

Köpke, Karl-Heinz

Book

Gesunde Arbeit für alle: Von der Gesundheitsförderung zum Eingliederungsmanagement im Betrieb

edition der Hans-Böckler-Stiftung, No. 253

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Köpke, Karl-Heinz (2011) : Gesunde Arbeit für alle: Von der Gesundheitsförderung zum Eingliederungsmanagement im Betrieb, edition der Hans-Böckler-Stiftung, No. 253, ISBN 978-3-86593-148-1, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/181721>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Gesundheit und Qualität der Arbeit

Karl-Heinz Köpke

Gesunde Arbeit für alle

Karl-Heinz Köpke

Gesunde Arbeit für alle

Karl-Heinz Köpke

Gesunde Arbeit für alle

Von der Gesundheitsförderung zum
Eingliederungsmanagement im Betrieb

Eine empirische Studie zur Verbesserung
betrieblicher Gesundheitspolitik insbesondere
in Klein- und Mittelbetrieben in Norddeutschland



Karl-Heinz Köpke war von 1976 bis 1999 Mitglied in zahlreichen Gremien der sozialen Selbstverwaltung, insbesondere in der Kranken- und Rentenversicherung sowie in Gremien der früheren Bundesanstalt für Arbeit.

Er war langjährig als Sozialrechtssekretär beim Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) vor den Sozialgerichten in Schleswig-Holstein tätig. Diese Erfahrungen setzte er anschließend in der praktischen Sozialpolitik ein. Er war DGB-Kreisvorsitzender in Kiel/Plön, später dann stellvertretenden Vorsitzender des DGB-Landesbezirks Nordmark. Als Versicherten- bzw. Arbeitnehmervertreter war er u. a. Vorstandsvorsitzender der LVA Schleswig-Holstein, Mitglied im Vorstand des VDR und im Verwaltungsrat der Bundesanstalt für Arbeit. Derzeit ist er noch Vertreter des DGB im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR e. V.

Karl-Heinz Köpke lebt in Hamburg und engagiert sich weiter in der Sozialpolitik, u. a. als Autor sozialpolitischer Fachthemen.

© Copyright 2011 by Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf

Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Printed in Germany 2011

ISBN: 978-3-86593-148-1

Bestellnummer: 13253

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere die des öffentlichen Vortrages, der Rundfunksendung, der Fernsehausstrahlung, der fotomechanischen Wiedergabe, auch einzelner Teile.

Vorwort

In einer Zeit globaler Veränderungen ist es besonders wichtig, deren Auswirkungen auf die alltäglichen Rahmenbedingungen im eigenen Land aufmerksam zu beobachten. Die weltweite Finanzkrise verstärkt diese Notwendigkeit. Was Sicherheits- und Bündnispolitik im Äußeren gewährleisten, erhält im Inneren Stabilität durch eine wirksame und gerechte Sozialordnung.

Das ist der Hintergrund dieser empirischen Studie. Sie will – bezogen auf Norddeutschland – durch eine kritische Bestandsaufnahme zur Festigung und Optimierung der sozialen Sicherung beitragen. Wesentlicher Antrieb ist ein durch Freiheit, soziale Gerechtigkeit sowie die Grundsätze des ICF und des SGB IX bestimmtes Menschen- und Gesellschaftsbild.

Deutschland hat ein umfassendes System der sozialen Sicherung. Es ist leistungsstark und entwicklungsfähig. Dies bestätigt diese Studie in einer Spiegelung von normativer sozialer Sicherung und praktischem betrieblichen Alltag. Dieser Vergleich mündet in Verbesserungsvorschläge. Diese Gegenüberstellung von gesetzgeberischem Wollen, trägerseitiger Umsetzung und praktischer Wirkung war nicht ohne das intensive Studium und die Sichtung einer Fülle von Gesetzmaterialeien sowie Verwaltungs- und anderen Veröffentlichungen möglich. Dazu bedurfte es einer Vertiefung dieses Wissensfundus in Gesprächen mit Experten aus Sozialpolitik und Sozialverwaltung.

Der Impuls für diese Studie kam von Hans-Egon Raetzell; ein erstes Fundament lieferte Dr. Nathalie Glaser-Möller – beide DRV Nord. Für dieses Aufgreifen meiner langjährigen Erfahrungen aus der Arbeit eines Selbstverwalters vor allem in der gesetzlichen Rentenversicherung bin ich dankbar. Es bot mir die Möglichkeit eines breiten empirischen Einstiegs in diese nicht alltägliche Studie.

Zur Festigung des Projektrahmens konnte ich auf Erfahrungen von Selbstverwaltern aller Zweige der sozialen Sicherung aus dem Kreis von Versicherten- und Arbeitgebervertretern und Experten aus Praxis und Wissenschaft zurückgreifen. Ich danke insbesondere Hans-Ulrich Eggemann (Bau-BG), Dr. Lothar Lißner (Kooperationsstelle Hamburg), Dr. Thorsten Meyer (Institut für Sozialmedizin, Universität Lübeck), Prof. Dr. Richard Kessel und Dr. S. W. Weiler (Institut für Arbeitsmedizin, Universität Lübeck) für nützliche Hinweise.

Wertvolle Anregungen für die Aufbereitung der Untersuchung erwachsen aus kritischer Begleitung durch Prof. Dr. Ingo Heberlein (Hochschule Fulda), Dr. Friedrich Mehrhoff (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), Dr. Thomas Stähler, Regina Labisch und Marcus Schian (Bundesarbeitsgemeinschaft für Re-

habilitation) sowie vor allem Dr. Nathalie Glaser-Möller (DRV Nord) und Prof. Dr. Felix Welti (Hochschule Neubrandenburg). Bemerkenswerte Erfahrungen berichteten mir aus praktiziertem Arbeitsschutz Detlef Glomm (BAD Zentrum Dithmarschen) und aus der Arbeitsmarktpolitik Bettina Wullkotte (Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Nord).

Ohne diese Anregungen wäre die Arbeit kaum möglich gewesen. Ihnen allen danke ich für bereitwillige Unterstützung. Mein Dank gilt auch den Personalleitern, Arbeitsschutzexperten und Betriebs- und Personalräten in den befragten Betrieben der privaten Wirtschaft und des öffentlichen Dienstes, die mir in kritischer Offenheit aus ihren Erfahrungen berichteten.

Vom Leser und von der Leserin wünsche ich mir, dass diese Studie den Impuls gibt, im Interesse der Versicherten und der Versicherungsgemeinschaft an der Fortentwicklung einer sozialen und menschengerechten Ausgestaltung der Arbeitswelt durch viele Anregungen und praktisches Handeln aktiv mitzuwirken. Jetzt ist mutiges Anpacken gefordert.

Hamburg/Lübeck, im Jahre 2009
Karl-Heinz Köpke

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Tabellenverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis	13
0 Zusammenfassung	17
1 Einleitung	19
2 Gegenstand und Methoden der Studie	21
3 Ausgangslage	23
4 Rechtliche Grundlagen zum Schutz der Arbeit	29
4.1 Allgemeines	29
4.2 Arbeitsschutzgesetze	31
4.3 Andere Gesetze zum Schutz von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit	32
4.4 Sonstige Regelungen	34
4.5 Umsetzung durch Behörden, Verwaltung und Selbstverwaltung	36
5 Erwerbsfähigkeit und Erwerbstätigkeit – Einflussgrößen und Bestimmungsfaktoren	39
6 Erwerbsfähigkeit konkret – ihre Risiken und Gefährdungen	45
6.1 Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit	46
6.2 Erwerbsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit	49
6.3 Gesundheitliche Belastungen durch Erwerbstätigkeit	51
6.3.1 Belastungen des Muskel-Skelett-Systems	51
6.3.2 Belastungen der psychischen Gesundheit	52
6.3.3 Belastungen des Herz-Kreislauf- und des Atmungssystems	56
6.3.4 Belastungen durch prekäre Beschäftigung und Arbeitslosigkeit	58

6.4	Ältere Beschäftigte als besondere Risikogruppe	61
6.5	Anmerkungen zu gesundheitlichen Belastungen in ausgewählten Branchen und Berufen	64
7	Prävention am Arbeitsplatz – Instrumente und Verfahren zur Förderung gesunder Arbeitsbedingungen	67
7.1	Maßnahmen der Sozialversicherungsträger	68
7.1.1	Gesetzliche Krankenversicherung	68
7.1.2	Gesetzliche Unfallversicherung	73
7.1.3	Gesetzliche Rentenversicherung	78
7.2	Maßnahmen auf staatlicher Ebene	83
7.2.1	Länder	84
7.2.2	Bundesregierung	86
7.3	Weitere Aktivitäten zur Förderung der Erwerbsfähigkeit	90
7.3.1	Aktivitäten verschiedener Träger und Initiatoren	90
7.3.2	Beiträge der Sozialpartner und Tarifparteien	93
7.3.3	Universitäre und hochschulische Beiträge	96
8	Umsetzung der Prävention in kleinen und mittleren Betrieben in Norddeutschland – eine exemplarische Bestandsaufnahme	99
8.1	Methodische Hinweise zum Verfahren	100
8.2	Zielgruppe der Stichprobe	102
8.3	Ergebnisse der Befragungen	103
8.4	Betriebs- und werksärztliche Aktivitäten	112
8.4.1	Verfahren zur Auswahl von Betriebs- und Werksärzten	112
8.4.2	Bemerkungen aus betriebs- und werksärztlicher Sicht	113
9	Diskussion der Erkenntnisse	117
9.1	Bestimmungsfaktoren für Erfolg und Misserfolg aus betrieblicher Sicht	117
9.2	Vielfalt der Angebote – Zugang zu Sozialleistungen	121
9.3	Umsetzungserfahrungen	127
9.4	Erfahrungen und Optionen hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsförderung und betrieblichem Eingliederungsmanagement	135

10 Handlungsbedarf und -empfehlungen	141
10.1 Wachsendes Interesse fördert Zukunftschancen	141
10.2 Anknüpfungspunkte für mehr gesunde Arbeit	144
10.3 Umsetzungsakteure und -instrumente	151
10.4 Konkrete Ziele	152
11 Abschließende Bemerkungen	155
12 Literaturverzeichnis	157
13 Anhang	173
Index	175
Über die Hans-Böckler-Stiftung	183

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bevölkerung, Erwerbstätige und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	23
Tabelle 2:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Wirtschaftsabschnitten – Stichtag 30. Juni 2007	24
Tabelle 3:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Größenklassen – Stichtag 30. Juni 2007	25
Tabelle 4:	Betriebe nach Größenklassen – Stichtag 30. Juni 2007	26
Tabelle 5a:	Betriebe und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Größenklassen und Wirtschaftsabschnitten in Hamburg – Stichtag 30. Juni 2007	27
Tabelle 5b:	Betriebe und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Größenklassen und Wirtschaftsabschnitten in Mecklenburg-Vorpommern – Stichtag 30. Juni 2007	28
Tabelle 5c:	Betriebe und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Größenklassen und Wirtschaftsabschnitten in Schleswig-Holstein – Stichtag 30. Juni 2007	28
Tabelle 6:	Arbeitslosigkeit in Deutschland und insbesondere in Norddeutschland	43
Tabelle 7:	Arbeitsunfähigkeit nach den wichtigsten Krankheitsarten nach Tagen und Fällen – Angaben in Prozent –	47
Tabelle 8:	Arbeitsunfähigkeit nach Dauer – Angaben in Prozent	47
Tabelle 9:	Krankenstand nach ausgewählten Branchen – Angaben in Prozent	48
Tabelle 10:	Leistungen zur stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation nach Hauptdiagnosen	50
Tabelle 11:	Zugang von Erwerbsminderungsrenten nach Hauptdiagnosen	50
Tabelle 12:	Von Erwerbstätigen wahrgenommene Arbeitsbelastungen	53
Tabelle 13:	Psychische Belastungen (1991 – 2000)	55
Tabelle 14:	Entwicklung atypischer und prekärer Beschäftigung	59
Tabelle 15:	Ängste im Arbeitsalltag nach Geschlecht	60

Abkürzungsverzeichnis

AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
AKV	Arbeitskreis Gesundheit e. V.
AMD	Arbeitsmedizinischer Dienst
AOK-BV	AOK-Bundesverband
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BAD	Berufsgenossenschaftlicher Arbeitsmedizinischer und Sicherheitstechnischer Dienst
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
BARMER	Barmer Ersatzkasse
Basi	BAG für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BFW	Berufsförderungswerk
BGAG	Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV
BG-BAU	Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGFA	Forschungsinstitut für Arbeitsmedizin der DGUV
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BGIA	Institut für Arbeitsschutz der DGUV
BGM	Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BKK-BV	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V.
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DNBGF	Deutsches Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung
DRV	Deutsche Rentenversicherung

EU	Europäische Union
EU-OSHA	Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
FASI	Fachvereinigung Arbeitssicherheit
FID	Forschungs Informations Dienst der HBS
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GESA	Gesundheit am Arbeitsplatz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung
HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
HBS	Hans-Böckler-Stiftung
HEK	Hanseatische Krankenkasse
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IGA	Initiative Gesundheit und Arbeit
IKK-BV	Bundesverband der Innungskrankenkassen
ILO	International Labour Organization
Inifes	Internationales Institut für empirische Sozialökonomie
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
iqpr	Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KMU	Kleine und mittlere Betriebe
KV-Träger	Krankenversicherungsträger
LASI	Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik
LVA	Landesversicherungsanstalt
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
OSHA	Occupation Safety and Health Administration
PersVG	Personalvertretungsgesetz
RV-Träger	Rentenversicherungsträger

SGB	Sozialgesetzbuch
TK	Techniker Krankenkasse
TVG	Tarifvertragsgesetz
UVMG	Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz
UV-Träger	Unfallversicherungsträger
UVV	Unfallverhütungsvorschrift
VBG	Verwaltungs-Berufgenossenschaft
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
VdEK	Verband der Ersatzkassen
VDBW	Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
vffr	Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V.
WHO	Weltgesundheitsorganisation

0 Zusammenfassung

Die Vernunft hat geleistet, was sie leisten kann,
wenn sie das Gesetz findet und aufstellt;
vollstrecken muss es der mutige Wille
und das lebendige Gefühl.

Friedrich Schiller, Über die ästhetische Erziehung des Menschen, 1795

Zielsetzung dieser Studie ist es, an praktischen Beispielen die Wirkung der sozialen Sicherung auf die Gesundheit Beschäftigter in den Betrieben zu prüfen und Optimierungsvorschläge zu machen. Zu diesem Zweck wurden in einem ersten Schritt die Rechtsquellen zur Sicherung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zusammengestellt. Alsdann wurde die Umsetzung dieser Normen durch die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung vorwiegend im norddeutschen Raum untersucht. Die Arbeitslosenversicherung und der staatliche Arbeitsschutz wurden einbezogen.

Dieser Angebotspalette wurden im weiteren Gang der Studie praktische Erfahrungen aus je zehn kleinen und mittleren Betrieben in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein gegenüber gestellt. Es wurden Betriebe aus dem privaten und öffentlichen Sektor befragt. Auf diese Weise wurde exemplarisch ermittelt, in welchem Umfang die Rechtsvorgaben des Gesetzgebers die Adressaten erreichen.

Dieser Vergleich verdeutlicht das umfassende, breit ausgebaute System zur Schaffung, Erhaltung und Wiederherstellung sozialer Sicherheit durch Prävention und Rehabilitation. Dieses System schützt Millionen Menschen vor den gesundheitlichen Risiken des Alltags in Arbeit und Arbeitsumwelt. Ständige Fortentwicklung durch Politik, Praxis und Wissenschaft sichert seine Funktion. Zentrales Strukturelement des Systems ist die Aufteilung nach sozialen Grundrisiken von Krankheit, Unfall, Invalidität und Arbeitslosigkeit. Dieses Merkmal macht gleichzeitig ein wesentliches Problem sichtbar, das jeweils sektorale Handeln. Dem ist der Gesetzgeber mit dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) begegnet, wonach die Leistungen zur Rehabilitation koordiniert, kooperativ und in Konvergenz zu erbringen sind. Weitere Probleme entstehen aus der Unüberschaubarkeit bzw. fehlenden Transparenz der Leistungspalett, partiell mangelhafter Kooperation von Leistungsträgern und Leistungserbringern und einem unzureichend ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein. Hier offenbart die Praxis deutliche Um-

setzungsdefizite. Sie werden in der Studie vor allem an den Auswirkungen auf kleine und mittlere Betriebe dargestellt.

Im dritten Schritt werden Folgerungen diskutiert. Nach einem Blick auf hemmende und fördernde Faktoren wird kritisch festgehalten, dass es wohl ein großes Angebot präventiver und rehabilitativer Gesundheitsleistungen, aber keine für den einzelnen Versicherten bzw. Beschäftigten ausreichende Übersicht gibt. Gesetzliche Regelungen sollen nach bundesverfassungsgerichtlichen Grundsätzen so gefasst sein, dass „der Betroffene seine Normunterworfenheit und die Rechtslage so konkret erkennen kann, dass er sein Verhalten danach auszurichten vermag“¹. Die Verwirklichung dieses Ziel im gegliederten System der sozialen Sicherheit erweist sich an dieser Vorgabe gemessen nicht immer und überall als gelungen. Allerdings ist seine Struktur ausbaufähig. Dies soll durch eine kritische Reflexion stimuliert werden.

Diese Würdigung mündet in zahlreiche Verbesserungsvorschläge und Benennung konkreter Ziele. Sie gelten vor allem der betrieblichen Gesundheitsförderung, dem betrieblichen Eingliederungsmanagement, einer staatlichen Arbeitsschutzpolitik, die sich noch stärker dem Wandel der arbeitsweltlichen Risiken zuwendet und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung die Situation älterer Beschäftigter zum Schwerpunkt erklärt und dabei ganz allgemein Erfahrungen großer Betriebe stärker kleinen und mittleren Betrieben nutzbar macht.

In redaktioneller Hinsicht sei darauf hingewiesen, dass die Bestandserhebung über den Leistungskatalog der Sozialversicherungsträger und der staatlichen Arbeitsschutzpolitik sowie die Befragung der Betriebe im Wesentlichen in der Zeit von Sommer 2007 bis Winter 2007/2008 erfolgte. Die Recherche zu den rechtlichen und organisatorischen Grundlagen wurde zur Jahreswende 2008/2009 abgeschlossen. Seitherige Veränderungen konnten nicht berücksichtigt werden. Bei der Sachdarstellung und Aufbereitung ließen sich Wiederholungen nicht immer vermeiden, um eine beabsichtigte Bewusstseinschärfung zu erreichen. Insgesamt wurde, soweit es der Präzisierung diene, auf eine exakte Geschlechtsbezeichnung geachtet. Ansonsten gilt die Bezeichnung stets für beide Geschlechter.

1 Beschluss des 1. Senats des Bundesverfassungsgerichts, 1 BvL 1/01, vom 9. April 2003.

1 Einleitung

Arbeit ist ein wertvolles Gut. Sie hat für das menschliche Dasein einen hohen Stellenwert. Arbeit erfüllt mehrere Funktionen. Für die meisten Menschen ist sie Einkommensquelle und Existenzgrundlage, kann aber auch sinnstiftende Beschäftigung oder Tätigkeit sein. Ideal und erstrebenswert ist es, wenn beide Ziele gleichzeitig erreicht werden.

Die Möglichkeit, arbeiten zu können, hat für den Einzelnen und die Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Unabhängig von ethisch-moralischen Betrachtungen ist Arbeit für Millionen Menschen in Deutschland ein existenzieller Wert. Die Statistiken nennen aktuell 40,9 Millionen Erwerbstätige, darunter 28 Millionen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, sowie 3,1 Millionen registrierte Arbeitslose².

Für alle Erwerbstätigen hat Erwerbsfähigkeit fundamentale Bedeutung. Ist sie weggefallen, bedarf es anderer sozialer und wirtschaftlicher Absicherung der Menschen. Sie wird in Deutschland durch ein breites Spektrum sozialer Leistungen gewährleistet – von der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung über die Unfallversicherung bis zur Rentenversicherung, nicht zu vergessen das Instrumentarium der Arbeitsmarktpolitik und der Grundsicherung. Nicht nur der Verlust von Erwerbsfähigkeit, sondern bereits ihre Gefährdung birgt große Gefahren in sich. Diese können durch gesundheitsgefährdende Einwirkungen in der Arbeitsumwelt und durch gesundheitsschädigendes persönliches Verhalten des Einzelnen, aber auch durch Markteinflüsse und eine mangelhafte Wirtschafts-, Finanz- und Arbeitsmarktpolitik entstehen bzw. bedingt sein.

Abseits dieser Sicht auf den Einzelnen ist die Erwerbsfähigkeit Beschäftigter von zentraler Bedeutung für die wirtschaftliche Sicherheit der Betriebe und das Wohlergehen des Staates. Gesunde Beschäftigte sind das solide Fundament gesunder Betriebe und einer leistungsstarken Wirtschaft. Das Ausmaß des Risikos eingeschränkter Erwerbsfähigkeit verdeutlicht bereits der durch Arbeitsunfähigkeit entstehende Produktionsausfall, der zwischen 36 und 44 Milliarden €³ jährlich geschätzt wird.

Einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit leistet die gesetzliche Rentenversicherung. Sie erfasst über zwei Drittel der Bevölkerung Deutschlands. Ihre Aufgabe ist nicht nur die Erbringung von Einkommensersatz-

2 Bundesagentur für Arbeit 2009.

3 Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung 2004, S. 53; Badura/Hehlmann 2004; Dörre 2006; BKK-Bundesverband 2008.

leistungen in der Form von Renten für Versicherte und Hinterbliebene, sondern vor allem die Erhaltung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit. Dazu verfügt sie über ein breites Instrumentarium. Es gibt zahlreiche Leistungen zur Sicherung bzw. Wiederherstellung von Teilhabe am Arbeitsleben, die im zweiten Kapitel des Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) in den §§ 9 ff. beschrieben sind. Sie kommen als Leistungen zur Teilhabe – bis zum Inkrafttreten des Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) am 1. Juli 2001 Leistungen zur Rehabilitation – zum Zuge, wenn die Erwerbsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen gefährdet ist und gehen Erwerbsminderungsrenten vor. Diesen Vorrang hat der Gesetzgeber in § 8 SGB IX wie folgt formuliert: „Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären“. Obwohl die Sicherung der Erwerbsfähigkeit – allerdings bei Beachtung von §§ 4 und 26 SGB IX – nicht ihre vorrangige Aufgabe ist, tragen auch die gesetzliche Kranken- und die gesetzliche Unfallversicherung zum Erhalt von Erwerbsfähigkeit bei. Gleichmaßen dienen der Leistungskatalog der Bundesagentur für Arbeit und der Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende diesem Zweck.

Arbeits- und Umsetzungshinweis

Diese Studie ist vorwiegend empirisch angelegt. Darin sind zahlreiche Quellen zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation in der Arbeitswelt in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein zusammengetragen. Dargestellt werden gleichzeitig konkrete Maßnahmen – nicht nur – der Träger der sozialen Sicherung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Stärkung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit. Die Studie erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Allerdings ist sie in der Erwartung erstellt, dass dieser Wissensfundus der Politik im Bund und in den Ländern sowie in der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung und in den Sozialwissenschaften Anlass für Fortentwicklung, Erprobung und Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen für eine gesunde Arbeitswelt bieten möge. Die abschließenden Handlungsempfehlungen und das Literatur- und Stichwortverzeichnis können dabei helfen.

2 Gegenstand und Methoden der Studie

Sinn und Zweck dieser Studie ist es, die gesetzlichen Instrumente zur Sicherung und Erhaltung von Erwerbsfähigkeit mit Blick auf ihre Zielerreichung näher zu betrachten. Dies geschieht nicht nur auf der formalen Ebene („was sieht das Gesetz vor“, „wie hat der Gesetzgeber diese Risiken abgesichert“), sondern wird durch einen exemplarischen Blick in die praktische Arbeitswelt vervollständigt. Dort wird erkundet, ob und ggf. in welchem Maße diese Regelungen bekannt sind und angewandt werden und wenn nicht, welchen Grund dies hat. Insbesondere ist es das erklärte Ziel, gute Ansätze – sog. best-practice – herauszufinden, die „der“ Politik und anderen Betrieben zur Übernahme anzuraten sind.

Dieser Blick in die Praxis ist geografisch auf die drei norddeutschen Bundesländer Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein gerichtet. Mit dem Titel dieser Studie „Gesunde Arbeit für alle“ wird die Richtung vorgegeben. Dazu wird im ersten Schritt aufgezeigt, welche Rechtsgrundlagen geeignet sind, dem Schutz von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu dienen. Im Weiteren werden gute Beispiele aus der betrieblichen Arbeitswelt benannt und im dritten Schritt entwickelt, was getan werden könnte, um eine gesunde Arbeitsumwelt zu schaffen, zu sichern und zu verbessern.

Ausgangsbasis für die Ermittlung gesundheitspolitischer Aktivitäten zur Sicherung und Förderung von Erwerbsfähigkeit ist die Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord), im Jahre 2004 hervorgegangen aus den ehemaligen Landesversicherungsanstalten Freie und Hansestadt Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein. Sie erfasst im Jahre 2007 insgesamt 1.905.518 Versicherte und zahlt 1.040.644 Renten⁴. Damit erfasst die DRV Nord – Versicherte und Rentner zusammengerechnet – rd. 47 Prozent der Bevölkerung und versichert 65 Prozent der Erwerbstätigen in diesen drei Ländern⁵. Einbezogen werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen. Berücksichtigt werden ferner die Sozial- und Arbeitsschutzpolitik der drei Bundesländer und weitere gesundheitsfördernde Initiativen und Aktivitäten. Die Politik der Bundesagentur für Arbeit bzw. der Träger der Grundsicherung werden vor allem dann angesprochen, wenn die Verbesserung von Erwerbsfähigkeit gesundheitlich-medizinisch berührt wird. Diesen Leistungen der Sozialver-

4 DRV Nord 2008a.

5 Ermittelt aus den Daten der Tabelle 1. Zu beachten ist, dass Beschäftigte auch durch andere Träger der Rentenversicherung erfasst werden.

sicherungsträger werden schließlich die Berichte aus exemplarisch aufgesuchten Betrieben und einiger Betriebs- und Werksärzte gegenüber gestellt.

Vorrangig wird auf kleine und mittlere Betriebe, sog. KMU, abgestellt. Da für die Zuordnung von Betrieben zu Größenklassen ein einheitlicher Nenner nicht bekannt ist, betriebliche Gesundheitspolitik davon auch wenig abzuhängen scheint, folgte die Abgrenzung gegenüber großen Betrieben der allgemeinen Erfahrung, dass bei einer bestimmten Beschäftigtenzahl gesundheitspolitische Themen – zum Beispiel Fragen um arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, Arbeitsunfähigkeit und Teilnahme an Reha-Maßnahmen – systematischer Bestandteil betrieblicher Personalpolitik sind. Diese wird im Rahmen dieser Studie mit 200 bis 300 Beschäftigten angenommen⁶. – Eine kritische Bewertung der Bestandsaufnahme und der Befunde mündet dann in eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen.

6 Anhaltspunkte liefern eine Definition der EU-Kommission mit einem sog. KMU-Kriterium als Voraussetzung in Förderprogrammen. Danach gelten Betriebe mit einer jahresdurchschnittlichen Mitarbeiterzahl von unter 250 als kleine und mittlere Unternehmen (zitiert nach: [http://www.l-bank.de/lbank/inhalt/nav/unternehmen/vorhaben ...](http://www.l-bank.de/lbank/inhalt/nav/unternehmen/vorhaben) [Zugriff am 18. Februar 2010] und einer Veröffentlichung in den Amtlichen Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA 2008b, S. 3], in der Klein- und Kleinstbetriebe mit „bis zu neun sozialversicherungspflichtig Beschäftigten“ definiert werden).

3 Ausgangslage

Um Anregungen für bessere gesundheitliche Verhältnisse in den Betrieben der drei norddeutschen Länder entwickeln zu können, bedarf es einer genaueren Betrachtung von Ausmaß und Struktur der (Erwerbs-)Bevölkerung, der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der Betriebe. Dazu gehört die Verteilung der Erwerbsbevölkerung auf die Betriebe nach ihrer Wirtschaftsstruktur. Daraus können ggf. Anhaltspunkte für die Erkenntnis gewonnen werden, ob und ggf. mit welcher Gewichtung die gesundheitlichen Risiken verteilt sind. Vergleichbares gilt für unterschiedliche Betriebsgrößen. Dabei sollen KMU besonders betrachtet werden, da nach allgemeiner Erkenntnis⁷ hier der größte Handlungsbedarf besteht. Angaben zu diesen Strukturdaten der Ausgangslage enthalten die nachfolgenden Tabellen.

Tabelle 1: Bevölkerung, Erwerbstätige und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

Bundesland	Bevölkerung	erwerbstätig ⁸	sv.-pflichtig beschäftigt ⁹
Hamburg	1.751.656 ¹⁰	1.031.000	772.007
Mecklenburg-Vorpommern	1.707.266 ¹¹	702.000	511.606
Schleswig-Holstein	2.833.679 ¹²	1.206.000	795.104
	6.292.601	2.945.000	2.078.717

7 So stehen zum Beispiel nach Angaben der BAuA Betriebe mit bis zu neun sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bei den Arbeitsunfallrenten an der Spitze. Vgl. BAuA 2008b, S. 3.

8 BAuA 2007, S. 156.

9 Vgl. Bundesagentur für Arbeit 2007.

10 Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2006.

11 Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern 2007.

12 Wie Fußnote 10.

Tabelle 2: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Wirtschaftsabschnitten – Stichtag 30. Juni 2007¹³

Wirtschaftsabschnitte	Hamburg	Meckl.- Vorpommern	Schl.- Holstein
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei und Bergbau (A, B, C)	2.985 (0,4 %)	19.742 (3,9 %)	16.239 (2,0 %)
Produzierendes und verarbeitendes Gewerbe, einschl. Energie, Wasser, und Bau (D, E, F)	143.400 (18,6 %)	112.161 (21,9 %)	204.855 (25,8 %)
Handel, Gastgewerbe und Verkehr (G, H und I)	233.958 (30,3 %)	128.014 (25 %)	225.109 (28,3 %)
Vers.- und Wohn.wesen, Bildung, sonst. Dienstleist. einschl. Gesund- heit und öff. Verwaltung (J, K, L, M, N, O, P, Q)	391.543 (50,7 %)	251.668 (49,2 %)	348.679 (43,9 %)
gesamt*	772.007 (100 %)	511.606 (100 %)	795.104 (100 %)

Anm.: Die Zahlen in Klammern () bezeichnen den Anteil des Wirtschaftsabschnittes an der Summe aller Wirtschaftsabschnitte im Bundesland, die Buchstaben in Klammern () beziehen sich auf die Klassifikation der Bundesagentur für Arbeit. * = In diesen Ingesamt-Zahlen sind auch die nicht zuordnungsfähigen Fälle enthalten.

Vorstehende Zahlen machen deutlich: Im Vergleich der drei Bundesländer und der Wirtschaftssektoren sind in Hamburg mehr als 80 Prozent aller Beschäftigten im tertiären Sektor beschäftigt, in den beiden anderen Ländern hingegen 72 bzw. 74 Prozent. Ähnlich Divergierendes gilt bezüglich des sekundären Sektors für Schleswig-Holstein mit 26 Prozent aller Beschäftigten, in Mecklenburg-Vorpommern knapp 22 Prozent und in Hamburg „nur“ knapp 19 Prozent. Hinsichtlich des primären Sektors weist Mecklenburg-Vorpommern die größte Zahl von Beschäftigten auf – knapp 4 Prozent gegenüber 2 Prozent in Schleswig-Holstein und 0,4 Prozent in Hamburg.

13 Bundesagentur für Arbeit 2007.

Tabelle 3: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Größenklassen – Stichtag 30. Juni 2007¹⁴

Betriebsgrößenklassen (Zahl der Beschäftigten)	Hamburg	Mecklenburg-Vorpommern	Schleswig-Holstein
1 – 9	110.235 (14,2 %)	111.098 (21,7 %)	173.415 (21,8 %)
10 – 19	59.848 (7,8 %)	61.132 (11,9 %)	90.790 (11,4 %)
20 – 49	93.597 (12,2 %)	89.623 (17,4 %)	134.425 (17,0 %)
50 – 99	76.134 (9,8 %)	69.166 (13,6 %)	100.362 (12,6 %)
100 – 249	114.452 (14,8 %)	78.723 (15,4 %)	114.295 (14,3 %)
250 – 499	90.734 (11,8 %)	49.147 (9,6 %)	85.179 (10,7 %)
über 500	227.007 (29,4 %)	52.717 (10,4 %)	96.638 (12,2 %)
	772.007 (100 %)	511.606 (100 %)	795.104 (100 %)

Anm.: Die Zahlen in Klammern () bezeichnen den Anteil der Beschäftigten an der Gesamtzahl der für das jeweilige Bundesland ausgewiesenen Beschäftigten.

In Bezug auf die Größe der Betriebe, gemessen an der Zahl der Beschäftigten, dominiert bei den größeren Betrieben mit mehr als 250 Beschäftigten Hamburg mit 41 Prozent, gefolgt von Schleswig-Holstein mit 23 Prozent und Mecklenburg-Vorpommern mit 20 Prozent. Bei Betrieben mit bis zu 9 Beschäftigten ist die Reihenfolge nahezu umgekehrt; Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern haben rd. 22 Prozent, Hamburg hat gut 14 Prozent.

¹⁴ Ebd.

Tabelle 4: Betriebe nach Größenklassen – Stichtag 30. Juni 2007¹⁵

Betriebsgrößenklassen (Zahl der Beschäftigten)	Hamburg	Mecklenburg-Vorpommern	Schleswig-Holstein
1 – 9	39.031 (79,9 %)	37.265 (80,1 %)	60.267 (81,3 %)
10 – 19	4.457 (9,1 %)	4.564 (9,8 %)	6.792 (9,2 %)
20 – 49	3.051 (6,2 %)	2.970 (6,4 %)	4.456 (6,0 %)
50 – 99	1.103 (2,3 %)	1.006 (2,2 %)	1.469 (2,1 %)
100 – 249	748 (1,6 %)	531 (1,1 %)	765 (1,0 %)
250 – 499	258 (0,5 %)	146 (0,3 %)	246 (0,3 %)
über 500	174 (0,4 %)	60 (0,1 %)	104 (0,1 %)
gesamt	48.822 (100 %)	46.542 (100 %)	74.099 (100 %)

Anm.: Die Zahlen in Klammern () bezeichnen den Anteil der Betriebe der jeweiligen Betriebsgrößenklasse an der Zahl der insgesamt in dem jeweiligen Bundesland ausgewiesenen Betriebe.

Die Tabelle 4 zeigt, dass in allen drei Ländern der Anteil der Betriebe mit bis zu 9 Beschäftigten bei 80 Prozent und mehr liegt. Hingegen machen Betriebe mit über 250 Beschäftigten in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein nur 0,4 Prozent aller Betriebe aus, in Hamburg hingegen fast 1 Prozent. Bereits diese Zahlen geben „der“ Politik wichtige Hinweise auf zielgruppenspezifischen Handlungsbedarf. Daraus folgt zum Beispiel, dass Betriebe mit bis zu 9 Beschäftigten besonders in den Blick genommen werden sollten – ihrer Dominanz wegen und wegen fehlender geeigneter Gesundheits- bzw. Sozialstrukturen.

Bei einem Gesamtblick auf die Tabellen 1 bis 4 zeigt sich, dass alle drei Länder bei ähnlicher Bevölkerungszahl und der Zahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter eine auffallend unterschiedliche Wirtschaftsstruktur aufweisen. Signifikant ist der relativ hohe Anteil des tertiären Sektors in Hamburg, des sekundären Sektors in Schleswig-Holstein und des primären Sektors in Mecklenburg-Vorpommern. Bemerkenswert ist ferner, dass in allen drei Ländern vier Fünftel aller Betriebsstätten Kleinbetriebe sind und Betriebe mit mehr als 250 Beschäf-

15 Ebd.

tigten jedenfalls in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein, in Hamburg kaum weniger, nur eine verschwindende Minderheit bilden.

Sofern sich aus den unterschiedlichen Wirtschaftsstrukturen keine zusätzlichen Handlungserfordernisse ergeben, erscheinen Betriebe mit bis zu 200 bis 300 Beschäftigten als wichtigster Adressat zielpolitischer Maßnahmen, im folgenden als „kleine und mittlere Betriebe“ (KMU) betrachtet. Sie beschäftigen rd. 1,5 Millionen Menschen und damit etwas mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten in Norddeutschland. Diese Gruppe von Betrieben wird in dieser Studie vorwiegend berücksichtigt.

Nachfolgend wird die Beschäftigten- und die Betriebsstruktur in den drei norddeutschen Bundesländern detailliert dargestellt. Dies ermöglicht eine genauere länderspezifische Betrachtung und Prüfung gesundheitspolitischer Maßnahmen und bildet zugleich die hauptsächliche Grundlage für die Betriebsbefragung.

Tabelle 5a: Betriebe und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Größenklassen und Wirtschaftsabschnitten in Hamburg – Stichtag 30. Juni 2007¹⁶

Wirtschaftsabschnitte	Größenklassen		
	1 – 19	20 – 249	250 u. mehr
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei und Bergbau (A, B und C)	2.009 (626)	976 (25)	0
Produzierendes und verarbeitendes Gewerbe, einschl. Energie, Wasser und Bau (D, E und F)	24.444 (5.299)	42.079 (767)	76.877 (82)
Handel, Gastgewerbe und Verkehr (G, H und I)	62.143 (15.555)	96.915 (1.730)	74.900 (123)
Vers.- und Wohn.wesen, Bildung, sonst. Dienstleist. einschl. Gesundheit und öff. Verwaltung (J, K, L, M, N, O, P, Q)	81.386 (21.935)	144.193 (2.379)	165.964 (227)
gesamt	170.083 (43.488)	284.183 (4.902)	317.741 (432)

¹⁶ Ebd.

Tabelle 5b: Betriebe und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Größenklassen und Wirtschaftsabschnitten in Mecklenburg-Vorpommern – Stichtag 30. Juni 2007¹⁷

Wirtschaftsabschnitte	Größenklassen		
	1 – 19	20 – 249	250 u. mehr
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei und Bergbau (A, B und C)	11.870 (2.568)	7.872 (222)	0
Produzierendes und verarbeitendes Gewerbe, einschl. Energie, Wasser und Bau (D, E und F)	36.759 (7.620)	54.166 (1.064)	21.236 (44)
Handel, Gastgewerbe und Verkehr (G, H und I)	63.442 (14.949)	57.655 (1.268)	6.917 (18)
Vers.- und Wohn.wesen, Bildung, sonst. Dienstleist. einschl. Gesundheit und öff. Verwaltung (J, K, L, M, N, O, P, Q)	60.138 (16.677)	117.819 (1.953)	73.711 (144)
gesamt	172.230 (41.829)	237.512 (4.507)	101.864 (206)

Tabelle 5c: Betriebe und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Größenklassen und Wirtschaftsabschnitten in Schleswig-Holstein – Stichtag 30. Juni 2007¹⁸

Wirtschaftsabschnitte	Größenklassen		
	1 – 19	20 – 249	250 u. mehr.
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei und Bergbau (A, B und C)	11.682 (4.712)	4.557 (115)0	0
Bergbau, prod. u. verarbeitendes Gewerbe einschl. Energie, Wasser und Bau (D, E und F)	56.332 (11.925)	86.262 (1.609)	62.261 (115)
Handel, Gastgewerbe und Verkehr (G, H und I)	94.941 (23.004)	107.384 (2.251)	22.784 (56)
Vers.- und Wohn.wesen, Bildung, sonst. Dienstleist. einschl. Gesundheit und öff. Verwaltung (J, K, L, M, N, O, P, Q)	101.028 (27.249)	150.879 (2.715)	96.772 (179)
gesamt	264.205 (67.059)	349.082 (6.690)	181.817 (350)

Anmerkung zu den Tabellen 5a, b und c: Zahlen in Klammern () nennen die Zahl der Betriebe, die Buchstaben in Klammern () beziehen sich auf die Klassifikation der Bundesagentur für Arbeit.

17 Ebd.

18 Ebd.

4 Rechtliche Grundlagen zum Schutz der Arbeit

4.1 Allgemeines

Die Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten zu schützen, hat in Deutschland eine lange Tradition. Dies entsprang einer Mischung aus rational-ökonomischem und emotional-sozialem Denken. Über die nationalen Grenzen hinweg ist der Schutz der menschlichen Arbeitskraft inzwischen ein international anerkanntes politisches Ziel, manifestiert in der International Labour Organization (ILO) mit ihren Über-einkommen. Dieser Schutz ist zugleich politische Grundlage der Europäischen Union (EU). Beide Ebenen wirken auf das nationale Arbeitsschutzrecht ein und sind dort zu beachten¹⁹.

In Deutschland gehen die ersten gesetzlichen Regelungen zum Schutz der Gesundheit auf die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zurück. Die Gewerbeordnung aus den 1860-er Jahren und später die grundlegenden Regelungen für die gesetzliche Krankenversicherung (1883), die gesetzliche Unfallversicherung (1884) und die gesetzliche Rentenversicherung (1889) schufen eine Basis, die heute noch ihre Berechtigung und – mit vielen Gesetzesänderungen – ihren Bestand hat. Sie hat in Inhalt und organisatorischer Gestaltung als selbstverwaltete Daseinsvorsorge in der Bundesrepublik Deutschland als einem demokratischen und sozialen Bundesstaat dem gesellschaftlichen Leben ein solides Fundament geschaffen. Dieses System hat wesentlichen Anteil an der gesellschaftlichen Entwicklung einer sozialen Marktwirtschaft, ist allerdings in jüngerer Zeit unter den Einwirkungen der Globalisierung verschärftem internationalen und nationalen Druck ausgesetzt und hat bereits spürbare Einschränkungen erfahren. Diese Studie will dazu beitragen, dass der gesellschaftliche Grundkonsens einer gerechten sozialen Ausgestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland vor weiteren Erosionen geschützt und zugleich durch neue Impulse gefestigt und fortentwickelt wird.

Zu den Hauptelementen des Schutzes der menschlichen Arbeitskraft zählt das auf zwei Säulen ruhende Regelungswerk der staatlichen und selbstverwalteten Organisation²⁰ des Arbeitsschutzes. Heute basiert dieser Schutz auf einem doppelten Fundament, dem nationalen und dem europäischen Recht. Der Arbeitsschutz in Deutschland umfasst alle rechtlichen, organisatorischen, technischen und medi-

19 Kittner 2006, S. 194.

20 Näheres zur geschichtlichen Entwicklung des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1987 und zahlreiche andere Publikationen.

zinnischen Maßnahmen, die getroffen werden, um die körperliche und psychische Unversehrtheit der in die Arbeitsorganisation des Arbeitgebers eingegliederten Arbeitnehmer zu schützen, ferner aber auch, um bestimmte Persönlichkeitsrechte der Arbeitnehmer im Arbeitsprozess zu wahren²¹. Die europäische Dimension wird darin sichtbar, dass innerhalb der EU die Harmonisierung des Arbeitsschutzes eine zentrale Rolle bei der Herausbildung eines gemeinsamen Wirtschafts- und Sozialraumes (Art. 136 EG-Vertrag) spielt²². Die EU hat inzwischen eine Vielzahl von Rechtsnormen („Richtlinien“) erlassen. Dazu gehört im betrieblichen Arbeitsschutz eine Rahmenrichtlinie über Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer bei der Arbeit (89/391/EWG. ABl.EG. I. 183)²³. Zur Förderung des Arbeitsschutzes auf europäischer Ebene hat die EU-Kommission im Jahre 1996 eine Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz mit Sitz in Bilbao eingerichtet²⁴. Die Agentur verdeutlicht in ihrer Arbeit, dass die für Sicherheit und Gesundheit aufgewandten Mittel für die Unternehmen sinnvolle Investitionen sind. Ihre Aufgabe ist eingebettet in die Aufforderung der EU an die Mitgliedsstaaten, jeweils Strategien für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz zu entwickeln. Dies wurde auf nationaler Ebene in der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) aufgegriffen²⁵.

Heute ist es die zentrale Herausforderung für ein soziales Europa, die soziale Dimension der EU zu sichern. Die dazu Anfang Juli 2008 vorgestellte Sozialagenda der EU-Kommission mit ihren sieben politischen Schwerpunkten ist ein guter Schritt in die richtige Richtung. Sie bedarf aber noch der Fortentwicklung vor allem bei Informations- und Konsultationsrechten²⁶.

21 Wlotzke 1978, S. 147; vgl. Kittner 2006, S. 191.

22 Kittner 2006, S. 193.

23 In Deutschland umgesetzt durch das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG).

24 EuZW 94, 483, vgl. Kittner 2006, S. 194.

25 Von Bund, Ländern, Unfallversicherung und Sozialpartnern getroffene Verständigung über eine wirkungsvollere und effizientere Gestaltung der Prävention. Sie wurde im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (UVMG) in der Pflicht zur Zusammenarbeit konkretisiert. Vgl. dazu: DGUV 2008, S. 36.

26 DGB 2008b, S. 5.

4.2 Arbeitsschutzgesetze

Arbeitsschutzgesetze basieren auf dem grundgesetzlich verbürgten Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Bei der Gestaltung des Arbeitsschutzes ist es dem Gesetzgeber nicht freigestellt, ob er überhaupt Arbeitsschutzvorschriften erlässt. Dazu ist er verpflichtet²⁷. Zur allgemeinen Schutzpflicht aus dem Verfassungsrecht kommt die sehr detaillierte Verpflichtung aus dem Europarecht. Die Ausgestaltung und Umsetzung von Regeln für sichere Arbeitsbedingungen und eine gesunde Arbeitsumwelt sind auf gesetzlicher Ebene vor allem dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) vom 7. August 1996 (BGBl. I 1246) und dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) vom 12. Dezember 1973 (BGBl. I 1885) zugewiesen.

Das ArbSchG enthält Regelungen zu den hauptsächlichen Pflichten des Arbeitgebers, zur (Gefährdungs-)Beurteilung der Arbeitsbedingungen, zur arbeitsmedizinischen Vorsorge, zu den Pflichten und Rechten der Beschäftigten und Regelungen für den öffentlichen Dienst. Das ASiG hingegen regelt die Bestellung und Aufgaben von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit, die Einrichtung von Arbeitsschutzausschüssen und Arbeitsschutzgrundsätze in Betrieben der öffentlichen Verwaltung. Die Einhaltung dieser Vorgaben zu kontrollieren, ist Sache der jeweiligen Aufsichtsbehörde, die landesrechtlich bestimmt wird.

Ein zweiter wesentlicher Strang des Arbeitsschutzes wird durch Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung eigenständig und gemeinsam geregelt. Der Staat hat lediglich den Rahmen vorgegeben und kontrolliert durch die Rechtsaufsicht die Einhaltung dieser Grundsätze. Die Grundlage bildet das Sozialgesetzbuch Siebtes Buch Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) vom 7. August 1996 (BGBl. I 1254). Der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Aufgabe zugewiesen, „mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“ und – sofern das nicht gelungen ist – „nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen“ (§ 1 SGB VII). Dafür sind den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zahlreiche organisatorische Vorgaben an die Hand gegeben worden. Dazu zählen Befugnisse von Aufsichtspersonen, Zusammenarbeit mit Dritten, die Verantwortung des Unternehmers und die Mitwirkung des Versicherten, Sicherheitsbeauftragte und die Möglichkeit der Errichtung von überbetrieblichen arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Diensten.

27 Urteil des Bundesverfassungsgerichts in NJW 92, 964, 966; vgl. Kittner 2006, S. 191.

Die Sicherung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten in der Arbeitswelt ist somit vor allem in die Hände des staatlichen Arbeitsschutzes und der selbstverwalteten gesetzlichen Unfallversicherung gegeben. Sie sind die Hauptakteure in Bezug auf die Gesundheit und Sicherheit in der Arbeitswelt bzw. am Arbeitsplatz.

4.3 Andere Gesetze zum Schutz von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit

Weitere Einrichtungen der sozialen Daseinsvorsorge und Sicherheit unterstützen den staatlichen und den selbstverwalteten Arbeitsschutz flankierend. So ist die Sicherung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit, erforderlichenfalls deren Wiederherstellung, auch den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung aufgegeben. Dies postuliert das Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil (SGB I) vom 11. Dezember 1975. Darin sind die übergreifenden Grundgedanken und Aufgaben des Sozialgesetzbuches in seinen einzelnen Büchern wie folgt beschrieben: „Das Recht des Sozialgesetzbuches soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten.“ (§ 1 Abs. 1 SGB I). Dies soll unter anderem auf dem Gebiet der Sozialversicherung geschehen, jeweils besonders geregelt in den Sozialgesetzbüchern V für die gesetzliche Krankenversicherung, VI für die gesetzliche Rentenversicherung und VII für die gesetzliche Unfallversicherung.

Zu beachten ist dabei das Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (BGBl. I S. 1046) als „Grundgesetz“ für die Sicherung von Teilhabe in Arbeit und Gesellschaft, wenn diese infolge bestehender oder drohender Behinderung gefährdet ist. Es enthält allgemeine Begriffsbestimmungen, gemeinsame Ziele und Prinzipien, Regelungen und Institutionen für die Leistungen zur Teilhabe. Dabei sollen bei Erhalt des gegliederten Systems und seiner Einbindung in jeweilige eigene Regeln und Institutionen eine Gleichbehandlung behinderter Menschen und eine hinreichende Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger sichergestellt werden²⁸. Mit Blick auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz enthält es bedeutsame Bestimmungen: den Vorrang der Prävention (§ 3), den Vorrang von Leistungen zur Teilhabe (§ 8), zum Zusammenwirken der Leistungen und zur Zusammenarbeit

28 Welti 2005, S. 361-362.

der Rehabilitationsträger (§§ 11, 12), zu Gemeinsamen Empfehlungen (§ 13), zu Gemeinsamen Servicestellen (§ 22 ff.), zur stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28), zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 ff.) und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2).

Zu nennen ist sodann das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Es macht Sinn, sich den Grundgedanken dieses Gesetzes noch einmal vor Augen zu führen. „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen [...] dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“ (§ 1 SGB V) Mit Blick auf Gesundheit am Arbeitsplatz sind aus diesem Gesetz die folgenden Vorgaben des Gesetzgebers von Relevanz: Prävention und Selbsthilfe (§ 20), Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20a), Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20b), Förderung der Selbsthilfe (§ 20c) und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40).

Zu nennen ist des Weiteren das Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI). Wie kein anderes sichert es die versicherungspflichtig Beschäftigten gegen die Einschränkung oder den Verlust der Erwerbsfähigkeit. Dazu stehen den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung vor allem die Mittel der Rehabilitation zur Verfügung. Zu nennen ist insbesondere § 9 SGB VI: „Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern.“ Zu nennen sind ferner die Konkretisierung der Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 15 SGB VI, §§ 33-38 SGB IX), über sog. sonstige Leistungen (§ 31 SGB VI), etwa zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, insbesondere nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe (§ 31 Abs. 1 Ziff. 1 SGB VI) und zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beein-

flussende Beschäftigung ausüben (§ 31 Abs. 1 Ziff. 2 SGB VI) – und schließlich die Rentenleistungen (§§ 33, 43 SGB VI), wenn die Erwerbsfähigkeit teilweise oder ganz aufgehoben ist.

