

The logo for DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) is located in the top right corner. It consists of the letters 'DGB' in white, bold, sans-serif font, set against a red, stylized arrow shape pointing upwards and to the right.

profil'05

A smaller version of the DGB logo, featuring the letters 'DGB' in white on a red arrow-shaped background.

profil'05

**profil'05 –
Die Zukunftsprojekte des DGB**

Schon jetzt die Debatten von morgen gestalten – unter diesem Motto arbeiten drei Projekte des DGB an der sozialen Modernisierung der Gesellschaft. Die profil'04-Projekte: „Demografischer Wandel und altersgerechte Gestaltung der Arbeitswelt“, „Innovation für eine moderne Industrie- und Dienstleistungspolitik“ und „Bürgerversicherung“. Dieser Broschüre ist im Rahmen des Projektes „Demografischer Wandel und altersgerechte Gestaltung der Arbeitswelt“ entstanden.

A large photograph occupies the right side of the page. It shows a woman with blonde hair, wearing a dark sweater and a thick, light-colored knitted scarf, looking towards a man. The man is wearing a blue jacket over a grey sweater and is looking back at her. They appear to be in a professional or industrial setting, with a circular opening in a wall behind them.

**Arbeitsbedingte
Gesundheitsrisiken und
demografischer Wandel
Herausforderungen für betriebliche
Personal- und Gesundheitspolitik**

Antrag auf Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft des DGB

Der Mitgliedsbeitrag beträgt ein Prozent des Bruttoeinkommens. Stark vergünstigte Beiträge gibt es für Studierende, Arbeitslose und Rentner. Weitere Infos unter: www.dgb.de/service/mitglied_werden

Ausfüllen, unterschreiben und an DGB-Bundesvorstand, Jörg-Peter Ludwig, Henriette-Herz-Platz 2, 10178 Berlin schicken.

Name: _____
Vorname: _____
Straße / Haus-Nr.: _____
PLZ / Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____
Nationalität: _____ Geschlecht: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Beschäftigung bei: _____
Beruf: _____
Beruflicher Status
 Arbeiter/in Angestellte/r Beamtin/Beamter
 Auszubildende/r Student/in Sonstiges _____
Monatl. Bruttoeinkommen: _____
Geldinstitut: _____
Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____
Datum / Unterschrift _____



Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben einschließlich eventueller Änderungen und Ergänzungen zur Erledigung aller im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehenden Aufgaben, insbesondere der Mitgliederbestandsverwaltung, der Mitgliederinformation sowie des Beitragsabzuges im erforderlichen Umfang – auch durch Datenträgeraustausch – mit Hilfe von Computern (automatisiert) verarbeitet und genutzt werden können.

Ich bevollmächtige nebenstehend angekreuzte Gewerkschaft, meinen satzungsgemäßen Beitrag bei Fälligkeit von meinem oben angegebenen Konto per Lastschrift abzubuchen. Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht ausweisen, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Einlöseverpflichtung. Die vorstehende Einverständniserklärung sowie die Lastschriftbevollmächtigung kann ich nur gegenüber der oben genannten Gewerkschaft widerrufen.

Datum / Unterschrift _____

DGB.
Der Bund der Gewerkschaften.

Inhalt

Vorwort	6
1. Krankenstand auf Rekordtief: Was verbirgt sich dahinter?	8
2. Arbeitsanforderungen und -belastungen verschieben sich	12
3. Krankheitsdaten in höheren Altersgruppen: Trend zu chronischen Erkrankungen	17
4. Chronische Belastungen und Chronifizierung von Erkrankungen führen zu Frühverrentungen	21
5. Frühverrentung wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung wird unterschätzt	25
6. Gesundheits- und Beschäftigungsrisiken beeinflussen sich wechselseitig	29
7. Was ist zu tun? Fähigkeiten Älterer besser einsetzen	33
8. Betriebliche Prävention muss dringend ausgebaut und vorangetrieben werden	38
9. Ein Personalchef packt aus	46
10. Weitere Informationen	50
11. Literaturverzeichnis und Internetchweise	51
12. Weitere Veröffentlichungen des DGB	53

7 Vorwort

Impressum:

Herausgeber: Deutscher Gewerkschaftsbund
Postfach 110372
10833 Berlin
Projektgruppe „Profil 05“: „Demografischer Wandel und
alternsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt“
Abt. Arbeitsmarkt- und Internationale Sozialpolitik, Abt. Gleichstellungs- und
Frauenpolitik, Abt. Sozialpolitik
Leitung: Dr. Wilhelm Adamy
Internet: www.dgb.de

Layout: www.berliner-botschaft.de
Titelfoto: [walkscreen/bbgk archiv/Photocase](http://walkscreen/bbgk.archiv/Photocase)
Druck: PrintNetwork GmbH / Toennes
Nachbestellungen: 1 Exemplar 1,50 Euro,
ab 5 Exemplare 1,20 Euro,
ab 20 Exemplare 1,00 Euro,
(zzgl. Versandkosten)

Bestellungen: Bestellungen sind sowohl über das elektronische online-Bestellsystem
<https://www.toennes-bestellservice.de/besys> als auch per e-Mail
an die Druckerei PrintNetwork-pn GmbH möglich.

Das elektronische System erreichen Sie über den Link:
<https://www.toennes-bestellservice.de/besys>
Registrierungskennwort für unregistrierte Benutzer: lager
(bitte Kleinschreibung beachten)

Für die Mail-Bestellung verwenden Sie bitte die Adresse:
bestellservice@toennes-bestellservice.de

Stand: Januar 2006

© 2005 by Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand, Berlin
Alle Rechte vorbehalten, insbesondere die des öffentlichen Vortrags, der Rundfunksendung und der
Fernsehausstrahlung, der fotomechanischen Wiedergabe, auch einzelner Teile

Der Krankenstand ist auf einem Rekordtief angelangt. Eigentlich ein Anlass zur Freude. Doch dahinter verbirgt sich ein ernst zu nehmendes Phänomen: Aus Angst um ihren Arbeitsplatz gehen immer mehr Menschen häufig krank zur Arbeit. Auch gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz werden zunehmend stillschweigend ertragen. Damit steigt die Gefahr, dass Krankheiten verschleppt werden. Die Konsequenz: Schon heute muss jeder vierte Beschäftigte frühzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden und bezieht eine Erwerbsminderungsrente. Davon ist jeder dritte Fall auf gesundheitsschädigende Bedingungen am Arbeitsplatz zurückzuführen. Mit anderen Worten: Jede dritte Frühverrentung wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung wäre durch eine konsequente betriebliche Prävention vermeidbar.

Für den DGB ist die betriebliche Gesundheitspolitik deshalb ein entscheidender Ansatzpunkt um Frühverrentungen und Belastungen der Sozialsysteme zu vermeiden. Weil in den Betrieben aber zu wenig geschieht, kosten arbeitsbedingte Frühverrentungen die gesetzliche Rentenversicherung mindestens 2,7 Milliarden Euro jährlich. Die Produktivitätsverluste, d.h. die Ausfälle an volkswirtschaftlicher Wertschöpfung, belaufen sich auf über 9 Milliarden Euro jährlich. Neben den schwerwiegenden Nachteilen für die Betroffenen und die Belastungen für die Sozialversicherungen führt dies auch zu klaren Wettbewerbsnachteilen für die Unternehmen und Betriebe. Dies ist eine gefährliche Entwicklung für Wirtschaft und Arbeitsmarkt in Deutschland und ein Hemmnis auf dem Weg in eine zukunftsorientierte Produktions- und Dienstleistungsgesellschaft.

Dokumentiert hat diese Erkenntnisse ein Forschungsteam des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, dessen Projekt „Kosten der Frühverrentung“ von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gefördert wurde. Wir haben einige wesentliche Ergebnisse aus diesem Projekt zusammengestellt sowie aufgezeigt, wo der Problemdruck am höchsten ist und – vor allem – wie man die Lage verbessern könnte. Dabei haben wir auch besonderes Gewicht auf Berufe gelegt, in denen vorwiegend Frauen arbeiten.

Mehr Schutz für die Gesundheit der Beschäftigten in den Betrieben ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Alterung dringend erforderlich. Das bedeutet: Wir brauchen frühzeitige betriebliche Gesundheitspräventions-Programme und ein hohes Maß an Information und Beteiligung der Beschäftigten im Unternehmen. So können wir die Gesundheit im Betrieb fördern, die Produktivität steigern und den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern arbeitsbedingte Erkrankungen – und damit auch das vorzeitige Ausscheiden aus dem Berufsleben – ersparen. Eine Rechnung also, die sich für alle auszahlt. Doch dafür müssen Arbeitsplätze und Arbeitsprozesse in einem deutlich höheren Maße gesundheits- und alternsgerecht gestaltet werden. Was wir brauchen, ist eine neue Initiative für eine gesundheits- und alternsgerechte Arbeitswelt.

Dr. Ursula Engelen-Kefer

7 1. Krankenstand auf dem Rekordtief: Was verbirgt sich dahinter?

Im Jahr 2004 meldete das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einen „historischen Tiefstand bei Krankmeldungen“. Bundesweit ist der Krankenstand auf unter 3 Prozent gesunken¹. Alle Experten sind sich einig, dass die Menschen nicht gesünder geworden sind. Zwar wird neuerdings das Argument vorgebracht, der Krankenstand sinke allein schon aufgrund eines fallenden Durchschnittsalters der Erwerbstätigen, doch dieses Argument greift nicht. Denn: Nach Daten des Statistischen Bundesamtes betrug 1991 das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen 38,3 Jahre, 1999 betrug es 39,5 Jahre und ist seitdem kaum gesunken. Insgesamt halten sich während der letzten Jahre die Effekte des Ausscheidens Älterer aus dem Arbeitsverhältnis und das „Vorrücken“ des Belegschaftsalters aufgrund der anhaltenden Nichteinstellung Jüngerer die Waage. Eine wesentliche Ursache für den sinkenden Krankenstand ist vielmehr, dass die Menschen immer häufiger zur Arbeit gehen, obwohl sie sich krank fühlen oder im medizinischen Sinne krank sind. Innerbetrieblich sorgen Krankenrückkehrgespräche, Krankheitskündigungen und der offene oder verdeckte Druck auf die Arbeitnehmer/innen, ihre Anwesenheit und Leistungsbereitschaft zu verbessern, für ein Übriges. Das wissenschaftliche Institut der AOK hat repräsentative Erhebungen durchgeführt, nach denen mehr als zwei Drittel ihrer Mitglieder normalerweise auch dann zur Arbeit gehen, wenn sie sich krank fühlen. Fast jeder bzw. jede Dritte ist auch schon gegen den Rat des Arztes zur Arbeit gegangen.

Die Krankheitsartenstatistik der AOK weist seit einigen Jahren eine besorgniserregende Steigerung bestimmter Krankheitsarten auf. Die Quote der psychischen Erkrankungen hat sich während der letzten 10 Jahre verdoppelt und nimmt mittlerweile mit 7 % aller Krankheitstage – hinter den Muskel-Skelett-Erkrankungen (28 %), den Verletzungen (14 %) und den Atemwegserkrankungen (13 %) – den vierten Rang in der Statistik ein. Im Krankenhaus sind psychische Krankheiten mit 14 % die zweithäufigste Diagnosegruppe nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (15 %).

Ein weiterer besorgniserregender Aspekt betrifft den Gesundheitsschutz vor Ort: Aus den Betrieben erreichen uns zunehmend Berichte, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus Angst vor Repressalien oder Benachteiligungen auf notwendige Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen verzichten. Man möchte um keinen Preis auffallen und nicht schon wieder auf einen Mangel, z. B. die defekte Absauganlage, hinweisen. Ganz zu schweigen von der Arbeitsorganisation, die nach Wortlaut und Geist des Arbeitsschutzgesetzes von 1996 hinsichtlich ihrer Gesundheitsgefahren zu beurteilen und zu verbessern ist.

Der niedrige Krankenstand ist für den DGB ein Alarmzeichen. Dies nicht nur deshalb, weil Krankheiten verschleppt werden, die sich später zu ernsten Krankheiten, gesundheitlichen Dauerschäden und hierdurch bedingten Frühverrentungen ausformen können. Angst ist nachweislich Ursache vieler psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Und sie führt zugleich zur Vernachlässigung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, d. h. zu erhöhten arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken und damit wiederum zu ernsten Folgeschäden und Frühverrentungen. In den letzten Jahren hat die Zahl der durch psychische Erkrankungen verursachten Frühverrentungen enorm zugenommen. Inzwischen ist diese Erkrankungsgruppe bei Frauen die häufigste und bei Männern – nach den Muskel-Skelett-Schäden – der zweithäufigste Grund für einen vorzeitigen Übergang in den Ruhestand.

Die Arbeitslosigkeit ist nach Erhebungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) direkt und indirekt ein krank machender Faktor. Danach weist jeder bzw. jede dritte Arbeitslose in Deutschland ein Krankheitsbild auf. Der Anteil von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen steigt mit dem Lebensalter und der Dauer der Arbeitslosigkeit an. Am häufigsten sind es Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems wie Rückenprobleme und psychische Störungen. Das IAB weist darauf hin, dass Beschäftigte eher arbeitslos werden, wenn sie krank sind. Außerdem würden arbeitslose Menschen schneller krank als (noch) Beschäftigte. Es kann also einen Teufelskreis von Arbeitslosigkeit und Krankheit geben. Das IAB fordert daher eine präventive betriebliche Gesundheitspolitik: „Dies gilt zur Vermeidung von Arbeitslosigkeit, doch ebenso sollte der Präventionsgedanke ein wichtiger Bestandteil bei der Beratung und Vermittlung von Arbeitslosen sein.“ (IAB-Kurzbericht Nr. 4/2003)

Ein Forschungsteam des BKK-Bundesverbandes kommt aufgrund seiner Berechnungen zu der Aussage, dass bei mindestens jedem dritten Fall einer zur Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit führenden Erkrankung Zusammenhänge zwischen schädigenden Arbeitsbedingungen und Krankheit statistisch wahrscheinlich sind. Arbeitsbedingt heißt, dass den Arbeitsbedingungen ein statistisch sicherer mit-ursächlicher Anteil am Krankheitsgeschehen einer bestimmten Berufs- oder Tätigkeitsgruppe zugeschrieben werden kann. Das heißt: Es gibt zwar mehrere zur Krankheit führende Faktoren, doch ist die Arbeitswelt ein wichtiger Faktor. Der ursächliche Anteil der Arbeitswelt an chronischen Erkrankungen liegt – über alle Diagnosen – im Schnitt bei etwa 30 – 35 %. Bei bestimmten Diagnosegruppen wie z.B. Muskel-Skelett-Erkrankungen liegt dieser Anteil bei einigen Berufsgruppen deutlich höher. Übersteigt er über 50 %, kommt man de jure, d.h. in sozialrechtlicher Hinsicht, in den Bereich der Berufskrankheiten, was aber de facto meist nur über viele weitere Hürden gelingt.

Die schädigenden Arbeitsbelastungen lassen sich etwa zur Hälfte körperlichen und psychischen Gefährdungsfaktoren zurechnen.

Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit verursachen gesellschaftliche Kosten in Höhe von über 40 Milliarden Euro. Dies ist das Ergebnis zweier von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin finanzierter Forschungsprojekte, welche von einem Forschungsteam des BKK-Bundesverbandes unter Federführung von Dr. Wolfgang Bödeker durchgeführt wurden (Bödeker u.a.: Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen, 2003).

Bödeker et.al führten eine komplexe Analyse von Routinedaten der Sozialversicherung, kombiniert mit umfangreichen Befragungsdaten, u.a. jene des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg durch. Danach lässt sich folgende Verteilung der jährlichen Kosten von arbeitsbedingten Erkrankungen und arbeitsbedingten Frühverrentungen vornehmen:



¹ Berechnet wird der Krankenstand als Quotient der Arbeitsunfähigkeitstage durch 360 Kalendertage

Jährliche Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühverrentungen

direkte Kosten der arbeitsbedingten Erkrankungen für die GKV (vorwiegend Behandlungen, aber auch Krankengeld)	15 Milliarden Euro
direkte Kosten der arbeitsbedingten Frühverrentungen für die GRV (Behandlung, Reha und Renten)	2,7 Milliarden Euro
indirekte Kosten der arbeitsbedingten Erkrankungen (entgangene Wertschöpfung)	13 Milliarden Euro
indirekte Kosten der arbeitsbedingten Frühverrentungen (entgangene Wertschöpfung)	9 Milliarden Euro
Gesamtkosten	39,7 Milliarden Euro

Quellen: Bödeker u.a. 2002; Bödeker u.a. 2004

Das bedeutet mit anderen Worten: Die Sozialversicherungsträger müssen pro Jahr 17,7 Mrd. Euro für arbeitsbedingte Erkrankte oder durch arbeitsbedingte Krankheit erwerbsunfähig gewordene Personen zahlen (direkte Kosten). Diese Kosten wären durch eine konsequente betriebliche Prävention vermeidbar oder zumindest erheblich veringerbar. Darüber hinaus entstehen der Gesellschaft 22 Mrd. Euro Wertschöpfungsverlust. Wenn die Personen nicht krank oder erwerbsunfähig geworden wären, wäre das BiP um voraussichtlich 22 Mrd. Euro höher gewesen (indirekte Kosten). Diese gesamtwirtschaftlich zu Buche schlagenden Kosten werden von den Unternehmen noch nicht ernst genug genommen. Mittel- und langfristig führen auch diese Kosten zu einer Steigerung der Lohnnebenkosten. Nicht mitgerechnet sind die langfristigen Kosten, die aus dem Verlust wertvollen Erfahrungswissens resultieren.

Dieser hohe Verschleiß von körperlichem und geistigem Arbeitsvermögen und damit unseres „Humankapitals“ stellt für den Wirtschaftsstandort Deutschland mit seinem hoch-spezialisiertem Produktions- und Dienstleistungsspektrum eine hohe Belastung und Gefährdung dar. Dies stellt nicht nur für die Beschäftigten ein Risiko dar, sondern geht auch angesichts der demografischen Entwicklung in die falsche Richtung. Stattdessen müssen frühzeitige betriebliche Gesundheitspräventions-Programme ein hohes Maß an Information und Beteiligung im Unternehmen um Angst ab- und Vertrauen aufgebaut und die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsprozesse vorangetrieben werden.

Der niedrige Krankenstand überdeckt nach Auffassung des DGB problematische Entwicklungen und kann sich wirtschaftspolitisch als kontraproduktiv herausstellen. Wer angesichts wirtschaftlicher Schwierigkeiten Durchhalteparolen ausgibt oder das Durchhaltesyndrom bei Beschäftigten unterstützt, untergräbt damit das wertvollste wirtschaftliche Potenzial, das wir haben. Der DGB fordert Arbeitgeber, Sozialversicherungen und Staat auf, daran mitzuwirken, zu einer Kultur gesundheits- und altersgerechter Arbeit in Deutschland zu kommen.

