



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Arbeitsmedizin

Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit

Arbeitsmedizinische Empfehlung

Ausschuss für Arbeitsmedizin



Erhalt der Beschäftigungs- fähigkeit

Arbeitsmedizinische
Empfehlung

Ausschuss für Arbeitsmedizin

Im demografischen Wandel wird Gesundheit zum kostbaren Gut in der Arbeitswelt. Es gibt weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter, das Durchschnittsalter der Belegschaften steigt und die Menschen bleiben länger im Arbeitsleben. Auch Belastungssituationen im Betrieb, die durch komplizierte Abläufe oder enge Zeitvorgaben verursacht werden, wirken sich auf die Gesundheit der Beschäftigten aus.

Deshalb setzen kluge Arbeitgeber auf betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei stehen ihnen Betriebsärztinnen und -ärzte als Experten zur Seite. Sie wissen, wie Unternehmen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Belastungen schützen und ihre Beschäftigungsfähigkeit durch positive Einflüsse erhalten und stärken können. Sie wissen, wie man ein Umfeld schafft, in dem die Beschäftigten bis zum Rentenalter erwerbstätig sein können. Das physiologische Altern lässt sich nicht aufhalten. Aber wir können dafür sorgen, dass uns die älteren Beschäftigten mit ihren unschätzbaren Erfahrungen und ihrem großen betrieblichen Wissen so lange wie möglich erhalten bleiben.

Diese Arbeitsmedizinische Empfehlung (AME) des Ausschusses für Arbeitsmedizin richtet sich insbesondere an Betriebsärzte, darüber hinaus aber auch an die betrieblichen Sozialpartner und an interessierte Beschäftigte. Sie ermutigen und befähigen alle Seiten, die Gesundheit am Arbeitsplatz voranzubringen.

Inhalt

Vorwort	3
Ziele dieser Empfehlung	6
Zentrale Aussagen	8
1 Prävention braucht ein gemeinsames Verständnis.....	10
2 Grundlagen	11
2.1 Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit im Erwerbsverlauf	11
2.2 Altern, Gesundheit und chronische Erkrankungen	13
2.3 Sozialer Status, Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit	14
2.4 Arbeitsbedingungen und Altern.....	16
3 Gestaltung betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung	18
3.1 Primärprävention: Alters- und gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung	18
Arbeitsmedizinische Beratung bei der Arbeitsgestaltung	19
Arbeitsplatz-/Betriebsbegehungen	20
3.2 Arbeitsmedizinische Aspekte der Arbeitszeit und Lebensarbeitszeit.....	21
3.3 Personalentwicklung, Personaleinsatzkonzepte, Arbeitsorganisation.....	24
3.4 Führung und Gesundheit	26
3.5 Sekundäre Prävention durch Früherkennung.....	28
Arbeitsmedizinische Pflicht- und Angebotsvorsorge	29
Arbeitsmedizinische Wunschvorsorge	29
Früherkennung im Rahmen betrieblicher Gesundheitsprogramme.....	31
3.6 Arbeitsmedizinische Vorsorge und verbesserte Arbeitsgestaltung	33
3.7 Betriebliche Gesundheitsförderung	34
Information und Unterstützung besonderer Zielgruppen zur Gesundheitsförderung.....	35
3.8 Rehabilitation, Integration und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	36
Die soziale Dimension	39
Rolle der Betriebsärzte im betrieblichen Eingliederungsmanagement.....	40
Aufgaben der betrieblichen Partner im Rahmen des BEM.....	42

4	Praktikable Kennzahlensysteme für die betriebliche Prävention	43
4.1	Beispiele praktikabler Gesundheitskennzahlen.....	46
5	Rolle der Betriebsärzte im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM).....	48
6	Spezifische Anforderungen an die Prävention in Klein- und Mittelbetrieben (KMU).....	49
6.1	Ausgangssituation und Handlungsbedarf	49
6.2	Besondere Erfordernisse und Ansätze der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU	51
7	Literatur.....	52
	Impressum.....	56

Ziele dieser Empfehlung

Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bedeutet, den sich wandelnden Arbeits- und Kompetenzanforderungen über ein ganzes Erwerbsleben hinweg gerecht werden zu können und im Sinne der Teilnahme und Teilhabe am Erwerbsprozess aktiv zu bleiben. Dieses Handlungsfeld erfordert eine professionelle Kooperation zwischen Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften, Führungskräften, Planern, Ergonomen, Personalentwicklern, der operativen Personalarbeit und Betriebs-/Personalräten. Sein Erfolg hängt jedoch letztlich davon ab, ob es gelingt, die Beschäftigten an allen Aktivitäten zu beteiligen.

Viele Gründe sprechen für eine besondere Rolle der Betriebsärzte bei der Erfüllung dieser wichtigen gemeinsamen Aufgabe (Letzel et al. 2007). Ihre arbeitsmedizinische Qualifikation und ihre praktische Arbeit widmen sich stets sowohl den Arbeitsbedingungen als auch den Beschäftigten und deren Gesundheit (Scheuch et al. 2002). Aus ihrer Erfahrung und ihren Erkenntnissen sind präventive Ziele, Handlungsbedarfe und Maßnahmen im Betrieb abzuleiten.

Die vorliegenden Empfehlungen richten sich insbesondere an Betriebsärzte, darüber hinaus aber auch an die betrieblichen Sozialpartner, weitere Präventionsexperten, betriebliche Entscheidungsträger sowie an Prävention interessierte Beschäftigte. Sie sollen die wesentlichen Merkmale einer guten betrieblichen Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit konkretisieren und damit Arbeitgeber wie Betriebsärzte ermutigen und befähigen, die Chancen von Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb aktiv zu nutzen. Sie stützen sich dabei auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxiserfahrungen auf nationaler und internationaler Ebene.

Das Thema „Arbeit und psychische Gesundheit“ gewinnt in diesem Zusammenhang kontinuierlich an Bedeutung; es wird allerdings in Anbetracht der darauf detailliert eingehenden arbeitsmedizinischen Empfehlungen „Psychische Gesundheit im Betrieb“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016) hier nur am Rande behandelt.

Wegen der Breite möglicher Handlungsfelder und der Vielfalt der Erkenntnisse verbietet sich eine detaillierte Darstellung einzelner Programme und Maßnahmen; Literaturhinweise mit weiterführender Information und zahlreichen evaluierten Praxisbeispielen finden sich im Abschnitt 7.

Beschäftigungsfähigkeit wird besonders durch folgende Rahmenbedingungen gefördert:

- gesundheitsgerechte und gut organisierte Arbeit,
- Förderung der Gesundheit durch gut gestaltete Arbeit selbst: Sinnggebung, Anerkennung, Persönlichkeitsentwicklung und soziale Integration,
- arbeitsmedizinische Vorsorge,
- betriebliche Gesundheitsförderung: Entwicklung individueller und betrieblicher Gesundheitskompetenz

Beschäftigte sollten ihre Erfahrungen, ihre Kompetenzen und Fähigkeiten in die Arbeit einbringen und entwickeln können. Kompetenz und Engagement der Beschäftigten sind neben ihrer Gesundheit wesentliche Elemente der Beschäftigungsfähigkeit. Zwischen diesen Dimensionen der Beschäftigungsfähigkeit sind komplexe Wechselbeziehungen gut belegt. Schwerpunkte der vorliegenden Darstellung sind jedoch die gesundheitlichen Aspekte der Beschäftigungsfähigkeit und Gestaltungsansätze mit gesundheitlicher Relevanz.

Die konkrete Auswahl der in diesen Empfehlungen aufgeführten Ansätze im jeweiligen Betrieb oder Arbeitsbereich sollte in Abhängigkeit von der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung, Analyseergebnissen, Präventionszielen und geeigneten Gesundheitskennzahlen abgeleitet, unter den Präventionspartnern abgestimmt und entschieden werden.

Das Arbeitsschutzrecht definiert hierzu Mindeststandards, für deren Einhaltung die Arbeitgeber verantwortlich sind. Sie begrenzen aber nicht die Handlungsansätze der betrieblichen Prävention - soweit diese rechtskonform, für alle Beteiligten freiwillig und unter Wahrung der Mitbestimmungsrechte der betrieblichen Interessenvertretungen umgesetzt werden. Diese Arbeitsmedizinische Empfehlung soll Betriebsärzte und ihre betrieblichen Partner dabei unterstützen, dem demografischen Wandel mit einem umfassenden Präventionsansatz zu begegnen.

Zentrale Aussagen

Der Erhalt gesundheitlicher Voraussetzungen der Beschäftigungsfähigkeit von Belegschaften ist ein vorrangiges Ziel betrieblicher Prävention. Dessen Dringlichkeit wird angesichts des demografischen Wandels immer deutlicher und wird inzwischen von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragen.

Das physiologische Altern bedingt die Veränderung verschiedener Funktionen und Fähigkeiten. Diese Veränderungen verursachen aber eher selten Einschränkungen der Beschäftigungsfähigkeit. Zudem sind berufliche Erfahrungen sowie Lebenserfahrung Stärken, die in der immer komplexer werdenden Arbeitswelt sehr wertvoll und für die Erledigung vieler Arbeitsaufgaben unverzichtbar sind.

Andererseits sind chronische Erkrankungen ein häufiger Grund für ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Ca. 50 % der über 50-Jährigen leiden an mindestens einer, oft auch an mehreren chronischen Erkrankungen. Die Verhütung chronischer Erkrankungen kann allerdings nur innerhalb der Grenzen gelingen, die durch individuelle gesundheitliche Disposition, schicksalhafte Risiken sowie durch Grenzen der Gestaltbarkeit von Lebens- und Arbeitsbedingungen gesetzt sind. Durch Beratung und die Berücksichtigung dieser Voraussetzungen bei der Ausgestaltung der konkreten Arbeitsbedingungen ist aber oft eine Erwerbstätigkeit trotz Krankheit möglich.

In Anbetracht der genannten Grenzen, aber auch der komplexen Bedingtheit der „Beschäftigungsfähigkeit“, sollten betriebliche Präventionssysteme möglichst umfassend die verschiedenen Ansätze der Prävention und betrieblichen Organisation nutzen.

Die Schwerpunkte der arbeitsmedizinischen Beratung zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit umfassen folgende Ziele, Handlungsfelder und Angebote:

- „Schädigungsfreiheit“ von Arbeitseinflüssen über das gesamte Erwerbsleben, denn insbesondere die Schädigungsschwelle des Bewegungsapparats gegenüber schwerer dynamischer/statischer Belastung ist mit zunehmendem Lebensalter rückläufig (2.1.),
- Leistungsbedingungen, die einer alters- oder krankheitsbedingt veränderten Leistungsfähigkeit gerecht werden (3.1), entweder mit gezielter Gestaltung der jeweiligen Arbeitsplätze oder mit individuell gesundheitsgerechtem Arbeitseinsatz,

-
- kollegiale Aufgabenteilung in altersgemischten Teams, altersdifferenzierte Arbeitssysteme und alternsgerechte Personaleinsatzkonzepte (3.3),
 - Erhalt psychischer Gesundheit durch positive Entwicklung der betrieblichen Sozialbeziehungen und einen respektvollen, beteiligungsorientierten Führungsstil (3.4),
 - Früherkennung und positive Beeinflussung individueller Gesundheitsrisiken (Sekundärprävention) im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge (3.5),
 - Angebot von Wunschvorsorge und betriebliche Gesundheitsprogramme mit arbeitsmedizinischer Beratung zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit (3.5),
 - Unterstützung bei der Bewältigung beruflicher Anforderungen und positive Beeinflussung arbeitsunabhängiger Risikofaktoren durch Gesundheitsförderung (3.7),
 - betriebliches Eingliederungsmanagement und langfristige Integration chronisch kranker oder behinderter Beschäftigter (3.8),
 - flexible Gestaltung des Übergangs von der Berufstätigkeit zum Ruhestand anstelle einer einheitlichen Altersgrenze für alle Berufe und für alle Beschäftigten, sowie Vermeidung übergangsloser und abrupten, ausgeprägter Belastungswechsel in jedem Lebensalter (3.2); dabei sollten die Beschäftigten selbst eine aktivere Rolle und Mitverantwortung übernehmen,
 - Etablierung und Nutzung geeigneter Kennzahlen zur Prävention und zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit (4),
 - Integration aller betrieblichen Maßnahmen, Instrumente und Programme zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit sowie des Arbeitsschutzes im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (5)
-

Den Herausforderungen des demografischen Wandels kann nur angemessen begegnet werden, wenn gleichzeitig sowohl die Führungskräfte ihre Verantwortung und die hier beschriebenen Gestaltungschancen wahrnehmen, als auch die Beschäftigten ihre eigenen Chancen zum Erhalt ihrer Gesundheit verantwortungsvoll nutzen. Das kann nicht nur in großen, sondern auch in mittelgroßen und kleinen Unternehmen gelingen (6).

Die individuellen Unterschiede in der Entwicklung chronischer Erkrankungen, aber auch die stark variierenden Beanspruchungsprofile in den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen erlauben keine arbeitsmedizinische Definition eines angemessenen Rentenzugangsalters für alle Beschäftigten. Deshalb, aber auch zur Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven und Lebensplanungen, sollten Beschäftigte aus betriebsärztlicher Sicht bei der Gestaltung des Übergangs von der Berufsarbeit zum Ruhestand beteiligt werden und somit auch selbst Verantwortung übernehmen. Ebenso wie bei der Aufnahme einer Tätigkeit sollten ausgeprägte Belastungswechsel immer Schritt für Schritt über Monate oder Jahre erfolgen. Das spricht für eine vermehrte Nutzung von Teilzeitarbeit - insbesondere verminderter Tages- und Wochenarbeitszeit - beim Übergang von der aktiven Berufstätigkeit in den Ruhestand.

