

Marianne Giesert (Hrsg.)

Prävention: Pflicht & Kür

Gesundheitsförderung und Prävention
in der betrieblichen Praxis



Marianne Giesert (Hrsg.)
Prävention: Pflicht & Kür

Marianne Giesert (Hrsg.)
Prävention: Pflicht & Kür
Gesundheitsförderung
und Prävention in der
betrieblichen Praxis

VSA-Verlag Hamburg

Die Publikation wurde mit finanzieller Unterstützung der Hans-Böckler-Stiftung herausgegeben.

Ansprechpartnerin:

DGB Bildungswerk e.V.
Kompetenzzentrum Arbeit und Gesundheit
Marianne Giesert
Hans-Böckler-Str. 39
40476 Düsseldorf
Tel: 0211/4301-372
E-Mail: marianne.giesert@dgb-bildungswerk.de

www.dgb-bildungswerk.de

www.betriebsratsqualifizierung.de

www.vsa-verlag.de

I Inhalt

Annelie Buntenbach	
Vorwort	7
Marianne Giesert	
Prävention: Pflicht & Kür – es lohnt sich für Sie!	8
Einführung	
Lutz Packebusch	
Prävention – human und effizient	11
Annelie Buntenbach/Hanns Pauli	
Betriebliches Gesundheitsmanagement aus gewerkschaftlicher Perspektive	18
Wolfgang Rombach	
Betriebliche Prävention – eine Einheit	27
Wolfhard Kohte	
Rechtliche Grundlagen und Urteile zur Prävention	37
Betriebliches Eingliederungsmanagement und Gesundheitsförderung	
Friedrich Mehrhoff	
Welche Faktoren fördern Prävention und Rehabilitation?	49
Anna Paul/Nils Altner	
Präventives Gesundheitsmanagement durch integrierte Personal- und Organisationsentwicklung	60
Jürgen Tempel	
Präventionsziel Kapitalisierung der Gesundheit?	74
Grenzen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Alltag	
Horst Peters	
Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung	87
Pflicht und Kür – Das Beispiel Bundesamt für den Zivildienst	
Horst Peters	
Arbeit in Netzwerken im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung	100

Wilfried Stenz	
Gesund älter werden im Betrieb	109
Nachhaltiges Gesundheitsmanagement bei der Rasselstein GmbH	
Manuela Maschke	
Betriebs- und Dienstvereinbarungen im Kontext von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung	120
Michael Drupp/Peter Krauss-Hoffmann/Reimund Overhage	
Betriebliches Gesundheitsmanagement	135
Erfahrungsbericht über neue Netzwerkansätze	
Klaus Leuchter	
Betriebliches Eingliederungsmanagement	142
Erfahrungsbericht über einen neuen Netzwerkansatz	

I Markt der Möglichkeiten

Jürgen Reusch	
Das Arbeitsschutzrecht in der EU und in Deutschland zwischen Prävention und dem Druck einer maßlosen Ökonomie	149
Joseph Kuhn	
Gute Arbeit als Leitbild der arbeitsweltbezogenen Gesundheitspolitik	166
Brigitta Geißler-Gruber/Birgit Kriener	
Altersgerechtes Arbeiten – eine neue Perspektive für die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung	176
Alexander Kaba	
Umgang mit psychischen Belastungen im Betrieb	205
Erwin Hutterer	
In vier Phasen zum Erfolg der Betrieblichen Gesundheitsförderung	225
Oder: »Und wenn ich nicht mehr weiter weiß, dann bilde ich einen Arbeitskreis«	
Literaturhinweise – Eine Auswahl	230
Veranstaltungshinweise	231
Die Autorinnen und Autoren	236

Annelie Buntentbach

Vorwort

Die Bedeutung der Prävention hat in den letzten Jahren insgesamt zugenommen. Hintergrund dafür ist eine sich ständig verändernde Arbeitswelt mit immer höher werdenden Anforderungen an die Beschäftigten. Die Arbeitsplätze sollen auf der Grundlage der Arbeitsschutzgesetzgebung nicht nur nach ergonomischen Prinzipien gestaltet, sondern auch nach physischen wie psychischen Belastungen beurteilt werden, damit Gefährdungen erfasst, beseitigt bzw. gemindert werden können. Gerade dem Anstieg psychischer Belastungen und Erkrankungen dürfen wir nicht tatenlos zusehen.

Damit die Beschäftigten gesund und qualitativ gut ihre Arbeit verrichten können, brauchen wir eine Vielfalt unterstützender Maßnahmen, die im Betrieb entwickelt, akzeptiert und kontinuierlich durchgeführt werden. Der klassische Arbeitsschutz ist dabei unverzichtbar, aber alleine wird er es nicht schaffen.

Um die Entwicklung innovativer Programme auf betrieblicher Ebene zu unterstützen, werden Erkenntnisse aus der Wissenschaft und erprobte Vorgehensweisen aus der betrieblichen Praxis auf dem »12. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung« präsentiert und diskutiert.

Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung müssen in einem Prozess, der möglichst viele Beschäftigte beteiligt, zusammengeführt werden. Dazu gehört auch ein faires Betriebliches Eingliederungsmanagement.

Wir sollten aber nicht nur dafür sorgen, dass gute Betriebe noch besser werden. Mindestens genauso wichtig ist die Anwendung Betrieblicher Gesundheitsförderung in der Breite. Auch insoweit geht vom Workshop ein wichtiger Impuls aus. Je effektiver wir bei der Umsetzung sind, desto eher werden alte und junge Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie auch die Betriebe gemeinsame Gewinner der Zukunft sein.

Marianne Giesert

Prävention: Pflicht & Kür – es lohnt sich für Sie!

Einführung

Die Belastungen, denen die Beschäftigten bei der Arbeit ausgesetzt sind, haben sich in den letzten Jahren deutlich verschärft. Die Kombination aus psychischen und körperlichen Belastungen führt auf die Dauer zu einem höheren Erkrankungsrisiko. Besonders auffällig ist die Zunahme von Arbeitsdruck und Arbeitsstress in Folge von Arbeits- und Leistungsverdichtung, Termin- und Zeitdruck in den Betrieben sowie der Anstieg der psychischen Erkrankungen. Berücksichtigt man außerdem die demografische Entwicklung der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre, so ergibt sich ein erheblicher Handlungsbedarf für die Betriebe!

Gefährdungen müssen frühzeitig erfasst, beseitigt bzw. gemindert werden, damit die Beschäftigten eine »Gute Arbeit« verrichten können. Dementsprechend sollen gesundheitsgerechte und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb entwickelt und kontinuierlich durchgeführt werden (Gefährdungsbeurteilung).

Nicht nur im *Arbeitsschutz* und in der *betrieblichen Gesundheitsförderung* ist die Prävention gesetzlich verankert, sondern auch im *Betrieblichen Eingliederungsmanagement*. Diese drei Handlungsfelder bieten miteinander verknüpft gute Möglichkeiten, Prävention nachhaltig im Betrieb zu verankern und damit zur Erhaltung der Gesundheit der Beschäftigten bis zur Rente beizutragen.

Prävention im Betrieb, wie sie auch die Europäische Arbeitsschutzstrategie fordert, bezieht sich auf die Gesundheit im weitesten Sinne und zwar

1. auf die *Primärprävention*, die dauerhafte Sicherung der Arbeitsfähigkeit durch menschengerechte Gestaltung der Arbeit, durch Förderung der individuellen Selbstregulation (Arbeitsbewältigungsfähigkeit),
2. auf die *Sekundärprävention* durch Früherkennung und
3. auf die *Tertiärprävention* durch Verhütung von Rückfällen und Verschlimmerung von Gesundheitsschäden.

Die betrieblichen Interessenvertretungen haben durch ihre *Mitbestimmungsrechte* (Betriebsverfassungsgesetz) gute Möglichkeiten, gesundheitsbezogene Prozesse im Betrieb in Gang zu setzen und zu verankern. Dies ist ein wichtiger Schritt, um die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und damit gleichzeitig auch die Zukunft eines Unternehmens zu stabilisieren.

Anlass der Veröffentlichung dieses Bandes ist unser 12. Workshop zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, der zum Thema »Prävention: Pflicht und Kür – es lohnt sich für Sie« vom 15.-18. Juni 2008 im DGB-Tagungszentrum Starnberger See stattfindet.¹

Erstmals liegt der Tagungsband des Workshops zur Veranstaltung bereits vor und enthält die Referate sowie einzelne interessante Beiträge vom »Markt der Möglichkeiten«. Dies war nur durch die konzentrierte und engagierte Arbeit aller Beteiligten möglich.

Dafür möchte ich mich recht herzlich bedanken. Besonders möchte ich mich auch bei unseren Kooperationspartnern der Hans-Böckler-Stiftung, Dr. Manuela Maschke, Dr. Jürgen Reusch, dem verantwortlichen Redakteur »Gute Arbeit. Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung« und bei der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), Reimund Overhage, Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Peter Krauss-Hoffmann, BAuA, Dr. Michael Drupp, Leiter des Instituts für betriebliche Gesundheitsförderung, BGF GmbH, bedanken, die uns bei der Vorbereitung des Workshops sowie bei der Durchführung und der Publikation unterstützen.

Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft, Medizin und Praxis stellen ihre Beiträge zur »Prävention« aus unterschiedlichen Blickwinkeln vor:

Prof. Dr. Packebusch rückt die Bedeutung der Prävention für die Beschäftigten wie auch für die Unternehmen in den Mittelpunkt.

Die gewerkschaftliche Perspektive wird von *Dr. Hanns Pauli* vom DGB Bundesvorstand, Bereich Sozialpolitik unter Einbeziehung der aktuellen Politik vorgestellt.

Wolfgang Rombach vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales berichtet über die staatlichen Aktionen und Interventionen zum Thema und steht für Fragen und Möglichkeiten der Unterstützung zur Verfügung.

¹ Siehe dazu auch den ausführlichen Veranstaltungshinweis, Seite 231ff.

Um Handlungsmöglichkeiten für die Praxis aufzuzeigen, untersucht *Prof. Dr. Kohte* die rechtlichen Grundlagen der Gesetzgebung und der Gerichtsurteile für den Arbeitsschutz, die betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Eingliederungsmanagement und gibt für die Praxis handhabbare Anstöße.

Dr. Mehrhoff von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung stellt die fördernden Faktoren der Kooperation unterschiedlicher Akteure und Experten innerhalb und außerhalb des Betriebes in den Mittelpunkt seines Beitrags.

Dr. Anna Paul von den Kliniken Essen Mitte wird uns, wie *Dr. Jürgen Tempel* aus medizinischer Sicht, Möglichkeiten der Prävention hauptsächlich zur individuellen Lebensführung kritisch aufbereiten.

Über betriebliche *gute Beispiele aus der Praxis* berichten *Horst Peters*, Stabsstelle für Gesundheitsförderung beim Bundesamt für Zivildienst in Köln, und *Wilfried Stenz*, Betriebsratsvorsitzender der Firma Rasselstein in Andernach.

Um gute Beispiele der Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis zu etablieren, gibt *Dr. Manuela Maschke* von der Hans-Böckler-Stiftung Tipps und Impulse für Betriebsvereinbarungen.

Die neuen Netzwerkansätze zum Betrieblichen Gesundheits- und Eingliederungsmanagement sollen allen im Betrieb die Möglichkeit geben, ihre Erfahrungen auszutauschen und zu erweitern sowie neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Auf dem *Markt der Möglichkeiten* werden im Workshop unterschiedliche Projekte und Beiträge von verschiedenen Institutionen vorgestellt. Eine Auswahl der Beiträge haben wir in diesem Buch zusammengestellt.

Ich wünsche mir, dass die in diesem Band enthaltenen Beiträge nicht nur ein gutes Arbeitsmaterial für unsere Veranstaltung bieten, sondern auch darüber hinaus anregende Informationen und Gedanken für alle mit Gesundheitsprävention befassten Kolleginnen und Kollegen bereitstellen, um die weitere Diskussion und Umsetzung im Betrieb anzuregen.

Lutz Packebusch

Prävention – human und effizient

Primärprävention ist unverzichtbar, um das Arbeitsvermögen zu erhalten und zu verbessern. Die Bedeutung der Prävention nimmt im Zusammenhang mit der Alterung der Erwerbsbevölkerung noch zu. Modellprojekte in Klein- und Handwerksbetrieben haben außerdem gezeigt, dass Prävention nicht nur ein Gebot der Humanisierung der Arbeit, sondern auch ein Wettbewerbsvorteil ist. Wirksame betriebliche Prävention setzt die aktive Beteiligung der Beschäftigten voraus.

Unter dem Begriff Prävention wird ein ganzes Bündel von möglichen Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen von verschiedenen Akteuren für die unterschiedlichsten Typen von Zielgruppen zu den unterschiedlichsten Zeitpunkten verstanden. Gemeinsam ist all diesen Maßnahmen, dass sie sich auf die Verhinderung von körperlichen Erkrankungen oder Schäden sowie psychischen Störungen beziehen.

In wissenschaftlichen Publikationen und bei Praktikern wird der Begriff Prävention in unterschiedlichen Bedeutungen gebraucht. Das trägt dazu bei, dass ein wesentliches Element erfolgreicher betrieblicher Prävention in den Hintergrund tritt: Nachhaltiges Präventionshandeln im Betrieb und in der Verwaltung setzt eine Orientierung am Vorsorgeprinzip voraus (siehe auch Bieneck 2005). Der ursprünglich im Kontext der Forstwirtschaft entstandene und in seiner Geltung zunächst auf den Umweltschutz und dann auf den Wirtschaftsprozess als Qualitätsmaßstab ausgeweitete Begriff der Nachhaltigkeit gebietet zwingend eine Konzentration auf das Prinzip der Primärprävention und der Gesundheitsförderung. Die dauerhafte und Ressourcen schonende Berücksichtigung der Entwicklungschancen zukünftiger Generationen setzt an der Gestaltung einer gesunden Arbeitsumwelt an. Primärprävention ist Voraussetzung zur Verbesserung der Lebensqualität im Sinne der Leitlinien der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung (siehe auch Packebusch 2005).

Was bedeutet Prävention?

Prävention im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes soll der Erhaltung und im Idealfall der Verbesserung des menschlichen Arbeitsvermögens und damit der Förderung der menschlichen Arbeitsfähigkeit dienen. Das Arbeitsvermögen setzt sich aus Konstitution, Qualifikation und Motivation zusammen. Arbeitsfähigkeit nur auf Konstitution zu beschränken, greift zu kurz. Sowohl bei psychischen Beeinträchtigungen als auch bei Muskel-Skelett-Erkrankungen scheinen Motivationslage und Qualifikationen von mitentscheidender Bedeutung für die Herausbildung und die Schwere der Erkrankung zu sein. Präventionsanstrengungen lassen sich je nach Zeitpunkt der Intervention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention klassifizieren. In Tabelle 1 sind Beispiele für mögliche Präventionsanstrengungen aufgelistet.

Tabelle 1: Beispiele für Präventionsmaßnahmen

Prävention	Brand(verletzung)	Beeinträchtigungen	
		Muskel-Skelett-Erkrankung	Psychische Beeinträchtigung
Primär	Verwendung nicht brennbarer Materialien, Feuerlöscherübungen	Vermeidung von Zwangshaltungen, Verbesserung der Lastenhandhabung	Vermeidung von Unter- oder Überbeanspruchung
Sekundär	Rauchmelder, Feuerlöscher einsetzen	Ausgleichstraining bei Rückenschmerzen durch ungünstige Lastenhandhabung	Anti-Stress-Training bei vorliegenden psychosomatischen Risikofaktoren
Tertiär	Optimierung der Versorgung von Brandverletzungen	Rückenschulen und neue Arbeitsplätze zur Vermeidung von Chronifizierung	Rückfallprophylaxe bei Suchterkrankung

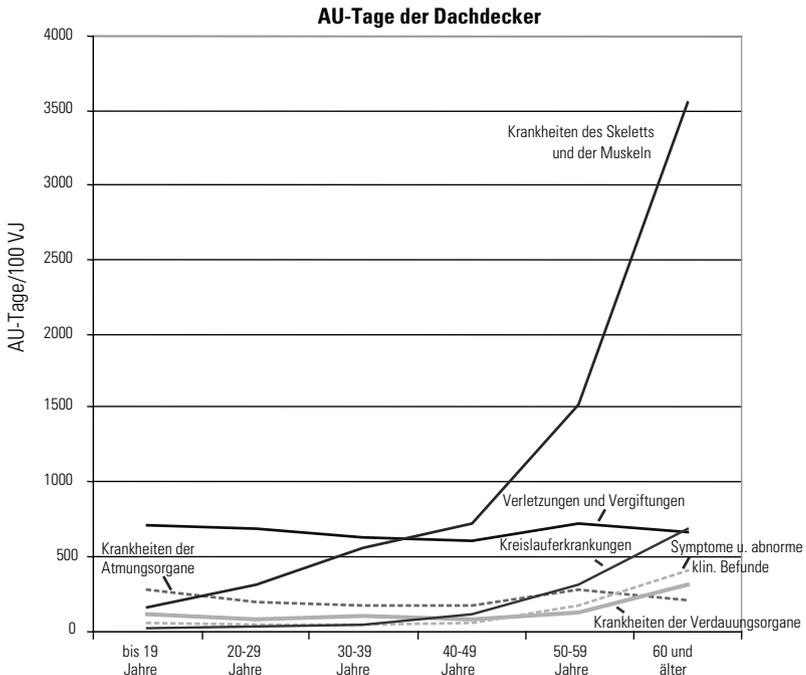
Primärprävention ist am wirkungsvollsten

Vom Zeitpunkt der Intervention hängt die Effektivität (der Zielerreichungsgrad) der Maßnahme ab. Mit Primärprävention lässt sich Arbeitsvermögen am wirkungsvollsten erhalten. Dagegen haben die handelnden Akteure bei der Tertiärprävention häufig wegen der Zielgenauigkeit

der Maßnahme das Gefühl, dass diese besonders effizient sei (dabei wird vor allem das Verhältnis zwischen dem Aufwand und dem Grad der Zielerreichung in den Blick genommen). Am Beispiel der Brandprävention wird aber sehr schnell aufgrund der Höhe der zu erwartenden Personen- und Sachschäden deutlich, dass diese Rechnung nicht aufgeht.

Gerade im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung gewinnt die Besinnung auf betriebliche Primärprävention eine besondere Bedeutung. Anhand eines Beispielprojektes lässt sich dies praktisch verdeutlichen. Bei den Dachdeckern wird 2010 (Weber u.a. 2007) der größte Teil der Beschäftigten im Bereich der Altersgruppe von 40 bis 49 Jahren sein. Im Jahr 1997 war dies noch die Gruppe der 20- bis 29-Jährigen.

Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeits-Tage bei Dachdeckern 2005 (AU-Tage pro 100 Versichertenjahre)



Quelle: Eigene Grafik mit Werten des IKK Bundesverbands aus dem Jahr 2005. Basis sind ca. 30.000 versicherte Dachdecker der IKK

Mit dem Alter nehmen die Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Dachdeckern und die daraus resultierenden Fehlzeiten drastisch zu, wenn keine Präventionsmaßnahmen ergriffen werden. Abbildung 1 zeigt diesen Zusammenhang. Daneben tragen sowohl Inhaber als auch Führungskräfte (Vorarbeiter) von Dachdeckerbetrieben ein erhöhtes Risiko aufgrund von Überbeanspruchung aus der Arbeitstätigkeit. Diese schlägt sich bei den Beschäftigten in wahrgenommener Überbeanspruchung aus der Arbeitsorganisation nieder.

An solchen Sachverhalten hat das inzwischen abgeschlossene Modellprojekt Unternehmensgewinn durch betriebliche Gesundheitsförderung (UbeG) des Bundesarbeitsministeriums angesetzt (Weber u.a. 2007, Weber u.a. 2008), das von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin fachlich begleitet wurde.

Ein Beispiel zur Effektivität und Effizienz von Primärprävention

In dem Projekt »Coachingkonzepte im Dachdeckerhandwerk« werden Unternehmen bei der Entwicklung und Umsetzung von betrieblichen Lösungsansätzen und -strategien unterstützt. Ziel war die Integration einer mitarbeiterorientierten Arbeits- und Gesundheitskultur in die vorhandenen Prozessabläufe und die Unternehmensorganisation, um die Sicherheit und Gesundheit aller im Unternehmen Beschäftigten zu verbessern. Auf der Basis von psychologischen und arbeitswissenschaftlichen Analysen (zum Vorgehen ausführlich Weber u.a. 2007) wurden in betriebsinternen Workshops gemeinsam mit der Führungsebene und den Beschäftigten individuelle und an die betrieblichen Belange angepasste Lösungsmöglichkeiten entwickelt und umgesetzt.

Bei der Identifizierung der Probleme und bei deren Lösung wurden die Beteiligten gecoacht. Aufbauend auf bereits in der Vergangenheit ergriffenen Maßnahmen im Bereich Technik (z.B. Lastenaufzüge, Hebebühnen) wurden präventive Wege zur Stärkung der Ressourcen der Mitarbeiter, insbesondere in der Reduktion von physischen Belastungen, ergriffen. Danach wurde die Zunahme von psychischen Belastungen und Beanspruchungen (Zeitdruck, Kundenanforderungen und -gespräche, Arbeitsunterbrechung usw.) in den Mittelpunkt der Arbeit gestellt.

Primärprävention ist auch ein Wettbewerbsvorteil

Die Belastungen und die Arbeitsabläufe bildeten den Ansatzpunkt für die Entwicklung von Konzepten zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung in den einzelnen Betrieben. So wurden gemeinsam mit den Mitarbeitern vorrangig Maßnahmen zur Vergrößerung des Handlungsspielraums sowie zur Belastungsreduktion ergriffen. Dazu gehörten u.a. Tätigkeitswechsel zwischen physisch belastenden (z.B. Baustelle) und psychisch belastenden Arbeitstätigkeiten (z.B. Angebotserstellung) und zur Optimierung von Arbeitsabläufen und zu eigenständiger Baustellenabwicklung.

Das Vorgehen wurde mit verschiedenen Belastungsindikatoren mit Vorher-Nachher-Messungen evaluiert. Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation finden sich bei Weber u.a. (2007). Ein Ergebnis der primär präventiven Maßnahme war, dass nach deren Abschluss alle beteiligten Betriebe noch am Markt waren. Unter Berücksichtigung der normalen Lösungsquoten in der Branche hätte man im Projektzeitraum von drei Unternehmen eine Betriebseinstellung erwarten können. Diese Abweichung von der Grundgesamtheit ist statistisch signifikant und deckt sich mit ähnlichen Ergebnissen unserer Studie »Erfolg durch Arbeitsschutz«, in der wir 178 Betriebe, die sich an einem Gesundheitsförderungswettbewerb beteiligt hatten, zum Teil über neun Jahre auf ihren Unternehmenserfolg untersucht haben (s. Packebusch u.a. 2003). Auch diese Betriebe unterschieden sich statistisch hochsignifikant von der Grundgesamtheit. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass Primärprävention im Kleinbetriebsbereich kein Wettbewerbsnachteil ist.

Individuelles Lernen und Beteiligung als Voraussetzung für Prävention

In verschiedenen Projekten des Autors hat sich gezeigt, dass die umfassende Beteiligung der Beschäftigten ein wesentlicher Baustein für den Erfolg betrieblicher Primärprävention ist. Beteiligung ist die Grundvoraussetzung für individuelles Lernen, den zweiten Baustein zur Verbesserung des individuellen Arbeitsvermögens. Die individuelle Ebene ist durch das Primat des Handlungslernens gekennzeichnet, das eine aktive Beteiligung voraussetzt. Unter Beteiligung im Sinne eines Organisationsentwicklungsprozesses ist Beteiligung am Problemlöseprozess

(eines gemeinsam formulierten Problems) zu verstehen. Die Leitfrage ist hier, ob direkt betroffene Mitarbeiter einer Organisation an der Lösung von Problemen verantwortlich mitarbeiten, um sich und die Organisation produktiv weiterzuentwickeln. Probleme sollen nicht stellvertretend für andere, sondern durch die »Problemträger« gelöst werden.

Verbal bekennen sich alle Präventionsakteure gerne zu dieser Vorgehensweise, entspricht sie doch unserem gängigen Demokratieverständnis und unserem Vertrauen in den mündigen Bürger. Wechselt man jedoch von den Worten zu den wahrnehmbaren Projekthandlungen, kann anhand eines Kriterienkataloges häufig gezeigt werden, dass eine Reihe von Projekten diese Anforderungen nicht oder nur ungenügend erfüllen kann. Ganze Gruppen werden von Projekten ausgeschlossen. Stellvertretendes Lernen für andere Beschäftigte ist nicht möglich. Partizipative Projekte sind eine Voraussetzung für präventives Handeln zur Verbesserung des Arbeitsvermögens.

Kurz erwähnt, aber nicht weiter ausgeführt sei ein weiterer wichtiger Aspekt, der für Beteiligung spricht, wenn es um die Erhaltung oder Verbesserung des individuellen Arbeitsvermögens geht. Dies ist die Motivation der Beschäftigten. Gesundheitsbewusstes Handeln scheint in weitaus stärkerem Maße von der Verfügbarkeit entsprechender Handlungsalternativen und deren individueller Motivierung als von Kenntnissen abzuhängen.

Ausblick

Gerade vor dem Hintergrund alternder Belegschaften bedarf es vermehrter Anstrengungen im Bereich der Primärprävention bei der Arbeit, um die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter zu erhalten und gleichzeitig die betriebliche Effizienz zu gewährleisten. Dazu gehören auf betrieblicher Ebene eine alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung und eine Verankerung von OE-Prinzipien zur Projektsteuerung.

Auf individueller Ebene müssen Handlungsvoraussetzungen (Qualifikation, Konstitution, Motivation) im Sinne der Erhöhung der Selbstregulationsfähigkeit unter stärkerer Berücksichtigung lern- und motivationspsychologischer Aspekte in den Vordergrund gerückt werden.

Literatur

- Bieneck, H.-J. (2005): Prävention und Nachhaltigkeit im Arbeitsschutz. In: L. Packebusch/B. Weber/S. Laumen (Hrsg.): Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Prävention und Nachhaltigkeit. 13. Workshop 2005. Kröning: Roland Asanger Verlag, S. 5-8
- Packebusch, L. (2005): Prävention und Nachhaltigkeit. In: L. Packebusch/B. Weber/S. Laumen (Hrsg.): Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Prävention und Nachhaltigkeit. 13. Workshop 2005. Kröning: Roland Asanger Verlag, S. 9-12
- Packebusch, L./Herzog, B./Laumen, S. (2003): Warum manche Betriebe erfolgreicher sind als andere... Die Krankenversicherung, 55 (1).
- Weber, B./Rülicke, S./Packebusch, L. (2007): Unternehmensgewinn durch Prävention. In: P. Bärenz/A.-M. Metz/H.-J. Rothe (Hrsg.): Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit – Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit. Kröning: Asanger Verlag, S. 73-76
- Weber, B./Rülicke, S./Packebusch, L. (2008): Gesunde Menschen – Gesundes Handwerk. Handlungshilfe und Coaching Leitfaden. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Annelie Buntenbach/Hanns Pauli

Betriebliches Gesundheitsmanagement aus gewerkschaftlicher Perspektive

Der Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist für Arbeitgeber, Betriebs- und Personalräte wie auch Gewerkschaften eine zentrale Herausforderung. Investitionen in die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöhen deren Beschäftigungsfähigkeit, steigern die Produktivität, sparen Kosten und vermeiden menschliches Leid. Die Erfahrung zeigt, dass diese wichtigen Ziele nur in Netzwerken unter Beteiligung möglichst vieler Akteurinnen und Akteure verfolgt werden können. In der Vergangenheit sind viele Ansätze erprobt worden: angefangen beim klassischen Arbeitsschutz über die Einführung von Arbeitsschutzmanagementsystemen und betrieblicher Gesundheitsförderung bis hin zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Die Vielfalt der Begrifflichkeit sollte nicht zu inhaltlichen Gegensätzen hochstilisiert werden. Klassischer Arbeitsschutz und ergänzende Maßnahmen betrieblicher Gesundheitspolitik dienen dem gleichen Ziel, nämlich dem nachhaltigen Schutz der Gesundheit der Beschäftigten. Die Senkung von Fehlzeiten ist hierbei ein wichtiger Nebeneffekt.

Das Sinken der Anzahl der Krankmeldungen auf einen historischen Tiefstand ist allerdings kein Anlass für Jubelgesänge. Sicherlich sind die Ursachen hierfür nicht ausschließlich in einer verbesserten Prävention zu sehen. Vielmehr gehen viele Menschen zur Arbeit, obwohl sie sich krank fühlen oder krank sind. Besorgniserregend ist außerdem die Häufung bestimmter Krankheitsarten. So hat sich die Quote der psychischen Erkrankungen bei einer sonst zu beobachtenden Halbierung von Krankheitstagen verdoppelt. Der niedrige Krankenstand muss daher auch als Alarmzeichen interpretiert werden. Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes oder ähnliche Phänomene sind nachweislich Ursachen für viele psychische und psychosomatische Erkrankungen. Hiervon sind vielfach Frauen überproportional betroffen. So sind psychische Erkrankungen bei Frauen die häufigste Ursache für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben.

Wechselnde Anforderungen

Eine betriebliche Gesundheitspolitik, die den klassischen Arbeitsschutz, das Gesundheitsmanagement und die Gesundheitsförderung einbezieht, muss berücksichtigen, dass sich die Arbeitswelt permanent und in schneller Geschwindigkeit verändert. Körperliche Belastungen spielen bei vielen Berufsgruppen nach wie vor eine große Rolle. Es sind jedoch neue Belastungsfaktoren in den Vordergrund gerückt. Die in den 1980er Jahren einsetzende Tendenz zur »Überflexibilisierung« von Arbeitszeiten ist hierfür ein gravierendes Beispiel. Empirische Untersuchungen zeigen, dass der Zeit- und Leistungsdruck nach Auffassung der Beschäftigten gravierend zugenommen hat. So gaben bei der WSI-Betriebsrätebefragung 2004 91% der Betriebsräte an, dass die psychischen Belastungen im Betrieb zugenommen hätten. Diese Aussage korrespondiert auffällig mit dem Absinken der Fehlzeiten wegen anderer Erkrankungen in der gleichen Dekade.

Wechselnde Schwerpunkte

Aus diesen Entwicklungen ergeben sich neue Tätigkeitsschwerpunkte, die arbeitsbedingte Erkrankungen und das Abbrechen von Erwerbsbiographien verhindern. Psychische Belastungen können durch klassischen Arbeitsschutz wie etwa durch Lärmminimierung am Arbeitsplatz reduziert werden. Die Gewerkschaften fordern in diesem Zusammenhang, dass die Lärm- und Vibrationsarbeitsschutzverordnung in den Betrieben konsequent umgesetzt wird. Das bedeutet nicht nur Maßnahmen oberhalb der Auslösewerte von 80 bzw. 85 Dezibel (A). Umzusetzen ist vielmehr auch das allgemeine Minimierungsgebot, welches unabhängig von einem Grenzwert einsetzt und damit auch für den Angestelltenbereich Bedeutung hat. Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse geben uns Anhaltspunkte, wie eine gesundheitsförderliche Ausstattung von Arbeitsplätzen aussehen kann. Kampagnen zur Senkung des Lärmpegels in Schulen, Kindergärten und anderen Bildungseinrichtungen lassen über verbesserten Gesundheitsschutz hinaus einen zusätzlichen Beitrag in der Bildungsqualität erwarten. Vergleichbare Effekte und Erträge sind auch in der Privatwirtschaft möglich.

Neben belastungsreduzierenden Ansätzen müssen aber andere Maßnahmen der betrieblichen Prävention treten. Systematische Ansät-

ze des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung sind hierbei ein zentraler Faktor. Eine Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz, die diesen Namen auch verdient, sollte selbstverständlich sein. Von den Beschäftigten werden aber auch Beiträge zur Verbesserung der Unternehmenskultur gefordert. Dies gilt insbesondere für das Führungsverhalten von Vorgesetzten. Nach dem DGB Index Gute Arbeit wird auf einer Skala, die bis 100 reicht, beim »Führungsstil« nur ein durchschnittlicher Wert von 63 und bei der »Betriebskultur« sogar nur ein Wert von 60 erreicht. Dies liegt im Bereich mittelmäßiger Arbeitsqualität, und zwar ziemlich weit unten – zum Vergleich wird die »Kollektialität« mit 76 weitaus besser beurteilt.

Weitere aktuelle Befragungen belegen, dass die Unternehmenskultur einen hohen bzw. sehr hohen Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit hat. Fast 90% der befragten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sahen diesen Zusammenhang. An der Tatsache, dass Verbesserungen des Unternehmensklimas einen entscheidenden Beitrag für Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten leisten müssen und leisten können, sollte daher kein Zweifel bestehen.

Schwieriger ist die Suche nach Instrumenten, mit denen eine so flüchtige Größe wie das Unternehmensklima beeinflusst und verbessert werden kann. Bei der Fortsetzung dieser Suche wollen die Gewerkschaften mithelfen, und es ist klar, dass es an dieser Stelle mehr um ein Miteinander als ein Gegeneinander geht.

Instrumentarium des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Dies lenkt die Aufmerksamkeit auf das Instrumentarium des Gesundheitsmanagements und seine Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung.

Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst sämtliche betrieblichen Prozesse mit dem Ziel, Gesundheit und Wohlbefinden des Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Hierzu gehört, dass im Dienste dieser Ziele die Prozesse integriert und im Sinne einer bewussten Steuerung zusammengeführt werden. Hierfür ist die Bereitstellung geeigneter personeller Ressourcen sowie die Einbeziehung der nach dem Arbeitssicherheitsgesetz vorgegebenen Arbeitsschutzorganisation erforderlich. Die Gewerkschaften legen Wert darauf, dass sich Gesundheitsmanagement in dem durch die Mitbestimmung vorgegebenen Rah-

men hält und von ihr mit beeinflusst wird. Was bedeutet aber zeitgemäßes betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis?

Es bedeutet mehr Kommunikation über den Faktor Gesundheit im Betrieb. Informationen müssen gesammelt und in partizipative Prozesse eingespeist werden. Hierzu gehört das Wissen um die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Sicht auf das Betriebsklima. Dieses Wissen kann nur im wechselseitigen Vertrauen ermittelt werden – und dieses Vertrauen darf nicht enttäuscht werden, hierzu möchten wir uns später noch genauer äußern. Gesundheitsmanagement muss ferner Ansätze des Arbeitsschutzes, die auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen abzielen, aufgreifen und nutzen. Zu Recht ist die Humanisierung der Arbeitswelt nicht nur ein Programm der 1970er Jahre, sondern auch ein Programm für das startende 21. Jahrhundert.

Wir brauchen hierbei beides: zum einen Maßnahmen, die die Beschäftigten zu gesundheitsgerechterem Verhalten anleiten, also Verhalten steuern. Wir brauchen aber auch Ansätze, die die Verhältnisse am Arbeitsplatz ändern. Hierzu gehört eine Arbeitsstätte, die nach arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen ausgestattet wird. Ergonomische Anforderungen, wie etwa genügend Platz, genügend Licht, der Einsatz von Tragehilfen und eine zureichende Gestaltung von Arbeitsorganisation, Arbeitsaufgabe und Arbeitsablauf sind hierbei nach wie vor wichtig.

Betriebliches Gesundheitsmanagement muss sowohl physische Belastungen als auch psychische Fehlbeanspruchungen und Gegebenheiten erfassen. Betriebliches Gesundheitsmanagement setzt Kooperationsbeziehungen zwischen den Bereichen Personal, Arbeitsmedizinern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern voraus. Betriebs- und Personalräte können eine wichtige Rolle im Gesundheitsschutz spielen und müssen diese Chance nutzen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte mit Angeboten an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Führungskräfte kombiniert werden. Wichtig ist, dass durch die Angebote dokumentiert wird, dass der Arbeitgeber eine gesundheitsorientierte Lebensweise unterstützt und sie auch am Arbeitsplatz mit Worten und Taten fördert.

Diese grundsätzliche Ausrichtung muss durch eine geschickte Werbung für gesundheitsgerechtes Verhalten vervollständigt werden. Aus Arbeitnehmersicht ist hierbei insbesondere eine gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung anzustreben. Der Chef oder die Chefin beeinflussen in hohem Maße die Arbeitszufriedenheit, Motivation, Befinden und

Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies wird, wie oben schon angesprochen, durch eine Vielzahl von Mitarbeiterbefragungen bestätigt. Entsprechende Programme sind in den Handlungsfeldern nach § 20 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V einbezogen, wenngleich nicht oder noch nicht in jedem Betrieb umgesetzt.

Der Arbeitgeber kann bereits durch einfache Maßnahmen – wie etwa Initiativen im Hinblick auf die Betriebsverpflegung – dokumentieren, dass er den Betrieb gesundheitsgerecht gestalten möchte. Selbst kleinere Beiträge können der Belegschaft verdeutlichen, dass traditionell eher rein betriebswirtschaftlich geprägte Entscheidungsvorgänge durch gesundheitsorientierte Aspekte, die in den Entscheidungs- und Gestaltungsprozess eingebunden sind, ergänzt werden. Die bisher vorliegenden Ergebnisse aus der Begleitforschung ergeben, dass sich betriebliches Gesundheitsmanagement letztlich auch positiv auf die Bilanz auswirkt. So wird ein Return of Investment von 3 zu 1 prognostiziert.

Es lohnt sich also mehr zu tun. Dies gilt vor allem langfristig. Hierbei geht es nicht nur ums Sparen, sondern auch um die betriebliche Gesamtleistung. Unternehmen, die eine langfristig angelegte Politik der Gesundheitsförderung betreiben, zeichnen sich – so die Studie der Hans Böckler Stiftung »Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in Banken und Versicherungen« – dadurch aus, dass anstehende Aufgaben schneller bearbeitet werden (vgl. Pfaff u.a. 2007: 5, 129f.). Zudem steigt die Zahl der Innovationen signifikant.

Bewertung der Instrumente

Angesichts der erwiesenen Wirkungen betrieblicher Gesundheitspolitik sollte man annehmen, dass kein Unternehmen auf die Einführung derartiger Maßnahmen verzichtet. Vor allem amerikanische Studien belegen einen spürbaren Rückgang von Fehlzeiten bei systematischen Aktivitäten des Arbeitgebers auf gesundheitlichem Gebiet (vgl. Pfaff u.a. 2007: 57).

In Deutschland fehlt es demgegenüber an einer umfassenden Umsetzung von Gesundheitszielen auf Unternehmensebene. Kleinere und mittlere Unternehmen bleiben von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitspolitik typischerweise ausgenommen. Dies bestätigt sich auch in der deutschen Versicherungswirtschaft. Soweit derartige Versiche-

rungen sich in kleineren Einheiten unterhalb von 49 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern organisieren, finden sich in 97,6% der Betriebe weder freiwillige Maßnahmen der Gesundheitspolitik noch die bewusste Anwendung von Arbeitsschutzinstrumentarien wie der Gefährdungsbeurteilung (vgl. Pfaff u.a. 2007: 73). Bei größeren Betrieben mit mehr als 50 Mitarbeitern kehrt sich dieses Verhältnis um. Allerdings ist auch in der Gruppe der Unternehmen, denen man ein betriebliches Gesundheitsmanagement zurechnet, ein weites Spektrum von Maßnahmen festzustellen. Insbesondere ergibt sich nur dann ein realistisches Bild, wenn man sich vor Augen führt, dass viele Unternehmen sich auf wenige verhaltenspräventive Maßnahmen beschränken (vgl. Pfaff u.a. 2007: 90). Hinsichtlich der Qualität der angewandten Instrumente und ihrer Wirkungstiefe im Unternehmen wird man ein ebenfalls sehr unterschiedliches Niveau vermuten dürfen. So wurde etwa festgestellt, dass Gesundheitszirkel als partizipative Grundstruktur betrieblicher Gesundheitsförderung nur in 10% der Banken und in 15% der Versicherungen eingesetzt werden. Unternehmen, die überhaupt keine betriebliche Gesundheitsförderung durchführen, sind hierbei noch nicht mitgerechnet.

Im Ergebnis zeigt sich damit im Hinblick auf die Verbreitung und Qualität gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen eine Insellage. Es gibt wenige verstreute Inseln, auf denen betriebliche Gesundheitspolitik einen hohen Stellenwert hat und eine Vielzahl von Maßnahmen systematisch zur Förderung und zum Erhalt der Gesundheit der Beschäftigten eingesetzt werden. Viele Unternehmen beschränken sich auf den gesetzlich abverlangten Arbeitsschutz oder auf wenige Maßnahmen der Verhaltensprävention. Die überwiegende Mehrzahl der Betriebe kennt gesundheitsorientierte Ansätze und deren Nutzen überhaupt nicht oder kommt diesen Aufgaben aus anderen Gründen nicht nach. Auch Betriebsräte und Betriebsärztinnen und -ärzte sind anscheinend ihrer gesetzlich propagierten Rolle nicht umfassend nachgekommen.

Aktueller Handlungsbedarf

Aus der aktuell schwachen Ausprägung betrieblicher Strukturen ergibt sich ein erheblicher Handlungsbedarf. Festzustellen ist ein Defizit systematischer Steuerung, welches gerade den gesetzlich geförderten Bereich nach SGB V, also die Prävention nach § 20 und die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V, betrifft. Insoweit sind

die gesetzlich zur Verfügung gestellten Ressourcen sowohl in organisatorischer als auch in finanzieller Hinsicht nicht in der Art und Weise gestaltet, dass eine flächendeckende oder wenigstens in sich konsistente Landschaft der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention entstünde. Wer derzeit von betrieblicher Gesundheitsförderung im weiteren Sinne profitiert, hängt noch vom Zufall und nicht von objektiven Faktoren wie etwa einem besonderen Bedarf ab.

Betriebliche Gesundheitspolitik erreicht damit nicht immer diejenigen, die sie besonders dringend benötigen. Berufsgruppen, die in besonders hohem Maße von schlechter Arbeit betroffen sind, wie etwa Hilfs- und Leiharbeiter oder auch Maler und Lackierer, werden selten in ein betriebliches Gesundheitsmanagement einbezogen. Auch insoweit besteht die Tendenz, dass Personen, die ohnehin schon gute Arbeitsbedingungen haben, besser versorgt werden, während andere, weniger privilegierte Gruppen ganz ausgespart bleiben. In diesem Zusammenhang müssen ebenso die Konzepte für kleine und mittlere Unternehmen weiterentwickelt werden; dies auch dann, wenn auch in Zukunft wohl nur wenige kleinere Unternehmen ein wirkliches »Gesundheitsmanagement« haben werden.

Die gewerkschaftlichen Vorstellungen zielen ferner auf eine Integration von klassischem Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung ab. Die im Arbeitssicherheitsgesetz angelegten Strukturen können und sollen auch für erweiterte Aktivitäten bei der Gesundheitsvorsorge eingesetzt werden. Gerade für den Bereich der vormaligen »Angestellten« ist dies auch ein gewerkschaftliches Zukunftsthema.

Bei der Umsetzung konkreter Maßnahmen im Betrieb ist Fairness und verantwortungsbewusster Umgang mit Informationen unverzichtbar. Ein Beispiel ist die Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Nach dieser Vorschrift müssen bekanntlich sämtliche Beschäftigte, also nicht nur Schwerbehinderte, die länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig waren, unter Einbeziehung der betrieblichen Interessenvertretung und des betroffenen Beschäftigten in die betrieblichen Abläufe eingegliedert werden. Diese gesetzlich vorgeschriebene Festschreibung eines Weges, der in das Unternehmen zurückführt, ist hilfreich und angesichts der Vergangenheit, in der die Erwerbsbiografie vielfach zu früh abbrach, auch überfällig gewesen.

Die im Zusammenhang mit dem Eingliederungsmanagement geführten Gespräche müssen aber tatsächlich darauf gerichtet sein, die

Gesundheit des Arbeitnehmers bzw. der Arbeitnehmerin zu fördern. Es muss ein ernsthaftes Interesse an der Gesundheit des Mitarbeiters bestehen und artikuliert werden. Ein Klima des Misstrauens eignet sich nicht, um Gesundheitsgespräche oder betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen. Dann kann vermieden werden, dass das Eingliederungsmanagement von einzelnen Beschäftigten als Bedrohung empfunden wird. Auf die Belange von besonderen Beschäftigtengruppen ist Rücksicht zu nehmen. Dies gilt beispielsweise für chronisch erkrankte oder ausländische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Beide Gruppen interpretieren die Eingliederungsgespräche erwiesenermaßen häufig als Belastung. Einzelheiten der Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements müssen wegen der Ambivalenz solcher Maßnahmen und auch wegen des Datenschutzes in Betriebs- und Dienstvereinbarungen festgelegt werden. Dies entspricht auch den Intentionen des Gesetzes, das die Zusammenarbeit von Arbeitgeber und betrieblicher Interessenvertretung ausdrücklich vorschreibt.

Bei der Ausrichtung betrieblicher und überbetrieblicher Programme müssen Defizite bekämpft und Handlungschancen genutzt werden. Unternehmen müssen branchenabhängig, unternehmensbezogen und unter Beteiligung der Beschäftigten und ihrer Vertretungen ermitteln, welche Maßnahmen für ihre Situation vorteilhaft und passend sind. Diese Schwerpunktsetzung kann nicht generell und von oben vorgegeben werden. Klar ist aber, dass es um eine Ausweitung der Angebote und um eine weitere Verbesserung bzw. den Aufbau von Strukturen geht.

Zwei Gruppen sollten hierbei aus meiner Sicht besonders berücksichtigt werden. Dies sind zum einen die Führungskräfte selbst, die für die betriebliche Gesundheitspolitik geschult werden müssen. Es sind noch zu wenige Unternehmen, die die oben angesprochene Schlüsselrolle erkannt haben. Führungskräfte-seminare zu Themen, die auf die Gesundheitsorientierung hinleiten, sind nach wie vor selten (vgl. Pfaff u.a. 2007: 91, 95). Angesichts des eingangs geschilderten rasanten Anstiegs psychischer Fehlbeanspruchungen besteht hierfür auch ein aktueller, aus meiner Sicht aufzugreifender Anlass.

Neben den Führungskräften verdienen ältere Beschäftigte besondere Aufmerksamkeit. Wer vorzeitig und mit gesundheitlichen Defiziten aus dem Betrieb ausscheidet, hat es nach wie vor schwer, Arbeit zu finden. Gutes Gesundheitsmanagement, gute Prävention und betriebliches Eingliederungsmanagement können dazu beitragen, dass Beschäftigte ihr Erwerbsleben leichter fortführen können und nicht auf staatliche Hilfe

angewiesen sind. Vorzeitig ausscheidende Beschäftigte erleiden vielfach massive Einbußen. Nicht jede arbeitsbedingte oder zufällig erlittene Krankheit führt zu einem Rentenanspruch. Ausreichende Anwartschaftszeiten werden dann nicht mehr generiert. Fehlende Prävention und Reintegration muss später mit bitterer Altersarmut bezahlt werden.

Fazit

In vielen besonders erfolgreichen Unternehmen hat die Aufgabe der Gesundheitspolitik aus guten Gründen Resonanz gefunden und wird von den Führungskräften und den Betriebsräten mitgetragen. Dass sich Gesundheitsmanagement auch rechnet, ist hierbei ein wichtiger zusätzlicher Nutzen.

Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement müssen in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess eingebunden werden. Organisations- und Personalentwicklung, die Gestaltung von Arbeitszeiten sowie Ansätze zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollten miteinbezogen werden. Die zur Erfüllung dieser Ziele existierenden Ansätze müssen ausgebaut und bei einer wachsenden Zahl von Betrieben implementiert werden. Hierzu gehört auch eine verbesserte betriebliche Gesundheitsstatistik. Sensible persönliche Daten müssen hierbei durch geeignete Verfahren geschützt bleiben.

Wenn all dies effektiv geschieht, wird es viele Gewinner geben: Alte, Junge, Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Das gemeinsame Ziel einer gesünderen Arbeitswelt mit einem besseren Arbeitsklima können alle mitverfolgen.

Literatur

Pfaff, Holger u.a. (2007): »Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in Banken und Versicherungen«. Abschlussbericht vom 10.9.2007. Hans-Böckler-Stiftung.

Wolfgang Rombach

Betriebliche Prävention – eine Einheit

Fragen der betrieblichen Prävention stehen in engem Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung, die sich auf den einfachen Nenner bringen lässt: Unsere Gesellschaft altert. Jedes Jahrzehnt kommen gut zwei Jahre in der Lebenserwartung hinzu. Bis 2030 wird daher die Zahl der über 65-Jährigen um 6,4 Millionen zunehmen. Auf der anderen Seite sinkt die Zahl der 14- bis 64-Jährigen um 5,3 Millionen. Aus der Perspektive der Betriebe heißt das, Belegschaften mit hohen Anteilen älterer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen werden Realität.

Die Alterung der Belegschaften muss dabei kein Nachteil sein. Im Gegenteil wissen viele Firmen inzwischen den Vorteil eines vernünftigen Miteinanders von Jung und Alt sehr zu schätzen. 1998 waren weniger als 38% der 55- bis 64-Jährigen erwerbstätig. Heute sind es bereits rund 52%. Es tut sich also etwas, und das ist nicht überraschend. Denn schließlich sind die Älteren kein altes Eisen. Sie haben Erfahrung, Können und Wissen.

Die weit verbreitete pauschale Annahme, dass mit zunehmendem Alter die Leistungsfähigkeit abnehmen müsse, wurde von der Wissenschaft längst als Mythos entlarvt. Es ist sicher nicht zu bestreiten, dass sich mit zunehmendem Alter physische und psychische Fähigkeiten verändern.

Neuere Untersuchungen zeigen aber, dass diese Veränderungen durchaus positiv sein können und typischerweise neben Erfahrungswissen und Qualitätsbewusstsein auch Teamfähigkeit und Flexibilität zu den Stärken älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zählen. Ihre Beschäftigung zahlt sich also auch betriebswirtschaftlich aus, wenn Unternehmen das besondere Können und den Wissensschatz der Älteren nutzbar machen.

Um das zu fördern, hat die Bundesregierung im Rahmen der Initiative 50plus, die das Komplementärstück zur Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre bildet, aus einer Reihe von bewährten und neuen Instrumenten ein wirksames Gesamtpaket geschnürt:

- Unternehmen können Lohnkostenzuschüsse erhalten, wenn sie einen Arbeitslosen ab vollendetem 50. Geburtstag einstellen.
- In kleinen und mittleren Unternehmen mit bis zu 250 Beschäftigten wird die Qualifizierung ab dem 45. Lebensjahr durch Übernahme der Weiterbildungskosten von der Bundesagentur gefördert, wenn der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt fortzahlt.
- ALG I-Bezieher ab Vollendung des 50. Lebensjahres kann die Differenz zwischen neuem und altem Lohn zu 50% ausgeglichen werden, wenn diese eine gegenüber ihrer früheren Tätigkeit geringere entlohnte Arbeit annehmen.
- Es gibt erleichterte Befristungsregelungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab dem 52. Lebensjahr.
- Arbeitgeber, die Arbeitslose ab 55 Jahren einstellen, müssen für diese keinen Arbeitgeberanteil zur Arbeitslosenversicherung zahlen.

Zur Initiative 50plus hinzu kommt das Bundesprogramm Perspektiv-50plus. Gefördert werden damit 62 regionale Beschäftigungspakte zur beruflichen Wiedereingliederung Älterer. Das Programm setzt auf die gemeinsamen Anstrengungen aller regionalen Akteure, den Aufbau von Kooperationen und die Weiterentwicklung von Netzwerken – und es ist damit sehr erfolgreich. Das angestrebte Ziel wurde nicht nur erreicht, sondern sogar übertroffen: Seit Oktober 2005 konnten über 20.000 Langzeitarbeitslose vermittelt werden. Sie haben den Sprung in den ersten Arbeitsmarkt geschafft, rund die Hälfte davon in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Dabei ist zu bedenken, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Programms über vier Jahre arbeitslos war und zusätzliche Vermittlungshemmnisse wie fehlende Berufsausbildung, Sprachprobleme oder gesundheitliche Einschränkungen eine zeitnahe Vermittlung eher schwierig machten. Der Ansatz, nicht mit fertigen Rezepten zu starten, sondern bewusst individuelle und regional angepasste Strategien zu entwickeln, zahlt sich voll aus. Deshalb haben wir jetzt in einer am 1. Januar 2008 gestarteten zweiten Programmphase mit drei weiteren Jahren nachgelegt. Und wir werden noch ehrgeiziger: Unser Ziel sind diesmal mindestens 50.000 Vermittlungen.

In einer Gesellschaft, in der alle im Schnitt länger leben und die Zahl der Älteren stetig wächst, ist es entscheidend, dass Ältere länger im Berufsleben bleiben können. Weiterbildung ist eine zentrale Voraussetzung dafür. Denn lebenslanges Lernen ist noch immer der beste Weg, um in Beschäftigung zu kommen und berufstätig bleiben zu kön-

nen. Wenn sich deshalb nur neun Prozent der über 55-Jährigen heute im Betrieb weiterqualifizieren, ist das viel zu wenig. Natürlich bleibt die Weiterbildung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Aufgabe der Unternehmen und der Beschäftigten selbst. Die Bundesregierung setzt aber verstärkt Anreize, um die betriebliche Weiterbildung zu fördern. So wurde im letzten Jahr die bestehende Förderung für die Weiterbildung älterer Arbeitnehmer noch einmal deutlich verstärkt und der Kreis der förderungsfähigen Betriebe deutlich ausgeweitet. Wer dort arbeitet, erhält nun fünf Jahre früher als bisher, nämlich bereits ab dem 45. statt ab dem 50. Lebensjahr, die Chance auf Förderung.

Durch diese beiden Veränderungen hat sich die Zahl der Förderberechtigten von bisher rund 2,96 Millionen auf etwa 6,26 Millionen mehr als verdoppelt. Es liegt nun an den Unternehmen, die vorhandenen Möglichkeiten auch im wohl verstandenen Eigeninteresse zu nutzen.

Die weitere entscheidende Voraussetzung für ein langes Arbeitsleben ist Gesundheit. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen deshalb in den Fokus rücken. Nach Auskunft des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung ist nur knapp ein Fünftel aller Betriebe in diesem Bereich aktiv. Dabei müsste es sich doch inzwischen herumgesprochen haben, dass der demografische Wandel nicht ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung bleiben wird. Um es auf den Punkt zu bringen: Die Zahl chronisch kranker und behinderter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird steigen. Auch die Natur von Krankheiten und Behinderungen wird sich ändern. Schon heute wächst der Anteil der Langzeiterkrankten stetig, die als Ursache Stress, Burn-out und Depressionen angeben. Und diese Entwicklungen werden sich beschleunigen – wenn wir nicht entschieden gegensteuern. Es ist deshalb entscheidend, Arbeit so zu organisieren, dass sie nicht krank macht. Dabei geht es um ausreichenden Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, um Schutzvorschriften und darum, dass Arbeit physisch und psychisch nicht überlastet. Es geht um gute, um gesunde Arbeit.

Arbeit bedeutet Verschleiß, keine Frage. Aber vieles kann verhindert und anderes – vor allem, was Augen, Haut, Rücken oder Psyche angeht – durch rechtzeitiges Handeln gemindert werden. In Deutschland war 2005 knapp ein Drittel der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit psychischen Erkrankungen begründet. Eine Zahl, die uns allen zu denken geben sollte. 28% der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Europa erklären, dass sie unter erheblichen gesund-

heitlichen Problemen leiden – verursacht durch ihre derzeitige oder eine frühere Beschäftigung. Und rund vier Millionen Unfälle am Arbeitsplatz in Europa im Jahr 2004 sind vier Millionen Unfälle zuviel. Wir streben deshalb jetzt in der EU gemeinsam an, die Zahl der Arbeitsunfälle weiter zu senken – das Ziel bis 2012 ist zunächst ein Viertel weniger.

In Deutschland haben wir mit der Initiative Neue Qualität der Arbeit, kurz: INQA, bereits eine Plattform auf den Weg gebracht, die sich darum kümmert, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen mit den wirtschaftlichen Interessen der Unternehmen zu verbinden. Denn in den Betrieben gibt es dazu viel Wissen und gute Ideen, die bekannter werden müssen. In INQA arbeiten wir gemeinsam mit den Ländern, Sozialpartnern (Partner ist selbstverständlich auch die IG Metall), Unfallversicherungsträgern, Stiftungen und Unternehmen daran, dieses Wissen zu verbreiten. INQA zeigt, dass wir mehr denn je eine integrierte Perspektive brauchen. Das heißt konkret: Wir brauchen alle Generationen, wenn wir Wohlstand und Wirtschaftskraft in Deutschland erhalten wollen. Und deshalb geht es auch bei INQA nicht nur um die Älteren. Es geht ganz grundsätzlich um die Gestaltung guter Arbeit. Denn ob jemand bis zum Rentenalter arbeiten kann, entscheidet sich nicht erst mit 60 Jahren. Die Weichen werden viel früher gestellt. Deshalb geht es zum einen um Arbeitsbedingungen, die die Fähigkeiten der Beschäftigten erhalten und fördern und die damit die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen langfristig sichern. Zum anderen halten solche Arbeitsplätze die Beschäftigten länger fit, sie tragen dazu bei, dass sie gesünder und zufriedener in den Ruhestand entlassen und infolgedessen auch die Sozialversicherungen entlastet werden. Es geht darum, eine »Win-win-win-Situation« zu schaffen, von der die Beschäftigten, die Unternehmen, aber auch der Sozialstaat profitieren, was dann wiederum sowohl Arbeitnehmern als auch Arbeitgebern zugute kommt.

Ein wichtiger Baustein der betrieblichen Gesundheitsförderung ist das 2004 eingeführte Betriebliche Eingliederungsmanagement. Vor dem Hintergrund des Grundsatzes »Rehabilitation vor Entlassung oder Rente« (vgl. § 8 SGB IX) wird mit diesem Instrument das Ziel verfolgt, im Betrieb, mit den dort vorhandenen Akteuren und Strukturen sowie unter Nutzung der dort gegebenen oder herstellbaren spezifischen Potenziale die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesund und arbeitsfähig zu halten. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement betrifft also alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das hat das Bundesarbeitsgericht mit einer Entscheidung vom letzten Jahr klargestellt, auch wenn die Rege-

lung im SGB IX unter »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« zu finden ist. Das Eingliederungsmanagement ermöglicht es allen Beschäftigten, die im Jahr länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind, professionelle Hilfen vom Betrieb einzufordern. Darum – und nur darum – geht es. Das Eingliederungsmanagement ist und darf kein bloßes »Krankenrückkehrgespräch« sein, es geht weder um Kontrolle noch um den Versuch, einen kranken Beschäftigten zu bedrängen, die Arbeit wieder aufzunehmen. Den Arbeitgeber haben wir verpflichtet, ein Angebot zu machen. Die betroffenen Beschäftigten können frei entscheiden, ob sie das Angebot annehmen wollen.

Um sicherzustellen, dass das Verfahren im Sinne des Gesetzes abläuft, wurden die Rechte des Betriebsrates und der Schwerbehindertenvertretung gestärkt. Das heißt: Im Betrieblichen Eingliederungsmanagement geht nichts ohne die Einbeziehung der Personalvertretung, des Betriebsrats und der Schwerbehindertenvertretung. Sie können vom Arbeitgeber verlangen, dass die Rahmenbedingungen für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement geschaffen werden und überwachen, dass Unterstützungsangebote auch wirklich gemacht und Hilfen unverzüglich beantragt oder erbracht werden. Mit Zustimmung der Beschäftigten kann die Interessenvertretung am gesamten Einzelverfahren beteiligt sein.

Kündigungsschutzverfahren zeigen immer wieder, dass sich Betriebe um Langzeiterkrankte in der Regel wenig kümmern. Hier muss angesetzt werden: Nicht abwarten, sondern helfen, eingliedern statt kündigen, heißt die Devise. Die Vorteile des Instruments kommen schließlich auch hier allen zugute: Erfolgreiches Betriebliches Eingliederungsmanagement führt zu einer »Win-win-win-Situation« für Beschäftigte, Arbeitgeber und die Allgemeinheit: Zum einen brauchen die Beschäftigten nicht um ihren Arbeitsplatz zu fürchten; zum anderen können die Arbeitgeber Kosten für Ersatzpersonal sparen und sicherstellen, dass das »Know-how« im Betrieb verbleibt. Die Allgemeinheit schließlich profitiert in Form von Einsparungen im Bereich der sozialen Sicherungssysteme, die ggf. in Beitragssenkungen zum Ausdruck kommen.

Damit gesetzliche Regelungen wie das Betriebliche Eingliederungsmanagement Wirkung entfalten können, muss über ihre Anwendung Klarheit herrschen. Sensibilisieren, aufklären, informieren, das ist kein nettes Beiwerk, sondern ein wesentliches Element politischer Gestaltung. Um zu sehen, wo es in der Praxis hakt, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Studie zur Umsetzung des Betrieblichen

Eingliederungsmanagements in den Unternehmen erstellen lassen. An der Studie, die inzwischen auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales veröffentlicht wurde, haben 630 Personen aus dem Kreis der Schwerbehindertenvertretung, der Betriebs- und Personalräte, der Personalabteilungen, des Werkärztlichen Dienstes, der Geschäftsführungen, der Beauftragten des Arbeitgebers, der Disability Manager und der Betroffenen teilgenommen.

Daneben haben 474 Personen einen Fragebogen in der Zeitschrift »Behinderte Menschen im Beruf« (ZB) ausgefüllt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in Deutschland noch am Anfang steht. Aber sie zeigt auch, dass das Thema langsam bei den Arbeitgebern ankommt und eine positive Entwicklung begonnen hat.

Nach der Untersuchung hat die Mehrheit der großen Unternehmen und mehr als die Hälfte der mittelgroßen Unternehmen, die an der Studie teilgenommen haben, das Betriebliche Eingliederungsmanagement bereits thematisiert; bei kleinen Betrieben ist dies nur bei 30% der Fall. Allerdings besteht in Bezug auf die Studie das – in ihr selbst auch reflektierte – methodische Problem, dass aus Gründen der Forschungsökonomie insbesondere solche Betriebe auf das Betriebliche Eingliederungsmanagement angesprochen wurden, von denen eine höhere Antwortbereitschaft erwartet werden konnte. Die Ergebnisse sind deshalb in Zusammenhang mit den Resultaten der Studie der DRV Bund in der Modellregion Teltow und Berlin-Lichterfelde zu lesen. Nach dieser Studie haben 90% der Unternehmen, die an der Befragung teilnahmen, noch kein Betriebliches Eingliederungsmanagement durchgeführt. Die Annahme ist deshalb realistisch, dass die Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in der Praxis erst am Anfang steht.

Allerdings sind die Rückmeldungen aus den Betrieben, die das Betriebliche Eingliederungsmanagement eingeführt haben, ermutigend. So bestätigen 36% der betrieblichen Vertreter, die an der Studie teilgenommen haben, dass eine Reduktion der Fehlzeiten erreicht werden konnte. Ferner konnte in etwa der Hälfte der durchgeführten Eingliederungs-Fälle ein leistungsgerechter Einsatz erreicht werden. Jeder sechste Befragte bestätigte, dass Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Erwerbsbeteiligung eines Beschäftigten mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen beigetragen haben. Viele der Antwortenden, die keine derartigen Effekte benannt haben, machen darauf aufmerksam, dass dies aufgrund der kurzen Laufzeit

des Betrieblichen Eingliederungsmanagements im Betrieb bzw. in der Dienststelle noch nicht möglich sei.

Insgesamt zeigt sich, dass wir mehr tun müssen, um insbesondere die kleinen Unternehmen, in denen es an Informationen und an Strukturen zur Umsetzung eines Eingliederungsmanagements fehlt, für das Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung zu gewinnen. Einen Beitrag hierzu soll auch das Projekt »Gesunde Arbeit« leisten. Im Zentrum dieses Projekts steht die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter insbesondere in kleineren und mittelgroßen Unternehmen. Erreicht werden soll dies durch die Errichtung von regionalen »Netzwerkstellen Gesunde Arbeit«, die die Koordination von Beratungsleistungen zum Thema Beschäftigungsfähigkeit, speziell für kleine und mittelgroße Unternehmen übernehmen. Durch die Implementierung der regionalen Netzwerkstellen sollen sich mit Hilfe wissenschaftlicher Begleiterhebungen Kriterien ableiten lassen, wie solche Stellen ausgestaltet sein müssen, welche Netzwerkpartner in welcher Form zusammenarbeiten müssen und wie eine projektunabhängige und nachhaltige Finanzierung solcher Dienstleistungen aussehen kann. Mittel- bis langfristiges Ziel ist die Übertragung solcher Netzwerkstellen auf weitere Regionen. Die regionalen Netzwerkstellen werden von unterschiedlichen Anbietern betrieben, die aus dem Bereich der medizinischen wie der beruflichen Rehabilitation kommen.

Weiter ist deutlich geworden, dass es insgesamt an Information und Aufklärung zum Thema Betriebliches Eingliederungsmanagement fehlt. Hier sind auch die Gewerkschaften, die Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen gefragt. Arbeitgeber dürfen sich nicht erst Gedanken über ein Betriebliches Eingliederungsmanagement machen, wenn Beschäftigte erkrankt sind. Zusammen mit den Interessenvertretungen müssen Strukturen und Hilfsangebote aufgebaut werden, auf die im Krankheitsfall zurückgegriffen werden kann. Und nicht nur die Arbeitgeber müssen die Vorteile des Betrieblichen Eingliederungsmanagements erkennen. Auch bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ist Überzeugungsarbeit zu leisten. Denn auch das hat die Studie gezeigt: Beschäftigte, die vorab, zum Beispiel bei Betriebsversammlungen, über die Vorteile des Betrieblichen Eingliederungsmanagements informiert worden sind, nehmen das Angebot in der Regel gerne an. Haben sie vor dem Krankheitsfall noch nichts davon gehört und ist der Brief des Arbeitgebers dann vielleicht auch noch »unsensibel« formuliert, kann das Angebot eine kontraproduktive Wirkung haben.

Um auf diesem Feld weiter voranzukommen, setzt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales außerdem die Informations- und Aufklärungsinitiative »job – Jobs ohne Barrieren«, mit der wir in den Jahren 2004 bis 2006 viel erreicht haben, bis zum Jahr 2010 fort.

Die Ziele bleiben dabei im Kern unverändert – es geht auch weiterhin um die Förderung der Ausbildung behinderter und schwerbehinderter Jugendlicher, um die Verbesserung der Beschäftigungschancen schwerbehinderter Menschen, insbesondere in kleinen und mittelständischen Betrieben, und schließlich um die soeben beschriebene Stärkung der betrieblichen Prävention, mit der wir Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten langfristig erhalten und fördern wollen. Wir wollen insbesondere diejenigen, die in Betrieben Verantwortung für die Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen wahrnehmen, über die Regelungen zum Beispiel zum Eingliederungsmanagement informieren.

Potenzielle Arbeitgeber sollen davon überzeugt werden, Menschen mit Behinderungen in ihren Unternehmen eine faire Chance zu geben. Eine Chance, sich in einer konkreten Arbeitsstelle zu beweisen – außerhalb von speziellen Werkstätten, in der Mitte der Gesellschaft.

Die Ergebnisse der Initiative zeigen uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Zu Beginn, im Sommer 2004, gab es zu den Schwerpunktbereichen »Ausbildung«, »Beschäftigung« und »betriebliche Prävention« nur wenige positive Beispiele des Engagements von Unternehmen. Im Verlauf der bisherigen Initiative sind daraus bereits 41 abgeschlossene Projekte in allen Regionen Deutschlands geworden.

Ein Beispiel will ich hier nennen: Es ist das Projekt »Betriebliches Eingliederungsmanagement: Handlungsstrategien für die betriebliche Interessenvertretung«, eine vom DGB Bildungswerk Düsseldorf durchgeführte Aktion. In einem mehrstufigen Verfahren wurde hier ein praxisorientierter Leitfaden entwickelt, der in Betrieben konkret dazu dienen kann, Vorbehalte gegen die Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements abzubauen und sowohl auf Arbeitgeber- als auch Arbeitnehmerseite für die Vorteile dieses Instruments zu werben.

Nicht nur national, sondern auch international setzen wir uns für das Eingliederungsmanagement ein, dort eher bekannt als Disability Management. Im Oktober 2006 hat ein internationaler Erfahrungsaustausch zum Disability Management in Brisbane, Australien, stattgefunden. Der Kongress hat gezeigt, dass Disability Management weltweit an Bedeutung gewinnt und auch andere Staaten viel Engagement zei-

gen. Das nächste Forum zum Disability Management wird im Jahr 2008 in Berlin stattfinden. Veranstalter ist hier der Verband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird die Durchführung des Forums nach Kräften unterstützen und hofft auf zahlreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus aller Welt. Dieser auch über unsere Grenzen hinausgehende Einsatz für ein funktionierendes Eingliederungsmanagement ist ein wichtiger Baustein zur Herstellung der Chancengleichheit in Beschäftigung und Beruf.