Was kostet Krankheit im Betrieb?

- Nach Berechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) aus dem Jahre 2001, belaufen sich allein die durch Fehlzeiten bedingten Kosten – bei konservativer Schätzung – auf jährlich über 35 Mrd. Euro. Nicht enthalten sind dabei Fehlzeiten unterhalb der Karenzzeit von 3 Tagen.
- Die Kosten krankheitsbedingter Produktionsausfälle lagen nach Berechnungen des Ifo-Instituts bereits im Jahre 2000 bei 4,2 % des Bruttoinlandsprodukts. Dies entspricht umgerechnet rd. 85 Mrd. Euro.
- Die Betriebskrankenkassen veranschlagten die arbeitsbedingten Erkrankungen für 1998 mit mindestens 28 Mrd. Euro. Diese ergaben sich aus körperlichen Belastungen und setzen sich aus 15 Mrd. Euro direkten Kosten (Krankheitsbehandlung) und 13 Mrd. Euro indirekten Kosten (Verlust an Erwerbsjahren durch Arbeitsunfähigkeit) zusammen. Die psychischen Belastungen führten zu 11 Mrd. Euro direkten und 13,4 Mrd. Euro indirekten Kosten.
- Bei einer Vielzahl von Arbeitsunfällen hätten durch die Benutzung angemessener Schutzausrüstungen Unfallfolgen gemindert und oft ein tödlicher Ausgang verhindert werden können. In 9,2 % der gemeldeten Arbeitsunfälle im Zeitraum 1999 bis 2003 hätten persönliche Schutzausrüstungen nach einer Untersuchung der BAuA vermutlich positive Wirkung gezeigt und die Unfallfolgen gemindert. Meist wurde dabei gegen staatliche Arbeitsschutzvorschriften verstoßen.
- Jährlich werden rund 850.000 Arbeitsunfälle und etwa 150.000 Wegeunfälle gemeldet und es sterben etwa 1.100 Menschen durch Arbeits- oder Wegeunfälle. Unter Einschluss der Berufskrankheiten müssen die Unfallversicherungsträger hierfür knapp 13 Mrd. Euro aufwenden.
- Die Kosten arbeitsbedingter Erwerbsunfähigkeitsrenten schlagen für 1999 mit 2,7 Mrd. Euro zu Buche. Die volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich auf jährlich mindestens 10 Mrd. Euro.

2. Arbeitsanforderungen und -belastungen verschieben sich

Repräsentative Befragungen zeigen, dass Belastungen durch Staub, Schmutz und Lärm sowie Belastungen durch schwere Arbeit abgenommen haben und das Ausmaß der Schichtarbeit in etwa konstant geblieben ist. Die psychischen Belastungen hingegen haben seit 1980 extrem zugenommen, wie Termin- und Leistungsdruck, hohe Konzentrationsanforderungen oder die Anforderung, verschiedene Arbeiten gleichzeitig zu erledigen.

Anteil der Arbeitnehmer mit Arbeitsbelastungen im Vergleich

	1960	1980	2000
Körperliche Belastungen	27%	23%	25%
Staub, Schmutz, Lärm	25%	20%	17%
Wechsel-Schicht	13%	20%	21%

Quelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg 2004

Die IAB-Befragung zeigt auch, dass praktisch alle Branchen von erhöhten psychischen Belastungen betroffen sind. Wir erleben eine Tendenz zur Entgrenzung der Arbeitszeiten: Überstunden werden nicht mehr dokumentiert, Arbeit wird nach Hause oder in den Urlaub mitgenommen. Wer als Leistungsträger wahr genommen werden will, muss seine Belastungen und Anspannungen – so lange es geht – verleugnen, darf keine Schwäche zeigen und darf nicht Gefahr laufen, sich mit Krankheit außerhalb der Leistungsgemeinschaft zu stellen und „ausgeschlossen“ zu werden.

Eine 2004 veröffentlichte Studie des Kölner Instituts zur Erforschung sozialer Chancen (ISO) mit dem Titel „Arbeitszeit 2003 – Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsorganisation und Tätigkeitsprofile“ zeigt eindrücklich, wie stark der Zeit- und Leistungsdruck verbreitet ist. 42 % aller Befragten geben an, praktisch immer oder häufig unter Zeit- und Leistungsdruck zu stehen.

Zeit- oder Leistungsdruck nach betrieblichem Status (Angaben in %)

Betrieblicher Status	Zeit- und Leistungsdruck				Insgesamt
	praktisch immer	häufig	manchmal	selten/nie	
hoch	15	41	24	20	100
mittel	11	31	31	28	100
niedrig	11	20	24	44	100
Insgesamt	12	30	28	31	100

Quelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg 2004

Die Forscher kommen zu dem Ergebnis, dass bei diesen 42 % ein „systematisches Missverhältnis zwischen Arbeitsanforderungen und Ressourcen besteht“, seien dies nun rein zeitliche Ressourcen oder auch personelle, qualifikatorische, materielle oder soziale Ressourcen. Die Arbeitsleistung ist entweder durch klare Vorgaben der Hierarchie bestimmt oder aber – im Zuge moderner Managementtechniken – durch Markt-, Kunden- oder Projektanforderungen. Die Folge: Die tatsächlichen Handlungsspielräume sind relativ gering. Wer seine Spielräume gegen die von außen gesetzten Grenzen ausdehnt, gerät mehr oder weniger schnell in Konflikt mit ausgesprochenen oder unausgesprochenen Regeln oder gar Sanktionsdrohungen der jeweiligen Organisation.

Belastende Bedingungen entstehen durch die Verschärfung des Konkurrenz- und Erfolgsdruck. Eine längerfristige Arbeitsplanung ist oftmals nicht mehr möglich. Druck entsteht durch unvorgesehene Stoßzeiten oder unvorhergesehene Probleme und zu enge Fristen und Vorgabezeiten. Die Beschäftigten sollen Entscheidungen treffen, ohne dass sie deren Voraussetzungen oder die Bedingungen in Fertigung, Dienstleistung und Planung wirksam beeinflussen können. Die ISO-Studie nennt die Folgen: 75 % der Beschäftigten bleiben, wenn es großen Zeit- und Leistungsdruck gibt, länger am Arbeitsplatz, 16 % nehmen sich Arbeit mit nach Hause. Der zuletzt genannte Anteil verdoppelt sich bei hohem betrieblichem Status. 32 % der Arbeitnehmer/innen sind von der Arbeit regelmäßig sehr erschöpft, 42 % klagen über Rückenschmerzen; Überstunden und Schichtarbeit gehen überdurchschnittlich häufig mit starker Erschöpfung (44 %) und Rückenschmerzen (54 %) einher. Die Belastungen treten in der Arbeitswelt zunehmend kombiniert auf – so z. B. Nachtschichtarbeit mit höherem Verantwortungsdruck.

Keinesfalls überholt und nach wie vor gesichert ist die arbeitswissenschaftliche Erkenntnis, dass Schichtarbeit und insbesondere die Nachtschichtarbeit nicht im Einklang mit dem biologischen System des Menschen steht. Der biologische Tag-Nacht-Rhythmus ist durch keine noch so ausgeklügelte Arbeitsumwelt-Technik und durch keine Psychopharmaka außer Kraft zu setzen. Die Symptome des „Lebens gegen den Biorhythmus,“ können zwar durch Licht, Ernährung, Schlaf usw. gemildert, nicht jedoch ursächlich behandelt werden. Psychovegetative Störungen, Bluthochdruck und Herz-Kreislauferkrankungen sind typische Folgen der Schichtarbeit.

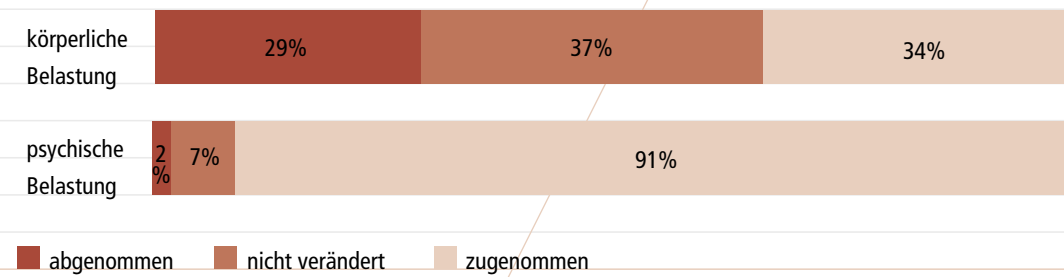
Zudem lässt sich zeigen, dass eine geringe Handlungs- und Gestaltungsfreiheit in der eigenen Arbeit ähnliche gesundheitliche Folgen nach sich zieht wie Schichtarbeit (Studie einer Forschungsgruppe unter Leitung von Prof. Friedhelm Nachreiner). Sind beide Merkmale – Schichtarbeit und fremdbestimmte Flexibilität – miteinander kombiniert, verstärken sich die negativen Folgen beträchtlich. So leiden beispielsweise die unter diesen Bedingungen Arbeitenden zu über 90 % unter Schlafstörungen. Größere Gestaltungsräume führen zu einer psychischen Entspannung, können aber die Folgen von zeitlicher Überbeanspruchung nicht ausgleichen. Die Autoren der Studie schlussfolgern, dass Autonomie offensichtlich „erst erlernt werden muss, um nicht von sich aus und unter Verzicht auf die Grenzen zuträglicher Arbeitszeitgestaltung sich selbst zu gefährden“.

Insgesamt sollte, so die Autoren, die Variabilität der Arbeitszeiten in engen Grenzen gehalten werden sowohl hinsichtlich der Lage als auch der Dauer der Arbeitszeit. Eine Ausdehnung der effektiven Wochenarbeitszeit über 40 Stunden hinaus treibt die negativen gesundheitlichen Folgen sprunghaft in die Höhe. Die Autoren mahnen deshalb an, dass Arbeitgeber wie Mitarbeiter sich der Vor- und Nachteile und der gesundheitlichen Risiken verschiedener Formen der Arbeits-

zeitgestaltung bewusst sein sollten. „Erst wenn den Betroffenen die Wirkungszusammenhänge klar sind, kann erwartet werden, dass von der Flexibilität auch verantwortungsvoll und sozialverträglich Gebrauch gemacht wird.“

Eine aktuelle Erhebung des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung hat besorgniserregende Ergebnisse zutage gebracht. An der Befragung nahmen mehr als 3.500 Betriebs- und Personalräte teil. 91 % der befragten Betriebsräte sind der Ansicht, dass in den letzten fünf Jahren psychische Arbeitsbelastungen wie Zeitdruck, Arbeitsintensität und Verantwortungsdruck zugenommen haben.

Entwicklung der Arbeitsbelastungen in den letzten fünf Jahren aus Sicht der Betriebsräte (Angaben in Prozent)

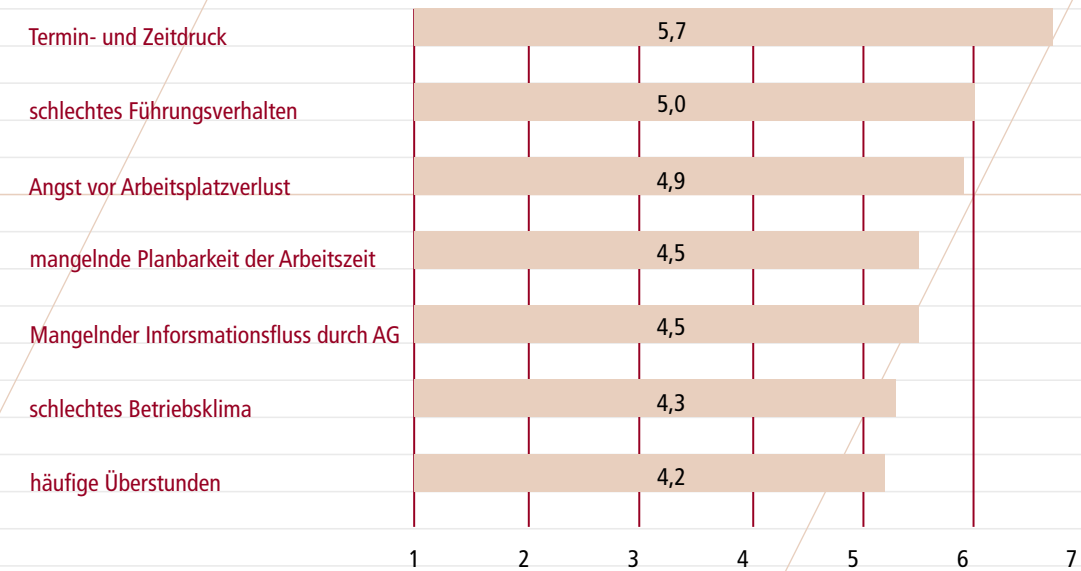


Quelle: WSI-Betriebsrätebefragung 2004 zu Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz, S.2

Der Befragung zufolge sind die psychischen Belastungen in beinahe jedem Großbetrieb (1.000 und mehr Mitarbeiter/innen) gestiegen (95%), aber auch in 84% der Betriebe mit maximal 50 Beschäftigten. Die Zunahme der psychischen Belastungen konzentriert sich nicht allein auf Dienstleistungsbranchen, wie etwa den Handel (89%) oder das Kredit- und Versicherungsgewerbe (94%), sondern ist ebenso in typischen Produktionsbetrieben etwa der Grundstoffe und Investitionsgüter produzierenden Industrie (jeweils 91%) anzutreffen.

Das heißt, entgegen verbreiteter Annahmen ist die Zunahme psychischer Belastungen nicht aus einer zunehmenden Bedeutung von Dienstleistungen zu erklären. Sie zieht sich quer durch alle Branchen.

Befragung zu Arbeitsbelastungen 2004



1= sehr gering, 7= sehr hoch

Quelle: Elke Ahlers/Martin Brussig (2004): Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz WSI-Betriebsrätebefragung 2004, WSI 11/2004, S.618

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des unweigerlich notwendigen Abschieds vom personalpolitischen Jugendkult ist es wichtig, sich die Belastungsdaten auch altersgruppiert anzusehen.

Mindestens eine gesundheitliche Beschwerde haben Arbeitnehmer/innen in verschiedenen Altersgruppen

bei Belastung durch...	<29 Jahre	30 - 39 Jahre	40 - 49 Jahre	>49 Jahre
mit Wechsel-Schicht	61%	71%	74%	81%
ohne Wechsel-Schicht	54%	61%	66%	72%
Arbeit mit vorgeschriebener Stückzahl	62%	70%	76%	80%
Arbeit ohne vorgeschriebene Stückzahl	52%	56%	64%	69%
Arbeit unter Termindruck	78%	82%	81%	79%
Arbeit ohne Termindruck	66%	71%	67%	67%

Quelle: IAB Daten aus 1999 berechnet von Dr. Langhoff, Prospektiv

Es zeigt sich also, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Arbeitskräfte, der hohe gesundheitliche Belastungen beklagt, steigt. Beim Belastungsfaktor „Termindruck“, der insbesondere für Dienstleistungsberufe typisch ist, lässt sich keine Altersabhängigkeit feststellen. Dieser Sachverhalt ist nicht leicht zu interpretieren, doch dürften hier andere Wahrnehmungsmuster eine Rolle spielen. Immerhin muss bedacht werden, dass es sich hier um subjektive Aussagen handelt. Interessanterweise sind jedoch unter Terminbelastung über alle Altersgruppen hinweg die Beschwerden sogar mehr als 10 Prozentpunkte erhöht, im Vergleich zu den anderen gesundheitlichen Beschwerden. Die Zahlen geben zugleich einen Eindruck darüber, wie „gesund“ oder

„krank“ Menschen zur Arbeit gehen.

Einzelne Arbeitsbelastungen treten oftmals nicht unabhängig voneinander auf. Viele Beschäftigte sind am Arbeitsplatz von mehreren Belastungsfaktoren gleichzeitig betroffen. Mehrfachbelastungen treten bei Arbeitern wesentlich häufiger auf als bei Angestellten. Auffallend ist das Ausmaß, in dem Beschäftigte Zusammenhänge zwischen ihren gesundheitlichen Beschwerden und dem Arbeitsplatz sehen. Nach Befragung von 32.000 Arbeitskräften in 160 Unternehmen und Organisationen durch das wissenschaftliche Institut der AOK, werden die 10 häufigsten gesundheitlichen Probleme von mindestens jedem/jeder zweiten Befragten mit dem Arbeitsplatz in Verbindung gebracht. (Wissenschaftliches Institut der AOK Arbeit und Gesundheit, Bonn 2005)

Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen

Altersgruppe	40 - 44 J.	45 - 49 J.	50 - 54 J.	55 - 59 J.	60 - 64 J.
AU-Fälle pro Pers.	1,4 Fälle	1,3 Fälle	1,4 Fälle	1,5 Fälle	1,3 Fälle
AU-Tage pro Fall	14 Tage	15 Tage	17 Tage	22 Tage	27 Tage
Krankenstand	4,8%	5,5%	6,7%	9,0%	9,6%

Quelle: Wildo, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn 2003

Wenn Menschen hohen Belastungen ausgesetzt sind, gegen die sie nicht in ausreichendem

3. Krankheitsdaten in höheren Altersgruppen: Trend zu chronischen Erkrankungen

Maße etwas unternehmen können oder wollen, öffnen sie das Tor für schleichende Erkrankungsprozesse. Wenn Menschen zur Arbeit gehen, obwohl sie sich „eigentlich“ krank fühlen oder wenn sie Symptome nicht wahrnehmen oder sie mit Medikamenten unterdrücken, dann verschleppen sie Krankheiten.

Vor diesem Hintergrund wird eine Chronifizierung oftmals nicht frühzeitig erkannt und bekämpft, sondern setzt sich bis zu dem Punkt fort, an dem eine manifeste Arbeitsunfähigkeit (AU) eintritt, die dann auch zu deutlich längeren AU-Zeiten (AU-Tage pro AU-Fall) und schließlich zu Langzeiterkrankungen führen kann.

Nach den Daten der AOK ist die Zunahme des Krankenstandes altersabhängig: Der Krankenstand der 60-64 Jährigen liegt doppelt so hoch wie der der 40-44 Jährigen. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass die durchschnittliche Krankheitsdauer bei Älteren fast doppelt so hoch ist, als bei Jüngeren. Entgegen landläufiger Meinung sind Ältere nicht krankheitsanfälliger als Jüngere, doch werden sie krank, haben sie meist längere Fehlzeiten als die Jüngeren. Entgegen alltagsgeprägten Erwartungen nimmt die Unfallhäufigkeit demgegenüber mit zunehmendem Alter im Erwerbsleben sogar ab. Doch die Schwere der Arbeitsunfälle steigt auch hier wieder mit dem Alter. Ältere Beschäftigte machen meist weniger Fehler und arbeiten zuverlässiger, soweit zeitliche Gestaltungsspielräume verbleiben. Bei genauem Hinsehen liefert die Statistik ein differenziertes Bild auch zur Arbeitsfähigkeit der Älteren. So weisen die psychischen Erkrankungen bei den 30- bis 50-jährigen meist höhere Werte auf als bei den über 50-jährigen.