Zu nennen sind schließlich das Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung (SGB III) und das Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II). Primäres Ziel der Arbeitsförderungs politik ist die Vermeidung von Arbeitslosigkeit bzw. die Vermittlung in Arbeit. Aber auch ihre Träger tragen zur Sicherung von Erwerbsfähigkeit und deren Umsetzung in Erwerbsarbeit bei. So hat zum Beispiel die Arbeitsförderungs politik nach dem SGB III die Aufgabe, „die individuelle Beschäftigungsfähigkeit durch Erhalt und Ausbau von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten [zu] fördern“. Zu diesem Zweck erhalten Arbeitnehmer „allgemeine und als behinderte Menschen zusätzlich besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und diese ergänzende Leistungen nach diesem und dem SGB IX, ...“ (§§ 1, 3 SGB III). Zu nennen ist auch Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II. Soweit bei Arbeitsuchenden dieses Gesetz anzuwenden ist, sollen die Träger der Grundsicherung (§ 6 SGB II) dazu beitragen, dass die hilfebedürftigen Personen ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Kräften, insbesondere durch die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, bestreiten können. Die Leistungen sind dabei u. a. darauf auszurichten, dass die Erwerbsfähigkeit des Hilfebedürftigen erhalten, verbessert oder wieder hergestellt wird und behindertenspezifische Nachteile überwunden werden²⁹.

4.4 Sonstige Regelungen

Zur Vervollständigung sozialen Schutzes vor Verlust von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit werden nachfolgend Regelungen genannt, die unterhalb der Gesetzesebene zur Ausführung gesetzlicher Bestimmungen erlassen bzw. vereinbart worden sind. Sie haben für die Versicherten gleichermaßen ihre Bedeutung. Dabei werden nur die für den Gesundheits- und Arbeitsschutz in den Betrieben wichtigsten Bereiche genannt.

■ Aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Anders als in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) prägt seit 1992 in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Wettbewerb das Verhältnis der Krankenkassen zueinander. Gleichwohl gibt es auch hier eine Reihe kassenübergreifender gemeinsamer Re-

29 § 1 SGB II.

gelingen. Zu den bedeutendsten mit Arbeitsplatzbezug zählt diejenige für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung – bundesweit zusammen gefasst im Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) – als gemeinsames Instrument bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit und ggf. rehabilitativer Weichenstellung. Zu nennen sind auch Regelungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V beschließt. Dazu gehören zum Beispiel Berichterstattungen zur Durchführung präventiver Maßnahmen und solcher der betrieblichen Gesundheitsförderung. Zu beachten ist, dass durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) per 1. April 2007 wesentliche Änderungen vorgenommen wurden bzw. wirksam werden oder zu erwarten sind. Dazu zählen zum Beispiel die Schaffung eines gemeinsamen Spitzenverbandes, aber auch der neue § 20a SGB V und die Einführung des Gesundheitsfonds für alle Krankenkassen.

■ Aus der gesetzlichen Unfallversicherung

Der Gesetzgeber hat den Trägern der GUV in § 15 SGB VII ausdrücklich das Recht zur Schaffung autonomen Rechts eingeräumt. Davon haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand Gebrauch gemacht und zahlreiche Unfallverhütungsvorschriften (UVV) erlassen. Hinzu treten weitere Verordnungen des Gesetzgebers unmittelbar, so zum Beispiel die Berufskrankheitenverordnung, die Arbeitsstättenverordnung, die Gefahrstoffverordnung, die Bildschirmarbeitsverordnung und die Betriebssicherheitsverordnung.

■ Aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Auch die GRV-Träger haben zwecks einheitlicher Rechtsanwendung zahlreiche gemeinsame Regelungen vereinbart, die etwa den Rehabilitationsmaßnahmen zu Grunde gelegt werden³⁰. Dazu zählen unter anderem die Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung für Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI vom 10. Dezember 1991, zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI vom 5. September 1991 bzw. vom 23. September 2008, die Gemeinsamen Ca-Richtlinien nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI vom 4. Juli 1999

30 VDR 1999.

sowie die Zuwendungsrichtlinien nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI vom 30. September 1991³¹.

■ Weitere Bereiche

Zu den Instrumenten zur Gestaltung von Arbeitsbedingungen zählen schließlich kollektive Regelungen, die von Gewerkschaften und Arbeitgebern bzw. deren Verbänden zum Zwecke einheitlicher Konditionen bei der Ausgestaltung von Arbeitsverhältnissen in Tarifverträgen vereinbart werden. Ein „Tarifvertrag regelt die Rechte und Pflichten der Tarifvertragsparteien und enthält Rechtsnormen, die den Inhalt, den Abschluss und die Beendigung von Arbeitsverhältnissen sowie betriebliche und betriebsverfassungsrechtliche Fragen ordnen können“³². „Das Kernstück der Tarifverträge besteht darin, das Verhältnis von Arbeitsbedingungen, Arbeitsleistung und Geld [...] zu regeln“³³. Während in der Vergangenheit vorwiegend materielle Fragen eines Arbeitsverhältnisses den wesentlichen Inhalt von Tarifverträgen bildeten, sind in jüngerer Zeit zunehmend gesundheitserhaltende und -fördernde Arbeitsbedingungen, wie etwa Arbeitszeit- und Pausenregelungen, Gegenstand derartiger Vereinbarungen zwischen Arbeitgeberorganisationen und Gewerkschaften³⁴.

4.5 Umsetzung durch Behörden, Verwaltung und Selbstverwaltung

Die Umsetzung vorstehend aufgeführter Vorschriften zum Schutz der Gesundheit bei der Arbeit, insbesondere nach dem ArbSchG und dem ASiG liegt in Händen der Arbeitgeber – kontrolliert von den Bundesländern und ihren Arbeits- bzw. Sozialministerien bzw. -behörden. Pluralistische, mit Vertretern der Sozialpartner, der Arbeitsschutzaufsicht und der Wissenschaft besetzte Ausschüsse³⁵ werden auf der Bundesebene auf verschiedene Weise beteiligt; näheres zu ähnlichen Ansätzen in

31 Die Gemeinsamen Richtlinien sind zwischenzeitlich mehrfach geändert worden, zuletzt auf Grund der Änderung von § 31 SGB VI durch Art. 1 des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242).

32 § 1 Abs. 1 TVG.

33 Kittner 2006, S. 1345.

34 Vgl. dazu den Abschnitt 7.3.2.

35 Ausschüsse nach § 18 Abs. 2 Nr. 5 ArbSchG; näheres dazu vgl. Faber 2006, S. 86.

Norddeutschland auf den Seiten 77 und 78. Die Sozialpartner können somit bereits hier in begrenztem Umfang ihre arbeitsweltliche Kompetenz einfließen lassen³⁶.

Die Erbringung vorstehend genannten Leistungen zur Sicherung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit im Rahmen von SGB V, SGB VI, SGB VII und SGB IX erfolgt im gegliederten System der sozialen Sicherung durch bundesweit 286 selbstständige Sozialversicherungsträger³⁷ der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung. Diese Versicherungsträger sind keine staatlichen Einrichtungen, sondern rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 29 Abs. 1 SGB IV). Sie haben für die einzelnen Zweige des Sicherungssystems jeweils eigenständige Verwaltungen errichtet, die von Organen der Selbstverwaltung – Vertreterversammlung, Vorstand, Verwaltungsrat – geleitet werden. Diese Gremien tragen die politische Verantwortung für die im Rahmen der einzelnen Bücher des Sozialgesetzbuchs zu erbringenden Leistungen³⁸. Auf diesem Weg sind mehr als 20.000 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber³⁹ an der Umsetzung des Systems der sozialen Sicherung beteiligt. Damit wird bezweckt, „Versicherte, Arbeitgeber und Verwaltung möglichst eng zu verbinden, Erfahrungen und Nöte der Versicherten der Verwaltung nahe zu bringen und die Entscheidungen der Verwaltung sozial und lebensnah zu machen“⁴⁰. Diese staatsferne Konstruktion der sozialen Selbstverwaltung hat im Laufe ihrer langen Geschichte fruchtbare Arbeit entfaltet⁴¹. Ihre Arbeit hat große Bedeutung für unser Gemeinwesen⁴². Sie hat ihr Fundament in langjährigen Erfahrungen in einer vertrauensvollen Zusammenarbeit von hauptamtlicher Verwaltung und ehrenamtlicher Selbstverwaltung⁴³. Ein gutes Beispiel für die Wirksamkeit der sozialen Selbstverwaltung zeigt die Vorgeschichte des SGB IX. Die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger war schon seit langem mit Unterstützung

36 Das in dieser Beteiligung sichtbar werdende Interesse einer Landesregierung an den Erfahrungen der Sozialpartner findet im Übrigen auch Ausdruck im Vorschlagsrecht für die Berufung ehrenamtlicher Richter in der Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit.

37 Leopold 2009, Seite 18 ff.

38 Wegen gesetzlicher Einzelheiten wird auf das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung –, wegen der politischen Wertung u.a. auf die Bilanz der beiden Organisationen DGB und BDA anlässlich 50 Jahre sozialer Selbstverwaltung in der Bundesrepublik Deutschland, vgl. Engelen-Kefer 2003, S. 366 ff. und Gunkel 2003, S. 366 ff. und, wegen der aktuellen Diskussionen auf Braun u.a. 2008, S. 245, Schroeder/Burau 2008, S. 251 und Ladehoff 2008, S. 255, verwiesen.

39 U.a. GVG, 2007, S. 51 ff.

40 BfA 1996, S. 16.

41 Welti 2006, S. 254.

42 Vgl. dazu u.a. DGB 2006; GVG 2007, S. 19 ff.

43 Dies wird bei anstehenden Beratungen zu berücksichtigen sei. Vgl. dazu u.a. die Arbeiten von Braun u.a. 2008 und Schroeder/Burau 2008, S. 251.

vorausschauender Kräfte in Politik und Verwaltung bestrebt, Mängel des gegliederten Systems durch geschärfte Instrumente mit höchstmöglicher Wirksamkeit zu überwinden. Mit dem Ziel, „durch sinnvolles Ineinandergreifen ihrer Leistungen eine umfassende Rehabilitation und Teilhabe“ zu gewährleisten, haben die Führungsgremien der Sozialversicherungsträger 1969 die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gegründet⁴⁴. Sie trug wesentlich dazu bei, den Boden für das Reha-Angleichungsgesetz vom 7. August 1974 (BGBl I 1881) zu bereiten. Mit Gesamtvereinbarungen⁴⁵ nach diesem Gesetz wurde – zunächst ohne Erfolg – versucht, Einheitlichkeit zu erreichen⁴⁶. Indes wuchs die Einsicht in die Notwendigkeit gemeinsamen und abgestimmten Handelns weiter. Dies führte 2001 zur Schaffung und Verabschiedung des Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX), wirksam ab 1. Juli 2001⁴⁷ mit den auf Seite 32 dargestellten Instrumenten zur Sicherung von Einheitlichkeit und Gleichbehandlung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. Die Chancen für mehr Einheitlichkeit und Gemeinsamkeit wurden damit deutlich verbessert.

44 Die BAR ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

45 Gesamtvereinbarungen waren Vorläuferregelungen der Gemeinsamen Empfehlungen nach dem SGB IX.

46 Vgl. dazu Köpke 2000, S. 124.

47 SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I 1046).

5 Erwerbsfähigkeit und Erwerbstätigkeit – Einflussgrößen und Bestimmungsfaktoren

Die Erwerbsfähigkeit ist für jeden Menschen und für die Gesellschaft von großer Bedeutung. Sie ist die Voraussetzung dafür, dass der Einzelne seinem Leben einen Inhalt und eine wirtschaftliche Grundlage geben kann. Für die Gesellschaft bildet sie die zentrale Voraussetzung für ein auf wirtschaftlichen Wohlstand ausgerichtetes aktives Dasein. In Erwerbstätigkeit umgesetzte Erwerbsfähigkeit ist die unabdingbare Voraussetzung für die Wohlfahrt einer Gesellschaft. Deshalb muss es das Ziel aller Politik sein, Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu fördern und zu stärken. Dies dient dem Einzelnen und sichert die Existenzgrundlagen der wirtschaftlichen Tätigkeit eines Staates und seiner Bürger.

Auf dieses Ziel ist die Politik der Bundesrepublik Deutschland ausgerichtet, unterstützt durch das politische Handeln der Länder und Kommunen. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 hat das noch einmal unterstrichen. Bereits in der Präambel ist diese Grundlage in Erinnerung gerufen worden⁴⁸.

Erwerbsfähigkeit kann auf unterschiedliche Weise gefährdet werden. Krankheit, Unfall und Invalidität sind die wesentlichen Risikofaktoren. Dazu gehört das Fehlen einer realen Arbeitsmöglichkeit; auch Arbeitslosigkeit ist ein soziales Grundrisiko. Diese Grundrisiken abzusichern, verfügt Deutschland über ein breites Netz sozialer Sicherung der Kranken-, Unfall- und Renten- und der Arbeitslosenversicherung sowie der Grundsicherung. Im Zuge dieser Studie soll dieser Gesamtkomplex von Erwerbsfähigkeit und ihren Bestimmungsfaktoren näher untersucht werden. Es soll herausgearbeitet werden, welche Faktoren einen fördernden bzw. einen hemmenden Einfluss haben. Zu diesem Zweck wird unter Einbeziehung des Arbeitsmarktes das Erwerbsgeschehen in der Arbeitswelt als die zentrale Ebene der Verwirklichung von Erwerbsfähigkeit im Mittelpunkt der Untersuchung stehen.

48 „Deutschland steht vor großen Herausforderungen: Arbeitslosigkeit, Staatsverschuldung, demographischer Wandel und der Veränderungsdruck der Globalisierung verlangen große politische Anstrengungen, um heutigen und künftigen Generationen ein Leben in Wohlstand zu sichern. CDU, CSU und SPD stellen sich diesen Aufgaben. In gemeinsamer Verantwortung wollen sie das Land voranbringen. Wir werden unsere parlamentarische Mehrheit für strukturelle Reformen in Deutschland nutzen, Mut machen zur Anstrengung und das Vertrauen der Menschen in die Zukunftsfähigkeit des Landes stärken.“, Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD vom 11. November 2005, S. 10.

Ein wesentlicher Faktor bei dieser Untersuchung ist der sich in und mit der demografischen Entwicklung vollziehende Strukturwandel. Aus gutem Grund hat die BAuA in ihrem Unfallverhütungsbericht Arbeit 2005 diesen Aspekt zum Ausgangspunkt ihrer Darstellungen gemacht. Dort heißt es u. a.: „Der Wandel der Arbeitswelt mit neuen Formen der Arbeitsorganisation, mit neuen Beschäftigungsformen und mit neuen Technologien bedeutet Chancen für die Beschäftigten, z. B. Familie und Beruf besser vereinbaren zu können oder auch die eigene Qualifikation zu entwickeln, aber auch Risiken, denen begegnet werden muss [...]. Eine der größten Veränderungen der nächsten Jahre/Jahrzehnte ist [...] der demographische Wandel. Die notwendigen Veränderungen in der Arbeitswelt sollten nicht nur altersgerechte Arbeit, sondern auch alternsgerechte Arbeit einschließen [...].“ Diese Beschreibung im Unfallverhütungsbericht 2005⁴⁹ kann global übernommen werden. Sie bedarf jedoch einiger Ergänzungen.

Erwerbsfähigkeit ist der positive Gegenbegriff zu Erwerbsminderung und zu Minderung der Erwerbsfähigkeit bis hin zur völligen Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsfähigkeit ist im Rehabilitationsrecht des SGB IX ein besonderer Bezugspunkt. Er gilt für alle Rehabilitationsträger. Die Leistungen zur Teilhabe sollen dazu dienen, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten⁵⁰. Erwerbsfähigkeit wird durch positive und negative Faktoren geprägt. Zunächst ist auf die positiven Entwicklungspotentiale hinzuweisen. Wissenschaftler sehen in Folgendem die wesentlichen fördernden Faktoren: dem „durch die demographische Entwicklung entstandenen Handlungsbedarf, [den] gesetzlichen Rahmenbedingungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz [und den] Möglichkeiten der Unternehmen, mit Hilfe einer aktiven betrieblichen Gesundheitspolitik zusätzlichen Nutzen für die Beschäftigten und die Betriebe zu stiften und Kosten zu senken.“⁵¹

Besonders dem Eingangsgedanken dieser wissenschaftlichen Sicht, der zunehmenden Alterung der Gesellschaft, misst die Bundesregierung gleichermaßen Bedeutung bei. Dies zeigt die Begründung für das RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz mit gezieltem Blick auf ältere Erwerbstätige. So heißt es im Gesetzentwurf u. a., flankierend zur Erhöhung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre „muss die Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland weiter verbessert werden. Der Bund unterstützt dies [...]. Ebenso gefordert sind Wirtschaft und Gewerkschaften sowie die Betriebsparteien im

49 BAuA 2007, S. 14.

50 Welti 2005, S. 33.

51 Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung 2004, S. 48.

Arbeitsleben mit Tarif- und Betriebsvereinbarungen Bedingungen zu gestalten, die die Beschäftigungsfähigkeit im Alter erhalten und die Beschäftigung Älterer erhöhen.⁵² Erkenntnisse zum Beispiel des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit unterstreichen diesen Handlungsdruck. Die demografischen Effekte seien nicht mehr zu bremsen, äußert das IAB⁵³ und mahnt, „bei der Beschäftigung Älterer [liegen] andere Länder vorn“⁵⁴.

Neben der demografischen Entwicklung ist ein anderer wichtiger, aber wenig beachteter Faktor förderlicher Rahmenbedingungen für ertragreiches Wirtschaften zu nennen: Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, ihre physische und vor allem psychische Leistungsfähigkeit und ihre Leistungsbereitschaft, der Faktor Arbeitskraft. Beachtenswert ist der Hinweis aus der Wissenschaft, „noch längst nicht alle Unternehmen und Organisationen haben realisiert, dass [...] die arbeitenden Menschen heute der entscheidende Leistungs- und Wettbewerbsfaktor für wirtschaftlichen Erfolg sind. Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten werden vielfach noch nicht als lohnende Investitionen betrachtet, die sich im Hinblick auf die Marktposition und die Ertragskraft des Unternehmens rentieren“⁵⁵. Führende Vertreter der Sozialpartner haben das erkannt und gemeinsam bekundet, dass „betriebliche Gesundheitspolitik, die u. a. darauf abzielt, die Arbeitsorganisation und die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Beschäftigte am Arbeitsplatz gesund älter werden können, [...] auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung große Bedeutung“⁵⁶ hat. Dies findet in Anfängen auch seinen Niederschlag in der Tarifpolitik⁵⁷. Hier liegen Potentiale, die wesentlich zu einer günstigen Entwicklung der Erwerbsfähigkeit beitragen können.

Neben den positiven gibt es negative Entwicklungspotentiale. Sie sollen in dieser Studie besonders herausgearbeitet und für eine Überwindung aufbereitet werden. Entwicklungshemmende Faktoren sind vor allem darin zu sehen, dass „seitens zuständiger Akteure eine starke Fixierung auf obrigkeitstaatliches Denken“ das Handeln bestimme, ferner „in der Bewertung von Human- und Sozialkapital Unsicherheiten und Fehleinschätzungen vorherrschten und psychische und soziale Krankheitsursachen unterschätzt würden“⁵⁸. Diese hemmenden Faktoren

52 RV-Altergrenzenanpassungsgesetz BT-Drs. 14/8800 vom 28. März 2002, S. 76.

53 Bundesagentur für Arbeit 2005.

54 Bundesagentur für Arbeit 2006.

55 Oppolzer 2006, S. 10.

56 Gemeinsame Erklärung von BDA und DGB vom 21. April 2004.

57 Näheres dazu im Kapitel 7.3.2.

58 Bertelsmann-Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung 2004, S. 57. Vgl. dazu auch Oppolzer 2006, S. 71 ff.

sollen aufgespürt und sichtbar gemacht werden. Damit soll zugleich verdeutlicht werden, dass die einschränkenden Gründe durch aktives politisches Handeln überwindbar sind. Das ist dringend notwendig, will Deutschland seine führende Stellung und Konkurrenzfähigkeit auf den globalen Weltmärkten behalten. Die BAuA konkretisiert die positiven Entwicklungsfaktoren in ihrem Unfallverhütungsbericht 2005 wie folgt: „Der Wirtschaftsstandort Deutschland kann seine Wettbewerbsfähigkeit in Zukunft nur über die Leistungs- und Innovationsfähigkeit der Menschen erhalten und ausbauen. Dieser Zusammenhang gilt sowohl auf gesamtwirtschaftlicher Ebene wie auch für jedes einzelne Unternehmen, jeden einzelnen Betrieb“⁵⁹. Die Bedeutung des Faktors Mensch ist in zahlreichen wissenschaftlichen Studien untersucht und belegt worden. Dazu zählen auch solche, in denen der Stellenwert betrieblicher Gesundheitsförderung im Wettbewerb zu anderen betriebswirtschaftlichen Schaltstellen oder Innovationsvorhaben bei der Gestaltung der betrieblichen Aufbau- und Ablauforganisation berührt wird⁶⁰. Auch dort kann sich betriebliche Personalpolitik fördernd oder hemmend auswirken.

Diese Studie will gleichzeitig mit dem Aufzeigen positiver Entwicklungsmöglichkeiten verdeutlichen, auf welche Weise Hürden abgebaut, zurückgedrängt oder beseitigt und wie fördernde Faktoren verstärkt werden können. Zu den bremsenden Elementen zählen auch sog. weiche, soziale Kontextfaktoren. Dies gilt etwa für die Familienfreundlichkeit eines Betriebes. Es kann durchaus von Bedeutung sein, Arbeit so zu gestalten, dass es den Beschäftigten möglich ist, Anforderungen im Beruf und außerhalb des Berufs miteinander zu vereinbaren⁶¹. Zufriedenheit und mehr Leistungsoffenheit können bei Beachtung dieses Faktors für alle Beteiligten zu höherer Wirksamkeit führen.

Diese fördernden und hemmenden Faktoren setzen grundsätzlich bei der vorhandenen Erwerbsfähigkeit eines Menschen an. Ist sie gegeben, steht der Weg zur eigenständigen Lebensgestaltung – der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Sinne von § 1 SGB IX – offen. Von Bedeutung ist aber auch, ob Erwerbsfähigkeit in Erwerbsarbeit umgesetzt werden kann. Dazu bedarf es eines geeigneten Arbeitsangebots. Dies ist gleichermaßen ein fördernder oder hemmender Faktor für eine „gelebte“ Erwerbsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund ist die Situation auf dem Arbeitsmarkt zu beachten. Auskunft

59 Vgl. BAuA 2007, S. 59.

60 Nähere Erkenntnisse enthält eine Untersuchung von Rosenbrock/Lenhardt. vgl. Hans-Böckler-Stiftung 2005, S. 68.

61 Ein EFRE-gefördertes Projekt der Universität Flensburg zur Familienfreundlichkeit in kleinen und mittelständischen Betrieben liefert interessante Erkenntnisse. Näheres unter <http://www.chefsachefamilie.de/index.html>. [1. März 2010].

darüber geben zum Beispiel die statistischen Materialien der Bundesagentur für Arbeit. Sie registrieren u. a. alle arbeitslosen Personen im Sinne des SGB III⁶². Erfasst werden auch alle erwerbsfähigen hilfebedürftigen Personen im Sinne des SGB II, die Arbeitslosengeld II beziehen. Sie gelten jedoch nicht alle als arbeitslos⁶³. Über die von der Bundesagentur für Arbeit registrierten Personen dieser beiden Gruppen geben Auszüge aus ihren Statistiken in der nachfolgenden Tabelle Aufschluss.

Tabelle 6: Arbeitslosigkeit in Deutschland und insbesondere in Norddeutschland

	Bundesgebiet ⁶⁴	Regionaldirektion Nord ⁶⁵
Erwerbstätige	40.893.000	2.939.000 ⁶⁶
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	27.435.000	2.172.700 ⁶⁷
Arbeitslose	3.102.085	282.556 ⁶⁸
darunter 55 Jahre und älter	444.515	37.541 ⁶⁹
Leistungsempfänger		
Arbeitslosengeld	904.612	77.313 ⁷⁰
Erwerbsfähige Hilfebedürftige (Alg II)	4.771.367	487.241 ⁷¹

Zum Verständnis dieser Daten ist erläuternd darauf hinzuweisen, dass von den 3.102.085 Arbeitslosen im Dezember 2008 rd. ein Drittel von einer Agentur für Arbeit und rd. zwei Drittel von einem Träger der Grundsicherung gem. § 6 SGB II

62 Arbeitslos ist, wer keine Beschäftigung oder eine solche mit weniger als 15 Wochenstunden hat, Arbeit sucht, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht und bei einer Agentur für Arbeit oder einem Träger der Grundsicherung arbeitslos gemeldet ist.

63 Dies sind zum Beispiel beschäftigte Personen, die mindestens 15 Stunden in der Woche arbeiten, aber wegen zu geringem Einkommen bedürftig nach dem SGB II sind und deshalb Arbeitslosengeld II erhalten, und erwerbsfähige hilfebedürftige Personen, die keine Arbeit aufnehmen können, weil sie kleine Kinder erziehen oder Angehörige pflegen. Zudem gelten Teilnehmer an Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik prinzipiell nicht als arbeitslos.

64 Bundesagentur für Arbeit 2009, S. 62.

65 Erfasst werden die Bundesländer Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein.

66 Vgl. dazu – bei abweichendem Basisjahr – Tabelle 1.

67 Bundesagentur für Arbeit 2008a.

68 Ebd.

69 Ebd.

70 Bundesagentur für Arbeit 2007a.

71 Bundesagentur für Arbeit 2008a.

betreut wurden⁷². Sie stellen den wesentlichen Bedarf an Arbeitsplätzen dar. Hinzuzurechnen sind diejenigen Empfänger von Arbeitslosengeld II, die gleichfalls als Nachfrager nach Arbeitsplätzen anzusehen sind. Dies sind rd. 44 Prozent der Empfänger von Arbeitslosengeld II⁷³. Daraus folgt, dass insgesamt mehr als fünf Millionen erwerbsfähige Menschen Arbeit suchen. Dies verdeutlicht das Problem Arbeitslosigkeit. Die daraus erwachsenden gesundheitsschädigenden Effekte für die Erwerbsfähigkeit werden an späterer Stelle dargestellt⁷⁴.

72 Bundesagentur für Arbeit 2009; S. 14 und 72.

73 Ebd., S. 32.

74 Vgl. dazu Kapitel 6.3.4.

6 Erwerbsfähigkeit konkret – ihre Risiken und Gefährdungen

Gelingt es einer Gesellschaft, die Arbeitsbedingungen in jeder Phase des Arbeitens gesundheitsförderlich einzurichten und damit vorübergehende oder dauerhafte Beeinträchtigungen zu vermeiden und gelingt es weiter, alle Beschäftigten zu einer gesunden Lebensgestaltung zu führen, hat dies optimale, ja ideale Bedingungen für menschengerechte Erwerbsarbeit zur Folge. Das muss unverändert das Ziel allen politischen Handelns in Deutschland sein. Dies umso mehr, als der Volkswirtschaft durch Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit erhebliche Verluste entstehen. Sie erreichen mit rund 40 Milliarden €⁷⁵ etwa ein Drittel des Etats Arbeit und Soziales im Bundeshaushalt 2009.

Schon dies verdeutlicht den Handlungsbedarf aller politisch Verantwortlichen in Deutschland. Es fehlt auch nicht an mahnenden Stimmen, die eine stärkere Beachtung der Gesundheit in den Betrieben einfordern, verbunden mit Hinweisen zur Gestaltung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements⁷⁶. Um dieses Ziel stärker in den Blick zu nehmen, bedarf es eines grundlegenden Umdenkens in der Gestaltung betrieblicher Arbeitsabläufe. Es reicht nicht aus, auf die technologische Vollkommenheit eines Betriebes zu achten. Das ist nicht nur unter technischen, sondern auch unter personalen Gesichtspunkten eine ökonomische Notwendigkeit. Es gilt zu erkennen, dass die Gesundheit der Beschäftigten gleichermaßen bedeutsam ist. Da ist es gut zu wissen, dass sich Gesundheits- und Arbeitsschutz für Betriebe grundsätzlich auch wirtschaftlich rechnet⁷⁷. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat ausdrücklich auf den wirtschaftlichen Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung hingewiesen: gesundheitsförderliches Arbeiten bringt Vorteile nicht nur für den einzelnen Beschäftigten, sondern auch für Betriebe und Unternehmen⁷⁸.

Nach alledem wird es das Bestreben bleiben müssen, die Arbeitsverhältnisse und das Verhalten der Beschäftigten so einzurichten bzw. zu beeinflussen, dass von der Arbeit möglichst geringe Gefahren für die Gesundheit und körperliche Unversehrtheit ausgehen. In den Blick zu nehmen sind sowohl die Bedingungen der Arbeitsumwelt als auch das Verhalten der Beschäftigten. Verhältnisse und Verhalten stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander. In der Regel stellt sich der

75 Vgl. dazu Fußnote 3.

76 Meifert/Kesting 2004; Ulich/Wülser 2004.

77 Weiterführende Hinweise vgl. Köpke 2004, S. 51-53.

78 Kraemer/Lück 2006.

Mensch auf seine Umgebung ein und orientiert sich daran. Deshalb sollten bei der Suche nach Verbesserung vor allem die Aspekte der Arbeitsbedingungen beachtet werden. Welche Wirkungen gehen von ihnen aus? Wo enthalten sie positive, d. h. förderliche Elemente? Wo gibt es schädigende Auswirkungen, die reduziert, möglichst beseitigt werden müssen? Es ist nicht die Aufgabe dieser Studie, in arbeitswissenschaftlicher, arbeitsanalytischer und arbeitsergonomischer Weise nach optimalen Arbeitsabläufen zu suchen. Dies bleibt anderen wissenschaftlichen Disziplinen vorbehalten. Aber die sich in Gesundheitsstörungen manifestierenden Folgen ungesunder Arbeitsgestaltung sollen näher dargestellt werden – verbunden mit der Anregung an die Wissenschaft, diesbezüglich auch interdisziplinär neue Wege zu erkunden. Darauf wird im Kapitel 10 näher eingegangen

6.1 Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit

Die Erwerbsfähigkeit kann vorübergehend oder dauerhaft durch Arbeitsunfähigkeit⁷⁹ bzw. durch (teilweise oder volle) Erwerbsminderung eingeschränkt sein. Anhand von Daten zu Krankheitsarten, Arbeitsunfähigkeitsdauer und Krankenstand ausgewählter Branchen sollen nachfolgend einige leistungseinschränkende Gesundheitsstörungen aufgezeigt werden. Sie sind nicht repräsentativ, sollen vielmehr nur ein Schlaglicht werfen. Dabei wird davon ausgegangen, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten hauptsächlich auf Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, auf Atemwegserkrankungen, Verletzungen, Krankheiten des Verdauungssystems und Herz-/Kreislaufkrankungen sowie psychischen Störungen beruhen. Teilweise sind Frauen und Männer von den Krankheiten gleichermaßen betroffen, teilweise lassen sich große Unterschiede feststellen. So waren bei Männern im Jahre 2006 häufiger Verletzungen und Muskel- und Skeletterkrankungen zu verzeichnen als bei Frauen. Bei ihnen führten auch Atemwegs- und psychische Erkrankungen stärker zu Fehlzeiten. Eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Erkrankungen in ihrer Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit kann im Rahmen dieser Studie nur angedeutet werden. Einzelheiten können dem Fehlzeiten-Report von Badura et al entnommen werden⁸⁰. Abgesehen von der steigenden Tendenz

79 Arbeitsunfähigkeit liegt nach der Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, wenn der Versicherte aufgrund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. vgl. Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2007, S. 19.

80 Badura u.a. 2008.

psychischer Erkrankungen weisen diese hauptsächlichen Krankheitsarten allerdings in der jüngeren Zeit keine Besonderheiten auf.

Die sechs wichtigsten Krankheitsarten zeigen folgendes Arbeitsunfähigkeitsbild:

Tabelle 7: Arbeitsunfähigkeit nach den wichtigsten Krankheitsarten nach Tagen und Fällen – Angaben in Prozent – ⁸¹

Verteilung nach AU-Tagen	AOK	DAK	Verteilung nach AU-Fällen	AOK	DAK
Muskel-Skelett-System	24,4	22,6	Muskel-Skelett-System	18,2	15,2
Atmungssystem	11,7	15,5	Atmungssystem	21,0	27,7
Verletzungen	13,6	14,4	Verletzungen	10,2	9,7
Verdauungssystem	6,5	7,2	Verdauungssystem	11,6	13,6
Kreislaufsystem	7,1	5,6	Kreislaufsystem	4,7	3,3
Psychische Erkrankungen	7,9	9,8	Psychische Erkrankungen	4,2	4,2
Sonstige	28,8	25,0	Sonstige	30,0	26,4

Zum besseren Verständnis der tatsächlichen Situation ist anzumerken, dass für das Jahr 2005 nach einer Veröffentlichung der BAuA im Unfallverhütungsbericht 2005 (Seite 202) 228.142.000 Arbeitsunfähigkeitstage und 18.986.000 Arbeitsunfähigkeitsfälle ausgewiesen wurden. Bedeutsam für die Erwerbsfähigkeit ist vor allem die Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Tabelle 8: Arbeitsunfähigkeit nach Dauer – Angaben in Prozent⁸²

Dauer der AU in Tagen	Anteil der Fälle	Anteil der Tage
1 – 3 Tage	35,2	5,4
4 – 7 Tage	30,3	11,1
8 – 14 Tage	17,1	12,8
15 – 28 Tage	9,2	13,3
29 – 42 Tage	3,1	7,7
mehr als 42 Tage	5,1	49,7

81 AOK-Bundesverband o.J., S. 47 und DAK-Versorgungsmanagement 2005, S. 29; vgl. dazu auch Badura u.a. 2008, S. 110.

82 Techniker Krankenkasse 2006, S. 27; vgl. dazu Badura u. a. 2008, S. 110.

Wichtige Hinweise auf die Verbreitung des Krankheitsgeschehens im Erwerbsleben geben branchenspezifische Aufstellungen. Exemplarisch wird dies an der nachfolgenden Tabelle dargestellt. Damit soll zugleich angeregt werden, mit Blick auf die Reduzierung des Risikos vorzeitiger Erwerbsminderung diese Spezifika genauer unter die Lupe zu nehmen.

Tabelle 9: Krankenstand nach ausgewählten Branchen – Angaben in Prozent⁸³

Branche	Männer	Frauen
Banken, Versicherungen	2,3	3,0
Baugewerbe	4,6	2,7
Dienstleistungen	3,9	4,1
Energie, Wasser, Bergbau	4,3	4,1
Handel	3,8	3,4
Land- und Forstwirtschaft	3,7	3,7
Metallindustrie	4,4	4,8
Öff. Verwaltung/Sozialversicherung	5,3	4,7
Verarbeitendes Gewerbe	4,6	4,5
Verkehr/Transport	4,8	4,1

Die Zahlen in den Tabellen 7 bis 9 bedürfen wegen sog. Krankheitsverleugnung⁸⁴ einer vorsichtigen Betrachtung. Verdrängung oder Fehleinschätzung eines objektiv gegebenen Erkrankungszustandes können durch Angst um den Arbeitsplatz, durch Termindruck, durch subjektiv empfundene Verantwortung gegenüber dem Team, aber auch durch Gruppendruck⁸⁵, atypische Erwerbsverläufe, wahrgenommene Fehlbelastungen und unsichere berufliche Zukunft entstehen⁸⁶. Krankheitsquoten und Krankheitsverhalten erfordern nach einer jüngeren Untersuchung ein genaueres Hinsehen. Dazu rät eine Studie der Bertelsmann Stiftung unter der Überschrift „Gesundheitsmonitor 2005: Mehrheit geht auch krank zur Arbeit“⁸⁷.

83 Badura u.a. 2008, S. 106; vgl. dazu auch die differenzierten AU-Daten nach Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen in: BAuA 2007, S. 54 und 186.

84 Vgl. dazu Zok 2007, S. 121 ff.

85 Hans-Böckler-Stiftung 2007, S. 89.

86 BAuA 2006a, S. 7.

87 Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung. Befragt wurden 1.689 Personen über ihre Erkrankungssituation in der Zeit von April 2006 bis Juli 2007. Näheres unter http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A0000F14-A2044F76/bst/hs.xml/prj_7097_7109.htm?suchrubrik= [1. März 2010].

71 Prozent der Beschäftigten – so ergab die Studie – erschienen mindestens einmal im Jahr krank am Arbeitsplatz, darunter fast die Hälfte gegen ärztlichen Rat⁸⁸. Letzteres ist nicht nur bei einem Blick auf die dargestellten Tabellen, sondern als Risiko der Krankheitsverleugnung auch bei der Gestaltung betrieblicher Gesundheitspolitik zu berücksichtigen⁸⁹.

Wenn in jüngerer Zeit von einem Ansteigen des Krankenstandes berichtet wird⁹⁰, verstärkt dies das Erfordernis, dieses Geschehen sorgfältig zu betrachten. Dies auch unter dem besonderen Gesichtspunkt, dass psychische Erkrankungen in den letzten sieben Jahren um 18,4 Prozent gestiegen sind⁹¹.

6.2 Erwerbsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit

Beschäftigte sind in ihrer Erwerbstätigkeit zahlreichen Gesundheitsgefahren ausgesetzt. Dies führt häufiger zu mehr oder minder langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, zu vorübergehender oder dauerhafter (Schwer-)Behinderung, nicht selten auch zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Hinweise zu Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten geben Aufzeichnungen der Rentenversicherung zu Rehabilitation und Rentenbezug.

Statistiken der Rentenversicherung⁹² über die im Jahre 2007 durchgeführten Maßnahmen zur Rehabilitation zeigen, auf die vier häufigsten Diagnosen bezogen, das folgende Bild:

88 Hans-Böckler-Stiftung 2007b, S. 8.

89 Kocyba/Voswinkel 2007.

90 Vgl. dazu u.a. BKK-Bundesverband: Faktenspiegel 2008a. Danach war 2007 die Zahl der AU-Tage erstmals wieder leicht angestiegen – auf durchschnittlich 12,8 Tage je Beschäftigten.

91 DAK Februar 2008, zit. n. Hans-Böckler-Stiftung 2008a, S. 8.

92 DRV Bund 2008, S. 132 und 196.

Tabelle 10: Leistungen zur stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation nach Hauptdiagnosen

Diagnosegruppen	Zahl der Maßnahmen	
	absolut	relativ
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	312.040	40,6
Psychische und Verhaltensstörungen	143.620	18,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	73.196	9,5
Neubildungen	65.252	8,5
Sonstige	175.313	22,8
Insgesamt	769.521	100,0

Hinweise auf Erkrankungen, die die Erwerbsfähigkeit in besonderer Weise gefährden oder beeinträchtigen, enthalten auch Zahlen über den Rentenzugang. Dazu gibt die nachfolgende Übersicht über Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach den vier häufigsten Diagnosegruppen nähere Auskunft.

Tabelle 11: Zugang von Erwerbsminderungsrenten nach Hauptdiagnosen⁹³

Diagnosegruppen	Rentenzugänge 2005		Rentenzugänge 2003	
	absolut	relativ	absolut	relativ
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	29.700	18,1	35.189	20,2
Psychische und Verhaltensstörungen	52.977	32,3	50.804	29,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	18.018	11,0	21.527	12,4
Neubildungen	23.681	14,4	25.417	14,6
Übrige Diagnosen	39.529	24,1	41.342	23,7
Gesamt	163 905	100,0	174 279	100,0

Vergleicht man die Entwicklung dieser Anteils- und absoluten Zahlen zwischen den Jahren 2003 und 2005, so ist festzustellen, dass einzig die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen größer geworden ist, während die drei ande-

⁹³ BAuA 2007, S. 57.

ren Gruppen eine rückläufige Entwicklung aufweisen. Dies ist vor allem für die Gestaltung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen nicht ohne Bedeutung. Dazu später mehr.

Insgesamt gesehen spiegeln die unter 6.1 und 6.2 genannten Sachverhalte das allgemeine Ausmaß von Gefahren, die der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten drohen. Sie geben auch Hinweise auf Schwerpunkte, die bei der Suche nach präventiven oder rehabilitativen Gegenmaßnahmen genauer zu beachten sind. Eine Präzisierung einzelner Gefährdungsbereiche wird nachfolgend dargestellt.

6.3 Gesundheitliche Belastungen durch Erwerbstätigkeit

6.3.1 Belastungen des Muskel-Skelett-Systems

Nach einer Untersuchung im Rahmen einer seit 1986 regelmäßig durchgeführten Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der BAuA (früher BIBB-/IAB-Befragung) für die Jahre 2005 und 2006⁹⁴ arbeitet mehr als die Hälfte der Befragten (56,5 Prozent) häufig im Stehen. Etwa ein Viertel von ihnen (25,7 Prozent) fühlt sich dadurch belastet. Diese Beschreibung nennt bereits wesentliche gesundheitliche Risiken für die Erwerbsfähigkeit Beschäftigter. Arbeiten im Stehen und in unphysiologischer Körperhaltung wirken sich vor allem negativ auf das Muskel-Skelett-Systems aus. Ein Schlüsselbegriff für derartige Erkrankungen sind Rückenschmerzen. Dazu liegt umfangreiche Literatur vor. Danach leiden etwa 40 Prozent der deutschen Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) an Rückenschmerzen, 80 Prozent erkranken wenigstens einmal im Leben daran (Lebenszeitprävalenz)⁹⁵. Die direkten und indirekten Krankheitskosten derartiger Schmerzen werden mit 25 Milliarden € jährlich beziffert⁹⁶.

Diese Daten unterstreichen die hohe Relevanz von Rückenschmerzen bzw. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems für die Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten. Ihre Auswirkungen manifestieren sich vielfach in spezifischen Krankheitserscheinungen. Fast jeder vierte krankheitsbedingte Ausfalltag – s. Tabelle 7 – und jede fünfte Frührente – s. Tabelle 11 – lässt sich auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes zurückführen. Bei den stationären Maß-

94 Ebd., S. 50.

95 BAR 2005, S. 131.

96 Ebd., S. 294.

nahmen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ist dies sogar mehr als jede dritte; 262.000 von 676.000 stationären Maßnahmen entfielen auf diese Erkrankungsgruppe⁹⁷. Als (zumindest mit-)ursächlich für derartige Beeinträchtigungen können – wie dargelegt – Arbeiten in ungewöhnlicher bzw. untypischer Körperhaltung und -belastung angesehen werden. Erkrankungen dieser Gruppe erfordern besondere Beachtung. Nicht nur die Häufigkeit ihres Auftretens, sondern vor allem die ihnen innewohnende Gefahr der Chronifizierung macht sie zu einem besonderen Risiko. Diese Gefährdung – gemessen an der Zahl der AU-Tage bei AOK-Versicherten – wird bei Frauen mit 22,7 Prozent und bei Männern mit 25,6 Prozent angegeben⁹⁸. Neben Arbeiten in unphysiologischer Körperhaltung existieren weitere Gefährdungspotentiale für Rückenleiden. Sie resultieren aus einem psychosomatischen Wirkungszusammenhang zwischen physischen und psychischen Beanspruchungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Experten schätzen, dass Rückenschmerzen mindestens zu einem Drittel auf psychische Faktoren zurückzuführen sind⁹⁹.

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bzw. Rückenschmerzen sind nicht auf Deutschland begrenzt. In der EU klagt etwa jeder vierte Beschäftigte über Rückenschmerzen und mehr als jeder fünfte über Muskelschmerzen¹⁰⁰. Sie stellen dort das größte Problem für die Erwerbsfähigkeit dar, dicht gefolgt von arbeitsbedingtem Stress¹⁰¹.

6.3.2 Belastungen der psychischen Gesundheit

Im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte hat sich das Arbeitsprofil der Beschäftigten durch das verstärkte Auftreten psychischer Belastungen signifikant gewandelt. Psychische Erkrankungen sind weltweit verbreitet. Innerhalb der EU leiden 27 Prozent der erwachsenen Bevölkerung innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung, vor allem an Angststörungen, depressiven oder somatoformen Erkrankungen oder Alkohol- und Drogenmissbrauch¹⁰². Nach einer Studie (2004) des früheren Hauptverbandes der Gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK-BV) waren über 82 Pro-

97 DRV Bund 2008, S. 132.

98 Badura u.a. 2008, S. 110.

99 Oppolzer 2006, S. 81.

100 BAuA 2007a, S. 1.

101 BAuA 2005, S. 2; dies hat sich in einer Untersuchung der Europäischen Beobachtungsstelle für berufsbedingte Risiken in Bilbao erneut bestätigt.

102 Kaba 2008, S. 205 ff.

zent der befragten Arbeitsschutzexperten der Auffassung, dass im Laufe der letzten fünf Jahre das Ausmaß arbeitsbedingter psychischer Fehlbelastungen zugenommen hat. Dabei wurden Zeitdruck (82 Prozent), schlechtes Führungsverhalten (78 Prozent), Arbeitsplatzunsicherheit (71 Prozent) und fehlende bzw. gestörte soziale Beziehungen (65 Prozent) am häufigsten als Ursache psychischer Belastungen genannt¹⁰³. Von drastischer Zunahme psychischer und Verhaltensstörungen spricht auch der Bericht des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP) 2008. Dies sei vor allem auf Einflüsse der Arbeitswelt zurückzuführen¹⁰⁴.

Aufschlussreich sind BAuA-/BIBB-Untersuchungen aus den Jahren 2005/2006. Danach fühlen sich Erwerbstätige in Deutschland vor allem durch psychische Anforderungen belastet. Dazu gibt der folgende Tabellenauszug nähere Informationen¹⁰⁵. Als wahrgenommene Belastung gewertet wurden dabei nur, wenn ein Befragter die Frage „Belastet Sie das?“ mit „häufig“ beantwortet hat.

Tabelle 12: Von Erwerbstätigen wahrgenommene Arbeitsbelastungen

Arbeitsbedingungen	Wahrgenommene Belastung in Prozent		
	Gesamt	Männer	Frauen
Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit	69,2	65,8	74,1
Bei der Arbeit gestört, unterbrochen	59,8	60,3	59,1
Starker Termin- und Leistungsdruck	59,5	56,7	63,6
Rauch, Staub, Gase, Dämpfe	57,3	58,1	55,4
Grelles Licht, schlechte Beleuchtung	57,0	52,9	63,9
Starke Erschütterungen, Stöße, Schwingungen	54,5	54,0	57,4
Arbeiten unter Lärm	54,0	49,5	65,0

Ein nicht unbeachtlicher Teilaspekt dieser zunehmenden Belastung ist der Trend zu ungesunden Arbeitszeiten; Beschäftigte arbeiten häufiger in Wechselschicht, nachts oder deutlich über 40 Wochenstunden. Das kann Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben. Denn „Nachtarbeit und Wechselschichtarbeit gefährden die Gesundheit. Schlafstörungen, Magen- und Verdauungsbeschwerden oder Herzschmerzen treten häufiger auf als bei Beschäftigten mit Normalarbeitszeit,

103 Oppolzer 2006, S. 72.

104 BAR 2008a, S. 19.

105 BAuA 2007b, S. 4.

die durchschnittliche Krankheitszeit ist länger¹⁰⁶. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) empfiehlt deshalb Arbeitgebern, keine dauerhaften Nachtarbeitsplätze zu schaffen, denn Nacharbeit sei um fast 60 Prozent anstrengender als Tagesarbeit. An Schichtdienst gewöhne sich der Körper nie, denn die „innere Uhr“ des Menschen lasse sich nicht verstellen und das Schlafen auf Vorrat funktioniere nicht¹⁰⁷.

Beachtung verdient des Weiteren das mit beruflicher Arbeit vielfach verbundene Stresspotential. Dabei hat Bürolärm seine eigene Bedeutung. Über die herkömmliche Belastung hinaus werden nach arbeitspsychologischer Erfahrung zunehmend „auch niedrige Lärmpegel [zur Belastung], weil die Tätigkeiten an Büroarbeitsplätzen komplexer und damit störanfälliger werden.“¹⁰⁸ Derartige Stressbelastungen können zu psychischen Erkrankungen führen. Dies gilt vor allem dann, wenn zu beruflicher Belastung familiäre Probleme, persönliche Sorgen oder Erkrankungen hinzutreten. Beachtenswert ist dazu eine neuerliche Untersuchung der Universität Mainz. Darin wurde ermittelt, dass überschuldete Menschen häufiger krank sind, gleichzeitig aber das Gesundheitssystem weniger in Anspruch nehmen¹⁰⁹. Berücksichtigung verdient auch eine Untersuchung von Badura/Hehlmann, die erkannt haben, dass „die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust ein noch stärkerer Stressfaktor als der Eintritt der Arbeitslosigkeit selbst“ ist¹¹⁰. Eine Untersuchung der Initiative Gesundheit und Arbeit, wonach „41 Prozent der Beschäftigten [...] ein unausgeglichenes Verhältnis zwischen Arbeit und Familienleben“ haben¹¹¹, macht das Risikopotential aus anderer Sichtweise deutlich.

Hinweise zur Verbreitung psychischer Belastungen bei der Arbeit unter deutschen Erwerbstätigen gibt auch eine auf europäischer Ebene erstellte Untersuchung¹¹². Ihr sind die nachfolgenden Auszüge entnommen.

106 Seifert 2008, S. 1.

107 DGUV 2008b, Ziff. 15.

108 Sust 2007.

109 Rexin 2008, S. 267 ff.

110 Vgl. Oppolzer 2006, S 74; siehe dazu auch DRV Bund 2008c, S. 177.

111 BKK-Bundesverband 2008c.

112 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2002, vgl. Hans-Böckler-Stiftung 2005a, S. 491 ff.

Tabelle 13: Psychische Belastungen (1991 – 2000)

Art der Belastung	Verbreitungsgrad in Prozent		
	1991	1995	2000
Sehr hohes Arbeitstempo*	42	42	44
Arbeiten unter Termindruck*	46	49	52
Monotone Tätigkeit	n.n.	32	26

* jeweils die Hälfte der Arbeitszeit oder mehr

Statistiken der Krankenkassen bestätigen das hier liegende Risiko¹¹³. Krankheitstage wegen psychischer Gesundheitsstörungen weisen entgegen dem allgemeinen Trend seit 1991 einen Anstieg um 33 Prozent auf¹¹⁴. Aufschlussreich ist eine Darstellung psychischer Erkrankungen im DAK-Gesundheitsreport 2005¹¹⁵. Arbeitsunfähigkeitsfälle und -zeiten infolge psychischer Erkrankungen haben danach in den letzten Jahren weiter zugenommen, insbesondere bei Frauen. Auch bei jüngeren Altersgruppen ist ein überproportionaler Anstieg psychischer Erkrankungen beobachtet worden. Ermittelt wurde ferner, dass derartige Erkrankungen in den Branchen Gesundheitswesen, öffentliche Verwaltung und Organisationen und Verbände zunehmende Bedeutung aufweisen.

Daten aus der Rentenversicherung bestätigen die wachsende Bedeutung psychischen bzw. psychosomatischen Krankheitsgeschehens. Danach entfallen 144.000 von insgesamt 769.000 durchgeführten stationären und ambulanten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und damit nahezu 20 Prozent auf psychische und Verhaltensstörungen. Sie sind die mit Abstand größte Gruppe. Unter den Frühverrentungen ist dies sogar fast ein Drittel; 53.000 von 163.000 Frührenten werden dieser Gruppe zugerechnet. Psychische Erkrankungen sind damit Hauptursache für vorzeitige Verrentung.

