehmen jedoch Anhaltspunkte liefern, ganz abgesehen davon, dass Beschäftigte häufig versucht sind, ihre Abwesenheit dadurch zu legitimieren, dass sie auf die ärztliche Diagnose Bezug nehmen. Sehr wichtig ist daher, den Betriebsrat zum Rückkehrgespräch oder zumindest für eine vorherige Beratung hinzuzuziehen.

Rückkehrgespräche sind mitbestimmungspflichtig (soweit es sich um formalisierte, regelmäßig stattfindende Gespräche handelt). Der Betriebsrat besitzt Gestaltungsmöglichkeiten, kann allerdings die Einführung von Rückkehrgesprächen nicht verhindern. Soweit diese primär als Einschüchterungsinstrument betrachtet werden, liegt es für den Betriebsrat nahe, vor allem darauf zu achten, dass die Beschäftigten nicht über den Tisch gezogen werden, dass im Gespräch nur die Informationen gegeben werden, die aufgrund der Rechtslage unbedingt notwendig sind, da ja letztlich alles gegen den Mitarbeiter verwendet werden kann. Soweit Rückkehrgespräche als eine Möglichkeit betrachtet werden, Forderungen nach der Verbesserung der Arbeitssituation zu untermauern, müssen sie nach Auffassung von Betriebsräten mit anderen Instrumenten wie Arbeitsplatzbegehungen, Gefährdungsanalysen und Eingliederungsmanagement verknüpft werden.<sup>1</sup> Der Betriebsrat sieht sich vor die Aufgabe gestellt, gleichzeitig Abwehr- und Gestaltungsaufgaben wahrzunehmen. Dabei dürfte es von besonderer Bedeutung sein, inwieweit die Beschäftigten die jeweilige Politik des Betriebsrats aktiv mittragen und welche Einflussmöglichkeiten die involvierten Vorgesetzten tatsächlich besitzen, die ja häufig ihrerseits mit nicht verhandelbaren Zielvorgaben konfrontiert sind.

Aber auch dann, wenn tatsächlich Chancen einer positiven Beeinflussung der Arbeitsbedingungen und des Arbeitsumfelds bestehen, verbleibt ein Rest an Ungewissheit. Der Newsletter „Recht und Führung“<sup>2</sup> empfiehlt für den Einstieg die Frage: „Wie geht es Ihnen heute? Konnten Sie Ihre Erkrankung vollständig auskurieren?“ Je nach Kontext kann eine solche Fra-

ge ganz unterschiedlich verstanden werden: „Musste es denn so lange dauern?“ oder auch „Warum sind Sie denn so häufig krank?“. Die Frage kann die aufrichtige Sorge um die Gesundung des Mitarbeiters ausdrücken oder aber bereits einen Zweifel andeuten, ob der Betreffende künftig voll einsatzfähig sein wird. Die Bedeutung der Frage wird also wesentlich durch den mikropolitischen Situationskontext diktiert.

#### 6.2 ÜBERLASTUNGSANZEIGE

Die Überlastungsanzeige hat zunächst im Pflegebereich Bedeutung gewonnen, findet inzwischen aber auch in anderen Feldern Anwendung, in denen mit der Erfüllung der Arbeitsaufgabe ein hohes Haftungsrisiko verbunden ist, beispielsweise im Finanzsektor. Sie ist ein Instrument, um gegenüber den Vorgesetzten darauf hinzuweisen, dass das professionell gebotene Niveau der Auftragserfüllung angesichts des Arbeitsanfalls oder der personellen Besetzung des betreffenden Bereichs nicht jederzeit gewährleistet ist. Die Rechtsbasis ergibt sich aus dem § 242 BGB und den §§ 15 und 16 des Arbeitsschutzgesetzes. Die Überlastungsanzeige stellt den betreffenden Mitarbeiter keineswegs von der Pflicht der Aufgabenerfüllung frei, sondern verweist gegenüber den Vorgesetzten (nicht gegenüber Kunden, Klienten, Patienten oder der Öffentlichkeit) auf mögliche Gefahren, insbesondere Haftungsrisiken. Damit dokumentiert sie eine Belastungssituation, die nicht notwendigerweise, aber doch in einer ganzen Reihe von Fällen zu gesundheitlichen Problemen für die Beschäftigten führen kann. Insbesondere der Umstand, dass sich Beschäftigte unter den Bedingungen struktureller Überlastung nicht in der Lage sehen, ihre Tätigkeit gemäß den Standards professioneller Sorgfaltspflicht zu erledigen, kann zu einer Selbstwertkrise führen, zu der eine klassische „Gratifikationskrise“ (Siegrist) hinzu kommen kann, wenn der Eindruck entsteht, dass diese Situation Ausdruck eines Desinteresses an ihrer Leistung und einer Missachtung ihrer Person