In einer Sonderauswertung des BKK-Bundesverbandes (mit einem Stichprobenumfang von etwa 270.000 Personen) wurden verschiedene Berufsgruppen hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) untersucht. Betrachtet wurden dabei die unterschiedlichen Altersgruppen und das jeweilige Krankheitsbild, das unterteilt wurde in:

- Muskel-Skelett-Erkrankungen,
- psychische Erkrankungen
- alle Diagnosen insgesamt.



Ausgewählte Berufe (Männer): AU-Tage pro Person pro Jahr (2003)

Beruf	< 30 J.	30 - 39 J.	40 - 49 J.	> 50 J.
Alle Berufe				
• alle Diagnosen	9,1	9,5	12,1	9,8
• Muskel-Sk.	1,6	2,5	3,8	3,4
• Psyche	0,4	0,5	0,7	0,5
Bürokräfte (männl.)				
• alle Diagnosen	6,0	6,0	8,3	10,5
• Muskel-Sk.	1,6	0,8	2,0	3,0
• Psyche	0,4	0,5	0,8	0,9
Maschinenschlosser				
• alle Diagnosen	11,7	13,4	14,2	23,1
• Muskel-Sk.	1,6	3,2	4,9	9,6
• Psyche	0,1	0,5	1,2	0,3
(exam.) Krankenpfleger				
• alle Diagnosen	8,0	9,5	10,1	28,9
• Muskel-Sk.	0,9	2,2	3,1	10,8
• Psyche	0,3	0,6	0,2	0,4

Quelle: BKK-Daten aus 2003 berechnet durch BKK-Team Gesundheit

Die Daten zeigen, dass die Bürofachkräfte gegenüber den examinierten Krankenpflegern und Maschinenschlossern grundsätzlich weniger AU-Tage aufweisen. Des Weiteren benötigen die älteren Altersgruppen (40- 49 Jahre, > 50 J.) mehr Tage zur Gesundheit als die jüngeren Beschäftigten. Etwa ein Drittel der AU-Tage geht auf das Konto von Muskel-Skelett-Erkrankungen; hier wiederum fallen hauptsächlich die Erkrankungen der Lendenwirbelsäule besonders ins Gewicht. Schlosser und Krankenpfleger zeigen ein ähnliches AU-Bild: Ihre AU-Tage sind mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt aller Berufe. Die Bedeutung der Muskel-Skelett-Erkrankungen ist weitgehend durch die körperliche Arbeitsbelastung begründet – bei Schlossern und Krankenpflegern besonders hoch.

Ausgewählte Berufe (Frauen): AU-Tage pro Person pro Jahr (2003)

Beruf	< 30 J.	30 - 39 J.	40 - 49 J.	> 50 J.
Alle Berufe				
• alle Diagnosen	9,8	10,4	13,0	17,5
• Muskel-Sk.	1,2	2,0	3,3	5,6
• Psyche	0,7	1,0	1,1	1,3
Bürokräfte (weibl.)				
• alle Diagnosen	9,1	8,4	11,2	14,9
• Muskel-Sk.	1,1	1,2	2,3	4,0
• Psyche	0,8	0,8	1,2	1,1
Verkäuferinnen				
• alle Diagnosen	11,0	11,1	12,5	16,3
• Muskel-Sk.	1,6	2,3	3,8	6,6
• Psyche	0,8	0,9	0,8	0,6
(exam.) Krankenschwestern				
• alle Diagnosen	11,2	13,0	17,0	26,2
• Muskel-Sk.	1,5	2,9	4,2	7,3
• Psyche	0,6	1,4	2,0	2,3

Quelle: BKK-Daten aus 2003 berechnet durch BKK-Team Gesundheit

Als Nächstes erfolgt die Auswertung der AU-Tage – Berufe mit einem hohen Anteil weiblicher Beschäftigter. Die Berufsgruppe der exam. Krankenschwestern ist in allen Altersgruppen insgesamt länger krank geschrieben als die Verkäuferinnen und Bürofachkräfte. Die psychischen Erkrankungen liegen bei 7 %.

Im Vergleich dieser drei Berufsgruppen zwischen Männern und Frauen zeigen sich insbesondere folgende Besonderheiten:

- Die hohe Bedeutung der Muskelerkrankungen bei beiden Geschlechtern,
- psychische Erkrankungen bei Frauen sind von größerer Bedeutung mit im Alter deutlich höheren AU-Zeiten als bei Männern.

Junge haben überdurchschnittliches Unfallrisiko

Das Risiko, einen arbeitsbedingten Unfall zu erleiden, ist bei jungen Arbeitnehmern im Alter von 18 bis 24 Jahren um bis zu 50% höher als im Durchschnitt aller Arbeitnehmer. Eine der Hauptursachen ist, dass ein Großteil der Jugendlichen beim Eintritt in den Arbeitsmarkt nur wenig über die Gefahren weiß, ganz zu schweigen von Kenntnissen über Gesundheitsprävention.

7 4. Chronische Belastungen und Chronifizierung von Erkrankungen führen zu Frühverrentungen

Der Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK) hat im Krankheitsartenbericht für das Jahr 2003 die älteren Beschäftigten einer besonderen Analyse unterzogen. Danach steigt ab dem 50. Lebensjahr die AU-Dauer der IKK-Versicherten sprunghaft auf fast den doppelten Wert der unter 50-jährigen an: von 13,8 Tagen auf 27,1 Tage. Die Bauberufe stehen dabei an der Spitze der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit. Hauptproblem sind mit ca. 37 % aller Erkrankungstage die Muskel-Skelett-Erkrankungen. Bei den älteren Beschäftigten liegen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen Stuckateure, Fliesenleger, Betonbauer und Dachdecker um mehr als 90 % über dem IKK-Durchschnitt; Maurer übersteigen in dieser Diagnosegruppe um 77 % und Maler um 37 % den IKK-Durchschnitt. Die IKK schlussfolgert: „Um eine langfristige Wirkung zu erzielen, sollte betriebliche Gesundheitsförderung fest in Unternehmensalltag und –kultur verankert werden. In den Präventionsprozess sollten auch die jüngeren und mittelalten Beschäftigten, d. h. die zukünftigen Alten, mit maßgeschneiderten Maßnahmen eingebunden werden.“

Frühverrentungen stehen – zumindest in der gewerkschaftlichen und gewerkschaftsnahen wissenschaftlichen Diskussion – schon immer im begründeten Verdacht, Ausdruck besonderer beruflicher Belastungen zu sein. In bestimmten Kreisen der Arbeitsmedizin jedoch werden die Frühverrentungsdaten weniger als Ausdruck arbeitsbedingter Belastungen, sondern eher als Ausdruck von Krankheitsanfälligkeit gesehen. Nicht von der Hand zu weisen ist das Argument, dass in die Frühverrentungen auch die Arbeitsmarkt-Situation und sozialpolitische Normen eingehen.

Ein Problem in der wissenschaftlichen Forschung ist, dass nur der zuletzt ausgeübte Beruf statistisch in der Rentenversicherung (RV) erfasst wird. Der langjährig ausgeübte Beruf taucht in schätzungsweise 40 % aller Fälle nicht mehr auf. Daher sind viele Statistiken, so z. B. die oftmals genannten Quoten der EU-Renten an den Gesamrenten, nur bedingt aussagekräftig.

Um diese Fehler möglichst zu vermeiden, hat die Forschungsgruppe des BKK-Bundesverbandes den Zusammenhang von Arbeitswelt und Frühverrentung mit erwerbsbiographischen Daten zu belegen versucht. Zum ersten Mal wurden mit dieser Studie Daten der Rentenversicherer und Daten der Bundesanstalt für Arbeit zusammengeführt und personenbezogen für den Zeitraum 1975 bis 1999 biographisch aufbereitet. Ausgeschlossen wurden Frühverrentungszugänge, die keinen erkennbaren Krankheitsgrund haben. Der Stichprobe liegen rund 30.000 Fälle gesundheitlich bedingter Rentenzugänge bis 60 Jahre zu Grunde (ca. 16.000 Männer und ca. 14.000 Frauen), die mit einer Kontrollgruppe von 270.000 Personen verglichen wurden, d.h. Personen gleichen Alters, gleichen Geschlechts, gleicher Beschäftigungsdauer bei konstanter Tätigkeitsart. So wurde es möglich, berufsbiographisch homogene Gruppen zu bilden, die mindestens 16 Jahre Beschäftigung im gleichen Beruf aufweisen. Zusätzlich wurden Arbeitsplatztypen gebildet, die mit Hilfe des IAB-Datensatzes hinsichtlich ihrer Belastungsprofile unterschieden und sodann den entsprechenden Beschäftigungsphasen zugeordnet wurden. Anschließend wurden noch Kostenschätzungen vorgenommen, um die durch arbeitsbedingte Frühverrentungen verursachten finanziellen Lasten der Rentenversicherer sowie die volkswirtschaftlichen Verluste zu quantifizieren.

Im Folgenden sollen einige Ergebnisse der nachfolgenden Tabelle dargestellt und erläutert werden.



Arbeitsbedingte Frühverrentung bei Männern mit 16 Beschäftigungsjahren oder mehr in gleicher Tätigkeit (Beruf bzw. Belastungsart)

Tätigkeit/Beruf in der Stichprobe	erhöhtes Frühverrentungsrisiko im Vgl. zum Durchschnitt aller Berufe	Arbeitsbedingter Anteil an Frühverrentung
Maler/L (8-15Jahre) (n=59)	+ 32%	24%
Bürokräfte (n= 736)	+ 45%	31%
Maurer (n= 183)	+ 44%	30%
(exam.) Krankenpfleger (n=102)	+ 139%	58%
Bergleute (n= 149)	+ 385%	79%
immer Schichtarbeit (n=1.314)	+ 38%	27%
sehr schwere körperliche Arbeit (n=1.314)	+ 62%	38%
geringer Handlungsspielraum		
- hoch (n= 2.748)	+161%	62%
- gesamt (n=14.301)	+61%	38%

Quelle: Bödeker u.a. 2004

Gemessen werden die Frühverrentungsrisiken am Durchschnitt aller Berufe. Dieser Durchschnitt beläuft sich in der Studie auf 2,5 gesundheitlich begründete Frühverrentungszugänge pro 1000 Versicherte. Auf dieser Datenbasis lassen sich die erhöhten Risiken einer arbeitsbedingten Frühverrentung sowie der arbeitsbedingte Anteil an der Frühverrentung in der betroffenen Tätigkeitsgruppe berechnen. Dieser arbeitsbedingte Anteil wäre durch eine konsequente Prävention prinzipiell vermeidbar.

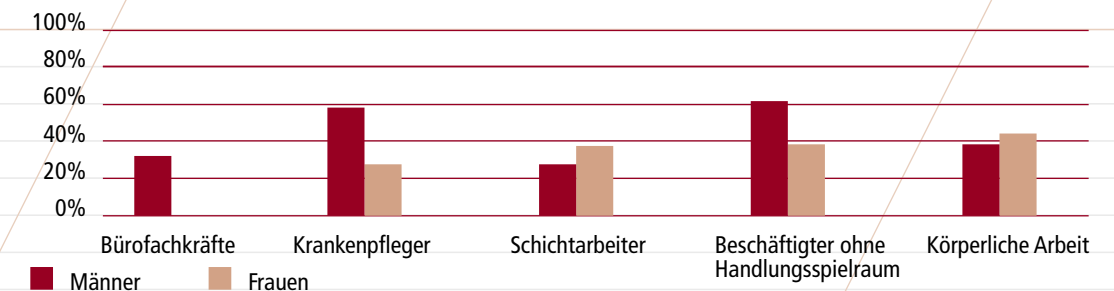
Des Weiteren gab es 1.314 aus Krankheitsgründen frühverrentete Schichtarbeiter, die 16 Jahre und länger meist ununterbrochen in Schicht gearbeitet haben. Das Frühverrentungsrisiko liegt bei diesen langjährigen Schichtarbeitern um 38% über dem der Nicht-Schichtarbeiter. 27% des Frühverrentungsgeschehens bei Schichtarbeitern sind ihren besonderen beruflichen Belastungen geschuldet und wären somit prinzipiell, d.h. in diesem Fall durch einen Verzicht auf Schichtarbeit, vermeidbar.

Im Übrigen haben Bödeker u.a. auch nach Hauptdiagnosen ausgewertet: Neubildungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische und neurologische sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen. In den weiter unten betrachteten Beispielfällen stehen die Muskel-Skelett-Erkrankungen an erster Stelle, gefolgt von den psychischen Erkrankungen.

Bödeker u.a. arbeiten ebenso mit der Kategorie „geringer Handlungsspielraum“, welcher eindeutig als Belastungsfaktor gesehen wird. Diese Kategorie ist in der Arbeitswissenschaft zwar umstritten, weil auch hohe Handlungsspielräume bei der Arbeit – freilich immer unter der Bedingung starken Leistungs-, Konkurrenz- oder Marktdrucks – belastend sein können. Geringer Handlungsspielraum bei der Arbeit ist zudem oftmals gepaart mit mangelhaftem Führungsver-

halten, schlechter Kommunikation und Verantwortungsdruck für Arbeitsvorgänge, die vom Einzelnen nicht beeinflussbar sind. Dies erhöht massiv den arbeitsbedingten Stress und schafft auf diese Weise höchst ungünstige Voraussetzungen für Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf. Dies betrifft im Wesentlichen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen.

Arbeitsbedingter Anteil an Frühverrentungen: Männer und Frauen im Vergleich



Quelle: Bödeker u.a. 2004

Die niedrigen Werte bei den Frauen (siehe Tabelle) bedürfen einer weitergehenden Interpretation. Zwar stimmt das durchschnittliche Renteneintrittsalter mit etwa 62 Jahren für Männer und Frauen genau überein, hinter dem gleichen faktischen Renteneintrittsalter verbergen sich aber gravierende Unterschiede: Die Frühverrentungsquote beträgt (im Jahre 2003) für Männer 20,2%, für Frauen 14,7%. Dieser Sachverhalt lässt sich in erster Annäherung wohl hauptsächlich dadurch erklären, dass Frauen bei chronischer Krankheit in erster Linie nicht den Weg einer Erwerbsminderungsrente wählen, sondern eher den Weg in die Familie bzw. den der Partnerschaft „wählen“ und/oder wegen mangelnder Rentenansprüche Sozialhilfe beantragen müssen.

Arbeitsbedingte Frühverrentung bei Frauen mit 16 Jahren oder mehr in gleicher Tätigkeit (Beruf bzw. Belastungsart)

Tätigkeit und Anzahl der Fälle in der Stichprobe	erhöhtes Frühverrentungsrisiko im Vgl. zum Durchschnitt aller Berufe	Arbeitsbedingter Anteil an der Frühverrentung
Kindergärtnerinnen (n=125)	—	—
Bürofachkräfte (n= 1.356)	—	—
Verkäuferinnen (n= 556)	+ 6%	5%
Raumpflegerinnen (n=212)	+ 23%	19%
(exam.) Krankenschwestern (n= 352)	+ 37%	27%
immer Schichtarbeit (n=453)	+ 58%	37%
sehr schwere körperliche Arbeit (n=12)	+ 78%	44%
geringer Handlungsspielraum		
- hoch (n= 784)	+60%	38%
- gesamt (n=10.754)	+27%	21%

Quelle: BKK-Daten aus 2003 berechnet durch BKK-Team Gesundheit

7 5. Frühverrentung wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung wird unterschätzt

In der Berufsgruppe der examinierten Krankenschwestern liegt das Frühverrentungsrisiko bei + 37% über dem der Nicht-Krankenschwestern. Der arbeitsbedingte Frühverrentungsanteil beläuft sich auf 27%.

Die Ergebnisse beim Faktor Schichtarbeit sind insofern interessant, als der arbeitsbedingte Anteil der Frühverrentungen bei Frauen mit 58% deutlich höher ausfällt als bei Männern, wo der entsprechende Anteil bei 37% liegt. Frauen leiden also wesentlich stärker und mit ernsthafteren Folgen unter Schichtarbeit als Männer.

Als wichtigstes Ergebnis lässt sich festhalten: Geringer Handlungsspielraum bei der Arbeit ist – Verbreitung und Risikohöhe in Rechnung gestellt – der bedeutsamste krank machende Faktor in der Arbeitswelt. Ein geringer Handlungsspielraum in extremer Ausprägung ist ein hoher gesundheitlicher Gefährdungsfaktor. Er erhöht bei Männern das Frühverrentungsrisiko um 161% und bei Frauen um 60%. Der arbeitsbedingte Anteil an der Frühverrentung der unter dieser Belastung stehenden Erwerbsbevölkerung beträgt bei Männern 62% und bei Frauen 38%. Für alle Ausprägungen des geringen Handlungsspielraums ergeben sich immerhin noch Anteilsrisiken von 38% (Männern) und 21% (Frauen). Bezieht man diese Belastungsart und die dadurch bedingten Frühverrentungen auf die Gesamtheit der Erwerbsbevölkerung, dann kommen wir zu folgendem Ergebnis: Bei Männern sind knapp 49% und bei Frauen knapp 20% aller Frühverrentungen auf den Faktor „geringe Handlungsspielräume“ zurückzuführen.

Diese Anteile sind zugleich ein Maß für das gewaltige präventive Potential, d. h. sie zeigen an, wie viele Frühverrentungen in der Erwerbsbevölkerung vermeidbar wären, wenn die Arbeitsorganisation den modernen Kriterien einer menschengerechten Arbeits- und Organisationsgestaltung entspräche. Damit würden zugleich Belastungen durch körperliche Arbeit und weitere Faktoren positiv beeinflusst. Aufgeschlüsselt nach Diagnosegruppen werden die Zahlen noch deutlicher. Geringer Handlungsspielraum geht oft mit monotoner Arbeit bzw. schwerer körperlicher Arbeit einher. Dies erhöht das Risiko an muskel-skelett-bedingten Frühverrentungen bei Männern um 467 %, also um mehr als das 4-fache! Es lässt sich sagen, dass ein Großteil insbesondere der schweren Bandscheibenschäden, die zur Erwerbsunfähigkeit führen, in der Mehrzahl der Berufe durch eine bessere Arbeitsorganisation vermeidbar wäre. Die niedrigeren Zahlen bei der weiblichen Erwerbsbevölkerung beweisen keinesfalls, dass Frauen resistenter gegenüber den Belastungen durch geringen Handlungsspielraum sind. Sie verweisen lediglich auf das bereits genannte Problem der mangelhaften Wahrnehmung ihrer sozialen Rechte beim Berufsausstieg wegen Krankheit und familienbedingter Unterbrechung der Erwerbstätigkeit.