Diese Beeinträchtigungen bedürfen verstärkter Berücksichtigung, weil sie mit erheblichen wirtschaftlichen Verlusten einhergehen. Sie werden von der Europäischen Arbeitsschutzagentur mit 20 Milliarden €¹¹⁶, sog. Mobbingsschäden allein in einer DASA-Sonderschau mit fast 25 Milliarden €¹¹⁷, beziffert. Die Bedeutung tätigkeitsbedingter psychischer Fehlbelastung verdeutlicht auch eine Studie des

113 Vgl. dazu Abschnitt 6.1.

114 BKK-Bundesverband, zit. n. Hamburger Abendblatt vom 3. Januar 2007.

115 DAK-Versorgungsmanagement 2005, S 39 ff.

116 BAuA 2005, S. 2.

117 Göricke 2005.

BKK-Bundesverbandes¹¹⁸. Darin wird der volkswirtschaftliche Schaden mit jährlich 6,3 Milliarden € bewertet, drei Milliarden durch unmittelbare Krankheitsbehandlung und der Rest durch die Kosten des Produktionsausfalls.

Dies sind Schlaglichter auf ein wachsendes Problem. Relevanz haben die Zahlen vor allem deshalb, weil die darin begründeten Leistungseinschränkungen langfristig auch zu Unzufriedenheit und „innerer Kündigung“, zu Fehlzeiten, Suchtverhalten, Burnout und vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit führen können. Präventive und rehabilitative Gesundheitspolitik wird darauf verstärkt reagieren müssen¹¹⁹. Dies gilt umso mehr als wissenschaftliche Untersuchungen einen deutlichen Zusammenhang von finanziellem Unternehmenserfolg und Zufriedenheit der Beschäftigten herausgefunden haben. „30 Prozent des finanziellen Unternehmenserfolges hängen davon ab, ob die Beschäftigten zufrieden mit ihrer Arbeit sind“, lautet die Folgerung von Gutachtern, die im Auftrage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mehr als 35.000 Beschäftigte in über 300 Betrieben befragt haben¹²⁰.

6.3.3 Belastungen des Herz-Kreislauf- und des Atmungssystems

Krankheiten des Herzkreislaufsystems stellen sowohl bei Männern als auch bei Frauen nicht nur die häufigsten Todesursachen dar, sondern prägen auch die Krankheitslast der Bevölkerung. Das Ausmaß an Herz- und Kreislauferkrankungen hat zwar seit 1990 leicht abgenommen. Experten rechnen in Deutschland trotzdem mit etwa 5 Millionen an koronarer Herzkrankheit erkrankten Personen und jährlich bis zu 250.000 Neuerkrankungen¹²¹. Diese Erkrankungen haben zahllose exogene und endogene Ursachen. Ihre Risikofaktoren sind vielfältiger Natur. Zunehmend werden auch psychosomatische Zusammenhänge erkannt und gewürdigt. Aus arbeitspsychologischer Sicht wird der „eigenständige Risikobeitrag

118 INQA 2008.

119 Dies ist offensichtlich weitgehend erkannt, wie zahlreiche Veröffentlichungen in der allgemeinen und Fachpresse belegen, beispielsweise Ohne Verfasser 2005a, ohne Verfasser 2006b, S. 15, Ohne Verfasser 2007, ohne Verfasser 2006a, ohne Verfasser 2006, S. 4, ohne Verfasser 2007b, S. 10 und ohne Verfasser 2007a, S. 2, und zahlreiche weitere Veröffentlichungen.

120 Vgl. ohne Verfasser 2007c.

121 BAR 2005, S. 311.

beruflicher Fehlbelastungen und kritischer Bewältigungsstile für kardiovaskuläre Erkrankungen [...] [als] inzwischen überzeugend belegt¹²² angesehen.

Versicherte mit derartigen Krankheitsbildern sind in der Regel nur eingeschränkt erwerbsfähig, müssen vor allem schwerere körperliche, vielfach auch psychische Belastungen meiden. Nach Aufzeichnungen von Krankenkassen haben statistisch gesehen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems nur geringe Ausprägung; 3 bis 5 Prozent der Fälle von Arbeitsunfähigkeit werden dazu ausgewiesen¹²³. Unter den Reha-Maßnahmen der GRV ist deren Anteil allerdings zwei- bis dreimal so hoch. 73.000 von 769.000 stationären und ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden der Diagnosegrundgruppe Krankheiten des Kreislaufsystems zugeordnet¹²⁴.

Atemwegserkrankungen hingegen haben nach den Aufzeichnungen der Krankenkassen ein deutlich stärkeres Gewicht. Sie stellen – wohl geprägt durch akute Infektionen der Luftwege – gut ein Viertel aller Fälle von Arbeitsunfähigkeit, etwa 20 Prozent bei AOK-Versicherten und 28 Prozent bei Versicherten der DAK und der TK¹²⁵. Unter den Reha-Maßnahmen der DRV machen Atemwegserkrankungen mit rd. 17.300 Maßnahmen knapp 3 Prozent aus. Als Ursachen von Atemwegserkrankungen sind neben einer zunehmenden Belastung mit häuslichen und beruflichen Allergenen Veränderungen in der Umwelt mit steigenden Konzentrationen inhalativer Reizstoffe wie Rauch, Staub, Dämpfe u. a. in der Diskussion. Neuere Schätzungen vermuten, dass der dem Faktor „Arbeit“ zuschreibbare Ursachenanteil asthmatischer Erkrankungen in Deutschland bei etwa 10 Prozent liegen dürfte¹²⁶. Erkrankungen der dargestellten Art treten in der Regel nicht isoliert auf, sondern sind etwa bei älteren Menschen – s. dazu Kapitel 6.4 – Teil eines multiplen Geschehens. Dieses Risikofeld bedarf deshalb vor allem in der Rentenversicherung besonderer Beachtung

Zu nennen sind bei der Darstellung der wichtigsten Risikobereiche auch Übergewicht und Adipositas. Neben den Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Herz-Kreislauf- und des Atemsystems führen diese Entwicklungen zu Problemen, die – so scheint es – bislang kaum ausreichend erkannt und mit Gegenstrategien

122 Kaba 2008, S. 207; so auch Siegrist in einem Vortrag im 15. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2006 in Bayreuth. In: DRV Bund 2006a, S. 25.

123 Badura u.a. 2008, S. 110; DAK-Versorgungsmanagement 2005, S. 29, Techniker Krankenkasse 2006, S. 115.

124 DRV Bund 2007, S. 132, 196.

125 Badura u.a. 2008, S. 110; DAK-Versorgungsmanagement 2005, S. 29; Techniker Krankenkasse 2006, S.115.

126 BAR 2005, S. 338.

beantwortet werden. Der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen in Deutschland hat sich in den vergangenen 20 Jahren um rund 50 Prozent, bei Kindern sogar um 100 Prozent¹²⁷ erhöht. Darin liegen nicht nur Probleme für den Einzelnen, sondern für die Erwerbsgesellschaft insgesamt. Dass hier Handlungsbedarf entstanden ist, bestätigt eine nationale Verzehrstudie, die das Bundesernährungsministerium Anfang 2008 vorlegte. Grundlage war eine Befragung von fast 20.000 Menschen. Das Ergebnis: zwei Drittel der Männer und 51 Prozent der Frauen wurden als zu dick eingestuft¹²⁸. Diese Entwicklung hat bereits jetzt Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten. Unter allen Empfehlungen, die den Reha-Teilnehmern bei der Entlassung gegeben wurden, rangiert Gewichtsreduktion an erster Stelle. Der Ernährungs-Aktionsplan Deutschland in Form¹²⁹ der Bundesregierung mit den Handlungsfeldern mehr Aufklärung, besseres Kantinenessen, mehr Sport, stärkere Forschung und mehr Vorsorge kann nur ein erster Schritt sein. Weitere müssen folgen.

Für die WHO zählen Übergewicht und Adipositas zu den Hauptrisikofaktoren bei der Entstehung von Zivilisationskrankheiten. Francesco Branca, Ernährungsberater der WHO, spricht sogar von einer „Adipositas-Epidemie“, der dringend begegnet werden müsse. Seine Aussage stützt er auf eine europäische Studie, wonach die Deutschen sowohl bei Männern als auch bei Frauen im Vergleich von 25 europäischen Ländern jeweils den ersten Platz einnehmen¹³⁰.

6.3.4 Belastungen durch prekäre Beschäftigung und Arbeitslosigkeit

Bei der Darstellung spezieller Gefährdungsmöglichkeiten für die Erwerbsfähigkeit kann sog. prekäre Beschäftigung – das sind Arbeitsformen mit geringerem Sicherheits- und Qualitätsstandard – nicht außer Acht gelassen werden. Siegrist¹³¹ hat prekäre Beschäftigung in drei Merkmalen dargestellt: Instabilität des Arbeitsplatzes (temporäre Beschäftigung, Randbelegschaften), mangelnder Einfluss auf Gestaltung des Arbeitsverhältnisses (Arbeitszeit, Arbeitsort, Aufgaben, Bezah-

127 Ebd., S. 403.

128 Hillmer 2008, S. 3; Ehrenstein 2008, S. 4.

129 Ohne Verfasser 2008a.

130 International Association for the Study of Obesity (IASO), 2004, zit. n. Süddeutsche Zeitung vom 19. April 2007.

131 DRV Bund 2006a, S. 25.

lung) und mangelnder Arbeitsschutz (Unfallgefahr, Noxen, arbeitsmedizinische Betreuung).

In prekärer Beschäftigung arbeitet in Deutschland zwar nur ein kleiner Teil der Erwerbsbevölkerung – etwas mehr als eine halbe Million bzw. 1,5 Prozent der Gesamtzahl¹³² und zwar überwiegend in Großbetrieben – , dies aber mit deutlich steigender Tendenz¹³³. Die nachfolgende Tabelle gibt dazu erste Hinweise.

Tabelle 14: Entwicklung atypischer und prekärer Beschäftigung¹³⁴

Merkmale	Beschäftigte	Veränderung zu 2006	
	Juni 2007 in Mio.	absolut	relativ
Leiharbeit	0,639	+ 126.924	+ 24,8
Nebenjob von sv. Beschäftigten	2,036	+ 138.939	+ 7,3
Sv. Beschäftigte mit SGB II-Aufstockung	0,734	+ 43.867	+ 6,3

Dieser Kreis von Beschäftigten ist deshalb für die Träger der Sozialversicherung von Bedeutung, weil derartige Beschäftigungen insgesamt gesehen unter ungünstigeren Arbeitsbedingungen erfolgen¹³⁵. Beschäftigte in Zeitarbeit sind formal gesehen in der sozialen Sicherung nicht schlechter gestellt als Beschäftigte im Normalarbeitsverhältnis. Allerdings ist Zeitarbeit in weiten Bereichen gekennzeichnet durch schlechte Arbeitsbedingungen, gering qualifizierte Tätigkeiten, fehlende Partizipation und im Durchschnitt schlechte Entlohnung¹³⁶. Beispielhaft sei auf die größere Unfallhäufigkeit¹³⁷ und einen lückenhaften Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Zeitarbeitsbranche¹³⁸ sowie neuere Arbeitszeitformen wie zum Beispiel sog. mobile Arbeit¹³⁹ verwiesen. Letztere kann für Beschäftigte und Betriebe gleichermaßen problematisch sein¹⁴⁰. Die Notwendigkeit einer kritischen Betrachtung folgt aus der Erkenntnis, dass derartige Unsicherheiten zu häufigeren

132 BAuA 2007, S. 37.

133 Hans-Böckler-Stiftung 2007c, S. 4; vgl. BAuA 2008, S. 43.

134 DGB 2008, S. 4.

135 BAuA 2008, S. 52 ff.

136 BAuA 2007, S. 36.

137 Ebd., S. 164 und BAuA 2008, S. 46.

138 Von der BAuA zum Förderschwerpunkt 2008 erklärt.

139 Mobile Arbeit bedeutet, dass ein Beschäftigter im Allgemeinen kein vom Arbeitgeber zur Verfügung gestelltes eigenes Büro hat, überwiegend oder ständig unterwegs und zu allen Zeiten erreichbar ist.

140 DGB 2007, S. 23 ff.

Erkrankungen führen können. Eine Studie der EU hat einen signifikanten Zusammenhang zwischen schlechter persönlicher Gesundheit, höheren Arbeitsbelastungen und atypischen Beschäftigungsverhältnissen (Zeitarbeit, Befristung) festgestellt¹⁴¹. Der Zusammenhang zwischen Ängsten im Arbeitsumfeld und subjektiver Gesundheit wird von Experten¹⁴² als ein wichtiger Aspekt bei der Analyse von Einstellungen und Verhalten von Arbeitnehmern im Umgang mit Krankheit gesehen. Sie gehen davon aus, dass Ängste im Arbeitsalltag als Belastung wirken und damit krankheitsrelevant sind. Aufschlussreich ist eine Untersuchung über Angstursachen¹⁴³, die nachstehend tabellarisch dargestellt ist.

Tabelle 15: Ängste im Arbeitsalltag nach Geschlecht

Angstauslöser „Angst vor ...“	Zustimmung	
	Männer	Frauen
Verlust des Arbeitsplatzes	55,6	53,3
Eigenen Fehlern	30,3	37,0
Mobbing	15,5	24,2
Konflikt mit dem Chef oder Kollegen	18,0	22,5
Anforderungen durch neue Technologien	13,1	17,1
Konkurrenz durch Kollegen	13,2	10,1

Die mit diesen Aspekten verbundenen Gefährdungen der Gesundheit sind zusätzlich zu den allgemeinen psychischen Risikofaktoren im Abschnitt 6.3.2 zu beachten. Weitere Erkenntnisse zu diesem Risikobereich werden von Lenhardt und Priester nachgewiesen¹⁴⁴. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat zur Schaffung eines verbesserten Arbeits- und Gesundheitsschutzes für die Beschäftigten der Zeitarbeitsbranche erst jüngst ein Förderprogramm zur Schaffung praxistauglicher Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzepte aufgelegt¹⁴⁵.

Auch Arbeitslosigkeit kann – vor allem, wenn sie lange anhält – die Erwerbsfähigkeit eines Menschen gefährden, im Extremfall sogar zur Erwerbsunfähigkeit führen. Dass Arbeitslosigkeit zu einem der stärksten Stressoren gehört und

141 Oppolzer 2006, S. 83, mit weiteren Nachweisen.

142 Badura u.a. 2008, S. 125.

143 Badura u.a. 2008, S. 126; vgl. dazu auch eine Befragung im Jahre 2003: Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung 2004, S. 33.

144 Lenhardt/Priester 2005, S. 491 ff.

145 Näheres unter www.baua.de [1. März 2010]

die Gesundheit der Betroffenen gefährdet, ist seit langem bekannt¹⁴⁶. Arbeitslose Männer und Frauen haben einen ungünstigeren Gesundheitszustand und leben weniger gesundheitsbewusst als berufstätige Männer und Frauen. Sie nehmen häufiger stationäre Leistungen in Anspruch, haben auch ein mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zunehmendes Sterblichkeitsrisiko. Untersuchungen ergaben ferner, dass Arbeitslosigkeit ursächliche Auswirkungen auf die Entwicklung schwerwiegender Erkrankungen hat. Diese und andere weiterführende Hinweise liefert die Gesundheitsberichterstattung des Bundes¹⁴⁷. Diesem Risiko zu begegnen, ist eine aktive Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik zweifellos das wirksamste Mittel. Gesundheitsfördernde Maßnahmen der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sowie Rentenversicherungsträger können dazu aber auch einen Beitrag leisten. Das verdient, näher geprüft zu werden¹⁴⁸.

6.4 Ältere Beschäftigte als besondere Risikogruppe

Unter den etwa 40 Millionen Erwerbstätigen in Deutschland befinden sich knapp 5 Millionen Personen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren¹⁴⁹. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist es das Ziel der Politik, diesen Anteil Erwerbstätiger deutlich zu erhöhen. Dies nicht nur in Deutschland, sondern in allen Ländern der EU. Damit wurde eine Entwicklung eingeleitet, die mehr und mehr ältere Beschäftigte im Erwerbsleben sehen wird. Die Bedeutung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer für das Sozialsystem wird folglich zunehmen. Deshalb ist es notwendig, dieser Gruppe gezielte Aufmerksamkeit zu widmen. Als „demografische Herausforderung bzw. Wandel“ ist der steigende Stellenwert auf nahezu allen Politikfeldern unübersehbar¹⁵⁰.

In Deutschland ist die Beschäftigungsquote Älterer – damit wird die Gruppe der 55- bis 65-Jährigen beschrieben¹⁵¹ – in den letzten Jahren zwar gestiegen, war aber 2004 mit 41,4 Prozent¹⁵² immer noch weit von der 50-Prozent-Quote

146 Oppolzer 2006, S. 93.

147 Grobe/Schwartz 2007.

148 Näheres dazu im Kapitel 9. Hingewiesen werden kann dazu auf die Vereinbarung der AG der BFW's mit der BARMER zur Durchführung des Programms fit for work.

149 BAuA 2007, S. 151.

150 Im Internet werden unter diesen Suchwörtern rd. 1,5 Millionen Eintragungen ausgewiesen.

151 Vgl. dazu die Definition im BAuA 2007, S. 18.

152 Bundesagentur für Arbeit 2006, S. 1.

entfernt, welche die Europäische Beschäftigungsstrategie¹⁵³ für das Jahr 2010 als Ziel vorgegeben hatte. Vergleichend wurde darauf hingewiesen, dass diese Quote in den Niederlanden 45,2 Prozent, in Finnland 50,9 Prozent und in Dänemark 60,3 Prozent beträgt. Seither hat sich diese Quote weiter nach oben entwickelt und liegt im Jahre 2006 in Deutschland bei 44,2 Prozent¹⁵⁴ und nach jüngsten Angaben bei 51,5 Prozent¹⁵⁵. Hält dieser Trend an, so ist vorhersehbar, dass diese Gruppe Erwerbstätiger verstärkt in den Geschäftsbereichen der Krankenkassen, der Unfallversicherungs- und der Rentenversicherungsträger erscheinen wird. Diese Menschen wachsen ab 2012 in das hinausgeschobene Renteneintrittsalter von 67 Jahren hinein. Das ist gleichbedeutend mit zusätzlichen Anforderungen an Krankenkassen, Unfallversicherungs- und Rentenversicherungsträger um zwei Jahrgänge.

Hilfreich kann bei der Suche nach Reaktion auf diese Erweiterung der Aufgabenfelder ein Blick in Altersstrukturen von Betriebsbelegschaften und eine altersselektive Personalpolitik sein. So wurde bei einer Untersuchung herausgefunden, dass nur auf gut jede 10. besetzte Stelle ein über 50-jähriger Mitarbeiter eingestellt wurde, obwohl der Anteil dieser Gruppe am Arbeitslosenbestand bei knapp 25 Prozent lag¹⁵⁶. Dies genauer zu untersuchen, eröffnet Ansatzpunkte für eine gezielte Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Rehabilitationspolitik.

Ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind besonderen Gesundheitsrisiken und -gefährdungen ausgesetzt, die bei jüngeren und mittleren Jahrgängen nicht im gleichen Maße vorhanden sind. Gutachterliche Untersuchungen haben ergeben, dass ältere Arbeitnehmer eher an einer chronischen Erkrankung leiden und bereits öfter in einer psychosomatischen Klinik behandelt wurden. Ungünstiger waren auch lange AU-Zeiten in den letzten zwölf Monaten vor Beginn einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Die Hauptsymptomatik war vermehrt durch eine Mischung somatischer und psychischer Störungen geprägt. Besonders häufig waren depressive Störungen. Diese Erkenntnisse aus Erhebungen der Psychosomatischen Fachklinik Schöenberg¹⁵⁷ in Heidelberg geben erste Hinweise.

Einen intensiveren Blick auf die gesundheitliche Lage älterer Beschäftigter ermöglicht ein Gutachten von Siegrist u.a. in einer europäischen Vergleichsstu-

153 Von der EU-Kommission beschlossene gemeinsame Zielsetzung zum Erreichen einer abgestimmten Beschäftigungspolitik.

154 Hans-Böckler-Stiftung 2008b, S. 6.

155 Schriftliche Auskunft des IAB vom 11. August 2008.

156 Bellmann/Gewiese u.a. 2006, S. 427. vgl. Hans-Böckler-Stiftung 2006b, S. 68.

157 DRV Bund 2007b, S. 58.

die¹⁵⁸. Die Wissenschaftler stellten nicht nur eine ausgeprägte Krankheitslast in der erwerbstätigen bzw. erwerbsfähigen Bevölkerung fest, sondern erkannten, dass diese „insbesondere in der Spanne zwischen dem 45. und dem 65. Lebensjahr“ deutlich anwächst¹⁵⁹.

Die zentralen Beschäftigungsrisiken älterer Beschäftigter hat Frerichs¹⁶⁰ wie folgt beschrieben. Älter werdende Beschäftigte weisen tendenziell ein erhöhtes Krankheitsrisiko auf. Wesentliche Aspekte sind zu hohe psychisch-physische Anforderungen, Arbeitsumgebungsbelastungen, eine mangelhafte Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung sowie bestimmte Arbeitszeitformen. Untersuchungen hätten zudem ergeben, dass es bei längerer Expositionszeit eine Korrelation mit einem hohen Krankheits- und Erwerbsminderungsrisiko gebe. Dies hat wiederholt zu Reaktionen in Wissenschaft, Praxis und Politik geführt. Gutachten, Abhandlungen und Aktionspläne zu alters- und alter(n)sgerechter Arbeits(platz)gestaltung zeigen dies¹⁶¹ und nennen auch Entwicklungspotentiale¹⁶².

Was die Rolle älterer Beschäftigter im Erwerbsleben anbelangt, ist auf etwas Weiteres aufmerksam zu machen, ihre mangelhafte Wertschätzung¹⁶³. Das ist insofern ernüchternd, wenn nicht gar aus gesellschaftspolitischer Sicht beunruhigend, als dadurch Bestandteile einer altersspezifisch zunehmenden Leistungsfähigkeit wie etwa Lebens- und Berufserfahrung, Expertenwissen, Urteilsfähigkeit, Zuverlässigkeit, Qualitätsbewusstsein, Kooperationsfähigkeit und Pflichtbewusstsein ungenutzt bleiben¹⁶⁴. Beachtenswerte Ansätze enthält eine Publikation der Bertelsmann Stiftung Älter werden – aktiv bleiben¹⁶⁵ und jüngst eine im Auftrag von INQA¹⁶⁶ erstellte repräsentative Studie des Instituts für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund unter dem Titel Rente mit 67 – Voraussetzungen zur Weiterarbeitsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen¹⁶⁷.

158 Siegrist/Dragano 2007.

159 Siegrist/Dragano 2007a, S. 4.

160 Frerichs 2006.

161 BMAS (Hrsg.): Sozialbericht 2009, Bonn 2009, S. 22; siehe dazu u.a. BMAS-Programm Perspektive 50plus, ferner Bertelsmann Stiftung 2006.

162 Ausführlichere Informationen in BAuA, 2008a. Nützliche Hinweise enthält auch ein Artikel von Räder 2008, S. 300.

163 BAuA 2007b, S. 10.

164 Frerich 2006.

165 Bertelsmann Stiftung 2006.

166 Initiative Neue Qualität der Arbeit, eine Gemeinschaftsinitiative aus Bund, Ländern, Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Stiftungen und Unternehmen zur Schaffung guter Arbeitsbedingungen. Näheres im Kapitel 7.2.2.

167 BAuA 2008a, S. 13.

Nach alledem wird sichtbar, dass deutlich mehr Menschen im nächsten Jahrzehnt in die Spätphase des Erwerbslebens¹⁶⁸ eintreten. Darin liegen Entwicklungspotentiale aber auch Risiken. Wie diesen Herausforderungen und Problemen begegnet werden kann, wird später reflektiert, insbesondere im Kapitel 10.

6.5 Anmerkungen zu gesundheitlichen Belastungen in ausgewählten Branchen und Berufen

Die vorstehend dargestellten Gefährdungen der Erwerbsfähigkeit differieren mit Blick auf die Gesamtzahl aller Erwerbstätigen je nach Alter, Geschlecht, Wirtschaftszweig bzw. Branche und Beruf. Zahlreiche statistische Unterlagen geben darüber zum Teil sehr ins Einzelne gehende Informationen. Sie ermöglichen den Sozialversicherungsträgern, das von ihnen abzudeckende soziale Risiko von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung präzise zu erfassen sowie präventive und rehabilitative Gegenstrategien zu entwickeln. Zu nennen sind zunächst Materialien der BAuA, dort insbesondere die Darstellung von Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen¹⁶⁹. Diese Zusammenstellung erlaubt es, Anhäufungen von Risikopotential zu erkennen und damit Gefahrenherde genauer aufzuspüren. Statistische Angaben über krankheitsbedingte Fehlzeiten und Krankheitsarten nach Branchen, teilweise auch nach Berufsgruppen und Berufen, aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenkassen¹⁷⁰ ermöglichen weitere Differenzierungen. Ob diese Quellen genutzt werden, konnte durch die Recherche nur ansatzweise aufgedeckt werden, so jedenfalls in der GKV im Fehlzeiten-Report¹⁷¹. Hier könnte mehr geschehen, auch in der GRV. Die finanziellen Relationen machen dies geradezu zwingend, bedenkt man die Erkenntnisse der BAuA, die den Gesamtausfall an Bruttowertschöpfung für 2001 mit über 70 Milliarden € ermittelt¹⁷². Eine sehr differenzierte Darstellung arbeitsbezogener Kosten vorzeitiger Erwerbsminderungsrenten enthält eine von der BAuA herausgegebene Untersuchung, in der allein die arbeitsbezogenen direkten und indirekten Kosten mit 10,3 Milliarden €

168 Hans-Böckler-Stiftung 2007a, S. 4.

169 BAuA 2008, S. 37 ff.

170 Badura u.a. 2008, S. 102 ff.

171 Ebd., S. 102 ff.

172 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung 2004, S. 53.

ausgewiesen werden¹⁷³. Diese Untersuchungen unterstreichen – noch einmal – das Handlungsgebot für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen.

Diese Daten und empirisch-soziologische Untersuchungen zu den Auswirkungen belastender Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit bilden bereits heute die Basis gezielter präventiver und gesundheitsfördernder Programme von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens und auch privater Wirtschaftsunternehmen. Derartige Programme müssen weiter ausgebaut werden. Beispielhaft sei dazu auf eine exemplarische Darstellung gesundheits- bzw. arbeitsbedingter Frühverrentung – erstellt zu den Berufsgruppen Maurer, Maler/Lackierer, Kunststoffverarbeiter/in, Elektroinstallateure, Raumpfleger/in, Verkäufer/in, Bürofachkräfte, Pflegekräfte, Erzieher/in und Kinderpfleger/in – aufmerksam gemacht, die der Deutsche Gewerkschaftsbund herausgegeben hat¹⁷⁴. Auch der Fehlzeiten-Report 2007 weist berufs- und branchenbezogene Differenzierungen aus¹⁷⁵. Ähnliches gilt für den Unfallverhütungsbericht Arbeit 2005¹⁷⁶. Ob und ggf. wie die aus diesem Basismaterial zu gewinnenden Erkenntnisse in praktisches Handeln zur Verhinderung vorzeitiger Erwerbsminderung der Sozialversicherungsträger umgesetzt werden können, wird im Kapitel 10, besonders im Vorschlag 15 auf Seite 147, dargelegt.

173 Bödeker u.a 2006, bes. S. 124, 125.

174 DGB 2006a, S. 17 ff.

175 Badura u.a. 2008, S. 107, 113.

176 BAuA 2007, Tabellenteil, Abschnitt Arbeitsunfähigkeit, S. 184 ff.

7 Prävention am Arbeitsplatz – Instrumente und Verfahren zur Förderung gesunder Arbeitsbedingungen

Im vorangehenden Kapitel wurde beschrieben, welche gesundheitlichen Risiken die Erwerbsfähigkeit eines Menschen gefährden können. Werden diese Gefahrenherde nicht beachtet, kann dies zu vorübergehender oder dauernder Erwerbsminderung bis hin zu Erwerbsunfähigkeit führen. Im Kapitel 4 ist dargelegt, mit welchen Mitteln und Maßnahmen Sozialversicherung und Staat diesen Risiken begegnen können. Daraus folgt die Frage: Was machen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der staatliche Arbeitsschutz, um den Eintritt dieser Gefährdungen zu verhindern und dadurch die Erwerbsfähigkeit zu festigen? Dies soll an Beispielen aus der alltäglichen Arbeit einzelner Sozialversicherungsträger und im Verbund kooperierender Träger deutlich gemacht werden.

Die nachfolgende Darstellung reflektiert Informationen aus Befragungen und aus der Auswertung von Druckschriften der jeweiligen Leistungsträger. Dabei wurden sowohl regionale als auch bundesweite Vorhaben in die Auswertung einbezogen. Diese Auswertung erhebt nicht den Anspruch auf Repräsentativität, soll lediglich einzelne Fakten benennen. Eine Bewertung dieser Beispiele im einzelnen und in ihrem Zusammenwirken sowie Anregungen zur Umsetzung werden im Kapitel 10 dargestellt.

Aus der Eigenart der jeweiligen Sozialleistung und des individuellen sozialen Hintergrunds folgt, dass eine klare Trennung zwischen präventiven und rehabilitativen Leistungen nicht immer möglich ist, diese vielmehr oftmals ineinander übergehen. So hat beispielsweise die Ausstattung eines Büroarbeitsplatzes mit einem höhenverstellbaren Schreibtisch oder einem Stehpult präventive Wirkung. Dadurch werden Wirbelsäulenbelastungen zumindest reduziert, möglicherweise vermieden. Diese Maßnahme der Arbeitsplatzgestaltung kann zugleich Teil einer berufsfördernden Leistung zur Rehabilitation sein, etwa bei stufenweiser Wiedereingliederung eines Versicherten. Dieses Ineinandergreifen ermöglicht folglich keine getrennte Darstellung präventiver und rehabilitativer Leistungen.

Um die Vielzahl der Ansätze zur Förderung gesunder Arbeitsbedingungen und damit zur Festigung von Erwerbsfähigkeit in Gesamtschau und Struktur erkennen zu können, werden die Beispiele dem – mutmaßlichen – Initiator in der Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung und der staatlichen Arbeitsschutzpolitik zugeordnet. Dabei konnten Wiederholungen nicht immer vermieden werden, was keine Wer-

tung enthält. Weitere Aktivitäten zur Sicherung von Erwerbsfähigkeit, auch in externer Trägerschaft unter Beteiligung von Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung – beispielsweise in einer Arbeitsgemeinschaft oder einem eingetragenen Verein – werden im Abschnitt 7.3.1 beschrieben.

7.1 Maßnahmen der Sozialversicherungsträger

7.1.1 Gesetzliche Krankenversicherung

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ (§ 1 SGB V). Mit dem Vollzug dieser Aufgabe wird gleichzeitig die Erwerbsfähigkeit der Versicherten gefestigt. Um zu erkunden, auf welche Weise und in welchem Umfang die Träger der Krankenversicherung zur Förderung von Erwerbsfähigkeit beitragen, wurden zu Beginn des Jahres 2007 die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung schriftlich befragt, „auf welche Weise Ihre Krankenkasse [...] explizit die Gesundheit Ihrer Versicherten als Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer im Blickfeld hat und darauf einwirkt“. Diese Bitte wurde an 12 GKV-Kassen und einen Kassenverband im Untersuchungsgebiet¹⁷⁷ gerichtet. Bis auf die Gmünder Ersatzkasse (GEK) und die Hanseatische Krankenkasse (HEK) haben alle Kassen geantwortet, häufig unter Beifügung von Informationsmaterial. Diese Befragung wurde durch Auswertung von Fachzeitschriften und Broschüren ergänzt. Damit ist der Rahmen der mit diesen Daten geschaffenen Grundlage erläutert. Inhaltlich gaben die Materialien einen zwar begrenzten aber doch aufschlussreichen Einblick in das alltägliche Handeln der Krankenkassen. Angesichts unterschiedlich geregelter Kompetenzen einzelner Kassen – zentral und/oder regional – und wegen des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander war es nicht leicht, aussagekräftige Informationen mit regionaler Relevanz für die drei norddeutschen Länder in ausreichender Zahl zu erhalten. Die Auskunftsbereitschaft von Krankenkassen stieß an Grenzen, was wohl dem Wettbewerb geschuldet ist. Das wiederum begrenzt die Möglichkeiten zu erkennen, welche Bedeutung dem Handeln von Krankenkassen für eine betriebliche Gesundheits-

177 Befragt wurden die AOK Schleswig-Holstein, die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK Mecklenburg-Vorpommern, die IKK Nord und die IKK Hamburg, die Techniker Krankenkasse, die DAK, die BARMER, die KKH, die Hamburg-Münchener, die GEK, die HEK sowie der BKK Landesverband Nord.

politik beizumessen ist. – Dies vorausgeschickt hier nun Informationen aus den Berichten die Kassen über Maßnahmen, Aktionen und Projekte zur Sicherung von Erwerbsfähigkeit.

Gesetzliche Krankenkassen halten – wie es eine Kasse ausdrückte – „ein ganzes Bündel aus Angeboten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe, Kuration und Rehabilitation vor, die die Gesundheit unserer Versicherten im Arbeitnehmerbereich im Blick hat“. Ihre Antworten fielen nach Inhalt und Umfang recht unterschiedlich aus.

Auffallend ist die Breite, mit der gesetzliche Krankenkassen über Aktivitäten zu dem Risikobereich Arbeitsumwelt berichteten. In den meisten Fällen wurde vor allem die betriebliche Gesundheitsförderung nach dem SGB V genannt, in Einzelfällen zusätzlich Möglichkeiten direkter Einzelfallbetreuung in der Rehabilitation, sog. Case-Management oder stufenweise Wiedereingliederung dargestellt.

Herausragend ist in allen Berichten der Verweis auf die Präventions- und Selbsthilfavorschrift in § 20 SGB V – in der seinerzeit geltenden Fassung – und insbesondere die in Abs. 2 verankerte Möglichkeit für Krankenkassen, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen. Die Ergebnisse derartiger Aktivitäten werden im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) in einem Präventionsbericht zusammengefasst¹⁷⁸. Danach wurden im Jahre 2006 bundesweit durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung schätzungsweise insgesamt knapp eine Million Personen in bzw. an 6.600 Betrieben oder Standorten erreicht, schwergewichtig in Mittel- und Großbetrieben des verarbeitenden Gewerbes. Dies entspricht 2,7 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und 0,3 Prozent aller Betriebe¹⁷⁹ in Deutschland; Kleinbetriebe waren zu 11 Prozent beteiligt.

Zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung haben die Krankenkassen einen gemeinsamen Leitfaden entwickelt¹⁸⁰. Danach bieten sie den Betrieben Maßnahmen an, die auf die Gestaltung gesundheitsorientierter Verhaltensweisen und gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen abzielen. Dazu wird eine Untersuchung von Arbeitsbedingungen und eine Fehlzeitenanalysen vorgeschlagen. Derartige Leistungen werden von den befragten Kassen nicht flächendeckend, sondern nur

178 Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2008.

179 Ebd., Seite 13 und BAuA 2007, S. 150, 155.

180 Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, 2., korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006.

eingeschränkt angeboten und durchgeführt¹⁸¹. Zum Beispiel werden ausgewählte Unternehmen mit adäquatem Versichertenanteil angesprochen, manchmal auch eine konkrete Beschäftigtenzahl vorgegeben – zum Beispiel ab 10 oder 50 Beschäftigte. Einige Beispiele mögen die Praxis beleuchten.

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) haben zum Zwecke der Umsetzung des § 20 Abs. 2 SGB V den AOK-Service Gesunde Unternehmen¹⁸², die Betriebskrankenkassen (BKK) das Team Gesundheit, Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH in Essen, ins Leben gerufen. Ersatzkassen haben gleichermaßen auf ihre Versicherten und die Betriebe zugeschnittene Angebote entwickelt, zum Beispiel die Barmer Ersatzkasse (BARMER), die betriebliche Gesundheitsförderung unter dem Titel Gesunde Arbeit als Thema der Zukunft im Gesundheitsreport 2006 zum zentralen Thema gemacht hat¹⁸³. Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) hat spezielle Arbeitsweltprobleme in den Mittelpunkt gestellt. Mit der Arbeit verbundene psychische Risiken bilden das zentrale Thema ihres Gesundheitsreports 2005. Dazu wurde mittels einer Expertenbefragung die Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer und Verhaltensstörungen analysiert – verbunden mit dem Aufzeigen von Interventionsmöglichkeiten¹⁸⁴. Eine modifizierte Schwerpunktsetzung nimmt die Techniker Krankenkasse (TK) vor. Sie hat zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) aus den Teilelementen Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung und Arbeitsplatzgestaltung, mit Bonuszahlungen an das Unternehmen und die Versicherten, entwickelt und zum Schwerpunkt erklärt¹⁸⁵.

Eine spezielle Form zur Umsetzung des § 20 Abs. 2 SGB V hat die AOK Rheinland/Hamburg geschaffen. Sie hat das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH in Köln gegründet¹⁸⁶. Es bietet Betrieben ein Paket von Informationen, Analysen, Beratungen, Seminaren, Aktionen und Projekten an, um betriebliche Gesundheitsförderung zu installieren.

Auf ein Verfahren zur verbesserten Reintegration Langzeiterkrankter mittels eines sog. Krankengeld-Fallmanagements verweist die AOK Schleswig-Holstein¹⁸⁷, eine Methode, die bei anderen Krankenkassen als Case-Management bezeichnet wird. Hinzuweisen ist ferner auf ein besonders gestaltetes Case-Ma-

181 Einblick in die Praxis gibt die Betriebsbefragung im Kapitel 8 dieser Studie.

182 AOK-Bundesverband o.J.

183 BARMER 2006, S. 4 ff.

184 DAK-Versorgungsmanagement 2005, S. 99 ff.

185 Techniker-Krankenkasse o. J.

186 Broschüre FEINARBEIT – Gesundheitsmanagement im Betrieb – unsere Kompetenz.

187 Schreiben vom 8. März 2007 mit Hinweis auf Popken 2007, S. 173 ff.

nagement der AOK Mecklenburg-Vorpommern. Mit Hilfe des BFW Hamburg wird eine Arbeitsplatzanpassung, -umsetzung oder -neugewinnung angestrebt¹⁸⁸. Diese 2005 begründete Kooperation wird in den Kreisen Schwerin, Ludwigslust, Parchim, Grevesmühlen und Wismar angeboten. Auch die Hamburg-Münchener hat in ihrem Programm ArbeitAktiv derartige Dienstleistungen des BFW vorgesehen¹⁸⁹.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement des § 84 Abs. 2 SGB IX als ein Handlungsfeld der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit wurde nur von einer Krankenkasse angesprochen. Darin wurde ein Case-Management als geeignetes Mitwirkungsinstrument bei Wiedereingliederungsgesprächen zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgeber bezeichnet¹⁹⁰.

Zur Förderung der Wiedereingliederung leistungsgeminderter Beschäftigter in das Erwerbsleben haben IKK Nord und die Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein im Oktober 2007 den Verein zur Förderung der betrieblichen Eingliederung im Handwerk e. V. gegründet¹⁹¹. Mit seiner Hilfe soll Handwerksbetrieben nicht nur im Umgang mit gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten, sondern auch bei der Beschäftigung Älterer geholfen werden – durch Information und Vermittlung von Weiterbildungsangeboten. Zugleich bietet die IKK Nord Handwerksbetrieben mit einer IKKimpuls-Werkstatt ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung an¹⁹².

Über Erfahrungen mit der stufenweisen Wiedereingliederung des § 28 SGB IX wurde von Krankenkassen nur vereinzelt berichtet. Vorherrschend war der Tenor, dass dieses Instrument wenig genutzt werde. Zwei Kassen berichteten von 92 Fällen in 2006 bzw. etwa 5,4 Prozent aller Krankengeldfälle¹⁹³. Diese Auskünfte korrespondieren mit Erfahrungswerten aus der Rehabilitation der GRV¹⁹⁴, zu denen anzumerken ist, dass derartige Empfehlungen nur zur Hälfte umgesetzt werden¹⁹⁵. Dies macht deutlich, dass dieses Instrument erhebliche Entwicklungs-

188 Schreiben der AOK Mecklenburg-Vorpommern vom 24. April 2007. Grundlage bildet eine Rahmenvereinbarung der Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke mit dem AOK Bundesverband.

189 Flyer ArbeitAktiv der Hamburg Münchener, Regionalzentrum Hamburg.

190 AOK Schleswig-Holstein, Schreiben vom 8. März 2007.

191 näheres unter www.esa-sh.de [1. März 2010]. Vgl. dazu auch Leuchter 2008, S. 142 ff.

192 Flyer Die IKKimpuls Werkstatt.

193 AOK Mecklenburg-Vorpommern und BARMER.

194 2007 wurde von insgesamt rd. 1,16 Mio. Empfehlungen nur in rd. 25.000 Fällen (2,1 Prozent) den Reha-Entlassenen eine Rückkehr in den Berufsalltag mittels stufenweiser Wiedereingliederung empfohlen (DRV Bund 2008, S. 128); die DRV Bund weist p. a. rd. 14.000 Fälle (Auskunft vom 11. September 2008) aus. Vgl. dazu auch DRV Bund 2009, S. 193.

195 Gerdes/Bührlen u.a. 2005, S. 126.

potentiale enthält, die von der Kranken- und der Rentenversicherung offensiver genutzt werden sollten.

Einige Beispiele der Zusammenarbeit von Krankenkassen mit Betrieben runden diese Darstellung ab. Dazu nennen die BARMER ein Projekt mit der Sparkasse Flensburg und dem Deutschen Zentrum für Präventivmedizin in Damp¹⁹⁶, die AOKen Hamburg und Schleswig-Holstein ein solches mit der Pinneberger Verkehrsgesellschaft mbH und den Verkehrsbetrieben Hamburg-Holstein AG in dem Vorhaben Von Gesund(et)en lernen¹⁹⁷ und der Nahrungsmittelhersteller Cremilk in Kappeln ein Projekt mit der AOK Schleswig-Holstein¹⁹⁸. Weitere konkrete Beispiele wurden von den Krankenkassen nicht mitgeteilt, aber mehrfach Hinweise auf entsprechende Planungsvorhaben gegeben.

Zu nennen sind schließlich Beispiele aus der Zusammenarbeit von Krankenkassen und Wissenschaft. In einem auf fünf Jahre angelegten Projekt – 2002 bis 2007 – untersucht die Hochschule Neubrandenburg mit der IKK Nord Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Handwerksbetrieben¹⁹⁹. In einer weiteren Arbeit hat die Energie-BKK in einer Machbarkeitsstudie der Universität Hamburg in Kooperation mit zwei Unternehmen der Energieversorgung, dem BFW Hamburg und dem BAD Elmshorn am Beispiel von Rückenschmerzen Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsprävention erkundet und Vorschläge zur Verbesserung gemacht²⁰⁰.

Diese Vorhaben stellen nur einen Ausschnitt von Krankenkassen-Aktivitäten dar, zeigen aber, dass Krankenkassen die Möglichkeiten des SGB V ergreifen, die Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten positiv zu beeinflussen. Indes geschieht dies, wohl bedingt durch die Wettbewerbsstruktur der Krankenkassen, leider nicht gleichermaßen für alle Versicherten, sondern in differenter Qualität und Quantität, wie der Präventionsbericht 2007 mit der schwergewichtigen Ausrichtung auf das verarbeitende Gewerbe mit mittleren und größeren Betrieben zeigt²⁰¹. Das tatsächliche Ausmaß einer derartigen Nutzung sichtbar zu machen, wird ohne eine vertiefende Aufarbeitung kaum möglich sein. Die bisherigen ernüchternden Ergebnisse bei der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung sind kein Hinderungsgrund,

196 Mitteilung der BARMER an den Verfasser vom 27. Februar 2007.

197 Projektdokumentation, herausgegeben von den Verkehrsbetrieben Hamburg-Holstein AG, der Pinneberger Verkehrsgesellschaft mbH und der AOK – die Gesundheitskasse für Hamburg und Schleswig-Holstein.

198 Auskunft des Personalleiters der Fa. Cremilk vom 23. Januar 2008.

199 Projektpartner ist die IKK Nord. Hingewiesen werden kann in diesem Zusammenhang auf ein BGF-Projekt in deutschen Banken in: DRV Bund 2007b, S. 50.

200 Nähere Hinweise im Kapitel 7.1.3, Fußnote 238.

201 Vgl. dazu Fußnote 178.

eine solche Untersuchung durchzuführen. Die Neufassung der betrieblichen Gesundheitsförderung in § 20a SGB V ab April 2007 öffnet neue Möglichkeiten, die genutzt werden müssen.

7.1.2 Gesetzliche Unfallversicherung

„Aufgabe der Unfallversicherung ist es [...] mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie [...] durch Geldleistungen zu entschädigen“ (§ 1 SGB VII). Mit der Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages wird gleichzeitig ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten in Betrieben und Verwaltungen geleistet. Um diesen Beitrag der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sichtbar zu machen, wurden mehrere Berufsgenossenschaften bzw. Unfallkassen in Norddeutschland um Informationen gebeten²⁰². Dies entsprang der Absicht, den praktischen Vollzug der eingangs zitierten gesetzlichen Absicherung mit Beispielen guter betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen aus der Unfallversicherung abzurunden. Dazu wurden „Vorhaben Ihrer BG in den drei genannten norddeutschen Bundesländern – eigenständig oder in Zusammenarbeit mit einer oder mehreren Krankenkasse(n), einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder anderen – [...], die diesem Zweck dienen“, erfragt. Über diesen partiellen Blick in die Praxis hinaus wurden Geschäftsberichte und andere Veröffentlichungen von UV-Trägern ausgewertet. Auf diesem Wege wurden Beispiele ausgewählt und zusammengestellt, die wegen ihres Inhaltes oder wegen der organisatorischen Anlage bzw. Umsetzung geeignet erscheinen, das praktische Handeln der UV-Träger anschaulich zu machen. Gleichzeitig kann dies verstärkter Kooperation mit anderen Sozialversicherungsträgern zur Reduzierung von Erwerbsminderungsrisiken zusätzliche Impulse geben. – Dies vorausgeschickt hier nun Informationen aus den Berichten der UV-Träger über Maßnahmen und Aktionen vor allem in Kooperation mit anderen Trägern. Zuvor ein kurzer Blick auf bundesweite Aktivitäten mit Ausstrahlung auf Norddeutschland.

Die gesetzliche Unfallversicherung und einige Krankenkassen kooperieren bundesweit in der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA), um arbeitsbedingten

202 Aus den in Hamburg ansässigen UV-Träger wurden die BG Metall Nord Süd, die BG BAU, die BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, die Verwaltungs-BG, die BG der chemischen Industrie und die Landesunfallkasse Hamburg angesprochen.

Gesundheitsgefahren vorzubeugen. Gemeinsam werden Präventionsansätze für die Arbeitswelt weiterentwickelt und vorhandene Methoden oder Erkenntnisse für die Praxis nutzbar gemacht. Diese Organisation wird vom BKK-Bundesverband, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und dem AOK-Bundesverband sowie dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV) getragen²⁰³. Weitere gesetzliche Krankenkassen, etwa die Mitglieder des VdAK oder die IKKs, sind daran nicht beteiligt.

Aus der IGA heraus wurde im Jahre 2002 das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) ins Leben gerufen. Seine Wurzeln hat es in einer Initiative der Europäischen Kommission und dem im Jahre 1996 gegründeten Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP). Das DNBGF versteht sich als eine „offene und informelle Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zur betrieblichen Gesundheitsförderung.“²⁰⁴ Dazu wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet, die vom BKK-Bundesverband und der DGUV und inzwischen auch vom AOK-Bundesverband getragen wird. Zu den Dienstleistungen dieses Verbundes zählt ein Online-Informationsangebot zum betrieblichen Eingliederungsmanagement²⁰⁵. Diese Kooperationen, insbesondere die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)²⁰⁶, folgen der EU-Strategie für Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit 2008 – 2010. Ausgangspunkt und Ziel dieser Strategie ist die Erkenntnis, dass durch Arbeitsschutz nicht nur das Leben und die Gesundheit der Arbeitnehmer geschützt und deren Motivation erhöht, sondern gleichzeitig eine Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit und der Produktivität der Unternehmen und eine Stärkung der Nachhaltigkeit der Sozialschutzsysteme bewirkt werden²⁰⁷.

Zu den bundesweiten Kampagnen, die in Norddeutschland Spuren hinterlassen haben, gehört die im Januar 2007 von der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung gemeinsam gestartete Aktion zur gesundheitlichen Prävention „Deine Haut. Die wichtigsten 2 Quadratmeter Deines Lebens“²⁰⁸. Dies sei – so berichten

203 Beispiele gemeinsamer Prävention und Rehabilitation von GUV und GKV s. DRV Bund 2006a, S. 261.

204 DNBGF o. J., S. 2.

205 DRV Bund 2008c, S. 559.

206 Die GDA ist eine gemeinsame Strategie von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten durch präventiv ausgerichteten und systematisch wahrgenommenen Arbeitsschutz, ergänzt durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, zu erhalten, zu verbessern und zu fördern. Die GDA ist inzwischen durch das UVVMG zum gesetzlichen Auftrag im SGB VII und im ArbSchG erklärt worden.

207 BKK-BV 2007.

208 Mehr Infos unter www.2m2-haut.de [1. März 2010].

die Träger dieser Kampagne – eine „bisher einzigartige Aktion“, mit der dazu beigetragen werden soll, „dass alle Bundesbürger, alt und jung, weiblich und männlich, im Beruf und in der Freizeit ihrer Haut noch mehr Beachtung schenken“. Träger sind die DGUV, die Landwirtschaftliche Sozialversicherung (LSV), der BKK-BV und der AOK-BV. Diese Kampagne ist von regionalen UV-Trägern, dem Arbeitskreis für Unfallverhütung im Lande Schleswig-Holstein e. V. und anderen fortgeführt worden und hat neuartige Instrumente bzw. Methoden zwischen Prävention und Rehabilitation entstehen lassen²⁰⁹.

Für die Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd (NMBG) sind Handwerksbetriebe eine besondere Zielgruppe. Mit einem Pilotprojekt Zusammenarbeit der Sozialversicherungen im Kfz-Handwerk in Schleswig-Holstein wird verbesserte Kooperation mit anderen Akteuren angestrebt. Dazu wurden branchen- und betriebsindividuelle Vorhaben zur Gesundheit am Arbeitsplatz entwickelt, um gesundheitsförderliche Maßnahmen in den Betrieben umzusetzen. Auf dieser Basis wurde unter Beteiligung der IKK Nord, der DRV Nord und des Verbandes des Kfz-Gewerbes in Schleswig-Holstein das Vorhaben GESUND IM AUTOHAUS – Netzwerk für das Kfz-Gewerbe entwickelt. Es verfolgt das Ziel, Mitarbeiter und Unternehmer im Kfz-Gewerbe Schleswig-Holsteins für ein gesundes und motiviertes Arbeitserleben zu gewinnen. Bestandteil dieses Vorhabens ist ein Angebot zur Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements des § 84 Abs. 2 SGB IX²¹⁰.

Bemerkenswertes berichtet die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU). Sie verweist auf das Vorhaben RehaBau²¹¹. Ihr Arbeitsmedizinischer Dienst (AMD) hat bereits in den 1990-er Jahren in Kooperation mit Trägern der Rentenversicherung und Reha-Kliniken ein ergonomisch unterstütztes Rehabilitationsprogramm für ältere Beschäftigte in Handwerksberufen entwickelt. Eine Schlüsselfunktion nimmt darin der Betriebsarzt ein. Stellt er die Notwendigkeit einer medizinischen Reha-Maßnahme fest, initiiert er einen Reha-Antrag beim zuständigen RV-Träger, hilft bei der Antragstellung und unterstützt das ergonomische Programm der Reha-Klinik. Inhalt der Maßnahme ist eine idR im Winter angebotene dreiwöchige stationäre Rehabilitation. Dieses Programm basiert auf über zehnjähriger Erfahrung mit dem bauspezifischen Rückentraining für Auszubildende und wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen

209 Pohrt 2008, S. 59.

210 s. Flyer unter www.nmbg.de [1. März 2010].

