



Expertenkommission

Betriebliche

Gesundheitspolitik

ein Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Hans Böckler Stiftung

Bertelsmann Stiftung

und

Hans Böckler Stiftung

Expertenkommission

Betriebliche Gesundheitspolitik

Zwischenbericht

(Gütersloh/Düsseldorf, 22. November 2002)

Vorsitzender der Expertenkommission

Dr. h. c. Hermann Rappe Ehem. Vorsitzender der Industriegewerkschaft
Chemie-Papier-Keramik, Sarstedt

Wissenschaftlicher Leiter der Expertenkommission

Prof. Dr. Bernhard Badura Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Gesamtkoordination

Detlef Hollmann Projektleiter im Themenfeld Gesundheit der Bertelsmann
Stiftung, Gütersloh

Ansprechpartner Hans-Böckler-Stiftung

Dr. Erika Mezger Leiterin Abt. Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung,
Düsseldorf

Inhalt	Seite
A. Ausgangslage und Gründe für die Einrichtung der Expertenkommission	3
B. Zwischenergebnisse der Kommissionssitzungen	11
C. Herausforderungen und Entwicklungsbedarf	14
D. Thesen, Eckpunkte und Prioritäten zukünftiger Arbeit	17
E. Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen	19
AG 1 Wandel der Arbeit – Anforderungen an das Gesundheitsmanagement (Prof. Dr. E. Frieling)	19
AG 2 Gesundheitliche Folgen und Herausforderungen (Prof. Dr. J. Siegrist)	26
AG 3 Zusammenarbeit und Leistungen der überbetrieblichen Akteure (Prof. Dr. R. Rosenbrock)	31
AG 4 Problemverständnis und Handlungsschwerpunkte betrieblicher Akteure (Prof. Dr. D. Frey)	54
F. Literaturverzeichnis	58
G. Anhang	65
Ausgewählte wissenschaftliche Erkenntnisse zu erhöhten psychosozialen Belastungen und gesundheitlichen Folgen bei beruflichen Risikogruppen (Prof. Dr. J. Siegrist)	65
Mitglieder der Expertenkommission und der Arbeitsgruppen	68

A. Ausgangslage und Gründe für die Einrichtung der Expertenkommission

Deutschland ist eine wirtschaftliche Hochleistungsgesellschaft. Hohe wirtschaftliche Leistungen ermöglichen Wohlstand und Lebensqualität. Sie lassen sich jedoch ohne ausreichende Investitionen in das Sozial- und Humankapital auf Dauer nur erbringen auf Kosten von Wohlbefinden und Gesundheit der Erwerbstätigen und durch Überwälzung der entstandenen Schäden auf die Sozialversicherungssysteme.

Ansätze zukunftsfähiger betrieblicher Gesundheitspolitik sind bisher noch viel zu selten zu erkennen. Es bestehen offensichtlich erhebliche Unterschiede sowohl im Grad der Institutionalisierung wie auch in der Systematik und Nachhaltigkeit des Vorgehens im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sowohl innerhalb wie auch zwischen verschiedenen Wirtschaftssektoren bei Groß-, Mittel- und ebenso bei Kleinbetrieben. Soziale und psychische Gefährdungen wie Mobbing, verbreitete Hilflosigkeitsgefühle und Burnout werden in den Betrieben noch viel zu selten systematisch beobachtet, verhindert oder beseitigt. Gesundheitspotenziale in Form gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln mitarbeiterorientierter Führung oder vertrauensvoller Zusammenarbeit werden noch viel zu selten systematisch entwickelt und gepflegt.

Partizipation der Beschäftigten an der Entwicklung einer betrieblichen Gesundheitspolitik ist eher selten – auch weil Gesundheit heute in den Unternehmen, Dienstleistungsorganisationen und Verwaltungen als Thema eine viel zu geringe Priorität hat und weil betriebliche Gesundheitsexperten häufig neben- statt miteinander arbeiten, die überbetrieblichen Akteure Unternehmen noch zu wenig bedarfsgerecht beraten und untereinander zu wenig kooperieren.

In Verbindung mit einer Unternehmensführung, die an immer kurzfristigeren monetären Zielen orientiert ist, bildet dies alles Voraussetzungen, die einer Verbreitung und nachhaltigen Verfolgung einer zukunftsfähigen betrieblichen Gesundheitspolitik im Wege stehen. Es fehlt an finanziellen Anreizen z. B. in Form von Steuererleichterungen und an einem auf Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite verbreiteten Bewusstsein für die Kosten unterlassenen betrieblichen Gesundheitsmanagements und den dadurch entgangenen Nutzen.

Den Unternehmen und Betriebsparteien ist noch viel zu wenig bewusst:

- dass durch eine aktive und nachhaltig verfolgte betriebliche Gesundheitspolitik das Wohlbefinden der Beschäftigten gefördert, Leiden vermieden, die Wettbewerbsfähigkeit erhöht, Kosten gesenkt und die Belastungen unserer Sozialversicherungssysteme gemindert werden können;
- dass eine aktive betriebliche Gesundheitspolitik Wege eröffnet, den notwendigen Strukturwandel in unserer Gesellschaft voranzutreiben durch ihre Beiträge zur Modernisierung der Unternehmen, öffentlichen Verwaltungen, Dienstleistungsorganisationen und des Sozialstaates.

Mit der Gründung einer gemeinsamen Expertenkommission zur betrieblichen Gesundheitspolitik soll der bestehende Handlungsbedarf erfasst, ein neues Leitbild entwickelt und eine Strategie zu seiner Realisierung entworfen werden. Die dazu erarbeiteten Empfehlungen richten sich an die verantwortlichen Akteure und Repräsentanten der Betriebsparteien in den Unternehmen und öffentlichen Dienstleistungsorganisationen, an die überbetrieblichen Akteure in den Sozialversicherungsträgern, an die Verbände, staatlichen Ämter und Ministerien und an die Wissenschaft.

Der hiermit vorgelegte Zwischenbericht fasst unsere bisherigen Analysen und Ergebnisse zusammen und entwickelt daraus Bausteine für eine neue Strategie zur Aktivierung betrieblicher Gesundheitspolitik.

Betriebliche Gesundheitspolitik setzt bei der Organisation, der Arbeitsumwelt, der Arbeitsgestaltung und dem Verhalten von Führung und Belegschaft an. Darin liegt ihr großes präventives Potenzial.

Betriebliche Gesundheitspolitik lässt sich nur in enger Zusammenarbeit zwischen den Betriebsparteien entwickeln. Darin liegt ihre ordnungspolitische Bedeutung.

Betriebliche Gesundheitspolitik fördert die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen. Darin liegt ihre wirtschaftspolitische Bedeutung.

Betriebliche Gesundheitspolitik entlastet die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Darin liegt ihr Beitrag zur Modernisierung der Sozialpolitik.

1. Handlungsbedarf aus Sicht der Wissenschaft

Durch Vernachlässigung aktiver betrieblicher Gesundheitspolitik entstehen den Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen und der Volkswirtschaft insgesamt hohe Kosten durch vermeidbare medizinische Behandlung und durch vermeidbare Fehlzeiten.

Nach einer Berechnung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) belaufen sich die **Kosten, bedingt durch Fehlzeiten**, hierzulande bei konservativer Schätzung auf jährlich über 35 Milliarden Euro (BauA 2001, 65). Darin nicht enthalten sind die Fehlzeiten unterhalb der Karenzzeit von 3 Tagen. Nach Schätzungen macht dies ca. 8% aller gemeldeten Ausfalltage aus. Darin nicht enthalten sind die bei der Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung anfallenden Kosten vermeidbarer Unfälle, Berufskrankheiten, Behandlung und Frühberentung. Darin nicht inbegriffen sind zudem die den Unternehmen entgangenen Wettbewerbsvorteile und Erträge bedingt durch Motivationsverlust, innere Kündigung, Angst, Mobbing oder Burnout. Dieser entgangene Nutzen wiegt ökonomisch vielleicht noch schwerer als die nicht vermiedenen Kosten.

Das Institut für Wirtschaftsforschung (IFO) veranschlagt die **Kosten krankheitsbedingter Produktionsausfälle** im Jahre 2000 auf 4,2% des Bruttoinlandproduktes. Das Bruttoinlandsprodukt erreichte in diesem Jahr einen Wert von 3.976 Milliarden DM. 4,2% davon entsprechen einem Wert von 166,99 Mrd. DM bzw. 85,63 Mrd. € (Osterkamp 2001). Eine ähnlich nachvollziehbare umfangreiche Schätzung **arbeitsbedingter Behandlungskosten und arbeitsbedingter Frühberentung** liegt unseres Wissens bisher ebenso wenig vor wie eine nachvollziehbare Schätzung des u. a. durch innere Kündigung, Burnout oder Mobbing **entgangenen Nutzens**.

Eine erste deutsche Berechnung der arbeitsbedingten Kosten der Krankenversicherung hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin vorgelegt. Ein weiteres Projekt zu Kosten der Frühverrentung ist in Arbeit.

Der ersten repräsentativen Studie zum **Mobbing** in der deutschen Wirtschaft ist zu entnehmen, dass die sozialen Beziehungen quer durch die Wirtschaft beeinträchtigt sind, insbesondere im Sozial- und Gesundheitswesen, beim Verkaufspersonal und bei Fachleuten in Banken, Bausparkassen und Versicherungen. Die dadurch entstehenden Kosten für die Betriebe in Form von nachlassender Arbeitsleistung und Absentismus sind erheblich, ebenso die Kosten für die daraus entstehenden gesundheitlichen Schäden (Meschkutat et al. 2002).

Die **demographische Entwicklung** lässt erwarten, dass in wenigen Jahren das Potenzial an Arbeitskräften deutlich absinkt. Dies wird die Unternehmen dazu zwingen, dafür Sorge zu tragen, dass ihre Beschäftigten gesünder älter werden und der Zufluss an jungen Talenten anhält. Eine besonders wichtige Zielgruppe dabei sind Frauen: Globalisierung, Wettbewerbsdruck und gesellschaftliche Veränderungen machen es insbesondere Frauen immer schwerer, sowohl den Erwartungen in Partnerschaft und Familie wie ihrer beruflichen Karriere gerecht zu werden. Betriebliches Gesundheitsmanagement kann **Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben** („work-life-balance“) erleichtern.

Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit sollte eigentlich von hohem öffentlichen Interesse sein. Darauf abzielende Aktivitäten – wenn sie bedarfsgerecht, wirksam und effizient gestaltet sind – tragen wesentlich dazu bei, Lebensqualität und Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit zu schützen und zu fördern sowie medizinische Behandlungskosten und Kosten der Frühberentung einzusparen. Tatsächlich entfallen gegenwärtig auf Gesundheitsförderung und Prävention nur ganz geringfügige Teile unseres Gesundheitsbudgets. Anderes hat klaren Vorrang, z. B. die Finanzierung von Überkapazitäten in der stationären Versorgung. Mit der beschlossenen **Einführung einer integrierten Versorgung** chronisch Kranker (disease management) sollte auch den Ursachen chronischer Erkrankungen, ihrer Verhütung und Rehabilitation mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. **Die heute das Krankheitspanorama beherrschenden chronischen Krankheiten lassen sich in der Arbeitswelt besonders effizient und nachhaltig bekämpfen**, auch wenn ihre Ursachen teilweise außerhalb der Arbeitswelt liegen.

Kurze Zusammenfassung des Forschungsstandes zum Thema betriebliche Gesundheitspolitik:

1. Das US Department for Health and Human Services beurteilt den Forschungsstand zu den Ursachen vermeidbaren Todes und vermeidbarer Behinderung wie folgt:
 - 10% werden verursacht durch mangelhaften Zugang zu medizinischer Behandlung
 - 20% sind genetisch bedingt
 - 70% sind verursacht durch Einflüsse aus den Lebens- und Arbeitsbedingungen und das davon abhängige Verhalten.

2. Ein hohes arbeitsbedingtes Stressniveau, mangelhafte soziale Unterstützung, Übergewicht und biomedizinische Risikofaktoren sind verbunden mit überhöhten Kosten für die Krankenversorgung und mit hohen Fehlzeiten.
3. Hohe Versorgungskosten und länger anhaltende Fehlzeiten werden hauptsächlich durch eine Hand voll (überwiegend chronischer) Krankheiten verursacht, insbesondere durch Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes, durch Krankheiten des Kreislaufsystems, durch Neubildungen und psychische Störungen, deren Hauptursachen (Stress, mangelhafte soziale Unterstützung, Risikofaktoren) durch Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung beeinflussbar sind.
4. Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung tragen – bei entsprechend professionellem Vorgehen in Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation – zur Verbesserung von Wohlbefinden, Gesundheit und Produktivität, zur Senkung sowohl der betriebswirtschaftlichen Kosten wie auch zur Senkung der Kosten für medizinische Behandlung bei.
5. Durch betriebliche Interventionen vermeidbare soziale und psychische Beeinträchtigungen – z. B. wegen Mobbing, Burnout oder innerer Kündigung – haben einen negativen Einfluss auf Wohlbefinden, Gesundheit und Arbeitsverhalten und mindern dadurch die Wettbewerbsfähigkeit der betroffenen Organisationen.
6. Ein Zusammenhang zwischen arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken, nicht mobilisierten Gesundheitspotenzialen und dem Frühberentungsrisiko darf vermutet werden, ist bisher aber nur vereinzelt nachgewiesen. Hier besteht Bedarf an Forschung und Berichterstattung.
7. Stark überhöhte Fehlzeiten treten besonders bei Berufen mit niedrigem Status, Einkommen und bei niedriger Qualifikation auf. Auch hier besteht weiterer Forschungs- und Berichterstattungsbedarf.
8. Hochrisikobereiche für Gesundheit und Wohlbefinden sind u. a. die Bau- und Metallindustrie, das Sozial- und Gesundheitswesen, Schulen, das Verkehrswesen und der Bereich der Telekommunikation. Die Entwicklung in den einzelnen Berufsgruppen und Branchen ist dabei sehr uneinheitlich, unser Kenntnisstand darüber lückenhaft, bei insgesamt weiter ansteigender Lebenserwartung. Auch hier besteht besonderer Bedarf an Forschung und Berichterstattung.
9. Globalisierung und der Strukturwandel in Richtung Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft erhöhen Zeitdruck, Verantwortung und Komplexität der Arbeitsinhalte, führen in Verbindung mit Fusionen, Verkäufen und anhaltender Restrukturierung zu anhaltender Verunsicherung und verbreiteten Hilflosigkeitsgefühlen.
10. Vielen Unternehmen fehlen Konzepte und Instrumente, um diesen Herausforderungen angemessen zu begegnen.

11. Die Rationalisierungswellen der zurückliegenden Jahre haben in Verbindung mit unterlassener betrieblicher Gesundheitspolitik in einem kaum mehr vertretbaren Umfang zur Überwälzung betriebswirtschaftlicher Kosten auf die Sozialversicherung beigetragen. Vermeidbare Erkrankung und Frühberentung sollten an ihren Wurzeln bekämpft werden. Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt sind dafür zentrale Ansatzpunkte – auch zur Verhinderung eines finanziellen Kollapses von Kranken- und Rentenversicherung (s. dazu im Einzelnen die Zwischenergebnisse der AG 1 und AG 2).

2. Handlungsbedarf aus Sicht der Politik

Lageeinschätzung und Gründe für die Einrichtung der Expertenkommission werden durch die jüngst von der **Kommission der Europäischen Union** veröffentlichte Strategie „Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft“ (Kom (2002)118) nachdrücklich bestätigt. Ziele dieser Strategie sind:

- Verbesserung von „Wohlbefinden“ und „Qualität“ der Arbeit sowie Bekämpfung „neuer“ sozialer und psychischer Risiken.
- Eine „Kultur der Prävention“ durch „Aufbau von Partnerschaften“ zwischen allen Akteuren im Bereich Gesundheit und Sicherheit.
- Bewusstseinsbildung und Hinwirkung darauf, dass innovative Sozialpolitik einen wesentlichen Faktor bildet im globalen Wettbewerb.

Auch die Europäische Kommission verweist auf die hohen Kosten mangelhafter Arbeitsqualität durch krankheitsbedingte Abwesenheit, verlorene Produktionskapazitäten und indirekte Kosten, deren Finanzierung zum größten Teil auf die Unternehmen zurückfällt. Und sie verweist auf Verschlechterungen des Unternehmensimage in der Außensicht der Kunden und der Öffentlichkeit wegen unterlassener Investitionen in die Arbeitsqualität.

Die Europäische Kommission geht dabei aus von einer/m

- höheren Frauenanteil an den Beschäftigten,
- älter werdenden Erwerbsbevölkerung,
- Ausdehnung befristeter Arbeitsverhältnisse, von Teilzeit-, Schicht- und Nachtarbeit und flexibler Organisationsformen sowie eines ergebnisorientierten Personalmanagements,
- Wandel arbeitsbedingter Gefahren, bedingt durch Zunahme von Depressionen, Angstzuständen, Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz insbesondere im Schulwesen und in den Gesundheits- und Sozialdiensten,
- zunehmenden Abhängigkeit von Alkohol und Arzneimitteln.

Die Europäische Kommission fordert u.a. eine Verbesserung unserer Wissensbasis zu diesen Entwicklungen, standardisierte Daten für vergleichende Betrachtungen und Bewertungen („benchmarks“, „best practice“), einen verbesserten Informations- und Erfahrungsaustausch auf diesem Gebiet, eine Förderung guter Arbeitsbedingungen in allen ihren Dimensionen sowie eine interdisziplinäre Vorgehensweise in der Antizipation, Verhütung und Bewältigung sozialer und psychischer Risiken. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf die besondere Bedeutung des Dialogs zwischen den Sozialpartnern und auf die soziale Verantwortung der Unternehmen. Auch die internationale Zusammenarbeit zu diesem Thema gelte es zu intensivieren.

Die **Bundesregierung** hat die Ideen und Vorschläge der EU-Kommission in ihrer „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ aufgegriffen. Die Auftaktveranstaltung dieser Initiative fand am 17. Juni in Berlin statt, unter Beteiligung der beiden Stiftungen, mit erheblicher Resonanz bei den Verbänden, den Betrieben, dem Staat, der Sozialversicherung und der Wirtschaft. Ziel dieser Initiative ist es, das Interesse der Betriebe an wettbewerbsfähigen Arbeitsplätzen besser mit den Interessen der Beschäftigten nach gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen zu verbinden. Mit dieser Initiative soll eine breite öffentliche Debatte zur Beantwortung der Frage angestoßen werden: „Wie wollen wir morgen arbeiten?“ mit dem Schwerpunkt im Gesundheitsschutz. Bundesminister Walter Riester hat in seiner Begrüßungsansprache am 17. Juni vor über 400 Repräsentanten der genannten Akteursgruppen den beiden Stiftungen für ihre Beteiligung gedankt und auf unsere Arbeit als gemeinsame Expertenkommission hingewiesen. Er hat dabei die Bitte geäußert, uns auch der Frage zu widmen, welche Möglichkeiten es gibt, „betriebliche Gesundheitsmaßnahmen in Tarifverträgen zu verankern“ (Riester 2002).

Die Bundesregierung fördert zudem im Rahmen des Programms „Innovative Arbeitsgestaltung – Zukunft der Arbeit“ Programme zur Forschung und Entwicklung auf diesem Gebiet. Erwähnt werden muss in diesem Zusammenhang das vom BMG gegründete „Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung“.

3. Ziele und Organisation der Expertenkommission

Der von den beiden Stiftungen eingesetzten Expertenkommission geht es – ausgehend von den angeführten Argumenten –

- um eine Einschätzung der Stärken und Schwächen betrieblicher Gesundheitspolitik in Deutschland,
- um die Erarbeitung eines zukunftsfähigen Leitbildes für den betrieblichen Umgang mit der Gesundheit der Beschäftigten,
- um die Ermittlung von Entwicklungsbedarf und –möglichkeiten,
- um die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen: für die Unternehmen, die hierzulande zahlreichen überbetrieblichen Akteure und den traditionell stark engagierten Staat.

Zu den Stärken betrieblicher Gesundheitspolitik zählen hierzulande die durch Mitbestimmung und Arbeitsschutz geschaffenen Voraussetzungen partnerschaftlicher Zusammenarbeit im Sinne einer mitarbeiterorientierten betrieblichen Personalpolitik. Zu den Schwächen zählt die Tatsache, dass die hierin für eine konstruktive und zukunftsorientierte Integration personal- und gesundheitspolitischer Aktivitäten liegenden Möglichkeiten bisher zumeist unzureichend oder gar nicht genutzt werden.

Ziel der gemeinsamen Kommission ist es, einen Konsensus über Möglichkeiten und Chancen einer zukunftsorientierten betrieblichen Gesundheitspolitik herzustellen als Keimzelle für ein betriebliche und überbetriebliche Akteure einbeziehendes **Bündnis für Gesundheit**.

Die bisher in der betrieblichen Gesundheitspolitik verfolgten Ziele sind meist reaktiver Natur. Die bei allen Akteuren, weithin auch bei den Beschäftigten, bei überbetrieblichen Akteuren und dem Staat vorherrschende Kultur der Reparatur und Kompensation sollte überwunden werden. An ihre Stelle sollte eine **Kultur der vorausschauenden Problemvermeidung und der Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Chancen** treten. Die gemeinsame Kommission will helfen, diesen Kulturwandel anzustoßen.

Das hierzulande überaus komplexe Geflecht überbetrieblicher Akteure sollte überdacht und reorganisiert werden. Woran es fehlt, ist eine klare Abgrenzung von Verantwortung einerseits und eine kontinuierliche, problemorientierte Zusammenarbeit andererseits – insbesondere aufseiten der Sozialversicherungsträger. Auch die Ziele und Aufgaben der staatlichen Aufsichtsbehörden gilt es neu zu überdenken. Die Kommission will Raum geben für einen entsprechenden Diskurs zur **Aktivierung betrieblicher Eigenverantwortung und zur Überwindung eines ineffizienten Nebeneinanderarbeitens**.

Schließlich gilt es, die **betriebliche Gesundheitsberichterstattung** und den **Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis** aufzubauen bzw. zu intensivieren. An die Stelle disziplinen- bzw. berufsgruppenorientierter Einseitigkeiten sollte auch hier eine stärker problemorientierte Zusammenarbeit treten. Die interdisziplinäre Forschung und Entwicklung auf diesem Gebiet gilt es zu intensivieren. Auch darin liegt ein Ziel der gemeinsamen Kommission.

Neben den genannten Beweggründen bei der Einrichtung der Expertenkommission geht es auch um die Modernisierung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Arbeit kann Gesundheit und Gesundheit Arbeit fördern. In der Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft des 21. Jahrhunderts werden physische Risiken, traditionelle Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle eine geringere Bedeutung haben. Deshalb werden wir uns verstärkt den psychischen und sozialen Risiken und den Gesundheitspotenzialen der Arbeitswelt widmen müssen.

Wohlbefinden und Gesundheit sollten im Zentrum des Interesses der Beschäftigten, der Führungskräfte und betrieblichen Experten stehen: weil dauerhaft hohe wirtschaftliche Leistungskraft nur erhalten und weiter gesteigert werden kann, wenn zugleich auch Mitarbeiterorientierung und modernes Gesundheitsmanagement eine hohe Priorität haben.

Die Arbeit der Expertenkommission ist auf insgesamt drei Jahre angelegt. Im ersten Jahr ihrer Tätigkeit hat sie sich vor allem mit Bestandsaufnahme und Bewertung der Ist-Situation befasst.

Die Expertenkommission ist mit Repräsentanten maßgeblicher Verbände und Institutionen, mit Unternehmenspraktikern und Wissenschaftlern besetzt. Sie tagt zweimal jährlich und erarbeitet ihre Vorschläge im Rahmen von Arbeitsgruppen. Bisher wurden vier Arbeitsgruppen eingerichtet zu den folgenden Themen:

- Wandel der Arbeitswelt (AG 1), Leitung: Prof. Dr. E. Frieling (Kassel)
- Gesundheitliche Folgen und Herausforderungen (AG 2), Leitung: Prof. Dr. J. Siegrist (Düsseldorf)
- Auftrag, Problemverständnis und Handlungsschwerpunkte überbetrieblicher Akteure (AG 3), Leitung: Prof. Dr. R. Rosenbrock (Berlin)
- Auftrag, Problemverständnis und Handlungsschwerpunkte betrieblicher Akteure (AG 4), Leitung: Prof. Dr. D. Frey (München)

B. Zwischenergebnisse der Kommissionsarbeit

1. **Die wichtigsten Akteure betrieblicher Gesundheitspolitik sind die Unternehmen selbst:** Vorstand bzw. Geschäftsführung, Betriebs- bzw. Personalrat, die betrieblichen Gesundheitsexperten und die Beschäftigten. **Mit dieser Position empfiehlt die Expertenkommission einen Paradigmenwechsel in der betrieblichen Gesundheitspolitik,** die in Deutschland immer noch zumeist als Anliegen des Staates im Sinne einer einheitlichen, flächendeckenden Regulierung betrieblicher Einzelmaßnahmen betrachtet wird.