Abschließend möchte ich noch kurz auf die Beschäftigungssituation behinderter Menschen eingehen, die auch als Gradmesser für den Erfolg der Politik der Bundesregierung dienen kann, durch Instrumente wie das Betriebliche Eingliederungsmanagement eine umfassende Teilhabe aller Menschen am Arbeitsleben sicherzustellen. Dabei ist festzustellen, dass sich die Beschäftigungssituation in den vergangenen Jahren zunehmend verbessert hat. Das hat die Bundesregierung in ihrem Bericht über die Wirkungen der Instrumente zur Sicherung von Beschäftigung und zur betrieblichen Prävention vom Juni 2007 im Einzelnen dargelegt:

- 2005 waren rund 914.000 schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte behinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt.
- Die Zahl der besetzten Pflichtarbeitsplätze hat sich seit 2001 um über 4% erhöht.
- Die Beschäftigungsquote ist von 3,8% auf 4,2% im Jahr 2005 gestiegen.
- Die Zahl der beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber, die keinen schwerbehinderten Menschen beschäftigen, ist im Zeitraum 2001 bis 2005 von rund 39% auf etwa 27% gesunken.
- Und seit Anfang 2007 geht auch die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen stetig zurück. Ende März 2008 waren über 24.000 schwerbehinderte Menschen weniger arbeitslos als noch vor einem Jahr. Dies entspricht einem Rückgang von über 13%.

Das alles sind erfreuliche Entwicklungen. Aber – und das gehört zur ehrlichen Darstellung der Situation dazu – der Abbau der Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderungen vollzieht sich noch immer deutlich langsamer als bei den Menschen ohne Behinderung. Fast 180.000 arbeitslose Menschen mit Behinderungen warten auf eine Perspektive.

Dies macht auch deutlich, dass wir mit Blick auf eine stärkere Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung und unseren Bestrebungen nach verstärkter Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben die ersten Schritte zurückgelegt haben und der weitere Erfolg vieler Verbündeter bedarf. Gerade wenn es um so grundlegende Themen wie die Gesundheitsförderung der Beschäftigten oder um Fragen der betrieblichen Prävention oder des Arbeitsschutzes geht, können Betriebs- und Personalräte und auch die Schwerbehindertenvertretungen gemeinsam mit den Arbeitgebern viel bewegen. Auch das Engagement der Gewerkschaften auf diesen Gebieten wird deshalb von entscheidender Bedeutung sein.

Die Aufgaben, die wir gemeinsam angehen müssen, werden nicht weniger. Ich bin deshalb sicher: Auch die gemeinsame Arbeit an den Themen, die hier angesprochen wurden, geht weiter.

Wolfhard Kohte

Rechtliche Grundlagen und Urteile zur Prävention

Betriebliches Eingliederungs- management und Gesundheitsförderung

Wer Gesundheit erhalten will, kann dies am besten erreichen, solange die Gesundheit noch nicht beeinträchtigt ist. Deshalb gilt allgemein der Grundsatz der Prävention als ein zentraler Grundsatz der verschiedenen Formen des betrieblichen Gesundheitsschutzes. Im Folgenden soll am Beispiel des Arbeitsschutzes, der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Eingliederungsmanagements gezeigt werden, wie auf jedem dieser Handlungsfelder Prävention von zentraler Bedeutung ist, wie diese drei Handlungsfelder miteinander verknüpft sind und welche Konsequenzen dies für betriebliche Aktivitäten hat.

1. Prävention im Arbeitsschutz

Seit 1996 gilt in Deutschland das Arbeitsschutzgesetz, mit dem mehrere EG-Richtlinien, vor allem die grundlegende RL 89/391/EG, umgesetzt worden sind. Mit dieser Richtlinie hatte der Ministerrat bereits 1989 das Ziel verfolgt, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu verbessern. In den Erwägungsgründen der Richtlinie heißt es daher:

»Es sind nach wie vor zu viele Arbeitsunfälle und berufsbedingte Erkrankungen zu beklagen. Für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer müssen daher unverzüglich vorbeugende Maßnahmen ergriffen bzw. bestehende Maßnahmen verbessert werden, um einen wirksamen Schutz sicherzustellen.«

Diese Verbesserung soll vor allem direkt im Betrieb erfolgen, sodass der Arbeitgeber der zentrale Adressat der Präventionspflichten ist. Ein effektiver Gesundheitsschutz kann jedoch nicht ohne oder gar gegen die Beschäftigten erreicht werden, sodass deren Information und Unter-

weisung unverzichtbar sind. Eine besondere Rolle spielt in der Richtlinie daher auch die Verbesserung der kollektiven Mitwirkung der Beschäftigten. Schließlich verlangt die Richtlinie die Gewährleistung einer effektiven staatlichen Aufsicht.

Diese Richtlinie ist durch weitere spezielle Richtlinien ergänzt worden. Ich will als Beispiel hier nur die RL 90/269 EWG vom 29.5.1990 über die Mindestvorschriften bezüglich der Sicherheit des Gesundheitsschutzes bei der manuellen Handhabung von Lasten, die für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer insbesondere eine Gefährdung der Lendenwirbelsäule mit sich bringt, vorstellen, weil Wirbelsäulenerkrankungen weiterhin zu den zentralen Gesundheitsproblemen im Betrieb gehören und weil solche Krankheiten besonders deutlich die Bedeutung der Prävention dokumentieren, denn eine nachhaltig geschädigte Lendenwirbelsäule kann in aller Regel nicht wieder in den früheren Zustand zurückversetzt werden.

Die Richtlinie ist in Deutschland seit 1997 durch die Lastenhandhabungsverordnung umgesetzt worden. Diese benennt bereits klar in § 2 Abs. 1 der Verordnung als Pflicht des Arbeitgebers, manuelle Handhabungen von Lasten, die für die Beschäftigten eine Gefährdung für Sicherheit und Gesundheit mit sich bringen, zu vermeiden. Dies soll erreicht werden durch geeignete organisatorische Maßnahmen oder geeignete Arbeitsmittel. Dieser Grundsatz ist nicht nur ein unverbindliches Programm, sondern eine eindeutige Rechtspflicht. Als ersten Schritt zur Realisierung dieser Aufgabe sieht § 2 Abs. 2 der Verordnung die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung an, damit der Arbeitgeber geeignete Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten treffen kann. Die Gefährdungsbeurteilung ist also kein Selbstzweck, sondern eine handlungsorientierte Aufgabe.

In den letzten Jahren ist diese Aufgabe in der Arbeitswissenschaft intensiv diskutiert worden. Es sind verschiedene Methoden entwickelt worden, wie die Gefährdungen durch manuelle Handhabungen durch Lasten richtig erfasst werden können. Die Richtlinie stellt hier realitätsnahe und betriebsnahe Anforderungen. Sie beschränkt sich nicht allein auf die Höhe des Lastengewichtes, sondern erfasst ausführlich auch die Merkmale der Last, wie z.B. schlechte Handhabbarkeit und Probleme der jeweiligen Transportfähigkeit der Last. Andere Gefährdungen ergeben sich aus dem körperlichen Kraftaufwand, der Notwendigkeit plötzlicher Bewegungen oder von Drehbewegungen des Rumpfes. Natürlich können sich weitere Gefahren aus der Arbeitsumgebung ergeben,

wenn der Raum zur Lastenhabung nicht ausreicht, die Bodenfläche uneben oder glatt ist oder aber auch Temperatur bzw. Luftfeuchtigkeit nicht angemessen sind. Beachtet werden müssen schließlich auch die Erfordernisse der Arbeitsaufgabe und die Möglichkeiten eines angepassten Arbeitsrhythmus, der einer Verspannung bzw. Verkrampfung der Beschäftigten bei der Lastenhandhabung entgegenwirken kann.

Für die Erfassung und Bewertung solcher Gefährdungen existieren unterschiedliche Verfahren,¹ die jeweils unterschiedliche Aspekte besonders berücksichtigen und unterschiedliche Fachkenntnisse für ihre Nutzung voraussetzen; die Wahl dieser Verfahren ist nach der inzwischen gefestigten Rechtsprechung des 1. Senats des Bundesarbeitsgerichts dem Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG unterworfen.²

Es bietet sich daher an, dass diese Frage zunächst im Arbeitsschutzausschuss nach § 11 ASiG mit allen Beteiligten besprochen wird. Danach könnte ein Betriebsrat z.B. vorschlagen, dass man sich für die Gefährdungsbeurteilung im Betrieb einheitlich an der Leitmerkmalmethode³ orientiert, die von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) entwickelt und bekannt gemacht worden ist. Ein solcher Vorschlag müsste weiter eine Prioritätenliste enthalten, in welchen Abteilungen zunächst mit einer solchen Gefährdungsbeurteilung begonnen würde, und es müsste festgelegt werden, wer diese Aufgaben durchführt. Vor allem in größeren Betrieben könnte eine solche an objektiven Kriterien ausgerichtete Methode in Übereinstimmung mit den Handlungshilfen der BAuA durch anonymisierte Umfragen bei Beschäftigten ergänzt werden, da gerade bei Rückenproblemen die subjektive Befindlichkeit, die durch Stress und Anspannung beeinflusst sein kann, eine wichtige Rolle spielen kann.

Die jeweiligen Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung sollten regelmäßig im Arbeitsschutzausschuss, mindestens einmal im Jahr auch bei den regelmäßigen Gesprächen zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat nach § 74 BetrVG erörtert werden. Ziel einer Gefährdungsbeurteilung ist nicht das Ausfüllen von Formularen, sondern die Klärung von Maß-

¹ Überblick bei Zipprich, Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch manuelles Handhaben von Lasten, 2006, S. 64ff.

² BAG NZA 2005, 227 = AiB 2005, 252 m. Anm. Pieper; Kittner/Pieper AiB 2005, 525, 529

³ Einzelheiten auf der Homepage www.baua.de

nahmen. Deshalb müsste in einem weiteren Arbeitsschritt geklärt werden, welche Maßnahmen ergriffen werden sollen.

Die Möglichkeiten sind vielfältig:⁴ man kann bestimmte Lasten verkleinern;⁵ man könnte bestimmte Arbeitsgänge mit mechanischen Hilfsmitteln durchführen lassen bzw. neue und besser geeignete Hilfsmittel erwerben und einsetzen. Ebenso sind Änderungen in der Arbeitsorganisation denkbar, sodass z.B. einzelne besondere belastende Arbeitsgänge mit zwei Personen durchgeführt werden oder aber zumindest eine verbesserte Pausenorganisation eingeführt wird. Zeitweilig können auch sekundäre Schutzmaßnahmen in Betracht kommen, wie z.B. verlängerte Arbeitspausen bzw. die Einführung von Mischarbeit mit unterschiedlichen körperlichen Belastungen. In jedem Fall müsste ein solcher Maßnahmenplan wiederum zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat vereinbart sowie mit festen Terminen und Verantwortlichkeiten verbunden werden. Diese Maßnahmen würden sich an den Pflichten der Arbeitgeber in §§ 3, 4 LastHandhabV orientieren, sodass wiederum das Mitbestimmungsrecht nach § 87 I Nr. 7 BetrVG eröffnet wäre. Im Konfliktfall wäre dann die Einigungsstelle anzurufen.⁶

Wenn diese Struktur einmal etabliert ist, geht es darum, die Arbeitsorganisation und die Arbeitsmittel weiter zu entwickeln und an die jeweils neuen Anforderungen anzupassen. Hier spielt eine wesentliche Rolle die regelmäßige Unterweisung nach § 12 ArbSchG, die für die Lastenhandhabung in § 4 LasthandhabV besonders hervorgehoben worden ist. Gerade bei der Lastenhandhabung ist eine regelmäßige Unterweisung, mit der fehlerhafte Arbeitsmethoden korrigiert werden können, von großer Bedeutung.

Eine solche Unterweisung ist abteilungs- und arbeitsgruppenbezogen als »Unterweisung im Dialog« durchzuführen. Grundsätzlich zuständig sind die jeweiligen Vorgesetzten, die für diese Aufgabe auch regelmäßig zu qualifizieren sind.⁷ Eine wichtige Rolle bei der Vorbereitung und Durchführung können die ebenfalls abteilungsbezogen gewählten bzw.

⁴ Ausführlich: Zipprich (Fn. 1) S. 87ff.

⁵ So gehörte es zu den wichtigsten arbeitsschutzpolitischen Erfolgen am Bau, dass die früher üblichen 50-kg-Zementsäcke gegen kleinere Zementsäcke ausgetauscht worden sind.

⁶ HaKo-BetrVG/Kohte, 2. Aufl. 2006 § 87 Rz. 80; DKK-BetrVG-Klebe, 11. Aufl. 2008 § 87 Rz. 188 ff.

⁷ Giesert/Wendt, Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement, 2007, S. 13

benannten Sicherheitsbeauftragten nach § 22 SGB VII spielen. Auf dieser Basis ist es möglich, im Zusammenhang mit einer solchen Unterweisung eine jährliche Diskussion über Arbeitsschutzprobleme und mögliche Verbesserungsmaßnahmen durchzuführen. Hier könnten weitere konkrete Beispiele zur Verringerung von Lasten, zur Vereinfachung der Lastenhandhabung und zur Vermeidung von Lastenhandhabung mit ungünstigen Körperhaltungen beraten werden, die dann wiederum in dem Arbeitsschutzausschuss und in die regelmäßigen Konsultationen zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat einmünden können. Auch für diesen Prozess steht dem Betriebsrat das Mitbestimmungsrecht nach § 87 I Nr. 7 BetrVG zur Verfügung. Der erste Senat des BAG hat ausdrücklich entschieden, dass bei der Gestaltung der Unterweisung dem Betriebsrat ein solches Mitbestimmungsrecht zukommt,⁸ sodass es auch hier wiederum darauf ankommt, konkrete und für die Beschäftigten der jeweiligen Abteilung akzeptable Vorschläge einzubringen, die innerbetrieblich mehrheitsfähig und durchsetzbar sind. Auch insoweit steht der Weg zur Einigungsstelle zur Verfügung. Erste Erfahrungen zeigen, dass auch konkrete Regelungsvorschläge eine Mehrheit in der Einigungsstelle finden können.

Letztlich macht dieses Beispiel deutlich, dass es notwendig und möglich ist, gesundheitsbezogene Prozesse im Betrieb in Gang zu bringen und dafür die passenden Formen zu schaffen, sodass Gefährdungsbeurteilung, Ermittlung und Durchführung von Maßnahmen, Unterweisung und gemeinsame Diskussion mit neuen Zielen Elemente eines weiter fortzusetzenden Prozesses sind, der sich in gleicher Weise auch auf andere Themen von der Bildschirmarbeit bis zum Abbau psychischer Belastungen beziehen kann.

2. Prävention durch betriebliche Gesundheitsförderung

Ein wichtiges weiteres präventives Gesundheitskonzept wird durch die betriebliche Gesundheitsförderung markiert, die seit 2007 nach § 20a SGB V zu den Pflichtaufgaben der Krankenkassen gehört. Mit betrieblicher Gesundheitsförderung wird in Anlehnung an die Ottawa-Erklärung der WHO seit etwas mehr als 20 Jahren ein Prozess bezeichnet, der den betroffenen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung

⁸ BAG NZA 2004, 1175 = AiB 2005, 252 m. Anm. Pieper

über ihre eigene Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll, damit sie ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden erlangen.⁹ Gesundheit steht in diesem Kontext für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die psychische und somatische Gesundheit betont.

In diesem Konzept steht vor allem, wie sich jetzt auch aus § 20 a SGB V ergibt, die Förderung und Stärkung der individuellen und sozialen gesundheitlichen Ressourcen im Mittelpunkt, während der klassische Arbeitsschutz vor allem gesundheitlich negative Effekte der Arbeitswelt reduzieren soll. Damit ist jedoch gerade bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen das Problem nicht allein zu bewältigen, denn zu den wesentlichen Ursachen gehören auch subjektive Verspannungen und Anspannungen der einzelnen Beschäftigten, die in ihrer Arbeitsumgebung auch emotionalen Belastungen ausgesetzt sind bzw. eigene Blockaden organisieren. Daher wird gerade das Problem der Erkrankungen der Lendenwirbelsäule regelmäßig am besten durch eine solche Doppelstrategie erfasst, die sich sowohl auf Elemente des Arbeitsschutzes als auch auf Elemente der Gesundheitsförderung stützt.

Die Stärkung der individuellen und sozialen Ressourcen, die zu den wesentlichen Elementen der betrieblichen Gesundheitsförderung gehört, kann z.B. erfolgen durch eine Verbesserung der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz bzw. in der jeweiligen Abteilung. Stressfördernde Elemente der Arbeitsorganisation sind zu beseitigen bzw. zu verringern, Handlungsspielräume der Beschäftigten und der jeweiligen Arbeitsgruppen zu erhöhen. Auch wenn es daher zu zahlreichen Wechselwirkungen mit dem Arbeitsschutz kommt, ist in den parlamentarischen Beratungen 2007 noch einmal eindeutig festgehalten worden, dass die Leistungen der Krankenversicherung nicht die vom Arbeitgeber geschuldeten Maßnahmen des Arbeitsschutzes umfassen.¹⁰

Im Betrieb kann sich daraus die Bildung von Gesundheitszirkeln¹¹ als eine mögliche Maßnahme ergeben, mit der Erfahrungen ermittelt und ausgetauscht werden, durch welche Mechanismen Anspannungen in der Abteilung verstärkt sowie die sozialen Beziehungen beeinträch-

⁹ Ausführlich Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik, 2. Aufl. 2006 S. 69ff.

¹⁰ BT-Drs. 16/4247, S. 26

¹¹ Slesina in Pfaff/Slesina (Hrsg.) Effektive betriebliche Gesundheitsförderung, 2001, S. 75 ff.

tigt werden. Umgekehrt dient die betriebliche Gesundheitsförderung auch der Verbesserung der Kompetenz der Einzelnen; ein mögliches Element sind Rückenschulen, sportliche Gruppen und Selbsthilfegruppen, mit denen die Einzelnen ermutigt werden, aktiv zur Stärkung der eigenen Lendenwirbelsäule beizutragen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits mehrfach den Handlungsbedarf in der präventiven Gesundheitsförderung angemahnt.¹²

Nach mehr als 20 Jahren Erfahrung mit Modellen der betrieblichen Gesundheitsförderung liegen insoweit auch hier belastbare Informationen vor, wonach auch die stärker subjektiv orientierte betriebliche Gesundheitsförderung nicht allein als verhaltensorientierte Prävention realisiert werden kann, sondern immer auch der Ergänzung durch eine Verbesserung der auf die betrieblichen Verhältnisse bezogenen Prävention bedarf.¹³ Der Sachverständigenrat hat daher schon vor einiger Zeit empfohlen, »Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung mit einem partizipativen und kombinierten Ansatz zur Verhältnis- und Verhaltensprävention im Rahmen evaluierbarer Modelle vermehrt durchzuführen.«¹⁴

In einer Reihe von Betrieben sind inzwischen konkrete Modelle realisiert wurden. Der Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen für das Berichtsjahr 2006 zeigt eine weitere Zunahme der beteiligten Personen und Betriebe. Seit etwas über einem Jahr sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung als Pflichtleistung zu erbringen. Die Versichertenvertreter in den Organen der Krankenkassen sind zuständig, für jede einzelne Krankenkasse die Beachtung dieser Pflicht sowie der Informationspflichten nach § 20 b SGB V zu überwachen.

Die betriebliche Gesundheitsförderung wird nach § 20 a Abs. 1 SGB V »unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb« erbracht. Der passende vertragliche Rahmen für eine solche Verständigung ist die freiwillige Betriebsvereinbarung nach § 88

¹² Zuletzt BT-Drs. 16/6339 Rz. 45

¹³ Zu unserem Thema anschauliche Beispiele bei Lenhardt/Elkeles/Rosenbrock, Betriebsproblem Rückenschmerz, 1997, S. 202ff., und bei Badura/Hehlmann, Betriebliche Gesundheitspolitik, 2003 S. 119ff.

¹⁴ BT-Drts. 14/6871, S. 367ff.

BetrVG,¹⁵ Krankenkasse(n) und der zuständige Unfallversicherungsträger können an den Verhandlungen teilnehmen und sich öffentlich zur Kooperation verpflichten. Entscheidend ist jedoch letztlich, dass es gelingt, auch die Beschäftigten für konkrete Aktivitäten zu gewinnen.

3. Prävention durch Betriebliches Eingliederungsmanagement

Präventive Ziele verfolgt seit 2001 auch das Behindertenrecht, das im SGB IX normiert ist. Bereits in den allgemeinen Grundsatznormen wird in § 3 diese Zielrichtung des gesamten Gesetzes hervorgehoben. Das traditionelle deutsche Schwerbeschädigtenrecht hatte nur schwache präventive Wirkungen, denn es war sowohl nach dem Ersten Weltkrieg als auch nach dem Zweiten Weltkrieg ein reaktives Recht, mit dem auf die Existenz zahlreicher schwerbeschädigter Menschen reagiert wurde.¹⁶ Mit einer Beschäftigungspflicht und Zahlung einer Ausgleichsabgabe wurde versucht, Menschen, deren Gesundheit bereits beschädigt war, im Arbeitsverhältnis zu halten bzw. in Arbeitsverhältnisse zu integrieren.

Der heutige Ansatz ist anders. Schwerbehinderung soll möglichst verhindert werden; Behinderung wird als eine Teilhabestörung verstanden, der durch Teilhaberechte entgegengewirkt werden soll.¹⁷ Dies hat notwendigerweise zur Konsequenz, dass die frühere Konzentration auf bereits schwerbehinderte Menschen nicht mehr im Mittelpunkt steht. Der neue Behinderungsbegriff in § 2 SGB IX umfasst auch von Behinderung bedrohte Menschen.

Diese präventive Zielrichtung ist auch der Schlüssel für eine der wichtigsten Innovationen der letzten Jahre.¹⁸ Seit 2004 wird von jedem Arbeitgeber ein ausgeprägtes betriebliches Eingliederungsmanagement verlangt, wenn Beschäftigte im Betrieb innerhalb von zwölf Monaten insgesamt mindestens sechs Wochen arbeitsunfähig sind. Dieses Verfahren hat nicht nur zum Ziel, die konkrete Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, sondern soll vor allem künftigen Arbeitsunfähigkeitszeiten

¹⁵ HaKo-BetrVG/Kohte, 2. Aufl. 2006 § 88 Rz. 10

¹⁶ Kohte ZSR 2005, Sonderheft S. 7ff.

¹⁷ Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 2005 S. 84ff.

¹⁸ Feldes SozSich 2004, 270ff.

vorbeugen und den Arbeitsplatz erhalten. Dies ist eine eindeutig präventive Zielrichtung.

Diese Zielrichtung wird am besten erreicht, wenn ein solches Verfahren nicht auf schwerbehinderte Menschen beschränkt ist. Zutreffend hat daher das Bundesarbeitsgericht in einem Grundsatzurteil vom 12.7.2007¹⁹ entschieden, dass Arbeitgeber dieses Verfahren allen Beschäftigten anzubieten haben, die wenigstens sechs Wochen arbeitsunfähig sind. Damit ist eine mehrere Jahre diskutierte Streitfrage eindeutig geklärt, sodass wir uns nunmehr der Struktur und dem Ziel eines solchen Verfahrens zuwenden können.

Betriebliches Eingliederungsmanagement schafft keine neuen materiellen Ansprüche, sondern begründet eine Verfahrenspflicht des Arbeitgebers.²⁰ Die genauen Einzelheiten dieses Verfahrens bleiben offen und können und sollen innerbetrieblich geregelt werden. Weil das Verfahren auch dem betrieblichen Gesundheitsschutz dient, sind die allgemeinen Verfahrensregelungen nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG mitbestimmungspflichtig.²¹ Zentrale Eckpunkte sind dagegen durch das Gesetz eindeutig geklärt.

- Der Arbeitgeber hat dieses Verfahren einzurichten; er ist dazu verpflichtet, mit Betriebsrat/Personalrat und Schwerbehindertenvertretung zusammenzuarbeiten.
- Der bzw. die betroffene Beschäftigte ist vom Arbeitgeber über das Verfahren zu informieren; ihm bzw. ihr ist der Verfahrensgang und vor allem die Erhebung von Daten rechtzeitig mitzuteilen.
- Auf dieser Grundlage entscheidet jede/r einzelne Beschäftigte selbst, ob er/sie der Durchführung dieses Verfahrens zustimmt. Auch wenn er/sie die Zustimmung erteilt, kann sie jederzeit widerrufen werden. Wegen der Ablehnung oder des Widerrufs darf der/die Beschäftigte vom Arbeitgeber nicht benachteiligt werden.
- Ist das Verfahren eingeleitet, so steht im Mittelpunkt die Prävention für die Zukunft. Hier sind viele unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten offen. Ist zum Beispiel wegen einer Wirbelsäulenerkrankung Arbeitsunfähigkeit eingetreten, so ist in allen Fällen, die der Lasten-

¹⁹ BAG NZA 2008, 173 = AiB 2008, 299 m. Anm. Kiesche; M. Schian in www.iqpr.de B 9/2008

²⁰ Faber SozSich 2008, 130; Kohte DB 2008, 582, 583

²¹ DKK-BetrVG-Klebe § 87 Rz. 204; HaKo-BetrVG/Kohte § 87 Rz. 91; Faber PersR 2007, 333; Kohte DB 2008, 582, 586

handhabungsverordnung unterliegen, zunächst die aktuelle Gefährdungsbeurteilung heranzuziehen und der konkrete Arbeitsplatz zu begehen.²² Fehlt eine solche Gefährdungsbeurteilung, dann ist sie zügig nachzuholen. Auf dieser Basis ist über die entsprechenden Maßnahmen, wie z.B. Verringerung der Lasten, Änderung der Handhabung oder der Arbeitsorganisation zu beraten. Solche Änderungen sind in der Regel auch mitbestimmungspflichtig, sodass Betriebsräte es in der Hand haben, dass in geeigneten Fällen tatsächlich Konsequenzen gezogen werden.

- Wenn die betrieblichen Akteure keine geeigneten Maßnahmen finden, dürfen sie das Verfahren nicht beenden, sondern haben die Rehabilitationsträger und gegebenenfalls auch das Integrationsamt als geeignete externe Stelle einzuschalten und mit ihnen gemeinsam nach Lösungen zu suchen. In Fragen der Lastenhandhabung sind vor allem die Unfallversicherungsträger in der Lage, weiterführende Informationen einzubringen. Wichtig kann auch die Einschaltung der Arbeitsschutzbehörden sein, die von Betriebsräten nach § 89 Abs. 2 BetrVG und von Schwerbehindertenvertretungen nach § 99 SGB IX realisiert werden kann.

Der kurze Überblick zeigt, dass das BEM etwas grundsätzlich anderes als ein Krankenrückgespräch ist.²³ Diese traditionelle Einrichtung ist schon vor mehr als zehn Jahren vom Bundesarbeitsgericht dem Mitbestimmungsrecht der Betriebsräte nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG zugeordnet worden, weil es sich um eine Kontrollorganisation handelt, die nicht ohne Zustimmung von Betriebsräten eingeführt werden kann.²⁴ Betriebsräte, die nie zugestimmt haben, haben in solchen Fällen einen Unterlassungsanspruch; andere Betriebsräte haben jederzeit das Recht, entsprechende Vereinbarungen zu kündigen und an deren Stelle die Organisation eines geeigneten BEM zu setzen.

Damit wird deutlich, dass im BEM-Verfahren neue Möglichkeiten gegeben sind, weil und soweit das Selbstbestimmungsrecht der Beschäftigten an die erste Stelle gesetzt wird. Ohne deren Zustimmung und ohne deren konkrete Beteiligung ist das Verfahren nicht realisier-

²² Giesert/Wendt, Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement, 2007, S. 17

²³ Giesert/Wendt, Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement, 2007, S. 21, 23

²⁴ BAG BB 1995, 1188; DKK-BetrVG-Klebe § 87 Rz. 52; HaKo-BetrVG/Koh-te § 87 Rz. 31

bar. Die Beschäftigten sind hier nicht vorrangig Lieferanten von Röntgenaufnahmen, sondern Experten in eigener Sache, deren Erfahrungen für die betriebliche Gesundheitspolitik unverzichtbar sind. Sie werden diese Erfahrungen nur einbringen, wenn sie das Vertrauen haben, dass das Verfahren zur Verbesserung der betrieblichen Situation benutzt und nicht als formelles »Kündigungsvorverfahren« eingesetzt wird. Zu Recht hat daher auch das Bundesarbeitsgericht auf einer solchen Entkoppelung von konkreten Kündigungsplänen und präventiven BEM bestanden.

Eine solche Entkoppelung muss sich auch im konkreten Verfahren zeigen. So ist z.B. bei einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit wegen Erkrankung der Lendenwirbelsäule nicht die Röntgenaufnahme vorrangig, sondern zunächst der Arbeitsplatz unter die Lupe zu nehmen. BEM ist eine große Chance, um fehlende Gefährdungsbeurteilungen zur Lastenhandhabung zu erstellen und schematische Beurteilungen durch eine materielle und materialreiche Analyse zu ersetzen. Diese wird nur erfolgreich sein, wenn die Gefährdungsbeurteilung auf die Fixierung der in Zukunft durchzuführenden Maßnahmen abzielt. Genau diese praktische Zielrichtung kann durch das BEM-Verfahren verdeutlicht werden. Das Vertrauen der Beschäftigten in ein solches Verfahren wird zunehmen, wenn sie feststellen, dass solche Verfahren zu konkreten Verbesserungen der Gestaltung der Arbeitsplätze führen.

Mit dem Einverständnis der Beschäftigten kann BEM auch als eine Art »Runder Tisch« zur Lösung schwieriger Situationen genutzt werden. Ein mögliches Beispiel ist das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung nach §§ 28 SGB IX; 74 SGB X. Sozialmedizinische Erfahrungen zeigen, dass mit diesem Instrument eine Integration in die betriebliche Tätigkeit auch in schwierigen Fällen erreicht werden kann.²⁵ Das Instrument ist jedoch anspruchsvoll und kann nicht schematisch genutzt werden. Hausarzt bzw. Rehabilitationseinrichtung benötigen Wissen über die konkreten betrieblichen Abläufe, um einen hinreichend konkreten Eingliederungsplan zu entwerfen, der in der Praxis effektiv eingesetzt werden kann. Hier ist es hilfreich, wenn Betriebsärzte eine konstruktive Rolle spielen; auch in diesen Fällen ist der Beschäftigte jedoch die zentrale Stelle für die Sammlung und Weitergabe der jeweiligen Daten. Wenn es auf diese Weise gelänge, die Quote der betrieblichen Verfahren mit stufenweiser Wiedereingliederung deutlich

²⁵ Welti NZS 2006, 623, 627

zu erhöhen, wäre viel gewonnen. Diese Verfahren sind bei der gebotenen Sensibilität vor allem auch erreichbar bei psychischen Erkrankungen, die oft nur in einem längeren Eingliederungsprozess bewältigt werden können.

Die Offenheit des Verfahrens kann schließlich auch genutzt werden, um Elemente der betrieblichen Gesundheitsförderung aufzugreifen. Im Rahmen eines BEM-Verfahrens können vor allem die externen Rehabilitationsträger Informationen einbringen, welche persönlichen Aktivitäten die Beschäftigten selbst für ihre Gesundheit einbringen können, welche Selbsthilfegruppen bestehen und ob z.B. eine Kooperation mit Rückenschulen möglich ist.

So lässt sich durch ein solches Verfahren vermitteln, dass Gesundheit ein wichtiges persönliches Thema für alle Beschäftigten ist, dass die eigene Gesundheit eine wichtige persönliche Voraussetzung ist und so könnte am Ende eines solchen BEM-Verfahrens für die Einzelnen die Erkenntnis stehen, dass die Erhaltung und Stärkung ihrer Gesundheit auch ihre eigene Angelegenheit ist, die am Besten geschützt wird, wenn sie sich selbst für die eigene Gesundheit einsetzen. Ein solches Ergebnis zu erreichen, ist für alle betrieblichen und außerbetrieblichen Akteure ein lohnendes Ziel.

Friedrich Mehrhoff

Welche Faktoren fördern Prävention und Rehabilitation?

Einleitung

Prävention und Rehabilitation – das sind zwei Seiten einer Medaille. Dabei geht es um die *eine* Gesundheit der Menschen; und darin früh mehr zu investieren heißt, soziale und wirtschaftliche Folgen zu vermeiden. Insbesondere werden die Produktivität einer Volkswirtschaft und die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten gestärkt. Der Bezug auf die Betriebe steht im Vordergrund dieses Beitrags.

Prävention im Sinne der sozialen Sicherung einer Gesellschaft bedeutet immer, »das Kind nicht in den Brunnen fallen zu lassen«. Ein pro-aktives Handeln stoppt den Sturz von Bürgerinnen und Bürgern in die nächste Ebene der sozialen Spirale, etwa in die Invalidenrente oder Arbeitslosigkeit. Eine solche frühe Intervention bedeutet auch die seit dem 1.5.2004 geltende gesetzliche Pflicht der deutschen Arbeitgeber zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Alle diese Methoden haben das gleiche Ziel – die Teilhabe der Menschen in der Gesellschaft und damit am Arbeitsleben. Der Begriff der Rehabilitation wird in diesem Beitrag, so wie in der Gesetzlichen Unfallversicherung, als Oberbegriff für sämtliche Stadien der medizinischen Versorgung, einschließlich Akut-Versorgung, bis zur Reintegration ins Arbeitsleben verwendet.

Das BEM gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX bietet praktisch einen Katalysator zwischen der traditionellen Welt der Prävention und der der Rehabilitation. Darauf wird in diesem Beitrag besonders Wert gelegt. Denn die neue Pflicht der Arbeitgeber zieht einen Paradigmenwechsel in mehrfacher Hinsicht nach sich. So waren die Aufgaben in der Rehabilitation vor 2004 ausschließlich den Rehabilitationsträgern zugewiesen. Jetzt kümmern sich auch die Arbeitgeber um die Reintegration beschäftigter Behinderter ins Arbeitsleben. Für Arbeitgeber ist dies Neuland, auch deswegen, weil sich die Pflicht zum BEM nicht nur auf arbeitsbedingte Krankheiten bezieht, sondern die aus privater Ursache mit umfasst. BEM geht über die betriebliche Gesundheitsförde-

rung hinaus. Gesundes Kantinenessen nach dem Motto »one apple a day keeps the doctor away« hat unzweifelhaft große Bedeutung. Aber dennoch passieren Unfälle und/oder es entstehen Krankheiten, deren Folgen durch frühes, vernetztes und nachhaltiges Agieren schon im Betrieb gemildert werden sollen, um Chronifizierungen, Arbeitslosigkeit oder Renten zu vermeiden.

Wer sind die Beteiligten? An wen richten sich also Anreize oder Fehlansätze, um etwas aktiv zu tun, anstatt passiv zu bleiben? Im Mittelpunkt stehen die Vertragspartner im Beschäftigungsverhältnis, die Arbeitgeber und die Beschäftigten. Daneben sind es sämtliche Gesundheitsdienstleister für Betriebe, egal ob groß, mittel oder klein. In Deutschland nehmen die Sozialversicherungen eine bedeutende Rolle im Management von Prävention und Rehabilitation ein. Dem trägt dieser Beitrag besonders Rechnung. Auf eine wissenschaftliche Vertiefung wird, ebenso wie auf Fußnoten, verzichtet, um sich darauf zu konzentrieren, Thesen aufzustellen und Trends aufzuzeigen.

Faktoren

Rein begrifflich sind die Faktoren rasch aufgezählt. Alle Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation im Kontext mit kranken Beschäftigten beruhen entweder auf staatlichen Vorgaben, und damit auf Zwang, oder auf wirtschaftlichen Motiven sowie, was in einem Sozialstaat vorherrschen sollte, auf dem sozialen Engagement der Bevölkerung.

1. Staat

Jede Rechtsordnung gewährt Rechte, aber im Wesentlichen schafft sie Pflichten. So wird in Deutschland vom Arbeitgeber Sicherheit und Gesundheitsschutz gemäß dem Arbeitsschutzgesetz gefordert. Die betriebliche Gesundheitsförderung überlässt der Staat dem wirtschaftlichen Interesse jedes Unternehmens. Dabei sollen ihm die sozialen Versicherungen, insbesondere die Kranken- und Unfallversicherung, gemäß dem Sozialgesetzbuch helfen. Aber das BEM hat der Gesetzgeber wiederum zu einer Rechtspflicht der Arbeitgeber gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX gemacht. Ein Gesetzesmotiv ist die demografische Entwicklung, also die älter werdenden Beschäftigten. Weil weniger Junge nachkommen, muss sich der Staat um die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten kümmern, die in ihrem Leben länger arbeiten müs-

sen. Direkt in den Betrieben, und nicht nur über die Rehabilitationsträger, soll die soziale Sicherung beginnen und damit der wirtschaftliche Standortvorteil in Deutschland erhalten bleiben, der auf den Fachkräften beruht. Die Initiativen der Bundesregierung, die auf die Förderung älterer und kranker Beschäftigter abzielen, wie etwa die von »50plus« oder »www.jobs-ohne-barrieren.de«, belegen das Gemeinschaftsinteresse, das im Einklang steht mit den Empfehlungen der Europäischen Union zur Beschäftigungsfähigkeit (employability). Eine alternde Bevölkerung finden wir in fast allen europäischen Staaten. Der Wettbewerb um qualifizierte und leistungsfähige Beschäftigte wird zunehmen. »Gesunde« Betriebe, eine effiziente soziale Sicherung und verantwortungsvolle Arbeitgeber bieten also einen Wettbewerbsvorteil von Volkswirtschaften.

2. Arbeitgeber

BEM bezieht sich auf alle Betriebe, egal ob groß, mittel oder klein. Sogar der öffentliche Dienst wird umfasst, einschließlich der Beamten. In allen Betrieben soll es nach dem politischen Willen zu einem betrieblichen Management im Einzelfall (Case-Management) kommen, wenn die Belastungsfähigkeit von Beschäftigten durch Krankheit oder Unfall nachlässt und dadurch der Bestand des Arbeitsverhältnisses gefährdet ist. In den größeren Betrieben kommt hinzu, dass neben diesem Case-Management, also dem Ansprechen, Begleiten und Absichern der Arbeitskraft der Beschäftigten, eine Struktur entstehen muss, die alle zur Erreichung des Gesundheitsziels wichtigen Personen zusammenbringt und dadurch das Vertrauen der Beschäftigten gewonnen wird, um Kranke nicht auszugliedern, sondern zu reintegrieren. Dazu tragen folgende Anreize bei:

- § 84 Abs. 2 SGB IX, also das Sozialrecht, sanktioniert, etwa durch Bußgelder, keinen Arbeitgeber, der kein BEM einführt. Aber nach der Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts vom 12.7.2007 droht jeder krankheitsbedingten Kündigung, die ein Arbeitgeber ausspricht, ohne zuvor ein BEM durchgeführt zu haben, die Rechtswidrigkeit. Damit existiert eine arbeitsrechtliche Sanktion einer Vorschrift im Rehabilitationsrecht.
- Obwohl die Geschäftsführung, Personalverantwortliche und Führungskräfte die Auswirkungen dieses BAG-Urteils kennen müssen, sollte die betriebswirtschaftliche Motivation, BEM einzuführen, im Vordergrund stehen. Alle Personalverantwortlichen sollten darin geschult

werden, wie Beschäftigte, die wegen Krankheit ausfallen oder nachlassen, angesprochen werden können und wie man ihnen weiterhelfen kann. Nur wenn das Management vom bloßen Blick auf Fehlzeiten weggeht und sich statt dessen auf die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten konzentriert, wird das Vertrauen untereinander wachsen – auch wenn sich mitunter betriebs- und krankheitsbedingte Kündigungen nicht ganz vermeiden lassen.

- Wochenlang zu warten, bis Krankheiten bereits chronifizieren oder die Verbindung zum Arbeitsplatz bzw. zum Arbeitsleben bereits emotional verloren gegangen ist, entspricht nicht dem präventiven Ziel des BEM. Deswegen sollte keinesfalls eine Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen abgewartet werden, bevor das BEM einsetzt. Auch wenn oft Krankheitsdiagnosen, aus Gründen des Datenschutzes, unbekannt sind, kommt es gerade auf eine vertrauensvolle Kommunikation im Betrieb an, die das Thema »Gesundheit« mit umfasst und in der die Führungskräfte eine aktive Rolle spielen.
- Um alle Gesundheitsexperten innerhalb eines größeren Betriebes an einen Tisch zu holen, bedarf es der Überwindung von Barrieren zwischen Beteiligten im Arbeits- und Gesundheitsschutz, denen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und denen im BEM. Egal ob Sicherheitsfachkräfte, Sozialdienste oder Betriebsärzte – alle sollten unter der Führung des Arbeitgebers eine präventive Gesundheitsstruktur im Unternehmen vorleben und betriebspezifische Federführungen festlegen. Den »Hut« kann in einem Unternehmen eine geeignete Person unter den Betriebsärzten, aus dem Sozialdienst oder aus dem Führungsstab aufsetzen, sogar aus dem Kreis der Interessenvertreter der Beschäftigten, etwa der Schwerbehindertenvertreter.
- Kleinere Betriebe werden sich externen Sachverstand einkaufen, der neben dem Case-Management ebenfalls ein Minimum an Struktur einführen sollte, auch wenn es nur um Anschreiben an Beschäftigte oder um Belegschaftsversammlungen geht. Kooperationen mehrerer Kleinbetriebe schaffen auf regionaler Ebene Synergieeffekte. Vorhandene Verbände, wie etwa Kammern, Innungen oder Unternehmensverbände, bieten effiziente Methoden bei der Erreichung des Ziels eines »gesunden Betriebes«.
- Von zunehmender Bedeutung in der Region zeigt sich die Kooperation zwischen Betrieben und Gesundheitsdienstleistern, die sich betriebsbezogenen Rehabilitationsmaßnahmen widmen. Unab-

hängig von der Betriebsgröße kommt eine solche Nutzung der vorhandenen medizinischen und berufsfördernden Kompetenzen den Beschäftigten zugute. Physiotherapeuten kennen, etwa durch Videos, die Arbeitsplätze der Patienten. Umgekehrt können sich Geschäftsführer oder deren Vertreter direkt, nach vorheriger Zustimmung der Beschäftigten, etwa an Ärzte wenden, um eine schnellere und bessere Behandlung ihres Personals zu erhalten.

Weitere systemische Anreize zur Prävention und Rehabilitation, einschließlich des BEM, sind vergleichbar. So gehört all dies in das Bestreben auf nationaler und europäischer Ebene, einen Fortschritt im »Corporate Social Responsibility« zu erreichen, woran besonders der deutsche Mittelstand interessiert ist. Denn ein »gesunder Mittelstand« wappnet sich gegen den drohenden Fachkräftemangel, insbesondere im Verhältnis zu Großbetrieben, und umgekehrt müssen in die DAX-Bewertung von Aktiengesellschaften die Aktivitäten eines Unternehmens im Zusammenhang mit der Gesundheit ihrer Beschäftigten aufgenommen werden. Großbetriebe haben zudem die Chance, die gesetzlichen Pflichten ihrer Zulieferer oder Auftragnehmer im Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit von Beschäftigten vertraglich abzusichern, wie etwa das BEM.

3. Beschäftigte

Der Erfolg von Maßnahmen in der Prävention und Rehabilitation beruht auf Überzeugung. Zwar gibt es im Sozialrecht Mitwirkungspflichten, doch ohne die Betroffenen läuft nichts. So ist das SGB IX (Rehabilitationsrecht) von den Selbstbestimmungsrechten der Menschen mit Behinderungen bestimmt. Diese Regeln stehen im Einklang mit der entsprechenden UN-Konvention und dem auf den EU-Richtlinien zurückzuführenden Gleichbehandlungsgesetz. Aber § 84 Abs. 2 SGB IX gilt für alle Beschäftigten, nicht nur für Schwerbehinderte im Sinne des 2. Teils des SGB IX. Das hat das o.g. Urteil des BAG vom 12.7.2007 entschieden.

Das Altern der Beschäftigten und die Arbeitsverdichtung verbunden mit der Verlängerung der Lebensarbeitszeit verschleißten die Arbeitskraft, und deswegen müsste es im Interesse der Beschäftigten liegen, alle Angebote zur Unterstützung ihrer Leistungsfähigkeit, auch wenn sie von den Arbeitgebern selbst kommen, willkommen zu heißen. Gleichwohl schielen viele Beschäftigte, die ernsthaft krank werden und bereits älter sind, auf den Ruhestand und die Invaliden-/Altersrente. Umfragen

ergeben, dass die Motivation, länger zu arbeiten, in Deutschland nicht sehr ausgeprägt ist, auch wenn sie hier noch höher ist als bei den meisten europäischen Nachbarn.

Eine besondere Rolle kommt bei der Durchführung des BEM, wie bereits dem Wortlaut des § 84 Abs. 2 SGB IX zu entnehmen, den Interessenvertretern der Beschäftigten zu, also sowohl den Betriebs-/Personalräten und Schwerbehindertenvertretern als auch den Gewerkschaften. Sie haben nicht nur Kontroll-, sondern auch Initiativrechte, die indes nur zögernd wahrgenommen werden. Zwar muss in vielen Betrieben das Vertrauen, einen »gesunden« Betrieb zu fördern, erst wachsen. Aber die Interessenvertretungen sollten in einen Vertrauensvorsprung investieren, anstatt von vornherein zu blockieren. Modelle können in Betriebsvereinbarungen, oder sogar in Tarifverträgen, eingebaut und erprobt werden. Die Weiterentwicklung des BEM wird entscheidend davon abhängen, wie die Interessenvertreter, insbesondere die Gewerkschaften, das Thema »Gesundheit und Arbeit im Sinne des BEM« insgesamt aufgreifen, also als ihre Angelegenheit platzieren und somit fördern.

4. Gesetzliche Versicherungen

Aus der Sicht der Betriebe sind die sozialen Versicherungen ihre Dienstleister. Sie zahlen für die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie für die Bundesagentur für Arbeit Beiträge, die der Leistungsfähigkeit ihrer Beschäftigten zugute kommen müssen. In diesen gesetzlichen Versicherungen sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer als Sozialpartner in den Führungsgremien (Selbstverwaltung) tätig. Sie haben es also selbst in der Hand, diese Versicherungen als Solidargemeinschaft für die Belange der Betriebe zu gewinnen, also Maßnahmen zur Gesundheit der Beschäftigten, einschließlich des BEM, im gesetzlichen Rahmen zu fördern und zu finanzieren. Die Arbeitgeber haben in den letzten Jahren häufig den Wunsch geäußert, von den Sozialversicherungen bei der Ein- und Durchführung des BEM unterstützt zu werden. Vieles ist bereits in Bewegung, aber die Betriebe sind bei weitem nicht zufrieden. Denn oft stehen die Angebote (Flyer) nur auf dem Papier.

Die Betriebe können sich zwar an die örtlichen gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation (www.reha-servicestellen.de) wenden. Viele dieser Stellen, die zur Klärung der Zuständigkeiten innerhalb der Sozialversicherung gegründet wurden, können betriebsspezifische Fragen zur Prävention und Rehabilitation aber nur in den wenigsten Fällen

beantworten und geben die Fragesteller im Regelfall an andere Rehabilitationsträger ab. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de), die Dachorganisation aller Rehabilitationsträger in Deutschland, verfügt zudem über Material zu Krankheitsbildern, zur stufenweisen Wiedereingliederung oder bald hoffentlich auch über Qualitätsvorschläge zum BEM. Das gleiche gilt für eine Gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger gemäß Wunsch der Betriebe, möglichst Unterstützungen im BEM »aus einer Hand« zu erhalten. Nur kooperierende Versicherungen, die den Großteil der Beschäftigten im Blick behalten, bringen den Betrieb weiter. Es müssen also insbesondere die Krankenkassen untereinander, aber auch die Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen möglichst gemeinsam an der BEM-Struktur in einem Unternehmen beteiligt sein, am besten noch als Partner am »runden Tisch«.

Ein richtungsweisender Trend geht zur Regionalisierung. Auf örtlicher Ebene tun sich kleine und mittlere Betriebe zusammen, um entweder über regionale Arbeitsgemeinschaften oder unter Federführung von Kammern Synergieeffekte bei Dienstleistungen von außen zu erzielen. Daran sollten sich die Sozialversicherungen beteiligen. Bis Mitte 2009 läuft ein vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) unterstütztes bundesweites Forschungsprojekt »Gesunde Arbeit« (www.gesunde-arbeit.net) mit fünf Regionalprojekten. Kleinere und mittlere Betriebe sollen gewonnen werden, sich um das BEM im Rahmen eines Gesundheitsmanagements zu kümmern und den Kontakt insbesondere zu Sozialversicherungen herzustellen.

Über einen besonderen regionalen Betriebsbezug verfügen die Integrationsämter. Sie sind zwar keine Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX und damit nicht beitragsfinanzierte Selbstverwaltungen, aber als staatliche Einrichtungen finanzieren sie Maßnahmen zur beruflichen Reintegration Schwerbehinderter und reinvestieren damit Teile der Ausgleichsabgabe, die Unternehmen zahlen, wenn sie nicht genügend Schwerbehinderte im Sinne des SGB IX (2. Teil) beschäftigen. Den intensivsten Betriebsbezug hat die Gesetzliche Unfallversicherung, die allein durch die Arbeitgeber finanziert wird, um Leistungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Rehabilitation im weitesten Sinne zu erbringen, die aber begrenzt sind auf Arbeitsunfälle, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufskrankheiten. Nur einige Unfallversicherungs-Träger haben indes die Unterstützung der Arbeitgeber im BEM als Versiche-

rungsstrategie aufgegriffen und im Leistungsspektrum integriert. Über kurz oder lang wird man sich der Früherkennung von Krankheiten im Betrieb mehr widmen, weil zwangsläufig eine Krankheit der Beschäftigten zunächst, wenn auch nur zu einem Teil, auf das Arbeitsleben zurückgeführt wird.

Um die Kausalitäten von Krankheiten, die entweder im Beruf oder im Privatleben entstehen, klar abzugrenzen, hat die Unfallversicherung bisher immer früh Erkenntnisse gesucht und Klärungen herbeigeführt. Insoweit wird sich die Meinung einiger, das BEM sei nicht Aufgabe der Unfallversicherung, weil der Anteil aller Leistungsfälle nur 5-10% betrage, relativieren.

5. Private Versicherungen

Den Versicherungsmarkt »Betrieb« erobert nach und nach auch die private Versicherungswirtschaft. So wie bereits in anderen europäischen Staaten schließen Versicherungen mit Beschäftigten, teilweise schon mit Unterstützung der Betriebsleitung, so genannte Assistance-Verträge im Rahmen von Personenversicherungen ab, um die Gesundheitsschäden, wie etwa Berufsunfähigkeit oder Unfall/Haftpflicht, neben der gesetzlichen Unfallversicherung abzudecken. Um Geldleistungen zu reduzieren, investieren diese Versicherungen in Unterstützungen der Beschäftigten, wieder zurück in Arbeitsprozess zu gelangen. Dabei bedienen sich die privaten Versicherer einer Handvoll von Rehabilitationsdiensten, so etwa des Rehabilitationsdienstes der GENRe in Köln. Hinter diesem Ziel steht die Deutsche Anwaltschaft. Die Bedingungen und die Erwartungen sind in dem erneuten Beschluss des Deutschen Verkehrsgerichtstags im Februar 2008 formuliert. Darin sind sogar die Rechtsanwälte selbst als Initiatoren für ein Reha-Management aufgenommen.

6. Sonstige Dienstleister

Die Gesundheitswirtschaft, einer der größten Wirtschaftszweige Deutschlands, hat den Betrieb und damit die Beschäftigten als Patienten entdeckt. Dieser Prozess steht erst am Anfang. Medizin und Berufsleben stehen oft nebeneinander, obwohl sie ebenfalls zwei Seiten einer Medaille sein müssten. Gesundheitsdienstleister dürfen die Bürgerinnen und Bürger nicht nur fit für die Freizeit, sondern leistungsfähig am Arbeitsplatz machen. Nicht die Arbeitsunfähigkeit steht im Vordergrund, sondern die noch vorhandenen Potenziale von Beschäftigten.

Das macht letztlich den Standortvorteil Deutschlands und die Qualität seines sozialen Sicherungssystems aus.

Eine besondere Rolle im BEM spielen dabei die Arbeitsmediziner, wie etwa die Betriebs- und Werksärzte. § 84 Abs. 2 SGB IX hebt diese Berufsgruppe sogar gesetzlich hervor. Sie können die verbliebene Leistungsfähigkeit der Beschäftigten mit den Anforderungen am Arbeitsplatz vergleichen und gezielt Maßnahmen ergreifen. Die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und den Sozialversicherungsträgern gehört an die oberste Stelle des Kommunikationsspektrums. Wegen der besonderen Geheimhaltungspflichten bieten sich die Ärzte als Disability Manager an, um eine federführende Rolle beim Aufbau einer Gesundheitsstruktur im BEM zu übernehmen, ebenso wie den »Kümmere« in dem betrieblichen Reintegrationsprozess zu spielen.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) hat sich bei dieser Qualifizierung von Experten im Reintegrationsprozess verdient gemacht. Sie hat auf der Grundlage eines internationalen Bildungsprogramms, das aus Kanada stammt (www.nidmar.ca), zusammen mit Weiterbildungspartnern, zu denen auch das DGB-Bildungswerk gehört, rund 600 Disability Manager zertifiziert. Diese »Certified Disability Management Professionals (CDMP)« haben eine international anerkannte Prüfung abgelegt und entsprechend den CDMP-Richtlinien neun wesentliche Kompetenzen nachgewiesen. Darin müssen sie sich jährlich über 20 Stunden weiterbilden, um das Zertifikat zu erhalten. Ein Teil der Disability Manager arbeitet in Unternehmen, der größte Teil aber bei Dienstleistern. Unter ihnen gibt es Betriebswirte, Psychologen, Sozialarbeiter, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, Personaler, Betriebsräte und Schwerbehindertenvertreter und viele Betriebsärzte. Einzelheiten sind der Website www.disability-manager.de zu entnehmen.

Die Qualifizierung ihrer Gesundheitsexperten im BEM streben nicht nur die traditionellen Dienstleister in der beruflichen Teilhabe an, wie etwa die Berufsförderungswerke. Aber sie gehören an die Spitze der Best-Practice-Modelle in Deutschland. Ihre wegweisenden Erfahrungen in einem vom BMAS geförderten Projekt stehen jetzt (3/2008) in schriftlicher Form zur Verfügung (www.eibe-projekt.de). Dort sind Muster für Anschreiben, Flyer, Betriebsvereinbarungen und Strukturierung des BEM enthalten. Darüber hinaus sollten sich die Gesundheitsdienstleister, die sich bisher dem Arbeits- und Gesundheitsschutz oder der betrieblichen Gesundheitsförderung gewidmet haben, den besonderen Qualitätsaspekten im BEM zuwenden. Denn ein gesundes Essen

in der Mittagspause einzuführen, ist etwas anderes, als einen krebserkrankten Mitarbeiter/Beschäftigten anzusprechen und ihn durch den Dschungel der Zuständigkeiten und das Dickicht der Vorschriften wieder zurück in den Arbeitsprozess zu führen.

Es ist absehbar, dass das BEM als Geschäftsfeld auch von weiteren »Dienstleistern«, die sich bisher der Unternehmensberatung und der Personalführung widmen, entdeckt wird. Wenn BEM, und damit das Gesundheitsmanagement allgemein, als Unternehmens- und Führungsaufgabe erkannt wird, haben alle Gesundheitsdienstleister leichteren Zugang. Nachholbedarf besteht insgesamt in der Kreativität, finanzielle Anreize für Ärzte und medizinisches Personal zu schaffen, die sich besonders mit dem Thema »Arbeit und Gesundheit« im Einzelfall befassen.

Zwar gibt es im Ärztevertrag der Unfallversicherungsträger mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Passagen, wonach die Durchgangsärzte (meist Unfallchirurgen) eine Gebühr erhalten, etwa wenn sie eine stufenweise Wiedereingliederung gemäß § 27 SGB IX einleiten. Aber in Deutschland befinden wir uns insoweit erst am Anfang. Das gilt auch für Leitfäden, worauf Ärzte, ebenso wie andere Akteure inner- und außerhalb der Betriebe, bei bestimmten Krankheitsindikationen achten sollten oder anders ausgedrückt: Wer muss wann mit wem was wie machen, um früh, vernetzt und nachhaltig die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten zu erhalten bzw. wiederherzustellen?

Schluss

Das Thema Prävention und Rehabilitation, im Zusammenhang mit Gesundheit von Beschäftigten im Betrieb, benötigt eine Kooperation unterschiedlicher Akteure und Experten innerhalb und außerhalb des Betriebs. Um besser zu werden, darf nie Stillstand entstehen. Aber die große Herausforderung von fortgeschrittenen und anerkannten sozialen Sicherungssystemen, wie etwa in Deutschland, das in Quantität und Qualität eine führende Rolle in der Welt spielt, liegt vor allem darin, die vorhandenen Akteure und Aktionen so zu bündeln, dass sie im Betrieb wie »aus einer Hand« ankommen. Wenn diese Botschaft nach strategischen Partnern, egal ob unter Arbeitgebern, mit Gewerkschaften, zwischen Versicherern und den Gesundheitsdienstleistern ankommt, dann wurde hierzulande der entscheidende Schritt getan in die Rich-

tung, eine führende Rolle abzusichern und der deutschen Wirtschaft eine wichtige Grundlage für den globalen Wettbewerb zu liefern.

Auch wenn es übertrieben oder banal klingt, liegt der Schlüssel weniger in der Veränderung der Rechtsordnung und damit in der weiteren Inflation von Regeln, sondern in der erfolgreichen Suche nach Partnern, die sich bisher schon der Prävention und Rehabilitation gewidmet haben und bereit sind, Barrieren in der Kommunikation und Vorurteile abzubauen. Das gilt für den Staat und damit die Zusammenarbeit etwa zwischen den Ministerien und zwischen den staatlich geförderten Projektpartnern von INQA und Jobs ohne Barrieren, ebenso wie für die Sozialversicherungen. Im Kern bedarf es einer konzertierten Aktion und einer bundesweiten Kampagne zum Thema »Gesundheit, Alter und Arbeit«. Denn nur wenn eine Gesellschaft insgesamt davon überzeugt ist, dass der Wert der Arbeitskraft im Alter zum Gemeinwohl und zum Staatsziel gehört, wird sich auch das Bewusstsein von derzeit noch rein zahlenorientierten Unternehmern, rein auf Renten bezogenen Beschäftigten und ihrer Versicherungen und der rein auf den Körper anstatt auf die Funktionen fixierten Medizin verändern.

Deutschland liegt in der Prävention und Rehabilitation im internationalen Spitzenfeld. Käme es zu mehr Geschlossenheit durch Partnerschaften im System der sozialen Sicherung, würde dieser Platz langfristig ausgebaut werden können – sowohl in Europa als auch darüber hinaus. Nur zufällig erkennen Akteure aus der Prävention und aus Rehabilitation jeweils aus dem anderen Bereich die Aktionsfelder. Es bedarf einer übergeordneten Plattform, auf der Informationen ausgetauscht, strategische Prioritäten gesetzt und Personen und Themen an den entscheidenden Schaltstellen platziert werden. Bis dahin wird es noch ein langer Weg sein. Aber der Trend ist unverkennbar. Bis zur Realisierung werden international agierende Unternehmen weiterhin Schlupflöcher für die Absicherung ihrer Beschäftigten finden, um »Return to work« Programme zu finanzieren und zu organisieren. Leider reagiert daraufhin die soziale Sicherung mehr, als sie agiert. Und bis auf weiteres wird man sich mit unverbindlichen Treffen zufrieden geben müssen, wie etwa dem »Internationalen Forum zu Disability Management (IFDM)« das vom 22. bis 24. September 2008 zum vierten Mal, diesmal in Berlin (www.ifdm2008.de), stattfinden wird. Gastgeber sind die DGUV und das BMAS. Neben vielen attraktiven Themen und Referenten gibt es auch einen Workshop zum Thema »Interaktive Prävention«.

Anna Paul/Nils Altner

Präventives Gesundheitsmanagement durch integrierte Personal- und Organisationsentwicklung

Gesundheitskompetenz und Innovationsfähigkeit

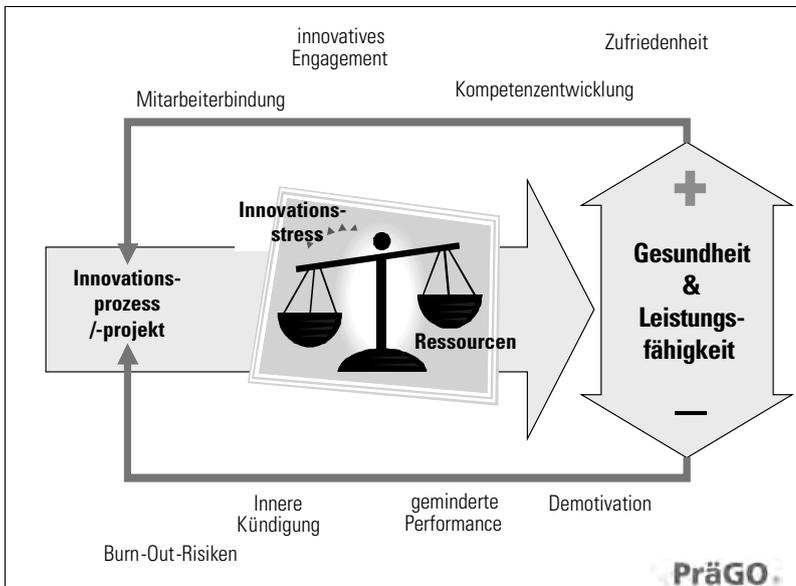
Betriebliche Innovationen bilden heute mehr denn je die Voraussetzung für Wettbewerbsfähigkeit, Wachstum und neue Arbeitsplätze. Doch sind es gerade die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die wesentliche Impulse für die Unternehmensentwicklung liefern und die zunehmend unter Druck geraten. Wettbewerbsdruck, Beschleunigung und Komplexitätssteigerung betrieblicher Arbeits- und Entwicklungsprozesse lassen die Räume für das Entstehen und Verfolgen kreativer Impulse schrumpfen. Zudem forciert die zunehmende Entgrenzung zwischen Arbeit und Freizeit Tendenzen der Selbstausbeutung. Wichtigste Basis für die Entwicklung und Umsetzung neuer Produkte, Dienstleistungen und Verfahren sind jedoch sowohl kompetente als auch gesunde Fach- und Führungskräfte. Ihre Kreativität, Fähigkeit und Motivation, immer wieder neue Ideen zu entwickeln, sie bis zur Umsetzungsreife und dann in die breite Anwendung zu bringen, ist die Voraussetzung für Erfolg im internationalen Wettbewerb.

Steigende Anforderungen, schrumpfende Gestaltungsräume und eine zunehmend älter werdende Belegschaft rücken den Umgang mit der Gesundheit als zentrales Element einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit in den Vordergrund der Zukunftsgestaltung. Nur wer gesund ist, kann auch seine fachliche Beschäftigungsfähigkeit in betriebliche Innovationsprozesse einbringen. Dabei sind gerade Innovationsprozesse mit psychischen Belastungen verbunden. Eigenschaften wie Begeisterungsfähigkeit, Engagement, Risikobereitschaft und Frustrationstoleranz, über die innovative Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in besonderem Maße verfügen, weisen zugleich auf spezifische Risiken hin. Ausbrennen kann nur, wer zuvor gebrannt hat. Innovatoren müssen häufig für die Umsetzung ihrer Ideen kämpfen, setzen sich Widerstän-

den aus, gehen persönliche (Karriere-)Risiken ein und laufen Gefahr, trotz hohen individuellen Engagements zu scheitern. Besonders Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die wesentliche Impulse für die Unternehmensentwicklung liefern, stehen also zunehmend in der Gefahr, unter Druck zu geraten.

Insgesamt machen diese Veränderungen sichtbar, dass die Beschäftigungs- und besonders die Innovationsfähigkeit zukünftig über die berufliche Kompetenz hinaus in wachsendem Maße von einem weiteren Faktor abhängen wird: der Fähigkeit, berufliches Engagement mit Selbstfürsorge und nachhaltiger physischer und psychischer Gesundheitspflege zu verbinden. Hier sind die Arbeitgeber gefragt, im Sinne der Verhältnisprävention Kontexte zu schaffen, die Belastungen gering halten sowie den Aufbau und langfristigen Erhalt von Gesundheitsressourcen bei den Beschäftigten ermöglichen und fördern (Kriegesmann et al. 2007: 177-208). (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Gesundheitsressourcen und Belastungen von Beschäftigten in der Verhältnisprävention



Quelle: Projekt PräGO, 2008, unveröffentlichtes Manuskript

Ziel des Förderschwerpunkts des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) »Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz – Fokusgruppe: Betriebliches Innovationsmanagement« angesiedelten Forschungsprojekts (PräGo) ist es daher:

- den Umgang von Innovatoren und Führungskräften mit der eigenen Gesundheit und der Gesundheit anderer zu erfassen,
- Ansatzpunkte für Verhaltens- und Verhältnisprävention unter diesen Bedingungen zu identifizieren und
- auf dieser Basis ein integriertes Personal- und Organisationsentwicklungsprogramm zur Gesundheitsförderung und damit auch zur Stimulierung von Innovationsprozessen zu erarbeiten und pilothaft umzusetzen.

In Ergänzung herkömmlicher Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigt das Vorgehen dabei

- motivationale Aspekte der (Weiter-)Entwicklung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen
- die Phasenspezifität der individuellen Bereitschaft zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens,
- Aspekte der sozialen Unterstützung bei der Etablierung eines gesunden Lebensstils
- das Zusammenwirken von gesundheitsrelevanten Lebensstilbereichen
- die Integration von Maßnahmen zur nachhaltigen Förderung von psychischer und physischer Gesundheit

Mit dieser Ausrichtung des Projektes PräGO wird die bestehende Lücke zwischen betrieblichem Gesundheits- und Innovationsmanagement geschlossen und ein Beitrag zur Aufarbeitung des derzeitigen Forschungsdefizits in diesem Bereich geliefert. Die Projektleitung hat das Institut für angewandte Innovationsforschung e.V. Die Projektpartner sind die Kliniken Essen-Mitte. Als Value-Unternehmenspartner fungieren die Siemens AG, die Deutsche BP AG und die REICOFIL GmbH & Co. KG. Die Projektergebnisse werden fortlaufend unter www.praego.net veröffentlicht.

Zwischenergebnis: Innovationsprozess als gesundheitlicher Ausnahmezustand

Als Klinik und Lehrstuhl für Naturheilkunde und Integrative Medizin liegt unser Schwerpunkt auf der Evaluation derjenigen Eigenschaften und Fähigkeiten von Personen, die bestimmen, ob und in welchem Ausmaß sich Belastungen, wie sie durch ein Innovationsprojekt entstehen können, negativ auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit auswirken. Dazu zählen vor allem die Gestaltung des alltäglichen Lebensstils in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung sowie die Haltungen und kognitiven Überzeugungen, die den Verhaltensweisen zugrunde liegen. In einer Befragung von 29 Innovatoren und Innovatorinnen fragten wir daher nach Aspekten ihrer Lebensgestaltung sowohl außerhalb als auch während eines Innovationsprojekts, und wir erhoben das Vorkommen und die Häufigkeit so genannter Stresswarnsignale, die Hinweise auf eine Überlastung darstellen können. Dabei zeigte sich, dass unter den Bedingungen von Innovationsprojekten, die generell von verdichteten Arbeitsanforderungen sowie von erhöhtem zeitlichen und emotionalen Engagement geprägt sind, gesundheitsförderndes Verhalten tendenziell abnimmt.