Zur Kostenfrage berechnen Bödeker u.a. zunächst die direkten Kosten für die Rentenversicherer und sodann die Kosten des durch arbeitsbedingte Frühverrentungen verursachten Produktivitätsverlustes. Geringe Handlungsspielräume bringen den Rentenkassen Folgekosten in Höhe von 2,7 Milliarden Euro jährlich und der Volkswirtschaft Folgekosten von rund 10 Milliarden Euro jährlich (einschließlich etwa 1 Milliarde Euro Behandlungskosten). Die Kosten arbeitsbedingter Frühverrentungen betragen beim Belastungsfaktor „geringer Handlungsspielraum“ also 12,7 Milliarden Euro jährlich. Da die einzelnen Belastungsfaktoren nicht addiert werden können, da sie i.d.R. gleichzeitig auftreten, stellt dieses Ergebnis gleichsam die Untergrenze für den Anteil der Arbeitswelt an den Kosten gesundheitsbedingter Verrentung dar.

In welchem starkem Umfang die Rentenversicherung krankheits- oder behindertenbedingte Leistungseinbußen vormalig Erwerbstätiger absichern muss, zeigen insbesondere die Renten wegen Erwerbsminderung und wegen Schwerbehinderung. Stark gesundheitliche Einschränkungen sollen hier durch Rentenleistungen ausgeglichen werden. Die medizinischen Voraussetzungen einer Schwerbehinderung sind dabei leichter zu erfüllen als die einer Erwerbsminderung.

Liegt Schwerbehinderung vor, besteht bei langjähriger Erwerbstätigkeit (Beitragszeit) quasi ein Rechtsanspruch auf die Möglichkeit eines vorzeitigen Rentenbezugs. Die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird hingegen nur an diejenigen Versicherten gezahlt, die auf nicht absehbare Zeit nicht in der Lage sind, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens drei bzw. sechs Stunden erwerbstätig zu sein. Diese Zeitgrenzen sind ausschlaggebend dafür, ob die Rente wegen teilweiser oder wegen voller Erwerbsminderung geleistet wird. Diese abgestufte Rente wurde 2001 eingeführt und löste die teils günstigere Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente ab. Mit der Sechs-Stunden-Grenze soll erreicht werden, dass nicht mehr jede gesundheitliche Funktionsstörung zum Rentenanspruch führt, wenn diese keine Vollerwerbstätigkeit mehr zulässt.²

Die Bedeutung der Erwerbsminderungsrenten hat im Zeitablauf stark abgenommen. Die Veränderung der Beschäftigungsstruktur, des betrieblichen Arbeitsschutzes sowie der gesetzlichen Verschärfungen haben gleichermaßen Einfluss auf diese Entwicklung. Doch auch in 2004 waren noch rund 170.000 Rentenneuzugänge wegen gesundheitlicher Minderung des Leistungsvermögens zu verzeichnen (davon rund 32.000 wegen teilweiser Erwerbsminderung). Bei den Männern ist nach wie vor jede vierte Versichertenrente auf gesundheitsbedingte Frühverrentung zurückzuführen und bei den Frauen gut jede siebte Rente. Auffallend ist dabei, dass die Rentenempfänger wegen verminderter Erwerbsfähigkeit jünger werden. In den letzten 10 Jahren hat sich das Durchschnittsalter dieser Gruppe um rund 3 Jahre verringert. Im Schnitt sind sie bei der Rentenbewilligung um die 50 Jahre alt.

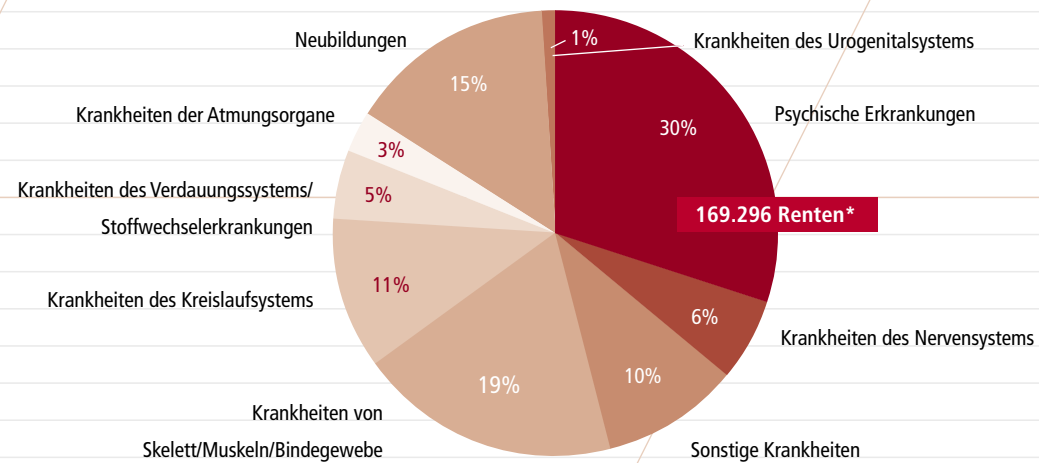
² Bei der Rente wegen Erwerbsminderung wird das Leistungsvermögen nur nach sozialmedizinischen Gesichtspunkten festgestellt. Die konkrete Arbeitsmarktlage und die Chancen zum Einsatz des verbleibenden Leistungsvermögens in der Arbeitswelt spielen keine Rolle.

Im Unterschied zum alten Recht der Berufsunfähigkeitsrente wird die bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr in die Betrachtung einbezogen. Nunmehr ist jede denkbare Tätigkeit – auch leichtester Art – auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar. Das Leistungsvermögen wird nur noch rein zeitlich und abstrakt bestimmt.

Erst wenn die Erwerbsminderung keine Arbeit mehr von sechs Stunden ermöglicht, wird die Leistungsminde rung durch Rentenzahlungen auszugleichen versucht. Versicherte, die teilweise erwerbsgemindert sind – Erwerbsfähigkeit zwischen drei und sechs Stunden täglich - erhalten nur eine Teilrente, die neben und nicht anstatt Erwerbseinkommen gezahlt wird.

Die Leistungsfähigkeit muss darüber hinaus zunächst in vollem Umfang bestanden haben und erst nach Eintritt in die Erwerbstätigkeit eingetreten sein. Leistungseinschränkungen vor Eintritt in die Versicherung führen grundsätzlich nicht zu einem Rentenanspruch. Vor Rentenbewilligung muss ebenso geprüft werden, ob ein Rentenbezug nicht durch Rehabilitationsleistungen abgewendet werden kann. Bei Rentenbewilligung wird grundsätzlich auf Zeit geleistet.

Rentenzugang 2004 nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Männer und Frauen



* Ohne Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres und ohne Fälle mit nicht erfasster Diagnose, Verschlüsselung nach ICD 10

Quelle: VDR-Statistik Rentenzugang 2004

Verteilung und durchschnittliche Rentenzahlbeträge der Neurentner 2004¹, alte Bundesländer

Rentenart	alte Bundesländer					
	Anzahl	Männer durchschn. Rentenzahl- betrag ² in EUR	Anzahl	Frauen durchschn. Rentenzahl- betrag ² in EUR	Männer und Frauen Anzahl	durchschn. Rentenzahlbe- trag ² in EUR
Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt ³ darunter wegen:	76.234	682	57.616	583	133.850	640
- teilweiser Erwerbsminderung ⁴	14.584	423	8.872	312	23.456	381
- voller Erwerbsminderung ⁴	60.839	751	48.702	633	109.541	698
Renten wegen Alters insgesamt	317.508	841	353.877	408	671.385	613

¹ ohne Knappschaftsausgleichsleistungen, Nullrenten, reinen Kindererziehungsleistungen und ohne Renten nach Art. 2 RÜG
² Rentenhöhe inkl. Auffüllbetrag, nach Abzug des KVdR/PVvR-Beitrags
³ inkl. Renten an Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres oder wegen verminderter bergmännischer Berufsfähigkeit
⁴ inkl. Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mit Rentenbeginn bis zum 31.12.2000

Quelle: VDR-Statistik Rentenzugang 2004

Die gesundheitlichen Gründe für Frühverrentung zeigen ein ähnliches Bild wie beim Krankenstand. Zugenommen haben auch hier die psychischen Erkrankungen. Sie sind zur häufigsten Krankheitsgruppe geworden. Sowohl bei Männern als auch Frauen hatten Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes lange Zeit dominiert. Während die psychischen Erkrankungen tendenziell zunahm, gingen die Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes

zurück, sind aber immer noch zweithäufigste Ursache für diese Frühverrentung. Die Veränderungen im Krankheitsbild dokumentieren die Belastungsverschiebung in Arbeitswelt und Gesellschaft und weisen auf die steigenden sozialpsychologischen Belastungen der heutigen Zeit hin.

Zu berücksichtigen ist, dass arbeitsbedingte Gesundheitseinschränkungen vorrangig von den Unfallversicherungsträgern verhindert oder zumindest erstattet werden sollen. Insgesamt wurden in 2004 bei ihnen rund 57.000 Verdachtsmeldungen auf eine arbeitsbedingte Berufskrankheit angezeigt. Doch nur jede vierte dieser Meldungen wurden im relativ engen juristischen Sinne als Berufskrankheit anerkannt. Drei Viertel aller gemeldeten Fälle wurden damit nicht anerkannt. Der DGB und viele Experten kritisieren die restriktive Anerkennungspraxis, die zur Verlagerung betrieblicher Risiken von der arbeitgeberfinanzierten Unfallversicherung auf die paritätisch finanzierten Versicherungssysteme führt. Bei jeder achten Verdachtsmeldung wurde die berufliche Verursachung der Erkrankung festgestellt, dennoch aber im juristischen Sinne keine Entschädigung gewährt. Die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen waren nicht erfüllt, z. B. weil die Betroffenen nicht, wie verlangt, die gefährdende Tätigkeit aufgegeben hatten. Viele Beschäftigte scheuen wegen der ungünstigen Arbeitsmarktlage vor diesem Schritt zurück, z. B. bei beruflichen Hauterkrankungen. Die steigende berufliche Mobilität und die wachsende Zahl prekärer Arbeitsverhältnisse machen es schwer, den Nachweis arbeitsplatzbedingter Erkrankung nachzuweisen.

Versichertenrenten nach Rentenarten, Anteile in Prozent 1996 und 2004

1996	Männer – West	Männer – Ost	Frauen – West	Frauen – Ost
Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	31,4	24,1	17,8	24,4
Altersrente für schwerbehinderte Menschen	8,5	1,3	2,1	0,1
Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder Altersteilzeit	26,1	60,3	3,9	6,8
Altersrente für langjährig Versicherte	13,1	6,6	3,2	
Altersrente für Frauen			33,3	66,6
Regelaltersgrenze	20,7	7,7	39,7	7,4

Quelle: Rentenzugangsstatisik des VDR

Stark ansteigend sind ebenso die Altersrenten für schwerbehinderte Menschen. Dies wird beeinflusst von gesundheitlichen Gründen, arbeitsmarktbedingten Ursachen und individuellen Wahlentscheidungen. In 2004 haben immerhin rund 72.000 Menschen ihre Erwerbstätigkeit über diesen Weg beendet. Insgesamt jede vierte Versichertenrente entfällt auf die Rente für schwerbehinderte Menschen bzw. wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, bei den Männern sind es sogar 30 Prozent. Dies zeigt, in welchem starkem Maße Frühverrentung von gesundheitlichen Gründen beeinflusst wird und die Rentenversicherung betriebliche und gesellschaftliche Risiken von Erkrankung und Behinderung übernehmen muss.

Auf die anderen Wege eines vorzeitigen Ausstiegs aus dem Erwerbsleben können gesundheitliche Belastungen gleichfalls einen Einfluss haben, ohne allerdings im rentenrechtlichen Sinne zentrale

Ursache zu sein. Wer z.B. infolge Leistungsminderung nicht mehr voll in seinem bisherigen Beruf arbeiten kann, ihm oder ihr auf dem Arbeitsmarkt aber noch eine Tätigkeit mit mindestens sechs Stunden täglich zugemutet werden kann, erfüllt nicht die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente. Dies gilt auch dann, wenn er oder sie auf dem Arbeitsmarkt keinen Teilzeitarbeitsplatz von 30 Stunden wöchentlich findet. Ein Übergang in den Ruhestand erscheint in diesen Fällen über die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit realistischer zu sein, doch diese Möglichkeiten werden mit der Änderung sowohl des Rentenrechts wie des Rechts der Arbeitslosenversicherung mehr und mehr verschlossen. Es muss befürchtet werden, dass künftig eine steigende Zahl gesundheitlich stark belasteter Arbeitskräfte unmittelbar vor Bezug einer Altersrente weder versicherungspflichtig haben arbeiten können noch von anderen Sozialversicherungssystemen finanziell unterstützt wurden.

In der politischen Diskussion wird dem arbeitsmarktbedingten Vorruhestand weit größere Bedeutung beigemessen als der gesundheitsbedingten Frühverrentung. Tatsächlich jedoch stehen den 132.000 Rentenzugängen in 2004 wegen Arbeitslosigkeit und Altersteilzeit rund 170.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gegenüber, die wegen verminderter Erwerbsfähigkeit verrentet wurden und weitere 72.000, die wegen Schwerbehinderung aus dem Erwerbsleben ausschieden. Den Erwerbsminderungsrenten kommt eine größere Bedeutung zu als der Frühverrentung über Arbeitslosigkeit.

In den neuen Ländern ist die Rente wegen Arbeitslosigkeit infolge der gesetzlichen Einschränkungen stark rückläufig, auch wenn ihr immer noch eine größere Bedeutung als im Westen zukommt. Während 1995 hier gut 40 Prozent aller Versichertenrenten über vormalige Arbeitslosigkeit erfolgte, hat sich das Gewicht der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit bis heute nahezu halbiert. Diese Altersrenten konzentrieren sich weit überdurchschnittlich auf Männer. In den neuen Ländern entfallen auf sie immer noch 45 Prozent des Rentenzugangs und bei den Männern im Westen rund 24 Prozent. Die rückläufigen Anteile werden im Westen bisher durch die Rente wegen Altersteilzeit abgebremst. Sie wird weitgehend nur von den Männern in den alten Ländern genutzt, Tendenz steigend. In 2004 sind 28.200 Männer über Altersteilzeit in Rente gegangen, gegenüber nur 680 Frauen. Für Frauen spielt die Rente wegen Arbeitslosigkeit kaum eine Rolle. Mit der Frauenaltersrente ab 60 steht ein alternativer Rentenzugang zur Verfügung 106.000 Frauen haben in 2004 diese Verrentungsmöglichkeit genutzt und weitere 78.000 im Alter von 61 bis 64 Jahren. Insbesondere in den neuen Ländern hatten Frauen aufgrund der meist höheren Erwerbsbeteiligung bisher noch relativ häufig die Möglichkeit, so ohne größere Abschläge in Rente gehen zu können.¹ Infolge der häufig unterbrochenen Erwerbsbiographien können westdeutsche Frauen diese Voraussetzungen viel seltener erfüllen und sind oftmals erst mit dem 65. Lebensjahr rentenberechtigt.

Durchschnittliches Zugangsalter der Rentempfänger wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2004

	Männer – West	Männer – Ost	Frauen – West	Frauen – Ost
Arbeiterrentenversicherung	50,34	49,14	49,60	48,42
Angestelltenversicherung	51,05	50,30	48,84	48,82

Quelle: Rentenzugangstatistik 2004

¹ Anspruchsvoraussetzung für die Frauenaltersrente ab 60 sind Beitragszeiten von mindestens 10 Jahren nach dem 40. Lebensjahr.

Der Weg eines vorzeitigen Ausstiegs aus dem Erwerbsleben wird überproportional von gering Qualifizierten sowie leistungsgeminderten älteren Arbeitslosen in Anspruch genommen. Betriebliche Bemühungen zur Ausgliederung und individuelle Erwartungen nach einem vorzeitigen Ausscheiden treffen hier schnell zusammen. Zum Teil gilt dies aber auch für mittlere Qualifikationen, zumal dann, wenn sie in technisch weniger innovativen Bereichen tätig sind und vom Strukturwandel besonders betroffen sind. In der öffentlichen und politischen Diskussion wird leider ausgeblendet, dass ein vorzeitiger Renteneintritt für diese Arbeitnehmergruppen oftmals nicht mit kürzerer Lebensarbeitszeit gleichgesetzt werden kann. Vielmehr haben die gering qualifizierten Älteren im Schnitt 3,3 Jahre früher als hoch qualifizierte eine Erwerbsarbeit aufgenommen. Selbst bei gleich langer Lebensarbeitszeit und stärkeren Belastungen in der Arbeitswelt sind sie daher meist stärker von Rentenabschlägen betroffen als hoch qualifizierte Ältere, die eher später eine Erwerbstätigkeit aufgenommen haben. Die Dauer des Rentenbezugs wird gleichfalls vom Beruf und der sozialen Schicht beeinflusst. Belastende Berufe beziehen die Rente oftmals nur wenige Jahre, weil die Lebenserwartung hier geringer ist.

7 6. Gesundheits- und Beschäftigungsrisiken beeinflussen sich wechselseitig

Gesundheitliche Einschränkungen gehen ebenso mit einem höheren Entlassungsrisiko einher und senken die Wiedereingliederungschancen bei eingetretener Arbeitslosigkeit. Unterlassene Prävention und Gesundheitsförderung machen es besonders schwer, den Kreislauf von Arbeitslosigkeit und Krankheit zu durchbrechen. Arbeitslose wie (noch) Beschäftigte aus Betrieben mit Personalabbau klagen gleichermaßen in hohem Maße über gesundheitliche Belastungen und Erkrankungen. Arbeitsplatzunsicherheit wie Arbeitslosigkeit kann gleichermaßen die Gesundheit beeinträchtigen. Kommt es zum Personalabbau, wird die Arbeitsbelastung von der verbleibenden Belegschaft deutlich stärker empfunden als in Betrieben ohne Personalabbau. So haben sie eher Angst vor beruflichen Nachteilen bei Krankheit oder spüren Zeit- und Termindruck sowie Stress. Nach einer repräsentativen Befragung der Erwerbsbevölkerung durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (Wido), klagten die Arbeitskräfte aus schrumpfenden Betrieben weit häufiger als die Vergleichsgruppe über Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder Konzentrationsproblemen. In starkem Maße wurde ebenso über Nervosität und Reizbarkeit (48,8 % zu 39,4 %) geklagt. Mehr als zwei Fünftel aus Betrieben mit Personalabbau fühlten sich auch privat durch die Arbeit (42,4 %) belastet gegenüber knapp jedem dritten (30,2 %) in Betrieben ohne Stellenabbau im letzten Jahr (Fehlzeiten-Report 2005).

