

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft

Nr. 200

April 2013

Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

Version 1.0

Dr. Katharina Hoß
Dr. Natalie Pomorin
Antonius Reifferscheid
Prof. Dr. Jürgen Wasem

IBES

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 200

April 2013

Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

Version 1.0

Dr. Katharina Hoß (katharina.hoss@medman.uni-due.de)

Dr. Natalie Pomorin (natalie.pomorin@uni-due.de)

Antonius Reifferscheid (antonius.reifferscheid@medman.uni-due.de)

Prof. Dr. Jürgen Wasem (juergen.wasem@uni-due.de)

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)

Universität Duisburg-Essen

Universitätsstraße 12

45141 Essen

E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Executive Summary.....	3
1. Hintergrund der Untersuchung.....	11
2. Ältere Arbeitnehmer und chronische Erkrankungen als Herausforderungen des demografischen Wandels.....	13
2.1 Der Begriff des ‚älteren Arbeitnehmers‘	13
2.2 Zusammenhang zwischen Alter und Krankheitsgeschehen.....	14
2.3 Die Entwicklung chronischer Erkrankungen	16
2.4 Chronisch Kranke im Erwerbsleben	17
3. Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.....	19
3.1 Arbeitsfähigkeit.....	19
3.2 Beschäftigungsfähigkeit.....	21
4. Gestaltungsfelder der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit im Betrieb.....	23
4.1 Analyseinstrumente.....	23
4.1.1 Altersstrukturanalyse.....	24
4.1.2 Work Ability Index (WAI)	24
4.1.3 Qualifikationsbedarfsanalyse.....	25
4.1.4 Gefährdungsbeurteilung	26
4.2 Personalpolitik	26
4.3 Arbeitspolitik	27
4.4 Qualifizierung und Weiterbildung – Wissensmanagement.....	27
4.5 Führungs- und Unternehmenskultur	28
4.6 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	29
4.7 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM).....	32
5. Strukturelle Voraussetzungen im innerbetrieblichen Prozess der Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.....	33
6. Innerbetriebliche Funktionsbereiche zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.....	35
6.1 Steuerungsgremium.....	36
6.2 Unternehmensleitung und Führungskräfte	37
6.3 Personal- und Organisationsmanagement.....	38
6.4 Betriebsarzt.....	38
6.5 Betriebsrat.....	39

6.6 Beschäftigte	40
6.7 Disability Manager.....	40
7. Außerbetriebliche Funktionsbereiche zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.....	40
7.1 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV).....	42
7.2 Gesetzliche Unfallversicherung (GUV).....	44
7.3 Gesetzliche Rentenversicherung (GRV).....	46
7.4 Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation.....	47
8. Politische Anstrengungen im Zusammenhang mit den Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.....	48
9. Schwachstellen und Verbesserungspotenziale bei Erhalt und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit in der Praxis - Erkenntnisse aus Experteninterviews	51
9.1 In der Praxis wahrgenommene Schwachstellen	51
9.1.1 Arbeitnehmerbezogene Schwachstellen.....	51
9.1.2 Betriebliche Schwachstellen	53
9.1.3 Sozialversicherungsbezogene Schnittstellenprobleme	55
9.1.4 Versorgungssystembezogene Schwachstellen.....	57
9.2 In der Praxis wahrgenommene Verbesserungspotenziale	58
9.2.1 Arbeitnehmerbezogene Verbesserungsvorschläge.....	58
9.2.2 Betriebliche Verbesserungsvorschläge.....	58
9.2.3 Sozialversicherungsbezogene Verbesserungsvorschläge	59
9.2.4 Versorgungssystembezogene Verbesserungsvorschläge	60
10. Fazit und Ausblick	60
11. Literaturverzeichnis	63

Executive Summary

In vorliegender durch AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG finanziell unterstützter Untersuchung werden die Determinanten von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit im Zusammenhang mit der zunehmend alternden Erwerbsbevölkerung und die Handlungsfelder zu deren Erhaltung bzw. Wiederherstellung dargestellt. Die Komplexität des Themas weist dabei auf die Notwendigkeit von Kooperation und Integration unterschiedlicher inner- und außerbetrieblicher Akteure hin. So sind einerseits betriebsinterne Strukturen und Funktionsbereiche im Umgang mit älteren und (chronisch) kranken Arbeitnehmern zu schaffen. Andererseits bedürfen die Unternehmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit auch der Unterstützung durch außerbetriebliche Funktionsbereiche auf der Basis ordnungspolitischer und gesetzlicher Rahmenbedingungen. Die Realisierung der Unterstützungsleistungen in der Praxis sowie die Schwachstellen in der Umsetzung und dementsprechende Verbesserungsvorschläge werden anhand von Erkenntnissen aus Experteninterviews vorgestellt. Die Meinungen, Erfahrungen und Ausblicke der namenhaften Experten aus der führenden Verbandsebene von Sozialversicherungspartnern und von Gesellschaften Betroffener sowie von ausgewählten Wissenschaftlern und Unternehmensakteuren zeigen zudem einige Anregungen für die Verbesserungen im Zusammenhang mit der zukünftigen Gestaltung einer demografiefesten Unternehmens- und Gesellschaftspolitik auf. Die Kernerkenntnisse der Untersuchung werden nachfolgend vorgestellt.

- Der demografische Wandel in Deutschland hat zur Folge, dass die Erwerbsbevölkerung sich insgesamt reduzieren und altern sowie parallel die Zahl chronisch kranker Arbeitnehmer weiter zunehmen wird. Mit dieser Entwicklung nimmt die Bedeutung des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sowohl auf politischer und sozialpolitischer als auch auf betrieblicher Ebene zu.
- Schätzungen zufolge leidet rund ein Drittel der Erwerbsbevölkerung in Deutschland an einer chronischen Erkrankung und die Zahl der Betroffenen nimmt stetig zu. Unternehmen müssen sich folglich auf immer mehr Mitarbeiter mit Herz-/Kreislauf-Beschwerden, Skelett-, Atemwegs- oder Stoffwechselerkrankungen einstellen.
- Chronisch kranke Arbeitnehmer sind in der Praxis häufig noch von krankheitsbedingten Kündigungen und teilweise auch von unangemessen geführten „Krankenrückkehrgesprächen“ betroffen.
- Eine Studie der Bertelsmann Stiftung kommt zu dem Schluss, dass die Volkswirtschaft Deutschlands im Jahr 2012 bis zu 20 Milliarden Euro zusätzlich hätte erwirtschaften können, wenn chronisch kranke Arbeitnehmer bei der Bewältigung und Behandlung ihrer Krankheit – auch im beruflichen Setting – besser unterstützt würden.

- Ziel muss es sein, sich nicht auf die Defizite eines chronisch kranken Beschäftigten zu konzentrieren, sondern seine vorhandenen Fähigkeiten zu erkennen und zu nutzen. Das Konzept der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit beschreibt Ansätze und Gestaltungsfelder, wie diese Aufgaben in der Praxis gelöst werden können.
- Innerhalb dieses Konzepts handelt es sich bei der Arbeitsfähigkeit um das Potenzial eines Menschen, eine gegebene Aufgabe zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Die Entwicklung der individuellen funktionellen Kapazität des Arbeitnehmers ist dabei mit den Arbeitsanforderungen ins Verhältnis zu setzen. Da sich diese beiden Größen stetig verändern, ist es Aufgabe eines Unternehmens, die Arbeit jederzeit alters- und altersadäquat zu gestalten. Während einer Langzeitstudie in Finnland legte Ilmarinen, als Begründer des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“, die entsprechenden und aufeinander aufbauenden Determinanten fest, die es hierbei positiv zu beeinflussen gilt. Diese Einflussfaktoren umfassen neben dem wesentlichsten Aspekt der Gesundheit, auch Qualifikation, Wissen, Kompetenzen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Werte, Einstellungen und Motivation sowie Aspekte der Führung, Arbeitsumgebung, Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalte. Weiterführend ist im Rahmen der Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund der zunehmenden Dynamik und Flexibilisierung der Arbeitswelt, die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten nicht nur im Zusammenhang mit bestehenden oder zukünftigen Arbeitszuschnitten innerhalb eines Unternehmens, sondern auch vor dem Hintergrund der Erfordernisse des Arbeitsmarktes zu sehen. Die Kompetenzen, Fähigkeiten und Eigenschaften einer Person werden dabei ins Verhältnis zu den Anforderungen und Möglichkeiten von Unternehmen und Arbeitsmarkt gesetzt.
- Das grundlegende Konzept der Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sollte betriebsintern altersspezifisch und vor allem gesundheitsbedingt adjustiert werden. Die alters-, alters- und gesundheitsgerechten Gestaltungsfelder zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit im Betrieb umfassen demnach die Personal- und Arbeitspolitik, das Wissensmanagement, die Führungs- und Unternehmenskultur sowie das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), einschließlich des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM), und der zur Ausgestaltung notwendigen Analyseinstrumente zur Erfassung des Handlungsbedarfs.
- Auf der Basis der so ermittelten Betriebslage hinsichtlich Alter, Gesundheit, Qualifikation und Leistungsfähigkeit gilt es in den Unternehmen mit einer fähigkeitssensiblen Personalpolitik den Rahmen für die Gestaltung alters-, alters- und gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen zu schaffen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels muss es vorrangiges Ziel der Personalpolitik sein, Beschäftigte bis zum Renteneintrittsalter im Unternehmen zu halten. Im Zentrum einer demografiebewussten Personalpolitik stehen dabei sowohl die Verlängerung der Lebensarbeitszeit eines jeden gesunden oder kranken Mitarbeiters als auch die Rekrutierung

neuer Fach- und Nachwuchskräfte und der Wissenstransfer des Know-Hows älterer (und ggf. vor der Berentung stehender Arbeitnehmer) auf die neuen Mitarbeiter.

- Darauf aufbauend bestehen im Rahmen der betrieblichen Arbeitspolitik hinsichtlich der Arbeitsorganisation, der Arbeitsgestaltung und der Arbeitszeitregelungen viele Möglichkeiten, um den Arbeitsprozess und die Leistungsfähigkeit eines Arbeitnehmers alters- und gesundheitsgerecht zu synchronisieren. Neben einer Neuorganisation der Arbeitsabläufe, um alterskritische Anforderungen durch neue Aufgabenzuschnitte zu reduzieren, bietet sich bei Bedarf auch ein regelmäßiger Tätigkeitswechsel (job rotation) mit dem Ziel der Vermeidung einseitiger Arbeitsabläufe an. Darüber hinaus ermöglicht eine individuelle Arbeitszeitgestaltung den Beschäftigten, ihre Arbeitszeit im Hinblick auf Umfang, Dauer und Lage individuell und ggf. auf die Erfordernisse einer chronischen Erkrankung anzupassen. Hierdurch lassen sich Belastungen der Beschäftigten reduzieren und deren Arbeitsfähigkeit besser erhalten.
- In der wissensintensiven Arbeitswelt ist zudem ein systematisch ausgerichtetes Wissensmanagement, das sich vom Berufseintritt bis zum Übergang in den Ruhestand an den Lebensphasen und den individuellen Bedarfen an Qualifikation und Weiterbildung der Beschäftigten orientiert, unumgänglich. Bildung stellt eine grundlegende Voraussetzung für ein gesundes aktives und selbstbestimmtes Altern dar. Das Lebenslange Lernen wird als Strategie zur Bewältigung der aus den demografischen Entwicklungen resultierenden individuellen und gesellschaftlichen Herausforderungen gesehen und gilt somit als Grundvoraussetzung zum Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit. Dennoch weist die betriebliche Weiterbildungsbeteiligung der deutschen Unternehmen im internationalen Vergleich noch erhebliches Ausbaupotenzial auf.
- Der hohe Einfluss von positivem Führungsverhalten und einer gesundheitsorientierten Unternehmenskultur auf den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten ist unbestritten. Eine alters- und fähigkeitssensible Führungs- und Unternehmenskultur ist folglich ein nicht zu unterschätzendes Gestaltungsfeld. Im Betriebsalltag umfasst dies Aspekte wie die Vermittlung von altersrespektierlichen und gesundheitsorientierten Werten, das vorurteilsfreie Einschätzen von Fähigkeiten, die angemessene Leistungsanerkennung auch unter Berücksichtigung möglicher alters- oder krankheitsbedingter Einschränkungen, das Praktizieren eines kooperativen Führungsstils und das Fördern des Dialogs zwischen älteren, jüngeren, gesunden und kranken Mitarbeitern.
- Im Fokus des BGM, als grundlegendes Handlungsfeld, stehen sowohl Aufgaben, die die Gesundheit, Leistungsbereitschaft und -fähigkeit der Beschäftigten erhalten und fördern, als auch Maßnahmen, die zu einer Organisation beitragen, die über Arbeitsbedingungen und Kommunikationsstrukturen sowie Entwicklungs- und Entfaltungspotenziale verfügt, die das Wohlbefinden aller Mitarbeiter – auch der älteren und chronisch kranken – stärken. Ein integriertes Gesundheitsmanagement führt bereits gewachsene Strukturen und bestehende

Aktivitäten in den Bereichen des Arbeitsschutzes, der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie des Eingliederungsmanagements im Unternehmen systematisch zusammen und verfolgt Konzepte der Risikoprävention und/oder der Förderung von Gesundheitspotenzialen. Im Rahmen einer idealtypischen Vorgehensweise im Betrieblichen Gesundheitsmanagement folgen auf eine kontinuierliche datengestützte Organisationsdiagnose, Zielsetzung, Auswahl, Planung und Durchführung geeigneter Maßnahmen sowie ihre nachgehende Evaluation. Die Bedürfnisse älterer und chronisch kranker Arbeitnehmer können auf diese Weise zeitnah erfasst und nachhaltige Maßnahmen zum Erhalt ihrer Arbeitsfähigkeit können initiiert werden.

- Dennoch scheiden in Deutschland aus gesundheitlichen Gründen jährlich mehrere hunderttausend Erwerbstätige vorzeitig aus dem Arbeitsleben aus. Um dieser Tatsache entgegen zu wirken und die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Betroffenen zu erhalten, wurde das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) in § 84 Abs. 2 SGB IX gesetzlich verankert. Dies hat zum Ziel, Arbeitgebern verstärkt die Verantwortung für den Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter zu übertragen. Beim BEM handelt sich um ein innerbetriebliches Instrument, das vor allem diejenigen Mitarbeiter fokussiert, die aufgrund längerer oder wiederholter Krankheitszeit arbeitsunfähig waren. Es beinhaltet organisations- und personalbezogene Maßnahmen, die ein Arbeiten an dem ursprünglichen Arbeitsplatz ermöglichen sollen und explizit der vorherigen Zustimmung des Betroffenen bedürfen.
- Basierend auf der wissenschaftlichen Theorie der wesentlichen Einflussgrößen der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit weist die Komplexität der Erhaltung und Wiederherstellung der selbigen neben einem strukturierten und systematischen Vorgehen insbesondere auf die Notwendigkeit von Zusammenarbeit und Integration unterschiedlicher inner- und außerbetrieblicher Akteure als unterstützende Funktionsbereiche für die Wirtschaft vor allem hinsichtlich des Umgangs mit dem Anstieg chronischer Krankheiten hin.
- Beim Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von (chronisch kranken) Arbeitnehmern handelt es sich demnach um umfassende Gestaltungsthemen, die von unterschiedlichen Funktionsbereichen eines Unternehmens bearbeitet werden. In diesem Zusammenhang sollten vor allem die Unternehmensleitung, Führungskräfte, das Personal- und Organisationsmanagement, der betriebsärztliche Dienst, der Betriebs-/Personalrat, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, ausgewählte Beschäftigte selbst und ggf. ein Disability Manager in einem Steuerungsgremium zusammenarbeiten.
- Im Rahmen betrieblicher Gesundheitspolitik sollte das gesunde Altern durch die Verbindung präventiver und rehabilitativer Anstrengungen verfolgt werden. Hierbei kommt es vor allem auf die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen den Betrieben als internen und den Sozialversicherungsträgern als externen Funktionsbereichen und Unterstützungsinstanzen beim Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit an. Insbesondere die Kranken-, Unfall- und

Rentenversicherungen weisen Erfahrungen und Kompetenzen auf, um betriebliche Akteure durch Aufklärung, Qualifizierung, Vermittlung von Instrumentenkenntnis, konkrete Hilfestellungen und Qualitätssicherung zu unterstützen.

- In Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) gemäß § 20a SGB V zu Leistungen der Gesundheitsförderung in Betrieben (BGF) verpflichtet. Das Leistungsangebot der Krankenkassen für die Unternehmen umfasst dabei die Beratungsfunktion, die Moderation von Projektgruppen bzw. Gesundheitszirkeln, das Projektmanagement, die Dokumentation, die Information der Belegschaft, die Erfolgskontrolle und die generelle Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen betrieblichen und persönlichen Situation. Die BGF-Maßnahmen sind dabei mit dem in der Verantwortung der GUV-Träger stehenden Arbeitsschutz abzustimmen. In diesem Zusammenhang ist aufzuführen, dass die GUV nicht gesetzlich dazu angehalten ist, sich an der Durchführung von gesundheitsförderlichen Interventionen zu beteiligen und deren Engagement folglich nach Abwägung von Kosten und Nutzen erfolgt. Zudem können Arbeitgeber von den Krankenkassen auch personelle und finanzielle Hilfestellungen bei der Implementierung und Durchführung des BEM erhalten. Eine weitere gesetzlich geregelte Unterstützungsleistung der GKV besteht in der stufenweisen Wiedereingliederung von langzeitarbeitsunfähigen (> 6 Wochen) Arbeitnehmern gemäß § 74 SGB V. Nach vorheriger ärztlicher Feststellung - in der Regel aus dem niedergelassenen Versorgungssektor und zu selten auf Initiative des Betriebsarztes oder des Arbeitgebers - sehen die Wiedereingliederungsprogramme parallel zur Zahlung des Krankengeldes eine stufenweise und unterstützte Wiederaufnahme der Tätigkeit nach der Vorgehensweise des sogenannten „Hamburger Modells“ im Betrieb vor. In Konstellationen, in denen die Wiedereingliederung medizinischer Rehabilitation folgt, findet ein Kostenträgerwechsel auf die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) statt.
- In Abgrenzung dazu besteht der Gesetzesauftrag der GUV, mit dem Ziel Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (BK) zu verhindern sowie nach deren Eintritt die Arbeitsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen, darin, Arbeitsschutzvorschriften zu erlassen (§ 15 SGB VII), deren Einhaltung in den Betrieben durch eigenes Aufsichtspersonal zu überwachen (§ 17 SGB VII) und Unternehmen und Versicherte zu beraten (§ 17 SGB VII) sowie zur Teilnahme an den von ihnen angebotenen Aus- und Fortbildungslehrgängen anzuhalten (§ 23 SGB VII). Wenn dennoch eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls am Arbeitsplatz entstanden ist, können Betroffene mit der Unterstützung durch Berufshelfer und mit Unterhaltsabsicherungen in Form von Verletztengeld und Übergangsgeld im Falle einer notwendigen Umschulung oder stufenweisen Wiedereingliederung rechnen. Dieser gesetzliche Auftrag wurde zusätzlich um die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ausgeweitet. Losgelöst von den beim Arbeitsplatzherhalt

vermiedenen Kosten bleibt das Eigeninteresse der UV-Träger an einer in Kooperation mit der GKV erweiterten Präventionspraxis dennoch fraglich. Aufgrund des Kausalprinzips haften die UV-Träger nämlich nur für Verletzungen oder Berufskrankheiten, die in der BK-Liste der Berufskrankheitenverordnung aufgenommen wurden, wenn deren Ursache eindeutig in der beruflichen Tätigkeit liegt. So ist die GUV zwar für die Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zuständig, hat die Folgen dieser Gefahren jedoch häufig nicht selber zu tragen.

- Nach dem Leitprinzip „Reha vor Rente“ bietet dahingegen die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) zur Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von (chronisch) kranken Erwerbspersonen mit dem Ziel der Vermeidung eines Arbeitsplatzverlustes jeweils auf Antrag gemäß § 9, Abs. I SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an. Zusätzlich zu stationären oder ganztägigen Rehabilitationsmaßnahmen umfassen die gesetzlichen Leistungen Hilfen zur Sicherung des Arbeitsplatzes oder Hilfen zur Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes in Form von Beratung, Vermittlung, Trainingsmaßnahmen, Mobilitätshilfen sowie Kraftfahrzeughilfe. Neben weiteren direkten Leistungen an die Betroffenen werden auch Leistungen an Arbeitgeber zur Unterstützung ihrer Beschäftigungsbereitschaft erbracht. Als Zugangsweg zu den GRV-Leistungen sollten bestenfalls Werks- und Betriebsärzte in Kooperation mit Haus- und Fachärzten agieren.
- Die trägerübergreifenden „gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation“ aller Rehabilitationsträgern (GKV, GRV, GUV, Bundesagenturen für Arbeit, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, öffentliche Jugend- oder Sozialhilfeträger) können Arbeitgebern zusätzlich bei der Umsetzung des BEM behilflich sein und Arbeitnehmer umfassend über die Zielsetzung, Zweckmäßigkeit und Erfolgsaussicht möglicher Leistungen zur Teilhabe informieren.
- Die politische Bedeutung von Erhalt und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit wird durch aktuelle politische Anstrengungen, wie der Demografiestrategie der Bundesregierung „Jedes Alter zählt“, die Anfang des Jahres 2012 ins Leben gerufen wurde, und dem erneuten Versuch der Beschlussfindung eines Gesundheitsförderungs- und Präventionsstärkungsgesetzes unterstrichen.
- In der Theorie sind die Aufgabenbereiche der einzelnen Akteure somit entweder wissenschaftlich fundiert, gesetzlich festgeschrieben oder politisch gefordert. Die Praxis weist laut Aussagen involvierter Experten dennoch arbeitnehmerbezogene, betriebliche, versorgungssystembezogene oder sozialversicherungsbezogene Schwachstellen und Verbesserungspotenziale auf.
- Auf Seiten der Arbeitnehmer herrscht insbesondere das Problem der mangelnden Selbstverantwortung, Motivation und Mitwirkung an Maßnahmen zur Arbeitsfähigkeitserhaltung. Daher werden bei Präventionsangeboten im betrieblichen Setting häufig nicht die

Mitarbeitergruppen mit dem höchsten Bedarf erreicht, sondern eher diejenigen, die sich ohnehin für ihre Gesundheit engagieren. Die Unkenntnisse der Arbeitnehmer bzgl. der Leistungen, die den einzelnen Versicherten von betrieblicher Seite und von den Sozialversicherungen angeboten werden, führen überdies dazu, dass die Leistungsanspruchnahme vielfach zu spät erfolgt, um die Arbeitsfähigkeit noch nachhaltig zu erhalten. Im Gegensatz dazu könnte für besonders informierte (chronisch) kranke Arbeitnehmer eine fehlgeleitete ökonomische Anreizwirkung aus den im gesetzlichen Rahmen festgelegten Ausgleichsentgelten im Falle der stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 SGB V entstehen. Das Krankengeld der GKV, das man erhält, wenn man mit der stufenweise Wiedereingliederung im direkten Anschluss an die Arbeitsunfähigkeit oder erst mind. fünf Wochen nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation beginnt, fällt nämlich höher aus als das Übergangsgeld der GRV, das einem Versicherten zusteht, dessen Wiedereingliederung unmittelbar nach Rehabilitationsende erfolgt. Bei dieser gesetzlichen Regelung besteht folglich zurzeit das Problem, dass mehr gezahlt wird, umso später die Wiedereingliederung nach der Rehabilitation stattfindet oder gänzlich auf eine Rehabilitation verzichtet wird. Dies widerspricht eindeutig dem arbeitswissenschaftlichen Grundsatz, möglichst früh mit Wiedereingliederungsmaßnahmen zu beginnen und unterstützt zudem die Kritik an der gänzlich zu langen gesetzlich festgelegten 6-Wochen-Frist, nach der ein arbeitsunfähiger Arbeitnehmer überhaupt erst in die stufenweise Wiedereingliederung kommen kann. Aus diesen Schwachstellen ergeben sich zum einen die Forderungen nach einer Prüfung des § 74 SGB V und Angleichung von Kranken- und Übergangsgeld sowie zum anderen nach verstärkter Unterstützung der (chronisch) kranken Arbeitnehmer durch Sozialversicherungen, Arbeitgeber und Betriebsarzt bei Bewusstseinsbildung, Befähigung zum gesundheitsgerechten Umgang mit ihrer Arbeitssituation, Information über Leistungsansprüche und entsprechender Antragsstellung.