Die hier gegebenen Empfehlungen sollen nicht nur einen Beitrag zur Weiterentwicklung der betrieblichen Prävention leisten; sie können auch zur Orientierung bei der Weiterentwicklung gesetzlicher, tarifvertraglicher und betrieblicher Regelungen unter Berücksichtigung des demografischen Wandels dienen.

1 Prävention braucht ein gemeinsames Verständnis

Die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Beschäftigten ist sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Beschäftigten von besonderer Bedeutung. Ist die Gesundheit der Beschäftigten für die Arbeitgeber wesentlicher Faktor für Leistungsfähigkeit und Produktivität, so ist die Gesundheit für die Beschäftigten auch Bestandteil ihrer Lebensqualität.

Insofern müssen beide Verantwortung für die Prävention übernehmen:

- Das Unternehmen, indem es die Beschäftigten durch geeignete und gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen dabei unterstützt, ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten. Dabei übernehmen die Führungskräfte eine wichtige Rolle, indem sie dazu beitragen, das Thema Gesundheit in Planungen und Entscheidungen zu berücksichtigen.
- Die Beschäftigten, indem sie Verantwortung für ihre Gesundheit/Leistungsfähigkeit in ihren verschiedenen Lebens- und Arbeitszusammenhängen übernehmen.

Betriebliche Prävention findet im Spannungsfeld der betrieblichen Sozialpartner statt. So sehr die Gesundheit der Beschäftigten grundsätzlich im gemeinsamen Interesse von Arbeitgebern und Arbeitnehmern liegt, so deutlich unterscheiden sich doch oft die Hypothesen beider Seiten zu den wichtigsten Erkrankungsursachen und die Vorstellungen über die vorrangigen Maßnahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. In der sozialpolitischen Diskussion wird oft von beiden Seiten die Bedeutung des Alterungsprozesses unterbewertet und die mit ihm verbundenen Veränderungen und Erkrankungen als Folge schuldhafter Versäumnisse gesehen – sei es durch ungesunden Lebensstil oder schlechte Arbeitsgestaltung. Aus methodischen Gründen ist eine Quantifizierung der tatsächlichen Anteile dieser Faktoren auf das Erkrankungsspektrum von Beschäftigten schwierig.

Arbeitsmediziner sollten deshalb im Rahmen ihrer Beratung darauf hinwirken, dass trotz zahlreicher kontroverser und auch ungeklärter Fragen umfassende und pragmatische betriebliche Präventionsprogramme im Einvernehmen von Arbeitgeber und Belegschaftsvertretung entwickelt werden. Damit können sie entscheidend zu einer Entideologisierung des Handlungsfelds „Arbeit und Gesundheit“ beitragen.

2 Grundlagen

2.1 Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit im Erwerbsverlauf

„Altern“ ist ein physiologischer Prozess mit deutlicher interindividueller Varianz, der tendenziell einen Rückgang der körperlichen Belastbarkeit und gleichzeitig zunehmende mentale Ressourcen im Sinne von Erfahrungswissen, Urteilsfähigkeit, kommunikativer und sozialer Kompetenz mit sich bringt.

Die Dynamik dieses natürlichen Prozesses kann sowohl vom Individuum selbst als auch durch Gestaltung der Arbeit in gewissen Grenzen beeinflusst werden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind insbesondere folgende Aspekte von Bedeutung:

- Die Aufnahme einer Berufsausbildung durch junge Menschen und die anschließende Erwerbsarbeit sind mit komplexen biologischen, psychischen und sozialen Anpassungsmechanismen verbunden. Diese Mechanismen benötigen jeweils angemessene Zeiträume und sind Voraussetzungen für die Fähigkeit zur regelmäßigen Bewältigung von Arbeitsaufgaben. Auch im weiteren Erwerbsleben gilt, dass der menschliche Organismus abrupte und ausgeprägte Belastungswechsel schlecht oder nicht toleriert. Einige Berufskrankheiten treten

vorwiegend bei Missachtung dieses Sachverhalts auf, könnten andererseits aber bei angemessener Arbeitsgestaltung und „Einarbeitung“ vermieden werden.

- Auf der körperlichen Ebene ist mit zunehmendem Lebensalter ein Rückgang von grober Kraft, Feinmotorik und Ausdauerleistung zu verzeichnen, der teilweise durch Trainingseffekte der Arbeit vermindert, aber nicht völlig vermieden werden kann. Dabei ist die berufliche Tätigkeit selbst in der Regel hinsichtlich Intensität und Art der Beanspruchung das adäquate „Trainingsprogramm“. Eine Ausnahme hiervon bilden Tätigkeiten mit diskontinuierlicher, nur zeitweise sehr hoher physischer Belastung, deren Trainingseffekt zu gering im Verhältnis zu den jeweiligen Anforderungen ist (z.B. Arbeit bei der Feuerwehr).
- Altersbedingte Funktionseinschränkungen der Sinnesorgane können zu einem großen Anteil durch Hilfsmittel oder Arbeitsplatzgestaltung aufgefangen werden und beeinträchtigen in der Praxis nur selten die Einsatzmöglichkeiten.
- Altersbedingte Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen betreffen im Wesentlichen die Geschwindigkeit kognitiver Prozesse und einen veränderten Lernprozess, der Neues mehr in Beziehung zu Bekanntem setzt und damit „kreativer“, andererseits aber auch tendenziell langsamer abläuft als bei jüngeren Beschäftigten.
- Kombinationsanforderungen aus räumlicher Wahrnehmung, Beurteilung und entsprechenden motorischen Bewegungen, etwa in Tracking-Versuchen, zeigen bereits ab dem 40. Lebensjahr eine merkliche Abnahme (Yoshida 1997). Derartige Leistungen werden insbesondere bei manueller Arbeit in Handwerk und industrieller Fertigung gefordert.
- Die Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit auch bei Störungen aufrechtzuerhalten, nimmt altersabhängig ab (Mani et al. 2005). Diese Entwicklung kann z.B. bei komplexen Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten, soweit sie unter Zeitdruck ausgeübt werden müssen, zu Einschränkungen der Beschäftigungsfähigkeit führen. Das Alter hat aber andererseits keinen generell negativen Einfluss auf die Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren (Hallsten 1996).

- Die Zeit, die ein Mensch benötigt, um auf ein Signal adäquat zu reagieren, steigt mit dem Alter an. Unterschiede zu jugendlichen Altersgruppen werden größer, wenn komplexe und ungewohnte Aufgaben getestet werden (Salthouse und Miles 2002).
- Das mit zunehmendem Lebensalter veränderte Schlafverhalten umfasst auch eine nachlassende Fähigkeit, Schlafdefizite auszugleichen und eine tendenzielle Verkürzung biologischer Rhythmen. Insbesondere Nachtarbeit wird deshalb mit zunehmendem Alter in der Regel schlechter toleriert.
- Die Erholung von körperlicher wie auch von mentaler Arbeit benötigt mit steigendem Lebensalter tendenziell zunehmende Zeit.
- Die Stärken älterer Beschäftigter liegen vor allem in gut ausgebildeten kognitiven Strukturen, wie z.B. Fachwissen, Erfahrung und Expertise sowie sozialpraktischer Kompetenz, die Defizite in den kognitiven Prozessen vor allem in bekannten Arbeitssituationen kompensieren können.
- Der Alterungsprozess erfolgt – falls keine Erkrankungen auftreten – stetig und interindividuell sehr variabel.

Während umfangreiches Wissen über den Einfluss verschiedener Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit Beschäftigter vorliegt, ist dieser Einfluss auf den Alterungsprozess selbst weniger gut untersucht und geklärt (2.4). Das hat methodische Gründe und liegt zudem an höchst unterschiedlichen Alternskonzepten und -Indikatoren.

2.2 Altern, Gesundheit und chronische Erkrankungen

„Erhalt der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Beschäftigungsfähigkeit“ bedeutet nicht das Aufhalten des physiologischen Alterns, sondern:

- das Verhüten vermeidbarer chronischer Erkrankungen, seien sie arbeitsbedingt oder nicht,
- das Verhindern eines weiteren Fortschreitens von Erkrankungen,
- das Kompensieren der funktionellen Auswirkungen von Erkrankungen

Nicht nur die altersabhängige Zunahme der Arbeitsunfähigkeit, sondern insbesondere auch die mit zunehmendem Lebensalter häufiger eingeschränkte Einsatzflexibilität („Leistungswandlung“) ist ganz überwiegend durch chronische Erkrankungen - bei mehr als 50% der über 50-Jährigen (Haller et al. 2008, Keskin et al. 2008) - und nur in geringem Ausmaß durch das physiologische Altern bedingt. Ältere Beschäftigte ohne chronische Erkrankung weisen im Durchschnitt keine höheren Arbeitsunfähigkeitszeiten auf als jüngere Beschäftigte.

2.3 Sozialer Status, Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit

In zahlreichen Studien konnten Belege für verschiedene Faktoren gefunden werden, über die der immer wieder belegte Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit vermittelt wird:

- Respekt, Wertschätzung und soziale Integration,
- gesundheitsförderliche bzw. gefährdende Arbeitsbedingungen,
- „Umgekehrte Kausalität“: Individuelle Gesundheit kann die Möglichkeiten zur Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten fördern oder einschränken, und damit auch die Arbeitsplatzwahl und die Arbeitsbedingungen beeinflussen (de Lange et al. 2005),
- milieuspezifisches Gesundheitsverhalten, Lebensstil,
- unterschiedlicher Zugang zu Präventionsangeboten und guter kurativer Medizin,
- Zahl und Qualität individueller Sozialbeziehungen,
- Bildung.

Soziale Lage und sozialer Status haben somit nicht nur für Einkommen und Ansehen, sondern auch für Gesundheitschancen, Krankheitsrisiko und Lebenserwartung entscheidende Bedeutung (House et al. 1988, Holt-Lunstad et al. 2010). Arbeitsmedizinische Untersuchungen zeigen bei Berufstätigen mit vorwiegend körperlich leichter manueller Tätigkeit (Montagearbeiten) höhere Häufigkeiten chronischer Erkrankungen und ein im Durchschnitt ungünstigeres Risikofaktorenprofil im Vergleich zu Beschäftigten mit vorrangig organisatorischen und mentalen Arbeitsaufgaben (Keskin et al. 2008). Nur ein Teil dieser Unterschiede ist durch die höhere körperliche Beanspruchung der manuell Arbeitenden erklärbar, ein anderer Teil durch verhaltensabhängige Risiken, wie z.B. Übergewicht oder Rauchverhalten und andere Faktoren.

Die Mechanismen sind komplex und wechselseitig – sozialer Status beeinflusst Gesundheit, aber Gesundheit – auch psychische Gesundheit – beeinflusst ebenso den erreichten und den erreichbaren sozialen Status.

Der Einfluss, den ein Mensch auf die Umstände seines Lebens hat (Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume) und seine Chance, sich als anerkanntes Mitglied der Gesellschaft zu fühlen (Respekt/Wertschätzung), sind von hoher Bedeutung für die Gesundheit. Arbeitslosigkeit hat sich in diesem Kontext als krankheitsauslösendes Worst-Case-Szenario erwiesen (Moser und Paul 2001). Menschen in einem dauerhaften Beschäftigungsverhältnis haben ein geringeres Erkrankungs- und Sterberisiko als langfristig vom Arbeitsmarkt ausgeschlossene Personen. Arbeit – soweit sie nicht gesundheitsgefährdende Bedingungen enthält – besitzt also offensichtlich ein überwiegend gesundheitsförderliches Potential. Dabei wird deutlich, dass nicht allein ein deutlicher Selektionseffekt chronischer Erkrankungen zu Arbeitslosigkeit „disponiert“, sondern dass sich unabhängig davon der Gesundheitszustand Erwerbsloser im Vergleich zu Berufstätigen im Längsschnitt deutlich verschlechtert (Paul und Moser 2009).

Ob Arbeit gesundheitsförderlich oder gesundheitsgefährdend wirkt, hängt einerseits von der Qualität und Dauer der Arbeitsanforderungen und von den Umgebungsfaktoren am Arbeitsplatz, andererseits vom Zugang zu arbeitsplatznahen Angeboten zur Individualprävention und den Chancen zur Entwicklung eigener „Gesundheitskompetenz“ ab. Gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen und ein kompetenter, eigenverantwortlicher Umgang mit der eigenen Gesundheit sind miteinander positiv korreliert. Eine wertschätzende, die Beschäftigten in Entscheidungsprozesse einbindende Umgangskultur hat hierbei grundlegende Bedeutung, sowohl für die Gesundheit der Beschäftigten, als auch für nachhaltigen unternehmerischen Erfolg.

Führung und betriebliche Sozialbeziehungen können einerseits eine wichtige Gesundheitsressource sein, andererseits aber auch die Gesundheit von Beschäftigten gefährden. Krankheitsauslösende Situationen entstehen z.B. dort, wo:

- Hohe Anforderungen, bei gleichzeitig begrenztem Entscheidungs-, bzw. Gestaltungsspielraum an Beschäftigte gestellt werden (Karasek und Theorell 2009),

- ein fortgesetzt hohes Engagement der Beschäftigten nicht angemessen anerkannt und „belohnt“ wird: finanziell – Gehalt; emotional – Respekt, Wertschätzung; statusbezogen – Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit (Siegrist 1996).

Eine anhaltende Situation des subjektiven Empfindens fehlender Wertschätzung seitens des Vorgesetzten erhöht das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung und/oder einer depressiven Erkrankung. In medizinsoziologischen Modellen konnte ein relevanter Anteil der bei älteren Beschäftigten auftretenden Herzinfarkt ereignisse auf psychosoziale Arbeitsbelastungen zurückgeführt werden. Zudem kann ein Teil depressiver Erkrankungen von Beschäftigten durch die systematische Prävention psychosozialer Arbeitsbelastungen vermieden werden. Auch für Beschwerden des Bewegungsapparats konnte eine Bedeutung psychosozialer Faktoren als Auslöser belegt werden.