Betriebliche Gesundheitspolitik hat heute in den Unternehmen geringe Priorität – oft über alle Akteursgruppen hinweg. Unternehmen müssen für eine moderne betriebliche Gesundheitspolitik zumeist erst noch befähigt werden. Kleine und mittlere Unternehmen sollten dabei besondere Berücksichtigung finden. Aber auch in größeren und großen Unternehmen besteht aus unserer Sicht beträchtlicher Handlungs- und Entwicklungsbedarf. Befähigung durch Qualifizierung und Austausch von „best-practice“-Beispielen ist wichtig, reicht jedoch nicht aus, um das Eigeninteresse der Betriebe zu wecken. Auch der Gesetzgeber stößt hier an Grenzen, zumal seine Aufsichtsdienste immer mehr der Haushaltslage wegen abgebaut werden. **Finanzielle Anreize sollten als „Hebel“ zur Aktivierung betrieblicher Gesundheitspolitik eingesetzt werden.**

2. Das **Wohlbefinden** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ihr soziales und psychisches Arbeitsvermögen wird neben ihrem physischen Arbeitsvermögen zur zentralen Voraussetzung hoher Leistungskraft und Wettbewerbsfähigkeit. Die Berücksichtigung der Wohlbefinden und Gesundheit beeinflussenden pathogenen und salutogenen Faktoren macht es notwendig, das ganze Unternehmen in den Blick zu nehmen: Führung, Aufbau-, Ablauforganisation, Unternehmenskultur, soziale Beziehungen und nicht mehr nur einzelne Arbeitsbedingungen, Arbeitsinhalte und die technische Ausstattung. Neben der Mensch-Maschine-Schnittstelle wird die Mensch-Mensch-Schnittstelle zum betrieblichen Entwicklungsschwerpunkt.
3. Vision der betrieblichen Gesundheitspolitik ist die **gesunde Organisation**. „Gesund“ ist nach Auffassung der Expertenkommission eine Organisation, die ihre Ziele effizient verfolgt, den Erwartungen der Kunden, Anteilseigner und Mitarbeiter gerecht wird und sich dabei eines modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements bedient. Schwerpunkt der personalpolitischen Reaktionen auf die gewandelten Rahmenbedingungen lagen im vergangenen Jahrzehnt auf „Verschlankung“ und „Verjüngung“ der Belegschaften. Ansätze für eine zugleich zukunfts- und mitarbeiterorientierte Gesundheitspolitik, die aus Sicht der Kommission diesen Namen wirklich verdient, sind durchaus vorhanden, aber wenig verbreitet. Von einer durchgängigen Akzeptanz dieser Ansätze bei Arbeitgebern wie Gewerkschaften und Belegschaften sind wir noch weit entfernt. Ohne erhebliche zusätzliche Anstrengungen seitens der Betriebe und der überbetrieblichen Akteure wird sich diese Situation kaum spürbar ändern, trotz nachweislich steigender Belastungen für die Beschäftigten.

4. Betriebliche Gesundheitspolitik erfordert enge Zusammenarbeit zwischen dem **Management** der Unternehmen und den **Belegschaftsvertretungen**. Die hier häufig zu beobachtenden Spannungen und Konflikte dürfen dabei nicht unterschätzt werden. Weder sehen sich Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in den Betrieben stets als Partner, noch ist auf Seiten der Betriebsparteien das Selbstverständnis unkontrovers, Betriebs- bzw. Personalräte seien Komanager der Unternehmen. Dass Arbeitsschutz eine klassische Aufgabe für Arbeitnehmervertretungen ist, wird nicht immer ausreichend wahrgenommen. Arbeitgeber halten dies oft für eine lästige Pflicht. Notwendigkeiten für ein modernes betriebliches Gesundheitsmanagement und auch seine Möglichkeiten werden oft nicht gesehen oder ernst genommen.
5. Die Schwerpunktverlagerung betrieblicher Gesundheitspolitik in Richtung Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen im Sinne von Dezentralisierung und stärkerer Eigenverantwortung stellt die einzelnen Betriebe vor neue Herausforderungen. Das gleiche gilt auch für die **überbetrieblichen Akteure**: die Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften, die Rentenversicherungsträger, die Verbände und den Staat. Aufgabenstellungen, Selbstverständnisse und Handlungsmuster müssen überdacht und neu orientiert werden – was ohne eine valide Analyse der Ist-Situation (Stärken, Schwächen, Entwicklungsbedarf) kaum möglich erscheint. Zugleich gilt es, die kundenorientierte, d.h. betriebsbezogene Zusammenarbeit dieser überbetrieblichen Akteure deutlich zu verbessern, bei klarer Abgrenzung ihrer jeweiligen Zuständigkeiten. Erste entsprechende Entwicklungen zeigen sich bei den Kassen und Berufsgenossenschaften. Die Rentenversicherung und die Notwendigkeit der Verbindung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation werden dabei noch zu wenig einbezogen. Die Krankenkassen führen für ausgewählte chronische Krankheiten eine integrierte Versorgung ein – lassen die Gesundheitsförderung und Prävention dieser Krankheiten dabei aber weitgehend unberücksichtigt. Die Länder bauen ihre Aufsichtsdienste ab – ohne dass Klarheit über deren Zukunft und ihren Funktionswandel besteht.
6. Der **Staat** hat mit seiner neuen Gesetzgebung wichtige Weichen gestellt. Es besteht jedoch eine Lücke zwischen Vorschriften und ihrer Umsetzung. Hier sieht die Kommission Handlungsbedarf. Wie zukünftig die Zusammenarbeit zwischen Staat (Bund, Ländern) einerseits und den Unternehmen andererseits zu gestalten sei – auch bei immer angespannterer Lage der staatlichen Haushalte – bedürfe dringend der Diskussion. Klar sei, dass der Staat sich einerseits „auf dem Rückzug“ befinde, andererseits durch die Notwendigkeit zum verstärkten Arbeiten mit finanziellen Anreizen vor neuen Herausforderungen stehe – auch was seine zukünftigen Prüfpflichten betrifft – Stichworte: externe Qualitätssicherung betrieblichen Gesundheitsmanagements und „neuer Interventionstyp“.
7. Ansätze für einen fortschrittlichen Arbeitsschutz und eine innovative betriebliche Gesundheitspolitik bieten das Arbeitsschutzgesetz seit 1996 und auch das Arbeitssicherheitsgesetz. Ebenso finden sich im SGB VII und SGB V Ansätze. Daher sind im materiellen Recht schon Ansätze vorhanden. Einigkeit besteht, dass es bei der Umsetzung mangelt, jedoch die Gesetze nicht Reformen be- oder verhindern. Die gesetzlichen Grundlagen sollen effizient genutzt werden. Darüber hinaus ist ein neuer Interventionstyp insbesondere für die überbetrieblichen Akteure erforderlich.

Dieser **neue Interventionstyp**, der sowohl mit den veränderten Realitäten wie mit dem Verständnis einer umfassenden präventiven betrieblichen Gesundheitsförderung vereinbar ist, ist von folgenden Eckpunkten bestimmt: dezentral, betrieblich angelegt, auf Partizipation der Betroffenen bezogen und als integrierte Aufgabe der Unternehmensstrategie konzipiert, mit, bei entsprechend professionellem Vorgehen, positiven Auswirkungen auch auf das wirtschaftliche Ergebnis und die Volkswirtschaft insgesamt. Da der Staat bei diesem Interventionstyp den Betrieben im Unterschied zum traditionellen Vorgehen weiten Raum für eigene Gestaltungsmöglichkeiten belässt, sichert er die Akzeptanz und Zumutbarkeit durch Setzung von Rahmenbedingungen und Mindeststandards. Da eine neue betriebliche Gesundheitspolitik beträchtliche Blockaden zu überwinden hat, hilft er durch **Moderation**, **Beratung** und gewährt **Anreize** für Schritte auf dem neuen Wege.

8. Um bei der Vielfalt von Wegen beliebiges und widersprüchliches Verhalten zu reduzieren, werden die **Tarifparteien** ermutigt, die Betriebsparteien für die betriebliche Gesundheitspolitik zu aktivieren. Durch zusammenfassende Netzwerke und betriebsübergreifende Plattformen können gute Beispiele und erprobte Vorgehensweisen vertieft, verallgemeinert und übertragbar gemacht werden. Die so skizzierbare neue Gesundheitspolitik ist als Lernprozess angelegt und kann sich bei grundlegender Solidarität in Vielfalt und unter Wettbewerb entfalten. Risiken und Gesundheitspotenziale sind in der Arbeitswelt von heute sehr unterschiedlich verteilt, variieren in hohem Maße von Berufsgruppe zu Berufsgruppe, von Branche zu Branche. Insofern ist auch heute noch eine Wahrnehmung überbetrieblicher Interessen von Bedeutung, die den Tarifparteien zufällt – auch um von der Auffassung wegzukommen, Tarifparteien ginge es immer nur um Einkommensfragen.

C. Herausforderungen und Entwicklungsbedarf

Die im folgenden angeführten zukünftigen Arbeitsschwerpunkte der Kommission, die damit angestrebten Ergebnisse und Empfehlungen richten sich an:

- die Betriebsparteien in den Unternehmen, Verwaltung und Dienstleistungsorganisationen,
- die Akteure in den Sozialversicherungen und den Verbänden,
- die Akteure in Staat und Politik,
- die Wissenschaft.

Ziel ist die Entwicklung eines neuen Leitbildes für die betriebliche Gesundheitspolitik und einer Strategie zu seiner Realisierung.

1. Kosten und Nutzen betrieblicher Gesundheitspolitik

Ein zentrales Zwischenergebnis der Expertenkommission betrifft den zukünftigen Fokus betrieblicher Gesundheitspolitik. An die Stelle einer staatszentrierten, zentralistischen und expertendominierten (top-down) wird eine unternehmensorientierte, dezentrale und partizipative (bottom-up) Vorgehensweise empfohlen. Für den Staat bedeutet dies, dass er seine Aktivitäten auf die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen, eine externe Qualitätssicherung auf Moderation, Befähigung und finanzielle Anreizung der zentralen Akteure verlagert.

Die Kommission ist sich einig in der Einschätzung, dass sich diese neue betriebliche Gesundheitspolitik nicht mehr nur durch Vorgabe und Prüfung von Vorschriften, dass sie sich aber auch nicht von alleine als „Selbstläufer“ durchsetzt, sondern in erster Linie durch **Überzeugungsarbeit** und durch **finanzielle Anreize**. Wesentlich für die Überzeugungsarbeit ist der Beleg der Kosten unterlassener Eigenaktivitäten und des dadurch entgangenen Nutzens. Die Erarbeitung derartiger Belege, die nach einheitlicher Methodik zweifelsfrei nachvollziehbar und verständlich sein sollten, ist aus unserer Sicht ein erster unverzichtbarer Schritt zur Realisierung einer neuen betrieblichen Gesundheitspolitik.

Kosten unterlassener oder mangelhafter betrieblicher Gesundheitspolitik entstehen den Betrieben durch Fehlzeiten in Form von entgangener Arbeit. Für die Berechnung dieser Kosten gibt es konkrete Vorschläge und auch Resultate (siehe S. 4), die nach einer unterschiedlichen Methodik zustande kommen und dadurch auch zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Die Kommission beabsichtigt, in der zweiten Hälfte ihrer Laufzeit Vorschläge zu einer methodisch überzeugenden und möglichst einheitlichen Vorgehensweise zu entwickeln.

Nach einer vorgeschriebenen Frist (zumeist tarifvertraglich geregelt) müssen erkrankte Beschäftigte eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlegen. Diese und die sich daran anschließende Behandlung können – soweit sie sich kausal ganz oder teilweise auf arbeitsbedingte Einflüsse zurückführen lassen – als arbeitsbedingte Behandlungskosten bezeichnet werden. Diese Kosten fallen bei den Betrieben als Beiträge zur Krankenversicherung oder zur Unfallversicherung an.

Das Verrentungsalter ist in den vergangenen Jahrzehnten stark gesunken – in einigen Bereichen mehr, in anderen weniger. Krankheitsbedingte Frühverrentungen werden ebenfalls über die Beiträge zur Rentenversicherung von den Betrieben mitfinanziert. Auch hierfür gilt es, eigene Berechnungen anzustellen.

Kosten arbeitsbedingter Behandlung und Frühberentung werden häufig auch als indirekte, die durch Fehlzeiten verursachten als direkte Kosten bezeichnet.

Davon zu unterscheiden ist der durch unterlassene oder unzureichende betriebliche Gesundheitspolitik entgangene **Nutzen** in Form von negativen Einflüssen auf Arbeitsmenge und –qualität, auf Innovationskraft und Flexibilität der **anwesenden** Beschäftigten. Er ist sehr viel schwerer zu berechnen als die angesprochenen Kosten, wiegt aber wirtschaftlich wahrscheinlich noch sehr viel mehr. Hier sollte man schrittweise vorgehen und sich zunächst einmal auf vielleicht drei verbreitete Ursachen konzentrieren: auf entgangenen Nutzen durch Mobbing, Burnout und innere Kündigung.

Gegenwärtig besonders auffällig ist das nahezu ausschließliche Interesse der Betriebe an einer Kontrolle von Fehlzeiten und ihr nahezu völliges Desinteresse an gesundheitsförderlichen und zugleich nutzensteigernden Investitionen.

2. Finanzielle Anreize

In unserem Wirtschaftssystem ist Geld ein wichtiges, wenn auch nicht das einzige Mittel, um menschlichen Arbeits- und Unternehmergeist zu aktivieren. Bis heute wird es im hier behandelten Zusammenhang nur in der Unfallversicherung mit guter präventiver Wirksamkeit eingesetzt. Die Kommission ist der Auffassung, dass finanzielle Anreize eine wichtige Rolle dabei spielen können, wenn es darum geht, Unternehmen zu anhaltenden und nachhaltig wirksamen Investitionen in ein Gesundheitsmanagement zu bewegen.

Theoretisch betrachtet könnte dies auf drei Wegen geschehen:

- durch Auflagen bei der Vergabe von Krediten und Subventionen,
- durch Reduzierung von Beiträgen zur Kranken- und Rentenversicherung – bei nachweislich wirksamen Interventionen,
- durch direkte steuerliche Anreize, z. B. durch Steuerfreiheit betrieblicher Investitionen in das Gesundheitsmanagement.

Welche dieser theoretischen Möglichkeiten praktikabel und kurzfristig realisierbar erscheint, sollte im zweiten Teil der Kommissionsarbeit angedacht werden.

In der globalisierten aktienkapitalisierten Wirtschaft besteht eine sehr kurzfristige Berichtspflicht auf Seiten der Unternehmer. Dies erschwert die Bereitstellung von Investitionsmitteln, deren Renditen erst nach längeren Zeiträumen erkennbar werden. Einer innovativen, mitarbeiterorientierten betrieblichen Gesundheitspolitik droht dadurch eher eine weitere Ab-, denn die als dringend notwendig erachtete Aufwertung. Aus diesem Grunde und mit Blick auf die Handlungszwänge moderner Unternehmensführung erwägt die Kommission, insbesondere steuerliche Anreize für ein betriebliches Gesundheitsmanagement vorzuschlagen, die im öffentlichen Interesse sind, weil sie neben den zu erwartenden positiven Effekten bei Beschäftigten und Unternehmen maßgeblich dazu beitragen werden, dass die Kosten medizinischer Behandlung für Lohnfortzahlung und Frühberentung gesenkt werden können.

3. Konzepte und Instrumente betrieblichen Gesundheitsmanagements

Überzeugungen und Anreize nützen wenig, wenn es den Betrieben an Konzepten, Instrumenten und an den notwendigen Qualifikationen und Erfahrungen bei der Beschreitung neuer Wege fehlt. Die Kommission wird deshalb – anknüpfend an vorliegende Erkenntnisse – Konzepte, Instrumente und Vorgehensweisen zur Institutionalisierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und zu seiner externen Qualitätssicherung vorlegen (s. dazu die Zwischenergebnisse der AG 4).

4. Leitbild einer neuen betrieblichen Gesundheitspolitik

Unter dem Stichwort „neuer Interventionstyp“ ist der eingangs angesprochene Paradigmenwechsel in der betrieblichen Gesundheitspolitik in den vorausgegangenen Feststellungen bereits mehrfach angesprochen worden. Der traditionellen staatsfixierten, zentralistischen, flächendeckend-verpflichtenden und expertendominierten Vorgehensweise stellen wir eine neue betriebliche Gesundheitspolitik gegenüber, die den Unternehmen und Organisationen unserer Arbeitswelt Freiräume zur angepassten Vorgehensweise einräumt und großen Wert legt auf eine partizipative, den Bedürfnissen der Beschäftigten und der jeweiligen Organisation Raum gebende Konzeption eines betriebsspezifischen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Gleichwohl bedarf es eines Konsensus darüber, was wir hierzulande zukünftig unter einer mitarbeiterorientierten betrieblichen Gesundheitspolitik verstehen, bedarf es eines Leitbildes insbesondere auch zur Orientierung der überbetrieblichen Akteure. Dieses Leitbild wird bis zum Ende der Laufzeit dieser Kommission in wesentlichen Eckpunkten beschrieben sein (s. dazu die Zwischenergebnisse der AG 3).

5. Forschungs- und Entwicklungsbedarf

Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit bzw. Arbeit und Krankheit werden u.a. in der sozialegpidemiologischen Grundlagenforschung untersucht. Grundlagenforschung liefert Erkenntnisse über unterstellbare Kausalzusammenhänge, nicht jedoch über aktuelle Trends unter den Beschäftigten und die diese Trends verursachenden Kräfte. Dies ist Aufgabe der betrieblichen Diagnostik bzw. Berichterstattung, die hierzulande bisher nur sehr lückenhaft entwickelt ist. International hervorragend stehen wir da mit unserer Fehlzeitenstatistik. Sie erlaubt die Lokalisierung von Risikobereichen und Risikopopulationen (Fieberthermometer-Funktion), nicht jedoch eine eingehende Analyse der zugrunde liegenden Ursachen, deren Kenntnis für die Entwicklung wirksamer Interventionsprogramme unverzichtbar ist. Insgesamt verläuft die Entwicklung der Lebenserwartung hierzulande positiv. Im Einzelnen gibt es jedoch sehr unterschiedliche, teils belastungsintensivierende, teils salutogene Potenziale schwächende Trends in Abhängigkeit von Alter, Branche, Beruf und Arbeitsmarktsituation, deren genaue Kenntnis unverzichtbar ist zur Beantwortung der Frage, wo die knappen Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt hierzulande am sinnvollsten und effizientesten zu investieren wären (s. dazu die Zwischenergebnisse der AG 1 und AG 2).

F. Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“: Thesen, Eckpunkte und Prioritäten zukünftiger Arbeit

Die Kommission befürwortet eine aktive betriebliche Gesundheitspolitik. Sie lässt sich mit folgenden drei Begriffen kennzeichnen: Eigeninitiative, Partnerschaft, Partizipation.

Thesen

1. These: Aktive betriebliche Gesundheitspolitik ist ein vernachlässigter Ansatz zur Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit und zur Verhütung von Krankheit, Behinderung und Frühberentung.
2. These: Aktive betriebliche Gesundheitspolitik verbessert die Wettbewerbsfähigkeit unserer Wirtschaft durch ihre nutzensteigernde und kostensenkende Wirkung.
3. These: Aktive betriebliche Gesundheitspolitik hilft Reformblockaden zu überwinden und trägt bei zur Sanierung unserer Sozialversicherungssysteme.
4. These: Aktive betriebliche Gesundheitspolitik dient der Anpassung an entsprechende Vorgaben der Europäischen Union.

Eckpunkte

1. Vision einer aktiven betrieblichen Gesundheitspolitik ist die „Gesunde Organisation“. Gesund ist eine Organisation, wenn sie den Erwartungen der Kunden, Anteilseigner und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerecht wird und sich dabei eines modernen Gesundheitsmanagements bedient.
2. Ursprünglich Anliegen von Arbeiterbewegung und Staat sollte aktive betriebliche Gesundheitspolitik zukünftig Anliegen der Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen selbst werden, zur Verfolgung ureigener wirtschaftlicher und mitarbeiterorientierter Ziele.
3. Die Betriebsparteien müssen dabei partnerschaftlich zusammenarbeiten und die Mitarbeiter einbeziehen als Experten ihrer eigenen Gesundheit.
4. Zu entsprechenden Investitionen sollten Unternehmen nicht mehr nur durch Recht und Gesetz, sondern primär durch Überzeugungsarbeit und finanzielle Anreize bewegt werden.
5. Aufgabenstellung, Selbstverständnis und Handlungsmuster der überbetrieblichen Akteure (Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Rentenversicherung, Verbände, Arbeitsverwaltung, staatliche Aufsichtsämter) müssen entsprechend neu geordnet und ausgerichtet werden.

6. Dem Staat fällt die Aufgabe zu, die Implementierung dieser aktiven betrieblichen Gesundheitspolitik zu unterstützen und Widerstände zu überwinden durch Regelung, Moderation, Beratung, Vernetzung, finanzielle Anreize und externe Qualitätsförderung sowie durch Förderung von Forschung und Berichterstattung.
7. Tarifparteien sollten bei der Aktivierung der Unternehmen mitwirken: durch Aufbereitung und Verbreitung von Wissen und Standards (Benchmarks, Plattformen usw.) betrieblicher Gesundheitspolitik.

Prioritäten

1. Identifizierung von Bereichen mit besonderem Interventionsbedarf.
2. Aufbereitung des Wissens über Nutzen und Kosten betrieblicher Gesundheitspolitik aus gesundheitswissenschaftlicher, betriebs- und volkswirtschaftlicher Sicht.
3. Entwicklung von Modellen zur Nutzung finanzieller Anreize zur Aktivierung der Unternehmen.
4. Entwicklung von Konzepten, Instrumenten und Vorgehensweisen modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements, im Anschluss an die von beiden Stiftungen geleisteten Vorarbeiten.
5. Entwicklung neuer Interventionsformen und Leitbilder für die überbetrieblichen Akteure.
6. Ermittlung des Forschungs- und Entwicklungsbedarfs.

E. Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen

Zwischenbericht der AG 1 (Leitung: Prof. Dr. E. Frieling)

Wandel der Arbeit – Anforderungen an das Gesundheitsmanagement

Gesamtgesellschaftliche Veränderungen, die mit den Schlagworten Globalisierung, Deregulierung und Stockholder Society umschrieben werden, beeinflussen seit den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts die Erwerbsarbeit in den hochindustrialisierten Ländern (Candeias & Deppe, 2001). Die von Beck (1999) als „Brasilianisierung des Westens“ bezeichneten Deregulierungen der Rahmenbedingungen resultieren in einem Paradigmenwechsel von der „Beschäftigungssicherheit des Unternehmens“ hin zur „Beschäftigungsfähigkeit des Arbeitnehmers“ (Sattelberger, 1999). Als Antwort auf die Globalisierung mit neuen Wettbewerbern und Absatzmärkten reagieren Organisationen mit einer umfassenden Reorganisation (Bullinger & Wiedmann, 1995). Diese Veränderungen treffen auf sich rasch verändernde Technologien. So ist ein wachsendes Tempo bei technischen Innovationen mit verringerten Produktlebenszyklen zu verzeichnen. Die umfassenden Auswirkungen auf die Organisation von Arbeitstätigkeiten werden bei Ulich (2001, 251 ff) am Beispiel der Gestaltung des Zusammenwirkens von Forschung und Entwicklung einerseits und Planung andererseits dargestellt. Dabei wird auf die herausragende Bedeutung der für die Entwicklung neuer Produkte benötigten Zeit auf den wirtschaftlichen Erfolg hingewiesen.

Die veränderten Rahmenbedingungen wirken sich nicht nur auf gesellschaftlicher und organisationaler Ebene aus, vielmehr kommen sie auch auf der Tätigkeitsebene zur Geltung. Ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement muss diesen veränderten Tätigkeitsbedingungen Rechnung tragen und diese im Sinne der Gesundheitsförderlichkeit beeinflussen. Im folgenden werden für das Gesundheitsmanagement relevante Veränderungen auf Tätigkeitsebene dargestellt. Ferner werden hieraus Folgerungen für das Gesundheitsmanagement abgeleitet.

1. Veränderungen in der Arbeitswelt

1.1 Die psychomentalen Belastungen der Arbeit wachsen bei teilweise gleichzeitig sinkenden körperlichen Anforderungen.

Das Anwachsen psychomentaler Belastungen in der Arbeit ist begleitet von Bewegungsmangel und oft lang andauernder, einseitiger körperlicher Belastung. Typisches Beispiel hierfür sind Bildschirmarbeitsplätze. Infolge dieser sinkenden körperlichen Anforderungen sind Muskel- und Skeletterkrankungen zu einer ernstesten Gefahr bei einer Vielzahl von Tätigkeiten geworden. (Levi, Sauter & Shimomitsu, 1999). Als Grund für krankheitsbedingte Fehltage stehen sie in Deutschland an erster Stelle (Küsgens, Vetter & Yoldas, 2002). Einige Studien haben gezeigt, dass physisch gleichförmige, sich wiederholende Arbeitsbelastung in Verbindung mit psychosozialen Belastungsfaktoren, wie monotone Arbeit ohne Handlungsspielraum, das Risiko von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems noch verstärken.

Der globale Wettbewerb zwingt Unternehmen unterschiedlicher Größe, in möglichst vielen relevanten Ländern (Vertrieb) tätig zu werden. Zusätzlich werden an verschiedenen Standorten im europäischen und außereuropäischen Bereich Produktionsstätten errichtet. Für die Unternehmensleitungen stellt sich daher die Frage, an welchem Standort welches Produkt am kostengünstigsten gefertigt werden kann. Unterschiedliche Umweltstandards und Arbeitsschutzgesetze an den verschiedenen Standorten erlauben die Schaffung einer unterschiedlichen Qualität der Arbeitsbedingungen bei gleicher Produktqualität. Der Kostendruck aufgrund des Wettbewerbs wird auf die Mitarbeiter übertragen, indem Produktionsbenchmarks durchgeführt werden. Die Mitarbeiter müssen Konzessionen machen (Mehrarbeit ohne Zulagen, Arbeitszeitverlängerung bei gleichem Lohn, Reduzierung von Lohnnebenleistungen, variable Entgelte in Anhängigkeit vom unternehmerischen Erfolg), wenn sie ihren Arbeitsplatz am alten Standort sichern möchten. Die zunehmende Zahl von Standortsicherungsverträgen zwischen Betriebsräten/Gewerkschaften und Arbeitgebern führt längerfristig zu einer Angleichung der Entgelte und Arbeitsbedingungen auf ein mittleres internationales Niveau.