- Das Hauptproblem auf betrieblicher Ebene stellt die nach wie vor unzureichende Verbreitung eines systematischen BGMs dar. Dies betrifft insb. klein- und mittelständische Unternehmen (KMUs), denen oftmals schon das Wissen hinsichtlich der konkreten Folgen der demografischen Entwicklung für die Arbeitsfähigkeit ihrer Belegschaften fehlt und die weder BGM-Strukturen vorhalten noch in Bezug auf die strukturierte Umsetzung eines BEM ihrer rechtlichen Verpflichtung nachkommen. Generell besteht in den Betrieben sowohl bei Arbeitnehmern als auch bei Arbeitgebern trotz politischer Aufklärungsarbeit noch zu wenig Transparenz über die Angebote, die im betrieblichen Setting in Zusammenhang mit der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Rehabilitation von den unterschiedlichen Akteuren offeriert werden. Auf Grund dieser Wissensdefizite wird die Möglichkeit zur Einbeziehung der Sozialversicherungsträger auch nicht durchgängig genutzt, die in vielen Fällen, beispielsweise auch durch deren spezifische Unterstützung im Krankheitsfall, die Ausgliederung des betroffenen

Arbeitnehmers hätten vermeiden können. Zudem existieren in Unternehmen vielfach auch Defizite einer alters- und gesundheitsgerechten Führungs- und Unternehmenskultur, die oft mangelndes Verständnis für gesundheitliche Belange oder für leistungseingeschränkte Kollegen und deren Inklusion zur Folge haben. Demzufolge ist es besonders wichtig, in den Betrieben ein größeres Bewusstsein für die Arbeitsfähigkeitsproblematik und die Inklusion zu schaffen. Chronisch Kranke dürfen nicht prinzipiell als weniger leistungsfähig eingeschätzt werden. Vielmehr sollten Arbeitgebern die vielfältigen Unterstützungsleistungen außerbetrieblicher Funktionsbereiche beim Erhalt der Arbeitsfähigkeit dieser wichtigen Leistungsträger zur Kenntnis gebracht werden. Im Hinblick auf notwendig gewordene Wiedereingliederung erscheint zudem eine durchgängige Verfügbarkeit von BEM-Strukturen unumgänglich, die gegenwärtig trotz klarer rechtlicher Vorgaben in der Unternehmenspraxis nicht besteht. In diesem Kontext sollten auch die Sozialversicherungen noch stärker in die Verantwortung genommen werden.

- Als wesentliche versorgungssystembezogene Schwachstellen mit Konsequenzen für die innerbetriebliche Arbeitsfähigkeit, die insb. chronisch Kranke betreffen, werden zum einen die mangelnde präventive Versorgungsausrichtung und zum anderen die nicht flüssige Koordination und kurzfristige Überleitung zwischen den verschiedenen Behandlungsbereichen genannt. Durch nicht hinreichend geklärte Abstimmung der Zuständigkeiten treten insbesondere zwischen Diagnosestellung und arbeitsfähigkeitserhaltenden Maßnahmen Verzögerungen auf, die häufig zur Verschlechterung der Krankheitslast führen. Allgemein wird von den Leistungserbringern der Aspekt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu wenig in den Vordergrund gestellt. Für niedergelassene Ärzte stellt die frühzeitige Reintegration eines erkrankten Arbeitnehmers in das bisherige berufliche Umfeld eher ein sekundäres Zielkriterium dar. Hinsichtlich der Inklusion von Arbeitnehmern sind die Leistungserbringer einerseits zu wenig geschult, andererseits sind die gegenwärtigen finanziellen Rahmenbedingungen nicht dahingehend ausgestaltet, dass sich dieser Zusatzaufwand für den Leistungserbringer lohnen würde. Daher wird aus der Praxis gefordert, diesen Aspekt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit neben der individuellen Gesundheit der Versicherten im gemeinschaftlich finanzierten Gesundheitssystem verstärkt zu betonen und überdies eine Basis für Kommunikation und Koordination zwischen dem niedergelassenen Versorgungssektor und den Betrieben – ggf. über die Schnittstelle des Betriebsarztes oder über einen speziellen Case Manager – zu schaffen.
- Im Hinblick auf sozialversicherungsbezogene Schnittstellenprobleme wird in der Praxis einvernehmlich die Zersplitterung der Sozialversicherungslandschaft, die für die Betriebe einerseits mit einer Vielzahl an verschiedenen Ansprechpartnern bei unterschiedlichen Sozialversicherungen und andererseits mit heterogenen Bewilligungspraktiken bei Anträgen einhergeht, als zentrales Problem angesehen. Hinsichtlich des Kooperationsverhaltens der Sozialversicherungsträger wird überdies bemängelt, dass zu wenig aufeinander zugegangen wird,

wenn dazu keine gesetzliche Verpflichtung besteht. In diesem Zusammenhang wird mitunter die Meinung vertreten, dass die Interessen der Sozialversicherungsträger, die als Beteiligte die relevanten Leistungen finanzieren, trotz diverser Kooperationsinitiativen häufig noch in der Erfüllung des einzelnen Versorgungsauftrags liegen. Mit Blick auf die rechtlichen Grundlagen kommt es aus Expertensicht bei den Trägern häufig zu einem Kastendenken, d. h. zu der prinzipiellen Frage „fällt dies überhaupt in meine Zuständigkeit oder nicht“. Darüber hinaus geht mit der Wiedereingliederung chronisch Kranker zudem ein Schnittstellenproblem im Hinblick auf die Abkopplung des Rehabilitationsprozesses vom betrieblichen Kontext einher, woraus die eindeutige Forderung nach verstärkter Koordination von medizinischer Versorgung, Rehabilitation und betriebsärztlichen Dienst resultiert. Generell wird dem Betriebsarzt als unterstützende und koordinierende innerbetriebliche Instanz aus Expertensicht das Potenzial zugesprochen, durch Ausweitung seines Leistungsspektrums und breitere Auslegung seiner Rolle, im Wesentlichen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit beizutragen. Eine Funktionsstärkung des Betriebsarztes ist folglich auch im Referentenentwurf zum Gesundheitsförderungs- und Präventionsstärkungsgesetz vorgesehen. Hinsichtlich des vorhandenen Handlungsrahmens äußern die Experten weiterführend einerseits die Forderung, dass die Politik adäquatere Bedingungen setzt, unter denen die Koordination der Leistungen der Sozialversicherungsträger verbessert werden kann (bspw. im Hinblick auf eine Angleichung der Ausgleichsentgelte im Falle einer stufenweisen Wiedereingliederung), andererseits betrachten andere Akteure die gesetzlichen Rahmenbedingungen bereits als ausreichend. Einigkeit besteht auf jeden Fall dahingehend, dass der vorhandene Handlungsspielraum von den am Prozess beteiligten inner- und außerbetrieblichen Akteuren besser genutzt werden muss.

- Die Politik ist folglich dazu angehalten, durch weitere Anstrengungen zur Sensibilisierung der Beteiligten für vorliegende demografiebedingte Herausforderungen, zur Verbesserung der Koordination bereits vorhandener Strukturen sowie zur erhöhten Transparenz der Unterstützungsangebote beizutragen.

I. Hintergrund der Untersuchung

Die Erwerbsgesellschaft der Zukunft wird eine andere sein als in der Vergangenheit und Gegenwart. Es vollzieht sich ein demografischer Wandel, mit dessen Folgen und Herausforderungen sich Experten aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft seit einigen Jahren beschäftigen. Insgesamt wird sich die Bevölkerung in Deutschland reduzieren und altern. Die Anzahl der Erwerbsfähigen 20-64-jährigen wird bis 2030 um über 6 Millionen sinken, während die Anzahl der Rentenfähigen über 65-jährigen um mehr als 5 Millionen zunehmen wird. Für die Arbeitswelt zeichnet sich ab, dass viele

Personen der geburtenstarken Jahrgänge bis zum Jahr 2030 in den Ruhestand gehen. Es wird nicht möglich sein, diesen Abgang ausschließlich durch junge Nachwuchskräfte auszugleichen, denn es ist mit einer erheblichen Verringerung des Potenzials an Erwerbspersonen zu rechnen. Bevölkerungswissenschaftler weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die beschriebene Veränderung der Altersstruktur der in Deutschland lebenden Erwerbsbevölkerung kurz- bis mittelfristig nicht beeinflussbar ist.

Parallel zu dieser Entwicklung geht mit dem zunehmenden Alter der Erwerbspersonen auch die Zunahme chronisch kranker Arbeitnehmer einher. Der Umgang mit chronisch Kranken und dem Erhalt bzw. der Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit sowohl im gewohnten Arbeitsumfeld als auch auf dem gesamten Arbeitsmarkt stellt die Arbeitgeber, die Sozialversicherungsträger und die Politik vor gleichsam schwere Herausforderungen.

Parallel dazu haben die Internationalisierung, Vernetzung und Digitalisierung in Wirtschaft und Gesellschaft die Arbeitswelt in den vergangenen Jahren grundlegend verändert. Merkmale wie Flexibilität, Mobilität, Informationsüberflutung, Arbeitsverdichtung, Zeitdruck, Verschmelzung von Arbeit, Freizeit und Familie bei wachsender Komplexität von Aufgaben und Entscheidungszwängen prägen die heutigen Arbeitsstrukturen. Neue Informations- und Kommunikationstechnologien, die Bedeutung von Wissen insgesamt sowie die Notwendigkeit von lebenslangem Lernen stellen zunehmend höhere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten.

Sowohl in Bezug auf die Veränderungen in der Zusammensetzung der Bevölkerung als auch in Bezug auf die neuen Arbeitssituationen und den Gesundheitszustand der Erwerbspersonen sind politische, administrative und technische Anpassungen erforderlich, um die Wettbewerbsfähigkeit von Deutschland und den gesellschaftlichen Wohlstand zu sichern. Dabei geht es vor allem darum, die aus den Veränderungen resultierenden Belastungen gerecht auf alle Generationen zu verteilen. Das Erwerbspersonenpotenzial muss sich durch eine höhere Beteiligung Älterer auszeichnen. Darüber hinaus kann ein Höchstmaß an Produktivität mit vermehrt älteren Beschäftigten nur erreicht werden, wenn Unternehmen, Sozialpartner und Politik Rahmenbedingungen gestalten, die altersgerechtes Arbeiten ermöglichen. Ziel sollte es sein, die Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung in den Betrieben auf die spezifischen Fähigkeiten und Kompetenzen, aber auch auf die gesundheitliche Situation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auszurichten und somit eine Grundlage zur Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von älteren Erwerbspersonen zu schaffen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwiefern der Unterstützung von (chronisch) kranken Arbeitnehmern im Alter im betrieblichen Setting Rechnung getragen wird bzw. wie im Falle der

Arbeitsunfähigkeit von (chronisch) Kranken die Kooperation an der Schnittstelle zwischen innerbetrieblichen und außerbetrieblichen Funktionsbereichen funktioniert und in der Praxis zur erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung der Patienten beitragen kann.

In vorliegender durch AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG finanziell unterstützter Untersuchung werden die Determinanten von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit im Zusammenhang mit der zunehmend alternden Erwerbsbevölkerung dargestellt und die entsprechenden Handlungsfelder diskutiert. Die Komplexität des Themas weist dabei auf die Notwendigkeit von Kooperation und Integration unterschiedlicher inner- und außerbetrieblicher Akteure hin. So sind einerseits betriebsinterne Strukturen und Funktionsbereiche im Umgang mit älteren und (chronisch) kranken Arbeitnehmern zu schaffen. Andererseits bedürfen die Unternehmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit auch der Unterstützung durch außerbetriebliche Funktionsbereiche auf der Basis ordnungspolitischer und gesetzlicher Rahmenbedingungen. Die Realisierung der Unterstützungsleistungen in der Praxis sowie die Schwachstellen in der Umsetzung und dementsprechende Verbesserungsvorschläge werden anhand der Ergebnisse aus Experteninterviews vorgestellt. Die Meinungen, Erfahrungen und Ausblicke der ausgesuchten Experten zeigen zudem einige Anregungen für Verbesserungen bzgl. der zukünftigen Gestaltung einer demografiefesten Unternehmens- und Gesellschaftspolitik auf.

Alle Themen, die in Zusammenhang mit Leistungsansprüchen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die aufgrund einer vom Versorgungsamt festgestellten Behinderung einer chronisch kranken Erwerbsperson entstehen, sowie Schwachstellen und Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die außerbetriebliche medizinische Versorgung von chronisch Kranken bleiben in dieser Untersuchung (nahezu) unberücksichtigt.

2. Ältere Arbeitnehmer und chronische Erkrankungen als Herausforderungen des demografischen Wandels

Der eingangs aufgezeigte demografische Wandel geht für die Unternehmen mit zwei wesentlichen Folgen einher. Dies sind zum einen das gestiegene Durchschnittsalter und zum anderen die Zunahme der (chronischen) Erkrankungen ihrer Mitarbeiter.

2.1 Der Begriff des ‚älteren Arbeitnehmers‘

In der Literatur besteht Uneinigkeit bzgl. der Definition, ab welchem Lebensjahr ein Arbeitnehmer als ‚älter‘ bezeichnet wird. Weder juristisch noch wissenschaftlich und auch nicht allgemeingültig werden ältere Arbeitnehmer genau bestimmt. Vielmehr legen gesellschaftliche Strukturen, vorherrschende

Deutungsmuster, sozioökonomische Bedingungen und Zeitgeist fest, wer zu den Älteren und Alten gehört. Einigkeit besteht hinsichtlich der Auffassung, dass die Zuordnung zu Altersgruppen aufgrund des kalendarischen bzw. chronologischen Alters unzureichend ist.

Vielmehr belegen wissenschaftliche Studien, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem kalendarischen Alter und der Arbeitsfähigkeit gibt. Daher darf alt auch nicht gleichgesetzt werden mit arbeitsunfähig oder leistungseingeschränkt. Es ist mittlerweile erwiesen, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Faktoren wie der schulischen und beruflichen Ausbildung, dem beruflichen Status, der gesundheitlichen, physischen und psychischen Konstitution, der Branchenzugehörigkeit, dem Geschlecht, der Lebenssituation, der ausgeübten Tätigkeit und den damit verbundenen Tätigkeitsanforderungen abhängt. Unter der Voraussetzung, dass eine Person in ihrem Lebenslauf offen für neue Erfahrungen und Wissensinhalte ist und auch die Möglichkeit gehabt hat, neue Erfahrungen zu machen und neue Wissensinhalte zu erwerben, geht das ‚Alter‘ mit einem Mehr und einer höheren Reichhaltigkeit an Erfahrungen und Wissen einher.

Die den Älteren unterstellten Schwächen und Defizite in der Leistungsbereitschaft und Innovationsfähigkeit haben ihren Ursprung im so genannten Defizitmodell des Alterns, das jedoch mittlerweile hinreichend wissenschaftlich widerlegt ist. Vielmehr resultieren Leistungsprobleme älterer Arbeitnehmer im Allgemeinen nicht als Folge altersbedingter Abbauvorgänge, sondern als Ergebnis grundlegender Schwächen in der Arbeits- und Organisationsgestaltung. Somit bleibt festzuhalten, dass Unterschiede in der Leistungsfähigkeit innerhalb einer Gruppe größer sind als Leistungsunterschiede zwischen den Altersgruppen und Altern ein sehr individueller und mehrdimensionaler Prozess ist, der von den auf den Menschen einwirkenden Faktoren im Berufs- und Privatleben beeinflusst wird.

2.2 Zusammenhang zwischen Alter und Krankheitsgeschehen

Die Betrachtung des Krankheitsgeschehens im Altersverlauf macht deutlich, dass bei älteren Arbeitnehmern die Krankheitshäufigkeit geringer ausfällt als bei jüngeren Beschäftigten. Die Dauer der resultierenden Arbeitsunfähigkeit (AU) ist jedoch mit steigendem Alter verlängert. Grund dafür ist zum einen, dass mit höherem Alter auch die Gefahr des gleichzeitigen Bestehens mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) steigt. Zum anderen verändert sich mit dem Alter auch das Krankheitsspektrum. Bei sehr jungen Arbeitnehmern (zwischen 15 und 19 Jahren) sind häufig Atemwegserkrankungen und Verletzungen zu verzeichnen (23,7 % bzw. 21,3 %). Ältere Beschäftigte sind hingegen am häufigsten von Muskel-/Skelett- oder Herz-/Kreislaufkrankungen betroffen, die mit vergleichsweise längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten und Chronifizierung verbunden sind. So führen bspw. Muskel- und Skeletterkrankungen bei der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen zu mehr als einem Viertel der Ausfalltage. Herz- und Kreislaufkrankungen verursachen wiederum ca. 11,4 % der

Ausfallzeiten. Im Vergleich dazu resultieren in der Gruppe der 15- bis 19-jährigen lediglich 9,4 % der Ausfallzeiten aus Muskel-Skeletterkrankungen und 1,5 % aus Herz- und Kreislauferkrankungen.¹

Dieses Bild spiegelt sich auch in den Ergebnissen des Gesundheitsreports der BKK wider. Bei den Muskel-/Skelett-Erkrankungen sind die meisten AU-Fälle in der Altersklasse zwischen 55 und 59 Jahren zu registrieren. Das Gleiche gilt für die Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie für psychische Störungen. Zu den in Deutschland am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensstörungen zählen v. a. Angststörungen, affektive Störungen (hier v. a. Depressionen) sowie Substanzstörungen (hier v. a. alkoholbedingt). Insgesamt ist für alle Erkrankungen (siehe nachfolgende Abbildung) eine Abnahme der AU-Fälle in den obersten Altersklassen feststellbar.²

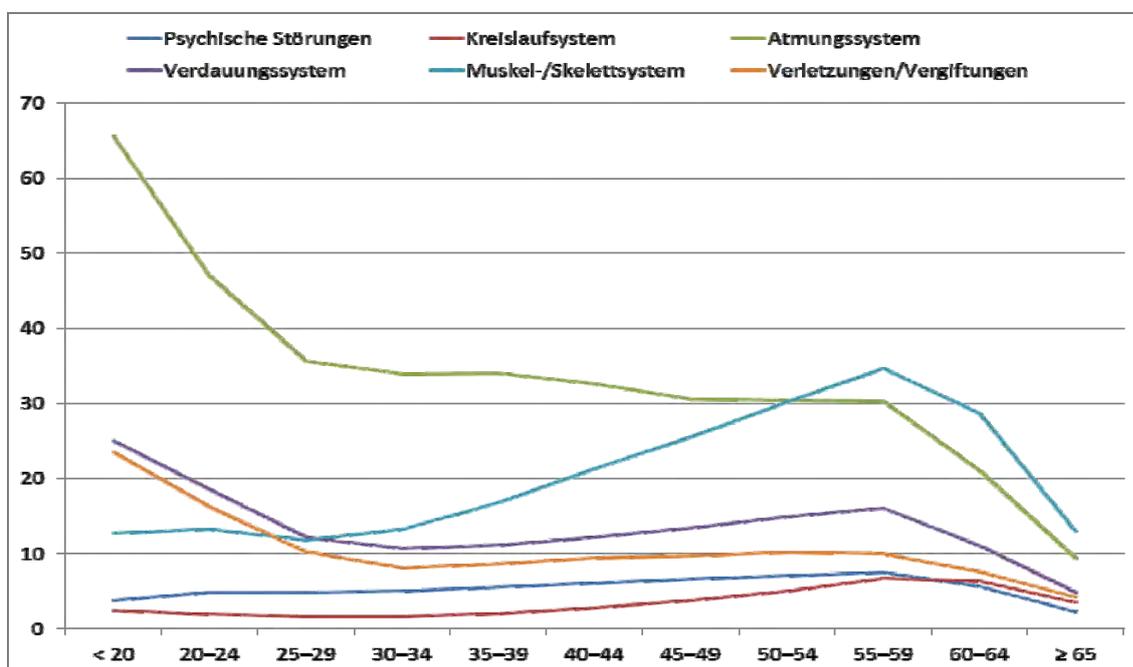


Abb. 1 Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)/ je 100 Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2011

Die höchsten Kosten im Alter gehen laut dem statistischen Bundesamt mit Herz-/Kreislauf-Erkrankungen einher. Mit 26,3 Milliarden Euro verursachten sie im Jahr 2008 rund ein Fünftel (21 %) der gesamten Krankheitskosten ab 65 Jahren. Für die gleiche Altersgruppe wurden durch Muskel-/Skelett-Erkrankungen Kosten in Höhe von 14,4 Milliarden Euro (12 %) und durch psychische und Verhaltensstörungen in Höhe von 13,6 Milliarden Euro (11 %) verursacht.³

¹ Datenbasis sind die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen der mehr als 10 Millionen erwerbstätigen AOK-Mitglieder in Deutschland aus dem Jahr 2011; Vgl. Meyer et al. (2011), in: Fehlzeiten-Report 2012, S. 292 f.

² Datenbasis sind die gesundheitlichen Befunde der 12 Millionen BKK Versicherten, die einen Anteil von 17 Prozent an der gesetzlichen Krankenversicherung und ca. 20 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland ausmachen; Vgl. BKK Bundesverband (2012), S. 93.

³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012), S. 4.

Neben den in den Gesundheitsberichten der Bundesverbände der Krankenkassen identifizierten Krankheiten spielen auch Krebserkrankungen bzw. -Neubildungen eine wesentliche Rolle bei Arbeitsunfähigkeit und zudem bei Frühberentungen.⁴

Auch das Verhalten im Erwerbsalter kann Einfluss auf die Gesundheit haben. So erhöhen z. B. Rauchen, Bewegungsmangel oder Adipositas das Erkrankungsrisiko. Bewegungsmangel kann dabei Herz-/Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Mellitus Typ II, Osteoporose, Rückenschmerzen, bestimmte Krebserkrankungen oder psychische Störungen begünstigen.