Neben den Arbeitsbedingungen werden Fähigkeit und Bereitschaft zur Fortsetzung einer beruflichen Tätigkeit trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen von weiteren Faktoren beeinflusst (Nilsson et al. 2011):

- Attraktivität und subjektive Bedeutung der eigenen Arbeit,
- Einstellung der Führungskräfte gegenüber älteren Beschäftigten,
- persönliche Lebensperspektive,
- ökonomische Bedingungen eines frühen Renteneintritts.

2.4 Arbeitsbedingungen und Altern

Ob ältere Beschäftigte unbeeinträchtigt und mit Freude ihre berufliche Tätigkeit ausüben, hängt einerseits erheblich von den jeweiligen Arbeitsbedingungen ab, andererseits aber auch von der individuellen Sicht auf den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit, der eigenen Lebensplanung, der Attraktivität der Arbeit für Ältere, der gesellschaftspolitischen Debatte über die Verlängerung der Lebensarbeitszeit und vom gesellschaftlichen Stellenwert der Arbeit.

Die Erforschung möglicher negativer Einflüsse verschiedener Arbeitsbelastungen auf die menschliche Gesundheit ist eine der arbeitsmedizinischen Kernaufgaben und wird es auch in Anbetracht des technologischen Wandels und des Wandels der Arbeit bleiben müssen. Eine Vielzahl der Erkenntnisse ist im deutschen Arbeitsschutzrecht berücksichtigt worden und konnte über die betrieblichen Arbeitsschutzstrukturen sowohl zur deutlichen Reduzierung neu auftretender Berufserkrankungen, als auch durch Verminderung spezifischer Gefährdungen insgesamt zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten beitragen. Die Prävention monokausal durch berufliche Gefährdungen verursachter Berufskrankheiten gehört weltweit zu den am besten belegten Beispielen erfolgreicher Prävention.

Demgegenüber liegen weit weniger Erkenntnisse zur Beeinflussung des Alterungsprozesses durch unterschiedliche Arbeitsbedingungen vor. Die Erforschung derartiger Zusammenhänge ist durch die Komplexität des Alterns und das Fehlen einfacher, messbarer und valider Alterungsindikatoren erschwert. Nach verbreiteter Expertenmeinung beschleunigen insbesondere langjährige körperliche Schwerarbeit, Nacht-, Hitzearbeit und eine intensive Exposition gegenüber verschiedenen Gefahrstoffen den biologischen Alterungsprozess; allerdings ist die wissenschaftliche Evidenz dieser Zusammenhänge begrenzt.

Ungeachtet vieler offener Fragen haben sowohl die Prävention unmittelbarer arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen (3.1) als auch die mit zunehmendem Lebensalter häufigere Diskrepanz zwischen Gesundheit und Arbeitsanforderungen vorrangige Bedeutung für die betriebliche Prävention.

Zunehmend werden auch die positiven, salutogenen Einflüsse gut gestalteter und gut organisierter Arbeit auf den Erhalt von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden deutlich; das gilt besonders dann, wenn gemischt mentale und körperliche Aktivitäten gefordert werden. Dafür sprechen nicht nur zahllose Biografien „aktiv“ alternder Menschen, sondern auch die Erforschung der gesundheitlichen Folgen unfreiwilliger Erwerbslosigkeit in Längsschnittstudien (Paul und Moser 2009).

Neuropsychologische und neurobiologische Untersuchungen belegen ebenso die positiven Effekte körperlicher und mentaler Aktivität Älterer, sofern schädigende Faktoren vermieden werden können. So gibt es zahlreiche empirische Belege dafür, dass neben physiologischer körperlicher Belastung auch ein angemessener Anteil kognitiver Arbeitsaufgaben negative Alternseinflüsse auf die mentale Leistungsfähigkeit verringert (INQA 2009).

3 Gestaltung betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung

Wirksame Konzepte zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeit und zur individuellen Prävention dürfen nicht erst bei den Älteren ansetzen, sondern sollten bereits mit dem Start in die Berufstätigkeit beginnen. Gleiches gilt für transparente Chancen zur Qualifizierung und Personalentwicklung, denn in der Praxis zeigen sich häufig Synergien zwischen diesen Handlungsfeldern.

3.1 Primärprävention: Alters- und gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung

Wie skizziert, ist nur von wenigen, „biologisch determinierten“ altersbedingten Einschränkungen der Beschäftigungsfähigkeit auszugehen. Dies betrifft vorwiegend körperliche Einschränkungen, insbesondere hinsichtlich der Sinnesorgane, des Bewegungsapparats sowie veränderte Anforderungen an die Regeneration. Chronische Erkrankungen treten mit zunehmendem Alter zunehmend auf. Einige dieser Erkrankungen sind der individuellen Prävention zugänglich (insbesondere Krebs- und Herz-/Kreislaufferkrankungen), oder aber in ihrer Relevanz für Wohlbefinden und Beschäftigungsfähigkeit von den körperlichen und psychosozialen Arbeitsbedingungen abhängig. Letzteres gilt insbesondere für Erkrankungen des Bewegungsapparats.

Aus Sicht der arbeitsmedizinischen Praxis ist es deshalb zweitrangig, mit welcher Sicherheit eine primärpräventive, d.h. krankheitsverhütende Wirkung ergonomischer Arbeitsgestaltungsmaßnahmen auf den Alterungsprozess oder z.B. die Entstehung von Erkrankungen des Bewegungsapparats wissenschaftlich bewiesen ist. Von hoher praktischer Bedeutung ist vielmehr, dass in jedem Betrieb ein Routineprozess zur gesundheitsgerechten und ergonomischen Arbeitsgestaltung sichergestellt wird, der sich an den im folgenden beschriebenen Gestaltungsanforderungen und an der Gefährdungsbeurteilung orientiert. Dabei sollte auch die Altersstruktur der jeweiligen Beschäftigtengruppen berücksichtigt werden.

Arbeitsmedizinische Beratung bei der Arbeitsgestaltung

Die aktive Einbeziehung von Betriebsärzten bei der Planung von Arbeitsplätzen durch die Arbeitgeber, aber auch ihre Eigeninitiative auf diesem Gebiet ist immer noch nicht selbstverständlich, obwohl es sich hier um die wohl wichtigste betriebsärztliche Aufgabe handelt. Deshalb sollte durch Absprachen oder betriebliche Regelungen eine arbeitsmedizinische Beratung vor Abschluss der Planung von Arbeitsprozessen und Arbeitsplätzen sichergestellt werden. Im Rahmen vertraglicher Regelungen ist eine ausdrückliche Aufnahme dieser Beratung ebenso vorteilhaft, wie die Gewährleistung eines jederzeit ungehinderten Zugangs der Betriebsärzte zu allen Arbeitsbereichen (s. folgender Abschnitt).

Die arbeitsmedizinische Beratung zur Arbeitsgestaltung stützt sich dabei u.a. auf:

- Kenntnisse zur Ergonomie und zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung,
- Erkenntnisse aus Gefährdungsbeurteilungen,
- Berücksichtigung früher aufgefallener arbeitsbedingter Erkrankungen oder arbeitsbezogener Beschwerden im Zusammenhang mit bestimmten Gestaltungsmerkmalen,
- Auswertung von Ergebnissen arbeitsmedizinischer Vorsorge, bezogen auf bestimmte Tätigkeiten oder Beschäftigtengruppen,
- Erkenntnisse aus dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (3.8)

Ein professioneller arbeitsmedizinischer Beratungsstil umfasst auch die Abstimmung der Modalitäten der Beratung mit den für die Planung und Gestaltung von Arbeitsplätzen Verantwortlichen: z.B. als Routine im Sinne einer „arbeitsmedizinischen Stellungnahme im Planungsprozess“.

Wesentliche Erfolgsfaktoren arbeitsmedizinischer Beratung zur Arbeitsgestaltung sind:

- aktives Zugehen auf die betrieblichen Partner,
- systematisches Arbeiten,
- gute Kenntnis und Berücksichtigung gesundheitsrelevanter betrieblicher Abläufe und Prozesse,
- Engagement beim Hinwirken auf gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen

In diesem Zusammenhang hat eine gute und kollegiale Absprache und Aufgabenverteilung der Betriebsärzte mit den Fachkräften für Arbeitssicherheit, wie sie im § 10 des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) vorgesehen ist, eine besondere Bedeutung: Ein wesentlicher Teil der Aufgaben nach dem ASiG ist formell sowohl den Betriebsärzten als auch den Sicherheitsfachkräften zugeordnet. Parallel- und Doppellarbeit sollte dabei vermieden werden. Eine wichtige Entscheidungshilfe ist in diesem Zusammenhang die Frage: Wessen Fachkompetenz trägt jeweils am besten zur Erfüllung von Teilaufgaben bei?

Arbeitsplatz-/Betriebsbegehungen

Gemeinsame Betriebsbegehungen von Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften gehören zur Routine einer Betreuung nach dem ASiG. Sie tragen u.a. maßgeblich zur Erstellung der Gefährdungsbeurteilung durch den Arbeitgeber bei. Hier gilt Gleiches wie bereits für die Beratung zur Arbeitsgestaltung: Arbeitsplatzbegehungen erfolgen gut organisiert, systematisch, flächendeckend und in enger Zusammenarbeit mit den betrieblichen Partnern. Neben der jeweiligen Führungskraft und dem Personal-/Betriebsrat können themenbezogen weitere Partner hinzugezogen werden. Üblicherweise werden zunächst die bei der letzten Bereichsbegehung beschlossenen Maßnahmen besprochen oder geprüft, neue Problemstellungen abgefragt und aufgenommen und bei der anschließenden Arbeitsplatzbegehung geprüft.

Falls möglich, sind im anschließenden Gespräch konsensfähige Maßnahmen zu beschließen; allerdings müssen oft zunächst Schritte zur weiteren Klärung vorgezogen werden (z.B. Messungen, Rückfragen, Klärungsgespräche in anderer Zusammensetzung usw.). Ein besonderer Schwerpunkt sollte dabei der gemeinsame Blick in die nähere Zukunft sein: Entsprechen Arbeitsgestaltung und -organisation den Anforderungen eines sich wandelnden Altersspektrums der Belegschaft?

Eine angemessene Protokollierung, Dokumentation und Verfolgung beschlossener Maßnahmen sowie Informationsroutine gehören ebenfalls unverzichtbar zur guten Präventionspraxis.

Zum Erfolg des arbeitsmedizinischen Beitrags zur Betriebsbegehung trägt eine gute Vorbereitung bei: Z.B. die bereichsbezogene Auswertung von Untersuchungsergebnissen, zwischenzeitliche arbeitsbezogene Beschwerden oder Erkrankungen von Beschäftigten im Begehungsbereich, Daten eines betrieblichen Gesundheitsberichts, usw. Diese können durch den Betriebsarzt unter Wahrung der Schweigepflicht in die initiale Besprechung eingebracht werden, die Wahl von Begehungsschwerpunkten erleichtern und Anlass für die Abstimmung präventiver Maßnahmen sein.

3.2 Arbeitsmedizinische Aspekte der Arbeitszeit und Lebensarbeitszeit

Unter den hier betrachteten Arbeitsmerkmalen kommt der Arbeitszeitorganisation eine Sonderrolle zu, denn Nacht- und Schichtarbeit betreffen einen zunehmenden Anteil aller Beschäftigten.

Insbesondere Nachtarbeit ist eine unphysiologische Form der Arbeitsorganisation, die zunächst ein Arbeiten in Zeiten verminderter Leistungsfähigkeit und damit bei gleicher Arbeitsbelastung eine höhere physiologische Beanspruchung als Tagarbeit bedingt. Auf die einerseits altersbezogen abnehmende, andererseits individuell sehr variierende Schichtarbeitstoleranz wurde im Abschnitt 2.1 hingewiesen. Selbst wenn man unterschiedliche individuelle Nachtarbeitstoleranzen unterstellt, erfordert dies dennoch eine ergonomische Schichtplangestaltung.

Aus arbeitsmedizinischer Sicht sollte deshalb insbesondere Nachtarbeit auf ein unvermeidbares Minimum begrenzt werden; das gilt sowohl für das Nachtarbeitsvolumen (Anteil der nächtlichen Arbeitszeit an der Gesamtarbeitszeit eines Betriebs), als auch für die Zahl nachtarbeitleistender Beschäftigter.

Als Grundlage für die arbeitsmedizinische Beratung zur Wahl von Schichtsystemen und bei der Gestaltung von Schichtplänen steht u. a. der „Leitfaden zur Einführung und Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit“ (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2005) zur Verfügung. Neben diesen Gestaltungskriterien ist die Möglichkeit einer individuellen Nachtarbeitsbefreiung von besonderer Bedeutung, soweit diese aus arbeitsmedizinischer Sicht angezeigt ist.

Neben der Schichtarbeit sind die gesundheitlichen Aspekte der Lebensarbeitszeit ein wichtiges arbeitsmedizinisches Thema. Die arbeitsmedizinische Beratung hierzu ist u.a. bei folgenden Anlässen gefragt:

- Die Betriebsparteien suchen Rat bei der Ausgestaltung von Betriebsvereinbarungen zur Altersteilzeit,
- Beschäftigte suchen Rat zu der Frage, ob sie ggf. von einer betrieblichen Regelung Gebrauch machen sollten.

Im erstgenannten Fall ist aus arbeitsmedizinischer Sicht auf die individuellen Unterschiede in der Entwicklung funktioneller Einschränkungen durch chronische Erkrankungen, aber auch die stark variierenden Beanspruchungsprofile in den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen hinzuweisen. Beide Aspekte sprechen aus arbeitsmedizinischer Sicht dafür, bei der Gestaltung entsprechender Regelungen Spielräume für die Wahl eines angemessenen Ruhestandsalters und die Option reduzierter Tages- oder Wochenarbeitszeit zu empfehlen.