211 Hartmann u.a. 2003, S. 134-140; vgl. auch DRV 2003, S. 44. Vgl. auch: Weiler u. a. 2006, S. 309-313

von INQA²¹² unterstützt. Bemerkenswert ist des Weiteren eine von der BG BAU mit der IKK Nord vereinbarte Zusammenarbeit in konkreten Einzelfällen. Auch hier wird der Betriebsarzt tätig, wenn er bei einem Beschäftigten Präventionsbedarf zu den Themen Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Suchtmittel erkennt. Auf kurzem (Fax-)Wege informiert er die IKK Nord, die eine direkte Kontaktaufnahme mit dem Versicherten organisiert²¹³.

Über spezifische Ansätze präventiven Vorgehens berichtet die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Dazu gehört ein in Kooperation mit dem Amt für Arbeitsschutz Hamburg laufendes Projekt Arbeitsschutz in der Pflege²¹⁴. Daran wird auch die AOK Rheinland/Hamburg beteiligt. Dieses Projekt hat zum Ziel, für Pflegepersonal ein Qualifizierungsprogramm zu erstellen und zu vermitteln, um gesundheitlichen Gefährdungen entgegenzuwirken. Im Rahmen einer Pflegekampagne unterstützt die BGW Betriebe finanziell, die das Qualifizierungsprogramm in ihren Einrichtungen durchführen lassen möchten. Zu den Förderbeispielen dieses UV-Trägers zählt der Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) im Katholischen Marienkrankenhaus in Hamburg. Dieses Vorhaben ist gleichermaßen in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg konzipiert²¹⁵. Praktische Zusammenarbeit belegt des Weiteren der von DAK und BGW gemeinsam herausgegebene Gesundheitsreport 2006 Ambulante Pflege zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten²¹⁶. Auf der Grundlage einer bundesweiten Befragung wurden Arbeitshilfen zur Weiter- und Neuentwicklung, insbesondere von Präventionsmaßnahmen, die den Abbau von Arbeitsbelastungen und die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten in den Mittelpunkt betrieblicher Organisations- und Personalentwicklung stellen, erarbeitet.

Zur Beschreibung ihrer Präventionsaktivitäten berichtet die Landesunfallkasse Hamburg, dass bei Beratungen und Besichtigungen in den Betrieben auf eine „ganzheitliche“ Betrachtung der Belastungen und Gefährdungen von Beschäftigten geachtet werde. Dabei bilden konkrete Feststellungen gleichzeitig den Anlass für die Beratung und Bestimmung zukünftiger Handlungsschwerpunkte, um eine sachgerechte und wirksame Gefährdungsbeurteilung zu bewirken²¹⁷. Eine

212 Die mit der Reha-BAU gewonnenen Erkenntnisse wurden inzwischen in eine Fortentwicklung dieses Instruments eingearbeitet; siehe dazu DRV Bund, 2006a, S. 28.

213 Auskunft eines Betriebsarztes im Rahmen der Befragung dieser Studie.

214 BAuA 2005a.

215 Schriftliche Auskunft der BGW vom 7. April 2008.

216 DAK-Versorgungsmanagement 2006.

217 Landesunfallkasse der Freien und Hansestadt Hamburg 2007, S. 10 und 11, 16, und 17.

solche Betrachtungs- und Handlungsweise nimmt umwelt- und personenbezogene Faktoren im Sinne des von der WHO entwickelten bio-psycho-sozialen ICF-Modells²¹⁸ zum Ausgangspunkt. Dadurch werden bessere gesundheitliche Bedingungen in den Betrieben begünstigt und gefördert.

Ob diese Vorgehensweise bei allen UV-Trägern durchgängige Praxis ist, konnte im Rahmen dieser Studie nicht erkundet werden. Dabei kann es sich allerdings nur positiv auswirken, wenn ganzheitliches Verwaltungshandeln die allgemeine Geschäftsgrundlage bildet. Denn das schärft das Bewusstsein für eine wirkungsvolle Gefährdungsbeurteilung und anschließende Beseitigung von Risikofaktoren. Handlungsbedarf gibt es genug. Dies offenbaren schon allgemeine Veröffentlichungen von UV-Trägern. Der Kongress-Planer für den 30. Internationalen Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – die A + A – im September 2007 in Düsseldorf mag als ein Beispiel dienen. Dies zeigt das folgende Zitat: „Zieht man heute, 12 Jahre nach Inkrafttreten der gesetzlichen Verpflichtung zur Durchführung [...] der Gefährdungsbeurteilung, Bilanz, ist festzustellen, dass bei weitem nicht alle Betriebe die Möglichkeiten nutzen, die die Gefährdungsbeurteilung für den Arbeitsschutz bietet: In ca. 50 Prozent aller kleinen und mittleren Unternehmen ist die Verpflichtung unvollständig oder gar nicht erfüllt.“²¹⁹ Handlungsbedarf ist unübersehbar.

Dass sich Prävention und Rehabilitation oft in einem gleitenden Übergang zu- und miteinander befinden, zeigt ein anderes Beispiel. In Arbeitsschutztagungen im Rahmen der jährlichen Baufachmesse NORDBAU in Neumünster vermittelt die BG BAU den Teilnehmern Informationen, die die Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten in der Baubranche fördern und zu ihrer Festigung beitragen. Diese Fachtagungen veranstaltet sie zusammen mit dem Arbeitskreis für Unfallverhütung im Landes Schleswig-Holstein e. V., dem Verein Deutscher Revisions-Ingenieure e. V., dem Verband Deutscher Sicherheits-Ingenieure e. V. und dem Verein Deutscher Gewerbeaufsichtsbeamter e. V.

Nach § 20 Abs. 2 SGB VII haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung durch sog. gemeinsame landesbezogene Stellen die Zusammenarbeit mit den

218 Der ICF ist die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Dies dient der Beschreibung der funktionalen Gesundheit einer Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund.

219 Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2007 S. 98; vgl. dazu auch: Ahlers/Brussig 2005, S. 517 ff.

für Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden sicher zu stellen²²⁰. In Schleswig-Holstein existiert ein Arbeitskreis für Unfallverhütung e. V. Ihm gehören Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, das Sozialministerium, der Berufsgenossenschaftliche Arbeitsmedizinische Dienst (BAD), die IKK Nord, Gewerkschaften, der TÜV Nord und andere in der Unfallverhütung tätigen Verbände und Organisationen an. Arbeitsschwerpunkte sind neben dem Austausch von Informationen (Arbeits-)Sicherheitswochen und Fortbildungsveranstaltungen²²¹. In Hamburg gibt es einen Arbeitskreis für Arbeitssicherheit²²² unter Vorsitz des Präses der Sozialbehörde. Dieser Arbeitskreis führt gleichermaßen am Arbeitsschutz Interessierte zusammen, hat den Mitgliederkreis aber enger gezogen als im nördlichen Nachbarland. Beide Arbeitskreise werden schwergewichtig von Vertretern der gesetzlichen Unfallversicherung gebildet; andere Sozialversicherungsträger und Sozialpartner sind vereinzelt beteiligt. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es anstelle eines direkt vergleichbaren Gremiums lediglich den beim Sozialministerium angesiedelten Arbeitskreis für Gemeinschaftsaufgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, in dem u. a. die DGUV Landesverband Nordostdeutschland mitwirkt²²³. Die Rolle dieser Gremien im Zusammenhang mit § 20 Abs. 2 SGB VII ist nicht sicher erkennbar, sollte deshalb überprüft werden.

Diese Beispiele zeigen, dass UV-Träger für eine Zusammenarbeit mit anderen Trägern der sozialen Sicherheit – vorwiegend mit Krankenkassen, Rentenversicherung und Reha-Einrichtungen – offen sind und diese auch praktizieren. Ob die Möglichkeiten einer Kooperation für verbesserten Gesundheitsschutz und ein reduziertes Risikos vorzeitiger Erwerbsminderung ausgeschöpft sind, lässt sich ohne wissenschaftliche Vertiefung aus diesen und weiteren Beispielen nicht erkennen, obwohl manche Zeichen in Richtung Optimierung deuten. Die Frage, ob die aufgeführten Maßnahmen in den Betrieben auch „ankommen“, ist schließlich Gegenstand der Betriebsbefragung im Kapitel 8.

7.1.3 Gesetzliche Rentenversicherung

Es ist die Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung, dafür zu sorgen, dass die Erwerbsfähigkeit der Versicherten erhalten bleibt. Dies ist in § 9 Abs. 1 SGB VI

220 Dazu haben die Länder Hamburg und Schleswig-Holstein und der Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften am 21. Dezember 2005 eine Vereinbarung zur verstärkten Kooperation gemäß § 21 Abs. 3 ArbSchG abgeschlossen.

221 Die Geschäftsführung liegt in Händen der BG Bau in Hamburg.

222 Näheres im Internet unter <http://www.ak-hamburg.net> [1. März 2010].

223 Näheres im Internet unter <http://www.lvbg.de> [14. April 2010].

wie folgt beschrieben: „Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.“ Die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit ist ihre genuine Aufgabe seit es die gesetzliche Rentenversicherung gibt²²⁴. Die zu diesem Zweck vorgesehenen Rehabilitationsleistungen haben demgemäß eine hohe Bedeutung. Sie sind das Instrument, mit dem die Rentenversicherung auf die Risiken der Beschäftigten in ihrer Erwerbstätigkeit reagieren kann²²⁵.

Um zu erkunden, auf welche Art und Weise die gesetzliche Rentenversicherung ihrer Verpflichtung zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nachkommt, wurden Geschäftsberichte und andere Veröffentlichungen aus den Geschäftsbereichen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, insbesondere der DRV Nord, ausgewertet. Nachfolgend wird aufgezeigt, mit welchen Verfahren und Methoden Erwerbssicherung betrieben wird.

Zur Umsetzung des Reha-Leitgedankens hat die DRV Nord eine Stabsstelle Reha-Strategie und Steuerung eingerichtet. Ihre Aufgabe ist es, die grundsätzliche Eignung der Reha-Einrichtungen zu überprüfen und unter Beachtung des Reha-Bedarfs und der konzeptionellen Weiterentwicklung die Einhaltung der Qualitätsstandards zu kontrollieren. Ihr obliegt es auch, die Einrichtungen bei der Fortentwicklung ihrer Angebote zu beraten und Hinweise zu Veränderungen des Reha-Bedarfs zu geben. Gleichzeitig wird sie beim Aufbau neuer Versorgungsstrukturen tätig, etwa bei der Implementation von Nachsorgeeinrichtungen²²⁶. Zur Sicherung von Erwerbs- bzw. Teilhabefähigkeit werden hauptsächlich zwei strategische Arbeitsziele und -felder ausgewiesen. Es ist zum einen das Bemühen, so früh wie möglich Reha-Bedarfe von Versicherten zu erkennen und zum anderen das Bestreben, mit den Reha-Leistungen eine weitestgehend dauerhafte Wirksamkeit zu erreichen.

Der frühzeitigen Erkundung von Reha-Bedürftigkeit dienen beispielsweise das gemeinsam mit der damaligen LVA Freie und Hansestadt Hamburg und der Bau-BG Hamburg, deren Arbeitsmedizinischer Dienst und der Rheumaklinik Bad

224 LVA Schleswig-Holstein 1990, S. 49.

225 Vgl. dazu Kapitel 4.

226 DRV Nord 2008, S. 17.

Bramstedt betriebene Rehabilitationsprogramm für ältere Beschäftigte in Handwerksberufen der Bauwirtschaft (Reha-Bau)²²⁷ sowie das mit der BG Metall, der IKK Nord und dem Verband des Kfz-Gewerbes in Schleswig-Holstein entwickelte Projekt Gesund im Autohaus²²⁸. Letzteres ist als Pilotprojekt für eine verbesserte Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger im Kfz-Handwerk in Schleswig-Holstein konzipiert. Einbezogen wurden gleichzeitig ein Angebot zur Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements des § 84 Abs. 2 SGB IX.

Vorangegangen war in den 1990-er Jahren ein Vorhaben, mit dessen Hilfe eine drohende Leistungseinschränkung durch Erkrankungen frühzeitig aufgedeckt werden sollte. Zu diesem Zweck wurden Vorgeschichte und Prognose aus den Unterlagen von Krankenkassen hinzugezogen²²⁹. Dies erfolgte bereits in der Phase der Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung, um wertvolle Zeit nicht ungenutzt verstreichen zu lassen. Diesen Untersuchungen folgten weitere Studien, die als Methode PETRA in die Berichterstattung eingingen²³⁰. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden mittels neuer Überlegungen und Forschungsansätze inzwischen weiter verfolgt²³¹. Vielleicht ergeben sich durch die Neufassung der betrieblichen Gesundheitsförderung in § 20a SGB V alternative Möglichkeiten zur frühzeitigen Erkennung von Reha-Bedarf.

Der Zielgenauigkeit und der Bedarfsgerechtigkeit von Reha-Maßnahmen dient auch das an betrieblichen Erfordernissen orientiertes Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung eines Versicherten in Erwerbstätigkeit²³². In wissenschaftlich begleiteter praktischer Entwicklung wurden diese Maßnahmen seit Frühjahr 1998 im Rehabilitationszentrum Berliner Tor in Hamburg in der speziellen Form tagesweiser – als Variante zu einer stundenweisen²³³ – Rückführung eines Beschäftigten in seine Berufstätigkeit erprobt. Als Hamburger Modell gingen diese Vorschläge in die Praxis der Rehabilitation ein, wurden inzwischen weiterentwickelt.

Einen direkten Zugang zum Aufdecken von Reha-Bedarf bietet der betriebliche Alltag mit den Betriebs- und Werksärzten. Diesen Weg beschritt die DRV Nord mit einer Vereinbarung ihrer Reha-Fachklinik Aukrug und mehrerer Betriebe unterschiedlicher Wirtschaftszweige aus Dienstleistung und Energieversorgung.

227 Vgl. dazu Fußnote 211.

228 Siehe dazu die Beschreibung in Kapitel 7.1.2.

229 Zimmermann u.a. 2006, S. 347- 356.

230 Glaser-Möller 2001, S. 157.

231 Hüppe u.a. 2006, S. 347-356.

232 Danner 2001, S. 65.

233 DRV-Bund (Hrsg.): RVaktuell 2008, S. 260, Verbindliche Entscheidung des Vorstandes der DRV Bund.

Auf Anregung des Betriebsarztes werden Beschäftigte zum Zwecke gezielter Gesundheitsförderung bzw. Rehabilitation im Vorfeld manifester Gesundheitsstörungen angesprochen und die Prüfung eines Reha-Verfahrens in die Wege geleitet. In einzelnen Fällen übernimmt der Betriebsarzt die Antragstellung.

Zum Zwecke einer verbesserten Zielgenauigkeit rehabilitativer Leistungen hat die DRV Nord mit dem BFW Hamburg das Modellprojekt Kompetenz-Netzwerk für medizinisch-berufliche Rehabilitation entwickelt²³⁴. Danach werden zum einen Elemente der beruflichen Rehabilitation seitens des BFW bereits in die Phase der medizinischen Rehabilitation hineinverlagert, um Zeitverluste durch eine bessere Verzahnung zu vermeiden. Zum anderen wird beim Auftreten gesundheitlicher Störungen während einer beruflichen Rehabilitation die reha-medizinische Kompetenz der Fachklinik Aukrug eingesetzt, um einen Abbruch der beruflichen Rehabilitation zu vermeiden.

Gefördert werden auch Maßnahmen der Arbeitsambulanz zur (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit Behinderungen in das Erwerbsleben. Dies geschieht in einem Projekt der Aktion Mensch im Kreis Segeberg, an dem neben der DRV Bund und der DRV Nord mehrere Krankenkassen und Berufsgenossenschaften sowie das Integrationsamt Schleswig-Holstein beteiligt sind²³⁵. Dieser Ansatz knüpft an (schwer-)behinderte Versicherte an, denen auch die Integrationsfachdienste gemäß § 111 SGB IX helfen können, vorausgesetzt die Reha-Einrichtungen informieren den Reha-Träger im Entlassungsbericht über den Grad der Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX. Ob dies geschieht, bedarf der Klärung.

Eine Stabilisierung und Festigung von Erwerbsfähigkeit wird schließlich mit einer zwischen der DRV Nord und dem BFW Stralsund geplanten Verzahnung medizinischer und berufsfördernder Rehabilitation angestrebt. Dort ist bei Reha-Maßnahmen an den Kliniken in Bad Sülze, in der Psychosomatischen Klinik Waren und im Moorbad Bad Doberan vorgesehen, erwerbsgeminderten Versicherten die Wiederaufnahme und Fortführung versicherungspflichtiger Beschäftigung durch ein Zusatzmodul zur Wiedereingliederung in die Arbeit zu erleichtern. Der Aufenthalt kann dazu um bis zu fünf Tage verlängert werden²³⁶.

Verbesserte Möglichkeiten zur präzisen Bedarfserkennung waren auch das Ziel einer im Rahmen des Gemeinsamen Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen

234 DRV Bund (Hrsg.): *zukunft jetzt*, Magazin der DRV Bund, Ausgabe 3/2008d. S. 22.

235 Johannsen o. D.

236 Auskunft des Geschäftsführers des BFW vom 12. November 2007.

Rentenversicherung durchgeführten Machbarkeitsstudie²³⁷. Zweck der Untersuchung war es, die betrieblichen Rahmenbedingungen für die Implementation einer integrativen Bedarfsermittlung aus zeitgleicher Erfassung des medizinischen und arbeitsplatzbezogenen Reha-Bedarfs zu erkunden²³⁸. Unter der Federführung der Universität Hamburg und des BFW Hamburg waren daran die Energie-BKK, der Berufsgenossenschaftliche Arbeitsmedizinische Dienst (BAD) Elmshorn und die beiden Energie-Unternehmen E.ON Hanse und HEW beteiligt. Als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementation sahen die Gutachter das Vorhandensein eines betrieblichen Gesundheitsmanagements an. Insofern läge der Schlüssel zu Erfolg in den Betrieben. Ob und wenn ja, welche Folgerungen aus diesen Erkenntnissen inzwischen gezogen wurden, ist nicht bekannt. Auch insofern wird auf Kapitel 10 verwiesen.

Das zweite hauptsächliche Arbeitsfeld neben der Bedarfserkennung betrifft Bemühungen, die Nachhaltigkeit positiver Wirkungen von Rehabilitation durch Nachsorgeleistungen zu befördern. Auslösend war eine in den Jahren 2002/2003 durchgeführte bundesweite Bestandsaufnahme zu Nachsorgemaßnahmen²³⁹. Mit ihr wurde eine Vielzahl bis dato nicht bekannter Nachsorgebeispiele in Inhalt und Struktur aufgedeckt. Eine wissenschaftliche Vertiefung durch die LVA Schleswig-Holstein gemeinsam mit dem Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung (vffr)²⁴⁰ und eine weitere gezielte Durchdringung durch das Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung e. V., Bad Säckingen²⁴¹, gaben Impulse in die gesamte deutsche Rentenversicherung. Ihren Niederschlag fanden sie in einer Überarbeitung der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung vom 26. Januar 2007²⁴² und einer Überarbeitung und Neuauflage des Leitfadens für den einheitlichen Entlassungsbericht²⁴³. Andere Sozialversicherungsträger öffneten sich diesen Gedanken und erarbeiteten gemeinsam mit der Rentenversicherung unter dem Dach der BAR eine Handlungshilfe zur Nachhaltigkeit²⁴⁴.

237 DLR-Projektträger des BMBF, Deutsche Rentenversicherung: Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbünde 2002, S. 134.

238 DRV Bund 2007b, S. 48; siehe auch Giese 2007, S. 119; siehe dazu auch Fußnote 200.

239 Köpke 2004.

240 Deck u.a. 2004.

241 Bengel/Jäckel 2005.

242 Arbeitspapier der DRV Bund. Im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung-bund.de [1. März 2010].

243 DRV Bund 2007a.

244 BAR 2008.

Vorstehende Darstellung enthält bemerkenswerte Ansätze zur Bedarfserkennung und Nachhaltigkeitsförderung. Es sind ermutigende Zeichen für vorhandene Entwicklungspotentiale. In welchem Umfang sie schon jetzt zu praktischen Verbesserungen geführt haben, wird – insbesondere mit Blick auf die Bedarfserkundung – ohne eine vertiefende Erkundung kaum zu sagen sein. Unterlagen der dafür relevanten Träger könnten erste Klarheiten bringen. Dies muss weiter erkundet werden. Anregungen zur Vertiefung werden im Kapitel 10 dargestellt.

7.2 Maßnahmen auf staatlicher Ebene

Wie die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung ist die Arbeitsschutzpolitik des Staates gleichermaßen auf die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten ausgerichtet. Bei unterschiedlichen Ansätzen und Gewichtungen ist deren Erhaltung und Förderung das gemeinsame Ziel. Bei den Sozialversicherungsträgern tritt hinzu, dass sie im Schadens- bzw. Versicherungsfall rehabilitative und/oder finanzielle (Ersatz-)Leistungen erbringen. Auf alle Akteure bezogen stehen häufig präventive Angebote, Programme und ähnliche Maßnahmen im Vordergrund, in der GUV ausdrücklich, in der GKV zunehmend und in der GRV perspektivisch – für alle gleichermaßen auf der Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung Prävention nach § 3 SGB IX vom 16. Dezember 2004²⁴⁵. In dieser vielfältigen Gemengelage ist es die Aufgabe aller Akteure aus dem staatlichen Arbeitsschutz und den Sozialversicherungsträgern, an der Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Lebensräume und Maßnahmen mitzuwirken. Dabei wird jeder Akteur für sich prüfen und entscheiden müssen, ob und ggf. wie er die Wirksamkeit seiner eigenen Aufgabenerfüllung durch Kooperation und Koordination – vom Nachbarn lernen – verbessern und dem Präventionsauftrag des § 3 SGB IX entsprechen kann. Die nachfolgende Darstellung staatlicher Aktivitäten wird demgemäß darauf beschränkt aufzuzeigen, was Bund und Länder über die Leistungen der drei klassischen Sozialversicherungsträger hinaus tun, um die Erwerbsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung zu sichern und zu fördern.

245 Gemeinsame Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, dass Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel erbracht wird, vom 16. Dezember 2004. Vgl. dazu BAR 2005a, S. 50.

7.2.1 Länder

Die Überwachung des Arbeitsschutzes nach dem ArbSchG ist staatliche Aufgabe. Er hat die Einhaltung dieses Gesetzes zu kontrollieren und die Arbeitgeber zu beraten. Die zuständigen Landesbehörden und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben bei der Überwachung eng zusammenzuwirken und den Erfahrungsaustausch zu fördern. Dabei können die Landesbehörden mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vereinbaren, dass diese die Einhaltung überwachen²⁴⁶. Diese Grundsätze sind im Fünften Abschnitt des ArbSchG – §§ 21 ff. – näher geregelt. Zum Nachweis ihrer Überwachungs- und Beratungstätigkeit legen die Arbeitsschutzbehörden jährlich Tätigkeitsberichte vor²⁴⁷. Darin werden für die drei norddeutschen Länder eine allgemeine Berichterstattung und Tätigkeitsschwerpunkte nach vergleichbarem Schema sowie Grundsatzfragen und fachliche Schwerpunkte ausgewiesen. In diesen Tätigkeitsberichten benennen die Länder insbesondere die folgenden Felder:

- In Hamburg²⁴⁸ die ArbeitsschutzPartnerschaft – Startsignal für eine Kooperation im betrieblichen Gesundheitsschutz, ein Arbeitsschutz-Handbuch für Kleinbetriebe im Handwerk und Informationen über neue Anforderungen an „ausgezeichnete“ Betriebe im Arbeitsschutz.
- In Mecklenburg-Vorpommern²⁴⁹ eine Darstellung der Dienstgeschäfte und der Zusammenarbeit mit anderen Stellen, des technischen Arbeitsschutzes mit Einzelbeispielen, des sozialen Arbeitsschutzes und in einem Extrateil Details zum medizinischen Arbeitsschutz.
- In Schleswig-Holstein²⁵⁰ eine Darstellung der risikoorientierten Steuerung der Aufsichtstätigkeit (RSA), des Vorhabens GESA – Gesundheit am Arbeitsplatz und mehrerer fachlicher Schwerpunkte, u. a. Gesundheitsschutz in Krankenhäusern²⁵¹ und Staubexposition in Futtermittelbetrieben.

246 Das ist zum Beispiel geschehen durch eine Vereinbarung über das Zusammenwirken der staatlichen Arbeitsschutzbehörden und der Unfallversicherungsträger in Schleswig-Holstein und der Freien und Hansestadt Hamburg zwischen dem Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften – als Gemeinsame Landesbezogene Stelle nach § 20 SGB VII – und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein und der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg vom 21. Dezember 2005.

247 § 23 Abs. 4 ArbSchG.

248 Freie und Hansestadt Hamburg 2005.

249 Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2004.

250 Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

251 BAuA 2007, S. 127 f.

Hervorzuheben sind aus der Tätigkeit der Arbeitsschutzbehörden in Hamburg das Vorhaben Arbeitsschutz Partnerschaft, in Mecklenburg-Vorpommern der Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention u. a. mit dem Schwerpunkt Arbeitswelt und in Schleswig-Holstein das Vorhaben GESA – Gesundheit am Arbeitsplatz.

Die Arbeitsschutz Partnerschaft in Hamburg ist eine vertragliche Vereinbarung von Vertretern der Behörden, der Wirtschaftskammern, der Unternehmensverbände, der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Sozialpartner. Sie bezweckt die Schaffung vorbildlicher Arbeitsschutzstrategien in den Betrieben, hat dazu im Jahre 2007 2701 Betriebe geprüft und 170 davon ausgezeichnet²⁵². Damit sollen traditionelle Formen der Betriebsbegehung und -besichtigung durch neue kooperative Arbeitsschutzstrategien in der Form branchenorientierter und branchenübergreifender Projekte ergänzt werden. Dazu gehört neben einer Vielfalt informatorischer Broschüren eine halbjährlich erscheinende Zeitschrift des Amtes für Arbeitsschutz unter dem Titel *forum arbeitswelt*. Beispielhaft für die vielfältigen Aktivitäten kann auf die alle zwei Jahre stattfindende Fachmesse Arbeitsschutz aktuell im Herbst 2008 in Hamburg als Branchentreffpunkt für Deutschland, Dänemark, Schweden und Osteuropa verwiesen werden²⁵³.

Auslöser für den Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention in Mecklenburg-Vorpommern²⁵⁴ ist die Koalitionsvereinbarung von Anfang 2007. Mit diesem Plan wird angestrebt, die Menschen in Mecklenburg-Vorpommern „von klein auf darin zu bestärken, gesund zu leben und auf die Gesundheit zu achten“. Neben den Lebenswelten Kommune, Kindertagesförderung und Schule sind Betrieb und Arbeitswelt vor allem mit dem Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20a SGB V) zentraler Gegenstand dieses im Sommer 2008 verabschiedeten Vorhabens. Gemeinsam mit allen Akteuren auf dem Gesundheitssektor soll durch eine verbesserte Kooperation in den Settings Kindertagesstätten/Schulen, Stadtteile und Unternehmen eine nachhaltige Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen erreicht werden. Ein Runder Tisch zur betrieblichen Gesundheitsförderung wird die Partner zusammenführen, die Unternehmen unterstützen können. Auch Sozialpartner werden an der Entwicklung und Umsetzung beteiligt.

252 Mündliche Auskunft vom 15. Januar 2007; s. auch BAuA, 2007, S. 119 ff.

253 8. bis 10. Oktober 2008, Hamburg-Messe, ideelle Trägerschaft Fachvereinigung Arbeitssicherheit e.V.

254 Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2008.

GESA²⁵⁵ ist eine schleswig-holsteinische Initiative für mehr betriebliche Gesundheitsvorsorge. 2002 ins Leben gerufen, führt dieses Netzwerk gut 40 Akteure aus dem Sozialministerium, von Trägern der Unfall- und Krankenversicherung, aus wissenschaftlichen Einrichtungen, von Sozialpartnern und aus Landes- und Kommunalverwaltungen, Kammern und Vereinen zusammen. Gemeinsam werden ein verbessertes Vorgehen und mehr Wirksamkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Betrieben und Verwaltungen angestrebt. Dazu wurden in Betrieben bzw. in Einrichtungen der beruflichen Bildung praxisnahe Informations- und Kommunikationsaktionen unter dem Blickwinkel des demografischen Wandels mit Vertretern von Krankenkassen, Betriebs- und Werksärzten, Kammern, Unternehmensverbänden und Einrichtungen der Gesundheitsförderung durchgeführt. Zusätzliche Impulse werden von einem gesa-Innovationspreis erwartet, der 2009 erstmals verliehen wird.

Eine ausdrückliche Orientierung der Tätigkeit der Arbeitsschutzbehörden der drei Länder auf die Sicherung und Erhaltung von Erwerbsfähigkeit ist in den Tätigkeitsberichten zwar nicht ausgewiesen. Die insoweit positiven Auswirkungen liegen jedoch auf der Hand, verdienen es deshalb, genannt zu werden. Ein stärkeres Miteinander von staatlichem Arbeitsschutz und selbstverwalteter Unfallversicherung durch einen insgesamt belebten § 20 Abs. 2 SGB VII könnte für beide Seiten förderlich sein²⁵⁶. Näheres dazu in den Kapiteln 9 und 10.

7.2.2 Bundesregierung

Zur Umsetzung und zur Förderung des betrieblichen Gesundheitsschutzes wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf vielfältige Weise tätig²⁵⁷. In seinen Strukturen und Verflechtungen existiert eine nahezu unübersehbare Fülle von Präventions- und Förderprogrammen auf verschiedenen Ebenen, deren Wirkungen auf die Erhaltung von Erwerbsfähigkeit ausstrahlen. Ausschnitte aus diesen Programmen werden nachfolgend dargestellt, denn sie werden auch in den drei norddeutschen Ländern wirksam.

Die wissenschaftliche Begleitung der Fördervorhaben und die Projektadministration der Bundesvorhaben erfolgt vielfach durch die BAuA – eine seit dem 1.

255 Demonstrationen unter www.gesa-sh.de [1. März 2010]; nähere Informationen zu GESA können u.a. in einer Studie von Christina Hobelsberger, Universität Flensburg, vom Januar 2007 nachgelesen werden.

256 Siehe dazu die Anregung Nr. 25 in dieser Studie.

257 Gesamtübersicht unter www.bmas.de/coremedia/generator/21322/uebersichtsseite_arbeitsschutz.html [1. März 2010].

Juli 1996 bestehende Behörde des – damaligen – Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMAS). Ihre Aufgabe besteht „in der nachhaltigen Verbesserung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“, heißt es im Unfallverhütungsbericht Arbeit 2005. Weiter wird dargelegt, dass durch die „Bereitstellung von gesundheitlichen und sicherheitsrelevanten Informationen [...] ein präzises Bild über den Status von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit gezeichnet werden“ soll. Aus der großen Zahl der Projekte ist vor allem das bereits seit 1993 bestehende Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen durch das damalige BMAS zu nennen. Daraus wurden jährlich Fördergelder für dreijährige Modellvorhaben bereit gestellt²⁵⁸. Wegen der weiten Verbreitung und ihrer Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit kommt dem 2007 gebildeten BMAS-Modellprogramm Förderschwerpunkt Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen mit den verbundenen Vorhaben KoBRA, PAKT und naprima²⁵⁹ große Bedeutung zu. Weitere Schwerpunktthemen befassen sich mit Gesundheit und Sicherheit in Kleinstbetrieben (GUSIK), Gesundheitsgefahren in der Bauwirtschaft (ArGO) und mit arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren im Entsorgungsbereich (verena). Bemerkenswert sind auch internetgestützte Pool-Modelle in Zusammenarbeit mit dem Handwerk. Genannt werden kann dazu aus dem Untersuchungsgebiet das regionale Netzwerk INQA-bauen. Es verfolgt das Ziel, die „neue Qualität des Bauens“ in der Baupraxis der Region Hamburg durch direkte Ansprache von Betrieben, Organisationen, Planern, Bauherren und Herstellern sowie dem Handel in konkreten Beratungs-, Weiterbildungs-, Kooperations- und Bauprojekten umzusetzen²⁶⁰.

Zu nennen ist des Weiteren die im Jahre 2002 ins Leben gerufene Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)²⁶¹. INQA bezweckt eine Verbesserung von Arbeitsqualität und Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe in Deutschland. Diese Initiative stellt „eine Plattform für Wissenschaft, Wirtschaft und Politik zur Verfügung und ermöglicht damit einen Informationsaustausch nach allen Seiten“²⁶². INQA unterstützt Unternehmen, durch praxisorientierte Instrumente mitarbeiterorientierte und zugleich wettbewerbsfähige Arbeitsplätze zu schaffen. INQA ist organisatorisch bei der BAuA angesiedelt und erfasst über ihr Netzwerk etwa 1500 Unternehmen. INQA nimmt sich vor allem auch schwieriger Themenfelder an, so u. a. der Förderung guter Arbeit im Mittelstand. Ein Initiativkreis Mittelstand hilft

258 Näheres unter www.baua.de/modellprogramme [1. März 2010].

259 BAuA 2007c, S. 3.

260 Im Internet unter <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/netzwerk,did=245596.html> [1. März 2010].

261 S. Fußnote 166.

262 Sedlatschek 2007, S. 12.

bei der Suche nach mittelstandsgerechten Antworten, denn „kleine und mittlere Unternehmen sind Wegbereiter vielfältiger Innovationen.“²⁶³ INQA bemüht sich ferner, das Wissen und den Gedanken Guter Arbeit auch auf internationaler Ebene zu verbreiten und hat im Mai 2007 in Berlin gemeinsam mit dem BMAS, der Bertelsmann Stiftung, der Hans-Böckler-Stiftung und der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen die Konferenz Qualität der Arbeit – Schlüssel für mehr und bessere Arbeitsplätze durchgeführt²⁶⁴.

Als Mittler bei der Umsetzung programmatischer Ziele des BMAS ist das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr) tätig²⁶⁵. Es betreut das Projekt Gesunde Arbeit, gefördert von BMAS und INQA – dies mit Vorhaben in bundesweit sechs Modellregionen, die die Sicherung von Erwerbsfähigkeit zum Ziel haben²⁶⁶. Dazu können aus Norddeutschland die vernetzungsorientierten Projekte Gesunde Arbeit Segeberg²⁶⁷ und triAss, letzteres ausgestaltet als poststationäres Eingliederungsmanagement im Zusammenwirken von Reha-Klinik und Rentenversicherungsträger²⁶⁸ genannt werden. Gesunde Arbeit Segeberg verfolgt das Ziel, trotz erheblicher Segmentierung der Angebotsstruktur einzelne Angebote unter anderem zum betrieblichen Eingliederungsmanagement „wie aus einer Hand“ zu ermöglichen. Vorgesehen ist, dass das angestrebte Case-Management bei erfolgreichem Verlauf einer Gemeinsamen Servicestelle gem. § 22 SGB IX angegliedert werden soll.

Wertvoll ist die Tätigkeit von INQA vor allem innerhalb Deutschlands. So haben erst jüngst die AOK Niedersachsen und INQA mit Hilfe des BMAS ein branchenübergreifendes Kompetenznetzwerk Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement aufgebaut. Zweck ist die Förderung von Mitarbeitern vor allem in Führungspositionen. Einbezogen sind mittlerweile auch die AOKen Rheinland/Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern²⁶⁹. Schon nach einjähriger Laufzeit seien 24 Betriebe für eine Mitarbeit gewonnen worden.

263 BAuA 2006, S. 15.

264 BAuA 2007a, S. 15.

265 Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, Herausgeber u.a. des Diskussionsforums Teilhabe und Prävention mit regelmäßigen Informationen zum Schwerbehindertenrecht und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.

266 Näheres unter www.gesunde-arbeit.net/front_content.php [1. März 2010].

267 Regionalprojekt im Rahmen des BMAS-/INQA-geförderten Projektes Gesunde Arbeit (Projektleitung iqpr, Köln) zur Entwicklung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, bearbeitet von InReha Hamburg.

268 Persson 2007.

269 BAuA 2007a, S. 14.

Zu erwähnen ist aus der breiten Palette arbeits- und gesundheitsorientierter Vorhaben des Weiteren die gemeinsame Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“. Sie wurde 2004 vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zusammen mit Arbeitgebern, Gewerkschaften, Behindertenverbänden und -organisationen, der Bundesagentur für Arbeit, den Integrationsämtern, Rehabilitationsträgern sowie Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen gestartet. Sie ist auf behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen ausgerichtet und verfolgt das Ziel, betriebliche Prävention durch Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements zu fördern²⁷⁰.

Zu nennen ist schließlich als ein weiteres erwerbsfähigkeitsrelevantes Beispiel die im Auftrage der BAuA durchgeführte Untersuchung über Arbeitsbedingungen im Speditionsgewerbe. Darin geht es um Gesundheit und Sicherheit von rund 700 000 Fahrern²⁷¹. Bedeutung hat diese Untersuchung vor allem, weil Beschäftigte dieser Berufsgruppe unter den zehn wichtigsten Branchen nach öffentlicher Verwaltung und Sozialversicherung den zweithöchsten Krankenstand haben, mithin ein hohes Risiko frühzeitiger Erwerbsminderung aufweisen²⁷². Dem könnte (und sollte) präventiv-rehabilitativ mit den Möglichkeiten des § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI begegnet werden.

Bundesregierung und Länderregierungen führen – wie die Beispiele zeigen – eine große Zahl gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Arbeitswelt durch. Durch ihre vorwiegend präventiv ausgerichtete Zwecksetzung leisten sie wichtige Beiträge zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten in den Betrieben. Auf diese Weise beugen sie mit rd. 500 Millionen € aus der Ausgleichsabgabe der Herausbildung chronischer Erkrankungen oder dauerhafter Behinderungen vor²⁷³. Ob Wert und Wirkung dieser staatlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes bereits ihr Optimum erreicht haben, sollte näher geprüft werden. Denn es ist fraglich, ob alle Sozialversicherungsträger, die durch Kooperation zu ihrer Wirksamkeit beitragen können, um diese Maßnahmen wissen, geschweige denn daran beteiligt werden. Versicherte, denen diese sozialen Maßnahmen dienen, dürften nur in Ausnahmefällen über derartige Fördermöglichkeiten unterrichtet sein. Aufklärung scheint auch insoweit dringend geboten.

270 DRV Bund: Regionale Initiative Betriebliches Eingliederungsmanagement. Berlin 2008b.

271 DGB 2006b, S. 2.

272 Badura u. a. 2008, S. 106.

273 Auskunft der DGUV vom 29. Oktober 2008.

7.3 Weitere Aktivitäten zur Förderung der Erwerbsfähigkeit

7.3.1 Aktivitäten verschiedener Träger und Initiatoren

Über die unter 7.1 und 7.2 aufgeführten Maßnahmen hinaus weisen Geschäftsberichte und andere fachbezogene Veröffentlichungen Aktivitäten zur Stärkung von Erwerbsfähigkeit aus. Eine bundesweite Gesamtübersicht über derartige Vorhaben existiert offensichtlich nicht. So dient dieser Abschnitt als Auffangbecken – besser als Fundus – für weitere Optimierungsbemühungen. Sozialversicherungsträger und andere der Erhaltung von Erwerbsfähigkeit verpflichtete Akteure können daraus Anregungen für eigenes Handeln ableiten. Die fehlende Gesamtübersicht enthebt „die“ Politik allerdings nicht ihrer Aufgabe, auf diesen Aktionsfeldern für mehr Transparenz zu sorgen und dadurch zur Stärkung der Erwerbsfähigkeit der erwerbsinteressierten Bevölkerung zusätzlich beizutragen. Näheres im Kapitel 10.

Über die Sozialversicherungsträger hinaus nehmen sich andere Organisationen und Institutionen in Norddeutschland der Sicherung der Erwerbsfähigkeit an. Dazu zählt ein Zusammenschluss, der durch verbesserte Information und Zusammenarbeit eine wirksamere Gesundheitspolitik in den Betrieben anstrebt, das in Schleswig-Holstein gegründete Netzwerk Betrieb/Rehabilitation²⁷⁴. Dieser Verbund bezweckt die Verzahnung der stationären mit der betrieblichen Rehabilitation und verfolgt dies über den Aufbau eines EDV-gestützten Informationssystems, eine Weiterentwicklung und den flächendeckenden Einsatz eines betriebsärztlichen Assessmentsystems sowie die Entwicklung ambulanter und teilstationärer Reha-Kooperationsmodelle²⁷⁵. An diesem Netzwerk beteiligen sich zwölf Reha-Kliniken in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern, das BFW Hamburg, das LGA Schleswig-Holstein, das Institut für Sozialmedizin in Lübeck und andere.

In einem anderen regionalen Projekt hat das BFW Hamburg in Kooperation mit Betrieben das EU-Projekt Prävention als Chance für Unternehmen und Mitarbeiter (PACUM) durchgeführt. Dieses Vorhaben – vom 1. Juli 2005 bis 31. Dezember 2007 – verfolgte das Ziel, Gesundheitsmanagement und betriebliches Eingliederungsmanagement gem. § 84 Abs. 2 SGB IX für kleine und mittlere Betriebe zu entwickeln und miteinander zu verzahnen. Einbezogen wurden zehn Betriebe aus dem gewerblichen, dem Hotel- und dem sonstigen Dienstleistungsbereich mit rd. 1.000 Beschäftigten. Die wissenschaftliche Begleitung lag in Händen der

274 Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e. V.: ZAE GmbH, Fährstraße 49, 25541 Brunsbüttel.

275 Im Internet unter <http://www.ren-a.de> [1. April 2007].

Hamburger Universität, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, und der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg²⁷⁶.

Regionale Akteure aus dem BBW und dem (damaligen) Arbeitsamt Hamburg sind an weiteren Vorhaben beteiligt, so unter anderem an dem von der BAR²⁷⁷ entwickelten Vorhaben kooperativen Vorgehens REGINE²⁷⁸. Zusammen mit anderen Leistungsträgern wurden in einem bundesweiten Projekt des BMAS neue Wege zur Integration leistungsbeeinträchtigter Beschäftigter in den Erwerbsprozess erprobt. Dieses Umsetzungskonzept wird derzeit zu einem Umsetzungskonzept für die kooperative Ausbildung behinderter Jugendlicher fortentwickelt.

Einen besonderen Weg der – nicht nur – betrieblichen Gesundheitsförderung hat die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) eingeschlagen. Krankenkassen, Kammern der Heilberufe, Fachbehörden, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften, Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Initiativen und Arbeitskreise aus dem Selbsthilfebereich haben sich zu einem Aktionsbündnis zusammengetan, um – wie es in der Satzung heißt – „auf der Grundlage der Ottawa-Charta der WHO Maßnahmen und Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln, zu unterstützen, zu koordinieren, anzuregen oder selbst durchzuführen, eine Vernetzung von Institutionen, Vereinen und Verbänden [...] zu fördern, die im Arbeitsfeld Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind“. Daneben verleiht diese Arbeitsgemeinschaft seit 1999 alle zwei Jahre den Hamburger Gesundheitspreis für Betriebe, Wirtschaft und Verwaltung (HGP), um das öffentliche Bewusstsein positiv zu beeinflussen²⁷⁹.

Zu erwähnen ist auch die Kooperationsstelle Hamburg, ein Referat der Behörde für Wissenschaft und Forschung der Freien und Hansestadt Hamburg. Es entstand im Jahre 1982 aus einem bundesweiten Kooperationsprojekt des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) mit dem Bundesforschungsministerium und einer Reihe hochschulischer Einrichtungen und bezweckt eine stärkere Nutzung wissenschaftlicher Kompetenzen für die Bedürfnisse der Arbeitswelt. Diese Kooperationsstelle forscht nach besseren Wegen und erprobt Möglichkeiten einer beschäftigtenfreundlichen Gestaltung der Arbeitsumwelt.

Als Weiteres kann die Beratungs- und Informationsstelle Arbeit & Gesundheit in Hamburg – getragen von einem gleichnamigen Verein aus Fachleuten, Interessierten und Betroffenen aus Betrieb, Gewerkschaft und Wissenschaft – genannt

276 Giese u.a. 2007a.

277 Vgl. dazu Fußnote 44.

278 Dieses Projekt ist Teil des Arbeitsprogramms (Orientierungsrahmen) der BAR und befindet sich derzeit in der Umsetzung.

279 Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung 2006.

werden. Sie wird aus Mitteln des Hamburger Landesetats gefördert. Bereits seit 1986 erarbeitet und verbreitet diese Einrichtung Informationen zu Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz und informiert über Möglichkeiten zu einer besseren Gestaltung der Arbeitsumwelt²⁸⁰.

Aus dem norddeutschen Bereich kann ferner – neben einer Reihe regionaler Aktivitäten – auf eine Präventionsinitiative der Handelskammer Hamburg mit Partnern aus der Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft hingewiesen werden. Ihr zentrales Anliegen ist die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens. Denn „betriebliches Gesundheitsmanagement – die systematische Sorge um körperliches und seelisches Wohlbefinden – sollte [...] Bestandteil jeder Firmenstrategie sein.“²⁸¹ Zu dieser Initiative zählt ein Gesundheitstag der Hamburger Wirtschaft, der im Februar 2008 den Themen Fit im Unternehmen und Psycho-soziale Gesundheit gewidmet war. Gleichzeitig wurde damit die Verleihung des Hamburger Gesundheitspreises der HAG²⁸² verbunden.

Zu nennen ist sodann eine Konkretisierung des Netzwerk-Instruments der Initiative Neue Qualität der Arbeit in Norddeutschland. Das regionale Netzwerk INQA-bauen Hamburg verfolgt das Ziel, die „neue Qualität des Bauens“ in Hamburg durch direkte Ansprache von Betrieben, Organisationen, Planern, Bauherren und Herstellern sowie dem Handel umzusetzen. Beteiligt sind daran u. a. die BG BAU Prävention und die Arbeitsschutz Partnerschaft Hamburg²⁸³.

Berichtenswert ist schließlich eine Initiative der Europäischen Kommission mit Spuren in Norddeutschland²⁸⁴. Sie führen zu einem Projekt der AOKen Hamburg und Schleswig-Holstein mit regionalen Verkehrsunternehmen Von Gesund(et)en lernen²⁸⁵. Diese Betriebe sind Move Europe-Partner. Dies ist eine Kampagne, die sich die Förderung der Gesundheit europäischer Arbeitnehmer zum Ziel gesetzt hat. Diese Aktion wird u. a. unterstützt von der Deutschen Bahn AG, IBM, Deutsche Post World Net und Bertelsmann AG. Sie verleiht den Unternehmerpreis Gesundheit und bezweckt damit eine europaweite Verbreitung der betrieblichen

280 Im Internet unter www.arbeitundgesundheit.de [1. März 2010].

281 Flyer Gesunde Mitarbeiter – starkes Unternehmen. Im Internet unter www.fit-in-hamburg.info [1. März 2010].

282 Näheres siehe Fußnote 279.

283 Im Internet unter <http://www.inqa.de> [1. März 2010].

284 Die Verkehrsunternehmen VHH/PVG in Hamburg und Schleswig-Holstein sind Move Europe-Partner.

285 Vgl. dazu Fußnote 197.

Gesundheitsförderung²⁸⁶. Für vorbildliches Gesundheitsmanagement wurde jüngst in der Kategorie öffentlicher Dienst die Deutsche Rentenversicherung Bund, Abt. Rehabilitation, prämiert²⁸⁷.

7.3.2 Beiträge der Sozialpartner und Tarifparteien

Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände wirken auf verschiedene Weise bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen in den Betrieben mit. Dies geschieht als Sozialpartner in den Gremien der Sozialversicherung und in der Tarifpolitik durch vertragliche Regelungen betrieblicher Arbeitsbedingungen.

In der Sozialversicherung benennen sie Kandidaten für die Selbstverwaltungsgremien in der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung und in den Gremien der Bundesagentur für Arbeit. Diese vertreten in den Vorständen, Vertreterversammlungen, Verwaltungsräten und weiteren Funktionen die Interessen der Versicherten und Arbeitgeber bei der Ausführung von Leistungen der Sozialversicherung. Trotz unterschiedlicher politische Positionen und Akzentuierung im Großen haben sie in Bezug auf konkrete Ausgestaltung sozialrechtlicher Leistungen im Einzelnen vielfach in ähnlicher Weise die Versicherten im Blick. Dies verdeutlicht etwa die gemeinsame Erklärung von BDA und DGB vom 21. April 2004. Beide Organisationen sehen es als dringlichste Aufgabe für die Arbeits- und Gesundheitsschutzakteure an, „praxistaugliche und einsichtige Handlungshilfen zu entwickeln, die insbesondere die kleineren und mittleren Unternehmen [...] in die Lage versetzen, erfolgreiche betriebliche Gesundheitspolitik zu betreiben.“²⁸⁸ Dies zeigt ihr verantwortungsbewusstes Engagement, zugleich auch den gemeinsam erkannten Handlungsauftrag.

In der Tarifpolitik vereinbaren Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände für ihre Mitglieder „Rechtsnormen, die den Inhalt, den Abschluss und die Beendigung von Arbeitsverhältnissen sowie betriebliche [...] Fragen ordnen [...].“²⁸⁹ Dabei dienen Tarifverträge nicht nur der Regelung materieller Fragen, sondern auch der Gestaltung von Arbeitsbedingungen. Auf vielfältige Weise regeln sie bundesweit,

286 Die Kampagne Move Europe initiiert vom Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) bietet Unternehmen und Organisationen eine Plattform, um ihre guten Praxisbeispiele betrieblicher Gesundheitsförderung zu präsentieren. Näheres im Internet unter www.move-europe.de [1. März 2010].

287 BAR 2008a, S. 13.

288 BDA/DGB 2004.

289 § 1 Abs. 1 Tarifvertragsgesetz. Zur Erläuterung ist anzumerken, dass es im Jahre 2003 ca. 59.600 gültige Tarifverträge gab, die etwa vier Fünftel aller Arbeitnehmer erfassten (vgl. Hans-Böckler-Stiftung 2004. S. 65 ff.).

regional oder branchen- und betriebsbezogen wichtige Bedingungen, unter denen Arbeit in den Betrieben verrichtet wird. Dazu zählt die Gestaltung von Arbeitszeit und Pausen. Über Entlohnungsfragen hinaus werden zunehmend gesellschafts-, sozial- und gesundheitspolitische Fragen geregelt. So wurden jüngst Tarifverträge zur sozialverträglichen Gestaltung des demografischen Wandels und zur Gestaltung alters- und altersgerechter Arbeitsplätze abgeschlossen²⁹⁰.

Hier sind auch Betriebsvereinbarungen²⁹¹ zu nennen, die zwischen Betriebsrat und Arbeitgeber zur Regelung betrieblicher Angelegenheiten im Rahmen von § 77 BetrVG vereinbart werden können. Sie sind ein weit verbreitetes Instrument²⁹². Fachleute sehen in Betriebsvereinbarungen einen Schritt zur Entwicklung einer dritten Säule des Arbeitsschutzes²⁹³. Auch Integrationsvereinbarungen gem. § 83 SGB IX sind in diesem Zusammenhang zu nennen. Sie sind ein hilfreiches Instrument zur Integration von schwerbehinderten Beschäftigten²⁹⁴.

Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände nehmen auf diesen Wegen Einfluss auf eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Sie berücksichtigen damit die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsförderung. Wachsende betriebliche Gesundheitspolitik spiegelt sich auch in Grundsatzpositionen der Tarifparteien wider, so etwa im Tarifpolitischen Programm der Gewerkschaft ver.di. Dort heißt es „Es sind tarifvertragliche Regelungen anzustreben, die Strukturen schaffen, einen effektiven Arbeits- und Gesundheitsschutz im Unternehmen zu installieren und die Prävention als Hauptanliegen zu verankern.“²⁹⁵ Auch seitens der BDA wird der Förderung betrieblicher Gesundheitspolitik „eine große Bedeutung zugemessen“ und dies durch Materialien belegt. Betont wird, dass die „Thematik unter dem demografischen Aspekt einer älter werdenden Gesellschaft einen aktuellen Stellenwert“ erfährt. So seien bei der „Gestaltung alters- und leistungsgerechter Arbeitsbedingungen [...] auch Vereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz getroffen worden.“²⁹⁶ Die offene Haltung zeigte auch ein Referat eines BDA-Vertreters auf einer Konferenz des DNGBF²⁹⁷. Darin wird hervorgehoben, dass Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit „zu einem großen

290 Müller 2007, S. 24.

291 Dies gilt analog für Dienstvereinbarungen im öffentlichen Dienst.

292 Das Archiv der Hans-Böckler-Stiftung weist über 10.000 Vereinbarungen aus, darunter nahezu 500 zum Gesundheits- und Arbeitsschutz und 1.300 zu flexibler Arbeitszeitgestaltung.

293 Martin 2007, S. 483.

294 Mehr Informationen bei Romahn 2007. Diese Broschüre enthält Analysen von 159 betrieblichen Vereinbarungen.

295 Ver.di 2007.

296 Schreiben der BDA an den Verfasser vom 26. Juni 2008.

297 Breutmann 2008.

Teil von der Gesundheit der Mitarbeiter abhängt.“ Allerdings wird zu fragen sein, inwieweit diese zutreffende Erkenntnis in den Betrieben „angekommen“ ist und die Praxis widerspiegelt. Die im Kapitel 8 referierten Fakten aus betrieblichem Alltag begründen Zweifel und zeigen den großen Handlungsbedarf an eigenständiger und auch gemeinsamer Überzeugungsarbeit bei allen betrieblichen Akteuren.

Gemeinsames Handeln von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden zum Vorteil betrieblicher Gesundheitspolitik wird aus wissenschaftlicher Sicht mit der Erwartung an die Spitzenorganisationen verbunden, „gemeinsame Empfehlungen an die Sozialpartner auszusprechen, die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten verstärkt zur Intensivierung betrieblicher Gesundheitspolitik zu nutzen.“²⁹⁸ Zahlreiche Aktivitäten belegen zwar gemeinsames Handeln. Intensivierung im Sinne dieses Ratschlages würde die positive Entwicklung indes zusätzlich fördern.

Dabei wird bereits aus der Metallindustrie über Tarifabschlüsse mit Förderbausteinen für altersgerechtes Arbeiten, mit einer Verpflichtung von Betrieben zur Erstellung von Altersstrukturanalysen und mit zusätzlichen freien Tagen für Schichtarbeiter als Belastungsausgleich berichtet²⁹⁹. Ähnliches meldet die chemische Industrie. Dort wurde zur Erleichterung des Übergangs vom Berufsleben in den Ruhestand ein Tarifvertrag Lebensarbeitszeit und Demografie abgeschlossen³⁰⁰. Auch ein Tarifvertrag aus der Textilbranche in den neuen Bundesländern kann genannt werden. Er enthält differenzierte Pausenregelungen mit zusätzlichen bezahlten Erholpausen³⁰¹. Dieser Vertrag greift wissenschaftliche Erkenntnisse auf und setzt sie um³⁰². Auf Erfahrung anderer Art verweist die IG Bauen – Agrar – Umwelt. Sie hat Materialien zusammengestellt, die vor allem Beschäftigte schützen, die ganzjährig der Sonnenbestrahlung ausgesetzt sind³⁰³. Ein weiteres Beispiel sozialen Schutzes bei leistungsgeminderten Beschäftigten liefert die Tarifgemeinschaft der Gewerkschaft Transnet und der GDBA³⁰⁴. Dort wurde für den Fall

298 Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung 2004, S. 84.

299 IG Metall in NRW über altersgerechtes Arbeiten und in Baden-Württemberg zum flexiblen Übergang in die Rente. Siehe auch Fußnote 290.

300 IG Bergbau, Chemie, Energie 2008; ferner Höhmann 2008, S. 40-43.

301 Tarifvertrag über Jahresarbeitszeit und Arbeitszeitgestaltung für die Textilindustrie in den neuen Bundesländern.

302 „Es gehört zu den am besten gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen, dass zusätzliche Erholzeiten in Form stündlicher Kurzpausen wirksame Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit darstellen“. Oppolzer 2006, S. 123. Siehe dazu auch BKK-Bundesverband Presseinformation vom 8. Mai 2008c.

303 IG Bauen – Agrar – Umwelt 2006.

304 Tarifvertrag zur Erweiterung des Schutzbereichs des Beschäftigungssicherungsvertrages (BeSiTV).

eines erfolglosen BEM nach § 84 Abs. 2 SGB IX eine Auffangregelung für den Beschäftigten vereinbart, die auch für andere Betriebe von Nutzen sein kann³⁰⁵.

Diese exemplarischen Beispiele können durch ähnliche Tarifvereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz aus den Archiven von BDA und DGB und der Tarifvertragsparteien ergänzt werden. Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände haben demgemäß grundsätzlich Instrumente in der Hand, einer zukunftsorientierten betrieblichen Gesundheitspolitik Impulse zu geben. Dies sollte auf allen Ebenen aufgegriffen werden, um Umsetzungsaktivitäten und damit nachahmenswerte Vorbilder zu stimulieren und zu initiieren. Wegen der großen Bedeutung gesunder Beschäftigter und gesunder Betriebe sollten die Tarifvertragsparteien sich aufgefordert fühlen, nachhaltige Aktivitäten zu entfalten. Politik könnte dazu einen zusätzlichen Beitrag erbringen, indem sie diese Erwartung noch deutlicher herausstellen würde und wo notwendig und geboten fördert und unterstützt.

7.3.3 Universitäre und hochschulische Beiträge

Die in diesem Kapitel aufgeführten Beispiele von Projekten, Studien und anderen Vorhaben zur Wiederherstellung, Sicherung und Förderung von Erwerbsfähigkeit weisen vielfach Bezüge zu Universitäten und Hochschulen in den drei norddeutschen Bundesländern auf. Sie zeigen ein Stück Wissenschaftslandschaft, deren vereinzelte Vertreter in relevanten gesellschaftlichen Problemstellungen Offenheit und Bereitschaft zum Durchdringen komplexer Zusammenhänge zum Vorteil von Fortschritt und sozialer Gerechtigkeit zeigen. Wissenschaftliche Einrichtungen, Sozialversicherungsträger und andere an einer gesunden Arbeitsumwelt und einer funktionierenden sozialen Sicherung interessierte Akteure erkennen gemeinsames Handlungspotential, wurden und werden vielfach tätig. Namentlich die Universitäten und Hochschulen in Hamburg und Lübeck, aber auch in Neubrandenburg, Greifswald und Flensburg tragen auf unterschiedliche Weise und mit je eigener Intensität zur Fortentwicklung wirksamer Sozialstrukturen in Norddeutschland bei. Ein Blick in die Tagungsbände der Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien der DRV und andere wissenschaftliche Publikationen als einem Spiegelbild konkreter Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis auf dem Gebiet der Si-

305 Nach dieser Auffangregelung gilt folgendes. Wird in einem BEM-Verfahren festgestellt, dass wegen der Schwere der Beeinträchtigung des Arbeitnehmers und/oder bisheriger erfolgloser Integrationsversuche ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung erfolgversprechend erscheint, ein solcher Antrag gestellt, aber vom Rentenversicherungsträger abgelehnt, hat der Arbeitnehmer das Recht gegenüber dem Arbeitgeber, ein Re-Integrationsverfahren zu beantragen. Über den Inhalt eines Re-Integrationsvertrages ist Einvernehmen zwischen den Tarifvertragsparteien zu erzielen.

cherung der Erwerbsfähigkeit stützt diese Feststellung und zeigt zugleich, dass es auch künftig an Bedarf und Handlungsmöglichkeiten verstärkter Forschung nicht mangelt. Das bleibt eine gute Ausgangsbasis, die genutzt werden muss.

Allerdings ist kritisch anzumerken, dass manchmal ein stärkeres Engagement der Wissenschaft vor allem von Disziplinen rund um Sozialrecht und Sozialmedizin im breiten Feld von Sozialwissenschaften wünschenswert wäre. Damit könnten Effizienz und Effektivität der Leistungen der sozialen Sicherung auf dem Sektor Gesundheit und Arbeit gestärkt werden. Wissenschaft könnte besser ihrer gesellschaftlichen Verpflichtung gerecht werden. Mehr – auch finanzielle – bundespolitische Unterstützung und Impulse, wie etwa im Rahmen des gemeinsamen Förderschwerpunkts des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung der Jahre 1998 bis 2004³⁰⁶, würden den Forschungsvorhaben und Forschungseinrichtungen im gesellschaftlichen Geflecht von Erwerbstätigkeit und Gesundheitsrisiken – auch durch interdisziplinäre Kooperationen – verbesserte Erfolgchancen geben. Warum dies auch in Zukunft notwendig bleibt, wird in den Kapiteln 9 und 10 näher ausgeführt.

306 Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbände. Ein gemeinsamer Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung – in den Jahren 1998 bis 2005 gemeinsam gefördert mit 41 Mio. €. Zu den Ergebnissen siehe Deck u.a. 2007.

8 Umsetzung der Prävention in kleinen und mittleren Betrieben in Norddeutschland – eine exemplarische Bestandsaufnahme

In diesem Kapitel wird exemplarisch aufgezeigt, ob und ggf. in welcher Weise und in welchem Umfang die gesetzlichen und sonstigen Rechtsvorschriften zur Gesundheitsförderung, insbesondere zur Erhaltung bzw. (Wieder-)Herstellung der Erwerbsfähigkeit in den Betrieben bekannt sind und wirksam werden. Dazu wurden Betriebsinhaber, Personalverantwortliche, Sicherheitsbeauftragte, Betriebsärzte und andere erfahrene Personen sowie Betriebs- bzw. Personalräte aus Betrieben in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein in persönlichen Gesprächen nach ihren Erfahrungen befragt. Nahezu ausschließlich wurden kleine und mittlere Betriebe ausgewählt, da sie den größten Anteil an allen Arbeitsplätzen aufweisen³⁰⁷. Im Unterschied zu Großbetrieben verfügen sie in aller Regel über keine personalen Strukturen und Kapazitäten für eine betriebliche Gesundheitspolitik, bedürfen deshalb besonderer Unterstützung insbesondere durch Bundesländer, aber auch Innungen und Kammern³⁰⁸. Hier werden Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz oft noch als kosten- und auch zeitintensive Belastung ohne oder nur mit geringem betrieblichen Nutzen empfunden. Dabei wird allerdings übersehen, dass „kleine und mittlere Unternehmen [...] Wegbereiter vielfältiger Innovationen [sind].“³⁰⁹ Gerade dieser Aspekt und eine offene Einstellung sollten als günstiger Nährboden für verstärkte betriebliche Gesundheitspolitik gesehen und genutzt werden.

Bei der Gewinnung kleiner und mittlerer Betriebe für die Befragung wurde darauf geachtet, dass diese möglichst die Wirtschaftsstruktur des jeweiligen Bundeslandes widerspiegeln. Diese Begrenzung wurde vorgenommen, um eine (gewisse) Übertragbarkeit auf andere Betriebe, Branchen oder Sektoren zu ermöglichen.

307 Vgl. dazu die Tabellen 3 und 4.

308 Diese Empfehlung in dem Gutachter der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung zur zukunftsfähigen betrieblichen Gesundheitspolitik haben BDA und DGB in ihrer Gemeinsamen Erklärung vom 21. April 2004 ausdrücklich übernommen.

309 Sedlatscheck 2006, S. 15.

8.1 Methodische Hinweise zum Verfahren

Ausgangspunkt der Betriebsbesuche und Expertenbefragungen sind die Bundesländer Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein. Sie umfassen zugleich die regionale Zuständigkeit der DRV Nord. Dieses Gebiet bildet grundsätzlich die Basis für die Recherche. Ausnahmen wurden dort gemacht, wo die Eigenart Beteiligter – etwa bundesweite Zuständigkeit eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung – eine engere Grenzziehung unzweckmäßig erschienen ließ.

Die für die Befragung erforderlichen Daten für die regionale Untersuchung wurden in folgenden Schritten zusammengetragen:

- 1 Ermittlung der Bevölkerungszahl, der Zahl der Erwerbspersonen und der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein.
- 2 Ermittlung der Zahl der Beschäftigten bzw. der Arbeitsplätze nach Branchen bzw. Wirtschaftszweigen und Betriebsgrößen je Bundesland.
- 3 Bildung eines Schemas der zu befragenden Betriebe nach folgenden Kriterien:
 - wie viele Betriebe können besucht bzw. befragt werden,
 - wie können kleine und mittlere Betriebe „erkannt“ bzw. definiert werden und
 - welche Betriebe sind auszuwählen, um eine annähernde Repräsentativität zu erreichen?

Die unter 1 und 2 geforderten Angaben sind in den Tabellen 1 bis 5 auf den Seiten 23 bis 28 ausgewiesen. Dazu wurden vor allem zwei Quellen genutzt, Daten der Bundesagentur für Arbeit und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Es wurde darauf geachtet, ein möglichst zeitnahes Datentableau zu erhalten, um eine temporäre Verzerrung zu vermeiden. Wo dies nicht möglich war, ist es bei den Tabellen vermerkt. Bei einem Zahlenvergleich sind Abweichungen wegen der unterschiedlichen Quellen teilweise nicht zu vermeiden gewesen. Dies wurde bei der textlichen Beschreibung berücksichtigt.

Bei der Ermittlung bzw. Erstellung des unter 3 genannten Schemas wurde eine Zielgröße von etwa 10 Betrieben je Bundesland gewählt. Sie erscheint der Größenordnung der Länder angemessen und entspricht den umsetzbaren Befragungsmöglichkeiten im Rahmen dieser Studie. Als kleine bzw. mittlere Betriebe wurden – da eine einheitliche Definition nicht zur Verfügung stand – zunächst solche mit 100 Beschäftigten angesehen. Jedoch war es bei der Akquisition aus sehr unterschiedlichen Gründen schwierig, geeignete Betriebe in ausreichender Zahl aus allen Wirtschaftsbereichen für eine Mitarbeit zu gewinnen. Die Grenze wurde

daraufhin bei 200 bis 300 Beschäftigten gezogen³¹⁰. Bei der Festlegung dieser 30 Betriebe ist darauf geachtet worden, dass alle Wirtschaftszweige vertreten sind, möglichst auch in ihrem Anteil an der Wirtschaftsstruktur des jeweiligen Landes.

Nach diesen Grundsätzen werden durch die Stichprobe die Betriebe und die Beschäftigten im Untersuchungsgebiet in einem Maße erfasst, das zwar nicht als repräsentativ anzusehen ist, jedoch durch die Art der Auswahl gleichwohl einige Rückschlüsse erlaubt.

Die nach diesem Verfahren vorgesehenen 30 Betriebe wurden vor allem über die in dieser Region agierenden Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, über Wirtschaftskammern und Wirtschafts-Fachverbände sowie persönliche Kontakte zu Sozialversicherungsträgern und Mandatsträgern in der sozialen Selbstverwaltung gewonnen. Die Gesprächspartner wurden um Vermittlung geeigneter Betriebe gebeten. Insgesamt wurden über 70 Betriebe als in Frage kommend in die engere Wahl genommen. Daraus wurden insgesamt 32 Betriebe ausgewählt und befragt. Zuvor hatten 15 Betriebe eine Beteiligung abgelehnt bzw. sie kamen aus unterschiedlichen Gründen – zum Beispiel Lage außerhalb des Untersuchungsgebietes oder Beschäftigtenzahl als Großbetrieb – nicht in Betracht. Als Hemmnis bzw. Ablehnungsgrund erwiesen sich u. a. fehlende Eignung für das Projekt, gelegentlich ein mangelndes Verständnis für das Projektziel. Auch wurde manchmal kein Bedarf gesehen, der Zeitaufwand gescheut oder es standen – so hieß es – kompetente Ansprechpartner nicht zur Verfügung.

Nach diesem ersten „Brückenschlag“ wurde den ausgewählten Betrieben – durchweg dem für das Personal zuständigen (leitenden) Mitarbeiter, mehrfach auch dem Inhaber – das Vorhaben telefonisch erläutert und ein Gesprächstermin vereinbart. Der Betrieb erhielt zur Vorbereitung des Gesprächs ein Informationsblatt und einen Fragenkatalog zugeschickt. Beide waren zuvor mit sozialwissenschaftlich, betriebs- und verfahrenserfahrenen Personen, zum Beispiel technischen und Verwaltungsleitern, Betriebsärzten, Betriebsräten und Wissenschaftlern, entwickelt worden. Die Gespräche – teilweise unter Beteiligung des Betriebs- bzw. Personalrats, des Sicherheitsbeauftragten oder anderer Fachkundiger – wurden von Juli 2007 bis März 2008 geführt. Die Ergebnisse der gut eineinhalbstündigen Gespräche wurden in einer Protokollnotiz festgehalten. Sie bilden die Grundlage für die Auswertung der Interviews.

310 Vgl. dazu die Darstellung in Kapitel 2.

8.2 Zielgruppe der Stichprobe

Die vorstehend erläuterte Methode bildete – wie dargestellt – die Grundlage für die Gewinnung der Betriebe. Die Befragung wurde in folgenden Betrieben durchgeführt:

Wirtschaftsabschnitt ³¹¹	Betrieb	Ort, Land	Beschäftigte
Land- und Forstwirtschaft	Forstamt Rantau	Krs. Pinneberg, SH	50
	Forstamt Radelübbe	Krs. Ludwigslust, MV	62
Fischerei und Fischzucht	–	–	–
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	–	–	–
Verarbeitendes Gewerbe	Cremilk GmbH	Kappeln, SH	185
	Salvana Tiernahrung GmbH	Sparrieshoop, SH	85
	Hoppe Fleischwaren	Eggebek, SH	40
	Lehmann & Voss, chem.	Hamburg	270
	Betonfertigteilewerk Rostock	Kalvesdorf, MV	110
	L3 communications ELAC	Kiel, SH	151
	Nitzbon AG, Metallhandwerk	Hamburg	8
	Drehtainer, Containerbau	Valluhn, MV	35
	Scheer Heizsysteme	Wöhrden, SH	23
	Flowserve, Maschinenbau	Hamburg	350
Energie- und Wasserversorgung	–	–	–
Baugewerbe	Groth & Co, Bauunternehmen	Neubrandenburg, MV	70
Handel mit Kfz und Gebrauchsgütern	Schuhhaus Heinrich	Kiel, SH	60
Gastgewerbe	Hotel Maritim	Hamburg	125
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	Thömen Schwertransport	Hamburg	160
	Fracht- u. Fischereihafen	Rostock, MV	55
	Bus & Reisen Schwerin	Gadebusch, MV	116
Kredit- und Versicherungsgewerbe	Sparkasse Neubrandenburg-Demmin	Neubrandenburg, MV	350
Grundstücks- und Wohnungswesen, Erbringung von Dienstleistungen	Wohnungsges. Schwerin	Schwerin, MV	114
	Entwicklungsges. – egeb	Brunsbüttel, SH	30
	Richter Personalmanagement	Hamburg	80
	Schröder & Pa., Dienstleistung	Rendsburg, SH	190
Erziehung und Unterricht	Beruf. Trainings-Zentrum	Hamburg	44
	Berufsförderungswerk	Stralsund, MV	160
	Berufliche Schulen	Schleswig, SH	210
	Geschw.-Scholl-Gesamtschule	Hamburg	68
Sonstige Öffentliche Dienstleistungen	Auguste-Viktoria-Stiftung	Hamburg	70
	Fachklinik Aukrug	Aukrug, SH	140
	Stadtverwaltung	Itzehoe, SH	370

311 Die Zuordnung der Betriebe erfolgte nach der amtlichen Systematik der Wirtschaftsabschnitte.

Darüber hinaus wurden die Betriebe Stulz GmbH, Klimaanlage, in Hamburg mit rd. 400 Beschäftigten und die Behindertenhilfe Hamburg gGmbH, gleichfalls in Hamburg, mit rd. 500 Beschäftigten aufgrund berichtenswerter Regelungen in die Betrachtungen einbezogen.

8.3 Ergebnisse der Befragungen

Die Befragung erfolgte auf der Grundlage des vorab mitgeteilten Fragenkatalogs. Der Gesprächspartner – in der Regel der Personalleiter oder der Betriebsleiter – konnte sich damit auf das Gespräch vorbereiten; davon wurde in unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht. Damit konnte ein konstruktiver Gesprächsrahmen geschaffen werden. Mit einer Ausnahme konnten die Gespräche vereinbarungsgemäß und in ausreichender Zeit durchgeführt werden. Die Gesprächspartner zeigten sich durchweg interessiert, waren nicht selten ausgesprochen aufgeschlossen und wissbegierig. Sie waren in der Regel ausreichend informiert, nutzten mehrfach auch die Gelegenheit, vorhandene Informationslücken zu schließen. Sie waren auch bereit, im Betrieb entwickelte Unterlagen – sofern vorhanden – zur Verfügung zu stellen. Bei der Bewertung dieser Gespräche ist zu bedenken, dass von den vorschlagenden Personen und Organisationen typischerweise Betriebe angesprochen wurden, die in Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes offen und sensibel sind. Rückschlüsse auf andere Betriebe der jeweiligen Branche oder Größenklasse sind mithin kaum möglich. Der Wert dieser Aussagen liegt vor allem in ihrem Charakter als Denkipuls für andere Akteure im Wirtschaftsgeschehen, als Anstoß „vom Nachbarn zu lernen“.

Nachfolgend werden die Gesprächsergebnisse zusammengefasst wiedergegeben. Bemerkenswerte Besonderheiten werden hervorgehoben. Den Antworten werden die jeweiligen Fragen vorangestellt.

Frage 1

Auf welche Weise fördert der Betrieb die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten? Haben sich aus der Gefährdungsbeurteilung konkrete Handlungsansätze ergeben? Gibt es insbesondere spezielle gesundheitspräventive Maßnahmen, beispielsweise Auswertung betrieblicher Fehlzeiten, Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung, Mitsprache der Beschäftigten bei der Arbeitsplatzgestaltung einschließlich Mitarbeiterbefragungen zur Gesundheitslage im Betrieb, Sportgruppen usw. ?

Die Umfrage ergab, dass in der Hälfte der Betriebe in irgendeiner Weise die Gesundheit der Beschäftigten thematisiert wird. Konkrete Angaben zu Gefährdungsbeurteilungen – etwa zu letzten Daten oder Anlässen – wurden selten gegeben. Zu den von den Betrieben genannten Gesundheitsthemen gehören u. a. Grundsätze von Unternehmensleitung und Betriebsrat, die „gemeinsam eine Gesundheitspolitik befürworten, die in geeigneter Weise gesundheitsrelevante Aufgaben aufgreift und wirkungsvoll löst“ und regelmäßig Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung begründet. Oder Kundeninformationen und Werbeprospekte eines Dienstleistungsunternehmens, in denen die „bestmögliche Umsetzung des Arbeitsschutzes“ als ein Kriterium der Geschäftspolitik genannt wird.

Berichtet wird ferner über eine Betriebsvereinbarung zu Maßnahmen des Gesundheitsschutzes sowie über einzelne Ansätze wie zum Beispiel Rückenschulungsangebote durch eine Krankenkasse in und außerhalb der Arbeitszeit auf Anregung des Betriebsarztes. Dazu gehört auch der regelmäßige Besuch eines Masseurs in einem Betrieb, jährlich wechselnde Schwerpunktprogramme zu Bewegung, Stress und Ernährung und die Einrichtung eines Fitnessraums. In zwei Fällen wurde über finanzielle Vergünstigungen beim Besuch eines Fitness-Studios berichtet. Betriebssportliche Möglichkeiten wurden nur vereinzelt genannt. Einige Betriebe schilderten auch ihre Erfahrungen, dass die Resonanz von Beschäftigten auf derartige Angebote, vor allem außerhalb der Arbeitszeit, vielfach verhalten war.

Frage 2

Auf welche Weise werden der Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit bzw. der Sicherheitsbeauftragte und der Arbeitsschutzausschuss in die Umsetzung von Maßnahmen zur Reduzierung von Arbeitsbelastungen, zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und Erhaltung und Förderung der Leistungsfähigkeit eingebunden?

Die Befragung ergab, dass diese Instrumente des Arbeitsschutzes mehrfach bis häufig vorhanden sind und zum Einsatz kommen. 28 Betriebe haben einen Betriebsarzt – entweder von einem Betriebsärztlichen bzw. Arbeitsmedizinischen Zentrum oder einen zugelassenen niedergelassenen Arzt –, der die Aufgaben nach den gesetzlichen Vorschriften erledigt. In zwei mittleren Betrieben fehlte ein Betriebsarzt. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit nannten alle Betriebe. Hier war auffallend, dass mehrfach Unklarheit darüber bestand, ob die genannte Person die Funktion einer Fachkraft für Arbeitssicherheit im Sinne von § 5 ASiG oder eines Sicherheitsbeauftragter im Sinne von § 22 SGB VII wahrnimmt. Das Vorhandensein eines bei mehr als 20 Beschäftigten zu bildenden Arbeitsschutzausschusses

wurde von 18 Betrieben bejaht, in einem Fall lag die Mindestbeschäftigtenzahl unter der genannten Grenze, in drei Fällen war ein solcher in dem Betrieb selbst nicht, wohl aber auf einer „höheren“ Ebene vorhanden. Acht Betriebe meldeten Fehlanzeige.

Diese drei Instrumente des Arbeitsschutzes³¹² werden auf sehr unterschiedliche Weise in die betriebsbezogenen gesundheitlichen Fragen und Angelegenheiten, auch was die Intensität oder Regelmäßigkeit ihrer Präsenz betrifft, eingebunden. Dies war von der Eigenart der jeweiligen Betriebe geprägt. Eine differenzierende Darstellung gibt keine zusätzlichen Erkenntnisse, wird deshalb nicht vorgenommen.

Frage 3

Inwieweit werden die Tipps und Hinweise aus der beratenden Tätigkeit des Betriebsarztes zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes und der gesundheitlichen Arbeitsbedingungen – ggf. mit Hilfe des Betriebs- oder Personalrates – als nützlich bzw. hilfreich empfunden und aufgegriffen?

Die Tätigkeit des Betriebsarztes wurde von den Betrieben überwiegend positiv beurteilt. In ihrer Tätigkeit wurde mehrfach eine unverzichtbare, wertvolle Unterstützung gesehen. Der Betriebsarzt sei „eine Art Vertrauensperson; es ist etwas anderes, wenn der Betriebsarzt etwas sagt“. Positiv wurde vermerkt, wenn der Betriebsarzt weitergehende Untersuchungen der Arbeitsbedingungen angestellt bzw. veranlasst hat. Auch die Einhaltung von Empfehlungen und die Umsetzung von Anregungen zu kontrollieren, sei für den Betrieb vorteilhaft. Als nützlich wurde seine Tätigkeit in einem Fall beurteilt, in dem er mit einem Vertreter der Berufsgenossenschaft aktiv bei der Erstellung eines betrieblichen Gesundheitsmanagementkonzepts mitgewirkt habe. „Unser Betriebsarzt genießt bei den Beschäftigten allgemeine Wertschätzung“, lautete die spontane Reaktion eines Personalleiters.

Deutlich traten in den Antworten aber auch Grenzen betriebsärztlicher Tätigkeit zutage. Sie wurden darin gesehen, dass der Betriebsarzt „bei konflikträchtigen, psychischen Problemstellungen wenig helfen konnte“. Wenn ein Betriebs-

312 Dazu sei an dieser Stelle angemerkt, dass allgemein zugängliche Arbeitsschutz-Statistiken nur Sicherheitsbeauftragte, hingegen keine Betriebs- und Werksärzte und Arbeitsschutzausschüsse, auch keine Fachkräfte für Arbeitssicherheit ausweisen. Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2005, S. 217; dort wird eine Zahl von 557.460 Sicherheitsbeauftragten genannt. Zugelassene und registrierte Fachkräfte für Arbeitssicherheit gibt es nach einer telefonischen Auskunft der DGUV 105.825. Ärzte mit der Bezeichnung Arbeitsmedizin gibt es nach den Statistiken der Bundesärztekammer 2.721 (31. 12. 2007), Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3, 6 UVV-BGV A2 insgesamt 12.267 (31. 12. 2005).

arzt sich in seiner Tätigkeit im Wesentlichen auf medizinisch-technische Befunde beschränke, wurde dies als zu eng und wenig hilfreich angesehen. Auch in Fragen der Einsatzfähigkeit eines leistungsbeeinträchtigten Beschäftigten, der Umrüstung eines Arbeitsplatzes oder einer evtl. Umqualifizierung würde sein Fachverstand erwartet, sei aber in der Regel nicht gegeben. Kritische Stimmen bemängelten den gelegentlichen Verzicht auf eine Besichtigung von Arbeitsplätzen, ein „Kleben an Formalien und Vorgaben“ sowie in einem Falle das fehlende Verständnis für Betriebsnotwendigkeiten und Kosten. Zwei Betriebe, die entgegen der gesetzlichen Vorschrift keinen Betriebsarzt vorweisen konnten, beantworteten diese Frage mit einem Hinweis auf den D-Arzt.

Frage 4

Wann und wie wird der Betrieb bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten, bei Antrag auf bzw. Rückkehr aus Rehabilitation u. ä. tätig? Kann dabei auf chronische Erkrankungen, psychische Beeinträchtigungen, schwere Erwerbsminderungen angemessen reagiert werden? Wie wird der Betriebsarzt bei diesen Fragestellungen eingebunden?

Die Betriebe berichteten, dass in aller Regel bei kurzfristigen Erkrankungen die weitere Entwicklung abgewartet wird. Es gibt Ausnahmen (fünf Betriebe), in denen schon während der Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung ein Klärungs- bzw. Sondierungsgespräch mit dem erkrankten Mitarbeiter geführt wird. In einem Betrieb werden monatlich zwischen Betriebsleitung und Personalabteilung Handlungsoptionen – getrennt nach kurzer und langfristiger Erkrankung – erörtert. Zum Umgang mit chronischen Erkrankungen und schweren Erwerbsminderungen ergaben sich keine neuen Erkenntnisse, tatkräftiges Handeln der Betriebe wurde nicht berichtet. Anders war dies bei psychischen Beeinträchtigungen. Sie wurden von den Personalverantwortlichen als ein wachsendes Problem gesehen, bei deren Lösung auch ein Betriebsarzt wenig helfen könne. Ein Betrieb äußerte seine Enttäuschung darüber, dass Beschäftigte bei längerer Erkrankung häufig „von ihrer Krankenkasse allein gelassen werden“, obwohl der Beschäftigte und auch der Betrieb an fachkundiger Beratung über das weitere Vorgehen interessiert seien und diese auch eingefordert hätten.

Frage 5

Welche Erfahrungen gibt es mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement, insbesondere über die Zusammenarbeit mit den im Gesetz genannten Akteuren?

In 20 Betrieben, so zeigte sich, war die seit dem 1. Mai 2004 geltende Vorschrift über das betriebliche Eingliederungsmanagement des § 84 Abs. 2 SGB IX von ihren Grundelementen her bekannt, in zehn Betrieben hingegen nicht. Von diesen 20 Betrieben war zur Umsetzung in fünf Fällen eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung abgeschlossen, in weiteren vier Betrieben eine solche in Vorbereitung bzw. geplant. Weitere fünf Betriebe haben Einzelheiten in schriftlicher Form als Arbeitsanweisung oder Handlungsanleitung für die Personalabteilung geregelt.

Von gut der Hälfte der befragten Betriebe – d.h. in 16 Fällen – wurde diese gesetzliche Neuregelung positiv bewertet. Im betrieblichen Eingliederungsmanagement wird ein geeignetes Instrument gesehen, bisherigen Unzulänglichkeiten vor allem in Fällen langfristiger Arbeitsunfähigkeit und Zweifeln hinsichtlich einer Wiederaufnahme der Arbeit im beiderseitigen Interesse zu überwinden.

Nicht zu überhören waren skeptische Stimmen aus neun kleineren Betrieben des verarbeitenden Gewerbes und der Dienstleistungsbranche. Diese Kritik galt vor allem Situationen, in denen langjährig tätige ältere Beschäftigte aus gesundheitlichen oder persönlichen Gründen ihre bisherige Arbeit nicht mehr ausüben konnten und geeignete alternative Arbeitsplätze nicht vorhanden seien. Auch der Betriebsarzt habe vielfach keine ausreichende Hilfe geben können. Vermisst wird in einer solchen Konstellation eine fachkundige Beratung vor allem zu Möglichkeiten medizinisch-beruflicher Intervention, zur Anpassung eines Arbeitsplatzes und sonstigen Fördermöglichkeiten. Deutlich und vielfach war der Wunsch nach externer Beratung und Information über Lösungsalternativen. Diese Aussage wurde mehrfach vor dem Hintergrund langjähriger Tätigkeit eines Beschäftigten getan, den man eigentlich gerne behalten möchte.

Folgende Erfahrungen sind bemerkenswert:

- Ein größeres Dienstleistungsunternehmen sieht die Einleitung eines betrieblichen Eingliederungsmanagement schon nach drei Wochen vor.
- Ein mittlerer metallverarbeitender Betrieb hat einen eigenständigen BEM-Arbeitskreis – bestehend aus der Personalabteilung, dem Betriebsarzt, dem Betriebsrat und der Schwerbehindertenvertretung – gebildet, um die Wirksamkeit der Maßnahme zu begleiten.
- Eine Arbeitsagentur, ein Integrationsamt und ein Berufsförderungswerk haben mehrfach Betrieben in schwierig gelagerten Einzelfällen geholfen bzw. geeignete Hilfe vermittelt.
- Gute Erfahrungen hat ein Betrieb mit dem Instrument „fit for work“³¹³ gemacht. In einem solchen Verfahren sei es gelungen, im Zusammenwirken von

313 Vereinbarung der BARMER Ersatzkasse mit der Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke.

Betrieb, Krankenkasse und berufskundlicher Kompetenz bereits im Frühstadium eines gefährdeten Arbeitsverhältnisses aktiv gegenzusteuern. Dies könne auch zur rascheren Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung eines Betroffenen genutzt werden.

Frage 6

Inwieweit konnten Programme und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch eine (oder mehrere) Krankenkasse(n) in die betriebliche Gesundheitspolitik einbezogen werden?³¹⁴

Aus fünf Betrieben wurde über Krankenkassenaktivitäten berichtet. Dazu zählten Belastungs- und Gefährdungsanalysen mit Vorschlägen zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Betrieb. Dies löste in einem Fall die Gründung eines betrieblichen Arbeitskreises Gesundheitsförderung, in anderen Fällen die Vermittlung eines Therapeuten für Rückengymnastik und praktische Hinführung von Beschäftigten zu gesunder Ernährung und Bewegung aus. Derartige Angebote wurden dort gemacht, wo ein hoher Anteil Beschäftigter bei einer Krankenkasse versichert war. Gemeinsame Angebote mehrerer Kassen waren in keinem Betrieb bekannt. Aus den meisten Betrieben wurde die Frage nach betrieblichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung – teilweise mit Hinweisen auf frühere Aktivitäten – durchweg negativ beantwortet. Über reservierte bis abweisende Reaktionen berichteten Betriebe, wenn Beratungsangebote mit der Werbung neuer Mitglieder verbunden werden sollten. Gleichermaßen deutlich äußerten Betriebe den Wunsch nach regelmäßiger gesundheitlicher Beratung und Betreuung. In einem Fall wurde unmittelbar und direkt der Wunsch nach physiotherapeutischer Betreuung für Beschäftigte im Sekretariats- und Verwaltungsbereich, insbesondere für Schreibkräfte, geäußert. Bemerkenswert ist, dass in einigen Betrieben konkrete Vorstellungen über die betriebsorganisatorische Umsetzung bestehen („wir würden dafür je Woche eine halbe Stunde in den Arbeitsablauf einbauen“; „einen geeigneten Raum könnten wir zur Verfügung stellen“) bis hin zur Bereitschaft zur förmlichen Fixierung („Eine Betriebsvereinbarung zwischen Personalleitung und Betriebsrat wäre bei uns durchaus machbar“). Dies galt auch zur Einbeziehung von Nordic-Walking-Trainern mit individuellen Angeboten in betriebsbezogene Maßnahmen. Von zentraler Bedeutung war für alle befragten Betriebe, dass sie Angebote aus einer Hand erhalten. „Die Krankenkassen sollten sich untereinander

314 Bei Beantwortung dieser Frage ist zu beachten, dass die Erfahrungen der Betriebe vor allem auf der bis 31. März 2007 geltenden Regelung von betrieblicher Gesundheitsförderung als Ermessensleistung in § 20 Abs. 2 SGB V basieren.

verständlich, wer die Betreuung übernimmt“ und „Warum könnte ein solches gemeinsames Angebot nicht vom MDK gemacht werden; der ist doch auch für alle Kassen tätig“, waren Aussagen mit praktischen Umsetzungsanregungen.

Frage 7

Gibt es Kontakte zur gesetzlichen Rentenversicherung, z. B. bei Einleitung eines Reha-Verfahrens, bei Wiedereingliederung leistungsgeminderter Beschäftigter oder Reha-Rückkehrern?

Zwei Drittel der Befragten berichteten von Kontakten zur Rentenversicherung nur über die Prüfung des Beitragseinzugs, gelegentlich auch bei Fragen der Alterssicherung, des Überganges in den Ruhestand u. ä. Ein Drittel der Betriebe gaben Verbindungen unterschiedlicher Form und verschiedenen Inhalts an. Dazu zählen direkte Kontakte mit der Verwaltung, mit einem ehrenamtlichen Versichertenältesten oder -berater oder einem Reha-Berater. In einem Fall wurde berichtet, die Zeitschrift „Gesichertes Leben“ (heute „zukunft jetzt“) würde regelmäßig an die Beschäftigten verteilt. Genannt wurden in drei Fällen erfolgreich durchgeführte Maßnahmen der Anpassung eines Arbeitsplatzes mit Unterstützung des Betriebsarztes. Auch eine abgelehnte Maßnahme beruflicher Rehabilitation wurde genannt, was den Betrieb allerdings zur Unterstützung eines Widerspruchs veranlasst hatte. Beratungswünsche und -bedarf ließen des Weiteren die folgenden Aussagen zweier Personalleiter erkennen: „Unterstützung bei der betrieblichen Umsetzung eines leistungsgeminderten Arbeitnehmers wäre eine feine Sache“ und „Es wäre schön, die Rentenversicherung hätte so etwas ähnliches wie den Arbeitgeber-Service der Arbeitsämter“. Der Hinweis des Fragestellers, es gebe flächendeckend Gemeinsame Servicestellen aller Reha-Träger wird – als bislang nicht bekannte Information – gerne aufgenommen.

Frage 8

Was sind insgesamt gesehen die Umstände, die die Umsetzung und Anwendung von Vorgaben des Gesundheits- und Arbeitsschutzes erleichtern bzw. hemmen?

Die Gesprächspartner gaben auf diese Frage eine breite Palette von Antworten. Sie schilderten die betrieblichen Situationen unter den Aspekten gesundheitlicher Förderung vielfach in einer Mischung aus gelebter Realität und gewünschtem bzw. erwartetem Verhalten – sowohl bei den Beschäftigten als auch bei den Vorgesetzten und Führungskräften.

Dominierend wurde bei der Schilderung förderlicher Faktoren in vielen Fällen eine positive Grundauffassung genannt. Die Gesundheit der Beschäftigten sei ein hohes Gut, das gefördert und gepflegt werden müsse. Kennzeichnend sind dazu die folgenden Aussagen: „Man muss auch auf die seelische Seite der Mitarbeiter achten. Ihr Vertrauen in das Arbeitsverhältnis und dessen Sicherheit, ihr Wohlbefinden, das Gefühl, dass die Arbeit sinnvoll ist, dass man gebraucht wird, sind wichtige Faktoren“. Oder auch die Formulierung „Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit müssen (vor)gelebt werden.“ Und: „Gesundheitsschutz muss praktiziert werden – von der Führung bis zum Pförtner“. Genannt wurden ferner klare Organisations- und Planungsvorgaben. Wenn dies alles im Einvernehmen zwischen Geschäftsleitung und den Beschäftigten bzw. dem Betriebsrat geregelt würde, zeige dies zugleich Respekt und Würdigung des einzelnen Beschäftigten. Dies begünstige die Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens und wirke sich positiv auf den Betriebsablauf aus. Förderlich für eine altersgerechte Gestaltung der Arbeitsorganisation seien tarifliche Regelungen aus dem Dienstleistungssektor, die zum Beispiel älteren Beschäftigten einen Stundenbonus oder zusätzliche Urlaubstage einräumten.

Genannt wurden auch konkrete Beispiele. So wurde von einer systematischen betrieblichen Übung berichtet, in der „bei jeder Gelegenheit“ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz angesprochen würden. Ein Betrieb nutzt dafür eine hausinterne PC-Info-Plattform. Ein anderer (kleinerer) Betrieb nutzt den Monatsschluss, um in der letzten halben Stunde zusammen zu sitzen und (auch) über Gesundheit, Wohlbefinden und andere persönliche Wünsche und Anliegen zu sprechen. Wieder ein anderer auf das Tageslicht angewiesener Betrieb überlegt, ob er nicht – ähnlich wie bei der RehaBau³¹⁵ – in der dunklen Jahreszeit gesundheits- und sicherheitsförderliche Aktionen oder Maßnahmen durchführen könne. Schließlich wurde über ein Beispiel erfolgreicher Sensibilisierung zur Vermeidung von Erkältungskrankheiten berichtet: Beschäftigte und Betriebsarzt eines metallverarbeitenden Betriebes setzten sich gemeinsam und erfolgreich für die Schaffung einer Luftschleuse zwischen Anlieferungsrampe und Lager ein.

Neben diesen positiven Beispielen aus betrieblicher Praxis wurden auch Hemmnisse genannt. In erster Linie wird das mangelnde Gesundheitsbewusstsein bei Beschäftigten und Führungskräften erwähnt. Dies werde durch eine oft nicht überschaubare Fülle von Informationen, komplizierte Rechtsvorschriften, unklare Kompetenzen einzelner Leistungsträger, eine größere Zahl von Ansprechpartnern zu Fragen betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen nicht gerade gefördert.

315 Vgl. dazu Fußnote 211.

Zunehmende Arbeitsverdichtung durch weniger Mitarbeiter bei gleich bleibendem Arbeitsvolumen werde vielfach als mangelnde Anerkennung der eigenen Arbeit gewertet und ließe keine gesundheitsförderliche Motivation aufkommen. Berichtet wurde auch über fehlende Freiräume. „Druck von oben“ sei ein schlechter Ratgeber, begünstige eher eine „Flucht in die Krankheit oder innere Kündigung“. Auch finanzielle Grenzen des Betriebes wurden als ein Hemmnis genannt, wenn zum Beispiel die Anpassung eines Arbeitsplatzes an eine herabgesetzte Leistungsfähigkeit eines Mitarbeiters mit hohen Kosten verbunden sei. Beratung über Fördermöglichkeiten des Integrationsamtes sei manchmal nur schwer zu erhalten. Schließlich wirke sich hemmend aus, dass eine verhaltensgeprägte oder psychische Beeinträchtigung nicht immer als solche erkannt und ihr nicht immer adäquat begegnet würde.

Frage 9

Kann mehr externe Unterstützung bei der Umsetzung betrieblicher Gesundheitspolitik hilfreich sein? Wenn ja, wie könnte sie aussehen?

Diese Frage wurde durchweg mit „ja“ beantwortet. Zur Begründung wurde darauf verwiesen, dass der Betrieb daran interessiert sei, gesundheitsförderliches Verhalten der Beschäftigten zu bewirken bzw. zu unterstützen – auch durch die organisatorische Gestaltung der Arbeitsabläufe und -umgebung. Inhaltlich wurden Wünsche nach vermehrter Aufklärung über betriebsbezogene gesetzliche Neuregelungen mit Umsetzungshinweisen, gleichermaßen nach fachkundiger Unterstützung in Situationen mit psychischen oder verhaltensbedingten Problemlagen geäußert. Auch zeigten sich etliche Betriebe an einem regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit anderen Betrieben interessiert, um „vom Nachbarn zu lernen“. Schließlich wurde Bedarf an allgemeiner Beratung und Auskunft in sozialen Fragen im weitesten Sinne des Wortes, speziell jedoch zu Fragen im Zusammenhang mit Langzeiterkrankungen und Wiederaufnahme der Arbeit geäußert.

Diesen Anregungen fügten die Personalverantwortlichen mehrfach Lösungsvorschläge hinzu. Als Adressaten wurden neben den klassischen Trägern der sozialen Sicherheit – Krankenkassen, Berufsgenossenschaften bzw. Unfallkassen und Rentenversicherung – vor allem Wirtschaftskammern, Wirtschafts- und Fach- bzw. Berufsverbände, in Fällen von psychischer Belastung durch Konflikte auch Sozial- und Schuldnerberatungsstellen, genannt. Insbesondere von Kammern und Verbänden wird erwartet, dass sie sich aktiver an der Verbreitung gesundheitsförderlicher Gedanken und Informationen zum Beispiel durch allgemeine Publikationen, Verbandsorgane oder spezifische Rundschreiben beteiligen. Die

vom Gesetzgeber für Beratung und Unterstützung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen vorgeschriebenen Gemeinsamen Servicestellen des § 22 SGB IX wurden recht selten genannt. Nur ein Fünftel der befragten Betriebe kannte sie; es waren vor allem diejenigen auf dem Sozial- und Gesundheitssektor.

8.4 Betriebs- und werksärztliche Aktivitäten

8.4.1 Verfahren zur Auswahl von Betriebs- und Werksärzten

Um der Bestandsaufnahme über das gesundheitliche Geschehen auf betrieblicher Ebene in Ergänzung zu den Betriebsbefragungen weitere Informationen hinzuzufügen, wurden praktizierende Betriebs- und Werksärzte telefonisch nach ihren Erfahrungen befragt. Angesprochen wurden zu diesem Zweck neun Betriebsärzte³¹⁶ aus allen drei Bundesländern. Ihre Auswahl erfolgte nach dem Zufallsprinzip.

Diesen Ärzten wurden folgende vier Fragen vorgelegt:

- ... zu einigen Rahmenbedingungen
 - a) Betreuen Sie Beschäftigte kleiner, mittlerer oder großer Betriebe? Wie gewährleisten Sie regelmäßige Kontakte zu den Beschäftigten? Wie erreichen Sie die Beschäftigten, zum Beispiel durch Aushang, auf Betriebsversammlungen, über Handzettel o. ä.?
 - b) Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit Fachkräften für Arbeitssicherheit?
- ... zum praktischen Vollzug
 - a) Ab welcher Beschäftigtenzahl und in welchem Rhythmus erstellen Sie Begehungs-, Jahres- oder andere Berichte? Wer erhält diese Berichte außer dem Betrieb (Personalabteilung)? Können Sie die Umsetzung von Anregungen in diesen Berichten verfolgen? Welche Erfahrungen ergeben sich daraus?
 - b) Betriebsärzte können bei (Wieder-)Eingliederung von Rehabilitanden tätig werden. Nehmen Sie sich dieser Aufgabe aktiv an? Betriebsärzte können dabei ggf. auf Entlassungsberichte von Reha-Einrichtungen zurückgreifen. Welche Erfahrungen haben Sie damit?
- ... zu spezifischen Fragen
 - a) Welche Erfahrungen haben Sie mit der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Krankenkassen und mit dem betrieblichen Eingliederungsmanage-

316 Eine Auflistung findet sich in der Anlage.

ment des § 84 Abs. 2 SGB IX, welche mit den Gemeinsamen Servicestellen der §§ 22, 23 SGB IX?

- b) Welchen Stellenwert haben psychische Erkrankungen aus der Sichtweise von Betrieben? Werden solche gesehen bzw. erkannt? Sind Betriebsärzte ausreichend auf derartige Gesundheitsstörungen vorbereitet?

■ ... zu Verbesserungsmöglichkeiten

- a) Sehen – oder praktizieren – Sie in einzelnen Fällen Möglichkeiten, Reha-Bedürftigkeit eines/r Beschäftigten festzustellen und ein Antragsverfahren einzuleiten?
- b) Sehen – oder praktizieren – Sie eine Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung als Träger von Reha oder mit Einrichtungen der ambulanten oder stationären Rehabilitation?

Das Telefon-Interview wurde nach vorangegangener schriftlicher Information und Terminabsprache geführt, um eine ausreichende Gesprächsbasis zu schaffen. Die Auskünfte und Einschätzungen wurden schriftlich festgehalten. Die Befragten waren mit Ausnahme von zwei niedergelassenen Ärzten angestellte Ärzte in arbeitsmedizinischen Zentren bzw. Instituten oder anderen Einrichtungen in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein. Ihre Betreuungstätigkeit erstreckte sich auf Betriebe unterschiedlichster Größenordnung – von 10 bis über 1.000 Beschäftigte.

8.4.2 Bemerkungen aus betriebs- und werksärztlicher Sicht

Die Auswertung der Telefon-Interviews erbrachte im Wesentlichen die folgenden Einschätzungen. Kontakte zu den Beschäftigten entstehen in den meisten Fällen aus Anlass von routinemäßigen Erst- oder Nachuntersuchungen. Einige Betriebsärzte nannten individuelle Formen, zum Beispiel die Bekanntmachung über Aushänge am „Schwarzen Brett“, ein betriebliches Intranet, Infoblätter, Ankündigungsschreiben und Betriebsversammlungen. Oftmals ergäben sich die Kontakte aus persönlichen gesundheitlichen Anlässen von Beschäftigten. Die Zusammenarbeit mit Fachkräften für Arbeitssicherheit wurde überwiegend als zufrieden stellend bezeichnet, mehrfach belegt mit dem Hinweis auf gemeinsame Begehungen zum Zwecke der Gefährdungsbeurteilung. Letztere würden von Fall zu Fall auch mit der Schwerbehindertenvertretung und dem Betriebsrat gemeinsam gemacht. Kritische Anmerkungen bezogen sich auf Situationen, in denen externe Fachkräfte für Arbeitssicherheit beschäftigt wurden. In derartigen Fällen

wurden den Betriebsärzten die im Betrieb ansässigen Sicherheitsbeauftragten als Ansprechpartner benannt.

Über ihre Tätigkeit berichten die Betriebsärzte entweder anlassbezogen, zumindest aber jährlich in schriftlicher Form gegenüber den Geschäftsleitungen. Genannt wurde dazu für Betriebe mit geringen Einsatzzeiten³¹⁷ ein komprimierter, in größeren Betrieben – etwa mit mehr als 50 Stunden jährlicher Einsatzzeit; dem entspricht eine Beschäftigtenzahl von 50 bis 100 Arbeitnehmern – ein detaillierter, mehrteiliger Bericht. Darin würden auch Beanstandungen und Anregungen festgehalten und deren Umsetzung überprüft. Die Kontrolle des Vollzugs sahen einige Befragte als mangelhaft an. Manchmal würde seitens der Betriebe zu wenig für die Umsetzung getan. Kennzeichnend mag die Formulierung in einem Jahresbericht sein, „die Einbeziehung [der Betriebsärzte] sollte jedoch noch intensiver erfolgen, insbesondere bei Bau- und Umbauvorhaben, neuen Arbeitsplätzen, Arbeitsmitteln und Arbeitsstoffen, Arbeitsorganisation“. Manchmal würden die Vorschläge von der Geschäftsführung als nicht umsetzbar angesehen. Vereinzelt berichteten Betriebsärzte, sie würden bei der Wiedereingliederung nach einer medizinischen Rehabilitation oder einer längeren Erkrankung hinzugezogen, allerdings hapere es oft in der Zusammenarbeit mit Haus- oder Fachärzten. Diese seien wenig informiert, vielfach nicht ausreichend motiviert. Einige Betriebsärzte berichteten, dass sie bei erkennbarer Reha-Bedürftigkeit ein Antragsverfahren anregten bzw. in Einzelfällen selbst einen Antrag einleiteten. Darüber, dass ihnen von einer Reha-Einrichtung nach der Rehabilitation ein Entlassungsbericht unaufgefordert zugesandt würde³¹⁸, konnte keiner der befragten Betriebsärzte berichten. Ein solcher Bericht sei – mehrfach mit Schwierigkeiten – nur über den Hausarzt zu bekommen.