1.2 Flexibilisierung der Arbeitszeit und der Arbeitsrechtsverhältnisse

Aufgrund der verstärkten Kundenorientierung bemühen sich die Unternehmen um schnelle und termingerechte Auftragsausführung und Einhaltung der erforderlichen Qualität. Für die Mitarbeiter bedeutet das, je nach Auftragsvolumen tätig zu werden. Damit bei großem Arbeitsvolumen keine Überstunden erzeugt werden, erhalten die Mitarbeiter ein Arbeitszeitkonto von 200 und mehr Stunden. Bei geringem Auftragsvolumen werden Mehrarbeitszeiten ab- und bei Bedarf negative Zeitguthaben aufgebaut. Besonders in der Automobil- und Zulieferindustrie mit ihren Schwankungen nach und vor Serienanläufen werden diese Zeitkonten weitgehend ausgeschöpft. Überstundenzuschläge für die Unternehmen entfallen. Die Mitarbeiter müssen flexibel sein und immer dann zur Arbeit erscheinen, wenn Aufträge abzarbeiten sind. Beispielsweise erhält bei einem Unternehmen der Zulieferindustrie ein großer Teil der weiblichen Beschäftigten in der Teilemontage 20-Stunden-Verträge. Je nach Arbeitsanfall haben sie eine Null- oder eine 40-Stunden-Arbeitswoche. Durch dieses Zeitmanagement wird der Dispositionsspielraum der Beschäftigten im Bereich der „Nicht-Lohnarbeit“ stark eingeschränkt, und in Abhängigkeit von den jeweiligen Familienverhältnissen können sich erhebliche Planungsprobleme ergeben.

Mit Hilfe des betrieblichen Arbeitszeitmanagements konnte vielfach eine Erhöhung der Kapazitätsauslastung sowie ein Ausbau des Flexibilitätsspielraumes für die Produktion erreicht werden (z.B. Bihl, Berghahn & Theunert, 1995). Für die Stelleninhaber ist die Flexibilisierung der Arbeitszeit durch einander widersprechende Entwicklungen gekennzeichnet, die oftmals eine Verringerung der Planungssicherheit und des Planungshorizontes beinhalten: der Arbeitszeitverkürzung (z.B. Teilzeit-Job) steht ein Anwachsen von Überstundenarbeit und Wochenendarbeit gegenüber. Effekte der Überstundenarbeit auf die Gesundheit wurden mit ähnlichen Methoden untersucht, wie sie für die Stressforschung entwickelt wurden. Es existieren Untersuchungen zu kardiovaskulären Risiken (z.B. Uehata, 1991), Depressivität (Kawakami & Haratani, 1999), nicht-insulinabhängiger Diabetes mellitus (Kawakami, Araki, Takatsuka, Shimizu & Ishibashi, 1999) und Schlafstörungen (Schorr, 1991).

Eine weitere Form der Flexibilisierung bezieht sich auf die Arbeitsrechtsverhältnisse. Die traditionellen, langfristigen Arbeitsverhältnisse mit ihrem impliziten Verständnis der fortwährenden Beschäftigung verschwinden zusehends (Levi et al., 1999; Lewis & Copper, 1999), während „Zeit-, Heim-, Leiharbeit und Scheinselbständigkeit, Teilzeit-, befristete sowie geringfügige Arbeit auf dem Vormarsch“ (Rössel, Schaefer & Wahse, 1999, S.56) sind. Es wird prognostiziert, dass im Jahre 2010 nur noch die Hälfte aller Erwerbstätigen einen dauerhaften Vollzeit Arbeitsplatz haben (Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen, 1998). Pearce (1998) konnte zeigen, dass zeitweilig Beschäftigte für sich schlechtere Arbeitsbedingungen und eine geringere Einbindung in die betriebliche Organisation aufgrund des temporären Charakters ihrer Beschäftigung erwarten. Zeitweilig Beschäftigte haben zu meist wenig Einfluss auf die Dauer ihrer Beschäftigung und den Inhalt ihrer Arbeit (Beard & Edwards, 1995). Die geringen Einflussmöglichkeiten, die geringe Vorhersehbarkeit der Arbeitssituation, die mehrdeutige Rolle im betrieblichen System und das unsichere persönliche Einkommen stellen für zeitweilig Beschäftigte eine starke Belastung dar, die das Wohlbefinden und die Gesundheit beeinträchtigen kann (Martens, Nijhuis, Van Boxtel & Knottnerus, 1999; Sverke, Gallagher & Hellgren, 2000). Wenn ein solches Beschäftigungsverhältnis allerdings freiwillig gewählt wurde, kann diese aber auch positive Effekte haben. Eine zeitweilige Beschäftigung kann z. B. bevorzugt werden, um Arbeit und Familie besser in Einklang zu bringen oder um mehr Zeit für die Umsetzung persönlicher Interessen zu haben.

Einen anderen Schwerpunkt setzt die Untersuchung von Rebitzer (1995), in der steigende Unfallraten als Konsequenz der Beschäftigung von Zeitarbeitern in der petrochemischen Industrie ermittelt wurden. Die Ergebnisse können mit Untersuchungen im Tagebau von Rousseau und Libuser (1997) gestützt werden. Als mögliche Ursache hierfür wird diskutiert, dass Mitarbeiter aufgrund ihrer kurzfristigen Beschäftigung nicht ausreichend qualifiziert wurden. Pearce (1993) fand, dass fest angestellte Mitarbeiter solcher Unternehmen, die Sub-Kontraktoren beschäftigen, ihrem Arbeitgeber weniger vertrauen als Mitarbeiter anderer Unternehmen. Wiederum eine andere Perspektive wird von Spreitzer und Quinn (1996) eingenommen. Sie konnten nachweisen, dass die Erfahrung der Manager, gemessen über die Betriebszugehörigkeit, für die erfolgreiche Abwicklung von Transformationsprozessen in Automobil-Montagewerken eine erfolgskritische Größe darstellt. Pfeffer (1998) zeigt hier die Möglichkeit des Entstehens von Teufelskreisen auf: Entlassungen führen zum Verlust von Erfahrungen und Vertrauen bei Führungskräften und Mitarbeitern, die wiederum für erfolgreiche Veränderungen notwendig sind.

1.3 Auswirkungen der Arbeitsorganisation

Die Ergebnisse von Studien zu Auswirkungen neuer Formen der Arbeitsorganisation auf die Arbeitsgestaltung und gesundheitliche Folgen (job stress) werden von Landsbergis, Cahill & Schnall (1999) in einem Reviewartikel zusammengefasst. Darin werden 13 Studien reanalysiert, die Auswirkungen von lean production in der Automobilindustrie untersuchten. Dieses Managementkonzept ging einher mit einer starken Standardisierung, einem hohen Wiederholungsgrad der Arbeitsvollzüge sowie einer hohen Arbeitsintensität. Gleichzeitig sind die Entscheidungsspielräume gering und es gibt kaum Möglichkeiten der Fähigkeitserweiterung in der Arbeit. Daher schließen Landsbergis et al. (1999), dass die Arbeit unter lean production mit hohem „job strain“ verbunden sein muss.

Hinzu kommt, dass die Einführung von lean production zum Wegfall von Nebentätigkeiten, die nicht zur eigentlichen Produktion gehören, führt. Solche Nebentätigkeiten bestehen z. B. im Hin- und Herlaufen zwischen verschiedenen Arbeitsplätzen, Wartezeiten, Vorbereitungsarbeiten, etc.. Mit dem Wegfall der Nebentätigkeiten verschwinden aber auch Pufferzeiten, die z.B. für die Erholung während der Arbeit oder für soziale Kontakte notwendig sind.

In Verbindung mit intensiven Bemühungen, das integrierte Qualitätsmanagement voranzutreiben, werden Arbeitsprozesse zunehmend standardisiert. Ausgehend von einer intensivierten Prozessbetrachtung (Kernprozesse, Produktentstehungsprozesse, Dienstleistungsprozesse) und unter Berücksichtigung von Kundeninteressen werden Arbeitsprozesse festgelegt, beschrieben und die Prozessergebnisse dokumentiert, um den Qualitätsanforderungen (z. B. TS 16/494, DIN/ISO 9000/2000 oder VDA 6,3) der verschiedenen Auditierungssysteme zu entsprechen. Für die Mitarbeiter bietet sich die Chance, an den Standardisierungsprozessen aktiv teilzunehmen, wenn dies vom Management gewünscht wird. Ohne aktive Beteiligung der Mitarbeiter werden Freiheitsgrade erheblich eingeschränkt.

In den Erhebungen der EU (vgl. Ilmarinen & Tempel, 2002) wird deutlich, dass die Standardisierung in Deutschland relativ weit vorangetrieben wurde. Deutschland liegt daher am Ende der Skala in Europa, wenn nach der Möglichkeit gefragt wird, ob Mitarbeiter ihre Arbeitstätigkeiten variabel gestalten oder ob sie Pausen nehmen können, wenn es ihnen sinnvoll erscheint.

Aus Sicht des betrieblichen Gesundheitsmanagements wird die Standardisierung der Arbeitsprozesse zum Problem, wenn die Mitarbeiter keinerlei Einfluss auf die Art der Standardisierung haben und bei der Konzeptionierung der Prozesse nicht aktiv eingebunden werden. In diesem Fall ist mit einem Kontrollverlust bei den Beschäftigten zu rechnen.

1.4 Einführung neuer Informations- und Kommunikationstechnik

Der Gebrauch neuer Informations- und Kommunikationstechnik führt häufig zu einer erhöhten Arbeitsintensität und zu verstärkten kognitiven Anforderungen. Gründe werden in der Reduktion konzentrationsarmer Teiltätigkeiten zugunsten konzentrierter Tätigkeit gesehen, die letztlich auch Erholungsmöglichkeiten reduziert (Carayon & Zijlstra, 1999; Roe, Zijlstra & Loeonova, 1996). Außerdem besteht bei bildschirmgestützter Arbeit die Tendenz zur Verdichtung von Arbeit durch die unterschwellig erfolgende Beschleunigung des Arbeitstempos (z.B. durch Blinksignale als Eingabeaufforderung). Dies erfordert über eine längere Zeitdauer hinweg höchste Konzentration und innere Anspannung (Baitsch, Katz, Spinus & Ulich, 1991). Darüber hinaus steht der alle Branchen und Tätigkeitsklassen durchdringende Gebrauch von Informations- und Kommunikationstechniken in direktem Zusammenhang mit den im folgenden dargelegten Veränderungen der Qualifikationsanforderungen.

1.5 Veränderungen der Qualifikationsanforderungen

Eine repräsentative auf dem Mikrozensus 1999 basierende Erhebung des BiBB/IAB (Dostal, Jansen & Parmentier, 2000) belegt den vielfach postulierten Wandel der Qualifikationsanforderungen. So geben 44% der ca. 35.000 Befragten an, dass in ihrem Unternehmen in den letzten zwei Jahren neue Produktionstechniken eingeführt wurden, bei 22% wirkte sich dies auf die persönliche Arbeitssituation aus (Jansen, 2000). Ein stark ausgeprägtes Veränderungspotential ist demnach auch für Umstrukturierungen zu verzeichnen. Entsprechend geben 44% der Befragten an, dass sich die fachlichen Anforderungen an ihre Arbeitstätigkeit in den vergangenen zwei Jahren erhöhten. Lediglich „Stress und Arbeitsdruck“ werden noch häufiger als steigend beurteilt. Der hier skizzierte Trend bedeutet, dass vorhandene Qualifikationen veralten, wenn sie nicht ständig erweitert werden. Eine solche Qualifikationsanpassung erfordert lebenslanges Lernen (Hall & Mirvis, 1995), welches durch die Einführung entsprechender organisationaler Maßnahmen unterstützt werden muss. So sollte die Arbeitsgestaltung ein Lernen in der Arbeit erlauben (Bergmann, 1996) und für jeden Stelleninhaber ein Personalentwicklungsplan (Frieling, Grote & Kauffeld, 2000) erstellt werden. Die hohe Änderungsdynamik der Qualifikations- bzw. Kompetenzanforderungen versetzt nicht nur die berufliche Erstausbildung sondern auch die betriebliche Weiterbildung in einen krisenhaften Zustand der Verunsicherung (z. B. Arnold, 1997; Rosenstiel & Wastian, 2001; Staudt & Kriegesmann, 1999).

Das hier Dargelegte soll am Beispiel eines süddeutschen Automobilzulieferers kurz beschrieben werden. Die aktuellen Managementstrategien (TQM, KVP, TPM etc.) erzwingen vielfältige Kompetenzentwicklungsmaßnahmen. Die Beschäftigten stehen unter dem Druck, möglichst eigenverantwortlich Teilprozesse abzuwickeln/abzuarbeiten. Hierzu benötigen sie spezifische Produkt- und Prozesskenntnisse, Kompetenzen in der Moderation von Kollegen oder Gruppen, in der Präsentation von Ergebnissen und deren Visualisierung. Das Lernen in der Arbeit wird zunehmend gefördert, und die Mitarbeiter müssen ein Interesse daran haben, ihre im Arbeitsprozess erworbenen Kompetenzen zu dokumentieren, um die eigene Arbeitsfähigkeit bzw. die eigenen Arbeitsmarktchancen zu verbessern. Durch die Internationalisierung ist der Erwerb von Fremdsprachen erforderlich und ebenso die Erarbeitung eines Verständnisses für unterschiedliche Kulturen. Im Rahmen der Gruppenarbeit sind die Mitarbeiter gezwungen, ihre Sprachkompetenzen zu verbessern; dies gilt besonders für Mitarbeiter mit Deutsch als Fremdsprache. Bei einem hohen Anteil an „ausländischen Mitarbeitern“ (bei ca. 700 Mitarbeitern sind 22 unterschiedliche Nationen vertreten) ist dafür zu sorgen, dass die Geschäftssprache Deutsch tatsächlich am Arbeitsplatz gesprochen wird, um Missverständnisse und Ängste zu vermeiden. Dem Management ist häufig nicht klar, dass ein Großteil der Belegschaft in einer Fremdsprache agiert. Um die Integration der „Ausländer“ zu verbessern, sind arbeitsplatznahe Sprachqualifizierungen erforderlich. Das gilt bei zunehmender Internationalisierung für alle Beschäftigungsgruppen

1.6 Einführung von Gruppenarbeit

Die Segmentierung in Verbindung mit standardisierten Produktionskonzepten (z. B. Audi-Produktionssystem, DaimlerChrysler-Produktionssystem) fördert die Gruppenarbeit. Die Gruppen sind verantwortlich für die kontinuierlichen Verbesserungsprozesse, die Produktivität, die Einhaltung der Qualität, die Dokumentation der relevanten Daten, die Fehlerbeseitigung etc.. Gibt es Gruppenprämien, unterliegen die „schwachen“ Gruppenmitglieder einem verstärkten Leistungsdruck, da die Leistungsstärkeren die Gruppenprämien voll ausschöpfen wollen. Imai (1986) weist darauf hin, dass die Einführung von Gruppenarbeit nicht per se positive Folgen für die Stelleninhaber zeitigt. Die völlig unterschiedlichen Realisierungen von Gruppenarbeit (vgl. Frieling & Freiboth, 1997) erklären die Variabilität der Effekte. Die Einführung von total quality control, total quality management etc. dient der Maximierung der Produktivität und beinhaltet auf die jeweilige Organisation bezogene Inhalte und Werte (Johnson & Hall, 1995). So kann das Teamkonzept die Beschäftigten auch anregen, sich als Konkurrenten anstatt als miteinander Beschäftigte zu verhalten. Demgegenüber kann die selbstgewählte, kollektive Zusammenarbeit die soziale Unterstützung innerhalb einer Gruppe erhöhen.

Insgesamt gesehen muss die Entwicklung in der deutschen Wirtschaft mit Blick auf gesundheitsförderliche bzw. risikoreiche Einflüsse als vielfältig und unübersichtlich bezeichnet werden. Generalisierende Aussagen und Lokalisierung von Risikobereichen bzw. –populationen werden durch den Mangel an systematischer Gesundheitsberichterstattung außerordentlich erschwert.

2. Folgerungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement

Die einzelnen Veränderungen in den Arbeitsbedingungen werden durch die zitierten Untersuchungen der EU und des BiBB/IAB nur über die Befragung (Interviews) der Beschäftigten erfasst, nicht über die „tatsächlichen“ Arbeitsbedingungen. Die wichtigen subjektiven Daten sollten durch entsprechende systematische Branchen-, bzw. Tätigkeitsgruppenuntersuchungen ergänzt, notfalls korrigiert werden. Bei den meisten Mitarbeiterbefragungen geben die Mitarbeiter bezüglich der psychischen Belastungen (z. B. mit folgender Frage: „*gegenüber der Arbeit vor zwei Jahren fühle ich mich **gar nicht** bis **sehr/erheblich belastet**“) zu 54 – 60 % an, dass sie sich im Vergleich zum Vorjahr stärker belastet fühlen. Diese Einstufungen sollten mit den tatsächlichen Veränderungen der Arbeitsbedingungen verglichen werden, um Begründungen oder Erklärungen für diese Einstufungsergebnisse zu finden.*

Systematische Branchenvergleiche – soweit Branchen überhaupt noch arbeitswissenschaftlich begründet Unterscheidungsmerkmale liefern – und Vergleiche für spezifische Tätigkeitsgruppen (Maschinen- und Anlagenführer, Logistiker/Materialverteiler, technisch-administrative PC-Tätigkeiten gegenüber nicht technischen, Maschinenbediener, Arbeiten in Reinräumen etc.) sollten im Längsschnitt untersucht werden, um Veränderungen erfassen zu können (vgl. das Design der PISA-Studie).

Ebenso fehlen systematische Vergleiche von Unternehmen, die mit weitgehend gleicher Technik (Maschinen/Anlagen) sehr ähnliche oder gleiche Produkte erzeugen und die sich teilweise in den Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation/den Arbeitsprozessen unterscheiden. Interessant wäre hier, die subjektiven Arbeitseinstellungen, die Arbeitsfähigkeit, die Gesundheit und die Qualifikation/Kompetenz der Mitarbeiter gegenüber zu stellen. Aus den Abweichungen oder Unterschieden könnten Handlungsanweisungen abgeleitet werden.

Da lern- und gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen weitgehend die gleichen Gestaltungsdimensionen zu Grunde liegen (z. B. Autonomie, Partizipation, Komplexität, Variabilität, „negativer“ Zeitdruck, Umgebungsbedingungen etc.), sollte in den Unternehmen dieser Zusammenhang verdeutlicht werden, dies gilt besonders für ältere Arbeitnehmer (vgl. hierzu Ahrend & Konietzko (1995)). Die Führungskräfte müssen sich mit diesen Wechselwirkungen auseinander setzen, um durch eine systematische Organisations- und Personalentwicklung – bei gleichzeitiger Senkung der Fehler und Steigerung der Produktivität – die Qualität der Arbeitsbedingungen anzuheben. Durch Schaffung lernförderlicher Arbeitsbedingungen ist von einer Verbesserung des gesundheitlichen Befindens der Mitarbeiter auszugehen. Hierfür müssen empirische Belege gewonnen werden, um den Führungskräften die Entscheidung bei alternativen Arbeitssystemen zu erleichtern.

Bericht der AG 2 (Leitung: Prof. Dr. J. Siegrist)

Gesundheitliche Folgen und Herausforderungen

Struktur und Organisation der Erwerbsarbeit in den entwickelten Industriegesellschaften unterliegen seit mehreren Jahrzehnten erheblichen Wandlungsprozessen: Eine zunehmende Technisierung von Produktionsabläufen und administrativen Tätigkeiten führt einerseits zu einer Veränderung von Anforderungsprofilen am Arbeitsplatz, andererseits zu einer quantitativen Abnahme von Beschäftigungsverhältnissen im industriellen Sektor. Zugleich entstehen vermehrt Arbeitsplätze im Dienstleistungsbereich. Auf den mit der Globalisierung der Wirtschaft einhergehenden erhöhten Wettbewerbsdruck reagieren privatwirtschaftliche Unternehmen mit Maßnahmen, deren Ziel es ist, Produktionsabläufe zu rationalisieren und flexibler zu gestalten. Für die abhängig Beschäftigten gehen die damit verbundenen arbeitsorganisatorischen Veränderungen mit erhöhten Lern- und Anpassungsanforderungen und einer Intensivierung von Arbeit einher, die wiederum eine nachhaltige Verschiebung des Belastungsspektrums von physischer zu verstärkter psychomentaler Beanspruchung nach sich ziehen (WHO/ILO 2000; Siegrist 1996).

Im Rahmen einer europaweit von der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen durchgeführten Umfrageserie unter mehr als 20.000 Werkträgern geben mittlerweile 60% der Befragten – bei steigender Tendenz – an, während der Arbeit unter Termindruck zu stehen; rund 22% leisten Schichtarbeit, und 40% leiden unter Monotonie (Paoli & Merlié 2001). Einer repräsentativen Erhebung des Bundesinstituts für Berufsbildung und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung aus den Jahren 1998 und 1999 zufolge sind Erwerbstätige nach eigenen Angaben in den letzten Jahren einem erheblichen Anstieg vor allem von Arbeitsdruck und fachlichen Anforderungen ausgesetzt (Jansen 2002). Hinzu kommt eine Zunahme von unsicheren oder in anderer Hinsicht problematischen Beschäftigungsverhältnissen (befristete Arbeitsverträge, Leih- und Zeitarbeit, „neue Selbständigkeit“) und wachsende Arbeitsplatzunsicherheit auch in traditionellen Arbeitsverhältnissen (Europäische Kommission 2002). Auch diese Bedingungen erhöhen die psychomentale Belastung betroffener Arbeitnehmer (z.B. Martens, Nijhuis, Van Boxtel & Knotternus 1999), indem sie Diskontinuitäten in der Erwerbsbiographie bedingen, sozialen Abstieg erzwingen oder die Kontrolle über die eigene Lebenssituation vermindern, wie z.B. durch Unsicherheit bezüglich der eigenen zukünftigen finanziellen Verhältnisse oder des zukünftigen sozialen Status (Siegrist 1996).

Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass sich mit der Verschiebung des Beanspruchungsgeschehens auch das Ursachenspektrum arbeitsbedingter Erkrankungen verändert: Psychomentale Belastungen gewinnen als krankheitsauslösende und -verstärkende Faktoren ebenso an Bedeutung wie bestimmte Formen der Arbeitsorganisation. Klar belegt sind erhöhte Erkrankungsraten unter Schichtarbeitern; sie leiden vor allem häufiger an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (z.B. Herzinfarkt) und des Magen-Darm-Traktes (z.B. vermehrtes Auftreten von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren bei Nachtschichtarbeitern) (Scott 1990; Scott 2000; Steenland et al. 2000; Elsner 1992).

Zur Erforschung der Rolle psychomentaler Belastungen existieren mehrere stress-theoretische Modelle, die es erlauben, relevante Stressoren zu identifizieren und zu Krankheitsverläufen in Beziehung zu setzen. Als fruchtbar haben sich hier insbesondere zwei Ansätze erwiesen, die zum einen eine Kombination aus hohen Anforderungen (z.B. in Form von Zeitdruck) bei zugleich geringer Kontrolle über die Arbeitsaufgabe (z.B. durch mangelhafte Mitgestaltungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume) als stressauslösend postulieren (Anforderungs-Kontroll-Modell, Karasek 1979; Karasek & Theorell 1990), zum anderen eine Kombination aus hoher Verausgabung (durch hohe äußere Anforderungen und / oder hohe innere Verausgabungsbereitschaft) und geringer Belohnung (externe Komponente: finanzielle Belohnung, Aufstiegs- und Entwicklungschancen, Arbeitsplatzsicherheit und Wertschätzung; interne Komponente: Erwartungen bezüglich der Gratifikation der erbrachten Leistungen) (Siegrist 1996). Sowohl für die Kombination aus hohen Anforderungen und geringer Kontrolle, insbesondere bei zugleich geringer sozialer Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, als auch für ein fortgesetztes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung wird die Initiierung bestimmter physiologischer Prozesse angenommen, die in ihrer Gesamtheit als körperliche Manifestationen chronischer Stresserfahrungen in Erscheinung treten.

Aus stressphysiologischen Untersuchungen an Tieren und Menschen konnten bereits deutliche Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen den als stressauslösend postulierten Faktoren und entsprechenden physiologischen Veränderungen wie der Aktivierung des sympathischen Nervensystems oder der Ausschüttung bestimmter Hormone gewonnen werden (Wolf & Belkić 2000, Belkić et al. 2000). Darüber hinaus wurde inzwischen mehrfach in zum Teil breit angelegten empirischen Untersuchungen nachgewiesen, dass Personen, die im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit den genannten Bedingungen ausgesetzt sind, häufiger bestimmte Krankheitsbilder entwickeln als andere. Besonders gut belegt ist dieser Zusammenhang für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hier insbesondere für tödliche und nicht-tödliche Herzinfarktereignisse und erhöhten Blutdruck, aber auch für erhöhte Blutfettwerte, die selbst wiederum einen erheblichen Beitrag zur Entwicklung der koronaren Herzkrankheit liefern (Steenland et al. 2000; Marmot, Theorell & Siegrist 2002). Weitere, inzwischen durch unabhängige Studien bestätigte Zusammenhänge ergeben sich zwischen chronischen Stressbelastungen während der Arbeit und Beeinträchtigungen des psychischen Befindens (WHO/ILO 2000; Stansfeld et al. 1999). Krankheitswertige Beeinträchtigungen des psychischen Befindens manifestieren sich am häufigsten in Form depressiver Störungen. Verschiedene internationale Studien zeigen, dass das Risiko einer Depression bei denjenigen erwerbstätigen Männern und Frauen, die unter arbeitsbedingter Stressbelastung leiden, zwischen 50% und 300% erhöht ist, im Vergleich zu Nichtbelasteten (z.B. Tsutsumi et al. 2001; Stansfeld et al. 1999). Die Depression ist nicht nur ein Risikofaktor für Suizid sowie für koronare Herzkrankheit (Stansfeld & Fuhrer 2002), sondern sie verursacht auch hohe direkte und indirekte Kosten aufgrund langwieriger Behandlung und Arbeitsunfähigkeit (Riotto 2001). Die psychosozialen Folgekosten für Betroffene und ihre Angehörigen sowie die Probleme der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben stellen eine zusätzliche Herausforderung dar.