Im Fall einer Beratung von Beschäftigten ist besonders zu berücksichtigen, dass die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, abrupte Belastungswechsel, aber auch der Übergang von der aktiven Beschäftigung zum Ruhestand auf körperlicher wie psychischer Ebene Anpassungsmechanismen (Adaptation) auslösen. Der Zeitbedarf dieser Anpassung variiert erheblich. Dabei ist jeweils sowohl die Arbeitssituation, als auch der individuelle Gesundheitszustand der Beschäftigten zu berücksichtigen.

Tätigkeiten mit einem hohen Anteil körperlicher Belastungen können manchmal auch dann nicht bis zum regulären Renteneintrittsalter ausgeführt werden, wenn keine arbeitsbedingte Erkrankung, sondern lediglich eine physiologische Degeneration des Bewegungsapparats vorliegt. Mögliche alternative Einsatzbereiche könnten z.B. die Qualifizierung junger bzw. weniger erfahrener Mitarbeiter/-innen oder in der Industrie z.B. Aufgaben in der Qualitätssicherung bzw. Logistik sein. Je qualifizierter und erfahrener Beschäftigte sind, umso leichter fällt das Angebot einer Alternativtätigkeit aus gesundheitlichen Gründen.

Die arbeitsmedizinische Beratung bei der Gestaltung betrieblicher Regelungen kann u.a. folgende Ansätze umfassen:

- Altersteilzeit, z.B. als in Stufen reduzierte Tages- oder Wochenarbeitszeit,
- Beteiligung der Beschäftigten bei der Gestaltung des Übergangs von der Erwerbsarbeit zum Ruhestand,
- Abstufung der Altersschwelle für Altersteilzeitregelungen nach arbeitsmedizinischen Kriterien. Beispiele: Nachtarbeit, taktgebundene Tätigkeit, Fließarbeit,
- Ermöglichung individueller Verkürzung der Lebensarbeitszeit über die Option einer freiwilligen Umwandlung von Entgeltanteilen in Arbeitszeitguthaben; das bietet auch die Chance zur Berücksichtigung individueller Lebenspläne,
- Zusätzliche Erholzeiten bei besonders belastenden Arbeiten (z.B. Nachtarbeit),
- Belastungs- und Tätigkeitswechsel,
- Entkopplung taktgebundener Aufgaben,
- Vorfertigung zur Pufferbildung,
- Nutzung altersdifferenzierter Arbeitssysteme mit gezielt unterschiedlichen Arbeitsinhalten und Anforderungen für jüngere und ältere Beschäftigte

Weitere Perspektiven der Arbeitsorganisation, z.B. die Entdichtung von Arbeitsabläufen für ältere Beschäftigte, sind eine Herausforderung für die Betriebs- und Tarifparteien.

Nicht nur im Rahmen tariflicher Regelungen, sondern auch bei Betriebsvereinbarungen zu Themen wie Beschäftigungssicherung, Zukunftsvorsorge oder demografische Entwicklung können derartige Ansätze einfließen. Dazu gehört auch die Option, dass Arbeitsplätze mit Anforderungen, die von älteren Beschäftigten besonders gut zu erfüllen sind, bevorzugt diesen angeboten werden sollten. Anstelle fester Alterskriterien für diese Tätigkeiten sollten allerdings andere geeignete Zugangskriterien gefunden werden. So ist es z.B. denkbar, dass eine Berufserfahrung von mindestens x Jahren eine Voraussetzung für die Aufnahme spezifischer Tätigkeiten sein könnte; z.B.: Aufgaben in der Qualitätssicherung, der Qualifizierung weniger Erfahrener, der Prozessoptimierung. Das Definieren von exklusiven Arbeitsaufgaben für besonders erfahrene Beschäftigte bietet vielfältige und bisher nur selten genutzte Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne einer demografieorientierten Unternehmensführung.

Aus arbeitsmedizinischer Sicht sind alle gesetzlichen, tarifvertraglichen und betrieblichen Regelungen zu begrüßen, die eine flexible und schrittweise – der jeweiligen Tätigkeit, Organisation und den individuellen gesundheitlichen Bedingungen angemessene – Gestaltung des Übergangs zum Ruhestand ermöglichen und fördern.

3.3 Personalentwicklung, Personaleinsatzkonzepte, Arbeitsorganisation

Belastungswechsel, Gruppen- und Teamarbeit tragen zur Belastungsvielfalt und damit zur Prävention bei. Sie gewährleisten bei günstigen Rahmenbedingungen nicht nur Lernchancen und ein „Job Enrichment“, sondern können auch den sozialen Zusammenhalt und die soziale Unterstützung der Beschäftigten fördern. Die bei dieser Arbeitsorganisation übliche aktive Mitarbeit bei der Organisation und Gestaltung von Arbeit ist gerade für ältere, erfahrene Beschäftigte eine Chance, ihre spezifischen Stärken einzubringen; sie trägt so auch zur Attraktivität der Arbeit für ältere Beschäftigte bei.

Auch die auf persönlichem Kontakt und umfassenderem Aufgabenspektrum aufbauende Arbeitsweise in Kleinbetrieben bietet die Chance, ihre strukturellen Vorteile zugunsten älterer Beschäftigter zu nutzen.

Welche betrieblichen Gestaltungsansätze tragen dazu bei, Leistungsfähigkeit und Motivation der Beschäftigten über Jahrzehnte zu erhalten? Empirische Untersuchungen (Morschhäuser 2002) weisen darauf hin, wie wichtig Wechsel im Erwerbsverlauf von belastungsintensiven zu psychisch und physisch weniger anstrengenden Positionen für den langfristigen Erhalt von Leistungsfähigkeit und Gesundheit sind. Aufgabenwechsel erhalten ferner die Lernfähigkeit und Veränderungsbereitschaft der Mitarbeiter. Führen Beschäftigte über lange Zeit hinweg die gleichen Tätigkeiten aus, können sie das Vertrauen verlieren, sich in neue Aufgabengebiete einarbeiten zu können. Aus gesundheitlicher Sicht ist anzustreben, dass Ältere zunehmend kognitive, organisatorische und kommunikative Aufgaben wahrnehmen.

Natürlich ergeben sich in diesem Zusammenhang sehr häufig praktische Grenzen sowohl seitens der Unternehmen als auch seitens eines Teils der Beschäftigten, die einen Aufgabenwechsel evtl. ebenso als „Stress“ empfinden, wie eine Tätigkeit mit ausgeprägten Lernanreizen – die immer wieder die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit und Kompetenz deutlich werden lässt.

Grundsätzlich wird monotone oder auch repetitive Arbeit mit zunehmendem Lebensalter schlechter toleriert, obwohl die damit verbundenen typischen körperlichen Überlastungsfolgen häufiger als Adaptationsproblem bei Beginn einer solchen Tätigkeit auftreten. Sehr kurze Taktzeiten erfordern nicht nur eine sehr gezielte Gestaltung der Austaktung zur Vermeidung von Erkrankungen im Hand-Arm-Schulterbereich, sie beeinträchtigen auch das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit älterer Beschäftigter deutlich. Allerdings fällt Arbeit mit langen Taktzeiten Älteren wegen der verlängerten Anlernzeit ebenfalls oft schwer; zur Erleichterung trägt dabei z.B. eine Visualisierung von Arbeitsfolgen entscheidend bei. Den Taktzeiten und der Planung von Arbeitsfolgen innerhalb eines Takts sollte besondere Aufmerksamkeit gelten. Die psychischen Folgen monotoner Arbeit können Sättigung und Ermüdung sein; allerdings verursachen diese Beanspruchungsfolgen nicht regelhaft, sondern nur unter besonderen individuellen Voraussetzungen psychische Erkrankungen.

So wird in vielen Unternehmen in der industriellen Fertigung das Prinzip der regelmäßigen Job-Rotation innerhalb der Gruppenarbeit umgesetzt. Die Mitarbeiter einer Arbeitsgruppe rotieren routinemäßig über die unterschiedlichen Arbeitsgänge und erhöhen so ihre Einsatzflexibilität innerhalb der Gruppe. Besonders bei altersgemischter Zusammensetzung der Arbeitsgruppen profitieren Ältere wie Jüngere von gegenseitiger Unterstützung und Erfahrungsvermittlung.

Insbesondere in den bereits erwähnten Arbeitsbereichen mit monotoner Arbeit kann ein systematischer Belastungswechsel als Organisationsprinzip wesentliche und gut realisierbare präventive Beiträge leisten. Dieses in moderner industrieller Fertigung übliche Prinzip wurde bisher noch unzureichend an die Anforderungen anderer Arbeitsformen – z.B. Büroarbeit – angepasst und dort praktisch erprobt.

3.4 Führung und Gesundheit

Die Bedeutung einer respektorientierten, partizipativen Führungskultur und gesundheitsgerechter Sozialbeziehungen bei der Prävention krankheitsauslösender, psychosozialer Arbeitsbelastungen wird in der wissenschaftlichen Literatur immer wieder hervorgehoben (u.a. Siegrist 1996, Nieder 2000, Snow et al. 2003, Siegrist et al. 2006, Zimmer 2006, Badura et al. 2008, Wieland et al. 2009).

Selbstverständlich kann das Handlungsfeld „Führung“ nicht allein oder vorrangig von Betriebsärzten gestaltet werden – es ist aber Aufgabe der Betriebsärzte, im jeweiligen Unternehmen durch Information und Diskussion mit der Unternehmensleitung seine Bedeutung und seine inhaltlichen Anforderungen aufzuzeigen sowie präventive Maßnahmen engagiert zu unterstützen.

Sozialbeziehungen in der Arbeitswelt sind gesundheitsgerecht gestaltet, wenn:

- Führungsprozesse mitarbeiterorientiert erfolgen,
- Beschäftigte bei Gestaltung und Organisation ihrer Arbeit beteiligt werden,
- soziale Kompetenz, soziale Netzwerke und eine Vertrauenskultur im Unternehmen gefördert werden,
- Führungskräfte und Beschäftigte ihre Arbeit als sinnbringend und wertvoll erleben,
- die Unternehmenspolitik von den Beschäftigten als transparent, berechenbar und beeinflussbar wahrgenommen werden kann.

Führung beeinflusst direkt die Tätigkeitsanforderungen und die daraus für die Beschäftigten resultierenden Belastungen. Durch Schaffung von Ressourcen, wie z.B. sozialer Unterstützung oder Handlungsspielräumen, können zudem ungünstige Folgen hoher Anforderungen und Belastungen kompensiert werden.

Wertschätzung gilt als größter Treiber für die Mitarbeitermotivation, gefolgt von der Art der Arbeit, des „sich einbringen und gestalten Könnens“, dem Interagieren in sozialen Netzwerken und einem sicheren Einkommen. Die systematische Anwendung dieser Erkenntnisse in der unternehmerischen Gesundheitspolitik setzt das Vorhandensein einer entsprechenden Handlungskompetenz im Unternehmen voraus – sowohl bei der Unternehmensleitung, als auch der Belegschaft.

In der betrieblichen Praxis liegt hier ein wichtiges arbeitsmedizinisches Beratungs- und Handlungsfeld. Neben der etablierten arbeitsmedizinischen Beratung zu allen Aspekten des Arbeitsschutzes hat sich die Vermittlung von „Gesundheitskompetenz“ im Rahmen betrieblicher Qualifizierungsprogramme für Führungskräfte als sinnvoll und präventiv wirksam erwiesen. Soweit ein Betriebliches Gesundheitsmanagement im Unternehmen etabliert ist, sollte das Wissen über „gesundheitsgerechte Führung“ als Teil der BGM-Qualifizierung für Führungskräfte durch Fachärzte für Arbeitsmedizin überzeugend vermittelt werden.

Eine zeitgemäße betriebliche Gesundheitspolitik fokussiert die Ausgestaltung von gesundheits- und leistungsförderlichen Sozialbeziehungen, das bedeutet:

- die gezielte Auswahl, Qualifizierung und Personalentwicklung der Führungskräfte, auch unter dem Aspekt von „Führung und Gesundheit“,
- die Erarbeitung und Kommunikation eines transparenten Führungs- und Zusammenarbeitsleitbildes innerhalb des Unternehmens,
- die Vermittlung von Gesundheitskompetenz bei Führungskräften und Beschäftigten durch Schulung unter Beteiligung der Betriebsärzte,
- die Förderung der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben

Allerdings schützen auch gesundheitsgerecht gestaltete Arbeit, Mitbestimmung und eine beteiligungsorientierte Führungskultur nicht vor Mühe, Verausgabung, Enttäuschungen sowie Konflikten in der Sache, zwischen Persönlichkeiten und zwischen den Betriebsparteien – diese wird es immer geben, solange Menschen miteinander arbeiten. Deshalb muss betriebliche Prävention immer auch korrektive und reaktive Angebote umfassen; s. hierzu auch die AME „Psychische Gesundheit im Betrieb“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016) und die folgenden Abschnitte dieser AME.

3.5 Sekundäre Prävention durch Früherkennung

Arbeitsmedizinische Vorsorge hat das vorrangige Ziel, arbeitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen und Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu verhüten. Die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge unterscheidet jeweils Pflicht-, Angebots-, Wunschvorsorge. Arbeitsmedizinische Vorsorge kann darüber hinaus auch weitere Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge umfassen.

Ziele der arbeitsmedizinischen Vorsorge sind:

- Frühzeitige Erfassung arbeitsbedingter Beeinträchtigungen der Gesundheit,
- Früherkennung von individuellen Risiken und Erkrankungen,
- positive Beeinflussung erkannter Risiken,
- ggf. frühzeitige Vermittlung einer angemessenen Therapie,
- systematische Auswertung der erhobenen Befunde,
- Ableiten und Umsetzen von Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung,
- Erkennen von Rehabilitationsbedarf.

Eine auswertungsgerechte Dokumentation von Daten aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge bietet Betriebsärzten die Chance, aus der Häufung bestimmter Beschwerden oder Befunde in einzelnen Arbeitsbereichen weitere Analysen und präventive Maßnahmen abzuleiten (3.6, 4.1).