2.3 Die Entwicklung chronischer Erkrankungen

Im Gegensatz zu einer akuten (plötzlichen) Erkrankung versteht man unter einer chronischen Erkrankung einen länger andauernden und schwer heilbaren Krankheitsverlauf. Im medizinischen Sprachgebrauch verläuft eine Krankheit chronisch, wenn sie langsam fortschreitet und sich verschlimmert oder der gesundheitliche Zustand eines Patienten auf pathologischem Niveau über einen längeren Zeitraum stabil bleibt. Durch den demografischen Wandel zeichnet sich in allen Industrienationen eine kontinuierliche Zunahme an chronischen Erkrankungen ab. Sie dominieren zunehmend die Krankheitslast der Bevölkerung sowie den medizinischen Versorgungsbedarf innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bereits im Jahr 2000 waren ca. 46% aller Erkrankungen chronisch und bis zum Jahr 2020 wird ein Anstieg des Anteils chronischer Krankheiten an der Gesamtmorbidität auf 60% erwartet.⁵

Die Deutsche Stiftung für chronisch Kranke schätzt, dass mehr als ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland an einer oder an mehreren chronischen Erkrankungen leidet und die Zahl der Betroffenen stetig zunimmt. Für die Patienten bedeutet dies eine oft lebenslange Auseinandersetzung mit der Krankheit und mit einem breiten Spektrum an Bewältigungsstrategien. Die Belastungen sind je nach Komplexität und individueller Ausprägung sehr vielfältig und auch die medizinischen Leistungserbringer stehen vor der Herausforderung, die oftmals stark arbeitsteilige Versorgung der Patienten zu bewältigen. Die Stiftung weist insbesondere auf die Wichtigkeit hin, die medizinische Versorgung durch die Förderung von fach- und sektorübergreifenden Behandlungsansätzen zu verbessern, die Forschung in diesem Bereich voranzutreiben und den betroffenen Menschen dabei zu helfen, so gut und so lange wie möglich mit ihrer Erkrankung zu leben und sie in ihren Kompetenzen im Umgang mit der Krankheit zu stärken.

⁴ Vgl. Lampert et al. (2010), S. 70.

⁵ Vgl. Gensichen et al. 2006

Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin vermutet, dass nahezu jeder zweite deutsche Arbeitnehmer chronisch krank ist. Andere Schätzungen gehen von weniger Betroffenen aus, doch auch die Gesetzlichen Krankenversicherungen nehmen auf Basis von Befragungen an, dass rund ein Drittel der Erwerbstätigen dauerhaft krank ist. So leiden beispielsweise bundesweit weit mehr als zwei Millionen Beschäftigte an Diabetes. Und der Anteil soll weiter steigen, so dass im Jahr 2020 rund 2,8 Millionen an Diabetes leiden werden.

2.4 Chronisch Kranke im Erwerbsleben

Die beruflichen Anforderungen und Belastungen, eine erfolgreiche Arbeitsmarktintegration, soziale Teilhabe und die Einkommenssituation beeinflussen nachhaltig das Risiko zu erkranken und stellen gleichzeitig Chancen für Gesundheit dar. Gesundheit gilt somit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In Bezug auf die Bedeutung der genannten Einflussfaktoren muss die individuelle Fähigkeit und Bereitschaft, Verantwortung für gesundheitsrelevantes Verhalten zu übernehmen, besonders im Lebensbereich „Betrieb“ gefördert werden. Parallel dazu stellt die zunehmende Überalterung der Gesellschaft bei gleichzeitigem Anstieg chronischer Krankheitsbilder enorme Anforderungen an den Betrieb und deren Beschäftigte. Denn besonders in der Altersgruppe der 50 bis 65-Jährigen steigen die Indikationen für chronische Erkrankungen signifikant.

Der Anstieg chronischer Erkrankungen zeigt, dass es volkswirtschaftlich unabdingbar ist, betroffene Menschen in das Arbeitsleben zu integrieren. Für die Psyche und den Krankheitsverlauf der jeweiligen Person ist es zudem wichtig, an Arbeitsprozessen teilzunehmen und „gebraucht zu werden“. Arbeit ist ein wichtiger gesundheitsfördernder Faktor, der Vereinsamung und Isolation vorbeugen kann. Sie strukturiert den Alltag und wird vor allem auch für chronisch Kranke als wichtig angesehen. Wenngleich chronisch Kranken oft eine verminderte Leistungsfähigkeit, eine erhöhte Fehlzeitenquote und vorzeitige Berufsaufgabe unterstellt wird, steht eine chronische Erkrankung nicht im Widerspruch zu einem produktiven Erwerbsleben. Entscheidend ist eine individuelle Beurteilung der vorhandenen Fähigkeiten und der beruflichen Anforderungen. Sind Fähigkeiten und Anforderungen aufeinander abgestimmt, ist die Leistungsfähigkeit von betroffenen Personen, wenn keine Komplikationen vorliegen, nicht eingeschränkt.

Denn hinter dem Begriff „Chronische Krankheit“ verbergen sich vielfältige Krankheitsbilder mit sehr unterschiedlichen Auswirkungen. Nicht jede chronische Erkrankung hat Folgen für den Beruf, nicht jede führt gleich zu einer (Schwer-)Behinderung. Jedes Krankheitsbild beeinflusst den Alltag der Betroffenen auf jeweils individuelle Weise. Die Tatsache, dass sich chronisch Kranke in ihrem Leben vielen Herausforderungen stellen und diese bewältigen müssen, macht sie zu besonders wertvollen Mitarbeitern, denn das „Sich-Durchbeißen-Müssen“ ist eine Qualität, die chronisch Kranke Menschen auszeichnet.

In deutschen Unternehmen werden chronisch Erkrankte jedoch häufig noch als Fremdkörper behandelt. Menschen mit schwächerer Konstitution, Einschränkungen und erst Recht dauerhaft Kranke haben in den Organisationsvorstellungen oftmals keinen Raum. Unternehmen können selten auf Schonarbeitsplätze zurückgreifen, da diese aus Kostengründen zumeist abgeschafft wurden. Chronisch kranke Arbeitnehmer sind stattdessen häufig von krankheitsbedingten Kündigungen und teilweise auch von unangemessen geführten „Krankenrückkehrgesprächen“ betroffen.

Daher sieht die Situation in der Praxis häufig so aus, dass Betroffene aus Sorge wegen Repressalien ihren Gesundheitszustand vertuschen. Oftmals „reißen sie sich zusammen“ und nehmen aus Angst vor Diskriminierung eher in Kauf, dass sie aufgrund der Einnahme von Medikamenten ausgelaugt und unkonzentriert sind. Dieses Verhalten der chronisch Kranken wird auch durch die Tatsache begründet, dass Kündigung und chronische Erkrankungen durchaus etwas miteinander zu tun haben können. Gerechtfertigt ist eine Kündigung jedoch nur dann, wenn krankheitsbedingte Ausfälle erheblich sind, d. h. bei einem längeren Arbeitsverhältnis müssen die häufigen Fehlzeiten über Jahre auftreten und auf jeden Fall sechs Wochen im Jahr übersteigen. Daher ist das Verschweigen der Erkrankung durchaus legitim, denn eine Mitteilungspflicht besteht nur, wenn der Arbeitnehmer wegen der Schwere der Erkrankung dauerhaft die Arbeitsleistung nicht erbringen kann oder wenn die Krankheit andere Arbeitnehmer, den Betriebsablauf oder Dritte konkret gefährdet.

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang eine offene Kommunikation über die persönliche gesundheitliche Situation im Arbeitsumfeld. Nur so kann der Betroffene mit Verständnis rechnen und Unterstützung von den Kollegen erwarten. Vor allem aber wird dem Arbeitgeber dadurch ermöglicht, rechtzeitig sekundärpräventive Maßnahmen zur Erhaltung des Gesundheitszustandes umzusetzen. Voraussetzung hierfür ist eine entsprechende Unternehmenskultur, die einen offenen Umgang mit Erkrankungen von Beschäftigten pflegt. Viele Personalverantwortliche achten nach wie vor auf die Fehlzeitenstatistik, anstatt präventiv und offensiv die Gesundheit der Belegschaft zu fördern. Die Folge eines solchen Verhaltens ist oftmals, dass Beschäftigte trotz starker Beeinträchtigungen zur Arbeit gehen („Präsentismus“) und aufgrund niedriger Produktivität und Qualitätseinbußen höhere Kosten verursachen, als wenn sie zuhause geblieben wären.

Eine Studie der Bertelsmann Stiftung kommt zu dem Schluss, dass die Volkswirtschaft Deutschlands im Jahr 2012 bis zu 20 Milliarden Euro zusätzlich hätte erwirtschaften können, wenn chronisch kranke Arbeitnehmer bei der Bewältigung und Behandlung ihrer Krankheit besser unterstützt würden. Wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Therapietreue und des Behandlungserfolgs, die an den Lebensumständen und dem Verhalten der Betroffenen ansetzen, vermeiden Produktionsausfälle. So liegen bspw. die Produktionseinbußen durch wiederholte Fehlzeiten und

Arbeitsunfähigkeit wegen der (chronischen) Erkrankungen Rückenschmerzen und Depression bei bis zu 21 bzw. 26 Mrd. Euro jährlich.⁶

Ziel muss es sein, sich nicht auf die Defizite eines Beschäftigten zu konzentrieren, sondern die vorhandenen Fähigkeiten trotz (chronischer) Erkrankung zu erkennen und zu nutzen. Das Konzept der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit beschreibt Ansätze und Gestaltungsfelder, wie diese Aufgaben in der Praxis gelöst werden können und somit zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit beigetragen werden kann.

3. Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

Zum besseren Verständnis der Determinanten und der im Prozess der Erhaltung und Wiederherstellung positiv zu beeinflussenden Faktoren werden zunächst die Begriffe der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit näher erläutert.

3.1 Arbeitsfähigkeit

Der Begriff der Arbeitsfähigkeit unterscheidet sich von der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit einer Person wird von den Arbeitsanforderungen bestimmt, die wiederum an diese gestellt sind und ist definiert als das „Potenzial eines Menschen [...] eine gegebene Aufgabe zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen“. Dabei ist entscheidend, die Entwicklung der individuellen funktionellen Kapazität mit den Arbeitsanforderungen ins Verhältnis zu setzen. Da beide Größen sich stetig verändern, ist es Aufgabe eines Unternehmens, die Arbeit alters- und altersadäquat zu gestalten.

Zur Operationalisierung des Verhältnisses ergab eine Langzeituntersuchung in Finnland, bei der über 6000 Personen während ihres Erwerbslebens beobachtet und z.T. gefördert wurden, das Haus der Arbeitsfähigkeit (siehe nachfolgende Abbildung). Es fasst die die Arbeitsfähigkeit bestimmenden Faktoren sinnbildlich unter einem Dach zusammen und macht bestehende Zusammenhänge zwischen den einzelnen Aspekten deutlich.

⁶ http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten_112914.html



Abb. 2: Haus der Arbeitsfähigkeit

Die grundlegende Basis des Hauses – aufbauend auf gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen – bildet der **erste Stock**, der die Gesundheit beinhaltet. Veränderungen in der Leistungsfähigkeit (Der Begriff der Leistungsfähigkeit bleibt im Vergleich zu dem der Arbeitsfähigkeit stark auf abstrakte, d.h. von der konkreten Arbeitssituation losgelöst betrachtete menschliche Eigenschaften, auf Grundfähigkeiten (wie z.B. Geschlecht, Konstitution, Gesundheit und Alter) sowie auf erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten und somit auf das Individuum an sich bezogen)

und der Gesundheit wirken unmittelbar auf die Arbeitsfähigkeit. Einschränkungen in der Gesundheit und Leistungsfähigkeit bedrohen die Arbeitsfähigkeit. Im Umkehrschluss bieten die Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit Möglichkeiten zur Unterstützung der Arbeitsfähigkeit. Eine gute Arbeitsfähigkeit kann somit ohne das Vorhandensein von Gesundheit nicht gegeben sein.

Der **zweite Stock** beherbergt die Kompetenzen eines Menschen. Es handelt sich dabei um Wissen und Fertigkeiten. Hierunter fallen fachliche Qualifikationen als auch Schlüsselkompetenzen. Eine andere mögliche Einteilung ist die in Fertigkeiten und Fähigkeiten. Unter Fertigkeiten versteht man die Anteile des eigenen Könnens, die schon ausgebildet sind. Als Fähigkeiten werden wiederum die Anteile beschrieben, die noch nicht erlernt, aber prinzipiell erlernbar sind. Mit den angeeigneten vielfältigen Qualifikationen begegnet man den beruflichen Herausforderungen. Im sich fortlaufend verändernden Arbeitsalltag wird das lebenslange Weiterlernen dabei immer wichtiger.

Im **dritten Stock** finden sich Werte. Es wird hierbei zwischen Einstellungen und Motivationen unterschieden. Einstellungen prägen unser gesamtes Verhalten und beeinflussen auch, welche Dinge uns motivieren. Für eine gute Arbeitsfähigkeit ist es wichtig, dass die eigenen Einstellungen und Motivationen im Einklang mit der eigenen Arbeit stehen.

Im **vierten und letzten Stock** sind alle Aspekte der Arbeit (physische und psychische) zusammengefasst, ergänzt um Faktoren der Arbeitsgestaltung, des Managements, der Führung und Organisation. In diesem Stockwerk tragen die Vorgesetzten eine große Verantwortung. Sie sind in erster Linie für eine gute Arbeitsgestaltung verantwortlich und haben in ihrer Position auch die Möglichkeit, diese durchzusetzen. Gleichzeitig kann eine gute Arbeitsfähigkeit nur entstehen, wenn Vorgesetzte und Mitarbeiter konstruktiv zusammenarbeiten. Keiner von ihnen kann alleine eine gute Arbeitsfähigkeit bewirken. Neben den Vorgesetzten wirken auch Kollegen, im besten Falle unterstützend und fördernd, auf die eigene Arbeitsfähigkeit.

Eine Begriffsdifferenzierung zwischen Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit wird vor allem im Zuge der Auswirkungen des demographischen Wandels und im Hinblick auf alternde Belegschaften notwendig. Denn es geht nicht mehr darum, ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mehrheitlich in den vorzeitigen Ruhestand „zu begleiten“, sondern ihre spezifische Leistungsfähigkeit zu erkennen und die Arbeit alters- und altersgerecht zu gestalten.

Die Betrachtung des Zusammenwirkens von Menschen, individuellen Ressourcen und Arbeitsanforderungen zeigt, dass der Einsatz von Mitarbeiterressourcen maßgeblich von Arbeitsinhalten, der Gemeinschaft der Beschäftigten und von der Arbeitsumwelt abhängig ist. Dabei können auch optimale Außenbedingungen keinen Ausgleich schaffen, wenn der Mitarbeiter über keine entsprechenden Ressourcen verfügt. Die ausschließliche Bewertung der Arbeitsfähigkeit nach dem Erfüllungsgrad der zu bewältigenden Arbeitsaufgabe ist dabei nicht ausreichend. Vielmehr ist die Arbeitsfähigkeit ein Resultat dynamischer Prozesse, die durch permanente interaktive Feedbackprozesse gekennzeichnet sind und sowohl die Lebensgewohnheiten, die Arbeitsplatzbedingungen, die Gesundheit als auch die Persönlichkeit zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit einbeziehen.

3.2 Beschäftigungsfähigkeit

Der Begriff der Beschäftigungsfähigkeit steht in einem engen Zusammenhang zum Begriff der Arbeitsfähigkeit. Beschäftigungsfähigkeit ist die andauernde Arbeitsfähigkeit, die sich in sich verändernden Arbeitsmärkten und somit in immer wieder verschiedenen Person-Situation-Konstellationen beweist. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Dynamik und Flexibilisierung der Arbeitswelt, ist die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten demzufolge nicht nur im Zusammenhang mit

bestehenden oder zukünftigen Arbeitszuschnitten innerhalb eines Unternehmens, sondern auch vor dem Hintergrund der Erfordernisse des Arbeitsmarktes zu sehen. Die Kompetenzen, Fähigkeiten und Eigenschaften einer Person werden ins Verhältnis zu den Anforderungen und Möglichkeiten von Unternehmen und Arbeitsmarkt gesetzt.

Für die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit ist vor allem ein ganzheitliches Vorgehen entscheidend, das nicht nur betriebsintern im Sinne einer förderlichen Unternehmenskultur und guten Führung einer Gesamtstrategie folgt, sondern auch betriebsexterne Faktoren im Blick hat. Zentrale Bedingungen hierfür sind die Schaffung eines lernförderlichen Umfeldes sowie die Eliminierung der Kriterien ‚Alter‘ oder ‚Gesundheitszustand‘ als Entscheidungs- und Handlungsgrundlage zugunsten einer Orientierung auf die Beschäftigungsfähigkeit.

Die Entwicklung von Beschäftigungsfähigkeit findet dabei sowohl innerhalb als auch außerhalb des Arbeitslebens statt. Die zahlreichen Faktoren, die die Beschäftigungsfähigkeit bestimmen, können sowohl durch den Einzelnen direkt beeinflusst, aber auch durch Rahmenbedingungen bestimmt werden. Zur Erhaltung und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit ist es entscheidend, sie im Erwerbs- und Arbeitsleben anzuregen und zu ermöglichen. Parallel fällt jedem Einzelnen eine gleichermaßen hohe Verantwortung für die Entwicklung der eigenen Beschäftigungsfähigkeit zu. Er ist ebenfalls gefordert, unabhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen für die eigene Beschäftigungsfähigkeit aktiv zu werden.

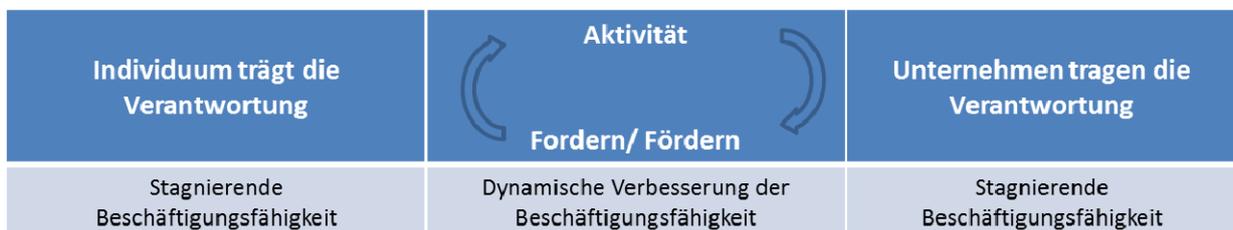


Abb. 3: Gemeinsame Verantwortung Beschäftigungsfähigkeit

Beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit geht es somit um die gemeinsame Verantwortung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Ansätze, bei denen vorrangig die Beschäftigten selbst für ihre individuelle Beschäftigungsfähigkeit verantwortlich sind, unterschätzen die potenziellen negativen Einflüsse aus dem beruflichen Umfeld. Gleichermäßen kann die Beschäftigungsfähigkeit nicht allein durch die Gestaltung von Rahmenbedingungen erhalten werden. Wenn Unternehmen und Beschäftigte gemeinsam die Verantwortung zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit übernehmen, entsteht die Grundlage für eine dynamische Entwicklung.

4. Gestaltungsfelder der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit im Betrieb

Das grundlegende Konzept der Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ist für alle Altersgruppen identisch. Die notwendigen Anpassungen und Einzelmaßnahmen sind jedoch sowohl altersabhängig und damit insbesondere für ältere Beschäftigte relevant als auch durch die bestehende gesundheitliche Situation, bspw. im Falle einer chronischen Erkrankung, einer Person bestimmt. Die folgende Abbildung zeigt die Gestaltungsfelder einer altersspezifischen und altersgerechten Beschäftigungs- und Arbeitspolitik im Betrieb.



Abb. 4: Innerbetriebliche Gestaltungsfelder einer altersspezifischen und altersgerechten Beschäftigungs- und Arbeitspolitik (Quelle: Eigene Darstellung- In Anlehnung an INQA: Arbeitsfähigkeit erhalten und fördern)

4.1 Analyseinstrumente

Da die Handlungsfelder zur Erhaltung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit je nach Unternehmen sehr vielfältig und individuell sein können, bedarf es zunächst einer ausführlichen Analyse der (demografischen und gesundheitlichen) betrieblichen Situation, die den aktuellen und zukünftigen Handlungsbedarf eines Unternehmens sichtbar macht. Im Folgenden sind einige für eine Analyse geeignete Instrumente in aller Kürze dargestellt, der Anspruch einer vollständigen Auflistung aller vorhandenen Instrumente besteht im Sinne der Untersuchung hierbei nicht.

4.1.1 Altersstrukturanalyse

Die Analyse der unternehmensspezifischen Altersstruktur bietet eine gute Grundlage zur Auseinandersetzung mit dem ‚Altersthema‘ im eigenen Betrieb. Neben der Darstellung der aktuellen Alterszusammensetzung ist auch ein Bild der zukünftigen Situation möglich. Dabei werden unter Zuhilfenahme der Altersstrukturdaten und unter bestimmten Annahmen zur Personalentwicklung Prognosen über die Zusammensetzung der Belegschaft und der einzelnen Unternehmensbereiche angestellt. Durch den Einsatz einer Altersstrukturanalyse können Nachfolgeplanungen bei anstehendem Berufsaustritt, der daraus resultierende Qualifizierungsbedarf, sowie drohende personelle Engpässe frühzeitig erkannt werden.

4.1.2 Work Ability Index (WAI)

Das Haus der Arbeitsfähigkeit zeigt die gegenseitige Abhängigkeit individueller, betrieblicher und gesellschaftlicher Aspekte. Zur Messung der Arbeitsfähigkeit eignet sich der Work Ability Index (Arbeitsbewältigungsindex). Im Jahr 2007 wurde der aktuelle Leitfaden zur Anwendung des WAI von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin dargeboten. Im Fachjargon wird dieses Messinstrument als subjektive Beanspruchungsanalyse bezeichnet. Es misst den Grad der Passung von Arbeitsanforderungen und Belastungen und den individuellen funktionellen Kapazitäten (körperliche, geistige und psychische Fähigkeiten) und macht somit das schwer greifbare Phänomen „Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ für die Beteiligten sichtbar. Der dabei erzielte Arbeitsbewältigungsindex wird in Form einer Kennzahl zwischen 7 und 49 Indexpunkten ausgedrückt. Je mehr Punkte ‚erreicht‘ werden, desto höher ist die jeweilige Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Die Arbeitsanforderungen entsprechen also in hohem Maße der funktionellen Kapazität des Betroffenen. Liegt ein niedriger Indexwert vor, so ist die Arbeitsbewältigungsfähigkeit gefährdet. Dies ist häufig der Fall, wenn mit dem Wandel der individuellen körperlichen, geistigen und psychischen Kapazitäten – wie beim Alterungsprozess oder beim Eintreten einer chronischen Erkrankung – keine Anpassung der jeweiligen Arbeitsanforderungen erfolgt. Zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit kann es zudem kommen, wenn Kompetenzlücken, Probleme im sozialen Miteinander oder im Arbeits- und Gesundheitsschutz bestehen. In dem beim WAI eingesetzten Fragebogen wird die subjektive Sichtweise des Mitarbeiters ermittelt. Die einzelnen Fragen beziehen sich dabei auf die vier Dimensionen des Arbeitsfähigkeitskonzeptes. Die folgende Tabelle zeigt die möglichen Indexwerte und die daraus abzuleitenden Vorgehensweisen:

Ergebnis	Kategorie	Maßnahmen der Arbeitsfähigkeit
2-27	„schlecht“	Arbeitsfähigkeit wiederherstellen
28-36	„mäßig“	Arbeitsfähigkeit verbessern
37-43	„gut“	Arbeitsfähigkeit unterstützen
44-49	„sehr gut“	Arbeitsfähigkeit erhalten

Abb. 5: WAI Broschüre 2005

Mit der Aussagekraft des WAI haben sich unterschiedliche arbeitswissenschaftliche Experten beschäftigt. Sie gelangen zu dem Schluss, dass es sich um ein sehr verlässliches Instrument handelt. In einer Verlaufsstudie wurde festgestellt, dass mithilfe des Arbeitsfähigkeitskonzeptes und des WAI eine drohende Erwerbsunfähigkeit frühzeitig vorhergesagt werden kann. Da der Fragebogen zum WAI auch medizinische und andere persönliche Parameter enthält, sollten die Ergebnisse grundsätzlich geschützt bleiben. Das gelingt am besten, wenn die Anwendung und Auswertung der Aufsicht der arbeitsmedizinischen oder betriebsärztlichen Dienste unterstellt ist, da diese der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

4.1.3 Qualifikationsbedarfsanalyse

Die Qualifikationsbedarfsanalyse, auch Kompetenzbedarfsanalyse genannt, ist ein Instrument, mit dessen Hilfe der Weiterbildungsbedarf von Mitarbeitern ermittelt wird.