Zusammengenommen sind diese Ergebnisse auch deshalb von großer gesundheits- und gesellschaftspolitischer Relevanz, weil nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation die beiden Krankheitsbilder Depression und koronare Herzkrankheit bereits in absehbarer Zukunft (2020) weltweit die führenden Ursachen vorzeitigen Todes und durch Behinderung eingeschränkter Lebensjahre sein werden (Murray & Lopez 1996). Auf weitere, durch neuere Forschungsergebnisse nahegelegte Einflüsse psychomentaler Arbeitsbelastungen auf die Gesundheit (u.a. Muskel-Skelett-Erkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, eingeschränkte subjektive Gesundheit) soll hier lediglich hingewiesen werden (Überblick in Mc Ewen 1998, Weiner 1992, Sapolsky 1998).

Insgesamt ergibt sich damit eine wachsende Evidenz für den gesundheitsschädlichen Einfluss von Merkmalen der Arbeitstätigkeit, der Arbeitsorganisation und des sozialen Umfeldes am Arbeitsplatz, die als Folge der eingangs beschriebenen ökonomischen Wandlungsprozesse mit zunehmender Häufigkeit anzutreffen sind; nach dem bisherigen Erkenntnisstand müssen zur Zeit etwa 15 bis 20% aller Beschäftigten als von arbeitsbedingtem chronischen Stress betroffen klassifiziert werden (Cooper 1998, Dunham 2001).

Die beschriebene Verschiebung des Belastungsspektrums hin zu psychomentalen Faktoren darf allerdings nicht über die weiterhin nicht geringe Rolle arbeitsbedingter physikalischer und chemischer Einwirkungen bei Krankheitsentstehung und –verschärfung hinwegtäuschen, wenn sie auch vor allem aufgrund der Veränderungen im industriellen Sektor etwas an Bedeutung verlieren. Chemische Schadstoffe wie Schwefelkohlenstoff oder Blei und physikalische Belastungen, z. B. durch Lärm, andauernde Hitze- und Kälteeinwirkung oder schweres Heben erhöhen das Risiko, bestimmte Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln (Steenland et al. 2000), Staubinhalation kann Atemwegserkrankungen verursachen (Valentin et al. 1981), und körperliche Fehl- und Überbelastungen, wie bei repetitiven Bewegungen, kraftintensiven Tätigkeiten, anstrengenden Arbeitshaltungen oder Vibrationen bedingen ein weites Spektrum von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von reversiblen Schmerzen und Funktionsstörungen von Muskeln bis hin zu irreversiblen degenerativen Schädigungen der Wirbelsäule oder Gelenke (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 1999, dies. 2000). Dabei kann es durchaus zu einer Verstärkung von Expositionsdauer und –intensität aus durch die Arbeitsorganisation bedingten Gründen kommen, wenn z.B. aufgrund von Zeitdruck technische Vorrichtungen wie Hebehilfen nicht genutzt werden.

Zusammenfassend ergibt sich aus den dargestellten Befunden eine klare empirische Evidenz zur großen Bedeutung arbeitsplatz- und arbeitstätigkeitsbezogener Einflüsse für die Entstehung der verschiedensten akuten und chronischen Erkrankungen. Neben den unmittelbaren Folgen für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenschancen der abhängig Beschäftigten verursachen arbeitsbedingte Erkrankungen aber auch erhebliche direkte Kosten (Krankenhausaufenthalt, stationäre und ambulante Behandlung und Rehabilitation) und indirekte Kosten (Produktivitätsausfall durch Arbeitsunfähigkeit) für das einzelne Unternehmen und für die gesamte Volkswirtschaft.

Auf Unternehmensebene schlagen dabei nicht nur die durch Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bedingten finanziellen Lasten zu Buche; chronischer Stress verringert – vermittelt unter anderem über Störungen des psychischen Befindens – auch die Leistungsfähigkeit des Betroffenen, seine Leistungsmotivation, seine Kommunikationsfähigkeit und sein Urteilsvermögen. Zu den Folgen gehören neben dem gehäuf-ten Auftreten von Arbeitsunfällen eine erhöhte Fehlerrate und vermindertes Engage-ment, mithin verminderte Produktivität und Effizienz des Teams, der Abteilung oder des Unternehmens insgesamt (WHO/ILO 2000). Laut einer im Auftrag der Bundes-anstalt für Arbeitsschutz und Arbeitmedizin durchgeführten Studie wurden durch kör-perliche Belastungen in der Arbeitswelt in Deutschland 1998 direkte Kosten in Höhe von 14,9 Milliarden Euro (29,2 Mrd. DM) und indirekte Kosten in Höhe von 13,5 Milli-arden Euro (26,3 Mrd. DM) verursacht. Psychische Belastungen führen zu 11,1 Milli-arden Euro (21,7 Mrd. DM) direkten und 13,4 Milliarden Euro (26,2 Mrd. DM) indirekten Kosten (Bödeker et al. 2002). Bei diesen Zahlen dürfte es sich um Unterschät-zungen der tatsächlichen arbeitsbedingten Kosten in Deutschland handeln, da ledig-lich eine Auswahl von Belastungsfaktoren und Erkrankungen untersucht werden konnte sowie nur die vorübergehende Erkrankung; Kosten durch arbeitsbedingte Frühberentung und Sterblichkeit wurden nicht mit einbezogen. Geht man davon aus, dass von den insgesamt auf mehr als 300 Mrd. € pro Jahr (Deutschland) geschätzten direkten und indirekten Krankheitskosten ein nicht unerheblicher Teil durch arbeits-bezogene Belastungen verursacht wird, so wird verständlich, welche Bedeutung ei-nem effektiven Schutz der Beschäftigten vor arbeitsbedingten Erkrankungen nicht nur aus Sicht der Betroffenen, sondern auch aus Sicht der Arbeitgeber und aus volkswirtschaftlicher Perspektive zugewiesen werden muss.

Vor diesem Hintergrund treten die Defizite der betrieblichen Gesundheitspolitik in Deutschland besonders zutage. Im Unterschied zu einigen anderen europäischen Ländern fehlt hier ein nationaler Arbeitsschutzrat, und Initiativen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden und selbst der Krankenkassen bleiben punktuell und sind nicht in einen institutionellen Rahmen eingebunden. Auch in der betriebsärztli-chen Versorgung werden gravierende Mängel offenbar: Nur rund die Hälfte der Be-schäftigten wird betriebsärztlich betreut, vor allem Arbeitnehmern in Klein- und Mit-telbetrieben steht kein adäquates Angebot zur Verfügung. In inhaltlicher Hinsicht ist die betriebliche Gesundheitspolitik auf allen Ebenen trotz der skizzierten Verände-rungen im Ursachenspektrum arbeitsbedingter Erkrankungen noch immer vorwie-gend auf die herkömmlichen Risiken von Arbeit (physische Belastung, Schadstoff-einwirkung) ausgerichtet (Bertelsmann Stiftung 2000). Interventionen finden oft erst mit dem Ziel der Rückfallprophylaxe nach Eintritt eines Schadensfalls (Tertiärpräven-tion) oder im Frühstadium von Erkrankungen statt (Sekundärprävention), jedoch nur selten vor einem Zeitpunkt, an dem krankheitsauslösende Faktoren ihre Wirkung zu entfalten beginnen (Primärprävention) (Europäische Kommission 2000). Zumeist bleiben sie dabei auf Maßnahmen beschränkt, die auf eine Verhaltensänderung des Betroffenen abzielen (z.B. Rückenschule, Erlernen von Entspannungstechniken), während eine Veränderung der Arbeitsgestaltung (z.B. durch Identifikation und Elimination von Stressoren) oft nicht in Betracht gezogen wird (Levi, Sauter & Shimomitsu 1999; Klotter 1999).

Der Beitrag unserer Arbeitsgruppe zur Überwindung der skizzierten Defizite besteht zunächst in der Bündelung der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen und ihrer zielgruppengerechten Aufbereitung. Durch die Bereitstellung dieser Informationen soll den relevanten betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren die Abschätzung des Handlungsbedarfs vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrungen erleichtert werden. Schließlich hoffen wir, sie durch die Beschreibung und wissenschaftlich fundierte Bewertung verschiedener Interventionsansätze besser als bisher in die Lage versetzen zu können, auf der Grundlage ihrer Problemanalysen mögliche Handlungsoptionen auszuwählen, hinsichtlich ihrer Angemessenheit zu beurteilen und schließlich umzusetzen.

Bericht der AG 3 (Leitung: Prof. Dr. R. Rosenbrock)

Zusammenarbeit und Leistungen der überbetrieblichen Akteure

Die Entwicklung einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik stellt auch die überbetrieblichen Akteure vor hohe Anforderungen. Tradierte und scheinbar bewährte Aufgabendefinitionen, Handlungsroutinen und Kooperationsformen sind zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.

Bei all diesen, zum Teil bereits laufenden, zum Teil erst noch anzustoßenden Prozessen, sollte von folgenden Eckpunkten ausgegangen werden:

1. Leitbild betrieblicher Gesundheitspolitik

Der Wert und die Qualität aller Leistungen auch der überbetrieblichen Akteure bemisst sich in letzter Instanz an der gesundheitlichen Wirkung in der betrieblichen Wirklichkeit, d. h. daran, ob diese Leistungen einen optimalen Beitrag zur Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Arbeitssituation leisten. Eine Arbeitssituation ist dann gesundheitsförderlich, wenn

- sie technisch sicher und ergonomisch beanspruchungsarm ist,
- sie der Qualifikation entspricht,
- ihre Zusammenhänge im Betriebsablauf transparent sind,
- die Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume groß genug sind,
- Routine, Kreativität und Motorik angemessen gefordert werden,
- sie möglichst störungsfrei erfüllt werden kann,
- materielle und immaterielle Anreize vorhersehbar sind und als gerecht empfunden werden,
- sie in einem Klima gegenseitiger Unterstützung verrichtet wird und
- eine persönliche Entwicklungsperspektive bietet.

Betriebliche Strategien, die diesem Leitbild näher kommen wollen, schließen den herkömmlichen Arbeits- und Unfallschutz ein, müssen aber über ihn hinaus gehen und simultan Veränderungen auf mindestens fünf verschiedenen Ebenen des betrieblichen Geschehens anstreben:

1. Arbeitsmittel und Arbeitsumgebung

- Beanspruchungsmindernde Gestaltung: Lastenverminderung, Hebehilfen, Bewegungs- und Greifraum, Sicht, Beleuchtung, Bestuhlung, Belüftung, Vibration etc.

2. Arbeitsorganisation

- Transparenz, Arbeitsanreicherung, Mischarbeit, Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Störfreiheit, Arbeitszeit, Pausen etc.

3. Sozialbeziehungen

- offene und flache Kommunikationswege zu Vorgesetzten und Kollegen, Konfliktlösung, gerechte Anreize (Belohnungen und Sanktionen), Transparenz, Stabilität etc.

4. Individuelle Anpassung

- Qualifizierung für gegenwärtige Tätigkeit und für Polyvalenz, Einweisung in die Arbeitsaufgaben, Arbeitsplatzbezogenes Training, Fitness und Flexibilität etc.

5. Unterstützende Umwelt

- Beschwerden an- und ernst nehmen, Beratung, Sozialdienst, Schonarbeitsplätze etc.

Nationaler und internationaler Wettbewerb setzt Rationalisierungszwänge und bedingt damit einen beständig raschen Wandel der Arbeitswelt. Das gilt zunehmend für private wie öffentliche Betriebe aller Größen. Unter diesen Bedingungen ist es dauernde Aufgabe der betrieblichen Gesundheitspolitik und aller damit befassten, innerwie überbetrieblichen Akteure, unter stets wechselnden Bedingungen die betriebliche Wirklichkeit diesem Leitbild immer wieder so weit wie möglich anzunähern.

2. Bisherige Strategien zur Umsetzung dieses Leitbildes

In der Praxis lassen sich dazu drei – vielfältig miteinander verbundene – Strategien unterscheiden:

- die Weiterentwicklung und Erweiterung des Arbeitsschutzes,
- die Durchführung von Projekten der Betrieblichen Gesundheitsförderung und deren Verstetigung
- die Integration von Kriterien gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung in moderne Managementsysteme.

Bei der Verfolgung aller dieser Strategien und ihrer zahlreichen Mischformen ist die Unterstützung der betrieblichen durch überbetriebliche Akteure unverzichtbar.

3. Umsetzungsbedingungen für dieses Leitbildes

Obgleich v. a. im letzten Jahrzehnt alle drei Entwicklungen beachtlich vorangekommen sind, ist die Verbreitung von ‚*models of good practice*‘ noch gering, ist der Abstand zwischen betrieblicher Praxis und dem hier skizzierten Leitbild gesundheitsförderlicher Arbeit größer als notwendig. Das gilt auch angesichts der Tatsache, dass sich sowohl das Niveau des Arbeitsschutzes wie auch die Entwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland auch im EU-Vergleich durchaus sehen lassen kann.

Die Defizite haben zahlreiche, zum Teil generalisierbare Gründe aus der unternehmerischen bzw. betrieblichen Ebene. Sie betreffen nicht nur die explizit für den Ar-

beitsschutz Zuständigen, sondern alle betrieblichen Akteure, die Entscheidungen mit Auswirkungen auf die gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen der Beschäftigten treffen bzw. umsetzen. Für die überbetrieblichen Akteure stellen diese Defizite Herausforderungen dar. Ihr Erfolg bemisst sich an ihren Beiträgen zur Minderung dieser Defizite. Diese Beiträge sind Bringschulden der überbetrieblichen Akteure.

- Trotz gesetzlicher Normen ist eine zielführende betriebliche Gesundheitspolitik letztlich nicht erzwingbar und beschränkt sich deshalb auf Betriebe, in denen ein entsprechender Konsens zwischen den betrieblichen *stakeholders* besteht oder herstellbar ist.
- Zudem handelt es sich dabei um einen komplexen Prozess, der aufgrund interner oder externer, ökonomisch oder betriebspolitisch entstehender Turbulenzen jederzeit gestört werden oder abbrechen kann.
- Zur Bewältigung der mit einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik verbundenen Gestaltungsanforderungen fehlt es vielfach an Kenntnissen und am Verständnis der dazu notwendigen Instrumente.
- Sehr häufig fehlen den betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren auch Informationen über den Nutzen einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik.
- Voraussetzung für die Akzeptanz und damit den Erfolg einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik ist außerdem die Bereitschaft aller Beteiligten, ihr bisheriges Rollenverständnis und –verhalten zu hinterfragen und ggf. zu ändern.
- Vom Arbeitgeber ist die Bereitschaft gefordert, Probleme der Gesundheit der Beschäftigten nicht nur negativ als Minimierung von krankheitsbedingter Abwesenheit, sondern als positive, mit Partizipation und initial auch mit Kosten zu bewältigende Gestaltungsaufgabe zu begreifen. Die Gesundheit der Beschäftigten ist eine für die Wertschöpfung im Unternehmen unverzichtbare Ressource. Eine solche Orientierung setzt u.a. eine längerfristige Perspektive z. B. im Hinblick auf Personalentwicklung voraus, deren Entwicklung durch derzeit häufig vorherrschende Kurzfrist-Orientierungen („*shareholder value*“) oftmals behindert wird – letztlich zum Nachteil des Betriebs und der Beschäftigten.
- Der betriebliche Arbeitsschutz muss eine bloß medizinische und technische Aufgabenwahrnehmung überwinden und sich selbst als betriebspolitischen Akteur in komplexen und nur partizipativ-kooperativ zu bewältigenden Entwicklungsprozessen verstehen lernen.
- Die Beschäftigten werden in der betrieblichen Gesundheitspolitik vielfach noch vornehmlich als passive Adressaten von Anweisungen gesehen und behandelt. Ihre Expertise und Innovationskraft sowie auch ihre eigene Motivation für Gesundheit werden auf diese Weise nicht optimal genutzt. Durch vermehrte Partizipationsrechte und –pflichten sowie Anreize, diese wahrzunehmen, werden Beschäftigte zunehmend zu aktiven Partnern bei der Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen.
- Im Ergebnis dieser Defizite und Probleme hat in den allermeisten Unternehmen betriebliches Gesundheitsmanagement weder formell („im Organigramm“)

noch informell (in der Unternehmenskultur, ‚belief systems‘) jenen Stellenwert, der für die Bewältigung der Herausforderungen erforderlich wäre.

- Besonders ausgeprägte Probleme weist die betriebliche Gesundheitspolitik im Hinblick auf Klein- und Mittel-Unternehmen (KMU) sowie angesichts neuer, gesundheitlich häufig hoch problematischer Arbeitsformen auf. Zum Beispiel befristet Beschäftigte, Leih- und Zeitarbeit, Tele-/Heimarbeit, Gruppenarbeit, Arbeitskraftunternehmer, Scheinselbständigkeit, KAPOVAZ etc.

Erfolgreich sind v. a. solche betrieblichen Entwicklungen, in denen die Beteiligten auf Basis eines gemeinsamen Verständnisses der Zusammenhänge zwischen Gesundheit einerseits und Produktivität, Arbeitszufriedenheit etc. andererseits dem sonst oft eher nachrangigen Thema Gesundheit größere Schubkraft verleihen (‚Themenverbindung‘). Die überbetrieblichen Akteure müssen auch diesen Aspekt in ihren Bemühungen um Motivation, in ihrer Beratung und Begleitung aber auch im Hinblick auf Kontrolle beachten.

4. Aufgaben überbetrieblicher Akteure bei der Realisierung dieses Leitbildes

Die Aufgaben der überbetrieblichen Akteure liegen dabei auf zwei großen, in der Praxis weit überlappenden Feldern:

- dafür zu sorgen, dass der Arbeitgeber als für den Arbeitsschutz formell Verantwortlicher das tut, was er soll (‚Verpflichtender Arbeitsschutz‘; Erfüllung normierter Pflichten)
- den Arbeitgeber, die Beschäftigten und alle anderen betrieblichen Akteure jenseits der und über die normierten Pflichten hinaus in den Stand zu setzen und dazu anzuregen, Kriterien der Gesundheitsförderlichkeit von Arbeitssituationen zu beachten und entsprechende Maßnahmen umzusetzen.

Beide Aufgabenfelder beziehen sich auf sämtliche Phasen des betrieblichen Geschehens, von der technischen und organisatorischen Planung über die Personalentwicklung, den normalen Betriebsablauf bis hin zur Gestaltung betrieblicher Innovation und Reorganisation.

Aufgabe aller überbetrieblichen Akteure und zugleich Kriterium ihres Erfolges ist die größtmögliche Unterstützung bei der Überwindung betrieblicher Probleme, die der Realisierung einer leitbildgerechten betrieblichen Praxis entgegenstehen. Es geht also

- um Motivation und Aufklärung im Hinblick auf den Nutzen eines modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements,
- um die Vermittlung von Prozessverständnis und Instrumentenkenntnis der dafür erforderlichen betrieblichen Prozesse,
- um die nachhaltige Qualifizierung der betrieblichen Akteure für die Erfüllung dieser Aufgaben,

- um die Schaffung von leicht, schnell und jederzeit benutzbaren Informationsmöglichkeiten über die technischen und sozialen Aspekte eines modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements,
- um konkrete Hilfestellung (Anregung, Beratung, Begleitung, Moderation, Evaluation) bei der Etablierung und nachhaltigen Gestaltung eines zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitsmanagements,
- um die Schaffung und Pflege von geeigneten Anreizen für die betrieblichen Akteure.

Die überbetrieblichen Akteure werden auf diese Weise zu Service-Einrichtungen für die Betriebe, ohne dabei die Belange des verpflichtenden Arbeitsschutzes zu vernachlässigen. Anzustreben ist eine für alle Beteiligten transparente Arbeitsteilung, in welcher jeder Akteur die seiner spezifischen Expertise und seinen spezifischen Handlungsmöglichkeiten entsprechenden Aufgaben übernimmt und dadurch im Ergebnis alle Aufgaben kontinuierlich sowie ohne Verdopplungen und Lücken erfüllt werden.

5. Beziehungsgeflecht inner- und überbetrieblicher Akteure

Der Betrieb ist kein monolithisches Gebilde, sondern bildet ein komplexes und dynamisches Beziehungsgeflecht. Die überbetrieblichen Akteure müssen sich mit ihren Leistungen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Probleme der unterschiedlichen betrieblichen Akteure und deren Zusammenwirken einstellen und beziehen,

d. h. auf

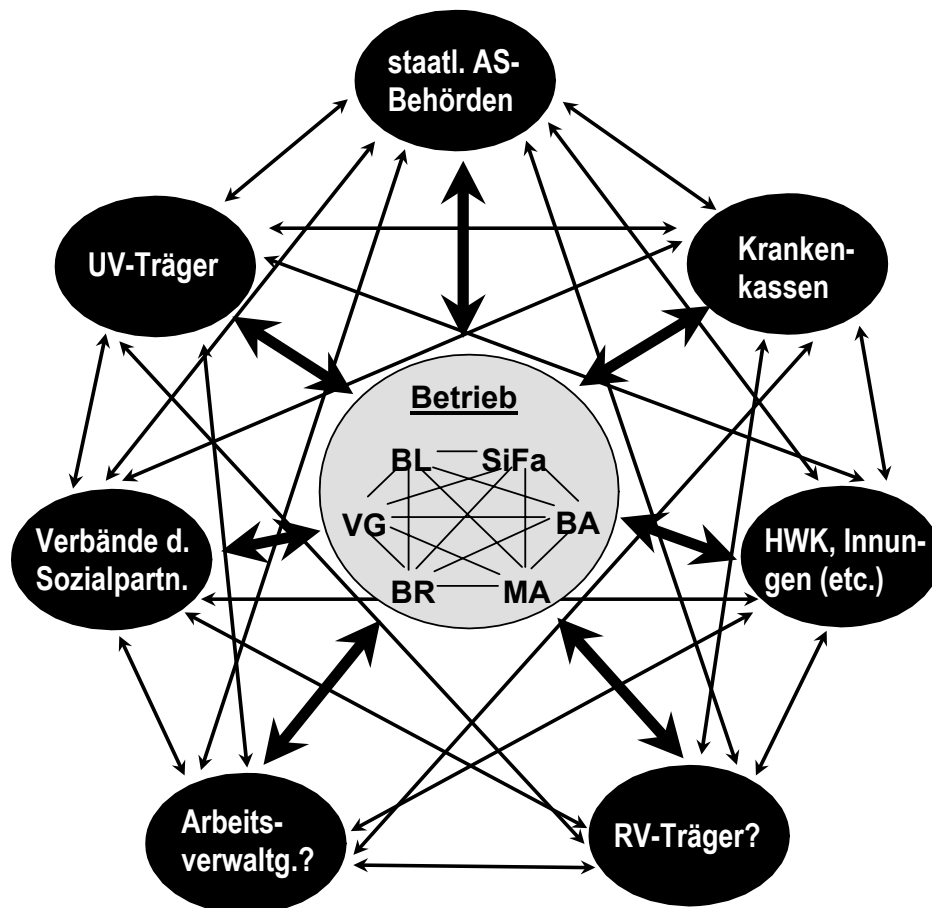
- das Management bzw. die Betriebsleitung,
- den betrieblichen Arbeitsschutz, also die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte,
- die betrieblichen Vorgesetzten,
- Systementwicklung und Arbeitsvorbereitung,
- das Personalmanagement,
- die Sozialdienste,
- die Belegschaftsvertretung,
- und im Ergebnis stets auf die Beschäftigten und ihre Arbeitssituation.

Abb. 1 gibt das komplexe Beziehungsgeflecht zwischen betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren in vereinfachter Form wieder.

Soll dieses Netzwerk mit Leben gefüllt werden, so erfordert dies nicht nur ein gegenseitiges Verständnis über Fachgrenzen hinweg, vielmehr gilt es auch zu beachten, dass jeder dieser Akteure neben der Optimierung der Gesundheit der Beschäftigten auch andere Ziele verfolgt und seine eigene Wahrnehmungs- und Handlungslogik in diese Kooperation einbringt.