Arbeitsmedizinische Vorsorge ist in dem Maße präventiv wirksam, wie sie insbesondere von den Beschäftigten angenommen wird.

Folgende Faktoren fördern erfahrungsgemäß eine hohe Akzeptanz und Beteiligung der Beschäftigten an der arbeitsmedizinischen Vorsorge:

- vertrauenswürdige Praxis der arbeitsmedizinischen Betreuung,
- persönliche Einladung und konkretes Terminangebot an alle in Betracht kommenden Beschäftigten während ihrer geplanten Anwesenheit in Abstimmung mit ihren Führungskräften,
- intensive Kommunikation von Präventionsthemen im Unternehmen,
- gezielte Information von Beschäftigten über tätigkeitspezifische Vorsorge,

- betriebsärztliche Information über den präventiven Beitrag der arbeitsmedizinischen Vorsorge,
 - strikte Einhaltung von Datenschutz und Schweigepflicht,
 - Aufnahme von arbeitsmedizinischer Vorsorge in „bereichsspezifische Präventionsprogramme“,
 - persönliche Ansprache/Empfehlung der Führungskräfte,
 - aktive Unterstützung der Betriebs- oder Personalräte
-

Arbeitsmedizinische Pflicht- und Angebotsvorsorge

Arbeitsmedizinische Pflicht- und Angebotsvorsorge kann bei verschiedenen Tätigkeiten/Expositionen einen nachweisbaren Beitrag zur gesundheitlichen Prävention leisten. Ob und ggf. welche Art der arbeitsmedizinischen Vorsorge jeweils angemessen ist, orientiert sich an der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung in Verbindung mit der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge.

Ziel arbeitsmedizinischer Vorsorge ist es, frühzeitig mögliche arbeitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen zu erkennen und ggf. durch Verbesserung der Arbeitsgestaltung, organisatorische Maßnahmen oder auch individuelle Schutzmaßnahmen zu verhindern, dass sich eine gesundheitliche Beeinträchtigung zur Krankheit entwickelt.

Eine auswertungsgerechte Dokumentation von Daten aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge bietet Betriebsärzten die Chance, aus der Häufung bestimmter Beschwerden oder Befunde in einzelnen Arbeitsbereichen weitere Analysen und präventive Maßnahmen abzuleiten. Ergibt die Auswertung der arbeitsmedizinischen Vorsorge Anhaltspunkte für unzureichende Schutzmaßnahmen, so schlägt der Arzt dem Arbeitgeber geeignete Schutzmaßnahmen vor.

Arbeitsmedizinische Wunschvorsorge

Jeder Beschäftigte hat gemäß § 11 des Arbeitsschutzgesetzes ein Recht auf arbeitsmedizinische Wunschvorsorge, deren Beitrag und Rahmenbedingungen in der Arbeitsmedizinischen Empfehlung „Wunschvorsorge“ detailliert dargestellt werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2015). Dabei steht in der Praxis häufig die Frage einer möglichen individuellen arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdung oder auch die Frage der Zumutbarkeit eines weiteren Einsatzes auf dem aktuellen Arbeitsplatz im Fall einer chronischen Erkrankung im Vordergrund.

Wenn Beschäftigte eine Gefährdung ihrer körperlichen oder psychischen Gesundheit durch die Bedingungen ihrer Arbeit oder ihre Arbeitssituation vermuten, umfasst die arbeitsmedizinische Wunschvorsorge in der Regel neben der Anamneseerhebung sowohl eine medizinische Befunderhebung bzw. die Berücksichtigung vorgelegter Befunde anderer Ärzte als auch eine Bewertung der individuellen Arbeitssituation und ggf. eine Arbeitsplatzbegehung. Vor dem Hintergrund dieser Fakten erfolgen eine individuelle Beratung des Beschäftigten und eine Bewertung eines möglichen ursächlichen Zusammenhangs zwischen beruflicher Belastungssituation und erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Oft sind derartige Beratungsfälle Anlass einer Überprüfung oder Ergänzung der vorhandenen Gefährdungsbeurteilung durch den Arbeitgeber und können so – auch in Fällen eines fehlenden Kausalzusammenhangs – zu einer Verbesserung der betrieblichen Prävention beitragen.

Im Sonderfall einer individuell nachgewiesenen, besonders ausgeprägten Unverträglichkeit bestimmter Arbeitseinflüsse, die nicht durch Maßnahmen der Arbeitshygiene, Arbeitsgestaltung oder individuelle Schutzmaßnahmen kompensiert werden kann, empfiehlt der Arbeitsmediziner dem Beschäftigten einen gezielten Tätigkeitswechsel. Die Empfehlung eines Tätigkeitswechsels darf der Arbeitsmediziner nur mit dem Einverständnis des Beschäftigten an den Arbeitgeber übermitteln.

Häufig melden sich Beschäftigte mit Behinderungen bzw. chronischen, physischen oder psychischen Erkrankungen beim Betriebsarzt; dabei steht in der Mehrzahl der Fälle nicht die Frage der Kausalität – also der möglichen Verursachung der Erkrankung/Behinderung durch Arbeitsbedingungen – sondern die Frage der weiteren Einsatzfähigkeit auf dem aktuellen Arbeitsplatz im Vordergrund.

Auch hier muss sowohl die individuelle gesundheitliche Situation als auch die Arbeitssituation arbeitsmedizinisch bewertet werden; ggf. im Rahmen einer Arbeitsplatzbegehung. Grundlage der Beratung sind dann folgende Fragen:

- Kann die aktuelle Arbeit aus arbeitsmedizinischer Sicht geleistet werden?
- Kann der aktuelle Arbeitseinsatz die Entstehung oder das Fortschreiten einer Erkrankung fördern?
- Liegt eine individuelle Diskrepanz zwischen Belastung und Belastbarkeit vor?

Im Fall eines inadäquaten Einsatzes ist zunächst und mit Vorrang die Frage einer Umgestaltung des Arbeitsplatzes zu klären; hierzu stimmt sich der Arbeitsmediziner nach Einwilligung des Beschäftigten ggf. mit dem Arbeitgeber bzw. seinen Fachstellen (z.B. für Planung, Materialeinsatz, Arbeitsorganisation) ab. Sollte eine Umgestaltung nicht sinnvoll oder möglich sein, berät der Arbeitsmediziner den Beschäftigten zur weiteren Einsetzbarkeit, ggf. auch im Sinne eines dauerhaften Tätigkeitswechsels. Auch hier setzt eine entsprechende arbeitsmedizinische Beratung des Arbeitgebers das Einverständnis des Beschäftigten voraus. Ausführlichere Hinweise zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gibt der Abschnitt 3.8.

Arbeitsmedizinische Vorsorge kann auch der Feststellung dienen, ob bei Ausübung einer bestimmten Tätigkeit eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung besteht. Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge dient das Ergebnis der Untersuchung stets der Aufklärung und Beratung der betroffenen Person selbst. Sorgfältig davon zu differenzieren sind Eignungsuntersuchungen im Auftrag des Arbeitgebers, deren Zulässigkeit sich nach arbeitsrechtlichen bzw. datenschutzrechtlichen Grundsätzen regelt. Eignungsuntersuchungen sollen getrennt von der arbeitsmedizinischen Vorsorge durchgeführt werden und sind nicht Gegenstand dieser arbeitsmedizinischen Empfehlung.

Früherkennung im Rahmen betrieblicher Gesundheitsprogramme

Arbeitsmedizinische Vorsorge und betriebliche Gesundheitsvorsorge bieten gute Möglichkeiten, Beschäftigte zur Prävention am Arbeitsplatz aber auch zur Reduzierung individueller Risikofaktoren ärztlich zu beraten.

Die Verbesserung der präventivmedizinischen Betreuung gerade von Menschen mit niedrigerem Bildungsstatus ist ein wichtiges Anliegen der Arbeitsmedizin und ein vielversprechender Ansatz für interdisziplinäre Initiativen von Medizinern und Sozialwissenschaftlern. Die Freiwilligkeit des Angebots und der Teilnahme an derartigen Programmen muss selbstverständlich gewährleistet sein. Gesundheitspädagogische Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsförderung sollten weiter entwickelt werden. Ziele sind die Früherkennung chronischer Erkrankungen sowie die Förderung eines gesundheitsgerechten Lebensstils.

Hier liegen besondere Chancen der Arbeitsmedizin: Seit Jahrzehnten wird in einigen Betrieben die Kombination arbeitsmedizinischer Vorsorge (Pflicht- und Angebotsvorsorge) und allgemeiner Gesundheitsvorsorge zur Früherkennung erfolgreich praktiziert. Bei guter Vertrauensbasis zur arbeitsmedizinischen Betreuung kann Individualprävention auch arbeitsunabhängiger Risikofaktoren und Erkrankungen gelingen. Durch gute Information und Transparenz ist unbedingt sicherzustellen, dass die jeweiligen Untersuchungsinhalte und Präventionsziele für die Beschäftigten deutlich werden. Entscheidend ist dabei, dass die Beschäftigten sicher sein können, dass es sich hierbei nicht um Eignungsuntersuchungen handelt und selbstverständlich auch hier die Regeln der ärztlichen Schweigepflicht gelten.

Ebenso ist den Arbeitgebern zu verdeutlichen, dass derartige Aktivitäten keinesfalls die klassische arbeitsmedizinische Prävention ersetzen können, sondern individuell im Unternehmen als zusätzliches Angebot genutzt werden können.

In vielen Betrieben werden bereits Gesundheitsprogramme der verschiedensten Inhalte angeboten. Betriebliche Präventionsprogramme sollten sich maßgeblich an der Vermeidung der häufigsten Erkrankungsgruppen orientieren, die eine Beeinträchtigung der Beschäftigungsfähigkeit mit sich bringen können:

- Erkrankungen des Bewegungsapparats,
- psychische und psychosomatische Erkrankungen,
- Herz- und Kreislauferkrankungen,
- Stoffwechselerkrankungen.

Untersuchungen in der chemischen Industrie haben z.B. gezeigt, dass bei konsequenter arbeitsmedizinischer Beratung – trotz der tendenziell ungünstigeren Herz-Kreislauf-Risikoprofile von Schichtarbeitern (Bøggild und Knutsson 1999) – die Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit von Schichtarbeitern nicht ungünstiger sein muss als die der Tagarbeiter (Oberlinner et al. 2009).

Die Programme sollten ihren Schwerpunkt auf die individuelle Beratung legen, können aber auch medizinische Untersuchungen umfassen. Eine Anpassung solcher Angebote an den Bedarf der jeweiligen Zielgruppe, aber auch eine gute Abstimmung mit präventiven Programmen der gesetzlichen Krankenversicherung, ist unverzichtbar.

3.6 Arbeitsmedizinische Vorsorge und verbesserte Arbeitsgestaltung

Im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorge wird ein breites Spektrum präventionsrelevanter Erkenntnisse gewonnen, die erst durch Auswertung der Befunde sowie Tätigkeits- und ggf. Expositionsmerkmale zugänglich werden. Die Dokumentation arbeitsmedizinischer Befunde sollte deshalb so erfolgen, dass die Erfordernisse epidemiologischer Auswertbarkeit erfüllt werden.

Die Nutzung dieser Auswertungsergebnisse kann einerseits in der Suche nach „Auffälligkeiten“, d.h. Erkrankungshäufungen unter definierten Rahmenbedingungen bestehen. Derartige Ergebnisse eignen sich zur Formulierung von Hypothesen zu ihrer Verursachung, nicht jedoch zur Klärung von Zusammenhängen.

In der arbeitsmedizinischen Praxis kommen überwiegend einfache biostatistische Tests zum Einsatz; für die Beantwortung komplexerer Fragestellungen sind epidemiologische Methoden anzuwenden. Hierbei hat sich die Zusammenarbeit mit arbeitsmedizinischen Hochschulinstituten bewährt.

Als Fallbeispiel sei die Häufung von Hand-Arm-Erkrankungen nach der Einführung neuer Befestigungstechniken bei manuellen Montagearbeiten angeführt, die im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie des Eingliederungsmanagements auffiel und unverzüglich Anlass für eine beteiligungsorientierte und effektive Verbesserung der Arbeitsgestaltung war.

Aus epidemiologischer Sicht sollten arbeitsmedizinische Fragestellungen im Idealfall durch spezifische Studien, d.h. die Auswertung gezielt erhobener Gesundheitsdaten beantwortet werden. Unter den üblicherweise verfügbaren Routedaten sind die Daten aus arbeitsmedizinischen Vorsorgen am besten für epidemiologische Auswertungen geeignet – das gilt insbesondere auch im Vergleich zu den häufig herangezogenen Arbeitsunfähigkeitsdaten (4).

3.7 Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesundheit sollte Ziel des gesamten Unternehmens sein. Das bedeutet, dass neben der Gewährleistung eines guten Arbeits- und Gesundheitsschutzes durch den Arbeitgeber auch die Beschäftigten selbst einen Beitrag leisten können. Dafür müssen die erforderlichen Rahmenbedingungen gewährleistet oder geschaffen werden:

- aktive Rolle der Führungskräfte,
- wertschätzende und beteiligungsorientierte Unternehmenskultur,
- Selbstverantwortung durch Nutzung eigener Einflussmöglichkeiten der Beschäftigten auf ihre Gesundheit.

Es kommt darauf an, Beschäftigte für die Prävention zu gewinnen – durch ein präventionsfreundliches „Klima“, eine glaubwürdige, mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur, durch positive Vorbilder, attraktive Vorsorgeangebote mit niedriger Zugangsschwelle, eine gute und individuelle arbeitsmedizinische Beratung und anschließende Programme, die beteiligungsorientiert, „befähigend“ und motivierend gestaltet werden.