<sup>1</sup> In einem von Kollegen von Mercedes Bremen erstellten Leitfaden für Rückkehrgespräche werden die Betroffenen aufgefordert, im Rahmen der Rückkehrgespräche krankmachende Ursachen am Arbeitsplatz zu benennen und eine Gefährdungsanalyse gemäß den Bestimmungen von § 5 des Arbeitsschutzgesetzes zu fordern.

<sup>2</sup> [www.vorgesetzter.de](http://www.vorgesetzter.de).

ist. Dies verschärft sich dort, wo die Beschäftigten – wie aus dem Bankenbereich berichtet – die Erfahrungen gemacht haben, dass sie nach einer Überlastungsanzeige von den Vorgesetzten regelrecht vor den Kollegen mit dem Hinweis „vorgeführt“ wurden, sie seien der Aufgabe wohl nicht gewachsen.

Das Fehlen rechtlicher und tarifvertraglicher Regelungen erschwert die Nutzung des Instruments der Überlastungsanzeige; ähnliches gilt für das im Rahmen „toyotistischer“ Arbeitskonzepte deklarierte Recht der Beschäftigten, im Interesse der Qualitätssicherung bei Bedarf das Band anzuhalten. Oft erscheint es eben als Akt der Illoyalität, dies zu tun, oder als Eingeständnis eigener Schwächen und Unzulänglichkeiten; und nicht etwa als verantwortliches Handeln eines Mitarbeiters, der seine erweiterten Steuerungsaufgaben wahrnimmt. Die Überlastung wird dann als Problem des Mitarbeiters, nicht der Arbeitsbedingungen, betrachtet. Gleichwohl gehört es zu den „Treuepflichten“ des Mitarbeiters, den Arbeitgeber auf mögliche Schäden und damit Schadensersatzforderungen Dritter hinzuweisen. Zugleich dient die Überlastungsanzeige der Haftungsfreistellung des Arbeitnehmers.

### 6.3 EINGLIEDERUNGSMANAGEMENT

Das Eingliederungsmanagement betrifft nicht nur Schwerbehinderte; seit der Novellierung des SGB IX 2004 ist eine Kündigung wegen Krankheit unwirksam, wenn kein Eingliederungsversuch gemacht wurde oder kein Eingliederungsmanagement existiert. Dies ist zweifellos ein Fortschritt. Er hat allerdings insofern einen problematischen Beigeschmack, als das Eingliederungsmanagement nicht nur dazu dienen kann, Kündigungen zu verhindern, sondern gleichzeitig Voraussetzung für eine rechtswirksame krankheitsbedingte Kündigung sein kann. Es soll förderliche Bedingungen für eine frühzeitige Rückkehr in den Betrieb schaffen und bietet den Beschäftigten die Möglichkeit, anstelle des Krankengeldbezugs den vollen Lohn zu erhalten. Rehabilitation statt Entlassung wird angestrebt. Häufig wird nach der Zustimmung gefragt, ärztliche Daten zusammenzutragen bzw. den Hausarzt von seiner

Schweigepflicht zu entbinden. So wichtig es einerseits sein mag, für die realistische Abschätzung von gesundheitlichen Belastungen und Bedingungen im Sinne einer Reintegration in den Arbeitsprozess den Datenschutz mit Zustimmung der Betroffenen zu lockern, so problematisch ist doch andererseits ein solcher „ganzheitlicher“ Zugriff auf die Person. Auch hier dürfte sehr viel vom Einzelfall, vom mikropolitischen Klima des Betriebs und von der Durchsetzungsfähigkeit und dem Einfallsreichtum des Betriebsrats abhängen.

## 7 Fazit

Die aufgezählten Maßnahmen sollen helfen, ergonomische Schwachpunkte und schwer fassbare neue Belastungen zu identifizieren, die aus Arbeitsorganisation, Termindruck und der Lage der Arbeitszeiten resultieren. Sie sollen einerseits Ausgrenzung verhindern, können aber auch zur Jagd auf Kranke dienen. Sie können Mitarbeiter in die Gefahrenzone bringen, sich selbst zu desavouieren, sie können zum gläsernen Mitarbeiter führen: Der Datenschutz wird aufgeweicht und zugleich wird eine Restkategorie von Beschäftigten definiert, der trotz (oder aufgrund) des Eingliederungsmanagements dann doch gekündigt wird.

In dem Maße, in dem der Betriebsrat sich als eine Instanz erweist, die dort wirkungsvoll agieren kann, wo individuelle Aushandlungsversuche gesundheitlich belasteter KollegInnen nicht mehr aussichtsreich erscheinen, gewinnt er neue Legitimität und Überzeugungskraft. Entscheidend für die Bewertung ist, wie die Instrumente gehandhabt werden, welche Machtressourcen dem Betriebsrat zur Verfügung stehen und wie er sie erfolgreich einsetzen kann, unter welchen Bedingungen hier Win-Win-Situationen möglich sind oder wann eher die klassisch-defensive Schutzfunktion des Betriebsrats gefragt ist.

Wenn heute angesichts ihres historischen Tiefstandes die Fehlzeiten weiter gesenkt werden sollen, dann ist dies nur mit großen ökonomischen und sozialen Kosten

denkbar. Wahrscheinlich ist, dass künftige Erkrankungen ihre Ursachen darin haben, dass heute Erkrankungen institutionell „verleugnet“ werden. Zweifellos bieten sinkende Krankenstände für Unternehmen und Krankenkassen kurzfristig eine Kostenentlastung, mittelfristig aber werden neue Kostenbelastungen entstehen. Diesen können sich Unternehmen allerdings entziehen, wenn sie sich später von denjenigen Arbeitnehmern trennen, bei denen sich eine ernsthafte Leistungsminderung durch chronisch gewordene Krankheiten zeigt. Eine solche Strategie kurzfristigen gesundheitlichen Verschleißes bei langfristiger Aussonderung der Verschlissenen würde die Kosten dem Gesundheits- und dem Sozialversicherungssystem aufbürden. Sie würde zudem den Zukunftsherausforderungen diametral entgegenstehen, wie sie sich heute darstellen.

Wenn wir alle länger arbeiten (können) sollen, kann sich betriebliche Gesundheitspolitik nicht mehr darauf beschränken, krankheitsverursachende Arbeitsbedingungen zu bekämpfen. Entscheidend wird vielmehr sein, dass innerhalb der Betriebe und Beschäftigungsverhältnisse eine Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Belastungen möglich ist. Deshalb müssen die Arbeitsbedingungen in dem Sinne „krankheitsfähig“ sein, dass sie es erlauben, Krankheiten zu kurieren und zu thematisieren, also der Krankheitsverleugnung entgegenwirken. In diesem Sinne kommt dem Unternehmen auch eine Verantwortung nicht nur für eine gesundheits-, sondern auch für eine *krankheitsgerechte* Gestaltung der Arbeitsorganisation zu.

Es geht darum, Erwerbsarbeit so zu gestalten, dass sie auch angesichts familiärer und anderer mit der Lebensführung verbundener Belastungen tatsächlich für die gesamte Spanne des Erwerbslebens möglich bleibt. Alternsgerechte Arbeitsformen setzen voraus, dass in der Arbeit mit Leistungs- und Gesundheitsbeeinträchtigungen so umgegangen werden kann, dass Leistungsschwache nicht aus der Erwerbsphäre hinausgedrängt werden. Es gilt, dafür zu sorgen, dass ein Verbleib im Erwerbssystem nicht nur möglich, sondern auch attraktiv ist. Hierin liegt eine zentrale Herausforderung des demografischen Wandels (Ilmarinen/Tempel 2002).

# LITERATUR

---

- Antonovsky, A.** (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen
- Bamberg, E./Busch, C.** (2006): Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt, in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 50, S. 215–226
- Barmer Ersatzkasse** (Hrsg.) (2006): Barmer-Gesundheitsreport 2006, Wuppertal
- Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H.** (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Hrsgg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 6, Köln
- Betriebskrankenkassen (BKK) Bundesverband** (Hrsg.) (2006): BKK-Gesundheitsreport. Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen, Essen
- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK)** (Hrsg.) (2006): DAK-Gesundheitsreport 2006, Hamburg
- Dragano, N./Siegrist, J.** (2006): Arbeitsbedingter Stress als Folge von betrieblichen Rationalisierungsprozessen – die gesundheitlichen Konsequenzen, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.) (2006): Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin/Heidelberg, S. 167–182
- Ferrie, J. E.** (2006): Gesundheitliche Folgen der Arbeitsplatzunsicherheit, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.) (2006): Fehlzeiten-Report 2005, Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin/Heidelberg, S. 93–123
- Hauß, F./Oppen, M.** (1985): Krankenstand als Ergebnis von Definitions- und Aushandlungsprozessen in Gesellschaft und Betrieb, in: Naschold, F. (Hrsg.): Arbeit und Politik, Frankfurt a. M./New York, S. 339–365
- Ilmarinen, J./Tempel, J.** (2002): Arbeitsfähigkeit 2010, Hamburg
- Latniak, E./Gerlmaier, A.** (2006): Zwischen Innovation und alltäglichem Kleinkrieg. Zur Belastungssituation von IT-Beschäftigten, IAT-Report 2006-04, Gelsenkirchen
- Leppin, A.** (2007): Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten, Berlin/Heidelberg, S. 99–109
- Moldaschl, M./Voß, G. G.** (Hrsg.) (2002): Subjektivierung von Arbeit, Band. 1, München/Mering
- Overbeck, G.** (1984): Krankheit als Anpassung, Frankfurt a. M.
- Pfaff, H./Krause, H./Kaiser, C.** (2003): Gesundgeredet?. Praxis, Probleme und Potenziale von Krankenrückkehrgesprächen, Forschung aus der HBS, Berlin
- Siegrist, J.** (1997): Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung, in: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Frankfurt a. M., S. 99–108
- Siegrist, J.** (2005): Medizinische Soziologie, München/Jena
- Taubert, R.** (1998): Das Rückkehrgespräch kann ein Instrument gesundheitsgerechter Personalführung sein, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb, Dortmund/Berlin, S. 183–193
- Twardowski, U.** (1998): „Krankschreiben oder krank zur Arbeit?“ Strategien im Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Arbeit, Marburg
- Vetter, C./Küsgens, I./Madaus, C.** (2007): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2005, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten, Berlin/Heidelberg, S. 201–423
- Wompel, M.** (1996): Krankenverfolgung. Aktuelle betriebliche und gesellschaftliche Strategien im Umgang mit Kranken, Offenbach
- Zinke, E.** (1999): Krankenrückkehrgespräche – Bestandteil betrieblicher Gesundheitskultur?, in: Busch, R. (Hrsg.): Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik, München, S. 157–169