Prävention in der Arbeitswelt: Kooperationsebenen und -stränge

- Institutionen untereinander
- Institution-Betrieb
- innerbetrieblich



WZB-AG Public Health 2002

Legende (Abb.1):

Äußeres Netz:

- | | |
|------------------------|--|
| staatl. AS-Behörden: | staatliche Arbeitsschutzbehörden (Gewerbeaufsichtsamt etc.) |
| UVTs: | Unfallversicherungsträger, Berufsgenossenschaften |
| Verbände, Sozialpart.: | Tarifparteien, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände |
| HWK, Innung: | Handwerkskammer, Industrie- und Handelskammern, Innungen, Fachverbände |
| Krankenkassen: | Institutionen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) |
| RV-Träger: | Träger der gesetzlichen Rentenversicherung |
| Arbeitsverwaltg.: | Bundesanstalt für Arbeit, Arbeitsämter |

Inneres Netz:

- | | |
|-------|--|
| BL: | Betriebsleitung, Unternehmensleitung |
| VG: | Vorgesetzte |
| BR: | Belegschaftsvertretung, Betriebsrat, Personalrat |
| MA: | Mitarbeiter, Beschäftigte |
| BA: | Betriebsarzt, betriebsärztlicher Dienst |
| SiFa: | Sicherheitsfachkraft |

6. Weitergehende Kooperationserfordernisse

Tatsächlich sind die Kooperationserfordernisse auch im Hinblick auf die überbetrieblichen Akteure noch komplexer als es Abb. 1 zeigt: Das abgebildete Netzwerk weist lediglich die „explizit“ mit dem Arbeitsschutz und der betrieblichen Gesundheitspolitik befassten (bzw. im Falle der Arbeitsverwaltung und der Rentenversicherungen noch für diese Belange zu aktivierenden) Institutionen und Akteure aus und darunter auch nur jene, die im Betrieb oder in direkter Interaktion mit dem Betrieb tätig sind. Prüft man das eingangs skizzierte Leitbild für eine gesundheitsförderliche Arbeitssituation auf die zu seiner Realisierung notwendigen Aktivitäten und Beiträge, so zeigt sich hingegen die Notwendigkeit der Einbeziehung weiterer Akteure und Beziehungen:

- Betriebliche und überbetriebliche Akteure agieren nicht unabhängig im ‚luftleeren Raum‘: die staatlichen Arbeitsschutzbehörden und auch die Berufsgenossenschaften hängen in ihren Aktivitätsprofilen von formellen und informellen Impulsen und Anforderungen übergeordneter Normgeber (v. a. Landes- und Bundesregierung, Europäische Union etc.) ab. Zum Teil wirken diese Institutionen auch direkt in den betrieblichen Raum hinein.
- Die Handlungsmöglichkeiten aller Akteure und damit auch des Netzwerks insgesamt werden durch die Verfügbarkeit und die Qualität des Inputs der öffentlichen und privaten Bildungsträger geprägt.
- Eine wichtige Rolle spielen auch die Lieferanten von Anlagen und Stoffen: durch vollständige, verständliche und verfügbare Produktinformationen können sie einen erheblichen Beitrag zur Prävention von Gesundheitsrisiken leisten.
- Schließlich sind noch die potentiell erheblichen Synergien zu berücksichtigen, die sich aus überbetrieblichen horizontalen Vernetzungen und Kooperationen zwischen Unternehmensleitungen, zwischen Belegschaftsvertretungen sowie zwischen betrieblichen Arbeitsschutz-Professionals in einer Region ergeben können.

7. Klein- und Mittelunternehmen

Besonderer Unterstützungsbedarf besteht bei den Klein- und Mittelunternehmen (KMU). Dort werden häufig mehrere der in Ziff. 5 genannten betrieblichen Funktionen von einer Person wahrgenommen, ohne dass sich die Vielfalt und Komplexität der Aufgaben reduziert. Dies verweist auf die Notwendigkeit einer adressatengerechten Konzentration auf die Inhaber bzw. Betriebsleiter, bei der freilich die Vielfalt der gesundheitsrelevanten Aspekte, für die sie verantwortlich sind, nicht vernachlässigt werden darf. Auch das Fehlen einer formellen Belegschaftsvertretung wirft häufig besondere Probleme im Hinblick auf die Organisierung der Beteiligung auf. Auch kann in KMU nicht durchweg mit einem hinreichend über die betriebspezifischen Problemlagen orientierten und im Hinblick auf deren Minderung motivierten Arbeitsschutz gerechnet werden. Zudem können die in der Regel engeren persönlichen Bindungen in KMU in der Praxis sowohl zu Verschärfungen als auch zu Entlastungen im Hinblick auf die gesundheitliche Beanspruchung der Beschäftigten führen.

Die Unterstützung von KMU auf dem Wege zu einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik stellt deshalb die überbetrieblichen Akteure vor Aufgaben der Sensibilisierung, Motivierung, Qualifizierung, Beratung und Kooperation, die nicht durch einfachen Rückgriff auf Erfahrungen und Routinen mit größeren Betrieben zu lösen sind, sondern eigenständiger Konzepte bedürfen. Für die überbetrieblichen Akteure ergeben sich daraus nicht nur spezifische Aufgabenstellungen sondern insbesondere auch veränderte Kooperationserfordernisse.

8. Viele Wege führen zum Ziel

Die Probleme auf dem Weg zu einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik unterscheiden sich nach der Art und dem technischen Standard der Produktionsbedingungen für Güter und Dienstleistungen, sie werden beeinflusst von regionalen Faktoren, von der Rechtsform des Betriebes, seiner strategischen Orientierung und seiner wirtschaftlichen Lage, von betrieblichen Traditionen und der Qualifikation der betrieblichen Akteure, und sie unterscheiden sich nach der Betriebsgröße. Zugleich unterscheidet sich auch die jeweilige Komposition der überbetrieblichen Akteure im Hinblick auf ihre materiellen und immateriellen Ressourcen, ihre formellen und informellen Wahrnehmungs- und Handlungsmuster sowie durch die politische Unterstützung, die sie genießen. Diese Vielfalt schließt es aus, den ‚einen besten Weg‘ zu einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik zu definieren und die Realität entsprechend zu gestalten. Vielmehr kommt es darauf an, Kriterien, Mindeststandards und Grundregeln der Kooperation festzulegen, die hinreichend flexibel sind, um die überbetrieblichen Akteure in jedem Einzelfall in die Lage zu versetzen, auf der für die Wirksamkeit entscheidenden Ebene der Betriebe und der Arbeitssituation der Beschäftigten Prozesse in Gang zu setzen und zu stabilisieren, die der Annäherung an das Leitbild einer gesundheitsgerechten und persönlichkeitsförderlichen Gestaltung der individuellen Arbeitssituation dienen.

9. Plädoyer für einen neuen Interventionstyp

Aus Gründen einer sehr vielfältigen wirtschaftlichen Entwicklung mit schnellen Veränderungen und unterschiedlichen betrieblichen Bedürfnissen, mit gewandelten Strukturen von Arbeit und Beschäftigung, insbesondere in Richtung auf mehr Stress, aus veränderten Wertvorstellungen mit stärkerer Betonung von Gesundheit und Eigenverantwortung und aus einem neuen Verständnis sozialstaatlicher Aufgaben, weg vom für alles verantwortlichen Sozialstaat, entsteht ein neuer Typus von Intervention in der betrieblichen Gesundheitspolitik.

Denn Gesundheitspolitik klassischer Art wird nachträglich-reaktiv tätig, ist hoheitsstaatlich ausgerichtet, zentralistisch und expertenbezogen strukturiert mit im wesentlichen überbetrieblich-flächendeckendem Anspruch. Dieser tief in Gesetzen und Verordnungen, in Institutionen, Instrumenten und Verhaltenweisen verfestigte Typus kann die Wirklichkeit nicht mehr erfassen, ist aber stark genug, um durchgreifende Reformen zu verhindern.

Ein neuer Interventionstyp, der sowohl mit den veränderten Realitäten wie mit dem Verständnis einer umfassenden präventiven betrieblichen Gesundheitsförderung vereinbar ist, ist von folgenden Eckpunkten bestimmt: Dezentral, betrieblich angelegt, auf Partizipation der Betroffenen bezogen und als integrierte Aufgabe der Un-

Unternehmensstrategie konzipiert, die mit dem Ziel wirtschaftlicher Effizienz durchaus vereinbar ist.

Da der Staat bei diesem Interventionstyp den Betrieben im Unterschied zum traditionellen Vorgehen weiten Raum für eigene Gestaltungsmöglichkeiten belässt, sichert er die Akzeptanz und Zumutbarkeit durch Setzung von Rahmenbedingungen und Mindeststandards. Da eine neue Politik der Betriebe beträchtliche Blockaden zu überwinden hat, hilft er durch Moderation, Beratung und gewährt Anreize für Schritte auf dem neuen Wege. Um bei der Vielfalt von Wegen beliebiges und widersprüchliches Verhalten zu reduzieren, werden die Tarifparteien ermutigt, die betriebliche Gesundheitspolitik zu einem prioritären Feld ihrer Aktivitäten zu machen. Durch zusammenfassende Netzwerke und betriebsübergreifende Plattformen können gute Beispiele und erprobte Vorgehensweisen vertieft, verallgemeinert und übertragbar gemacht werden. Die gesamte Perspektive einer solchen betrieblichen Gesundheitsförderung ist als Lernprozess angelegt und kann sich deshalb bei grundlegender Solidarität in Vielfalt und unter Wettbewerb entfalten.

Da dieser Interventionstypus aus begrifflichen Gründen nicht mit Zwangsmitteln und formalen Sanktionen befördert werden kann, wird ein prozesshaftes Vorgehen empfohlen. Die Beschäftigten und ihre Interessenvertretungen, die Unternehmensleitungen mit ihren operativen und fachbezogenen Abteilungen müssen lernen, mit einem breiten Verständnis von Gesundheitsförderung umzugehen und dafür entsprechende Methoden und Instrumente zu entwickeln. Modellvorhaben und Experimente sollten deshalb gefördert werden. Damit gute Erfahrungen verallgemeinert werden können, hat die Arbeitsgruppe ausführlich über die Bildung von Netzwerken diskutiert, die unbürokratisch, problemnah und handlungsorientiert die betriebliche Gesundheitspolitik voranbringen sollen. Solche Plattformen können darüber hinaus die Segmentierung und mangelnde Kooperation der bisherigen Träger der Gesundheitspolitik mit überwinden helfen.

Der hier in Stichworten beschriebene neue Interventionstyp ist mehr als eine Sammlung verschiedener Maßnahmen. Die einzelnen Empfehlungen müssen als Elemente eines übergreifenden Zusammenhangs gesehen werden. Dabei geht es um eine Balance von sozialstaatlicher Entwicklung, marktwirtschaftlicher Dynamik und gesellschaftlichen Ansprüchen - also um Aspekte, die bisher stets getrennt wahrgenommen worden sind. Allerdings lässt sich dieser Ansatz auch wissenschaftlich-empirisch in der neueren sozialwissenschaftlichen Debatte belegen und durch die Aktivitäten der Europäischen Union zusätzlich stützen.

10. Empfehlungen

Vor dem Hintergrund dieses in den Punkten 1 bis 9 skizzierten Problem- und Zielverständnisses gilt es, die unterschiedlichen Rollen der überbetrieblichen Akteure sowie die – daraus resultierend – unterschiedlichen Möglichkeiten der Einflussnahme auf das betriebliche Geschehen je einzeln und in ihren Kooperationsnotwendigkeiten zeitgemäß zu bestimmen.

10.1 Staat

Die vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen bieten einen modernen Rechtsrahmen für die erfolgreiche Durchführung betrieblicher Gesundheitspolitik. Vor allem das Arbeitsschutzgesetz, das Arbeitssicherheitsgesetz, das SGB VII, das Betriebsverfassungsgesetz, das Arbeitszeitgesetz, das Mutterschutzgesetz und die sie ergänzenden Rechtsvorschriften ermöglichen einen umfassenden Präventionsansatz für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen bis hin zur Gestaltung menschengerechter Arbeitsplätze. Das SGB V erweitert mit der betrieblichen Gesundheitsförderung diesen Katalog und schafft zugleich die Voraussetzungen, um die Zusammenarbeit zwischen Berufgenossenschaften und Krankenversicherungsträgern im Sinne gezielter Präventionsmaßnahmen weiter zu verbessern.

Eine materielle Änderung des bestehenden Rechtsnormenwerkes ist zurzeit nicht erforderlich.

Die Hauptaufgabe der für den Arbeitsschutz verantwortlichen staatlichen Stellen besteht darin, den Betrieben Instrumente zur Analyse und Bewertung der veränderten Arbeitsbedingungen sowie Gestaltungslösungen für menschengerechte Arbeitsbedingungen zur Verfügung zu stellen und ihre breite Anwendung zu fördern. In den Vordergrund tritt die Beratung und Unterstützung der Betriebe und ihrer Beschäftigten. Um in diesem Sinne Einfluss auf das Geschehen in den Betrieben zu nehmen, sind folgende Aufgaben zu erfüllen:

a) Forschung

Auch weiterhin müssen durch finanzielle Unterstützung der Forschung Lücken bei der Identifizierung und Quantifizierung arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken geschlossen und neue Präventionsmaßnahmen zu ihrer gezielten Bekämpfung entwickelt werden. Dazu ist grundsätzlich ein breiter Lösungsansatz erforderlich, der neben den technologischen Veränderungen auch die Gebiete Organisation und Qualifikation einbezieht.

b) Modellprogramme

Grundsätzlich mangelt es nicht an Gestaltungslösungen zur Bekämpfung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Vorhandene Lücken müssen jedoch geschlossen und, insbesondere um ihre Anwendung für kleine und mittlere Betriebe zu erleichtern, branchen- oder belastungsspezifisch in Modellprogrammen praxisnah aufbereitet werden.

c) Datennetzwerk

Informationen zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen liegen national und international in erheblichem Umfang vor, sind aber den Betrieben und Aufsichtsdiensten nicht ausreichend zugänglich, obwohl die moderne Informationstechnologie alle Möglichkeiten zur Informationsvermittlung bietet. Der Ausbau des europäischen Netzwerks für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (Bilbao) muss zu diesem Zweck fortgesetzt werden.

Zusätzlich müssen unter Einbeziehung aller Akteure nationale Strukturen geschaffen werden, um die Betriebe zeitnah und praxisgerecht bei akut auftretenden Fragen kundenfreundlich beraten zu können.

d) Netzwerke

In der Vergangenheit sind insbesondere von den Aufsichtsdiensten und den Krankenkassen zahlreiche Maßnahmen entwickelt und erfolgreich angewendet worden, die sowohl zu gesünderen und menschengerechteren Arbeitsbedingungen wie zu Kostenvorteilen und einer höheren Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe geführt haben. Obwohl es sich um Maßnahmen handelt, die sowohl im gesundheitlichen Interesse der betroffenen Beschäftigten wie im wirtschaftlichen Interesse der Betriebe liegen, ist es bisher weder der staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Aufsicht noch den Krankenkassen ausreichend gelungen, solche Gestaltungslösungen über regionale Schwerpunkte hinaus einer breiten Anwendung zuzuführen. Dies kann nicht allein mit fehlenden Personal- und Finanzressourcen erklärt werden. Wichtiger ist, dass bisher ein übergreifendes Netzwerk fehlte, mit dem die Zusammenarbeit der Akteure so organisiert werden konnte, dass eine überregionale oder ganze Branchen betreffende Umsetzung möglich war. Zwar ist es dazu unabdingbare Voraussetzung, die bestehende Verpflichtung der Länder und der Berufsgenossenschaften zur Zusammenarbeit stärker mit Leben zu füllen. Größeres Gewicht muss auch die Zusammenarbeit im Arbeitsschutz und im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung zwischen Berufsgenossenschaften und den Krankenkassen erhalten. Nicht zuletzt die inhaltlich schwierige Abgrenzung zwischen „arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren“ und „betrieblicher Gesundheitsförderung“ macht dies überdeutlich.

Das Netzwerk kann sich aber nicht auf diese Akteure beschränken. Um betriebliche Gesundheitspolitik wirksam gestalten zu können, muss zusätzlich die Zusammenarbeit mit anderen Politikfeldern verstärkt werden. Dazu gehören insbesondere die übrigen Zweige der Sozialversicherung (das neue SGB IX erhält dazu bereits Ansätze), die Bildung und Qualifizierung sowie die Forschungs-, Familien- und Tarifpolitik. Da der Erhalt, die Schaffung und die Sicherstellung der Beschäftigungsfähigkeit gemeinsames Ziel dieser Politikfelder ist, bietet eine verstärkte Zusammenarbeit bisher nicht genutzte Chancen, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik gemeinsam voranzubringen.

Einen besonders wichtigen Beitrag können die Tarifpartner leisten. Zum Einen zeigen die vorliegenden Erfahrungen insbesondere mit kleinen und mittleren Unternehmen, dass deren eigene Strukturen (z. B. Innungen, Handwerkskammern) in besonderer Weise geeignet sind, die wirtschaftlichen Vorteile, die sich aus durchgeführten Projekten zum betrieblichen Gesundheitsschutz ergeben haben, anderen Unternehmen zu vermitteln und damit für die Verbreitung solcher Projekte zu sorgen. Vergleichbares gilt für Betriebs- und Personalräte und ihre überbetrieblichen Organisationsstrukturen.

Zum anderen verfügen die Tarifpartner zum Beispiel mit Flächen- und Firmentarifverträgen über nur ihnen zugängliche Instrumente, die bei gemeinsamer Interessenlage Vereinbarungen zum betrieblichen Gesundheitsschutz ermöglichen.

Es ist Aufgabe des Staates, mit einer öffentlichen Diskussion die gesundheitspolitische, wirtschaftliche und europäische Bedeutung des Themas zu unterstreichen und damit den Prozess der Zusammenarbeit zu fördern. Zusätzlich hat er gemeinsam mit den übrigen Partnern eine inhaltliche und organisatorische Plattform zu schaffen, die es erlaubt, die neue Form der Zusammenarbeit effektiv zu organisieren. Mit den untereinander abgestimmten Initiativen „Neue Qualität der Arbeit“ und „Deutsches Forum Prävention“ ist dieser Prozess erfolgreich eingeleitet.

Jetzt muss es darum gehen, durch geeignete Rahmenbedingungen die Kooperation der Akteure zu fördern und einen sich selbst tragenden Prozess zu organisieren, der auf breiter Ebene konkrete Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik in die Praxis einführt. Dies ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Der Bund hat die Aufgabe, diesen Prozess organisatorisch (z. B. Einrichtung von Projektgruppen), finanziell (zum Beispiel durch Zuwendungen, Modellprojekte) und fachlich (z. B. Datenaufbereitung, Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen) aktiv voranzutreiben.

Beispiele zeigen, dass die Zusammenführung unterschiedlicher Partner für ein gemeinsames Projekt dem Bund leichter fällt, weil sich seine Möglichkeiten auf die Moderation des Prozesses beschränken. Damit wird der Sorge der Akteure entgegengewirkt, ihre Identität, ihr Verantwortungsbereich und ihre Eigenständigkeit seien durch die Beteiligung im Netzwerk gefährdet. Diese Chance muss der Bund nutzen.

10.2 Tarifvertragsparteien

Die Arbeitsgruppe geht weiter davon aus, dass bei der Verringerung des Abstandes zwischen betrieblicher Praxis und dem Leitbild gesundheitsförderlicher Arbeit die Tarifvertragsparteien eine wichtige Rolle spielen können und sollten. Die Tarifvertragsparteien sind von den beteiligten überbetrieblichen Akteuren diejenigen Organisationen, die am besten im Betrieb verankert sind und am ehesten in der Lage sind, die Anforderungen des Arbeitsschutzes und die Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung in die Probleme und Sprachen der Betriebe zu übersetzen sowie die tarifliche und betriebliche Ebene miteinander zu verknüpfen. Auch aus diesem Grund sind die Tarifvertragsparteien in einer spezifischen Weise geeignet, den partizipativen Charakter der neuen betrieblichen Gesundheitspolitik zu repräsentieren und zu fördern. In den letzten Jahren haben die Koalitionen auf diesem Feld nur in einem relativ geringem Umfang die Möglichkeiten kollektiver Vereinbarungen genutzt und diesen keine besonders hohe Priorität eingeräumt; es darf allerdings nicht übersehen werden, dass sie auf Feldern, die von der Rechtsetzung und Aufsicht noch nicht erschlossen waren bzw. sind, wie z. B. Bildschirmarbeit oder jetzt Telearbeit, mit innovativen Regelungen vorangegangen sind und dass in einzelnen Unternehmen auch bemerkenswerte Firmentarifverträge (z. B. Flugsicherung) vereinbart wurden.

Unbeschadet der Möglichkeiten, die sich den Tarifvertragsparteien durch den Flächentarifvertrag und durch die bisher noch unterschätzten Möglichkeiten des Firmentarifvertrages bieten, weist die Arbeitsgruppe vor allem auf die Konstruktion schuldrechtlicher Vereinbarungen hin, die wesentlich stärker genutzt werden könnten; in diesem Feld können auch andere Beteiligte, vor allem die Träger der Sozialversicherung und die Arbeitsschutzaufsicht, an solchen Vereinbarungen beteiligt werden. Insoweit könnten die deutschen Tarifvertragsparteien von den Beispielen aus unseren Nachbarstaaten profitieren, in denen gerade solche schuldrechtlichen Vereinbarungen einen wesentlich größeren Raum einnehmen.

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, dass mit Hilfe solcher schuldrechtlicher Vereinbarungen Informationsplattformen geschaffen werden, die am ehesten durch gemeinsame Einrichtungen getragen und organisiert werden könnten. Auf diese Weise könnte den Betrieben und den Beschäftigten eine Dienstleistung zur Verfügung gestellt werden, die sowohl der Konkretisierung der Anforderungen des Arbeitsschutzes als auch der Unterstützung von Modellen der betrieblichen Gesundheitsförderung dienen soll. Mögliche Inhalte können z. B. sein:

- Beispiele erfolgreicher Gesundheitspolitik - models of good practice
- Dokumentation gesicherter bzw. bemerkenswerter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse
- Bekanntmachung von Musterbetriebsvereinbarungen und Empfehlungen
- Informationen über Gestaltungsmuster z. B. für Arbeitsorganisation und Arbeitszeit
- Informationen über europarechtliche und -politische Entwicklungen
- Verknüpfungen mit Plattformen und Angeboten anderer Akteure, z. B. den Berufsgenossenschaften und Krankenversicherungen

- Verbesserung des Einstiegs in das internationale Netzwerk durch Präsentation einfach handhabbarer Links, vor allem der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz und der ILO.

Eine solche Informationsplattform, die in der Regel einen Branchenbezug haben sollte, kann zugleich Rahmen bzw. Initiator von Benchmarking-Prozessen sein und die Dokumentation der betrieblichen Maßnahmen und Ziele wesentlich verbessern und einen Beitrag zur besseren Motivation der betrieblichen Akteure schaffen.

Mit diesem Vorschlag soll nicht eine neue umfangreiche Organisation geschaffen werden; es handelt sich vielmehr um einen funktionellen Rahmen zur Verbreitung und Konkretisierung von Informationen sowie zur Förderung betrieblicher Prozesse. Sie können zugleich wichtige Bausteine sein, um ein mediales und öffentliches Klima für eine verbesserte und erneuerte betriebliche Gesundheitspolitik zu schaffen.

Die Arbeitsgruppe hält es für eine wichtige Aufgabe für die zweite Phase der Kommissionsarbeit, dass konkret geprüft wird, wie eine solche Plattform aufgebaut und strukturiert werden könnte, in welcher Weise und unter welchen Bedingungen Tarifvertragsparteien dafür gewonnen werden können und welche Modalitäten der Finanzierung und Organisation zu empfehlen sind.

10.3 Sozialversicherungsträger

Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung haben umfangreiche, fachlich spezifische, aber auch gemeinsame Möglichkeiten, den Prozess der Gesundheitsförderung auf betrieblicher Ebene zu unterstützen. Das gilt auch für die staatliche Gewerbeaufsicht. Ungeachtet messbarer Teilerfolge ist die Gesamtsituation unbefriedigend:

Defizite bestehen u. a.

- im Wissen um Fakten und Zusammenhänge, die für eine Optimierung der betrieblichen Gesundheitsförderung relevant sind
- beim Transfer verfügbaren Wissens in die Betriebe
- bei einem gemeinsamen und transparenten Informationsangebot
- bei einer generellen Aktivierung der Betriebe zur Umsetzung geeigneter Strategien und Programme für eine nachhaltige Förderung der Gesundheit der Beschäftigten
- im Wissen der betrieblichen Akteure um die betriebswirtschaftliche Relevanz erfolgreichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, woraus sich mangelnde Motivation erklärt, betriebliche Gesundheitsförderung als Unternehmensziel in Managementstrategien, Scorecards o. ä. zu integrieren.

Zur Verbesserung der Situation werden kleine und große Schritte vorgeschlagen:

a) Alle Sozialleistungsträger und Gewerbeaufsicht

Wettbewerb, Innovationsschübe und Strukturwandel in der Wirtschaft sowie die mit neuen Technologien und veränderten Arbeitsformen zusammenhängenden Belastungsveränderungen müssen zu einem Paradigmenwechsel auch im Arbeits- und Gesundheitsschutz in dem Sinne führen, dass die **Beratung der Betriebe** im Aufgabenkanon der überbetrieblichen Akteure gegenüber einer notwendig bleibenden Aufsicht eine dominierende Rolle erhält. Die Beratung muss aktiv, konkret und bedarfsgerecht sein.

Für die Betriebe ist die Transparenz der Informations- und Beratungsangebote der einzelnen überbetrieblichen Akteure zu erhöhen. Hierfür eignen sich betriebsübergreifende Formen der Kooperation unter Einbeziehung von Branchen- bzw. Innungsvertretern bei KMUs. Innerhalb von entsprechenden Netzwerken sollten relevante arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren auf Grund der Analyse vorhandener und ggf. zu erhebender Informationen gemeinsam identifiziert und daran orientiert betriebsnahe Beratungs- und Präventionsangebote formuliert und umgesetzt werden. Partnerschaftlich organisierte Netzwerke wären auch gut geeignet, den Betrieben die Chancen der Prävention für die Lösung betrieblicher Probleme näher zu bringen und damit auch die Motivation der Betriebe zur Inanspruchnahme der vielfältigen und qualifizierten Angebote der überbetrieblichen Akteure zu erhöhen. Den Netzwerken im Sinne gemeinsamer Servicestellen könnten Funktionen wie die Dokumentation und Bereitstellung von best-practise-Fällen und die Moderation zugeordnet werden. In der zweiten Phase der Kommissionsarbeit sollte geprüft werden, ob die für die Rehabilitation eingerichteten gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger Vorbild für die Prävention haben können.