Gesundheit ist individuell recht eng mit dem sozialen Status korreliert. Wie bereits erwähnt, gibt es zahlreiche Erkenntnisse zu den komplexen Wechselbeziehungen zwischen den jeweiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen, dem individuellen Gesundheitsverhalten und der Gesundheit von Beschäftigten (Marmot und Wilkinson 1999, Marmot 2004; Rosenbrock/Gerlinger 2006). Dabei scheinen Bildung, (Gesundheits-) Wissen und Urteilsvermögen eine Schlüsselrolle zuzukommen (Judge et al. 2010). Deshalb gelten traditionelle Ansätze zur Gesundheitsförderung, die die Beschäftigten vorwiegend als „trainierbare Objekte“ behandeln, heute als überholt, und ihre Wirksamkeit bleibt trotz ihrer großen Verbreitung begrenzt (Proper et al. 2002, Strijk et al. 2013). Stattdessen ist eine Förderung der Gesundheitskompetenz aller Beschäftigten und der Unternehmensorganisation notwendig.

Auch die häufig vertretene Auffassung, gesundheitsgerechtes Verhalten sei „einforderbar“, ist sowohl empirisch, als auch rechtlich nicht haltbar: ein solcher Anspruch beschränkt sich auf individuelle Arbeitsschutzmaßnahmen bei betrieblichen Gesundheitsrisiken, z.B. das Tragen persönlicher Schutzausrüstung.

Information und Unterstützung besonderer Zielgruppen zur Gesundheitsförderung

Auf der Grundlage betriebsepidemiologischer Erkenntnisse können Zielgruppen für besondere, bereichsbezogene Programme zur Gesundheitsförderung ermittelt werden. Besonders gute Erfahrungen sprechen dabei für die Kombination aus verhältnispräventiven und verhaltenspräventiven Angeboten sowie eine gemeinsame Erarbeitung dieser dezentralen Programme unter Beteiligung der Beschäftigten (Stork und Wrbitzky 2006).

Beispiele für derartige Ansätze könnten z.B. sein:

- Bewegungsprogramm und Ergonomieoptimierung für Beschäftigte in der Logistik,
- verbesserte Arbeitsgestaltung, Vor-Ort Beratung zur Körperhaltung und Optimierung der Arbeitsplatzbelüftung beim manuellen Schweißen.

Träger derartiger integrierter Programme sind in der Regel die Unternehmen selbst; aber auch Präventionsdienstleister (z.B. gesetzliche Krankenversicherungen) können wesentliche Teilleistungen erbringen (z.B. Kursprogramme); die Organisation kann vom Unternehmen allein, aber auch gemeinsam mit einem Dienstleister wahrgenommen werden.

Exemplarisch soll hier die individuelle Beratung von Nacht-/Schichtarbeitern zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz etwas vertieft behandelt werden.

Die arbeitsmedizinische Betreuung von Nacht- und Schichtarbeitern umfasst neben der Arbeitsgestaltung insbesondere:

- gut organisierte arbeitsmedizinische Untersuchungen und gesundheitsförderliche Beratung mit konkretem Terminangebot,
- Organisation und Datenstruktur der Untersuchungen entsprechend den Anforderungen betrieblicher Epidemiologie,
- Erkennen und Berücksichtigen individueller gesundheitlicher Gegebenheiten,
- Arbeitsmedizinische Beratung zur „Schlafhygiene“,

- Früherkennung und positive Beeinflussung von Herz-/Kreislauf-Risikofaktoren und von schlafbezogenen Atembeschwerden,
- Engagement für ein optimiertes Nahrungsangebot auch nachts (es muss nicht unbedingt warm, aber „gesund“ sein: Obst, Salat, Ballaststoffe, wenig tierisches Fett)

Im Einzelfall kann zusätzlich erforderlich sein:

- Vermittlung in schichtangepasste Gesundheitsförderungsprogramme,
- Beratung des Beschäftigten zum weiteren Arbeitseinsatz,
- Beratung des Arbeitgebers, soweit der Beschäftigte dieses wünscht,
- Unterstützung bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes ohne Nachtarbeit im Fall (arbeits-)medizinischer Gründe.

3.8 Rehabilitation, Integration und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Eine dauerhafte Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit kann nur durch eine nachhaltige Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsleben erreicht werden. Für erkrankte Beschäftigte gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Dieser Grundsatz gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX i.V.m. § 9 Abs. 2 SGB IX gilt für alle Leistungen zur Teilhabe. Rehabilitation in Deutschland hat aber gem. § 3 SGB IX auch die Aufgabe der Prävention. Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter haben dies bei der Aufklärung, Beratung, Auskunft und Ausführung von Leistungen zu beachten. Ziel der Prävention ist vor allem die Vermeidung von zukünftiger Arbeitsunfähigkeit und die Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz nach längerer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit. In Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern soll der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden werden. Dieser Ansatz findet sich auch wieder im betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 167 Abs. 2 SGB IX: Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres insgesamt sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, muss der Arbeitgeber die Möglichkeiten klären, wie die Arbeitsunfähigkeit (AU) möglichst überwunden bzw. mit welchen Hilfen und Leistungen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann. Wiederholte Arbeitsunfähigkeit, die sich im Jahr auf sechs Wochen und mehr aufsummiert, kann ein Indiz für eine drohende Behinderung sein. Ist die wiederholte Arbeitsunfähigkeit Ausdruck einer drohenden Behinderung, können präventive Maßnahmen und Leistungen dazu dienen, die gesundheitlichen Einschränkungen abzuwenden,

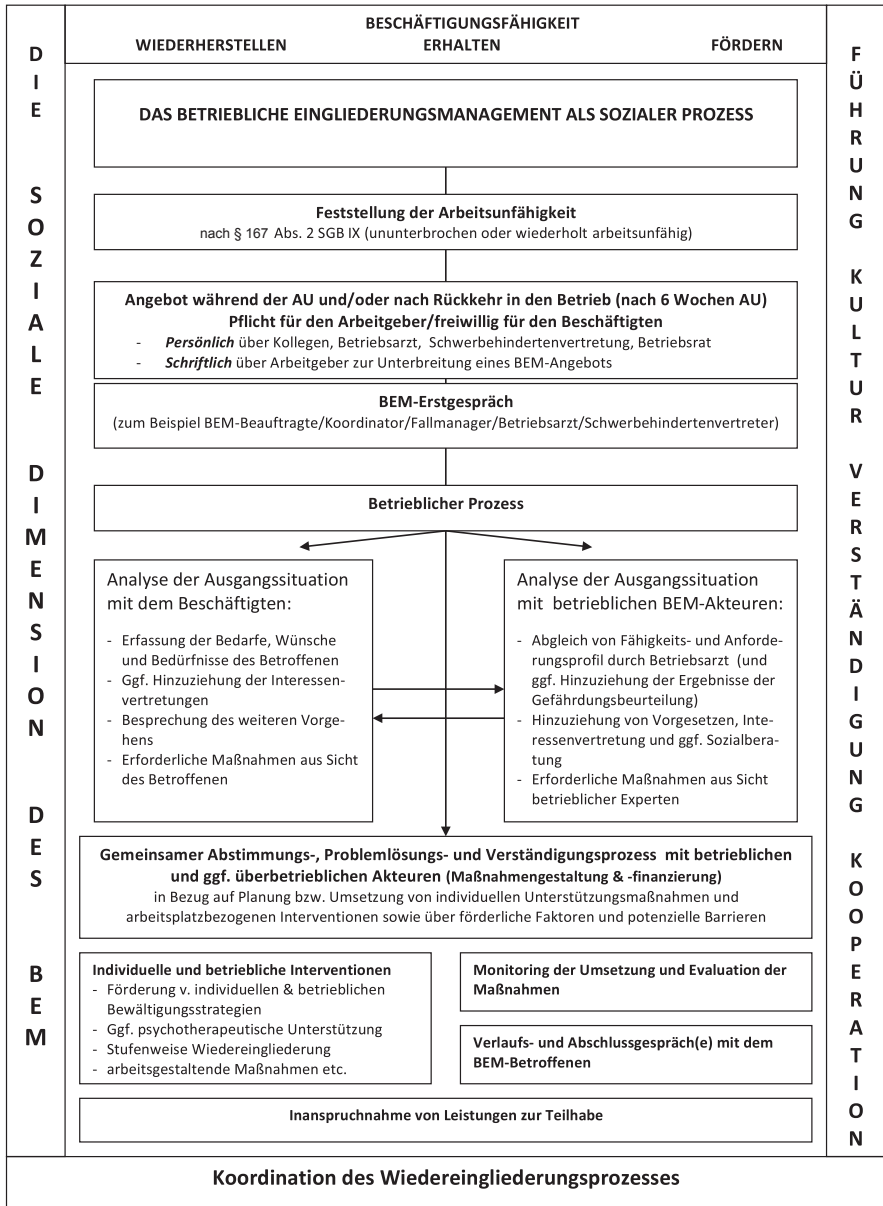
während sie im Falle von schwereren bzw. chronischen Erkrankungen darauf abzielen, die Folgen einer Erkrankung abzumildern bzw. eine Verschlimmerung zu verhindern (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Gemeinsame Empfehlung Prävention nach § 3 SGB IX, 2018).

Dazu dienen Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX). Sie umfassen fünf Bereiche:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung,
- Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Für den Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sind in erster Linie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die zur Teilhabe am Arbeitsleben von Bedeutung.

Abb. 1: Das Betriebliche Eingliederungsmanagement als sozialer Prozess



Die soziale Dimension

Die Pflichten und Rechte im betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) sind gesetzlich geregelt. Wünschenswert ist ein systematischer, kontinuierlicher und zusammenhängender Prozess im Sinne eines Such- und Problemlösungsprozesses, in dem förderliche und hemmende Faktoren auf dem Weg der Wiedereingliederung identifiziert werden. Diese gilt es, bei der Maßnahmenentwicklung entsprechend zu berücksichtigen. Besonderes Augenmerk muss auf die Aufrechterhaltung des Prozesses gelegt werden. Dies setzt eine aktive Beteiligung der betroffenen Beschäftigten voraus sowie eine darauf abgestimmte Unterstützung durch Arbeitgeber, direkte Vorgesetzte, Kollegen, Mitarbeitervertretung und überbetriebliche Akteure im Sinne eines ressourcenorientierten Kompetenzdialogs (vgl. Herriger 2010).

Je nach Bedarf kann es in diesem Prozess erforderlich sein:

- Vermeidbare, gesundheitsgefährdende Belastungen abzubauen,
- psychosoziale Ressourcen der Betroffenen und des Betriebes zu stärken,
- die Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren entsprechend den Anforderungen zu optimieren,
- Transparenz, Akzeptanz und Vertrauen in Bezug auf die Vorgehensweise im BEM zu schaffen,
- sowie die Gesundheit und in diesem Zusammenhang das Selbstmanagement der erkrankten Beschäftigten zu fördern.

(Badura 1985, Franche 2004 et al., Noordik et al. 2010, Pomaki et al. 2010)

Im Mittelpunkt dieses Such- und Problemlösungsprozesses steht der betroffene Beschäftigte. Das entscheidende Prinzip des BEM ist das der Freiwilligkeit. Freiwilligkeit setzt eine Verständigung der am Prozess der Wiedereingliederung Beteiligten voraus – Verständigungs- und Abstimmungsprozesse über Ziele und Vorgehensweisen, über die Vereinbarkeit unterschiedlicher Interessen und Bedürfnisse sowie eine Verständigung über Barrieren, Unterstützungsmöglichkeiten, Lösungswege und ein Minimum an gemeinsam geteilten Überzeugungen aller am Integrationsprozess Beteiligten.

So gesehen kann das BEM als ein gemeinsamer Bewältigungsprozess - eingebettet in ein soziales Netzwerk - verstanden werden. Eine Vielzahl internationaler Studien legt den Schluss nahe, dass ein gemeinsam getragener Bewältigungs- und Unterstützungsprozess ein wesentlicher Faktor für die erfolgreiche Bewältigung einer Krankheit und die dauerhafte Rückkehr an den Arbeitsplatz ist. Ein Review aus dem Jahr 2011 zu qualitativen Forschungsergebnissen in Bezug auf die Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigt, dass sowohl die erwartete als auch die tatsächlich erfahrene soziale Unterstützung das Denken, Fühlen und Verhalten der betroffenen Beschäftigten im Return-to-Work Prozess beeinflusst (Andersen et al. 2011). Vor diesem Hintergrund sollten sich die Maßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten nicht nur auf die individuellen Bewältigungsstrategien der Betroffenen konzentrieren, sondern eben auch auf den Arbeitsplatz und die soziale Integration der Wiedereinzugliedernden. Als mögliche Intervention wird z.B. die Schulung von Kollegen und direkten Vorgesetzten genannt: u.a. zum Thema „Arbeit und psychische Gesundheit“.

Rolle der Betriebsärzte im betrieblichen Eingliederungsmanagement

Die Wiedereingliederung und langfristige Integration von Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen, chronischen Erkrankungen oder Behinderungen in den Arbeitsprozess gehört zu den Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Während das betriebliche Gesundheitsmanagement überwiegend mit allgemeinen, auf die gesamte Belegschaft gerichteten Aktivitäten arbeitet, sind im BEM konkrete Fälle gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu lösen (Niehaus et al. 2008). Betriebsärzte können in diesem Verständigungs- und Abstimmungsprozess infolge ihrer Expertise eine aktive, koordinierende und vermittelnde Rolle wahrnehmen. Sie sind als Gesundheitsexperten in der Lage, die medizinischen Befunde zu interpretieren und diese mit den Beschäftigten und ihren behandelnden Ärzten zu erörtern, soweit der oder die erkrankte Beschäftigte einverstanden ist. Sie kennen die Arbeitsplätze und betrieblichen Organisationsstrukturen, können Leistungs- und Anforderungsprofile fachkundig interpretieren und erstellen, wirken an der Gefährdungsbeurteilung mit, haben Zugang zu den Beschäftigten sowie zum Arbeitsplatz und kennen die für den Prozess relevanten betrieblichen Akteure.