Es verwundert nicht, wenn Arbeitslose einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und häufiger an chronischen Erkrankungen leiden als Beschäftigte insgesamt. Gesundheitliche Einschränkungen zählen wie unzureichende Qualifikation zu den Haupthindernissen einer erfolgreichen beruflichen (Wieder-) Eingliederung. Arbeitslosigkeit hat einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand. Umgekehrt sprechen die Ergebnisse einiger Studien auch für eine Selektion des Arbeitsmarktes nach dem Gesundheitszustand. Gesundheitlich weniger belastbare Bewerber werden bei Einstellungen kaum berücksichtigt und eher entlassen als gesunde. Nach einer IAB-Untersuchung in 2000 wiesen 7 Prozent der Arbeitslosen eine anerkannte Minderung der Erwerbsfähigkeit und 4 Prozent eine – damals noch anerkannte – Berufsunfähigkeit auf. Jeder dritte Arbeitslose hatte gesundheitliche Einschränkungen. In zwei von drei Fällen

erschwerte dies den Arbeitslosen, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, die der letzten Tätigkeit entsprach. Negative Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit zeigten sich insbesondere bei Männern und bei Menschen mit niedriger Schulbildung. Besonders hoch war der Anteil der Arbeitslosen mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen in den alten Bundesländern.

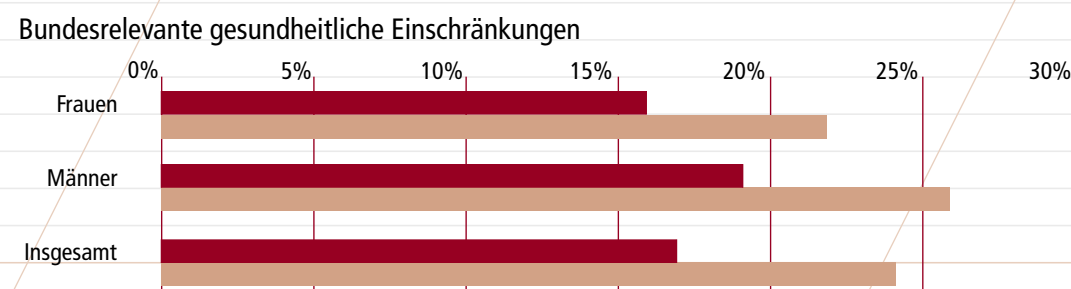
Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den von den Arbeitsagenturen veranlassten ärztlichen Untersuchungen, die jährlich für mehr als 300.000 Arbeitslose durchgeführt werden.

In 4 von 10 in 2001 untersuchten Fällen musste der ärztliche Dienst Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems sowie des Bindegewebes feststellen. Für mehr als die Hälfte der Arbeitslosen mit diesen Erkrankungen war aus medizinischer Sicht ein Wechsel der Tätigkeiten notwendig. Am zweithäufigsten wurden psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen festgestellt, die in rund jedem dritten Fall die berufliche Belastbarkeit beeinträchtigten (IAB-Kurzbericht 4/2003).

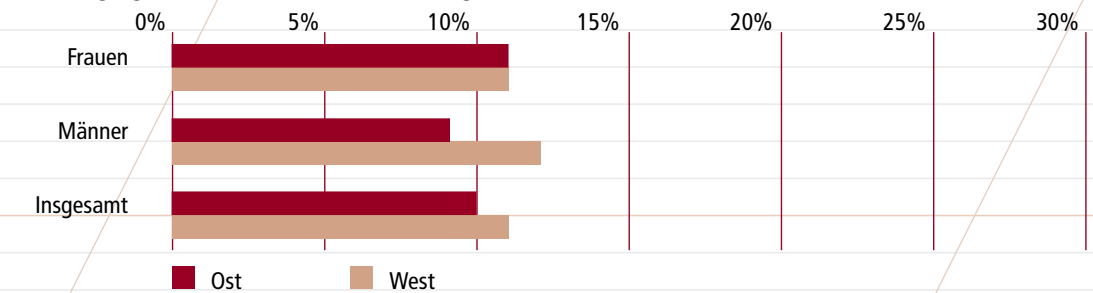
Viele Arbeitslose bewerten ihre Gesundheitssituation subjektiv schlechter als dies die amtliche Arbeitslosenstatistik ausweist. Offiziell werden rd. 1 Mio. bzw. fast jedem/jeder vierten Arbeitslosen gesundheitliche Einschränkungen zugeschrieben. Ihr Anteil an den Arbeitslosen steigt kontinuierlich mit dem Alter bis zur Gruppe der 55 - 60-Jährigen und sinkt für die über 60-Jährigen wieder etwas ab, weil die gesundheitlich angeschlagenen Arbeitslosen eben über die Rente wegen Arbeitslosigkeit aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Für die Altersgruppe der 55 – 60-Jährigen werden gesundheitliche Einschränkungen viermal häufiger festgestellt als bei der jugendlichen Altersgruppe. Überraschenderweise ist aber auch bei den jugendlichen Arbeitslosen unter 25 Jahren schon jeder Zehnte gesundheitlich angeschlagen. Das IAB vermutet, dass Ältere „mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen stärker aus dem Arbeitsmarkt in die Arbeitslosigkeit gedrängt werden bzw. den Übergang in die Rente gehen“. Unter Umständen sind diese Selektionsprozesse auch eine der Ursachen für die stetig sinkenden Krankenstandsquoten. Doch dieser Prozess eines sinkenden Krankenstandes scheint in 2005 erstmal gestoppt zu sein.

Ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben kommt den Interessen vieler Älterer entgegen, wenn sie im Betrieb gesundheitliche Belastungen und soziale Benachteiligung erfahren. Die Herausforderungen und Belastungen infolge Rationalisierung und steigenden Leistungsanforderungen oder die Angst vor Dequalifikation, Statusverlust oder Einkommensminderung haben einen direkten Einfluss auf das Rentengeschehen. Aus betrieblicher Sicht werden die Leistungserwartungen meist immer noch an der Leistungsfähigkeit der jüngeren Arbeitskräfte ausgerichtet. Ältere hingegen bilden bei angespannter Beschäftigungslage das Potential für Personalabbau. Betriebliche Politik, die für Ältere andere Konzepte als die Planung eines möglichst konfliktfreien Ausstiegs entwickelt, sind nur bedingt erkennbar.

Arbeitslose mit selbst berichteten gesundheitlichen Einschränkungen



Sonstige gesundheitliche Einschränkungen



Quelle: IAB- Kurzbericht 4/2003, S.3

Doch die schrittweise gesetzliche Verschlechterung beim Rentenzugang wirkt. Seit 1997 ist das durchschnittliche Rentenzugangsalter der Männer bereits um fast ein Jahr gestiegen und das der Frauen um mehr als ein halbes Jahr. Im Schnitt gehen Männer und Frauen – ohne Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrenten – jetzt mit dem 63. Lebensjahr in Rente. Im Osten lag das Rentenzugangsalter bei den Männern ein Jahr niedriger als bei ihren männlichen Kollegen im Westen, nämlich bei 62,07 Jahren; bei den Frauen sind es sogar gut zwei Jahre bei einem durchschnittlichen Zugangsalter von 63,3 Jahren bzw. 61,0 Jahren.

Dieser Prozess ist noch längst nicht abgeschlossen; vielmehr wird er durch die „Hartz-Reformen“ noch forciert, da die Bezugsdauer beim Arbeitslosengeld für Ältere von bis zu 32 Monaten auf 18 Monate verkürzt wird und bei längerer Arbeitslosigkeit nur noch staatliche Fürsorgeleistung (Alg II) statt Arbeitslosenhilfe – mit minimalen Rentenansprüchen – bezogen werden kann. Ein nicht vermeidbares Ausscheiden aus dem Betrieb kann so schnell zu einer problematischen Lebensphase führen, weil das neue Arbeitslosengeld II gering ausfällt oder gar verweigert wird und ein vorzeitiger Rentenbezug verbaut sein kann.

Die Anhebung des gesetzlichen Rentenzugangsalters und die Verschlechterungen bei den Leistungen für Arbeitslose bei Arbeitslosigkeit zielen in erster Linie auf die Entlastung der Sozialsysteme. Arbeitsmarkt und betriebliche Arbeitsbedingungen verändern sich nicht automatisch. Die wenigen Nischen für Ältere mit gesundheitlichen Einschränkungen entfallen, es wird immer schwieriger, diese bisher meist vorzeitig ausgegliederten Arbeitskräfte adäquat zu beschäftigen. Die Kriterien der Erwerbsminderungsrenten sind zu eng, um die großen Risiken von Arbeitskräften mit hohen psychischen und körperlichen Belastungen auszugleichen. Diese Kriterien erfassen die psychischen und physischen Folgen jahrzehntelanger Berufstätigkeit sowie die Realitäten auf dem Arbeitsmarkt nur ungenügend. Dies wiegt umso schwerer, als diese Personengruppen nur relativ selten gut verdient und kaum eine private Vorsorge für das Alter aufbauen kann.

Die Einschränkungen bei der vorgezogenen Altersrente jedenfalls werden nicht ausreichen, um die bisherige Trendwende hin zu längerer Erwerbstätigkeit kontinuierlich fortsetzen zu können.

7. Was ist zu tun? Fähigkeiten Älterer besser einsetzen

Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen 2000 und 2004, in Prozent

Alter	Anteil an der jeweiligen Altersgruppe	
	2000	2004
unter 20 Jahre	6,6	8,5
20 - 25 Jahre	11,3	10,7
25 - 30 Jahre	14,7	13,5
30 - 35 Jahre	16,7	15,6
35 - 40 Jahre	19,8	19,1
40 - 45 Jahre	29,3	28,2
50 - 55 Jahre	36,7	33,9
55 - 60 Jahre	38,8	39,7
60 - 65 Jahre	36,5	31,8

Quelle: BKK-Daten aus 2003 berechnet durch BKK-Team Gesundheit

Durchschnittliches Zugangsalter (Altersrenten) der Renten nach Geschlecht 1997 - 2003

Alter	Männer		Frauen	
	West	Ost	West	Ost
1997	62,3	60,9	62,8	60,4
1998	62,4	61,0	62,6	60,4
1999	62,4	61,0	62,6	60,4
2000	62,4	61,2	62,8	60,5
2001	62,6	61,5	62,9	60,7
2002	62,8	61,7	63,1	60,9
2003	63,1	62,0	63,3	61,0

Quelle: Rentenzugangstatistik des VDR

Um die Qualifikation und Erfahrung Älterer besser nutzen und einsetzen zu können, bedarf es eines Umdenkens in den Betrieben, aber auch in Arbeitswissenschaft und Arbeitsmedizin. Der Wirtschaftsstandort Deutschland, so wird argumentiert, könne es sich nicht mehr leisten, den Wohlstand einer zunehmenden Zahl von älteren Menschen zu finanzieren, ohne dass diese dafür eine Gegenleistung erbringen. Insbesondere müsse die Erwerbsbeteiligung der Älteren gesteigert werden. Die derzeitige Situation spricht aber eine andere Sprache: Nach wie vor werden in vielen Betrieben Ältere aus den Unternehmen hinausgedrängt. Die Arbeitslosigkeit der Älteren wie die der Jugendlichen ist gleichermaßen gestiegen. Ältere werden von den Unternehmen oftmals als „Ballast“ gesehen und besitzen praktisch kaum Chancen, aus der Arbeitslosigkeit heraus wieder einen Arbeitsplatz zu finden.

Auch wenn viele Betriebe allgemein in den offiziellen Chors derer einstimmen, die eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit fordern, betreiben sie in ihrer täglichen Praxis vielfach noch das Gegenteil: Sie gehen davon aus, dass Ältere grundsätzlich kränker und weniger belastbar, weniger leistungsfähig und kreativ, weniger flexibel, eher lernunwillig und hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen zu anspruchsvoll seien. Bei Neueinstellungen herrscht immer noch eine Fixierung auf junge Leute. Sie übersehen oftmals, dass es betrieblich nicht folgenlos ist, ob die Personalpolitik jugendzentriert ist oder eine altersgemischte Sozialstruktur zulässt bzw. gar die Arbeitswelt altersgerecht zu gestalten versucht wird. Die absehbare Alterung ihrer eigenen Belegschaft wird von der weit überwiegenden Mehrzahl der Betriebe noch stark unterschätzt.

Was ist dran an den Behauptungen hinsichtlich der angegriffenen Gesundheit und der geringeren Leistungsfähigkeit Älterer? Grundsätzlich ist aus arbeitswissenschaftlicher Sicht an jeder dieser Behauptungen „etwas dran“, doch sind dies immer nur halbe Wahrheiten. Ausgeblendet werden vielfach betriebliche Ursachen. Verschwiegen wird vor allen Dingen die gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnis, dass unter geeigneten betrieblichen Rahmenbedingungen und bei Übertragung geeigneter Arbeitsaufgaben ältere Arbeitnehmer/innen ausgesprochen gute Leistungen erbringen können.

Das Erfahrungswissen Älterer

Unbestritten ist, dass mit dem Älterwerden die biologischen Systeme (körperliche Kraft, die Leistung der Sinnesorgane usw.) und damit auch die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit abnehmen. Mit zunehmendem Alter verringert sich die Wahrnehmungsfähigkeit, die kognitiven Fähigkeiten bleiben in etwa gleich. Selbsterkenntnis, Persönlichkeit und „Weisheit“ nehmen hingegen deutlich zu.

Ältere Arbeitnehmer sind eher in der Lage, ihre Leistungsfähigkeit angemessen zu beurteilen sowie schwierige Situationen optimal zu bewältigen. Sie entwickeln aufgrund ihrer differenzierteren Wahrnehmung eigener Möglichkeiten und Grenzen insbesondere die Fähigkeit, Einschränkungen in den körperlichen Fähigkeiten, der Reaktionsfähigkeit oder ihrem Erfahrungswissen, ihrem Verantwortungsbewusstsein miteinander zu kompensieren.

Um die speziellen Fähigkeiten der älteren Arbeitnehmer/innen besser nutzen zu können, ist eine kulturelle Veränderung in Unternehmen und Arbeitssystemen notwendig. Es geht um erweiterte Handlungsspielräume in der Arbeit und es geht auch um den Respekt vor den biografischen Kompetenzen und den persönlichen Lebenserfahrung älterer werdender Menschen. Das Altern der Organe ist über viele Jahre kein schicksalhaft eintretendes Handicap, das nicht so beeinflusst werden kann, dass es mit beruflichen Anforderungen vereinbar wäre. Regelmäßiges Training



kann ebenso wie eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Arbeitsplatzes einem frühzeitigen Verschleiß entgegenwirken. Geistige Fähigkeiten, Sozialkompetenz oder Urteilsfähigkeit jedenfalls fallen keinesfalls gesetzmäßig mit dem Alter ab. Unverkennbar verändern sich die körperlichen und geistigen Funktionen mit dem Alter und der Lebenserfahrung. Zu zentralen Defiziten werden sie meist erst dann, wenn eine alters-ignorante Personalpolitik selbst zur Defizitquelle wird. Ob ältere Beschäftigte am Ende ihres Arbeitslebens zum „alten Eisen“ gehören oder die betriebliche Wertschätzung genießen, hängt in starkem Maße davon ab, ob betriebliche Arbeitsanforderungen und individuelle Fähigkeiten in Einklang gebracht werden können oder nicht. Betriebe und Verwaltungen müssen lernen wegzukommen von einer Defizitorientierung, bei der nur das gesehen wird, was älter werdende nicht mehr können. Sie müssen vielmehr zu einer Ressourcen- und Potentialorientierung kommen, d. h. dazu, die neuen Möglichkeiten und Fähigkeiten älter werdender zu entdecken und zu fördern. Mit dem Älterwerden wächst prinzipiell auch die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, d. h. Probleme aus der Sicht des anderen zu sehen und sich auf andere einzustellen.

Die von der Personalpolitik vielfach beklagten negativen Persönlichkeitseigenschaften wie z.B. geistige Unbeweglichkeit und innere Blockaden sind nicht notwendiger Weise biologisch oder psychologisch festgelegte Folgen des Älterwerdens. Es sind eher Resultate einer jahrzehntelangen beruflichen Sozialisation in Hierarchien und autoritätsgebundenen Strukturen.

Wenn von Potenzialen Älterer gesprochen wird, so nimmt hier das Erfahrungswissen einen besonderen Platz ein. Dies ist die Fähigkeit, die gesammelten Erfahrungen anzuwenden und für Problemlösungen zu mobilisieren, komplexe Strukturen zu bewerten, Erscheinungen aus verschiedenen Bereichen in ihrem Zusammenhang zu sehen. Dies schließt das Lernen aus Erfahrungen und eine höhere Sensibilität für die Vorgänge und die Umwelt ein. Voraussetzung für die seelische Gesundheit älterer Arbeitnehmer/innen ist die Anerkennung ihres durch langjährige Erfahrung erworbenen Erinnerungs- und Orientierungswissens.