Um die immer größere Bedeutung erlangende Gesundheitsberichterstattung auf breiter Basis zu ermöglichen und zu optimieren, wird empfohlen, im Rahmen dessen, was sinnvoll und wirtschaftlich vertretbar ist, **gemeinsame und miteinander kompatible Datenstrukturen** zwischen den überbetrieblichen Akteuren zu schaffen. Hier bestehende Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Hindernisse sollten in der zweiten Phase der Kommissionsarbeit näher geprüft werden.

Die Dienstleistungen der überbetrieblichen Akteure sind mit Schwerpunkt auf den Bereich der **mittleren, kleinen und kleinsten** Unternehmen auszurichten. Diese machen über 90 Prozent aller gewerblichen Unternehmen aus. Hier stellt sich schon mangels hinreichender personeller Ressourcen der überbetrieblichen Akteure die komplexe Aufgabe, die Vielzahl der Unternehmer in gezielte Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung einzubinden, das unternehmerische Bewusstsein für die Prävention am Arbeitsplatz als Faktor des betrieblichen Erfolges zu schärfen und die Informationslage des Unternehmens über bestehende Gefährdungspotenziale zu verbessern. Hier sind verschiedene Strategien und Instrumente, wie das so genannte Unternehmermodell, auf ihre Tauglichkeit zu erproben, die Unternehmer unmittelbar auf ihre Verantwortung gegenüber der Gesundheit der Beschäftigten, die Notwendigkeit betrieblicher Prävention, deren Nutzen und vorhandene praktische Lösungsansätze anzusprechen. Auf diesem Wege lässt sich im Rahmen eines Kooperations-Netzwerkes der überbetrieblichen Akteure auch die erwünschte Transparenz der einschlägigen Angebote der verschiedenen Träger vermitteln.

Es wird angeregt, gezielt, regional und eventuell branchenverwandt „**Patenschaften**“ zwischen Großbetrieben und Kleinbetrieben in Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu initiieren und vorübergehend auch fachlich zu begleiten. Existierende Netzwerke von Unternehmen (wie z. B. „Unternehmen für Gesundheit e. V.“, „Enterprise for Health“), die zum branchenübergreifenden Erfahrungsaustausch beitragen, sollen gefördert werden.

Praxisrelevante Forschung, auch Zusammenhangsforschung, ist gezielt zu fördern. Dabei wird Forschungsbedarf vor allem in den folgenden Bereichen gesehen:

- Erkenntnisgewinnung über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen unter Berücksichtigung geeigneter Datengrundlagen
- Problem- und Bedarfsanalyse bei KMUs
- Zusammenarbeit der Institutionen im Bereich neuer Arbeitsformen
- Gesundheitsökonomische Bewertung der Prävention in den Betrieben und Weiterentwicklung einfacher Prognose- und Controllinginstrumente

Unter Einbeziehung zuständiger Institutionen (z. B. Deutscher Verkehrssicherheitsrat) sollten sich die Sozialversicherungszweige mit Möglichkeiten von gemeinsamen, sich ergänzenden **Präventionsaktivitäten auch außerhalb der Arbeitswelt** (z. B. Risikobereich Heim, Freizeit und Verkehr) befassen, weil sie Einflussgrößen auch auf die betriebliche Sphäre sind.

Besonderes Gewicht wird gesteigerten Bemühungen zur **Schaffung von Anreizen** für betriebliche Anstrengungen und zur Schaffung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen – über die schon bestehenden berufsgenossenschaftlichen Bonus-Malus-Regelungen hinaus – beigemessen. Sie sollten institutionenübergreifend intensiviert werden.

Qualifizierungsmaßnahmen zur Förderung interinstitutioneller Zusammenarbeit sollten für Entscheidungsträger und Präventionsfachkräfte trägerübergreifend konzipiert und angeboten werden.

b) Unfallversicherungsträger/Berufsgenossenschaften

Der **Paradigmenwechsel** im Arbeits- und Gesundheitsschutz hat auf der Grundlage des 1996 erweiterten Handlungsfeldes der Berufsgenossenschaften auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in deren Programm und Dienstleistungen gegenüber den Betrieben durchgehend und nachhaltig Ausdruck zu finden, also im Vorschriften- und Regelwerk, in der Beratung, in der Schulung und vorausgehend in der Bestimmung eines neuen Berufsbildes sowie Qualifikation der eigenen Präventionsfachleute.

Entsprechend den Zielsetzungen eines zeitgemäßen Arbeits- und Gesundheitsschutzes haben sie **branchen- und betriebsnahe Umsetzungs- und Handlungshilfen** für die Betriebe, differenziert nach betrieblichen Akteuren (Management, Beschäftigte, Betriebsrat, betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz), nach Branchen und Betriebsgrößen, zu erarbeiten und in die Betriebe zu bringen. Dabei haben sie sich am Handlungstyp, der Unterstützung von Prozessen partizipativer Organisationsentwicklung zu orientieren.

Der branchenspezifische Präventionsansatz der Berufsgenossenschaften ist vorteilhaft, darf aber nicht zu Betreuungsunterschieden in vergleichbaren Teilen der Wirtschaft führen.

Die Berufsgenossenschaften haben die außerhalb des verpflichtenden Arbeitsschutzes stattfindenden Bemühungen um eine **Qualitätssicherung** gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Betrieb nach Kräften zu unterstützen.

Sie haben aus ihren Erkenntnissen in der Rehabilitation und der Entschädigung auch Schlussfolgerungen für betriebsbezogene Präventionsmaßnahmen zu ziehen. So kann auch die Ablehnung von Berufskrankheiten notwendiger Anlass sein, wegen des Krankheitsbildes oder bekannt gewordener gesundheitsschädlicher Arbeitsbedingungen Kontakt zur Betriebsführung oder zu Krankenkassen aufzunehmen.

c) Krankenkassen

Der 1996 vollzogene Paradigmenwechsel im Arbeits- und Gesundheitsschutz wurde flankiert durch eine symmetrische Aufforderung an Krankenkassen und Unfallversicherungsträger, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenzuarbeiten. Seit 2000 können Krankenkassen auch wieder den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen.

Die Umsetzung dieser Vorgaben in den Betrieben erfordert die Zusammenarbeit aller dort vertretenen Krankenkassen. Wettbewerbsbedingte Hindernisse erschweren vielfach diese Zusammenarbeit. Die Arbeitsgruppe schlägt vor, Vorschläge zu erarbeiten, wie diese Hindernisse künftig ausgeschaltet werden können. Ein erster Vorschlag richtet sich an die Arbeitgeber. Dieser sollte mit allen für seine Belegschaft relevanten Krankenkassen ein gemeinsames Vorgehen festlegen. Für die Umsetzung bestimmt er eine Krankenkasse, welche die Federführung übernimmt (z. B. diejenige mit dem größten Mitgliederanteil im Unternehmen). Insbesondere muss sichergestellt werden, dass Arbeitgeber von den Krankenkassen einen einheitlichen, an den spezifischen Bedingungen des Betriebs orientierten Gesundheitsbericht erhalten.

Notwendig erscheint der Arbeitsgruppe, dass die Kontinuität des Engagements der Krankenkassen in den Betrieben verbessert, die Bemühungen um KMUs intensiviert und Krankenkassen sich stärker als bisher am Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements gemeinsam mit Betriebsführung, Belegschaftsvertretung und Arbeitsschutz beteiligen. Hierzu werden konkrete Vorschläge erarbeitet werden. Diese werden auch Empfehlungen umfassen, wie die derzeit unbefriedigende Investition den gesetzlichen Vorgaben (aktuell 2,62 € für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung) angenähert werden kann.

Krankenkassen haben – im Unterschied zu den Unfallversicherungsträgern – noch keine Möglichkeit, jenseits von Modellvorhaben Anreize zu setzen, durch die die Betriebe zu einem stärkeren Engagement für die betriebliche Gesundheitsförderung bewegt werden. Die Arbeitsgruppe empfiehlt die Möglichkeit der Einführung von Anreizsystemen für Krankenkassen zu beraten. Zur Identifizierung vorhandener Probleme und Entwicklungspotenziale sowie zur Skizzierung zentraler Optimierungsbedarfe in Bezug auf eine zielgerichtete Kooperation zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften wurde darüber hinaus auch eine Expertise in Auftrag gegeben.

Vor dem Hintergrund der aktuellen und zu erwartenden Veränderungen in der Arbeitswelt werden Krankenkassen in zunehmendem Maße gefordert sein, Angebote für ältere Arbeitnehmer ebenso wie Hilfestellung zur Bewältigung von erwerbsbiografischen Umbruchsituationen bereitzustellen. Als Kooperationspartner kommen hier insbesondere die Rentenversicherungsträger in Betracht.

d) Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung hat ihren gesundheitspolitischen Schwerpunkt in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation mit dem Ziel einer möglichst dauerhaften beruflichen Integration ihrer Versicherten. Im Mittelpunkt des Rehabilitationsgeschehens stehen dabei chronische Erkrankungen und ihre Folgen, insbesondere die Bewältigung von negativen Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit. Nicht zuletzt die ständige Zunahme chronischer Krankheiten und ihre hohen Folgekosten machen es erforderlich, die präventiven Maßnahmen zu verstärken und Chronifizierungsprozesse möglichst zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben. Es ist deshalb sinnvoll, die Konzepte und Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation stärker aufeinander abzustimmen und in trägerübergreifende Strategien einzubinden.

Ein wesentlicher Ansatz, der auch durch das Sozialgesetzbuch IX unterstützt wird, besteht darin, die betriebliche Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation enger zu verknüpfen. Neben einer engeren Kooperation der überbetrieblichen Akteure zur Abstimmung der Konzepte sollten die bereits bestehenden Kooperationsformen zu den Betrieben unter Einbezug der Betriebsärzte sowie der Rehabilitationsfachberater weiter ausgebaut werden. Dabei könnten die spezifischen Kenntnisse der betrieblichen und überbetrieblichen Akteure sowohl zur Durchführung betriebsbezogener Maßnahmen der Gesundheitsförderung als auch im Rahmen der Rehabilitation noch besser genutzt werden.

Rolle und Möglichkeiten der Rentenversicherung sollten in der zweiten Phase der Kommissionsarbeit vertieft werden.

e) Arbeitsverwaltung

Auch die Arbeitsverwaltung kann in vielfältiger Weise auf die betriebliche Gesundheitsförderung einwirken. So hat die Bundesanstalt für Arbeit Programme zur Förderung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer und anderer spezieller Zielgruppen erarbeitet und sucht hierfür Kooperationspartner und breite Unterstützung. Die Arbeitsgruppe befürwortet, die Thematik im zweiten Teil der Kommissionsarbeit vertieft aufzugreifen.

10.4 Handwerkskammern, Innungen

Die Arbeitsgruppe ist der Ansicht, dass bei der Lösung der beträchtlichen Gesundheitsprobleme in KMU's künftig auch die Handwerkskammern und Innungen eine größere und aktivere Rolle übernehmen sollten. Die Spezifizierung der damit verbundenen Aufgaben sowie die damit verbundenen Aufgabenzuordnungen werden Gegenstand der Arbeit der zweiten Phase der Kommissionsarbeit sein. Einen wichtigen Ausgangspunkt dieser Beratungen stellen die eigenen Wahrnehmungen und Vorstellungen der damit angesprochenen Institutionen dar. Dazu liegt der Kommission eine erste Stellungnahme des Zentralverbandes des deutschen Handwerkes vom 03.09.02 vor, die in der Arbeitsgruppe noch nicht beraten werden konnte. Zu den Bedürfnissen und Bedarf der KMU im Hinblick auf einen zeitgemäßen Gesundheitsschutz sowie zu daraus folgenden Anforderungen an überbetriebliche Akteure hat die Arbeitsgruppe darüber hinaus auch eine Expertise in Auftrag gegeben.

10.5 Bildungswesen

Die Diskussion um die Rolle der Bildungsinstitutionen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde auch vor dem Hintergrund geführt, inwiefern das Bildungswesen selbst Gegenstand einer verbesserten Gesundheitsförderung sein müsste. Die zum Teil mangelhaften Bildungsergebnisse, wie sie unter anderem auch in der PISA-Studie belegt wurden, werden auch als ein Ergebnis belastender Arbeitsbedingungen interpretiert: „Kranke Lehrer machen schlechte Schule“. Dieser Aspekt soll jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht weiter vertieft werden.

Bisherige Aktivitäten der Bildungsträger

Zu den traditionellen Aufgaben des Bildungswesens gehört die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten für die Arbeitswelt. Von daher ist es nahe liegend, dass mit der Vermittlung von Kenntnissen über die Arbeitswelt auch Informationen über die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und deren Vermeidung bereitgestellt werden. Hierbei kommt den Bildungsträgern die wichtige Rolle zu, durch komplementäre Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung das bestehende Angebotsspektrum zu erweitern.

Grundsätzlich liegen die Schwerpunktaktivitäten der Bildungsträger in folgenden Gebieten:

- Erstausbildung
- Multiplikatorenschulung (themenbezogen/branchenbezogen)
- betriebsbezogene Bildung bei spezifischen Problemlagen
- Forschung

Trägerspektrum und Selbstverständnis

Als potenzielle Träger solcher Angebote kommen zur Zeit in Betracht: Berufsschulen, Fachhochschulen und Universitäten, kirchliche und gewerkschaftliche Bildungsträger, Bildungswerke der deutschen Wirtschaft, Volkshochschulen, Landeszentralen für Gesundheitsförderung und private Bildungsträger. Während die Berufsschulen durch ihren gesetzlichen Auftrag alle Auszubildenden erreichen, richten sich die Angebote der weiteren genannten Bildungsträger häufig in Form von Multiplikatoren- ausbildung an bestimmte Zielgruppen (Betriebsräte, Arbeitsschutzbeauftragte usw.)

- Im Rahmen der beruflichen Erstausbildung kommt den **Berufsschulen** die Aufgabe zu, neben berufsfachlichen Kenntnissen auch allgemeine Kompetenzen zur Bewältigung der Anforderungen am Arbeitsplatz zu stärken. Hierzu zählt zweifellos das Thema Arbeitsschutz und damit ein Teilbereich der Gesundheitsförderung. Die Berufsschulen erfüllen als ein Lernort im Rahmen der dualen Berufsausbildung zusammen mit dem Lernort Betrieb, dem auch die überbetriebliche Lehrlingsunterweisung zugeordnet ist, einen gemeinsamen Bildungsauftrag. Nach der Berufsschulverordnung kommt den Berufsschulen bei der Initiierung und Koordinierung des regionalen Berufsbildungsdialoges eine herausgehobene Rolle zu.

In dieser Rolle kooperieren sie u. a. auch schulartübergreifend in der Sekundarstufe I in Fragen der Berufsorientierung, der Berufsvorbereitung und der Berufswahl. Dabei werden natürlich auch Fragen der gesundheitlichen Anforderungen an die unterschiedlichen Ausbildungsberufe angesprochen.

Am besten funktioniert die Kooperation zwischen Berufsschule und Ausbildungsbetrieb bei großen industriellen Betrieben mit hauptamtlichen Ausbilderinnen und Ausbildern. Dort wird betriebliche Gesundheitsförderung besonders ernst genommen. Schwieriger gestaltet sich die Kooperation zwischen Berufsschule und handwerklichen Mittel- und Kleinstbetrieben. Hier sind die Lehrkräfte oftmals wichtige Ansprechpartner der Auszubildenden auch in Fragen der defizitären betrieblichen Gesundheitsförderung.

Über diese in der Regel sehr fachbezogenen Lerninhalte zum Thema Arbeitsschutz (insbesondere in handwerklichen Berufen) hinaus wäre es wünschenswert, auch verstärkt fachübergreifende Gesundheitsförderung zu vermitteln.

- Die **Fachhochschulen und Universitäten** bieten in Fortbildungsveranstaltungen Einblicke in Forschungsergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung und neuere Ansätze. Dem Anspruch, zukünftigen Führungskräften den mittel- und langfristigen Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung zu vermitteln, können die Hochschulen nur punktuell einlösen. Hier wird erheblicher Verbesserungsbedarf gesehen.
- Die **kirchlichen und gewerkschaftlichen Bildungsträger** führen Seminare durch, die den Beschäftigten Informationen vermitteln und Reflektionen eigener Belastungserfahrungen und Gesundheitsbeschwerden erlauben. Sie gestalten ihren Bildungsauftrag insbesondere vor dem Hintergrund ihres politischen und gesellschaftlichen Auftrages.

- Die **Bildungswerke der deutschen Wirtschaft** qualifizieren Personalleiter hinsichtlich des sinnvollen Einsatzes der betrieblichen Gesundheitsförderung bei der Personalführung.
- **Volkshochschulen und private Anbieter** offerieren ein Kursangebot der Verhaltensprävention mit Arbeitsweltbezug. Hiervon profitieren vor allem Beschäftigte, deren Betriebe selbst keine Kurse anbieten.
- **Landesinstitutionen für Suchtgefahren** qualifizieren Verantwortliche für den Bereich der betrieblichen Suchtprävention.
- Ein besonderes Leistungsspektrum bieten die **Landeszentralen für Gesundheitsförderung** an. Zum einen vernetzen sie die verschiedenen Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und bieten in Seminaren in Kooperation mit Fachkräften Informationen und praktische Anleitung vor Ort. Zum anderen führen die Landeszentralen selbst Modellprojekte in Betrieben durch, die landesweit beispielhaft sind und geben dadurch Anregung zur regionalen Übertragung.

Konsequenzen

1. Die Vielfalt der Bildungsträger ist ausreichend. Es wird kein Bedarf an zusätzlichen Akteuren zur Vermittlung gesundheitsfördernder Bildungsinhalte gesehen.
2. Das Thema „betriebliche Gesundheitsförderung“ muss in unterschiedlicher Ausgestaltung eine explizite Aufgabe der Bildungsträger werden.
3. Ein besonderes Defizit wird bei der Hochschulausbildung angehender Führungskräfte gesehen. Der mittel- und langfristige Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung muss zum Gegenstand werden. Hier besteht erheblicher Nachholbedarf. Die AG regt eine Diskussion darüber an, einen Universitätslehrstuhl für betriebliche Gesundheitsförderung einzurichten.
4. Die Rolle der Bildungsträger als Dienstleister für die Betriebe und Tarifpartner muss deutlicher werden. Konkret sollten die Bildungsträger neben allgemeinen Angeboten zur Gesundheitsförderung verstärkt auch individuelle, auf die Betriebe bezogene und mit diesen abgestimmte Projekte anbieten.
5. Die Kooperation zwischen den Bildungsträgern zur wechselseitigen Nutzung ihrer individuellen Kompetenzen muss intensiviert werden. Bezogen auf die Berufsschulen sollte geprüft werden, welche konkreten Kooperationen zwischen den Schulen und Einrichtungen mit besonderer Kompetenz zur Gesundheitsförderung bestehen. Hier scheint unter der Berücksichtigung von nur begrenzt ausdehnbaren Lehrinhalten ein relativ großes Optimierungspotential zu liegen.
6. Eine gemeinsame Informationsplattform zur Verbreitung von Konzepten und best practice Beispielen ist einzurichten.

10.6 Betriebliche Zulieferer

Zu den wichtigen überbetrieblichen Akteuren, deren Einfluss in den nächsten Jahren höchstwahrscheinlich wachsen wird, rechnet die Arbeitsgruppe auch die betrieblichen Lieferanten, die die Betriebe mit Arbeitsmitteln, Gefahrstoffen und persönlichen Schutzausrüstungen versorgen. Vor allem nach dem 1992 durchgreifend reformierten Gerätesicherheitsrecht gilt hier ebenfalls der Grundsatz des präventiven und vorgehenden Arbeitsschutzes; durch die Instrumente des GSG soll bereits präventiv verhindert werden, dass gefährliche und ungeeignete Maschinen und Geräte im betrieblichen Alltag genutzt werden. Es gehört zu den Aufgaben der staatlichen Aufsicht, die Verbesserung des Informationsflusses zu fördern und Unterschreitungen der normativ vorgegebenen Informationsstandards mit den zur Verfügung stehenden Mitteln entgegen zu wirken. In der Arbeitsgruppe bestand Übereinstimmung, dass diese Funktion der Aufsicht für eine präventive Beschaffungspolitik unverzichtbar ist und dass für ihre effektive Realisierung Sorge zu tragen ist.

Die bisherigen empirischen Untersuchungen zeigen ein vielschichtiges Bild: Einerseits wird in der Mehrzahl der Betriebe der Einkauf bis heute nicht in ein betriebliches Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzept eingebettet und gerade Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsschutzausschuss und Betriebsräte bleiben in diesem Aufgabenfeld weitgehend unbeteiligt. Die Arbeitsgruppe sieht als eine ihrer Aufgaben in der nächsten Phase der Arbeit der Kommission zu prüfen, welche Verbesserungs- und Optimierungsmöglichkeiten der betrieblichen Organisation möglich und zu empfehlen sind. Andererseits wird gerade von Klein- und Mittelbetrieben den betrieblichen Lieferanten über die Lieferung hinaus zunehmend eine wichtige Beratungs- und Informationsfunktion zugeschrieben. Die Nutzung der Informationen, die sich auf dem Sicherheitsdatenblatt befinden, hat in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen; mit Hilfe dieses Beispiels können auch andere Bereiche, wie z. B. die Informationspflichten über Lärmemissionen und/oder besondere Arbeitsgefahren, in Zukunft stärker genutzt werden, so dass eine reale innerbetriebliche Sicherheitskommunikation gefördert werden kann.

Ein Teil der Lieferanten hat sein Angebot inzwischen um weitere Dienstleistungen ergänzt, die sich auf die Gestaltung von Betriebsanweisungen und Unterweisungen beziehen. Hier bedarf es allerdings einer ständigen Qualitätssicherung und -kontrolle, damit diese Informationen zu einer Verbesserung der betrieblichen Gesundheitspolitik beitragen können. In der zweiten Phase der Kommissionsarbeit ist zu prüfen, welche Verfahren der Qualitätssicherung insoweit möglich und empfehlenswert sind.

10.7 Privatwirtschaftliche Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen

Nicht nur in Deutschland, sondern auch in den anderen Ländern der EU nehmen Unternehmen in den letzten Jahren verstärkt Dienste privatwirtschaftlicher Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen in Anspruch, wenn es um die Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten bzw. um die Erfüllung diesbezüglicher staatlicher Normen geht. Über die Qualität und die Wirkung dieser Beratungen und Dienstleistungen gibt es keinen Überblick. In Einzelfällen wird sowohl von hervorragenden, modernen Lösungen berichtet, die auf Basis solcher Beratungen zustande gekommen sind, als auch von Leistungen, die fachlichen Kriterien nicht genügen. Die Frage der Qualitätssicherung privatwirtschaftlicher Beratungen und Dienstleistungen in der betrieblichen Gesundheitspolitik soll deshalb in der zweiten Phase der Kommissionsarbeit vertieft untersucht werden.

Nach Art. 7 der Richtlinie 89/391 sind die Mitgliedsstaaten der EU verpflichtet, die erforderliche Eignung und Ausstattung für außerbetriebliche Personen und Dienste im Arbeitsschutz festzulegen. Der europäische Gerichtshof hat im Urteil C 49/00 vom 15.11.2001 ausdrücklich bekräftigt, dass die Mitgliedsstaaten entsprechende Richtlinien erlassen und den Betroffenen zur Kenntnis bringen müssen, damit eine Umsetzung dieser Maßnahmen und deren Überwachung sichergestellt werden kann. Die Feststellung von Eignung ist kein einmaliger Akt, sondern bedarf ebenfalls der regelmäßigen Überwachung und Erneuerung, so dass auch insoweit entsprechende Verfahren festzulegen sind, die zugleich der Qualitätssicherung dienen. Sowohl im Umweltrecht als auch in anderen EU-Ländern sind für solche Verfahren der Eignungsfeststellung und -überwachung inzwischen Zertifizierungsmodelle entwickelt und ausprobiert worden, die auch für Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung von Bedeutung sein können. Die Expertenkommission hat deshalb eine Expertise in Auftrag gegeben, in welcher die europarechtlichen Anforderungen sowie die bisherigen Erfahrungen in anderen Mitgliedsstaaten aufgearbeitet und Regelungsalternativen für Eignungsfeststellung, -überwachung und entsprechende Zertifizierungsverfahren für die dem ASiG unterfallenden bzw. in der betrieblichen Gesundheitsförderung tätigen Akteure aufgezeigt werden sollen.