Dass Krankenkassen in einem Betrieb Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen, haben die befragten Betriebsärzte kaum erlebt. Gelegentlich würden derartige Maßnahmen, zum Beispiel Aktionen oder Programme zu Ernährung und Bewegung, gemeinsam entwickelt bzw. Betriebsärzte um Un-

317 Einsatzzeiten liegen nach der UVV Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit je nach Gefährdungspotential zwischen 0,2 und 0,8 Stunden pro Jahr und Beschäftigtem.

318 „Ist die gesetzliche Rentenversicherung Rehabilitationsträger, erhält im Anschluss an die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der/die behandelnde Arzt/Ärztin und zuständige Betriebs-/Werksarzt/-ärztin, mit Einverständnis des Versicherten, eine Durchschrift des Entlassungsberichts“. Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004. In: BAR, 2005a. S. 40.

terstützung gebeten. Auch sei registriert worden, dass eine freiberuflich tätige Psychologin ein Nichtrauchertraining im Betrieb anbiete.

Die tragenden Gedanken des betrieblichen Eingliederungsmanagements seien im Großen und Ganzen in den Betrieben „angekommen“, wenngleich eine systematische Einordnung in die betriebliche Personalpolitik meistens fehle. In einem Fall werde der Betriebsarzt in sog. BEM-Fällen als Schaltstelle für die Personalabteilung tätig; bei sechs Wochen überschreitender Arbeitsunfähigkeit erhalte er vom Betrieb entsprechende Informationen und führe die erforderlichen Vorklä- rungen durch.

Gemeinsame Servicestellen waren den meisten Befragten zwar ein Begriff. Sie würden aber zu wenig einbezogen, sollten offensiver tätig werden. Auch fiel die Formulierung, sie seien „eine echte Katastrophe“.

Psychische Erkrankungen und Gesundheitsstörungen würden von den Betrie- ben nicht ausreichend erkannt und gewürdigt. Ihr Stellenwert, ihre Bedeutung für einen störungsarmen Produktions- bzw. Geschäftsablauf und vor allem Mög- lichkeiten zur Vermeidung bzw. Überwindung bedürften dringend der stärkeren Beachtung und Fortentwicklung. Allerdings käme hinzu, dass Betriebsärzte nicht immer auf diese erwerbsmindernden Faktoren ausreichend vorbereitet seien. Be- richtet wurde aber auch, dass seitens ihres Berufsverbandes, des Verbandes Deut- scher Betriebs- und Werksärzte (VDBW), hier ein wichtiges Fortbildungsfeld³¹⁹ gesehen und ausgefüllt werde.

Befragt nach Verbesserungsmöglichkeiten, wurden drei Felder genannt. Zum einen diene die Diskussion um Einsatzzeiten und deren Optimierung zwar der Sache, aber es fehle an umfassenden, ganzheitlichen Ansätzen. Mehr projektorien- tierte Arbeit wäre der Gesundheit von Beschäftigten in den Betrieben förderlicher. Weiter wurde es als notwendig angesehen, in betriebsärztlicher Tätigkeit verstärkt eine psychosomatische Herangehensweise zu üben. Und schließlich wurde als zentrale Weichenstellung für mehr Gesundheit im Betrieb eine verstärkte Koope- ration aller Akteure angemahnt.

Betriebsärzte vermissen allzu oft gemeinsames Handeln, einen Informations- austausch und abgestimmtes Vorgehen mit Haus- und Fachärzten, mit Ärzten von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, auch seitens Verwaltungen von Sozialversicherungsträgern, hier vor allem auch Disability-Managern, Reha-Fach- beratern, Berufshelfern, Sozialarbeitern und anderen. Über kooperatives Vorgehen ließen sich bei manch einem Beschäftigten die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zusätzlich festigen. Davon würde auch ein Betrieb profitieren. Betriebsärzte ver-

319 VDBW 2008.

wiesen wiederholt auf ihre – einzigartige – Betriebs- und Arbeitsplatznähe und ihr Wissen über die Anpassung von Arbeitsplätzen für leistungseingeschränkte Beschäftigte. Diese Expertise könne und sollte mehr eingefordert werden.

9 Diskussion der Erkenntnisse

Die Bestandsaufnahme zur Sicherung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit in den Bundesländern Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein zeigt ein breit gefächertes, vielschichtiges System einer von Versicherten und Arbeitgebern selbstverwalteten sozialen Sicherung aus landes- oder bundesweit tätigen Trägern und einem vom Staat garantierten und durch die Länder kontrollierten Arbeitsschutz. Dieses System hat sich grundsätzlich bewährt. Deutlich geworden ist aber auch, dass es Bedarf und Potentiale zur Fortentwicklung gibt.

Die Auswertung von Geschäftsberichten und anderen Drucksachen sowie exemplarisch eingeholten Auskünften von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, Rentenversicherungsträgern und Arbeitsschutzbehörden erbrachte zahlreiche Ansatzpunkte für eine Optimierung. Die Befragung kleiner und mittlerer Betriebe quer durch die Wirtschaftsstruktur der drei norddeutschen Bundesländer und einiger Betriebsärzte lieferte ergänzende Anregungen.

Diese praktischen Aktivitäten bilden die Meßlatte der Anregungen und Reflexionen für eine Stabilisierung und Verbesserung einer gesunden Arbeitsumwelt. Dazu wird die Bestandsaufnahme nachfolgend vor allem mit Blick auf das Gebiet der drei norddeutschen Bundesländer kritisch gewürdigt. Die Bundesebene wird wegen ihrer sachbezogenen Verflechtung nicht ausgeklammert. Diese Darstellung erfolgt unter vier verschiedenen Gesichtspunkten, einem technisch-formalen, Erfolg und Misserfolg, einem auf die Zielsetzung von Sozialleistungen ausgerichteten, Stichwort Vielfalt vs. Zugang, einem praxisreflektierenden, Erfahrungen mit der Umsetzung und einem sozialpolitisch spezifischen, BGF und BEM Aspekt. Damit sollen einer kritischen Auseinandersetzung mehrere Zugangsmöglichkeiten gegeben werden.

9.1 Bestimmungsfaktoren für Erfolg und Misserfolg aus betrieblicher Sicht

Es macht Sinn, sich eingangs Klarheit zu verschaffen, worin Betriebe hemmende oder fördernde Einflüsse für die Umsetzung von Vorgaben des Gesundheits- und Arbeitsschutzes sehen. Dies ergänzt die im Kapitel 4 dargestellten gesetzlichen

Vorgaben und die theoretischen Grundlegungen im Kapitel 5 von der praktischen Seite her.

In der Befragung zeigten sich die Betriebe durchaus auskunftsbereit. Mehrfach wurden gute Erfahrungen beschrieben, mit Beispielen belegt und förderliche Hinweise gegeben. Es gab auch nachdenkenswerte Antworten und eine Reihe kritischer Bemerkungen. Eine Zuordnung der Antworten zu überschaubaren, aussagekräftigen Kategorien erschien nicht angebracht. Darauf wird zu Gunsten einer exemplarischen Darstellung verzichtet. Diese zeigt über bislang Bekanntes hinaus einiges Neues bzw. lässt es in neuem Licht erscheinen.

Übereinstimmend wurden eine positive Grundeinstellung der Betriebsleitung zu den Belangen des gesundheitlichen Arbeitsschutzes und ein offenes Verhältnis gegenüber den Beschäftigten als wichtigste fördernde Faktoren genannt. „Arbeits- und Gesundheitsschutz muss vor allem gelebt werden, und zwar von der Führung bis zum Pförtner“. So beschreibt ein Personalchef seine Erfahrungen und unterstreicht damit eine Einschätzung auch Anderer. Eine solche Unternehmenskultur im Einvernehmen mit dem Betriebs- oder Personalrat, ggf. der Vertrauensperson der Schwerbehinderten, bilde eine solide Vertrauensbasis für die Lösung auch schwieriger personeller Situationen. Notwendig seien dabei Verständnis und Einfühlungsvermögen für leistungsschwächere Beschäftigte. Eine solche Grundhaltung sollte für alle Betriebsangehörigen erlebbar sein und sich nachvollziehbar in schriftlichen Unterlagen und praktischem Handeln niederschlagen. Ein regelmäßiger Informationsfluss sei unerlässlich. Aufklärende Gespräche seien ein wichtiger Bestandteil, damit gesundheitliche und Arbeitsanweisungen verinnerlicht und in selbstbestimmtes Handeln übernommen werden könnten. Arbeits- und Gesundheitsschutz müsse bei allen geeigneten Gelegenheiten in die Handlungen einfließen. Ein solches Verhalten könne positiv wirken, wenn gleichzeitig die Würde des einzelnen Beschäftigten geachtet und von Anerkennung und Wertschätzung seiner Arbeit getragen werde. Ein Personalleiter unterstrich diese Auffassung dahin, es sei notwendig, „auch die seelische Seite der Beschäftigten zu beachten, das Vertrauen in das Arbeitsverhältnis zu stärken und damit Wohlbefinden und ein Gefühl, dass die Arbeit sinnvoll ist, dass man gebraucht wird“, zu bewirken.

Als positiv wurden eine Reihe organisatorischer Bedingungen genannt. Dazu zähle eine klare Organisationsstruktur zu personalrelevanten Betriebsabläufen und eine offene Informationsarbeit, die den Einzelnen anspreche und einbeziehe. Gesundheitsförderliche technische Ausstattung des Arbeitsplatzes, so etwa persönliche Berufskleidung als Schutz gegen Erkältungen und ein individuell angepasster Lärmschutz wurden als bewährte Verfahren benannt. Vor allem beim

Wissen um gesundheitsgerechtes Verhalten wäre es allerdings hilfreich, wenn „Krankenkassen so eine Art Gesundheitsbeauftragten in die Betriebe schicken würden, um vor allem Führungskräfte auf dem Laufenden zu halten“. Erhellend ist auch die Erfahrung eines Personalleiters zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Gesundheitsvorschriften oder -hinweisen. Er fasst dies in die Worte, „wenn sich Beschäftigte nicht dementsprechend verhalten, geschieht dies nicht aus böser Absicht, sondern oft aus Unwissenheit“.

Mehrfach wurde die wechselseitige Bedingtheit positiven Verhaltens angesprochen. „Wir sind bereit, in Gesundheit zu investieren, wenn die Beschäftigten mitmachen, was nicht immer der Fall ist“, beschreibt ein Personalverantwortlicher seine Erfahrungen. Gerade dann müsse die Lösung mit hohem Einfühlungsvermögen angestrebt werden. Zu betrieblichen Erfahrungen zähle auch, dass das Verhalten Beschäftigter gelegentlich als schwer beeinflussbar erlebt wird – festgemacht an den Stichworten Ernährung und Übergewicht. Unangebracht sei dabei und überhaupt sog. „Druck von oben“. Externe Assistenz durch den Betriebsarzt sei die bessere Alternative. Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte, auch Betriebs- und Personalräte, ggf. auch Vertrauenspersonen der Schwerbehinderten könnten ohnehin einen wirksamen Beitrag zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitspolitik leisten. Über gute Erfahrungen berichtet ein Betrieb mit externer Moderation zur Verankerung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX. Schriftliche Vereinbarungen mit Betriebs- oder Personalräten – so die Aussage einiger Betriebe – hätten sich als vorteilhaft erwiesen. Gesundheitsfördernde Wirkung kann auch von tarifvertraglichen Regelungen ausgehen. Konsensuale Regelungen zwischen Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften über die Gestaltung etwa von Pausenregelungen seien hilfreich für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung.

Bei der Erkundung hemmender Faktoren standen fehlende Informationen über die Möglichkeiten gesundheitsgerechten Verhaltens im Vordergrund. Beklagt wurde mehrfach, es mangle an geeigneten Ansprechpartnern. Selbst Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit könnten nur begrenzt helfen, wenn es beispielsweise um die Lösung verhaltensbedingter Konflikte gehe. Manchmal seien Vorschriften schwer verständlich. Das gelte auch für Gesetzestexte. Beispielhaft wurde aus einem mittleren Betrieb des verarbeitenden Gewerbes auf das „durchaus sinnvolle betriebliche Eingliederungsmanagement“ verwiesen; leider gebe die Vorschrift dem Anwender keine Antwort auf mögliche Lösungen, etwa auf die behindertengerechte Umrüstung eines Arbeitsplatzes oder die Vermittlung eines Beschäftigten in einen anderweitigen geeigneten Arbeitsplatz oder

Betrieb. Als Hemmnis erwies sich in einem anderen Fall eine Häufung individueller Arbeitszeiten; eine gemeinsame Information aller Beschäftigten werde damit ausgeschlossen. Betrieblicher Stress durch Produktionsengpässe oder Arbeitsverdichtung infolge eines verschärften Wettbewerbs (nicht nur in Betrieben des produzierenden Sektors, sondern auch im Bildungsbereich) erschienen gleichfalls als reales betriebliches Hindernis. Die Nennung hemmender Faktoren erfasste nicht zuletzt den Kostenfaktor. Zunehmend engere Finanzen hätten zur Folge – so wurde von einem Verkehrs- und Transportunternehmen betont –, dass sinnvolle Maßnahmen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz unterblieben.

Bei der zusammenfassenden Würdigung dieser Ergebnisse aus der Betriebsbefragung wird zu berücksichtigen sein, dass die um Vermittlung gebetenen Organisationen durchweg Betriebe vorgeschlagen haben dürften, deren offene Einstellung zu den Zielen der Studie bekannt war. Insofern geben die Befragungsergebnisse zwar wichtige Hinweise, sind aber nicht repräsentativ. Gleichwohl kann das Wissen um die Vorteile einer verantwortungsbewussten, zukunftsorientierten Personalführung mit diesen betrieblichen Erfahrungswerten weiter verbreitet werden.

Bei Abwägung dieser fördernden und hemmenden Faktoren aus betrieblicher Sicht darf eines nicht übersehen werden. Mehr Individualität und Selbstbestimmung ist grundsätzlich zu begrüßen, hat aber Grenzen. Das hochkomplexe Feld der Gesundheitsförderung in medizinischer, juristischer und administrativer Hinsicht, wie es durch diese Studie bestätigt wird, ist oft schon für Fachleute kaum zu übersehen. Um ein Mehrfaches gilt dieser Mangel für einen durchschnittlichen Versicherten. Dem muss mit einer nachhaltigen Informations- und Öffentlichkeitsarbeit begegnet werden. Dann erst können sich Individualität und Selbstbestimmung entfalten. Gemeinsame Servicestellen können zur Schließung dieser Informationslücke beitragen. Denn es ist ihre Aufgabe, „umfassende, qualifizierte und individuelle Beratung zu allen Fragen der Rehabilitation und Teilhabe“³²⁰ zu gewährleisten. Dazu gehört auch, dafür zu sorgen, dass diese Möglichkeiten der Unterstützung den Ratsuchenden bekannt sind. Hier gibt es trotz deutlicher Fortschritte nach wie vor spürbaren Nachholbedarf. Das haben die Betriebsbefragungen bestätigt. Gemeinsame Servicestellen waren weitgehend unbekannt; nur sechs der befragten 30 Betriebe hatten davon schon gehört bzw. mit ihnen Kontakte gehabt.

320 BAR-Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen, Stand 24. Oktober 2007.

9.2 Vielfalt der Angebote – Zugang zu Sozialleistungen

Die Bestandsaufnahme hat eine Vielfalt konkreter inhaltlicher Aktivitäten präventiver und rehabilitativer Art³²¹ zur Sicherung und Erhaltung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu Tage gefördert. Die Palette reicht von Regelungs- und Gestaltungsvorgaben der EU bis zur persönlichen Präventionsinitiative eines Betriebsarztes in einem Mecklenburger Handwerksbetrieb³²². Diese Vielfalt kann nur dann als Spiegelbild einer guten Versorgungsqualität betrachtet werden, wenn sie dem Versicherten bekannt und für ihn zugänglich ist. Das wird nachfolgend kritisch reflektiert.

Wesentliches Merkmal der Vielfalt ist eine unüberschaubare Fülle der Handlungsansätze und das selbst für Experten nicht selten verwirrende Kompetenzgeflecht aus selbstverwalteter Sozialversicherung, staatlich vorgegebenem und kontrolliertem Arbeitsschutz und gemischt-pluralistischen Aktivitäten. Nicht nur Versicherte sehen darin oft ein „Buch mit sieben Siegeln“⁴³²³. Diese Komplexität erweist sich damit als zentrale Herausforderung des sozialen Schutzes für Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der von diesem System erfassten Menschen.

Der Schutz des Sozialsystems bildet eine tragende Säule der gesellschaftlichen Ordnung in Deutschland, die mit hohem finanziellem Aufwand von Versicherten und Arbeitgebern sowie Zuwendungen öffentlicher Haushalte bezahlt wird. Beispielfhaft sei auf die GRV verwiesen. Sie erhielt im Jahre 2007 238 Milliarden € Einnahmen, darunter 175 Milliarden € aus Beiträgen³²⁴ und lag mit diesem Volumen nur wenig unter demjenigen des Bundeshaushalts³²⁵. Ob dieser Schutz seine Wirkung voll entfalten kann und seine Adressaten erreicht, erscheint nach der Bestandsaufnahme zumindest partiell zweifelhaft. Das wird nachfolgend näher dargelegt.

Gegliedertes System als Herausforderung

Ein zentrales Merkmal der Vielfalt ist das gegliederte System der sozialen Sicherheit. Seine Aufgabe ist es, im Leistungs- bzw. Versicherungsfall die Leistungskataloge der SGB V bis VII umzusetzen. Dies geschieht in einer differenzierten

321 Diese Aktivitäten werden hier entsprechend der Übung in der Krankenversicherung – siehe dazu die GKV-Zahlen in AOK 2006/2007, S. 16, 17 – insgesamt angesprochen.

322 Vgl. dazu Fußnote 213.

323 Für die niedrige Beteiligung an den Sozialwahlen wird hier eine wesentliche Ursache gesehen; vgl.: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2006a.

324 DRV Bund 2008a, 2. Umschlagseite.

325 Der Haushalt des Bundes umfasst im Jahr 2008 rund 283 Milliarden €.

Verwaltungs- und Trägerstruktur mit eigenständiger Kompetenz der einzelnen Zweige und jeweiliger Bundesspitze. Dabei stehen die KV-Träger im Wettbewerb zueinander und sind gehalten, sich über die nach dem SGB V gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen – erforderlichenfalls mehrheitlich – zu einigen³²⁶. Berufsgenossenschaften bzw. Unfallkassen und Rentenversicherungsträger haben für ihre Handlungs- und Entscheidungsfelder Spitzenorganisationen gebildet, die die einheitliche Rechtsanwendung sicherstellen³²⁷. Diese Grundlagen im gegliederten System haben eine lange, bewährte Vorgeschichte. Durch das hohe Maß an Spezialisierung innerhalb der jeweiligen Zweige wird zwar eine zielgenaue Wirkung ermöglicht. Dies hat aber auch zur Folge, dass auf den Versicherten ausgerichtete Optimierungen durch die Einbeziehung anderer Zweige erst später in den Blick geraten und möglicherweise ungenutzt bleiben. Deshalb erfordert das gegliederte System immer wieder – über den Wettbewerb hinaus – ein abgestimmtes Verwaltungshandeln. Dies bedingt Schnittstellen zwischen und innerhalb der einzelnen Zweige der sozialen Sicherheit. Sie prägen diese Struktur. Dies beeinträchtigt die Übersichtlichkeit. Einige Beispiele mögen dies illustrieren.

Schnittstellen gibt es vor allem zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Einrichtungen der ambulanten oder stationären Rehabilitation. Es gibt sie aber auch zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Besondere Bedeutung für einen Versicherten bzw. Beschäftigten ist derjenigen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder eine Rehabilitation auf dem Weg zur Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess beizumessen. Hier entscheidet sich, ob eine wiedererlangte Gesundheit bzw. gestärkte Erwerbsfähigkeit erfolgreich verwirklicht werden kann³²⁸. Auch die Bundesagentur für Arbeit ist hier im Obligo und kann wichtige Beiträge leisten.

An einem Beispiel aus der GRV kann der Umgang mit Schnittstellen erläutert werden. Der behandelnde Arzt reicht bei Einleitung eines medizinischen Reha-Verfahrens einen Befund- und Behandlungsbericht ein und erhält im Anschluss an die Maßnahme obligatorisch den Entlassungsbericht. Dieser geht auch an die Krankenkasse³²⁹. Reha- und behandelnder Arzt können auf dieser Basis dem Versicherten gezielte nachfolgende Hilfen angeeignen lassen. Die Schnittstelle kann

326 Vgl. dazu § 91 Abs. 7 SGB V.

327 Siehe zum Beispiel Fußnote 30 und § 15 Abs. 2 SGB VII.

328 Dies verdeutlicht auch die kürzlich vorgelegte Untersuchung des Projektes KoRB der DRV Westfalen. Siehe dazu den Aufsatz von Hesse u.a. 2008, S. 324 ff.

329 Dieses Verfahren wird aus datenschutzrechtlichen Bedenken seit kurzem nicht mehr angewandt. Es ist zu wünschen, dass die dazu vorgebrachten Bedenken im Interesse bestmöglicher Therapie alsbald ausgeräumt werden.

sich dadurch zur nützlichen Nahtstelle entwickeln. Ob dies eintritt, hängt allerdings von den jeweiligen Umständen ab³³⁰. Dies deuten auch Untersuchungen u. a. der Universität Bielefeld³³¹ an.

Schnittstellen gibt es auch zwischen dem System der sozialen Sicherung und dem staatlichen Arbeitsschutz. Der Gesetzgeber hat dem durch § 20 SGB VII Rechnung getragen und postuliert, dass „die Unfallversicherungsträger und die für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden [...] bei der Überwachung der Unternehmen zusammen“ wirken und den Erfahrungsaustausch fördern. Ob dies in Norddeutschland ausreichend umgesetzt wird, erscheint bei näherer Betrachtung überprüfungsbedürftig, weil in den drei Ländern insoweit recht unterschiedlich verfahren wird. Ein Informationsaustausch und eine Abstimmung über ein gleichermaßen wirksames Vorgehen könnte zur Stärkung und Festigung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit in den Betrieben genutzt werden, wird deshalb angeregt³³². Näheres dazu im folgenden Abschnitt 10.2.

Eine besondere Grenzsituation mit der Wirkung einer Schnittstelle ist diejenige zwischen der Arbeits- und der Sozialmedizin im betrieblichen Alltag und in universitärer Forschung und Wissenschaft. Die Eigenart dieser Schnittstelle wird darin deutlich, dass beide medizinischen Disziplinen den Versicherten bzw. den Beschäftigten als Ausgangspunkt ihrer Versorgungs- bzw. Forschungsaktivitäten haben, aber doch recht eigenständige Wege gehen. In der Folge dieses Gedankens gilt Vergleichbares für Arbeitsrecht und Sozialrecht. Es scheint an der Zeit, darüber nachzudenken, ob mehr Interdisziplinarität³³³ den Menschen in der Arbeitswelt mehr nützen könnte und die Erkenntnisse dann auch umzusetzen.

So wird bereits an dieser Stelle erkennbar, welche Bedeutung aus Sicht eines Versicherten abgestimmten zielgerichteten (Gesamt-)Maßnahmen beizumessen ist. Die Überwindung von Schnittstellen hat – wie nachfolgend näher dargelegt – deshalb unverändert hohe Priorität.

Unübersichtlichkeit überwinden

Neben der Überwindung von Schnittstellen ist eine höhere Effizienz des Sozialleistungssystems auch von der Transparenz der Angebote abhängig. Dazu ist festzustellen, dass ihre Vielfältigkeit es den Versicherten bzw. Beschäftigten nicht erleichtert, ihren persönlichen Versicherungsschutz zu erkennen. Dem Gesetzgeber

330 Siehe dazu auch Schochat u.a. 2003, S. 176-178.

331 DRV 2001, S. 207 und DRV 2002, S. 217.

332 Vgl. Kapitel 7.2.1.

333 Vgl. Kapitel 7.3.3.

ist diese Schwierigkeit offensichtlich bewusst. Denn er hat die Versicherungsträger zu einer versichertennahen Informations- und Öffentlichkeitsarbeit verpflichtet. Das hat er durch die herausragende Positionierung in den §§ 13 bis 15 SGB I, die Aufklärungspflichten in den einzelnen Büchern des SGB und durch die im SGB IX vorgegebene Verpflichtung zur Schaffung von Gemeinsamen Servicestellen unterstrichen. Informationen müssen – das ist die Kernbotschaft dieser Studie – von den Versicherten aber auch „verstanden“ werden. Sie müssen inhaltlich „angekommen“ sein und den Versicherten befähigen, sachgerecht zu entscheiden. Es scheint geboten, dies noch einmal in die Erinnerung zu rufen – auch vor dem Hintergrund empirischer Erkenntnisse der früheren BfA³³⁴ und Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts³³⁵; nach Letzteren sollen gesetzliche Regelungen so abgefasst sein, dass „der Betroffene seine Normunterworfenheit und die Rechtslage so konkret erkennen kann, dass er sein Verhalten danach auszurichten vermag“. Dies macht es notwendig, bei jeder gesetzlichen Neuordnung die „Adressateneignung“ zu berücksichtigen³³⁶.

Um die Übersichtlichkeit grundsätzlich zu verbessern, sollte der Gesetzgeber erneut in Überlegungen eintreten. Dabei könnte auch erwogen werden, der BAR als der vom Gesetzgeber bestimmten Zentralstelle für Koordination und Kooperation auch eine zentrale Informationsfunktion zuzuordnen.

Von der Schnittstelle zur Nahtstelle

Wie notwendig die Überwindung von Schnittstellen ist, wurde vorstehend bereits verdeutlicht. Dazu hat der Gesetzgeber wiederholt den Lösungsweg über Zusammenarbeit gewiesen. Bereits in den GKV-Reformgesetzen der 1980-er und 1990-er Jahre gab es Ansätze zu Einheitlichkeit und Gemeinsamkeit. Eine Harmonisierung der Leistungen bewirkten sie jedoch kaum. Dies mag daran gelegen haben, dass die Einführung einer Wettbewerbsordnung der Krankenkassen durch

334 Über Erfahrungen der BfA gibt ein Artikel von Meurer Auskunft. Darin heißt es u.a.: „Das nach wie vor schwierigste Handlungsfeld ist die Arbeit an der Verständlichkeit von Anträgen, Vordrucken, Merkblättern und Bescheiden. 60 Prozent der Versicherten haben nach den letzten Kundenbefragungen von 2000 und 2001 Probleme mit den Fragen und Texten.“ Meurer 2003, S. 297 ff. bes. S. 303.

335 Entscheidung des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts, 1 BvL 1/01, vom 9. April 2003.

336 So auch der Wille des Gesetzgebers nach der Amtlichen Begründung bei der Schaffung des Sozialgesetzbuches im Jahre 1975. Vgl. Dembowski/Schroeder-Printzen 1976, S. 103 f.

das GSG per 1. Januar 1993 nicht gerade fördernd gewirkt hat³³⁷. Wegweisend für eine abgestimmte Leistungserbringung war dann das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ab 1. Juli 2001. Seine zentrale Zielsetzung ist darauf gerichtet, durch mehr Koordination, Kooperation und Konvergenz eine wirksamere Versorgung der Leistungsempfänger zu erreichen. Auch das GKV-WSG³³⁸ enthält in § 20a SGB V Elemente, die auf mehr Einheitlichkeit und Gemeinsamkeit ausgerichtet sind.

Vereinbarungen innerhalb der jeweiligen Zweige und auch übergreifender Art sollen – das ist ein Kerngedanke des SGB IX – Schnittstellenmängel reduzieren. Diesem Zweck dienen vor allem die Vorgabe des Gesetzgebers in §§ 12, 13 SGB IX. Sie enthalten die wesentlichen Grundsätze der Zusammenarbeit. Dabei nennt § 12 SGB IX die Kernsätze optimaler Leistungserbringung³³⁹, während § 13 SGB IX die Rehabilitationsträger verpflichtet, zur Sicherung dieser Zusammenarbeit Gemeinsame Empfehlungen u. a. zur Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit von Leistungen, zur Klärung von Zuständigkeit, zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation zu erarbeiten^{340 341}.

Was die Sozialversicherungsträger zur Erreichung einer gesunden Arbeitsumwelt in den Betrieben im Einzelnen entwickelt haben, ist im Kapitel 7 beispielhaft aufgeführt. Durch Befragung von kleinen und mittleren Betrieben in den drei norddeutschen Bundesländern – dargestellt im Kapitel 8 – ist zusätzlich die konkrete Ausformung betrieblicher Gesundheitspolitik erkundet worden. Auf diese beiden Kapitel sei ausdrücklich verwiesen. Sie zeigen die praktischen Ergebnisse der Zusammenarbeit als Ergebnisse der mit den Gemeinsamen Empfehlungen umgesetzten Vorgaben des Gesetzgebers.

Trotz aller Mängel und Unzulänglichkeiten zeigt sich bei einer Gesamtbetrachtung, dass die Koordination und Kooperation bei der Einleitung und Durchführung

337 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992, BGBl I, 2266. Zu diesem Aspekt drängt sich angesichts der Erkenntnisse aus der Betriebsbefragung – s. dazu insbesondere die Antworten zu der Frage 6 im Kapitel 8.3 – der Gedanke auf, ob der Wettbewerb die richtige Antwort auf eine bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist, jedoch kann dieser Frage hier nicht nachgegangen werden.

338 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl I S. 378).

339 Zu nennen ist insbesondere § 12 Abs. 1 Ziff. 1 SGB IX mit folgendem Wortlaut: „... sind die Rehabilitationsträger verantwortlich, dass die [...] Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie [...] einheitlich erbracht werden.“ Dazu sollen sie (Abs. 2) „insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden“.

340 BAR 2005a.

341 Die Gemeinsamen Empfehlungen können durch die regional zuständigen Rehabilitationsträger konkretisiert werden (§ 13 Abs. 9 SGB IX). Davon wurde bislang kein Gebrauch gemacht.

rehabilitativer Leistungen insgesamt gesehen verbessert worden ist. Schnittstellenprobleme konnten an manchen Stellen deutlich abgebaut werden. Die von der BAR zusammengestellten Erfahrungsberichte der Rehabilitationsträger enthalten zahllose Ansatzpunkte für weitere Verbesserungen. Sie sollten zügig angegangen werden.

Lösungsansätze prüfen und erproben

Dass es darüber hinaus Möglichkeiten besserer Effizienz durch Zusammenarbeit gibt, kann an einem Krankenkassenbeispiel verdeutlicht werden. Krankenkassen verfügen über umfangreiche Daten zu Häufungen, neuen Entwicklungen und Tendenzen in den Krankheitsbildern³⁴². Diese Daten stehen der Rentenversicherung in der notwendigen Differenzierung nicht zur Verfügung. Mit ihrer Hilfe könnte aber drohender bzw. beginnender Erwerbsminderung gezielter begegnet werden. Eine solche Kooperation würde es der Rentenversicherung gleichzeitig erleichtern, die Erwerbsfähigkeit von Versicherten in besonders gesundheitsgefährdender Beschäftigung frühzeitiger durch präventive medizinische Leistungen im Rahmen von § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI³⁴³ zu sichern, was möglicherweise auf Berufskraftfahrer³⁴⁴ anwendbar ist.

Verbesserungen könnten auch mit der Unterstützung durch Betriebs- und Werksärzte erreicht werden. Hier liegen Potentiale, früher einer gefährdeten Erwerbsfähigkeit entgegenzutreten. Dass dies möglich ist, zeigt die Befragung von Betriebsärzten. Sie berichteten von ihrem täglichen Handeln, erkennbaren Reha-Bedarf der Rentenversicherung bekanntzumachen³⁴⁵. Die Erkenntnis um diese Verbesserungspotentiale scheint an Boden zu gewinnen. Dies zeigen Projekte der Zusammenarbeit von Ärztekammern, Betriebsärzten mit Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträgern³⁴⁶. Der Weg dazu ist seit längerem durch eine Gemeinsame Empfehlung³⁴⁷ aller Reha-Träger unter dem Dach der BAR geebnet

342 Vgl. dazu auch Badura u.a 2008. Einen Einblick in die Ressourcen zum frühen und genauen Erkennen von Gefährdungspotential für die Erwerbsfähigkeit gibt eine vom Institut für betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH erstellte Muster-Analysemappe.

343 Die Neufassung der Gemeinsamen Richtlinien zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit vom 23. September 2008 eröffnet der Praxis neue Möglichkeiten.

344 Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 7.2.2.

345 Vgl. dazu Kapitel 8.4.2.

346 Genannt seien das Projekt WeB-Reha – arbeitsplatzbezogene Rehabilitation in Zusammenarbeit mit Werks- und Betriebsärzten – und eine ähnliche Vereinbarung in Baden-Württemberg sowie Vereinbarungen der DRV Nord und der Reha-Klinik Aukrug mit Betrieben bzw. dem BFW Hamburg. Vgl. dazu Kapitel 7.1.3.

347 BAR 2005a, S. 37, bes. S. 40.

worden. Er muss endlich auch flächendeckend beschriftet werden, zumal überzeugende Hinderungsgründe nicht benannt worden sind.

Kurzes Resümee

Dieser Problemaufriss zeigt, dass trotz Vielfalt der Angebote und Aktivitäten im gegliederten System der sozialen Sicherung mittels besserer Koordination und Kooperation der Leistungsträger der soziale Schutz für Versicherte bzw. Beschäftigte verbessert werden kann. Es darf deshalb erwartet werden, dass die Bemühungen um verbesserte Zusammenarbeit verstärkt fortgeführt werden. Auch an dieser Stelle kann die BAR ihre Dienste und Erfahrungen einbringen.

Über die aufgezeigten konkreten Ansatzpunkte hinaus ist allen sozialpolitischen Akteuren in Parteien, Verbänden und Organisationen, bei Leistungsträgern und Leistungserbringern, allen Verwaltern und Selbstverwaltern und allen Leistungsempfängern anzuraten, über die Schaffung einer Gesamtübersicht über alle in den Abschnitten 7.1 und 7.2 beispielhaft genannten Instrumente nachzudenken. Auf diesem Wege kann es gelingen, das gegliederte System derartig fortzuentwickeln, dass unter Erhaltung seiner Stärken eine deutliche Verbesserung des Rehabilitationsprozesses erreicht wird. Alle Akteure sollten dies als ständigen Auftrag empfinden³⁴⁸.

9.3 Umsetzungserfahrungen

Bei der Befragung von Betrieben haben die Gesprächspartner ihre Erfahrungen offen geschildert. Gute und schlechte Erfahrungen lagen dicht beieinander. Dabei wurden positive Ansätze auffallend oft genannt, manchmal konkretisiert durch Anregungen für eine bessere betriebliche Gesundheitspolitik. Etliche Gesprächspartner zeigten sich offen für gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung. Diese Einstellung belegt zum Beispiel eine Veröffentlichung eines mittelständischen Industriebetriebes. Darin heißt es, „der Betrieb [...] sieht sich entsprechend den Unternehmensleitlinien Responsible Care der aktiven Gestaltung des Gesundheitsschutzes sowie der Gesundheitsförderung seiner Mitarbeiter in besonderer Weise verpflichtet“. Ein Dienstleistungsbetrieb mit einer ausgebildeten Fachkraft für Arbeitssicherheit als Personalchef wirbt um Geschäftspartner mit der Aussage „Arbeitssicherheit wird im Hause [...] groß geschrieben“. Beispielhaft kann auch die freiwillige Einrichtung eines Arbeitskreises Gesundheit – gefördert vom

348 Dazu sei auf den Abschnitt 10.3 verwiesen.

Betriebsarzt, der Metall-BG Nord Süd und dem Betriebsrat – genannt werden. Mehrfach wurde aber auch von Betrieben der Wunsch nach mehr Beratung in Fällen Langzeiterkrankter geäußert, etwa die Fragen, „Was kann geschehen?“ oder „Wer sollte jetzt handeln?“. Beim BEM war externe Hilfe vor allem erwünscht, wenn bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit ein geeigneter Arbeitsplatz im Betrieb nicht zur Verfügung steht bzw. durch veränderte Arbeitsorganisation eingerichtet werden müsste.

Schwierigkeiten schilderten Personalleiter dort, wo es galt, gesundheitsbewusstes Verhalten aller Betriebsangehörigen – von der Betriebsführung über Vorgesetzte bis zu den Beschäftigten – in den betrieblichen Alltagsablauf zu integrieren. In solchen Fällen könnte es von Nutzen sein, aus den Erfahrungen anderer Betriebe zu lernen. Für Kammern, Innungen und Wirtschafts- und Arbeitgeberverbände sowie Gewerkschaften könnte sich ein neues Tätigkeitsfeld³⁴⁹ öffnen. Gute Erfahrungen schilderte ein Handwerksbetrieb mit der Übung, regelmäßig den Monatsschluss für einen – arbeitsunabhängigen – Erfahrungs- und Informationsaustausch mit allen Beschäftigten zu nutzen. Solche Kreativität sollte Schule machen.

Allerdings war nicht immer in den Betrieben die für einen guten Arbeitsschutz notwendige Einstellung gegeben. Eine Einschätzung von Risikopotentialen – Gefährdungsbeurteilungen gemäß § 5 ArbSchG – wird beispielsweise nicht überall konsequent vorgenommen; Erfahrungen von BG-Vertretern, wonach „eilig vor einem Besichtigungstermin ausgefüllte Formblätter [...] den Sinn [verfehlen], weil sich häufig wenig mit den Inhalten auseinandergesetzt wird“³⁵⁰, deuten auf Schwachstellen hin, die beseitigt werden müssen. Mängel zeigten sich auch bei der Nutzung der Kompetenz eines Arbeitsschutzausschusses. Nahezu die Hälfte der ausschusspflichtigen Betriebe³⁵¹ verfügte über kein derartiges Gremium. Selbst den gesetzlich vorgeschriebenen Betriebsarzt gab es nicht überall; in zwei Betrieben war nur der D-Arzt bekannt. Unübersehbar war schließlich Hilflosigkeit gegenüber schwierigen psychischen Situationen. Externe Hilfe war in solchen Fällen sehr gewünscht. Um im Gespräch mit Betroffenen sensibel genug zu reagieren, empfehlen UV-Träger den Arbeitgebern, professionelle Hilfe von Betriebsärzten, Disability-Managern oder anderen psychologisch geschulten Spezialisten

349 Zu denken wäre beispielsweise an Gesprächskreise Personalführung/Betriebsärzte und entsprechende Seminare und Fortbildungsveranstaltungen.

350 Landesunfallkasse Hamburg 2007, S. 11.

351 Das sind Betriebe mit mehr als zwanzig Beschäftigten. Dort hat ein Arbeitgeber gemäß § 11 ASiG grundsätzlich einen Arbeitsschutzausschuss zu bilden.

in Anspruch zu nehmen³⁵². Mehrfach geäußert wurde schließlich die Erwartung, Berufsgenossenschaften bzw. Unfallkassen mögen in den Arbeitsablauf integrierte Angebote für Beschäftigte in einseitigen (Schreibtisch-)Tätigkeiten entwickeln, ggf. vorhandene Möglichkeiten publizieren, um häufigen Klagen über Rückenschmerzen zu begegnen. Hier offenbaren sich Lücken, die Krankenkassen, UV-Träger, RV-Träger und Arbeitsschutzbehörden gemeinsam schließen sollten. Wenn die Beschäftigten und ihre Vertreter im Betriebs- oder Personalrat – ggf. bis zum Abschluss einer Betriebsvereinbarung – bei der Erarbeitung von Abhilfe beteiligt werden, verbessert dies nach Aussagen von Gesprächspartnern die gesundheitlichen Rahmenbedingungen im Betrieb.

Praktizierte Zusammenarbeit – dennoch Handlungsbedarf

Die Recherche ergab, dass Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung durchaus – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – miteinander kooperieren. Ein informatives Beispiel liefert der Präventionsbericht des MDS³⁵³. In der Hälfte der ausgewerteten Dokumentationsbögen über das Geschehen nach § 20 Abs. 2 SGB V im Jahre 2006 wurden außerbetriebliche Kooperationen bejaht. Am häufigsten wurde die Zusammenarbeit mit gewerblichen Anbietern bzw. Unternehmen und UV-Trägern genannt. Andere Krankenkassen, der staatliche Arbeitsschutz, Gesundheitsämter und Arbeitgeberverbände wurden im Präventionsbericht kaum angegeben³⁵⁴. Kooperationen der Krankenkassen untereinander und mit staatlichem Arbeitsschutz standen mit jeweils 5 Prozent am Schluss der Tabelle. Diese Aussagen entsprechen den Erkenntnissen dieser Studie. Keiner der befragten Betriebe berichtete, dass mehrere Krankenkassen in einem Betrieb gemeinsam aufgetreten sind. Stets waren es nur einzelne Kassen. Der gesetzlichen Vorgabe in § 12 Abs. 2 SGB IX und § 20 Abs. 2 SGB V bzw. § 20a SGB V entspricht dies nicht.

Auffallend ist an dem Bericht des MDS, dass ein RV-Träger als Kooperationspartner nicht genannt wird, was möglicherweise auch nicht abgefragt worden ist. Allerdings sind auch sie in der Kooperation nicht untätig. Dies verdeutlichen über die genannten Beispiele hinaus in den drei norddeutschen Ländern die Verfahren PETRA und die Initiativen zur stufenweisen Wiedereingliederung, zur Nachsorge oder zur beruflich-medizinischen Rehabilitation mit den BFW's in Hamburg und

352 DGUV 2008c.

353 MDS 2008, S. 76.

354 Ebd., S. 77.

Stralsund als Maßnahmen präventiv-rehabilitativen Charakters zur Festigung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten³⁵⁵.

Auch Träger der gesetzlichen Unfallversicherung berichteten mehrfach über gemeinsames Vorgehen mit Krankenkassen. Die Maßnahmen Gesund im Autohaus und Gesund im Metallhandwerk können beispielhaft genannt werden. Für das Pilotprojekt Zusammenarbeit der Sozialversicherungen im Kfz-Handwerk in Schleswig-Holstein³⁵⁶ gilt dies gleichermaßen. Registriert wurde die Umsetzung einer „ersten gemeinsamen Kampagne“ der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung zur gesundheitlichen Prävention: „Deine Haut. Die wichtigsten 2 Quadratmeter Deines Lebens“³⁵⁷. Zu nennen ist ferner das Projekt Reha-BAU³⁵⁸, in dem die BG BAU gemeinsam mit Trägern der Rentenversicherung und Reha-Kliniken ein auf die Bedürfnisse einer Branche zugeschnittenes Instrument entwickelt hat. Zu prüfen wäre, ob ein solches Vorgehen auf andere Wirtschaftsbereiche mit tageslicht- und witterungsabhängiger oder saisonaler Produktion übertragbar ist – etwa die Land- und Forstwirtschaft, Fischerei o. ä. Auf ganz praktische Weise wird schließlich ein Betriebsarzt tätig, der beiläufig entdeckten Präventionsbedarf kurzerhand per Fax der Krankenkasse mitteilt³⁵⁹. Alle diese Wege sollten Schule machen.

Einzelne Krankenkassen bzw. deren Verbände haben zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitspolitik Vernetzungsstrategien entwickelt. Dazu gehört das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)³⁶⁰. Es wird von der DGUV, dem AOK-BV, dem BKK-BV und dem AEV gebildet. Andere Krankenkassenverbände, insbesondere der VdAK und der IKK-BV sind nicht beteiligt. Ähnliche Ansätze auf regionaler Ebene entfaltet das in Schleswig-Holstein gegründete Netzwerk Betrieb & Rehabilitation³⁶¹ mit gleichfalls begrenzter Interessensbasis. Vernetzungswirkungen im Sinne verbesserter Kommunikation entfalten auch die bei den Sozialministerien in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein und der Sozialbehörde in Hamburg initiierten Kooperationen³⁶².

Die Erkenntnisse des staatlichen Arbeitsschutzes könnten für eine betriebsorientierte Politik der Sozialversicherungsträger nützlich sein. Deshalb sollten etwa

355 Vgl. dazu besonders Kapitel 7.1.3.

356 Siehe dazu Kapitel 7.1.2.

357 Nähere Hinweise zu dieser – von den Trägern als „bisher einzigartig“ (!) bezeichneten – Aktion finden sich in Kapitel 7.1.2.

358 Siehe dazu Kapitel 7.1.2.

359 Ebd.

360 Vgl. dazu Fußnote 204.

361 Näheres in Kapitel 7.1.3.

362 Vgl. dazu Kapitel 7.2.1.

Träger der Rentenversicherung eine Mitarbeit in den Arbeitsgruppen nach § 20 SGB VII erwägen. Dies gilt dann auch mit Blick auf die Landessozialministerien in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein bzw. die Sozialbehörde in Hamburg. Maßgebliches Kriterium sollte sein, in welchem Umfang von derartigem Informations- und Wissensaustausch ein frühzeitiges Erkennen drohender Erwerbsminderung ausgehen kann.

Zusammenarbeitspotentiale ausschöpfen

Möglichkeiten einer besseren Kommunikation und Kooperation sind mit Blick auf das praktische Handeln der Sozialleistungsträger – Kapitel 7 – und den betrieblichen Alltag – Kapitel 8 – wiederholt angesprochen worden. Es gibt aber weitere ausbaubedürftige und ausbaufähige Felder. Dazu gehören zum Beispiel die alljährlich wiederkehrenden wissenschaftlich-praktischen zentralen Veranstaltungen der Arbeits- und der Sozialmedizin. Sowohl im Internationalen Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (A + A) der BAG für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi) als auch in den Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien der DRV und der DGRW bilden Vertreter der jeweils anderen Disziplin bislang lediglich eine Randgruppe. Es lohnt, darüber nachzudenken, ob und wenn ja, wie durch mehr Miteinander auch ein Mehr an Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt bewirkt werden kann. Die 13 Thesen der Arbeitsmedizin zu Stand und Entwicklungsbedarf von betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland³⁶³ geben dafür manche Anstöße. Eine Prüfung sollte möglichst zeitnah erfolgen.

Netzwerke – eine sinnvolle Vorstufe

Dass vernetztes kooperatives Handeln grundsätzlich positiv zu bewerten und zu fördern ist, bedarf keiner Begründung. Es scheint jedoch für die Initiatoren manchmal schwierig zu sein, alle Betroffenen an einen Tisch zu bekommen. Handlungsmaxime sollte aber sein, alle sachinteressierten KV-, UV- und RV-Träger in einer derartigen Zusammenarbeit zusammenzuführen. Denn sie können – auch als Netzwerke – erst dann bestmögliche Wirkung entfalten, wenn sie vereint, gemeinsam und verbindlich in einem „stabilen Rahmen“³⁶⁴ einem identischen Ziel zustreben und nicht durch einen „Netzwerk-Wettbewerb“ Ressourcen fehlgeleitet werden. Dann können sie als eine Vorstufe für regionale Arbeitsgemeinschaften nach

363 Letzel u. a. 2007. Diese 13 Thesen sind auch im Internet unter http://www.praevention-online.de/index.htm?Top_News02_020507 nachzulesen.

364 Lachwitz u.a. 2006, Randziffer 14 zu § 12 SGB IX.

§ 12 Abs. 2 SGB IX wirken. Damit könnte dann aus regionaler Vielfältigkeit und Ideenfülle neue Kreativität erschlossen werden, wie dies mit der Nachsorge-Studie der früheren LVA Schleswig-Holstein³⁶⁵ ermöglicht bzw. aufgedeckt wurde. Für eine Fortentwicklung zu formalen Gremien spricht weiter, dass sie durch Verbindlichkeit und Verantwortlichkeit besser in der Lage wären, Kontinuität im Erproben neuer Wege zu schaffen³⁶⁶. Dies wären dann mehr als „good-will-Initiativen“.

Arbeitsgemeinschaften – ein notwendiges Ziel

Die Sozialversicherungsträger sollten die Chance ergreifen und sich der Bildung der vorstehend beschriebenen gesetzlich vorgesehenen Arbeitsgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 SGB IX annehmen. Denn es ist nicht recht verständlich, warum die hier „liegenden Chancen [...] nicht genutzt worden“³⁶⁷ sind. In der Tat wäre anderenfalls für Gesetzgeber und Aufsichtsbehörden zu erwägen, ob das „sollen“ als verbindliche Pflicht zu verstehen ist³⁶⁸. Derartig verbindliche Kooperationen werden offensichtlich auch vom Gesetzgeber favorisiert. Dafür spricht die in § 20a SGB V getroffene Regelung.

Beitrag der Betriebs- und Werksärzte

Auch Betriebs- und Werksärzte sehen Verbesserungsmöglichkeiten³⁶⁹. Zur Erhöhung der Effizienz schlagen sie eine Abkehr von formal-organisatorischem Vorgehen (Vorsorgeuntersuchung, Blutdruckmessung, Sehtest, usw.) und mehr ganzheitliche, projektorientierte Arbeit, eine stärkere psychosomatische Herangehensweise, und vor allem eine bessere Einbindung in das Gesundheitswesen vor und wünschen mehr kooperative Offenheit aller beteiligten Professionen. Betriebsärzte bekundeten ihre Bereitschaft, verstärkt an der Sicherung von Erwerbsfähigkeit mitzuwirken und verwiesen dazu auf eine Vereinbarung zur Einleitung von Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation³⁷⁰ und diejenige des VDBW mit

365 Vgl. dazu Fußnote 239.

366 Die in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern existierenden Arbeitskreise aus einigen Trägern der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der Sozialministerien könnten, ergänzt um Vertreter des Themenfeldes Berufs- und Arbeitswelt – LTA, zwecks verbesserter gesundheitlicher Versorgung eine Vorstufe einer derartige Arbeitsgemeinschaft sein.

367 Welti 2005, S. 367.

368 Lachwitz u. a. 2006, Randziffer 17 zu § 12 SGB IX, S. 113.

369 Näheres im Kapitel 8.4.2.

370 Vereinbarung der Bundesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. – VDBW – aus dem Jahre 1985.

der DRV Baden-Württemberg zur Beteiligung von Betriebsärzten bei der Reha³⁷¹. Gleichzeitig wünschen sie aber mehr Unterstützung in den zuständigen Ministerien bzw. berufsgenossenschaftlichen Fachausschüssen, die die Regelwerke für ihr Handeln aufstellen.

Überhaupt sollte die Expertise von Betriebs- und Werksärzten mehr für eine gesundheitsförderliche Arbeitsumwelt und gesunde Beschäftigung und insbesondere zur Früherkennung von Reha-Bedarf genutzt werden. Hausärzte sowie Reha-Ärzte und Rentenversicherung könnten gleichermaßen davon profitieren. Notwendig ist dazu aber mehr kooperatives Verhalten von niedergelassenen bzw. Hausärzten³⁷². Wie die Schnittstelle Hausarzt/Reha-Arzt/Betriebsarzt geschlossen werden könnte, zeigt ein Blick in einen Reha-Entlassungsbericht. Zum Abschlussgespräch gehört der Aspekt Rückkehr in den Erwerbsprozess. Hier kann ein Betriebs- oder Werksarzt flankierend tätig werden. Um ihn dafür zu befähigen, soll ihm nach einer Vereinbarung auf Bundesebene der Reha-Entlassungsbericht zur Verfügung gestellt werden³⁷³. Das ist sachgerecht und prozessfördernd. Denn wie kein anderer kennt er den Arbeitsplatz eines solchen Rehabilitanden. Leider meldeten die Betriebsärzte Fehlanzeige. Derartige Berichte bekämen sie, wenn überhaupt, nur auf Anforderung vom Hausarzt. Es ist dringend an der Zeit, dass diese Empfehlung mit Leben erfüllt wird.