Notwendig sind altersflexible Strukturen

Gesundheitliche Beeinträchtigungen müssen nicht immer zur Erwerbsunfähigkeit führen. Ergonomisch ausgestattete und attraktivere Arbeitsplätze können mögliche körperliche Einschränkungen kompensieren. Das Arbeitsleben eines Beschäftigten sollte nicht dem betrieblichen Zufall überlassen werden. Altersbedingten Änderungen der Leistungsvoraussetzungen können vielfach betrieblich kompensiert werden. So kann z.B. durch eine höhere Beleuchtungsstärke einem Sehverlust entgegengewirkt oder durch Verzicht auf Zeitvorgaben die Fehlerquote Älterer deutlich gesenkt werden. Die nachfolgende Übersicht zeigt angemessene Gestaltungsmöglichkeiten:

Erfahrungen mit speziellen Arbeitsanforderungen beim älteren Beschäftigten und ihre Würdigung im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge nach berufsgenossenschaftlichen und staatlichen Rechtsvorschriften (modifiziert n. Konietzko/dupuis Handbuch der Arbeitsmedizin)

Körperliche Schwerarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Forschungsergebnisse nicht eindeutig • Kein Trainingseffekt durch regelmäßige schwere Arbeit, eher Hinweise für Verbrauch u. Verschleiß, da KS meist mit statischen Anteilen und ungünstiger Körperhaltung verbunden
Lärm	<ul style="list-style-type: none"> • Selektives Hören eher gestört • Blutdruck steigt bei jüngeren mehr als bei älteren Beschäftigten
Vibration	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsapparat verliert Elastizität
Optische Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Kürzere Untersuchungs-Abstände bei G 37/G 41 • Beleuchtungsstärke • Zahnärzte ab 40 J. jährlich untersuchen • Fahrtätigkeiten: Blendung- Grauer Star • Mehr kurzweiliges Licht – Rotes Abbremslicht wird erkannt
Atemschutzgeräte	<ul style="list-style-type: none"> • G 26 "Dauernde Bedenken in der Regel über 50 Jahren bei Gruppe 3"
Hitze	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion peripherer Schweißproduktion • Herzfrequenz, Haut- und Körpertemperatur steigen stärker beim jungen als beim alten Menschen • Wesentlicher Faktor: Körperlicher Trainingsgrad
Kälte	<ul style="list-style-type: none"> • G 30: ab 50 Jahren verkürzte Untersuchungsabstände • Abhängig von Körpermasse, Geschlecht, Gewicht, Alkoholkonsum, Rauchen
Schichtarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Intoleranz-Symptome nehmen ab 45 zu: Müdigkeit, Leistungseinbußen, verminderte Schlafdauer • Empfehlung: ab 50 keine Neuaufnahme von Schichtarbeit • Arbeitszeitgesetz: Recht auf Untersuchung ab 50 Lebensjahre
Arbeiten unter Zeitdruck	<ul style="list-style-type: none"> • Verlangsamung der Informationsverarbeitung • Verlangsamung der Reaktionsgeschwindigkeit • Taktgebundene Arbeiten ungünstig (z.B. Pollakisurie)
Überwachungs- und Steuerungstätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Signale über 4000 Hz Problem der Erkennung bei Nebengeräuschen

Auch eingetretene gesundheitliche Beeinträchtigungen müssen nicht unmittelbar zu einer andauernden Erwerbsunfähigkeit führen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie über Patienten nach einer koronaren Bypass-Operation, die von der Medizinsoziologin Uta Gerhardt an der Universitätsklinik Gießen durchgeführt wurde. Der medizinische Befund einer schweren Herzerkrankung war für alle Patienten der gleiche.

Hinsichtlich der Orientierung auf Beruf oder Rente zeigten die verschiedenen sozialen Gruppen ganz erhebliche Unterschiede auf: Arbeiter wollten nur zu 14 % in ihren Beruf bzw. in das Arbeitsleben zurückkehren. Mehrheitlich erfolgte eine Frühverrentung, die unter dem Strich oftmals attraktiver erschien als ein weiterer Verbleib im Beruf; ein ihrem Leistungsvermögen angepasster Arbeitsplatz ist vielfach nicht in Sicht. Anders sah das Bild bei Angestellten, Beamten und Selbstständigen aus: 57 % nahmen ihren alten Beruf wieder auf; nur 16 % wurden frühverrentet. Die Autorin entwickelt in diesem Zusammenhang das Konzept der „relativen Gesundheit“: der Gesundheitszustand und die Einschätzung der eigenen Möglichkeiten bestimmt immer nur das

Verhältnis zu den objektiv gegebenen Möglichkeiten. Damit ist das Verhältnis zwischen körperlicher und mentaler Leistungsfähigkeit einschließlich des Verschleißes einerseits und den Anforderungen eines bestimmten Arbeitsplatzes andererseits angesprochen. Die Gesundheit wird danach auch vom eigenen Verhalten oder Qualifikation sowie dem betrieblich-sozialen Status beeinflusst. Zu diesem Konzept ließen sich noch weitere Faktoren nennen, wie z. B. Einkommenssicherung und Eingebundenheit in soziale Netzwerke.

Zur besonderen Bedeutung der Arbeitsmedizin

Bei der Frage nach einer altersgerechten Arbeitsgestaltung spielen arbeitsmedizinische Aspekte eine nicht zu unterschätzende Rolle. Der Arbeitgeber muss sich in diesen Fragen – auf der Grundlage des Arbeitssicherheitsgesetzes von 1974 und des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) von 1996 – fachkundig beraten lassen. Neben der Fachkraft für Arbeitssicherheit ist hierfür der/ die arbeitsmedizinisch ausgebildete Betriebsarzt/Betriebsärztin zuständig. Betriebsärztliche Kompetenz ist unverzichtbar bei der Gefährdungsbeurteilung und der Ausstattung der Arbeitsstätten und bei der Gestaltung der Arbeitsorganisation.

Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin ist nicht nur dem Arbeitgeber verpflichtet, sondern auch jedem Arbeitnehmer und jeder einzelnen Arbeitnehmerin. Grundlage ist ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Arbeitnehmer/in. Die gesundheitsgerechte und damit altersgerechte Arbeitsstrukturierung und Arbeitsorganisation muss Vorrang haben. Es darf nicht zur Individualisierung der Probleme führen.

Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin hat es mit ganz unterschiedlichen Erwartungen und Befindlichkeiten zu tun. Einige Arbeitnehmer/innen wollen so schnell wie möglich aus dem Arbeitsleben ausscheiden, andere wiederum wollen unter allen Umständen weiterarbeiten, obwohl sie erkrankt sind.

Arbeitgeber wollen in der Regel klare Prognosen über die Leistungsfähigkeit, mit Hilfe derer sie ihren Personaleinsatz planen können. Krankenkassen und Rentenversicherer haben ebenfalls eigene Interessen, die meist von Kostenkalkülen geprägt sind. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass die betriebliche Arbeitsmedizin ihrer wichtigsten Aufgabe nachkommt, Arbeitsplätze und Arbeitssysteme gesundheitsgerecht zu gestalten. Dies ist die erste Aufgabe der Arbeitsmedizin und nicht die Auswahl und Sortierung der Beschäftigten nach Arbeits-, Beschäftigungs- oder Leistungsfähigkeit.

Der Arbeitsbewältigungsindex

In der Arbeitsmedizin werden immer wieder Konzepte entwickelt, die der Individualisierung der Folgen von hoher Arbeitsbelastung Vorschub leisten. Der in den 80er Jahren in Finnland entwickelte sog. Arbeitsbewältigungsindex (ABI) kann ohne kritische Reflektion – diese Sichtweise befördern. Dieser ABI wurde zunächst für Rentenbegutachtungen entwickelt. Dieser Index krankt an einigen wesentlichen Defiziten: Zum einen fehlen Daten zu: Arbeitsplatz, Arbeitsbedingungen und Arbeitsstrukturen (z. B. Betriebsklima, Aufgabenzuschreibung, Vorgesetztenverhalten, soziale Unterstützung, Konkurrenzverhalten). Gerade diese Fragen sind unverzichtbar, wenn es um eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen geht. Zweischneidig ist auch, dass die Befragten intime Angaben zu ihren Krankheiten – auch solchen, die in keiner Beziehung zur konkreten Arbeit stehen – und ihrer seelischen Befindlichkeit machen müssen.

Die Frage der altersgemischten Teams

Heiß diskutiert wird die Frage der altersgemischten Teams, wenn Arbeitsgruppen aus Mitarbeiter/innen verschiedenen Alters zusammengesetzt werden sollen. Forschungen der Gesellschaft für Arbeitsgestaltung, Personal- und Organisationsentwicklung ergaben, dass nicht nur eine Altersgruppe in einem Team dominieren sollte. Eine kluge Personalpolitik sollte so ausgerichtet sein, dass es zur Schaffung von arbeitskulturell heterogenen Gruppen im Unternehmen kommt. In altersgemischten Teams können die Erfahreneren die Jüngeren besser an bestimmte Aufgaben heranführen. Verbesserte Kommunikation, Kooperation und insbesondere der Transfer von Erfahrungswissen stellt sich nicht von selber ein, sondern muss zielgerichtet unterstützt werden. Den Trägern von Erfahrungswissen ist oftmals gar nicht klar, über welche Erfahrungen, Kompetenzen und Potenziale sie verfügen. Genau dies muss deutlich gemacht und dieses Wissen sichtbar gemacht und strukturiert werden.

Die Lösung des demografischen Wandels kann nicht darin liegen, die Beschäftigten bei unveränderten Tätigkeits- und Organisationsstrukturen einfach länger im Betrieb zu halten. Vielmehr müssen aktuell die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Gesundheitszustand, Qualifikation und Motivation jedes einzelnen Beschäftigten auf einem individuell möglichst guten Niveau gehalten bzw. gebracht werden.

Kernpunkte einer gesundheits- und altersgerechten Arbeit

1. Gefährdungsbeurteilung an allen Arbeitsplätzen, unter Berücksichtigung des Alterns. Technische, ergonomische, organisatorische Maßnahmen zur Minimierung der Fehlbelastungen.
2. Minimierung monotoner und körperlich belastender Arbeiten ebenso wie der physikalischen Belastungen wie Hitze, Kälte, Lärm, Vibration, Stäube etc.
3. Spielräume insbesondere bei der Bestimmung der Arbeitsaufgaben und der Strukturierung des Arbeitsablaufes und der Arbeitsorganisation. So sollte eine individuelle Gestaltung bei der Reihenfolge der Arbeitsaufgaben, bei Arbeitsmethode und Arbeitsgeschwindigkeit eröffnet werden.
4. Möglichkeit des Arbeits-, Positions- und Tätigkeitswechsels. Entwicklung altersgemischter Teams und dafür geeigneter Arbeitsstrukturen.
5. Angebot verschiedener Möglichkeiten des Qualifizierens und der Kompetenzförderung; lernförderliches Arbeiten und Weiterbildung und Berufsaufstieg auch für Ältere.
6. Innovative Arbeitszeitpolitik: Notwendig sind flexible Formen von Arbeitsgestaltung wie z.B. individuelle Spielräume bei der Pausengestaltung oder Vermeidung belastender Schicht- und Nachtarbeit für Ältere.
7. Verbesserung des Qualitätsmanagements und der Arbeitsabläufe.
8. Anerkennung von Erfahrung, Bedürfnissen und Interessen der Betroffenen.
9. Sensibilisierung der Führungskräfte für eine Kultur einer altersgerechten Arbeitswelt.

7 8. Betriebliche Prävention muss dringend ausgebaut und vorangetrieben werden

Mit dem Arbeitsschutzgesetz von 1996 und entsprechenden Veränderungen im SGB VII (Unfallversicherungsrecht) sind wichtige gesetzliche Rahmenbedingungen für eine systematische und nachhaltige betriebliche Gesundheitsprävention geschaffen worden. Mit diesem Gesetz sind die Arbeitgeber verpflichtet, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu vermeiden und die Arbeit menschengerecht zu gestalten. Zugleich haben die Unfallversicherungsträger den Auftrag, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten und mit den Krankenkassen zusammen zu arbeiten. Mittlerweile gibt es gute Praxisansätze, die es auszubauen und zu verallgemeinern gilt. Doch reicht das gegenwärtige Niveau der technischen, organisatorischen und qualifikatorischen Maßnahmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik nicht aus, die geforderte Nachhaltigkeit generell zu gewährleisten. Betriebliche Gesundheitspolitik muss dringend aufgewertet werden.

In vielen Betrieben lässt eine systematische Gesundheitsförderung noch zu wünschen übrig. Viele wissen zu wenig über präventive Möglichkeiten. Die Haltung von Arbeitgebern ist eher davon bestimmt, eingetretene Belastungen zu kompensieren als rechtzeitig vorzubeugen. Für die „Pflege des Maschinenparks“ wird mehr Zeit und Kapazitäten aufgewendet als für die „Wartung des menschlichen Kapitals“. Personal- und gesundheitspolitische Maßnahmen sollen sich häufig in kurzer Zeit rechnen. In Phasen der Umorganisation oder gar des Personalabbaus jedenfalls überlagern kurzfristige betriebliche Handlungszwänge sehr schnell längerfristige gesundheitliche und demografische Herausforderungen: Personalentwicklung für Arbeitskräfte ab 45 Jahren oder für Frauen gibt es kaum und innovative Ansätze bleiben schnell in der Konzeptphase stecken.

Ausgeblendet wird oftmals auch der nachgewiesenermaßen enge Zusammenhang zwischen dem Führungsverhalten von Führungskräften und der Mitarbeiterzufriedenheit bzw. den Fehlzeiten. Gerade Vorgesetzte vernachlässigen infolge von Arbeitsbelastung schnell gesundheitliche Aspekte. Dabei sollten sie den Ursachen und Folgen von physischen und psychischen Belastungen auf Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft besondere Aufmerksamkeit schenken. Werden betriebliche Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung durchgeführt, werden eher technologische Lösungen zur Minderung körperlicher Belastungen ergriffen als zum Abbau psychischer Belastungen. Gefährdungen durch Lärm oder chemische Stoffe sind viel eher erkennbar und durch isolierte Lösungen leichter abzustellen als bei komplexen psychischen Belastungen. Der Umgang mit diesen Belastungen setzt häufig umfangreiche personelle und/oder organisatorische Änderungen voraus. Dies erfordert nicht nur eine Intensivierung und Professionalisierung betrieblicher Aktivitäten, sondern auch eine bessere Verzahnung von krankheitsverhütenden und rehabilitativen Anstrengungen.

Beschäftigte, die sich wohl fühlen, gesund, engagiert und produktiv sind, nennen als Merkmale ihrer Arbeit:	Beschäftigte, die sich weniger wohl fühlen, krank, weniger motiviert und weniger leistungsfähig sind, klagen vermehrt über:
• große Tätigkeitsspielräume	• unzureichende Vollständigkeit der Arbeit
• vollständige Aufgaben, Sinnhaftigkeit der Arbeit	• mangelnde Vielfalt der Anforderungen
• hohe Anforderungen an eigenständiges Denken, Planen und Entscheiden	• geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume
• Möglichkeiten der Kommunikation und Kooperation; soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleg/innen	• fehlende Kooperation und Unterstützung
• gerechte Entlohnung	• widersprüchliche Aufträge ohne individuelle Lösungsmöglichkeiten
• gutes Betriebsklima	• Zeitdruck
• guter Informationsfluss	• qualitative Überforderung
• Beteiligung an wichtigen Entscheidungen	• mangelnde Entscheidungsbeteiligung
	• fehlende Information und Kommunikation
	• schlechtes Betriebsklima
	• ungerechte Entlohnung
	• Sinnlosigkeit der Arbeit

Ein Mehr an Gesundheit im Betrieb stellt nicht nur einen Beitrag zur Humanisierung der Arbeitswelt dar, sondern entlastet Unternehmen und Sozialkassen gleichermaßen. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist eine lohnende Investition und macht sich für Unternehmen bezahlt. Eine Studie – unter Beteiligung der Betriebskrankenkassen – zeigt, dass betriebliche Gesundheitsförderung die Fehlzeiten um bis zu 36 % senken und in Bezug auf die Produktivität jeden investierten Euro vervierfachen bzw. versechsfachen kann. (Julia Kreis, Wolfgang Bödeker, Gesundheit und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention 2003)

Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte als interdisziplinäre Aufgabe aller Unternehmensbereiche verstanden werden, bei der Arbeits- und Gesundheitsschutz-, Organisations- und Personalentwicklung, Arbeitszeitgestaltung und Ansätze zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf verzahnt werden. Wirksame Konzepte dürfen nicht erst bei Älteren ansetzen, soweit sie über Leistungseinschränkungen klagen, sondern müssen weit früher beginnen und schon bei den Jüngeren ansetzen. So frühzeitig wie möglich sollte einem absehbaren Verschleiß an Qualifikation, Gesundheit und Motivation entgegengewirkt werden.

Erfolge betrieblicher Gesundheitsförderung

• Verringerung der Arbeitsbelastungen	• Verbesserung der innerbetrieblichen Kooperation
• Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Mitarbeiter/innen und Erhalt der Arbeits- und Leistungsfähigkeit	• Erhöhung der Kundenzufriedenheit und Kundenbindung
• Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Mitarbeitermotivation	• Verbesserung der Flexibilität und Innovationsfähigkeit
• Senkung des Krankenstandes und des Absentismus	• Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Produktivität
• Verbesserung des Arbeitsklimas	• Förderung der Corporate Identity
• Erhöhung der Mitarbeiterbindung und -loyalität	• Verbesserung des Unternehmensimages (inkl. der Beschäftigungsattraktivität)
• Verringerung der Fluktuation	• Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit
• Verbesserung der Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität	

Finanzielle Anreize können dazu genutzt werden, um konsensorientierte betriebsspezifische Präventionskonzepte zu fördern.

Die Betriebskrankenkassen haben für Unternehmen qualitative Kriterien vorgelegt, die den Weg zu einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik ebnen wollen.

Die Kriterien sind:

1. Betriebliche Gesundheitsförderung wird als Führungsaufgabe wahrgenommen und ist in das Managementsystem integriert.
 - Betrieb oder Verwaltung verfügen über eine schriftliche Unternehmensleitlinie zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie wird von den Führungskräften aktiv getragen und mit Leben erfüllt.
 - Die gesundheitlichen Fördermaßnahmen sind in die betrieblichen Strukturen und Prozesse gut integriert.
 - Es werden genügend Ressourcen (Budget, Personal, Räume, Weiterbildung etc.) für betriebliche Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt.
 - Betriebliche Gesundheitsförderung ist Bestandteil der Aus- und Fortbildung.
 - Alle Mitarbeiter haben Zugang zu wichtigen gesundheitsrelevanten Angeboten und Einrichtungen.
2. Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist ausschlaggebend, dass alle Mitarbeiter möglichst weitgehend an Planungen und Entscheidungen beteiligt werden.
 - Die Arbeiten sind so organisiert, dass systematische Über- und Unterforderungen vermieden werden.
 - Für die Mitarbeiter werden berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten gezielt durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen geschaffen.

- Alle Mitarbeiter erhalten Gelegenheit, sich in Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz aktiv zu beteiligen.
 - Die Vorgesetzten unterstützen ihre Mitarbeiter und fördern ein gutes Arbeitsklima.
 - Nach längerer Arbeitsunfähigkeit sind besondere Maßnahmen zur Wiedereingliederung vorzusehen.
 - Die Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit wird durch gezielte Maßnahmen gefördert.
3. Betriebliche Gesundheitsförderung wird fortlaufend überprüft, verbessert und die gesamte Belegschaft darüber informiert
 - Basis ist eine sorgfältige und regelmäßig aktualisierte Ist-Analyse.
 - Die Analyse stützt sich auf vielfältige gesundheitsrelevante Informationen wie Arbeitsbelastung, Unfallgeschehen, Berufskrankheiten, Krankenstand, Erwartungen der Beschäftigten und der betrieblichen Akteure
 - Management/Unternehmensleitung prüfen regelmäßig den Fortschritt der gesundheitlichen Fördermaßnahmen.
 4. Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und zur Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens werden systematisch durchgeführt und miteinander verknüpft.
 5. Die Auswirkungen von Gesundheitsfördermaßnahmen werden systematisch ermittelt, überwacht und Konsequenzen daraus gezogen.