Aufgrund externer oder interner Entwicklungen, die das Unternehmen betreffen, können sich Qualifikationsbedarfe bei den Mitarbeitern ergeben. Äußere Einflüsse können neue gesetzliche Regelungen, Veränderungen auf den Märkten, oder der Einsatz neuer Produkte sein. Interne Aspekte betreffen beispielsweise die Neuausrichtung der Unternehmensstrategie oder Änderungen in der Arbeitsorganisation. Wenn eine Differenz zwischen dem IST-Zustand, also den vorhandenen Qualifikationen und dem SOLL-Zustand, also den für den Unternehmenserfolg benötigten Qualifikationen besteht, wird der Qualifikationsbedarf sichtbar. Darüber hinaus kann die Bedarfsanalyse bereits vorhandene, jedoch bislang ungenutzte Fähigkeiten von Beschäftigten aufzeigen. In einer individuell auf den Betrieb abgestimmten Qualifikationsmatrix können sowohl Fach-, Methoden-, als auch Sozialkompetenz eingetragen und ausgewertet werden. Diese gibt den Personalverantwortlichen, dem Betriebsrat und den einzelnen Mitarbeitern einen Überblick über mögliche Handlungsbedarfe.

In der Praxis stellt die Qualifikationsbedarfsanalyse eine sinnvolle Ergänzung zur Altersstrukturanalyse dar. So lässt sich überprüfen, ob mit dem Renteneintritt bestimmter Beschäftigter im Betrieb eine Lücke hinsichtlich spezifischer Kompetenzen entstehen wird, die es entweder im Vorfeld durch

intergenerativen Wissenstransfer auf die übrigen Mitarbeiter oder durch Qualifizierung der jüngeren Beschäftigten zu schließen gilt.

4.1.4 Gefährdungsbeurteilung

Als zentrales Element im betrieblichen Arbeitsschutz gilt die Gefährdungsbeurteilung. Sie bildet die Basis für ein systematisches und erfolgreiches Sicherheits- und Gesundheitsmanagement.

Nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und der Unfallverhütungsvorschrift "Grundsätze der Prävention" (BGV A1 bzw. GUV-V A1) sind alle Arbeitgeber - unabhängig von der Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - dazu verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen. § 5 ArbSchG regelt die Pflicht des Arbeitgebers zur Ermittlung und Beurteilung der Gefährdungen und konkretisiert mögliche Gefahrenursachen und Gegenstände der Gefährdungsbeurteilung. § 6 verpflichtet Arbeitgeber, das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung, die von ihm festgelegten Arbeitsschutzmaßnahmen und das Ergebnis ihrer Überprüfung zu dokumentieren. Der Arbeitgeber kann die Gefährdungsbeurteilung selbst durchführen oder andere fachkundige Personen, z. B. Führungskräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder Betriebsärzte, damit beauftragen, wobei die Verantwortung für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung und die Umsetzung der Ergebnisse beim Arbeitgeber verbleibt.

4.2 Personalpolitik

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels muss es vorrangiges Ziel der Personalpolitik sein, Beschäftigte bis zum Renteneintrittsalter im Unternehmen zu halten. Die in der Vergangenheit häufig vorgefundenen Vorruhestandsregelungen, Altersteilzeitmodelle und Langzeitarbeitskonten, die oftmals die Antwort auf zu hohe Arbeitsbelastungen infolge schlechter Arbeitsbedingungen waren, können bei dem bestehenden Fachkräftemangel keine Abhilfe mehr leisten und gehören in vielen Unternehmen bereits der Vergangenheit an. Der Wegfall der staatlichen Förderung (Aufstockungszahlungen von der Bundesagentur für Arbeit) von Unternehmen zur Gestaltung von gleitenden Rentenübergängen von Arbeitnehmern dürfte ein weiterer wichtiger Grund sein, um die Arbeitsbedingungen altersgerecht zu gestalten. Aber nicht nur die Verlängerung der Lebensarbeitszeit ist Inhalt einer demografiebewussten Personalpolitik. Auch die Rekrutierung neuer Fach- und Nachwuchskräfte und der Wissenstransfer des Know-Hows älterer und ggf. wegen (chronischer) Erkrankung vor der Berentung stehender Arbeitnehmer auf die neuen Mitarbeiter sollte zum Aufgabenbereich der Personaler gehören. Nachwuchs- und Fachkräfteknappeit kann auch dazu führen, dass die Unternehmen wieder verstärkt auf die Rekrutierung Älterer setzen.

4.3 Arbeitspolitik

In der Altersforschung ist belegt, dass sich Erwerbspersonen derselben Altersklasse deutlich in ihren Fähigkeiten und ihrem Leistungsvermögen unterscheiden. Dabei nehmen die Unterschiede zwischen den gleichaltrigen Beschäftigten eher zu als ab. Außerdem unterscheiden sich je nach Unternehmen und Arbeitsplatz auch die jeweiligen Anforderungen.

Im Rahmen der Arbeitsorganisation, der Arbeitsgestaltung und der Arbeitszeitregelungen bestehen viele Möglichkeiten, den Arbeitsprozess und die Leistungsfähigkeit eines Arbeitnehmers zu synchronisieren. Hierzu bietet sich eine Neuorganisation der Arbeitsabläufe an, um alterskritische Anforderungen durch neue Aufgabenzuschnitte zu reduzieren. Das Ziel, einseitige Arbeitsabläufe zu vermindern, kann wiederum erreicht werden, indem ein regelmäßiger Tätigkeitswechsel (job rotation) bei Bedarf denkbar ist. Eine individuelle Arbeitszeitgestaltung macht es Beschäftigten möglich, ihre Arbeitszeit im Hinblick auf Umfang, Dauer und Lage individuell und ggf. auf die Erfordernisse einer chronischen Erkrankung anzupassen. Hierdurch lassen sich Belastungen der Beschäftigten reduzieren und deren Arbeitsfähigkeit besser erhalten.

4.4 Qualifizierung und Weiterbildung – Wissensmanagement

Der Wandel in den Strukturen und die Expansion anspruchsvoller Dienstleistungstätigkeiten führen dazu, dass Wissen eine immer größere Bedeutung zur Erreichung der Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit erlangt. Dadurch, dass sich wissensintensive Produkte und Dienstleistungen zukünftig einer wachsenden Nachfrage gegenübersehen werden, wird es auch eine Rolle spielen, ältere Beschäftigte zu diesen Wissensträgern zu machen bzw. diese Wissensträger lange gesund und arbeitsfähig zu erhalten. Ein systematisch ausgerichtetes Wissensmanagement, das sich an den Lebensphasen und den individuellen Bedarfen der Beschäftigten orientiert, ist daher unumgänglich. Dieses sollte sich vom Berufseintritt bis zum Übergang in den Ruhestand vollziehen. Die Beteiligung an beruflicher Weiterbildung wird dabei durch unterschiedliche Einflussgrößen geprägt. Auf persönlicher Ebene sind hier das Geschlecht, das Alter, die berufliche Position und Qualifikation, der Migrationshintergrund, der Bildungsstand sowie die Motivation der Betroffenen zu nennen. Auf betrieblicher Ebene machen unter anderem der Wirtschaftszweig und die Betriebsgröße einflussnehmende Faktoren aus. Entscheidend für das lebenslange Lernen sind auch die politischen Rahmenbedingungen. Hier werden die Weiterbildungsaktivitäten vor allem durch die Institutionalisierung auf Länderebene, die Bildungspolitik sowie die Förderprogramme für berufliche Weiterbildung geprägt.

Bildung stellt zudem eine grundlegende Voraussetzung für ein gesundes aktives und selbstbestimmtes Altern dar. Damit Potenziale erst entstehen und genutzt werden können, bedarf es der Möglichkeit,

lebenslang zu lernen. Das Lebenslange Lernen wird als Strategie zur Bewältigung der aus den demografischen Entwicklungen resultierenden individuellen und gesellschaftlichen Herausforderungen gesehen und gilt somit als Grundvoraussetzung zum Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit. Dabei hat Bildung zudem einen hohen Einfluss auf die Gesundheit und die Lebenserwartung eines Menschen. Personen mit einer höheren Bildung weisen im Vergleich zu Personen mit einem niedrigeren Bildungsstatus ein geringeres Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko auf.

Vor diesem Hintergrund ist es umso erstaunlicher, dass die Ausgaben von Unternehmen für betriebliche Weiterbildung im Zeitraum 1999 bis 2005 um 16 % gesunken sind. Im internationalen Vergleich liegt die Weiterbildungsbeteiligung der deutschen Unternehmen damit im unteren Mittelfeld und bietet immenses Ausbaupotenzial.

4.5 Führungs- und Unternehmenskultur

Der hohe Einfluss von gutem Führungsverhalten auf den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten ist unbestritten. Gutes Führungsverhalten zeichnet sich dabei u.a. durch freundliche Zuwendung, Mitarbeiterorientierung und Respektierung individueller Ressourcen aus. Führung beeinflusst dabei nicht direkt, sondern vielmehr indirekt, über bestimmte Arbeitsmerkmale und das daraus resultierende Wohlbefinden, die Gesundheit der Mitarbeiter. Dies ist vor allem dadurch begründet, dass der enge Kontakt zwischen den Mitarbeitern und der Führungskraft es dem Vorgesetzten ermöglicht, den Beschäftigten gemäß seinen Leistungsvoraussetzungen und Qualifikationen einzusetzen und arbeitsbezogene Ressourcen zu fördern. Ziel ist es, die Mitarbeiter bei der Bewältigung von Arbeitsanforderungen zu unterstützen und die Wirkung potenziell stressauslösender Einflüsse zu reduzieren.

Da entsprechend gutes Führungsverhalten in einem positiven Zusammenhang zu einer guten Arbeitsfähigkeit steht, sollte vor dem Hintergrund des demografischen Wandels bereits bei der Personalauswahl und -förderung von Führungskräften neben deren Fach- und Sachkompetenz auch auf Eigenschaften wie respektvolles, unterstützendes und mitarbeiterorientiertes Verhalten Wert gelegt werden.

Speziell im Hinblick auf die Führung älterer oder chronisch kranker Mitarbeiter, stellen die nachfolgenden Aspekte

- das realistische und vorurteilsfreie Einschätzen von Fähigkeiten,
- die angemessene Anerkennung von Leistungen auch unter Berücksichtigung möglicher alters- oder krankheitsbedingter Einschränkungen,
- das Praktizieren eines kooperativen Führungsstils,

- das Fördern des Dialogs und des Meinungsaustausches zwischen älteren, jüngeren, gesunden und kranken Mitarbeitern,
- die Gestaltung alters- und ressourcengerechter Erwerbsverläufe (Tätigkeitswechsel, Job Rotation)
- die Unterstützung bei der Personalentwicklung und Qualifizierung

wichtige Kriterien einer arbeitsfähigkeitserhaltenden Führungs- und Unternehmenskultur dar.

Wenn ältere oder leistungseingeschränkte Arbeitnehmer in Unternehmen keine Wertschätzung erfahren und die Kultur des Defizitmodells von der Führung ins Unternehmen getragen wird, kann dies zu Konflikten zwischen den Arbeitnehmern führen, die letztlich auf Stereotypisierung bestimmter Zielgruppen basieren.

Das Ziel einer alters- und fähigkeitssensiblen Führungs- und Unternehmenskultur ist somit die Vermittlung von Werten und Normen. Die Schaffung einer alterssensiblen Kultur ist ein Prozess, in dem es gilt, verschiedene Maßnahmen im Unternehmen langfristig zu verankern. Die Vermeidung von Altersdiskriminierung ist dabei nicht mehr nur als ein soziales, sondern vor allem auch als ein betriebswirtschaftliches Muss anzusehen. Eine Unternehmenskultur, die sich dies zu Eigen macht, wird als Folge hohe Motivationsgrade (nicht nur) der alternden Belegschaft erzielen.

4.6 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement verfolgt eine ganzheitliche Strategie. Im Fokus stehen sowohl Aufgaben, die die Gesundheit, Leistungsbereitschaft und -fähigkeit der Beschäftigten erhalten und fördern, als auch Maßnahmen, die zu einer Organisation beitragen, die über Arbeitsbedingungen und Kommunikationsstrukturen sowie Entwicklungs- und Entfaltungspotenziale verfügt, die das Wohlbefinden aller Mitarbeiter – auch der älteren und chronisch kranken – stärken. Konkret geht es darum, das Thema Gesundheit in bereits bestehende Managementsysteme, wie z.B. das Human Resource Management oder das Qualitätsmanagement, einzugliedern. Integration bedeutet in diesem Zusammenhang, die Gesundheit der Mitarbeiter als strategischen Faktor in das Leitbild und die Unternehmenskultur einzubeziehen. BGM ist erfolgreich, wenn es als Managementaufgabe verstanden wird. Dabei führt ein integriertes Gesundheitsmanagement bereits gewachsene Strukturen und bestehende Aktivitäten in den Bereichen des Arbeitsschutzes, der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie des Eingliederungsmanagements im Unternehmen systematisch zusammen.

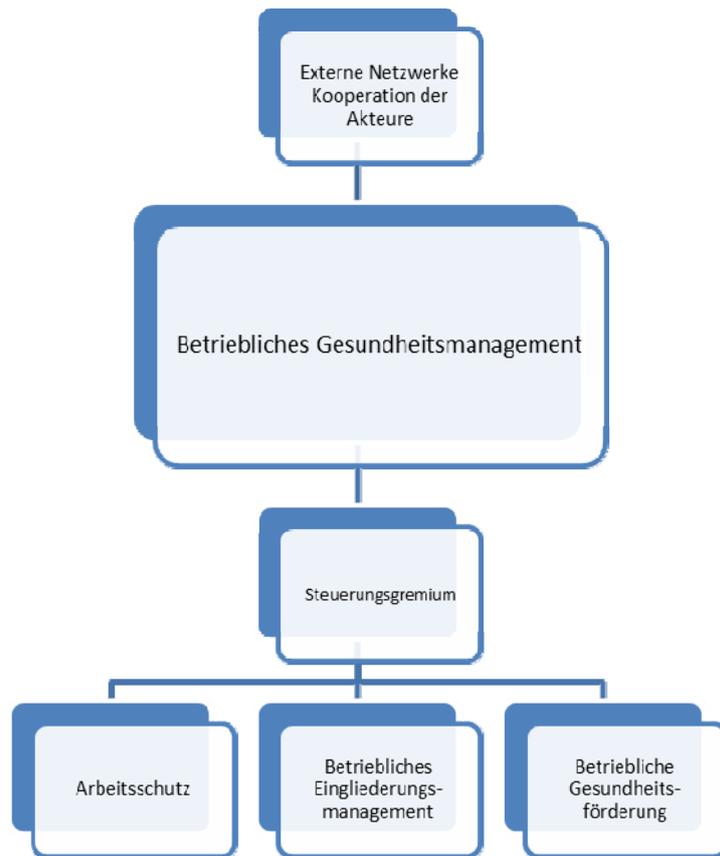


Abb. 6: Betriebliches Gesundheitsmanagement

Zentrale Voraussetzung für die Umsetzung ist es dabei, ein Steuerungsgremium zur Institutionalisierung, Ausgestaltung und Weiterentwicklung der angesprochenen Bereiche zu etablieren. Zum einen bietet sich hierfür die Nutzung eines bereits existierenden Arbeitsausschusses (ASA) oder zum andern die Einrichtung von Arbeitskreisen an.

Mit Blick auf die Grundlagenforschungen zur betrieblichen Gesundheitspolitik der zurückliegenden Jahrzehnte lassen sich inhaltlich zwei wesentliche Konzepte unterscheiden. Auf der einen Seite steht das Konzept der Risikoprävention und auf der anderen Seite findet sich das Konzept der Förderung von Gesundheitspotenzialen. Die Konzepte beziehen sich sowohl auf Organisationen mit ihren Strukturen und Prozessen als auch auf Personen mit ihren biologischen psychischen und sozialen Voraussetzungen und ihren Verhaltensweisen.

In der betrieblichen Gesundheitspolitik gibt es kein allgemeingültiges Konzept. Welche Verfahrensweise und welche Prioritäten im konkreten Fall umgesetzt werden, hängt von der jeweiligen Unternehmenssituation und der daraus abgeleiteten Zielsetzung ab. Einen wichtigen Grundstein für die Konzeptplanung liefert dabei die Unternehmensdiagnostik. Nicht zuletzt spielt auch die Qualifikation der betrieblichen Gesundheitsexperten eine wesentliche Rolle. Mediziner, Psychologen, Betriebswirte, Soziologen, Sicherheitsingenieure oder auch Gesundheitswissenschaftler

haben ihren spezifischen Background und bringen dementsprechend ihre Ideen in den innerbetrieblichen Entscheidungsprozess mit ein, wobei die unterschiedlichen Vorstellungen entweder zu produktiven Diskussionen, aber auch zu Dauerkonflikten und Handlungsblockaden führen können.

Im Rahmen einer idealtypischen Vorgehensweise im Betrieblichen Gesundheitsmanagement folgen auf die datengestützte Organisationsdiagnose Zielsetzung, Auswahl, Planung und Durchführung geeigneter Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie ihre nachgehende Evaluation. Es wird davon abgeraten, Maßnahmen willkürlich zu wählen, sondern sie sollten - bspw. ausgerichtet auf den Umgang mit älteren oder chronisch kranken Beschäftigten - bedarfsgerecht, zielgerichtet und wirtschaftlich sein.

Ein dem aktuellen Stand entsprechendes Betriebliches Gesundheitsmanagement richtet den Blick dabei zu allererst auf organisationsbezogene Interventionen. Verhaltenspräventive Maßnahmen, wie z.B. Rückenschulen oder Aufklärungskampagnen zum Thema Ernährung können zudem sinnvoll sein, sollten aber in der Regel als Ergänzung zu den organisationsbezogenen Aktivitäten eingesetzt werden.

Die Implementierung eines Gesundheitsmanagements gelingt nur, wenn es vom TOP-Management ausdrücklich gewollt wird. So lassen sich Erfolge eines Gesundheitsmanagements nur erzielen, wenn die Führungsebene das BGM auch als Führungsaufgabe wahrnimmt und es in Kooperation mit der Arbeitnehmervertretung aktiv und dauerhaft unterstützt. Die nötige Wertschätzung des Themas zeigt sich, indem die Rahmenbedingungen, Ziele, Entscheidungswege, Ressourcenverbrauch und Zuständigkeiten im Betrieblichen Gesundheitsmanagement festgelegt und im Rahmen einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung festgeschrieben werden.

Grundlage für zielgerichtete Aktivitäten im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sind der Aufbau einer Dateninfrastruktur und die Entwicklung eines Kennzahlensystems. Dies ermöglicht eine kontinuierliche, quantitative Betrachtung des für das Betriebliche Gesundheitsmanagement relevanten Unternehmensgeschehens und den Abgleich zwischen festgelegten Zielen und tatsächlich erreichten Ergebnissen. Die strukturierte Beobachtung von Daten und Kennzahlen stellt Transparenz her, erlaubt die Früherkennung von Risiken und Problemen, lenkt den Blick auf Zusammenhänge, die so bisher nicht gesehen oder nicht ausreichend beachtet wurden, und erlaubt, Effekte Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erfassen und zu bewerten.

Im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements können somit die Bedürfnisse älterer und chronisch kranker Arbeitnehmer zeitnah erfasst und mit nachhaltigen Maßnahmen zum Erhalt ihrer Arbeitsfähigkeit beigetragen werden.

4.7 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Aus gesundheitlichen Gründen scheiden in Deutschland jährlich mehrere hunderttausend Erwerbstätige vorzeitig aus dem Arbeitsleben aus. Um u.a. dieser Tatsache entgegen zu wirken und die Arbeitsfähigkeit von Betroffenen zu erhalten, wurde das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) im Jahr 2004 in §84 Abs. 2 SGB IX gesetzlich verankert. Dies hat zum Ziel, Arbeitgebern verstärkt die Verantwortung für den Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter zu übertragen. Beim BEM handelt sich um ein innerbetriebliches Instrument, das vor allem diejenigen Mitarbeiter fokussiert, die aufgrund längerer oder wiederholter Krankheitszeit arbeitsunfähig waren. Es beinhaltet organisations- und personalbezogene Maßnahmen, die ein Arbeiten an dem ursprünglichen Arbeitsplatz ermöglichen sollen. Dabei spielen auch die Rehabilitation und die Integration von kranken und behinderten Menschen in den Arbeitsalltag eine Rolle.

Im Gesetzestext heißt es: „Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen (sogenannte 6-Wochen-Grenze) ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der zuständigen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann“.

Im Gesetz ist festgelegt, dass zur Umsetzung eines BEM im Betrieb der Betroffene selbst und der Arbeitgeber oder sein Vertreter – sofern in dem Unternehmen keine Schwerbehinderten- oder Interessenvertretung nach § 93 SGB IX existiert – zur Mindestbesetzung zählen. Ergänzend sinnvoll ist die Einbindung des Betriebs- oder Werksarztes sowie des Personal- oder Betriebsrates. Dabei liegt die Grundvoraussetzung darin, dass keine Handlung ohne die Zustimmung des Beschäftigten unternommen werden darf, d.h. dass er selber bestimmt, welche Maßnahmen durchgeführt werden, dass er aber auch das Recht hat, ein BEM abzulehnen und das Verfahren während des Verlaufs abubrechen.

Eine zentrale Voraussetzung für ein erfolgreiches BEM im Unternehmen ist seine Einbindung in die Gesamtstrategie eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in dem Mitarbeiterorientierung, eine Kultur des Vertrauens und der Wertschätzung und sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Präventionsmaßnahmen systematisch fokussiert werden. Die vorhandenen Strukturen sollen dazu genutzt werden, um zum einen gezielt diejenigen Beschäftigten zu erreichen, die längerfristig oder wiederkehrend erkrankt sind und zum anderen um einer erneuten Erkrankung, einer Chronifizierung oder gar einer Behinderung vorzubeugen.