Handlungsempfehlungen für Betriebsärzte:

- Beachtung zentraler Prinzipien des BEM in der eigenen Arbeit und im direkten Umgang mit den Betroffenen – insbesondere der Prinzipien der Freiwilligkeit, der Selbstbestimmung und der Befähigung (Empowerment) im Sinne eines ressourcenorientierten Kompetenzdialogs.
- Nutzung der medizinischen Kompetenz am Arbeitsplatz und des damit verbundenen „diagnostischen Potentials“ in allen Phasen des Return to Work Prozesses:
 - Bei der Feststellung von Rehabedarf inklusive der Beratung zu Reha-Maßnahmen sowie Unterstützung bei Antragstellung,
 - zur Kontaktaufnahme und zum Dialog mit Haus-, Fach- bzw. Klinikärzten bei vorliegendem Einverständnis des oder der Beschäftigten,
 - zur Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung im Dialog mit dem Hausarzt und betrieblichen Akteuren,
 - für den Abgleich von Leistungs- und Anforderungsprofilen und der Einbeziehung der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung in der Phase der Wiedereingliederung,
 - für einen fachlich fundierten betrieblichen Such- und Verständigungsprozess in Bezug auf weitere Leistungen zur Teilhabe, arbeitsplatzbezogenen und verhaltensbezogenen Interventionen im Dialog mit betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren, z.B.
 - bei arbeitsorganisatorischen Veränderungen,
 - bei ergonomischen Veränderungen am Arbeitsplatz,
 - zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
 - zur weiteren Unterstützung der Krankheitsverarbeitung sowie zur psychotherapeutischen Begleitung,
 - zur Sicherung der Ziele des BEM und der Beschäftigungsfähigkeit.
- Feststellung zielgruppenspezifischer bzw. krankheitsspezifischer Bedarfe und Vorgehensweisen zur Entwicklung entsprechender Konzepte im Return to Work Prozess,
- Schulung von Vorgesetzten und Kollegen zu spezifischen Erkrankungen, ihren Ursachen und Auswirkungen,
- Beteiligung am Aufbau von (über)betrieblichen Netzwerk- und Kommunikationsstrukturen in Abstimmung bzw. Kooperation mit dem Arbeitgeber und den betrieblichen Interessenvertretungen zur schrittweisen Systematisierung und Professionalisierung des BEM,

- zielgruppen- bzw. krankheitspezifische Fortbildungen zur Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Dass auch im betrieblichen Eingliederungsmanagement die ärztliche Schweigepflicht konsequent eingehalten werden muss, trägt zur Akzeptanz der arbeitsmedizinischen Beratung bei.

(Franche et al. 2004; McGee et al. 2009; Pomaki et al. 2010)

Aufgaben der betrieblichen Partner im Rahmen des BEM

Für die Umsetzung dieser Empfehlungen ist es auf der betrieblichen Ebene erforderlich, organisatorische Rahmenbedingungen, Zuständigkeiten und datenschutzrechtliche Anforderungen in Bezug auf das betriebliche Eingliederungsmanagement zu definieren und festzuschreiben. Betriebsärzte wirken darauf hin, dass die im folgenden aufgeführten Aufgaben und Prozesse außerhalb ihres ärztlichen Handlungsfeldes im Konsens geregelt und bei Bedarf von ihren betrieblichen Partnern als Routineprozesse ausgeführt werden.

Zu den im Betrieb zu organisierenden BEM-Prozessen können u.a. gehören:

- Vermittlung einer vorübergehenden Ausweichtätigkeit,
- Sicherstellen eines gesundheitsgerechten Einsatzes im Fall einer dauerhaft eingeschränkten Einsatzflexibilität bei Behinderung oder chronischer Erkrankung,
- Prüfung der Möglichkeiten zum Einsatz ergonomischer Hilfsmittel,
- Planung, Finanzierung und Realisierung einer ergonomischen Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes,
- Prüfung einer veränderten Arbeitsorganisation, z.B. Neuordnung von Teilaufgaben oder z.B. Einschränkung der Rotation bei Gruppenarbeit,
- Definition von Arbeitsplätzen mit besonderen Gestaltungskriterien, die nur mit besonders erfahrenen Beschäftigten besetzt werden sollen,
- Monitoring des angemessenen Einsatzes aller Beschäftigten mit gesundheitlich eingeschränkter Einsatzbreite,
- Monitoring der Gründe und Kriterien einer gesundheitlich eingeschränkten Einsatzbreite, Altersstrukturanalyse und -prognose, daraus abgeleiteter prospektiver Bedarf „speziell gestalteter Arbeitsplätze“,
- Prozessgestaltung, Zieldefinition und Monitoring der ergonomischen Arbeitsgestaltung in technischen Betriebsbereichen/Produktionsbereichen,

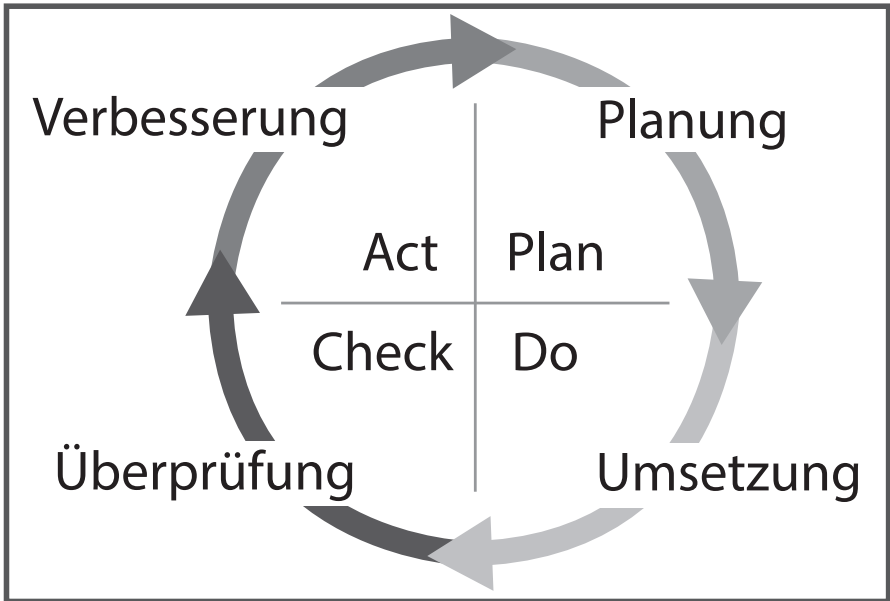
➤ Organisation betrieblicher Abstimmungsprozesse zum BEM.

Praktische Erfahrungen sprechen für eine „komplementäre“, aufeinander abgestimmte Definition ergonomischer Gestaltungsanforderungen einerseits und gesundheitlicher Einsatzrestriktionen andererseits. Das bedeutet, dass sowohl für die Beschreibung von Arbeitsplatzmerkmalen im Rahmen des Ergonomieprozesses, als auch bei der Formulierung der Anforderungen für den gesundheitsgerechten Einsatz von Beschäftigten die gleichen Kriterien benutzt werden (z.B. Arbeit ohne Heben oder Tragen von Lasten > 10 kg). Das erfordert eine enge Abstimmung der Betriebsärzte mit den betrieblichen Führungskräften.

4 Praktikable Kennzahlensysteme für die betriebliche Prävention

Um den Ansatz eines integrierten Gesundheitsmanagements im Betrieb voranzubringen, benötigt man entsprechende Hilfsmittel. In diesem Zusammenhang hat sich der bekannte PDCA-Zyklus bewährt, der auf präventionsrelevante Themen herunter zu brechen ist (Abb. 2). Im Rahmen des PDCA Zyklus ergibt sich unter „check“ die Notwendigkeit, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnisse kontinuierlich verfolgen und bewerten zu können. Erst danach lässt sich oft die Wirksamkeit des gemeinsamen Handelns bewerten.

Abb. 2: Systematik des betrieblichen Gesundheitsmanagements



Der Anspruch einer „evidenzbasierten betrieblichen Prävention“, besonders aber die Anforderungen an ein BGM (5), erfordern es, sinnvolle und nicht sinnvolle Handlungsansätze möglichst mess-, bewert- und unterscheidbar zu machen. Die Evaluation aller Handlungsansätze trägt zur Akzeptanz durch Arbeitgeber und Beschäftigte maßgeblich bei.

Welche Kennzahlen aussagefähig sind und eine positive Steuerungsgröße darstellen, hängt neben den abgestimmten betrieblichen Präventionszielen auch von ihrer Qualität, Vollständigkeit, Aktualität und Verfügbarkeit ab. Zunächst ist die Auswertung der Untersuchungsdaten aus arbeitsmedizinischer Vorsorge und die Ableitung angemessener Handlungsempfehlungen eine Aufgabe der Betriebsärzte nach ASiG. Weitere Kennzahlen (z.B. zum Unfallgeschehen) sind in der Regel verfügbar oder mit begrenztem Aufwand generierbar.

Die Verwendung von Kennzahlen im BGM sollte allerdings – wie alle grundsätzlichen Aspekte des BGM – zwischen den betrieblichen Partnern im Konsens festgelegt werden. Unabhängig davon sind die Einhaltung aller Standards des Datenschutzes, der ärztlichen Schweigepflicht und die Wahrung der Persönlichkeitsrechte unverzichtbar und unterliegen auch bei Konsens der Sozialpartner nicht der betrieblichen Entscheidungsfindung.

Aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge abgeleitete Daten haben den Vorteil, dass sie in unmittelbarem Bezug untereinander, zur Tätigkeit, zum Arbeitsbereich und ggf. zu Expositionsdaten aktuell und im Längsschnitt auswertbar sind. Zudem besteht im Rahmen der individuellen Beratung die Chance, mit den Beschäftigten über ihre Arbeitssituation und über ihre Gesundheit zu sprechen. Dabei kommen bei einem stabilen Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitsmediziner und Beschäftigten oft Themen zur Sprache, die in keinem Fragebogen vorgesehen, aber von hoher Bedeutung für die Prävention sind.

Die Datenqualität, die Auswertungskompetenz und das Sicherstellen der Anonymität aller personenbezogenen Daten sind die entscheidenden Voraussetzungen jeder Verwendung von Gesundheitsdaten. Insbesondere die leider verbreitete unkritische Verwendung von Arbeitsunfähigkeitsdaten ohne elementare Standardisierung (Alter, Geschlecht, vorwiegend manuelle versus kognitive Arbeit) ist zu vermeiden, da deren „Ergebnisse“ irreführend sein können.

Zu den elementaren Anforderungen gehört selbstverständlich auch das Aufstellen zu prüfender Hypothesen vor der Datenauswertung. Die erhobenen Daten sollten in verständlichen Grafiken/Texten dargestellt bzw. erläutert werden, damit die Kennzahlen im Unternehmen auch als Argumentations- und Überzeugungsmittel eingesetzt werden können. Nicht zuletzt ist festzulegen, in welchen Arbeits- und Entscheidungsgremien welche anonymisierten Daten in welcher Detaillierung präsentiert werden.

4.1 Beispiele praktikabler Gesundheitskennzahlen

Die folgende Liste möglicher Gesundheitskennzahlen erhebt weder den Anspruch auf Vollständigkeit, noch soll sie einen „guten Berichtsstandard“ im BGM definieren. Vielmehr soll sie einige Beispiele oft verfügbarer und in der Praxis bewährter Parameter aufzeigen, aus denen – in Abhängigkeit von der betrieblichen Situation und den präventiven Zielsetzungen – eine sinnvolle Auswahl getroffen werden kann. Ein Teil dieser Daten ist nur in Mittel- und Großbetrieben verfügbar. Grundsätzlich ist aber auch in Kleinbetrieben in Grenzen ein Kennzahlen-orientiertes Arbeiten in der Prävention möglich (6):

Objektive Gesundheitsdaten:

- Erhebung objektiver Gesundheitsparameter durch arbeitsmedizinische Vorsorge,
- Häufigkeit chronischer Erkrankungen,
 - welche? z.B. Bewegungsapparat, Herz-Kreislauf, Stoffwechsel, psychische Erkrankungen
 - bei wem? z.B. Alter, Geschlecht
 - bei welchen Mitarbeitergruppen? z.B. direkte/indirekte Mitarbeiter oder Führungskräfte
- Häufigkeiten gesundheitlicher Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht, metabolisches Syndrom, Diabetes etc.); ggf. aggregiert als Risiko-Score,
- Häufigkeiten und Anzahl von Berufskrankheiten,
- Arbeitsunfälle, einschließlich geringfügiger, aber präventionsrelevanter Verletzungen ohne Meldepflicht,
- Fluktuationsrate in einzelnen Unternehmensbereichen

Subjektive Gesundheitsdaten:

- Daten aus arbeitsmedizinischer Vorsorge (z.B. subjektives Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit, Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit, Fragen zur psychischen Gesundheit, usw.),

- Daten aus Belegschaftsbefragungen (z.B. zur Arbeitgeberattraktivität, Stimmungsbarometer, Motivation, usw.)

Kennzahlen zur Güte der Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsorganisation und Arbeitszufriedenheit:

- aus ergonomischen Bewertungssystemen abgeleitete Kennzahlen zur Qualität der Arbeitsgestaltung (z.B. unternehmensspezifische Scores in der Automobilindustrie),
- Daten zur Erfassung von Arbeitsplatzexpositionen und Umgebungsfaktoren (Gefahrstoffmessungen, Luftqualität, Beleuchtung, Lärm, Klima, usw.),
- Daten aus Belegschaftsbefragungen

Häufigkeit von Einschränkungen der Einsatzflexibilität:

- Art, Anzahl und Häufigkeit von leistungsgewandelten Mitarbeitern, die adäquat oder nicht adäquat einsetzbar sind,
- Anzahl vorhandener und zu schaffender Arbeitsplätze für leistungsgewandelte Mitarbeiter,
- Erhebung von Daten zum gesundheitsgerechten Personaleinsatz entsprechend der arbeitsmedizinischen Einsatzempfehlung (Ist der „richtige“ Mitarbeiter auf dem „richtigen“ Arbeitsplatz eingesetzt?)