Ausbau des betrieblichen Eingliederungsmanagements

Das SGB IX verpflichtet die Betriebe zu einem betrieblichen Eingliederungsmanagement für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer. Damit wird die Rechtsgrundlage im Sinne betrieblicher Rehabilitation statt Entlassung geschaffen, um die Arbeitsfähigkeit bei gesundheitlicher Beeinträchtigung möglichst zu erhalten. Mit dieser Vorschrift sollen Prävention und Rehabilitation gestärkt werden. Die Arbeitgeber werden verpflichtet, mit Zustimmung der betroffenen Arbeitnehmer alle Möglichkeiten zur Erhaltung der Arbeit auszuloten und zu nutzen, damit möglichst dauerhaft die betriebliche Tätigkeit fortgesetzt werden kann.



WSI: Mangelhafte Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes

Die Erhebung des WSI bei Betriebs- und Personalräten zu Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz zeigt folgende Ergebnisse:

- Nur in 50 % der befragten Betriebe (dies waren Betriebe ab 20 Beschäftigte, und nur Betriebe, in denen es einen Betriebs- oder Personalrat gibt) wird eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt.
- In nur 16 % der Betriebe wird eine vollständige, auch die psychischen Belastungen berücksichtigende Gefährdungsbeurteilung durchgeführt.
- Hochgerechnet auf alle Betriebe bedeutet, dass nur an jedem 3. Arbeitsplatz die körperlichen Gefährdungen und nur an jedem 10. Arbeitsplatz die psychischen Gefährdungen ermittelt und beurteilt werden. Aber gerade hier liegt ein Schwerpunkt der gesundheitlichen Belastungen: Termin- und Leistungsdruck, schlechtes Führungsverhalten und Angst vor Arbeitsplatzverlust sind die weitaus am häufigsten genannten Belastungen in der Arbeitswelt.
- Dort, wo es den Interessenvertretungen gelingt, die Belastungen zu einem betrieblichen Thema zu machen und die Beschäftigten einzubeziehen, steigen die Chance, das Arbeitsschutzgesetz umzusetzen und präventiven Maßnahmen zu ergreifen.

Elke Ahlers/Martin Brussig (2004): Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz – WSI – Betriebsrätebefragung 2004, WSI 11/2004

Welche Spielräume für eine Humanisierung der Arbeitswelt und zur Reduzierung arbeitsbedingter Kosten bestehen, zeigt eine Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK in 2004. Danach ist mehr als ein Fünftel der vom Wido befragten Arbeitskräfte aktuell der Ansicht, dass ihre gesundheitlichen Beschwerden durch Veränderungen der Arbeitsbedingungen verringert werden könnten und fast jeder/jede Zweite hält dies zumindest teilweise für möglich. (Vetter/Redmann 2005)

Verhältnis- und Verhaltensprävention ergänzen

Umfassende Gesundheitsförderung muss über die Arbeitsbedingungen (Verhältnisse) hinaus auch bei den Personen (Verhalten) ansetzen. Andere Lebensbereiche wie Schule, Wohnort oder soziales Umfeld haben ebenfalls Einfluss auf die Gesundheit. Die hohe Zahl von Übergewichtigen oder Suchtkranken zeigt, dass Zivilisationskrankheiten und individuelles Verhalten Gesundheitsrisiken nachhaltig fördern können. Gesellschaftliches Gesundheitsverhalten und betriebliche Arbeitswelt beeinflussen sich wechselseitig. Individuelle Verhaltensweisen werden im Betrieb abgebildet wie umgekehrt die betrieblichen Arbeitsbedingungen dieses Verhalten wiederum beeinflussen. Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte daher gleichermaßen folgende Ansatzpunkte verfolgen:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung der aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung der persönlichen Kompetenz

Rauchen und Übergewicht

- 33 % der Männer und 22 % der Frauen rauchen.
- Jüngere Menschen greifen verstärkt zur Zigarette. Von den männlichen Jugendlichen von 20 – 25 Jahren rauchen 40 % und 30 % der weiblichen Jugendlichen.
- Raucher sind häufiger krank als Nichtraucher.
- Über alle Altersgruppen hinweg stellen Raucherinnen den höchsten Anteil an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Es folgen die männlichen Raucher, die männlichen Nichtraucher fühlen sich am wenigsten krank.
- Fast jeder zweite Erwachsene (49 %) ist übergewichtig. Männer sind häufig übergewichtiger als Frauen (58 % gegenüber 41 %).
- Bereits bei den 20 – 25-Jährigen ist jeder vierte Mann (25 %) und jede sechste Frau (16 %) übergewichtig.
- Übergewicht ist eine der häufigsten durch Ernährung mitbedingte Gesundheitsstörung. Insbesondere in Kombination mit weiteren Risikofaktoren wie Rauchen, hohem Blutdruck oder Bewegungsmangel steigt das Risiko von Herzerkrankungen, Schlaganfällen oder Diabetes.

Quelle: Zusammengestellt nach Mikrozensus 2003

Betriebliche Personalpolitik und Gesellschaft insgesamt stehen vor der Frage, wie insbesondere gering qualifizierten und gesundheitlich belasteten Arbeitskräften möglichst eine Beschäftigung bis zum 65. Lebensjahr eröffnet werden kann. Von ebenso großer Dringlichkeit ist die Frage, wie die Wiedereingliederungschancen von Älteren und von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen verbessert werden können. Ohne eine Änderung im betrieblichen Einstellungsverhalten wird dies kaum gelingen. Etwa die Hälfte der Betriebe ist bisher z. B. grundsätzlich nicht oder nur unter Bedingungen bereit, Ältere einzustellen. Zugleich gilt es auch hier, den Präventionsgedanken zu stärken. Der Erhalt der Arbeitsplätze bzw. der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben wäre oftmals die zielführende Strategie, um den Teufelskreis von Arbeitslosigkeit und Krankheit zu durchbrechen. Die gegenwärtig schwierige Situation am Arbeitsmarkt setzt hier enge Grenzen. Unverzichtbar sind folglich gesundheitsfördernde und gesundheitserhaltende Maßnahmen bei eingetretener Arbeitslosigkeit. Der Präventionsgedanke sollte integraler Bestandteil der Beratungs- und Vermittlungsprozesse von Arbeitslosen werden und sozialmedizinische Beratung von den Arbeitsagenturen ein größeres Gewicht eingeräumt werden.

Der DGB begrüßt, dass die Arbeitswelt in den Ansatz des Präventionsgesetzes aufgenommen wird. Grundsätzlich ist es im Sinne einer effizienten betrieblichen Gesundheitsförderung positiv, wenn die einzelne Krankenkasse über Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne ihrer Versicherten entscheiden kann. Dies war und ist bereits nach § 20 des SGB V sinnvoll und notwendig.

Neu und von hoher Bedeutung ist nunmehr die Aufforderung des Präventionskonzepts zur Zusammenarbeit der Krankenkassen. Schon heute können auf Grund des Kassenwettbewerbs aussagefähige betriebliche Gesundheitsberichte (d. h. nach Arbeitsbereichen und Berufsgruppen differenzierte Krankheitsartenstatistiken) nur noch in den seltensten Fällen einer klaren Dominanz einer Kasse erfolgen. Das Kooperationsgebot wird die Aussagefähigkeit und Qualität betrieblicher Gesundheitsberichte deutlich erhöhen. Zudem sollten die als Teil der Gesundheitsberichterstattung vorgesehenen Mitarbeiterbefragungen ebenfalls kooperativ durchgeführt werden.

Insbesondere können dann auch Gesundheitszirkel angeboten werden, die sich als wichtiges Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung erwiesen haben. Über Gesundheitsberichte, Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkel sollten Betriebsvereinbarungen abgeschlossen werden.

Gesundheitszirkel sind für den betrieblichen Gesundheitsschutz von hohem Wert!

Das zentrale und mittlerweile seit Jahren in vielen Betrieben erfolgreich eingesetzte Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung ist der Gesundheitszirkel. Im Gesundheitszirkel sitzen 3 - 4 Vertreter einer bestimmten Berufsgruppe oder eines bestimmten Arbeitsbereichs mit Vorgesetzten und/oder Personalleiter, Betriebs- oder Personalrat, Betriebsarzt/-ärztin, Sicherheitsfachkraft, Schwerbehindertenvertretung, Suchtbeauftragten und einem Vertreter der zuständigen Unfallversicherung unter Leitung eines von den Krankenkassen bestimmten Moderators zusammen. Der Gesundheitszirkel trifft sich 8 mal für jeweils eine Stunde während der Arbeitszeit in einem Abstand von etwa 4 Wochen. Der Gesundheitszirkel hat die Aufgabe, Belastungen, d. h. gesundheitliche Gefährdungen zu ermitteln und zu beurteilen sowie Maßnahmen zur Abhilfe zu besprechen und einen entsprechenden Maßnahmenplan zu entwickeln. Der Gesundheitszirkel übernimmt dann auch das Controlling über den Stand und die Qualität der umgesetzten Maßnahmen. Nach Ansicht der Gewerkschaften sind Gesundheitszirkel bestens dafür geeignet, die vom Arbeitsschutzgesetz geforderte Beteiligung und Einbeziehung der Betroffenen in die Gefährdungsbeurteilung sicher zu stellen. Es ist zu begrüßen, dass hier Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung ineinander übergehen, dies entspricht dem Kooperationsauftrag, wie er im SGB V, im SGB VII und künftig auch im Präventionsgesetz formuliert ist. Im Gesundheitszirkel werden Betroffene als Experten ihrer eigenen Situation ernst genommen. Betroffene werden zu Beteiligten.

Der Gesetzgeber sollte zudem Bestimmungen weiterentwickeln, die im Sinne eines Bonus-Malus-Prinzips Unternehmen mit einer höheren Quote von arbeitsbedingten Arbeitsunfähigkeits- und Erwerbsminderungsfällen stärker zur Kasse gebeten werden als Unternehmen, die in der betrieblichen Gesundheitsförderung etwas leisten. Instrumente zur Erfassung des arbeitsbedingten Anteils von Erkrankungen und Frühverrentungen wurden bereits erprobt. Krankenkassen könnten dementsprechend ihren Beitragssatz differenzieren: Ungesündere Branchen müssen mehr zahlen (Malus) als der Durchschnitt aller Betriebe. Kann ein Unternehmen ein hohes Niveau an betrieblicher Gesundheitspolitik nachweisen – z.B. kontinuierlich durchgeführte Gesundheitszirkel, Arbeitsplatzprogramme zum Heben und Tragen und vor allem: eine gesundheitsförderliche Organisations- und Personalentwicklung – dann sollten diesem Unternehmen und seinen Mitarbeiter/innen positive Anreize gegeben werden (Bonus). Das Bonus-Malus-Konzept wurde von der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann- und der Hans-Böckler-Stiftung bewertet. Die Kommission empfiehlt ökonomische Anreize insbesondere für die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems, das allgemein anerkannten Qualitätskriterien entspricht. Sie hebt gleichfalls das Prinzip der Partizipation als wesentliches Qualitätskriterium hervor.

Arbeitnehmer/innen in Klein- und Mittelbetrieben sind nachweislich in besonderer Weise von gesundheitsbelastenden Arbeitsbedingungen betroffen. In diesem Sektor besteht noch erheblicher Handlungsbedarf. Ein Teil des Präventionsfonds, der durch das Präventionsgesetz geschaffen werden soll, sollte daher nach Meinung der Gewerkschaften zum Auf- und Ausbau überbetrieblicher Unterstützungsnetzwerke verwendet werden.

Der Aufbau solcher Netzwerke sollte als sozialstaatliche Aufgabe begriffen werden. Hier ist, neben Berufsgenossenschaften und Krankenkassen, auch insbesondere die staatliche Arbeitsschutzaufsicht der Länder gefordert. Diese drei Institutionen müssen die infrastrukturelle Basis solcher Netzwerke sicherstellen, im Rahmen derer regionale multidisziplinäre Kompetenzzentren aufgebaut werden, die vor allem kleine und mittlere Unternehmen präventiv beraten und unterstützen. Entscheidend wäre, dass sich auch einzelne Arbeitnehmer/innen sowie Betriebs- und Personalräte an solche Kompetenzzentren wenden können. Diese Zentren könnten einen substantiellen Beitrag auch zur arbeitsmedizinischen Aufklärung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte, der Kliniken und weiterer Einrichtungen leisten.

Wir wollen, dass Menschen einer sinnvollen und befriedigenden Arbeit nachgehen können. Kurzfristigem betriebswirtschaftlichem Denken muss ein längerfristiges wirtschaftliches Denken entgegengestellt werden, das die Pflege und den Erhalt des Humankapitals zum Inhalt und zum Ziel hat. Die Arbeitskraft ist und bleibt unser wichtigstes Kapital. Daher muss gute und gesunde Arbeit auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten zentraler Maßstab sein.

Ein 5-Punkte-Programm, zur Verbesserung der betrieblichen Gesundheitspolitik – für Betriebs- und Personalräte, Selbstverwalter in der GKV und GUV sowie alle im Arbeits- und Gesundheitsschutz tätigen Funktionärsträger und Multiplikatoren

1. Immer wenn der Eindruck entsteht, dass Arbeitnehmer vermehrt krank zur Arbeit gehen und insgesamt im Betrieb eine wenig gesundheitsgerechte Atmosphäre herrscht, sollte dies für BR/PR der Anlass sein, Kontakt mit den Krankenkassen aufzunehmen, um Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Gang zu setzen.
2. Belastungen müssen zur Sprache gebracht werden! Jeder von Belastungen und Gesundheitsgefahren Betroffene sollte mit vertrauenswürdigen Kollegen /Kolleginnen, mit seinem Betriebs- oder Personalrat, ggf. mit dem Vorgesetzten und mit dem Betriebsarzt/der Betriebsärztin (der/die zur vollen Verschwiegenheit verpflichtet ist) darüber sprechen.
3. Krankheiten zu kurieren reicht nicht aus. Es ist notwendig, über die arbeitsbedingten Anteile der Erkrankungen zu sprechen, Ursachen herauszufinden, Maßnahmen zu deren Behebung zu entwickeln und umzusetzen. Ein zentrales Instrument hierfür sind Gesundheitszirkel. So können Betroffene als Experten ihrer Situation zu Beteiligten werden. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, bei längerfristig oder wiederholt erkrankten Beschäftigten das Gespräch zu suchen und ihnen ein betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten (§ 84 Abs. 2 SGB IX).
4. Wichtig ist, sich ein Bild darüber zu verschaffen, ob und in welcher Weise Belastungen und Gefährdungen gehäuft in ähnlicher Weise auftreten oder empfunden werden. Diese Informationen sind wichtig für die Planung von Gesundheitszirkeln, insbesondere auch für die Frage: Sollen sie berufsgruppenspezifisch oder auf eine Abteilung bezogen sein?
5. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung gehören zusammen. Immer geht es um die Frage, wie Arbeit gesundheitsgerecht gestaltet werden kann und was jeder einzelne Arbeitnehmer/jede einzelne Arbeitnehmerin zur Verbesserung seiner/ihrer Arbeitssituation tun kann. Beschäftigte müssen beteiligt werden.

7 9. Ein Personalchef packt aus

Wie Frühverrentungen zum Niedergang führen können – von Elmar Getto

Im Folgenden werden die Aussagen des (ehemaligen) Personalchefs einer größeren deutschen Firma wiedergegeben, die er in einem Interview mit rbi-aktuell machte. Er besteht aus naheliegenden Gründen auf absoluter Anonymität. Veröffentlicht in der Onlinezeitung rbi-aktuell.de

„Es begann Anfang der 80er-Jahre. Die Firma war erfolgreich, aber man konnte nicht die geplanten Steigerungsraten in Absatz und Umsatz erreichen, auch der Jahresgewinn vor Steuern nahm nicht mehr zu. (...)“

Man hatte bereits seit Jahren einen großen Teil der Investitionen bei den Auslandsgesellschaften gemacht und für ...[neue Fabriken in Übersee] verwendet. Die Investitionen im deutschen Mutterhaus wurden nun praktisch ausschließlich für Rationalisierungsmaßnahmen und zur Automation verwendet.

Bereits seit 1979 gab es einen allgemeinen Einstellungsstopp. Wir begannen Abmahnungen zu verteilen und dann – in angemessenem Zeitabstand – die Entlassung auszusprechen. Das wurde allerdings relativ teuer, denn fast alle gingen vor Gericht und erreichten einen Vergleich mit Zahlung einer Abfindung, die fast immer dem Lohn von mehreren Jahren entsprach. Es gab also keine kurzfristige Kostenentlastung – im Gegenteil. (...)“

In jener Zeit war unser Lohnkostenanteil an den Gesamtkosten bereits auf 32% gesunken. Das passte aber meinem Chef, dem Zuständigen im Vorstand für Personal und Entwicklung, nicht. Er wies mich an, eine andere Rechnung aufzumachen, in der ich den gesamten Anteil der Abschreibungen und der Zinsen aus den Kosten herausnahm und dann den Lohn- und Gehaltskostenanteil (einschließlich Sozialleistungen) an den „laufenden Kosten“ ermittelte. Da kamen wir damals immerhin noch auf 51%. (...)“

Die nächsten Entlassungen bereiteten wir besser vor. Der Vorstand hatte uns aufgetragen, eine mindestens 3% des Personals umfassende Entlassungs-Kampagne zu planen. Wir begannen alle ab 59 einzeln in die Personalabteilung vorzuladen und ihnen die Vorteile der „Frührenten“ anzupreisen. Sie würden offiziell erst mit 65 in Rente gehen, also keine Abstriche an der Rente hinnehmen müssen. Für die Übergangszeit bis dahin erhielten sie einen monatlichen „Frührente“-Betrag, der etwa in der Höhe ihrer späteren Rente lag, die wir jedem Einzelnen vorrechneten. Dieser Betrag wurde zum Teil von der Bundesanstalt für Arbeit, zum Teil von den Rentenversicherungsträgern übernommen. Wir zahlten lediglich einige ‚peanuts‘.

Fast alle nahmen das Angebot an. Eine kleine Anzahl an Ablehnungen hatten wir schon eingerechnet, sonst hätten wir das Anfangsalter auf 60 legen können. So aber erreichten wir sogar ein wenig mehr als die 3%. Das Ganze kostete fast nichts, wir hatten die Lohnkosten deutlich gesenkt und die erschrockene Belegschaft arbeitete locker für die drei Prozent mit. Allein die Senkung des Krankenstandes aufgrund des „Entlassungs“-Schocks und der Anstieg von freiwilligen unbezahlten Überstunden waren so bedeutend, dass wir hinterher mehr geleistete Arbeitsstunden hatten als vorher.