Ältere und Arbeitslose verstärkt rehabilitieren

Erfahrungen aus der Beschäftigung von älteren Arbeitnehmern³⁷⁴ oder der Eingliederung oder Betreuung arbeitsloser Versicherter³⁷⁵ waren nicht explizit Gegenstand dieser Studie, sollen aber der Vollständigkeit halber gleichfalls angesprochen werden. So sollten ältere Arbeitnehmer von der Rentenversicherung (noch) stärker in rehabilitative Maßnahmen einbezogen werden, und zwar auch wegen des hier

371 Vereinbarung zwischen DRV Baden-Württemberg und Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. zur Einbindung von Betriebsärzten in den Rehabilitationsprozess. Siehe auch Fußnote 346.

372 Mit dieser Problematik haben sich wiederholt Beiträge der Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien der DRV befasst, so unter anderem in DRV 2002, S. 217.

373 „Ist die gesetzliche Rentenversicherung Rehabilitationsträger, erhält im Anschluss an die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der/die behandelnde Arzt/Ärztin und zuständige Betriebs-/Werksarzt/-ärztin, mit Einverständnis des Versicherten, eine Durchschrift des Entlassungsberichts.“ Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004, § 4 Absatz 3. Vgl. BAR, 2005a, S. 37. Zu dieser Option siehe auch die Darstellung im Kapitel 9.2.

374 Vgl. dazu Kapitel 6.4.

375 Vgl. dazu Fußnote 148.

„schlummernden“ gesamtgesellschaftlich wichtigen Leistungspotentials³⁷⁶. Vergleichbares gilt für arbeitslose Versicherte. Denn auch sie werden von der in § 1 SGB I (§ 1 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 5 SGB II) enthaltenen Botschaft erfasst. Überdies bilden sie allein schon aus Kostengründen ein erhebliches Risikopotential³⁷⁷.

Mehr Unterstützung für kleine und mittlere Betriebe

Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten haben nach den Erkenntnissen der Studie für die Betriebe durchaus ihren Stellenwert. Deutlich war ihre Bereitschaft, dazu konkret beizutragen. Allerdings hat die Befragung auch ergeben, dass personale Ressourcen für betriebliche Gesundheitsförderung derzeit kaum vorhanden sind. Zudem verfügen sie vielfach nicht über einen direkten Zugang zu Informationen. Der Wunsch nach externer Unterstützung ist deshalb keineswegs überraschend und sollte aufgegriffen werden.

Dieser Beratungs- und Informationsbedarf wird durch die Praxis der Sozialversicherungsträger nicht ausreichend abgedeckt. Da die Betriebe idR nicht in der Lage sind, diese Lücken aus eigener Kraft zu schließen, sollten Möglichkeiten überbetrieblicher Organisation gesucht werden, eine Methode, die auch aus anderen Zusammenhängen bekannt ist (z.B. überbetriebliche Berufsausbildung, Sozialkassen der Bauwirtschaft). Die Verbände und Kammern der Wirtschaft könnten diesen Bedarf auffangen. Eine Reihe von Beispielen belegen, dass dazu auch Bereitschaft vorhanden ist. Die Gesundheitsinitiative „Fit in Hamburg“ der Handelskammer Hamburg, Aktivitäten von Handwerkskammern in Westfalen-Lippe – sie standen Pate für die gesetzliche Regelung in § 111 Abs. 3 Ziff. 5a SGB IX – und nach Erkenntnissen der BAR auch mancher Industrie- und Handelskammern stützen diese Annahme. Zu nennen ist auch ein vom Land Schleswig-Holstein gefördertes Vorhaben zur Wiedereingliederung langfristig erkrankter Mitarbeiter im Handwerk, der Verein esa – eingliedern statt ausgliedern, ein Projekt der Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein und der IKK Nord. Ähnliche Regelungen für alle KMU könnten einen wirksamen Beitrag zu mehr Gesundheit in der Arbeit leisten.

Kurzes Resümee

Die Recherche hat mancherlei träger- und institutionenübergreifende Kooperationen zu Tage gefördert. Um die Existenz und die praktischen Wirkungen derartigen Miteinanders transparenter zu machen, sollten vor allem die UV-Träger und

376 Frerichs 2006.

377 Siehe dazu die Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Kapitel 6.3.4.

die Bundesländer im Sinne des § 20 SGB VII gemeinsam initiativ werden und darauf hinwirken, dass alle sachinteressierten Träger beteiligt werden³⁷⁸. Denn schon die vorstehenden Berichte und Erfahrungen aus der Umsetzung einer im Sinne des SGB IX kooperativ-kommunikativ angelegten Gesundheitspolitik zeigen insgesamt mehrere ermutigende, aber auch ausbaufähige Zeichen und Ansätze. Alle Beteiligten, vor allem auch Verbände und Kammern der Wirtschaft, sollten sich herausgefordert fühlen, auf weitere Fortschritte hinzuarbeiten.

9.4 Erfahrungen und Optionen hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsförderung und betrieblichem Eingliederungsmanagement

Bei kritischer Würdigung gesundheitsfördernder und erwerbsfähigkeitssichernder Maßnahmen sollen abschließend zwei Instrumente näher diskutiert werden, die betriebliche Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 2 SGB V bzw. § 20a SGB V und das betriebliche Eingliederungsmanagement gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX.

Einen informativen Einblick in die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) gibt der vom MDS herausgegebene Präventionsbericht³⁷⁹. Zusammen mit – gemeinsam ausgewiesenen – Reha-Maßnahmen haben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahre 2006 dafür 2,3 Milliarden € ausgegeben³⁸⁰. Die Krankenkassen erreichten mit diesen Maßnahmen rund eine Million Beschäftigte. Dies waren zwar nahezu um die Hälfte mehr als noch zwei Jahre zuvor³⁸¹, aber dennoch eine vergleichsweise kleine Gruppe, gemessen an der Gesamtzahl aller 41 Millionen Erwerbstätigen, darunter 27 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Dies bestätigten die Betriebsbefragungen. Lediglich drei Betriebe berichteten über entsprechende Maßnahmen. Sie wurden von zwei AOKen und einer IKK durchgeführt. Versicherte aus anderen Kassen wurden bei den durchgeführten betrieblichen Maßnahmen nicht ausgeschlossen. Weitere Kassen – so etwa die BARMER und die TK – berichteten pauschal von Beratung und Unterstützung von Betrieben über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, über Gesundheits-Arbeitskreise und -zirkel und belegten dies mit Informationsbroschüren.

378 Siehe dazu Kapitel 7.2.1.

379 Vgl. dazu Fußnote 178.

380 AOK-Bundesverband, o.J., S. 12.

381 Für 2004 werden bei Badura u.a. 2008, S. 14, 670.000 Leistungsempfänger ausgewiesen.

Die Neufassung der betrieblichen Gesundheitsförderung in § 20a SGB V ab 1. April 2007 eröffnet bei konsequenter Anwendung neue Möglichkeiten. Daran sind die befragten Betriebe nachhaltig interessiert. Sie möchten die Gesundheit der Beschäftigten fördern, dazu ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)³⁸² einführen und haben manchmal schon gemeinsam mit den zuständigen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern Absichtserklärungen abgegeben³⁸³. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass Betriebe nur einen Ansprechpartner zur Gesundheitsförderung der Beschäftigten wünschen. Es kommt ihrem Bedürfnis entgegen, wenn Krankenkassen nach der gesetzlichen Neufassung gehalten sind, mit Berufsgenossenschaften und auch untereinander gemeinsam eine Optimierung anzustreben. Hier könnte sich evtl. für das DNBGF ein neues Arbeitsfeld eröffnen, wie es ansatzweise schon beschritten wurde³⁸⁴. Eine kompetente fachkundige Rundum-Beratung hätte darin zentrale Bedeutung. Möglicherweise können auch die Erfahrungen, die die DRV Nord mit dem Verfahren PETRA gesammelt hat³⁸⁵, von Nutzen sein. Sozialberater der Krankenkassen, Berufshelfer der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen und Reha-Fachberater der Rentenversicherung könnten auf diesem Wege dazu beitragen, dass Beschäftigte länger und gesünder einer Beschäftigung nachgehen. Noch besser wäre es, wenn diese neuen Möglichkeiten in ausgewiesener Gemeinsamkeit erbracht werden. Auch Disability-Manager³⁸⁶ könnten möglicherweise dieses Bedarfsfeld abdecken, doch bedarf es dazu sicher intensiverer Beratungen. Auch Interessen der RV-Träger sollten nicht übersehen werden, sind sie doch diejenigen, die die finanzielle Hauptlast einer mangelhaften oder gar fehlenden betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Zahlung von Erwerbsminderungsrenten zu tragen hätten.

Die Einführung des BEM hat große Aufmerksamkeit gefunden. Zahlreiche Institutionen und Organisationen haben Umsetzungsmöglichkeiten beraten und Arbeitshilfen erstellt. Wichtige Erkenntnisse liefert eine Studie der Universität in Köln³⁸⁷ im Auftrage des BMAS. Darin wurden Verfahren und Methoden be-

382 Ein BGM ist nach wissenschaftlichen Erkenntnissen erforderlich für eine systematische Bedarfserkennung; vgl. dazu: Techniker Krankenkasse, o. J.

383 Absichtserklärung zur gemeinsamen Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Deutschen Rentenversicherung Bund von DRV Bund mit mehreren Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Vergleichbares berichtet die DRV Nord über eine Dienstvereinbarung Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: DRV Nord 2008a, S. 56.

384 Siehe dazu die Broschüre Wirtschaftlich erfolgreich durch gute Arbeit – Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU-Netzwerken unter www.dnbgf.de/index.php?id=5 [16. April 2010]

385 Siehe dazu Kapitel 7.1.3

386 Im Internet unter www.disability-manager.de [16. April 2010].

387 Niehaus u.a. 2008. Siehe dazu auch die Forschungsaktivitäten im Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. In: DRV Bund 2007a, S. 47 ff. und DRV Bund 2008a, S. 268 ff.

trieblicher Praxis sowie die Bereitschaft von Arbeitgebern und Beschäftigten zur Durchführung, Unterstützung und Beteiligung an dem Ziel der Beseitigung von Arbeitsunfähigkeit und Erhaltung des Arbeitsplatzes untersucht. Zu diesem Zweck haben die Gutachter bundesweite Befragungen und eine Dokumentenanalyse durchgeführt. Die Kölner Wissenschaftler resümieren ihre Erkenntnisse dahin, dass ein BEM zwar erst in ungefähr jedem zweiten Unternehmen durchgeführt wird, aber doch bereits jetzt erkennbare Wirkung erzielt. Diese Ergebnisse seien eine „deutliche Bestätigung des vom Gesetzgeber eingeschlagenen Weges“³⁸⁸.

Einen weiteren Beitrag erbrachte die DRV Bund mit einem regionalen Projekt³⁸⁹. Darin wurde Unterstützungsbedarf aus betrieblicher Sicht – Arbeitgeber und Beschäftigte – erkundet und in der Modellregion Teltow/Lichterfelde Befragungen und Interviews durchgeführt. Wesentliche Erkenntnis war, dass etliche Betriebe über Strukturen, Methoden und Kompetenzen für eine systematische Eingliederung verfügen. Deutlich wurde auch der Wunsch vieler Arbeitgeber nach Unterstützung durch externe Dritte. Diese Erkenntnisse können der weiteren Umsetzung des BEM den Weg ebnen.

Auch im Rahmen dieser Studie hat sich gezeigt, dass das BEM in der Praxis vielfach „angekommen“³⁹⁰ ist. Überwiegend wurde es positiv beurteilt. So berichteten einige Betriebe, dass es gelungen sei, gefährdete Arbeitsverhältnisse teilweise mit Unterstützung durch das Integrationsamt oder die örtliche Arbeitsagentur zu erhalten. Eine Betriebsvereinbarung, ein begleitender BEM-Ausschuss oder eine schon nach drei Wochen angesetzte Überprüfung wirkten unterstützend. Eine Minderheit zeigte sich skeptisch. Sie verwiesen auf konkrete Erfahrungen mit langzeiterkrankten älteren Arbeitnehmer, für die keine Beschäftigungsmöglichkeit mehr gesehen, von Außenstehenden auch nicht aufgezeigt wurde, weder in Richtung Qualifizierung noch Anpassung des Arbeitsplatzes. Mehrfach äußerten sie den Wunsch, es mögen externe feste Ansprechpartner geschaffen werden, Erkenntnisse, die auch die erwähnten Gutachten erbracht haben³⁹¹.

An das BEM werden seitens der Betriebe hohe Erwartungen geknüpft. Die Nagelprobe wird darin bestehen, ob bei langzeitiger Erkrankung bzw. Leistungseinschränkung und fehlender Beschäftigungsmöglichkeit im bisherigen Betrieb der Arbeitsplatz erhalten oder dem Beschäftigten ein anderer Arbeitsplatz vermittelt

388 Ebd., S. 121.

389 DRV Bund, 2008b. Siehe dazu auch Lawall u.a. 2008, S. 55 ff.

390 Näheres in Kapitel 8.3, Frage 5.

391 Vgl. dazu Fußnoten 387 und 389. Praktische Erfahrungen mit der betrieblichen Einführung werden auch in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2008, S. 10 ff. dargestellt.

werden kann. Es ist förderlich, dass sich die Rechtswissenschaft dieses Themas engagiert angenommen hat³⁹². Die dadurch gewonnene Klarheit erleichtert den Umgang mit dem BEM. So können aus Krankenrückkehrgesprächen resultierende Vorbehalte abgebaut und Vertrauen in ein ehrliches Wollen aller Beteiligten gestärkt werden. Das ist wichtig, weil in den Betrieben weitgehend Strukturen zum Erkennen von Handlungsbedarf vorhanden sind³⁹³.

Vor allem die in § 84 Abs. 2 SGB IX aufgeführten Akteure sollten ihre Bemühungen zu mehr Aufklärung und Information intensiv fortsetzen. Denn zur erfolgreichen Anwendung können alle Zweige der sozialen Sicherheit beitragen³⁹⁴. Dabei kann auch an weitere Erkenntnisse aus der Betriebsbefragung dieser Studie angeknüpft werden. Sie hat unter anderem zu Tage gefördert, dass vielfach Betriebs- und Werksärzte nützliche initiiierende oder flankierende Unterstützung geben³⁹⁵. Darauf sollte nicht verzichtet werden. Zu den Erkenntnissen zählt weiter, dass von einigen Betrieben ein Erfahrungsaustausch untereinander gewünscht wird³⁹⁶. Ein solcher etwa derjenigen, die sich mittels Betriebs- oder Dienstvereinbarung eine solide Grundlage geschaffen haben, könnte gleichermaßen zur Verbreitung des BEM-Gedankens beitragen. Solche Begegnungen könnten auch Anlass sein, eine Vereinbarung der Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke mit Krankenkassen³⁹⁷ im BEM-Vorfeld zu individueller Beratung und Vermittlung in die eigenen Erwägungen einzubeziehen.

Auch wenn es für eine endgültige Bewertung noch zu früh ist, so zeigen die Ergebnisse der Studie doch, dass sich das Instrument BEM auf einem guten Weg befindet³⁹⁸. Deshalb lohnt es, der Einführung des BEM weiterhin den Weg zu ebnen. Reha-Träger und Integrationsämter sollten dies durch Gewährung von Prämien oder Bonus unterstützen. Eine Förderung muss nicht zwingend monetär sein; Prämien oder Boni können durchaus verschiedene Gesichter haben. Das hat schon der Gesetzgeber zu erkennen gegeben (§ 65a SGB V, § 162 Abs. 2 SGB VII, §§ 84 Abs. 3 und 102 Abs. 3 Nr. 2d SGB IX). Fördernde Impulse können im Übrigen auch von öffentlichen Auszeichnungen ausgehen³⁹⁹.

392 Gagel u.a. 2002.

393 Siehe dazu Niehaus u.a. 2008, S. 113, und DRV Bund 2008b., S 6.

394 Welte 2005, S. 705.

395 Siehe dazu Kapitel 8.4.2.

396 Siehe dazu den Artikel Betriebe können voneinander lernen, vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2008, S. 12.

397 Vgl. dazu fit for work in Kapitel 8.3

398 Niehaus u.a. 2008, S. 11.

399 Einige Beispiele sind im Kapitel 10.1 aufgeführt.

Eine spezielle Rolle beim BEM wird den Gemeinsamen Servicestellen gemäß §§ 22, 23 SGB IX zuwachsen⁴⁰⁰. In der Weiterentwicklung der Rahmenempfehlung vom 24. April 2001 haben die Rehabilitationsträger ihnen ab 1. Januar 2008 neue Aufgaben zugewiesen. Sie reichen bis zur bedarfsweisen Unterstützung von Arbeitgebern vor Ort „beim Erarbeiten betrieblicher Lösungen zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeit bzw. zum Erhalt des Arbeitsplatzes“. Die Rentenversicherung hat in Abstimmung mit den anderen Rehabilitationsträgern die Koordinierung für die Einrichtung der Gemeinsamen Servicestellen in den Regionen übernommen. Es dürfte in ihrer Zuständigkeit liegen, die Einführung eines BEM in den Betrieben initiativ zu fördern, liegt doch die Erhaltung des Arbeitsplatzes in ihrem originären Interesse.

400 Näheres unter www.reha-servicestellen.de [1. März 2010].

10 Handlungsbedarf und -empfehlungen

Die Bestandsaufnahme zu rechtlichen Voraussetzungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, zu tatsächlichen Gegebenheiten in der Arbeitswelt sowie praktischem Handeln der Sozialversicherungsträger und der staatlichen Arbeitsschutzbehörden bietet zahlreiche Herausforderungen für alle, die sich mehr gesunde Beschäftigte und Betriebe „auf die Fahnen geschrieben haben“. Diese Herausforderungen werden nachfolgend als Handlungsansätze in der Abfolge der Studie dargestellt. Zugleich entsteht die Vision eines gemeinsamen Aktionsprogramms aller Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung unter dem Motto „Gesunde Beschäftigte – ein Gewinn für alle“. Es sind Impulse für weitere Schritte auf dem Weg zur Verwirklichung einer sozialen Gesellschaft. Sie sollten aufgenommen werden.

10.1 Wachsendes Interesse fördert Zukunftschancen

Gesunde Arbeitsbedingungen werden im gesellschaftlichen Leben zunehmend beachtet. Vor allem der Informations- und Aufklärungsarbeit der Krankenkassen, insbesondere aber der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen scheint es gelungen zu sein, über den Kreis der unmittelbar Beteiligten hinaus Aufmerksamkeit und ein sensibles Bewusstsein zu schaffen. Auch andere Faktoren dürften daran mitgewirkt haben. Dazu zählen öffentlichkeitswirksame Aktionen und Kampagnen, Kongresse und Tagungen⁴⁰¹. Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin mag als ein Beispiel dienen⁴⁰². Zu erwähnen sind ferner der Internationale Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, die A + A in Düsseldorf⁴⁰³, und die Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien der DRV⁴⁰⁴. Dazu zählen weiter der Great place to work-Jahreskongress 2007 – eine Einrichtung

401 Die nachfolgenden Beispiele beruhen auf einer zufälligen Auswahl.

402 Veranstalter dieses jährlichen Kongresses ist die WISO S. E. Consulting GmbH. Dort wurde im Februar 2008 das Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. gebildet, um projektorientierte Kooperation zwischen Regionen zu fördern. Näheres im Internet unter www.iat.eu [1. März 2010].

403 Organisator dieser regelmäßig im Herbst in Düsseldorf stattfindenden Veranstaltung aus Fachmesse und Kongress ist die Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (basi) in St. Augustin.

404 Diese seit den 1990-er Jahren stattfindende Fachkonferenz wird von der Deutschen Rentenversicherung und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) veranstaltet. Sie führt jährlich rd. 1.000 Expertinnen und Experten aus Forschung, Medizin, Psychologie und Therapie sowie Gesundheitsmanagement, Verwaltung und Politik zusammen.

des Projektes INQA mit Partnern – und der vom Bundesverband mittelständischer Wirtschaft unter Beteiligung von Betriebskrankenkassen und Reha-Kliniken abgehaltene Gesundheitskongress unter dem Motto Gesundheit ist Chefsache, u. a. mit der Verleihung eines Innovationspreises für ein gesundes Unternehmen⁴⁰⁵. Eine öffentliche Würdigung mit einem Preis haben auch andere als werbe- und informationsförderndes Medium gewählt. Diesem Zweck dient z. B. der Deutsche Arbeitsschutzpreis⁴⁰⁶. Ausgezeichnet werden alle zwei Jahre Betriebe, die auf vorbildliche Weise zur Verbesserung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz beitragen⁴⁰⁷. Auf dem Jahreskongress dieses INQA-Projekts wurden Arbeitgeber präsentiert, die bei einem umfassenden rating am besten bewertet wurden⁴⁰⁸. Zu nennen sind auch andere öffentliche Auszeichnungen, zum Beispiel der Preis der Arbeit des Forums Zukunftsökonomie⁴⁰⁹. Gestiftet wird dieser Preis für Unternehmen, die ihrer sozialen und ökologischen Verantwortung in besonderer Weise gerecht werden. Ausgezeichnet wurden in 2006 unter anderem die Faber-Castell AG und die Elektrizitätswerke Schönau GmbH⁴¹⁰. In die Gruppe der positiven Medien kann auch der Deutsche Reha-Tag eingereicht werden⁴¹¹. Er wird von den Reha-Einrichtungen für eine Intensivierung ihrer Öffentlichkeitsarbeit genutzt und könnte evtl. durch die Stiftung einer Auszeichnung fortentwickelt werden.

Diese öffentlichen Aktionen und Diskussionen sowie der Bedarf an Lösungsvorschlägen haben den DGB veranlasst, den Index Gute Arbeit⁴¹² ins Leben zu rufen. In diesem Index werden Arbeitnehmer nach ihren Arbeitsbedingungen befragt und die Antworten wissenschaftlich ausgewertet. Die im Herbst 2007

405 BVMW Vital Gesundheitskongress am 27. April 2006 in München.

406 Dieser Preis entstand aus einer gemeinsamen Initiative des BMA, des LASI und der DGUV. Er wird auf der A + A verliehen. Näheres im Internet unter www.dguv.de/arbeitsschutzpreis [16. April 2010].

407 So wurde 2007 das Hamburger Unternehmen Jungheinrich AG für die Entwicklung einer rücken-schonenden drehbaren Fahrerkabine ausgezeichnet.

408 BAuA 2007a, S. 14.

409 Gegründet aufgrund einer Initiative von sechs Medien.

410 DGB 2006c, S. 5.

411 Gegründet in der Trägerschaft des Arbeitskreises Gesundheit e.V. (AKV), der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e. V. (BDPK), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR).

412 Jährlich werden 6.000 Arbeitnehmer zu Arbeitsbedingungen befragt, u. a. zur Beschäftigungssicherheit, zu Belastungen und Ressourcen, und die Antworten wissenschaftlich durch das Internationale Institut für empirische Sozialökonomie – inifes – ausgewertet. Im Internet unter info@dgb-index-gute-arbeit.de [1. März 2010]. Siehe auch DGB 2007a.

erstmal durchgeführte Befragung ergab, dass der Index Gute Arbeit⁴¹³ einen Wert von 58 Punkten erreichte und damit eine Arbeitsqualität im unteren Mittelfeld anzeigt⁴¹⁴. Die Ergebnisse fanden in der Öffentlichkeit eine beachtliche Resonanz⁴¹⁵. Inzwischen ist dieser Wert auf 59 Punkte angestiegen⁴¹⁶.

Aus dem norddeutschen Bereich kann – neben einer Reihe regionaler Aktivitäten – auf den Fachkongress Arbeitsschutz aktuell 2008, ein Präsentationsforum mit Fachmesse in Hamburg, verwiesen werden. Ideeller Träger ist die Fachvereinigung Arbeitssicherheit (FASI)⁴¹⁷ unter Beteiligung regionaler Arbeitsschutzakteure der Initiative Arbeitsschutz Partnerschaft Hamburg und des DGB. Zu nennen ist weiter die Präventionsinitiative Fit in Hamburg der Handelskammer Hamburg⁴¹⁸. Sie wurde mit Partnern aus der Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft ins Leben gerufen, um gesundheitsbewusstes Verhalten in den Betrieben zu fördern. Dies geschieht durch einen Gesundheitstag der Hamburger Wirtschaft. Zu den regionalen Gesundheitsinitiativen ist auch der Hamburger Gesundheitspreis der HAG⁴¹⁹ zu rechnen. Er wurde 2008 auf diesem Gesundheitstag vergeben. Jüngst kommt der gesa-Innovationspreis in Schleswig-Holstein hinzu. Das Netzwerk gesa – Gesundheit am Arbeitsplatz⁴²⁰ – möchte damit Betriebe und Behörden zu innovativen Wegen der betrieblichen Gesundheitsförderung anregen; er wird 2009 erstmals verliehen.

Alle diese Aktivitäten sind die Folge eines wachsenden Bewusstseins, dass ein guter Arbeits- und Gesundheitsschutz einen doppelten Effekt haben kann, er nützt den Beschäftigten und den Betrieben⁴²¹. Es verwundert nicht, dass Gesundheit über den Kreis von Fachleuten hinaus in Print- und elektronischen Medien Widerhall findet. Beispielhaft kann auf eine ganzseitige Darstellung von arbeitsweltlichen Risiken in Bürobereichen, ein monatliches Magazin für die Gesundheitswirtschaft,

413 Der Index wird auf der Grundlage eines arbeitswissenschaftlich begründeten Anforderungs-/Beanspruchungskonzepts ermittelt.

414 DGB 2007, S. 9.

415 Allgemeine bzw. weiterführende Informationen zum Thema Gute Arbeit im europäischen Raum in einem Vortrag auf der BAuA-Jahrestagung am 13. Oktober 2008. Vgl. BAuA 2008b, S. 10.

416 DGB 2008a, S. 1.

417 Dieser Fachkongress findet alle zwei Jahre unter Beteiligung regionaler Akteure an einem anderen Ort in Deutschland statt.

418 Näheres unter www.fit-in-hamburg.info [1. März 2010].

419 HAG – Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Näheres im Internet unter www.hag-gesundheit.de [1. März 2010].

420 Vgl. dazu Fußnote 255.

421 Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2005, S. 59. Weitere Hinweise bei Köpke 2004, S. 107.

u. a. zum BGM und eine regelmäßige mehrseitige Beilage Gesundheit verschiedener Tageszeitungen und anderer Periodika verwiesen werden⁴²².

Diese Informationswege müssen unermüdlich und beharrlich weiter beschriften und ausgebaut werden. Bund, Länder und Sozialversicherungsträger sind gehalten, im Interesse gesunder Beschäftigter und gesunder Betriebe ihre fördernde Politik – mit und ohne Präventionsgesetz – konsequent fortzusetzen, etwa durch neue bzw. geänderte Handlungsanreize. Ein Bundesgesetz könnte dieser Zielsetzung zwar neue Impulse geben, jedoch ist bereits nach der geltenden Rechtslage alles Nötige möglich. Dass ab dem Jahr 2009 Aufwendungen für betriebliche Gesundheitsvorsorge von der Steuer befreit werden sollen, ist insofern ein gutes Zeichen. Es stimmt schon, „schließlich verbringt der Deutsche durchschnittlich ein Drittel seiner Lebenszeit bei der Arbeit“⁴²³. Das rechtfertigt, ja erfordert den notwendigen Aufwand.

10.2 Anknüpfungspunkte für mehr gesunde Arbeit ...

Die in der Bestandsaufnahme in den Kapiteln 6 bis 8 erkannten Reformfordernisse und Entwicklungspotentiale für einen gestärkten betrieblichen Gesundheitsschutz und eine gefestigte Erwerbsfähigkeit als Grundlage menschenwürdiger Erwerbsarbeit werden nachfolgend – geprägt durch norddeutsche Erfahrungen – nach ihren wesentlichen Handlungsebenen und potentiellen Akteuren dargestellt.

... auf der betrieblichen Ebene

- 1 Ein gesunder Betrieb braucht gesunde Arbeitsbedingungen. Ein solcher Konsens zwischen der Betriebsleitung und den Beschäftigten schafft eine solide Arbeitsbasis. Eine schriftliche Betriebs- oder Dienstvereinbarung, ggf. auch eine Integrationsvereinbarung, begünstigen eine vertrauenswürdige Grundlage. Dies ist allen Betrieben anzuraten.
- 2 Betriebe sollten zur Förderung einer solchen Vertrauensbasis gemeinsam mit dem Betriebs- bzw. Personalrat und der Schwerbehindertenvertretung mehr Sensibilität für Gesundheitsgefährdungen entwickeln, dazu geeignete personale Strukturen (z. B. Gesundheitskompetenz bei der Personalführung) schaffen, Gesundheitszirkel oder -kreise einrichten und Betriebsärzte, Fachkräfte für

422 Süddeutsche Zeitung vom 1./2. September 2007, Financial Times Deutschland vom Dezember 2007, Hamburger Abendblatt vom 12. September 2008 und andere.

423 Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2008.

Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte und Arbeitsschutzausschüsse einbinden.

- 3 Betriebe sollten die für guten Arbeitsschutz notwendigen technisch-organisatorischen Voraussetzungen schaffen, insbesondere durch Vermeidung physischer und psychischer Belastungen und Schaffung günstiger Arbeitszeit- und Pausenregelungen. Vor allem psychische Faktoren sollten bei jeder arbeitsorganisatorischen Veränderung bedacht werden, um Arbeitsbereitschaft und -zufriedenheit zu schaffen bzw. zu erhalten.
- 4 Beschäftigte sollten ggf. mit dem Betriebs- oder Personalrat die betrieblichen Bemühungen um bessere gesundheitliche Arbeitsbedingungen fördern und – wo es daran mangelt – selbst initiativ werden. Schwerbehindertenvertretung und Arbeitsschutzausschuss werden dies unterstützen. Hilfe kann bei der zuständigen Gewerkschaft⁴²⁴ erfragt werden. Auch die Gemeinsamen Servicestellen⁴²⁵ können helfen.
- 5 Zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten gehen Betriebe dazu über, als ersten Schritt mit Krankenkassen, Berufsgenossenschaften bzw. Unfallkassen Absichtserklärungen zur gemeinsamen Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements abzuschließen und umzusetzen. Dies sollte von anderen Betrieben übernommen werden.
- 6 Darauf aufbauend sollten Betriebe bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gem. § 20a SGB V nachdrücklich unterstützt werden. Dies kann z. B. geschehen, indem Kranken- und Unfallversicherung sich zeitnah auf die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags und auf einen Ansprechpartner für den jeweiligen Betrieb verständigen. Sie müssen dazu die gesetzlich vorgesehenen regionalen Arbeitsgemeinschaften bilden. Der neue GKV-Spitzenverband nach § 217a SGB V könnte Schrittmacherdienste leisten⁴²⁶.
- 7 Betriebe sollten Betriebsärzte in ihrer beratenden Tätigkeit in psychischen und psychosomatischen Problemstellungen bei ihren Bemühungen um mehr Kontakte zu Haus- und Reha-Ärzten, z. B. bei längerer Erkrankung oder Rückkehr eines Beschäftigten von einer Rehabilitation, tatkräftig unterstützen.
- 8 Wenn Betriebe ein BEM gem. § 84 Abs. 2 SGB IX durchzuführen haben, sollten sie wissen, dass jeden Reha-Träger, insbesondere deren Gemeinsame Servicestelle im Wohnbezirk⁴²⁷, zur Unterstützung bereit steht. Die Industrie-

424 Im Internet unter www.dgb.de [1. März 2010].

425 Im Internet unter www.reha-servicestellen.de [1. März 2010].

426 Vgl. dazu Paquet 2009, S. 5, bes. S. 7.

427 Im Internet unter <http://www.reha-servicestellen.de> [1. März 2010].

und Handelskammer oder Handwerkskammer und sein Wirtschafts-, Fach- oder Arbeitgeberverband können auch Hilfe geben bzw. aufzeigen.

... bei den Sozialleistungsträgern

- 9 Zur Optimierung der sozialen Sicherheit sollten alle Sozialversicherungsträger die gemeinsame Idee aller Reha-Träger aus dem Jahre 1969 zur Sicherstellung effektiver Sozialleistungen endlich konsequent umsetzen⁴²⁸. Koordinierung und Kooperation sollten zu diesem Zweck verstärkt werden. Eine aktive Informations- und Öffentlichkeitsarbeit der Gemeinsamen Servicestellen kann dabei einen wirksamen Beitrag liefern.
- 10 Gemeinsame Empfehlungen⁴²⁹ sind wegen ihrer koordinierenden Wirkung ein wirksamer Schutz gegen soziale Grundrisiken. Ihre Anwendung muss deshalb zur alltäglichen Praxis werden. Regionale Arbeitsgemeinschaften⁴³⁰ ermöglichen die Erschließung lokaler Kreativität. Sie können den Gemeinsamen Servicestellen – evtl. über trägerübergreifende Kooperationsverträge – eine klare Grundlage für Rechte, Pflichten und Ressourcen in der Region geben. Bei vernetztem Handeln sind alle Betroffenen einzubeziehen.
- 11 Zur Gewährleistung individueller sozialer Sicherheit und Festigung ihrer kollektiven Basis kann das BEM einen effektiven Beitrag leisten⁴³¹. Es sollte deshalb in allen Betrieben eingeführt werden. Zur Förderung seiner Wirksamkeit sollten Sozialversicherungsträger auch regionale Wege erproben. Prämien und Boni⁴³² können dies unterstützen.
- 12 In Betrieben gibt es einen erkennbaren Bedarf an Gesundheitsberatung. Krankenkassen sollten prüfen, ob diesem Wunsch durch einen Arbeitgeber-Service „Gesundheitsbeauftragter für Betriebe“ entsprochen werden kann. Die Entwicklung gemeinsamer Strukturen für die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung kann eine gute Gelegenheit sein, dies zu erproben.

428 In diesem Jahr wurde durch die Selbstverwaltung und aktive Unterstützung der Träger der klassischen Sozialversicherung die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gegründet. Sie hat den Zweck, die Leistungen der medizinischen, schulischen (pädagogischen) Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft im Rahmen des geltenden Rechts [...] zu koordinieren und zu fördern. (§ 3 der Satzung iDF vom 9. November 2007).

429 Siehe dazu § 13 SGB IX mit dem Hinweis, dass Gemeinsame Empfehlungen auch durch die regional zuständigen Rehabilitationsträger konkretisiert werden können (§ 13 Abs. 9 SGB IX).

430 § 12 Abs. 2 SGB IX.

431 Das BMAS-Projekt EIBE, in dem die BFW's in eigenen Unternehmen Erfahrungen mit der Implementierung und Durchführung des BEM gesammelt haben, sollte dazu als konkrete Erfahrungsbasis herangezogen werden. Näheres unter www.eibe-projekt.de [1. März 2010].

432 § 84 Abs. 3 SGB IX, § 162 Absatz 2 SGB VII.

- 13 KV- und UV-Träger – zu gemeinsamem Handeln verpflichtet, auch wenn es noch in den Anfängen steckt (§ 20a SGB V) – sollten prüfen, ob sie die koordinierte und kooperative Leistungserbringung im Sinne der §§ 12 und 13 SGB IX im DNBGF durch Beteiligung aller Krankenkassen stärken können.
- 14 KV und UV sollten eine verstärkte Förderung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit in den Betrieben auch durch direkte Kooperation in Einzelfällen prüfen. Konkrete Arbeitsfelder liegen z. B. in der Entwicklung rückschonender Arbeitsmethoden bei Schreibtisch- bzw. PC-Tätigkeiten und Arbeitshilfen für Personalführung bei psychischen Problemlagen. Zusätzliche Synergieeffekte sollten mittels der „gemeinsamen landesbezogenen Stellen“⁴⁴³ angestrebt werden.
- 15 KV und RV sollten prüfen, ob durch eine gemeinsame Nutzung von Gesundheitsdaten der Krankenkassen vorzeitige Erwerbsminderung zurückgedrängt werden kann. Eine systematische Unterrichtung des RV-Trägers nach Eintritt einer BEM-Situation⁴³⁴, eine konsequente Weiterleitung eines Reha-Entlassungsberichts an den Betriebs- oder Werksarzt, die Förderung stufenweiser Wiedereingliederung und nachsorgender Leistungen könnten dieses Vorgehen begünstigen.
- 16 RV und UV sollten gemeinsam mit Betriebs- und Werksärzten (VDBW) prüfen, auf welche Weise betriebs- und werksärztliche Kompetenz vermehrt für Aufdeckung frührehabilitativen Bedarfs genutzt werden kann. Auch sollte erwogen werden, mittels Zusammenarbeit beider mit Arbeitgeber- oder Wirtschaftsverbänden und Kammern branchen- oder berufsbezogene Rehabilitation durchzuführen.
- 17 Die RV-Träger sollten ihre Bemühungen um Festigung der Erwerbsfähigkeit älterer Beschäftigter verstärken und dazu alle Möglichkeiten nutzen⁴³⁵. Dies gilt auch für einen gezielten Einsatz rehabilitativer Maßnahmen⁴³⁶. Eine spezifische Beratung von Betrieben (Arbeitgeber-Service) würde in Betrieben auf Zustimmung treffen. Mit derartigen Maßnahmen könnte auch dem wachsen-

433 § 20 Abs. 2 SGB VII.

434 So hat die IKK Nord ein Informationsblatt entwickelt, das einen entsprechenden Prozess einleitet.

435 So können gemäß § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI auch medizinische Leistungen für Versicherte erbracht werden, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben. Hier kann eine Bedarfslücke geschlossen werden. Geprüft werden sollte zwecks evtl. IFD-Unterstützung auch, ob ein Reha-Träger regelmäßig von einer evtl. Schwerbehinderteneigenschaft erfährt – siehe dazu die Anregung in Kapitel 7.1.3.

436 Vgl. dazu Köpke 2007, S. 138.

den Bedarf an psychosomatischer Förderung und Unterstützung entsprechen werden.

- 18 Alle Träger der KV, UV und RV sollten verstärkt erkennen, dass Kooperationen mit externen Dienstleistern die Wirksamkeit ihrer Maßnahmen zur Sicherung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit steigern können. Dazu gehören z. B. Berufsförderungswerke und andere berufs- und reha-fördernde Einrichtungen von Kammern, Wirtschaftsverbänden und Gewerkschaften.
- 19 Die Bundesagentur für Arbeit und ihre regionalen und lokalen Agenturen sollten mit ihrer Berufs- und Arbeitsmarktkompetenz verstärkt in die Strukturen und Prozesse der medizinisch-beruflichen Rehabilitation einbezogen werden. Dies würde es fördern, allen erwerbsfähigen und erwerbsinteressierten Menschen den (Rück-)Weg in die Arbeitswelt zu ermöglichen. Reha-Träger, die sich bislang vorwiegend von medizinisch-gesundheitlicher Sichtweise von Rehabilitation leiten ließen, sollten initiativ werden.

... durch Handeln politischer Akteure, Organisationen und Institutionen

- 20 Soziale Sicherung kann auch durch kurze, verständliche Texte bewirkt werden. Dazu sollte die Gesetze und die Regelwerke der Sozialleistungsträger vereinfacht werden. Im Vorgriff auf eine „Entschlackung“ sollte im Vollzug der Verpflichtung aus § 13 SGB I von allen Sozialleistungsträgern im Sinne des SGB eine „zentrale Aufklärungs- und Informationsstelle zur Verwirklichung sozialer Sicherheit“ – zum Beispiel bei der BAR – eingerichtet werden.
- 21 Der Zugang zu Leistungen der sozialen Sicherheit sollte erleichtert werden. Dazu sollte auf Bundes- und Länderebene nachdrücklich und ernsthaft nach Möglichkeiten gesucht werden, das unübersehbare Geflecht von Leistungen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten und deren Vielzahl zu reduzieren⁴³⁷.
- 22 Der Gesetzgeber sollte bemüht bleiben, allen Erwerbsfähigen die Möglichkeit einer Erwerbsarbeit zu schaffen. Dazu sollten Empfänger von Arbeitslosengeld II verstärkt in die Förderung medizinischer und beruflicher Rehabilitation einbezogen werden. Die Träger des SGB II und die Politik auf der Ebene

437 Zur Erläuterung dieser Anregung sei darauf verwiesen, dass bei Fortentwicklung des Arbeitsförderungsrechts vom AFG zum SGB III eine deutliche Reduzierung der Vorschriften auf etwa 200 Paragraphen als Ziel angestrebt wurde. In seiner aktuellen Fassung enthält das SGB III 436 Paragraphen.

des Bundes, der Länder und der kommunalen Selbstverwaltung sollten diese Zielgruppe mehr in den Blick nehmen⁴³⁸.

- 23 Einen Beitrag für bessere Gesundheit und gesicherte Erwerbsfähigkeit leistet das BEM. Dieser Weg des Gesetzgebers wird zunehmend anerkannt⁴³⁹. Seine Fortentwicklung sollte unter Einbeziehung positiver Erfahrungen – auch der Sozialversicherungsträger (Vorschlag 11) – offensiv betrieben werden.
- 24 Der Gesetzgeber sollte prüfen, ob er die sog. sonstigen Leistungen in § 31 SGB VI aufwertet, um vor allem älteren Versicherten mehr Festigung ihrer Erwerbsfähigkeit zu ermöglichen. Auch die aus § 220 SGB VI resultierende Beschränkung von Reha-Ausgaben sollte überprüft werden, um der Heraufsetzung des Renteneintrittsalters zu entsprechen. Überdacht werden sollte dazu eine Abkürzung der in § 12 Abs. 2 SGB VI enthaltenen Begrenzung erneuter Antragstellung für ältere Versicherte.
- 25 Länder und UV-Träger sollten sich im Rahmen von § 20 SGB VII verstärkt für mehr Kooperation und Koordination einsetzen. Dadurch könnten Betriebe zu einer offensiven Nutzung aller Methoden und Instrumente (z. B. Betriebsarzt, Arbeitsschutzausschuss, Gefährdungsbeurteilung) angehalten werden. Nützlich könnte es sein, nach norddeutschen Gemeinsamkeiten zu suchen – auch um mehr Transparenz über die Instrumente des Arbeitsschutz zu erhalten.
- 26 Zunehmend wird erkannt, dass Personalführung für ein erfolgreiches betriebliches Wirtschaften von großer Bedeutung ist. Dennoch gibt es einen Bedarf an Beratung und Information über gesundheitliche Fragen von Personalorganisation, Personalführung und Personalmanagement. Kammern, Innungen und Wirtschaftsverbände sollten ihre Aktivitäten verstärkt auf diese Felder richten, z. B. in Existenzgründungs- und anderen Fortbildungsseminaren.
- 27 Einen Beitrag zur Festigung der Erwerbsfähigkeit erbringen Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften über die Mitglieder in den Selbstverwaltungsgremien bei Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, Rentenversicherungsträgern, der Bundesagentur für Arbeit und der BAR. Verstärkte Qualifikation der Selbstverwalter – nicht nur durch die entsendende Organi-

438 Das von allen Rehabilitationsträgern unter dem Dach der BAR gemeinsam entwickelte Schulungsprogramm für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei diesen Trägern kann dies unterstützen.

439 Beispielhaft sei dazu auf die Untersuchung der Universität Köln im Auftrag des BMAS (Fußnote 387) und der DRV Bund (Fußnote 389) verwiesen sowie auf die Ergebnisse der Betriebsbefragung dieser Studie in Kapitel 8.3, Frage 5.

sationen⁴⁴⁰ – würde einer offensiven betrieblichen Gesundheitspolitik neue Impulse geben.

- 28 Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände sollten ihre Kompetenz in der Gestaltung kollektiver Arbeitsbeziehungen durch Tarifverträge verstärkt auf eine gesunde betriebliche Arbeitsumwelt richten. Das in einigen branchen-, regions- und bundesweiten Tarifverträgen erkennbare Engagement sollte auch mit Blick auf ältere Arbeitnehmer ausgeweitet werden.
- 29 Kleine und mittlere Betriebe sollten besonders gefördert werden. Die Studie hat gezeigt, dass es dort einen großen Informationsbedarf gibt. Arbeitsschutzbehörden und UV-Träger sollten dem entsprechen. Die neue BG-Vorschrift BGV A 2 zeigt – unterstützt durch ein Modellvorhaben der BAuA⁴⁴¹ – für Betriebe bis zehn Beschäftigte Möglichkeiten auf. Beratungsbedarf haben aber auch KMU-Betriebe oberhalb dieser Grenze. Dazu könnten Arbeitsschutzbehörden und UV-Träger im Rahmen des § 20 Abs. 2 SGB VII in Norddeutschland gemeinsam tätig werden⁴⁴². Kammern sollten dies unterstützen.
- 30 Zu einer Stärkung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit kann auch Wissenschaft wertvolle Beiträge erbringen. Vor allem der Arbeits-, Umwelt- und Sozialmedizin, aber auch dem Sozialrecht, der Gesundheitsökonomie und der auf Rehabilitation bezogenen Sozialwissenschaft ist anzuraten, sich mehr um interdisziplinäre Forschung zu bemühen⁴⁴³. Alle wissenschaftlichen Erkenntnisse sollten zum Vorteil der Versicherten zusammen geführt werden⁴⁴⁴.

440 Nach der Satzung der Bundesagentur für Arbeit vom 2. Februar 2005, Artikel 9 Absatz 9, sind Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane geeignete Fortbildungsveranstaltungen anzubieten, um sie in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit angemessen zu unterstützen. Gleichlautende Regelungen sollten für alle Sozialversicherungsträger geschaffen werden.

441 Siehe dazu BAuA 2008b, S. 3.

442 Dazu könnten auch die Erkenntnisse des neuen INQA-Projekts Demographie-Wissen kompakt: Qualifizierung zum Demographie-Lotsen herangezogen werden.

443 Der Internationale Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, die A + A, und das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung – beide jährlich veranstaltet – weisen in Themenstellung und Referentenauswahl zahlreiche Berührungs- und Anknüpfungspunkte auf. Dies könnte zu gesundheitsförderlichen Synergieeffekten führen, sollte deshalb geprüft werden.

444 Die 13 Thesen der Arbeitsmedizin zu Stand und Entwicklungsbedarf von betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland – siehe dazu Fußnote 363 – liefern Denkanstöße.

10.3 Umsetzungsakteure und -instrumente ...

Die vorgenannten Anknüpfungspunkte für eine bessere betriebliche Gesundheitspolitik und eine nachhaltigere Sicherung der Erwerbsfähigkeit sind eine ständige Aufforderung an alle Akteure in unmittelbarer oder mittelbarer Beziehung zur Erwerbsarbeit – gleich von wem, in welcher Art, mit welchem Inhalt, in welchem Umfang, in welcher Regelmäßigkeit, in welcher Zeit oder sonstigen Dimension sie verrichtet wird. Insbesondere sind zu nennen:

... in Betrieben:

die Beschäftigten, der Arbeitgeber, der Meister oder sonstige Vorgesetzte, der Beauftragte des Arbeitgebers nach § 98 SGB IX, Betriebs-, Personalrat oder die sonstige Vertretung, die Betriebsjugendvertretung, die Schwerbehindertenvertretung und die Gleichstellungsbeauftragte oder andere Personen, die für Beschäftigte Verantwortung tragen bzw. deren Interessen wahrzunehmen haben. Ihnen stehen zahlreiche Instrumente zur Verfügung, zum Beispiel Betriebs- oder Dienstvereinbarungen nach dem BetrVG bzw. dem PersVG, Integrationsvereinbarungen nach dem SGB IX oder Zielvereinbarungen nach dem BGG. Unmittelbare betriebliche Bezüge haben auch Betriebs- und Werksärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte, mittelbare haben Haus-, Fach- und Klinikärzte und vor allem Ärzte in Einrichtungen der Rehabilitation. Auch sie sollten ihre Handlungsmöglichkeiten kennen und einsetzen.

... in Arbeit und Gesellschaft:

Arbeitgeber-, Wirtschafts- und Fachverbände, Industrie- und Handels-, Handwerkskammern und andere Kammern, Gewerkschaften und andere Arbeitnehmerorganisationen, Verbände der Betriebs- und Werksärzte, der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und anderer Zusammenschlüsse mit Betriebs- und Arbeitsweltbezug. Auch sie können auf zahlreiche Instrumente zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zurückgreifen. Zu nennen sind die Möglichkeiten der Tarifpolitik⁴⁴⁵ und der Mitbestimmung in betrieblichen und überbetrieblichen Strukturen. Insbesondere den Tarifparteien stehen mit den Tarifarchiven der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände⁴⁴⁶ und der Gewerkschaften⁴⁴⁷ Quellen zur

445 Dazu sei auf die Ausführungen im Kapitel 7.3.2 verwiesen.

446 Näheres über das Tarifarchiv der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände.

447 Genannt sei das Tarifarchiv im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut der Hans-Böckler-Stiftung.

Verfügung. Zu nennen sind weiter die Möglichkeiten für Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, durch die Benennung von Mitgliedern für die Selbstverwaltungsgremien in der Sozialversicherung und in der Bundesagentur für Arbeit Einfluss zu nehmen.

... bei Trägern und Einrichtungen der sozialen Sicherung:

alle Akteure der Selbstverwaltung und Verwaltung in der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung, insbesondere in den Gemeinsamen Servicestellen, und der Bundesagentur für Arbeit, bei den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Sozialhilfe sowie den Integrationsämtern und Versorgungsämtern.

... in Angelegenheiten des staatliche Arbeitsschutzes:

alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zuständigen Behörden und Dienststellen auf allen Verwaltungsebenen.

... in der Politik in Bund, Ländern und Kommunen:

alle ehren- und hauptamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in ihrer Aufgabe und Funktion zu einer Stärkung betrieblicher Gesundheitspolitik und damit zur Festigung der Erwerbsfähigkeit beitragen können – auch auf europäischer und internationaler Ebene.

10.4 Konkrete Ziele

Betriebliches Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX)

Das BEM hat sich seit seiner Präzisierung im Jahre 2004 positiv entwickelt. Es sollte deshalb von allen Beteiligten und auf allen Ebenen weiter gefördert werden. Ziel sollte eine nahezu flächendeckende Anwendung nach zehn Jahren sein; dazu sollte jeder Betrieb über einen kompetenten externen Ansprechpartner verfügen. Eine solche Zielorientierung erscheint nicht unrealistisch und sollte nach Ablauf dieser Zeit überprüft werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention (§ 20a, b SGB V)

Die Bedarfslage gebietet es, der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr Chancen zur Stärkung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu geben. Es sollte das

ehrzeigige Ziel der KV- und UV-Träger sein, die Zahl der Teilnehmer an derartigen Maßnahmen in fünf Jahren zu Verfünffachen. Alle Krankenkassen müssen einbezogen werden, indem die gesetzlich vorgesehenen Arbeitsgemeinschaften aufgebaut werden – eine Zukunftsperspektive für den neuen GKV-Spitzenverband. RV-Träger sollten beteiligt werden, da vor allem sie die Folgen unterlassener oder mangelhafter Maßnahmen zu tragen haben.