Der Ablauf eines BEM sieht vor, dass eine betriebsinterne Person, die für das BEM verantwortlich ist, zunächst Akzeptanz bei den Führungskräften und den Beschäftigten schafft. Dies kann beispielsweise beinhalten, dass über die Ziele und die Vorgehensweise im Unternehmen informiert wird und die zuständigen Personen benannt werden (Schritt 1). Es geht im zweiten Schritt darum, betroffene Personen anhand der Arbeitsunfähigkeitszeiten zu identifizieren. Im Hinblick auf das Bundesdatenschutzgesetz und zu vermeidender Konflikte bieten sich hierfür der Personalverantwortliche bzw. das Personalbüro an (Schritt 2). Als nächstes sollte der Kontakt zur betroffenen Person hergestellt werden (Schritt 3). Mit dem vierten Schritt beginnt mit der Planung und Durchführung von Maßnahmen sowie der Evaluation der Ergebnisse der eigentliche Eingliederungsprozess. Wenn der Fall nicht allein unter Beteiligung unternehmensinterner Personen erfolgreich bewältigt werden kann, sollten externe Partner, z.B. Rehabilitationsträger oder Integrationsämter hinzugezogen werden (Schritt 5). Bei Bedarf werden weitere Sozialversicherungsträger und Leistungserbringer angesprochen und in den Prozess integriert (Schritt 6). Unerheblich für die Unterstützung von externen Partnern ist dabei, ob die Ursache der Arbeitsunfähigkeit betrieblich bedingt ist oder nicht.

Um das BEM sinnvoll zu organisieren, sollte der Prozess mit anderen verwandten Themengebieten, wie bspw. dem BGM oder dem Arbeits- und Gesundheitsschutz, verknüpft und keine betrieblichen Parallelstrukturen geschaffen werden. Damit dies gelingt, sollten die in diesen Bereichen tätigen Akteure in Kommunikation und Kooperation treten. Von Bedeutung ist zudem, dass bzgl. der Zielsetzung und der Vorgehensweise Konsens zwischen den gesetzlich vorgeschriebenen Akteuren sowie betriebsexternen Partnern besteht.

5. Strukturelle Voraussetzungen im innerbetrieblichen Prozess der Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

Eine verbindliche Basis zur Umsetzung von Maßnahmen zur Arbeitsfähigkeitserhaltung im Unternehmen lässt sich vor allem durch schriftliche Vereinbarungen, idealerweise in Form von Betriebs-/Dienstvereinbarungen, herbeiführen. Die Betriebs-/Dienstvereinbarung fixiert beispielsweise das gemeinsame Gesundheitsverständnis, abgestimmte Grundsätze, Ziele und Verfahrensweisen und legt Zuständigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen im Rahmen der Maßnahmen zur Arbeitsfähigkeitserhaltung fest. Die schriftliche Vereinbarung trägt auch dazu bei, die Integration entwickelter Strukturen und Prozesse in die betrieblichen Routinen nachhaltig zu sichern.

Neben der Betriebs-/ Dienstvereinbarung können – je nach unternehmensspezifischer Situation und Vorgehensweise – weitere Rahmenregelungen von Bedeutung sein.

Als weitere schriftliche Grundlage im Prozess der Arbeitsfähigkeitserhaltung dient ein betrieblicher Bericht als Medium der innerbetrieblichen Information und Kommunikation sowie einer frühzeitigen Identifizierung von Handlungsbedarfen und der Festlegung von Prioritäten. Ein Betriebsbericht unterstützt die Planung, Umsetzung sowie das Controlling der eingeleiteten Maßnahmen. Eine ausführliche Dokumentation der Aktivitäten vor allem auch in Bezug auf Erfolg und Misserfolg schafft zudem Transparenz, indem der Gesamtprozess und die getroffenen Entscheidungen zu jedem Zeitpunkt nachvollziehbar sind.

Darüber hinausgehend ist eine gute interne Kommunikation erforderlich, um die Maßnahmen insgesamt im Unternehmen bekannt zu machen bzw. um das Interesse der Belegschaft dafür zu wecken und die Akzeptanz zu steigern sowie um die betroffenen Mitarbeiter in die angestoßenen Prozesse einzubeziehen. Je nach Größe des Unternehmens eignen sich für das interne Marketing Aktionstage, Informationsbroschüren, Betriebszeitungen oder das Intranet. Darüber hinaus empfiehlt es sich, über die Ziele, Vorgehensweisen und Ergebnisse der Aktivitäten in Betriebs- und Abteilungsversammlungen sowie Teambesprechungen regelmäßig zu berichten. Auch bei Aufsichts-/ Trägergremien sowie in anderen, benachbarten Querschnittsbereichen (Qualitätsmanagement, Personalentwicklung) sollte in regelmäßigen Abständen darüber informiert werden.

Im Zusammenhang mit notwendigen Voraussetzungen im innerbetrieblichen Prozess der Arbeitsfähigkeitserhaltung ist schließlich noch aufzuführen, dass leistungsfähige Maßnahmen zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit immer auch eine betriebliche Innovation bedeuten, die neue Anforderungen an die Gesundheitsexperten und Führungskräfte eines Unternehmens stellt. Daher ist es notwendig, für eine entsprechende Qualifizierung der zuständigen Personen zu sorgen.

Im Mittelpunkt der für den Handlungsrahmen erforderlichen wissenschaftlichen Grundlagen stehen Konzepte und Evidenzbasis zu Gesundheit und Krankheit, Handlungsstrategien und Methoden einer die Arbeitsfähigkeit förderlichen Organisationsgestaltung. Außerdem sollten zentrale Herausforderungen einer zukunftsfähigen betrieblichen Gesundheitspolitik sowie aktuelle Problemstellungen bekannt sein. Managementkompetenzen umfassen weiterführend fachliche und methodische Fähigkeiten sowie praktische Fertigkeiten zum systematischen Aufbau und zur Institutionalisierung der eingeleiteten Maßnahmen. Dazu gehört auch die Qualifikation, Anknüpfungspunkte der arbeitsfähigkeitserhaltenden Maßnahmen an andere relevante Managementsysteme (wie z.B. Personal-, Qualitäts- oder Wissensmanagement) zu identifizieren und mögliche Synergien zu nutzen. Kompetenzerwerb im Bereich des Controllings wiederum zielt auf die

Entwicklung und Anwendung eines Kennzahlensystems, mit dem vor allem das intangible Vermögen des Unternehmens und seine Bedeutung für Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Betriebsergebnis sichtbar und messbar und dadurch beeinflussbar und bewertbar wird. Notwendige soziale Kompetenzen stellen eine übergreifende Schlüsselqualifikation dar und sind Voraussetzung für eine mitarbeiterorientierte Kommunikation und Kooperation und damit für den lösungsorientierten Umgang mit älteren und (chronisch) kranken Arbeitnehmern.

6. Innerbetriebliche Funktionsbereiche zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

Bei der Gesundheitsprävention und der Teilhabe (chronisch) Kranker am Arbeitsleben handelt es sich um umfassende Gestaltungsthemen, die von unterschiedlichen Funktionsbereichen eines Unternehmens bearbeitet werden. Um das Handeln zu systematisieren sowie als Maßstab, um die Qualität des Handelns zu überprüfen und kontinuierlich zu verbessern, sollten bestimmte Standards in der Umsetzung der Maßnahmen zur Arbeitsfähigkeitserhaltung erfüllt werden. Jedes Unternehmen muss vor dem Hintergrund der spezifischen Rahmenbedingungen, Voraussetzungen und Ziele letztlich seinen eigenen Weg finden. Trotz aller Unterschiedlichkeiten lassen sich dennoch Mindeststandards festlegen. Es ist entscheidend, schriftliche Vereinbarungen inklusive einer klaren, inhaltlichen Zielsetzung zu formulieren, ein Steuerungsgremium einzurichten, personelle Verantwortlichkeiten festzulegen, Ressourcen bereit zu stellen, Experten und Führungskräfte zu qualifizieren, Mitarbeiter zu beteiligen und zu befähigen sowie für eine betriebliche Berichterstattung und ein internes Marketing zu sorgen.

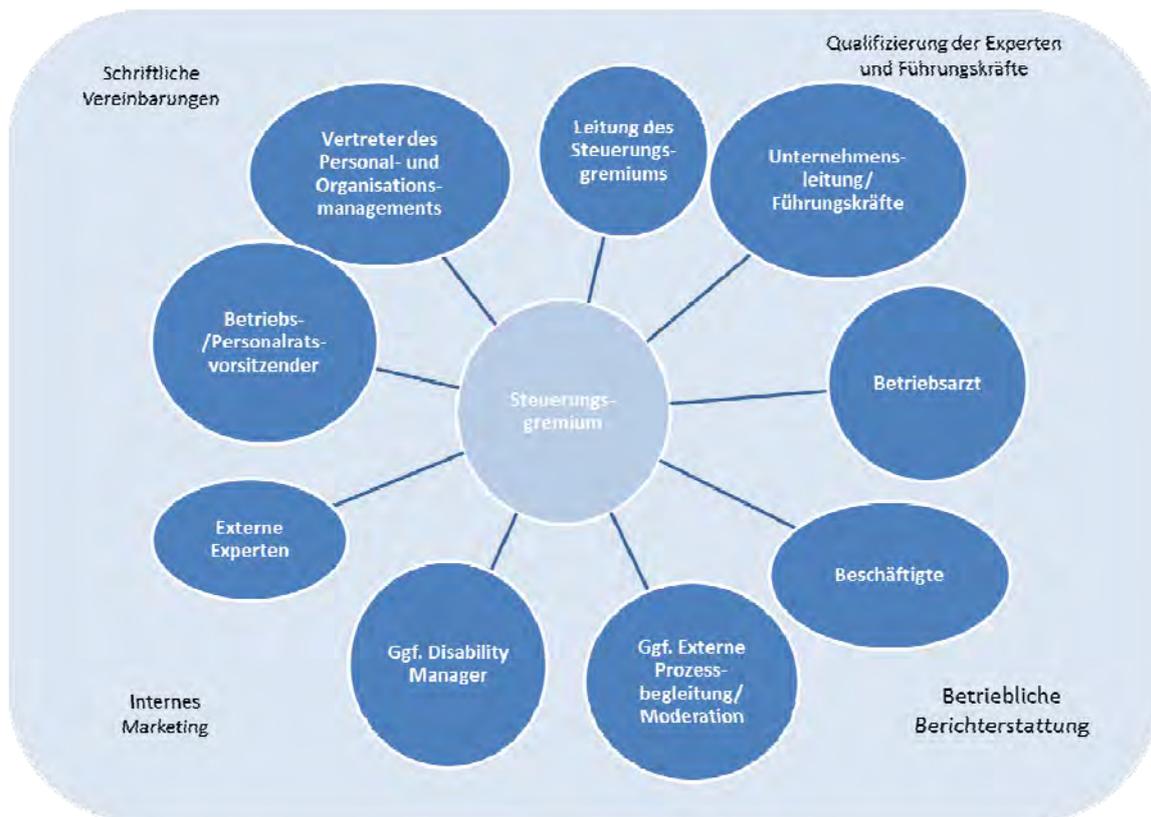


Abb. 7: Potenzielle Teilnehmer im Steuerungsgremium und strukturelle Voraussetzungen (eigene Darstellung)

6.1 Steuerungsgremium

Innerhalb des Gestaltungsprozesses alters- und altersgerechter sowie am Gesundheitszustand der Belegschaft orientierter Arbeitsbedingungen handelt es sich beim Steuerungsgremium um ein Entscheidungsgremium, das dem Management zurarbeitet und die Erledigung operativer Aufgaben an Projektteams oder Arbeitsgruppen delegiert. Es legt Periodenziele fest, definiert Aufträge, konkrete Projekte und Maßnahmen, begleitet und bewertet Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der eingeleiteten Maßnahmen. Das Steuerungsgremium ist außerdem für die kontinuierliche Verbesserung des Prozesses verantwortlich.

Dem Steuerungsgremium sollten in der Grundbesetzung eine Leitung, ein Vertreter der Unternehmensführung, Führungskräfte, Vertreter des Organisations- bzw. Personalmanagements, der Betriebs-/Personalratsvorsitzende sowie der Betriebsarzt, angehören. Bei Bedarf sind weitere Führungskräfte und Mitarbeiter betroffener Abteilungen sowie externe Experten (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) einzubeziehen. Insbesondere in der Gründungsphase kann darüber hinaus die Einbindung einer externen Prozessbegleitung zur Beratung und Moderation des angestoßenen Entwicklungsprozesses hilfreich sein.

Das Steuerungsgremium sollte möglichst über ein eigenes Budget mit eigener Verwendungsbefugnis verfügen. Es ist auf hohe Glaubwürdigkeit und Akzeptanz beim Management und bei den Mitarbeitern angewiesen, die durch sichtbare Unabhängigkeit, Sachbezogenheit und einen spürbaren Erfolg entwickelt werden. Um ein hohes Niveau an Professionalität zu erzielen, sollten die Mitglieder in Fragen der Gesundheit im Unternehmen beraten, geschult und qualifiziert werden. Die Leitung des Steuerungsgremiums sollte eine vom Management für das Thema verantwortlich eingesetzte Person übernehmen und als Bindeglied zwischen oberster Führungsebene, Steuerungsgremium, Projektteams sowie Führungskräften und Mitarbeitern betroffener Unternehmensteile fungieren. Zu den relevanten Aufgaben der Gremiumsleitung zählen die regelmäßige Überprüfung der Zielsetzung und der gewählten Methoden und Instrumente zur Zielerreichung, Terminplanung und -koordination, Delegation, Koordination und Steuerung von Teilaufgaben, Kosten-, Leistungs- und Qualitätskontrolle, Sicherstellung des Informationsaustausches und der Dokumentation, Vorbereitung und Herbeiführung von Entscheidungen, Berücksichtigung neuer Entwicklungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie regelmäßige Berichterstattung gegenüber dem Top-Management, dem Betriebs-/ Personalrat sowie dem Steuerungsgremium. Für die Aufgabenbewältigung sollte die Leitung über adäquate Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen verfügen.

6.2 Unternehmensleitung und Führungskräfte

Ein glaubhaftes Engagement der obersten Führungsebene bei der Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ist Voraussetzung für erfolgreiches Handeln. Der ehrliche Wille zeigt sich, indem adäquate Ressourcen seitens der Unternehmensleistung bereitgestellt werden. Dazu gehören finanzielle Mittel sowie für die verantwortlich handelnden Akteure ausreichend zeitliche, räumliche und technische Ressourcen.

Neben der Unterstützung und der Bereitstellung verschiedener Mittel, ist für das Führungsverhalten zu beachten, dass dieses einen direkten Einfluss auf die Arbeitstätigkeit, -bedingungen, -zufriedenheit und -motivation sowie indirekten Einfluss auf die Gesundheit und damit auf die Arbeitsanwesenheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter hat. Die Vernachlässigung der Führungsaufgabe zu Gunsten der Erfüllung von Sach- und Fachaufgaben begünstigt innere Kündigung, Fehlzeiten und Fluktuation. Führungskräfte können zudem durch professionell geführte Mitarbeitergespräche herausfinden, in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht, um die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten. Diese Erkenntnisse können die Arbeit des Steuerungsgremiums hilfreich unterstützen und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen herangezogen werden. Dem Arbeitgeber wird auferlegt, neben der Erhebung der Fehlzeiten und der Durchführung an sich, den Betroffenen über die Ziele des BEM aufzuklären, für die Einhaltung des Datenschutzes zu sorgen und die zuständige Interessenvertretung

sowie ggf. die Schwerbehindertenvertretung einzuschalten. Auch der Werks- oder Betriebsarzt sollte hinzugezogen werden.

Im Ermessen des Unternehmens liegt es letztlich, ob neben den gesetzlich vorgeschriebenen Personen weitere betriebliche Akteure eingeschaltet werden sollen. Wenn Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht kommen, muss der Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Menschen das Integrationsamt hinzuziehen (vgl. § 84 Abs. 2 SGB IX).

6.3 Personal- und Organisationsmanagement

Das Personalmanagement beschäftigt sich mit allen personellen Fragen im Unternehmen und stellt eine strategische Führungsaufgabe dar. Dies beinhaltet die Beteiligung an der Formulierung betrieblicher Strategien und der Gestaltung der Organisationsstruktur. Im Sinne eines modernen Personalmanagements bleiben personelle Fragen nicht allein Aufgabe der Personalabteilung, sondern weiten sich auf alle betrieblichen Funktionsbereiche aus. Insbesondere Führungskräfte werden immer mehr gefordert, Gestaltungsaufgaben des Personalmanagements in Kooperation mit der Personalabteilung wahrzunehmen. Zu den Gestaltungsaufgaben gehört neben der Mitarbeiterführung auch die systematische Organisationsgestaltung, die sich beispielsweise mit den Arbeitsbedingungen und der Personalentwicklung befasst. Das Personal- und Organisationsmanagement ist somit auch ein wesentlicher innerbetrieblicher Akteur im Prozess der Schaffung eines arbeitsfähigkeitserhaltenden Arbeitsumfeldes.

6.4 Betriebsarzt

Eine wichtige Aufgabe des Betriebsarztes ist die Verhütung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen, was ihn somit definitionsgemäß schon zu einem zentralen Akteur im Prozess der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit von (chronisch) kranken Arbeitnehmern macht. In seiner Funktion unterstützt der Betriebsarzt den Unternehmer bei der Wahrnehmung seiner Verantwortung für den Gesundheitsschutz seiner Beschäftigten. Das beinhaltet die Beurteilung der Arbeitsbedingungen im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes und die Ableitung angemessener, wirksamer Präventionsmaßnahmen. Dazu gehören u. a. die Gestaltung des Arbeitsplatzes und des Arbeitsumfeldes, die Beratung zu persönlicher Schutzausrüstung, die Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie die Unterstützung bei der Planung gezielter gesunderhaltender Maßnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene. Neben der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen, die ein wichtiger Schritt zur Prävention im Unternehmen sind, beschäftigt sich der Betriebsarzt auch mit Fragen der ergonomischen und barrierefreien Gestaltung der Arbeitsplätze, mit der Organisation der betrieblichen Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten

oder Unfallopfern, mit der Beurteilung der Arbeitsbedingungen, mit Suchtproblemen bei Arbeitnehmern sowie mit der systematischen Einbindung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen in die Unternehmensprozesse.

In Zeiten veränderter Arbeitsformen und einer Zunahme chronischer, insbesondere psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz ist es zudem Aufgabe des Betriebsarztes, seine Rolle in einem ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitsmanagement wahrzunehmen und als professionell ausgebildeter Ansprechpartner bei Fragen zur Arbeitsfähigkeitserhaltung und -wiederherstellung für das Steuerungsgremium und die Beschäftigten zur Verfügung zu stehen. Der Betriebsarzt ist genau da vor Ort, wo das Problem beginnt und kann bei der Herausforderung der Arbeitsfähigkeitserhaltung somit zielführend beraten. Er stellt zudem die geeignete Schnittstelle zur Herstellung interkollegialer Kooperationen, speziell zwischen kurativer Versorgung, betriebsärztlicher Tätigkeit und praktischer Sozialmedizin dar.

6.5 Betriebsrat

Mit dem generellen Ziel, die Beschäftigung im Betrieb, die Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung zu fördern und zu sichern, hat der Betriebsrat quasi als Kontrollinstanz in erster Linie dafür Sorge zu tragen, dass die zugunsten der Arbeitnehmer geltenden Gesetze, Verordnungen, arbeitsschutzrechtliche Regelungen, Unfallverhütungsvorschriften, Tarifverträge, allgemeinen arbeitsrechtlichen Grundsätze und Betriebsvereinbarungen im unternehmerischen Alltag durchgeführt und eingehalten werden.

Zum Aufgabenbereich des Betriebsrates gehört auch, die Beschäftigung älterer Arbeitnehmer im Betrieb zu fördern. Dies betrifft vor allem Arbeitnehmer, die bestimmte Altersstufen überschritten haben und nicht wegen ihres Alters benachteiligt werden dürfen. In Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber hat der Betriebsrat nach § 96 Abs. 2 BetrVG 1972 insb. darauf zu achten, dass ältere Arbeitnehmer auch bei Maßnahmen der beruflichen (Weiter-)Bildung angemessen berücksichtigt werden.

Der Interessenvertretung wurde zudem das besondere Recht einer Überwachung über den formal korrekten Verlauf des BEM zugewiesen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass das Verfahren des BEM die Wünsche und Ziele des Beschäftigten berücksichtigt und nicht zu einer Art ‚Versetzung‘ oder ‚Ausgliederung‘ führt.

In besonderen Fällen hat der Betriebsrat nach § 93 SGB IX ebenfalls auf die Wahl einer Schwerbehindertenvertretung hinzuwirken und gemäß § 83 SGB IX mit dem Arbeitgeber und der Schwerbehindertenvertretung eine verbindliche Integrationsvereinbarung zur Eingliederung Schwerbehinderter abzuschließen.

6.6 Beschäftigte

Wenn die Beschäftigten als wichtigste Ressource eines Unternehmens gesehen werden, deren Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit es zu schützen und zu fördern gilt, ist es vor allem Aufgabe der Führungskräfte einen kontinuierlichen Dialog mit den Beschäftigten zu arbeitsfähigkeitserhaltenden Themen und deren Bedeutung für die betriebliche Zukunft zu führen. Dabei sind deren aktive Beteiligung sowie ihre Befähigung zu einem gesundheitsbewussten Verhalten und ihre Motivation zur Qualifizierung und Weiterbildung unabdingbar. In diesem Zusammenhang ist es zielführend, die Mitarbeiter aktiv an der Planung und Umsetzung festgelegter Maßnahmen zu beteiligen. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollten Mitarbeiter darüber hinaus befähigen, durch entsprechende Verhaltensweisen ihre eigene Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, die vor allem die Entstehung von Krankheiten verhüten und einem vorzeitigen Verschleiß aktiv entgegenwirken sollen. In Bezug auf die Integration chronisch kranker oder leistungseingeschränkter Mitarbeiter gilt es durch Sensibilisierung der Belegschaft dafür Sorge zu tragen, dass Diskriminierung verhindert und somit ein erfolgreiches kooperatives Arbeiten ermöglicht wird.

6.7 Disability Manager

Im Falle der längerfristigen Arbeitsunfähigkeit eines Beschäftigten kann ein Disability Manager für die erfolgreiche Umsetzung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements sorgen und hierdurch bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit wertvoll unterstützen. Er ist speziell dazu ausgebildet, den Beschäftigten zu helfen, nach längerer Krankheit oder einem Unfall möglichst früh wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren und die Umsetzung notwendiger betrieblicher und persönlicher Veränderungen zu realisieren. Im Rahmen seiner Tätigkeit nimmt der Disability Manager Kontakt mit Versicherungsträgern, Ärzten, aber auch Vorgesetzten und betrieblichen Interessenvertretern auf und sorgt somit für die notwendige Zusammenarbeit der beteiligten inner- und außerbetrieblichen Akteure.

7. Außerbetriebliche Funktionsbereiche zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

Die Wissenschaft ist sich unlängst einig, dass zur Begegnung der demografischen Entwicklung ein kombiniertes Handeln zur Gewährleistung alters- und altersgerechter Arbeitsbedingungen im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Prävention und der Rehabilitation notwendig ist. Das Ziel des ‚gesunden Alterns‘ sollte im Rahmen betrieblicher Gesundheitspolitik durch die Verbindung präventiver und rehabilitativer Anstrengungen verfolgt werden. Hierbei kommt es vor allem auf die Kooperationen an der Schnittstelle zwischen

den Betrieben als internen und den Sozialversicherungsträgern als externen Funktionsbereichen und Unterstützungsinstanzen beim Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit an.

Insbesondere die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungen weisen Erfahrungen und Kompetenzen auf, um betriebliche Akteure durch Aufklärung, Qualifizierung, Vermittlung von Instrumentenkenntnis, konkrete Hilfestellungen und Qualitätssicherung zu unterstützen. Als Motivationsleistung für Unternehmen, sich für die Gesundheitsförderung und -wiederherstellung zu engagieren, wurde den Sozialversicherungen zudem die gesetzliche Möglichkeit eröffnet, ihnen Bonuszahlungen für die Durchführung von Maßnahmen z.B. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§65a SGB V) oder auch beim betrieblichen Eingliederungsmanagement (§84 SGB IX) anzubieten.