Etwa ab diesem Zeitpunkt begannen wir auch die Ausbildung herunterzufahren. Zwei Jahre nach der ersten Entlassungswelle über Frührenten war der Appetit des Vorstands auf eine neue Aktion geweckt. Zwar gab es keinerlei Probleme mit den Steigerungs-

raten des Absatzes und auch der Gewinn war hervorragend, aber der Vorstand meinte, er könne höher sein. Diesmal mussten wir etwas erfinden, um die neue Welle der Frührenten zu „verkaufen“. Erneut „schluckten“ es aber sowohl die Älteren, die in Frührente gingen, als auch die Belegschaft und der Betriebsrat.

Diesmal hatten wir die Altersgrenze auf 58 Jahre gelegt. Dadurch kamen die beiden Jahrgänge, die schon wieder hineingewachsen waren und ein weiterer Jahrgang in den Bereich der Frührenten. Das waren zu diesem Zeitpunkt fast 4% der Belegschaft, die so hinausbefördert werden konnten.

Diesmal waren die Bedingungen für die Frührentner schon nicht mehr so günstig wie bei der ersten Aktion, doch die Frührenten hatten sich nicht alles durchgelesen und bemerkten es erst hinterher. Für uns war wiederum wesentlich, dass wir die Übergangszahlungen fast völlig auf die Rentenkassen und Arbeitslosenkassen abwälzen konnten. Wiederum klappte es im Wesentlichen, dass der Rest der Belegschaft deren Arbeit mitmachte, wenn es auch zu einzelnen Reklamationen kam.

Dann kamen die neunziger Jahre. (...) Nun hatten wir auch einen Standort im Osten. Jede neue Produktionslinie wurde nun ausgeschrieben, ob man sie im [Ausland], im Osten oder im Mutterwerk ansiedelt. Alle mussten Kosten senken oder es wurde wieder mit Entlassungen gedroht. (...)“

Das waren die großen Zeiten der Flexibilisierung. Wir konnten weitgehend die Überstundenzuschläge abschaffen. Das ergab deutliche Einsparungen. Die Produktionsarbeiter bekamen Stundenkonten, auf die ihre Überstunden kamen und wenn die Konten bis an die Grenze voll waren, akzeptierten die meisten weitere Überstunden, die dann verfielen. Auch dieser Effekt ergab Kosteneinsparungen. Zusammen mit den Automatisierungen konnten wir jetzt die Personalkosten auf 28% senken.

Dann kam die Öffnungsklausel im Tarifvertrag für „notleidende“ Unternehmen, die es erlaubte, den Samstag als Regelarbeitstag einzuführen und jegliche Zuschläge für Samstagsarbeit abschaffte. Es gelang uns, eine scheinbare „Notsituation“ im Mutterwerk zu simulieren, indem Mittel in den Osten verlagert wurden und schon fielen auch die Zuschläge für Samstagsarbeit weg.

Bei jeder der Tarifierhöhungen rechneten wir nun auch unsere übertariflichen Leistungen an, so dass bis etwa zum Jahr 2000 solche Leistungen zur extremen Ausnahme geworden waren. Wir zahlten nun puren Tarif. So schafften wir es, unseren Personalkostenanteil bis dahin auf etwa 25% der Gesamtkosten zu reduzieren. (...)“

Die Gerüchte über anstehende Entlassungen wurden nun die Regel. Im Werk im Osten wurde geflüstert, es würden Produktionen ins Ausland verlegt, im Mutterwerk, sie würden in den Osten verlegt. Die Drohung, in den Osten umziehen zu müssen, wirkte fast so gut wie die Entlassungsdrohung.

Nun wurden in beiden Werken regelmäßig Frührenten durchgeführt. Allerdings waren nun die Bedingungen für die Frührentner deutlich ungünstiger.

Jetzt waren alle sehr skeptisch und fanden bald heraus, dass die Zeit bis zur Verrentung mit einem geringen Zuschuss überbrückt werden musste und zusätzlich auch noch mit 63 oder bei Frauen mit 58 in Rente gegangen werden musste und damit ein deutlicher Abschlag an der

Rente hinzunehmen war. Diesmal bekamen wir nicht genug Freiwillige zusammen, obwohl wir diesmal die Aktion für alle ab 56 geöffnet hatten. Wir mussten eine Zwangs-Frühverrentung durchführen.

Nach dieser neuen Verrentungsaktion gab es erste Schwierigkeiten an einigen Stellen in der Produktion und im Lager und Versand. Es fehlten erfahrene Kräfte, die schon fast jeden Typ von Problemen erlebt hatten und wussten, wie zu reagieren war. Die Verbliebenen hatten außerdem nicht mehr die absolute Identifizierung mit der Firma, wie sie früher unsere Belegschaft ausgezeichnet hatte. Wenn man unter der ständigen Drohung von Entlassungen steht, hebt das nicht die Arbeitsmoral. Die nun deutlich verjüngte Belegschaft ließ einige Male voraussehbare Fehlleistungen oder Unfälle sehenden Auges geschehen, weil – wie einer sich ausdrückte – „sollen die doch den Karren an die Wand fahren“.

Zwar wurden die Fehlzeiten deutlich verringert wegen der ständigen Angst vor Entlassung, aber gleichzeitig gingen Genauigkeit und Arbeitsgeschwindigkeit zurück.

Auch im Osten machten wir eine Frühverrentungsaktion, die dort besser angenommen wurde, so dass wir dort bei der Freiwilligkeit bleiben konnten. Auch war die Arbeitsmoral dort besser, so dass wir eine Anzahl neuer Produktionslinien dorthin legten. Damit waren aber im Mutterwerk erneut Maßnahmen zum Personalabbau angesagt. Wir offerierten für Freiwillige die Übersiedlung in den Osten, das nahmen aber nur 9 Arbeiter an. Damit musste nun schon die vierte Frühverrentung angesetzt werden, zu erneut verschlechterten Bedingungen. Diesmal setzten wir das Mindestalter auf 50 Jahre und planten das ganze von Anfang an als Zwangs-Frühverrentung.

Der Vorstand hatte diesmal nicht die Frühverrentung vorgeschlagen, sondern die Summe genannt, die Personalkosten eingespart werden sollten. Wir hatten nun einen deutlich verjüngten Vorstand (der nun fast ohne Fachleute auskam und im wesentlichen von Juristen und Betriebswirtschaftlern gebildet wurde), der den einzelnen Werksbereichen nun jährlich Vorgaben gab, die bis Ende des Jahres erreicht werden mussten.

So wurden praktisch alle, die 50 und mehr Jahre alt waren, aus der Firma in die Frührente abgeschoben. Die Abteilungsleiter standen Schlange bei mir, um zu protestieren, aber ich verwies sie alle auf den Vorstand – der sie dann wieder an mich verwies. (...)

Tatsache war, dass nach dieser vierten und bei weitem größten Frühverrentungsaktion wirklich ernste Probleme in den schon genannten Bereichen auftraten.

Speziell die Instandhaltung war von der „Ausdünnung“ betroffen. Da die speziellen Probleme der Instandhaltung an keiner Hochschule gelehrt werden, waren hier die erfahrenen Mitarbeiter unersetzlich. Die Kenntnis von Hunderten von „Tricks“, die erfahrene Instandhalter anwenden, war mit den älteren Mitarbeitern verschwunden. Die Verbliebenen wussten zwar die Theorie, die Praxis ist aber weit vielfältiger. Das Ergebnis waren deutliche Anstiege an Ausfällen von Maschinen und Anlagen mit extrem kostenintensiven Ausfällen von Produktion und mit teuren und langdauernden Reparatüreinsätzen, die von außerhalb zugekauft werden mussten.

Aber auch die Produktion als solche hatte nun Mängelrügen, Fehlchargen und andere kostspielige Ausfälle in einer weit höheren Anzahl als zuvor. Die vorher üblichen Maßnahmen, solche Ausfälle hereinzuarbeiten, klappten nicht mehr. Die Leistung der Arbeiter pro Stunde nahm ab

statt zu. Andauernd standen Leute ohne Arbeit in den Hallen herum, weil technische Mängel aufgetreten waren. Die Meister, die vorher geschworen hatten, sie hätten alles im Griff, mussten nun zugeben, dass die erfahrenen Mitarbeiter, die oft wussten, was zu tun war, nicht so ohne weiteres ersetzt werden können. Viele Probleme hatten die Arbeiter und Vorarbeiter vorher selbst gelöst, ohne dass der Meister auch nur davon erfuhr. Nun waren die entscheidenden älteren und erfahrenen Vorarbeiter nicht mehr da.

Ähnliches galt für den Vertrieb, das Lager und die Auslieferung. Als die Abteilungsleiter merkten, dass sie plötzlich deutlich angestiegene Kosten in ihren Abteilungen hatten, versuchten sie, mit der Einführung striktester Regeln und ständigen Überwachungen dagegen vorzugehen. Aber das war die „falsche Medizin“. Es handelte sich nicht um die Folge von Undisziplinertheiten, sondern um mangelnde Erfahrung. Nun fühlten sich die Verbliebenen auch zusätzlich noch nicht genügend respektiert, was erneut die Arbeitsmoral verschlechterte. Der vorher schon erwähnte Effekt des „lass sie es doch an die Wand fahren“ wurde so noch verstärkt und die Kosten stiegen noch mehr.

Das Jahr 1998 war dann ein gespanntes Jahr mit andauernden Krisensitzungen. Die Kosten waren höher als bei der Konkurrenz, das machte sich bemerkbar: Der Absatz stagnierte. Der Vorstand versuchte verzweifelt herauszufinden, was eigentlich die gestiegenen Kosten verursacht, war aber dabei auf der Suche nach Sündenböcken und nicht den wirklichen Ursachen. Ich wies mehrmals in solchen Sitzungen darauf hin, was wirklich vorgefallen war, aber der Vorstand wollte das nicht wahrhaben, denn damit hätte er seine eigene Verantwortung zugestanden.

Offenbar war es nicht verborgen geblieben, dass die Firma mit höheren Kosten als die Konkurrenz arbeitete und jemand glaubte, mit seinen Patentrezepten die Firma wieder auf Kurs bringen zu können und dann mit Gewinn wieder zu verscherbeln.

Es wurde in gigantischem Ausmaß in Automation und Computerisierung investiert, allerdings alles auf Pump. Ich bezweifelte damals schon, ob das der Ausweg wäre.

Tatsache war, dass die Kosten nun erneut angestiegen waren durch die Zins- und Tilgungskosten der Finanzierung. (...)

Zwei Jahre nach meinem Ausscheiden wurde die Firma als Sanierungskandidat erneut verkauft. Inzwischen hatte es schon massive Entlassungen gegeben.

Heute liegt die Firma in den letzten Zügen. Sie hat nur noch ein Drittel der Belegschaft. Voraussichtlich noch dieses Jahr wird ein Vergleichsverfahren erwartet – ob das noch etwas retten kann, ist zweifelhaft.

7 10. Weitere Informationen zur Gesundheitsprävention

- Zu Belastungen und Gefährdungen befinden sich gute Zugänge bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung:
www.hvbg.de
Weiterklicken unter „Prävention“ und „praktische Hilfen“
- Gute Hilfen für Gefährdungsbeurteilungen gibt es auch bei den staatlichen Arbeitsschutzbehörden:
lasi.osha.de
Weiterklicken unter „Praktische Lösungen“ und „INQA“ und dort: „Gute Praxis“
- Zu Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkeln gibt es Informationen beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen und dem wissenschaftlichen Institut der AOK:
www.bkk.de
www.wido.de
Weiterklicken unter „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“
- Praxistipps, vor allem aus den gewerkschaftlichen Raum, gibt es fortlaufend bei der Zeitschrift „Gute Arbeit“ sowie auf der „Gesundheits-Homepage der IGM“:
www.gutearbeit-online.de
www.igmetall.de/gesundheit

7 11. Literaturverzeichnis und Internetverweise

- Adamy, Wilhelm, „Herausforderungen einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung oder wem nützt eine altersgerechte Gestaltung der Arbeitswelt?“ in: „Sozialstaat-solidarisch, effizient, zukunftssicher“ Herausgeber: Engelen-Kefer, Ursula; Wiesenhügel, Klaus; Hamburg 2003
- Ahlers, Elke; Brussig, Martin (2004): Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz – WSI – Betriebsrätebefragung 2004, WSI 11/2004
- AOK-Bundesverband (2004): Krankheitsartenstatistik 2003, Bonn
- Badura, Bernhard u. a. (2003): Fehlzeiten-Report 2002, Demografischer Wandel, Herausforderungen für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik, Springer-Verlag
- Bauer, Frank u. a. (2004): Arbeitszeit 2003 – Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsorganisation und Tätigkeitsprofile, ISO Köln
- Bödeker u. a. (2003): Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen, Dortmund/Berlin,
- Bödeker u. a. (2004): Kosten arbeitsbedingter Frühberentungen, im Druck
- Gerhardt, Uta (1999): Herz und Handlungsrationalität. Biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung. Eine idealtypenanalytische Studie. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Lohmann, Bärbel (2003): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen in der Raumpflege, in: Gender Mainstreaming in Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung Info-Brief Nr. 10, Bremen
- Teske, Ulrike; Witte, Bernd (2000): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, Band1: Arbeitsbedingungen, -belastungen und Gesundheitsrisiken :VSA-Verlag Hamburg
- Teske, Ulrike; Witte, Bernd (2000): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, Band2: Gesundheitliche Auswirkungen und Erkrankungsschwerpunkte: VSA-Verlag Hamburg
- Vetter, Ch.; Redmann, Alexander (2005): Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen in mehr als 150 Betrieben.
- www.arbeitsagentur.de
Beschäftigungsstatistiken für Berufsgruppen 2003
- www.bmfsfj.de
Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland 1999
- www.bmgs.bund.de
Gesundheit
- www.destatis.de
Statistisches Bundesamt

- www.inqa.de
Informationen zum Projekt: Netzwerke für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten.
- www.pallas.iab.de/bisds/alphabet.asp
Berufe im Spiegel der Statistik 2002
- www.wido.de
Wissenschaftliches Institut der AOK, Fehlzeiten-Report 2004: Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

7 12. Weitere Veröffentlichungen des DGB

Weitere Veröffentlichungen des DGB zu:

„Demografischer Wandel und altersgerechte Arbeitsgestaltung“:

- **50plus – was nun? Wege in den Job.**
Ein DGB-Ratgeber für Arbeitnehmer//innen ab 50, 48 Seiten
Einzelexemplare 2,- Euro (plus Versandkosten) zu bestellen bei:
bestellservice@toennes-bestellservice.de
- **Demografischer Wandel. Schritte zu einer altersgerechten Arbeitswelt,**
DGB-Bundesvorstand November 2004, Einzelexemplare 2,- Euro (plus Versandkosten) zu bestellen bei: **bestellservice@toennes-bestellservice.de**
- **Umdenken erforderlich! Vorbeugen sichert Beschäftigung bis zum Rentenalter.**
Ein DGB-Ratgeber für Betriebs- und Personalräte, sowie Personalverantwortliche.
Einzelexemplare 2 Euro (plus Versandkosten) zu bestellen bei:
bestellservice@toennes-bestellservice.de
- **Altersgerechtes Arbeiten für Frauen, Anregungen für die Praxis**
DGB-Bundesvorstand, November 2005,
Einzelexemplar 1,50 Euro (plus Versandkosten) zu bestellen bei:
bestellservice@toennes-bestellservice.de

Endlich erreichbar: Gute Arbeit. für alle!

AiB
Verlag



ISSN 1860-0077

Erscheint monatlich.
Bezugspreis jährlich: 148,20 €.
Einzelpreis: 14,00 €.
Bezugspreis für Studenten
jährlich: 88,80 €.

Bezugspreis Ausland jährlich:
148,20 € zuzüglich Versandkosten.

Die Arbeit
& Ökologie-
Briefe heißen seit
1. Januar 2005
Gute Arbeit.

Gute Arbeit.

Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung
Gute Arbeit. ist die Fachzeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung. In **Gute Arbeit.** verbinden sich neue, moderne Inhalte und Altbewährtes. Denn 15 Jahre lang hieß die Zeitschrift **Arbeit & Ökologie-Briefe.**

Monat für Monat berichtet nun **Gute Arbeit.** wie zuvor die **Arbeit & Ökologie-Briefe** über alles Wichtige zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Aktuell, gut aufbereitet, kritisch, kurz und knackig oder auch mal ausführlicher mit den notwendigen Hintergrundinfos. Unsere Themen:

- ▷ neueste Entwicklungen und Trends im Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz
- ▷ Betriebsvereinbarungen, Gerichtsentscheide und neue gesetzliche Regeln zum Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz
- ▷ Hintergrundinformationen und Praxistipps zum Umgang mit Gefahrstoffen, Stress, psychischen Belastungen, Lärm und Mobbing
- ▷ Wege zu menschengerechter Arbeitsgestaltung in Betrieben und Büros, in der Fertigung und bei der Bildschirmarbeit
- ▷ Handlungsmöglichkeiten und Mitbestimmungsrechte für Betriebsräte im Gesundheits- und Umweltschutz

Gute Arbeit. ist ein für die Betriebsratsarbeit erforderliches Hilfsmittel im Sinne des § 40.2 BetrVG und muss der Interessenvertretung auf Verlangen zur Verfügung gestellt werden.

www.gutearbeit-online.de

Ja, ich bestelle das Test-Abo Gute Arbeit.

Ich erhalte zunächst 3 Ausgaben kostenlos. Möchte ich **Gute Arbeit.** danach nicht weiter beziehen, teile ich dies spätestens 1 Woche nach Erhalt der 3. Ausgabe mit. Ansonsten erhalte ich **Gute Arbeit.** zum Jahresbezugspreis von 148,20 € inkl. Porto.* Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein weiteres Jahr, wenn es nicht 6 Wochen vor Jahresende gekündigt wird.

Bitte senden Sie mir zunächst 1 kostenloses Probeexemplar + Zusatzinfos.
Ihre Vertrauensgarantie: Sie haben das Recht, diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen bei un-
stehender Bestelladresse schriftlich zu widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige
Absendung des Widerrufs.

Bitte kopieren und per Fax an 069 / 79 50 10 12

Privat Firma

Firma _____ PLZ / Ort _____

Name / Vorname _____ Tel. / Fax _____

Straße / Nr. _____ E-Mail _____

Datum / Unterschrift _____

AiB-Verlag | Leserservice | 60424 Frankfurt am Main | Tel. 069 / 79 50 10 96. Stand: Januar 2005, Änderungen vorbehalten. *Bezugspreis Inland

212GA

Arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken und demografischer Wandel Herausforderungen für betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik