

**Dr. Ursula Engelen-Kefer**

Dozentin

Ehemalige Stellvertretende Vorsitzende des DGB

### **Gesundheitspolitik im Betrieb- Praktische Beispiele**

Die Gesundheitspolitik im Betrieb hat erneuten Auftrieb im Zusammenhang mit der Heraufsetzung des Rentenalters auf 67 Jahre -in Stufen zwischen 2012 und 2029 - erhalten. Die Bundesregierung ist gesetzlich verpflichtet (Überprüfungsklausel in § 154 SGB VI), 2010 zu überprüfen, „ob die Anhebung der Regelaltersgrenze unter Berücksichtigung der Entwicklung der Arbeitsmarktlage sowie der wirtschaftlichen und sozialen Situation älterer Arbeitnehmer weiterhin vertretbar erscheint und die getroffenen gesetzlichen Regelungen bestehen bleiben können.“ Schon jetzt ist auf der Grundlage verschiedener Untersuchungen aus jüngerer Zeit festzustellen, daß weder die arbeitsmarktlichen noch die gesundheitlichen Voraussetzungen vorliegen.“

Nach dem Mikrozensus 2006 gaben die befragten 55-64 jährigen ehemals abhängig Beschäftigten als Begründung für den vorzeitigen Ruhestand mit 23 Prozent Gesundheitsprobleme und 21 Prozent Entlassungen an. Alle anderen erfragten Gründe spielten eine untergeordnete Rolle . Nicht viel anders sind die empirischen Befunde des gesundheitlichen Zustandes bei den noch aktiven abhängig Beschäftigten. Etwa ein Drittel ist unverändert in den Umfragen 2007, 2008 und 2009 der Auffassung, in ihrer beruflichen Tätigkeit angesichts der Arbeitsbedingungen und ihres Gesundheitszustandes nicht bis zum regulären Rentenalter durchhalten zu können. Erfahrungen zeigen eine enge Korrelation zwischen dieser Einschätzung und dem tatsächlichen Risiko der Erwerbsminderung. Dabei sind die Risikofaktoren Gesundheitsbelastungen infolge ungünstiger Arbeitsbedingungen im weiteren Sinne zu verstehen. Es geht nicht nur um krankmachende physische und psychische Aspekte der Arbeit, sondern um die Arbeitsorganisation im weiteren Sinne-einschließlich der Qualifikation und der Kompetenzen.

Aufschlußreich ist der Unterschied der finnischen Vorgehensweise bei der Politik zur Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit älter werdender Belegschaften. Dort wurde in jahrelangen Forschungen und Kampagnen versucht, zuerst die auf die Arbeitswelt bezogenen Voraussetzungen für eine längere Beschäftigung älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen zu identifizieren und zu schaffen, bevor an eine Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters herangegangen werden soll. Die vielfältigen Arbeitsmarktprogramme älterer Arbeitnehmer und Arbeitsloser haben in der Bundesrepublik zwar dazu geführt, die Beschäftigungsquote der über 50-Jährigen sowie auch der 55- bis 58-Jährigen erheblich zu erhöhen. Allerdings ist dies auch eine Folge der hoch besetzten Jahrgänge in dieser Altersgruppe. Es bleibt jedoch der Tatbestand, daß die Erwerbsbeteiligung der über 60-Jährigen Arbeitnehmer bei lediglich einem Drittel verharret und für Frauen sowie in den neuen Bundesländern noch erheblich niedriger ist. Erhebliche Unterschiede gibt es nach Berufsgruppen und Qualifikationsebenen mit relativ höheren Beschäftigungsquoten in dieser Altersgruppe bei akademischen Berufen und besonders niedrige Erwerbsbeteiligung bei Berufen insbesondere in den Wirtschaftsgruppen Bau, Ernährung, Gaststätten, Bergbau, Textilwirtschaft, Körperpflege. Zudem sind in dieser Altersgruppe (über 60 Jahre, aber teilweise auch bereits über 55 und sogar 50 Jahre) die prekären Arbeitsverhältnisse- von geringfügiger Beschäftigung über befristete Arbeit bis zu Ein Euro Jobs- besonders stark ausgeprägt.

Wie vielfältig die gesundheitlichen Gefährdungen heute für Arbeitnehmer in höherem Lebensalter sind, zeigt der DGB Index „Gute Arbeit“, der jährlich von allen Gewerkschaften erhoben wird und wobei 8000 Arbeitnehmer befragt werden. Am Beispiel der Schicht- und Nacharbeit bzw. stark versetzter Arbeitszeiten läßt sich dies besonders deutlich aufzeigen: Sie reichen von chronischen Kopfschmerzen über Schmerzen in Rücken, Nacken, Schulter, allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit, Erschöpfung, Depressionen bis zu akuten Herzbeschwerden, Kreislauferkrankungen sowie Magen- und Darmbeschwerden.