Zudem sind die Sozialversicherungsträger – hier die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Gesetzliche Unfallversicherung (GUV) – auch untereinander durch gesetzliche Verankerungen im Sozialgesetzbuch dazu angehalten, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§14 Abs. 2 SGB VII) und der betrieblichen Gesundheitsförderung (§20b SGB V) zusammenzuarbeiten. Hierauf basiert auch die Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

Mit dem Ziel der Gewährleistung einer lückenlosen und zielgenauen Rehabilitation für Behinderte und chronisch kranke Menschen haben sich die Träger der GKV, der GUV und der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) ebenfalls mit weiteren Akteuren wie der Bundesagentur für Arbeit, den Bundesländern und dem Deutschen Gewerkschaftsbund zur Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zusammengeschlossen.

Neben der politisch geforderten Zusammenarbeit sind außerdem einige Kooperationsprojekte und -initiativen in Gemeinschaftsarbeit der GUV und GKV entstanden, die die einzelnen akteursbezogenen Ziele zur Prävention, zum Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung vereinen sollen. Vor allem im Rahmen der „Initiative Gesundheit und Arbeit“ (IGA) wird die Gemeinschaftsarbeit, die im Projekt IPAG („Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit“) und dem Projekt KOPAG („Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit“) begonnen hat, weitergeführt. Sowohl die jeweiligen Leistungen der Sozialversicherungen als auch die Unterstützungsbeiträge weiterer außerbetrieblicher Akteure beim Erhalt- und der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit werden im Folgenden vorgestellt.

7.1 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Als außerbetrieblicher Funktionsbereich haben vor allem die gesetzlichen Krankenversicherungen das Potenzial, den innerbetrieblichen Prozess zum Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit auf unterschiedliche Weise zu unterstützen.

Gesetzlich sind die Krankenkassen gemäß § 20a SGB V unter Beteiligung der Versicherten und der Betriebsverantwortlichen zu Leistungen der Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)) verpflichtet. Im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes sind die prioritären Handlungsfelder und Qualitätskriterien für die Maßnahmen zur Initiierung von Prozessen zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Betrieb und der hierfür notwendigen Kompetenzvermittlung niedergeschrieben.

Die Aufgabe der GKV besteht dabei vornehmlich darin, die „gesundheitliche Situation im Betrieb einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln sowie deren Umsetzung zu unterstützen“. Bei der Ermittlung der Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotentiale innerhalb eines Betriebes, nutzen die Krankenkassen verschiedene, über die Jahre entwickelte Instrumente wie z.B. Arbeitsunfähigkeitsanalysen, Gefährdungsermittlungen und -beurteilungen, arbeitsmedizinische Untersuchungen, Befragung von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen, betriebliche Gesundheitszirkel zur Entwicklung und Umsetzung von betriebsbezogenen Verbesserungsvorschlägen sowie Führungskräfte-seminare. In Abhängigkeit des identifizierten Bedarfs und in Abstimmung mit den Betrieben und den zur Zusammenarbeit angehaltenen UV-Trägern (§20b SGB V) entwickeln die Krankenkassen geeignete Konzepte, deren Einzelmaßnahmen bedarfsbezogen allen Mitarbeitern eines Unternehmens zur Verfügung stehen müssen. Die priorisierten Handlungsfelder beinhalten

- arbeitsbedingte körperliche Belastungen nach dem Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates
- Betriebsverpflegung nach dem Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz Psychosoziale Belastungen (Stress) nach dem Präventionsprinzip:
- Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz nach dem Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
- Suchtmittelkonsum nach den Präventionsprinzipien: Rauchfrei im Betrieb und „Punktnüchternheit“ (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit.

Das Leistungsangebot der Krankenkassen für die Unternehmen, das auch an externe Dienstleister oder andere kooperierende Krankenkassen ausgelagert werden kann, umfasst im weiteren Prozessverlauf eine Beratungsfunktion, die Moderation von Projektgruppen bzw. Gesundheitszirkeln, ein Projektmanagement, die Dokumentation, die Information der Belegschaft, die Erfolgskontrolle und die generelle Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen betrieblichen und persönlichen Situation.

Gemäß dem Leitfaden werden die Aufgaben der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung nur erfüllt, solange sowohl die Unfallversicherung als auch die gesetzliche Krankenversicherung in den Prozess involviert sind und sichergestellt werden kann, dass die initiierten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem in der Verantwortung der UV-Träger stehenden Arbeitsschutz abgestimmt sind. In diesem Zusammenhang bleibt jedoch aufzuführen, dass die GUV nicht gesetzlich dazu angehalten ist, sich an der Durchführung von gesundheitsförderlichen Interventionen zu beteiligen und deren Engagement folglich nach Abwägung von Kosten und Nutzen erfolgt.

In Ergänzung der Leistungen zur BGF können Arbeitgeber von den Krankenkassen auch Hilfestellungen bei der Implementierung und Durchführung des BEM erhalten. Bei der Schaffung notwendiger Strukturen für ein effektives Eingliederungsmanagement können Krankenkassen beispielsweise personell und finanziell bei der Ausbildung von Disability Managern, beim Aufbau eines Integrationsteams im Betrieb und bei der Vernetzung von internen und externen Akteuren unterstützen.

Als weitere Unterstützungsleistung der GKV im Rahmen der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit kann darüber hinaus noch die stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V angeführt werden. Nach vorheriger ärztlicher Feststellung sehen Krankenkassen für langzeitarbeitsunfähige Erwerbspersonen (> 42 Tage) Wiedereingliederungsprogramme vor, die parallel zur Zahlung des Krankengeldes eine stufenweise und unterstützte Wiederaufnahme der Tätigkeit nach der Vorgehensweise des sogenannten „Hamburger Modells“ beinhalten. Nach § 47 SGB V basiert die Höhe des Krankengeldes dabei auf einer Vergleichsrechnung zwischen 70% des letzten monatlichen Bruttogehalts und 90% des letzten monatlichen Nettogehalts. Diese Wiedereingliederungsprogramme kommen nachweislich sowohl den Krankenkassen als auch den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern zugute. Die daraus resultierende verkürzte Arbeitsunfähigkeit bedeutet eine Krankengeldeinsparung für die Krankenkassen, eine zeitnahe Wiedereinsetzbarkeit des Betroffenen für den Arbeitgeber und für den Arbeitnehmer eine Chance, mit Auslauf der auf eine Bezugsdauer von 78 Wochen begrenzten Krankengeldzahlungen weitestgehend wieder arbeitsfähig zu sein. Schließt sich die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar (innerhalb von 28 Tagen) im

Anschluss an eine durch den Rentenversicherungsträger bewilligte medizinische Rehabilitation an, ruhen die Krankengeldzahlungen und die Kostenträgerschaft wechselt auf die GRV und deren Übergangszahlungen.

Der Antrag auf stufenweise Wiedereingliederung bei den Krankenkassen erfolgt in der Regel auf Initiative des behandelnden niedergelassenen Arztes, sollte aber auch im besonderen Interesse des Betriebsarztes und des Arbeitgebers stehen. Dieser Zusammenhang wiederum bestätigt die Wichtigkeit der Zusammenarbeit inner- und außerbetrieblicher Akteure beim Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

7.2 Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)

Die im SGB VII in Verbindung mit dem SGB IX verankerte gesetzliche Unfallversicherung stellt eine Pflichtversicherung dar, bei der alle Beschäftigten eines Betriebes durch den Arbeitgeber versichert sein müssen. Der Arbeitnehmer ist dadurch gegen gesundheitliche Schäden, die durch seine Arbeit entstehen, versichert. Solange die Schäden in unmittelbarem Zusammenhang mit der Arbeit stehen, spielt es dabei keine Rolle, ob sie durch einen Unfall oder andere Faktoren entstanden sind.

Mit dem Ziel Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (BK) gemäß § 9 Abs. 1 Sozialgesetzbuch VII zu verhindern sowie nach deren Eintritt die Arbeitsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen, bestand der ursprüngliche Gesetzesauftrag der GUV darin, Arbeitsschutzvorschriften zu erlassen (§15), deren Einhaltung in den Betrieben durch eigenes Aufsichtspersonal zu überwachen (§17) und Unternehmen und Versicherte zu beraten (§17) sowie zur Teilnahme an den von ihnen angebotenen Aus- und Fortbildungslehrgängen anzuhalten (§23). Dieser gesetzliche Auftrag wurde zusätzlich um die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ausgeweitet.

Das Ziel der präventiven Maßnahmen zur Vermeidung (chronischer) Berufskrankheiten besteht hierbei darin, möglichst den bestehenden Arbeitsplatz zu erhalten und somit die Arbeitsfähigkeit des Betroffenen zu sichern. Als Leistungsangebot für den Arbeitgeber geschieht dies durch Ermittlung der Ursachen von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, durch betriebliche Beratung und durch Erweiterung des Spektrums an Ausbildungs- bzw. Qualifizierungsprogrammen, die neben Sicherheitstechnik, Unfallverhütung und Arbeitshygiene, ebenfalls Themen wie Führungsverhalten, psychische Belastungen und Stress oder Arbeitsschutzmanagement umfasst. Neben dem technischen Aufsichtsdienst, obliegt den UV-Trägern ebenfalls die gesetzliche Möglichkeit der Einrichtung überbetrieblicher arbeitsmedizinischer Dienste.

Basierend auf der gesetzlich verankerten Forderung nach Kooperation der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherungen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§14 Abs. 2 SGB

VII) unterstützen die Krankenkassen die UV-Träger in diesem Zusammenhang durch die Übernahme nachfolgender Aufgaben:

- die Ermittlung von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen
- die Unterrichtung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung über diese Erkenntnisse
- die Mitteilung von berufsbedingten gesundheitlichen Gefährdungen oder Berufskrankheiten im Einzelfall.

Die Zusammenarbeit mit Krankenkassen erfolgt häufig mit Einführungsprojekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmen, die den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung gleichsam im Fokus haben. Der konkrete Handlungsrahmen hierzu, der im Umkehrschluss auch die Unterstützung der Krankenkassen durch die UV-Träger bei der betrieblichen Gesundheitsförderung vorsieht, ist in der entsprechenden Rahmenvereinbarung der beiden Sozialversicherungen festgehalten. In diesem Zusammenhang ist vorgesehen, dass sich die GUV – auch ohne eigene gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung von BGF-Maßnahmen – als Unterstützungsleistung für die GKV mit ihren Kompetenzen und Erfahrungen (im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Ressourcen) in jeweils seitens der GKV entwickelte BGF-Konzepte einbringt oder ihr Wissen in auf Verbandsebene zu bildenden Arbeitskreisen teilt.

Kommt es trotz der präventiven Maßnahmen zu Unfällen oder Berufskrankheiten kümmern sich bei den UV-Trägern die Berufshelfer um eine ganzheitliche Unterstützung und um eine möglichst schnelle Wiedereingliederung ins Arbeitsleben. Im Rahmen des Rehabilitationsmanagements sind die UV-Träger dabei einerseits auf die Akzeptanz, die aktive Mitwirkung, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Betroffenen und andererseits auf die Verantwortung der Unternehmen angewiesen. Für die Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit übernehmen die UV-Träger dabei die Kosten für alle geeigneten Maßnahmen während der Akutversorgung, der medizinischen Rehabilitation sowie der beruflichen und sozialen Teilhabe. Betroffene können mit Unterhaltsabsicherungen in Form von Verletztengeld oder Übergangsgeld im Falle einer notwendigen Umschulung rechnen. Die Unfallversicherungen tragen überdies aber auch die Kosten für eine stufenweise Wiedereingliederung (§26 SGB IX), wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls am Arbeitsplatz entstanden ist.

Durch Investitionen, die zur Gesunderhaltung bzw. zum Schutz der Beschäftigten (gesundheitgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Vermeidung von Unfällen) beitragen, werden dem UV-Träger folglich Kosten eingespart, die sich durch den jeweiligen Schaden und dessen Spätfolgen ergeben würden.

Losgelöst von den beim Arbeitsplatzzerhalt vermiedenen Kosten bleibt das Eigeninteresse der UV-Träger an einer erweiterten Präventionspraxis und der in der gemeinsamen Rahmenvereinbarung festgelegten Unterstützungsleistung an die GKV bei BGF-Projekten dennoch fraglich. Aufgrund des Kausalprinzips haften die UV-Träger nämlich nur für Verletzungen oder Berufskrankheiten, die in der BK-Liste der Berufskrankheitenverordnung aufgenommen wurden, wenn deren Ursache eindeutig in der beruflichen Tätigkeit liegt. Die Kosten für Ausfälle durch chronische Krankheiten, die nicht in der BK-Liste stehen oder nicht im direkten Zusammenhang zum Berufsumfeld stehen, haben folglich andere Sozialversicherungsträger zu übernehmen. So ist die GUV zwar für die Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zuständig, hat die Folgen dieser Gefahren jedoch häufig nicht zu tragen. Dies hat zur Folge, dass sich UV-Träger mitunter daran gehindert sehen könnten, präventiv einzuschreiten und stattdessen abwarten und andere Sozialversicherungsträger wie GKV und GRV vorleisten lassen.

7.3 Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)

Der Gesetzgeber hat mit § 84 SGB IX und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) alle Arbeitgeber verpflichtet, frühzeitig Anstrengungen zu unternehmen, um Chronifizierungen von Erkrankungen bei Beschäftigten zu verhindern und im Falle längerer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit Änderungen bzgl. der Arbeitsbedingungen herbeizuführen, damit die betroffene Person gesundheitsverträglich weiterbeschäftigt und somit dauerhaft wiedereingegliedert werden kann.

Ein Arbeitsplatzverlust auf Grund einer gesundheitlichen Einschränkung kann durch eine angemessene rehabilitative Vorgehensweise verhindert werden. Die gesetzliche Rentenversicherung sieht zwar in diesem Zusammenhang auch eine Unterstützung bei Prävention und Gesundheitsförderung vor, im Fokus der Leistungen stehen aber vor allem die Arbeitnehmer, deren Erwerbsfähigkeit bereits erheblich gefährdet oder zumindest gemindert ist.

Zur Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von (chronisch) kranken Erwerbspersonen bietet die gesetzliche Rentenversicherung – bei Erfüllung definierter versicherungsrechtlicher und bestimmter medizinischer Voraussetzungen – jeweils auf Antrag gemäß § 9, Abs. I SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an. Medizinische Rehabilitationsleistungen stehen jeder Erwerbsperson zu, deren Erwerbsfähigkeit gemindert oder gefährdet ist und die durch Rehabilitation in stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden soll. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wiederum können von Betroffenen in Anspruch genommen werden, wenn diese ihren Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können. Mit dem Ziel der

Wiedereingliederung des Betroffenen ins Arbeitsleben umfasst dies mitunter auch Hilfen zur Sicherung des Arbeitsplatzes oder Hilfen zur Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes in Form von Beratung, Vermittlung, Trainingsmaßnahmen, Mobilitätshilfen sowie Kraftfahrzeughilfe. Neben weiteren direkten Leistungen an die Betroffenen zum Ergreifen neuer Erwerbsformen (Berufsvorbereitung einschließlich der wegen Behinderung eventuell notwendigen Grundausbildung, berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung, Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit, Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen) werden aber auch Leistungen an Arbeitgeber zur Unterstützung ihrer Beschäftigungsbereitschaft erbracht.

Mit dem Ziel der schnellen Wiedereingliederung einer (chronisch) kranken Erwerbsperson sollten als Zugangsweg zu den GRV-Leistungen bestenfalls Werks- und Betriebsärzte in Kooperation mit Haus- und Fachärzten als Anreger der Notwendigkeit einer solchen Leistung standardisiert eingesetzt werden. Dies wurde bereits in einer gemeinsamen Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004 festgeschrieben.

Bei der Durchführung des BEM können die Arbeitgeber dabei auf die Unterstützung durch die gesetzliche Rentenversicherung zurückgreifen, die hierfür bundesweit ein dichtes Netz von Fachberatern für Rehabilitation, trägerübergreifende gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation und Auskunfts- und Beratungsstellen vorhält.

Hinsichtlich einer weiteren Wiedereingliederungsleistung, sind die Rentenversicherungsträger, wie zuvor schon ausgeführt, auch diejenigen, die im Falle einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 SGB V im direkten Anschluss an eine medizinische Rehabilitation bzw. innerhalb von vier Wochen nach Reha-Abschluss die Kosten tragen. Die Höhe des Übergangsgeldes gemäß § 46 SGB IX, das den Betroffenen in der Zeit der Wiedereingliederung seitens der GRV zusteht, liegt bei 68% des letzten monatlichen Nettogehalts bei kinderlosen Personen und bei 75% des letzten monatlichen Nettogehalts bei Personen mit mindestens einem Kind.

7.4 Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation

Bei den Gemeinsamen Servicestellen handelt es sich um trägerübergreifende Einrichtungen, die von allen Rehabilitationsträgern (Gesetzliche Krankenversicherungsträger, Unfall- und Rentenversicherungsträger, Bundesagenturen für Arbeit, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, öffentliche Jugend- oder Sozialhilfeträger) in alle Landkreisen und kreisfreien Städten nach Vorgabe des SGB IX eingerichtet wurden.

Bei Fragen zur Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben können die von Unfall oder rehabilitationsnotwendiger Krankheit betroffenen Erwerbspersonen und deren Arbeitgeber die

Anlaufstellen nutzen, um sich umfassend über die Zielsetzung, Zweckmäßigkeit und Erfolgsaussicht möglicher Leistungen zur Teilhabe zu informieren. Hierbei wird sowohl der individuelle Hilfebedarf ermittelt als auch geklärt, welcher Rehabilitationsträger für die Leistungen zuständig ist.

Sind Leistungen verschiedener Rehabilitationsträger angezeigt, koordiniert die Servicestelle für Rehabilitation die Zusammenarbeit dieser Träger und steht auch im laufenden Rehabilitationsverfahren als Unterstützungspartner zur Verfügung.

8. Politische Anstrengungen im Zusammenhang mit den Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

In einem Bericht zur Zukunft des Sozialstaates machte im Jahre 2009 Finanzminister Wolfgang Schäuble deutlich, dass es die Aufgabe der Politik sei, den kommenden Generationen zukunftsfähige Sozialsysteme zu hinterlassen. So müssen politische Aktivitäten den aus dem demografischen Wandel resultierenden Veränderungen mit nachhaltigen Werkzeugen und Methoden begegnen. Dabei warnt der Bundesminister jedoch vor allzu übermäßiger Negativbetrachtung der zukünftigen Gesellschaft. „Wer wegen der Tatsache, dass die Menschen länger leben, in Alarmismus ausbricht oder Untergangspropheten verbreitet, der übersieht, dass die steigende Lebenserwartung das gewollte Ergebnis menschlichen Handelns, also eine kulturelle Leistung ist.“⁷ Die längere Lebenserwartung und die längere Lebensarbeitszeit sind folglich nicht als Bedrohung, sondern als Erfolg zu betrachten. Nebeneffekten dieses Erfolgs, wie beispielsweise dem wachsenden Missverhältnis zwischen Ausgaben und Einnahmen in Renten-, Kranken- und Pflegeversicherungen, müsse jedoch mit entsprechenden Konsequenzen auf unterschiedlichen Ebenen begegnet werden. Dazu ist vor allem ein interdisziplinäres Handeln der unterschiedlichen Teilbereiche, die von den Auswirkungen des demografischen Wandels betroffen sind, unerlässlich.

Mit der Demografiestrategie der Bundesregierung „Jedes Alter zählt“, die Anfang des Jahres 2012 ins Leben gerufen wurde und die es sich zur Aufgabe gemacht hat, dem demografischen Wandel in Deutschland zur Sicherung von Wohlstand und Wachstum adäquat zu begegnen, müssen alle den Demografieprozess potenziell beeinflussbaren Kräfte in Staat und Gesellschaft gebündelt und neue Lösungen entwickelt werden. Dazu gehört nach Aussagen von Bundesinnenminister Dr. Hans-Peter Friedrich ein breiter Dialog zwischen allen Verantwortlichen in Staat und Gesellschaft. Folglich richtet sich die vorgelegte „Demografiestrategie der Politik für alle Generationen“ an alle Lebensbereiche, in

⁷ Schäuble, in ‚Die Zukunft des Sozialstaates‘ von Hans-Jürgen Papier, Hans-Gert Pöttering, Eva Rindfleisch und Matthias Schäfer, S. 84, 2011.

denen die Menschen die Auswirkungen des demografischen Wandels ganz unmittelbar und am stärksten erfahren. Die ressortübergreifenden Handlungsfelder der Strategie umfassen:

- Familie als Gemeinschaft stärken
- Motiviert, qualifiziert und gesund arbeiten
- Selbstbestimmtes Leben im Alter
- Lebensqualität in ländlichen Räumen und integrative Stadtpolitik fördern
- Grundlagen für nachhaltiges Wachstum und Wohlstand sichern
- Handlungsfähigkeit des Staates erhalten

Für jedes Handlungsfeld werden konkrete Ziele und Maßnahmen formuliert. Die Maßnahmen zum motivierten, qualifizierten und gesunden Arbeiten beinhalten mitunter, durch eine Verteilung der Lebensarbeitszeit bzw. eine Flexibilisierung der Übergänge in die Rente und durch eine alters- und altersgerechte Gestaltung der Arbeitswelt, Rahmenbedingungen für die Möglichkeit einer längeren Lebensarbeitszeit zu schaffen. Der beruflichen Qualifizierung und der ständigen Weiterbildung wird dabei im Hinblick auf ein produktives und zufriedenes Arbeitsleben ebenso viel Bedeutung beigemessen wie der Gesunderhaltung. Die Verantwortung für die Umsetzung der Maßnahmen tragen der Einzelne und der Arbeitgeber gleichermaßen.

Im Rahmen der Demografiestrategie sind nicht nur die Bundesvertreter als umsetzende Instanzen vorgesehen, sondern es wird explizit auch eine Zusammenarbeit der Länder, Kommunen, Verbände, Sozialpartner und anderer Akteure der Zivilgesellschaft forciert. Unter der Federführung des Bundesinnenministers werden mit dem Ziel effizienter Kooperationen hierzu regelmäßige Demografie Gipfel abgehalten. Der erste Demografie Gipfel fand bereits im Oktober 2012 statt.

In der Diskussion um Prävention und Gesundheitsförderung wird häufig auch das Thema des fehlenden Präventionsgesetzes angeführt. Ein erster Gesetzesentwurf, der der Prävention neben der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege als vierte Säule im Gesundheitswesen einen höheren Stellenwert beimessen sollte, scheiterte erstmals im Jahr 2005 am Beschluss des Bundesrates. Der Gesetzesentwurf zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention sah in seiner ursprünglichen Version zum einen vor, das verstärkte Auftreten chronischer Erkrankungen zu mindern und sozial bedingte sowie geschlechtsbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen abzubauen. Zum anderen sollten die sozialen Präventionsträger stärker in die Verantwortung genommen und zur Kooperation angehalten werden. Als Gründe für das bisherige Scheitern eines Präventionsgesetzes wurden vorrangig die unstrukturierte Organisation und die mitunter zu stark GKV-belastende Finanzierung übergreifender Projekte zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung angegeben. Kranken-, aber auch Renten-, Unfall- und Pflegekassen sowie die private Krankenversicherungen sollten

Millionenbeträge für Projekte zur Verbesserung der „Lebenswelten“ in einen gemeinsamen Finanztopf abführen.