Bericht der AG 4 (Leitung: Prof. Dr. D. Frey)

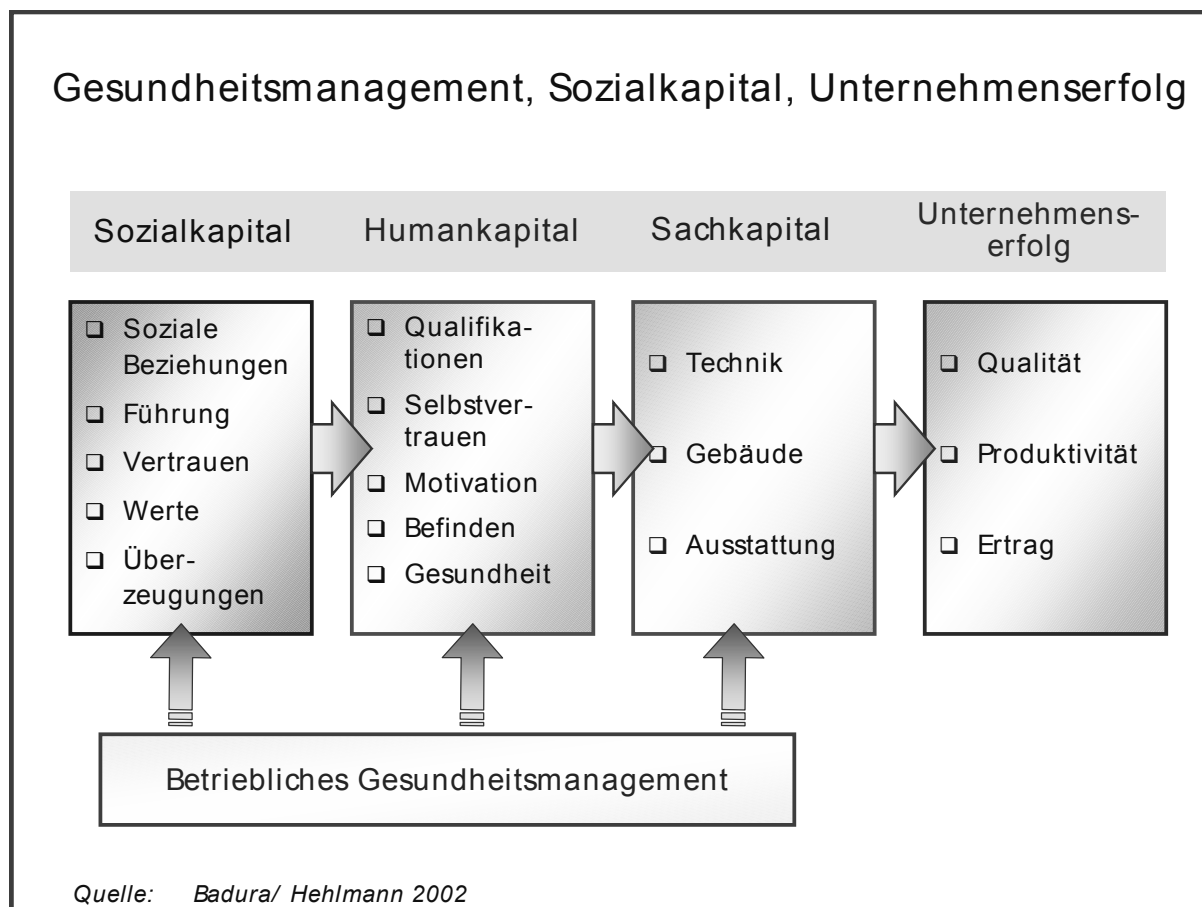
Problemverständnis und Handlungsschwerpunkte betrieblicher Akteure

1. Ausgangslage

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource. Ihr Wohlbefinden und ihre Arbeitszufriedenheit gehören in Verbindung mit hoher fachlicher, methodischer und sozialer Kompetenz zu den zentralen Voraussetzungen für Leistungskraft und Flexibilität der Unternehmen, m.a.W. für ihre Wettbewerbsfähigkeit und ihren wirtschaftlichen Erfolg.

Diese Botschaft findet gegenwärtig in den Betrieben, bei Arbeitgebern wie Gewerkschaften nicht hinreichend Gehör. Anderes hat Vorrang.

Deutschland ist eine wirtschaftliche Hochleistungsgesellschaft. Dauerhaft hohe oder höchste Leistungen lassen sich ohne schädigende Belastungen nur erbringen bei einem entsprechend pfleglichen Umgang mit den Beschäftigten, bei entsprechender Förderung ihres Sozial- und Humankapitals mit Hilfe eines modernen Betrieblichen Gesundheitsmanagements.



Betriebliches Gesundheitsmanagement dient der Wettbewerbskraft und der Zukunftsfähigkeit der Unternehmen durch Investitionen in ihr Sozialkapital. Sach- und Humankapital sind mittlerweile geläufige Begriffe und beziehen sich zumeist auf die technische Ausstattung der Unternehmen und die Qualifikation ihrer Beschäftigten. Der Sozialkapitalansatz fügt dem eine auf das soziale System eines Unternehmens gerichtete Sichtweise hinzu. Erst dadurch wird das lebendige, prozesshafte und ergebnisorientierte Zusammenwirken von Menschen und Technik vollends transparent und im mitarbeiterorientierten Sinne gestaltbar. Kooperatives und zur Verfolgung gemeinsamer Ziele koordiniertes Handeln erfordert mehr als fachliche Kompetenz und hochentwickelte Technik. Es erfordert soziale Vernetzung, vertrauensvolle Zusammenarbeit und die Identifikation mit gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln, m.a.W. Merkmale einer Organisation, die, wie wir heute wissen, in gleichem Maße dem unternehmerischen Erfolg wie dem Wohlbefinden und der Gesundheit der Mitarbeiter dienen.

Unterlassene Investitionen in das Sozial- und Humankapital der Unternehmen führen zu **vermeidbaren Kosten** durch überhöhte Fehlzeiten und Unfälle, durch medizinischen Handlungsbedarf, Lohnfortzahlung und krankheitsbedingte Frühberentung. Unterlassene Investitionen in das Sozial- und Humankapital führen zudem zu **entgangenen Wettbewerbsvorteilen** in Form von Verlusten an Qualität und Produktivität.

Die Mitglieder der AG 4 beobachten eine zunehmende Diskrepanz zwischen den wachsenden Anforderungen an die Mitarbeiter einerseits und der Bereitschaft und den Fähigkeiten der Unternehmen andererseits, sich darauf angemessen einzustellen.

Die Folgen davon sind Organisationspathologien, z.B. verbreitete Apathie, Mobbing, innere Kündigung, Qualitätsmängel und Fehlentscheidungen, hohe Fehlzeiten und Burnout, m. a. W. ein Rückgang an Flexibilität und Wettbewerbsfähigkeit.

2. Entwicklungsbedarf

Damit aus dieser Situation kein dauerhafter Schaden entsteht für die Unternehmen und ihre Beschäftigten, empfehlen die Mitglieder der AG 4 folgende Innovationen:

1. eine deutliche Aufwertung von Wohlbefinden und Gesundheit in den Prioritäten und Zielen der Unternehmen;
2. die Einrichtung eines bedarfsgerechten und wirksamen betrieblichen Gesundheitsmanagements als lernendes System;
3. eine Unterstützung dieser Entwicklung durch entsprechende Beratungsangebote der Berufsgenossenschaften und Krankenkassen;
4. Anreize für Unternehmen, ein kontinuierliches Gesundheitsmanagement zu implementieren, z. B. in Form von steuerlichen Erleichterungen oder reduzierten Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung.

2.1 Aufwertung von Wohlbefinden und Gesundheit

Gesundheit als Mittel zum Unternehmenszweck ist auf der obersten Führungsebene meist überhaupt kein Thema. Wie lassen sich Management, Mitarbeitervertretung und Beschäftigte davon überzeugen:

- Wohlbefinden und Gesundheit deutlich aufzuwerten und in den Führungsgrundsätzen ihres Unternehmens zu verankern?
- Mitarbeiterorientierung - gemessen durch Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten - zum Bestandteil von Zielvereinbarungen mit Führungskräften zu machen?
- Betriebliches Gesundheitsmanagement als eine dauerhafte, hohen Nutzen stiftende Investition für Unternehmen und Beschäftigte zu institutionalisieren?

Unternehmen werden heute in sehr kurzen Fristen einer Bewertung unterzogen. Dabei spielt das betriebliche Sozial- und Humankapital eine untergeordnete Rolle. Wie lässt sich das ändern? Welche Instrumente (z.B. Kennzahlen) gilt es dafür zu entwickeln? Bei wem genau muss dafür welches Umdenken stattfinden? Wie müssen etwa auch gegenwärtig sehr verbreitete Managementinstrumente wie z.B. das EFQM-Modell oder die Systematik der Balanced Scorecard weiterentwickelt werden, um das Thema Wohlbefinden und Gesundheit aufzuwerten? Ohne finanzielle Anreize wird sich möglicherweise nur wenig bewegen.

2.2 Entwicklung lernfähiger Systeme des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Um den gewandelten Herausforderungen betrieblicher Personal- und Gesundheitspolitik angemessen zu begegnen, muss der betriebliche Gesundheitsschutz restrukturiert, aufgewertet und zu einem lernenden System entwickelt werden.

Gegenwärtig fehlt es an validen Informationen über den Stand des betrieblichen Sozial- und Humankapitals, d.h. über den bestehenden Handlungsbedarf (Diagnosedefizit) sowie über die Qualität der im Arbeits- und Gesundheitsschutz erbrachten Leistungen (Evaluationsdefizit). Ihr Nutzen für Betriebe und Beschäftigte steht damit in Frage, eine kontinuierliche Verbesserung der verwendeten Verfahren findet meist nicht statt. **Der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz in seiner heutigen Form ist in den meisten Fällen noch nicht lernfähig.**

Die zur Diagnose und Evaluation verwendeten Arbeitsunfähigkeitsdaten bilden eine Art „Fieberthermometer“, d. h. erlauben eine Eingrenzung von Problem- und Zielgruppen, aber keine verlässliche Diagnose der zu Grunde liegenden Probleme und Ursachen. Und sie setzen zu spät an!

Die betriebliche Gesundheitsberichterstattung muss dringend weiterentwickelt, die vorhandenen Routinedaten müssen besser dafür genutzt werden. Negative Veränderungen im Befinden der Beschäftigten signalisieren Motivations- und Gesundheitsprobleme, Daten aus der Gefährdungsanalyse und Arbeitsmedizin mögliche Krankheitsrisiken. Arbeitsunfähigkeit ist etwas, das vermieden und nicht nur nachträglich repariert werden sollte.

2.3 Anforderungen an die Sozialversicherung

Entscheidend für Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten sind die Führung eines Unternehmens, die Gestaltung von Arbeit und Organisation, angemessene Qualifikation und soziale Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ein nachhaltig wirksames betriebliches Gesundheitsmanagement. Die überbetrieblichen Akteure, insbesondere die Berufsgenossenschaften und Krankenkassen, sollten die Betriebe darin unterstützen, das Thema Gesundheit auf die betriebspolitische Agenda zu bringen. Und sie sollten dabei mithelfen, die Betriebe zu einem professionellen Gesundheitsmanagement zu befähigen. Einige Krankenkassen haben ihre diesbezüglichen Aktivitäten in den vergangenen Jahren angesichts eines zunehmenden Wettbewerbs untereinander deutlich intensiviert. Auch bei den Berufsgenossenschaften lässt sich ein gewisser Wandel beobachten. Diese Bemühungen sollten ermutigt und beschleunigt werden. Auch die Rentenversicherung (Rehabilitation, Frühberentung) sollte zukünftig stärker einbezogen werden. Information und Beratung der Betriebe in Sachen Diagnose, Planung, Steuerung und Evaluation betrieblichen Gesundheitsmanagements sollten deutlich verbessert werden.

2.4 Entwicklung geeigneter finanzieller Anreize

In einer immer komplexer werdenden und sich immer rascher verändernden Welt ist die Setzung von Normen und die Prüfung ihrer Einhaltung alleine kein geeignetes Instrument zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten. Sie sollten deshalb um das Setzen finanzieller Anreize und eine fundierte Qualitätsberatung und -sicherung ergänzt werden. Die Mitglieder der AG 4 schlagen der Expertenkommission vor, eingehender zu prüfen, welche Möglichkeiten bestehen und Akzeptanz finden könnten, um die rasche Verbreitung professionellen betrieblichen Gesundheitsmanagements durch steuerliche Anreize oder durch Senkung der Beiträge zur Krankenversicherung zu fördern. Um sicherzustellen, dass die dabei den Unternehmen zur Verfügung stehenden zusätzlichen Mittel tatsächlich Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugute kommen, scheint uns die Etablierung einer externen Qualitätsberatung und -sicherung seitens des Staates zwingend geboten. Auch genauere Berechnungen nicht nur der direkten und indirekten Kosten, sondern auch der entgangenen Nutzen und Wettbewerbsvorteile unterlassenen Betrieblichen Gesundheitsmanagements könnten seiner Aufwertung dienen. In jedem Fall sollte erwogen werden, Unternehmen, die in ihr Gesundheitsmanagement investieren, nicht durch steuerliche Belastungen dafür zu bestrafen.

F. Literaturverzeichnis

- Ahrend, K. D. & Konietzko, J. (1995). III-6.3 - Der ältere Mensch am Arbeitsplatz. In J. Konietzko & H. Dupuis, H. (Hrsg.), *Handbuch der Arbeitsmedizin* (1-34). Landsberg: Ecomed.
- Aldana, St. (2001): Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature, *Am.J. Health Promot*; 15 (5):296-320.
- Alfredsson, L., Hammar, N. & Hogstedt, C. (1993). Incidence of Myocardial Infarction and Mortality from Specific Causes among Bus Drivers in Sweden. *International Journal of Epidemiology*, 22: 57-61.
- Arnold, R. (1997). Von der Weiterbildung zur Kompetenzentwicklung. Neue Denkmotive und Gestaltungsansätze in einem sich verändernden Handlungsfeld. In QUEM (Hrsg.), *Kompetenzentwicklung '97. Berufliche Weiterbildung in der Transformation - Fakten und Visionen* (253-309). Münster: Waxmann.
- Aust, B. (1999). Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Umsetzung stresstheoretischer Erkenntnisse in eine Intervention bei Busfahrern. Reihe *Medizinsoziologie* (Hrsg. J. Siegrist), Bd.11. Münster: LIT.
- Badura B, Litsch M, Vetter Chr. (2002) (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2001 – Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor*. Berlin etc., Springer.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, Chr. (1999) (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 1999 – Psychische Belastung am Arbeitsplatz; Zahlen, Daten, Fakten aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin etc., Springer.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter Chr. (2002) (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2002 – Demographischer Wandel. Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin etc., Springer (in Vorbereitung).
- Baitsch, C., Katz, C., Spinass, P. & Ulich, E. (1991). *Computerunterstützte Büroarbeit: Ein Leitfadens für Organisation und Gestaltung*. Zürich: vdf.
- BAuA (Hrsg.) (2002): *Gesundheitsschutz in Zahlen 2000*. Amtliche Mitteilungen der BAuA. Sonderausgabe Nr. 17.
- Beard, K. M. & Edwards, J. R. (1995). Employees at risk: contingent work and the psychological experience of contingent workers. In C. L. Cooper & D. M. Rousseau (Eds.), *Trends in organizational behavior* (Vol. 2) (109-126). Chichester: Wiley.
- Beck, U. (1999). *Schöne neue Arbeitswelt. Vision: Weltbürgergesellschaft*. 2. Auflage. Frankfurt / Main.
- Belkić, K., Savic, C., Theorell, T., Rakic, L., Ercegovic, D. & Djordjevic, M. (1994). Mechanisms of Cardiac Risk among Professional Drivers. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 20: 73-86.
- Belkić, K., Schwartz, J., Schnall, P., Pickering, T.G., Steptoe, A., Marmot, M., Theorell, T., Fossum, E., Høieggen, A., Moan, A., Rostrup, M. & Kjeldsen, S.E. (2000).

- Evidence for Mediating Econeurocardiologic Mechanisms. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15 (1): S.117-163.
- Bergmann, B. (1996). Zukunft der Erwerbsarbeit: Arbeit und Arbeitslosigkeit. Hinweise aus ostdeutschen Problemsichten. In W. Hacker (Hrsg.), *Erwerbsarbeit der Zukunft - auch für "Ältere"?* (29-41). Zürich: vdf.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2000). Die Bedeutung von Betriebsärzten in einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik. Ein Gutachten (Bearbeitung: R. Rosenbrock & U. Lenhardt). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bihl, G., Berghahn, A. & Theunert, M. (1995). Das Arbeitszeitmodell BMW - Werk Regensburg. In D. Wagner (Hrsg.), *Arbeitszeitmodelle* (183-205). Göttingen: Hogrefe.
- Bödeker, W., Friedel, H., Röttger, C. & Schröer, A. (2002). Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Forschungsbericht Fb 946 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Brödner, P., Knuth, M (Hrsg.) (2002): Nachhaltige Arbeitsgestaltung. Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen, München und Mering.
- Bullinger, H. J. & Wiedmann, G. (1995). Der Wandel beginnt: aktuelle Managementkonzepte in Deutschland - Ergebnisse einer Studie. *Office Management*, 43, 58-62.
- Candeias, M. & Deppe, F. (Hrsg.). (2001). Ein neuer Kapitalismus? Akkumulationsregime, Shareholder Society, Neoliberalismus und Neue Sozialdemokratie. Hamburg: VSA-Verlag.
- Carayon, P. & Zijlstra, F. (1999). Relationship between job control, work pressure and strain: studies in the USA and in the Netherlands. *Work and Stress*, 13, 32-48.
- Cooper, C. (Hrsg.) (1998). *Theories of Occupational Stress*. Oxford: Oxford University Press.
- Dostal, W., Jansen, R. & Parmentier, K. (Hrsg.). (2000). Wandel der Erwerbsarbeit: Arbeitssituation, Informatisierung, berufliche Mobilität und Weiterbildung. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Dunham, J. (Hrsg.) (2001). *Stress in the Workplace*. London: Whurr.
- Elsner, G. (1992). *Risiko Nachtarbeit*. Bonn: Diez.
- Europäische Kommission (2000). *Stress am Arbeitsplatz – ein Leitfaden: Würze des Lebens – oder Gifthauch des Todes?* Luxemburg: Amt für Amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Europäische Kommission (2002). *Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz*. Mitteilung der Kommission, 11.03.2002.
- European Agency for Safety and Health at Work (1999). *Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders* (Bearbeitung: P. Buckle & J. Devereux). Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

- European Agency for Safety and Health at Work (2000). Work-related low back disorders (Bearbeitung: R. op de Beeck & V. Hermans). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Frieling, E. & Freiboth, M. (1997). Klassifikation von Gruppenarbeit und Auswirkungen auf subjektive und objektive Merkmale der Arbeitstätigkeit. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 41, 120-130.
- Frieling, E., Grote, S. & Kauffeld, S. (2000). Fachlaufbahnen für Ingenieure - Ein Vorgehen zur systematischen Kompetenzentwicklung. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 54, 165-174.
- Haas, J., Petry, H. & Schühlein, W. (1990). Zur Verringerung berufsbedingter Gesundheitsrisiken im Fahrdienst des öffentlichen Personennahverkehrs. Der Betriebsarzt, 25: 332-334.
- Hall, D. T. & Mirvis, P. H. (1995). Careers as lifelong learning. In A. Howard (Ed.), The changing nature of work (323-361). San Francisco: Jossey-Bass.
- Ilmarinen J. & Tempel, J. (2002). Arbeitsfähigkeit 2010 - Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg: VSA.
- Jansen, R. (2000). Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und Veränderungen auf betrieblicher Ebene. In W. Dostal & R. Jansen & K. Parmentier (Hrsg.), Wandel der Erwerbsarbeit: Arbeitssituation, Informatisierung, berufliche Mobilität und Weiterbildung (39-65). Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Jansen, R. (2002). Struktureller Wandel der Arbeitswelt und seine Auswirkungen auf die Beschäftigten. In ders. (Hrsg.), Die Arbeitswelt im Wandel. Weitere Ergebnisse der BIBB/IAB-Erhebung 1998/99 zur Qualifikation und Erwerbssituation in Deutschland (S. 7-31). Reihe „Berichte zur beruflichen Bildung“, Band 254. Bielefeld: Bertelsmann.
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1995). Class, work and health. In B. C. Amick & S. Levine & A. R. Tarlov (Hrsg.), Society and health (247-271). New York: Oxford university press.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books.
- Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. Administrative Science Quarterly, 24: 285-308.
- Kawakami, N. & Haratani, T. (1999). Epidemiology of job stress and health in Japan: review of current evidence and future direction. Industrial Health, 37, 174-186.
- Kawakami, N., Araki, S., Takatsuka, N., Shimizu, H. & Ishibashi, H. (1999). Overtime, psychosocial working conditions, and occurrence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Japanese men. Journal of Epidemiology, Community and Health, 53, 359-363.
- Klotter, C. (1999). Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheitsförderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen (S.23-61). Schriften zur Arbeitspsychologie (Hrsg. E. Ulich), Bd. 59. Bern: Huber.

- Kommission der Europäischen Union (2002): Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft. Eine neue Strategie für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Brüssel, 11.03.2002.
- Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen (Hrsg.) (1998). Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in Deutschland – Entwicklung, Ursachen und Maßnahmen; Leitsätze, Zusammenfassung und Schlußfolgerungen der Teile I, II und III. Bonn: Olzog Verlag.
- Kompier, M.A.J. & Di Martino, V. (1995). Review of Bus Drivers' Occupational Stress and Stress Prevention. *Stress Medicine*, 11:253-262.
- Küsgens, I., Vetter, C. & Yoldas, B. (2002). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. In: B. Badura, M. Litsch & C. Vetter, Fehlzeiten-Report 2001 - Zahlen, Daten, Analysen aus allen Bereichen der Wirtschaft. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor (257-461). Heidelberg: Springer.
- Landsbergis, P., Cahill, J. & Schnall, P. (1999). The impact of lean production and related new systems of work organization on worker health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 108-130.
- Levi, L., Sauter, S.L. & Shimomitsu, T. (1999). Work-related Stress – It's Time to Act. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4:394-396.
- Lewis, S. & Copper, S. L. (1999). The work-family research agenda in changing contexts. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 382-393.
- Marmot, M.G., Theorell, T. & Siegrist, J. (2002). Work and Coronary Heart Disease. In S.A. Stansfeld & M.G. Marmot (Hrsg.), *Stress and the Heart. Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease* (S.50-71). London: BMJ Books.
- Martens, M. F. M., Nijhuis, F. J. N., Van Boxtel, M. P. J. & Knottnerus, J. A. (1999). Flexible work schedules and mental and physical health. A study of a working population with non-traditional working hours. *Occupational Behavior*, 20, 35-46.
- McEwen, B.S. (1998). Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *New England Journal of Medicine*, 338: 171-179.
- Meschkatat, B.; Stackelbeck, M.; Langenhoff, G. (2002): Der Mobbing-Report. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bremerhaven.
- Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1996). *Global Health Statistics: A Compendium of Incidence, Prevalence and Mortality Estimates for over 200 Conditions*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Netterstrøm, B. & Juel, K. (1988). Impact of Work-related and Psychosocial Factors on the Development of Ischaemic Heart Disease among Urban Bus Drivers in Denmark. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 14: 231-238.
- Osterkamp, R. (2001): Arbeitsausfall durch Krankheit – ein internationaler Vergleich. ifo Schnelldienst 21 (16. Nov.): 16-23.
- Paoli, P. & Merllié, D. (2001). *Third European Survey on Working Conditions 2000*. Luxemburg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

- Pearce, J. L. (1993). Toward an organizational behavior of contract laborers: Their psychological involvement and effects on employee co-workers. *Academy of Management Journal*, 36, 1082-1096.
- Pearce, J. L. (1998). Job insecurity is important, but not for the reasons you might think: The example of contingent workers. In C. L. Cooper & D. M. Rousseau (Eds.), *Trends in organizational behavior* (Vol. 5) (31-46). Chichester: Wiley.
- Pfeffer, J. (1998). *The human equation: building profits by putting people first*. Boston: Harvard business school.
- Ragland, D.R., Greiner, B.A., Holman, B.L. & Fisher, J.M. (1997). Hypertension and Years of Driving in Transit Vehicle Operators. *Scandinavian Journal of Social medicine* 25: 271-279.
- Rebitzer, J. B. (1995). Job safety and contract workers in petrochemical industry. *Industrial Relations*, 34, 40-57.
- Riester, W. (2002): Wandel der Arbeitswelt – Herausforderung für Wirtschaft und Politik. Rede anlässlich des Kongresses „Initiative Neue Qualität der Arbeit“. Berlin, 17.06.2002.
- Riotto, M. (2001). Depression in the Workplace: Negative Effects, Perspective on Drug Costs and Benefit Solutions. *Benefits Quarterly*, 17: 37-48.
- Roe, R., Zijlstra, F. R. H. & Loeonova, A. B. (1996). Interruptions in mental information work - effects on work activity and psychological well-being. Unpublished manuscript, WORC Report 96.06.003/4. Tilburg: Work and Organisation Centre.
- Rosengren, A., Anderson, K. & Wilhelmsen, L. (1991). Risk of Coronary Heart Disease in Middle-aged Male Bus and Tram Drivers Compared to Men in Other Occupations: A Prospective Study. *International Journal of Epidemiology*, 20: 82-87.
- Rosenstiel, L. v. & Wastian, M. (2001). Wenn Weiterbildung zu Innovationshemmnis wird: Lernkultur und Innovation. In QUEM (Hrsg.), *Kompetenzentwicklung 2001. Tätigsein - Lernen - Innovation* (203-246). Münster: Waxmann.
- Rössel, G., Schaefer, R. & Wahse, J. (1999). *Alterspyramide und Arbeitsmarkt: Zum Alterungsprozess der Erwerbstätigen in Deutschland*. Frankfurt am Main: Campus.
- Rousseau, D. M. & Libuser, C. (1997). Contingent Workers in High Risk Environments. *California Management Review*, 39, 103-123.
- Sapolsky, R.M. (1998). *Why Zebras Don't Get Ulcers. An Updated Guide to Stress, Stress-related Diseases, and Coping*. New York: Freeman.
- Sattelberger, T. (1999). *Wissenskapitalisten oder Söldner?: Personalarbeit in Unternehmensnetzwerken des 21. Jahrhunderts*. Wiesbaden: Gabler.
- Schorr, J. (1991). *The overworked American - the unexpected decline of leisure*. New York: Basic books.
- Scott, A.J. (2000). Shift Work and Health. *Primary Care* 27 (4): 1057-1079.
- Scott, A.J. (Hrsg.) (1990). Shiftwork. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 5 (2): 165-433.

- Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe.
- Spreitzer, G. M. & Quinn, R. E. (1996). Empowering middle managers to be transformational leaders. *Journal of Applied Behavioral Science*, 32, 237-261.
- Stansfeld, S. & Fuhrer, R. (2002). Depression and Coronary Heart Disease. In S.A. Stansfeld & M.G. Marmot (Hrsg.), *Stress and the Heart. Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease* (S.101-123). London: BMJ Books.
- Stansfeld, S., Bosma, H., Hemingway, H. & Marmot, M. (1999). Work Characteristics Predict Psychiatric Disorders: Prospective results from the Whitehall II-Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56: 302-307.
- Staudt, E. & Kriegesmann, B. (1999). Weiterbildung: Ein Mythos zerbricht. Der Widerspruch zwischen überzogenen Erwartungen und Mißerfolgen der Weiterbildung. In QUEM (Hrsg.), *Kompetenzentwicklung '99. Aspekte einer neuen Lernkultur - Argumente, Erfahrungen, Konsequenzen* (17-59). Münster: Waxmann.
- Steenland, K., Fine, L., Belkić, K., Landsbergis, P., Schnall, P., Baker, D., Theorell, T., Siegrist, J., Peter, R., Karasek, R., Marmot, M., Brisson, C. & Tuchsén, F. (2000). Research Findings Linking Workplace Factors to CVD Outcomes. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15 (1): S.7-68.
- Sverke, M., Gallagher, D. C. & Hellgren, J. (2000). Alternative work arrangements: Job stress, well-being and pro-organizational attitudes among employees with different employment contracts. In K. Isaksson & C. Hogstedt & C. Eriksson & T. Theorell (Eds.), *Health effects of the new labour market* (145-167). New York: Plenum.
- Tränkle, U. & Bailer, H. (1996). Aufgabengestaltung im Fahrdienst. Überlegungen und Untersuchungen zur Verbesserung der Arbeitssituation von Linienbusfahrerinnen und Linienbusfahrern im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV). Bremerhaven: Wissenschaftsverlag NW.
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T. & Siegrist, J. (2001). Associations Between Job Stress and Depression among Japanese Employees Threatened by Job Loss in Comparison Between Two Complementary Job-stress Models. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 27:146-153.
- Tuchsén, F. & Endahl, L.A. (1999). Increasing Inequality in Ischaemic Heart Disease Morbidity among Employed Men in Denmark 1981-1993: The Need for a New Preventive Policy. *International Journal of Epidemiology*, 28: 640-644.
- Tuchsén, F. (2000). High-Risk Occupations for Cardiovascular Disease. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15 (1): 57-68.
- Uehata, T. (1991). Long working hours and occupational stress-related cardiovascular attacks among middle-aged workers in Japan. *Journal of Human Ergology*, 20(2), 147-153.
- Ulich, E. (2001). *Arbeitspsychologie*, 5. vollst. überarb. und erw. Auflage. Zürich: vdf.
- US Department for Health and Human Services (1996): *Forward Thinking*, *Health Service Journal*, 106 (5510), 13.

- Valentin, H. (1981). Forschungsbericht chronische Bronchitis und Staubbelastung am Arbeitsplatz. Teil 2: Arbeitsmedizinische Längsschnittuntersuchungen zu den Auswirkungen inhalativer Noxen am Arbeitsplatz. Boppard: Harald Boldt Verlag.
- Weiner, H. (1992). *Perturbing the Organism: The Biology of Stressful Experience*. Chicago: Chicago University Press.
- WHO/ILO (2000). *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices* (Bearbeitung: G. Harnois & P. Gabriel). Genf: WHO.
- Winkleby, M.A., Ragland, D.R., Fisher, J.M. & Syme, S.L. (1988). Excess Risk of Sickness and Disease in Bus Drivers: A Review and Synthesis of Epidemiological Studies. *International Journal of Epidemiology*, 17: 255-262.
- Wolf, S. & Belkić, K. (2000). The Central Nervous System: Bridge Between the External Milieu and the Cardiovascular System. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15 (1): S.107-116.

F. Anhang

Ausgewählte wissenschaftliche Erkenntnisse zu erhöhten psychosozialen Belastungen und gesundheitlichen Folgen bei beruflichen Risikogruppen

Vorbemerkung

Während in der traditionellen Arbeitsmedizin berufliche Risikogruppen durch Exposition gegenüber toxischen, chemischen oder physikalischen Bedingungen am Arbeitsplatz bzw. in der Arbeitsumgebung definiert werden, fasst die um psychosoziale Aspekte erweiterte arbeitsbezogene Gesundheitsforschung diesen Begriff etwas weiter, indem folgende Aspekte Berücksichtigung finden:

- Berufsgruppen, die durch eine Kumulation gesicherter Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz gekennzeichnet sind (sogenannte Mehrfachbelastungen wie beispielsweise Schichtarbeit plus Lärmbelastung plus Akkordarbeit);
- Berufsgruppen mit nachweislich erhöhter Exposition gegenüber psychosozialen Stressoren am Arbeitsplatz, deren erhöhtes Risiko einer spezifischen Erkrankung durch prospektive epidemiologische Studien nachgewiesen worden ist (beispielsweise erhöhtes Risiko koronarer Herzerkrankungen bei Verkehrsberufen, insbesondere Busfahrern, Fernlastfahrern, Taxifahrern etc.; s.u.);
- Berufsgruppen in sogenannten prekären Beschäftigungsverhältnissen, die sich u.a. durch geringen Arbeits- und Gesundheitsschutz, durch Arbeitsgefährdungen (z.B. hohe Unfallgefahr), durch geringe Mitbestimmungsmöglichkeiten, hohe Arbeitsplatzunsicherheit und niedrige Bezahlung charakterisieren lassen (beispielsweise Leiharbeit).

Da ein Überblick über den gegenwärtigen Kenntnisstand zu diesen beruflichen Risikogruppen den Rahmen des vorliegenden Zwischenberichts sprengen würde, soll nachfolgend exemplarisch der Zusammenhang zwischen Belastungen bei Fahrberufen und koronaren Herzkrankheiten dargestellt werden.

Psychosoziale Belastungen und koronares Risiko bei Fahrberufen

Angehörige von Fahrberufen (Busfahrer, Fernlastfahrer, Taxifahrer etc.) sind den Ergebnissen einer Vielzahl epidemiologischer Studien zufolge im Vergleich zu anderen Berufsgruppen besonders häufig von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems betroffen (Tüchsen 2000).

So ergibt eine Metaanalyse von 22 epidemiologischen Studien aus 14 Ländern bei nahe durchgehend erhöhte Morbiditätsrisiken innerstädtischer Busfahrer im Vergleich mit einer Vielzahl anderer Berufsgruppen. Dabei stehen kardiovaskuläre Erkrankungen im Vordergrund, gefolgt von muskuloskeletalen und gastrointestinalen Erkrankungen (Winkleby et al. 1988). Eine weitere Übersichtsarbeit fasst Ergebnisse aus insgesamt 32 Studien in 13 Ländern zusammen (Kompier & Di Martino 1995). In 13 dieser Studien werden kardiovaskuläre Parameter erfasst. Erhöhte Blutdruckwerte und gesundheitsgefährdende Ausschüttungen von Stresshormonen (Adrenalin, Kortisol) wurden dabei, im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, mehrfach festgestellt.

Präzisere Ermittlungen des Herz-Kreislauf-Risikos zeigt die Arbeit von Belkić et al. (1994): In 28 der 32 dort untersuchten Originalarbeiten weisen Busfahrer im Vergleich zu anderen Berufsgruppen signifikant erhöhte Blutdruckwerte und ein häufigeres Auftreten von Herzinfarkten auf. Lediglich 4 Studien konnten einen solchen Zusammenhang nicht belegen.

Diese Ergebnisse sind vielfach gegen den naheliegenden Einwand eines Selektionseffekts abgesichert worden, wonach krankheitsanfällige Personen besonders häufig in diesen Beruf wandern. Da Busfahrer sich in den meisten Ländern regelmäßigen medizinischen Untersuchungen unterziehen müssen, scheinen die Ergebnisse den Effekt beruflicher Belastungen eher zu unterschätzen als zu überschätzen. Zusätzlich ist festzuhalten, dass erhöhte Blutdruckwerte bei Busfahrern erst nach einer Berufstätigkeitsdauer von 6 bis 10 Jahren deutlich werden (Belkić et al. 1994). In diesem Zusammenhang ist auch die Studie von Ragland et al. (1997) bei städtischen Transportarbeitern in San Francisco von Interesse. In der Gruppe der Fahrer mit mindestens 20-jähriger Fahrtätigkeit (Altersgruppe 45-54 Jahre) waren 52,2% Hypertoniker, während die Prävalenzrate an Hypertonie in einer altersgleichen Kontrollgruppe bei 36,7% lag.

Verschiedene Studien zeigen eine erhöhte Herz-Kreislauf-Morbidität und –mortalität bei innerstädtischen im Vergleich zu Busfahrern, die außerhalb von Ballungsgebieten eingesetzt werden (Alfredsson, Hammar & Hogstedt 1993, Netterstrøm & Juel 1988). Es kann vermutet werden, dass Belastungen hierbei von Bedeutung sind, die sich aus hohem Verkehrsstau, ständigem Zeitdruck und hohem Fahrgastaufkommen ergeben.

In einer schwedischen Längsschnittstudie (Gothenburg Primary Prevention Study, Rosengren, Anderson & Wilhelmsen 1991) ergab sich sowohl für Bus- wie auch Straßenbahnfahrer (N=103) ein gegenüber anderen Berufsgruppen (N=6596) mehr als 3-fach erhöhtes Risiko, innerhalb des Beobachtungszeitraums (12 Jahre) eine Koronare Herzkrankheit zu entwickeln (odds ratio (OR) 3.3, 95% Konfidenzintervall (95% CI) 2.0-5.5). Dieser Zusammenhang blieb auch nach statistischer Kontrolle zahlreicher bekannter Risikofaktoren wie Rauchgewohnheiten, erhöhter Blutcholesterinspiegel, Bluthochdruck, Übergewicht, Alter u.a. weitgehend stabil (OR 3.1, 95% CI 1.8-5.2).

Nach einer weiteren, alle im Zeitraum von 1981 bis 1991 erwerbstätigen dänischen Männer zwischen 20 und 59 Jahren einbeziehenden, auf verschiedenen nationalen Datenregistern basierenden Erhebung fand sich für Busfahrer die über alle Berufsgruppen hinweg höchste Rate an Krankenhauseinweisungen aufgrund ischämischer Herzerkrankungen (standardisierte Hospitalisierungsrate im Zeitraum 1991-1993 1.98, 95% CI 1.55-2.29) (Tüchsen & Endahl 1999).

Die gesamte gesundheitliche Belastung von Fahrberufen wird durch die Angaben unterschätzt, da sie sich ausschließlich auf Herz-Kreislauf-Risiken bezieht. Wie betont, sind muskuloskeletale Beschwerden und Magen-Darm-Erkrankungen zusätzliche häufige Krankheitsbilder dieser Berufsgruppe. So erklärt sich auch die Tatsache, dass Busfahrer, die ihren Beruf aus gesundheitlichen Gründen aufgeben müssen, deutlich jünger sind als Berufs- und Erwerbsunfähige anderer Berufsgruppen (Aust 1999). In einer umfangreichen deutschen Studie bei 120 Verkehrsunternehmen wurde nachgewiesen, dass die Fahrer im Durchschnitt nach rund 21 Dienstjahren ihre Fahrdiensttauglichkeit einbüßen. Im Mittel sind fahrdienstuntaugliche Fahrer 49 Jahre alt (Haas, Petry & Schühlein 1990).

Nur etwa 10% der Busfahrer in öffentlichen Verkehrsunternehmen erreichen das gesetzliche Rentenalter in ihrer ursprünglichen Tätigkeit (Tränkle & Bailer 1996).

Bereits diese wenigen Hinweise verdeutlichen die Relevanz einer intensivierten betrieblichen Gesundheitsförderung bei beruflichen Risikogruppen wie der hier exemplarisch dargestellten Gruppe der Fahrberufe.

Vorsitzender der Expertenkommission

Dr. h. c. Hermann **Rappe** Ehem. Vorsitzender der Industriegewerkschaft
Chemie-Papier-Keramik, Sarstedt

Wissenschaftlicher Leiter der Expertenkommission

Prof. Dr. Bernhard **Badura** Fakultät für Gesundheitswissenschaften der
Universität Bielefeld, Bielefeld

Gesamtkoordination

Detlef **Hollmann** Projektleiter im Themenfeld Gesundheit der Bertelsmann
Stiftung, Gütersloh

Ansprechpartner Hans-Böckler-Stiftung

Dr. Erika **Mezger** Leiterin Abt. Forschungsförderung der Hans-Böckler-
Stiftung, Düsseldorf

Mitglieder der Expertenkommission

Dipl. Ing. Ulrich **Becker** Ministerialdirigent, Unterabteilungsleiter im
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

Dr. Norbert **Bensel** Mitglied des Vorstandes Deutsche Bahn
AG, Berlin

Dr. med. Lutz **Bergau** Leiter des betriebsärztlichen Dienstes der
Deutschen Lufthansa AG, Frankfurt

Albert **Bertram** Mitglied des Betriebsrats, Volkswagen AG, Kassel

Dipl. Ing. Hans-Jürgen **Bieneck** Präsident und Professor der Bundesanstalt für
Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund

Prof. Dr. Reinhold **Biskup** Instituts für Wirtschaftspolitik, Universität Leipzig,
Freiburg

Dr. Gudrun **Eberle** Abteilungsleiterin Prävention, AOK-
Bundesverband, Bonn

Dr. Walter **Eichendorf** Stv. Hauptgeschäftsführer Hauptverband der gewerbli-
chen Berufsgenossenschaften (HVBG), Sankt Augustin

Prof. Dr. Dieter **Frey** Fakultät für Psychologie und Pädagogik,
Ludwig-Maximilian-Universität, München

Prof. Dr. Ekkehart Frieling	Universität-Gesamthochschule, Institut für Arbeitswissenschaft, Kassel
Renate Gabke	Referatsleiterin für Arbeits- und Gesundheitsschutz, Abteilung Sozialpolitik, Deutscher Gewerkschaftsbund, Berlin
Florian Gerster	Vorstandsvorsitzender der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg
Willi Girelli	Mitglied des Betriebsrats Salzgitter AG, Salzgitter
Prof. Dr. Dr. Michael Kastner	Universität Dortmund, Lehrstuhl für Grundlagen und Theorien in der Organisationspsychologie, Dortmund; IAPAM, Herdecke
Prof. Dr. med. Michael Kentner	IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung SdbR, Vorstand Medizin und Technik, Karlsruhe
Dr. Dieter Kirchner	Rechtsanwalt, ehem. Hauptgeschäftsführer des Gesamtverbandes der metallindustriellen Arbeitgeberverbände e.V., Köln
Dr. Norbert Kluge	Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
Prof. Dr. Wolfhard Kohte	Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg, Juristische Fakultät, Halle/Saale
Prof. Dr. rer. soc. Karl Kuhn M.A.,	Direktor der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
Dr. Gerhard Leminsky	Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
Herbert Mai	Arbeitsdirektor, Mitglied des Vorstandes FRAPORT AG, Frankfurt
Dr. Brigitte Mohn	Leiterin des Themenfeldes Gesundheit der Bertelsmann Stiftung; Vorstandsvorsitzende der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh
Liz Mohn	Vorsitzende der Gesellschafterversammlung und Geschäftsführerin der Bertelsmann Verwaltungsgesellschaft mbH Mitglied des Aufsichtsrates der Bertelsmann AG Mitglied des Präsidiums der Bertelsmann Stiftung Präsidentin der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Eugen Müller	Geschäftsführer Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände, Berlin

Dr. Horst Neumann	Mitglied des Vorstands der Audi AG, Ingolstadt
Volker Obenauer	Vorsitzender des Konzernbetriebsrates BASF Aktiengesellschaft, Ludwigshafen
Veronika Pahl	Abteilungsleiterin für allgemeine und berufliche Bildung im Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn
Dr. med. Wolfgang Panter	1. Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte; Leitender Arzt der Hütten- werke Krupp- Mannesmann GmbH, Betriebsarztzentrum, Duisburg
Prof. Dr. Holger Pfaff	Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozial-medin, Abt. Med. Soziologie der Universität Köln
Prof. Dr. Heide Pfarr	Geschäftsführerin der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
Prof. Dr. Claus Piekarski	Direktor des Instituts und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Köln
Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Leiter der Arbeitsgruppe Public Health, Mitglied des SVR der KaiG, Berlin
Dr. rer. soc. Gerhard Rübling	Geschäftsführer Personal- u. Sozialwesen TRUMPF Werkzeugmaschinen GmbH + Co.KG, Ditzingen
Hans Ruland	Vorstand der Hans-Ruland-Stiftung für Prävention und Rehabilitationsforschung, Waldbronn
Dr. rer. pol. Wilhelm Schäffer	Ministerialdirigent, Leiter der Abteilung Arbeit, Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie in NRW, Düsseldorf
Walter Scheurle	Mitglied des Vorstandes Deutsche Post AG, Bonn
Dr. Ferdinand Schliehe	Hauptabteilungsleiter Rehabilitation und Sozialmedizin, Verband Deutscher Rentenversiche- rungsträger, Frankfurt a. M
Dr. Klaus Theo Schröder	Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
Prof. Dr. Michael Schumann	Präsident des Soziologischen Forschungsinstitutes, Göttingen
Prof. Dr. Johannes Siegrist	Direktor am Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Constantin Skarpelis	DLR – Projektträger des BMBF „Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen, Bonn
Rüdiger Sievers	Alternierender Vorsitzender der Vertreterversammlung der Holz-Berufsgenossenschaft, Selmsdorf
Dr. Günther Sokoll	ehem. Hauptgeschäftsführer des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin
Dr. Joachim Stork	Audi AG I / SW Gesundheitswesen, Ingolstadt
Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Ulich	Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung, wissenschaftlicher Leiter des Europäischen Netzwerks „Enterprise for Health“, Zürich
Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff	Geschäftsführer des Centrums für Krankenhaus Management GmbH, Münster
K.-Dieter Voß	Stv. Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen
Gerhard Weber	Vorstandsvorsitzender Gerry Weber International AG, Halle/Westfalen
Thomas Weilbier	Betriebsratsvorsitzender der DaimlerChrysler AG Werk Düsseldorf, Düsseldorf
Christian Zahn	Bundesvorstandsmitglied der Gewerkschaft ver.di, Berlin
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Andreas Zober	Ärztlicher Direktor, BASF Aktiengesellschaft, Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz, Ludwigshafen/Rhein

Arbeitsgruppe 1

Wandel der Arbeit - Anforderungen an das Gesundheitsmanagement

Vorsitz

Prof. Dr. Ekkehart **Frieling** Universität-Gesamthochschule, Institut für Arbeitswissenschaft, Kassel

Mitglieder

Albert **Bertram** Mitglied des Betriebsrats, Volkswagen AG, Kassel

Andreas **Horst** Leiter Referat Arbeitsschutz, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung , Berlin

Dr. Erika **Mezger** Leiterin Abt. Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

Liz **Mohn** Mitglied des Präsidiums der Bertelsmann Stiftung, Mitglied des Aufsichtsrats der Bertelsmann AG, Gütersloh

Dr. Reinhard **Nöring** Betriebsarzt Volkswagen AG, Werk Kassel Baunatal

Volker **Obenauer** Vorsitzender des Konzernbetriebsrates BASF Aktiengesellschaft, Ludwigshafen

Dr. rer. soc. Gerhard **Rübling** Geschäftsführer Personal- u. Sozialwesen TRUMPF Werkzeugmaschinen GmbH + Co.KG, Ditzingen

Dr. rer. pol. Wilhelm **Schäffer** Ministerialdirigent, Leiter der Abteilung Arbeit, Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie in NRW, Düsseldorf

Walter **Scheurle** Mitglied des Vorstandes Deutsche Post AG, Bonn

Prof. Dr. Michael **Schumann** Präsident des Soziologischen Forschungsinstitutes, Göttingen

Constantin **Skarpelis** DLR – Projektträger des BMBF „Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen, Bonn

Dr. Joachim **Stork** Audi AG I / SW Gesundheitswesen, Ingolstadt

Martin Spilker	Persönlicher Referent von L. Mohn, Gütersloh
Dipl. Soz. Ulrike Teske	Gewerkschaftssekretärin im Bereich Sozialpolitik, ver.di, Frankfurt a. M.
Gerhard Weber	Vorstandsvorsitzender Gerry Weber International AG, Halle/Westfalen
Thomas Weilbier	Betriebsratsvorsitzender der DaimlerChrysler AG Werk Düsseldorf, Düsseldorf
Christian Zahn	Bundesvorstandsmitglied der Gewerkschaft ver.di, Berlin

Arbeitsgruppe 2

Gesundheitliche Folgen und Herausforderungen

Vorsitz

Prof. Dr. Johannes **Siegrist** Direktor am Institut für Medizinische Soziologie
der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Mitglieder

Detlef **Hollmann** Projektleiter im Themenfeld Gesundheit der Bertelsmann
Stiftung, Gütersloh

Prof. Dr. Dr. Michael **Kastner** Universität Dortmund, Lehrstuhl für Grundlagen
und Theorien in der Organisationspsychologie,
Dortmund; IAPAM, Herdecke

Dr. Norbert **Kluge** Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

Prof. Dr. rer. soc.
Karl **Kuhn** M.A., Direktor der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin, Dortmund

Dr. med. **Wolfgang Panter** 1. Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher
Betriebs- und Werksärzte; Leitender Arzt der Hütten-
werke Krupp- Mannesmann GmbH, Betriebsarztzentrum,
Duisburg

Prof. Dr. Claus **Piekarski** Direktor des Instituts und Poliklinik für Arbeits- und
Sozialmedizin der Universität Köln

Hans **Ruland** Vorstand der Hans-Ruland-Stiftung für Prävention und
Rehabilitationsforschung, Waldbronn

Prof. Dr. Dr. h.c.
Eberhard **Ulich** Institut für Arbeitsforschung und Organisations-
beratung, wissenschaftlicher Leiter des Europäischen
Netzwerks „Enterprise for Health“, Zürich

Arbeitsgruppe 3

Zusammenarbeit und Leistungen der überbetrieblichen Akteure

Vorsitz

Prof. Dr. rer. pol. Rolf
Rosenbrock Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Leiter der Arbeitsgruppe Public Health, Mitglied des SVR
der KaiG, Berlin

Mitglieder

Dipl. Ing. Ulrich **Becker** Ministerialdirigent, Unterabteilungsleiter im
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

Prof. Dr. Reinhold **Biskup** Instituts für Wirtschaftspolitik, Universität Leipzig,
Freiburg

Dr. Gerald **Gaß** Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des
Landes Rheinland-Pfalz, Mainz

Renate **Gabke** Referatsleiterin für Arbeits- und Gesundheitsschutz,
Abteilung Sozialpolitik, Deutscher Gewerkschafts-
bund, Berlin

Florian **Gerster** Vorstandsvorsitzender der Bundesanstalt für Arbeit,
Nürnberg

Dr. med. Dipl. Psych.
Walther **Heipertz** Leitender Arzt der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg

Dr. Dieter **Kirchner** Rechtsanwalt, ehem. Hauptgeschäftsführer des Gesamt-
verbandes der metallindustriellen Arbeitgeberverbände
e.V., Köln

Prof. Dr. Wolfhard **Kohte** Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg, Juristische
Fakultät, Halle/Saale

Dr. Gerhard **Leminsky** Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

Herbert **Mai** Arbeitsdirektor, Mitglied des Vorstandes FRAPORT
AG, Frankfurt

Dr. Ferdinand **Schliehe** Hauptabteilungsleiter Rehabilitation, Verband Deutscher
Rentenversicherungsträger, Frankfurt a. M.

Dr. Alfons **Schröer** Leiter der Abteilung Gesundheit, BKK Bundesverband,
Essen

Rüdiger Sievers	Alternierender Vorsitzender der Vertreterversammlung der Holz-Berufsgenossenschaft, Selmsdorf
Dr. Günther Sokoll	ehem. Hauptgeschäftsführer des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin
Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff	Geschäftsführer des Centrums für Krankenhaus Management GmbH, Münster
K.-Dieter Voß	Stv. Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen

Arbeitsgruppe 4

Problemverständnis und Handlungsschwerpunkte betrieblicher Akteure

Vorsitz

Prof. Dr. Dieter **Frey** Fakultät für Psychologie und Pädagogik,
Ludwig-Maximilian-Universität, München

Mitglieder

Prof. Dr. Bernhard **Badura** Fakultät für Gesundheitswissenschaften der
Universität Bielefeld, wissenschaftlicher Leiter der Exper-
tenkommission, Bielefeld

Dr. Norbert **Bensel** Mitglied des Vorstandes Deutsche Bahn
AG, Berlin

Dr. med. Lutz **Bergau** Leiter des betriebsärztlichen Dienstes der
Deutschen Lufthansa AG, Frankfurt

Dipl. Ing. Hans-Jürgen **Bieneck** Präsident und Professor der Bundesanstalt für
Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund

Dr. Gudrun **Eberle** Abteilungsleiterin Prävention, AOK-Bundesverband,
Bonn

Willi **Girelli** Mitglied des Betriebsrats Salzgitter AG, Salzgitter

Prof. Dr. med. Michael **Kentner** IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung,
Karlsruhe

Dr. Brigitte **Mohn** Leiterin des Themenfeldes Gesundheit der Bertelsmann
Stiftung; Vorstandsvorsitzende der Stiftung Deutsche
Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh

Eugen **Müller** Geschäftsführer Bundesvereinigung der
deutschen Arbeitgeberverbände, Berlin

Veronika **Pahl** Abteilungsleiterin für allgemeine und berufliche Bildung
im Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn

Prof. Dr. Holger **Pfaff** Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozial-mezizin, Abt.
Med. Soziologie der Universität Köln

Dr. Klaus Theo **Schröder**

Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit,
Bonn

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.
Andreas **Zober**

Ärztlicher Direktor, BASF Aktiengesellschaft,
Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz,
Ludwigshafen/Rhein