Staatliche Arbeitsschutzpolitik kreativ fortentwickeln

Arbeitsschutzbehörden und GuV sollten gemeinsam darüber beraten, wie die Instrumente des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit, vor allem die Ermittlung der Gesundheitsgefährdung, der Einsatz von Betriebsärzten und die Nutzung der Arbeitsschutzausschüsse in allen Betrieben umgesetzt werden können. Sie sollten dazu mehr noch die Öffentlichkeit einbinden. Eine dahingehende Informationspolitik sollte wesentlich verstärkt werden.

Den Wandel gesundheitsgefährdender Belastungen aktiv begleiten

Neuere Risiken in der Arbeitswelt, vor allem in prekärer Beschäftigung und durch Arbeitslosigkeit sowie auf dem Gebiet des sozialen und psychischen Miteinanders in den Betrieben, erfordern mehr Aufmerksamkeit und Anstrengungen zu ihrer Vermeidung bzw. Reduzierung. Vor allem die Träger der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung sollten sich verstärkt engagieren und dabei unterstützt werden.

Rehabilitation für ältere Beschäftigte ausbauen

Vor allem medizinische Reha-Maßnahmen sind mit zunehmendem Alter für Beschäftigte ein wichtiges Mittel, alterstypischen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit wirksam zu begegnen und die Erwerbsbasis zu festigen. Dies kennzeichnet bereits das tatsächliche Reha-Geschehen der GRV, sollte aber verstärkt werden, zum Beispiel durch Abkürzung der Begrenzung in § 12 Abs. 2 SGB VI. Nicht nur die demografische Entwicklung und die Heraufsetzung des Renteneintrittsalters machen dies notwendig.

Arbeits- und Gesundheitsschutz in KMU stärker fördern

Kleine und mittlere Betriebe prägen weitgehend die Wirtschaftsstruktur Norddeutschlands. Da sie in den meisten Fällen nicht über ausreichende Ressourcen zur gesundheitlichen Unterstützung Beschäftigter verfügen, diesem Faktor aber im Interesse gesunder und leistungsstarker Betriebe und Beschäftigter zunehmend

Bedeutung beizumessen ist, sollte deren Förderung von der Politik auf allen Ebenen als eigenständiger Schwerpunkt verstanden und behandelt werden.

Diese 30 Verbesserungs- bzw. Änderungsvorschläge und die daraus abgeleiteten sechs konkreten Ziele sind eine Herausforderung für alle, die sich eine Gesellschaft mit Gleichberechtigung und sozialer Sicherheit in einem demokratischen und sozialen Bundesstaat auf die Fahnen geschrieben haben.

11 Abschließende Bemerkungen

Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit der Instrumente zu prüfen, die geschaffen wurden, den Beschäftigten in Deutschland Sicherheit gegen die zentralen sozialen Gefährdungen zu geben. Diese Untersuchung wurde aus praktischen Erwägungen auf die drei norddeutschen Bundesländer Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein begrenzt.

Der Weg zu dem Ziel der Studie führte über eine Erfassung aller für den Schutz vor den sozialen Grundrisiken einer Erkrankung, eines Arbeitsunfalls einschließlich einer Berufskrankheit, von Invalidität oder Arbeitslosigkeit geschaffenen gesetzlichen und anderen Rechtsvorschriften und einen kursorischen Blick in die praktische Tätigkeit der ausführenden Institutionen, Behörden und Organisationen. Betrachtet wurden gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, Rentenversicherungsträger und Bundesagentur für Arbeit sowie die Arbeitsschutzbehörden der drei Bundesländer. Manche ihrer Drucksachen wurden durchgesehen, einige ihrer Vertreter nach ihrer täglichen Arbeit zur Sicherung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit gefragt. Diese traditionelle Betrachtungsweise wurde durch einen Blick auf vorbeugendes Handeln und Verhalten ergänzt.

All dies wurde zusammengetragen. Durch eine Befragung von 30 kleinen und mittelgroßen Betrieben in den drei Bundesländern Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein wurde geprüft, ob und wenn ja, in welchem Umfang die Rechtsgrundlagen und -absichten ihre Adressaten erreichen. Haperte es, wurde nach den Ursachen geforscht. Diese Gegenüberstellung war die Grundlage für Vorschläge zur Veränderung bzw. Verbesserung. Um diesem Zweck nahe zu kommen, wurde die Bestandsaufnahme möglichst praxisnah gestaltet.

Die kritische Würdigung der Tatsachen sollte in realistische, umsetzbare Verbesserungsvorschläge münden. Die letzten rd. 30 Seiten sind auf dieses Ziel gerichtet. Dort sind Ansätze, Quellen und Ideen dargestellt und derart miteinander verknüpft, dass ein verbesserter sozialer Schutz erreicht werden kann. Es sind auch Menschen benannt, die diese Herausforderungen kennen, zumindest erkennen und deshalb an- und aufnehmen können. Die Instrumente, die Wege und die Akteure sind bekannt. Jetzt ist Handeln angesagt.

Eines kann abschließend gesagt werden: Deutschland verfügt über ein wirksames und funktionierendes System sozialer Sicherung für Millionen sozialversicherter Menschen. Es gilt zugleich zu erkennen, dass dieses System an zahlreichen Stellen Mängel verschiedener Art und Konstellation hat. Auch erscheint der Blick aller Akteure auf das Gemeinsame, Ganzheitliche manchmal getrübt. Es muss aber

auch festgehalten werden, dass viele Mängel und Unzulänglichkeiten behoben werden können, wenn der Wille dazu vorhanden ist.

Im Interesse vor allem der erwerbsabhängigen bzw. erwerbstätigen Menschen in Deutschland, die für diesen Schutz wesentliche Teile ihres Einkommens aufbringen bzw. verwenden, muss – wo immer es geht – gehandelt werden. Die zahllosen Anknüpfungspunkte warten darauf, angepackt zu werden. Das ist eine große und dennoch nicht utopische Erwartung des Autors. Auch hier gilt: „Nicht weil es schwer ist, wagen wir es nicht, sondern weil wir es nicht wagen, ist es schwer“ (Seneca⁴⁴⁸). Also wagen wir es. Das sind wir uns und unseren Mitmenschen schuldig.

448 Römischer Philosoph, lebte von 3. v. Chr. bis 65 n. Chr.

12 Literaturverzeichnis

a) Bücher, Aufsätze

- Badura, B./Schröder, H./Vetter, Ch. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2007. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Heidelberg, 2008.
- Badura, B./Hehlmann, T.: Betriebliche Gesundheitspolitik, Heidelberg, 2004.
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation, Köln, 2005.
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/M., 2005a.
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen, 24. Oktober 2007.
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Praxisleitfaden: Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Frankfurt/M., 2008.
- Becker-Berke, S./Lautwein-Reinhard, B.: Stichwort: Gesundheitswesen. Ein Lexikon für Einsteiger und Insider, Bonn/Frankfurt/M., 2007.
- Bengel, J./Jäckel, W. H. (Hrsg.): Rehabilitationsnachsorge – Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung, Regensburg, 2005.
- Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission, Gütersloh, 2004.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Älter werden – aktiv bleiben. Herausforderungen, Lösungswege, Reaktionen, Gütersloh, 2006.
- BfA – Bundesversicherungsanstalt für Angestellte: Unsere Sozialversicherung, Berlin, 1996.
- BKK-Bundesverband: Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland, Essen, 2008.
- Bödecker, W./Friedel, H./Friedrichs, M./Röttger, Ch.: Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschung – Fb 1080, Dortmund u.a., 2006.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Bilder und Dokumente zur deutschen Sozialgeschichte, Bonn, 1987.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Sozialversicherungswahlen 2005 – Schlussbericht der Wahlbeauftragten über die allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung im Jahre 2005, Bonn, 2006a.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Sozialbericht 2009, Bonn 2009.
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Tarifarchiv, Berlin.
- Danner, H. W.: Erste Auswertung und Konzept der integrativen Rehabilitation am Beispiel medizinischer Rehabilitation bei stufenweiser Wiedereingliederung, In: DRV-Schriften, Band 26, Frankfurt/M., 2001.
- Deck, R./Glaser-Möller, N./Mittag, O. (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung, Lage, 2004.
- Deck, R./Raspe, H./Koch, U. (Hrsg.): Reha-wissenschaftliche Forschung in Norddeutschland. Norddeutscher Verbund für Rehabilitationsforschung. Ergebnisse sechsjähriger Forschungsarbeit, Lage, 2007.
- Deck, R./Glaser-Möller, N./Remé, T. (Hrsg.): Rehabilitation und Wiedereingliederung. Der Rehabilitand im Mittelpunkt, Lage, 2008.
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (Hrsg.): Arbeitsmedizin heute – Konzepte für morgen, Stuttgart, 2006.
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (Hrsg.): Arbeitsmedizin. Forschung Lehre Praxis – Gegenwart und Zukunft, Stuttgart, 2005.
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: Handbuch für Selbstverwalter, Frankfurt/M., 2006.
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: Index Gute Arbeit 2007 – Der Report, erarbeitet und herausgegeben von den Mitgliedern des Projekts DGB-Index Gute Arbeit, Berlin, 2007.
- DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Aus Verantwortung für morgen. Jahrbuch 2007/2008, Berlin, 2008.
- DLR-Projektträger des BMBF und Deutsche Rentenversicherung: Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbände, Frankfurt/M., Bonn, 2002.
- DRV – Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, Berlin, 2007a.
- DRV – Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: Regionale Initiative Betriebliches Eingliederungsmanagement, Abschlussbericht, Berlin, 2008b.

- Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Arbeitsschutz in Hamburg. Kommunikation – Kooperation – Konzeption, Hamburg, 2005.
- Gerdes, N./Bühlren, B./Lichtenberg, S./Jäckel, H.W.: Rehabilitationsnachsorge – Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung. In: Bengel, J./Jäckel, W. H. (Hrsg.) Rehabilitationswissenschaften Rehabilitationspsychologie Rehabilitationsmedizin, Band 10, Regensburg, 2005.
- Giese, R.: Die betriebliche Implementation einer integrativen Reha-Bedarfsermittlung für Beschäftigte mit Dorsopathien. In: Deck, R./Raspe, H./Koch, U. (Hrsg.): Reha-wissenschaftliche Forschung in Norddeutschland, Lage, 2007.
- Giesert, M. (Hrsg.): Prävention: Pflicht & Kür – Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis, Hamburg, 2008.
- Giesert, M./Geißler, H.: Betriebliche Gesundheitsförderung. Analyse und Handlungsempfehlungen, Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Frankfurt/M., 2003.
- Glaser-Möller, N.: PETRA: ein Modellprojekt von Krankenkassen und LVA Schleswig-Holstein zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf. In: DRV-Schriften, Band 26, 2001.
- Grobe, T. G./Schwartz, F. W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft Nr. 13, Robert Koch-Institut, Nachdruck 2007.
- Gröben, F.: Betriebliche Gesundheitspolitik. Analyse und Handlungsempfehlungen – Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Frankfurt/M., 2003.
- GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.: Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung – Formen, Aufgaben, Entwicklungsperspektiven, Bonn, 2007.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): WSI-Tarifhandbuch 2004, Düsseldorf, 2004.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Tarifarchiv im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut.
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG): Nachhaltig arbeiten. Die Unfallversicherung der Zukunft, Jahrbuch 2004/2005.
- IG Bauen – Agrar – Umwelt (Hrsg.): Lass dich nicht verbrennen – Ohne Regeln geht es nicht: Arbeiten bei Hitze und Sonne, Frankfurt/M., 2006.
- IG Bergbau, Chemie und Energie (Hrsg.): Tarif-Kompakt, Ausgabe Nr. 3, April 2008
- IKK-Bundesverband (Hrsg.): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur

- Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000, 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006, Bergisch-Gladbach, 2006.
- Kaba, A.: Umgang mit psychischen Belastungen im Betrieb. In: Giesert, M. (Hrsg.): Prävention: Pflicht & Kür. Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis, Hamburg, 2008.
- Kistler, E.: Die Methusalem-Lüge – Wie mit demographischen Mythen Politik gemacht wird, München/Wien, 2006.
- Kittner, M.: Arbeits- und Sozialordnung. Ausgewählte und eingeleitete Gesetzestexte, Frankfurt/M., 2006.
- Köpke, K.-H.: Nachsorge in der Rehabilitation, Lübeck/Hamburg, 2004.
- Köpke, K.-H.: Aufwerten, ausbauen und systematisieren. Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation, Stuttgart 2005
- Köpke, K.-H.: Unverzichtbar und unterschätzt – Nachsorge als integraler Teil der Rehabilitation. In: Deutsche Renten Versicherung, Heft 11/12, Berlin 2007.
- Köpke, K.-H.: Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge. In: Gesundheit – Arbeit – Rehabilitation. Festschrift für Wolfgang Slesina, Regensburg, 2008.
- Leuchter, K.: Betriebliches Eingliederungsmanagement, Erfahrungsbericht über einen neuen Netzwerkansatz. In: Giesert, M. (Hrsg.): Prävention: Pflicht & Kür, 2008.
- LVA – Schleswig-Holstein (Hrsg): 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Band I, Lübeck, 1990.
- Meifert, M./Kesting, M.: Gesundheitsmanagement im Unternehmen, Heidelberg, 2004.
- Niehaus, M./Magin, J./Marfels, B./Vater, E. G./Werkstetter, E.: Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX, Köln, 2008.
- Ohne Verfasser: Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. In: BAuA-Broschüre, Mai 2006a.
- Oppolzer, A.: Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit, Hamburg, 2006.
- Pohrt, U.: SIP – eine neuartige Intervention zwischen Prävention und Rehabilitation. In: Deck, R. u. a. (Hrsg.): Rehabilitation und Wiedereingliederung – Der Rehabilitand im Mittelpunkt, Lage, 2008.
- Romahn, R.: Eingliederung von Leistungsveränderten. Analyse und Handlungsempfehlungen. Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Frankfurt/M., 2007.

- Szadkowski, D./Lutterotte, N.: Arbeitsmedizin – Mut zum Wandel, Hamburg, 2008.
- Ulich, E./Wülser, M.: Gesundheitsmanagement in Unternehmen, Wiesbaden, 2004
- VDBW – Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (Hrsg.): Psychische Gesundheit im Betrieb – Ein Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche, Karlsruhe, 2008.
- Weber, A. (Hrsg.): Gesundheit – Arbeit – Rehabilitation. Festschrift für Wolfgang Slesina, Regensburg, 2008.
- Welti, F.: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen, 2005.
- Wlotzke, O.: Arbeitsschutzrecht – Aspekte zum Stand, Arbeitsschutz, 1978.

b) Zeitschriften, Vorträge

- Ahlers, E./Brussig, M.: Gefährdungsbeurteilungen in der betrieblichen Praxis. In: WSI Mitteilungen, Heft Nr. 9, 2005.
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Reha-Info. Informationsdienst, Nr. 2, Frankfurt/M., 2008a.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): baua:Aktuell – Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 3, 2005a.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): baua:Aktuell – Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 4, 2005a.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): baua:Aktuell – Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 1, 2006.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): baua:Aktuell – Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 4, 2006a.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): baua:Aktuell – Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 2, 2007a.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): baua:Aktuell – Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 3, 2007b.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): baua:Aktuell – Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 4, 2007c.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): baua:Aktuell – Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 2, 2008a.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): baua:Aktuell – Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 4, 2008b.

- BDA/DGB: Gemeinsame Erklärung zur Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik vom 21. April 2004. In: einblick, Gewerkschaftlicher Informationsdienst, Ausgabe Nr. 8, Berlin, 2004.
- Bellmann, L./Gewiese, T./Leber, U.: Betriebliche Altersstruktur in Deutschland. In: WSI Mitteilungen, Heft Nr. 8, 2006.
- BKK-Bundesverband. Newsletter Betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe vom 23. August 2007.
- BKK-Bundesverband: Faktenspiegel: Der Newsletter für Gesundheitsdaten, erscheint monatlich Essen, 2008a.
- BKK-Bundesverband: Presse-Information im Rahmen der Kampagne move europe vom 16. Juni 2008b.
- BKK-Bundesverband: Presse-Information im Rahmen der Kampagne move europe, 60 Prozent der Arbeitnehmer machen nicht genügend Pausen vom 8. Mai 2008c.
- Braun, B./Klenk, T./Nullmeier, F./Welti, F./Kluth, W.: Modernisierung der sozialen Selbstverwaltung und der Wahl ihrer Vertreter. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 8, 2008.
- Breutmann, N.: Gesunde Arbeit – Chancen und Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitgeber. Vortrag auf der DNBGF-Konferenz am 16. /17. Juni 2008 in Bonn.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): IAB-Kurzbericht, Ausgabe 11 vom 26. Juli 2005.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): IAB-Kurzbericht, Ausgabe 5 vom 3. April 2006
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Arbeitsmarkt in Zahlen – Aktuelle Daten. Tabelle 2.2.1 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte – aktuelle Monatszahlen, September 2008a.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Pressemitteilung Nr. 1, 2009, Tabellenanhang, Tabelle 01 Eckwerte des Arbeitsmarktes vom 7. Januar 2009.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten (BIH): ZB – Zeitschrift Behinderte Menschen im Beruf, Heft Nr. 4, 2008.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Wirtschaftlicher Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Unternehmen. In: Bundesarbeitsblatt, Heft August/September, 2006.
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: Arbeitsmarkt und Gesundheitsrisiken in ausgewählten Berufen, Berlin, 2006a.
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: einblick. Gewerkschaftlicher Informationsservice. Berlin, Ausgabe Nr. 16, 2006b.

- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: einblick. Gewerkschaftlicher Informationsservice. Berlin, Ausgabe Nr. 22, 2006c.
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: einblick. Gewerkschaftlicher Informationsservice. Berlin, Ausgabe Nr. 16, 2007a.
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: Gute Arbeit. Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung, Heft Nr. 4, 2007b.
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: Gute Arbeit. Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung, Heft Nr. 5, 2007c.
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: Arbeitsrecht im Betrieb, Heft Nr. 8, 2007d.
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: Arbeitsmarkt aktuell, Ausgabe Nr. 2, 2008
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: einblick. Gewerkschaftlicher Informationsdienst, Berlin, Ausgabe Nr. 12, 2008a.
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: einblick. Gewerkschaftlicher Informationsservice. Berlin, Ausgabe Nr. 13, 2008b.
- DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: newsletter, Ausgabe Oktober 2008b.
- DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Presseerklärung Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz: Wie Arbeitgeber damit umgehen sollten, vom 26. August 2008c.
- DNBGF-Geschäftsstelle (Hrsg.): Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, Essen, o. J.
- Dörre, K.: Forschungsprojekt des Bundesforschungsministeriums. In: Süddeutsche Zeitung vom 6. November 2006.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung: DRV-Schriften, Band 26, 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt/M., 2001.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung: DRV-Schriften, Band 33, 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt/M., 2002.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung: DRV-Schriften, Band 40, 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt/M., 2003.
- DRV-Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: DRV-Schriften Band 64, 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Berlin, 2006a.
- DRV-Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: DRV-Schriften Band 72, 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Berlin, 2007b.
- DRV-Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: DRV-Schriften Band 77, 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Berlin, 2008c.
- DRV-Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: zukunft jetzt, Magazin der Deutschen Rentenversicherung 2008d.

- DRV-Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: RVaktuell, Monatszeitschrift, 2008e.
- DRV-Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: DRV-Schriften Band 83, 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Berlin, 2009.
- Ehrenstein, C.: Dummheit macht dick. In: Die Welt vom 31. Januar 2008.
- Engelen-Kefer, U.: Ein Stück gelebte Demokratie. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 11, 2003.
- Faber, U.: Rechtliche Kontextbedingungen für die überbetriebliche Vertretung von Arbeitnehmerinteressen in staatliche Arbeitsschutzausschüssen. In: HBS-Forschungsinformationsdienst, Ausgabe Nr. 2, 2006.
- Frerichs, F.: Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer/innen erhalten – Anforderungen angesichts steigender Altersgrenzen, Referat auf den Nordischen Sozialrechtstagen am 7./8. September 2006.
- Gagel, A./Schian, H.-M. (Hrsg.): Diskussionsforum Teilhabe und Prävention, Foren zum Schwerbehindertenrecht und betrieblichen Gesundheitsmanagement, Köln, 2002.
- Giese, R./Weber, S./Lewien, S.: Gesundheitsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben – Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen in zehn Hamburger Betrieben. Pressemitteilung 01/2007a.
- Göricke, J.: Schweigen und Schikanen. In: Süddeutsche Zeitung vom 19. Juni 2005.
- Gunkel, A.: Bewährt, aber reformbedürftig. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 11, 2003.
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (Hrsg.): Gesundheit aktiv fördern – Stadtpunkte. Aktuelle Informationen der HAG zur Gesundheitsförderung in Hamburg, Heft Nr. 1, 2006.
- Hamburg-Münchener Krankenkasse: Flyer ArbeitAktiv, o. J.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): HBS-Forschungsinformationsdienst, Ausgabe Nr. 3, 2005.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): WSI-Mitteilungen, Schwerpunkt Perspektiven des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, Heft 9, 2005a.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Böckler impuls, Ausgabe Nr. 3, 2006.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): HBS-Forschungsinformationsdienst, Ausgabe Nr. 3, 2006a.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): WSI-Mitteilungen, Heft 8, 2006b.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): HBS-Forschungsinformationsdienst, Ausgabe Nr. 2, 2007.

- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Böckler impuls, Ausgabe Nr. 12, 2007a.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Böckler impuls, Ausgabe Nr. 13, 2007b.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Böckler impuls, Ausgabe Nr. 20, 2007c.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Mitbestimmung. Das Magazin der Hans-Böckler-Stiftung, Heft Nr. 12, 2008.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Böckler impuls, Ausgabe Nr. 4, 2008a.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Böckler impuls, Ausgabe Nr. 6, 2008b.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Böckler impuls, Ausgabe Nr. 12, 2008c.
- Hartmann, B. /Hanse, J. u. a.: RehaBau – eine Maßnahme zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit alternder Bauarbeiter. In: Die Berufsgenossenschaft 2003.
- Hesse, B./Heuer, J./Gebauer, E.: Rehabilitation aus der Sicht kleinerer und mittlerer Unternehmen: Wissen, Wertschätzung und Kooperationsmöglichkeiten. Ergebnisse des KoRB-Projektes. In: Die Rehabilitation, 2008.
- Hillmer, A.: Deutschland hat ein dickes Problem. In: Hamburger Abendblatt vom 31. Januar 2008.
- Höhmann, I.: Im Alter besser abgesichert. In: Mitbestimmung. Das Magazin der Hans-Böckler-Stiftung, Heft Nr. 12, 2008.
- Hoppe, J. D.: Editorial: Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung. In: Praktische Arbeitsmedizin Nr. 12, 2008.
- Hüppe, A./Glaser-Möller, N. u. a. : Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskelettalen Beschwerden durch Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten. In: Das Gesundheitswesen, 2006.
- IKK Schleswig-Holstein (Hrsg.): Die Impuls Werkstatt, o. J.
- INQA (Hrsg.): Newsletter, Veröffentlichung der Initiative Neue Qualität der Arbeit, Berlin, Ausgabe 44 vom 8. Dezember 2008.
- Johannsen, F.: Zwischenbericht zum Projekt Arbeitsambulanz, o. J.
- Kocyba, H./Voswinkel, S.: Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen. Abschlussbericht, Frankfurt/M., 2007.
- Köpke, K.-H.: Lebenschancen behinderter Menschen verbessern. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 4, 2000.
- Köpke, K.-H.: Neue Herausforderungen für die Rehabilitation bei älteren Arbeitnehmern. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 4, 2007.
- Köpke, K.-H.: Vom Wollen zum Handeln – Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung von Gesundheitszielen. In: vffr-news, Mitteilungen des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein, Heft 01, 2009.

- Kraemer, R./Lück, P.: Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Unternehmen. In: BMAS (Hrsg.): Bundesarbeitsblatt 2006.
- Ladehoff, P.: Bedeutung der Widerspruchsausschüsse für die Selbstverwaltung. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr.8, 2008.
- Lawall, C./Lewerenz, M./Muschalla, B.: Wie organisieren Arbeitgeber betriebliches Eingliederungsmanagement und welche Hilfen erwarten sie von Rehabilitationsträgern? In: RVaktuell Nr. 2, 2008.
- Lenhardt, U./Priester, K.: Flexibilisierung – Intensivierung – Entgrenzung: Wandel der Arbeitsbedingungen und Gesundheit. In: WSI Mitteilungen, Heft Nr. 9, 2005.
- Letzel, S./Storck, J./Tautz, A.: 13 Thesen der Arbeitsmedizin zu Stand und Entwicklungsbedarf von betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. In: Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 42, 5, 2007.
- Leopold, D.: Derzeit nur noch 286 selbstständige Sozialversicherungsträger. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 1, 2009.
- Martin, P.: Die dritte Säule des Arbeitsschutzes – Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes durch eine Betriebsvereinbarung, Gefährdungsbeurteilung und Unterweisung. In: Arbeitsrecht im Betrieb, Heft Nr. 8, 2007.
- Meurer, A.: Von der Angestelltenversicherung zur Altersvorsorge – Die BfA auf Kurs – . In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Die Angestelltenversicherung. Berlin, 2003.
- Müller, A.: Tarifvertrag zur sozialverträglichen Gestaltung des demografischen Wandels. In: Gute Arbeit, Heft Nr. 5, 2007.
- Ohne Verfasser: Krankenstand steigt wieder. In: Hamburger Abendblatt vom 5. Februar 2008, vom 11. März 2008 und 23. Mai 2008 und vom 29. Dezember 2008.
- Ohne Verfasser: Schweigen und Schikanen. In: Süddeutsche Zeitung vom 19. Juni 2005a.
- Ohne Verfasser: Angst essen Schreibtisch auf. In: verdi-PUBLIK vom Oktober 2006b.
- Ohne Verfasser: Immer öfter Krankmeldung wegen Psycho-Störung. In: Hamburger Abendblatt vom 3. Januar 2007.
- Ohne Verfasser: Vom Leben isoliert. In: Gesundheit im Beruf. DRV Bund 2006.
- Ohne Verfasser: Seelische Erkrankungen: Hinsehen und Handeln. In: ZB – Zeitschrift Behinderte Menschen im Beruf, September 2007b.

- Ohne Verfasser: Gespräche stören am meisten. In: Böckler impuls, Ausgabe Nr. 8, 2007a.
- Ohne Verfasser: Regierung will Bürger in Form bringen. In: Hamburger Abendblatt vom 26. Mai 2008a.
- Ohne Verfasser: Wenn das Unternehmen krank macht. In: Financial Times Deutschland vom 11. Mai 2005.
- Paquet, R.: Die Krankenkassenverbände nach der Organisationsreform. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 1, 2009.
- Persson, H.: InReha-Kompetenznetzwerk für Reintegration, Hamburg, 2007.
- Popken, H.: Fallmanagement der AOK bei Arbeitsunfähigkeit. In: Badura, B./ Schröder, H./Vetter, C.: Fehlzeitenreport, 2007.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung: newsletter Erfahrung ist Zukunft, Ausgabe Juli, 2008.
- Räder, E.: Neue Chancen für Ältere – (Rechtliche) Rahmenbedingungen für eine bessere Beschäftigung älterer Arbeitnehmer. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 9, 2008.
- Rexin, B.: Überschuldete Menschen sind häufiger krank. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 8, 2008.
- Schochat, T./Neuner, R./Seidel, H.J.: Eine Defizitanalyse der Schnittstelle zwischen Betriebsarzt und medizinischer Rehabilitation. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 2008.
- Schochat, T./Neuner, R./Seidel, H.J.: Eine Defizitanalyse der Schnittstelle zwischen Betriebsarzt und medizinischer Rehabilitation. In: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V.: Dokumentationsband über die 43. Jahrestagung, 2003.
- Schroeder, W./Burau, B. E.: Soziale Selbstverwaltung – eine demokratische Beteiligungsinstitution unter Druck. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 8, 2008.
- Sedlatschek, C.: INQA gründet TIK „Mittelstand“. In: baaAktuell, Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 1, 2006.
- Sedlatschek, C.: In nur fünf Jahren ist INQA zum Referenzmodell für Europa geworden. In: baa:Aktuell, Amtliche Mitteilungen, Ausgabe Nr. 3, 2007.
- Seifert, H.: Alternsgerechte Arbeitszeiten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte Heft Nr. 19, 2008. In: Böckler impuls, Ausgabe Nr. 12, 2008.
- Siegrist, J.: Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit – die Bedeutung neuer Forschungsergebnisse für die Rehabilitation. Vortrag auf dem 15. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium des VDR 2006 in Bayreuth. In: DRV-Schriften, Band 64, Berlin, 2006a.

- Siegrist, J./Dragano, N.: Rente mit 67 – Probleme und Herausforderungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. In: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Arbeitspapier Nr. 147, 2007.
- Siegrist, J./Dragano, N.: Fit bis 67? Wie der Job Ältere krank macht. In: Böckler impuls, Ausgabe Nr. 14, 2007a.
- Sust, C. A.: Lärmbeurteilung – Büro-Arbeitsplätze. In: Böckler impuls, Ausgabe Nr. 8, 2007.
- Sust, C. A./Lazarus, H.: Bildschirmarbeit und Geräusche. In: Böckler impuls, Ausgabe Nr. 8, 2007.
- Weiler, S.W./Hartmann, B. u. a.: Arbeitsplatzorientierte Rehabilitation von Bauarbeitern – Ergebnisse der Pilotstudie RehaBau. In: Die Rehabilitation 2006.
- Welti, F.: Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit, Heft Nr. 8-9, 2006.
- Zimmermann, M./Glaser-Möller, N. u. a.: Subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit, Antragsintention und Inzidenz der Anträge auf medizinische Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 1999. Zit. n. Das Gesundheitswesen, 2006.
- Zok, K.: Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, Ch. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2007.
- Zukunft jetzt – Magazin der Deutschen Rentenversicherung 2008.

c) Geschäftsberichte, Arbeitspapiere, Gesetzestexte

- AOK-Bundesverband (Hrsg.): Zahlen und Fakten 2006/2007, Bonn, o. J.
- AOK-Bundesverband (Hrsg.): Das macht sich bezahlt. Fakten, Firmen, Erfolge. Bonn, o. J.
- AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Knappschaft, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes (Hrsg.): Leitfaden Prävention [...] zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008, Bonn/Frankfurt/M., 2008.
- AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse (Hrsg.): Feinarbeit – Gesundheitsmanagement im Betrieb – unsere Kompetenz, o. J.
- Barmer Ersatzkasse (Hrsg.): BARMER Gesundheitsreport 2006 – Demografischer Wandel – ältere Beschäftigte im Focus betrieblicher Gesundheitsförderung, Wuppertal, 2006.

- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005. Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund/Berlin/Dresden 2007.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2006. Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund/Berlin/Dresden, 2008.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2007. Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund/Berlin/Dresden, 2009.
- BDA – Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Tarifarchiv.
- BGIA – Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (Hrsg.): Jahresbericht 2007, St. Augustin, 2008.
- Bundesagentur für Arbeit: Beschäftigungsstatistik, Statistik-Service Nordost, Stichtag 30. Juni 2007.
- Bundesagentur für Arbeit: Geschäftsbericht 2007 – Erreichtes sichern – Erfolge ausbauen, Nürnberg, 2008.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi) (Hrsg.): Kongressplaner St. Augustin 2007.
- DAK-Versorgungsmanagement (Hrsg.): DAK-Gesundheitsreport 2005. Schwerpunkt Angst und Depressionen, Hamburg, 2005.
- DAK-Versorgungsmanagement (Hrsg.): DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten, Hamburg, 2006.
- Dembowski, H.; Schroeder-Printzen, G. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch, Band 1, Allgemeiner Teil, Köln, 1976.
- Deutscher Taschenbuchverlag. Beck-Texte im dtv: SGB V – Recht des öffentlichen Gesundheitswesens, München, 2008a.
- Deutscher Taschenbuchverlag. Beck-Texte im dtv: SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, München, 2008b.
- DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2006, St. Augustin, 2008a.
- DRV – Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: Sozialgesetzbuch. Band I, Band II und Nebengesetze, Berlin, 2006.
- DRV – Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am

- Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2006, Band 164, Berlin, 2007.
- DRV – Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: Jahresbericht 2007, Berlin, 2008a.
- DRV – Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2007, Band 169, Berlin, 2008.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Nord: Geschäftsbericht 2005 und 2006 – Kennzahlen, Leistungen, Finanzen, Lübeck, 2008.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Nord: Geschäftsbericht 2007 – Kennzahlen, Leistungen, Finanzen, Lübeck, 2008a.
- Feldes, W./Kohte, W./Stevens-Bartol, E. (Hrsg.): SGB IX Sozialgesetzbuch Neuntes Buch. Kommentar für die Praxis, Frankfurt/M., 2009.
- Lachwitz, K./Schellhorn, W./Welti, F. (Hrsg.): HK-SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX, 2. Auflage, München, 2006.
- Landesunfallkasse der Freien und Hansestadt Hamburg: Jahresbericht, 2007.
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hrsg.): Präventionsbericht 2007 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2006, Essen, 2008.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.): Arbeitsschutz 2005 – Jahresbericht des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit, Kiel, 2006.
- Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und in der Freizeit. Tätigkeitsbericht 2004. der Behörden für Arbeitsschutz und technische Sicherheit, Schwerin, o. J.
- Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und in der Freizeit, Schwerin, 2004.
- Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern: Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention, Schwerin, 2008.
- Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Statistische Berichte – A I 1 – vj 3/06.
- Statistische Landesamt Mecklenburg-Vorpommern: Schriftliche Auskunft vom 14. 05. 2007.

- Techniker Krankenkasse (Hrsg.): Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen, Schwerpunktthema Erkältungskrankheiten – Grippe, Hamburg, 2006.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement der TK, Hamburg/Berlin, o. J.
- VDR – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): DRV-Schriften, Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien), Band 17, Frankfurt/M., 1999.
- Ver.di (Hrsg.): Tarifpolitisches Programm ver.di. Berlin, Bearbeitungsstand 30. Juni 2007.
- Verkehrsbetriebe Hamburg-Holstein AG/Pinneberger Verkehrsgesellschaft mbH: Von Gesund(et)en Lernen. Projektdokumentation, Hamburg, o. J.

d) Internet

- <http://www.l-bank.de>
- <http://www.chefsache-familie.de>
- <http://www.bertelsmann-stiftung.de>
- <http://www.baua.de>
- <http://www.2m2-haut.de>
- <http://www.nmbg.de>
- <http://www.ak-hamburg.net>
- <http://www.lvbg.de>
- <http://www.gesa-sh.de>
- <http://www.bmas.de>
- <http://www.inqa.de>
- <http://www.gesunde-arbeit.net>
- <http://www.arbeitundgesundheit.de>
- <http://www.fit-in-hamburg.info>
- <http://www.move-europe.de>
- <http://www.praevention-online.de>
- <http://www.reha-servicestellen.de>
- <http://www.iat.eu>
- <http://www.dgb-index-gute-arbeit.de>
- <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>
- <http://www.hag-gesundheit.de>
- <http://www.dgb.de>

<http://www.eibe-projekt.de>
<http://www.disability-manager.de>
<http://www.esa-sh.de>
<http://www.dnbgf.de/index.php?id=5>

13 Anhang

Liste befragter Betriebs- und Werksärzte

Im Rahmen der Studie haben sich die nachfolgend aufgeführten Betriebs- und Werksärzte bereiterklärt, über ihre Erfahrungen zu berichten. Die Zusammenfassung ihrer Einschätzungen und Beurteilungen findet sich auf den Seiten 112 ff.

Dr. Jürgen Benkert	Rostock (Mecklenburg-Vorpommern)
Dr. med. Wolfgang Hacks	Hamburg
Dr. Manfred Heppner	Lübeck (Schleswig-Holstein)
Detlef Glomm	Meldorf (Schleswig-Holstein)
Dr. Jutta Kindel	Hamburg
Dr. Michael Peschke	Hamburg
Dr. med. Joachim Pieth	Neubrandenburg (Mecklenburg-Vorpommern)
Dr. Ulrich Rogall	Hamburg
Dr. Peter Schmidt-Wiederkehr	Elmshorn (Schleswig-Holstein)

Index

Dieser Index enthält Stichworte mit Seitenangaben und zentralen Fundstellen; Letztere werden durch Unterstreichung kenntlich gemacht.

Arbeitgeber	31, 36, 37, 71, <u>93</u> , 94, 109, 128, 137, 142, 146, 151
Arbeitgeberverbände	36, 89, <u>93</u> , 94, 95, 96, 101, 128, 129, 146, 149, 150, 151, 152
Arbeitnehmer, ältere	40, 41, 57, <u>61</u> , 62, 63, 75, 107, 110, 133, 137, 150, 153, 164, 167
Arbeitsförderung	34
Arbeitsgemeinschaften	125, 131, <u>132</u> , 145, 146, 153
Arbeitskreise	75, 77, 78
Arbeitslosenversicherung	17, 39, 141
Arbeitslosigkeit	17, <u>34</u> , 39, <u>43</u> , 44, 54, <u>58</u> , 60, 61, 153, 155
Arbeitslose	19, <u>43</u> , 61, 133
Arbeitsmedizin	77, 100, 105, 123, <u>131</u> , 141, 150
Arbeitsschutz	<u>29</u> , <u>31</u> , 34, 74, 83, 94, <u>105</u> , 110, 117, 121, 123, 128, 131, 145, 149, 150
Arbeitsschutzausschuss	31, 104, <u>128</u> , 145, 149
Arbeitsschutzbehörden	<u>84</u> , 85, 86, 117, 129, 141, 150, 153, 155
Arbeitsschutzgesetz	31
ArbeitsschutzPartnerschaft	85, 92, 143
Arbeitsschutzpolitik	18, 21, 67, <u>83</u> , 153
Arbeitssicherheitsgesetz	31
Arbeitsunfähigkeit	19, 35, 45, 46, 47, 64, 65, <u>106</u> , 107, 115, 137, 139
Arbeitszeit	36, 42, 53, 54, 58, 94, <u>95</u> , 119, 145

Behinderte	<u>32</u> , 38, 81, 89, 94
Bertelsmann Stiftung	<u>48</u> , 88, 92, <u>99</u>
Berufsförderungswerk	71, 81, 82, 90, 102, <u>107</u> , 129, 148
Berufsgenossenschaften	<u>31</u> , 35, <u>73</u> , 84, 85, 111, 122, 136, 145, 149
Berufskrankheiten	31, 35, 73
Betriebliche Gesundheitsförderung	<u>33</u> , 45, 70, 72, 73, 74, 80, 85, <u>108</u> , 129, 130, <u>135</u> , 136, 145, <u>152</u>
Betriebliches Eingliederungsmanagement	<u>33</u> , 71, 74, 75, 80, 88, 89, 90, 96, <u>106</u> , 115, 119, 128, <u>135</u> , 145, 146, 147, 149, <u>152</u>
Betriebliches Gesundheitsmanagement	45, 70, 76, 82, 92, 105, 136, 145
Betriebsarzt	75, 76, 81, 104, 105, 110, <u>112</u> , 114, 126, 128, <u>132</u> , 145, 151
Betriebsrat	<u>94</u> , 104, 107, 108, 110, 113, 118, 119, 128, 144, 145, 151
Betriebsvereinbarung	41, <u>94</u> , 104, <u>107</u> , 129, 137, 144
Bonus, Prämien, Preise	<u>138</u> , 142, 143, 146
Bundesagentur für Arbeit	20, 21, 41, <u>43</u> , 100, 107, 122, 148, 149, 150
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin	22, 48, <u>86</u> , 100, 150
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	<u>38</u> , 56, 91, 114, 126, 127, 134, <u>146</u>
Bundesforschungsministerium	91, 97
Bundesministerium für Arbeit und Soziales	45, 56, 60, 75, <u>86</u> , <u>105</u> , 121, 143
Dienstvereinbarung	<u>107</u> , 136, 138, 144
Disability-Manager	115, 128, <u>136</u>
Entlassungsbericht	<u>82</u> , <u>114</u> , 122, <u>133</u> , 147

Erwerbsminderungsrenten	20, <u>50</u> , 64, 136
Erwerbstätige	<u>19</u> , <u>23</u> , 40, 43, 53
Erwerbs(un)fähigkeit	40, 49
Europäische Union	30, 52, 60, 62, 74
Fachkraft für Arbeitssicherheit	<u>31</u> , <u>104</u> , 105, 113, <u>114</u> , 119, 127, 151
Familienfreundlichkeit	42
Gefährdungsbeurteilung	76, 77, <u>103</u> , 104, 113, <u>128</u> , 149
Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie	<u>30</u> , 74
Gemeinsame Empfehlungen	<u>33</u> , 114, 125, 146
Gemeinsame Servicestelle	<u>33</u> , 88, 109, 112, 113, 115, 120, 124, 139, 146, 152
GESA	84, 85, 86
Gewerkschaften	36, 40, 65, 78, 89, 91, 93, 94, 95, 96, 101, 119, 128, 142, 145, 148, 149, 150, 151, 152
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	35, 125
Grundsicherung	20, 21
Hans-Böckler-Stiftung	40, 41, 48, 49, 59, 88, 94, 95, 99, 151
ICF	77
Index Gute Arbeit	<u>142</u> , 143
Initiative Gesundheit und Arbeit	54, <u>73</u> , 74
Initiative Neue Qualität der Arbeit	<u>63</u> , 76, 87, 88, 92, 142, 150
Integrationsamt, -fachdienst	81, 107, 111, 137

Integrationsvereinbarung	<u>94</u> , 144, 151
Interdisziplinarität	123, 131, 150
Kammern	99, 101, 111, 128, 134, 145, 147, 149, 151
KMU	<u>22</u> , 23, 27, 90, <u>99</u> , <u>134</u> , 150, 153
Kooperation/Koordination	<u>32</u> , 38, 84, 85, 124, 125, 129, 131, <u>146</u> , 147
Krankenkassen	<u>33</u> , 34, 35, <u>68</u> , 108, 111, 121, 124, 125, 126, 129, 135, 136, 145, 146, 147, 149, 153
Krankenstand	<u>46</u> , 48, 49, 89
Krankheitsverhalten	48, 49, 111
Leiharbeit	59
Leistungsbereitschaft	41, 94
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	<u>35</u> , 69, 109, 129, 135
Mobbing	55, 60
Nachsorge, Nachhaltigkeit	74, <u>79</u> , <u>82</u> , 129, 132
Netzwerk	74, 75, 81, 86, 87, 90, 92, 93, 130, <u>131</u> , 141, 143
Pausen	94, 95, 119, 145
Personalrat	118, 119, 129, 144, 145, 151
PETRA	80, 129, 136
Prekäre Beschäftigung	59
Prävention	<u>32</u> , 33, 67, 69, 76, 83, 88, 89, 91, 92, 94, 99, 131, 132, 152
Präventionsbericht	<u>69</u> , 72, 129, 135
Psychische Belastungen	46, 47, <u>50</u> , 52, 55, 57, 60, 111, 115, 128

Psychische Erkrankungen	52, 53, 54, <u>55</u> , 106
Reha-BAU	75, 80, 130
Rehabilitation	33, <u>50</u> , 57, 106, 109
Rehabilitation, berufliche	81, 109
Rehabilitation, medizinisch-berufliche	81, 122, 148
Rehabilitation, medizinische	<u>33</u> , 49, <u>50</u> , 52, 55, 57, <u>79</u> , 81, 114, 142, 153
Rehabilitationsträger	32, 33, 40, 114, 125, 126, 133, 139
Reha-Entlassungsbericht	<u>82</u> , 114, 122, <u>133</u> , 147
Reha-Fachberater	136
Rentenversicherung	21, <u>33</u> , 35, 38, 49, 78, 97, <u>109</u> , 126, 129, 130, 133, 139, 152
Schnittstellen	<u>122</u> , 123, 124, 125, 133
Schwerbehindertenvertretung	107, 113, 118, 119, 144, 145, 151
Selbstbestimmung	<u>32</u> , 42, 120
Selbsthilfe	33, 69
Selbstverwaltung, soziale	<u>36</u> , <u>37</u> , 38, 82, 93, 146, 149, 150, 152
Sicherheitsbeauftragter	31, <u>104</u> , 105, 114, 151
Sozialkassen	134
Sozialmedizin	90, 97, 123, 131, 150
Sozialpartner	36, 37, 38, 41, 78, 85, <u>93</u> , 95
Stress	52, <u>54</u> , 104, 120
Tarifparteien	<u>93</u> , 94, 95, 96, 151
Tarifvertrag, -politik	<u>36</u> , 93, 95, 119, 150
Teilhabe	20, <u>32</u> , 33, 34, 40, 42, <u>79</u>
Transparenz	17, 90, 123, 149

Übergewicht	57, 58, 119
Unfallkassen	73, 111, 122, 136, 145, 149
Unfallverhütungsbericht	40, 42, 47, 65, 87
Unfallverhütungsvorschriften	35
Unfallversicherung	30, 31, <u>73</u>
Universität, Hochschule	42, 54, 63, 72, 82, 86, 91, <u>96</u> , 123, 136, 150
Unübersichtlichkeit	120, 121, <u>123</u> , 148
Werksärzte	22, <u>105</u> , <u>112</u> , 115, 132, 133, 138, 147, 151
Wettbewerb	<u>34</u> , 41, 42, <u>68</u> , 122, 124, 125, 131
Wiedereingliederung	33, 67, 69, 71, <u>80</u> , 81, 108, 109, 114, 122, 129, 134, 147
Zeitarbeit	59, 60
Zufriedenheit	42, 56

edition der Hans-Böckler-Stiftung
Bisher erschienene Reihentitel ab Band 235

	Bestellnr.	ISBN	Preis / €
Winfried Heidemann, Michaela Kuhnhenne (Hrsg.) Zukunft der Berufsausbildung	13235	978-3-86593-125-2	18,00
Werner Voß, Norbert in der Weide Beschäftigungsentwicklung der DAX-30- Unternehmen in den Jahren 2000 – 2006	13236	978-3-86593-126-9	22,00
Markus Sendel-Müller Aktienrückkäufe und Effizienz der Aufsichtsratsarbeit	13237	978-3-86593-128-3	29,00
Seddik Bibouche, Josef Held, Gudrun Merkle Rechtspopulismus in der Arbeitswelt	13238	978-3-86593-130-6	20,00
Svenja Pfahl, Stefan Reuyß Das neue Elterngeld	13239	978-3-86593-132-0	28,00
Arno Prangenberg, Martin Stahl Steuerliche Grundlagen der Umwandlung von Unternehmen	13240	978-3-86593-133-7	15,00
Samuel Greef, Viktoria Kalass, Wolfgang Schroeder (Hrsg.) Gewerkschaften und die Politik der Erneuerung – Und sie bewegen sich doch	13241	978-3-86593-134-4	28,00
Anne Ames Ursachen und Auswirkungen von Sanktionen nach § 31 SGB II	13242	978-3-86593-135-1	23,00
Ulrich Zachert Tarifeinheit durch Satzungsrecht der Gewerkschaften	13243	978-3-86593-136-8	10,00
Matthias Knuth, Gernot Mühge Von der Kurz-Arbeit zur langfristigen Sicherung von Erwerbsverläufen	13244	978-3-86593-137-5	15,00
Henry Schäfer, Christian Barthruff Derivate und ihr Einsatz im Risikomanagement von Unternehmen	13245	978-3-86593-138-2	18,00
Gertrud Hovestadt Institute zur Schulung betrieblicher Arbeitnehmer- vertreter	13246	978-3-86593-139-9	15,00
Godehard Neumann, Heinz Pfäfflin Metropolregionen zwischen Exzellenzanspruch und regionalem Ausgleich	13247	978-3-86593-140-5	20,00
Judith Beile, Beate Feuchte, Birte Homann Corporate Social Responsibility (CSR) und Mitbestimmung	13248	978-3-86593-141-2	20,00

	Bestellnr.	ISBN	Preis / €
Felix Ekardt Soziale Gerechtigkeit in der Klimapolitik	13249	978-3-86593-142-9	15,00
Kerstin Windhövel, Claudia Funke, Jan-Christian Möller Fortentwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung zu einer Erwerbstätigenversicherung	13250	978-3-86593-143-6	24,00
Arno Prangenberg, Martin Stahl, Julia Topp Verrechnungspreise in Konzernen	13251	978-3-86593-144-3	15,00
Martin Albrecht, Hans-Holger Bleß, Ariane Höer, Stefan Loos, Guido Schiffhorst, Carsten Scholz Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung	13252	978-3-86593-152-8	12,00
Elisabeth Schwabe-Ruck „Zweite Chance“ des Hochschulzugangs?	13254	978-3-86593-149-8	32,00
Enno Balz Finanzmarktregulierung nach der Finanzmarktkrise	13255	978-3-86593-105-4	16,00
Johannes Kirsch, Gernot Mühge Die Organisation der Arbeitsvermittlung auf internen Arbeitsmärkten	13256	978-3-86593-151-1	12,00
Kerstin Bolm, Nadine Pieck, Anja Wartmann Betriebliches Gesundheitsmanagement fällt nicht vom Himmel	13257	978-3-86593-142-9	15,00
Christiane Lindecke Neue Arbeitszeiten für (hoch)qualifizierte Angestellte	13258	978-3-86593-153-5	12,00
Jens Ambrasat, Martin Groß, Jakob Tesch, Bernd Wegener Determinanten beruflicher Karrieren unter den Bedingungen flexibilisierter Arbeitsmärkte	13259	978-3-86593-154-2	28,00
Klaus Maack, Jakob Haves, Katrin Schmid, Stefan Stracke Entwicklung und Zukunft der Brauwirtschaft in Deutschland	13260	978-3-86593-155-9	20,00
Reingard Zimmer (Hrsg.) Rechtsprobleme der tariflichen Unterbietungskonkurrenz	13262	978-3-86593-157-3	15,00
Uwe Jürgenhake, Cordula Sczesny, Frauke Füsers Berufslaufbahnen von Betriebsratsmitgliedern	13263	978-3-86593-159-7	20,00
Reingard Zimmer (Hrsg.) Tarifeinheit – Tarifpluralität in Europa	13265	978-3-86593-161-0	18,00

Ihre Bestellungen senden Sie bitte unter Angabe der Bestellnummern an den Setzkasten oder unter Angabe der ISBN an Ihre Buchhandlung. Ausführliche Informationen zu den einzelnen Bänden können Sie dem aktuellen Gesamtverzeichnis der Buchreihe **edition** entnehmen.

Setzkasten GmbH
Kreuzbergstraße 56
40489 Düsseldorf
Telefax 0211-408 00 90 40
E-Mail mail@setzkasten.de

Über die Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen oder Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39 Telefon: 02 11/77 78-0
40476 Düsseldorf Telefax: 02 11/77 78-225

In dieser Studie werden die wesentlichen Regelungen zu Gunsten von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit Beschäftigter mit dem in Betrieben vorhandenen Wissen verglichen.

Zunächst wurden alle begünstigenden Rechtsvorschriften erfasst, egal ob im selbstverwalteten Sozialversicherungs- oder im staatlichen Arbeitsschutzrecht. Einbezogen wurden tarifliche und andere Regelungen der Sozialpartner.

Darauf folgte eine Erkundung der Methoden, mit denen Sozialversicherungsträger und Arbeitsschutzbehörden ihren Verpflichtungen nachkommen. Gespräche mit Experten der Träger und des staatlichen Arbeitsschutzes sowie in Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden konkretisierten das Bild.

In einem weiteren Schritt wurde ermittelt, in welchem Umfang dieses soziale Netz in den Betrieben und damit bei den Beschäftigten bekannt ist. Dazu wurden exemplarisch je zehn kleine und mittlere Betriebe in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein ausgewählt und befragt.

Diese Bausteine wurden mit den Gesetzesvorgaben gespiegelt, Defizite und Überschneidungen herausgearbeitet und Verbesserungsvorschläge entwickelt. Über die Studie hinaus werden sie in fachpolitische Diskussionen eingebracht und der Realisierung zugeführt.