Die Zusammenfassung verschiedener Untersuchungen zur betrieblichen Gesundheitspolitik zeigt, daß der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz im engeren Sinne nach den EU Arbeitsschutzrichtlinien sowie dem Arbeitsschutzgesetz in der Bundesrepublik Deutschland zwar in den letzten

Jahren verbessert wurde. Dies gilt allerdings eher in Großbetrieben, im Öffentlichen Dienst und in der Industrie. Auch dort sind es aber vor allem die sogenannten Vorfeldmaßnahmen wie Krankenstandsanalysen und Mitarbeiterbefragungen als wirkliche präventive Gesundheitsmaßnahmen. Besonders problematisch ist der Befund, daß die gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsanalysen offensichtlich nur in einer Minderheit der Betriebe wirklich auch durchgeführt werden- dabei am wenigsten in den kleineren Betrieben, gerade auch solchen, die durch hohe körperliche Belastungen gekennzeichnet sind: Land- und Forstwirtschaft, Baugewerbe, Handel und Reparatur).

Die Verbesserung einer umfassenden integrierten präventiven Gesundheitspolitik in den Betrieben gewinnt auch von dem Hintergrund des demographisch bedingten Rückgangs der Erwerbsbevölkerung sowie der zu erwartenden Fachkräftelücke zunehmend an Bedeutung. So weist die Expertenkommission „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ in Ihrem Bericht 2004 auf den investiven Charakter von Ausgaben der Unternehmen für Prävention in der Gesundheit und Qualifizierung hin.

Erforderlich sind weitreichende Investitionen über das herkömmliche Spektrum von Arbeitsschutzbestimmungen und betrieblicher Gesundheitspolitik weit hinaus- bis zu umfassenden lebenslangen Qualifizierungsangeboten, betrieblicher Organisations- und Personalentwicklung sowie Aktivitäten der überbetrieblichen, branchenbezogenen Arbeits- und Tarifgestaltung. Zu ergänzen ist die betriebliche Gesundheitspolitik durch einen geeigneten gesetzlichen Rahmen zur integrierten Prävention in der Gesundheitspolitik und ein Recht auf lebenslanges Lernen.

Im Folgenden sollen hierzu einige Beispiele aus dem Projekt „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) im Bundesministerium für Arbeit dargestellt werden:

(1) Handlungshilfe „Führen im demografischen Wandel“-online trainieren-Das Institut für gesundheitliche Prävention –IFGP- hat in Zusammenarbeit mit dem E-Learning Spezialisten WEBACAD ein Online Training für Führungskräfte entwickelt, mit dem diese lebensphasenorientiertes Führen anschaulich erproben und lernen können. Dabei wird an Praxisbeispielen auf folgende Themenfelder eingegangen: Führung, Gesundheitsförderung und

Arbeitsgestaltung, Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit, Lernen und Lernkultur, altersgerechte Arbeitskultur.

Als Ergebnisse ist festzuhalten: Das Training objektiviert das Thema Alter; schärft den Blick für relevante Aspekte und sensibilisiert für eine differenzierte Führungsarbeit; motiviert zu aktiven Gestaltungsansätzen einer altersgerechten Arbeitskultur; empfiehlt alternative Gestaltungsmöglichkeiten.

(2) Krankenhaus zum Wohlfühlen- das Universitätsklinikum Freiburg unterhält seit vielen Jahren ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Dieses Projekt auf der Basis betrieblicher Initiativen eines 14-tägig stattfindenden Gesundheitszirkels hat eine klare Vorgehensweise: Ist-Analyse, Intervention, Evaluation. Als Maßnahmen wurden bis heute umgesetzt: Änderungen der Ablauforganisation und des Personaleinsatzes, Modifizierung von Einarbeitungs- und Einsatzkonzepten, zusätzlicher Personaleinsatz, Verbesserung der Transparenz verschiedener Arbeitsabläufe, Veränderungen des Raumnutzungskonzepts, Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Als Ergebnis kann festgehalten werden: Entlastung der Mitarbeiter; Verbesserung des Arbeitsklimas; Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen sowie an Weiterbildung teilzunehmen; gestiegene Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Tätigkeit; Kapazitätssteigerung; mehr Selbständigkeit des Arbeitseinsatzes der Mitarbeiter.

(3) Die Fraport AG hat Ende 2003 das Projekt RUSH- Reduzierung der Unfälle durch systemisches Handeln- gestartet. Als Instrumente wurden hierbei Sicherheitsgespräche und Unfallanalysegespräche unter Einbeziehung der Mitarbeiter eingesetzt. Auf dieser Basis wurde effizientere Maßnahmen der Unfallverhütung ergriffen. Als Ergebnis wurde erzielt: ein niedriges Niveau der Arbeitsunfälle bei erheblich gestiegenem Flugverkehr.

(4) Gesundheitspolitik ist ein wesentliches Anliegen im Bundesamt für den Zivildienst in Köln. Gesundheitsmanagement wird als Führungsaufgabe verstanden, wobei Ressourceneinsatz der Organisation und persönliches Engagement der Beschäftigten eng miteinander verzahnt werden. Betriebliche Gesundheitsförderung wurde zur Führungsaufgabe und als Stabsstelle fest in

der Organisation des BAZ verankert. Hierbei werden sportliche Netzwerke innerhalb und außerhalb des BAZ aktiviert. Dienstvereinbarungen zu den Themen Stress- und Konfliktmanagement wurden von Behördenleitung und Personalvertretung gemeinsam erarbeitet. Die Arbeitszeitregelungen wurden neu gestaltet, damit genügend Freiräume für die Wahrnehmung des umfangreichen Gesundheits- und Sportangebots vorhanden waren.