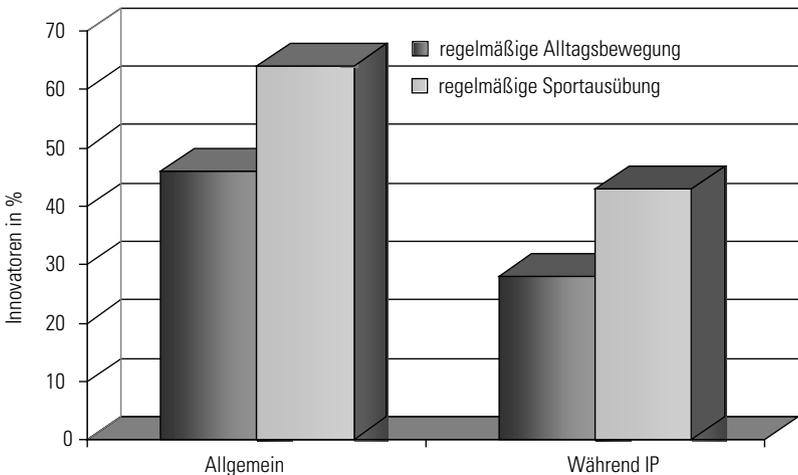
64% der befragten Innovatorinnen und Innovatoren gaben an, regelmäßig, d.h. meist am Wochenende, Sport zu treiben, wobei das nur noch 43% auch während des Innovationsprojektes weiter durchführten. Es wäre zu prüfen, ob entsprechende betriebliche Angebote und eine Modifizierung der Arbeitsverhältnisse zum Erhalt sportlicher Aktivitäten auch unter den Bedingungen von Innovationsprojekten beitragen können. Von ärztlicher Seite wird die regelmäßige Durchführung von Aktivitäten mit Ausdauercharakter, z.B. Walken, Joggen, Fahrradfahren, empfohlen. Die Empfehlungswerte liegen bei zwei bis vier Stunden pro Woche, abhängig von der individuellen Konstitution. Die Herzfrequenz sollte dabei zwischen 55 und 85% der maximalen Herzfrequenz liegen. Das entspricht in Abhängigkeit vom Alter einer Frequenz von ca. 100 bis 150 Schlägen pro Minute.

In der internationalen Public Health-Diskussion hat sich im letzten Jahrzehnt ein Konzept von »gesundheitsförderlicher Aktivität« durchgesetzt, das neben Sport auch die alltägliche körperliche Aktivität im Kontext der Berufs- und Hausarbeit sowie zum Zwecke der Fortbewegung (Laufen, Treppensteigen, Fahrradfahren) gleichgewichtig mit einbezieht. Internationale Public Health-Empfehlungen haben sich dem-

entsprechend verändert und legen nun besonderes Gewicht auf die mögliche Akkumulation alltäglicher körperlicher Aktivitäten. Es wird eine Bewegungsdosis von täglich circa 30 Minuten empfohlen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Bewegung am Stück oder verteilt über zwei bis drei 10-15minütige Sequenzen erfolgt. Bei der Betrachtung der Angaben, die in den Interviews gemacht wurden, zeigen sich hier deutliche Defizite. Denn weniger als die Hälfte (46%) der Befragten gaben an, regelmäßig Bewegung in ihre Alltagsabläufe zu integrieren. Und 18% der Befragten geben an, sich während des Innovationsprojektes noch weniger zu bewegen. Die stärkere Betonung von (Leistungs-)Sport gegenüber unspektakulären Alltagsbewegungen ist sicherlich mit den eingeschränkten Möglichkeiten zur Alltagsbewegung während der Arbeit verbunden, entspricht eventuell aber auch dem Selbstverständnis vieler Menschen in Führungspositionen, die sich gern als Leistungsträger und leistungsfähige »Beweger« sehen. Mögliche Interventionen könnten hier einen Schwerpunkt auf die Kultivierung eines Weges der »kleinen Schritte« legen.

Unter dem Aspekt der Stressbewältigung wurden die Innovatoren nach ihren Einflussmöglichkeiten auf Alltagstress und nach Möglichkeiten, diesen zu reduzieren, gefragt. 18% der Befragten gaben an,

Abbildung 2: Bewegungsverhalten allgemein und während des Innovationsprojektes in % (n = 29)



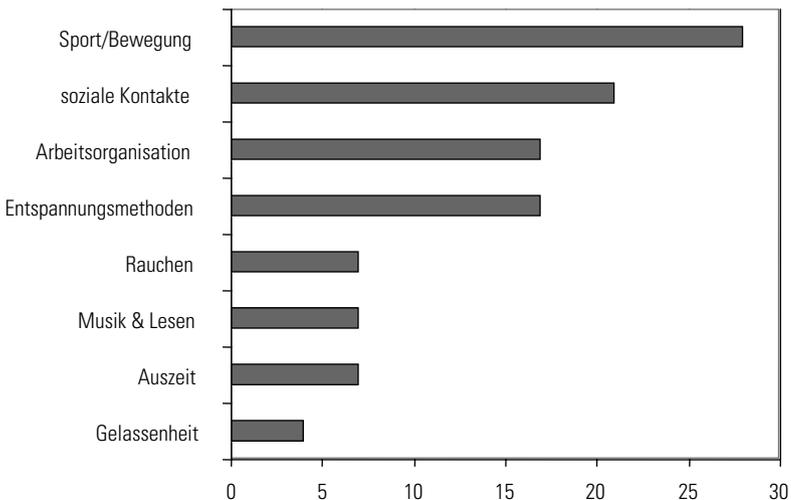
(Quelle: eigene Darstellung)

»normalerweise« keinen oder kaum Einfluss auf ihr Stressniveau nehmen zu können. Dieser Anteil derjenigen, die sich dem Stress in gewisser Weise hilflos ausgeliefert fühlen, stieg während des Innovationsprojektes um fast das Doppelte auf 32%.

Abbildung 3 zeigt die Möglichkeiten der Stressreduktion, die von den übrigen Innovatoren genannt wurden. Diese Strategien ändern sich im Rahmen der Innovationsprojekte nicht wesentlich.

Neben aktiven Bewältigungsstrategien wie Sport, Kontaktpflege und Organisationsoptimierung wurden bei dieser offen gestellten Frage auch Entspannungsmethoden, Auszeit und Gelassenheit genannt. An diese vorhandenen Ansätze zur Förderung der Selbstwahrnehmung und Stressresistenz ließe sich mit achtsamkeitsbasierten Interventionen anknüpfen (Grossman 2004). Ziel wäre es dabei, durch eine Verbindung von Introspektion und leib-seelischer Selbstwahrnehmung aus einer wertschätzenden Haltung heraus die Fähigkeit zum Wahrnehmen der eigenen Belastungsgrenzen sowie zum Erkennen eigener Stressmuster zu entwickeln und gezielt Phasen einer gesamtorganismischen Wohlgespanntheit in den Alltag zu integrieren. Ein Befragter beschreibt zum Beispiel, dass er sich im Arbeitsalltag hin und wieder

Abbildung 3: Prozentuale Anteile für selbst gewählte Maßnahmen der Stressbewältigung, n = 29



Quelle: eigene Darstellung

auf den Fußboden legt und dabei sowohl mental als auch körperlich eine kurze Auszeit nimmt.

Auf die Frage, ob sie im Arbeitsalltag Verspannungen spüren, antworteten 61% mit »ja«. Für die Zeit während eines Innovationsprojektes sagen das nur noch 39% der Befragten von sich. Fast die Hälfte der Befragten gab an, sehr hohe Anforderungen an sich selbst zu stellen. Über 60% geben an, oft ungeduldig mit sich und/oder anderen zu sein. Etwa die Hälfte der Befragten sagt von sich, dass sie sich selbst immer sehr ernst nimmt. Interventionen, die Fähigkeiten wie Selbstwahrnehmung, Akzeptanz und Entspannungsfähigkeit fördern, könnten hier auf der persönlichen Ebene zu einer Entwicklung von mehr Gelassenheit und Stressresistenz beitragen. In diesem Sinn lässt sich das Einlegen von Pausen während der Arbeit als Ausdruck einer Selbstregulationsfähigkeit verstehen, die auf lange Sicht zum Erhalt der Gesundheitsressourcen beiträgt. Hier zeigt sich, dass 86% der Befragten angeben, grundsätzlich wahrzunehmen, wann ihnen eine Pause gut täte. 75% geben an, dass sie sich dann normalerweise diese Pausen auch gestatten können, während eines Innovationsprojektes allerdings sinkt dieser Anteil auf 50%. Diese Reduzierung bei 25% der Befragten kann aus regulationsmedizinischer Sicht als das stärkste Indiz für einen potenziell gesundheitsgefährdenden Effekt von herkömmlich durchgeführten Innovationsprozessen gelten. Durch eine Verdichtung der Arbeitsanforderungen scheint dabei das für den nachhaltigen Gesunderhalt zentrale Regulativ des Spannungsausgleichs und der Erholung außer Balance zu geraten. Neben der Entwicklung individueller Fähigkeiten zum Wahrnehmen der eigenen Belastungsgrenzen und zur Gestaltung von Erholungspausen wären besonders in diesem Bereich auch Maßnahmen zu prüfen, die zu einer Änderung der Arbeitsverhältnisse besonders während Innovationsprojekten beitragen. Denkbar wäre eine Entlastung von anderen Aufgaben oder die Bereitstellung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Bereichen Stressregulation, Bewegung und Ernährung.

Stresswarnsignale

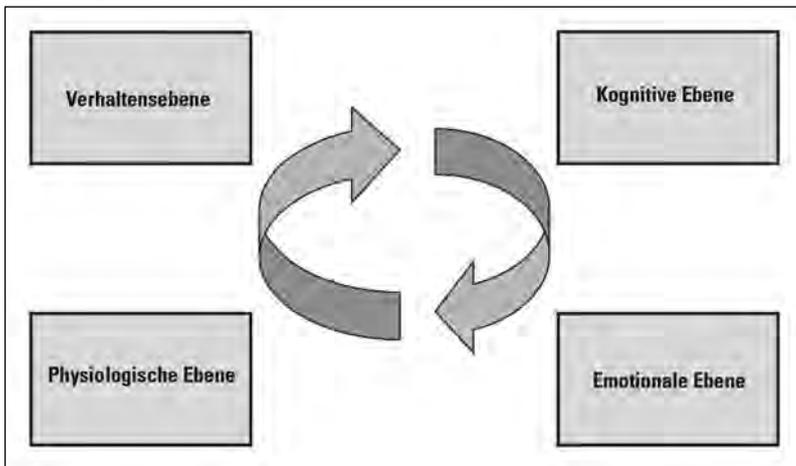
Wann eine Person an den Folgen von chronischem Stress erkrankt, ist individuell verschieden und wie bereits erwähnt abhängig von einem komplexen Wechselspiel zwischen Ererbtem und äußeren Einflüssen.

Die Äußerung, »im Stress zu sein«, wird oft floskelhaft verwendet und führt gerade bei Menschen, die dauerhaft unter hohem Druck stehen, dazu, dass die Warnzeichen tatsächlicher Überlastung übersehen oder missinterpretiert werden. In der vorliegenden Befragung wurden die Interviewpartner gefragt, ob sie das Innovationsprojekt als stressig erlebten. Es zeigte sich, dass das bei der Mehrzahl der Befragten (83%) durchaus der Fall war.

Um zu erheben, welche persönlichen Reaktionen die Interviewpartner mit einer vermehrten Stressbelastung in Verbindung bringen und als Stressreaktionen erkennen, wurde dies zunächst mit einer offenen Fragestellung erfasst. Hier zeigte sich, dass Stress bei den Befragten vor allem mit dem Gefühl, nicht abschalten zu können, mit innerer Unruhe, Gereiztheit, Ärger und Frustration sowie dem Gefühl, unter Zeitdruck zu stehen, einhergeht. Das heißt, Stressreaktionen werden hauptsächlich auf kognitiv-emotionaler Ebene erlebt. In Situationen, die erhöhte Anforderungen an eine Person stellen, reagiert der Organismus jedoch immer auch auf der physiologischen und der Verhaltensebene. Abbildung 4 veranschaulicht die Interdependenz von den vier Aspekten oder Ebenen einer Stressreaktion.

Zur Ergänzung der offenen Fragestellung wurde den Interviewten eine Liste mit jeweils zehn Stresswarnsignalen pro Ebene vorgelegt,

Abbildung 4: Aspekte einer Stressreaktion



Quelle: eigene Darstellung

die sich an ein Instrument von Kaluza (2007) anlehnt und in der klinischen Arbeit der Abteilung Naturheilkunde und Integrative Medizin der Kliniken Essen-Mitte Verwendung findet. In jede Subskala gehen zehn Items ein, die nach Auftrittshäufigkeit ausgewertet werden (3 Punkte = tägliches Auftreten, 2 Punkte = 1-2 x pro Woche, 1 Punkt = manchmal, 0 Punkte = nie).

Der Vergleich der gemittelten Auftrittshäufigkeiten der Stresswarnsignale auf den vier Ebenen zeigt, dass die Belastung auf emotionaler Ebene am höchsten erlebt wird. In diesem Bereich sind auch die Maximalsummenscores einzelner Interviewpartner auffallend hoch. Bei einer detaillierten Betrachtung der einzelnen Items fällt eine Häufung bestimmter Signale auf. Als Risikofaktor wird dabei ein tägliches und ein- bis zweimal wöchentliches Auftreten eines Symptoms betrachtet. Je mehr Einzelsymptome jedoch »manchmal« auftreten, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit einer chronischen Stressbelastung. Deshalb sind auch Nennungen in diesem Häufigkeitsbereich durchaus ernst zu nehmen.

Auf emotionaler Ebene traten am häufigsten Nervosität, Unruhe und das Gefühl, »kurz vorm Explodieren zu sein«, auf. Diese Reaktionen gelten als typische Merkmale einer Burn-out-Symptomatik. Als Warnsignal auf der Verhaltensebene zeigt sich am häufigsten eine Unfähigkeit abzuschalten. Als zweithäufigste Reaktion wird die Tendenz, sich weniger zu bewegen, angegeben, gefolgt davon, private Kontakte schleifen zu lassen und unkontrolliert zu essen. Betrachtet man diese Items und fasst die Kategorien »täglich« bis »1-2 Mal wöchentliches Auftreten« zusammen, so weist eine Häufigkeit um 40% bei den beiden Items »Unfähigkeit abzuschalten« und »Tendenz sich weniger zu bewegen« klar auf eine ausgeprägte chronische Stressbelastung hin. Die Vernachlässigung von Bewegung und unkontrolliertes Essverhalten sind typische Beispiele für Stressreaktionen, die langfristig die allgemeine Belastbarkeit noch vermindern und ein Risiko für zahlreiche Erkrankungen darstellen. Das relativ häufig genannte Vernachlässigen privater Kontakte zeigt, dass das Innovationsprojekt bei mehr als 80% der Innovatoren negativen Einfluss auf das Privatleben hatte, bei einem Drittel davon sogar sehr deutlich. Bei den Stressreaktionen auf kognitiver Ebene wird am häufigsten das ständige Kreisen von Gedanken genannt. Diese Reaktion tritt bei mehr als 40% der Innovatoren häufig auf und ist ein typischer Burn-out-Indikator. Die bei gut der Hälfte der Befragten wenigstens manchmal auftretenden Konzentrations- und

Entscheidungsschwierigkeiten sowie die mangelnde Kreativität deuten darauf hin, dass Innovatoren häufig unter Bedingungen arbeiten, die ihre Innovationsressourcen einschränken. Im Bereich der körperlichen Stresswarnsignale wird am häufigsten das Auftreten von Schlafstörungen und Muskelverspannungen genannt. Alarmierend sind die Angaben einiger Innovatoren, die von täglichen Magenschmerzen, Herzstichen und Ohrgeräuschen berichten. Diese Symptomatik weist bereits auf ernsthafte Beeinträchtigungen des Organsystems hin.

Allgemein gilt, dass die Stressreaktion kurzfristig eine Leistungssteigerung bewirkt, mittelfristig aber zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, z.B. durch muskuläre Verspannungen, erhöhte Infektanfälligkeit und Schlafstörungen, führt. Während eine akute, über kurze Zeit andauernde Stresssituation z.B. bei gesunden Personen in der Regel zu einer Aktivierung des Immunsystems führt, kommt es bei chronischen Stressbelastungen zu einer deutlichen Supprimierung. So konnten z.B. Cohen et al. (1998) und Takkouche et al. (2001) einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein chronischer Stresszustände und der Häufigkeit grippaler Infekte nachweisen. Folgt auf eine Stressphase keine Entspannungsphase, dann kann als langfristige Folge eine Erschöpfung des Organismus bis hin zum Burn-out entstehen. Der resultierende Dauerstress kann auch zum Auftreten von rezidivierenden Infekten, Bluthochdruck Herzerkrankungen und anderen chronischen Krankheiten beitragen. Um nachhaltig einen guten Gesundheitsstatus sowie eine hohe Leistungsfähigkeit zu fördern, bietet es sich an, Menschen zu einem fürsorglichen Umgang mit ihren Gesundheitsressourcen anzuregen.

Individualisierte Lebensstilmodifikation

Wer versucht, Menschen zu einer Ausrichtung ihres Lebensstils auf gesundheitsförderndes Verhalten zu bewegen, wird die Erfahrung machen, dass manche Menschen trotz plausibler und gut gemeinter Empfehlungen zur Änderung ihres Lebensstils keine Einsicht zu zeigen scheinen und scheinbar wider jede Vernunft auf ihrem ungesunden Lebensstil beharren. Gleichzeitig gibt es jedoch immer wieder auch Klienten, die für die gleichen Empfehlungen offen sind und sie umsetzen. Eine Erklärungsmöglichkeit ist es, einzelnen Individuen eine »Therapieresistenz« zuzuschreiben. Eine andere von Prochaska et al. (1992)

empirisch gefundene Erklärung geht dagegen von Phasen der Veränderungsbereitschaft beim Menschen aus. Es liegt beim Therapeuten, diese zu identifizieren und darauf abgestimmt therapeutisch zu intervenieren. So gibt es z.B. Menschen, die weit davon entfernt sind, zu erwägen, ob ihre Ernährung einen Einfluss auf ihr Befinden und Ihren Gesundheitszustand nehmen könnte. Andere dagegen denken darüber nach, und noch andere haben vielleicht schon versucht, Änderungen vorzunehmen. Je nachdem, in welcher Phase eine Person sich befindet, wird eine gezielte präventive Intervention andere Inhalte und Methoden zur Anwendung bringen. Die fünf Phasen werden als Phasen der Absichtslosigkeit, der Absichtsbildung, der Vorbereitung, der Handlung und der Aufrechterhaltung bezeichnet.

Das so genannte Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und Di Clemente integriert verschiedene Theorien und Prinzipien der Verhaltensänderung – daher auch die Bezeichnung »transtheoretisch«. Neben den fünf Phasen, die vor allem der Zeitdimension Rechnung tragen, spielen in dem Modell Veränderungsprozesse eine wichtige Rolle, denn sie charakterisieren, wie eine Veränderung stattfindet, d.h. durch welche Strategien ein Fortschreiten innerhalb des Stufengefüges möglich ist. Hierbei wird unterschieden in kognitiv-affektive und verhaltensbezogene Veränderungsstrategien. Zwei weitere wichtige Modellkonstrukte, die das Fortschreiten innerhalb der Stufen noch differenzierter charakterisieren, sind die Ausprägung der wahrgenommenen Vor- und Nachteile bzgl. der angestrebten Verhaltensänderung (»Decisional balance«) sowie die Selbstwirksamkeitserwartungen (»self-efficacy«) bezüglich des neuen Verhaltens. Phasenspezifische Interventionen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Angebot der aktuellen Situation einer Klientin entspricht, sie positive Erfahrungen damit macht und durch diese erfolgreichen, weil für sie passenden Modifikationen in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt wird. Damit sind beste Bedingungen geschaffen für ein Voranschreiten von einer Motivationsstufe zur nächsten, sobald die Person dazu bereit ist. Die Forschung zu Verhalten und Verhaltensänderung identifiziert eine Regelmäßigkeit von Veränderungsprozessen, die sich überindividuell in bestimmten Abläufen vollzieht. Als ein zusätzlich unterstützender und motivierender Faktor hat sich die Bewusstmachung dieser Abläufe gezeigt. Dies konnten wir im Rahmen des BMBF-Projektes »ViLMA – Virtualisierte Unternehmen und Life-Style Management« in Zusammenarbeit mit dem Institut für Angewandte Innovationsforschung (IAI) in Bochum sowie der Bera-

terfirma Capgemini bei der Konzeptionierung einer Intervention zur Förderung gesundheitsrelevanter Lebensstilaspekte bei stressbelasteten Führungskräften zeigen. Die Evaluation zeigte ein hohes präventives Potenzial dieses Ansatzes (Kriegesmann et al. 2006).

Die verschiedenen Verfahren der Lebensstilmodifikation zeichnen sich durch eine Vielzahl synergetischer Wirkungsbeziehungen aus, das heißt zum Beispiel die Kombination von vermehrter Bewegung und gleichzeitiger Ernährungsumstellung oder psychomotorischem Training und Gedächtnistraining führt zu überadditiv günstigen Veränderungen (Benson 1999) (Oswald et al. 1998). Diverse Studien belegen eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit durch multifaktorielle Lebensstilmodifikation (Brice et al. 1996; Haskell et al. 1994). Aus diesem Grund sollten Angebote zur Gesundheitsförderung auch alle Bereiche ansprechen und sich nicht nur auf eine Ernährungsumstellung oder Stressbewältigung richten. Auch für den Bereich der Gesundheitsförderung im Setting der Arbeitswelt liegt Evidenz für die Überlegenheit integrierter Programme gegenüber monofaktoriellen Ansätzen vor. Mehrfaktoriell angelegte Programme haben eine größere Chance, Beschäftigte mit Defiziten in mehreren Lebensstilbereichen für eine Teilnahme zu gewinnen. Die Beschäftigten haben dann die Wahl, an welchem Risikofaktor sie zuerst arbeiten möchten. Wenn dies erfolgreich gelungen ist, sind sie stärker motiviert und zuversichtlicher, auch andere Verhaltensbereiche ändern zu können. Zusätzlich bieten Mehrkomponenten-Programme die Möglichkeit, dass verschiedene Beschäftigte von demselben Programm auf unterschiedliche Weise profitieren können, je nachdem, auf welchen Risikofaktor sie sich konzentrieren (Heany/Goetzel 1997; Kreis/Bödeker 2003).

Neben den Fragen der individuellen Lebensführung werden bei dem Projekt auch Aspekte der Verhältnisprävention berücksichtigt. Dabei stehen betriebliche Abläufe und Einrichtungen wie z.B. die Qualität der Kantinenversorgung, Möglichkeiten für Bewegung, Sport und Spannungsausgleich, aber auch Elemente der Unternehmenskultur im Fokus der Betrachtung.

Die Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin der Kliniken Essen-Mitte

Neben der klinischen Arbeit und der universitären Lehre bildet die Erforschung, Konzipierung und Durchführung von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung einen der Arbeitsschwerpunkte des unter Leitung von Prof. Dr. med. Gustav Dobos stehenden Lehrstuhls für Naturheilkunde und Integrative Medizin der Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung an der Universität Duisburg-Essen. Die von Dr. rer. medic. Anna Paul geleitete Arbeitsgruppe für Prävention und Gesundheitsförderung fungiert dabei als Kompetenzträger zur Erforschung und Umsetzung von Konzepten der integrativen Gesundheitsförderung und Prävention. Hierbei werden vor allem Konzepte für zielgruppenspezifische, integrativmedizinisch mind/body-basierte Interventionen erarbeitet und evaluiert, deren Ziel es ist, die Adressaten bei gesundheitsfördernden Veränderungen ihres Lebensstils zu unterstützen. Das Projekt »PräGo – Präventives Gesundheitsmanagement durch integrierte Personal- und Organisationsentwicklung« knüpft dabei an die Projekte »ViLMA – Virtualisiertes Arbeiten und Life Style Management« sowie »UbeG – Unternehmensgewinn durch betriebliche Gesundheitspolitik« an, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit gefördert wurden.

Literatur

- Benson, H. (1999): Mind/Body medical symptom reduction program. Boston, Harvard University.
- Brice, G.C./Gorey, K.M./Hall, R./Angelino, S. (1996): The Staywell-Programm – maximizing elders' capacity for independent living through health promotion and disease prevention activities. *Research on aging* 18, S. 202-218.
- Cohen, S./Frank, E./Doyle, W.J./Skoner, D.P./Rabin, B.S./Gwaltney, JM Jr. (1998): Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults, *Health Psychol.* 1998 May; 17 (3), S. 214-23.
- Grossman, P. (2004): Achtsamkeit. Eine einzigartige klinische Intervention in den Verhaltenswissenschaften. In: Heidenreich, T./Michalak, J. (Hrsg.): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie, Tübingen. dgvt-Verlag.
- Haskell, W. et al. (1994): Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary heart disease. In: *Circulation*, 89, S. 975-990.

- Heany, C.A./Goetzl, R.Z. (1997): A review of health related outcomes of multicomponent worksite health promotion programs. In: *American Journal of Health Promotion*, 30, S. 290-308.
- Kaluza, G. (2007): *Gelassen und sicher im Stress*, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Kreis, J./Bödeker, W. (2003): *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. IGAREport 3: http://www.iga-info.de/pdf/reporte/iga_report_3.pdf
- Kriegesmann, B./Kerka, F./Kottmann, M. (2007): Innovationen werden von Menschen gemacht. In: *Kriegesmann, B./Kerka, F. (Hrsg.): Innovationskulturen für den Aufbruch zu Neuem*, Wiesbaden, S. 177-208.
- Kriegesmann, B. et al. (2006): *Lifestyle-Management – Neue Formen der Integration von Arbeit und Gesundheit*, Schriftenreihe: *Innovation – Forschung und Management*, hrsg. von B. Kriegesmann, Band 25, Bochum. IAI Verlag.
- Oswald, W.D./Rupprecht, R./Grunzelmann, T. (1998): Effekte eines einjährigen Gedächtnis-, Kompetenz- und psychomotorischen Trainings auf Leistungsfähigkeit im höheren Lebensalter. In: *A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie*, Band 2: *Intervention*, Göttingen. Hogrefe, S. 94-107.
- Prochaska/Di Clemente/Norcross, J. (1992): In search of how people change. *American Psychologist*, 47, S. 1102-1114.
- Takkouche, B./Regueira, C./Gestal-Otero, J.J. (2001): A cohort study of stress and the common cold. *Epidemiology*, 2001 May; 12 (3), S. 345-9.

Jürgen Tempel

Präventionsziel Kapitalisierung der Gesundheit?

Grenzen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Alltag¹

Angebot, Commitment, Vorschriften

»Wenn uns nicht nur die Umweltingenieure und Bioernährungsforscher sagen, wie wir zu unserem eigenen Wohl und zum Wohle des Kollektivkörpers leben sollen, sondern auch die Risikologen, die Ökonomen, die Talkshow-Therapeuten, die Fitnesstrainer und die alternativen Sexologen, die Pharmariesen und die Politiker jeglicher Partei, bis hin zur eigenen Familie oder Personalabteilung, die unser Gesundheitskapital optimieren will, dann ist dieser Körper, den man uns zuschreibt, definitiv nicht mehr der unsrige.« (Cusset 2008) Und das bereitet Unbehagen, denn die Grenzen zwischen dem persönlichen, individuellen »Sein« als Menschen und dem betrieblichen oder gesellschaftlichen »Sollen« in einem historischen und sozialen Kontext verwischen immer stärker. Besonders scharf gezogen sind sie schon lange nicht mehr, und »die Ideologen des Marktes verstehen sich gut auf das Wechselspiel von Sein und Sollen« (Safranski 2006: 22).

In Deutschland haben wir eine langjährige »Verhalten-Verhältnis-Debatte«, die gestützt auf die finnischen Untersuchungen zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit (siehe u.a. bei: Ilmarinen/Tempel 2002) eigentlich zu Ende gehen kann. Das gesundheitsförderliche Verhalten der Individuen wird demnach in Zukunft genauso benötigt wie die Gestaltung der Arbeitsverhältnisse nach den Grundsätzen der »Vermeidung einer

¹ Dieser Artikel ist das Ergebnis vieler gemeinsamer Diskussionen, insbesondere mit Dr. med. Jutta Schramm, Dr. Peter Schmidt, über die Arbeit der Betriebsärzte im Unternehmen (VHH PVG Unternehmensgruppe in Hamburg) und den gemeinsamen Erfahrungen aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement »Von den Gesunde(te)n lernen« (www.arbeitalterwohlfinden.de).

Gefährdung von Leib und Leben«, »Bekämpfung der Gefahren an ihrer Quelle«, »Berücksichtigung des Standes der Technik, Arbeitsorganisation und der arbeitswissenschaftlichen und arbeitsmedizinischen Erkenntnisse«, »Berücksichtigung aller physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Arbeit und ihre sachgerechte Verknüpfung«, »Nachrangigkeit der individuellen Schutzmaßnahmen gegenüber den anderen Maßnahmen«, »Schutzbedürftigkeit von speziellen Beschäftigtengruppen« und »besondere geschlechtsspezifische Regelung, wenn dies aus biologischen Gründen zwingend geboten ist« (zusammengestellt aus: Kittner und Pieper 2006: 113).

Aber was bedeutet das alles für die Arbeit eines Betriebsarztes in einem Unternehmen des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) und die alltägliche betriebliche Praxis der Gesundheitsförderung?

Es erscheint dem Autor eher unklar, wie die Beziehung zwischen dem Sein – »Ich bin ein selbständiger Mensch, mache meine Arbeit und gehe meine eigenen Wege« – und dem Sollen – »Wenn Sie so weitermachen, dann bekommen Sie einen Schlaganfall, also benutzen Sie doch bitte die betrieblichen Angebote, lassen Sie sich ihren Blutdruck beim Hausarzt einstellen« – geregelt ist. Wo beginnt das Eine, und wo hört das Andere auf? Wieviel Macht bekommen die zitierten Gesundheitsexpertinnen und -experten über die persönliche Lebensgestaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; werden sie zu freundlichen Begleitern des Lebensweges im Dialog, der die anderen Sichtweisen und Erfahrungen gelten lässt, oder zu Erfolg versprechenden »eingekauften« Besserwissern und (externen) Beratern?

Gesetze und Tarifverträge können solche Fragen nicht ausreichend beantworten. Commitment bezeichnet das Ausmaß der Identifikation einer Person gegenüber einer Organisation, z.B. dem Betrieb. Damit ist aber sicher keine Einbahnstraße gemeint, denn auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen die Identifikation des Unternehmens mit ihnen und die Anerkennung ihrer Arbeitsleistung. Wo sind die Grenzen? Wenn sich ein Mitarbeiter eines großen Lebensmittellagers des Konzerns XX nach Schichtende mit einer Plastiktüte des Konkurrenten YY auf den Heimweg macht, ist das dann ein Beweis für fehlendes Commitment?²

² Tatsächlich wurde er von seinem Vorgesetzten dafür »zusammengefaltet«, was damals leider überwiegend auf Zustimmung stieß. Und woher leitet der Vorgesetzte seine Entscheidung ab, so vorzugehen?

Der »psychologische Arbeitsvertrag« (Rousseau, zit. aus: Geißler/Bökenheide et al. 2003: 66f.), die Beziehungen zwischen Führungskraft und Mitarbeitern, gibt wichtige Hinweise und zeigt Gestaltungsmöglichkeiten auf. Aber in wie vielen Betrieben prägt der »Faktor Anerkennung« (Geißler/Bökenheide et al. 2007) im »wertschätzenden Dialog« die bestehende Betriebskultur so gründlich, dass sie nicht nur strukturell wirksam wird durch die Verbesserung der »Verhältnisse«, sondern auch durch individuell positives Gesundheits-»Verhalten«? Wer übernimmt dabei im Arbeitsalltag, nicht auf den Kongressen, die »Deutungshoheit« über das, was gesundheitsförderlich ist? Und: wer hat das letzte Wort? Die Mitarbeiterin, der Mitarbeiter, die vielleicht an Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung gar nicht interessiert sind, oder der Vorgesetzte, der selber unter dem Druck der Verhältnisse Erfolge erzielen möchte? Angst ist auf jeden Fall kein Gesundheitsförderer – oder doch?

Das sind viele Fragen, die eher zur Diskussion anregen, als dass sie alle befriedigend beantwortet werden können. Die Arbeitsgruppen ermöglichen die Vertiefung des Dialogs.³ Dafür werden am Ende dieses Textes einige Fragen zusammengestellt.

Alltag und Routine

Er will den Job als Busfahrer, und er braucht ihn dringend. Er ist ca. 45 Jahre alt, war länger als ein Jahr arbeitslos und ist dabei buchstäblich aus allen Fugen geraten. Die Waage reicht bis 150 kg und kann sein Körpergewicht nicht mehr messen. Wie alle Busfahrerinnen und Busfahrer muss er vor der Einstellung zum betriebsärztlichen Dienst, dem die endgültige Beurteilung der Fahrdienst- und Betriebsdiensttauglichkeit des Bewerbers übertragen ist. Das Unternehmen will und darf kein Risiko eingehen bei der Entscheidung, wen es für sich fahren lässt. Der Betriebsarzt übernimmt dafür die Verantwortung.

Der Mann hat im letzten Jahr in seiner Heimatstadt die Verlängerung seines Busführerscheins für fünf weitere Jahre erhalten, er wurde dort

³ Dies bezieht sich auf den 12. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung: Prävention: Pflicht und Kür – es lohnt sich für Sie! 15.-18.6.2008, dessen Programm im Anhang (siehe S. 231ff.) abgedruckt ist. Die Fragen lassen sich aber auch in anderen Zusammenhängen stellen.

als fahrdiensttauglich im Sinne der gesetzlichen Fahrerlaubnisverordnung eingestuft. Daran muss der Betriebsarzt nicht zweifeln, aber ist der Bewerber damit auch betriebsdiensttauglich? Kann er zehn bis elf Stunden seinen Dienst zweischichtig erfolgreich ausüben, aufmerksam und reaktionsfähig am Steuer sitzen, möglichst unfallfrei fahren, gut mit den Fahrgästen umgehen, pünktlich mit dem Bus ankommen und, und, und? Die Arbeitsanforderung an einen Busfahrer im ÖPNV liegt wesentlich im psychosozialen Bereich. Die Jüngeren beschreiben das deutlich. Die Älteren betonen dagegen, dass sie bei ihrer Arbeit in gleichem Maße körperlich wie geistig tätig sind.

Tunnelblick

Der Fahrer weiß, dass er zunächst befristet für zwei Jahre arbeiten kann, es soll aber zu gegebener Zeit über eine unbefristete Übernahme entschieden werden. In den nächsten 15 Jahren werden über ein Drittel der Busfahrerinnen und Busfahrer des Unternehmens die Altersgrenze erreichen. Schon jetzt ist es schwierig, den Personalbedarf qualifiziert zu decken. Seine Chancen stehen also nicht schlecht.

Aber er hat ein elendes Gesundheitsrisiko, das sich aus dem bekannten Teufelskreis von hochgradigem Übergewicht (sein Body Mass Index liegt über 46 kg/m^2 Körperlänge), drohendem Bluthochdruck und ernährungsbedingter Zuckerkrankheit entwickelt. Es bleibt auch die Frage, wie lange seine Knochen und Gelenke ihn in diesem Zustand werden tragen können.

Spätestens hier bekommt der untersuchende Betriebsarzt einen »Tunnelblick«, und seine Sichtweise wird eingeengt: In den Vordergrund tritt nun das Risiko, das möglicherweise riskante Verhalten der zu untersuchenden Person, der drohende Herzinfarkt als Komplikation oder der Schlaganfall. Menschen mit solchem ausgeprägten Übergewicht neigen außerdem in hohem Maße zur so genannten Schlafapnoe mit vermehrter Tagesschläfrigkeit (Harzer 2007): Nachts haben sie gehäuft Aussetzer beim Schlafen, die Sauerstoffaufnahme sinkt zu weit ab und Schlaftiefe und -qualität verschlechtern sich. Die Betroffenen wachen »todmüde« auf, sind dann bei der Arbeit wie gerädert und neigen zum Kurzschlaf bzw. Einnicken auch während der Arbeit. Das kann z.B. bei allen Formen der Fahr- und Steuertätigkeit verheerende Folgen haben.

Spätestens bei diesen absolut notwendigen Überlegungen wird der einzelne Mensch nicht mehr mit seinen Stärken und Schwächen, also als ein Potenzial betrachtet. Viel wichtiger ist auf einmal die Frage, was alles auf Grund dieser Risiken im Arbeitsalltag passieren kann. Die gesetzliche Fahrerlaubnisverordnung setzt hier eindeutige und notwendige Grenzen, überlässt der untersuchenden Ärztin bzw. dem Arzt (Verkehrsmediziner, Betriebsarzt) aber auch Ermessensspielräume, die sie bzw. er wahrnehmen kann. Das bedeutet, dass der Betriebsarzt lernen muss, mit der Angst vor einer Fehleinschätzung zu leben und damit sorgfältig umzugehen.

Das soll alles bedacht und abgewogen werden, der betroffene Mitarbeiter, die Geschäftsführung, die Personalabteilung und der Betriebsrat müssen sich darauf verlassen können: Es geht darum, ob ein Bewerber aktuell aus arbeitsmedizinischer Sicht eine Arbeit ausüben kann.

Dazu kommen eine hohe Wahrscheinlichkeit für gehäuften und verlängerten Krankenstand, vorzeitige Einschränkung der Betriebsdiensttauglichkeit und/oder Verlust der Fahrdiensttauglichkeit bis hin zur vorzeitigen Erwerbsunfähigkeit. Bei Einstellungsuntersuchungen, die bekanntlich nicht zu den Pflichten der Betriebsärzte gehören (Zschiesche 2003), aber von ihnen überwiegend durchgeführt werden, ist dies ebenfalls zu berücksichtigen. Das erhält besondere Bedeutung, wenn das Unternehmen – wie es der Fall war – dringend Arbeitskräfte sucht und Bus- oder LKW-Fahrerinnen und -fahrer fast nicht mehr zu finden sind.

Möglichkeiten

In dieser Situation kann sich der Betriebsarzt, der mit der Einstellungsuntersuchung betraut ist, auf sein Hintergrundwissen besinnen und dann – das erscheint mir entscheidend – mit dem Betroffenen in einen Dialog eintreten, in dem der Bewerber wieder als ganzer Mensch mit einem Potenzial aus Stärken und Schwächen betrachtet wird. Dabei helfen dem Betriebsarzt einige Überlegungen:

Der Fahrer ist einer von etwa 300 Bewerbern, die sich auf die Anzeige gemeldet haben. Etwa 70 sind in die engere Wahl gekommen. In der Personalabteilung haben erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bewerbungsgespräche geführt und mit Sicherheit das hohe Übergewicht wahrgenommen. Sie hatten keine Bedenken.

Der Bewerber hat bei der betrieblichen Fahrschule eine ca. einstündige Fahrprobe bestanden. Die Fahrlehrer hatten keine Bedenken.

In der repräsentativen Betriebsepidemiologie finden wir 0,8% der Beschäftigten mit einem vergleichbar hohen BMI. Der BMI der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter korreliert zwar negativ mit dem Arbeitsbewältigungsindex (der Pearson-Wert ist mit $-,119^{**}$ statistisch auffällig), aber sehr gering.⁴

Über ein Viertel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Unternehmens haben einen BMI von 30 und mehr. In diesem Bereich beginnt zwar das Gesundheitsrisiko, aber die große Mehrzahl hat aktuell keinerlei Gesundheitsprobleme und nur vergleichsweise wenige Beschwerden, mit denen sie zurechtkommen können.

In anderen Berufsgruppen (z.B. Polizei- und Feuerwehrbeamte) finden wir einen wesentlich stärkeren Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen/Tempel 2002: 334). Allgemein gilt: Je höher die körperliche Arbeitsanforderung, desto problematischer ist ein hohes Übergewicht mit steigendem Lebensalter.

Es gibt Betriebe, die ausdrücklich bei gleicher Qualifikation auch Übergewichtige einstellen (»sie sind ein Teil der Bevölkerung, die unsere Mitarbeiter widerspiegeln). Andere verbinden ihre jugendzentrierte Einstellungspolitik mit entsprechenden Restriktionen: Sie werden einfach nicht genommen.

Es könnte sogar eine orientierende Untersuchung (Screening) auf Schlafapnoe vorgenommen werden, um diesbezügliche Sorgen zu berücksichtigen. Bei einem Befund kann der Betroffene relativ leicht versorgt und seine Fahrtauglichkeit wieder hergestellt werden.

Die grundsätzliche Befristung der Beschäftigung ermöglicht eine Begleitung über zwei Jahre. Durch die Aufnahme in die betrieblichen Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung könnten erste Erfolge die Situation verbessern und zu einer unbefristeten Einstellung führen.

Mit Zustimmung des Bewerbers wurde die für ihn Verantwortliche aus der Personalabteilung zu einem Dreiergespräch gebeten, in dem dann folgendes Vorgehen vereinbart wurde: Der Bewerber ist fahrdiensttaug-

⁴ Der Arbeitsbewältigungsindex beschreibt das Verhältnis von Arbeitsanforderung zu individueller oder kollektiver Leistungsfähigkeit eines Mitarbeiters. In diesem Fall bedeutet der Befund, dass Mitarbeiter mit einem hohen BMI in geringem Maß beeinträchtigt sind, die Arbeitsanforderung zu erfüllen.

lich und aktuell gibt es keine Hinweise, dass er nicht betriebsdiensttauglich ist. Insofern kann er jetzt eingestellt werden. Die zwei Jahre der befristeten Beschäftigung sollen zur Verbesserung der Gesundheitssituation genutzt werden. Es finden vierteljährlich begleitende Gespräche mit dem Betriebsärztlichen Dienst statt. Dazu gibt es ein vielfältiges Beratungs- und Trainingsangebot im Unternehmen. Die Beratungskosten werden vom Betrieb übernommen.

Vor einer Übernahme in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis soll erneut eine betriebsärztliche Stellungnahme eingeholt werden. Der Betriebsarzt hat klargestellt, dass bis dahin kleine Erfolge erreicht sein müssen, die aber gemeinsam mit dem Betroffenen nach seinen Wünschen festgelegt werden können.

Der Bewerber hat dem Vorgehen zugestimmt, hatte aber auch keine andere Wahl. Es bleibt zunächst unklar, wie weit er dieses Angebot für sich als Chance und Unterstützung werten konnte und ob aus seiner Sicht tatsächlich ein ehrlicher Dialog stattgefunden hat.

Bei Abwägung aller möglichen Risikofaktoren erscheint die Fortsetzung der Arbeitslosigkeit als das größere Gesundheitsproblem. Für Bewerber wie Unternehmen entstand durch die Einstellung eine vertretbare Win-Win-Situation. Ein Arbeitsloser wird dringend gebraucht, und das Unternehmen kann die Belegschaft durch Neueinstellungen entlasten. Der Betriebsarzt war subjektiv erleichtert und hatte das Gefühl, einen gangbaren und tragfähigen Kompromiss gefunden zu haben.

Lebendigkeit: Gesundheit und Krankheit

Menschen wünschen sich meistens zuerst eine »gute Gesundheit« und dann einen sicheren Arbeitsplatz. »Gute Gesundheit« ist im Grunde ein Konstrukt, das uns allerdings lieb und teuer ist (<http://de.wikipedia.org>.)

Dabei bildet die Lebendigkeit, das Auf der Welt sein, die Grundlage und Voraussetzung, aber wir müssen uns auch »die einfache Frage stellen: Ist Gesundheit eigentlich biologisch normal? Oder noch kürzer: Ist Gesundheit natürlich? Meine Antwort darauf wird schlußendlich ebenso knapp sein: Sie ist es nicht! Mit der Gesundheit verhält es sich vielmehr so ähnlich wie mit der Liebe: Es gibt sie; man wünscht sie sich sehnlich, wenn man sie entbehren muß; ihr Besitz ist ein großes Glück; sie ist aber immer gefährdet und leider selten von Dauer; dennoch oder

gerade deshalb ist es notwendig und lohnend, sich für ihre Erhaltung gehörig einzusetzen« (Markl 1996: 27). Lebendigkeit ist dabei auch die Grundlage von Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Menschen, Stämme, Völker oder Beschäftigten einer Abteilung, durch die ein kreatives und interessantes Miteinander erst möglich wird.

Wir werden glücklicherweise »allesamt ungleich geboren« (ebd.), aber die Vielfalt dieses unendlichen Entwicklungsprozesses hat ihren Preis: »Aus zwingenden evolutionären Gründen kann kein Mensch, ja kann kein Lebewesen durch und durch unbeschädigt und vollendet gesund sein. Um es paradox zuzuspitzen: Gerade die Möglichkeit der zeitweisen Gesundheit (Stärken, d.V.) – d.h. der Fähigkeit, die Lebensanforderungen zu erfüllen – setzt zwingend die Hinnahme der leider nur allzu verbreiteten Disposition zur Krankheit (Schwächen, d.V.) voraus. Um evolutionär betrachtet gesund und leistungsfähig zu sein, müssen wir zugleich alle erdulden, krankheitsanfällig und von Anbeginn unseres Lebens an genetisch beschädigt zu sein. Erbliche Unzulänglichkeiten sind daher keine molekularbiologischen Pannen und auch keine Strafe der Götter für unser verkommenes Verhalten, sondern der teure Preis dafür, daß das Leben überleben und dabei am Ende sogar etwas großartiges wie den Menschen hervorbringen konnte.« (Markl 1996: 33)

Sein und Sollen

Der allergrößte Teil der Menschen kommt in diesem Sinne gesund zu Welt, versorgt mit einem fabelhaften, aber nicht unproblematischen Potenzial von Stärken und Schwächen. Und die Dinge entwickeln sich im Großen und Ganzen recht gut. Wir können eigentlich machen, was wir wollen, unsere Lebenswartung steigt und steigt: Das gilt nicht nur für die so genannten entwickelten Länder, sondern auch zunehmend für die Entwicklungs- und Schwellenländer (Satariano 2006: 6f.).

Auf den weiteren Verlauf der Dinge haben aber die Medizin und das Ausmaß der ermittelten Risikofaktoren nur begrenzten Einfluss: »Im Zeitalter des wissenschaftlichen Optimismus herrschte die Vorstellung, dass die Medizin über kurz oder lang die Antworten auf unsere Gesundheitsprobleme würde finden können. Wenn der Präsident der Vereinigten Staaten genügend Dollars zur Verfügung stellen würde, so die Idee, dann könnte der Krebs besiegt werden. Dieser Optimismus ist

nun vorüber (außer vielleicht in der Regenbogenpresse), und es kehrt nun Ernüchterung ein. Die Medizin hat tatsächlich einige effektive Antworten auf verschiedene Gesundheitsprobleme bereitgestellt, und sie hat Mittel gefunden, die Symptome vieler Krankheiten zu lindern. Aber auf lange Sicht müssen wir vor allen Dingen neue Partnerschaften entwickeln zwischen den Gesundheitsdiensten (und Krankheitsversorgern, d.V.) und den Institutionen, deren Entscheidungen tatsächlich die Verbreitung von Krankheit beeinflussen. Die entscheidenden Bestimmungsfaktoren von Krankheiten sind überwiegend ökonomische und soziale und deshalb müssen ihre Heilmittel ebenfalls ökonomischer und sozialer Art sein« (eigene Übersetzung; Rose 1992: 129). Und angesichts einer wachsenden wirtschaftlichen Ungleichheit kann man schon einmal damit beginnen, nämlich »mit Erziehung, Unterkunft und Beschäftigung« (ebd.: 128).

Diese Analyse befreit keinen einzigen Menschen von der Frage, wie er persönlich sein Leben gestalten will. Er ist nicht einfach das Opfer der Verhältnisse, in denen er aufwächst, aber wir verfügen seit Jahrzehnten über solide Erkenntnisse über das Problem der sozialen Ungleichheit vor Leiden, Krankheit, Erwerbsunfähigkeit und Sterblichkeit (Lampert/Ziese 2005; Mielck 1994). Die gewonnenen Forschungsergebnisse und Daten zeigen auf, dass individuelle Gesundheitsrisiken nicht einfach Folgen individuellen Fehlverhaltens sind, sondern – bei genetisch bedingt überwiegend guter Ausgangslage – durch die Gesundheitschancen eines Menschen richtungsweisend moderiert werden können. Das Zusammenwirken von Gesellschaft und Politik, Unternehmen und betrieblichem Handeln und den Individuen in ihrem unmittelbaren Umfeld spielt dabei eine entscheidende Rolle (s. auch: Ilmarinen/Tempel 2002: 329). Und es ist sinnlos, das eine gegen das andere zu stellen oder aufzurechnen.

Beim Zugang zur Arbeit kommt den Betrieben eine zentrale Bedeutung zu. Das Menschenbild, das dort in den Köpfen der Führung wie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorherrscht, hat einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Betriebsklimas (Rosenstil/Bögel 1992) und die inhaltliche Gestaltung des psychologischen Arbeitsvertrages: Das Sein und das Sollen im Betrieb können so geregelt werden, dass sowohl die autonomen Grenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (das Sein) als auch die Erfüllung der Arbeitsanforderung (das Sollen) Anerkennung und Vereinbarung finden. Anerkennung in Form von sozialer Gegenseitigkeit, Identitätsbil-

dung, Selbstwert und Moral in Form der Achtungskommunikation wird dabei in Zukunft die Grundlage einer gesundheitsfördernden Führung bilden (Geißler/Bökenheide et al. 2007: 29f.).

So ist es möglich, im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements eine Betriebskultur zu schaffen, die das Motto einschließt: *»Was können und wollen Sie tun, was kann und will das Unternehmen tun, damit Sie so lange wie möglich so gesund wie möglich im Arbeitsleben verbleiben können?«* Bewerberinnen und Bewerber mit einem gewissen Gesundheitsrisiko werden dann nicht einfach mit diesem Problem allein gelassen bzw. abgewiesen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die solche Risiken entwickeln, müssen nicht auf diese reduziert (und verfolgt?) werden, sie bekommen vielmehr inhaltliche und praktische Unterstützung. Allerdings müssen sie sich entscheiden, ihr Schicksal ein Stück weit in die eigene Hand zu nehmen.

Betriebskultur und Gesundheit

In der VHH PVG Unternehmensgruppe Hamburg gibt es seit Jahren ein betriebliches Gesundheitsmanagement, das Unternehmensführung wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Umsetzung des oben angeführten Mottos unterstützt. Die Verkehrsbetriebe Hamburg-Holstein AG (VHH) wurden zweimal, 2001 und 2007, vom Hamburger Amt für Arbeitsschutz als Betrieb mit »vorbildlichen Leistungen im Arbeitsschutz« ausgezeichnet; die Unternehmensgruppe erhielt im Jahr 2008 den »Demografiesonderpreis »Fit in die Zukunft« im Rahmen der Move Europe-Aktivitäten.

Die Gestaltung und Bewertung der Maßnahmen wird auf der Grundlage des Arbeitsfähigkeitskonzeptes (www.arbeitsfaehigkeit.net) vorgenommen. Die VHH verfügt über eine entsprechende Betriebsvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung und ein erfolgreiches Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM).⁵ In wiederholten Mitarbeiterbefragungen wurde die – wachsende – Zufriedenheit der Beschäftigten mit den betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bestätigt. Auf solcher Grundlage erscheint es möglich, die individuelle Gesundheit zu fördern durch betriebliche Angebote, Beratung

⁵ Siehe dazu auch die Ergebnisse der 3. Werkstatt Betriebliches Eingliederungsmanagement vom 4.11.2007 bis 7.11.2007 bei der VHH in Hamburg.

und finanzielle Unterstützung. Dabei werden aber die Maßnahmen der Arbeitsgestaltung, der Weiterbildung und der Entwicklung der Führungskultur (Anerkennender Erfahrungsaustausch) in gleicher Weise beachtet und bearbeitet. Eine solche komplexe und inhaltlich fundierte Betriebskultur erscheint als wichtigster Schutz vor der »Kapitalisierung der Gesundheit« der Beschäftigten. Die Grenzen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dann erreicht, wenn ein betrieblicher Zwang zur individuellen Prävention aufgebaut wird: Angst in jeder Form schädigt die Betriebskultur und die Gesundheit, sie ist kein Instrument der Gesundheitsförderung.

»Diese Vereinbarung schafft für alle Beteiligten einen verlässlichen und übersichtlichen Rahmen hinsichtlich der Zielsetzung, Grundsätze, Verfahren und Beteiligungsprozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Rahmenvereinbarung stellt ein Dach dar, unter dem in den zugehörigen Anlagen Themen und Regelungen jeweils nach Bedarf und im Detail vereinbart werden. Sie unterstützt die Entwicklung einer betrieblichen Vertrauenskultur und stellt sicher, dass der Betriebsrat und die Beschäftigten sich konstruktiv und qualifiziert an den Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen beteiligen können« (aus der »Rahmen-Betriebsvereinbarung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung der Verkehrsbetriebe Hamburg-Holstein AG (VHH)«, Hamburg, 2003).

Grenzen der Möglichkeiten

Der eingestellte Busfahrer hat nach einigen Tagen seinen Arbeitsversuch abgebrochen, weil er der gesamten Situation und der komplexen Arbeitsanforderung im ÖPNV nicht gewachsen war. Er hat das sehr bedauert, hat aber für sich keine ausreichende Möglichkeit gesehen, die Rückkehr in das Arbeitsleben fortzusetzen. Er hat sich in keiner Form über die Erfahrungen, die er mit dem Unternehmen gemacht hat, unzufrieden oder negativ geäußert. Aus betriebsärztlicher Sicht war er nicht ausreichend auf die regelmäßige, stark strukturierte Tätigkeit mit hohen psychischen und sozialen Belastungen vorbereitet.

Fragen an die Arbeitsgruppen:

1. Wird in den Betrieben, aus denen Sie kommen, zwischen aktueller Arbeitsfähigkeit und drohendem Erkrankungsrisiko unterschieden? Wie wird damit umgegangen?
2. Was darf, was muss der Betriebsarzt alles untersuchen, um die aktuelle Arbeitsfähigkeit zu bescheinigen?
3. Wie wird in Ihrem Betrieb mit Bewerbern umgegangen, die offensichtlich oder auf Nachfragen Träger eines größeren Gesundheitsrisikos, aber aktuell nicht krank sind?
4. Ist das Vorgehen im Fallbeispiel für Sie akzeptabel?
5. Unterstützt es die Bemühungen um eine gesundheitsförderliche Betriebskultur, wenn einzelne Mitarbeiter einen »sanften Druck« zur individuellen Gesundheitsförderung erhalten?
6. Wie wird in der Praxis mit denen umgegangen, die nicht mitmachen oder aus einem Projekt aussteigen wollen?
7. Hat das Unternehmen eine Betriebsvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung?
8. Wird darin der Schutz vor »individuellem Gesundheitszwang« geregelt?
9. Würden Sie einer Regelung zustimmen, die dem Arbeitgeber ermöglicht, den Bewerbern einen freiwilligen Gen-Test vorzuschlagen?

Literatur

- Cusset, F. (2008): Dein Körper, dein Kapital. Wenn Gesundheit zur Bürgerpflicht wird. Le Monde diplomatique, deutsche Ausgabe. Berlin: taz Entwicklungs GmbH & Co. Medien KG. 14: 23.
- Geißler, H./T. Bökenheide et al. (2003): Der Anerkennende Erfahrungsaustausch – Das neue Instrument für die Führung. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Geißler, H./T. Bökenheide et al. (2007): Faktor Anerkennung. Betrieblichen Erfahrungen mit wertschätzenden Dialogen. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Harzer, W. (2007): Diagnostik und Therapie des Obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS). Leipzig, Verlag der Sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig – In Kommission bei S. Hirzel Stuttgart/Leipzig.
- Ilmarinen, J./J. Tempel (2002): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Herausgegeben von Marianne Giesert, Hamburg: VSA.
- Kittner, M./R. Pieper (2006): Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz und andere Arbeitsschutzvorschriften. Frankfurt a.M.: Bund-Verlag.
- Lampert, T./T. Ziese (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit –

- Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: RKI.
- Markl, H. (1996): Eine evolutionäre Perspektive der Medizin, in: Die Zukunft der Medizin – Neue Wege zur Gesundheit, hrsg. von G. Kaiser/J. Siegrist/ E. Rosenfeld//K. W. Vandai. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Mielck, A. (1994): »Gesundheitliche Ungleichheit« als Thema von Forschung und Gesundheitspolitik. Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland. A. Mielck. Opladen: Leske + Budrich, S. 13-31.
- Rose, G. (1992): The Strategy Of Preventive Medicine. Oxford/New York/ Tokio: Oxford University Press.
- Rosenstil, L. v./R. Bögel (1992): Betriebsklima geht jeden an! Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, München.
- Safranski, R. (2006): Wieviel Globalisierung verträgt der Mensch? Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Satariano, W. A. (2006): Epidemiology of Aging. Boston et al.: Jones and Bartlett Publishers.
- Zschiesche, W. (2003): Aufgaben und Stellung von Betriebsärzten und Betriebsärztinnen. Arbeitsmedizin. Handbuch für Theorie und Praxis. G. Triebig, M. Kentner und R. Schiele. Stuttgart: Gentner Verlag, S. 87-90.

Horst Peters

Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung

Pflicht und Kür – Das Beispiel Bundesamt für den Zivildienst

Die Geschichte des Arbeitsschutzes ist eine Erfolgsgeschichte: Nach langem Ringen in den verschiedenen Branchen hat sich eine umfassende Arbeitsschutzgesetzgebung entwickelt und mit den Arbeitsschutzausschüssen ein Instrument verankert, das die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen überwacht und Vorschläge zur Optimierung macht.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), deren Bestandteil der Arbeitsschutz ist und die selbst weit darüber hinaus geht, ist von einer derartigen Tradition noch weit entfernt – doch sie ist auf dem Weg, sich einen ebenso hohen Stellenwert zu erobern. Seit Februar 2007 ist die BGF in der Bundesverwaltung als Pflichtaufgabe in Ministerien und nachgeordneten Behörden zum Regierungsprogramm erhoben worden. Aber: »Die Wahrheit ist auf dem Platz« – wie ein bekannter deutscher Fußballtrainer gern zu sagen pflegt, das heißt, auf die Umsetzung kommt es an. Effektive Ergebnisse werden dann zu erzielen sein, wenn die Aufgabe nicht als »lästige *Pflicht*« empfunden wird und somit einzuleitende Maßnahmen von Erfolg gekürt sind.

Das Konzept BGF

Die BGF als umfassendes Konzept der Prävention umfasst alle Maßnahmen der Verhaltens- (das heißt der individuellen) wie der Verhältnis- (das heißt der strukturellen) Prävention und resultiert aus der Tatsache, dass Beschäftigte einen großen Teil ihrer Lebenszeit in Unternehmen und Behörden verbringen. Die Arbeitswelt ist insofern ein wichtiges »setting«, wie es neudeutsch heißt, in dem die Gesundheit der einzelnen wie ganzer Belegschaften beeinflusst wird.

Allerdings macht nicht Arbeit krank, wie unsinnigerweise häufig zu hören ist (ganz im Gegenteil: es ist die Abwesenheit von Arbeit, vgl. einschlägige Gesundheitsstatistiken bei Arbeitslosen), sondern möglicherweise die Arbeitsumstände wie individuelles Fehlverhalten und schlechte Arbeitsbedingungen oder eine unzureichende Unternehmenskultur.

Seit ca. 20 Jahren wird die BGF in Großunternehmen systematisch organisiert; im Bereich des Öffentlichen Dienstes seit Ende der 1990er Jahre. Anlass war sehr häufig die als zu hoch eingestufte Zahl krankheitsbedingter Abwesenheiten bei gleichzeitig steigenden Konkurrenzbedingungen im Rahmen der Globalisierung bzw. bei gleichzeitigen Modernisierungsprogrammen in den öffentlichen Verwaltungen. Inzwischen hat eine weitere Begründung Raum gegriffen: die demografische Entwicklung, die die Gesunderhaltung gerade auch älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und alter(n)sgerechte Arbeitsbedingungen erfordert.

Gesundheit ist allerdings laut WHO-Definition weitaus mehr als die Abwesenheit von Krankheit, nämlich der Zustand geistigen, körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Diese Definition impliziert den Blick weit über den Tellerrand krankheitsbedingter Abwesenheiten hinaus und verdeutlicht, dass der reduzierte Blick auf Abwesenheitsquoten unzulässig ist.

Krankenstandsberichte sind ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand eines Unternehmens, ohne weitere Analyseinstrumente (Beschäftigtenbefragungen, qualitative Interviews u.a.m.), jedoch öffnen sie unzulässigen Spekulationen Tür und Tor und nähren zudem in der Praxis widerlegte Hoffnungen, durch Sanktionen bzw. die eine oder andere Einzelmaßnahme umgehende und dann dauerhafte Senkungen krankheitsbedingter Abwesenheitsquoten herbeiführen zu können.

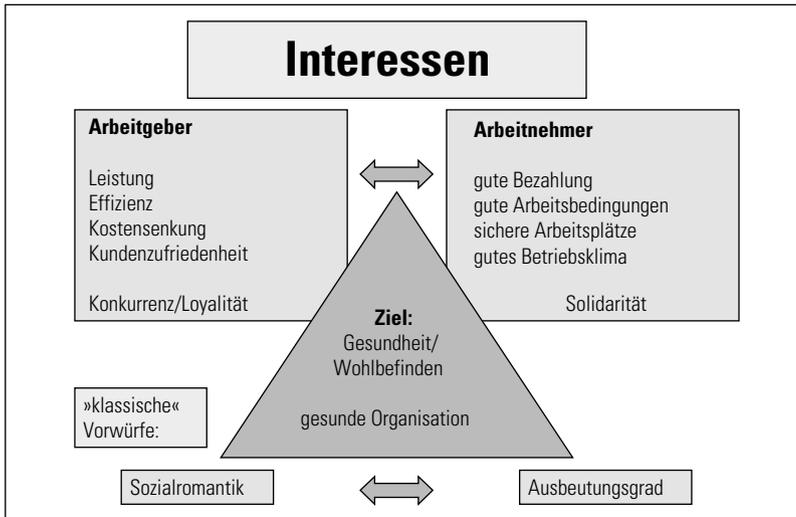
Seriöse Betriebliche Gesundheitsförderung wurde hingegen mit seinen konstitutiven Elementen bereits in der 1997 mit Unterstützung der Europäischen Kommission verabschiedeten *Luxemburger Deklaration* europaweit formuliert:

- Partizipation (Einbeziehung aller Beschäftigten)
- Integration (Einbeziehung in alle Unternehmensentscheidungen)
- Projektmanagement (Analyse – Planung von Maßnahmen – Durchführung – Evaluierung)
- Ganzheitlichkeit (Verhaltens- und Verhältnisprävention; Risikoreduktion und Ausbau von Gesundheitspotenzialen)

Viele Unternehmen und Verwaltungen haben sich bereits auf diese Deklaration verpflichtet und auf europäischer Ebene vernetzt (vgl. ENWHP – European Network of Workplace Health Promotion); zahlreiche Netzwerke gibt es auch auf nationaler Ebene (Netzwerk »Unternehmen für Gesundheit«, Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung DNBGF, Netzwerk BGF für oberste und obere Bundesbehörden u.a.). Darüber hinaus gibt es von der Bundesregierung geförderte Initiativen, in denen die Sozialpartner, Sozialversicherungsträger und die Wissenschaft zusammenarbeiten (Initiative Neue Qualität der Arbeit INQA, Initiative Gesundheit bei der Arbeit IGA u.a.). Längst ist die BGF legitimiert, ihr Nutzen umfassend begründet und veröffentlicht. Woran es flächendeckend mangelt, ist die Umsetzung und die kontinuierliche Praxis in den Betrieben und Behörden.

Ein Grund dafür mag sein, dass Gesundheit in oben definiertem Sinne auf die einzelne Person bezogen eine höchst persönliche Angelegenheit und dementsprechend höchst sensibel zu handhaben ist. Ein weiterer, dass Interessen der Arbeitgeber- wie der Arbeitnehmerseite höchst unterschiedlich sein können (siehe Abb. 1).

Abbildung 1: Interessensunterschiede von Beschäftigten und Arbeitgebern an Gesundheit



Quelle: eigene Erstellung

Diese – zugegebenermaßen holzschnittartig vereinfachten – Interessensunterschiede können trotzdem die Arbeit an einem gemeinsamen Ziel (gesunde Beschäftigte in einem gesunden Unternehmen) ermöglichen, wenn die häufig hoch emotional besetzten gegenseitigen Unterstellungen und Vorwürfe nicht die Oberhand gewinnen und eine Verständigung be- oder verhindern.

Zur Erläuterung ein klassisches Beispiel: Die Reduzierung von Fehlzeiten gilt als gemeinsames Ziel. Begründet wird dies von Arbeitgeberseite erfahrungsgemäß mit dem Kostenfaktor und damit, dass höhere Anwesenheitszeiten quantitativ und qualitativ bessere Arbeitsergebnisse bringen. Die Arbeitnehmerseite (und damit die Personalräte) begründen die Reduzierung von Fehlzeiten klugerweise damit, dass keine zusätzliche Mehrarbeit für die verbleibenden Beschäftigten anfällt (schließlich sind die Zeiten der Einstellung von Ersatzkräften weitgehend passé).

Gleichzeitig ist zu bedenken, dass die schlichte Anwesenheit nur wenig über Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft von Beschäftigten aussagt, wenn nicht gleichzeitig eine positive Unternehmenskultur vorhanden ist und das Betriebsklima stimmt.

Mithin gibt es Gründe genug, die BGF als grundlegende Aufgabe in Unternehmen und Verwaltungen zu erschließen, auf- und auszubauen und durch Abschluss einer Dienstvereinbarung rechtlich abzusichern. Um eine hohe Akzeptanz in der Belegschaft zu erreichen und die Führung zu gewinnen, ist es von Nutzen, von vornherein einen Steuerungskreis zu installieren, in dem neben Behördenvertretern und Personalräten relevante Tätigkeitsfelder und Repräsentantinnen sowie Repräsentanten Mitglied sind: Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz/Arbeitssicherheit, Personalentwicklung, Sozialberatung, Gleichstellungsbeauftragte, Vertrauensperson der Schwerbehinderten, Betriebssport.

Eine derartige Konstruktion ist wesentlich Erfolg versprechender als eine ausschließliche Verortung »in der Linie« – möglicherweise noch durch »Ausgucken« eines unwilligen Mitarbeiters der Personalabteilung, der Gesundheit auf dem Dienstweg verordnen will; oder etwa durch einen nirgends verorteten Arbeitskreis, dessen Aktivitäten ohne Entscheidungsbefugnis ins Leere laufen.

Nicht nur bei den Angeboten für die Beschäftigten, schon bei der Auswahl für die effektive Arbeit eines Steuerungskreises sollte das Prinzip der Freiwilligkeit und des Interesses, im Fachjargon intrinsische Motivation, Gültigkeit haben. Denn ohne besonderes Engagement ist die-

se Querschnittaufgabe kaum zu bewältigen. Gleichzeitig sind eventuelle Tendenzen falsch verstandenen Missionarstums fehl am Platze: So wichtig es ist, den Nichtraucherschutz zu gewährleisten; so löblich es ist, den bekannten Risikofaktoren mit Bewegung, ausgewogener Ernährung und Entspannungsverfahren zu begegnen etc., sollte allen Beteiligten präsent sein: Nichtraucher, joggende, mit dem Rad zur Arbeit fahrende, viel Obst und Gemüse essende, autogenes Training praktizierende Beschäftigte fördern ihre individuelle Gesundheit – sie sind dadurch nicht die besseren Menschen. Moralisierende Belehrungen und verpflichtende Vorschriften der Lebensführung sind weder angemessen noch zielführend; gut verpackte Informationen und attraktive Angebote auf freiwilliger Basis hingegen schon.

Abbildung 2



Quelle: Joachim Rick

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ihrem Wesen nach Prävention. Das eröffnet Chancen auf vielen Betätigungsfeldern und ist Hemmnis zugleich, wenn ausschließlich auf das Verhalten und zugleich ausschließlich auf rationale Erkenntnis gesetzt wird (siehe Abbildung 2).

Die trockene Analyse einer Situation (etwa ein Krankenstandsbericht oder eine sorgfältige Umfrageauswertung) verändert erst einmal ebenso wenig wie die schlichte Erkenntnis irgendwelcher Defizite: Zur Verhaltensänderung (zumaß bei jahrzehntelangen Gewohnheiten) bedarf es einschneidender Ereignisse und spürbarer Verbesserungen, mithin emotionaler Beteiligung.

Es braucht eine Kombination aus langem Atem und immer wieder neuen Ideen, die immer auch wesentliche Verbesserungen der Rahmenbedingungen (Arbeitszeit, Arbeitsformen, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsabläufe, Ressourcenorientierung und Fortbildungen, Führungsverhalten, Kommunikation und Teamarbeit und nicht zuletzt Betriebsausflüge, -feste) zum Ziel haben.

Das praktische Beispiel

Das Bundesamt für den Zivildienst, das mit über 1.000 Beschäftigten im Haupthaus Köln und mehreren Außenstellen zum Geschäftsbereich des Familienministeriums gehört, kann 2008 auf eine zehnjährige Tradition in der BGF zurückblicken, wobei die Personalräte von Beginn an eine maßgebliche Rolle gespielt haben. Der eingerichtete Steuerungskreis verpflichtete sich von vornherein auf die WHO-Definition Gesundheit und die Luxemburger Deklaration. Lange vor Abschluss der ersten Dienstvereinbarung 2001 wurde ein dezentrales Vorgehen in den Arbeitseinheiten vereinbart, das die Einbeziehung aller Beschäftigten gewährleistete. Das Pilotprojekt wurde in einem »durchschnittlichen« Referat durchgeführt mit den Einzelschritten: Information der Referatsleitung – Information der Beschäftigten auf einer Referatsversammlung mit Befragung – Auswertung der Befragung und Erörterung mit der Referatsleitung, sodann mit den Beschäftigten auf einer erneuten Versammlung – Beratung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen, optimalerweise im Rahmen von Gesundheitszirkeln. Konsequenzen dieses Pilotprojekts waren:

- Installierung von Ausgleichsübungen (diese haben bis heute Fortbestand an drei Tagen/Woche und drei unterschiedlichen Punkten des

Haupthauses, angeleitet von Beschäftigten, die in Kooperation mit dem Landessportbund ausgebildet wurden. Sie finden als einziges Bewegungsangebot innerhalb der Arbeitszeit statt und sind inzwischen auch als Empfehlung in der kürzlich abgeschlossenen Dienstvereinbarung Bildschirmarbeit verankert);

- Versammlungen mit vorheriger Tagesordnung in einem geschlossenen Raum (diese fanden vorher im Aufzugorraum als »Verkündungsveranstaltungen« statt);
- das Streichen des Referatsflurs wurde nach Konsultierung einer Farbpsychologin in maisgelb statt weiß/grau realisiert (Hindernisse waren »fehlende Manpower« im Hausarbeiterbereich bei gleichzeitiger Versicherungsproblematik, wenn die Betroffenen den Anstrich selbst übernehmen, ein fehlender Haushaltstitel bei gleichzeitiger Unmöglichkeit der Annahme einer Spende, das Nichtpassen in das behördeneigene Farbraster u.a.m., was den Rahmen dieses Beitrages sprengen würde);
- Überprüfung eines dezentralen Call-Centers (wurde nicht umgesetzt).

Die oben beschriebene Vorgehensweise wurde im gesamten Haus sukzessive über drei Jahre hin vollzogen. Dabei hat es sich als großer Vorteil herausgestellt, dass Informationen sowie Planung und Umsetzung von Maßnahmen für alle Beteiligten spürbar und zeitnah erfolgten. Damit war auch der Boden dafür bereitet, eine Dienstvereinbarung zwischen Gesamtpersonalrat (GPR) und Behörde abzuschließen und personelle Ressourcen bereit zu stellen (ein Mitglied des GPR wurde zur Hälfte freigestellt und mit der Leitung des Steuerungskreises BGF betraut). Nicht zuletzt aufgrund der Haushaltslage wurde auch ansonsten auf Ressourcen in der Belegschaft zurückgegriffen, wozu man sie allerdings erst einmal kennen muss. Die vorhandenen Kompetenzen erstrecken sich nicht nur auf die Anleitung von Bewegungsangeboten, die Durchführung von Kommunikationsseminaren u.a. sondern z.B. auch auf das Talent eines Comic-Zeichners (vgl. die – übrigens urheberrechtlich geschützten – Cartoons in diesem Beitrag).

Durch die gesetzlichen Bestimmungen im Rahmen des SGB V, § 20 (Präventionsmaßnahmen durch gesetzliche Krankenkassen) war und ist es darüber hinaus möglich, kostengünstig auf externe Spezialisten zurückzugreifen. So wurden zum Beispiel im November 2004 in Kooperation mit dem Landessportbund NRW Mitglieder des AK BGF und interessierte Kolleginnen und Kollegen für die Anleitung von Bewegung-

sangeboten fortgebildet. Nach und nach wurden drei Säulen der BGF errichtet: die Verhaltensprävention mit dem Primat Bewegungsangebote, die Verhältnisprävention und der Bereich Veranstaltungen/Seminare.

Die Bewegungsangebote wurden von vornherein mit dem aktiven Betriebssportverein abgestimmt, um keine falschen Konkurrenzen entstehen zu lassen. Der Kanon der Angebote reicht von klassischen Disziplinen wie Wirbelsäulengymnastik, Nordic Walking, Laufftreff und Aqua-Fitness bis zu erlebnisorientierteren Angeboten wie Inline-Skating und Tanzen.

Für die Beschäftigten besonders attraktiv sind die Angebote dann, wenn sie gleichzeitig einen »Event-Charakter« bekommen, wie es in großen Konzernen gang und gäbe ist (»Burda läuft« und ähnliche Kampagnen): So findet seit Jahren ein Aktivangebot im Rahmen der vom Personalrat organisierten Betriebsausflüge statt; Laufwettbewerbe mit Benefizgedanken oder ein jährliches Hallen-Fußball-Turnier mit geschlechtlich gemischten Mann-/Frauschaften.

Einer hohen Beteiligung erfreute sich das niedrigschwellige Projekt »3.000 Schritte extra«, das im Jahr 2007 über zwölf Wochen mit wissenschaftlicher Begleitung durch die Deutsche Sporthochschule Köln und ausgestattet mit hochwertigen Schrittzählern durchgeführt und kürzlich evaluiert wurde. Dabei hat sich herausgestellt, dass fast alle Beteiligten sich auch ein Jahr später bewusster und mehr bewegen als vor dem Projekt, wenn auch nur knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Niveau der 3.000 Schritte extra pro Tag halten konnten.

Es resultierten aus diesem Projekt weitere Angebote, die zur Bewegung anregen sollen: gemeinsame Mittagsspaziergänge, z.T. als kleine Stadtteil-Exkursion ausgebaut und Wanderangebote für die ganze Familie im Rahmen einer übernommenen Patenschaft für eine Teilstrecke des 170 Kilometer langen »Köln-Pfades«.

So wichtig es auch ist, sämtliche Angebote auf Plakaten und im betriebseigenen Intranet zu bewerben, so unersetzlich bleibt die direkte persönliche Ansprache der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um sie für die Angebote zu gewinnen. Gleichzeitig muss der persönliche Nutzen für die Beschäftigten spürbar sein (weshalb die Rückmeldungen/die Evaluierung jedes einzelnen Angebots wichtig sind) und: Es muss Spaß machen. Wenn auch die Erkenntnisse der Psychoneuro-Immunologie längst wissenschaftlich bewiesen haben, welche gesundheitsfördernde Funktion das Lachen hat, greift im Behördenalltag doch immer wieder

eine eigentümliche calvinistische Ethik der Humorlosigkeit Raum, die den Spaß als Untergrabung ernsthafter und leistungsorientierter Arbeit denunziert, statt ihn als erfreulichen Faktor eines guten Betriebsklimas zu begreifen.

In den Bereichen der *Verhältnisprävention* wird häufig zuallererst an die Ergonomie gedacht, ein klassisches Feld des Arbeitsschutzes – doch Vorsicht: Hier kann ein Zielkonflikt mit dem Primat der Bewegung drohen, der suggestiven Charakter hat: Die Beschaffung eines rückengerechten Stuhls, eines höhenverstellbaren Schreibtisches, einer optimalen Ausrichtung des PCs usw. beseitigt Beschwerden in der Hals- oder Lendenwirbelsäule nicht! So erstrebenswert eine optimale Büroausstattung ist, so effektiv ist sie doch nur im Zusammenspiel mit aktiver Bewegung. Das hat uns selbstverständlich nicht davon abgehalten, Verbesserungen zu initiieren: Angefangen bei der Verbreiterung von Türen für das Durchfahren von Hubwagen über die Beschaffung eines Transporters mit Stehhöhe bis hin zu Unterarmstützen für die PC-Arbeit (zur weitgehenden Verhinderung des RSI-Syndroms, das heißt der *repetitive strain injury*, auch als »Sekretärinnenkrankheit« oder »Mausarm« bezeichnet, ein Syndrom, das durch eine Schädigung des Bewegungsapparates vor allem im Hand-, Arm-, Schulter- und Nackenbereich infolge langanhaltender, monotoner Bewegungen und/oder falscher Sitzhaltung entsteht). In diesem Zusammenhang ist das Ineinandergreifen mit Maßnahmen durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM nach § 84,2 SGB IX; 2007 durch Dienstvereinbarung in der Behörde implementiert) von Nutzen, denn eine gelungene Eingliederung nach längerer Krankheit ist gleichzeitig immer auch Prävention.

Gesundheitsförderlich sind familienfreundliche Regelungen zur Arbeitszeit und Arbeitsformen; so bestehen seit einigen Jahren im Bundesamt für den Zivildienst eine flexible Arbeitszeit (bei Gewährleistung von Servicezeiten) und die Möglichkeit der Telearbeit.

Die Durchführung von einschlägigen Veranstaltungen und Seminaren haben in unserem Hause eine lange und vielfältige Tradition, wobei nicht nur auf allgemeine, sondern auch auf zielgruppenspezifische Angebote geachtet wurde.

So gibt es Tagesveranstaltungen für Auszubildende (»Benehmen im Büro«, »Lernen lernen« zur Prüfungsvorbereitung) sowie im September 2008 ein Pilotprojekt in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit den Themen Bewegung, Ernährung, Entspannung und Motivation in einem dreitägigen Seminar; spezifische

Veranstaltungen zur Brustkrebsprävention für Frauen bzw. Prostataerkrankungen bei Männern; Besuche der jährlich stattfindenden Reha-Messe für schwerbehinderte Kolleginnen und Kollegen unter Anrechnung auf die Arbeitszeit; Seminare »Stimmschonung und Stimmtraining« für Dozentinnen und Dozenten an Zivildienstschulen oder erstmals 2007 auf der Gesamttagung der Regionalbetreuerinnen und -betreuer ein Vortrag zur Bewältigung von besonderen psychischen Belastungen durch traumatische Ereignisse (Verkehrsunfälle u.ä.).

Im Rahmen der BGF können auch modulartig aufgebaute Veranstaltungen zum Thema »Wie bleibe ich fit am Arbeitsplatz?« von den Organisationseinheiten abgerufen werden. Es zählen Inhouse-Seminare zur Körperhaltung und Körpersprache ebenso dazu wie Schulungen zum Gedächtnistraining (»Gehirn-Jogging«) oder Informationen zu besonderen Krankheitsbildern.

Als guter Ort für solche Veranstaltungen (und auch für die gern besuchten Mess-Aktionen) haben sich Aktions- und Gesundheitstage herausgestellt, die von allen Beschäftigten besucht werden können. Apropos Gesundheitstage: Diese stehen des öfteren in der Kritik, weil sie keine Nachhaltigkeit erzeugen würden. Dieser Kritik kann man nur dann folgen, wenn solche Gesundheitstage stellvertretend, gleichsam als symbolische Einzelmaßnahme für eine kontinuierliche BGF, stehen. Dann werden sie ebenso verpuffen wie die viel zitierten einmaligen Rückenschulungen. Eingepackt jedoch in umfassende Präventionsaktivitäten können Gesundheitstage eine gute Gelegenheit sein, die Bandbreite der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu präsentieren und Neues auszuprobieren.

Bei der Implementierung und Weiterentwicklung der BGF ist die Gewinnung der Leitung eines Unternehmens bzw. einer Behörde sowie der Führungskräfte von zentraler Bedeutung, wie mehrere organisationssoziologische Untersuchungen inzwischen nachgewiesen haben. Deshalb wurde bereits im Jahre 2001 damit begonnen, Seminare zum gesundheitsfördernden Verhalten von Führungskräften anzubieten. Schließlich sind Führungseigenschaften wie Berechenbarkeit und Teamorientierung, Rollenidentität und Rollendistanz, Herstellung transparenter Arbeitsabläufe und respektvoller Umgang mit den Beschäftigten nach wie vor keine Ausbildungsinhalte für Juristen und Betriebswirtschaftler (siehe Abbildung 3).

Und »psycho-toxisches« Führungsverhalten kann auch andere Gesichter haben als kaum noch anzutreffende hierarchisch-autoritäre

Muster. Personalräte, die in diesen Kontexten häufig den Führungskräften ein vorbildliches Verhalten abfordern, können allerdings auch im eigenen Rahmen eine Menge tun und Positives bewirken: Dies beginnt mit transparenter Sitzungsplanung und vernünftiger Pausengestaltung (inkl. Bewegungsübungen); es setzt sich fort mit einer guten Versorgung während der Sitzungen mit frischem Obst und Gemüse; der Aufnahme der BGF als regelmäßigen Tagesordnungspunkt und Initiierung von Aktivitäten; und geht bis hin zum freundlichen Umgang untereinander und dem intensiven Kontakt mit den Beschäftigten, z.B. auch durch die Organisation von Betriebsausflügen und -festen.

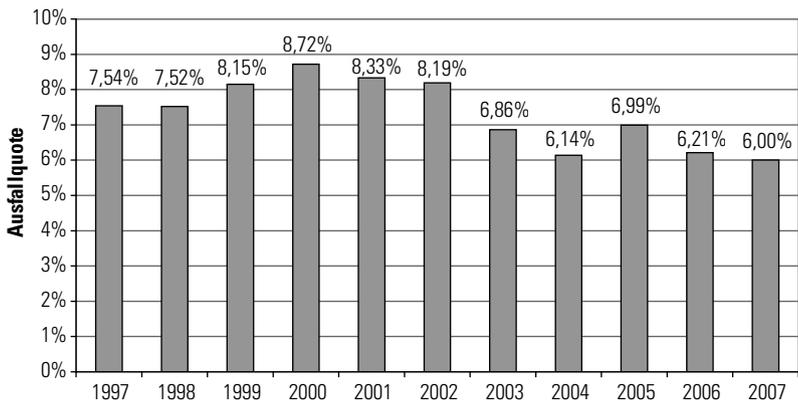
Präventionsmaßnahmen erfordern auch die Kenntnis vorhandener Krankheitsdiagnosen, die im Öffentlichen Dienst nur mühsam zu erfassen sind. Während die für einen systematischen Gesundheitsbericht erforderlichen Zahlen in den Verwaltungen präsent sind (bei Bundesverwaltungen seit kurzem auch standardisiert, vgl. Krankenstandsberichte auf der Internet-Seite des BMI), sind die Diagnosen ausschließlich über die Krankenkassen zugänglich (dies kann man exemplarisch über die gesetzlichen Kassen mit den meisten Versicherten erfahren). Bedeutsam zugenommen haben in den letzten Jahren abgesehen von Atemwegs-, Herzkreislauf und Muskel-Skeletterkrankungen die psychischen Belastungen durch die komplexeren Arbeitsanforderungen bei gleichzeitigem Personalabbau und andere Faktoren, die spezifisch unterschiedlich sind. Da spätestens reichen keine Einzelmaßnahmen mehr, die gern respektlos »Laufen und Hopsen« genannt werden und sich ausschließlich auf die Verhaltensprävention konzentrieren. Da stimmt etwas mit den Verhältnissen nicht. Im Bundesamt für den Zivildienst wird die BGF mittlerweile in alle relevanten Entscheidungen einbezogen, seit 2004 wird sie über eine Stabsstelle organisiert, die bei

Abbildung 3:



Quelle: Joachim Rick

Abbildung 4: Erfreuliche Entwicklung der krankheitsbedingten Abwesenheit im BAZ



Die krankheitsbedingte Abwesenheit wird in Gesundheitsberichten regelmäßig dokumentiert. Dabei werden die Zahlen nach Geschlecht, Alter, Status, Laufbahn, Arbeitseinheiten, Krankheitsdauer, Krankheitsfällen u.a. weiter aufgeschlüsselt, um eine differenzierte Analyse zu ermöglichen.

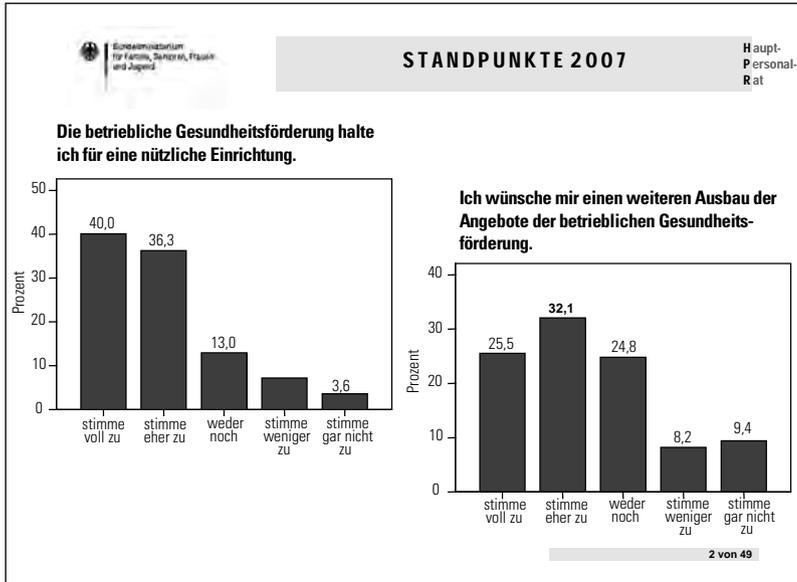
Quelle: Eigene Erstellung

der Abteilungsleitung Z angesiedelt ist. Durch die Bereitstellung von zwei Ganztagsstellen (Leitung der Stabsstelle; Büroorganisation) hat die gegenwärtige Präsidentin ein deutliches Zeichen gesetzt, das weit über die ideelle Unterstützung der BGF hinausgeht. Zudem ermöglicht die Teilnahme an zahlreichen Aktivitäten durch Anrechnung auf die Arbeitszeit eine gute Beteiligung der Beschäftigten.

Ausblick

Die Rahmenbedingungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung haben sich in den letzten Jahren erheblich verbessert: Die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt) hat mit seiner 2005 erschienenen Empfehlung »Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe« ein deutliches Signal für Städte und Gemeinden gesetzt. Die Bundesregierung hat die »systematische betriebliche Gesundheitsförderung im unmittelbaren Bundesdienst« im Umsetzungsplan Februar 2007 zum Regierungsprogramm »Zukunfts-

Abbildung 5: Arbeits-Unfähigkeits-Quote am Bundesamt für Zivildienst 1997-2007



Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2007

orientierte Verwaltung durch Innovationen« beschlossen. Der DGB und der Deutsche Beamtenbund beraten seit Beginn des Jahres 2008 ein Grundsatzpapier mit dem Ziel, noch in diesem Jahr mit dem Bundesministerium des Innern eine Rahmenvereinbarung BGF in der Bundesverwaltung abzuschließen.

Solche grundsätzlichen Bekenntnisse erklären die BGF offiziell zur Pflichtaufgabe und sind für die Praktikerinnen und Praktiker vor Ort außerordentlich hilfreich für die Legitimation ihrer Aktivitäten – entscheidend jedoch ist eine ausdrucksstarke Kür in der betrieblichen Praxis. Nur sie erzeugt nachhaltige Wirkung bei allen Beteiligten und schafft die Voraussetzungen für das individuelle Wohlbefinden am Arbeitsplatz und eine optimale Unternehmenskultur. Die hohe Akzeptanz der BGF bei den Beschäftigten zeigt die aktuelle Auswertung einer Beschäftigtenbefragung im Geschäftsbereich des Familienministeriums (siehe Abbildung 5).

Horst Peters

Arbeit in Netzwerken im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Der Begriff Netzwerk bezeichnet ein soziales Beziehungsgeflecht, das Menschen und Institutionen in vertrauensvoller Kooperation verbindet, weil sie auf diese Weise ihre Ziele besser realisieren können als durch nicht-koordiniertes Handeln. Durch seine vielseitige Anwendbarkeit und effektive Zugänglichkeit schafft das Netzwerk Unterstützungsstrukturen, die für alle Beteiligten gewinnbringenden Nutzen beim Austausch von Informationen und Ressourcen stiften.

Diese aus verschiedenen Quellen zusammengeklautbe Definition soll nun kein weiterer Beitrag zur soziologischen Theoriebetrachtung von Netzwerken sein, sondern nur Ausgangsaspekte liefern, weshalb sich Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) optimalerweise in Netzwerkstrukturen organisiert. Für die BGF relevante Sichtweisen aus den Bereichen der Medizin, des Arbeitsschutzes, der Personal- und Organisationsentwicklung, der Psychologie und Sozialpädagogik, des Sports, der Ernährungswissenschaften, des Gender Mainstreamings u.a.m. sowie der unterschiedlichen Rollen und Mentalitäten der beteiligten Akteure können sich dann sinnvoll befruchten, wenn das formalisierte Korsett nicht zu eng geschnürt ist (wie etwa bei Parteien und Verbänden), andererseits aber auch keine Beliebigkeit (wie beim unverbindlichen Kaffeeklatsch) entsteht.

Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft der Akteure zur Offenheit und gegenseitigen Akzeptanz – und dies ist gar nicht so einfach, wenn Beteiligte bestimmter Berufe oder Funktionen oder etwa Repäsentanten von Unternehmen aus einer Branche untereinander in Konkurrenz stehen. Konkurrenz kann beispielsweise auch entstehen bei Bewerbungen für Forschungsprojekte oder bei Preisverleihungen. Deshalb ist Vertrauen in der Netzwerkarbeit ein hohes Gut. Gleichzeitig ist es unabdingbar notwendig, da der Erfahrungsaustausch nur dann von hohem Nutzen sein kann.

Nachfolgend soll von einigen Netzwerken im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung die Rede sein, bei denen die vorgenannten Rahmenbedingungen gegeben und in der Praxis erprobt sind. Als programmatische Grundlage verpflichten sich die mir bekannten Netzwerke auf die Leitlinien der Luxemburger Deklaration, häufig um Gesichtspunkte erweitert, die den spezifischen Charakter des jeweiligen Netzwerks hervorheben sollen.

Auf europäischer Ebene ist zunächst das ENWHP (European Network for Workplace Health Promotion) zu nennen, das 1996 gegründet wurde und in dem mittlerweile mehr als 30 Staaten repräsentiert sind. Das ENWHP wird von der EU-Kommission gefördert und hat sein Sekretariat beim BKK Bundesverband in Essen. In diesem Netzwerk sind internationale Qualitätskriterien entwickelt sowie vorbildliche europäische Praxisbeispiele dokumentiert und ausgezeichnet worden.

Einmal jährlich findet ein Fachkongress mit einem Themen- oder Branchenschwerpunkt statt. In den letzten Jahren wird eine europäische BGF-Infrastruktur mit nationalen Foren forciert (vgl. auch nähere Informationen unter www.enwhp.org).

Die jüngste Kampagne auf europäischer Ebene heißt »Move Europe«, an der sich alle Mitgliedsstaaten beteiligen. Hierbei bewerben sich Unternehmen und Verwaltungen 2007 und 2008 auf den nationalen Ebenen um Unternehmenspreise und Zertifikate für vorbildliche Maßnahmen im Bereich der Verhaltensprävention; im Jahre 2009 sollen die Prämierungen auf europäischer Ebene in Perugia vorgenommen werden (Näheres unter www.move-europe.de).

Das Pendant auf der nationalen deutschen Ebene heißt DNBGF (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung). Es wird in seiner Arbeit unterstützt vom BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Gesundheit) und vom BMG (Bundesministerium für Gesundheit). Es wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet, die vom BKK Bundesverband, der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), dem AOK Bundesverband und dem AEV (Arbeiter Ersatzkassenverband) im Rahmen der gemeinsamen Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) getragen wird. Vor dem Hintergrund einer noch zu geringen Verbreitung der BGF in Deutschland soll die Kooperation zwischen allen nationalen Akteuren verbessert werden.

Das DNBGF setzt sich aus sechs Foren zusammen (Forum Großunternehmen, Klein- und Mittelunternehmen, Öffentlicher Dienst, Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege, Bildung und Erziehung, Arbeits-

marktintegration und Gesundheitsförderung), die jeweils von einem Koordinatorenkreis geleitet werden.

Das DNBGF zeichnet sich durch ein lebhaftes und qualitativ hochwertiges Kongress- und Tagungswesen und die Abfassung und Dokumentation grundsätzlicher Positionspapiere aus. Diese Angebote und die Modalitäten einer Mitgliedschaft sind der Internet-Seite www.dnbgf.de zu entnehmen.

Während das DNBGF sehr stark um die Verbreiterung der Basis der BGF bemüht ist, geht es dem Unternehmensnetzwerk zur BGF in der Europäischen Union e.V., kurz Unternehmen für Gesundheit, in erster Linie um Mitglieder mit fundierten Erfahrungen in der BGF. Dieses Netzwerk besteht seit Februar 2000 auf Initiative einiger großer Unternehmen und dem BKK Bundesverband. Den Vorsitz hat zur Zeit Dr. Uwe Brandenburg von VW inne, Stellvertreterin ist Natalie Lotzmann von SAP. Die Mitglieder treffen sich zweimal jährlich an unterschiedlichen Standorten der Unternehmen. Dabei werden Schwerpunktthemen, häufig mit hochrangigen Experten, diskutiert, verschiedentlich werden dazu auch Arbeitsgruppen eingerichtet. Für die Aufnahme in das Netzwerk muss schriftlich eine Selbsteinschätzung des sich bewerbenden Unternehmens eingereicht werden; das Unternehmen wird besucht und präsentiert sich auf einem Netzwerktreffen. Eine Aufnahme erfolgt nur bei einer Zustimmung von 75% aller Mitglieder. Derzeit sind folgende Unternehmen Mitglied:

- Airbus Deutschland GmbH
- Bertelsmann AG
- Braun GmbH
- Bremer Straßenbahn AG
- Bundesamt für Zivildienst
- Cognis Deutschland GmbH & Co. KG
- Daimler AG
- Deutsche Bahn AG
- Deutsche Bank AG
- Deutsche Post AG
- Deutsche Telekom AG
- Fraport AG
- Hamburger Stadtentwässerung
- Henkel KGaA
- Hubert Burda Media GmbH&Co KG
- IBM Deutschland GmbH

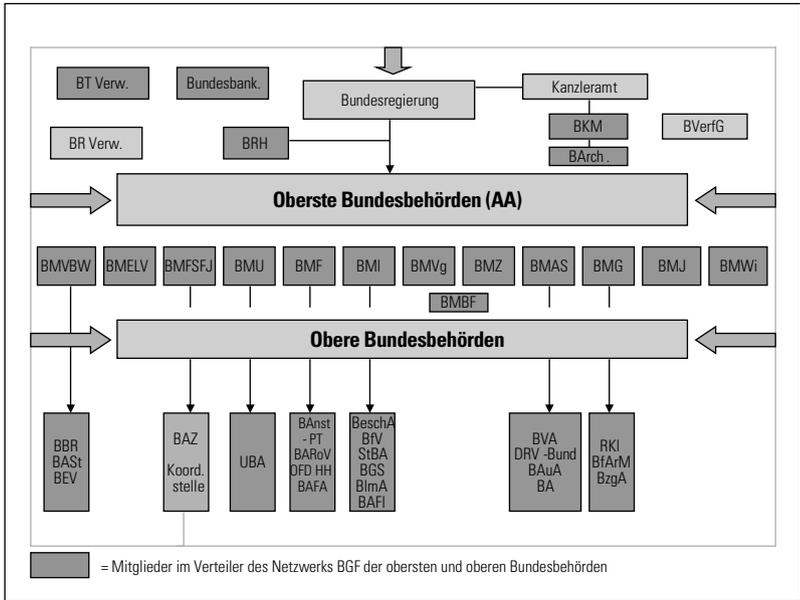
- Klinikum Links der Weser gGmbH
- Landeshauptstadt Stuttgart
- Metro AG
- Otto GmbH & Co.
- Procter & Gamble GmbH
- REWE-Zentral AG
- Salzgitter AG
- SAP AG
- Siemens AG
- Stadt Dortmund
- Stadt Mainz
- Sparkasse KölnBonn
- Unilever Deutschland GmbH
- Volkswagen AG
- Wacker Chemie AG

Weitere Informationen gibt es unter www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de.

Ein klassisches Branchen-Netzwerk ist das Netzwerk BGF der obersten und oberen Bundesbehörden, das sich aus zwei »Starthilfe-Seminaren« in Bonn und Berlin aus dem Jahre 2001 entwickelt hat. Initiatoren waren der ärztliche Dienst des BMI (Bundesministerium des Innern) und der Leiter des Arbeitskreises BGF im BAZ (Bundesamt für den Zivildienst).

Seit dem Jahre 2004 gibt es zweimal jährlich regelmäßige Treffen alternierend im Köln/Bonner Raum und Berlin mit vorher verabredeten Schwerpunktthemen, koordiniert von der Stabsstelle im BAZ. Erstmals in diesem Jahr wird auch auf externen Fachverband zurückgegriffen. Das Netzwerk hat große Zuwachsraten. Inzwischen sind sämtliche Ministerien abgesehen vom Bundeskanzleramt und dem Auswärtigen Amt erfasst; dazu kommen die Bundestagsverwaltung, die Bundesbank, der Bundesrechnungshof sowie 25 nachgeordnete Bundesbehörden (siehe Abbildung 1).

Nachdem die BGF in der gesamten Bundesverwaltung zum Regierungsprogramm erhoben wurde (vgl. Umsetzungsplan 2007 zum Regierungsprogramm »Zukunftsorientierte Verwaltung durch Innovationen einschließlich E-Government 2.0«, S. 16/17), ist mit weiterem Engagement zu rechnen. Zudem wird dieses Programm von der Unfallkasse des Bundes durch Seminarangebote für Entscheiderinnen und Entscheider sowie Praktikerinnen und Praktiker unterstützt.

Abbildung 1: Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung**Abkürzungen der Bundesbehörden**

AA: Auswärtiges Amt; BMI: Bundesministerium des Innern; BMF: Bundesministerium der Finanzen; BMWi: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie; BMVEL: Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft; BMVg: Bundesministerium für Verteidigung; BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; BMG: Bundesministerium für Gesundheit; BMAS: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; BMU: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit; BMBF: Bundesministerium für Bildung und Forschung; BMZ: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; BKM: Die Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien; BRH: Bundesrechnungshof; BMVBW: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Wohnungswesen; BMJ: Bundesministerium der Justiz; BauA: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; BAZ: Bundesamt für den Zivildienst; BASSt: Bundesanstalt für Straßenwesen; BBR: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung; BeschA: Beschaffungsamts des Bundesministerium des Innern; BfArm: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; Banst-PT: Bundesanstalt für Post und Telekommunikation; BARoV: Bundesamt zur Regelung offener Vermögensfragen; BfV: Bundesamt für Verfassungsschutz; BGS: Bundesgrenzschutz; BVA: Bundesversicherungsamt; RKI: Robert-Koch-Institut; UBA: Umweltbundesamt; StBA: Statistisches Bundesamt; BverfG: Bundesverfassungsgericht; BA: Bundesagentur für Arbeit; DRV-Bund: Deutsche Rentenversicherung Bund

Gleichzeitig formulieren auf dessen Initiative der DGB in Kooperation mit dem dbb (Deutscher Beamtenbund) ein Positionspapier, um mit dem BMI (Bundesministerium des Innern) noch im Jahr 2008 eine Rahmenvereinbarung BGF zu erreichen – vergleichbar mit der Moder-

nisierungs- und Fortbildungsvereinbarung, die dieselben Beteiligten im Jahr 2007 abgeschlossen haben. Dies würde die Ausgangs- und Entwicklungspositionen für alle Beteiligten erleichtern.

Im vergangenen Jahr hat das Netzwerk erstmals in Kooperation mit dem DNBGF ein Beratungsseminar mit Praktikerinnen und Praktikern mit guter Resonanz anbieten können. Bislang gibt es allerdings keine Internetpräsenz, nähere Informationen können beim Autoren dieses Artikels eingeholt werden.

Ein klassisches regionales Netzwerk ist der »Runde Tisch BGF in Köln«, der mit zwei Tageskongressveranstaltungen im Jahre 2007 aus der Taufe gehoben wurde und eine Deklaration verabschiedet hat, die bereits von mehreren Unternehmen, Verwaltungen, Krankenkassen, wissenschaftlichen Einrichtungen und Sportverbänden unterzeichnet wurde (siehe Kasten).

Deklaration »Betriebliche Gesundheitsförderung in Köln«

Die Unterzeichner der Deklaration »Betriebliche Gesundheitsförderung in Köln« (BGF in Köln), die sich erstmals am 27.02.2007 zu einem runden Tisch zusammengefunden haben, verfolgen gemeinsame Zielsetzungen:

1. Die »BGF in Köln« setzt die Empfehlungen des 2004 erschienenen Berichts der Expertenkommission der Bertelsmann-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung im Auftrag der Bundesregierung um, in denen der Aufbau regionaler Bündnisse für Gesundheit bei der Arbeit angeregt wird.
2. Die BGF als Grundpfeiler der Prävention wird in Unternehmen und Verwaltungen im Raum Köln initiiert, ausgebaut und weiterverbreitet sowie als eigenständiges Element in die Programmatik des »Gesunde-Städte-Netzwerks«, dem die Stadt Köln seit 1991 angehört, eingebracht.
3. Die »BGF in Köln« trägt der Tatsache Rechnung, dass gesunde und motivierte Beschäftigte den wichtigsten Faktor für den Erfolg privater und öffentlicher Unternehmen darstellen. Sie umfasst alle Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention in einem Betrieb, die die Leistungsfähigkeit, die Motivation und das Wohlbefinden der Beschäftigten fördern und zur Erhöhung der Gesundheitsquote beitragen. Angesichts der demografischen Entwicklung in den Belegschaften und der Verlängerung der Lebensarbeitszeit wird die Bedeutung einer effizienten BGF zunehmen.
4. Die »BGF in Köln« bezieht von vornherein alle für den Prozess wichtigen Akteure ein. So sollen nicht nur Praktiker in Unternehmen

und Verwaltungen ein Forum zum Austausch und der gegenseitigen Unterstützung erhalten, sondern eine Zusammenarbeit stattfinden mit den Trägern der Sozialversicherungen, insbesondere der Krankenkassen; mit Hochschulen und privaten wissenschaftlichen Instituten; mit Vereinen und Anbietern, die eine gesunde Lebenshaltung fördern, und solchen aus der Personal- und Organisationsberatung; mit Interessensverbänden und mit den verschiedenen Feldern der Politik. Gleichzeitig wird angestrebt, durch Präsenz in den Medien den Stellenwert der BGF im öffentlichen Bewusstsein stärker zu verankern.

5. Die »BGF in Köln« sucht die Kooperation mit bestehenden regionalen, nationalen und internationalen Netzwerken der BGF, um eigene Erfahrungen einzubringen und von den vorhandenen Kenntnissen für die eigene Arbeit zu profitieren.
6. Der »Runde Tisch BGF in Köln« verabredet ein jährliches Treffen und richtet alle zwei Jahre einen Fachkongress zu relevanten Themen aus. Die Stiftung eines Preises, der alle zwei Jahre für vorbildliche BGF vergeben werden soll, wird geprüft.

Als Koordinatoren für den »Runden Tisch BGF in Köln« stehen zur Verfügung: *Prof. Ingo Froböse*, Deutsche Sporthochschule Köln; *Roland Krämer*, REWE Group; *Horst Peters*, Bundesamt für den Zivildienst Köln (als direkter Ansprechpartner: *Horst Peters*, Leiter der Stabsstelle Betriebliche Gesundheitsförderung beim Bundesamt für den Zivildienst, 50964 Köln, Tel. 0221 / 3673 4980; Fax 0221 / 3673 4041; E-Mail: hpeters1@baz.bund.de)

Auf seiner Sitzung im April 2008 wurde eine Bewegungskampagne beschlossen, die in einer Pressemitteilung derzeit an die Kölner Medien weitergeleitet wird (siehe Kasten auf der folgenden Seite).

In erster Linie mit Bewegung beschäftigt sich das Netzwerk innerhalb des WSV (Westdeutscher Betriebssportverband), der in enger Kooperation mit dem LSB NRW (Landessportbund Nordrhein-Westfalen) und einigen engagierten Betriebssportgruppen dieses Netzwerk initiiert hat, um den Betriebssport als Motor im Bereich der Verhaltens- und auch der Verhältnisprävention zu installieren.

Nach einer erfolgreichen Auftaktveranstaltung im Januar 2006 in der Sportschule Radevormwald fand im letzten Jahr eine größere Tagesveranstaltung in Gelsenkirchen statt, um die Betriebssportvereine in NRW für das Thema BGF zu sensibilisieren und zu aktivieren.

Interessierte können Näheres erfahren unter www.betriebssport-nrw.de unter den Anschlüssen der Geschäftsstelle in Düsseldorf.

Kölner Betriebe op jöck – Kölner Unternehmen für die Gesundheit

Betriebliche Gesundheitsförderung nimmt einen immer größeren Stellenwert innerhalb der Prävention ein, weil es eine gute Möglichkeit bietet, einen Großteil der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer für eine aktive Gesundheitsförderung zu erreichen und so dem demografischen Wandel und den davonlaufenden Gesundheitsausgaben »ein Schnippchen zu schlagen«. In diesem Zuge haben Kölner Unternehmen und Verwaltungen, Krankenversicherungen, Unfallkassen und Berufsgenossenschaften, IHK und DGB, wissenschaftliche Einrichtungen und Sportvereine seit Anfang 2007 einen »Runden Tisch – betriebliche Gesundheitsförderung Köln« zum Austausch und Weiterentwicklung von Projekten und Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert. Hierbei nimmt die Bewegungsförderung eine ganz entscheidende gesundheitliche Rolle ein – nicht zuletzt, weil der Arbeitsalltag der meisten Beschäftigten eher bewegungsarm ist.

In diesem Zuge wollen Kölner Betriebe und Unternehmen ab dem 1. Juni 2008 als Vorreiter zwei Bewegungskampagnen etablieren. Zum einen soll mit dem Rad zur Arbeit gefahren werden, und die Betriebe sammeln gemeinsam zurückgelegte Kilometer (fachlich betreut von der AOK). Zum anderen soll nach erfolgreichen Pilotprojekten die Schrittzähleraktion »3000 Schritte mehr am Tag« den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu mehr Bewegung verhelfen (fachlich betreut von der Deutschen Sporthochschule Köln).

Bislang haben bereits mehrere Betriebe Erfahrungen mit solchen Aktivitäten gesammelt und signalisiert, dass sie auch jetzt dabei sein werden: die Zentrale der REWE-Group, die Gothaer Versicherung, die DKV, die Städtischen Kliniken, die Kölner Polizei, die Kölner Stadtverwaltung, das Bundesamt für den Zivildienst, das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung. So werden erste Schritte in einen aktiven Arbeitsalltag geschaffen.

Sind auch Sie ein Kölner Betrieb und haben Interesse, an einer der beiden Kampagnen teilzunehmen und Ihre Mitarbeiter für mehr Bewegung zu gewinnen? Dann melden Sie sich bei dem »Runden Tisch Betriebliche Gesundheitsförderung in Köln« unter der E-Mail-Adresse: RunderTischBGF@baz.bund.de oder unter der Tel.-Nr.: (0221) 3673-4848.

Zu guter Letzt soll noch auf ein Netzwerk hingewiesen werden, das eine Mischung aus Branchen- und lokalem Netzwerk darstellt, wissenschaftlich begleitet wird und eine begrenzte Projektdauer als Rahmenbedingung hat: Es handelt sich um INOPE (Integrierte Netzwerk-, Organisations- und Personalentwicklung), das die Finanzverwaltung in NRW umfasst.

INOPE, das von der wissenschaftlichen Seite von der Ruhr-Universität Bochum und der Bergischen Universität Wuppertal getragen wird, hat zunächst ein flächendeckendes und evaluiertes Projekt »Gesunder Rücken« in den Finanzämtern durchgeführt. Weitere Projekte sollen folgen, wobei der externe Sachverstand von Netzwerkpartnern aus Bildungs- und Forschungseinrichtungen, Kranken- und Unfallkassen sowie Unternehmen und Verwaltungen mit fundierten Erfahrungen in der BGF hinzugezogen wird. Die Laufzeit ist für den 1.9.2006 bis zum 31.3.2010 angesetzt, weitere Informationen erhalten Sie über www.inope.de.

Die Arbeit in Netzwerken im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich in der Praxis bewährt, wie die oben aufgeführten Beispiele zeigen.

Wilfried Stenz

Gesund älter werden im Betrieb

Nachhaltiges Gesundheitsmanagement bei der Rasselstein GmbH

Betriebliches Gesundheitsmanagement nutzt den Beschäftigten und dem Betrieb. Die Beschäftigten profitieren von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen und können gesund in Rente gehen. Das Unternehmen kann seine Wettbewerbsfähigkeit auch in Zeiten der demografischen Herausforderung mit leistungsfähigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sichern. Auf was es ankommt, wenn diese »Gewinn-Partnerschaft« gelingen soll und welchen Beitrag die Interessenvertretung der Arbeitnehmer dabei spielen kann, zeigt das Beispiel des »Gesunderhaltenden Betriebs« beim Weißblechhersteller Rasselstein GmbH in Andernach.

»Was brauchen wir ein Gesundheitsmanagement, es geht uns doch gut.« So oder ähnlich lauteten viele Stimmen zu Beginn des Projekts »Der gesunderhaltende Betrieb« bei der Rasselstein GmbH. Kein Wunder, denn die ThyssenKrupp-Tochter behauptet sich seit Jahren als Qualitätsführer für Weißblech und ist zum weltweit größten Weißblechstandort der Welt geworden. Auch die mitarbeiterorientierten Kennzahlen stimmen: Die Fehlzeitenquote ist mit 3,2 bis 3,4% im Branchenvergleich konstant gering, die Unfallzahlen bewegen sich seit Jahren auf einem niedrigen Niveau. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind innovativ und machen jedes Jahr mindestens 0,8 positiv bewertete Verbesserungsvorschläge pro Person. Fluktuation existiert so gut wie gar nicht.

Warum also ein Gesundheitsmanagement? Wie alle bundesdeutschen Unternehmen steht auch die Rasselstein GmbH vor der Herausforderung, eine Antwort auf den demografischen Wandel und die Überalterung der Gesellschaft zu finden. Qualifizierte Bewerberinnen und Bewerber sind zum Teil schon heute ein knappes Gut auf dem Arbeitsmarkt. Der Anteil älterer Beschäftigter im Betrieb steigt. Obwohl schon viel in Sachen Arbeitsschutz und Ergonomie erreicht wurde, sind die

körperlichen Belastungen an den Industriearbeitsplätzen nicht völlig verschwunden.

Schichtarbeit, in der zwei Drittel der rund 2.400 Rasselsteiner arbeitet, ist nicht optimal für den menschlichen Organismus, auch wenn das Schichtsystem so ergonomisch wie möglich gestaltet wird.

Vorzeitiger Ruhestand und Altersteilzeit sind nur noch bis zum Jahre 2009 eine Möglichkeit für körperlich belastete Beschäftigte, früher aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Darüber hinaus zeigen die Krankheitsursachen-Statistiken, dass die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zunehmend eine Rolle spielen.

Aufgabe der Interessenvertretung: Arbeitsbedingungen verbessern – Gesundheit bis zur Rente erhalten

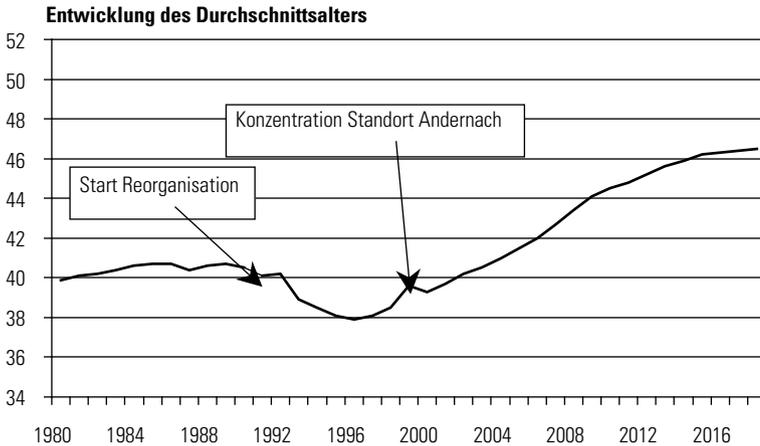
Die Verbesserung und menschengerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen ist eine zentrale Aufgabe des Betriebsrats. Es muss für alle Arbeitnehmer möglich sein, gesund in die Rente zu gehen. Auch und gerade, weil das herauf gesetzte Rentenalter von 67 Jahren Fakt ist und der frühere Ruhestand für die meisten Menschen ohne große Abstriche keine Option mehr ist.

Bei der Rasselstein GmbH versteht sich der Betriebsrat als Co-Manager der Geschäftsleitung, der bei allen wichtigen Entscheidungen beteiligt ist. Rechtliche Grundlage seines Tuns im Arbeits- und Gesundheitsschutz ist das Betriebsverfassungsgesetz, das der Interessenvertretung umfassende Mitbestimmungsrechte sichert. Darüber hinaus ist es Aufgabe des Betriebsrats, dem Arbeitgeber immer wieder die Notwendigkeit einer dauerhaften Investition in ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu verdeutlichen.

Ausgangslage: Die betriebliche Altersstruktur analysieren

Eine gute Möglichkeit, für die Notwendigkeit eines systematischen Gesundheitsmanagements zu sensibilisieren, ist die Altersstrukturanalyse. Mithilfe vergangener und aktueller Daten wird die Altersstruktur der Belegschaft für die Zukunft hochgerechnet. Auf diese Weise erhält man einen guten Überblick über die zu erwartende Personalstruktur im Betrieb (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Altersstrukturanalyse: Altersentwicklung von 1980 bis 2018



Quelle: Christina Budde, Budde + Co., Bonn, eigene Erstellung

Die von der Rasselstein GmbH 2003 durchgeführte Altersstrukturanalyse zeigt: Während die Rasselsteiner 2003 noch durchschnittlich 40 Jahre alt waren, werden sie 2018 schon 46,5 Jahre alt sein. Auch die Hochrechnung der Fehlzeiten zeigt Handlungsbedarf. Wenn die Belegschaft altert, steigen auch die Fehlzeiten, weil ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zwar nicht öfter, dafür aber länger krank sind. Das liegt daran, dass chronische Krankheiten häufig erst zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr ausbrechen. Deshalb ist ein vorbeugender Arbeits- und Gesundheitsschutz so wichtig. Einmal entstandene Krankheiten lassen sich viel schwerer bekämpfen, als wenn gesundheitliche Einschränkungen gar nicht erst entstehen. Auch für den Betrieb sind Fehlzeiten teuer. Schätzungen gehen davon aus, dass ein Prozent Fehlzeiten pro 1000 Beschäftigte rund 200.000 Euro kosten. Genug Argumente, mit einem präventiven Gesundheitsmanagement Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter langfristig zu erhalten.

Neben dem Gesundheitsmanagement sind weitere wichtige Handlungsfelder u.a. eine langfristige Personalplanung, die altersgerechte Gestaltung der Arbeitsplätze, z.B. die ergonomische Schichtplangestaltung. Bei der Rasselstein GmbH erfolgt beispielsweise grundsätzlich ein Vorwärtswechsel, der dem biologischen Tagesrhythmus des Men-

schen entspricht. Es werden nicht mehr als drei Nachtschichten in Folge geleistet, weil die Nachtschicht die meisten Beschäftigten am stärksten belastet. Nach jeder Nachtarbeit folgen mindestens zwei freie Tage, damit ausreichend Erholung erfolgen kann.

Der gesunderhaltende Betrieb: Leitgedanken des Gesundheitsmanagements bei der Rasselstein GmbH

1. Gesundheitsmanagement statt Gesundheitsförderung

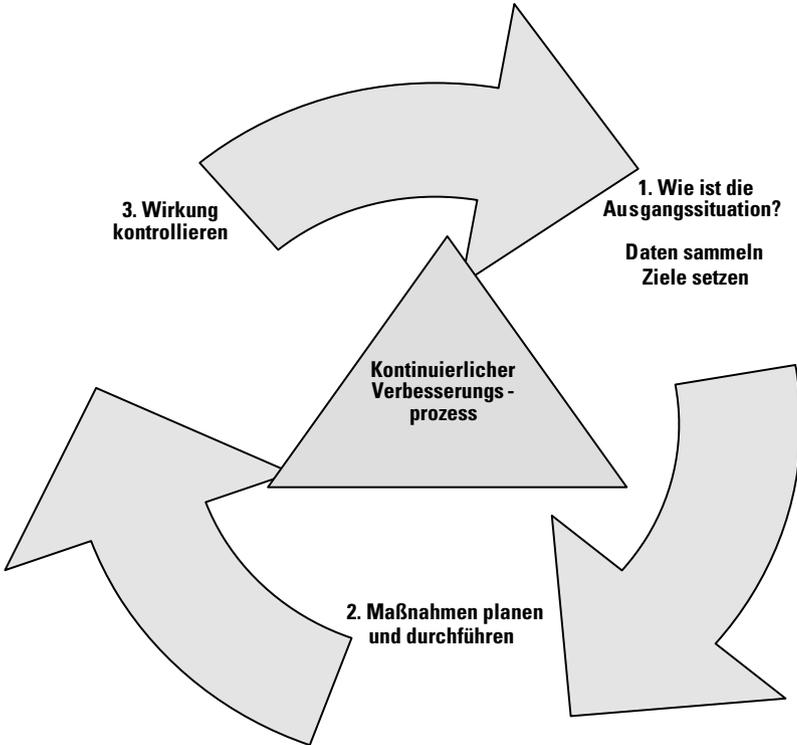
Der Arbeits- und Gesundheitsschutz spielt bei Rasselstein schon lange eine wichtige Rolle. Angebote des Betriebsmedizinischen Dienstes wie Rückenschulen oder Grippeimpfungen waren schon vor Beginn des Projektes »Der gesunderhaltende Betrieb« im Jahre 2003 Standard. Es hat sich jedoch gezeigt, dass diese Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wenig langfristig auf die Gesundheit der Beschäftigten wirken. Deshalb rief Rasselstein 2003 mit Unterstützung der Berufsgenossenschaft und der Krankenkasse NOVITAS BKK das ThyssenKrupp Best-Projekt »Der gesunderhaltende Betrieb« ins Leben.

Statt der vereinzelt Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte ein Gesundheitsmanagement-System im Betrieb aufgebaut werden, das die bislang getrennt voneinander arbeitenden Bereiche des Arbeits- und Gesundheitsschutzes besser verzahnt. Zu diesem Zweck trifft sich regelmäßig ein Arbeitskreis mit dem Betriebsrat und Führungskräften aus Personal, Technik, Vertrieb sowie den betrieblichen Experten der Arbeitssicherheit und des Medizinischen Dienstes. Gemeinsam werden Fragen der betrieblichen Gesundheit beraten. Ziel ist es nicht, Aktivitäten neu zu erfinden, sondern sie sinnvoll miteinander zu verknüpfen.

2. Gesundheitsmanagement als kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Qualitätsmanagement und kontinuierliche Verbesserungsprozesse sind in der Produktion bei Rasselstein gang und gäbe. Der Grundgedanke, Prozesse kontinuierlich zu verbessern, damit Qualität und Ergebnisse auf Dauer stimmen, kann auch auf das Gesundheitsmanagement übertragen werden. Ziel ist es, möglichst zielgerichtet vorzugehen und die Gesundheitssituation im Unternehmen fortlaufend zu verbessern. Das ist wichtiger als möglichst viele, dafür aber ungenaue Maßnahmen mit der »Gießkanne auszuschütten«.

Abbildung 2: Gesundheitsmanagement als kontinuierlicher Verbesserungsprozess



Quelle: Christina Budde, Budde + Co., Bonn

1. Schritt: Wie ist die Ausgangssituation?

Im ersten Schritt werden im Rahmen einer Mitarbeiterumfrage und mithilfe von betrieblichen Kennzahlen und dem Bericht der Krankenkasse Daten zur Gesundheitssituation gesammelt und ausgewertet. Der Betriebsrat achtet darauf, dass die Datensammlung anonym erfolgt und keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Aus den Ergebnissen kann der Handlungsbedarf in bestimmten Bereichen des Betriebs bedarfsgerecht entwickelt werden. Wichtig ist, klare und konkrete Ziele zu setzen, damit am Ende der Erfolg kontrolliert werden kann. Was soll mit der Maßnahme erreicht werden? Was soll hinterher anders sein als vorher?

2. Schritt: Welche Maßnahmen sind sinnvoll?

Mithilfe der ausgewerteten Daten werden anschließend bedarfsgerechte Maßnahmen geplant und innerhalb eines festgelegten Zeitraumes zeitnah durchgeführt. Dafür sind nicht nur der Betriebsarzt oder der Personalentwickler zuständig. Wichtig ist, dass die Arbeit auf viele Schultern verteilt wird und alle am gemeinsamen Ziel arbeiten. In regelmäßigen Arbeitssitzungen werden der Stand der Umsetzung und auftretende Probleme gemeinsam besprochen.

3. Schritt: Was haben wir erreicht?

Kein Unternehmen investiert heute ohne den Nachweis von Erfolgen in das Gesundheitsmanagement. Deshalb werden mithilfe von Mitarbeiterbefragung und betrieblicher Kennzahlen der Erfolg und Wirkung der Maßnahmen kontrolliert. Hier schließt sich der Kreis, weil die Wirkungskontrolle zugleich als Bedarfserfassung für die Planung der neuen Maßnahmen dienen kann. Damit wird die kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitssituation im Unternehmen gewährleistet.

4. Schritt: Ganzheitliches Gesundheitsverständnis

Viele Menschen verstehen unter Gesundheit immer noch »nur« die körperliche Gesundheit. Dass jedoch Körper, Geist und Seele zusammenwirken und Wohlbefinden und Gesundheit bewirken, ist noch längst nicht bei jedem im Betrieb angekommen. Auf die Gesundheit am Arbeitsplatz wirken drei Faktoren ein:

- materiell-technische Arbeitsbedingungen wie zum Beispiel Lärm, Hitze, Steh- oder Sitzhaltung usw.
- soziale Faktoren wie das Betriebs-, Team und Führungsklima
- und individuelle Faktoren wie zum Beispiel Rauchen, Übergewicht oder wenig Bewegung.

Alle drei Faktoren sollten bei der Planung der Maßnahmen mit bedacht werden.

5. Schritt: Belastungen abbauen – Gesundheitsverhalten verbessern

Viele Unternehmen, die Gesundheitsförderung anbieten, denken dabei in erster Linie an die Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens des einzelnen Mitarbeiters bzw. der einzelnen Mitarbeiterin. Rauchen aufgeben, gesund essen und sich bewegen – das sind sicher wichtige Faktoren, um Krankheiten zu vermeiden. Damit die Beschäftigten jedoch sehen, dass es dem Betrieb ernst ist mit dem Thema Gesund-

heit, müssen vor allem auch die Belastungen am Arbeitsplatz abgebaut werden. Der Arbeitgeber hat die Aufgabe, präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz einzurichten. Diese Verantwortung muss er ernst nehmen.

Die Handlungsfelder: Beispiele für Gesundheitsmaßnahmen

Während der Projektlaufzeit von 2003 bis 2006 wurden bei der Raselstein GmbH zahlreiche Maßnahmen entwickelt und erprobt. Die Palette reichte von der Ernährungsberatung und der Erweiterung des Essensangebots auf fettarme und gesunde Angebote über ganzheitliche Lebensberatung und das Angebot, unter dem Motto »Erste Hilfe für die Seele« einen Psychologen kostenlos und anonym in Anspruch zu nehmen, bis hin zum »ergonomischen Zielgruppentraining« für besonders belastete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Produktion. An dieser Stelle seien nur einige Maßnahmen exemplarisch beschrieben:

Gesundheitsaudits

Bei den eintägigen Gesundheitsaudits hat der Betriebsrat »das Ohr an der Mannschaft« in Sachen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Ziel der persönlichen Einzelinterviews am Arbeitsplatz ist die Bewertung und Verbesserung der Arbeitssituation. Der Betriebsrat wird als Experte und Kenntnisträger der betrieblichen Situation vor Ort in den Entwicklungsprozess eingebunden. Dadurch ist gewährleistet, dass die Audits praxisnah und umsetzbar sind. Das Unternehmen erhält konkrete Hinweise zur Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

Die Betriebsräte nehmen ihre Mitverantwortung für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz nach dem Betriebsverfassungsgesetz aktiv wahr. Dabei arbeiten sie mit den betrieblichen Experten, Führungskräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eng zusammen und übernehmen eine Art »Lotsenfunktion« zum Thema Gesundheit. Die Beschäftigten werden mit ihrem Erfahrungswissen aktiv in den Verbesserungsprozess eingebunden. Das Audit liefert ergänzende Informationen zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Es ist mit bestehenden Systemen und Abläufen (z.B. Sicherheitshandbücher, Fehlzeitenanalysen, Mitarbeiterbefragung etc.) sinnvoll verzahnt.

Der Auditleitfaden dient als Interviewleitfaden. Er ist kurz und modular aufgebaut und erfasst psychische und physische Belastungen, z.B. Arbeitsbedingungen, Führung, Arbeitsorganisation, Tätigkeit, Arbeitssicherheit sowie Auswirkungen von Belastungen und Beschwerden. Der Leitfaden ist dialogorientiert, das heißt, er ist geeignet, mit den Führungskräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in ein Gespräch zu kommen.

Licht und Farbe

»Unglaublich, was aus dem dunklen Loch geworden ist.« »Da arbeitet man jetzt viel lieber.«

So beschreiben die Beschäftigten die neuen Farb- und Lichtverhältnisse in den Produktionshallen. Im neuen Werkteil ist bereits alles in freundlich-hellen Farben gestrichen. In den alten Produktionshallen war früher alles in schweren und kontrastreichen Farben wie Dunkelrot und dunkelblau gestrichen. Weil Farbe Licht reflektiert und an manchen Stellen zusätzlich das natürliche Licht fehlt, war es tendenziell dunkel. Nach und nach wird das nun im gesamten Werk anders. Bei jeder Instandsetzung bekommen die Altanlagen einen neuen Anstrich. Dies geschieht nach einem einheitlichen Konzept, das der Farbgestalter Friedrich Ernst von Garnier entwickelt hat. »Farbverantwortliche« in den Teams stehen dafür gerade, dass es umgesetzt wird. Die hellen Pastelltöne sollen eine positive Grundstimmung erzeugen. Gefahrstellen sind mit Einverständnis der Berufsgenossenschaften in »schweinenrosa« gestrichen. Garnier meint, dass Männer diese Farbe unterbewusst verabscheuen und deshalb automatisch Obacht geben.

Gesundheits-Checkups

Bei den Gesundheits-Checkups kommt die Vorsorge zu den Menschen. Diese Untersuchungen bieten viele Vorteile: Wenn sie im vertrauten Rahmen auf dem Firmengelände durchgeführt werden, ist die Hemmschwelle teilzunehmen, viel geringer, als wenn man einen Arzt aufsuchen muss. So werden viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht, die von sich aus keine Früherkennungsuntersuchung wahrnehmen würden.

Zum anderen sensibilisieren Gesundheits-Checkups für das Thema persönliche Gesundheit. Durch die individuelle Rückmeldung wird eine persönliche Betroffenheit erzeugt. Das Gesundheitsbewusstsein wächst. Bei den Gesundheits-Checkups ist die Vernetzung mit ande-

ren Angeboten des »gesunderhaltenden Betriebs« gut möglich. Werden Gesundheitsstörungen offenkundig, können die Mitarbeiter auf die vielfältigen Gesundheitsangebote aufmerksam gemacht werden. Außerdem kommen die Checkups bei den Beschäftigten gut an.

Bei Rasselstein werden zum Beispiel folgende Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig durchgeführt: Diabetesvorsorge – Schlaganfallscreening – Hautkrebsvorsorge – Darmkrebsvorsorge – Glaucom – Zahnvorsorge – Kleiner Gesundheitscheck – Venenscreening.

Trainingszentrum

2007 konnte auch das firmeneigene Trainingszentrum in Betrieb genommen werden. Hier können die Beschäftigten rund um die Uhr kostenlos trainieren. Voraussetzung ist eine Eingangsuntersuchung durch den Medizinischen Dienst. Das Trainingszentrum ist mit Ausdauer- und Kraftgeräten ausgestattet und kombiniert Prävention und Rehabilitation in einer Einrichtung. So können auf die Dauer insbesondere Muskel-Skelett-Erkrankungen verhindert werden. Besonders erfreulich ist, dass sich gut die Hälfte der Rasselsteiner Beschäftigten für das Trainingszentrum angemeldet hat und es regelmäßig nutzt.

Ergebnisse der Gesundheitsbefragung

Bei der Rasselstein GmbH hat sich die Gesundheitssituation während der Projektlaufzeit von 2003 bis 2006 verbessert. Das zeigen unter anderem die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung. So verbesserten sich das subjektive Wohlbefinden, das Gesundheitswissen und das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten deutlich. Der Anteil der gesunden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stieg leicht an. Fehlzeiten und Unfälle sind von einem sehr niedrigen Niveau ausgehend noch leicht gesunken (siehe Abbildung 3).

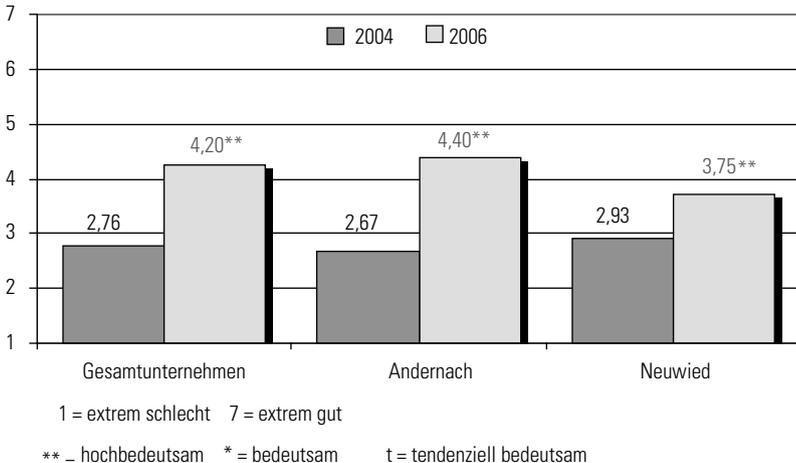
Auf einen Blick: Was wir gelernt haben:

- Es kommt nicht auf die Masse der Maßnahmen an, sondern auf das systematische und ganzheitliche Vorgehen.
- Gesundheitsförderung zeigt keine schnellen Erfolge.
- Ohne ausreichend Ressourcen geht es nicht: Geld, Zeit und Personal müssen verlässlich zur Verfügung stehen.
- Partnerschaft mit der Geschäftsleitung: Arbeitnehmervertreter und Arbeitgeber ziehen beim betrieblichen Gesundheitsmanagement

Abbildung 3: Ausgewählte Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2004/2006

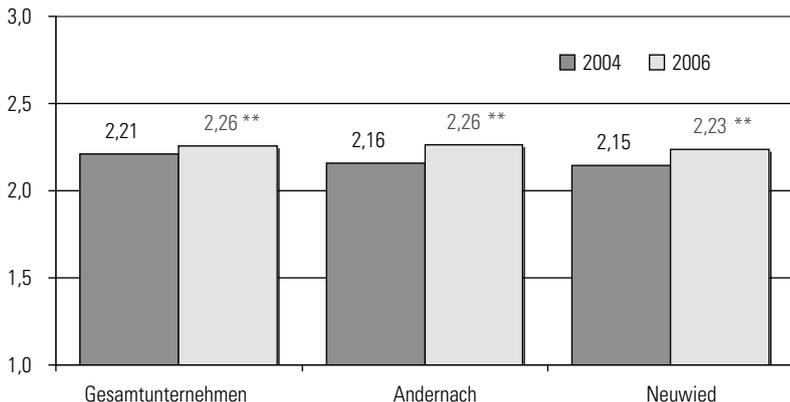
Gesundheitszustand

Der subjektiv erlebte Gesundheitszustand hat sich im Vergleich zu 2004 fast verdoppelt.



Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten der Rasselsteiner (Vorsorge, Ernährung, Nichtrauchen, Sport, Schlaf) hat sich deutlich verbessert.



Quelle: Christina Budde, Budde + Co., Bonn

an einem Strang, weil beide – Beschäftigte und der Betrieb – davon profitieren.

- Beschäftigte beteiligen: An der Gestaltung der Gesundheitsangebote sollte die Belegschaft beteiligt sein. Schließlich sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Experten für ihren Arbeitsplatz und wissen am besten, was belastet und was verbessert werden kann. Führungskräfte sind wichtige Motoren: Sie gestalten die Arbeits- und Organisationsbedingungen. Führungsverhalten kann Mitarbeiter krank machen oder ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden fördern. Außerdem spielen die Führungskräfte als Vorbilder einer gesundheitsorientierten Unternehmenskultur eine besondere Rolle.
- Es muss nicht immer die teure spektakuläre Maßnahme sein: Auch mit wenig Aufwand lassen sich zum Teil gute Effekte erzeugen. Er muss nur zielgerichtet sein.
- Informieren und überzeugen statt missionieren: Nicht jeder ist sofort begeistert, wenn sich der Betrieb in einen der ureigensten persönlichen Bereiche einmischt: die persönliche Gesundheit. Deshalb ist eine der wichtigsten Aufgaben des Gesundheitsmanagements, Überzeugungsarbeit bei den verschiedenen betrieblichen Gruppen zu leisten.

Manuela Maschke

Betriebs- und Dienstvereinbarungen im Kontext von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung

Arbeitsbelastungen in Unternehmen und Verwaltungen

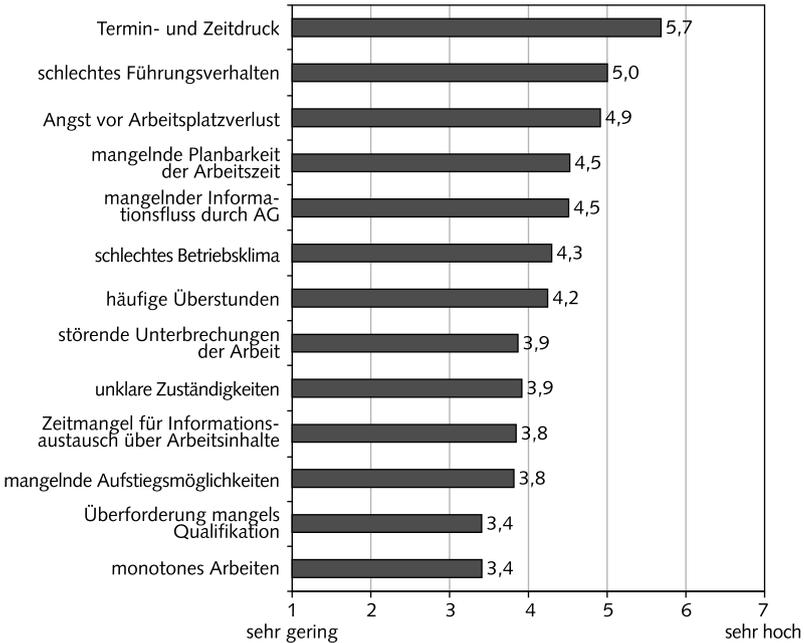
Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten von gesetzlich versicherten Beschäftigten im ersten Quartal 2008 im Vorjahresvergleich weiter zurückgegangen. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hätten in den ersten drei Monaten nur 3,4% der Sollarbeitszeit gefehlt, das sind 1,9 Arbeitstage. Ein Hauptgrund für den Rückgang sei die anhaltende Angst vor Jobverlust.

Die auf den ersten Blick positive Entwicklung, dass seit Jahren die Krankenstände sinken, könnte auch ein Anzeichen für eine neue Gesundheitsgefährdung sein: die Verdrängung oder Verleugnung von Erkrankungen. So argumentieren Kocyba/Voswinkel (2007): Sie haben in Interviews mit Betriebsräten und anderen betrieblichen Experten in zwölf Unternehmen verschiedener Branchen herausgefunden, dass »Krankheitsverleugnung« eine Art Zusammenspiel von individuellem Verhalten und betrieblichen Verhältnissen ist. So gibt es Beispiele dafür, dass betriebliche Gesundheitsförderung zwar angeboten wird, aber die Arbeit so organisiert ist, dass Erkrankungen nicht auftreten dürften. Zeitdruck, Personalmangel und Arbeitsabhängigkeiten im Team sorgten dann dafür, dass Beschäftigte »von selbst Mechanismen der Krankheitsverleugnung entwickeln« und somit Gesundheitsbelastungen ignoriert würden. »Wahrscheinlich ist, dass künftige Erkrankungen ihre Ursachen darin haben, dass heute Erkrankungen institutionell ›verleugnet‹ werden.« (Kocyba/Voswinkel 2007: 136) Wer trägt die gesellschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Kosten einer solchen Entwicklung?

Wenn man weiterhin berücksichtigt, dass in den Mitgliedsstaaten der EU Stress inzwischen der häufigste Grund für Krankmeldungen ist und

Abbildung 1: Durchschnittliche Ausprägung einzelner Arbeitsbelastungen in den Betrieben

Einschätzungen der Betriebsräte (1 = sehr gering bis 7 = sehr hoch)



Quelle: WSI-Betriebsrätebefragung 2004 zu Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz.

WSI MITTEILUNGEN

Quelle: WSI-Mitteilungen 11/2004, Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion

fast jeder vierte Beschäftigte in der EU unter Stress im Job leidet, dann liegt die Bedeutung betrieblicher Maßnahmen zur Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung auf der Hand (EU-OSHA 2008).

Die WSI-Sonderbefragung 2004 gibt detailliert über einzelne Arbeitsbelastungen in den Betrieben aus der Sicht von Betriebsräten Auskunft. Besonders psychische Belastungen sind weiter auf dem Vormarsch. Aber es sind nicht »nur« Dienstleistungsbranchen betroffen, wie man vermuten würde, sondern auch Produktionsbetriebe. Psychische Belastungen sind in allen Branchen zu Hause.

Bei den körperlichen Belastungen gibt es keine einheitliche Entwicklung. In einem Drittel der befragten Betriebe haben körperliche Belastungen zugenommen, in einem weiteren Drittel reduzierten sie sich.

»Festzuhalten ist, dass in kleinen und mittleren Betrieben mit häufiger körperlicher Arbeit bzw. niedrigerem Technisierungsgrad der Abbau körperlicher Belastungen langsamer vonstatten geht als in größeren Betrieben« (Ahlers/Brussig 2004: 618). Abbildung 1 zeigt die Antworten von Betriebsräten nach den arbeitsbedingten Gründen für die Zunahme der Belastungen.

Termin- und Zeitdruck (5,7) stehen an der Spitze der Antwortenskala von 1 bis 7, gefolgt vom schlechten Führungsverhalten (5,0) und Zukunftsangst (4,9). Diese Antworten werden quasi untermauert von weiteren Bewertungen wie mangelnde Planbarkeit (4,5) und mangelnder Informationsfluss durch den Arbeitgeber (4,5). Personalräte zeichneten ein ähnliches Bild. Nicht nur in der Privatwirtschaft, auch im öffentlichen Dienst werden Termin- und Zeitdruck sowie schlechtes Führungsverhalten an oberster Stelle genannt (Ahlers 2005). Bei der Frage, welche Arbeitsbedingungen positiv sind, wird »eigenverantwortliches Handeln« am häufigsten angeführt (51%). 25% der Befragten gaben »interessante Herausforderungen durch Gruppen oder Projektarbeit« an, und »Anerkennung vom Arbeitgeber« war für 20% eine positive Arbeitsbedingung. Auffällig ist, dass 22% der Befragten keine positiven Arbeitsbedingungen im Betrieb sahen (Ahlers/Brussig 2004: 619).

Gesundheitspräventive Maßnahmen

Nach der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 soll Gesundheitsförderung allen Menschen »ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen«. Gesundheit wird verstanden als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst nach der Deklaration des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung »alle Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz« (Europäisches Netzwerk 1997). Die Verknüpfung folgender Ansätze steht dabei im Vordergrund:

- »Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und
- Stärkung persönlicher Kompetenzen« (ebd.)

Welche Handlungsfelder ergeben sich daraus für betriebliche Akteure? Der Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen aus dem Jahr 2006 nennt vier Handlungsfelder, die auf die betriebliche Gesundheitsförderung bezogen werden können: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum.

Diesen vier Hauptlinien können in der betrieblichen Gesundheitsförderung vier Pendants zugeordnet werden: arbeitsbedingten körperlichen Belastungen vorbeugen und diese reduzieren, Betriebsverpflegung, Reduzierung von Stress durch individuelle Kompetenzen zur Stressbewältigung und gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung sowie Suchtmittelkonsum.

§ 20 Abs. 1 SGB V

- Bewegungsgewohnheiten
- Reduzierung von Bewegungsmangel
- Vorbeugung und Reduzierung von gesundheitlichen Risiken

- Ernährung
- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

- Stressbewältigung/Entspannung

- Suchtmittelkonsum

Betriebliche Gesundheitsförderung

- arbeitsbedingte körperliche Belastungen
- Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates

- Betriebsverpflegung

- psychosoziale Belastungen (Stress)
- Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz
- Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung

- Suchtmittelkonsum
- rauchfrei am Arbeitsplatz
- null Promille

Quelle: Leitfaden Prävention 2006, S. 17

Welche Maßnahmen vereinbaren und ergreifen betriebliche Akteure?

Nach Angaben von Arbeitgebern im IAB-Betriebspanel 2004 führen 20% der Betriebe in Deutschland Maßnahmen zum Schutz oder zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten auf freiwilliger Basis durch oder unterstützen Beschäftigte finanziell (Hollederer 2007). Vor allem große Betriebe und Konzerne hätten Maßnahmen zur betrieblichen Gesund-

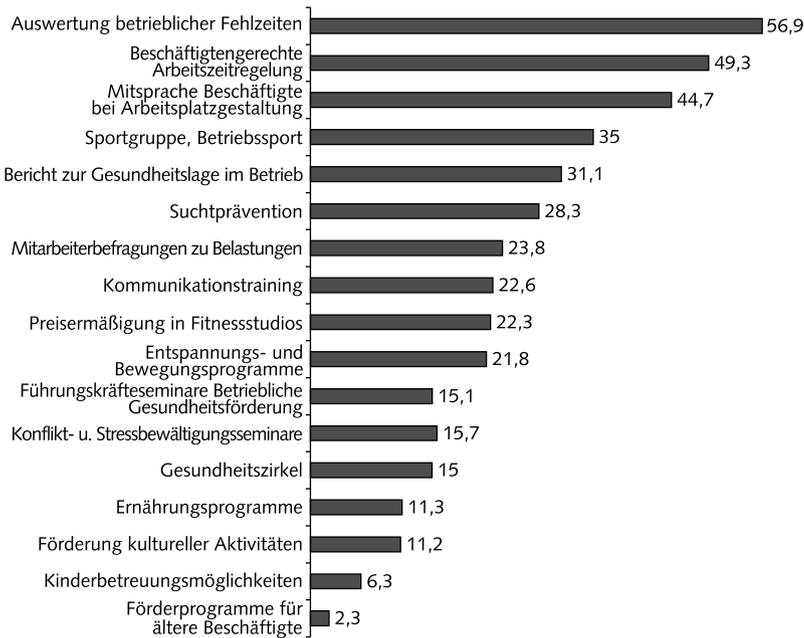
heitsförderung eingerichtet, Klein- und Kleinstbetriebe und besonders das Gastgewerbe seien unterversorgt. Als Maßnahmen wurden Krankenstandsanalysen und Befragungen über Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz genannt (9% bzw. 8% der Betriebe). 6% der Betriebe boten Kurse zum gesundheitsgerechten Verhalten an, rund 4% der Betriebe implementierten Gesundheitszirkel. In Betrieben mit Betriebs- oder Personalrat sei die Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung signifikant höher, vor allem in kleinen und mittleren Unternehmen. In der zeitlichen Entwicklung von 2002 und 2004 zeigte sich, dass etwa 50% der gesundheitsfördernden Betriebe aus dem Jahr 2002 ihre Aktivitäten bis 2004 beendeten. Die Nachhaltigkeit von Maßnahmen war demnach nicht gewährleistet. Andererseits stiegen etwas mehr als ein Zehntel der wiederholt befragten Betriebe in Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Jahr 2004 ein. (Hollederer 2007)

Schaut man die Gesundheitsfördernden Maßnahmen nach der WSI-Sonderbefragung an, so ergibt sich folgendes Bild: Bei 62% der 2177 befragten Betriebsräte sei versucht worden, körperliche Belastungen zu verringern, in 27% der Betriebe wurden auch psychische Belastungen thematisiert. Abbildung 2 zeigt die genannten Einzelmaßnahmen, die noch zur betrieblichen Gesundheitsförderung gezählt werden können.

Der Übersicht ist u.a. zu entnehmen, dass Maßnahmen zur Verhältnisprävention (Verbesserung der Arbeits- und Umweltbedingungen) schon an zweiter und dritter Stelle stehen und nicht vor allem Maßnahmen zur Verhaltensprävention, die an die Verantwortung und das Verhalten des Einzelnen appellieren. Ob Beschäftigte jedoch tatsächlich ihre Arbeitsgestaltung mitbestimmen können, geht aus der Befragung nicht hervor. Die Verbreitung von Einzelmaßnahmen sagt insofern auch noch nichts über die Qualität und die realen Auswirkungen dieser Maßnahmen aus (Ahlers/Brussig 2004: 620f.).

Verschiedene Auswertungen von betrieblichen Vereinbarungen zeigen, dass Gesundheit inzwischen Eingang gefunden hat in Unternehmen und Verwaltungen, und zwar über den klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz hinaus in Form der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die ältesten Vereinbarungen sind mittlerweile 20 Jahre alt, Betriebe der Metallbranche haben häufig die Vorreiterrolle übernommen. Im Dienstleistungsbereich wurde das Thema Gesundheitsförderung erst später durch Vereinbarungen aufgegriffen. Eine wichtige Rolle dürfte hier die Einführung des Arbeitsschutzgesetzes, des Sozi-

Abbildung 2: Gesundheitspräventive Maßnahmen (durchgeführt und abgeschlossen) Angaben der Betriebsräte in %



Quelle: WSI-Betriebsrätebefragung 2004 zu Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz.

WSI MITTEILUNGEN

Quelle: WSI-Mitteilungen 11/2004, Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion

algesetzbuches VII im Jahr 1996 und der dort an die Berufsgenossenschaften formulierte Auftrag zur Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren gespielt haben. So ist die Anzahl der pro Jahr getroffenen Betriebs- und Dienstvereinbarungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach 1996 deutlich angestiegen. Vereinbarungen, die vor 1996 abgeschlossen wurden, orientieren sich vor allem am technischen Arbeitsschutz, neuere gehen stärker auf die betriebliche Gesundheitsförderung ein und stellen den Menschen stärker in den Mittelpunkt. Im nachfolgenden Beispiel einer Vereinbarung werden wichtige Argumente für die Einführung von Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung genannt.

»[...] Es gibt fünf Gründe, die Gesundheitsförderung im Betrieb notwendig machen.

1. Neue Fertigungskonzepte und Belastungswechsel

Der verschärfte Wettbewerb am Markt und der technologische Wandel erfordern mehr Flexibilität und noch qualifiziertere Arbeitsleistung, wobei insgesamt gesehen eine Verlagerung von eher körperlichen zu eher geistig-nervlichen Belastungen stattfindet. Gleichzeitig eröffnen jedoch neue Fertigungskonzepte die Möglichkeit, Maßnahmen der Gesundheitsförderung in die Arbeitsabläufe zu integrieren.

2. Veränderungen im Krankheitsspektrum

Allgemein sind eine Zunahme von Muskel- und Skeletterkrankungen und eine Steigerung psychischer Erkrankungen festzustellen. Chronische Erkrankungen treten in immer jüngeren Altersgruppen auf.

3. Gesellschaftlicher Wandel

Die Ansprüche, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an ihre Arbeit stellen, haben sich gewandelt. Das Interesse an abwechslungsreicher und verantwortungsvoller Arbeit ist gestiegen. Aus diesem Grunde müssen motivierende Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die eine Identifikation des Mitarbeiters mit seinen Produkten und Dienstleistungen ermöglichen.

4. Demografische Entwicklung

Der Anteil älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Etwa zur Jahrtausendwende wird der Anteil der über 50-jährigen Mitarbeiter größer sein als der Anteil der unter 30-jährigen.

5. Wirtschaftlicher Nutzen

Die durch Fehlzeiten bedingten Kosten rücken die Gesundheitsförderung im Betrieb noch mehr in das unternehmerische Interesse. Gesundheitsförderung ist als Investition zu betrachten, deren direkter und indirekter wirtschaftlicher Nutzen die langfristige Geschäftspolitik wesentlich beeinflussen kann.« (Metallerzeugung und -bearbeitung, 060700/46)

Giesert/Geißler (2003) zeigen in ihrer Auswertung von betrieblichen Vereinbarungen zur Gesundheitsförderung, dass sich von 54 betrieblichen Vereinbarungen fast zwei Drittel auf Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) konzentrieren, ein Viertel auf Maßnahmen bezogen auf das individuelle Verhalten (Verhaltensprävention), z.B. Ernährung, Stressbewältigung, Sport und Rauchentwöhnung. Rund 10% widmen sich auch der gesundheitsför-

derlichen Führung, vor allem in Form von Qualifizierungen, Trainings für Mitarbeitergespräche (vgl. Giesert/Geißler 2003: 69f.). Vereinbarungen, die sich umfassend mit dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung befassen, sind noch in der Minderheit, das heißt, es wird bei den Maßnahmen noch zu wenig systematisch vorgegangen. Wenn umfassende Konzepte fehlen, können Einzelmaßnahmen nur eine geringe Wirkung entfalten. Zu diesem Ergebnis kommt auch eine weitere Auswertung von 90 betrieblichen Vereinbarungen zur betrieblichen Gesundheitspolitik (vgl. Gröben 2003). Das heißt, die Verbindung der Maßnahmen von Verhältnis- und Verhaltensprävention wird selten gezogen, auch Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeitsorganisation oder Arbeitsgestaltung werden eher noch vernachlässigt.

Bei den Instrumenten werden besonders häufig Gesundheitsberichte, Befragungen, Arbeitskreise und Gesundheitszirkel angeführt. Nur wenige Vereinbarungen widmen sich dem Controlling und damit auch der Nachhaltigkeit von Maßnahmen. Letzteres überrascht besonders, da Unternehmen ja in die Gesundheit ihrer Beschäftigten investieren. Und längst nicht in allen Vereinbarungen wird auf die Qualifizierung der Führungskräfte Wert gelegt. Gerade sie sind jedoch in besonderem Maß verantwortlich und sollten in die Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung integriert sein. Insbesondere auch bei der Beteiligung von Beschäftigten sind Defizite erkennbar. Nur wenige Fälle definieren, wie Gesundheitsförderung ein Teil betrieblicher Routinen werden kann, und stellen den Zusammenhang her zwischen Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Führungsqualität. Hierzu ein Beispiel aus dem öffentlichen Dienst:

»[...] Als flankierende Maßnahmen sind vorgesehen:

- Führungskräftebildungen zur Teambildung, Gesprächsführung, Konfliktmanagement, Gesundheitsmanagement
- Moderatorennachschulungen, speziell zur Begleitung von Gesundheitszirkeln
- Qualifizierung zu Zielsetzung und Grundlagen eines Gesundheitsmanagements für Beschäftigtenvertretungen, Ergonomiebeauftragte, Personalentwickler
- Mitarbeiterschulungen zu Veränderungsnotwendigkeiten, die sich aus Maßnahmen des Gesundheitsmanagements ergeben.« (Öffentliche Verwaltung, 060700/54)

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das betriebliche Gesundheitsmanagement kann in diesem Zusammenhang als Zusammenführung von gesetzlichem Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung verstanden werden, die auf allen Management-Ebenen im Unternehmen bzw. in der Verwaltung verankert werden muss. Es geht um »die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zu Gute kommen.« (Badura/Ritter/Scherf 1999: 17)

Ein Gesundheitsmanagement einzuführen, ist ein längerfristiger Lern- und Entwicklungsprozess. Es hängt in der konkreten Ausgestaltung nicht zuletzt von den jeweiligen betrieblichen Bedingungen ab: der Größe des Unternehmens bzw. der Verwaltung, den Beziehungen zwischen den handelnden Akteuren, der vorherrschenden Unternehmenskultur, Führungsstil, Vorerfahrungen und vorhandenen Kompetenzen. Damit ganzheitliche Ansätze funktionieren, sind hohe Kooperationsbereitschaft, Beteiligung von Führungskräften und Beschäftigten sowie die Einbeziehung aller internen Gesundheits- und Sicherheitsexpertinnen und -experten von Bedeutung. In nachfolgender Dienstvereinbarung wird daher der gesamte Prozess betont.

»[...] Die isolierte Einführung einzelner Maßnahmen wirkt – wenn überhaupt – nur kurzzeitig und ist längerfristig als kontraproduktiv anzusehen. [...] Von entscheidender Bedeutung für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement ist die Akzeptanzbildung auf allen Hierarchieebenen. Dienststellenleitungen, Führungskräfte und Mitarbeiter sowie deren Beschäftigtenvertretungen müssen kooperativ und gleichberechtigt am Prozess beteiligt werden.« (Öffentliche Verwaltung, 060700/54)

Integration und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwer behinderter Menschen trat zum 1.5.2004 in Kraft und brachte wichtige Reformschritte auf den Weg. Die Verpflichtung zu Prävention bzw. BEM umfasst zum einen die Konfliktprevention (§84 Abs.1 SGB IX). Sie ist üblicherweise in den Integrationsvereinbarungen geregelt und greift bei personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten, die

das Beschäftigungsverhältnis gefährden. Der zweite Bereich betrifft das BEM (§84 Abs.2 SGB IX), das gesundheitlichen Schwierigkeiten begegnet. Es gilt für alle Beschäftigten, die im Zeitraum von zwölf Monaten sechs Wochen und länger krank sind. Ziel ist es, die Bedrohung des Arbeitsverhältnisses bedingt durch längere oder wiederholte Arbeitsunfähigkeit zu verhindern.

Gesundheitsprävention und die Teilhabe Leistungsveränderter am Erwerbsleben sind für Betriebe keine einfachen Aufgaben, es sind umfassende Gestaltungsthemen. Es fordert daher alle Beteiligten, eine Integrationsvereinbarung oder eine Betriebsvereinbarung zum BEM zu entwickeln und abzuschließen.

Romahn (2007) zeigt in ihrer Auswertung von 150 Integrations- und neun BEM-Vereinbarungen, dass einige sehr konkrete und betriebsbezogene Verfahren und Maßnahmen entwickelt wurden. Auffallend oft finden sich in den Integrationsvereinbarungen aber auch übereinstimmende Gliederungsstrukturen und identische Formulierungen. Die Vermutung liegt nahe, dass Vorlagen übernommen wurden. Das heißt, die Regelungen sind dann nicht ausreichend auf die konkrete betriebliche Situation abgestimmt. Problematisch dürfte das vor allem für die Umsetzung und Nachhaltigkeit von Maßnahmen sein. Eher selten wird Integration als Teil der Unternehmenskultur und des -leitbildes dargestellt, somit fehlt die systematische Untermauerung mit Zielen und Maßnahmen oder die Vorgabe konkreter und messbarer Ziele und Quoten, z.B. für die schrittweise Anhebung der Beschäftigungsquote. Nur wenige Vereinbarungen fordern ein Controlling über die Wirksamkeit von Verfahrensweisen und Prozessen. In den vorliegenden Vereinbarungen zum BEM werden die Datenerhebung und der Datenschutz zu allgemein geregelt. Andere schutzwürdige Bereiche wie z.B. die freiwillige Teilnahme werden eher zu knapp geregelt (vgl. Romahn 2007: 81f.).

Insgesamt sind Integrations- und BEM-Vereinbarungen nach wie vor zu wenig verbreitet. Daher ist der Abschluss von Vereinbarungen in jedem Fall zu begrüßen, zumal damit betriebliche Debatten und Auseinandersetzungen einhergehen. Romahn empfiehlt für das BEM einerseits, es zunächst einfach zu gestalten, ohne umfangreiche Konfliktregelungen. Andererseits ist es notwendig, die Regelungen komplex zu gestalten, da wichtige juristische Analysen zu Fehlverhalten und komplexe Bezüge zum Kündigungsrecht bestehen. Einfache Lösungen halten die Konfliktregelungen zwar in Grenzen, wirken sich aber womöglich negativ für die Beschäftigten aus (vgl. Romahn 2007: 83f.). Das

breite Informationsbedürfnis in Betrieben und Verwaltungen ist daher verständlich.

Gefährdungsbeurteilungen

Gefährdungsbeurteilungen sind äußerst komplexe Regelungsgegenstände. Die hohe Zahl der verschiedenen Gestaltungsfelder in den ausgewerteten 40 Vereinbarungen zeigt das deutlich (Romahn 2006). Die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung ist für Betriebe anspruchsvoll und in der Regel auch neu. Hinzu kommt, dass die verschiedenen Akteure im Betrieb unterschiedliche Wissensstände zum Thema haben. Romahn belegt, dass die Bedeutung der Gefährdungsbeurteilung in den Betrieben oft noch unzureichend erkannt und nicht ausreichend gestaltet wird. Es geht um die Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen, um das Ableiten und Festlegen von Maßnahmen, die Planung und Umsetzung der Durchführung der Maßnahmen, die Wirksamkeitskontrolle, die Anpassung und Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung sowie deren Dokumentation (Romahn 2006; 86f.). Psychische und soziale Belastungen, wie hoher Zeit- und Verantwortungsdruck, Mängel in der Arbeitsorganisation, mangelnde Anerkennung und Unterstützung müssen noch systematischer und nachhaltiger berücksichtigt werden. Die Qualifizierung zur Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen wird selten thematisiert, und nur selten wird ausreichend Zeit eingeplant, denn Gefährdungsbeurteilungen sind im Arbeitsalltag nicht schnell und beiläufig abzuarbeiten. Die systematische Planung eines betrieblichen Gesundheitsschutzprogramms wird selten abgeleitet, wäre aber erforderlich, zumal infolge der Gefährdungsbeurteilung vielfältige Aufgaben im Arbeits- und Gesundheitsschutz anfallen. Sie übersteigen die Ressourcen eines Betriebes, die ungeplant neben dem Produktions- und Dienstleistungsprozess eingesetzt werden können. Die aktive Beteiligung der Beschäftigten ist in der Praxis noch nicht ausreichend erarbeitet. Verbreitet sind Mitarbeiterbefragungen. Aktivierende Beteiligungsformen, die Mitwirkung oder gar Mitentscheidungen zulassen, sind selten.

Besondere Zielgruppen für betriebliche Gesundheitsförderung

Diskriminierung, Ausgrenzung und Mobbing gefährden die Gesundheit von Betroffenen und beeinflussen auch die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens negativ. Schon vor der Verabschiedung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes im Jahr 2006 haben einige Unternehmen in »Vereinbarungen zum partnerschaftlichen Verhalten am Arbeitsplatz« auch die gesundheitlichen Auswirkungen von Mobbing und sexueller Belästigung aufgegriffen und teilweise vorbeugende Maßnahmen festgelegt (Akin/Dälken/Monz 2004). Dazu das folgende Beispiel:

»[...] Sexuelle Belästigung, die sich meist gegen Frauen richtet, und Mobbing gegen Einzelne sowie Diskriminierung nach Herkunft und Hautfarbe und der Religion, stellen am Arbeitsplatz eine schwerwiegende Störung des Arbeitsfriedens dar. [...] Sie schaffen im Unternehmen ein eingegengtes, stressbelastetes und entwürdigtes Arbeits- und Lernumfeld und begründen nicht zuletzt gesundheitliche Störungen. [...] Im Rahmen der beruflichen Fort- und Weiterbildung von Werksangehörigen wird die Problematik der sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz, des Mobbings und der Diskriminierung, der Rechtsschutz für die Betroffenen und die Handlungsverpflichtungen der Vorgesetzten aufgenommen. [...]« (Fahrzeughersteller Kraftwagen, 060500/13)

Ein weiterer relevanter Bereich sind Programme zur betrieblichen Suchtprävention. Sie haben eine längere Tradition als die betriebliche Gesundheitsförderung und oftmals Berührungspunkte zur Gesundheitsförderung (vgl. Braun/Eggerdinger 2004). Die nachfolgende Vereinbarung stellt den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Suchtproblemen her.

»[...] Ungünstige Arbeitsbedingungen wie z.B. Schichtdienst, Lärm, Hitze, Staub, Stress, aber auch Über- und Unterforderung können zur Suchtentwicklung beitragen. Treten in einzelnen Arbeitsbereichen Suchtprobleme deutlich häufiger auf, so weist dies zumindest auf eine besondere Problemlage in den Arbeitsbereichen hin. [...]« (Fahrzeughersteller sonstiger Fahrzeuge, 050102/68)

In jüngster Zeit widmen sich einige Unternehmen und Verwaltungen auch der Frage, wie die Doppelbelastungen durch Beruf und Familie vermindert oder ausbalanciert werden können. Unter dem Stichwort Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden einige Maßnahmen ergriffen (z.B. Freistellungen, Kinderbetreuung, Sozialleistungen). Insgesamt rücken gesundheitsförderliche Aspekte, die mit familiär-beruflicher Entlastung

und Stressreduzierung verbunden sind, erst langsam ins Bewusstsein. Gleiches gilt auch für andere geschlechtsspezifische Fragestellungen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Erhöhter Stress bei Frauen wird u.a. hervorgebracht durch die Bedingungen niedrigerer Hierarchiestufen, emotional belastende Tätigkeiten, zusätzliche Belastung durch Familienarbeit etc. Stress wird von Frauen und Männern unterschiedlich bewältigt. Ansätze für geschlechtersensible Gesundheitsförderung sind jedoch noch sehr selten zu finden (Badura/Schröder/Vetter 2008; Ulmer/Gröben 2004). Der demografische Wandel wird von den wenigsten Akteuren bislang aufgegriffen, sehr selten werden alter(n)sgerechte und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen thematisiert.

Was tun?

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen kommt zu dem Ergebnis, dass betriebliche Gesundheitsförderung noch zu wenig verbreitet ist (Sachverständigenrat 2005). Die Auswertungen des Archivs Betriebliche Vereinbarungen der Hans-Böckler-Stiftung unterstützen diese Feststellung. Es stellt sich daher die Frage: Welche Faktoren können Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung fördern oder hemmen? Badura (2000) nennt folgende sieben Erfolgsfaktoren für die betriebliche Gesundheitsförderung:

- die Verankerung im Unternehmensleitbild und in Führungsgrundsätzen
- die Einbeziehen in die Unternehmenskultur
- Mitarbeiterorientierung
- Wissensbasierung
- Partizipation
- Vernetzung
- Integration in betriebliche Routinen

Man könnte es auch weiter zuspitzen: Eigenschaften und Fähigkeiten von Führungskräften sind eine wesentliche Grundlage sowohl für den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens als auch für die wirksame Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Qualifikation der Führungskräfte, Führungsstil und Personalentwicklungskonzepte sind einige Handlungsfelder (vgl. Münch/Walter/Badura 2004). Gesundheitsförderung muss integrierter Bestandteil der Unternehmensziele sein. Für Betriebs- und Personalräte bestehen Möglich-

keiten, betriebliche Gesundheitsförderung mitzugestalten. Die aus dem Betriebsverfassungs- und dem Arbeitsschutzgesetz resultierende Mitgestaltung wird noch nicht ausreichend genutzt. Die ausgewerteten Betriebsvereinbarungen haben gezeigt, dass in den letzten 20 Jahren Fortschritte erzielt wurden. Die Anforderungen an umfassende Vereinbarungen sind hoch, positive Beispiele sind vorhanden. Es kommt auf eine kontinuierliche Weiterentwicklung und auf neue Sichtweisen an.

Eine Vielzahl der vorliegenden Vereinbarungen regelt z.B. Rückkehrgespräche. Die umfangreichen Bestimmungen lassen vermuten, dass eine wesentliche Motivation die Reduzierung von Fehlzeiten ist und nicht etwa Mitarbeiter- und Vertrauensförderung im Vordergrund stehen. Der Widerspruch besteht darin, dass Kostensenkungen durch reduzierte Fehlzeiten zwar erstrebenswert sind, dass gering motivierte oder innerlich gekündigte Beschäftigte diese Kosteneinsparung jedoch wieder kompensieren. Betriebliche Gesundheitsförderung rechnet sich, kann aber nicht mit dieser Kontrolle erreicht werden. »Wir sollten uns daran gewöhnen, Gesundheit als Kompetenz oder Befähigung für eine aktive Lebensbewältigung zu begreifen. Gesundheit ist etwas, was erlernt werden kann, d.h. wozu Menschen qualifiziert werden können.« (Badura/Ritter/Scherf 1999: 24)

Literatur

- Ahlers, Elke/Brussig, Martin (2004): Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz – WSI-Betriebsrätebefragung 2004. In: WSI-Mitteilungen 11/2004, S. 617-624.
- Ahlers, Elke (2005): Arbeitsbelastungen im öffentlichen Dienst. Prävention (noch) kein Thema. In: WSI-Mitteilungen 6/2005, S. 346-351.
- Akin, Semiha/Dälken, Michaela/Monz, Leo (2004): Integration von Beschäftigten ausländischer Herkunft. Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Frankfurt a.M.: Bund-Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Leitfa-den Prävention – Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Federführend für die Veröffentlichung: IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
- Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Vetter, Christian (2008): Fehlzeiten-Report 2007. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Badura, Bernhard (2000): Einleitung. In: Bertelsmann-Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Gütersloh.

- Badura, Bernhard/Ritter, Wolfgang/Scherf, Michael (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Berlin: edition sigma.
- Braun, Heinz/Eggerdinger, Christine (2004): Sucht und Suchtmittelmissbrauch. Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Frankfurt a.M.: Bund-Verlag.
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.) (1997): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 28.11.1997.
- EU-OSHA (2008): Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz: Immer mehr Menschen sind bei der Arbeit psychosozialen Risiken ausgesetzt. Pressemitteilung 30.1.2008.
- Giesert, Marianne/Geißler, Heinrich (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung. Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Frankfurt a.M.: Bund-Verlag.
- Gröben, Ferdinand (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Frankfurt a.M.: Bund-Verlag.
- Hollederer, Alfons (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. In: Gesundheitswesen 69/2007, S. 63-76.
- Kocyba, Hermann/Voswinkel, Stephan (2007): Krankheitsverleugnung – Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten. In: WSI-Mitteilungen 3/2007.
- Münch, Eckhard/Walter, Uta/Badura, Bernhard (2004): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Berlin: edition sigma.
- Romahn, Regine (2007): Eingliederung von Leistungsveränderten. Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Frankfurt a.M.: Bund-Verlag.
- Romahn, Regine (2006): Gefährdungsbeurteilungen. Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Frankfurt a.M.: Bund-Verlag.
- Ulmer, Jutta/Gröben, Ferdinand (2004): Ist betriebliche Gesundheitsförderung männlich? Internes Arbeitspapier. Hans-Böckler-Stiftung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Bonn.

Michael Drupp/Peter Krauss- Hoffmann/Reimund Overhage Betriebliches Gesundheitsmanagement Erfahrungsbericht über neue Netzwerkansätze

1. Einführung

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist eine moderne Unternehmensstrategie zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Sie umfasst die Optimierung der Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung, die Förderung aktiver Teilnahme von Führungskräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie die Unterstützung der Personalentwicklung bei der Realisierung dieser Ziele. Sie wird als praktisch gelebte Unternehmensphilosophie auch und gerade in globalisierten Märkten zunehmend zu einem Erfolgsfaktor für Wettbewerbsfähigkeit, Innovationsentwicklung und Standortsicherung. Große Unternehmen wie VW, Daimler und Bertelsmann verfügen über eigene Gesundheits- und Arbeitsschutzabteilungen, die auf dem neuesten Stand von Forschung und Entwicklung Erkenntnisse aus Arbeitsorganisation, Medizin und Management nutzen, um die betriebswirtschaftlichen Vorteile eines modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu generieren.

Klein- und mittelständische Betriebe stoßen demgegenüber auf das Problem der Ressourcenbegrenzung. Oft verfügen sie weder über ausreichend qualifiziertes Personal noch über hinreichende Zeitressourcen, um die Vorteile und das aktuelle Wissen im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements hinreichend zu nutzen. Professionell organisierte Netzwerke können dieses größenstrukturell bedingte Defizit kompensieren. Netzwerke sind als Unternehmenskooperation eine Organisationsform zwischen Hierarchie und Markt mit besonderen Strukturmerkmalen, Regulierungsnormen und Gesetzmäßigkeiten (Howaldt/Ellerkmann 2007: 35). Sie sind vor allem für kleinere und mittelständische Betriebe ein Hilfsinstrument, das größenbedingte Ent-

wicklungsbarrieren ausgleicht, themenbezogenes Erfahrungswissen generieren lässt und damit Innovations- und Wettbewerbsvorteile verschafft. Nicht zuletzt der anhaltende Wettbewerbs- und Kostendruck selbst führt bei vielen Betrieben zu einer Konzentration auf ihre Kernkompetenzen und lässt bei der Nutzung betriebswirtschaftlich mittelbar relevanter Supportleistungen den Einbezug von externen Dienstleistern und die Kooperation mit anderen branchengleichen oder auch branchenfremden Unternehmen attraktiv erscheinen.

Die Wege der Netzwerkbildung sind vor dem Hintergrund der dargestellten Motivationslage in der Praxis unterschiedlich. Entweder geht die Initiative von einzelnen Betrieben selbst aus. Sie setzt dann ein Mindestmaß an Zeit und Promotorenbereitschaft (z.B. einzelner Unternehmerpersönlichkeiten) voraus und stellt von Anfang an auf die finanzielle Eigenbeteiligung der Kooperationspartner ab. Ein weiterer Weg strebt die öffentliche Anschubfinanzierung der Verbundaktivitäten an. Dabei treten intermediäre Institutionen wie Krankenkassen, Innungs- und Handwerkskammern als Promotoren mit auf. Nach Auslaufen der Anschubfinanzierung wird eine Refinanzierung über Mitgliedsbeiträge oder eine Mischfinanzierung unter Nutzung anderer Finanzierungsquellen wie beispielsweise aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) angestrebt.

Der vorliegende Beitrag basiert auf den Erfahrungen eines im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) öffentlich geförderten Netzwerkprojektes. Nach einer kurzen Beschreibung des Netzwerkes und der besonderen Bedeutung des betrieblichen Gesundheitsmanagements als verbindendem Thema der Netzwerkarbeit werden differenzierte Zwischenergebnisse einer Evaluation des Zusammenhangs von Arbeitsqualität bzw. Arbeitsbelastung, Mitarbeiterengagement und Unternehmenserfolg dargestellt. Zum Abschluss wird ein kleiner Ausblick auf weitergehende Fragestellungen gegeben.

2. Das KMU-Kompetenznetzwerk »Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement«

Das Kompetenznetzwerk »Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement für KMU in Niedersachsen« besteht seit Dezember 2005. Das Projekt wurde durch INQA finanziell gefördert und seit 2007 im Rahmen eines Transferauftrages auf weitere drei Bundesländer ausgeweitet. Im heu-

tigen niedersächsischen Teil des Kompetenznetzwerks sind 25 Unternehmen (Stand: Mai 2008) organisiert.

Das Netzwerk (www.kmu-komp.de) richtet sich vornehmlich an kleinere und mittlere Unternehmen, die über 100 bis 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen und aus unterschiedlichen Branchen kommen. Der DGB Niedersachsen/Bremen/Sachsen-Anhalt und die Unternehmerverbände Niedersachsen e.V., die die Initiierung und den Ausbau des Netzwerks von Beginn an unterstützt haben, sind so genannte Kernnetzwerkpartner. Die Organisation und Steuerung des Netzwerkes wird vom niedersächsischen AOK-Institut für Gesundheitsconsulting durchgeführt. Das Kompetenznetzwerk leistet konkrete Beiträge, damit auch kleine und mittelständische Betriebe eine verstärkte Handlungskompetenz in Bezug auf Sicherheit und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sowie zur systematischen Verankerung eines sicherheits- und gesundheitsgerechten Verhaltens erwerben können.

Das Kompetenznetzwerk umfasst dabei solche Unternehmen, die in Kooperation mit dem niedersächsischen AOK-Institut für Gesundheitsconsulting systematisch ein betriebliches Gesundheitsmanagement einführen, das als Strategie zur Erreichung von Sicherheit und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (im Sinne der Verhältnisprävention) und der Verankerung eines sicherheits- und gesundheitsförderlichen Verhaltens (im Sinne der Verhaltensprävention) anzusehen ist. Die KMU führen dabei den kompletten Projektzyklus von Planung, Analyse, Gestaltung und Überprüfung (u.a. mittels Zweitbefragung) durch. Durch die eingesetzte Mitarbeiterbefragung sowie begleitende Auswertungen der Krankenstandsdaten der Betriebe verfügt das Kompetenzzentrum über einen stetig wachsenden Datenpool, der valide Erkenntnisse und Aussagen zum Zusammenhang von Mitarbeiterengagement, Arbeitsqualität, Arbeitsbelastungen und Gesundheit zulässt. Im Rahmen einer ökonomischen Evaluation wird darüber hinaus der Frage nach den Auswirkungen der durchgeführten Projektaktivitäten für den wirtschaftlichen Erfolg der Unternehmen nachgegangen.

Das Kompetenznetzwerk veranstaltet jährlich eine Konferenz, auf der in Management- und Fachkräfteforen Arbeitskreise der beteiligten Partnerbetriebe gebildet werden, die konkrete Fragestellungen und Herausforderungen im Folgejahr gemeinsam angehen. Zur Vermittlung von Handlungskompetenz im beschriebenen Feld werden des Weiteren konkrete Angebote zum Erlernen von mehr Handlungskompetenz bereitgestellt. Im Jahr 2006 ist u.a. ein eigenes Stressmanagement-Programm

entwickelt worden. Seit 2007 wurden auch themenbezogene Schulungen in den Bereichen Altersstrukturanalyse, Gesund älter werden im Betrieb und Wiedereingliederungsmanagement durchgeführt.

Das Ergebnis einer im Jahr 2006 durchgeführten Kundenbefragung war so positiv, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bzw. die auftragsmäßig federführende Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin einen Antrag auf ein Folgeprojekt, nämlich einen Transfer auf weitere Bundesländer zu organisieren und dabei besonderen Fragestellungen des demografischen Wandels nachzugehen, bewilligt hat.

Im Rahmen des Projekts werden seitdem in drei weiteren Bundesländern Kompetenznetzwerke nach dem Vorbild des niedersächsischen Netzwerks aufgebaut, und zwar in Hamburg zusammen mit dem BGF-Institut für die AOK Rheinland/Hamburg sowie in Mecklenburg-Vorpommern und in Westfalen-Lippe zusammen mit den dortigen AOKen.

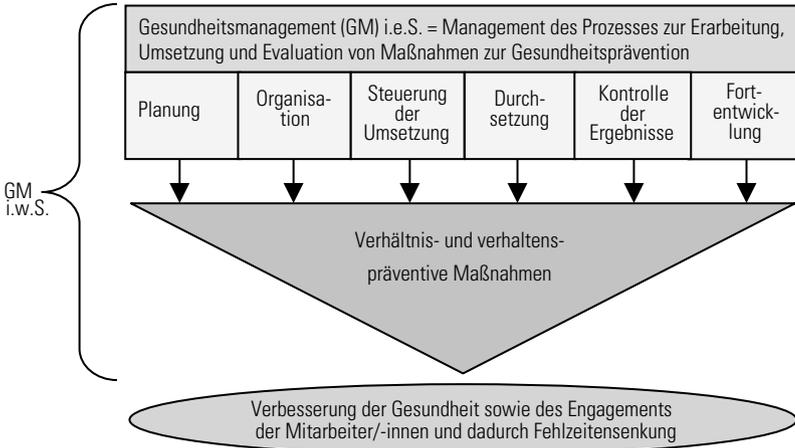
3. Ansatz des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Ein effektives betriebliches Gesundheitsmanagement beinhaltet immer sowohl Maßnahmen im Sinne der arbeitsbedingungs-gestaltenden Verhältnis- als auch der individuumsbezogenen Verhaltensprävention wie Verhaltensschulungen (z.B. Hebe- und Tragetechniken für Lagerarbeiter oder Stressbewältigungsseminare für Führungskräfte) zur Stärkung der Eigenverantwortung. Verhältnispräventive Maßnahmen zielen letztlich auf die Reduzierung von Arbeitsbelastungen bzw. eine Steigerung der Arbeits(bedingungs-)qualität ab.

Unter betrieblichem Gesundheitsmanagement lässt sich das Management des Prozesses zur Erarbeitung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen zur Gesundheitsprävention in einem Betrieb verstehen. Dabei unterteilt sich das Gesundheitsmanagement in die Teilprozesse Planung, Organisation, Steuerung der Umsetzung, Durchsetzung, Kontrolle der Ergebnisse sowie Fortentwicklung. In den Betrieben umfasst das Verständnis von Gesundheitsmanagement auch die Maßnahmen selbst (siehe dazu Abbildung 1).

Zunächst gilt es insbesondere, die globalen Ziele für das konkrete betriebliche Gesundheitsmanagement zu planen. Liegt ein dringendes Fehlzeitenproblem vor, oder soll das Gesundheitsmanagement eher als Maßnahme zur »Personalpflege« verstanden werden? Da die Einfüh-

Abbildung 1: Gesundheitsmanagement-Begriffe im Überblick



Quelle: Eigene Erstellung

Die Aufgabe eines Gesundheitsmanagements eine umfanglichere Aufgabe ist, bietet es sich an, ein entsprechendes Einführungsprojekt mit Beraterunterstützung zu definieren. Wichtige Aspekte sind auch die Ressourcenplanung und die Abstimmung mit weiteren Änderungsprojekten im Unternehmen.

Organisatorisch geht es darum, die Projektbeteiligten konkret zu bestimmen und einen entsprechenden Steuerkreis sowie ggf. Projektteams aufzubauen. Budgets sind bereitzustellen, Berichtswege und Prozesse zu definieren sowie die Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Wer soll der interne Projektleiter sein? Wie wird die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterinformation organisiert? – Fragen, die geklärt sein müssen, damit die anfängliche Analysephase – in der Regel mit einer Mitarbeiterbefragung zu den möglichen Belastungsfaktoren im Unternehmen startend – reibungslos funktioniert.

Ausgehend von den Analyseergebnissen werden verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen geplant und kontinuierlich umgesetzt. Die Fortschritte bei der Umsetzung der Maßnahmen werden von den Maßnahmenverantwortlichen im Steuerkreis (auch Arbeitskreis Gesundheit genannt) berichtet. Der Steuerkreis nimmt die Berichte entgegen und leitet bei Bedarf Gegensteuerungsmaßnahmen in die Wege – er steuert also die Umsetzung der Maßnahmen.

Ein nicht zu unterschätzendes Problem in der betrieblichen Praxis ist das Auftreten von Widerständen. Diese treten in der Regel nicht offen zu Tage (»Wer hat schon etwas gegen die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?«). Sie erscheinen oft verdeckt in Form von Umsetzungsbarrieren. Hier ist den differenzierten Hintergründen nachzugehen. Dabei erweist es sich als notwendig, »Betroffene zu Beteiligten« zu machen und Lösungsschritte konsequent durch Führung und Mitarbeiter umzusetzen. Nach der Maßnahmenumsetzung erfolgt zwecks Evaluation eine Kontrolle der erreichten Ergebnisse. Sind die erhofften Effekte eingetreten? – Welche Erkenntnisse bringt die Kontrolle der Ergebnisse hinsichtlich Belastungsabbau, Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Engagement und der Fehlzeiten? – Wie sollte das Gesundheitsmanagement fortentwickelt werden und auf welche Faktoren sollte man sich besonders konzentrieren? Gerade bei der Lösung von schwierigen Fragestellungen hat sich im Projektverlauf der organisierte Erfahrungsaustausch in den Arbeitskreisen des Netzwerkes als sehr hilfreich und zielführend erwiesen. Die Mitwirkung im Netzwerk KMU-Kompetenz gibt den beteiligten Firmen neben der Nutzung von Angeboten zur Kompetenzentwicklung bei Einzelpersonen – mit Zielrichtung Multiplikatorenfunktion – die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch bzgl. ihrer Gesundheitsmanagement-Maßnahmen. Was ist gut gelaufen, was weniger? – Eine offene Gesprächsatmosphäre ermöglicht einen ehrlichen Austausch. Im Arbeitskreis Führung und Kommunikation wird z.B. im Rahmen eines »Marktes der Möglichkeiten« die Gelegenheit geboten, eigene positive Beispiele zu präsentieren. So hat die Firma Wurst Stahlbau GmbH z. B. quartalsbezogene »Chef-Frühstücke« eingeführt, bei denen zufällig ausgewählte Mitarbeiter bei einem Frühstück ihre Sorgen und Anliegen direkt den Geschäftsführern mitteilen können. Übernommen wurde diese Idee vom Bürgermeister der Stadt Osterode, der so genannte Bürgermeister-Frühstücke durchführte. Eine unkonventionelle Idee, die aber großen Anklang in den Belegschaften findet.

4. Ausblick

Unternehmenskultur, Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement befördern nachhaltig den Unternehmenserfolg. Dies ist auch empirisch zu belegen. INQA möchte dazu beitragen, diese Schätze zu heben und will

»gute Arbeit« in Deutschland befördern. KMU weisen jedoch typische Faktoren auf, z.B. die begrenzte Managementkapazität und das limitierte Kapital, die das Arbeiten in diesen Unternehmen charakterisieren und es diesen Unternehmen erschweren, solche Potenziale zu nutzen. Durch Netzwerkmanagement im Mittelstand – auch zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – können KMU-typische Wettbewerbsnachteile relativiert werden. Dazu braucht es Engagement seitens der Betriebe und Akteure. INQA hat dazu einen Anfang im Projekt Netzwerk KMU-Kompetenz gemacht. Ende 2008 läuft aber die Bundesförderung für das Netzwerk KMU-Kompetenz aus. Bis dahin wird angestrebt, die Voraussetzungen für eine Verstetigung zu schaffen. Da aktuell 24 Mitgliedsunternehmen am Netzwerk beteiligt sind, besteht ein zentrales Ziel im Mitgliederwachstum, wozu umfangreiche Kommunikations- und Akquisitionsanstrengungen unternommen werden. Kern der kommunikativen Bemühungen werden dabei die regionalen Fachveranstaltungen zur Vorstellung des Netzwerks im Lande Niedersachsen sein. So ist unter anderem für September 2008 eine nationale Fachveranstaltung in Hannover geplant. Außerdem wurde ein Transferbeirat gegründet, in dem neben den Netzwerk-Initiatoren und -Promotoren auch namhafte Stiftungen vertreten sind. Der Transferbeirat soll zum einen die inhaltliche Arbeit des Netzwerks kritisch begleiten und zum anderen Ideen zur Sicherstellung der Verstetigung über 2008 hinaus entwickeln. Die Möglichkeit der Verstetigung hängt sicherlich auch davon ab, inwiefern es gelingt, die positiven Wirkungen des Netzwerks auf die Kompetenzentwicklung und davon abgeleitet auf die Arbeitsbedingungen in den Betrieben nachzuweisen. Dazu erfolgt derzeit eine Evaluationsstudie durch Herrn Prof. Dr. Bienert von der Fachhochschule Hannover.

Literatur

Howaldt, Jürgen/Ellerkmann, Frank (2007): Entwicklungsphasen von Netzwerken und Unternehmenskooperationen. In: Becker, Thomas/Dammer, Ingo/Howaldt, Jürgen/Killich, Stephan/Loose, Achim (Hrsg.): Netzwerkmanagement – Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag.

Klaus Leuchter

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Erfahrungsbericht über einen neuen Netzwerkansatz

Das Handwerk in Schleswig-Holstein mit seinen 24.000 Betrieben und etwa 120.000 Beschäftigten ist ein tragender und unverzichtbarer Bestandteil der Wirtschaft. Bedingt durch die derzeitige verbesserte Auftragslage, die positive Einschätzung der wirtschaftlichen Situation und den Rückgang der Kaufzurückhaltung der Kunden herrscht in einigen Gewerken bereits ein Mangel an qualifizierten Fachkräften. Hinzu kommt, dass viele arbeitslose oder wechselwillige Fachkräfte in den vergangenen Jahren einen Arbeitsplatz im benachbarten Dänemark gefunden haben. Die demografische Entwicklung unserer Bevölkerung wird das Problem des Fachkräftemangels in den nächsten Jahren wahrscheinlich verschärfen. Es wird in vielen Fällen erforderlich sein, Fachkräften mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und älteren Beschäftigten länger die Beschäftigung im Handwerk zu ermöglichen. Die gesetzlichen Anforderungen (z.B. Betriebliches Eingliederungsmanagement) und Möglichkeiten der Betrieblichen Gesundheitsförderung müssen den Handwerksbetrieben jeder Größe (durchschnittliche Betriebsgröße im Handwerk in Schleswig-Holstein: sechs Beschäftigte) vermittelt und die Umsetzung praktikabel und unkompliziert gestaltet werden. Hier ergibt sich ein hoher Informationsbedarf mit geeigneten Kommunikationsformen, die auch die Kleinbetriebe erreichen.

Die IKK Nord bietet den Handwerksbetrieben in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein seit vielen Jahren eine umfassende betriebliche Gesundheitsförderung und den Versicherten eine individuelle Sozial- und Gesundheitsberatung an. Seit dem Inkrafttreten des § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX wird zusätzlich an einem Modell zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement gearbeitet. Damit sollen Vorteile für Betriebe und die Beschäftigten aus der gesetzlichen Verpflichtung geschaffen werden. Die Umsetzung der gesetzlichen Anfor-

derungen zum Eingliederungsmanagement ist für handwerkliche Kleinbetriebe vielfach mit Schwierigkeiten verbunden: In den Betrieben ist die gesetzliche Bestimmung nicht bekannt, oft gibt es keinen Betriebsrat, in vielen Betrieben war seit Jahren niemand länger als sechs Wochen krank. Es fehlt daher häufig an der Einsicht, sich mit dem Eingliederungsmanagement beschäftigen zu müssen.

Das Thema wird von der IKK Nord offensiv angegangen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozial- und Gesundheitsberatung (überwiegend Diplom-Sozialpädagoginnen und -pädagogen) wurden weiterqualifiziert und als Disability Manager CDMP (Certified Disability Management Professional) zertifiziert. In den Kontakten zu den Einrichtungen des Handwerks konnte die Notwendigkeit, sich dieser Herausforderung für unsere Gesellschaft zu stellen, deutlich gemacht werden. Dabei kamen den Beteiligten die positiven Erfahrungen des gemeinsamen Vorgehens bei Suchtproblemen im Betrieb zu Gute. Hierfür wurde in beiden Handwerkskammerbezirken in Schleswig-Holstein ein Verein gegründet. Das Angebot des Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. gibt es jetzt schon seit fast 20 Jahren. Die Prävention, die Motivation zur Therapie und die betriebliche Eingliederung stehen hier im Vordergrund der Arbeit.

Im Oktober 2007 haben die Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein und die IKK Nord einen »Verein zur Förderung der betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V.« gegründet. Ziel des Vereins ist es, den Handwerksbetrieben die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen zu erleichtern und die Weiterbeschäftigung von Fachkräften mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder altersbedingten Einschränkungen zu fördern. Der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Kreishandwerkerschaften und Kreishandwerksmeister im Kreis Ostholstein und die Geschäftsführer der Kreishandwerkerschaften Dithmarschen und Mittelholstein haben sich für die Vorstandsämter zur Verfügung gestellt. Die ehrenamtliche Geschäftsführung liegt in den Händen des Vertriebs-/Handwerksbeauftragten für Schleswig-Holstein der IKK Nord. Er ist zugleich Vorstandsmitglied im oben erwähnten Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. und im Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e.V.

Der IKK Nord kommen die in vielen Jahren mit einer großen Zahl von handwerklichen Kleinbetrieben gesammelten Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zugute. Dazu steht ein Team von fest angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Pro-

fessionen zur Verfügung. Daneben gibt es das bereits erwähnte Team der Sozial- und Gesundheitsberatung für die Sozial- und Rehabilitation. Für das Projekt können die Personalressourcen der IKK Nord für die im § 84 Abs. 2 SGB IX geforderten Ansätze »Prävention« und »Reha/-Sozialberatung« und für die Koordinationsarbeit genutzt werden. Der Zugang zu den Betrieben für die Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements kann sich über die Betriebliche Gesundheitsförderung ergeben. Umgekehrt werden Betriebe im Rahmen der Beratung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement für den präventiven Ansatz der Betrieblichen Gesundheitsförderung sensibilisiert. Die inhaltliche Verbindung mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz führt zu einem umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagement für den Handwerksbetrieb.

Der neu gegründete Verein führt seit dem 1. Januar 2008 in Schleswig-Holstein ein Modellprojekt durch. Kernelemente des Projektes sind die Beratung und Information zur Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements und das Angebot von Qualifizierungsmaßnahmen, die eine Rückkehr in den Betrieb und die Übertragung von Tätigkeiten ermöglichen, die auch mit den körperlichen Einschränkungen ausgeübt werden können. Im Idealfall kann diese Qualifizierung bereits frühzeitig während des Krankengeldbezuges durchgeführt werden. Da künftig in den Bildungsstätten der Kreis-handwerkerschaften und der weiteren Bildungsträger vermehrt Qualifizierungen für ältere Arbeitnehmer (z.B. mit dem Förderprogramm WeGebAU der Agenturen für Arbeit) durchgeführt werden, können durch die Vermittlung in diese Schulungsangebote entsprechende Ressourcen wirtschaftlich mitgenutzt werden.

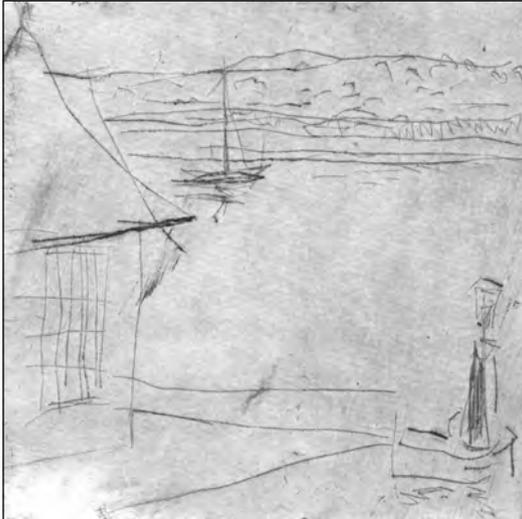
Die Nähe der Kreishandwerkerschaften zu den handwerklichen Kleinbetrieben und ihre Präsenz vor Ort mit den angeschlossenen Bildungsstätten spielt dabei eine große Rolle. Dort sind die Betriebe bekannt, die Chance, dass die erforderliche Überzeugungsarbeit auf fruchtbaren Boden fällt, ist groß. So können unkompliziert und schnell Wege gefunden werden, die ohne diese Einblicke in die betriebliche Realität häufig nicht gesehen werden. Dieses geschieht in der Kooperation mit dem Integrationsamt, der Sozial- und Gesundheitsberatung und dem Präventionsteam der IKK Nord sowie mit anderen Trägern der Rehabilitation. Der Fachkoordinator übernimmt z.B. die Information und Beratung der Innungen und Betriebe und stellt Kontakte zu den anderen Krankenkassen und Sozialleistungsträgern her, um das Netzwerk auf- und

auszubauen. Schwerbehinderte und von Schwerbehinderung bedrohte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind im Projekt genauso im Blickfeld wie Erkrankte im Frühstadium einer Arbeitsunfähigkeit, bei denen eine schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz wegen der hohen körperlichen Belastungen der Tätigkeit als unwahrscheinlich eingeschätzt wird. Ziel ist, lange krankheitsbedingte Ausfallzeiten und das Eintreten von Schwerbehinderung zu verhindern.

Das Projekt trägt den Namen »esa – eingliedern statt ausgliedern« und wird für die Dauer von drei Jahren vom Landesamt für soziale Dienste/Integrationsamt Schleswig-Holstein gefördert. Die IKK Nord hat den Teamleiter der Sozial- und Gesundheitsberatung und den Vertriebs-/Handwerksbeauftragten für Schleswig-Holstein mit jeweils 50 v.H. der Arbeitszeit in das Projekt abgeordnet. Sie übernehmen die Aufgabe der Fachkoordination. Bereits bei den vorbereitenden Arbeiten für das Projekt und bei der Vereinsgründung war das Interesse der Partner aus dem Handwerk zu spüren. Seit dem Start im Januar dieses Jahres besteht eine große Bereitschaft, Zeiten für Präsentationen des Projektes im Rahmen von Innungsversammlungen, Obermeister-Tagungen oder bei anderen Anlässen zur Verfügung zu stellen. Einzelfälle aus den Betrieben werden an das Projektbüro verwiesen. Es wenden sich aber auch größere Betriebe und Einrichtungen außerhalb des Handwerks an das Projektbüro und melden ihren Unterstützungsbedarf an. Diese Resonanz hat die Erwartungen bei weitem übertroffen. Das Projekt wird vom neu gegründeten Institut für Leistung Arbeit & Gesundheit evaluiert. Leiter ist Dr. Michael Bau, der bereits Erfahrungen im Rahmen von Forschungsprojekten mit den Themen Gesundheit, Alter und Demografie gesammelt hat. Es wurde eine Projektsteuerungsgruppe gebildet, in der auch ein Geschäftsführer einer Kreishandwerkerschaft mitarbeitet. Die Zusammenarbeit mit den anderen Sozialleistungsträgern muss noch ausgebaut und intensiviert werden. Nach den bisherigen Gesprächen erwarten wir vielfältige Kooperationsmöglichkeiten. Aus dem Bereich der Privaten Krankenversicherung konnte die Signal Iduna und der GenRe-Rehadienst als Partner und Förderer gewonnen werden.¹

¹ Weitere Informationen unter www.esa-sh.de, www.handwerker-fonds.de, www.netzwerk-betrieb-reha.de und www.ikk-nord.de. IKK Nord, Ilensee 4, 24837 Schleswig, Tel.: 04621/9631-20, Fax -29, E-Mail: klaus.leuchter@ikk-nord.de

| Markt der Möglichkeiten



Am Starnberger See, Radierungen von Benno Zöllner, künstlerisches Rahmenprogramm während des 12. Workshops Betriebliche Gesundheitsförderung

Jürgen Reusch

Das Arbeitsschutzrecht in der EU und in Deutschland zwischen Prävention und dem Druck einer maßlosen Ökonomie

Das Arbeitsschutzrecht in der EU und in Deutschland hat mit der EU-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz bzw. mit dem deutschen Arbeitsschutzgesetz eine solide, auf Prävention zielende Grundlage. Allerdings fallen gravierende Umsetzungsdefizite ins Auge. Außerdem leidet das gesamte Regelwerk zunehmend unter dem Konflikt zwischen neuen Anforderungen an Prävention und starken wirtschaftlichen Interessen an Kostensenkung und Wettbewerbsfähigkeit.

Die Arbeitsbedingungen in der EU sind von dem, was die Bezeichnung »gute Arbeit« verdient, weit entfernt. Das belegt die neueste und bisher vierte europäische Arbeitskräftestichprobe der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Dublin.¹ Die Befragung von insgesamt 30.000 Beschäftigten in 31 Ländern zeigt: Für sehr viele Beschäftigte ist die Arbeitswelt von zunehmender Unsicherheit geprägt. Diejenigen, die Arbeit haben, berichten davon, dass Arbeitsintensität, Stress und Zeitdruck zunehmen. Körperliche Belastungen gehen nur geringfügig und partiell zurück, bleiben in vielen Bereichen weiterhin hoch. Das betrifft in wachsendem Maße die repetitiven Bewegungen. Hoch oder höher als bei früheren Erhebungen sind die Belastungen durch Lärm, Vibrationen und körperliche Zwangshaltungen. Die Tendenz zu längeren Arbeitszeiten ist klar erkennbar. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Niedriglohnbeschäftigung breiten sich aus. Das Verhältnis zwischen Arbeitsanforderungen und Entlohnung empfinden viele als ungerecht. Die Vereinbarkeit von Familie und

¹ Der Report hat 139 Seiten und liegt nur in englischer Sprache vor. Er kann als pdf-Datei von der Internetseite der Europäischen Stiftung herunter geladen werden unter www.eurofound.eu.int/publications/htmlfiles/ef0698.htm. Siehe dazu die Zusammenfassung in: Gute Arbeit. 12/2006, S. 5f.

Beruf bereitet erheblichen Gruppen von Beschäftigten Probleme. Ein vor wenigen Monaten veröffentlichter Bericht der Europäischen Arbeitsschutzagentur hat gezeigt, dass psychosoziale Belastungen und Stress am Arbeitsplatz in der ganzen EU massiv zugenommen haben. Danach ist Stress – nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen – das am zweithäufigsten genannte arbeitsbedingte Gesundheitsproblem in der EU. Zwischen 50 und 60% aller Fehlzeiten stehen damit in Verbindung.²

Das alles ist weit entfernt von der »Qualität der Arbeit«, die die EU im Zusammenhang mit der so genannten Lissabon-Strategie des Jahres 2005 als Ziel ausgerufen hat. Allerdings liegt das nicht am EU-Regelwerk zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, sondern eher an dessen mangelhafter Umsetzung. Die EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz 89/391/EWG und die meisten darauf fußenden 19 Einzelrichtlinien stammen aus einer Zeit, in der »Reform« noch mit »Verbesserung« und »Fortschritt« übersetzt werden konnte. Der Reform-Ansatz des Gemeinschaftsrechts zum Arbeits- und Gesundheitsschutz ist systematisch und umfassend, präventiv und aktiv, er fasst Arbeitsschutz als einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der kooperativ und beteiligungsorientiert ablaufen soll, und er lässt grundsätzlich im Sinne der Rahmenrichtlinie nicht zu, dass der Arbeitsschutz »rein wirtschaftlichen Überlegungen« untergeordnet wird.

Der frühere Arbeitsschutz war hauptsächlich auf materiell-stoffliche Risiken bezogen, er berücksichtigte die Zusammenhänge von verschiedenen Gesundheitsrisiken nicht, und er war expertenorientiert und hatte die Beschäftigten lediglich als »Schutzobjekte« im Blick. Gegenüber diesem früheren technischen, auf Reparatur und Expertenhandeln ausgerichteten Arbeitsschutz ist das ein Paradigmenwechsel, der das Gefährdungsspektrum der heutigen Arbeitswelt auch angemessen widerspiegelt.

Allerdings entsprechen Strukturen und Ressourcen der Arbeitsschutzinstitutionen diesem modernen Paradigmenwechsel nicht und sogar zunehmend weniger, und in den Betrieben wird dieser innovative Ansatz zu wenig spürbar. Darüber hinaus haben sich die Rahmen-

² Factsheet über die Expertenbefragung zu neu auftretenden psychosozialen Risiken unter <http://osha.europa.eu/publications/factsheets/74>. Die Studie selbst ist nur in englischer Sprache zugänglich: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (128 Seiten): <http://osha.europa.eu/publications/reports/7807118>. Siehe auch Gute Arbeit. 3/2008, S. 9f.

konstellationen für die Umsetzung dieser Rechtsgrundlagen gravierend verändert, nämlich durch

- die Verschärfung der Wettbewerbsbedingungen und die Kurzfrist-ökonomie
- neue Managementstrategien indirekter Steuerung
- Arbeitslosigkeit und die (politisch gewollte) massive Prekarisierung von Arbeit
- und schließlich die inzwischen weit fortgeschrittene Deregulierung des Arbeitsschutzrechts.

Es überwiegt damit eine »Dominanz der Wettbewerbsargumente und der Standortsicherung« auch im Arbeits- und Gesundheitsschutz.³

EU-Arbeitsschutzrecht unter Deregulierungsdruck

Heute zeigt sich das EU-Arbeitsschutzrecht im starken Konflikt zwischen neuen Ansprüchen an Prävention und wirtschaftlichem Wettbewerbs- und Kostensenkungsdruck.⁴ Dabei treten die ursprünglichen Intentionen des europäischen Arbeitsschutzrechts weiter in den Hintergrund. Einen Beleg dafür liefert die EU-Kommission selbst in ihrer im Februar 2004 veröffentlichten Mitteilung an die Europäischen Gremien über den Stand der Umsetzung der Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz und der daraus abgeleiteten Einzelrichtlinien.⁵ Daraus geht hervor:

- Die Gefährdungsbeurteilung als wichtigste und zentrale Neuerung des EU-Arbeitsschutzrechts mitsamt der dazu gehörigen Dokumentation ihrer Ergebnisse und der Überwachung ihrer Wirksamkeit ist auch mehr als anderthalb Jahrzehnte nach der Rahmenrichtlinie in der EU nicht allgemein verbreitet. Dieses Defizit trifft auch auf

³ S. dazu die Ausführungen von Klaus Pickshaus und Uwe Lenhardt, *Gute Arbeit* 5/2008, S. 17ff.

⁴ *Social Developments in the European Union*, ed. by ETUI-REHS, OSE and SALTSA, Brussels 2007. Dieser Band enthält ein Kapitel von Laurent Vogel, Arbeitsschutzexperte des Forschungsinstituts des Europäischen Gewerkschaftsbundes: »Is health and safety policy being hijacked in the drive for competitiveness?«

⁵ S. dazu Marina Schröder: Anforderungen an eine wirkungsvolle Präventionsstrategie vor dem Hintergrund der EU-Rechtsetzung, in: *Gute Arbeit*. 10/2006, S. 19-22. Der genannte Bericht der EU-Kommission ist im Internet zugänglich unter http://ec.europa.eu/prelex/detail_dossier_real.cfm?CL=de&DosId=193314.

Deutschland zu. Wo Gefährdungsbeurteilungen stattfinden, sind sie oft nur formal, sind oberflächlich und unvollständig. Psychische Belastungen werden häufig ausgeklammert. Wenn überhaupt Verbesserungsmaßnahmen beschlossen wurden, wird ihre Wirksamkeit häufig nicht kontrolliert.

- Das zweite zentrale Element der europäischen Arbeitsschutzphilosophie, die Unterrichtung, Anhörung und Beteiligung der Beschäftigten, wird ebenfalls extrem lückenhaft umgesetzt und von der EU selbst als unbefriedigend eingeschätzt. Das betrifft umso mehr die zunehmende Zahl der prekär Beschäftigten in den Betrieben, z.B. die Leiharbeiterinnen und -arbeitnehmer.
- Der Aufbau und die Nutzung von betrieblichen und überbetrieblichen Schutz- und Präventionsdiensten lassen zu wünschen übrig. Die meisten Probleme diesbezüglich bestehen in kleinen und mittleren Betrieben.

Diesen Problemen will die EU-Kommission mit »better regulation«, mit einer besseren Regulierung, beikommen.⁶ Soll heißen: Nicht noch mehr Regulierung, nicht noch mehr Regeln und Richtlinien, sondern das vorhandene Regelwerk effektiver umsetzen, seine praktische Anwendung besser unterstützen, notfalls auch Regeln »vereinfachen«. Das hört sich nach »Deregulierung« an, und das ist es auch.

Die EU-Arbeitsschutzstrategie 2007 bis 2012 ist zu unverbindlich

Das belegen die konzeptionellen Schlussfolgerungen, die die EU-Kommission aus ihren eigenen Analysen gezogen hat. Am deutlichsten zeigt das die im Februar 2007 vorgelegte »Gemeinschaftsstrategie für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit« für die Jahre 2007 bis 2012.⁷ Was konkrete Initiativen und Instrumente zur Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes betrifft, ist es das schwächste Stra-

⁶ http://ec.europa.eu/governance/better_regulation/index_en.htm.