Mit dem aktuell vorliegenden Referentenentwurf zum Gesundheitsförderungs- und Präventionsstärkungsgesetz aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird auf Grund der weiterhin bestehenden Notwendigkeit zur Forcierung der demografiebedingten Herausforderungen ein erneuter Vorstoß zur Beschlussfindung gesucht. Es sind konkrete Änderungen im SGB V vorgesehen, die u.a. die Ausgaben der Krankenkassen für Präventionszwecke, die Früherkennung von Krankheiten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung betreffen. Des Weiteren zielt der Entwurf darauf ab, dass im BMG eine ständige Präventionskonferenz eingerichtet wird, die der Verständigung auf gemeinsame Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele dienen soll. Im Hinblick auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit bezieht sich der Entwurf explizit auf den mit der demografischen Entwicklung einhergehenden verstärkten Handlungsdruck. Zudem wird die Bedeutung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen mit dem Ziel der Senkung des Auftretens chronischer Krankheiten und des gesunden Älterwerdens betont. Betriebe werden einerseits dazu angehalten, eine altersgruppenübergreifende Personalpolitik und Unternehmenskultur zu entwickeln und andererseits attraktive und der älteren Belegschaft angemessene Arbeitsplätze zu schaffen. Hierbei wird darauf hingewiesen, dass betriebliche Maßnahmen zum Schutz der körperlichen und psychischen Gesundheit in erster Linie zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beitragen sollen. Neben den Arbeitgebern sollen auch die Krankenkassen dazu verpflichtet werden, ihren Einsatz für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung auszuweiten. Hierbei wird erstmals auch die Aufforderung formuliert, die Kompetenz der Betriebsärzte durch Beteiligung an der Leistungsumsetzung der Krankenkassen in den Betrieben zu nutzen. So soll in § 20 Abs. 2 SGB V ausdrücklich geregelt werden, dass bei der Leistungsauswahl einer Krankenkasse die „im Rahmen einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgegebene Empfehlung zu berücksichtigen ist“. Durch die Zuweisung einer Schlüsselrolle hinsichtlich der Steuerung von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen soll die Rolle der Betriebsärzte ausdrücklich gestärkt werden.

Inwiefern dieser Gesetzesentwurf zur Beschlussfindung kommt und die vorgesehenen Änderungen als Unterstützungshandlung letztlich zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit beitragen, wird die zukünftige Praxis zeigen.

9. Schwachstellen und Verbesserungspotenziale bei Erhalt und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit in der Praxis - Erkenntnisse aus Experteninterviews

Da die Gestaltungsfelder beim Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sehr vielfältig sind, ist eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Funktionsbereiche sinnvoll, die sich gegenseitig ergänzen und einen längerfristigen krankheitsbedingten Ausfall von Beschäftigten verhindern helfen bzw. zu deren schneller beruflicher Wiedereingliederung beitragen. In der Theorie sind die Aufgabenbereiche der einzelnen Akteure wissenschaftlich fundiert, gesetzlich festgeschrieben oder zumindest politisch gefordert. Inwiefern die Praxis dennoch Schwachstellen und Verbesserungschancen aufweist und wie diesbezüglich die politisch forcierte Zusammenarbeit der einzelnen außerbetrieblichen Funktionsbereiche mit den innerbetrieblichen Akteuren, aber auch untereinander funktioniert, wurde in vorliegender Untersuchung im Rahmen von Experteninterviews erforscht. Bei den 14 befragten Experten handelt es sich um Vertreter der Sozialversicherungsträger und der Gesellschaften chronisch Kranker jeweils auf Verbandsebene, um innerbetriebliche Akteure sowie um Experten, die sich wissenschaftlich mit dem Thema der Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit auseinandersetzen.

9.1 In der Praxis wahrgenommene Schwachstellen

Die interviewten Experten nehmen in der Praxis unterschiedliche Probleme und Schwachstellen wahr. Sie werden auf unterschiedlichen Ebenen sichtbar, können arbeitnehmer-, betriebs-, sozialversicherungs- oder versorgungssystembezogen sein. Im Folgenden werden die im Rahmen der Interviews identifizierten Schwachstellen näher erläutert.

9.1.1 Arbeitnehmerbezogene Schwachstellen

Auf Seiten der Arbeitnehmer besteht insbesondere das Problem der fehlenden Mitwirkung an Maßnahmen zur Arbeitsfähigkeitserhaltung. Auch wenn es viele aktive und gesundheitsbewusste Mitarbeiter gibt, besteht das Problem der mitunter mangelnden Selbstverantwortung und Motivation, insbesondere bei den Mitarbeitern, die erhöhte Risikofaktoren (Rauchen, Ernährung, Bewegung, Trinken) aufweisen. Ihnen wird teilweise eine gewisse „Vollkaskomentalität“ unterstellt. So fehlt es gerade bei den Mitarbeitern, die aufgrund ihres Lebensstils erheblichen Risikofaktoren für chronische Erkrankungen ausgesetzt sind, oft an der Bereitschaft, rechtzeitig notwendige Maßnahmen im persönlichen Umfeld zu ergreifen. Daher werden auch bei Präventionsangeboten im betrieblichen Setting häufig nicht die Mitarbeitergruppen mit dem höchsten Bedarf erreicht, sondern eher diejenigen, die sich ohnehin für ihre Gesundheit engagieren. Insbesondere bei Großunternehmen

verlassen sich einige Mitarbeiter, die ggf. zukünftig ihre Arbeit nicht mehr ausüben können, oft darauf, dass das Unternehmen einen, ihren gesundheitlichen Einschränkungen entsprechenden, Arbeitsplatz für sie organisiert. Vielfach gelingt es Arbeitgebern nicht, bei den Mitarbeitern Einsicht dafür zu erzeugen, dass ihre Initiative und Mitwirkung erforderlich ist und dass Eigenverantwortung eine große Rolle spielt, um die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu fördern bzw. wiederherzustellen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Krankheitsorientierung in der gegenwärtigen Versorgungspraxis auch psychologische Implikationen für die Versicherten beinhaltet. Das Abrechnungssystem für Vertragsärzte und Krankenhäuser erfordert eine durchgängige Dokumentation von (Verdachts-)Diagnosen, wodurch Patienten ein bestimmtes „Label“ aufgedrückt wird. Da allgemein kein hinreichendes Wissen und demzufolge auch kein hinreichendes Bewusstsein in Bezug auf die Leistungsfähigkeit von chronisch Erkrankten besteht, wird dadurch auch bei den Patienten tendenziell die Einschätzung einer verringerten eigenen Leistungsfähigkeit verursacht.

Ein weiteres Problem besteht hinsichtlich der eingeschränkten Kenntnisse der Arbeitnehmer bzgl. der Leistungen, die den einzelnen Versicherten von betrieblicher Seite sowie von den Sozialversicherungen angeboten werden. Auf Grund dieser Unkenntnis bzgl. der einem chronisch kranken Arbeitnehmer zustehenden Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt die Leistungsanspruchnahme vielfach zu spät, um die Arbeitsfähigkeit noch nachhaltig zu erhalten. In diesem Zusammenhang ist eine Unterstützung der betroffenen Mitarbeiter bei der Antragsstellung beim entsprechend zuständigen Sozialversicherungsträger durch den betriebsärztlichen Dienst besonders vorteilhaft, aber häufig nicht verfügbar.

Ferner könnte auf Arbeitnehmerseite im Zusammenhang mit der stufenweisen Wiedereingliederung nach §74 SGB V eine widersprüchliche Anreizwirkung hervorgerufen werden. Informierte Arbeitnehmer sind sich der Tatsache bewusst, dass das Krankengeld der GKV, das man erhält, wenn man mit der stufenweise Wiedereingliederung im direkten Anschluss an die AU oder erst mind. fünf Wochen nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation beginnt, höher ausfällt als das Übergangsgeld der GRV, das einem Versicherten zusteht, dessen Wiedereingliederung unmittelbar bzw. innerhalb von vier Woche nach Reha-Ende erfolgt. Bei der bestehenden ‚gesetzlichen‘ Regelung besteht folglich zurzeit das Problem, dass mehr gezahlt wird, umso später die Wiedereingliederung nach der Reha stattfindet oder gänzlich auf eine Reha verzichtet wird.

Dies stellt einen fehlgerichteten ökonomischen Anreiz für die Versicherten dar. Aus arbeitswissenschaftlicher Sicht soll die stufenweise Wiedereingliederung möglichst früh einsetzen. Aus rein finanzieller Sicht könnte jedoch nicht immer Interesse an einem nahtlosen Übergang bestehen. Daher sehen einzelne Experten die Unterschiedlichkeit der Höhe der Ausgleichsentgelte als eine Schwachstelle im System.

9.1.2 Betriebliche Schwachstellen

Ein Hauptproblem auf betrieblicher Ebene stellt die nach wie vor unzureichende Verbreitung eines systematischen BGMs dar. Diese Problematik betrifft vor allem klein- und mittelständische Unternehmen (KMUs), denn Großunternehmen können schon allein wegen der Stellung der Betriebsräte nicht auf die professionelle Auseinandersetzung mit dem Thema verzichten. Insbesondere bestehen bei KMUs Wissensdefizite hinsichtlich der konkreten Folgen der demografischen Entwicklung für die Arbeitsfähigkeit ihrer Belegschaften, sodass gegenwärtig in den Betrieben zu wenige Maßnahmen ergriffen werden, um mögliche zukünftige Herausforderungen zu meistern. Gerade vor dem Hintergrund, dass der Großteil der Erwerbstätigen in KMUs beschäftigt ist, sind die umgesetzten Anstrengungen in der Fläche auf rudimentäre Funktionen beschränkt, von einem ganzheitlichen systematischen BGM-Ansatz weit entfernt und damit unzureichend. Insbesondere ohne etablierte BGM-Strukturen haben Mitarbeiter meist nicht die Möglichkeit, die subjektiv wahrgenommenen gesundheitlichen Probleme im Betrieb anzusprechen. Dadurch entgeht Betrieben häufig die Chance, Probleme rechtzeitig zu erkennen und adäquate Lösungsansätze zu entwickeln.

Ferner bestehen in KMUs oftmals auch in Bezug auf die strukturierte Umsetzung eines BEM und trotz der eindeutigen rechtlichen Verpflichtung erhebliche Defizite. Meist fehlen hierfür entsprechende Akteure, die das Angebot eines BEM und dessen Durchführung überprüfen. Dies kann teilweise auch dadurch erklärt werden, dass in kleineren Betrieben ggf. nur wenige Mitarbeiter eine Krankheitsdauer von über 6 Wochen überschreiten und daher nicht unbedingt die Notwendigkeit gesehen wird, BEM-Strukturen systematisch vorzuhalten. In diesem Zusammenhang besteht bei mangelnden Strukturen und fehlenden Ansprechpartnern im BEM zudem das Problem, dass Beschäftigte nur wenig Vertrauen haben, sich dem Arbeitgeber im Falle des Vorliegens einer (chronischen) Erkrankung zu öffnen. Sie fürchten, dass die weitergegebenen Informationen missbraucht und gegen sie eingesetzt werden. Umgekehrt vermuten einige Arbeitgeber, dass Arbeitnehmer lediglich zum Schutz vor einer Kündigung am BEM teilnehmen. In manchen Betrieben liegt in Bezug auf den Umgang mit Krankheit und Wiedereingliederung somit oftmals eher gegenseitiges Misstrauen vor.

Ein weiteres Problem besteht bzgl. der Kommunikation von innerbetrieblich angebotenen Leistungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Dabei sind einerseits den betroffenen Beschäftigten die verfügbaren Leistungen, vor allem auch in Bezug auf die Möglichkeit zur stufenweisen Wiedereingliederung im Krankheitsfall, häufig unbekannt und andererseits bestehen auch auf Unternehmensseite Wissensdefizite im Hinblick auf die Angebote von Sozialversicherungsträgern und anderen Dienstleistern. Dieses Problem betrifft primär KMUs, da in

kleineren Betrieben häufig kein professioneller, innerbetrieblicher Akteur, beispielsweise in Funktion des Betriebsarztes, vorhanden ist, der die entsprechenden Informationen bereitstellen und über die Angebote informieren könnte. Aber nicht nur in KMUs, sondern auch generell besteht zu wenig Transparenz über die Angebote, die im betrieblichen Setting in Zusammenhang mit der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Rehabilitation von den unterschiedlichen Akteuren offeriert werden. Aufgrund dieser Wissensdefizite wird die Möglichkeit zur Einbeziehung der Sozialversicherungsträger auch nicht durchgängig genutzt, die in vielen Fällen beispielsweise auch durch deren spezifische Unterstützung im Krankheitsfall die Ausgliederung der betroffenen Person hätten vermeiden können. Es fehlen vor allem auch Informationen über die Wirksamkeit und den Output der Aktivitäten und über die Zugangswege interessierter Arbeitgeber zu solchen Unterstützungsangeboten. So wissen viele Betriebe nicht, dass sie beispielsweise bei der Umrüstung eines Arbeitsplatzes für einen (chronisch) Kranken finanzielle Unterstützung erhalten und somit betriebliche Barrieren leichter behoben werden könnten. Zudem weisen Meldungen bei Interessenvertretungen chronisch Kranker darauf hin, dass trotz des Vorliegens von Barrieren bei der Arbeit, Arbeitnehmer aufgrund der Möglichkeit einer Identifizierung ihrer Person und daher aus Angst um ihren Job jedoch keine Detailinformationen weitergeben und die Barrieren daher nicht behoben werden können.

Als eine weitere betriebliche Schwachstelle gilt, dass es in vielen Unternehmen nicht gelingt, die Betriebskultur derart zu entwickeln, dass sie eine gute Voraussetzung für die Implementierung beispielsweise eines betrieblichen Gesundheitsmanagements oder Eingliederungsmanagements bildet. Teilweise existieren die Defizite im Bereich der Führung, wobei das Problem oftmals darin liegt, dass die Führungsebene selbst stark belastet und nur eingeschränkt in der Lage ist, zusätzliche Zeit beispielsweise für das Thema „Gesundheit“ zu investieren. U.U. fehlt oft auch die Einsicht, für gesundheitliche Belange der Mitarbeiter zuständig zu sein. In diesem Zusammenhang gestaltet es sich zumeist auch für außerbetriebliche Akteure schwierig, die Führungsebene hinsichtlich der Bedeutung sozialer, gesundheitsgerechter Führungsprinzipien zu erreichen. Daraus folgt jedoch auch, dass bei mangelnder Unterstützung durch die Führungskräfte, von ihnen und auch seitens der Mitarbeiter oft ein mangelndes Verständnis für gesundheitliche Belange oder für beispielsweise leistungseingeschränkte Kollegen und deren Inklusion besteht. So wird oftmals nur schwer akzeptiert, dass ein leistungseingeschränkter oder chronisch kranker Arbeitnehmer seiner Arbeit ggf. nur in reduzierter Stundenzahl nachkommen kann und es wird ihm dadurch u.U. in der verringerten Stundenzahl noch mehr aufgebürdet. Dies bewirkt wiederum ein Konterkarieren jeglicher arbeitsfähigkeitserhaltender Maßnahmen.

Einen weiteren Problembereich auf betrieblicher Ebene stellt die mangelnde Möglichkeit von beispielsweise krankheits- oder leistungsbedingten Umschulungen für Beschäftigte dar, die jedoch

zum Erhalt deren Beschäftigungsfähigkeit beitragen würden. In vielen Unternehmen ist nicht klar geregelt, welche Arbeitsplätze prinzipiell für einen Mitarbeiter geeignet wären und wie ggf. eine entsprechende Weiterqualifizierung konkret aussehen müsste. Zudem besteht häufig Uneinigkeit darüber, von wem der Umschulungsprozess betreut wird und wie hier die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungen und der Bundesagentur für Arbeit aussehen könnte. Sollte nur noch eine Teilzeittätigkeit für den Betroffenen in Frage kommen, besteht in Deutschland generell eine zu geringe Verbreitung von Angeboten von Teilzeitarbeitsplätzen. Genauso besteht aufgrund einer mangelnden Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt eine Schwierigkeit darin, im Falle der Notwendigkeit zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme beispielsweise kurzfristig in eine Teilzeitbeschäftigung zu wechseln und so beispielsweise eine Teilzeitrehabilitationsmaßnahme zu ermöglichen. In Deutschland ist es noch immer häufig so, dass zur Durchführung einer Rehabilitation der temporäre Ausstieg aus dem Berufsleben nötig wird.

Nicht zuletzt können auch in den spezifischen Arbeitsanforderungen eines Betriebs Probleme bestehen, die sich mit bestimmten chronischen Erkrankungen oder Leistungseinschränkungen nicht vereinbaren lassen. Dies betrifft insbesondere Berufe mit harten körperlichen Arbeitsanforderungen. Die bei diesen Berufsbildern in der Vergangenheit häufig umgesetzten Sozialpläne und Frühverrentungen sind u.a. der Grund dafür, warum in einigen Unternehmen kaum Erfahrungen im Umgang mit diesen Personengruppen und deren Bedürfnissen vorliegen.

Vor dem Hintergrund des Arbeitskräftemangels und des wirtschaftlichen Drucks sehen Arbeitgeber häufig nicht, dass die Gesundheitseinschränkungen ihrer Arbeitnehmer schon so schlimm sind, dass es sich lohnen würde sie zu einer Maßnahme zu schicken und das Opfer eine Lohnfortzahlung für die Dauer der Maßnahme in Kauf zu nehmen. Aus diesem Grunde wird häufig der richtige Startzeitpunkt einer Rehabilitationsmaßnahme verpasst.

9.1.3 Sozialversicherungsbezogene Schnittstellenprobleme

Im Hinblick auf sozialversicherungsbezogene Schnittstellenprobleme wird in der Praxis einvernehmlich die Zersplitterung der Sozialversicherungslandschaft, die für die Betriebe mit einer Vielzahl an verschiedenen Ansprechpartnern bei unterschiedlichen Sozialversicherungen einhergeht, als zentrales Problem angesehen. Diese Zersplitterung ist beispielsweise bei (der Finanzierung von) Gesundheitsaktionen problematisch und verringert allgemein die Attraktivität von Kooperationen für Betriebe. Speziell bei den GKVn stellt sich die Situation trotz klarer Konzentrationsprozesse sehr heterogen dar. Von dieser Problematik sind KMUs i.d.R. stärker betroffen als Großunternehmen, die häufig aufgrund ihrer (ehemaligen) Betriebskrankenkassen noch einen Großteil ihrer aktuellen Belegschaft über eine Krankenkasse erreichen. Der höchste Koordinationsaufwand liegt somit genau bei den Betrieben, die häufig über unzureichende Strukturen zur Bewältigung dieser Probleme

verfügen. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen in einer Konkurrenzsituation zueinander stehen und sich viele GKVn über eigene Konzepte profilieren wollen. Aber auch im Bereich der GRV resultiert für die Betriebe aus der Trägervielfalt ein zusätzlicher Aufwand. So ist eine heterogene Bewilligungspraxis von Reha-Anträgen bei den verschiedenen Rentenversicherungen festzustellen. Dies erschwert die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit und erfordert im Grunde die Unterstützung des Arbeitnehmers durch den betriebsärztlichen Dienst bei der Antragsstellung, die allerdings, wie zuvor erwähnt, häufig nur unzureichend vorhanden ist.

Hinsichtlich des Kooperationsverhaltens der diversen Sozialversicherungsträger werden in der Praxis indes unterschiedliche Haltungen vertreten. So wird einerseits bemängelt, dass im Bereich der Sozialversicherungen zu wenig aufeinander zugegangen wird, wenn dazu keine gesetzliche Verpflichtung besteht. Dies ist insbesondere problematisch, weil in bestimmten Situationen jeweils andere Akteure für die Versicherten zuständig sind, und wird zudem durch die Tatsache begünstigt, dass teilweise datenschutzrechtliche Regelungen einen Informationsaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern erschweren (z.B. Übermittlung eines Reha-Entlassungsberichts von der GRV und die GKV). In diesem Zusammenhang wird mitunter die Meinung vertreten, dass die Interessen der Sozialversicherungsträger, die als Beteiligte die relevanten Leistungen finanzieren, trotz diverser Kooperationsinitiativen häufig noch in der Erfüllung des einzelnen Versorgungsauftrags liegen. Mit Blick auf die rechtlichen Grundlagen kommt es aus Sicht der Experten bei den Trägern häufig zu einem Kastendenken, d. h. zu der Frage „fällt dies in meine Zuständigkeit oder nicht“. Dieses ist umso ausgeprägter, je kleiner der jeweilige Akteur ist. Andererseits bestätigen weitere Experten wiederum, dass hinsichtlich der Kooperationsaktivitäten zwischen den Sozialversicherungen deutliche Fortschritte erreicht wurden. Im Rahmen verschiedener Initiativen und Arbeitskreise findet ein regelmäßiger gegenseitiger Austausch statt und es werden übergreifende Fragestellungen gemeinsam diskutiert. Insbesondere der Verbandsebene wird ein kooperatives Miteinander nachgesagt, sodass ggf. vorhandene Kooperationsdefizite eher regional geprägt sein dürften.

Im Zusammenhang mit der Wiedereingliederung chronisch Kranker besteht nach Meinung der Experten zudem ein Schnittstellenproblem im Hinblick auf die Abkopplung des Rehabilitationsprozesses vom betrieblichen Kontext bzw. vom speziellen Arbeitsplatz. Eine entsprechende Koordination zwischen GRV und Arbeitgeber setzt voraus, dass im BEM-Prozess die Einwilligung des Mitarbeiters zur Freigabe der notwendigen Informationen erfolgt, damit der Wiedereingliederungsprozess zielgerichtet durchgeführt werden kann. In Bezug auf den BEM-Prozess und dessen Umsetzung in der Praxis wird es zudem als problematisch angesehen, dass der Eingliederungsprozess erst nach 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit einsetzt. Nach Ansicht der Experten bedarf es einer viel früheren Auseinandersetzung mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Darüber hinaus liegt auch hinsichtlich der Antragsstellung auf stufenweise Wiedereingliederung (§74 SGB V) bei GKV oder GRV die verantwortliche Unterstützungsleistung eines betroffenen Mitarbeiters noch vorrangig beim behandelnden niedergelassenen Arzt und somit außerhalb des betrieblichen Einflussbereiches, was wiederum die Notwendigkeit einer funktionierenden Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und betriebsärztlichem Dienst als innerbetriebliche Koordinationsstelle betont.

9.1.4 Versorgungssystembezogene Schwachstellen

Da sich der Prozess der Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund der generellen Versorgungssituation (chronisch) kranker Erwerbspersonen im Gesundheitssystem vollzieht, werden in der Praxis folgerichtig auch außerhalb innerbetrieblicher Strukturen Schwachstellen identifiziert, die sich wiederum auf die innerbetriebliche Arbeitsfähigkeit auswirken und daher der Vollständigkeit halber an dieser Stelle mit aufgeführt werden sollen. Als wesentliche versorgungsbezogene Probleme mit Konsequenzen für die innerbetriebliche Arbeitsfähigkeit, die insbesondere chronisch Kranke betreffen, werden zum einen die mangelnde präventive Versorgungsausrichtung und zum anderen die nicht flüssige Koordination und kurzfristige Überleitung zwischen den verschiedenen Behandlungsbereichen genannt. Hinsichtlich des Ziels chronisch Kranke im Erwerbsleben zu halten, gibt es keine hinreichende Abstimmung bzgl. der Zuständigkeiten. Insbesondere zwischen Diagnosestellung und arbeitsfähigkeitserhaltenden Maßnahmen treten oftmals Verzögerungen auf. Dadurch geht wertvolle Zeit verloren und der gesundheitliche Zustand des Arbeitnehmers verschlechtert sich womöglich. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen stellt sich die Versorgungssituation als ungenügend dar, wenn Versicherte mehrere Monate auf Behandlung warten müssen. Allgemein wird von den Leistungserbringern der Aspekt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu wenig in den Vordergrund gestellt. Für niedergelassene Ärzte stellt die frühzeitige Reintegration in das bisherige berufliche Umfeld eher ein sekundäres Zielkriterium dar. Hinsichtlich der Inklusion von Arbeitnehmern sind die Leistungserbringer einerseits zu wenig geschult, andererseits sind die gegenwärtigen finanziellen Rahmenbedingungen nicht dahingehend ausgestaltet, dass sich dieser Zusatzaufwand für den Leistungserbringer lohnen würde. Aus Arbeitgebersicht wird gefordert, diesen Aspekt der Beschäftigungsfähigkeit neben der individuellen Gesundheit des Versicherten im gemeinschaftlich finanzierten Gesundheitssystem verstärkt betont wird.

Ein weiteres allgemeines Problem besteht darin, dass das Gesundheitswesen und die Leistungserbringer stärker auf Krankheit als auf Gesundheit ausgerichtet sind. Allgemein wird zu wenig in Prävention investiert. Aber auch bei gegenwärtigen Präventionsprogrammen wird das hier häufig verwendete „Gießkannenprinzip“ als problematisch angesehen. Hierdurch wird nicht

gewährleistet, dass die jeweils relevanten Mitarbeitergruppen auch tatsächlich angesprochen werden. Vereinzelt wurden hier gefordert die Gelder gezielter einzusetzen.

9.2 In der Praxis wahrgenommene Verbesserungspotenziale

Basierend auf den Erkenntnissen der angezeigten Problemfelder fügen sich in der Praxis auch unterschiedliche Verbesserungsvorschläge zusammen, deren Kernaussagen nachfolgend aufgeführt sind.

9.2.1 Arbeitnehmerbezogene Verbesserungsvorschläge

Als vordergründigen Aspekt im Hinblick auf die Integration der Arbeitnehmer in den Prozess der Erhaltung ihrer eigenen Arbeitsfähigkeit fordert die Praxis einvernehmlich die Verstärkung der Bewusstseinsbildung und der Selbstverantwortung. Bei den Betroffenen muss die Überzeugung gestärkt werden, dass nur frühzeitiges Handeln als primäre Präventionsmaßnahme zielführend zum Erhalt ihrer Leistungsfähigkeit trotz hohem Alter oder (chronischer) Erkrankung beitragen kann. Erfahrungen im betriebsärztlichen Dienst weisen jedoch darauf hin, dass diese Bewusstseinsveränderung ein mühseliges und langwieriges Unterfangen darstellt. Darum erscheint es erforderlich, dass nicht nur von Arbeitgeberseite sondern auch von Sozialversicherungsseite darauf hingearbeitet wird, um somit zu forcieren, dass z.B. verstärkte frühzeitige berufsbegleitende Reha-Maßnahmen auch von allen Betroffenen in Anspruch genommen würde.

9.2.2 Betriebliche Verbesserungsvorschläge

Ähnlich wie bei den Arbeitnehmern sollte auch in den Betrieben ein größeres Bewusstsein für Arbeitsfähigkeitsproblematik und Inklusion geschaffen werden. Chronisch Kranke sollten nicht prinzipiell als weniger leistungsfähig eingeschätzt werden. Vielmehr sollten Arbeitgebern die vielfältigen Unterstützungsleistungen außerbetrieblicher Funktionsbereiche beim Erhalt der Arbeitsfähigkeit dieser wichtigen Leistungsträger zur Kenntnis gebracht werden, da hier in der Fläche Defizite wahrzunehmen sind.

Die Sozialversicherungspartner können außerdem dazu beitragen, den Führungskräften klarer den Nutzen eines gesunden Arbeitsumfelds, präventiver Maßnahmen und der Wiedereingliederung zu kommunizieren, sodass diese Aufgaben nicht ausschließlich als zusätzliche Belastung empfunden werden. Schließlich sind es die Arbeitgeber und Führungskräfte, die aufgefordert sind, mehr an die Selbstverantwortung und -fürsorge ihrer Arbeitnehmer zu appellieren und positiv auf ihre Work-Life-Balance einzuwirken.

Im Hinblick auf notwendig gewordene Wiedereingliederung erscheint zudem eine durchgängige Verfügbarkeit von BEM-Strukturen unumgänglich, die gegenwärtig trotz klarer rechtlicher Vorgaben

in der Unternehmenspraxis nicht besteht. Ohne BEM kann ein Mitarbeiter zwar nicht gekündigt werden, allerdings verfällt er ohne Wiedereingliederung in die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit.

In diesem Zusammenhang sind aus Expertensicht auf betrieblicher Ebene speziell durch Leistungsausweitungen des betriebsärztlichen Leistungsspektrums Verbesserungen beim Erhalt der Arbeitsfähigkeit erreichbar. Insbesondere in KMUs, in denen die betriebsärztlichen Maßnahmen oft nur einen rudimentären Charakter aufweisen, können durch verstärkte Anstrengungen größere Effekte erzielt werden. Hierbei gilt es geeignete Strukturen zu schaffen, in welche die Mitarbeiter auch ausreichendes Vertrauen haben. Als eine betriebsärztliche Leistung im Prozess zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit wurden seitens der Experten verpflichtende standardisierte und regelmäßige Check-Up Untersuchungen für ältere Mitarbeiter (z.B. ab dem 45. Lebensjahr), ggf. in Kooperation mit Sozialversicherungsträgern, vorgeschlagen. Diese sollen – vor dem Hintergrund, dass v.a. in der Altersgruppe ab 45 Jahren chronische Erkrankungen entdeckt werden – dazu beitragen, dass zumindest eine flächendeckende Diagnostik erreicht wird, auch wenn unklar bleibt, ob den jeweiligen Einzelfällen tatsächlich entsprechende Maßnahmen folgen.

Mit Blick auf die Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit gilt es darüber hinaus, innerbetriebliche Investitionen in alters- und krankheitsgerechte Arbeitsbedingungen bspw. durch Flexibilisierung der Arbeitszeit, Reduzierung der arbeitsplatzbezogenen Belastungen und Variabilität in der Beschäftigung zu intensivieren, um dem demografischen Wandel dauerhaft begegnen zu können.

Generell wird die Bedeutung von chronischen Erkrankungen und älteren Arbeitnehmern in der Unternehmenspraxis noch eher unterschätzt. Zur Sensibilisierung der Wirtschaft für das Thema Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demografischen Wandels könnten Unternehmenswettbewerbe und die Entwicklung von BGM-„Gütesiegeln“ wichtige Beiträge leisten. Die Betriebe könnten so ihre Tätigkeiten transparenter gegenüber potentiellen Arbeitnehmern kommunizieren. Daher sind dahingehende Anstrengungen zu verstärken.

9.2.3 Sozialversicherungsbezogene Verbesserungsvorschläge

Die Experteninterviews spiegeln wider, dass das Wissen der Betriebe hinsichtlich der Angebote der Sozialversicherungsträger grundsätzlich zu verbessern ist. Die Angebote, die im betrieblichen Setting in Zusammenhang mit der Prävention und der Gesundheitsförderung von den unterschiedlichen Akteuren offeriert werden, sollten zudem besser verzahnt bzw. koordiniert sein. Darüber hinausgehend sollten die Sozialversicherungsträger noch stärker in die Verantwortung genommen werden, effektive Maßnahmen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit älterer und chronisch kranker Arbeitnehmer zu entwickeln, unterstützend auf innerbetrieblicher Ebene anzubieten sowie Hilfestellung zur Bewältigung von erwerbsbiographischen Umbruchsituationen zu geben.

Insbesondere die KMUs sind dabei auf verstärkte Unterstützung der Sozialversicherungsträger im Umgang mit älteren und chronisch kranken Arbeitnehmern sowie bei der Etablierung von BGM und BEM angewiesen, was die generelle Notwendigkeit der Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen inner- und außerbetrieblichen Funktionsbereichen zusätzlich unterstreicht.

Hinsichtlich des vorhandenen ordnungspolitischen Rahmens, in dem sich die Sozialversicherungspartner beim Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit bewegen, bzw. des politischen Handlungsbedarfs herrschen in der Praxis unterschiedliche Meinungsbilder vor. Während einige Experten fordern, dass die Politik adäquatere Rahmenbedingungen setzt, unter denen die Koordination der Leistungen der Sozialversicherungsträger verbessert werden kann (bspw. im Hinblick auf eine Angleichung der Ausgleichsentgelte im Falle einer stufenweisen Wiedereingliederung), sehen andere Akteure die gesetzlichen Rahmenbedingungen bereits als ausreichend an. Einigkeit besteht jedoch dahingehend, dass der vorhandene Handlungsspielraum von den am Prozess beteiligten Akteuren besser genutzt werden sollte, um z.B. den Übergang von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen zu optimieren.

9.2.4 Versorgungssystembezogene Verbesserungsvorschläge

Die generelle Forderung aus der Praxis besteht darin, dass Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen den Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit stärker in den Fokus rücken sollten. So ist es bspw. immens wichtig, rehabilitative Maßnahmen als Teil einer Behandlungskette zu verstehen und hier die Kommunikation und Koordination von Leistungserbringern und den Betrieben zu verbessern, z.B. um die spezifischen Arbeitsanforderungen bei rehabilitativen Maßnahmen zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der verschiedenen Zuständigkeiten bei Rehabilitation und Wiedereingliederung könnten zudem Abstimmungen zwischen außerbetrieblich medizinischen Betreuern chronisch kranker Arbeitnehmer (Hausärzte und Fachärzte), den Krankenkassen, den Rentenversicherungen, den Unfallversicherungen sowie den innerbetrieblichen Arbeitsmedizinern, den Betriebsvertretern und den Patienten - ggf. durch Integration spezieller Case-Manager - herbeigeführt werden.

10. Fazit und Ausblick

Der demografische Wandel bedingt eine unaufhaltsame Alterung der Bevölkerung und u.a. eine kontinuierliche Zunahme von chronischen Erkrankungen. Aufgrund des steigenden Arbeits- und Leistungsdrucks in den Betrieben glauben viele Beschäftigte, ihre Arbeit nicht bis zum Renteneintritt erbringen zu können. Dies liegt oftmals daran, dass eine Dysbalance zwischen den Arbeitsanforderungen und den persönlichen Ressourcen einer Person besteht.

Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung befragten Experten bestätigen einvernehmlich, dass sich die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland dabei nur sichern lässt, wenn vor allem in jenen Wirtschaftszweigen und -regionen, wo der demografische Wandel zu einem Fach- und Arbeitskräftemangel führt, dem Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Belegschaften eine besonders wichtige Bedeutung beigemessen wird. Eine weitere Begründung hierfür liegt auch in dem Bedarf zur Reduzierung von Kosten der Krankenversorgung und die Verpflichtung zur Sicherung der Sozialsysteme.

Beim Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit älterer und (chronisch) kranker Erwerbspersonen handelt es sich um ein komplexes Thema, dessen Bearbeitung eine systematische, ganzheitliche Vorgehensweise und das verbundene Wirken inner- und außerbetrieblicher Funktionsbereiche sowie der partnerschaftlichen Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger untereinander und mit den Betrieben auf Grundlage unterschiedlicher, sich ergänzender Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen erforderlich macht. Dabei beziehen sich die Maßnahmen nicht ausschließlich auf chronisch kranke, leistungseingeschränkte oder ältere Arbeitnehmer, sondern auf alle im Unternehmen arbeitenden Personen.

Die Untersuchung zeigt, dass diesbezüglich sowohl auf betrieblicher Ebene als auch arbeitnehmer- und sozialversicherungsbezogenen Schwachstellen und Verbesserungspotenziale bestehen. Dabei tragen insbesondere die Ausnutzung gesetzlicher Rechte und Pflichten, die Transparenz bzgl. der Unterstützungsleistungen der Sozialversicherungsträger und des betrieblichen Maßnahmenangebots sowie die verbesserte Vernetzung der einzelnen inner- und außerbetrieblichen Akteure dazu bei, die Gestaltungsfelder zur Arbeitsfähigkeitserhaltung effizient umzusetzen und für eine ausreichende Sensibilisierung aller Beteiligten zu sorgen.

Die Notwendigkeit einer systematischen Vorgehensweise und einer kooperativen Zusammenarbeit aller Beteiligten zeigt sich vor allem auch im Falle einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers. Die Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sollte nicht erst bei den Rehabilitationsträgern, sondern bereits im betrieblichen Umfeld und am konkreten Arbeitsplatz beginnen und es bedarf hierbei vor allem eines engen Austausches zwischen dem behandelnden Arzt und dem Betriebsarzt. Berufswelt und therapeutischer Kontext müssen dabei vermehrt in einem gemeinsamen Zusammenhang betrachtet werden, wobei ein Unternehmen vor allem die Therapietreue seines Mitarbeiters unterstützen sollte.

Die für die Umsetzung dieser Aspekte erforderlichen innerbetrieblichen Strukturen liegen häufig insbesondere in KMUs nicht vor, wodurch sich eine zentralere Rolle betriebsexterner Experten und hier vorrangig der Sozialversicherungspartner ergibt und vereinfachtere Zugangswege für die Nutzung der Angebote notwendig werden. In diesem Zusammenhang bleibt anzumerken, dass die

Interessen der jeweiligen Sozialversicherungen trotz diverser Kooperationsinitiativen häufig noch in der Erfüllung des einzelnen Versorgungsauftrags liegen und stärker in den Dienst arbeitsfähigkeitsförderlicher Arbeitssituationen gestellt werden sollten.

Das Bekenntnis der Politik zur Prävention im betrieblichen Kontext sollte sich in Form des Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetzes zeigen, wobei fraglich bleibt, ob durch die rechtlichen Vorgaben eine optimale Mittelverwendung erreicht werden kann. Inwiefern es zur Umsetzung der im Referentenentwurf gestellten Forderungen kommt, wird sich in der künftigen Praxis zeigen.

Letztlich ist entscheidend, dass beim Erhalt der Arbeitsfähigkeit nicht ausschließlich gesundheitliche Fragestellungen betrachtet , sondern auch die Entwicklung von bestimmten personenbezogenen Wertvorstellungen, einer arbeitsfähigkeitsfördernder Unternehmenskultur, eine auf die Bedarfe der Einzelnen abgestimmte Weiterbildung sowie eine ressourcenfördernde Arbeitsgestaltung fokussiert werden.

Zusammenfassend bedarf es zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor allem chronisch Kranker und insbesondere in KMUs weiterer politischer Anstrengungen, um die Beteiligten für die zukünftigen demografiebedingten Herausforderungen zu sensibilisieren und vorzubereiten. Hierbei kommt es auch darauf an, Rahmenbedingungen für eine Flexibilisierung des Arbeitsmarktes zu schaffen und dadurch auch leistungseingeschränkten Personen die Möglichkeit einer langfristigen Beschäftigungsfähigkeit zu geben. Zudem sollte durch die politischen Anstrengungen zur Verbesserung der Koordination bereits vorhandener Strukturen sowie zur Verbreitung der Unterstützungsangebote der Sozialversicherungspartner beigetragen werden. Die hierzu notwendigen Anregungen ergeben sich aus der Unternehmenspraxis, die es verstärkt auf Probleme und Verbesserungspotenziale zu untersuchen gilt.

11. Literaturverzeichnis

Badura, B./ Walter, U./ Hehlmann, T. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation. Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2010.

Badura et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2012 – Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren, Springer, 2012.

Bannwitz, J.: Ältere Beschäftigte und betriebliche Weiterbildung- Ergebnisse des CVTS3, Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung, Bonn, 2008, Heft 104.

Bertermann, B.: Aktives Altern und Bildung. In: Naegele, G. (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik, VS Verlag für Sozialwissenschaft, 2010, S. 619-636.

BKK Bundesverband (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2012 – Gesundheit fördern, Krankheit versorgen, mit Krankheit leben, 2012.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Initiative Neue Qualität der Arbeit: Das Individuum stärken, die betriebliche Zukunft sichern – Arbeitsbewältigungscoaching® als Antwort auf neue Herausforderungen, 2009.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Initiative Neue Qualität der Arbeit: Arbeitsfähigkeit erhalten und fördern – Chance für Betrieb und Tarifpolitik, 2011.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hrsg.): ZB Spezial, Informationen für Arbeitgeber, Thema: Behinderte Menschen im Beruf, Universum Verlag GmbH, 2010.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2005.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, 2009.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 2011.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Aufbruch in die altersgerechte Arbeitswelt. Bericht der Bundesregierung gemäß § 154 Abs. 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch zur Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre, 2010.

Drambyan, Y./ Mau, W.: Gesundheit fördern, Arbeitsfähigkeit erhalten. Wegweiser und Checkliste für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal, 2012.

Drambyan, Y./ Mau, W.: Gesundheit fördern, Arbeitsfähigkeit erhalten. Wegweiser und Checkliste für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, 2012.

Geißler, H./ Frevel, A./ Gruber, B.: Arbeitsbewältigungs-Coaching®: Das Individuum stärken, die betriebliche Zukunft sichern. In: Giesert, M. (Hrsg.) Arbeitsfähig in die Zukunft – Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit, VSA: Verlag 2011, S. 62-80.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010.

Hasselhorn, H.M./ Freude, G.: Der Work-Ability Index – ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift S87, Wirtschaftsverlag NW, 2007.

Ilmarinen, J./ Tempel, J.: Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? – Fakten und Chancen des Alters und Alterns im Arbeitsleben, 2002.

Ilmarinen, J.: Arbeitsfähig in die Zukunft. In: Giesert, M. (Hrsg.) Arbeitsfähig in die Zukunft – Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit, VSA: Verlag 2011, S. 20-29.

Jastrow, B./ Kaiser, H./ Emmert, M.: Betriebliches Eingliederungsmanagement: Grundlagen und ökonomische Aspekte. In: Esslinger, A.S./ Emmert, M./ Schöffski, O. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Gabler Verlag; Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 2010, S.133-155.

Karl, D.: Arbeitsfähigkeit, ein ganzheitlicher, integrativer Ansatz. Arbeitswissenschaft in der betrieblichen Praxis, Peter Lang –Internationaler Verlag der Wissenschaften, 2008.

Kraus, Th./ Letzel, S./ Nowak, D. (Hrsg.): Der chronisch Kranke im Erwerbsleben – Orientierungshilfe für Ärzte in Klinik, Praxis und Betrieb. Schwerpunktthema Jahrestagung DGAUM 2009, Ecomed MEDIZIN, 2010.

Kruse, A./ Wahl, H.-W.: Demografische Schlüsselaspekte und Konsequenzen. In: Kruse, A./ Wahl, H.-W.: Zukunft Altern- Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Spektrum Akademischer Verlag, 2010, S. 29-76.

Lampert, T. et al.: Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung im Erwerbsalter in Deutschland. In: Badura, B. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010 – Vielfalt managen, Gesundheit fördern, Potenziale nutzen, Springer Verlag GmbH, 2010, S. 69-80.

Langhoff, T.: Den demographischen Wandel im Unternehmen erfolgreich gestalten – Eine Zwischenbilanz aus arbeitswissenschaftlicher Sicht. Heidelberg: Springer, 2009.

Lempert-Horstkotte, J./ Tacke, L.F.: Der Präventionsauftrag der Gesetzlichen Unfallversicherung – ein großes Potenzial für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Schott, T./ Hornberg, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 2011.

Liedtke, S.: Gesundheitsbezogene Maßnahmen und Möglichkeiten zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit älterer Arbeitnehmer – Anreizsysteme und Kooperationen zwischen Sozialversicherungsträgern und Betrieben. In: Schott, Th. (Hrsg.): Veröffentlichungsreihe des Zentrums für Versorgungsforschung, 2007.

Prognos AG (Hrsg.): intakt! – Fit, qualifiziert und leistungsfähig in die Zukunft – Arbeitsfähigkeit in KMU erhalten und fördern. Ein Handbuch für die Praxis. Berlin: Eigenverlag, 2011.

Prümper, J./ Richenhagen G.: Von der Arbeitsunfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit: Der Work Ability Index und seine Anwendung. In: Seyfried, B. (Hrsg.): Ältere Beschäftigte: Zu jung, um alt zu sein: Konzepte – Forschungsergebnisse – Instrumente. Bielefeld: Bertelsmann: 2011, S.135-146.

Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, 2009.

Richenhagen, G.: Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Beschäftigungsfähigkeit und ihre Bedeutung für das Age Management. In: Freude, G./ Falkenstein, M./ Zülch, J. (Hrsg.): Förderung intellektueller Fähigkeiten für ältere Arbeitnehmer. Dortmund: INQA-Bericht 39, 2009a, S. 73-86.

Richenhagen, G.: Arbeitsfähigkeit – Arbeitsunfähigkeit – Arbeitsschutz. In: Giesert, M. (Hrsg.) Arbeitsfähig in die Zukunft – Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit, VSA: Verlag 2011, S. 30-44.

Ruf, U.P.: Beschäftigungsfähigkeit für den demografischen Wandel – Wie Unternehmen und Beschäftigte die Zukunft gestalten. In: Technologieberatungsstelle beim DGB NRW e.V., Reihe Arbeit Gesundheit, Umwelt, Technik, Heft 68, 2008.

Schäuble, W.: Der Sozialstaat im demographischen Wandel – Herausforderungen und Chancen. In: Pöttering, H.-G. (Hrsg.): Die Zukunft des Sozialstaates. Verlag Herder GmbH, 2011, S. 73-97.

Schmidt-Ohlemann, M.: Erhalt und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit – Positionen der deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V..2012

Seyfried, B.: Ältere Beschäftigte. Zu jung, um alt zu sein. Konzepte, Forschungsergebnisse, Instrumente, Bertelsmann Verlag, 2011.

Siegrist, J./ Dragano, N.: Rente mit 67 – Probleme und Herausforderungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, 2007.

Siegrist, K./ Siegrist, J.: Berufliche Wiedereingliederung von an Depression erkrankten Beschäftigten – Literaturüberblick und Experten-gestützte Empfehlungen. Expertise im Auftrag des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, Köln, 2010.

Tempel, J./ Geißler, H./ Ilmarinen, J.: Stärken fördern, Schwächen anerkennen: der Beitrag der Betrieblichen Gesundheitsförderung für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit von älteren und älter werdenden Mitarbeitern. In: Faller, G. (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber: 2010, S. 188-189.

Trischler, F./ Holler, M.: Gute Erwerbsbiographien, Arbeitspapier 3: Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit-Der Einfluss belastender Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit bis zum Rentenalter, 2010.

Unfallkasse Post und Telekom (Hrsg.): Chronisch Kranke um Beruf – Mehr als ein Zippe. In UKPT Kontakt, Ausgabe Juli 2012, S. 6-10.

Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (Hrsg.): Wiedereingliederung – Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig sichern. Mit der Wiedereingliederung alle Möglichkeiten nutzen. Ein Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche.

Zok, K.: Führungsverhalten und Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter – Analyse von Wido-Mitarbeiterbefragungen. In Badura et al. (Hrsg.): Fehlzeiten- Report 2011, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2011, S. 27-36.

IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)