⁷ Im Internet (deutsch, 18 S.) unter http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/news/news_en.cfm?id=209 bzw. http://ec.europa.eu/employment_social/health_safety/index_de.htm. Siehe dazu kritisch Marina Schröder, in: Gute Arbeit. 3/2007, S. 4f. Die Position des EGB ist nachzulesen unter www.etuc.org/a/3387. Siehe auch die Expertisen des Forschungsinstituts des EGB zur EU-Strategie unter <http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsletter/newsletter.asp> (HESA-Newsletter 33. November 2007).

tegedokumente der EU seit 1978, so der Befund des Europäischen Gewerkschaftsbundes (EGB). Im Mittelpunkt des Dokuments steht das Ziel, die Zahl der Arbeitsunfälle im genannten Fünfjahreszeitraum um 25% zu reduzieren – eine Zielstellung, die angesichts des wirtschaftlichen Strukturwandels nicht so ehrgeizig ist, wie es auf den ersten Blick scheint. Schon zwischen 2002 und 2004 ging die Zahl der Arbeitsunfälle um 20% zurück – auch ohne tiefgreifende Fortschritte im Arbeitsschutz. Der EGB wendet mit Recht ein: Arbeitsunfälle sind in der EU zwar ein ernstes Problem, das quantitativ sehr viel bedeutendere Thema der arbeitsbedingten Erkrankungen bleibt dabei jedoch völlig ausgeblendet. Indem das Strategiepapier häufig die Begriffe »Berufskrankheiten« (occupational diseases) und »arbeitsbedingte Erkrankungen (work-related illnesses) austauschbar benutzt, wird sogar Verwirrung gestiftet. Zu den seit Jahren von den Arbeitgebern blockierten wichtigen Projekten einer Karzinogen-Richtlinie und der Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen enthält das EU-Dokument – wie schon sein Vorgängerdokument – nur vage Versprechungen, weiter daran zu arbeiten. Im Dezember 2007 forderte das EU-Parlament die Kommission auf, ihr Strategiepapier nachzubessern und vor allem den Präventionsansatz gegen arbeitsbedingte Erkrankungen zu stärken.⁸

Die EU-Rechtsetzungspraxis ist von Deregulierung geprägt

Der Blick auf die Aktivitäten der EU-Kommission in der Rechtssetzung zum Arbeitsschutz in der jüngsten Vergangenheit bestätigt diese kritische Sicht. Der krasseste Fall ist in dieser Hinsicht der nun schon über vier Jahre andauernde hartnäckige Versuch, die EG-Arbeitszeitrichtlinie 93/104/EG aus dem Jahr 1993 zu verwässern. Hier wird erstmals massiv Anlauf genommen, ein vorhandenes – und ohnehin unzureichendes – Regelwerk zum Arbeitsschutz mit unverhohlener Rücksicht auf wirtschaftliche Interessen in seinen Mindestanforderungen zu reduzieren, dem Druck der Arbeitgeber zu längeren Arbeitszeiten nachzugeben und die – eine humane Arbeitszeitbegrenzung unterstützende – Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zu unterlaufen. An diesen unschönen Bestrebungen haben auch mehrere Bundesregie-

⁸ S. Gute Arbeit 2/2008, S. 4f.

rungen einschließlich der jetzigen großen Anteil.⁹ Heute schon erlaubt die Arbeitszeitrichtlinie grundsätzlich Wochenarbeitszeiten von 48 Stunden. Etliche EU-Mitgliedsstaaten drängen hier auf eine Obergrenze von 60 Stunden inklusive Bereitschaftszeiten. Die deutsche und die britische Regierung haben sogar 65 Stunden gefordert. Regelungen von Jahresarbeitszeitkonten sollen in Zukunft durch Gesetze und Verordnungen möglich gemacht werden. Damit würden kollektivvertragliche tarifliche Vereinbarungen ausgehebelt. Das alles bedeutet einseitige Arbeitszeitverlängerung und -flexibilisierung aus wirtschaftlichen Interessen. Die Folge wären zunehmende gesundheitliche Belastungen und eine schlechtere Vereinbarkeit von Beruf und Familie.¹⁰

Dem ursprünglichen Präventionsansatz des EU-Arbeitsschutzrechts entspräche es auch, der geradezu epidemischen Ausbreitung eines prekären Beschäftigungs- und Niedriglohnssektors entgegenzuwirken, weil hier auch die Gesundheitsrisiken besonders hoch sind. Tatsächlich geschieht das Gegenteil. Weder gibt es bisher eine europaweit abgestimmte Mindestlohnpolitik noch einen besseren Schutz für Leiharbeiter. Noch im September 2007 war EU-Sozialkommissar Vladimir Spidla in einem Interview mit der deutschen Zeitung »Die Welt« mit der Forderung hervorgetreten, Leiharbeiter müssten nach sechs Wochen den gleichen Lohn erhalten wie Festangestellte. Spidla hatte vornehmlich Deutschland und Großbritannien aufgefordert, ihre Blockadehaltung dagegen aufzugeben.¹¹ Davon völlig unbeeindruckt sperrten sich exakt diese beiden Länder bei den Verhandlungen über eine EU-Richtlinie zur Leiharbeit (Dezember 2007) gegen mehr Gleichbehandlung der Leiharbeiterinnen und -arbeitnehmer. Bundesarbeitsminister Scholz bestand darauf, mindestens in den ersten sechs Monaten einer Beschäftigung solle es erlaubt sein, Leiharbeiterinnen und -arbeiter schlechter zu bezahlen als die Stammbeslegschaften. Für sie sollten bei Bedarf auch längere Arbeitszeiten erlaubt sein. Nur dann, so der Minister in schöner Offenheit, bestehe für die Unternehmen überhaupt ein Anreiz, Leiharbeiter zu beschäftigen.¹²

Auch die 2006 beschlossene EG-Richtlinie zum Schutz vor optischen Strahlungen ist ein Armutszeugnis in Sachen Arbeitsschutz. Der Schutz

⁹ S. dazu ausführlich: Gute Arbeit. 2/2007, S. 9f. und 1/2006, S. 4f.

¹⁰ S. Gute Arbeit 1/2008, S. 9f.

¹¹ Gute Arbeit. 10/2007, Seite 14.

¹² Gute Arbeit 1/2008, S. 10.

der Beschäftigten vor den ernst zu nehmenden Hautkrebsrisiken durch Sonneneinstrahlung bei Arbeiten im Freien wird durch sie überhaupt nicht geregelt. Das ist das zweifelhafte Verdienst einer grotesken und geradezu hysterischen Deregulierungskampagne von europäischen Arbeitgebern und konservativen und liberalen Europaparlamentariern (besonders aus Deutschland).¹³ Vor kurzem wurde bekannt, dass die EU-Kommission die Initiative ergriffen hat, die Frist zur Umsetzung der bereits 2004 beschlossenen Richtlinie zum Schutz vor elektromagnetischen Feldern um vier Jahre aufzuschieben. Diese Initiative ist in der Geschichte des EU-Gemeinschaftsrechts zum Arbeitsschutz neu und einmalig. Sie geht auf den Druck der Wirtschaftslobby zurück, die von der Richtlinie »Wettbewerbsnachteile« erwartet. In der nun verlängerten Frist bis zur Umsetzung soll das Regelwerk noch einmal »überarbeitet« werden.¹⁴

Mit der am 1. Juni 2007 in Kraft getretenen EU-Chemikalienverordnung REACH wurde ein Regelwerk geschaffen, das ebenfalls direkte Auswirkungen auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz hat. REACH erlegt den Herstellern und Anwendern von Chemikalien bestimmte Verpflichtungen auf, über Gesundheitsrisiken der von ihnen verantworteten Stoffe zu informieren und Schutzmaßnahmen einzuhalten. Dies allerdings – gegenüber dem allerersten Entwurf – in nur abgemilderter Form. Hier hat die siebenjährige Lobbyarbeit der chemischen Industrie Wirkung gezeigt. Der EGB bemängelte außerdem, REACH sei für den Arbeitsschutz, insbesondere den Schutz vor Gefahrstoffen, eher ein Problem.¹⁵ Denn für die Gesundheit der Beschäftigten lebenswichtige Informationen über Chemikalien müssten nun – entgegen den ursprünglichen Vorschlägen – lediglich für ein Drittel der in Umlauf befindlichen Stoffe zur Verfügung gestellt werden. Hier fällt REACH sogar hinter die Bestimmungen des europäischen Arbeitsschutzrechts zurück. Die Industrie darf weiterhin gefährliche Chemikalien anwenden, auch wenn weniger gefährliche Alternativen zur Verfügung stehen. Die anhaltende Blockade einer Richtlinie zum Schutz vor Krebs erzeugenden Stoffen und die Schwächen von REACH offenbaren große Defizite im EU-

¹³ S. Gute Arbeit. 3/2006, S. 8f. Der Text der Richtlinie kann (in deutscher Sprache) von der Internetseite der EU heruntergeladen werden unter http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2006/l_114/l_11420060427de00380059.pdf.

¹⁴ Gute Arbeit. 1/2008, S. 8f.

¹⁵ Europäischer Gewerkschaftsbund findet REACH-Kompromiss unzureichend, in: Gute Arbeit. 1/2007, S. 4f. Siehe auch www.etuc.org.

Regelwerk zum Schutz der Beschäftigten vor Gefahrstoffen. Dazu bietet die EU-Fünfjahresstrategie keine ermutigenden Anhaltspunkte.

Ginge es nach dem Willen der Deregulierungs-Lobby, dürfte der Richtlinie zu optischen Strahlen künftig keine weitere folgen, wäre bereits die vorhandene Regelungsichte als wirtschaftsfeindliche »Überregulierung« zu werten. Der Streit darüber entzündet sich vor allem an der Frage, mit welchen Instrumenten die Prävention gegen die sich geradezu epidemisch verbreitenden arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen gestärkt werden kann.

Zentrales Problem: Arbeitsbedingte Erkrankungen des Bewegungsapparats

In diesem Jahr hat die EU-Kommission die arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen zum zentralen Thema einer Aufklärungs- und Informationskampagne gemacht.¹⁶ Die Kosten, die diese Erkrankungen den Unternehmen und den Sozialsystemen auferlegen, werden auf 1,6% des Bruttoinlandsprodukts geschätzt, das wären EU-weit 200 Milliarden Euro jährlich – was der Wirtschaftsleistung von Ländern wie Dänemark und Polen entspricht. Muskel-Skelett-Erkrankungen sind kein zweifelhaftes Privileg derjenigen, die schwere körperliche Arbeit leisten. Sie haben längst alle Berufsgruppen erreicht. Wenn es noch eines Beweises für die Mängel und Versäumnisse der Prävention bedürfte – hier ist er. Bewiesen wird auch noch etwas: Nämlich dass die bisherigen Instrumente, die das Europäische Arbeitsschutzrecht für bessere und wirkungsvollere Prävention in diesem Bereich überhaupt bereit hält, nicht genügen und nicht auf dem neuesten Stand sind.

Im März 2007 leitete die EU-Kommission die zweite Phase der Anhörung der Sozialpartner zu arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen ein, in deren Verlauf entschieden werden soll, mit welchen rechtlichen Instrumenten diese Erkrankungen anzugehen seien. Die Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) lehnte – wie auch schon in der ersten Phase der Anhörung – eine eigenständige Richtlinie zu arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen massiv ab und erklärte, der vorhandene Rechtsrahmen sei ausrei-

¹⁶ S. dazu Gute Arbeit. 6/2007, S. 20-26.

chend.¹⁷ Die Arbeitgeber widersprachen damit auch der Kommission, die immerhin mitgeteilt hatte, sie halte die derzeit geltenden Einzelrichtlinien zum Arbeitsschutz nicht für ausreichend, um alle Arbeitssituationen und Risikofaktoren abzudecken, die eine Muskel-Skelett-Erkrankung verursachen könnten. Die Kommission erklärte, eine – allerdings nicht näher definierte – Gesetzgebungsmaßnahme sei deshalb ins Auge zu fassen.¹⁸ Der DGB erneuerte aus gutem Grund das gewerkschaftliche Plädoyer für eine neue Einzelrichtlinie, mit der alle signifikanten Risikofaktoren arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen erfasst und Mindestanforderungen für Gesundheit und Sicherheit zum Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor der Exposition gegenüber diesen Risikofaktoren an allen Arbeitsplätzen festgelegt werden sollen. EGB-Experten haben sich dafür ausgesprochen, die vorhandenen Richtlinien zur Bildschirmarbeit und zum Handhaben von Lasten im Sinne der Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu überarbeiten, sie um eine Richtlinie zu repetitiven Arbeiten zu ergänzen und nach Möglichkeit auch eine ganz neue Richtlinie zur präventiven Vermeidung von Erkrankungen des Bewegungsapparats zu schaffen.¹⁹

Mit Hinweis auf angebliche »Überregulierung« hat sich die Deregulierungsoffensive auch gegen die Bildschirmarbeits-Richtlinie (und in Deutschland gegen die Bildschirmarbeitsverordnung) gerichtet. Die EU hat die EG-Bildschirmarbeitsrichtlinie 90/270/EWG aus dem Jahr 1990 nun in einem Forschungsvorhaben evaluieren lassen. Unter anderem gibt es Berichte für Dänemark, die Niederlande und Deutschland.²⁰ Der deutsche Bericht, der von TNS Infratest Sozialforschung München in Kooperation mit dem Giessener Arbeitswissenschaftler Professor Dieter Lorenz verfasst wurde, ergab u.a., dass die Regelungen der Richtlinie bzw. der deutschen Bildschirmarbeitsverordnung zur ergonomischen Gestaltung von Bildschirmarbeitsplätzen, zur Arbeitsorganisation und zur Information der Beschäftigten durchaus Wirkung gezeigt haben.

¹⁷ [http://www.bda-online.de/www/bdaonline.nsf/id/FC699F0B5070AD03C12572F30056C11B/\\$file/Euro-Info06_07.pdf](http://www.bda-online.de/www/bdaonline.nsf/id/FC699F0B5070AD03C12572F30056C11B/$file/Euro-Info06_07.pdf).

¹⁸ http://ec.europa.eu/employment_social/social_dialogue/docs/musculoskeletaldisorders2_de.pdf.

¹⁹ Marina Schröder: Wie geht's weiter mit der Rechtsetzung zu den Muskel-Skelett-Erkrankungen?, in: Gute Arbeit. 6/2007, S. 24-26. Zum EGB s. Gute Arbeit. 4/2005, S. 3.

²⁰ Zur Pilotevaluation s. <http://www.osha.de/topics/evaluation/>. S. ausführlicher Gute Arbeit. 7-8/2007.

Richtlinie und Verordnung haben sich demnach bewährt. Dieser Befund steht in klarem Gegensatz zu Forderungen der Arbeitgeber, Teile der Verordnung (vor allem den Anhang) zurückzunehmen bzw. zu deregulieren. Im Gegenteil: Die Evaluierung hat sogar zusätzlichen Handlungsbedarf nachgewiesen. Denn Defizite gibt es nicht nur nach wie vor in der Umsetzung des Regelwerks, z.B. bei Information und Weiterbildung der Beschäftigten durch die Arbeitgeber und bei der Gefährdungsbeurteilung der Bildschirmarbeit. Überarbeitungs- und Aktualisierungsbedarf besteht auch hinsichtlich neuer technologischer und arbeitsorganisatorischer Entwicklungen. Wünschenswert aus Arbeitnehmersicht wären außerdem konkrete, verbindliche Mindestvorgaben z.B. im Anhang der Verordnung.

»Gute Arbeit« oder »Flexicurity«?

Ungeachtet der teilweise gravierenden Defizite im Ausbau und in der Umsetzung des Arbeitsschutzrechts hat das zumindest rhetorische Bekenntnis zu »guter Arbeit« auch die Ebene der europäischen Politik erreicht. Daran hatte die deutsche Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007 erheblichen Anteil. »Europa braucht vermehrte und gemeinsame Anstrengungen zur Förderung guter Arbeit. Gute Arbeit (im Originaltext in Versalien – J. R.) bedeutet Arbeitnehmerrechte und Teilhabe, faire Löhne, Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit sowie familienfreundliche Arbeitsorganisation.« Auf diese Erklärung einigten sich die Arbeits- und Sozialminister der EU bei ihrer Ratstagung im Januar 2007 in Berlin.²¹ Sie fügten hinzu, zu guter Arbeit gehörten auch »gute und faire Arbeitsbedingungen sowie ein angemessener sozialer Schutz«. Weiter hieß es in dem Dokument, die EU-Mitgliedsländer hätten »entsprechend ihren nationalen Gepflogenheiten das Standardarbeitsverhältnis zu stärken und seine Umgehung durch atypische Beschäftigungsformen zu begrenzen«. Außerdem wurde unterstrichen, dass die »familienfreundliche Gestaltung der Arbeit konsequent fortzuentwickeln« sei, dass atypische Beschäftigungsverhältnisse »nicht dazu missbraucht werden« dürften, »Arbeitnehmerinnen und Arbeit-

²¹ S. Gute Arbeit. 2/2007, S. 21f. Die Dokumente der Ratstagung der EU-Sozialminister sind im Internet zugänglich unter http://www.eu2007.de/de/News/Press_Releases/January/0119BMAS1.html.

nehmer von ihren Rechten auszuschließen« und dass »klare Rahmenbedingungen für einen guten beruflichen Einstieg« jüngerer Menschen geschaffen werden müssten.

Daran anknüpfend beschloss eine weitere Tagung des Sozialministerrats Ende Mai 2007, unter dem Motto »gute Arbeit« die von der EU-Kommission vorgelegte Gemeinschaftsstrategie 2007–2012 zu unterstützen.²² Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, so hieß es dort, gehörten neben Arbeitnehmerrechten, Teilhabe, Chancengleichheit und einer familienfreundlichen Arbeitsorganisation zu den Prinzipien »Guter Arbeit«.

Nur kurze Zeit später wurden diese Ansätze bereits vom so genannten Flexicurity-Konzept verdrängt. Das Kunstwort Flexicurity soll »flexibility« und »security« miteinander versöhnen. Das Konzept wurde vom Rat der EU im Dezember 2007 beschlossen und soll dazu beitragen, die »Lissabon-Strategie« vom März 2000 energischer umzusetzen, mit der die EU bis 2010 zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum in der Welt gemacht werden soll. Flexicurity ist ein Modernisierungskonzept, das sich von herkömmlichen konservativen Konzepten abhebt, das zunehmende soziale Ungleichheiten zur Kenntnis nimmt, sie zugleich aber in eine wettbewerbsorientierte Strategie einbinden will.²³ Praktisch soll das Konzept mit der EU-Beschäftigungsstrategie 2008 bis 2010 umgesetzt werden. In den Mitgliedsstaaten soll es dazu nationale Umsetzungskonzepte geben. Bereits im September 2007 hat der deutsche Bundesrat einen zustimmenden Beschluss zu den Grundsätzen von Flexicurity gefasst. Das Treffen der EU-Arbeits- und Sozialminister im Februar 2008 in Slowenien beschloss, den Konsens aller »Stakeholder«, also aller Beteiligten, für dieses Konzept herzustellen. Das geschah genau ein Jahr, nachdem die Minister »Gute Arbeit« als – allerdings nicht verbindlich abgesichertes – Leitbild verkündet hatten.

Im Flexicurity-Konzept überwiegen klar die Erfordernisse wirtschaftlicher Wettbewerbsfähigkeit und Flexibilität. Die Beschäftigten sollen mobiler werden, sollen sich lebenslang weiterbilden, sollen »beschäftigungsfähig« bleiben und sich auf den unsicherer werdenden Arbeits-

²² <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Navigation/Presse/pressemitteilungen,did=204896,render=renderPrint.html>

²³ S. dazu und im weiteren Klaus Pickshaus: Gute Arbeit statt Flexicurity, in: Sozialismus 4/2008.

markt aktiv einstellen. Einklagbare Rechte, die ihnen mehr soziale Sicherheit geben, sind im Gegenzug aber nicht vorgesehen. Der DGB kritisierte im Dezember 2007 das Flexicurity-Konzept, weil es die Ansprüche an Gute Arbeit nicht berücksichtige. »Zentraler Bezugspunkt für Gute Arbeit ist aus Sicht des DGB ein unbefristetes, sozialversicherungspflichtiges Vollzeitarbeitsverhältnis mit Kündigungsschutz«, hieß es in der DGB-Stellungnahme.²⁴

Deutsches Arbeitsschutzrecht unter Deregulierungsdruck

Das deutsche Arbeitsschutzrecht ist mit seinem Kern, dem Arbeitsschutzgesetz von 1996, klar auf Prävention ausgerichtet und folgt damit im Großen und Ganzen der EU-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz. Allerdings gibt es auch hier massive Umsetzungsdefizite in den Betrieben und öffentlichen Verwaltungen. Seit längerem auch steht das Arbeitsschutzrecht unter dem starken Druck ökonomisch bedingter Flexibilisierungs- und Deregulierungsinteressen.

Waren Hartz IV und die Agenda 2010, die »Rente mit 67«, die Ausbreitung des Niedriglohnssektors, die Förderung der prekären Beschäftigung und das Einreißen der Übergangsbrücken in die Rente Beiträge zu »guter Arbeit«? Nicht nur gewerkschaftliche Kritiker verneinen das entschieden. Und mehrere sehr gründliche und mit solider Datenbasis versehene Untersuchungen der jüngsten Zeit zeigen ja auch, dass die Arbeitsbedingen in Deutschland für die allermeisten Beschäftigten von »guter Arbeit« sehr weit entfernt sind.²⁵ Der im September 2007 erstmals vorgelegte DGB-Index Gute Arbeit ergab auf der Basis einer umfangreichen repräsentativen Befragung von über 6000 Beschäftigten: Nur jede/r achte Beschäftigte bewertet seine Arbeitssituation positiv, jede/r Dritte arbeitete unter miserablen Bedingungen mit hohen Belas-

²⁴ Die DGB-Stellungnahme steht online unter http://www.dgb.de/themen/themen_a_z/abisz_doks/m/modernes_ar.beitsrecht... Siehe auch Hartmut Seifert/Andranik Tangian: Flexicurity – gibt es ein Gleichgewicht zwischen Flexibilisierung des Arbeitsmarktes und sozialer Sicherheit, Düsseldorf 2008.

²⁵ Zur Studie »Was ist gute Arbeit« der »Initiative Neue Qualität der Arbeit« siehe Gute Arbeit. 10/2006, S. 34-36 und 11/2006, S. 19-22; eine Zusammenfassung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ist enthalten in Gute Arbeit. 3/2007, S. 36-39. Verfasser dieser Beiträge ist Uwe Lenhardt.

tungen und wenig Sicherheit. Und die Hälfte aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hält ihre Arbeitsbedingungen gerade mal für mittelmäßig.²⁶

Widerspiegeln sich nun die verbalen Bekenntnisse der Politik zu »guter Arbeit« auch in der politischen Praxis und in der Entwicklung des Arbeitsschutzrechts? Auch da fällt eine erste Bilanz eher ernüchternd aus: Die Arbeitgeber neigen massiv dazu, Arbeitsschutz als lästigen Kostenfaktor im Wettbewerb zu behandeln. Die unter dem Label der Deregulierung durchgesetzten Änderungen im Arbeitsschutzrecht – so etwa die Novellierung der Arbeitsstättenverordnung von 2004 – haben uns eher weiter entfernt von einem kohärenten und praxistauglichen Regelwerk und haben es der betrieblichen Praxis eher schwerer gemacht.²⁷ Die Kompetenzen und Ressourcen der staatlichen Arbeitsschutzbehörden wurden und werden weiter abgebaut, obwohl die Verlagerung konkreter Regelungen auf die betriebliche Ebene unter dem Vorzeichen der Deregulierung eher deren Aufbau erfordern würde. Ob die im Gang befindliche Reform der Unfallversicherung auf deren Stärkung hinausläuft, bleibt abzuwarten.²⁸ Die Beschlüsse zur Heraufsetzung des gesetzlichen Rentenalters auf 67 Jahre und, als flankierende Maßnahme, ein praktisch wenig wirksames Gesetzespaket, das die Beschäftigung Älterer und die Wiedereingliederung arbeitsloser älterer Menschen verbessern soll (»Initiative 50 plus«),²⁹ die drohende Verschlechterung des Jugendarbeitsschutzgesetzes oder die 2007 in Kraft getretene Verordnung zum Schutz vor Lärm und Vibrationen³⁰ setzen diese problematische Tendenz in vielem weiter fort. Zwar setzt die Lärm-Verordnung die Vorgaben der EU-Richtlinie im Großen und Ganzen um, enthält aber in Bezug auf den erlaubten maximalen Expositionsgrenzwert Unklarheiten, die auf den Druck der Wirtschaftslobby zurückgehen, und klammert niedrigere Lärmgrenzwerte für geistige und

²⁶ S. dazu ausführlich Gute Arbeit 10/2007, S. 15ff.

²⁷ S. Jürgen Reusch: Reformieren, nicht demontieren. Das deutsche Arbeitsschutzsystem im Umbruch, in: Arbeitsrecht im Betrieb, 9/2006, S. 566ff, bes. S. 570.

²⁸ S. dazu Marina Schröder: Gesetzliche Unfallversicherung, in: Arbeitsrecht im Betrieb, 8/2007, S. 448ff.

²⁹ S. dazu Gute Arbeit. 8-9/2006, S. 5ff; 1/2007, S. 21f und 3/2007.

³⁰ Hanns Pauli: Verordnung zu Lärm und Vibrationen in Kraft – Neue Aufgaben für den Arbeitsschutz, in: Gute Arbeit. 4/2007, Seite 8ff. Siehe auch den Beitrag des Autors in diesem Heft.

Bürotätigkeiten aus. Damit wälzt sie zentrale Aufgaben der Lärmprävention auf die betriebliche Ebene ab, ohne den betrieblichen Akteuren und den überbetrieblichen Arbeitsschutzinstitutionen das zur Umsetzung erforderlich Rüstzeug zu vermitteln. Auch der noch in Diskussion befindliche Referentenentwurf einer Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ist bisher enttäuschend. Er geht von einem verengten Begriff der arbeitsmedizinischen Vorsorge aus und bringt weder mehr Übersichtlichkeit noch mehr Anwenderfreundlichkeit. Völlig inakzeptabel ist die Vorgehensweise des Bundesarbeitsministeriums, aus anderen Verordnungen wichtige Regelungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge herauszunehmen und sie in allenfalls verwässerter Form in die neue Verordnung zu verschieben.³¹

Wohin das Deregulierungswettrennen im Arbeitsschutz bei geeigneten politischen Mehrheitsverhältnissen führen könnte, zeigen zwei – allerdings zunächst gescheiterte – Bundesratsinitiativen von Baden-Württemberg und Bayern, kleinere Betriebe (das sind fast 97% aller Unternehmen in Deutschland) von jeglichen Pflichten des Arbeitsschutzes weitgehend freizustellen.³²

Auch in Deutschland starke Tendenz zur Deregulierung

Auch in Deutschland befindet sich das Regelwerk zum Arbeitsschutz im Konflikt zwischen neuen Anforderungen an Prävention und kurzfristigen wirtschaftlichen Wettbewerbsinteressen. Aus Sicht des Arbeitsschutzes steht nicht als »better regulation« getarnte Deregulierung auf der Tagesordnung, sondern wäre es notwendig

- das vorhandene Regelwerk zu erhalten, zu ergänzen und, wo erforderlich, zu aktualisieren und auszubauen,
- das Regelwerk des Arbeitsschutzes besser umzusetzen (z.B. mit Blick auf die Gefährdungsbeurteilung) und der Praxis dazu die erforderlichen Handlungshilfen zu geben, etwa in Gestalt konkreter, die Verordnungen ausfüllender staatlicher und branchennaher berufs-genossenschaftlicher Regeln
- und die Ressourcen der Präventionsdienste, insbesondere der Arbeitsschutzinstitutionen und Aufsichtsdienste, auszubauen.

³¹ S. dazu Gute Arbeit. 2/2008, S. 5f.

³² Gute Arbeit 10/2006, S. 5f. und 12/2006, S. 14f.

Bestätigt wird diese Einschätzung durch den so genannten SLIC-Evaluationsbericht einer hochrangigen Expertenkommission der EU. Diese Kommission hatte im vergangenen Frühjahr das deutsche Arbeitsschutzsystem evaluiert und dabei auf gravierende Mängel verwiesen, vor allem auf Mängel in der Koordination und strategischen Planung.³³ Die Defizite beziehen sich weiter auf die Kooperation im dualen System, auf ein unklares Verhältnis von Beratung und Überwachung, auf Schwächen bei Überwachung und Sanktionen, auf mangelnde Systematik und Einheitlichkeit in den Inspektionsmethoden und auf das Fehlen eines nationalen Plans im Gesundheitsschutz.

Erwartungen an eine Nationale Arbeitsschutzstrategie

Ob die beschlossene »Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie« die genannten Fehlentwicklungen aufhalten kann, ob sie sich darauf beschränkt, schon bisher defizitären Strukturen lediglich neue Etiketten aufzukleben oder ob sie der besseren materiellen Umsetzung des Arbeitsschutzrechts wirksame Impulse geben kann, ist derzeit offen. Anfang 2007 legte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ein Gesetz vor, das die nationale Arbeitsschutzstrategie vor allem durch Ergänzungen von Arbeitsschutzgesetz und SGB VII rechtlich fundiert.³⁴ Als Entscheidungs- und Lenkungsorgan ist dort eine »Nationale Arbeitsschutzkonferenz« vorgesehen, der mit Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern lediglich öffentlich-rechtliche Träger angehören, nicht aber die Sozialpartner, die doch die Strategie auf der betrieblichen Ebene umsetzen müssen. Die drei Träger werden lediglich verpflichtet, sich mit den Sozialpartnern abzustimmen. Gewerkschaften und Arbeitgeber hatten vergeblich gefordert, als vollwertige Mitglieder in die »Nationale Arbeitsschutzkonferenz« aufgenommen zu werden. Der Arbeitsrechtler Professor Wolfhard Kohte (Universität

³³ Gute Arbeit 6/2006, S. 22ff. Der SLIC-Bericht kann im vollen Wortlaut von der Internetseite des Vereins deutscher Gewerbe- und Aufsichtsbeamter (VDGAB) heruntergeladen werden unter http://www.vdgab.de/Ablage/SLIC-Bericht_deutsch.pdf.

³⁴ Die Gesetzesvorschläge des BMAS zur Umsetzung der nationalen Arbeitsschutzstrategie können von der Internetseite von Gute Arbeit herunter geladen werden unter http://www.gutearbeit-online.de/archiv/hintergrund/2007_entwurf_arbeitsschutzgesetz.pdf

Halle-Wittenberg) hat in einem Thesenpapier³⁵ den Gesetzesvorschlag des BMAS kritisch gewürdigt und detaillierte Ergänzungs- und Verbesserungsvorschläge formuliert. Der Entwurf gehe »in die richtige Richtung«, greife »allerdings zu kurz«. Er unterstützte die Forderung nach aktiver Einbeziehung der Sozialpartner und plädierte für konkret messbare Ziele und ausreichende Aufsichtskapazitäten. Davon sei die Realität leider weit entfernt.

Die Partner der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie einigten sich im vergangenen Jahr darauf, zunächst drei zentrale Ziele anzustreben: Zahl und Schwere von Arbeitsunfällen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Hauterkrankungen sollen reduziert werden. Kontrovers diskutierte Themen wie die psychischen Belastungen konnten nicht, wie von den Gewerkschaften gefordert, als eigenständiges Reduzierungsziel durchgesetzt werden, sondern sollen lediglich als Querschnittsaufgabe bei den drei genannten Zielen berücksichtigt werden. Psychische Fehlbeanspruchungen z.B. durch Arbeitsverdichtung führen nämlich auch zu einer Zunahme des Krankheitsgeschehens in den drei genannten Bereichen. Aus den gleichen Gründen müssen nach gewerkschaftlicher Auffassung ungesicherte, prekäre Beschäftigungsverhältnisse besonders berücksichtigt werden, weil hier die Gesundheitsrisiken sowohl hinsichtlich der Unfälle als auch der Muskel-Skelett-Erkrankungen und Hauterkrankungen höher sind.³⁶

Mit Blick auf Erfordernisse der Prävention ist kritisch zu verweisen auf die abnehmenden personellen und materiellen Ressourcen der staatlichen Aufsichtsbehörden, auf politisch gewollte, nicht sachdienliche Umstrukturierungen unter dem Label von Verwaltungsreformen (Kommunalisierungen, Aufgabenübertragung usw.), die die Kompetenz und Aktionsfähigkeit der Arbeitsschutzinstitutionen verringern. Bei der vergangenen »A + A Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin« im September 2007 unterstrich Ernst-Friedrich Pernack (Arbeitsministerium Brandenburg), die Aufsichtsbehörden seien in einigen Ländern, was Personalabbau und Umstrukturierungen betrifft, inzwischen »an der Grenze des Erträglichen« angelangt. Jetzt werde es dringend notwendig, »Haltteil-

³⁵ Prof. Dr. Wolfhard Kohte: Strategische Planung und Partizipation im Arbeitsschutz, Juni 2007, unveröffentlichtes Manuskript.

³⁶ S. Hanns Pauli: Gute Arbeit durch betriebliche Gesundheitspolitik, in: Gute Arbeit. 2/2008, S. 13ff.

nien« einzuziehen.³⁷ Die Situation des Arbeitsschutzes und seiner Institutionen ist also durchaus prekär zu nennen: Eingeklemmt zwischen die Mühlsteine von Politik und Wirtschaft, konfrontiert mit einer immer maßloser werdenden Ökonomie, unter dem Druck von Deregulierung, rigider Kostensenkung und Ressourcenabbau ist er kaum mehr in der Lage, den gesetzlichen Anforderungen an menschengerechte Arbeitsgestaltung gerecht zu werden.

Paradoxe Folge dieser Trends: Während der mit dem neuen EU-Arbeitsschutzrecht eingeleitete Paradigmenwechsel den Arbeitsschutz gerade befähigen sollte, das veränderte Belastungsspektrum der heutigen Arbeitswelt angemessen präventiv zu berücksichtigen, wurde er gleichzeitig Rahmenbedingungen unterworfen, die ihm diese Aufgabe massiv erschweren. Das führt u.a. dazu, dass das Kernstück des modernen Arbeitsschutzes, die Gefährdungsbeurteilung, auch zwölf Jahre nach Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes in den Betrieben und Verwaltungen nur lückenhaft und dabei häufig auch noch qualitativ unzureichend umgesetzt wird.

»Gute Arbeit« erfordert also zum einen ein modernes Arbeitsschutz-Regelwerk, das nicht auf wirtschaftlichen Druck hin beliebig abgebaut werden darf, sondern das den wachsenden und sich ständig verändernden Anforderungen an Prävention entsprechend ausgebaut werden muss. Damit dieses Regelwerk nicht nur auf dem Papier steht oder unter die Räder des Globalisierungswettrennens gerät, benötigt es auf die betriebliche Ebene herunterdeklinierte messbare und abrechenbare konkrete Ziele (z.B. zur Reduktion arbeitsbedingter Erkrankungen oder zur flächendeckenden Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung). Es benötigt weiter Handlungs- und Umsetzungshilfen für die Praxis, aktive Beteiligung der Beschäftigten und ihrer Interessenvertretungen ganz im Sinne der Rahmenrichtlinie und ausreichende Kapazitäten der Aufsichtsdienste, damit sie ihren Beitrag zur Prävention auch wirklich leisten können.

³⁷ Gute Arbeit. 11/2007, S. 18.

Joseph Kuhn

Gute Arbeit als Leitbild der arbeitsweltbezogenen Gesundheitspolitik

1. Betriebliche Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung hat sich seit geraumer Zeit als Element der betrieblichen Gesundheitspolitik etabliert und auch über den betrieblichen Rahmen hinaus wichtige Anstöße zur Diskussion des Verhältnisses zwischen Arbeit und Gesundheit geliefert. Der Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung mit seiner Orientierung auf die konkreten Alltagsprobleme im Betrieb und die Einbeziehung der Beschäftigten in die Problemlösung hat sich in den 1980er Jahren aus kleinen Initiativen heraus entwickelt und in den Folgejahren schnell professionalisiert. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist heute im Sozialgesetzbuch verankert (§ 20 SGB V), Bestandteil von Rahmenvereinbarungen der Kranken- und Unfallversicherungsträger, Gegenstand von Verlautbarungen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz, sie ist als Ausbildungsrichtung in gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen an Hochschulen verankert, und in vielen Betrieben gibt es mittlerweile über punktuelle Kursangebote hinaus langfristige und in die Arbeitsgestaltung intervenierende Gesundheitsförderungsprojekte. Insofern ist die betriebliche Gesundheitsförderung eine Erfolgsgeschichte. Auf der anderen Seite ist zu konstatieren, dass sie in weiten Bereichen der Wirtschaft keine oder nur eine marginale Rolle spielt: Das gilt vor allem für Kleinbetriebe, für die öffentliche Verwaltung und für Niedriglohnbranchen. Legt man die Daten des aktuellen Präventionsberichts der Krankenkassen zugrunde, so wurden im Jahr 2006 ca. 930.000 Personen direkt oder indirekt von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V erreicht (MDS 2008: 13). Bezogen auf die 39,1 Mio. Erwerbstätigen, die das Statistische Bundesamt für das Jahr 2006 auswies, wären das gerade einmal 2,4% der Erwerbstätigen gewesen. Diese Zahl unterschätzt die Zahl der Beschäftigten, die

von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht wurden, weil sie sich nur auf die von Krankenkassen finanzierten Vorhaben bezieht. Eine Auswertung des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004 zeichnet ein etwas freundlicheres Bild. Demnach gibt es bei einem Fünftel der Betriebe in Deutschland Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, allerdings wurden dabei auch Krankenstandsanalysen und andere nur bedingt gesundheitsförderliche Aktivitäten mitgezählt (Hollederer 2007: 63). Die Zahl der erreichten Erwerbstätigen ist aus dieser Erhebung nicht zu erschließen. In der BIBB/BAUA-Erwerbstätigenbefragung 2006 haben 33,3% der Befragten angegeben, in den letzten zwei Jahren an einer Gesundheitsförderungsmaßnahme im Betrieb teilgenommen zu haben (Beermann/Brenscheidt/Siefer 2007: 16). Nicht erhoben wurde die Art der Maßnahmen. Somit ist die eingangs beschriebene Erfolgsgeschichte der betrieblichen Gesundheitsförderung etwas zu relativieren: Zu einem flächendeckenden Angebot für die Mehrzahl der Betriebe und die Mehrzahl der Beschäftigten ist sie noch nicht geworden. Dies ist eigentlich verwunderlich, da die ökonomische Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderung durchweg positiv ausfällt, wie eine Vielzahl von Projektberichten belegt und wie auch Übersichtsstudien nachgewiesen haben (z.B. Kreis/Bödeker 2003). Der Return on investment guter Projekte, die sich nicht auf einzelne Kurse zur Verhaltensprävention beschränken, liegt nach der Studie von Kreis/Bödeker bei mehr als 1:2, d.h. jeder eingesetzte Euro zahlt sich mindestens doppelt aus. Mit der betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich also attraktive Renditen erzielen.

In der arbeitsweltbezogenen Gesundheitspolitik wird das Verhältnis zwischen Arbeit und Gesundheit neuerdings in einer erweiterten Perspektive unter dem Label »Gute Arbeit« diskutiert. Diese Debatte schließt auch die Gesundheit von prekär Beschäftigten oder Arbeitslosen ein, und sie berücksichtigt neben den unmittelbar gesundheitlichen Aspekten der Arbeit auch Merkmale der sozialen und rechtlichen Gestaltung der Arbeitsverhältnisse. Beides waren in der betrieblichen Gesundheitsförderung eher Randthemen (vgl. auch Kuhn 2004). Bereits die »Initiative für eine neue Qualität der Arbeit« (INQA) unter dem damaligen Bundesarbeitsminister Riester wies programmatisch in diese Richtung, z.B. durch die Betonung von Aspekten der Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (siehe dazu www.inqa.de). Inzwischen arbeiten mehrere Initiativen mit dem Gute-Arbeit-Begriff, z.B. in der Evangelischen Kirche das Industrie- und Sozialpfarr-

amt Gelsenkirchen (www.gute-arbeit.net/), die IG Metall (www.igmetall.de/gutearbeit) und der DGB (www.dgb-index-gute-arbeit.de/). Die ebenfalls im gewerkschaftlichen Bereich angesiedelte Zeitschrift »Ökologische Briefe« hat sich 2005 in »Gute Arbeit« umbenannt (www.gute-arbeit-online.de).

2. Gute Arbeit und Theorien guter Arbeit

Gute Arbeit ist kein Rechtsbegriff, auch kein wissenschaftlicher Begriff, sondern ein Begriff aus der politisch-moralischen Arena. Arbeitsschutzgesetz (§ 2) und Betriebsverfassungsgesetz (§§ 90, 91) sprechen von der »menschengerechten Gestaltung der Arbeit«. An diesen Begriff knüpfen Gestaltungspflichten des Arbeitgebers und Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmervertretung an. Dem Motto Homo mensura – der Mensch ist das Maß aller Dinge – folgend, kann man unterstellen, dass »gute« und »menschengerechte« Arbeit das Gleiche meinen und versuchen, über diese Parallele das Gemeinte etwas genauer zu fassen. In den Arbeitswissenschaften ist man weitgehend einig darüber, worum es bei der menschengerechten Gestaltung der Arbeit geht. Arbeit ist nach Luczak (1993: 5) menschengerecht, wenn die Menschen

- »in produktiven und effizienten Arbeitsprozessen,
- schädigungslose, ausführbare, erträgliche und beeinträchtigungsfreie Arbeitsbedingungen vorfinden,
- Standards sozialer Angemessenheit nach Arbeitsinhalt, Arbeitsaufgabe, Arbeitsumgebung sowie Entlohnung und Kooperation erfüllt sehen,
- Handlungsspielräume entfalten, Fähigkeiten erwerben und in Kooperation mit anderen ihre Persönlichkeit erhalten und entwickeln können.«

Der Blick richtet sich also schon in klassischen arbeitswissenschaftlichen Ansätzen nicht nur auf die unmittelbare Arbeitstätigkeit, sondern auch auf den sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Kontext der Arbeit. Das ist von der Funktionalität der Arbeit für das Leben her gesehen auch folgerichtig. Menschenwürdige Arbeit soll ein menschenwürdiges Leben ermöglichen, dazu gehören z.B. eine angemessene Entlohnung oder die Vereinbarkeit von beruflicher und privater Lebenssphäre ebenso wie ein sozial angemessener Lebensunterhalt nach der Erwerbsphase. Der arbeitswissenschaftliche Ansatz bleibt

dennoch auf die individuelle Ebene von Arbeit (die individuelle Arbeitstätigkeit) zentriert. Die gesellschaftliche Ebene der Arbeit kommt nur insofern ins Spiel, als sie sich in der individuellen Arbeitstätigkeit niederschlägt. »Gute Arbeit« muss aber auch eine Anforderung an die gesellschaftliche Organisation der Erwerbsarbeit insgesamt sein, z.B. im Hinblick auf die Vermeidung von Arbeitslosigkeit oder den unternehmerischen Umweltschutz.

Bleibt man bei den von Luczak formulierten Merkmalen guter Arbeit, stellt sich die Frage, in welchem Umfang menschengerechte Arbeit in Deutschland realisiert ist und ob sich positive oder negative Trends ausmachen lassen. Dem allgemeinen Trend zum Rückgang restriktiver und körperlich schwer belastender Industriearbeit steht die Ausweitung prekärer Beschäftigung, z.B. durch die Hartz-IV-Reformen, gegenüber. Inwieweit prekäre Beschäftigung im Einzelnen den Anforderungen menschengerechter Arbeit widerspricht, insbesondere inwieweit dort die medizinisch nicht mehr dingfest zu machenden »Standards sozialer Angemessenheit« verletzt sind, ist in der öffentlichen Debatte bekanntlich umstritten. Was man unter guter Arbeit versteht, ist nicht zu allen Zeiten und in allen Milieus gleich. Die Formel von der »sozialen Angemessenheit« weist auf ein Element sozialer Konsensbildung bei der Bewertung der Arbeitsqualität hin. Dass der Begriff der guten Arbeit somit nicht allein anhand von naturwissenschaftlichen Merkmalen zu bestimmen, sondern letztlich nur diskursiv zu füllen ist, bedeutet gleichwohl nicht, dass er beliebig deformierbar ist. Gute Arbeit ist nicht alles, was unter neoliberaler Interessenperspektive für gut erklärt wird, zumal, wenn sozial Privilegierte diese Erklärung für sozial Benachteiligte abgeben.

Ein Ansatz, die Frage nach der Realisierung der Anforderungen menschengerechter Arbeit empirisch zu klären, sind Surveys bei Beschäftigten, d.h. das Rekurrenieren auf die subjektive Sicht der Betroffenen. Eine solche Erhebung wurde 2004 von der erwähnten »Initiative für eine neue Qualität der Arbeit« in Auftrag gegeben (INQA 2006), und auch das DGB-Projekt »Gute Arbeit« setzt hier an. Das DGB-Projekt sieht eine kontinuierliche Bewertung der Arbeitsbedingungen durch die Beschäftigten vor. Erfragt werden Merkmale, die in etwa der genannten Definition menschengerechter Arbeit von Luczak entsprechen. Daraus wird ein Index zur Einteilung der Arbeitsbedingungen in »gute«, »mittelmäßige« und »schlechte« Arbeit gebildet. Der ersten Erhebung 2007 zufolge waren 12% der Beschäftigten in »guter Arbeit«, 54% in »mittel-

mäßiger Arbeit« und 34% in »schlechter Arbeit« beschäftigt (Schulz et al. 2007). Dieser explizit wertende Charakter unterscheidet das DGB-Projekt von anderen Surveys über Arbeitsbedingungen, etwa der BIBB/BAUA-Erhebung (siehe dazu z.B. Beermann/Brenscheidt/Siefer 2007). Dies ist a priori nicht als methodisch unzulässig zu kritisieren: »Soziale Angemessenheit« ist ohne Wertung nicht zu fassen.

3. Gute Arbeit und die Arbeitsgesellschaft

Die genannten arbeitswissenschaftlichen Kriterien guter Arbeit haben ihre Wurzeln in der gesundheitszerstörenden Industriearbeit des 19. und 20. Jahrhunderts, in den Stahlwerken mit ihren großen körperlichen Belastungen, den Fließbändern mit ihren monotonen Handgriffen, den Chemieanlagen mit ihren krebserzeugenden Arbeitsstoffen. Die gesellschaftliche Akzeptanz der gesundheitlichen Folgen solcher Arbeit war in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg zurückgegangen, die Arbeiter sollten am Wachstum des Wohlstands teilhaben und nicht nur den Preis dafür zahlen. Außerdem hatte man festgestellt, dass die Beschäftigten oft nicht mit der rechten Motivation bei der Arbeit waren, dass Fehlzeiten und Fluktuation hohe Kosten verursachten. Die Option, einfach andere Leute einzustellen, bot sich damals nicht: Es herrschte Vollbeschäftigung. Programme mit Namen wie »Quality of working life« in den USA oder »Humanisierung des Arbeitslebens« in Deutschland waren die Folge. In diesen Programmen wurden Arbeitsgestaltungskriterien entwickelt, die die Arbeit an die Bedürfnisse des arbeitenden Menschen anpassen wollten. Es ging z.B. darum, kurzzyklische Arbeitsgänge am Fließband zu größeren, zusammenhängenden Tätigkeiten zusammenzufassen (»job enlargement«), die durch Arbeitsteilung oft sinnentleerten und intellektuell anspruchslos gewordenen Arbeiten wieder anregender und lernförderlicher zu machen (»job enrichment«) oder zumindest die Menschen zwischen unterschiedlichen Tätigkeiten wechseln zu lassen, wenn man die Tätigkeiten selbst nicht menschengerecht gestalten konnte (»job rotation«). Die Arbeitspsychologie, die sich lange Zeit eher mit der Anpassung des Menschen an die Arbeit als mit dem umgekehrten Ziel beschäftigt hatte, lieferte schließlich dafür auch die theoretischen Grundlagen nach. Ausgehend von handlungstheoretischen Modellen sollte Arbeit, so das Credo der modernen deutschen Arbeitspsychologie, statt »par-

tialisierter« Handlungen »ganzheitliche« Handlungen ermöglichen, mit arbeitsplanerischen, arbeitsvorbereitenden und kontrollierenden Aufgaben rund um die produktiven Kernaufgaben. In den USA kamen Psychologen wie Abraham Maslow, ausgehend von ganz anderen theoretischen Ansätzen, zu ähnlichen Arbeitsgestaltungsvorschlägen, um den Beschäftigten z.B. die Möglichkeit der »Selbstverwirklichung« am Arbeitsplatz zu geben. Die betriebliche Gesundheitsförderung, die dann im Anschluss an den Stressforscher Aaron Antonovsky ebenfalls die positiven Aspekte ganzheitlicher und sinnvoller Arbeit propagierte, vollzog in dieser Hinsicht also nur eine Wiederentdeckung und Wiederbelebung längst bekannter Erkenntnisse zur Arbeitsgestaltung nach. Auf einen besonderen Punkt in der historischen Entwicklung weist Bar-On (1993) hin. Er sieht in den frühen Ansätzen zur menschengerechten Arbeitsgestaltung, etwa des Tavistock-Instituts, auch einen Versuch, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts dominante Orientierung des Denkens an absoluter Sicherheit und endgültigen Lösungen zu überwinden, weil diese eine Entmündigung des Menschen in der Arbeit und in der Gesellschaft befördern. Die »founders« der menschengerechten Arbeitsgestaltung hätten damit, so Bar-On, auch Konsequenzen aus den Erfahrungen mit dem Nationalsozialismus gezogen, der das Denken in Sicherheit und endgültigen Lösungen zu einem menschenvernichtenden Extrem getrieben hat. Tatsächlich spielen Aspekte der »Demokratisierung« der Arbeit und der Wahrung der Menschenwürde in der Arbeit in den frühen Veröffentlichungen zur menschengerechten Arbeitsgestaltung eine recht große Rolle, ebenso wie in den Anfängen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Vor dem Hintergrund dieser Geschichte der »guten Arbeit« erklären sich umgekehrt auch einige der blinden Stellen des arbeitswissenschaftlichen Zugangs zu dieser Problematik. Beispielsweise lässt die Kritik an den menschenunwürdigen Zuständen der alten Industriearbeit einen Glaubenssatz unangetastet: Arbeit sei für alle Menschen der Ort, an dem sie ihre Fähigkeiten einsetzen und entwickeln wollen, an dem sie befriedigende soziale Kontakte und sinnvolle Beschäftigung suchen. Schon Paul Lafargue, der Schwiegersohn von Karl Marx, hatte in seinem Buch »Das Recht auf Faulheit« davor gewarnt, die Arbeit in den Mittelpunkt des Lebens zu stellen, wenn auch vor dem Hintergrund der unzumutbaren Arbeitsbedingungen in der damaligen Industrie. Heute sind die Arbeitsbedingungen viel besser, aber es gibt inzwischen sogar empirische Untersuchungen dazu, dass sich trotzdem nicht

alle Menschen in der Arbeit selbstverwirklichen wollen, dass nicht alle Menschen an großen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen in der Arbeit, die ihnen aufgetragen ist, interessiert sind. Manche Leute möchten mit dieser Arbeit nur ausreichend Geld verdienen, um in ihrer Freizeit das zu tun, was ihrem Leben Sinn gibt. Arbeit ist für sie nur das halbe Leben, und gute Arbeit ist, wenn sie genug vom Tag übrig lässt, nicht wenn sie die ganze Persönlichkeit vereinnahmt. Vor allem André Gorz hat immer wieder betont, dass auch die moderne, menschengerecht gestaltete Arbeit den Menschen nicht wirklich frei macht und hat auf der Perspektive der Befreiung von der Arbeit statt der Befreiung in der Arbeit bestanden (siehe z.B. Gorz 1989). Das ist gewissermaßen eine antike Perspektive: Im Altertum hätte unsere heutige Hochschätzung der Arbeit nur Befremden hervorgerufen. Arbeit war des freien Menschen unwürdig, eine Sache von Sklaven, Knechten und besiegten Feinden. Nach Aristoteles war es nicht möglich, dass Menschen freie Bürger wurden, solange »sie nicht von der Arbeit für die Notdurft des Lebens frei sind«. Auch in der Bibel ist der Arbeitsbegriff eher negativ besetzt, es sei nur daran erinnert, dass mit der Vertreibung aus dem Paradies dem Menschen die Arbeit wie ein Fluch auferlegt wurde: »Im Schweiße deines Angesichts sollst du dein Brot essen.« Erst mit der Reformation setzt sich die Aufwertung der Arbeit durch, beginnt die Arbeitsgesellschaft als Norm das Denken und den Alltag der Menschen zu beherrschen. Natürlich: eine solche Haltung muss man sich leisten können. Ohne Sklaven keine arbeitsfreien Herren. Das gilt bis heute, und zwar im globalen Maßstab. Viel von unserer nicht menschengerechten Arbeit haben wir in die Dritte Welt verlagert, wo in den Maquilas, den Weltmarktfabriken, unter frühkapitalistischen Bedingungen unsere Schuhe und Textilien hergestellt werden (siehe dazu z.B. Pflaum 2003). Auch dies ist ein blinder Fleck der Kriterien menschengerechter Arbeitsgestaltung: Die Arbeitsteilung im Unternehmen vor Ort wird kritisiert, die internationale Arbeitsteilung wird übersehen.

Um keine Missverständnisse zu produzieren: Lafargue ist nicht die Alternative auf die Frage nach der guten Arbeit. Wir wollen auf unseren materiellen Wohlstand nicht verzichten und Wohlstand entsteht durch Arbeit. Dass uns Roboter – als menschengerechte Variante der Sklavenarbeit – die Arbeit abnehmen, ist nicht in Sicht. Menschliche Arbeit und damit menschengerechte Arbeitsgestaltung bleiben also eine Notwendigkeit. Aber mit Walter Volpert, einem Arbeitspsychologen, der die Debatte um die menschengerechte Gestaltung der Arbeit in Deutsch-

land maßgeblich mitgeprägt hat, wird man feststellen müssen: »Die Frage, welche Arbeit für den Menschen gut ist, lässt sich mit empirischen Mitteln allein nicht beantworten. Es geht nicht ohne Reflexion verschiedener Menschenbilder und die verantwortliche Selbstbindung an eine Sicht der ›conditio humana‹« (Volpert 1990: 23). Die Frage nach der guten Arbeit ist untrennbar mit der Frage nach dem Menschen verbunden. Eine große Frage also.

4. Wege zur guten Arbeit

Wenn wir einerseits arbeiten müssen, weil es niemand sonst für uns tut – Sklaverei wollen wir nicht, das Schlaraffenland haben wir nicht – andererseits aber »gute Arbeit« nicht für alle Menschen das gleiche bedeutet, dann folgt daraus für die Arbeitsgestaltung, dass sie möglichst differentiell und partizipativ sein muss. Dabei geht es nicht um eine basisdemokratische Vereinbarung von Arbeitsinhalten und Arbeitsbedingungen auf der betrieblichen Ebene. Das ist in einer hocharbeitsteiligen und auf Normierung und Standardisierung angewiesenen Wirtschaft meist nicht möglich. Hier werden daher die klassischen Kriterien menschengerechter Arbeit, sozusagen die Arbeitsgestaltung von der Stange für das »Glück der größten Zahl«, auch in Zukunft ihren Stellenwert behalten, auch wenn das, was für die einen eine positive Herausforderung ihrer Kräfte ist, für die anderen vielleicht eine Belastung darstellt. Solche Phänomene sollten aber Anlass sein, die Beschäftigten an der Arbeitsgestaltung zu beteiligen. Zudem wird man bei Arbeitstätigkeiten, die durch neue technisch-organisatorische Entwicklungen bestimmt sind, bei der Arbeitsgestaltung ohnehin mehr auf die Stimme der Beschäftigten hören müssen. Wer sonst soll wissen, ob diese Arbeit zu Effizienzverlusten durch Stress führt, die konstruktive Zusammenarbeit behindert oder nach Feierabend ausgelaugte Menschen zurücklässt. Arbeitsgestaltung in einer innovativen Arbeitswelt kann nur mit den Beschäftigten gemeinsam funktionieren.

Genauso wichtig ist aber eine Wiederbelebung der *gesellschaftlichen* Debatte darüber, wie und wie viel wir arbeiten wollen, was wir herstellen wollen und wie der erwirtschaftete Wohlstand verteilt werden soll. Dass uns diese Entscheidungen vom Weltmarkt abgenommen werden, wie die MehrheitsökonomInnen vorgeben, dass wir hier angesichts »ökonomischer Naturgesetze« unabänderlich keine Handlungsspielräume

haben, ist lediglich ein unwissenschaftliches Dogma. Es verdankt sich dem gegenwärtigen Verzicht auf demokratisch legitimierte Handlungspotenziale gegenüber dem Weltmarkt. Die Handlungspotenziale gilt es zu entwickeln. Neben politischen Regulationsebenen und bürgerchaftlichen Initiativen, die direkt oder indirekt auf die Zivilisierung des Weltmarkts und der Weltgesellschaft hinarbeiten, sind dabei auch die Bildungseinrichtungen gefragt. »Gute Arbeit« muss Thema in der Ausbildung von Volkswirten werden (Adam Smith, der unfreiwillige Stammvater vieler Wirtschaftsliberaler, war übrigens Moralphilosoph). Genauso müssten Konzepte ethischer Unternehmensführung, wie sie etwa unter dem Etikett »Corporate Social Responsibility« diskutiert werden, zum Standard betriebswirtschaftlicher Ausbildung gehören. Ein weiteres Ziel wäre, die Frage nach der »guten Arbeit« stärker als bisher in der kirchlichen und gewerkschaftlichen Erwachsenenbildung zu verankern. Wir brauchen Orte der Verständigung, Reflexionsräume, für solche Debatten. Gute Arbeit haben wir, wenn aus der Sachzwang-Ökonomie eine politische Ökonomie geworden ist, in der die Menschen darüber, was gute Arbeit ist, mitentscheiden können.

Literatur

- Bar-On, Dan (1993): Work and the Struggle for a Humane Society. In: Frei, Felix/Udris, Ivars (Hrsg.): Das Bild der Arbeit, Bern: 41-55.
- Beermann, Beate/Brenscheidt, Frank/Siefer, Anke (2007): Arbeitsbedingungen in Deutschland – Belastungen, Anforderungen und Gesundheit. In: Lüther, Simone: Gesundheitsschutz in Zahlen. Herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden: 28-45. Im Internet: www.baua.de/nn_8514/de/Publikationen/Fachbeitraege/GIZ2005,xv=vt.pdf
- Gorz, André (1989): Kritik der ökonomischen Vernunft. Berlin.
- Hollederer, Alfred (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. Gesundheitswesen 69: 63-76.
- INQA (2006): Initiative für eine neue Qualität der Arbeit: Was ist gute Arbeit? INQA-Bericht Nr. 19, Dortmund.
- Kreis, Julia/Bödeker, Wolfgang (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. IGA-Report 3. Essen.
- Kuhn, Joseph (2004): Die betriebliche Gesundheitsförderung zwischen konzeptioneller Erneuerung und praktischer Stagnation. In: Busch, R. (Hrsg.):

- Unternehmensziel Gesundheit. Mering: 51-58.
- Luczak, Holger (1993): Arbeitswissenschaft, Berlin/Heidelberg.
- MDS (2008): Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.: Präventionsbericht 2007. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2006. Köln.
- Pflaum, Maik (2003): Verantwortlich Handeln statt schön reden! Arbeitsbedingungen in der Dritten Welt. In: Kuhn, J./Göbel, E. (Hrsg.): Gesundheit als Preis der Arbeit? Frankfurt: 143-150.
- Schulz, Hans-Joachim et al. (2007): DGB-Index Gute Arbeit 2007. Berlin. Im Internet: www.dgb-index-gute-arbeit.de/dgb-index_2007/die_ergebnisse_2007/data/diga_report_07.pdf.
- Volpert, Walter (1990): Welche Arbeit ist gut für den Menschen? In: Frei, Felix/Udris, Ivars (Hrsg.): Das Bild der Arbeit, Bern: 23-40.

**Brigitta Geißler-Gruber/
Birgit Kriener**

Altersgerechtes Arbeiten – eine neue Perspektive für die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung

1. Warum altersgerechtes Arbeiten? – »Ohne Arbeitslebensreform keine Pensionsreform«¹

Demografisch-politischer Hintergrund

Die Bevölkerungsentwicklung, geprägt von steigender Lebenserwartung und Geburtenrückgang, verursacht in den europäischen Ländern ein neues Spannungsverhältnis zwischen Wohlfahrtssystem und Wirtschaft. Die Finanzierbarkeit des Wohlfahrtssystems gerät sowohl für die heutige als auch für die künftigen Generationen ins Wanken. Im Jahr 2001 lenkte die Europäische Gemeinschaft ein und legte beim Gipfel von Stockholm die Ziele für einen späteren Pensionseintritt und eine höhere Beschäftigungsrate Älterer fest. Von Seiten der Nationalstaaten wurden bislang vorrangig legislative und regulierende Maßnahmen dazu ergriffen: So auch in Österreich, wo die Pensionssicherungsreform² 2003 die schrittweise Abschaffung der Frühpension bis zum Jahr 2013 bringt. Bei Inkrafttreten der Pensionsreform im Jahr 2004 war fast jede/r fünfte Österreicher/in im Erwerbsalter zwischen 55 und 64 Jahre alt. Von dieser Gruppe waren nur 28,8% zu diesem Zeitpunkt erwerbstätig gemeldet. Die übergroße Mehrheit hatte das aktive Erwerbsleben schon verlassen oder verlassen müssen. Neben Personen, die aus bewusster Entscheidung keiner Erwerbstätigkeit oder einer gesell-

¹ Ausspruch von Prof. Juhani Ilmarinen im Rahmen eines Vortrages in der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA), 2005.

² Der Begriff *Pension* entspricht in Österreich dem in Deutschland üblichen Begriff *Rente* (Anm. d. Hrsg.).

schaftlich-ehrenamtlichen Tätigkeit nachgingen, befanden sich viele zu diesem Zeitpunkt schon in Früh- oder in Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension. Was sind die Gründe dafür? Zugespitzt könnte man fragen: Können, wollen oder dürfen die Menschen nicht länger, gesund, gerne und gut arbeiten?

Auf der einen Seite wirken die Reformen der späten 1970er und frühen 80er Jahre (u.a. Frühpensionsmodell) nach, die damals der Bewältigung des wirtschaftlichen Strukturwandels dienten. Ein Sozialnetz insbesondere für ältere Arbeitslose entstand, das einerseits persönliches Leid dämpfte, aber gleichzeitig erstmals ein Tor für Unternehmen öffnete, dessen Durchschreiten früher einem Tabubruch gleichgekommen wäre: Ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter »abbauen« und im Sinne einer reparatorischen Strategie die betriebliche Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Beeinträchtigung auszuklammern, anstatt nach umfassenden präventiven und gesundheitsfördernden Strategien Ausschau zu halten oder eine »Schonarbeitskultur« (mit all ihrer Widersprüchlichkeit) beizubehalten. Mit der starken Inanspruchnahme der Frühpension wurde gleichzeitig das Image Älterer beschädigt. Das Ideal einer olympiareifen Belegschaft, die vorrangig aus 25- bis 35-Jährigen zu bestehen hat, setzte sich durch.

Auf der anderen Seite gab es in den letzten Jahrzehnten rasante Entwicklungen und bedeutsame technologische Veränderungen in der Arbeitswelt. Während zahlreiche körperlich schwere Tätigkeiten durch neue Produktionsverfahren erleichtert wurden oder gar verschwanden, nahmen psychosoziale und mentale Belastungsfaktoren zu. Arbeitsverdichtung, Pausenlosigkeit, hohe Arbeitsgeschwindigkeit – häufig mit hoher Aufmerksamkeit und/oder mit Verantwortungsdruck – sowie enge Terminvorgaben sind hier nur exemplarisch genannt. Diese Belastungsfaktoren hielten ebenfalls Einzug bei jenen Arbeiten, die weiterhin – trotz aller ergonomischer oder Rationalisierungs-Bemühungen – körperlich anstrengend bleiben, wie z.B. Schichtarbeit. Die Arbeitswelt läuft Gefahr, zu einer einheitlichen dauerspitzenleistungsorientierten Unternehmung mit Dopingrisiko und geringer Nachhaltigkeit für die eingesetzten Ressourcen zu werden.

Es erscheint in diesem Zusammenhang nicht erstaunlich, wenn sich ein Denkmuster bei Beschäftigten eingestellt hat, das die Handwerkskammer Hamburg kurz mit: »Hau rein bis 55« (Zukunftswerkstatt e.V. der Handwerkskammer Hamburg o.J.) umreißt. Während des Arbeitslebens werden Belastungen hingenommen, der Stress weggesteckt,

vielleicht auch manchmal bei widrigen Arbeitsbedingungen die Augen zugemacht und »durchgetaucht«. Dieser Orientierung fallen dann nicht nur Ältere zum Opfer. Personen mit (ggf. kurzfristigen) veränderten Bedürfnislagen, die auch an andere Lebensalter gekoppelt sind, wie Erziehungs- und Betreuungspflichten, Auszeitbedarfen, Veränderungswünschen etc., sowie Menschen mit gesundheitlichen Schwierigkeiten können an dieser Arbeitswelt scheitern, leiden darunter oder werden dadurch unglücklich. Auf jeden Fall handelt es sich um Rahmenbedingungen, die nicht dazu beitragen, die Ziele der Europäischen Gemeinschaft im vorgesehenen Zeitrahmen zu erreichen.

Was lehren persönliche Arbeitslebens-Geschichten? – Können, wollen und beides dürfen?

»Arbeiten-können-dürfen«

Herr A. ist Autospengler und -lackierer im zweiten Anlauf. Er ist auch Epileptiker, der mit gut eingestellten Medikamenten all seine Aufgaben problemlos bewältigen kann. Als Jugendlicher hat ihn das Uhrmacher-Handwerk fasziniert. Er erlernte es und fand in seiner ländlichen Heimatregion keine Arbeitsstelle. Weil ihn die Aussicht, Hilfsarbeiten zu erledigen, ganz und gar nicht befriedigte, wechselte er mit 23 Jahren noch einmal den Lehrberuf und wurde Spengler. In dem Betrieb, wo er auch die Lehre absolvierte, verschwieg er aus Sorge, dass er damit als nicht voll arbeitsfähig eingeschätzt würde, seine chronische Erkrankung – bis sich dann doch ein epileptischer Anfall – noch während der Lehrzeit – ereignete. Im Anschluss wurden im Betrieb umfassend Informationen zur Krankheit eingeholt. Trotz gegenteiliger Befürchtung von Herrn A. hat die Aufklärung über die Krankheit und ihre Auswirkungen auf die Arbeit bei der Geschäftsführung und beim Meister nicht zu Vorbehalten geführt. Herr A. wurde nach der Lehre übernommen und weiß es zu schätzen, dass der Betrieb weiterhin zu ihm steht. Jetzt ist er 37 Jahre alt. Die Epilepsie stellt für ihn keine Beeinträchtigung bei der Arbeit dar. In den letzten Jahren ist aber ein Rückenleiden dazugekommen, das sich auch in vermehrten Krankenständen ausdrückt. Herr A. meint, dass auch die fehlenden Hebehilfen und der knappe Arbeitsraum dazu beitragen. Aus Dankbarkeit dem Betrieb gegenüber will er aber die Arbeitsbedingungen nicht kritisieren. Diese Situation trägt auch zu seinen schon heute angestellten Pensionsüberlegungen bei, die von den Erfahrungen um das Schicksal seines Vaters beeinflusst sind: Er wird

sicherlich nicht bis zum Alter von 65 Jahren arbeiten. Sein Vater hat sich als Pfleger mit dem Hepatitis B-Virus infiziert. Kurz nach regulärem Pensionseintritt ist diese bei der Arbeit erworbene Erkrankung ausgebrochen. Er starb nach wenigen Jahren in Pension. Eine solche Tragödie will der Sohn nicht erleben. Er spricht in diesem Zusammenhang nicht über die Vorsorge, die man im Betrieb anstellen könnte, um Beeinträchtigung vorzubeugen oder zu lindern, sondern nur darüber, dass er persönlich Konsequenzen für ein längeres Leben nach der Arbeit daraus ziehen möchte. Es ist ein individuelles und ein widersprüchliches Beispiel eines Werktätigen. In vielfältiger Weise zeigt sich, dass »Arbeiten-Können« nicht nur eine Frage der persönlichen Kapazitäten ist, sondern wesentlich von den Rahmenbedingungen des »So-Arbeiten-Dürfens« bestimmt wird: Entweder durch die Haltung des unmittelbaren Vorgesetzten und der Geschäftsleitung zum Mitarbeiter mit seinen Stärken und Schwächen oder durch entsprechende Anpassungen der Arbeitsbedingungen sowie eine intensive betriebliche Gesundheitsvorsorge, die in diesem Fall eine neue Arbeitslebens-Perspektive für Herrn A. eröffnen könnten. Dabei sind das Verständnis für chronische Erkrankungen wie im geschilderten Beispiel und das Bemühen um Anpassungen vermutlich in den Betrieben noch weiter verbreitet als das Wissen über die Möglichkeiten der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Mit der Frage, was getan werden kann, damit Erkrankungen gar nicht erst entstehen oder neuerlich auftreten, setzen sich heute weder Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber noch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ausreichend auseinander. In diesem Zusammenhang soll ein kurzer Blick auf die Hintergründe von Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen (IP-/BUP) (vgl. Blumberger/Paireder/Niederberger 2005) geworfen werden. Bei mehr als jedem/jeder vierten IP- oder BUP-Pensionist/in ist die Ursache eine beruflich bedingte Erkrankung (26,2%), und bei weiteren 3,3% geht sie auf einen Arbeitsunfall zurück. Auf die gesundheitliche Beeinträchtigung von Beschäftigten wird seitens des Unternehmens oftmals mit Kündigung bzw. einvernehmlicher Kündigung reagiert. Aktionen wie ein Wechsel auf einen anderen Arbeitsplatz oder Anpassungen der Arbeitsbedingungen werden in einem äußerst geringen Ausmaß (5,5%) gestartet. Es finden z.T. sekundärpräventive Maßnahmen³

³ Sekundärprävention setzt bei der Früherkennung gesundheitlicher Probleme an und versucht, das Ausbrechen der Krankheit oder das Auftreten von Folgeproblemen der Erkrankung zu verhindern.

im Betrieb statt, diese jedoch sind »zwar empathisch, aber wenig professionell«, sodass in vielen Fällen nicht verhindert werden kann, dass sich eine Krankheit oder gesundheitliche Störung verschlechtert oder chronifiziert. Mit Stand Juli 2006 bezogen insgesamt 340.172 Personen in Österreich eine I/BU- Pension (Haydn 2006). Hinter diesen Personen stehen Geschichten der gescheiterten Prävention und Gesundheitsförderung. Es geht hier nicht um das Infragestellen des würdevollen Übergangs vom – nicht mehr bewältigbaren – Arbeitsleben in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, wo dies die einzige Möglichkeit darstellt. Vielmehr soll kritisch gefragt werden, wie viele Erkrankungen schon im Keim verhindert und wie viele produktive Menschen durch eine entsprechende Anpassung und entsprechende soziale Rahmenbedingungen im Betrieb hätten in Arbeit gehalten werden können.

Augenscheinlich fehlt es heute den Betrieben neben Wissen zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen auch an Mitteln und Möglichkeiten, um angemessen auf gesundheitliche Beeinträchtigungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu reagieren.

»Arbeiten-wollen-dürfen«

Ebenso ist »Arbeiten-wollen« nicht nur eine Frage der persönlichen Einstellung zur Arbeit, sondern Ausdruck der Tatsache, ob man eine attraktive und befriedigende Arbeitswelt vorfindet.

Der Personalleiter einer norwegischen Investmentbank erzählt, dass ein 62-jähriger Mitarbeiter mit der Absicht, seinen Berufsausstieg bzw. Pensionseintritt zu besprechen, zu ihm kam. Der Personalleiter erwiderte: »Es geht nicht, wir brauchen Sie.« Kurz angebunden verließ der Mitarbeiter das Büro des Personalleiters wieder. Nach zwei Wochen erhielt er einen Anruf von diesem Mitarbeiter. Dieser sagte, er sei über die Antwort des Personalleiters anfangs ganz und gar nicht glücklich gewesen; jetzt meinte er – mit einem gewissen Stolz: »Warum muss man 62 Jahre alt werden, um erstmals zu erfahren, dass man in der Firma gebraucht wird?«

Beim Blick auf das aktuelle Pensionsgeschehen dürfen jene Personen nicht vergessen werden, die mit Erreichen des 60. oder 65. Lebensjahres oder anderer Kriterien für den Alterpensionseintritt, z.B. nach langer Versicherungsdauer, aus dem Berufsleben aussteigen. Sie alle und ihre Arbeitsgeschichten sind Modelle gelungener Praxis und können für die Prävention und Gesundheitsförderung wertvolle Lernerfahrungen stellen. Eine Studie (Wolf/Mandl 2006) im Rahmen von Equal II

wirft beispielhaft ein Licht darauf. Es kamen Menschen zu Wort, die den vielfältigen beruflichen Belastungen getrotzt haben und bis zum Regel-pensionsalter arbeitsfähig blieben.⁴ Einige von ihnen litten an lebensbedrohlichen oder chronischen Erkrankungen, aber deshalb früher in Pension zu gehen, war keine Option für sie. Ein Hauptmotiv für die lange Berufstätigkeit war für die meisten die »Freude an der Arbeit«. Eine Minderheit der Befragten musste aus existenziellen Gründen bis zum Regelpensionsalter aushalten. Praktisch alle Befragten erachteten eine gute Kommunikation und zufriedenstellende soziale Beziehungen am Arbeitsplatz als entscheidend für Gesundheit und Wohlbefinden. Klassische präventive oder gesundheitsförderliche Angebote wie Bewegungsinitiativen oder Impfprogramme wurden in diesem Zusammenhang nur in Ausnahmefällen genannt.

Diese Ergebnisse gehen in eine ähnliche Richtung wie finnische Erkenntnisse (Huuhtanen/Tuomi 2006). Folgende arbeitsbezogene Faktoren veranlassen Menschen, weniger an die Pension zu denken:

- Arbeitsaufgaben, wo Verantwortung für Menschen getragen wird
- Bewältigbare und (individuell) anpassbare Arbeitsbedingungen
- Arbeitsbedingungen, mit denen man zufrieden ist
- Möglichkeiten, die Arbeit mitzuentwickeln bzw. dazu beizutragen
- Erfahrungswissen einbringen können.

In Ländern wie Schweden und Dänemark, wo es traditionell eine höhere Erwerbsbeteiligung älterer Menschen gibt, und auch in Finnland und den Niederlanden, die in den letzten Jahren bedeutsame Verbesserungen der Erwerbsquote erreicht haben, wurde nicht nur der Zugang zur Frühpensionierung modifiziert, sondern begleitend auch Initiativen zur Qualität der Arbeit (für alle) gestartet und gefordert. Im Mittelpunkt dieser Programme stehen Gesundheit bzw. Wohlbefinden am Arbeitsplatz, Weiterbildung und Arbeitsorganisation. Diese Veränderungsprozesse finden in den Betrieben statt und müssen von den Unternehmensverantwortlichen getragen werden.

In Österreich verhalten derzeit noch die Aufforderungen an die Wirtschaft. Die Argumente hinsichtlich des z.T. schon spürbaren Fachkräfte- und drohenden Arbeitskräftemangels haben (noch) nicht das Gewicht, um Betriebe zu Arbeitsinnovationen mit personalwirtschaftlicher Bedeu-

⁴ Gemessen an allen Pensionsneuzuerkennungen waren es im Jahr 2004 bei den Männern 9% und bei den Frauen 20%, die mit dem Regelpensionsalter in Pension gingen (ebenda: 7).

tung zu bewegen. Tatsächlich ist nicht vom Tisch zu wischen, dass erst ab etwa 2028,⁵ wenn die Erwerbsbevölkerung zahlenmäßig abnimmt,⁶ den Betrieben das Halten von – auch älteren – Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter den Nägeln brennen wird.

Zur Bewältigung dieses Themas sind jedoch kurzfristige Maßnahmen nicht geeignet. Die zahlenmäßig stärkste Altersgruppe des Jahres 2001 – nämlich die 35- bis 39-Jährigen mit 704.928 Personen – beschreitet die Lebensstreppe – logischerweise – gemeinsam. Sie gehört heute, im Jahr 2007, wiederum zur zahlenmäßig stärksten Gruppe der diesmal 40- bis 44-Jährigen. Künftig werden in den meisten Unternehmen mehr über 50-Jährige arbeiten als unter 30-Jährige. Diese älteren und erfahrenen Beschäftigten werden das wirtschaftliche Fortkommen tragen (müssen). Wenn der Betrieb mit seiner Belegschaft gut und produktiv altern möchte, so braucht es heute schon Vorsorge, eine Vision und Angebote für jede Generation im Betrieb zum Erhalt des Arbeitsvermögens und mehr Anreize für den Verbleib durch mehr Lebensqualität im Beruf.

2. Alternsgerechtes Arbeiten in der Prävention und Gesundheitsförderung

Arbeitsbewältigungsfähigkeit und ihre Einflussfaktoren

Wie Ilmarinen und Tempel (Ilmarinen/Tempel 2003) aufzeigen, verstehen Kassenärztinnen und -ärzte, Personalabteilungen, Betriebsräte und letztlich auch die Betroffenen selbst den Begriff »Arbeitsfähigkeit« und »Arbeitswille« in der Regel relativ eng und statisch: Entweder man schafft die Arbeit (noch) – oder eben nicht (mehr), und dann hat man an diesem Arbeitsplatz nichts mehr verloren! Entweder die Person bringt die richtige Einstellung mit, oder sie ist am falschen Platz. Die gestellte Arbeitsanforderung wird dabei kaum jemals in Frage gestellt.

Demgegenüber legen die Ergebnisse der finnischen Forschungsarbeiten zur Arbeitsfähigkeit nahe, diese als variable und gestaltbare Größe zu verstehen. Arbeitsfähigkeit wird demnach definiert als das

⁵ Statistik Austria (2003).

⁶ Durch den Übertritt der Baby-Boom-Generation ins Pensionsalter wird es zu einem zunächst beschleunigten Rückgang der Bevölkerung im Erwerbsalter um gut 400.000 bis 2035 und um weitere 300.000 Personen bis 2050 kommen.

»Potenzial eines Menschen, eine gegebene Aufgabe zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen« (Ilmarinen/Tempel 2003: 88).

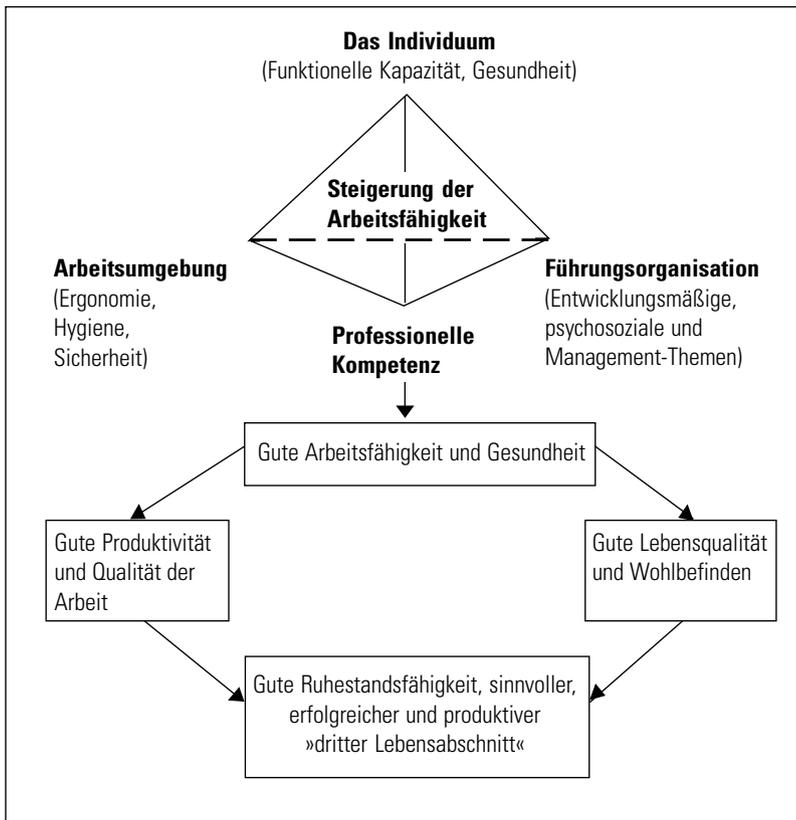
Dabei muss die Entwicklung der individuellen Voraussetzungen ins Verhältnis gesetzt werden zur Arbeitsanforderung – beide Größen können sich verändern und müssen gegebenenfalls angepasst werden. In dieser Sichtweise geht es also vielmehr um die Passung zwischen der individuellen Kapazität und den Arbeitsanforderungen und weniger um ein individuelles Erfüllen oder Nicht-Erfüllen einer statischen Vorgabe. Um zu verdeutlichen, dass es hierbei um ein dynamisches Potenzial zur Bewältigung einer gestellten Aufgabe geht und nicht um eine globale Fähigkeit, zu arbeiten oder nicht zu arbeiten, wird in diesem Zusammenhang auch der Begriff der *Arbeitsbewältigungsfähigkeit* verwendet.

Wodurch wird nun die Arbeitsbewältigungsfähigkeit eines Menschen beeinflusst? Das am Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) entwickelte »Fördermodell der Arbeitsfähigkeit« (siehe Abbildung 1) fasst jene Bereiche, die für die Erhaltung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit und damit verbunden für die Erhaltung der Gesundheit auch nach dem Erwerbsleben wesentlich sind, auf vier Ebenen zusammen: die individuellen Voraussetzungen einer Person (im Sinne der funktionellen Kapazität⁷ und der Gesundheit), die Arbeitsumgebung, die Führungsorganisation (zu der auch die Arbeitsorganisation zählt) sowie der Bereich der professionellen Kompetenz. Auf all diesen Ebenen ist Gestaltbarkeit gegeben – die wirksamsten Veränderungen werden nachweislich dann erzielt, wenn auch auf allen Ebenen interveniert wird (s. Richenhagen 2003).

Das Fördermodell verdeutlicht, dass für eine nachhaltige Erhaltung, Förderung oder auch Wiederherstellung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit ein Zusammenspiel aller betrieblichen Akteurinnen und Akteure nötig ist: Es braucht das Management/die Führung (mit ihren grundlegenden Entscheidungen und Gestaltungsvorgaben), die Belegschaftsvertretung (mit ihren Aufgaben im Bereich der Arbeitsverfassung), die Fachkräfte des Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzes (für eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung und die Vermeidung bzw. den Abbau von Gesundheitsgefahren und Belastungen), Beraterinnen und Berater der betrieblichen Gesundheitsförderung (mit der Sichtwei-

⁷ Die »funktionelle Kapazität« wird verstanden als die Gesamtheit aus physischer, mentaler und sozialer Leistungsfähigkeit.

Abbildung 1: Fördermodell der Arbeitsfähigkeit



Quelle: nach Ilmarinen/Tempel 2002: 237

se auf salutogene, also gesundheitsfördernde, Aspekte der Arbeit und auf den Ausbau von Ressourcen) sowie natürlich die Beschäftigten als eigentliche Richtungsgeber für die Gestaltung ihrer Arbeit und als aktiv Handelnde im Sinne ihrer eigenen Gesundheit und Arbeitsbewältigungsfähigkeit. In dieser interdisziplinären Zusammenarbeit und im Dialog mit den Beschäftigten ist es auch möglich, die vier Gestaltungsebenen zu »durchleuchten«, Problemfelder und Potenziale zu ermitteln und zu individuell wie betrieblich wirksamen Veränderungen

zu finden.⁸ Wie sich die Arbeitsbewältigungsfähigkeit einer Person entwickelt, wenn keine Maßnahmen ergriffen werden, zeigen Untersuchungen anhand des Arbeitsbewältigungs-Index (ABI) auf. Der ABI ist ein Instrument zur Selbstbeurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.⁹ Anhand der persönlichen Einschätzung lässt sich eine Einstufung in eine sehr gute bis zu einer schlechten Arbeitsbewältigungsfähigkeit vornehmen. In Längsschnittstudien unter Einsatz des ABI konnte gezeigt werden, dass das Ergebnis dieser Selbsteinschätzung einen hohen prognostischen Wert für die weitere Entwicklung des Arbeitsgeschehens hat: Jene Personen, die in den Studien zum ersten Zeitpunkt eine schlechte Arbeitsbewältigungsfähigkeit hatten, waren bei nochmaliger Messung elf Jahre später in einem wesentlich höheren Ausmaß von Frühpensionierung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit betroffen (s. Tuomi/Ilmarinen et al. 1997). Generell führen fehlende – persönliche und betriebliche – Vorsorgemaßnahmen zu einem durchschnittlichen Absinken der gemessenen Arbeitsbewältigungsfähigkeit von 0,4 ABI-Punkten pro Jahr (vgl. Hasselhorn et al. 2003, Arbeit und Zukunft e.V. 2005). Diese Ergebnisse machen also deutlich, »was geschieht, wenn nichts geschieht«.

Veränderungen mit dem Altern und ihre Bedeutung

Dem geschilderten dynamischen Verständnis der Arbeitsbewältigungsfähigkeit und der Veränderbarkeit individueller Voraussetzungen und Bedürfnisse im Laufe eines (Arbeits-)Lebens steht die Tatsache entgegen, dass die gegenwärtige Personalpolitik und Arbeitsplatzgestaltung in den meisten Betrieben jugendzentriert sind, sich die Gestaltung der Arbeit also am Prototyp des bzw. der »jungen und kerngesunden« Beschäftigten orientiert.

Warum ist das problematisch? Und welche Veränderungen treten mit dem Älterwerden tatsächlich ein? Hartnäckig hält sich in vielen Köpfen die Sichtweise von Altern als einem allgemeinen Abbauprozess. Die tendenzielle Abnahme bestimmter körperlicher Leistungsmerkmale wird – im gesellschaftlichen, im »privaten« wie im betrieblichen Kontext –

⁸ Beispiele dafür, wie dieser Dialog mit den Beschäftigten aufgenommen und für die betriebliche Gestaltung genutzt werden kann, werden in Abschnitt 3 dieses Beitrags gegeben.

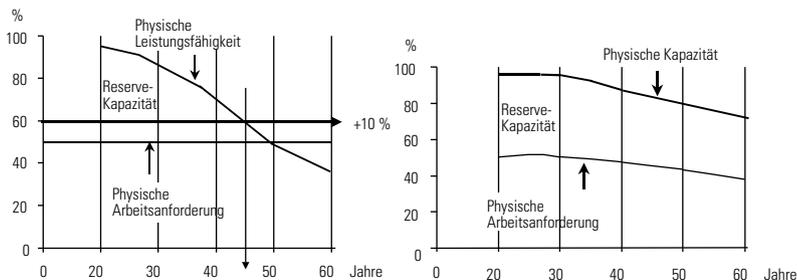
⁹ Siehe dazu auch den Abschnitt zu den »Arbeitsbewältigungs-Coachings« in Abschnitt 3 dieses Beitrags.

häufig generalisiert auf »die Leistungsfähigkeit« Älterer an sich. Vermutlich wird an diesem Beispiel besonders deutlich, was in der Gesundheitsförderung so häufig auffällt –, dass uns der Blick auf die Defizite näher liegt als das Wahrnehmen vorhandener Stärken und Ressourcen. Tatsächlich zeigen Untersuchungen (Ilmarinen, nach Geißler et al.: 123) sowie Einschätzungen betrieblicher Akteurinnen und Akteure (vgl. Putzing/Wahse 2005: 80) höhere Potenziale bei Älteren auf. Dies betrifft insbesondere Dimensionen wie zum Beispiel Erfahrungswissen, Auffassungsgabe, Engagement bei der Arbeit, Qualitätsbewusstsein sowie die Fähigkeit, komplexe Zusammenhänge zu verstehen oder logisch zu denken.

Worin besteht also die Herausforderung für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der heutigen Arbeitswelt? Abbildung 2 zeigt die Grundproblematik im Zusammenhang mit der Passung von Arbeitsanforderungen und Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter und einen Lösungsvorschlag.

Ausgehend von einem Aspekt der funktionellen Kapazität zeigen Ilmarinen et al. auf, dass die körperliche Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Lebensalter und ohne systematische persönliche und betriebliche Maßnahmen abnimmt und auch die Erholungsreserven bei gleich bleibenden Anforderungen kleiner werden. Wenn nun die Arbeitsanforderungen erhöht werden oder zum Beispiel ein chronisches Leiden die altersbedingte Veränderung beschleunigt, kann die Entwicklung dahin gehen, dass die Anforderungen höher sind als die Kapazitäten, diese zu bewältigen. Als Lösung für dieses Ungleichgewicht bieten sich zwei Strategien an, die gemeinsam zur Anwendung kommen sollten: die

Abbildung 2: Leistungsfähigkeit, Belastungen und Erholungsreserven



Quelle: nach Ilmarinen/Tempel 2002: 284f.

Verbesserung der physischen Kapazität der betreffenden Person (z.B. durch Training) sowie die Anpassung der Arbeitsanforderungen, d.h. in diesem idealtypischen Modell ein Senken der körperlichen Arbeitsbelastungen. Heute überwiegen in der Gesundheitsförderung verhaltenspräventive Angebote. Auf die (Um-)Gestaltung von Arbeitstätigkeiten und -anforderungen wird in aller Regel noch viel zu wenig geachtet. Die zusätzliche Perspektive, wie verschiedene Tätigkeiten für unterschiedliche *Altersgruppen* gestaltet sein müssten, wird zumeist noch gar nicht und im ArbeitnehmerInnenschutz noch nicht ausreichend berücksichtigt.

Tatsächlich geht es bei der geforderten und notwendigen Strategie, wie weiter unten noch verdeutlicht werden soll, auch nicht einmal nur um eine unterschiedliche Gestaltung von Arbeitstätigkeiten für ältere oder alternde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern vielmehr um die unterschiedliche Gestaltung von Arbeit für *unterschiedliche Menschen*.

Neue Perspektiven in den bestehenden Disziplinen

Im Zusammenhang mit den Bemühungen um eine Arbeitswelt, die es Menschen ermöglicht, länger gesund zu arbeiten, wurden in den letzten Jahren die Begriffe des *alters-* und *alternsgerechten Arbeitens* geprägt.¹⁰ Während mit der altersgerechten Arbeitsgestaltung Maßnahmen zur Anpassung der Arbeit für bereits ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer angesprochen sind – wie etwa eine altersgerechte Didaktik für Aus- und Weiterbildung, altersgerechte Ergonomie oder Arbeitszeiten – liegt dem alternsgerechten Arbeiten die Vorstellung einer präventiven und (arbeits-)lebensbegleitenden Passung von Arbeit und Person zugrunde, also der optimalen Gestaltung von Arbeit für alle Altersgruppen und Lebensphasen. Dies kann (nur) ermöglicht werden, wenn sich Arbeitsplätze oder -tätigkeiten gemäß den sich wandelnden Bedürfnissen und Kapazitäten von Menschen im Lauf ihres Arbeitslebens ebenfalls anpassen und verändern lassen.

Wenn sich dieses Prinzip auch erst in den letzten Jahren im Zusammenhang mit alternsbedingten Veränderungen im Begriff des alternsgerechten Arbeitens niedergeschlagen hat, ist die dahinter liegende

¹⁰ Synonym oder auch mit jeweils leicht unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen wird z.B. auch von Alter(n)smanagement, Age Management, Productive oder Active Ageing oder Generationenmanagement gesprochen.

Grundidee doch keineswegs neu. Wie Georg et al. in einem Projektbericht zum Thema »Modelle altersgerechter Arbeit« nach Analysen in deutschen Kleinbetrieben argumentieren: »Wo altersgerechte Arbeit in einem umfassenden Sinn präventiv gestaltet wird, geht es eher um Annäherungen an Konzepte ›guter Arbeit‹ (wie etwa Ulichs dynamisch-differentielle Arbeitsgestaltung).« (Georg et al. 2005: 4) Die Grundannahme des angesprochenen Konzepts von Ulich besteht darin, dass eine optimale Arbeitsgestaltung (und im Weiteren auch Persönlichkeitsentwicklung) nicht ohne die Berücksichtigung interindividueller Differenzen gewährleistet werden kann. Das Prinzip der dynamisch-differentiellen Arbeitsgestaltung trägt den Unterschieden zwischen Menschen und auch der intraindividuellen Entwicklung Rechnung: Beschäftigte können zwischen verschiedenen Arbeitsstrukturen wählen und sie können ihre Wahl verändern, wenn sich ihre Bedürfnisse und Voraussetzungen verändern (nach Ulich 2005). Die Bewältigbarkeit von Arbeit wird also nicht mehr alleine an der Person und ihrer »Eignung« für eine bestimmte Tätigkeit festgemacht, sondern die Gestaltung oder Auswahl der Arbeit orientiert sich an den Bedürfnissen der Person.

Das Prinzip der Rücksichtnahme auf persönliche Entwicklungen und Unterschiede zwischen Menschen oder Gruppen von Menschen (etwa Altersgruppen) in der Arbeitsgestaltung ist also nicht neu.¹¹ Motiviert durch die zu bewältigenden Herausforderungen, welche die Veränderung betrieblicher Altersstrukturen mit sich bringt, könnte die Auseinandersetzung mit dem Ansatz der »Altersgerechtigkeit« jedoch dazu beitragen, dass dieses Wissen künftig auch tatsächlich auf einer breiteren Basis in den Betrieben Anwendung findet.

Eine Voraussetzung dafür ist unseres Erachtens, dass altersgerechtes Arbeiten nicht als neue Disziplin begriffen wird, die nun ihrerseits die Prävention und die Gesundheitsförderung ergänzt, sondern dass die Grundprinzipien und Methoden des altersgerechten Arbeitens in die bestehenden Handlungsfelder integriert und in interdisziplinärem Handeln in den Betrieben umgesetzt werden. Ist das Prinzip verstanden, kann »Altersgerechtigkeit« dann am wirksamsten erreicht werden, wenn sie zu einer Querschnittsthematik innerhalb der bestehenden Disziplinen wird. Dafür bedarf es allerdings einer Erweiterung

¹¹ Georg et al. schließen in ihrem Bericht sogar, dass »der arbeitswissenschaftliche Gehalt der Kategorie alter(n)sgerecht (...) kritisch zu bewerten« sei. Ebd., S. 4.

der Prävention und Gesundheitsförderung um bestimmte Sicht- und Handlungsweisen.

Chancen einer Erweiterung der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung

Was sind – vereinfacht gesprochen – die Ziele und Nutzenerwartungen der betrieblichen Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation? Gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Potenziale und Ressourcen sollen gestärkt und genutzt werden, der Verschleiß von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (und damit ein frühzeitiger und/oder kranker Ausstieg aus dem Arbeitsleben) soll verhindert werden und bei bereits bestehenden Beeinträchtigungen soll die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden. Gelingt es, diese Ziele über ein gesamtes Arbeitsleben hinweg zu erreichen – und das auch bei einer Verlängerung dieses Arbeitslebens –, sind die besten Voraussetzungen gegeben, die beschriebenen demografischen und wirtschaftlichen Herausforderungen gut zu bewältigen. Die Perspektive des »altersgerechten Arbeitens« fügt den oben genannten Zielen keine neuen hinzu, sondern kann vielmehr zu ihrer besseren und umfassenderen Erreichung beitragen.

Was ist das Neue und was sind aus unserer Sicht die zentralen Chancen, die eine Integration der Perspektive »altersgerechtes Arbeiten« in die Prävention und Gesundheitsförderung in sich birgt?

Eine Entwicklungs- und Veränderungsperspektive

Zunächst erweitert die Blickrichtung des altersgerechten Arbeitens die bestehenden Ansätze um eine Entwicklungs- und Veränderungsperspektive, die zurzeit in aller Regel (noch) vernachlässigt wird. Wie oben dargestellt verändern sich die individuellen Voraussetzungen von Menschen im Laufe ihres Arbeitslebens: Zum einen geschieht dies in einer gleichsam »kollektiven« Weise durch Veränderungsprozesse mit dem Älterwerden, die für alle Menschen in einem mehr oder weniger hohen Ausmaß stattfinden. Zum anderen verändern sich im Lauf eines (Arbeits-)Lebens auch Lebensumstände und persönliche Wünsche und damit auch die Ansprüche und Bedürfnisse in Bezug auf Arbeit. Nicht zuletzt ist die Arbeitswelt selbst – und im Zusammenhang damit die Bedingungen an den einzelnen Arbeitsplätzen – einem stetigen Wandel unterworfen.

Wiewohl es von arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Seite mittlerweile eine gute Wissensgrundlage gibt, um Arbeit an die Bedürf-

nisse verschiedener Lebensalter und -phasen anzupassen und die spezifischen Stärken älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu nutzen und erhalten, wird dieses Wissen in den Betrieben und in der betrieblichen Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung noch kaum aufgegriffen.

Soll die im Zentrum des Arbeitsbewältigungskonzepts stehende »Passung« zwischen Person und Arbeitsanforderungen ermöglicht und veränderungsüberdauernd *erhalten* werden, braucht es Arbeitsbedingungen, die sich mit der Person mit verändern, oder individuelle Alternativen, wenn dies nicht möglich ist. Die einzige Möglichkeit, solche flexiblen und im Wortsinn passenden Arbeitswelten zu schaffen, besteht darin, im Bemühen um »gute Arbeit« das Wissen um altersbedingte Veränderungen sowie die Beschäftigten und ihre individuellen Bedürfnisse noch stärker mit einzubeziehen.

Gelebte Partizipation und Individualität

Ein weiterer Aspekt, der durch die Orientierung am Konzept der Arbeitsbewältigungsfähigkeit ins Blickfeld rückt, ist ein höchst individueller. Sein Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass Menschen schon »an sich verschieden« sind – es gibt nicht »die« oder »den« Beschäftigte/n. Es gibt mehr Unterschiede zwischen Menschen, egal welchen Alters, als zwischen verschiedenen Altersgruppen. Diese Verschiedenartigkeit von Menschen sollte auch eine Auswirkung auf die Methodik in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung haben.

Partizipation – also die Beteiligung der Beschäftigten als »ExpertInnen für ihre eigene Arbeit und Gesundheit« in der Entwicklung und Gestaltung von Interventionen – ist eines der zentralen Prinzipien und Qualitätskriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung. In betrieblichen Initiativen findet es seine Umsetzung am häufigsten in Methoden wie Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragungen oder Gesundheitszirkeln. Nachdem z.B. der Gesundheitszirkel ein Gruppeninstrument ist, in dem Beschäftigte eine Vertretungsfunktion für ihre Kolleginnen und Kollegen (z.B. aus einem Arbeitsbereich oder einer Berufsgruppe) übernehmen, sind die im Zirkel erarbeiteten Lösungen in der Regel ebenfalls kollektive. Unter dem Gesichtspunkt der oben dargestellten individuellen Bedürfnisse und Voraussetzungen von Menschen scheint es sinnvoll, die bewährten und wirksamen Instrumente und Methoden der Gesundheitsförderung durch solche zu ergänzen, die eine stärkere Berücksichtigung der einzelnen Person ermöglichen. Der wesentliche

Zusatz dabei: Das heißt *nicht*, dass die daraus folgende Intervention auf die Ebene der Person beschränkt bleibt. Diese muss vielmehr die betrieblichen Bedingungen und das gesamte Spektrum des Fördermodells der Arbeitsfähigkeit beinhalten, wenn sie nachhaltigen Erfolg bringen soll. Partizipation in diesem neuen Sinn definiert – »ja« zur Beteiligung aller Beschäftigten, aber »nein« zu denselben Interventionen für alle – kann dazu beitragen, dass Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung noch effektiver werden als bisher.¹²

Arbeitsbewältigungsfähigkeit als handlungsmotivierender Begriff in der Beratung

Damit Gesundheit und Arbeitsfähigkeit tatsächlich wirksam erhalten oder verbessert werden, braucht es umfassende und langfristig orientierte Aktivitäten auf allen im Fördermodell dargestellten Handlungsebenen. Während die betriebliche Gesundheitsförderung zwar konzeptuell von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgeht und häufig als Ansatz der Organisationsentwicklung definiert wird, zeigen Erfahrungen mit betrieblichen Entscheidungsträgerinnen und -trägern und mit Beschäftigten, dass der Begriff »Gesundheit« mit eindimensionalen Bildern und Assoziationen belegt ist. Lösungsvorschläge aus Gesundheitszirkeln, die sich z.B. auf arbeitsorganisatorische Veränderungen beziehen, werden von Vorgesetzten und Kolleginnen und Kollegen nicht selten mit der Frage »Und was hat das mit Gesundheit zu tun?« kommentiert. Das Fördermodell der Arbeitsfähigkeit zeigt dieselben Handlungsfelder auf, die auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung häufig als wesentlich kommuniziert werden, allerdings – wie die Erfahrung in zahlreichen Betrieben zeigt – ohne in Konflikt mit den tief verankerten persönlichen Gesundheitskonzepten der Beteiligten zu geraten. Es verdeutlicht vielmehr, wie umfassend das betriebliche Handlungsspektrum ist, wenn die Zielrichtung »gute Arbeit« lautet. Der Begriff der Arbeitsbewältigungsfähigkeit kann daher als »Türöffner« in die Betriebe dienen und dazu beitragen, dass sich das weit gefasste Gesundheitsverständnis der betrieblichen Gesundheitsförderung auch in entsprechend umfassenden Interventionen wiederfindet.

¹² Drei Methoden-Beispiele, wie aus individuellen Gesprächen systematisch betriebliche und persönliche Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden können, werden in Kapitel 3 dieses Beitrags geschildert.

Ergänzung um neue Sichtweisen und innovative Methoden

Für die Umsetzung altersgerechten Arbeitens in der Prävention und Gesundheitsförderung müssen nicht notwendigerweise neue Instrumente erfunden werden – und doch müssen zum Teil neue Wege beschritten werden. Wie Ilmarinen und Tempel (2002) aufzeigen, kann es beispielsweise im Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutz darum gehen, das vorhandene Wissen um altersbedingte Veränderungen mit einzubeziehen, wenn Arbeitsplätze überprüft werden oder eine Betriebs- oder Branchen-Epidemiologie zu benutzen, die in der Lage ist, frühzeitig Belastungsschwerpunkte und altersabhängige Veränderungen der Betroffenen aufzudecken oder vorherzusagen. Es geht also vor allem um eine Berücksichtigung des Wissens und der Prinzipien zum altersgerechten Arbeiten und um eine entsprechende Erweiterung oder Neuausrichtung bestehender Methoden. Der Kern dabei ist – systematisch und ein Arbeitsleben lang –, in Dialog zu treten mit den Beschäftigten. Zwei innovative Methoden, die diesen Dialog aufnehmen und kultivieren, werden im nächsten Abschnitt vorgestellt: das Arbeitsbewältigungs-Coaching – geführt von Präventivfachkräften – und wertschätzende Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche – geführt von Führungskräften.

3. Beispiele für Maßnahmen und Instrumente zur Förderung und Erhaltung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit

Die drei folgenden Praxisbeispiele zeigen modellhaft unterschiedliche Wege zur Gestaltbarkeit von Arbeitsbewältigungsfähigkeit auf. Auch wenn wir die Unterschiede zwischen den Projekten betonen, schließen sich die vorgestellten Gestaltungszugänge nicht aus. Bei genauer Betrachtung stellen sich die verschiedenen Beratungsansätze und die verwendeten Methoden vielmehr als modular und aufeinander abstimmbare dar.

In Tabelle 1 auf der folgenden Seite werden zunächst auf einen Blick ihre Unterschiede und Schnittstellen dargestellt.

Tabelle 1: Beratungsansätze und Methoden

	Beratungsansatz	Methoden	Zielgruppen	Initiator/Initiatorin	Prävention/Gesundheitsförderung	Charakter	Finanzierung/Förderung
SAFE	Partizipative Regionalentwicklung	»Arbeitsbewältigungs-Coaching«	Beschäftigte/r – Betriebe – Regionale Entscheidungsträgerinnen und -träger	Beraterinnen und Berater für Betriebliche Gesundheitsförderung und Regionalentwicklung – Sozialpartnerinnen und -partner	Primärprävention und Gesundheitsförderung	Sensibilisierung und Aktivierung, bedürfnisgerechte Maßnahmen	Gesamtförderung
Busfahren – ein Lebensberuf	Betriebliche Gesundheitsförderung	Wertschätzende Führungsdialoge	Führungskräfte – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Geschäftsführung – Beraterinnen und Berater für Betriebliche Gesundheitsförderung	Gesundheitsförderung und Primärprävention	Umsetzungsprojekt zur Personalpflege	Privatwirtschaftlich und Antrag auf Teilförderung
Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutz	Betriebliches Eingliederungsmanagement	Mitarbeiter/Mitarbeiterin – Führungskraft	Arbeitsmedizinerin/-mediziner	Arbeitsnahe Rehabilitation und Tertiärprävention	Umsetzungsprojekt zur Reintegration	Privatwirtschaftlich

Konzertiertes Programm: »Arbeitsbewältigungs-Coaching« – Denkanstöße und Handlungsimpulse für Personen, Betriebe und die Region (SAFE)

Das »Sonderprogramm zur Förderung der Beschäftigung Älterer 2006-2007«¹³ ermöglicht die Umsetzung der *Zukunftsinitiative SAFE* im Bezirk Gmunden/OÖ. SAFE steht für »*Im Salzkammergut fördert ein*

¹³ Budgetmittel von AK, BMWA und Sozialpartnern; koordiniert durch das AMS.

Früh-Erkennungs- und Beratungs-Netzwerk die Arbeitsbewältigungsfähigkeit.¹⁴

Ein bewusst aus regionalen Initiatorinnen und Initiatoren sowie Partnerinnen und Partnern zusammengestelltes Team¹⁵ versucht, Betroffene und Beteiligte für das Thema zu sensibilisieren und zu Fördermaßnahmen zu motivieren. Die Erhaltung und Förderung des Arbeitsvermögens der Beschäftigten trägt zur Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe und zur Zukunftsfähigkeit der Region bei. Gemeinsame und konzentrierte Anstrengungen von Seiten der Beschäftigten, der Führung des Betriebes und der regionalpolitischen Akteurinnen und Akteure sollen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass spür- und sichtbar der demografische Wandel in einem Bezirk – einem Subsystem Österreichs – gemeistert werden kann. In der geförderten Startphase (von Juli 2006 bis November 2007) werden 300 Beschäftigte in sechs Kooperationsbetrieben sowie die Bezirksöffentlichkeit mittels eines Netzwerks regionalpolitischer Interessenvertreterinnen und -vertreter, Arbeitsmarkt- und Gesundheitsexpertinnen und -experten erreicht.

Im Mittelpunkt der Beratungen steht das Förderkonzept der Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Beginnend bei der Person und ihrem konkreten Förderbedarf werden mit einem Empowerment-Instrument¹⁶ die Person selbst und in weiteren Schritten die Führung des Betriebes und die Regionalpolitikerinnen und -politiker zur Umsetzung von Erhaltungs- und Fördermaßnahmen in den Handlungsfeldern Gesundheit, Kompetenz, Führungsorganisation und Arbeitsbedingungen aufgefordert. (Siehe Abbildung 3)

Dieses integrative Vorgehen wird durch das Beratungs-Werkzeug »Arbeitsbewältigungs-Coaching (AB-C)«¹⁷ ermöglicht. Auf der Ebe-

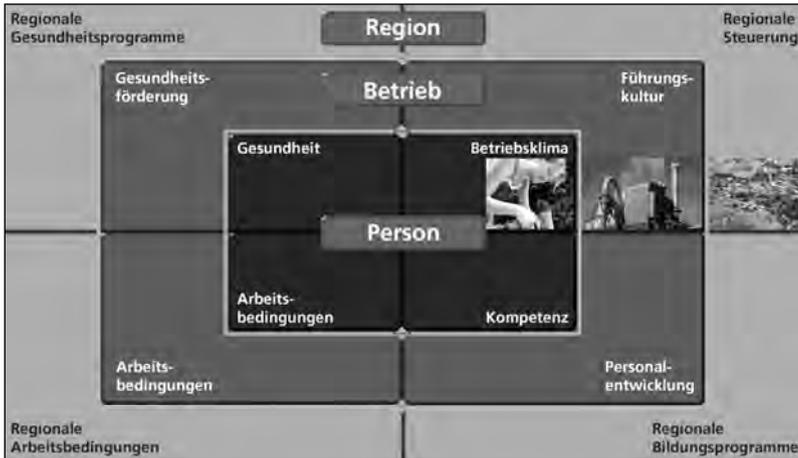
¹⁴ siehe www.arbeitsfaehigkeit.at

¹⁵ Wirtschaftskammer und Arbeiterkammer der Bezirksstelle Gmunden, Beratungseinrichtungen arbeitsleben und Hollinetz Unternehmensberatung, Regionalmanagement und Technologiezentrum.

¹⁶ Empowerment oder Befähigung = Prozess, mit dem die Fähigkeiten von Menschen gestärkt und aktiviert werden, Herausforderungen zu bewältigen, Bedürfnisse zu befriedigen, Probleme zu lösen und sich die notwendigen Ressourcen zu verschaffen, um die Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen.

¹⁷ Arbeit und Zukunft e.V. (2007). Das »AB-C« basiert auf dem finnischen Förderkonzept und dem Messinstrument »Arbeitsbewältigungs-Index (ABI)«. Es wurde im Rahmen des Forschungsprojekts PIZA 2002-2005 adaptiert und erprobt (www.piza.org).

Abbildung 3: Mehrebenen-Beratungsansatz: Person – Betrieb – Region



ne der Person ist das AB-C ein persönlich-vertrauliches Coaching-Gespräch. Es dauert etwa 60 Minuten pro Beschäftigtem/Beschäftigter. Im ersten Teil des AB-C wird der Arbeitsbewältigungs-Index ermittelt und erläutert. Dieses Ergebnis gibt Auskunft, ob eine Passung oder eine Nicht-Passung von Arbeitsanforderungen und individuellen funktionellen Kapazitäten vorliegt. Entsprechend dem Ergebnis sind die jeweils passenden und notwendigen Förderstrategien zu wählen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Interpretationsmodell des Arbeitsbewältigungs-Index

Ergebnis	Erläuterung	Förderstrategie
Mäßige oder kritische Arbeitsbewältigungskonstellation	Nicht-Passung »Arbeit-Person«	Verbesserungs- und/oder Wiederherstellungsmaßnahmen
Sehr gute und gute Arbeitsbewältigungskonstellation	Passung »Arbeit-Person« mit mehr oder weniger ausreichenden Reserven und Entwicklungsspielräumen	Erhaltungs- und/oder Unterstützungsmaßnahmen

Damit erhält die Person Denkanstöße, und Arbeitsbewältigungsfähigkeit wird gestaltbar. Der zweite Teil des Gesprächs ist eine Kurzberatung bzw. ein Coaching, in dem der/die Beschäftigte angeleitet wird, für sich För-

dervorsätze festzulegen und Förderwünsche an den Betrieb zu formulieren. Gemeinsam wird besprochen, wie die individuellen Förderwünsche an geeigneter Stelle im Betrieb vorgebracht werden können.

Auf der Ebene des Betriebes und der Region ist das AB-C ein Prozessberatungs-Instrument für Entscheidungsträgerinnen und -träger. Die anonyme Zusammenfassung der persönlichen AB-Cs liefert dem Betrieb im Rahmen eines dreistündigen Arbeitsbewältigungs-Workshops eine qualitativ hochwertige Planungs- und Steuerungsgrundlage zum Erhalt des Arbeitsvermögens der Beschäftigten. Die Beraterinnen und Berater leiten die Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer dazu an, eine bis drei konkrete Maßnahmen zu beschließen. Auf Wunsch werden Umsetzungshinweise gegeben.

Im zweimal jährlich stattfindenden Netzwerk beraten regionalpolitische Entscheidungsträgerinnen und -träger die überbetrieblich zusammengefassten Daten aus den AB-Cs und den Arbeitsbewältigungs-Workshops und beschließen Maßnahmen, die dabei helfen sollen, den demografischen Wandel in der Region positiv zu meistern.

Die Zukunftsinitiative SAFE hält 2007 die Hinweise von derzeit 300 Beschäftigten aus sechs branchengemischten und unterschiedlich großen Betrieben (von 16 bis 370 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) in Händen. Das Durchschnittsalter der Beteiligten ist 44 Jahre. Es haben zwischen 60% und 95% der Belegschaften das Angebot des freiwilligen »Arbeitsbewältigungs-Coaching« wahrgenommen. Der durchschnittliche Arbeitsbewältigungsstatus liegt bei 41 Arbeitsbewältigungs-Indexpunkten und bewegt sich damit insgesamt im guten Arbeitsbewältigungsbereich.

Das »Arbeitsbewältigungs-Coaching« erweist sich als praxistauglich und ist ein Beitrag zum Empowerment der Beteiligten:

- Es ist eine aktivierende und ergebnisorientierte Intervention auf allen veränderungsrelevanten Ebenen. Die Beratung beginnt bei den individuellen Bedarfen und Erfordernissen der Person für ihre Arbeitsbewältigung heute und morgen. Sie bleibt aber dort nicht stehen, sondern ermutigt die Person wie auch betriebliche Entscheidungsträgerinnen und -träger, die Arbeitsbewältigungsfähigkeit positiv zu beeinflussen. Im Durchschnitt formulieren die Beschäftigten sechs Fördervorsätze bzw. Förderwünsche an den Betrieb. Im Durchschnitt entscheiden sich die Betriebe für eine bis drei betriebliche Fördermaßnahmen. Im ersten regionalen Stakeholder-Netzwerk wurden zwölf Fördermaßnahmen erarbeitet.

- Sowohl Beschäftigte als auch betriebliche Entscheidungsträgerinnen und -träger sind mit dem Beratungsangebot zufrieden: Sie bezeichnen es als effektive, sofort spürbare und den/die Mitarbeiter/in in den Mittelpunkt stellende Intervention. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jeder Altersgruppe und in jeder Arbeitsbewältigungskonstellation werden mit ihren Bedürfnissen ernst genommen.
- Das AB-C lässt sich einfach, praktisch und zeitnah in kleinen und mittelgroßen Betrieben umsetzen. Diese schätzen den integrierten Ansatz und den Zugang zu überbetrieblichen Maßnahmen, sodass sie nicht alleine den demografischen Wandel meistern müssen, sondern Hilfestellungen und Unterstützung durch die Region erhalten.

**Betriebliche Gesundheitsförderung: Führung fördert Arbeitsfähigkeit
(»Busfahren – Ein Lebensberuf«¹⁸)**

Die Bevölkerungsprognose stellt in Aussicht, dass künftig mehr über 50-Jährige als unter 30-Jährige in den Betrieben arbeiten werden. Diese Situation ist in einem mittelgroßen österreichischen Busunternehmen schon heute (2007) der Fall: 42% der Arbeiterinnen und Arbeiter gehören zur Gruppe »50plus« und 11% sind unter 30 Jahre alt. Das bedeutet, dass viele durch ihre Berufsjahre erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Belegschaft sind. Gleichzeitig ist es ein Auftrag für ein umsichtiges Personalmanagement, ein besonderes Augenmerk auf die Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten zu legen. Darin liegt eine besondere Herausforderung in dieser Branche: Früher meinte man, dass »Busfahren kein Lebensberuf ist«. Nur knapp 3% der Busfahrerinnen und Busfahrer haben in den 1990er Jahren ihre Berufstätigkeit wegen des Erreichens der gesetzlichen Altersgrenze beendet. Jede/r 45. Fahrer/in – bezogen auf alle in einem Jahr beschäftigten FahrerInnen – wurde vorzeitig fahrdienstuntauglich geschrieben (Tränkle/Bailer 1996: 2). Diese für den bzw. die Mitarbeiter/in und den Betrieb bedauerlichen und schmerzlichen Entwicklungen will das Busunternehmen verhüten. Jeder Mann und jede Frau wird gebraucht und sollte so wenig wie möglich fehlen, damit der Betrieb gut weiterlaufen kann. Darum wurde ein Personalpflege- und -entwicklungsprogramm nach den Qualitätskriterien der Betrieblichen

¹⁸ Ein Projekt der Firma sabbours Autobus- und Reisebüro GmbH, Wels, gefördert vom Fonds Gesundes Österreich.

Gesundheitsförderung gestartet und beim Fonds Gesundes Österreich zur Teilförderung eingereicht.

Die Ziele der Initiative sind die Erhaltung des Arbeitsvermögens und die Stärkung der Arbeitszufriedenheit bis zum Pensionseinstieg sowie die Förderung des Wohlbefindens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Arbeitsplatz. Dies stellt auch die Grundlage dafür dar, danach mit so wenig wie möglich gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den dritten Lebensabschnitt einzusteigen. Kurz gesagt: *Gesund und so lang wie möglich in Arbeit und gesund in Pension*. Diese Ziele sollen mit vorbeugenden Maßnahmen für alle Altersgruppen und gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreicht werden. Das Programm dauert von 2007 bis 2009 – Maßnahmen, die sich bewährt haben, sollen darüber hinaus weitergeführt werden. Umgesetzt wird das Programm in den in Tabelle 3 dargestellten Schritten, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Einbindung der Beschäftigten und ihrer Erfahrungen gelegt wird.

Eine groß angelegte finnische Längsschnittuntersuchung 1981-1992 (nach Ilmarinen/Tempel 2002: 249) liefert Belege für den Einfluss des Vorgesetztenverhaltens auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der – insbesondere älteren – Beschäftigten. Mit der Verbesserung des Vorgesetztenverhaltens aus Sicht der Beschäftigten erhöhte sich mit einer 3,6-fach größeren Wahrscheinlichkeit ihre gemessene Arbeitsbewältigungsfähigkeit.

Eine Begründung kann darin liegen, dass ältere Beschäftigte mehr Zeit benötigen als jüngere, um sich anzupassen und sich auf anstehende Aufgaben und Neuerungen vorzubereiten. Vorgesetzte, die zu einem intergenerativen Betriebsklima beitragen, sind in der Lage, schwierige Themen so zu kommunizieren, dass sie Argumente und Lösungen finden, die von allen Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergruppen akzeptiert werden können.

Damit gewinnt das Vorgesetztenverhalten für die Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit von älter werdenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern erste Priorität und erhielt im Programm »Busfahren – ein Lebensberuf« ein Schwergewicht. Die Kommunikation der Führungskräfte soll durch die Einführung besonderer, anerkennender Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche verbessert werden. Da jede/r Mitarbeiter/in sein/ihr eigenes Anliegen hat, handelt es sich um exklusive Vier-Augen-Gespräche. Weil zumindest Gesund(et)e und gesundheitlich Gefährdete ein anderes Bedürfnis haben, gibt es zwei

Tabelle 3: Projektbausteine von »Busfahren – Ein Lebensberuf«

1. Bestandsaufnahme	Anonyme Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragung nach dem Motto »Ihre Meinung zu Arbeitsbedingungen und Wohlbefinden ist uns wichtig!«. Die Auswertung macht die Gebietskrankenkasse.
2. Einführung gesundheitsfördernder Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche durch die unmittelbaren Vorgesetzten	<p>Betriebliche Weiterbildung für die Führungskräfte in gesundheitsfördernder Gesprächsführung</p> <p>Durchführung der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche mit allen Beteiligten</p> <p>Auswertung dieser Gespräche</p> <p>Maßnahmenentwicklung aufgrund der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter-Gesprächshinweise</p>
3. Unterstützungsangebot des/der Arbeitsmediziner/in »Vertrauliche Arbeitsbewältigungs-Coachings«	<p>Vertrauliches Beratungsgespräch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen und alle weiteren, die dies wünschen</p> <p>Die geäußerten Förderwünsche werden in anonymisierter Weise an den Betrieb zur Maßnahmenentwicklung weitergeleitet.</p>
4. Maßnahmenentwicklung und -umsetzung	<p>Berücksichtigung der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter-Hinweise nach wirtschaftlichen Möglichkeiten bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dienstplanänderung, – Wahlangeboten für ältere oder gesundheitlich gefährdete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, – Weiterbildungsprogrammen und – Gesundheitsangeboten.
5. Wirkungsüberprüfung	Wiederholung der anonymen Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragung

unterschiedliche, aber immer wertschätzende, Gesprächseinladungen – einerseits zum

- »Anerkennenden Erfahrungsaustausch mit Gesunden und Gesunden«, um sie zu stabilisieren und von ihnen für den ganzen Betrieb zu lernen, und andererseits zum
- »Achtsamen Arbeitsbewältigungsgespräch mit gesundheitlich Gefährdeten und Kranken«, um sie – auch durch betriebliche Maßnahmen – zu unterstützen (siehe Geißler/Bökenheide/Schlünkes/Geißler-Gruber 2007).

Betriebliches Eingliederungsmanagement am Beispiel eines Busfahrers¹⁹

Das übliche Vorgehen der Rehabilitation nach aufwändiger Operation oder langer Krankheit und anschließender Förderung durch individuelle Fitnessprogramme führt nicht immer zu befriedigenden Ergebnissen. Bei Rückkehr in den Beruf haben keine Veränderungen am Arbeitsplatz und der Arbeitstätigkeit stattgefunden. Meist ist jedoch sofort die volle Einsatzfähigkeit des/der gesund(et)en Beschäftigten gefordert. In Deutschland hat das Betriebliche Eingliederungsmanagement in das Sozialgesetzbuch²⁰ Eingang gefunden. Es ist nicht nur für Beschäftigte mit begutachteter eingeschränkter Erwerbsfähigkeit vorgesehen, sondern wird den Betrieben für alle Beschäftigten nach einer Langzeiterkrankung (länger als 42 Wochen Arbeitsunfähigkeit) empfohlen. Damit steigt die Chance, dass arbeitsnahe und – zumindest temporär – unterstützende Interventionen zur Wiederherstellung der notwendigen Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Betrieb stattfinden. Neben einem differentiellen Ansatz der primären Prävention und der Gesundheitsförderung braucht es auch in der tertiären Prävention individuell angepasste, arbeitsbezogene Maßnahmen. Ansonsten kann die berufliche Reintegration trotz aufwändiger Behandlung und Rehabilitation scheitern. Ein Zusammenwirken von Vorgesetzten, ggf. Belegschaftsvertretung und Präventivfachkräften (allen voran aus der Arbeitsmedizin) mit dem/der betroffenen Beschäftigten erlaubt zeitweilige Modifizierungen der Arbeitsanforderungen und vermeidet neuerliche Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitslosigkeit.

Das Beispiel eines Busfahrers im Öffentlichen Personennahverkehr zeigt die Chancen für alle Beteiligten auf: Der Busfahrer ist zum Zeitpunkt der Rückkehr aus der Langzeiterkrankung 50 Jahre alt und sieht auf 20 Dienstjahre zurück. Er liebt seinen Beruf. Innerhalb der letzten acht Jahre hatte er drei Bandscheibenvorfälle. Der letzte wurde aufwändig mit speziellen Verfahren operiert. Dennoch wird der Busfahrer aus der anschließenden Rehabilitation als arbeitsunfähig entlassen. Bei Fortsetzung der Therapie rechnen die Begutachterinnen und Begutachter mit Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit in drei Monaten. Nach dieser Zeit meldet sich der Busfahrer also bei seinem Vorgesetzten mit einer

¹⁹ Mit freundlicher Genehmigung des begleitenden Arbeitsmediziners Dr. Tempel, zitiert nach Ilmarinen/Tempel 2002.

²⁰ siehe § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IX.

Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit²¹ zurück. Busfahren ist eine körperlich einseitige Arbeitstätigkeit: Nach zwei Stunden kontinuierlichen Sitzens treten bei dem gesunden Busfahrer unangenehme brennende Schmerzen in der Lendenwirbelsäule auf. Er hat in der Rehabilitation Bewegungs- und Entspannungsübungen gelernt, die Entlastung verschaffen. Dafür benötigt er aber ca. 20 Minuten Pause, die es in seinem Dienstplan zu diesen Zeiten oder in diesem Ausmaß nicht gibt. Erschwert wird seine Situation durch den innerstädtischen Stopp- und Go-Verkehr, der den Verlust von Pausenzeit und häufige bis ständige Anspannung bedeutet. Seine Schmerzen werden durch diese Verkrampfung der Rückenmuskulatur verstärkt. Schnell stellt sich für ihn heraus, dass der übliche zehnstündige Dienst für ihn nicht zu bewältigen ist. Der Busfahrer nimmt Kontakt mit seinem Betriebsarzt auf und erhält dort erstmals eine arbeitsplatznahe Unterstützung. Der Betriebsarzt erklärt den Fahrer befristet fahrdienstuntauglich bei gleichzeitiger Arbeitsfähigkeit. Damit entsteht ein dringender Gesprächsbedarf zwischen Vorgesetztem, Beschäftigtem und Betriebsarzt. Es steht noch ein Lösungsweg offen, und der bezieht sich auf die (zeitweilige) Anpassung der Arbeitsbedingungen: Der Vorgesetzte und der Dienstplaner entwickeln einen speziellen Dienstplan, der die notwendigen Pausen vorsieht. Teilarbeitsversuch mit zunächst vier Stunden pro Tag in den ersten sechs Wochen und dann gleitend ansteigende Fahrzeiten werden vereinbart. Der umsichtige Eingliederungsprozess gelingt. Die vereinbarten Arbeiten können vom Busfahrer bewältigt werden. Seine Zuversicht und seine psychischen Leistungsreserven nehmen zu. Heute arbeitet der Busfahrer wieder im regulären Dienst- und Schichtplan. Es findet kein Krankheitsrückfall statt. Sein Anwesenheitsverhalten, seine Arbeitsbewältigungsfähigkeit und seine Verbundenheit mit dem Unternehmen sind hoch.

Schlussfolgerungen

Das erste beschriebene Projekt – SAFE – wurde als ein partizipatives Regionalentwicklungsprojekt gestartet. Das eingesetzte Beratungswerkzeug »Arbeitsbewältigungs-Coaching« sensibilisiert und aktiviert alle Beteiligten des gesellschaftlich notwendigen Vorhabens »Länger, gesund und gerne arbeiten«. Wir ordnen es der Primärprävention und

²¹ Das deutsche Krankenversicherungsrecht kennt wie das österreichische keine Teilarbeitsfähigkeit.

der Gesundheitsförderung zu, weil die Beteiligten (Person, Betrieb, Regionalgesellschaft) befähigt und in die Lage versetzt werden, sich zur exogenen und endogenen Beeinflussbarkeit der Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu verhalten. Die Beziehung »Arbeit – Person« wird unter humanen Gesichtspunkten beleuchtet und potenziell verändert. Ein diesbezügliches Projekt ist ohne eine zumindest teilweise Förderung der regionalen Beratungsinfrastruktur nicht denkbar. Die gewonnenen Erkenntnisse aus Ist-Analysen und Interventionseffekten wären gesamtgesellschaftlich von Bedeutung, wenn es entsprechende Koordinationsagenturen gäbe. Diese müssten erst – durch einen entsprechenden gesetzlichen Auftrag – eingerichtet werden oder bestehende Einrichtungen dazu beauftragt werden.

Das zweite Projekt stellt eine einzelbetriebliche Initiative dar. Dieses betriebliche Gesundheitsförderungsprojekt setzt den Schwerpunkt auf den Ausbau von organisationalen Gesundheitsressourcen wie teilnehmend-partizipatives Vorgesetztenverhalten. Durch eine verbesserte Kommunikation zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Vorgesetzten und das damit eintretende bessere Verständnis für die Bedürfnisse der Beschäftigten begünstigt Vorsorge für alle Generationen und die Umsetzung bedürfnisgerechter Maßnahmen für gesundheitlich Gefährdete. Die Teilförderung durch den Fonds Gesundes Österreich stellt für diesbezügliche Projekte in kleinen und mittelgroßen Unternehmen in Richtung Unternehmenskulturwandel und »Experimente« in der Führungskultur eine wesentliche Starthilfe dar.

Im dritten Praxisbeispiel wird deutlich, wie der Blick auf die spezifische Situation eines/einer Beschäftigten – in diesem Fall nach einer Langzeiterkrankung und Rehabilitation – und ein gemeinsames Bemühen aller Beteiligten um eine individuell wie betrieblich sinnvolle Lösung dazu beitragen kann, die Arbeitsbewältigungsfähigkeit wieder herzustellen und Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Möglich werden diese Schritte durch im Betrieb gut verankerte Präventivfachkräfte nach dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz.

Allen geschilderten Beispielen ist gemeinsam, dass der Dialog mit den Beschäftigten und ihre aktive Beteiligung in der Entwicklung von Interventionen Methode ist. Betrieblich verankerte Instrumente und Prozesse ermöglichen es zunächst, die einzelne Person und ihre Voraussetzungen, Bedürfnisse und Bedarfe in den Blick zu nehmen – dies systematisch, kontinuierlich und die mit dem Älterwerden und anderen Entwicklungen stattfindenden Veränderungen erfassend. Auf Basis

der im Gespräch gewonnenen Informationen und Erkenntnisse können dann gemeinsam mit der Person notwendige und sinnvolle Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit auf betrieblicher und persönlicher (bzw. auch auf regionaler) Ebene identifiziert und umgesetzt werden.

Mit dem Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz sollte eine Grundlage geschaffen werden, die inhaltlichen Prinzipien des altersgerechten Arbeitens in die bestehenden Präventions- und Gesundheitsförderungs-Programme aufzunehmen. In diesem Zusammenhang bedarf es der Einrichtung regionaler und überregionaler Strukturen, die auffordern, altersgerechtes Arbeiten als Querschnittsaufgabe umzusetzen und dabei Initial- und Koordinations-Unterstützung gewähren.

Literatur

- Arbeit und Zukunft e.V. (2007): Dialoge verändern. Köln.
- Arbeit und Zukunft e.V. (2005): Gesunde Beschäftigte und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege. Mainz: Berichte aus der Pflege, hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit.
- Bailer, H./Tränkle, U. (1992): Fahrdienstuntauglichkeit – ein unabwendbares Schicksal? Forschungsprojekt zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Busfahrern. In: Der Nahverkehr, 10 (8), S. 11-14.
- Blumberger, W./Paireder, K./Niederberger, K. (2005): Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit. Eine Analyse präventiver, begleitender, akuter und nachsorgender Strategien und Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit von AN in Österreich. Linz.
- Geißler, H./Bökenheide, T./Geißler-Gruber, B./Schlünkes, H./Rinninsland, G. (2003): Der anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung. Frankfurt am Main: Campus.
- Geißler, H./Bökenheide, T./Schlünkes, H./Geißler-Gruber, B. (2007): Faktor Anerkennung. Betriebliche Erfahrungen mit wertschätzenden Dialogen. Das Praxisbuch. Frankfurt am Main: Campus.
- Georg, A./Barkholdt, C./Frerichs, F. (2005): Modelle altersgerechter Arbeit aus Kleinbetrieben und ihre Nutzungsmöglichkeiten. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA Forschungsbericht.
- Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, B.H. (Ed.) (2003): Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Stockholm: Working Life Research in Europe Report N. 7:2003.
- Haydn, R (o. J.): Personenbezogene Statistiken 2006. Online-Dokument: <http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/119246.PDF>.
- Huhtanen, P./Tuomi, K. (2006): Work and work ability as predictors of reti-

- rement thoughts – A follow-up study in the municipal sector in Finland in 1981-1997 and realization of the retirement thoughts. Referat beim NIVA-Kurs, Saariselkä, März.
- Ilmarinen, J. (1995): Arbeitsfähigkeit und Alter. 10 Jahre Längsschnittstudien in verschiedenen Berufsgruppen. In: Karazman/Geißler/Kloimüller/Winker (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer, Gamburg 1995, S. 15-33.
- Ilmarinen, J./Tempel, J. (2002): Arbeitsfähigkeit 2010. Hamburg: VSA-Verlag.
- Ilmarinen, J./Tempel, J. (2003): Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit – Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland. In: B. Badura/H. Schellschmidt/C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2002 (S. 85-99). Berlin: Springer.
- Morschhäuser, M. (2002): Betriebliche Gesundheitsförderung angesichts des demographischen Wandels. In: M. Morschhäuser (Hrsg.), Gesund bis zur Rente (S. 10-21). Stuttgart: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Putzing, M./Wahse, J. (2005): Betriebliche Sicht- und Verhaltensweisen gegenüber Älteren. In: DRV (Hrsg.): Smart Region – Eine innovative Maßnahme zur Bewältigung des demografischen Wandels in europäischen Regionen (S. 73-97). Berlin: DRV-Schriften Band 62.
- Richenhagen, G. (2003). Länger gesünder arbeiten – Handlungsmöglichkeiten für Unternehmen im demografischen Wandel [online] [Dokument online verfügbar unter www.gesuenderarbeiten.de].
- Statistik Austria (Hrsg.) (2003): Demographisches Jahrbuch 2001/02. Wien
- Tränkle, U./Bailer, H. (1996): Aufgabengestaltung im Fahrdienst. Bremerhaven: nw-verlag.
- Tuomi, K./Ilmarinen, J. et al. (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. In: Scand J Work Environ Health 23 (Suppl. 1): 58-65.
- Ulich, E. (2005): Arbeitspsychologie. 6. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Wolf, A./Mandl, H. (2006): Trotzdem gesund. Eine Untersuchung im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft »BlickWechsel – Neue Perspektiven für den Gesundheits- und Sozialbereich«. Wien: Eigenverlag.
- Zukunftswerkstatt e.V. der Handwerkskammer Hamburg (o. J.): Langzeit-Perspektiven ins Handwerk! Im Handwerk kann man gut alt werden?! Eine CD mit Handlungs- und Beratungsfäden entwickelt und erprobt im Rahmen des Projekts ALFIH – Altersgerechte, flexible Arbeit im Handwerk.

Alexander Kaba

Umgang mit psychischen Belastungen im Betrieb

Die Erhebung des Status lässt den Schluss zu, dass psychische Belastung im Betrieb Krankheiten verschiedenster Art verursacht. Daher ist es an der Zeit, den Betrieben eine Anleitung zum Umgang mit psychischen Belastungen zu geben, um Fehlbelastungen, die zu Krankheiten führen, zu vermeiden. Dazu gehören vor allem organisatorische Maßnahmen, die zu höherer Transparenz von Kompetenzen und Entscheidungsverläufen und damit zu höherer Arbeitszufriedenheit führen. Der Weg dorthin ist aber nicht mit einem Schritt bewältigbar. Die Organisation muss sich entwickeln und lernen, andere Formen des Umgangs mit neuen Herausforderungen hervorzubringen. Dies geschieht am besten mit sozialem Lernen. Konkrete Schritte in diese Richtung können die Verwendung der Instrumente des Coaching, der Mediation und der Supervision sein.

Erkrankungen als Folge psychischer Belastungen

Psychische Belastung – Stress

Stress wird oft mit psychischer Belastung gleichgesetzt. Doch belastend wird Stress dann, wenn er krank macht. Um dies abzugrenzen, wird für den belastenden krankmachenden Stress der Begriff »psychische Fehlbelastung« eingeführt (N/ÖNORM EN ISO 10075). In der Literatur wird jedoch oft der Begriff »Stress« für die Fehlbelastung oder auch einfach »Belastung« als genügend negativ bewertet und der Zusatz »Fehl« weggelassen. Deshalb wird in der vorliegenden Arbeit und der überwiegenden Bezugnahme auf die Fachliteratur keine einheitliche Ausdrucksweise verwendet, sondern die, die der Originalquelle entspricht.

Die Nachweisbarkeit der Zunahme von Krankheiten infolge psychischer Belastung wurde in zahlreichen Untersuchungen unternommen. Damit sind nicht nur psychische Erkrankungen gemeint. Psychische Erkrankungen scheinen in den Statistiken jedoch immer öfter

auf. Manche Psychiater sprechen von einer Zunahme der Patienten, aber dies kann auch die Folge einer erhöhten Sensibilität gegenüber dem Thema sein. Der Prozess der Zunahme der psychischen Belastung kann dementsprechend schwer nachgewiesen werden.

Psychische Erkrankungen

Epidemiologische Erklärung

In Österreich (Gartlehner 2008) kam es während der letzten Jahrzehnte zu einem deutlichen Anstieg der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit. In einer statistischen Auswertung des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungen zeigten sich psychische Erkrankungen im Jahr 2006 als die häufigste Ursache für Erwerbsunfähigkeitspensionen¹ bei Frauen (34,6%) und die zweithäufigste Ursache bei Männern (22,6%).

Der Anstieg der psychischen Erkrankungen ist kein österreichisches Phänomen. Dieser Trend scheint in der gesamten westlichen Welt vorhanden zu sein. Innerhalb der Europäischen Union (EU) leiden 27% der erwachsenen Bevölkerung innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Die vier am häufigsten auftretenden Erkrankungen sind

1. Angststörungen
2. Depressive Erkrankungen
3. Somatoforme Erkrankungen
4. Alkohol- und Drogenmissbrauch

Österreich-spezifische Erklärungsmodelle, wie zum Beispiel ein Ausweichen in psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit, um restriktiveren Kriterien bei der Erlangung körperlich bedingter Erwerbsunfähigkeitspensionen auszuweichen, erscheinen daher unwahrscheinlich.

Gartlehner führt zwei wesentliche Erklärungsmodelle an:

1. Reale Zunahme der Inzidenz/Prävalenz bedingt durch:
 - a. Zunehmende Belastungen im Alltag
 - b. Wegfall sozialer Strukturen
 - c. Zunehmende Arbeitsbelastung
2. Verbesserte Diagnostik und Abbau von Tabus
 - a. Verbesserung diagnostischer Instrumente
 - b. Verbesserung diagnostischer Kompetenzen von Ärzten

¹ Der Begriff *Pension* entspricht in Österreich dem in Deutschland üblichen Begriff *Rente* (Anm. d. Hrsg.).

c. Zunehmende Bereitschaft der Bevölkerung, psychiatrische Erkrankung als solche zu akzeptieren

In der Realität kommt es wahrscheinlich zu einem Zusammenspiel mehrerer dieser Faktoren, wobei die Arbeitsbedingungen eine bedeutsame Rolle spielen werden.

Ein Indiz für die Zunahme psychischer Erkrankungen ist die Tatsache, dass die Krankenstandstage in den letzten zehn Jahren um 60% gestiegen sind. Alle anderen Krankheiten weisen eine Stagnation auf hohem Niveau bzw. Abnahme auf.

Depression

Die Depression hat die höchsten Zuwachsraten. Depressionen stellen mit einer Lebenszeitprävalenz (Erkrankung während des ganzen Lebens) von etwa 17% und einer Stichtagsprävalenz (Erkrankung zu einem bestimmten Stichtag bzw. im angegebenen Jahr) von ungefähr 10% ein massives gesundheitliches und auch volkswirtschaftliches Problem dar, von dem nahezu jeder entweder selbst, als Angehöriger oder Freund betroffen ist.

Depressive Erkrankungen zählen neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Magen-Darm-Leiden zu den drei am weitesten verbreiteten Krankheiten weltweit. Auch aus sozioökonomischer Sicht sind Depressionen ein bedeutender Faktor, da sie die häufigste Ursache für Erwerbsunfähigkeit darstellen. (Initiative Arznei & Vernunft 2006)

Psychosomatisierung – die Folge von Dauerstress

Koronare Herzerkrankungen

Der eigenständige Risikobeitrag beruflicher Fehlbelastungen und kritischer Bewältigungsstile für kardiovaskuläre Erkrankungen konnte bei der Auswertung evidenzbasierter kardiologischer Studien inzwischen überzeugend belegt werden (Siegrist et al. 2004). Hoch beanspruchende Tätigkeiten durch erlebte hohe Anforderungen und reduzierte Tätigkeitsspielräume bei geringer sozialer Unterstützung (Job demand-control model, JDC, Karasek & Theorell 1990), Unausgewogenheit zwischen Aufwand und erlebter Belohnung (Effort-reward-imbalance model, ERI, Siegrist 1996) sowie Ängste, Depressionen und Verhalten mit Feindseligkeit zählen mit hoher Wahrscheinlichkeit als eigenständige Risikofaktoren von koronaren Herzkrankheiten.

Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE)

In der BRD wurden in einigen Untersuchungen Zusammenhänge zwischen psychosozialen Faktoren und MSE festgestellt. Dort wurde auch eine Zunahme der MSE beobachtet und mit großer Sorge, neben dem menschlichen Leid, auch die Kostenentwicklung beobachtet (P. Richter et al. 2005).

Zwischenfazit: Erkrankungen physischer Art und Erkrankungen psychischer Art sind Folge von Stress.

Evaluierung psychischer Belastung

Leitfäden zur Evaluierung

In der niederösterreichischen Plattform für betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung wurde unter der Federführung der Arbeitsinspektion ein Leitfaden zur Evaluierung von Arbeitsplätzen in Pflegeheimen entwickelt. Ein Teil des Leitfadens ist dem Thema psychische bzw. psychosoziale Belastungen gewidmet (Kaba 2006). Ein Beispiel aus diesem Leitfaden zeigt die Evaluierung der psychosozialen Belastung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die im technischen Bereich von Pflegeheimen beschäftigt sind:

		Zuständigkeit
Organisation	Sind die wichtigsten Verhaltensvorschriften und Kompetenzregelungen leicht handhabbar?	Leitung
Zeitfaktor	Ist sichergestellt, dass bei Verdacht oder Vorliegen einer Erkrankung in kurzer Zeit Personalersatz zur Verfügung steht?	Leitung
Fortbildung	Entspricht die angebotene Aus- bzw. Weiterbildung den geforderten Qualifikationen? Oder kommt es zu Überforderungen durch zu hohe technische Anforderungen? Wird bei der Fortbildung auf Grund der Belastung mit vielfältigen Beziehungen auch ein Schwerpunkt auf soziale Kompetenz gelegt?	Leitung
Qualitätssicherung	Wird im Sinne eines QM-Systems ein Vorschlagswesen gewartet und werden dadurch Standards weiterentwickelt?	Arbeitsmediziner/in; Arbeitspsychologe

Personalzufriedenheit	In welchen zeitlichen Abständen erhalten die Mitarbeiter ein Feedback für ihre Leistungen?	Leitung
	Wie wird das Gesundheitsbewusstsein gefördert, um der Burn-Out-Problematik entgegenzuwirken?	Arbeitsmediziner/in, Arbeitspsychologe
	Sind in Dienstzimmern und Pausenräumen rauchfreie Zonen vorgesehen und ist eine ausreichende Belüftung sichergestellt?	Leitung
Teambildung	Finden regelmäßig Teammeetings statt, sodass neben Kommunikation auch mit Kritik entsprechend umgegangen werden kann?	Arbeitsmediziner/in, Arbeitspsychologe
	Finden regelmäßig Teambesprechungen nach einer GO (Tagesordnung, Anträge, Protokoll usw.) zur Abklärung inhaltlich/fachlicher und organisatorischer Probleme statt?	Leitung

Das Beispiel zeigt, dass psychische Belastungen in allen Arbeitsbereichen anzutreffen sind und mit organisatorischen Maßnahmen der psychischen Fehlbelastung entgegen gewirkt werden kann.

Die AUVA stellt eine Broschüre zur Verfügung, die sich ebenfalls, aber ganz allgemein mit der Evaluierung der psychischen Belastung befasst (AUVA 2003). Nach einer Begriffsdefinition von Stress und der Beschreibung von Stressfolgen werden Erhebungsinstrumente vorgestellt. Abschließend wird ein Bewertungsbogen präsentiert.

In Österreich werden einerseits von den Sozialpartnern (Arbeiterkammer, Wirtschaftskammer) eine Broschüre und ein Test und andererseits von der AUVA eine Problemlösung angeboten. Außerdem wird die sozialpartnerschaftliche Einigung über Maßnahmen gegen Stress in der gleichen Broschüre veröffentlicht:

IMPULS Broschüre und Test (M. Molnar et al. 2008)

Die IMPULS Broschüre gibt in leicht fassbarer Darstellung eine Einführung in die Stressproblematik. Gleichzeitig wird aber auch darauf hingewiesen, dass neben der Stressbelastung auch Ressourcen zur Stressbewältigung zur Verfügung stehen können. Daher wird in den oben angeführten Punkten nicht nur die Stressbelastung verstanden, sondern auch gleichzeitig die Möglichkeit des Vorhandenseins von Ressourcen aufgezeigt. Schon das Titelbild zeigt eine Waage, die den Ausgleich von Stressoren und Ressourcen ermöglichen soll.

Belastungsarten sind nach Molnar et al.:

- Wenig Handlungsspielraum (wenig Einfluss auf die Reihenfolge der Arbeitsschritte; wenig Einfluss auf die Zuteilung der Arbeit; wenig selbstständige Planung und Einteilung der Arbeit);
- wenig Vielseitigkeit (wenig Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten; Wissen und Können sind nicht voll einsetzbar; keine abwechslungsreichen Tätigkeiten);
- wenig Ganzheitlichkeit (keine Information von Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen oder Kundinnen und Kunden über die Qualität der eigenen Arbeit; keine Möglichkeit, eine Arbeit vom Anfang bis zum Ende selbst durchzuführen);
- wenig soziale Rückendeckung (wenig Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen; wenig Unterstützung durch Vorgesetzte; wenig Verständnis, Zusammenhalt und Hilfe unter den Kollegen);
- wenig Zusammenarbeit (wenig Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen; über berufliche und private Dinge kann mit ihnen nicht gesprochen werden; es kann nicht um Rat gefragt werden; zu wenig Rückmeldungen von Kolleginnen und Kollegen über die eigene Arbeit);
- inhaltliche Arbeitsbelastungen (die Arbeit ist meist zu kompliziert; die Arbeit erfordert dauernd zu viel Konzentration; für die Arbeit fehlt die notwendige Ausbildung);
- mengenmäßige Arbeitsbelastungen (die Arbeit findet meist unter Zeitdruck statt; meist gibt es zu viel Arbeit);
- Arbeitsunterbrechungen (notwendige Informationen, Arbeitsmittel oder Materialien fehlen oft; bei der Arbeit gibt es oft Unterbrechungen; die Arbeit kann nicht planmäßig durchgeführt werden);
- viele Umgebungsbelastungen (die Umgebung ist bezüglich Lärm, Klima, Staub, etc. ungünstig; Räume und Raumausstattung sind ungenügend);
- wenig Information und Mitsprache (wenig Information über wichtige Vorgänge im Betrieb; wenig Mitsprachemöglichkeiten im Betrieb);
- wenig Entwicklungsmöglichkeiten (wenig Weiterbildungsmöglichkeiten; wenig Aufstiegschancen).

Mithilfe eines Fragebogens (IMPULS-Test) werden die genannten Belastungsfaktoren erhoben und quantifiziert. Die Ergebniszahlen können über Vergleich mit Normwerten interpretiert werden. So können Ressourcen und Stressoren identifiziert werden. Die Stressoren signalisieren einen Handlungsbedarf, der dann z.B. mithilfe von Experten aufge-

klärt und mithilfe von Gesundheitszirkeln in die Praxis umgesetzt werden kann. Dazu gibt es eine eigene Broschüre (IMPULS-Projektleitfaden).

Stress.Moderator

Der Stress.Moderator wählt eine etwas andere Vorgehensweise (Hackl-Gruber 2001). Ein Moderator übernimmt hier die Hauptverantwortung und leitet die Mitarbeiter dazu an, eine Betriebsbeschreibung zu erstellen, die es ermöglicht, dass eine Analyse der Arbeitsbedingungen durchgeführt werden kann. Die Erfassung der Stressbelastung erfolgt ebenfalls mithilfe eines Fragebogens, der aber nicht zentral ausgewertet, sondern in einen Workshop eingebracht wird, um dort bearbeitet zu werden. Auch hier werden Ressourcen erhoben und daraus Strategien entwickelt, um die Stressoren zu bewältigen.

Organisatorische Maßnahmen

Gestaltung von Arbeitstätigkeiten (nach E. Ulrich 2001)

Das soziotechnische System

Arbeitstätigkeiten können als soziotechnisches System angesehen werden. Dieses besteht aus einem technischen Teilsystem, das für Betriebsmittel, technologische und räumliche Bedingungen verantwortlich ist, und einem sozialen Teilsystem, in dem Organisationsmitglieder, deren individuelle Bedürfnisse und Qualifikationen sowie gruppenspezifische Bedürfnisse anzutreffen sind. Dieses System wurde geschaffen, um eine Primäraufgabe zu lösen. Daneben gibt es Sekundäraufgaben, die der Systemerhaltung (Unterhalt, Wartung, Schulung...) und Regulation (Steuerung des Input, Koordination) dienen.

Relativ unabhängige Organisationseinheiten bearbeiten ganzheitliche Aufgaben und sind daher in der Lage, Schwankungen und Störungen am Entstehungsort aufzufangen und zu regulieren.

Teilaufgaben innerhalb der Organisationseinheit weisen einen inhaltlichen Zusammenhang auf. Daher ist eine arbeitsbezogene Kommunikation erforderlich, die auch die Basis gegenseitiger Unterstützung darstellt. Damit ist die gemeinsame Regulierung von Schwankungen und Störungen möglich, die auch gleichzeitig – im Sinne einer Fortbildung – die Qualifizierung in möglichst breiten und vielfältigen Ausschnitten der Gesamtaufgabe sicherstellt.

Damit bilden Produkt und Organisation eine Einheit. Ablauf- und Aufbaustrukturen sollen außerdem das Arbeitsergebnis für die Organisationseinheiten erkennbar machen. Dies ermöglicht die Identifizierung mit dem »eigenen« Produkt.

Das Konzept der Aufgabenorientierung

Im Rahmen des soziotechnischen Systems ist die Aufgabenorientierung von großer Bedeutung. Um sie zu gewährleisten, sind zwei Bedingungen erforderlich:

1. Die arbeitende Person muss die Kontrolle über die Arbeitsabläufe und die dafür benötigten Mittel haben.
2. Die strukturellen Merkmale der Aufgaben müssen so beschaffen sein, dass sie in der arbeitenden Person Kräfte zur Vollendung oder Fortführung der Arbeit auslösen.

Kontrolle haben bedeutet in der Praxis, dass die Person die Freiheit der Entscheidung zwischen verschiedenen Möglichkeiten haben muss. Im Gegensatz dazu würde Autonomie bedeuten einen Einfluss auf die Ziele oder Erstellung von Regeln in der Organisationseinheit zu haben.

Außerdem muss die Aufgabe eine Herausforderung mit realistischen Anforderungen sein, die nicht zu einfach ist, weil sie dann Monotonie und letztlich Sättigung hervorruft, und auch nicht zu komplex bzw. umfangreich, weil dadurch Feedback selten wird.

Konzepte der Aufgabenerweiterung:

Hygienefaktoren und Kontextfaktoren

In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, auf zwei Faktoren hinzuweisen, die die Arbeitszufriedenheit verbessern könnten. Dabei werden zwei Faktoren unterschieden: Hygienefaktoren, die nur dazu beitragen können, dass Unzufriedenheit vermieden wird, und Kontextfaktoren, die Zufriedenheit erzeugen können.

Zu den Hygienefaktoren zählen:

- die äußeren Arbeitsbedingungen
- die Beziehungen zu den Arbeitskollegen
- die Beziehungen zu den Vorgesetzten
- die Firmenpolitik und die Administration
- die Entlohnung einschließlich der Sozialleistungen
- die Krisensicherheit des Arbeitsplatzes

Zu den Kontextfaktoren zählen:

- die Tätigkeit selbst

- die Möglichkeit, etwas zu leisten
- die Möglichkeit, sich weiter zu entwickeln
- die Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen
- die Aufstiegsmöglichkeiten
- die Anerkennung

Aus dieser Zweifaktorentheorie entstand in der Praxis das »Job-Enrichment«.

Vom Einpersonenkonzept zur Gruppenarbeit

Komplexe Aufgaben, die unterschiedliche fachliche Qualifikationen – wobei das Anspruchsniveau durchaus gleich oder auch ungleich sein kann – erfordern, machen es notwendig, dass mehrere Einzelpersonen in Gruppen zusammenarbeiten, sodass auch auf diese Weise die Vollständigkeit einer Aufgabe erlebbar und das Ergebnis für den Einzelnen sichtbar wird. Die Arbeitsgruppe übernimmt dabei als Gruppe Verantwortung, wenn der Arbeitsablauf innerhalb der Gruppe von dieser selbst kontrolliert werden kann.

Gruppenarbeiten können »ineinandergreifend« sein oder einen Tätigkeitswechsel z.B. aus Gründen einer einseitigen Belastung ermöglichen. Gruppenarbeiten sind daher einzurichten, wenn

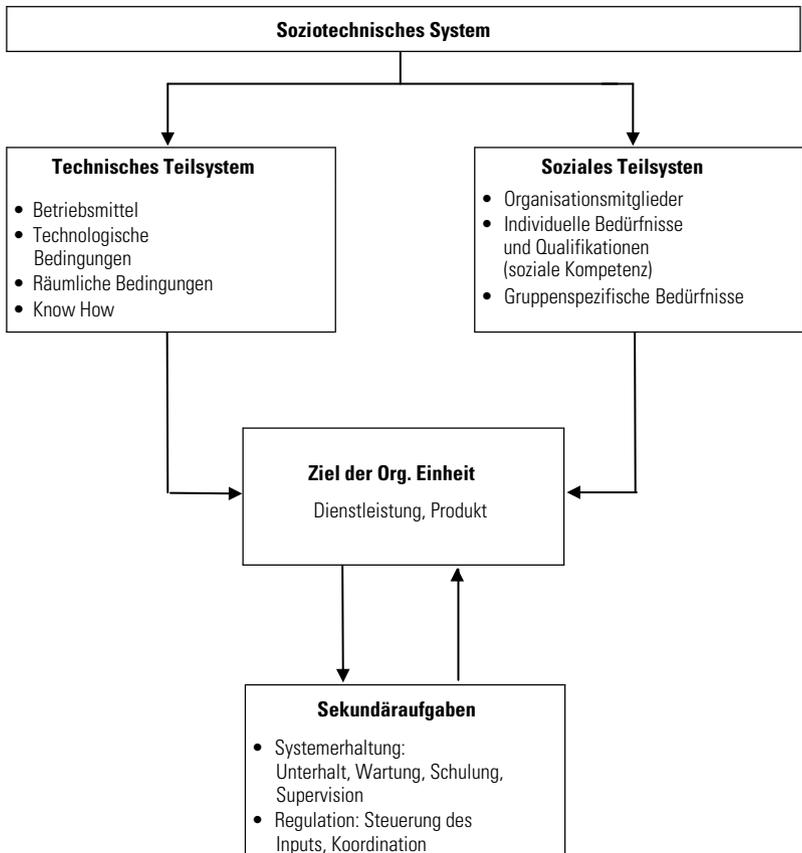
- eine Interdependenz der Einzeltätigkeiten aus technischen oder psychologischen Gründen notwendig erscheint,
- aus der individuellen Tätigkeit relativ starke Beanspruchungen resultieren,
- die Arbeit des Einzelnen keinen deutlich sichtbaren Beitrag zur Nützlichkeit des Endproduktes leistet.

Motivation durch Zielsetzung (nach E. Kirchler et al. 2001)

Im Sinne der Aufgabenorientierung, die am leichtesten bei Sachgütererzeugungen umzusetzen ist, konnte eine Weiterentwicklung bzw. Abstraktion beobachtet werden, die eine Umsetzung in allen Wirtschaftsbereichen, also auch im Dienstleistungsbereich, erwarten lässt. Die Zielsetzung ist also ein abstrahierter Ersatz für ein konkretes Produkt, das durch seine Fertigstellung oder durch seine Funktionalität als Arbeitsergebnis erkannt werden kann und damit auch die Motivation zur Fertigstellung ausübt. Die Zielsetzungstheorie geht daher davon aus, dass Ziele motivierend wirken. Ziele müssen daher – in Anlehnung an die Aufgabenorientierung – genauso eine Herausforderung darstellen und dürfen gleichzeitig nicht zu komplex sein. Es hat sich gezeigt, dass

bei mittlerer Zielschwierigkeit und genauer Spezifizierung die höchste Herausforderung besteht, die wieder zu höchster Anstrengung und Leistung motiviert. Aus dieser Sicht hat sich auch erwiesen, dass vorgegebene Ziele genau so stark motivieren können wie partizipativ vereinbarte Ziele. Dies ist wieder durch das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura zu erklären: Das aufgabenspezifische Selbstvertrauen besteht in der Möglichkeit der Kontrolle des Handelns bei den zu erwartenden Ereignissen und nicht in einer Autonomieerwartung, also einer Selbstfestlegung von Zielen oder Regeln. Das soziotechnische System kann daher nun wie in Abbildung 1 dargestellt werden.

Abbildung 1: Das soziotechnische System



Konkretes Feedback

Im Sinne der Selbstwirksamkeit ist es auch erforderlich, ein konkretes Feedback zu erhalten. Dies ist im Falle der Sachgütererzeugung z.B. die Funktionalität eines Produktes. Im Dienstleistungsbereich ist dies oft nicht in einfacher Weise möglich. Natürlich ist der wirtschaftliche Erfolg eines Unternehmens insgesamt ein konkretes Feedback, das aber den Nachteil hat, von vielen Faktoren abhängig zu sein. Daher wird es notwendig sein, Feedbackschleifen vorzusehen, die auf die einzelne Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter angewandt werden können.

Möglichkeit der Selbstbeurteilung

Fremdbeurteilungen, z.B. durch Vorgesetzte, sind immer problematisch. Das oft eingeforderte Lob von Vorgesetzten kann ein konkretes Feedback nicht ersetzen und ist auch deshalb problematisch, weil es zum Nachteil für alle Beteiligten die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit unterstützt. So ist es für den wirtschaftlichen Erfolg kontraproduktiv, wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter widerspruchlos sinnlose oder überfordernde Aufgaben übernimmt, Misserfolge vertuscht und anschließend die »Schuld« auf andere schiebt, bloß um beim Chef gut dazustehen. Hier ist die Zielorientierung zu einer Cheforientierung mutiert. Wichtiger ist es daher, Kriterien zu schaffen, die es der/dem Mitarbeiter/in erlauben, sich laufend selbst Feedback zu beschaffen, um sich selbst zu beurteilen. Dies verstärkt das Konzept der Selbstwirksamkeit und damit die Motivation.

Management by Objectives

Konkretes Feedback und die Selbstbeurteilung wird durch Modelle des Management by Objectives ermöglicht. Dazu zählt z.B. das Balance Score Card System oder alle Managementsysteme, die allerdings eine inhaltliche Ausrichtung erfordern. Beim Balanced Score Card System ist es vor allem die Möglichkeit der Perspektivenwahl, die die vorher geforderte Konstruktion eines konkreten Feedbacks unterstützt.

Organisationsentwicklung durch soziales Lernen

Soziales Lernen

Der Begriff des sozialen Lernens stammt aus der Lernpsychologie und wird auch in der Pädagogik verwendet. Das soziale Lernen ist eine Form, die das so genannte handlungsorientierte und problemlösende

Lernen ermöglicht. Neben der Vermittlung von Inhalten wird in der Pädagogik mit *Sozialem Lernen* auch der Erwerb »sozialer und emotionaler Kompetenzen« verbunden. Darunter versteht man die Entwicklung des Umgangs mit anderen, sodass es möglich wird, besser zu kooperieren und Konflikte so zu bearbeiten, dass Lösungswege für alle Beteiligten tragbar sind.

SIVUS (Abk. schwedisch: Social Individ Via Utveckling Samverkan) hieß der Ursprung des »sozialen Lernens«, wie es in den 1970er Jahren vom schwedischen Psychologen Sophian Walujo entwickelt wurde. Es lehnte sich stark an die Empirie der skandinavischen Bauern und Seeleute an, die ohne eine konsequente Zusammenarbeit die Unbill ihres Lebensraumes wohl kaum so erfolgreich bewältigt hätten. Dieses ursprünglich kulturdeterministische Modell wurde zuletzt aufgrund der neuesten Hirn- und Genforschungen (Neurobiologie), sowie der Humanethologie um einige interessante Facetten erweitert. Das soziale Lernen dient dem Erwerb »Sozialer Kompetenz« und ist somit eine der Grundvoraussetzungen für das Gelingen einer »Offenen Gesellschaft«.

Soziale Kompetenz ist eine der Schlüsselqualifikationen für die globalisierte Welt von morgen, denn immer mehr Menschen auf diesem Planeten beanspruchen Recht, Gerechtigkeit, Sicherheit und Wohlstand. Diese Entwicklung führt aber auch zu einer immer stärkeren Einschränkung der Freiheiten und damit zu Konflikten. Die Entwicklung hin zu einer demokratiebewussten »Offenen Gesellschaft« erfordert daher neue Erziehungsstile und Lernmethoden. »Soziales Lernen« ermöglicht die Bewältigung dieses Ziels und nutzt dabei die Mechanismen der Gruppendynamik zur Gestaltung von Persönlichkeit und Gesellschaft. »Soziales Lernen« im modernen Sinn bedeutet aber auch die Überwindung linear-behavioristischen (Auswendig-)Lernens und ist somit ein Weg, der eine sinnstiftende (Viktor Frankl) und vernunftgewinnende (Immanuel Kant) Intervention in die Gesellschaft darstellt.

Das Prinzip des sozialen Lernens ist leicht erklärt: Nach einem Informationsinput wird es den Lernenden überlassen, sich mit diesem Input zu beschäftigen und ihn für ihre Bedürfnisse anwendbar zu machen. Als Nebeneffekt ergibt sich dabei »Soziale Kompetenz«: Die Verteilung von Rollen in einem Team, mit genauer Aufgabenabgrenzung, das Erkennen von bestimmten inhaltlichen Stärken und die Umsetzungsqualität einzelner Gruppenmitglieder sowie die Übernahme von Eigenverantwortung für die Zielerreichung und Qualitätssicherung.

Soziale Intelligenz

Soziale Intelligenz ist die Fähigkeit, andere zu verstehen und in zwischenmenschlichen Situationen klug zu handeln (Thorndike 1920).

Soziale Intelligenz wird u.a. durch folgende Faktoren oder Begriffe erfasst (Guilford, 1985):

- Menschenkenntnis
- Einsicht in komplizierte soziale Situationen
- Fähigkeit, mit Menschen umzugehen
- Fähigkeit zur Übernahme fremder Perspektiven
- Kenntnisse von Regeln des sozialen Lebens

Über hohe Soziale Intelligenz zu verfügen, heißt aber nicht unbedingt, immer sozial (im gemeinschaftlichen Sinne) zu handeln. So kann z.B. ein Verkäufer darüber verfügen und deswegen doch manchen Leute Dinge verkaufen, die diese in Wirklichkeit nicht brauchen können.

Die Entwicklung sozialer Intelligenz wird durch Erleben von Gemeinschaften gefördert. So leisten hier vor allem bei kleinen Kindern Kindergärten wichtige Basisarbeit. Allerdings kann sich, so wie allen Formen von Intelligenz, diese nur entwickeln, wenn sie »erforderlich« ist. Es muss also vom Umfeld her eine Herausforderung bestehen, um diese Entwicklung zu ermöglichen. Diese Herausforderung, nämlich seine eigene Rolle im Team zu entdecken und entfalten, wird jedoch meist nicht geboten, da in den Kindergärten und Grundschulen alle gleich behandelt werden und der individuellen Entwicklung zu wenig Raum geboten wird. Anders verhält es sich in Mehr-Kinder-Familien. Dort gelingt es meist den jüngsten Geschwistern herauszufinden, wie sie sich am besten durchs Leben bringen und trotz fehlender körperlicher Kräfte und Größe ihren Anteil erhalten können. Allerdings ist das Resultat meist kein soziales Verhalten im Sinne einer Gemeinschaft, sondern die Intelligenz darauf ausgerichtet, für sich selbst das Beste zu erreichen – ohne Rücksicht auf andere. Gleiche asoziale Fertigkeiten entwickeln Kinder, die z.B. in Großstädten aufwachsen und auf sich allein gestellt mit anderen Kindern auf Spielplätzen, Höfen von Wohnanlagen usw. ihren Tag verbringen. Auch dort kann die (unkontrollierte) Entwicklung der sozialen Intelligenz asoziales Verhalten bewirken, das bis zur Beschädigung und Zerstörung fremden Eigentums geht.

Deshalb ist es von besonderer Wichtigkeit, der Sozialpädagogik entsprechende Bedeutung beizumessen, um bereits bei Kindern soziale Intelligenz, im Sinne gemeinschaftlichen Denkens und Handelns, durch soziales Lernen zu entwickeln.

Organisationsentwicklung und soziales Lernen (nach Lembke 2004)

Eine neuere Entwicklung der Organisationsbetrachtung ist der systemtheoretische Ansatz der Betriebswirtschaftslehre. Dieser Ansatz greift die bisherige Partialbetrachtung von Aufbau- und Ablauforganisation auf und spricht im Zusammenhang des »neuen« Organisationsverständnisses von Gesamtheiten; dies erscheint hilfreich zu sein, da gerade Lernprozesse, in einem organisationalen Verständnis, alle Bereiche einer Organisation erfassen. In der Betriebswirtschaftslehre wird seit der Ölkrise in den 1970er Jahren von einem Paradigmenwechsel gesprochen. Das Denken in Unternehmen und ihren Hierarchien verläuft im klassischen Sinn nach wie vor linear und scheinbar nicht immer problemorientiert. Dieser geforderte Paradigmenwechsel wird geleitet von einem neuen Verständnis der Unternehmensumwelt. Unternehmerisches Handeln kann sich nicht mehr nur auf Kosten-Nutzen-Analysen beschränken. Die Organisation steht zudem in besonderer Beziehung zu ihrer Umwelt. Dies hat auch Auswirkungen auf die Entwicklungskonzepte. Die Basis der Veränderung sind bewährte Entwicklungstheorien der Organisationsentwicklung mit der Möglichkeit, das Lernen als möglichen Ausgangspunkt von Entwicklungsprozessen zu entdecken. Eine betriebliche Organisation ist eine besondere Form der Gemeinschaft. Aus wissenschaftlichen Untersuchungen geht hervor, dass weniger Krankenstände durch Unfälle und sonstige Erkrankungen entstehen, wenn ein Gemeinschaftsgefühl entwickelt werden kann, wenn sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrem Betrieb identifizieren können.

Organisationsentwicklung (OE) wendet soziales Lernen an, um die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, vor allem die soziale Kompetenz – also z.B. die Kommunikationsfähigkeit – zu erweitern.

Zu Grundelementen von Organisationsentwicklung gehören:

- OE ist ein Prozess (Prozessorientierung).
- OE ist ein ganzheitlicher Ansatz.
- Es werden nicht nur formale Strukturen (Aufbau-, Ablauforganisation) beachtet, sondern auch informelle Strukturen (z.B. Normen, Werte, Einstellungen, Kommunikations- und Problemlöseverhalten).
- Zentrales Element ist die Beteiligung der Betroffenen.
- OE ist soziales Lernen.

Bei einer Organisationsentwicklung ist nicht nur das Ziel (wo wollen wir hin?) wichtig, sondern auch der Weg (wie kommen wir dahin?) bzw. die Philosophie, die dahinter steht.

Diesen Anspruch beschreiben auch Sprichwörter: »Wenn du einen Menschen einmal satt machen willst, gib ihm einen Fisch. Wenn du einen Menschen auf Dauer sättigen willst, so lehre ihn das Fischen.«

Durch aktive Einbeziehung der Betroffenen mit ihrem *Expertenwissen* wird der Kompetenz der Beschäftigten Geltung verschafft und außerdem findet im Rahmen dieses Prozesses »soziales Lernen« statt. OE-Praktiker gehen davon aus, dass Menschen über organisationsinterne Zusammenhänge lernen, indem sie Erfahrungen damit machen und diese reflektieren. Wichtig dabei ist, dass man Erfahrungen nur *ganzheitlich* machen kann, d.h. Gefühle und Gedanken kann man nicht davon trennen, sie sind Bestandteil des Erfahrungslernens. Am besten lernt man in einem *kontinuierlichen Prozess der Auseinandersetzung und des Problemlösens* an den Fragen und Herausforderungen, von denen man selbst betroffen ist. Dieser Prozess wird durch OE strukturiert.

In einem OE-Prozess geht es nicht um das Ändern einiger mehr oder weniger zufällig herausgegriffener Aspekte einer Organisation, sondern um die qualitative Entwicklung wesentlicher Elemente eines Gesamtsystems. Wesentliche Elemente einer Organisation können u.a. sein:

- Ziele (Identität)
- Programme
- Strategien
- Strukturen
- Abläufe
- Beziehungen (soziales System mit Funktionen und Kompetenzen) und
- Hilfsmittel (Sachmittel – technisches System).

Wichtig ist hier, dass nicht nur das formale System betrachtet wird, sondern dem sozialen System (Beziehungen) ein hoher Stellenwert beigemessen wird.

Klärung von Sach- und Beziehungsproblemen

Im Rahmen von OE-Prozessen geht es um konkrete Probleme der täglichen Zusammenarbeit am Arbeitsplatz. Diese müssen dabei jedoch immer in ihren Wechselwirkungen mit einer Gruppe (Arbeitsgruppe, Sachgebiet), Abteilung oder mit dem Gesamtunternehmen betrachtet werden. OE behandelt nicht nur Sachprobleme, sie will Störungen in der Kooperation vermeiden und Kommunikation verbessern. Das Augenmerk liegt vorwiegend auf der Entwicklung kooperationsfördernder Strukturen und der Schaffung eines offenen Klimas. Dahin-

ter steht die Annahme, dass Gefühle und Einstellungen kein zu negierender Bereich sind, sondern das Verhalten der Menschen im Betrieb bestimmen. Beziehungsprobleme können sich deshalb auch betriebswirtschaftlich in harten Zahlen niederschlagen: Zur Organisationsentwicklung gehört auch die Entwicklung von Teamarbeit, die Beseitigung von Interessenkonflikten und Rivalitäten und die gemeinsame Verbesserung der Kommunikation und Kooperation.

Supervision und Coaching (siehe Web-Links)

Supervision und Coaching sind heute bewährte Instrumente, um die Beziehungsebene zu stabilisieren bzw. wieder zu verbessern, und können als Anwendung des sozialen Lernens gesehen werden.

Supervision ist ein Instrument zur

- Problematisierung von normalen oder außergewöhnlichen (belastenden) Situationen
- Bearbeitung von problematischen Situation im Berufs- und Privatleben
- Bearbeitung von Personen- und Gruppenkonflikten
- Entwickeln von Umgangsformen mit problematischen Situationen oder Konflikten
- Verbesserung der Kommunikation: Das Gemeinsame soll vor das Trennende gestellt werden
- Unterstützung der Dynamik der Gruppe (nicht stören, nicht unterbrechen)
- Entwicklung von Gemeinschaftsgefühl

In der Praxis sind von der Organisation folgende Fragen zu klären:

- Teilnahmepflicht für das ganze Team vs. freiwillige Teilnahme oder Ausnahmen von der Pflicht
- Themen vorher nennen oder schriftlich (anonym) bekannt geben oder im Rahmen einer gemeinsamen Meditation erarbeiten
- Genauer Zeitrahmen vs. offenes Ende
- Periodisches Angebot (z.B. vier- bis sechsmal pro Jahr) vs. bedarfsorientiert

Voraussetzung für die konstruktive Durchführung ist, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter anderem:

- andere Teilnehmer annehmen können
- auf die Gefühle anderer Teilnehmer eingehen oder sie akzeptieren können

- insgesamt versuchen zu verstehen, was das Anliegen der Teilnehmer an die Gruppe sein könnte (Botschaft/Information, Frage, Bitte, Appell)

Supervision erreicht ihr Ziel nicht, wenn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer

- die Worte anderer Teilnehmer zu interpretieren versuchen
- oder irgendwelche psychischen Probleme dahinter vermuten
- oder irgendeine Absicht annehmen, warum der/die andere ausgerechnet jetzt etwas Bestimmtes sagt.

Im Problembereich Teamsituation sollten die Teammitglieder gelernt haben, miteinander im konstruktiven Sinne umzugehen, und auch selbst gelernt haben, »Feedback« durch andere anzunehmen. Wenn dies der Fall ist, können z.B. folgende Punkte in der Supervision angesprochen werden:

- Konkurrenz um bestimmte Tätigkeiten
- Überforderung, Überschreitung der Kompetenzen
- Umgang mit Fehlern in der Arbeit
- soziale Schwierigkeiten (Arbeitszeit, Arbeitsleistung, Pausen ...)
- soziale Aktionen (gemeinsames Kaffeekochen, Einkaufen für Jausen usw.)
- Risikowahl/Unfallgefahr und Sicherheitsmaßnahmen
- Umgang mit Medikamenten
- Umgang mit Süchten (Nikotin, Alkohol ...)

Coaching

Coaching ist eine Spezialform der Supervision und kann zu dieser hinführen. Es liefert eine Anleitung zur Erkennung der eigenen Stärken (Ressourcen) und enthält keine Belehrung und keine Anweisung für Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Coaching in Gruppen zur Teamentwicklung beinhaltet:

- Entwickeln eines Wir-Gefühls als Voraussetzung für Supervision
- Erkennen der Stärken der anderen Gruppenmitglieder
- Aufteilung von Aufgaben entsprechend der Stärken der Gruppenmitglieder

Ein Coach ist jemand, der, ohne sich selbst einzubringen, in jemand anderem Stärken entwickeln kann.

Konflikt-Bearbeitung – Mediation (nach J. Fritsche 2008)

Eine Möglichkeit, mit Konflikten positiv umzugehen, ist Mediation. Mediation sucht nicht nach Schuldigen, sondern versucht, die Bedürfnisse und Interessen aller Beteiligten zu erhellen, um gemeinsam Konflikte zu lösen. Traditionell werden Konflikte durch direkte Verhandlungen der Beteiligten oder – wenn diese scheitern – durch eine verbindliche Entscheidung beispielsweise der Führungskraft beigelegt. Diese Entscheidung führt häufig zu Ergebnissen, die den Interessen nicht gerecht werden. Außerdem führt, wie eine Befragung der österreichischen WirtschaftsmediatorInnen zum Thema »Neue Wege der Ergebnisverbesserung« zeigt, der positive Umgang mit Konflikten zu einer durchschnittlichen Ersparnis von 643 Euro pro Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter und Jahr.

Mediation bietet auch in scheinbar festgefahrenen Situationen noch Lösungsmöglichkeiten. Mediatorinnen und Mediatoren als allparteiliche Dritte sorgen dafür, dass alle Beteiligten die Gelegenheit haben, ihre Sichtweise darzustellen, und begegnen diesen mit Wertschätzung und Akzeptanz. In der Mediation werden die Bedürfnisse und Interessen der Konfliktparteien geklärt, die hinter den Meinungsverschiedenheiten stehen. Mit diesen Erkenntnissen und der Unterstützung der Mediatorinnen und Mediatoren gelingt es den Beteiligten in den meisten Fällen, gemeinsam Lösungen zu entwickeln, wie sie in Zukunft miteinander umgehen wollen. Neben der Hinzuziehung von Konfliktpertinnen und -experten, wie Arbeitspsychologinnen und -psychologen oder Mediatorinnen und Mediatoren, sind auch unternehmensinterne Maßnahmen ein wichtiger Beitrag für eine positive Konfliktkultur im Unternehmen. Dazu zählt die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und insbesondere der Führungskräfte bis hin zur Etablierung eines Konfliktmanagements mit internen Konfliktlotsen, aber auch die Verankerung des offenen Umgangs mit Konflikten im Unternehmensleitbild.

Literatur

- AUVA (2003): Sicherheitsinformation, Evaluierung, Gefahren ermitteln & beseitigen, HUB – E 14-0903. Aktualisierte Auflage
- Cannon, W.B. (1914): The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. Reprint in: American Journal of Physiology 33: 356-372.

- Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen, 19. Ausgabe: August 2007, Herausgeber und Verleger: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1031 Wien, Seite 17
- Faust, V.: Zentrum für Psychiatrie – Die Weissenau, Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm, D – 88214 Ravensburg, <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/>
- Fritsche, J. (2008): »Wenn der Arbeitsplatz zur Mühsal wird...«, SVP-News, 3/2008, Arbeiterkammer Niederösterreich, Wien
- Gartlehner, G. (2008), Gibt es internationale Erklärungsmodelle für den Anstieg psychiatrischer Erkrankungen? Invalidität im Wandel, Donau Universität Krems. Impulsreferat – Teil I
- Glasl, F./Lievegoed, V. (2004): Dynamische Unternehmensentwicklung. Organisationsentwicklung in der Praxis, Band 6: Grundlagen für ein nachhaltiges Change Management (Orientierung und praktische Hilfen für Führungskräfte für ihre heutigen Aufgaben). Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Freies Geistesleben), 2. Auflage Guilford, J.P. (1985): The nature of human intelligence. New York: McGraw-Hill
- Hackl-Gruber, W./Haiden, C./Marschall, C./Schwendenwein, G./Wittmann, A. (2001): StRes.Moderator, Stressoren Ressourcen Moderation, Wien
- Initiative Arznei und Vernunft (2006): Vernünftiger Umgang mit Medikamenten, Depressive Erkrankungen, Patienten-Informationen, 1. Auflage
- KABA, A./Glaser, A./Hallström, I./Huber, E./Jäger, F./Kührer, C./Pichler, P./Pospischil, E./Weichselbaum J. (2006): Schwere Arbeit leicht gemacht, ein Leitfaden für die Ermittlung von Gefährdungen und Belastungen in der Altenpflege; Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Wien
- Karasek, R.A./Theorell, T. (1990): Healthy work. New York: Basic Books.
- Kirchler, E./Rodler, C. (2001): Motivation in Organisationen, Arbeits- und Organisationspsychologie 1, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, S. 52-72
- Lembke, G. (2004): Die Lernende Organisation als Grundlage einer entwicklungsfähigen Unternehmung, Marburg: TECTUM Verlag,
- Meyer, M. (2001): Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Bd. 21, Bremerhaven
- Molnar, M./Geißler-Gruber, B./Haiden, C. (2008): IMPULS Broschüre, Erkennen von Stressfaktoren und Optimieren von Ressourcen im Betrieb, 13. Auflage, Wien
- Richter, P./Kirschner, A. (2005): Psychosoziale Arbeitsfaktoren bei der Diagnostik von Rückenschmerzen, 12. Erfurter Tage – Symposium zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen der BGN, vom 2.-3. Dezember 2005, Seite 1
- Schuler, Heinz (Hrsg.) (2003): Lehrbuch Organisationspsychologie, Bern: Hans Huber, 3. überarb. u. erg. Auflage
- Siegrist, J./Starke, D./Chandola, T./Godin, I./Marmot, M./Niedhammer, I./Pe-

- ter, R. (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Sciences & Medicine*, 58, 1483-1499.
- Sladek Ulla/Kapeller, Doris/Pretterhofer Ingeborg (2006): Aus Erfahrungen lernen; Zielgruppenerreichung, Weiterbildungsbarrieren und Lernen aus der Sicht ehemals lernungsgewohnter Frauen, Empirische Untersuchung und Entwicklung neuer Strategien, Wien, Juni (siehe Weblink learnforever)
- TBS NRW e.V. (Hrsg.) (2002): Organisations- und Personalentwicklung in transformierten Betrieben, Broschüren der Technologieberatungsstelle beim DGB NRW zur Gestaltung von Arbeit, Technik, Organisation und Gesundheit Heft 53, Oberhausen o.J., zu bestellen unter: www.tbs-nrw.de
- Thorndike, E.L. (1920): Intelligence and its use, *Harper's Magazine*, 140, S. 227-235
- Toplak, H. (2005): Das Metabolische Syndrom – Beginn des »Tödlichen Quartetts«?, *Journal für Kardiologie* 2005; 12 (Supplementum C), S. 6-7
- Ulich, E. (2001): *Arbeitspsychologie*, 5. Auflage, Zürich/Stuttgart, S.186ff.
- Yusuf, S./Hawken, S./Onpuu, S./Dans, T./Avezum, A./Lanas, F./McQueen, M./Budaj, A./Pais, P./Varigos, J./Lisheng, L. (2004): Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 937-952.

Weblinks

Soziale Kompetenz (mit einer Übersicht über alle Kompetenzen):
<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/SozialeKompetenz.shtml>

Modelllernen: Psychologische Grundlage für soziales Lernen:
<http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/LERNEN/Modelllernen.shtml>

Organisationsentwicklung:
<http://www.ergo-online.de/site.aspx?url=html/arbeitsorganisation/organisationsentwicklung/organisationsentwicklung.htm>

Lebenslanges Lernen:
<http://www.learnforever.at>

Alternsgerechte Arbeit:
<http://www.arbeitundalter.at/>

Lernende Organisation:
<http://www.kmu-blog.info/>

Supervision und Coaching:
<http://www.oevs.or.at/>
<http://www.dgsv.de/>

Erwin Hutterer

In vier Phasen zum Erfolg der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Oder: »Und wenn ich nicht mehr weiter weiß, dann bilde ich einen Arbeitskreis«

Der Untertitel enthält eine gängige Phrase, die jeder kennt und bestimmt auch schon mal abschlägig gebraucht hat. Ironisiert werden im Volksmund Arbeitskreise als institutionalisierte Ratlosigkeit angesehen. Doch der Arbeitskreis steht oft zu Unrecht in einem schlechten Licht.

Was ist nun ein Arbeitskreis? Der Arbeitskreis – auch Einfluss-Projektorganisation genannt, ist eine meist eher formlose Vereinigung von Personen mit einem bestimmten gemeinsamen Ziel. Einen für alle Beteiligten akzeptablen Weg zu diesem Ziel auszuarbeiten, ist Aufgabe des Arbeitskreises. Warum ist das in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) so wichtig? In der Praxis kann man beobachten, dass die Gesundheitsförderung allgemeingültig als hehres Ziel und – im Hinblick auf die Luxemburger Deklaration von 1997 – auch für Betriebe europaweit einen großen Stellenwert bekommen hat, bei der Umsetzung jedoch eher genauso ideell als praktisch gesehen wird. Es darf nichts kosten! Deshalb wird der personelle Aufwand so gering wie möglich gehalten. Ein »Kümmerer« im Betrieb – oft die Mitarbeitervertretung – ist schnell gefunden. Mit den nötigen Entscheidungskompetenzen und Arbeitsressourcen wird dieser aber meist nicht ausgestattet. Selbst wenn dies so wäre, liegt es doch an ganz alltäglichen Ereignissen wie z.B. einer Krankheit, einer Beförderung, einem größeren Auftrag, und der »Kümmerer« kann sich nicht mehr mit seiner Aufgabe befassen. Die mit viel Engagement begonnene Arbeit wird vertagt.

Soll also das Ziel erreicht werden, nämlich die gesundheitliche Situation am Arbeitsplatz zu verbessern und die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Belegschaft zu entwickeln, kann dies nur Erfolg

haben, wenn es als Aufgabe der Unternehmensleitung und der Führungskräfte verstanden wird. Dieses Verständnis konstituiert sich vornehmlich in einem betrieblichen Lenkungs-gremium, dem Arbeitskreis Gesundheit. Im Rahmen eines Projektes der betrieblichen Gesundheitsförderung bildet der Arbeitskreis Gesundheit ein innerbetriebliches Steuerungsgremium. Ihm gehören in der Regel Vertreter der Betriebsleitung, der Mitarbeitervertretung, betriebliche Gesundheitsexperten sowie bei Bedarf auch externe Fachkräfte an.

Ursachenforschung statt Schuldzuweisung

Als Einstieg für die innerbetrieblichen Gesundheitsexperten eignen sich folgende Fragestellungen:

Betriebsarzt:

- Welche routinemäßigen Untersuchungen führen Sie im Betrieb durch? Zu welchen Ergebnissen führen diese?
- Treten im Betrieb bestimmte Erkrankungen gehäuft auf?
- Können Sie spezifische Erkrankungen bestimmten Abteilungen, Arbeitsplätzen oder Tätigkeiten zuordnen?
- Fühlen sich Mitarbeiter durch ihre Tätigkeiten gesundheitlich belastet?
- Klagen Mitarbeiter bei Ihnen über Einschränkungen, die noch keinen »Krankheitswert« haben (z.B. Verspannungen, Schlafprobleme, dicke Beine etc.)?
- Spielen Suchterkrankungen im Betrieb eine Rolle?
- Sind Ihnen besondere Beschwerden von Mitarbeitern bekannt?

Sicherheitsfachkraft/ASA:

- In welchen Schritten läuft die Produktion ab?
- Welche Tätigkeitsfelder gibt es? Sind diese mit typischen physischen bzw. psychischen Belastungen behaftet?
- Gibt es typische Arbeitsunfälle im Betrieb; wo treten diese auf?
- Gibt es typische Belastungen im Betrieb (Ergebnisse der Gefährdungsanalyse z.B.)?
- Sind Ihnen besondere Beschwerden von Mitarbeitern bekannt?

Betriebsrat:

- Liegen Ihnen konkrete Beschwerden über bestimmte Arbeitsplätze vor?
- Werden diesbezüglich innerbetriebliche Veränderungsvorschläge gemacht?
- Wie schätzen Sie das Betriebsklima ein? Weisen Beschwerden von Mitarbeitern auf Probleme oder Schwachstellen hin?
- Sind Ihnen besondere Beschwerden von Mitarbeitern bekannt?

Umweltbeauftragter:

- Wird im Betrieb mit belastenden Chemikalien gearbeitet? Um welche Chemikalien handelt es sich dabei?
- Welche Schadstoff- bzw. Umweltbelastungen treten in den verschiedenen Abteilungen auf?
- Sind Ihnen besondere Beschwerden von Mitarbeitern bekannt?

Weitere Informationen und Zielsetzungen können sich durch externe Analysen festigen. Die AOK kann mit Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten, Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitszirkeln und Bewegungsanalysen unterstützen und diese im Arbeitskreis Gesundheit präsentieren und interpretieren. Idealtypisch lässt sich das gesamte Vorgehen in Analogie zum Management-Regelkreislauf in vier Phasen darstellen.

1. In der *Planungsphase* werden die Ziele, der Aufbau und der Ablauf der betrieblichen Gesundheitsförderung festgelegt.

2. In der *Analysephase* geht es darum, den gegebenen Ausgangszustand der Gesundheits- und Belastungssituation im Betrieb zu erfassen.

3. In der *Gestaltungsphase* steht die zielgerichtete Umsetzung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen im Vordergrund.

4. In der *Überprüfungsphase* werden Effektivität und Effizienz der einzelnen Maßnahmen kontrolliert sowie der Erfolg der betrieblichen Gesundheitsförderung insgesamt bewertet.

Tue Gutes und sprich darüber

Natürlich darf und soll sich der Arbeitskreis Gesundheit auch bei der Belegschaft als solcher vorstellen. Sobald die Zielsetzungen bekannt und die ersten Maßnahmen geplant sind, ist es Zeit, »öffentlich« zu wer-

den. Die Transparenz der Analysen und Aktivitäten gewährleistet erst den wahren Erfolg der betrieblichen Gesundheitsförderung, nämlich die Akzeptanz und damit die Nachhaltigkeit der Maßnahmen bei den Adressaten im Betrieb, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Ein ergonomisch richtig eingestellter (PC-)Arbeitsplatz mag zuerst durchaus als Gängelei angesehen werden. Erst die vorhergehenden Informationen und evtl. Schulungen dazu lassen mit der Zeit den Sinn und Wert erkennen und damit auch erhalten.

Die Analyse der Betriebsverpflegung nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und die evtl. Anpassung der Zubereitung im Hinblick auf Ausgewogenheit und bedarfsgerechte, fettarme Zubereitung mag nicht populär sein, wird aber mit begleitenden Informationen wie Seminaren und Vorträgen durch externe Fachkräfte nachvollziehbar und mit Aktionen wie z.B. Casinoaktionen als Genuss erlebbar. Auch das ist Aufgabe des Arbeitskreises Gesundheit.

Popularisierung eines Begriffs

Der schon beschriebene Management-Regelkreislauf ist also das Gerüst des Arbeitskreises Gesundheit. Hier laufen alle Informationen zusammen, hier werden die Ziele gesetzt, Maßnahmen geplant und auch wieder bewertet. In jedem Fall ist, neben den beschriebenen Strategien, die Festigung der Nachhaltigkeit der durchgeführten Maßnahmen eine große Herausforderung für den Arbeitskreis Gesundheit. Nachhaltige Entwicklung ist die Übersetzung des englischen Begriffes »sustainable development«. Für diesen Begriff gibt es in der deutschen Sprache über 70 Übersetzungsvarianten. Neben »nachhaltige Entwicklung« ist eine andere stark gebräuchliche Übersetzung »zukunftsfähige Entwicklung« oder »Zukunftsfähigkeit«. Weitere Übersetzungsmöglichkeiten sind dauerhafte Entwicklung, zukunftsbeständige Entwicklung, zukunftsverträgliche Entwicklung und durchhaltbare Entwicklung.

Die Bedeutung der Begriffe mag zwar dem ursprünglichen Wort-sinn entsprechen, deckt sich aber nicht mit der seit langer Zeit in der Umgangssprache geläufigen Bedeutung von »sich auf lange Zeit stark auswirkend« oder »längere Zeit anhaltende Wirkung«.

Durch die Häufigkeit der Verwendung des Begriffs insbesondere in den Medien existieren heute im Sprecherbewusstsein beide Begriffe parallel. Der Verdacht liegt nahe, dass aufgrund dieser Popularität die

Aussagekraft des Begriffes stark abgenommen hat und es häufig zu einem Verwaschen und zu einer Vermengung der beiden Bedeutungen kommt. Der Begriff wird daher häufig ohne ein tatsächliches Verständnis seiner Sinnhaftigkeit als Modewort benutzt. Das wäre ein Kardinalfehler. Denn wie populär die Begriffe Nachhaltigkeit, Prävention und Gesundheitsmanagement auch sind – im Endeffekt geht es um gesundheitsgerechte Arbeitsplätze und -situationen, die jeden im Betrieb erreichen und zu Gute kommen sollen. Das passiert nicht mit einem Vortrag und/oder einer Rückenschule. Die damit erzielten Effekte sind eher zufälliger Natur. Regelmäßige Sitzungen insbesondere zur Analyse und Bewertung der beschlossenen und umgesetzten Maßnahmen sind deshalb eine der Hauptaufgaben des Arbeitskreis Gesundheit.

Schluss mit Phrasen

Die AOK mit ihrem Selbstverständnis als Gesundheitskasse verfügt über umfangreiche Erfahrungen bei der Entwicklung von Gesundheitsprogrammen. Fachkundige AOK-Spezialisten führen individuell auf den Betrieb zugeschnittene Analysen durch, auf denen konkrete Maßnahmen aufbauen. Dabei werden die Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter systematisch in die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen einbezogen.

Der Service »Gesunde Unternehmen« beinhaltet deshalb prozessorientierte Instrumente, wie z.B. die Mitarbeiterbefragung oder den Gesundheitszirkel. Die Projektarbeit kann dann in den definierten Handlungsfeldern arbeitsbedingte, körperliche Belastungen, gesundheitsgereichte Mitarbeiterführung und Stressmanagement beginnen.

Mehr als 2.200 Unternehmen nutzten 2007 den Expertenrat der AOK Bayern zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Von den daraus entwickelten Maßnahmen profitierten insgesamt über 800.000 Beschäftigte. Für 1.500 Betriebe waren betriebsbezogene Analysen zum Krankenstand im Unternehmen das wichtigste Thema. In 578 Unternehmen gab es umfangreiche Gesundheitsprojekte, darunter über 400 Rückenstrainings. Einen deutlichen Anstieg verzeichneten auch die Angebote zum Stressmanagement.

Die Firmenkundenberater der AOK Bayern stehen in 39 Direktionen als erste Ansprechpartner für interessierte Firmen zur Verfügung. Informieren Sie sich auch unter www.aok.de und www.aok-business.de.

Literaturhinweise

Eine Auswahl

- DGB Bildungswerk e.V.: »11. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung: Lebenslanges Lernen: Hält gesund und fördert die Beschäftigungsfähigkeit«, Starnberg 2007. Zu bestellen bei: sieglinde.tefs@dgb-bildungswerk.de
- DGB Bildungswerk e.V.: »10. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung: Eingliedern statt entlassen – ein betriebliches Eingliederungsmanagement aufbauen«, Starnberg 2006. Zu bestellen bei: sieglinde.tefs@dgb-bildungswerk.de
- DGB Bildungswerk e.V.: 8. Workshops Betriebliche Gesundheitsförderung: Prävention – Erfolge durch gemeinsames Handeln der Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger«, Starnberg 2004. Zu bestellen bei: sieglinde.tefs@dgb-bildungswerk.de
- DGB Bildungswerk e.V.: »1. Werkstatt Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen – Betriebliches Eingliederungsmanagement«, BMW Regensburg 2005, zu bestellen bei: sieglinde.tefs@dgb-bildungswerk.de
- DGB Bildungswerk e.V.: »2. Werkstatt Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen – Betriebliches Eingliederungsmanagement«, Berliner Stadtreinigung 2006, zu bestellen bei: sieglinde.tefs@dgb-bildungswerk.de
- Giesert, Marianne/Geißler, Heinrich: »Betriebliche Gesundheitsförderung. Analyse und Handlungsempfehlungen.« Frankfurt a.M.: Bund-Verlag 2003
- Giesert, Marianne/Tempel, Jürgen: »Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben – Fakten und Chancen des Alters und Alterns im Arbeitsleben«, Hrsg: Gemeinschaftsinitiative Gesünder arbeiten, Düsseldorf 2005. Zu bestellen bei: sieglinde.tefs@dgb-bildungswerk.de
- Giesert, Marianne/Wendt, Cornelia: »Handlungsleitfaden für ein betriebliches Eingliederungsmanagement« Düsseldorf 2007, gefördert durch die Initiative Jobs ohne Barrieren
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen: »Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?«, Hrsg. von Marianne Giesert, DGB Bildungswerk e.V. Hamburg: VSA 2002

| Veranstaltungshinweise

12. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung: Prävention: Pflicht und Kür – es lohnt sich für Sie!

15.-18.6.2008 WSG 408036021
DGB-Bildungszentrum Starnberger See
Ferdinand-von-Miller-Straße 7
82343 Pöcking



Sonntag, 15.6.2008

- 16:30 Uhr Empfang und Stehcafé
Begrüßungscocktail
- 17:00 Uhr **Begrüßung und Einführung**
Dipl. Soz. Ök. Marianne Giesert,
Leiterin des Kompetenzzentrums
Arbeit und Gesundheit, DGB Bil-
dungswerk
- 17:15 Uhr **Prävention – Human und Effizient**
Prof. Dr. Lutz Packebusch,
Hochschule Niederrhein
- 18:30 Uhr reichhaltiges Abendbuffet

Montag, 16.6.2008

- 7:00 Uhr »Mit Energie in den (Arbeits-)Tag« – Walking
- 9:00 Uhr **Aktueller Stand der Prävention und Strategien zur Verbesserung**
Dr. Hanns Pauli, DGB Bundesvorstand Bereich Sozialpo-
litik
- 10:00 Uhr Bewegungspause
- 10:30 Uhr **Betriebliche Prävention – eine Einheit**
Wolfgang Rombach, Ministerialdirigent, Leiter der Unter-
abteilung Prävention, Rehabilitation und Behindertenpo-
litik im Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- 11:30 Uhr Bewegungspause

- 11:45 Uhr **Rechtliche Grundlagen und Urteile zur Prävention – Betriebliches Eingliederungsmanagement und Gesundheitsförderung**
Prof. Dr. Wolfhard Kohte, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Forum für Fragen aus der Praxis

- 12:30 Uhr Kulinarisches aus heimischen Seen
 14:00 Uhr Kaffee
 14:15 Uhr Vertiefende Diskussion in moderierten Arbeitsgruppen
Arbeitsgruppe A: Gesetzliche Anforderungen für Prävention
 Moderation: *Dr. Jürgen Reusch*, Redaktion Gute Arbeit
Arbeitsgruppe B: Kooperationsbedarfe zur Prävention
 Moderation: *Dr. Josef Kuhn*, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
 15:15 Uhr Bericht aus den Arbeitsgruppen
 15:45 Uhr Bewegungspause
 16:00 Uhr **Welche Faktoren fördern Prävention und Rehabilitation?**
Dr. Friedrich Mehrhoff, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Rehabilitation und Grundsätze, Leiter des Stabsbereichs Rehabilitationsstrategien und -grundsätze
 16:45 Uhr Bewegungspause
 17:00 Uhr **Präventives Gesundheitsmanagement durch integrierte Personal- und Organisationsentwicklung**
Dr. Anna Paul, Leiterin Ordnungstherapie und Mind/Body Medicine, Kliniken Essen-Mitte
 18:00 Uhr Großes Barbecue auf unserer See-Terrasse

Dienstag, 17.6.2008

- 7:00 Uhr »Mit Energie in den (Arbeits-)Tag« – Walking
 9:00 Uhr **Präventionsziel Kapitalisierung der Gesundheit? Grenzen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Alltag**
Dr. Jürgen Tempel, Arbeitsmediziner, Hamburg
 10:00 Uhr Bewegungspause
 10:30 Uhr Arbeitsgruppen zum Thema
 11:30 Uhr **Markt der Möglichkeiten**
 Projekte, Netzwerke und gute Beispiele stellen sich vor
 Moderation: *Dr. Jürgen Reusch*

- 12:30 Uhr Leichtes Sommer-Menü
- 14:00 Uhr **Prävention: Pflicht und Kür in einer Bundesverwaltung**
Horst Peters, Stabstelle Gesundheitsförderung beim Bundesamt für Zivildienst
Der gesund erhaltende Betrieb
Wilfried Stenz, Betriebsratsvorsitzender Fa. Rasselstein, Andernach
- 14:45 Uhr Kaffee
- 15:15 Uhr Arbeitsgruppen zu den Impulsreferaten
Arbeitsgruppe A: Bundesamt für Zivildienst – Prävention in einer Bundesverwaltung.
 Moderation: *Cornelia Wendt*, DGB Bildungswerk
Arbeitsgruppe B: Fa. Rasselstein – Prävention in einem produzierenden Betrieb.
 Moderation: *Dr. Jürgen Tempel*
- 16:00 Uhr Bericht aus den Arbeitsgruppen
- 16:45 Uhr Bewegungspause
- 17:00 Uhr **Betriebsvereinbarungen zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung: Stand und Ausblick**
Dr. Manuela Maschke, Referatsleiterin Archiv Betriebliche Vereinbarungen, Hans-Böckler-Stiftung
Tipps und Impulse für die Praxis
- 18:00 Uhr Bella Italia! Anti Pasti: Vorspeisen-Variationen und viel Gemüse
- Mittwoch, 18.6.2008
- 7:00 Uhr »Mit Energie in den (Arbeits-)Tag« – Walking
- 9:00 Uhr **Betriebliches Gesundheitsmanagement – Erfahrungsbericht über neue Netzwerkansätze**
Dr. Michael Drupp, Leiter des Instituts für betriebliche Gesundheitsförderung, BGF GmbH
Reimund Overhage, Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Peter Krauss-Hoffmann, BAuA, Initiative Neue Qualität der Arbeit
- 9:45 Uhr **Betriebliches Eingliederungsmanagement – Erfahrungsbericht über einen neuen Netzwerkansatz**
Klaus Leuchter, Vertriebsbeauftragter Schleswig-Holstein, IKK Nord

- 10:00 Uhr Vitale Pause
- 10:15 Uhr Arbeitsgruppen:
Arbeitsgruppe A: Netzwerk – Gesundheitsmanagement
Moderation: *Dr. Manuela Maschke*
Arbeitsgruppe B: Netzwerk – Betriebliches Eingliederungsmanagement
Moderation: *Cornelia Wendt*
- 11:00 Uhr Bericht aus den Arbeitsgruppen
- 12:00 Uhr Kostbarkeiten aus Wald und Flur
- 13:15 Uhr **Zusammenfassung der Workshopergebnisse**
Besondere Erkenntnisse für die Praxis
- 14:00 Uhr **Initiativen im Betrieb**
Absprachen, Kooperationen für weitere Aktivitäten und Begleitung von Projekten
- 15:30 Uhr **Beratungsbüro für Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung**
- 16:30 Uhr Ende der Veranstaltung

Rahmenprogramm mit *Benno Zöllner*, Maler und Kunsttherapeut, Bittkau-Elbe

Der 13. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung findet vom 21.-24.6. 2009 im DGB-Tagungszentrum Starnberger See statt.

Unterschiedliche ReferentInnen aus Deutschland und Österreich berichten über Projekte und Handlungsmöglichkeiten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Betrieb. Spannende Diskussionen und interessante Arbeitsgruppen geben der eigenen Arbeit neue Impulse.

Schauen Sie auch im Internet unter www.betriebsratsqualifizierung.de



1. Gesundheitsgipfel: Prävention und Gesundheitsförderung – Führung und Gesundheit

3.-6.8.2008, Zugspitzdorf Grainau

Erstmalig führt das DGB Bildungswerk den Gesundheitsgipfel Prävention und Gesundheitsförderung durch. Der »Gesundheitsgipfel« findet an der Zugspitze statt. Dieser Ort soll die besondere Bedeutung der Veranstaltung herausstellen und als Plattform und jährlicher Höhepunkt des Austausches und der Inspiration für neue Impulse und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung dienen. Expertinnen und Experten aus Politik, den Betrieben und der Gesellschaft bieten die Möglichkeit an, neue Ideen und erprobte Beispiele näher zu durchleuchten, um daraus Strategien für die eigene individuelle und betriebliche Praxis zu gewinnen.

Das Thema »Führung und Gesundheit« soll Schwerpunkt des 1. Gipfels sein. Präsentiert und diskutiert werden unterschiedliche Möglichkeiten, Führungskräfte auf allen Ebenen eines Unternehmens für eine aktive, präventive Gesundheitspolitik zu gewinnen, da dies ein »Mehr« an tatsächlich erzielter Gesundheit und Wettbewerbsfähigkeit für die Betriebe zur Folge hat.

Der 2. Gesundheitsgipfel: Prävention und Gesundheitsförderung findet vom 2.-5.8.2009 im Zugspitzdorf Grainau statt.

Weitere Informationen dazu: www.betriebsratsqualifizierung.de

I Die Autorinnen und Autoren

Annelie Buntenbach, Mitglied des Geschäftsführenden DGB-Bundesvorstands, Berlin

Dr. Michael Drupp, Leiter des Instituts für betriebliche Gesundheitsförderung, BGF GmbH, Hamburg (michael.drupp@nds.aok.de)

Mag.^a Brigitta Geißler-Gruber, geschäftsführende Gesellschafterin der arbeitsleben Geißler-Gruber KG in Gmunden. Beraterin für Betriebliche Gesundheitsförderung seit 1999. www.arbeitsleben.com

Marianne Giesert, Leiterin Kompetenzzentrum Arbeit und Gesundheit, DGB Bildungswerk e.V., Düsseldorf (marianne.giesert@dgb-bildungswerk.de)

Erwin Hutterer, Berater für Betriebliche Gesundheitsförderung AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Direktion München (erwin.hutterer@by.aok.de)

Ing. Dr. phil. Alexander Kaba, Arbeitspsychologe, Gesundheits- und klinischer Psychologe, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich, Wien (alexander.kaba@aknoe.at)

Prof. Dr. Wolfhard Kohte, Professor für Zivil-, Arbeits- und Sozialrecht an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (kohte@jura.uni-halle.de)

Peter Krauss-Hoffmann, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BauA), Initiative Neue Qualität der Arbeit, Dortmund (krauss-hoffmann.peter@baua.bund.de)

Mag.^a Birgit Kriener, Psychologin, Unternehmensberaterin.

Dr. Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, München (joseph.kuhn@lgl.bayern.de)

Klaus Leuchter, Vertriebsbeauftragter Schleswig-Holstein, IKK Nord, Schleswig (klaus.leuchter@ikk-nord.de)

Dr. Manuela Maschke, Referatsleiterin Archiv Betriebliche Vereinbarungen, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf (manuela-maschke@boeckler.de)

Dr. Friedrich Mehrhoff, Leiter des Stabsbereichs Rehabilitationsstrategien und -grundsätze bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Berlin (friedrich.mehrhoff@dguv.de)

Reimund Overhage, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn
(reimund.overhage@bmas.bund)

Prof. Dr. Lutz Packebusch, Hochschule Niederrhein, Krefeld (lutz.packebusch@fh-niederrhein.de)

Dr. Anna Paul, Leiterin Ordnungstherapie und Mind/Body Medicine, Kliniken Essen – Mitte (a.paul@kliniken-essen-mitte.de)

Hanns Pauli, DGB Bundesvorstand Bereich Sozialpolitik, Berlin (hanns.pauli@dgb.de)

Horst Peters, Stabstelle Gesundheitsförderung beim Bundesamt für Zivildienst, Köln (horst.peters@baz.bund.de)

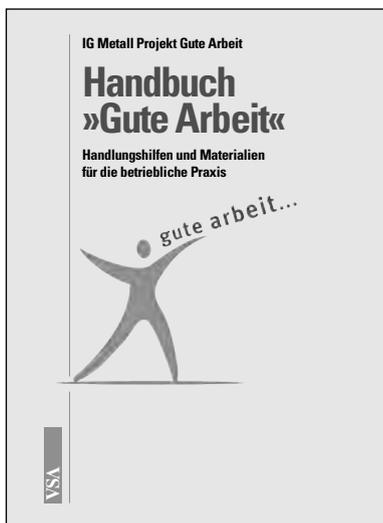
Dr. Jürgen Reusch, verantwortlicher Redakteur »Gute Arbeit. Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung«, Frankfurt (juergen.reusch@aib-verlag.de)

Wolfgang Rombach, Ministerialdirigent und Leiter der Unterabteilung Prävention, Rehabilitation und Behindertenpolitik, Bundesministerium für Arbeit und Soziales Berlin und Bonn (wolfgang.rombach@bmas.bund.de)

Wilfried Stenz, Betriebsratsvorsitzender Fa. Rasselstein, Andernach (wilfried.stenz@thyssenkrupp.com)

Dr. Jürgen Tempel, Arbeitsmediziner, Hamburg (juergen.tempel@arbeit-alterwohlbefinden.de)

VSA: Gute Arbeit ist machbar



352 Seiten; Hardcover; mit CD; € 19.80
ISBN 978-3-89965-255-0

Dieses Handbuch richtet sich an Betriebsräte, Vertrauensleute und alle Gewerkschafterinnen und Gewerkschafter, die menschengerechte Arbeitsgestaltung wieder stärken wollen.

Hilde Wagner (Hrsg.)

Arbeit und Leistung – gestern und heute

Ein gewerkschaftliches Politikfeld

256 Seiten; € 16.80

ISBN 978-3-89965-238-3



256 Seiten; € 17.80
ISBN 978-3-89965-256-7

Die Studie geht den Erfahrungen technischer Experten und spezialisierter Facharbeiter und Angestellten in den Automobil-, Maschinenbau- und Informatikbranchen nach.

Alfred Oppolzer

Gesundheitsmanagement im Betrieb

Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit

224 Seiten; € 17.80

ISBN 978-3-89965-216-1

T. Brandt/Th. Schulten/G. Sterkel/
J. Wiedemuth (Hrsg.)

Europa im Ausverkauf

Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik

248 Seiten; € 16.80

ISBN 978-3-89965-253-6

www.vsa-verlag.de

Prospekte anfordern!

VSA-Verlag

St. Georgs Kirchhof 6

20099 Hamburg

Tel. 040/28 09 52 77-10

Fax 040/28 09 52 77-50

mail: info@vsa-verlag.de

VSA

VSA: Demografischer Wandel



136 Seiten; € 11.80
ISBN 978-3-89965-297-0
Eine neue Arbeitskultur ist überfällig, um den IT-Beruf nachhaltig gesundheits- und altersgerecht zu gestalten.

Christoph Haug/Rudi Maier/
Berit Schröder (Hrsg.)

Kampf um Teilhabe
Akteure – Orte – Strategien
256 Seiten; € 15.00
ISBN 978-3-89965-299-4



172 Seiten; € 14.80
ISBN 978-3-89965-301-4
Bei der Beschäftigungsförderung Älterer kommt der betrieblichen Interessenvertretung eine zentrale Bedeutung zu, auf die mit den in diesem Band enthaltenen Vorschlägen praxisnah reagiert wird.

Jürgen Tempel/Marianne Giesert/
Juhani Ilmarinen

**Arbeitsfähigkeit 2020 –
Erfolgreich in die Zukunft!**
360 Seiten; ca. € 20.40
ISBN 978-3-89965-307-6

Frank Lorenz/Günter Schneider (Hrsg.)
Ende der Normalarbeit?
Mehr Solidarität statt weniger Sicherheit
– Zukunft betrieblicher
Interessenvertretung
232 Seiten; € 14.80
ISBN 978-3-89965-226-0

www.vsa-verlag.de

Prospekte anfordern!

VSA-Verlag
St. Georgs Kirchhof 6
20099 Hamburg
Tel. 040/28 09 52 77-10
Fax 040/28 09 52 77-50
mail: info@vsa-verlag.de

VSA