Erhebung von Kranken-/bzw. Anwesenheitsständen, Erwerbsunfähigkeit:

- Fehlzeiten aufgeteilt nach Häufigkeit und Länge der Abwesenheit,
- diagnosespezifische Arbeitsunfähigkeiten (Auswertungen der Krankenkassen wie z.B. „Gesundheitsbericht“),
- Häufigkeit der Frühberentung wegen vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit

Realisierte Gesundheits- und Präventionsprogramme:

- Erhebung der Teilnahmequoten (Abgleich erwartet/tatsächlich teilgenommen),
- Daten zur Evaluation/Zielerreichung von Maßnahmen und Programmen

5 Rolle der Betriebsärzte im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)

Betriebliche Präventionssysteme, die sich auf die Berücksichtigung der anspruchsvollen Vorgaben des Arbeitsschutzgesetzes beschränken, gewährleisten bereits Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention für ihre Beschäftigten. Mit der zunehmenden Erkenntnis, dass Unternehmenserfolg und Wettbewerbsfähigkeit maßgeblich von Kompetenz, Motivation und Gesundheit der Beschäftigten abhängen, gewinnt jedoch der Anspruch einer umfassenden Gestaltung des Handlungsfelds „Gesundheit“ durch die Unternehmen selbst an zunehmender Bedeutung; dabei werden im Konsens der betrieblichen Partner Präventionsziele und Präventionsprogramme abgestimmt und umgesetzt, die die Sicherstellung des Arbeitsschutzes gewährleisten, gleichzeitig aber darüber gezielt und im Konsens aller Partner hinausgehen (Harris und Loeppke 1998, Bertelsmann Stiftung und Hans Böckler Stiftung 2004).

Es gibt eine Vielzahl von Zielsetzungen und Definitionen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, die sich unter die folgende Beschreibung subsumieren lassen:

Ziel des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist es, durch systematische, nachhaltig wirkende Maßnahmen der Arbeits-, Organisations- und Prozessgestaltung die Gesundheit und Leistungs-, bzw. Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten zu fördern, um damit den Erfolg eines Unternehmens zu sichern. Es dient darüber hinaus der Erfüllung berechtigter Erwartungen unterschiedlicher unternehmensinterner und externer Partner sowie der Gesellschaft, aber auch einer rechtssicheren Gestaltung der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitschutzorganisation.

Ein systematisches Gesundheitsmanagement beinhaltet die Elemente Zielsetzung, Analyse, Maßnahmenableitung, Präventionspraxis und Evaluation/Controlling. Die Analysephase ist erforderlich, um zielgerichtete Maßnahmen ableiten und alle Präventionspartner im Unternehmen von der Notwendigkeit der Maßnahmen überzeugen zu können.

Betriebsärzte nehmen in erfolgreichen BGM-Systemen fachliche, konzeptionelle und koordinierende Aufgaben wahr (Goetzel et al. 2001) und tragen durch die Integration von Verhältnisprävention und Verhaltensprävention zur präventionspolitischen Ausgewogenheit des BGM bei (1).

Auf eine ausführliche Darstellung sinnvoller Zielsysteme, Organisationsstrukturen, Instrumente, Berichtswege und Verantwortlichkeiten im BGM wird hier verzichtet, denn die Diskussion über Schwerpunkte und gemeinsame Qualitätsmerkmale eines guten BGM ist noch nicht abgeschlossen. Sie würde zudem den sinnvollen Rahmen dieser Empfehlungen zwangsläufig überschreiten; hierzu gibt es zahlreiche „Models of good practice“ und umfangreiche Publikationen (Abschnitt 7).

6 Spezifische Anforderungen an die Prävention in Klein- und Mittelbetrieben (KMU)

6.1 Ausgangssituation und Handlungsbedarf

99% der Unternehmen in Deutschland zählen zu den Klein- und Mittelbetrieben (KMU). Sie beschäftigen fast 60% aller Mitarbeiter und erwirtschaften 46% der gesamten Bruttowertschöpfung (Statistisches Bundesamt 2008). Der Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ist ein gemeinsames Interesse der Beschäftigten und Unternehmer, gerade auch in KMU. Für diese werden Sicherheit und Gesundheit mehr und mehr zu Wettbewerbsfaktoren. Klassische Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle werden seltener, chronische Erkrankungen nehmen zu, Belegschaften „altern“. Die Veränderung der Altersstruktur mit ihren Folgen wird zusätzlich verstärkt durch hohe Arbeitsanforderungen und körperliche Belastungen, Termin- und Leistungsdruck sowie Mängel in der Arbeitsorganisation.

Dabei sind die Kompetenzen in Kleinbetrieben stark personenabhängig mit knappen Ressourcen für eine strategische Planung und hohen Erwerbsunfähigkeitsraten. Gerade in KMU kann der steigende Anteil älterer Arbeitnehmer zu erhöhten Fehlzeiten, mehr Leistungsgewandelten und einem Know-how-Verlust beim Weggang der Älteren führen, wenn nicht rechtzeitig gegengesteuert wird.

Die Herausforderung und Konsequenz daraus ist, eine hohe Wettbewerbs-, Innovations- und Beschäftigungsfähigkeit mit älter werdenden Belegschaften zu erhalten.

Wie in Abschnitt 3 dargestellt, können gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung, arbeitsmedizinische Vorsorge, betriebliche Gesundheitsförderung und ein betriebliches Eingliederungsmanagement wesentlich zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit beitragen.

Die Verantwortlichen in KMU sehen allerdings häufig noch keinen Anlass, sich aktiv mit Prävention und Gesundheitsförderung zu befassen. Stark in das Tagesgeschäft eingebunden und oft unter hohem Zeitdruck steht auch die eigene Gesunderhaltung bei den Führungskräften oft an letzter Stelle. Erst bei „Problemfällen“ wie Langzeiterkrankungen oder häufigen Arbeitsunfähigkeiten ihrer Mitarbeiter sehen sie Handlungsbedarf.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen aber vorher ansetzen. Dabei können Betriebsärzte, die die Beschäftigten am Arbeitsplatz erreichen, wesentliche Unterstützung für die Unternehmer und deren Mitarbeiter leisten. Dies berücksichtigt auch die DGUV Vorschrift 2, indem sie Gefährdungsfaktoren und Anforderungen, die sich aus dem demographischen Wandel ergeben, zum Gegenstand der Betriebsbetreuung macht. Hier sollten Wege eingeschlagen werden, die den Anforderungen der Kleinbetriebe entgegen kommen. Erleichternd ist dabei die überschaubare, häufig familiäre Mitarbeiterstruktur. Sie ermöglicht kurze und flexible Entscheidungswege. Unternehmer haben oft einen größeren Einfluss auf das Verhalten ihrer Mitarbeiter. Das ist wichtig, denn Gesundheit und der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit werden sowohl von den Verhältnissen am Arbeitsplatz als auch vom Verhalten der Mitarbeiter im Beruf und im Privatleben beeinflusst. Befragungen in 200 Dachdeckerunternehmen zeigen, wie wichtig „funktionierende und hochwertige soziale Beziehungen und eine gute Führungsqualität“ sind (Cernavin et al. 2006).

Wesentliche Voraussetzung für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitern und Führungskräften in Kleinbetrieben ist die Kooperation und Vernetzung von Institutionen und Multiplikatoren des Handwerks. Diese müssen zu Interventions- und Präventionsmaßnahmen sachverständig beraten werden. In der Praxis hat sich bewährt, dass Betriebsärzte die Initiative ergreifen und ohnehin bestehende Anlässe wie Innungsversammlungen, ASA-Sitzungen, Begehungen und Beratung zur Gefährdungsbeurteilung oder im Rahmen des BEM nutzen (3).

Den Schwierigkeiten und Hindernissen Rechnung tragend, aber auch die erleichternden Faktoren berücksichtigend, gelten die folgenden Erfordernisse und Ansätze.

6.2 Besondere Erfordernisse und Ansätze der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU

- Betriebs- und branchenübergreifendes Vorgehen erleichtert die Umsetzung und erspart Kosten für den Einzelbetrieb. Es ermöglicht eine anonymisierte (!) Datenerhebung und Auswertung von Befragungen und Untersuchungen, die dann allen Betrieben zur Verfügung gestellt werden können.
- Zentrale Ansprechpartner bzw. regionale Präventionszentren (angesiedelt bei regionalen oder überregionalen arbeitsmedizinischen Dienstleistern, staatlichen Arbeitsschutzämtern, Unfallversicherungsträgern, Krankenkassen etc.) beraten im Einzelfall und vermitteln bei Bedarf entsprechende Fachleute.
- Zusammenarbeit und der Aufbau von Netzwerken mit Innungen, Kreishandwerkerschaften und Handwerkskammern, betrieblichen und überbetrieblichen Ausbildungszentren, niedergelassenen Haus- und Fachärzten sichert den Austausch untereinander und eine stetige Weiterentwicklung der Maßnahmen.
- Expertenpool - Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Präventionsexperten der gesetzlichen Unfallversicherung und Krankenversicherung, Betriebsberater der Handwerksorganisationen sind Ansprechpartner für die Betriebe. Mit diesen erarbeiten sie anlass- und bedarfsbezogene Handlungspläne.
- Informationspool - alle Mitarbeiter eines Präventionszentrums können auf einen gemeinsamen Pool (z.B.im Intranet) zugreifen. Dazu gehören Informationsmaterial und Checklisten, standardisierte Mitarbeiterbefragungsbögen, Broschüren und beispielhafte Präsentationen.

Die o.g. Vorgehensweise mit einem Pool von möglichen Maßnahmen greift die speziellen Bedürfnisse in Klein- und Mittelbetrieben auf:

- Schulungsangebote zum Moderator von Gesundheitszirkeln, Demografieberater, Ergonomie- und Rückenschulberater, Ernährungsberater und Hautschutzberater u. a. m. werden entwickelt.

- Standardisierte Erhebungsbögen für Mitarbeiterbefragungen, zur Evaluation und Untersuchungsauswertung sind vorhanden.
 - Best-Practice-Beispiele in Klein- und Mittelbetrieben werden gesammelt und den Präventionsexperten zur Verfügung gestellt.
 - Kennzahlen und Erfolgskriterien gelungener betrieblicher Gesundheitsförderung werden definiert.
-

Ermutigende Projekte und Ansätze zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Prävention in KMU sind vorhanden (www.offensive-mittelstand.de). Sie werden durch die Sozialpartner, das BMAS und die BAuA im Rahmen von INQA („Initiative Neue Qualität der Arbeit“) als gemeinsame Initiative von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern und Stiftungen gefördert und publiziert (www.inqa.de, www.inqa-bauen.de).

7 Literatur

- Andersen, MF; Nielsen, KM; Brinkmann, S. (2011): Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 38; 93-104
- Badura, B. (1985): Zur Soziologie der Krankheitsbewältigung. Oder: Das emotionale Defizit soziologischer Handlungstheorie, Bielefeld
- Badura, B.; Greiner, W.; Rixgens, P.; Ueberle, M.; Behr, M. (2008): *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Springer: Berlin.
- Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg. (2004): *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik; Vorschläge der Expertenkommission*; ISBN 3-89204-743-X
- Bøggild, H.; Knutsson, A. (1999): Shift work, risk factors and cardiovascular disease. *Scand J Work Environ Health* 25; 85 – 99
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2018): *Gemeinsame Empfehlung Prävention nach § 3 SGB IX*. Frankfurt
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Hrsg. (2005): *Leitfaden zur Einführung und Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit*
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hrsg. (2016): *Psychische Gesundheit im Betrieb – Arbeitsmedizinische Empfehlung*
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hrsg. (2015): *Wunschvorsorge – Arbeitsmedizinische Empfehlung*

- Cernavin, O.; Holland, U.; Keller, St.; Rehme, G. (2006):
Prävention und soziale Ressourcen in KMU :Theorie, empirische Untersuchung,
Konzepte und Handlungshilfen - am Beispiel von Dachdeckerunternehmen,
München 2006
- Franche, R. L.; Cullen, K.; Clarke, J.; MacEachen, E.; Frank, J.; Sinclair, S.; Reardon, R.
(2004): Workplace-based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of
the Quantitative and Qualitative Literature.
- Goetzel, R. Z.; Guindon, A. M.; Turshen, I. J.; Ozminkowski, R. J. (2001): Health
and productivity management: establishing key performance measures,
benchmarks and best practices. *J Occup Environ Med* 43; 10 – 17
- Haller, A.; Keskin, M. C.; Heinrich, U.; Stork, J. (2008): Wen erreicht die individuelle
Prävention? *Verh. Dtsch. Ges. Arbeitsmed.* 48; 366 – 369
- Hallsten, L. (1996): Arbeit und psychologische Veränderung im Alter. In: BAuA
Dortmund (Hrsg): Arbeit über 45, S. 117-150, Bremerhaven 1996
- Harris, J. S.; Loeppke, R. R.ed. (1998): Integrated Health Management. OEM Press
Beverly Farms 1998
- Herriger, N. (2010): Empowerment in der Sozialen Arbeit – Eine Einführung,
Stuttgart, Kohlhammer
- Holt-Lunstad, J.; Smith, TB; Layton, JB (2010): Social Relationships and Mortality Risk:
A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7): e1000316.
- House, JS; Landis, KR; Umberson, D. (1988): Social relationships and health.
Science 241: 540–545.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg., 2009): Programm zur Förderung und zum
Erhalt intellektueller Fähigkeiten für ältere Arbeitnehmer – Abschlussbericht
des Projekts PFIFF; Dortmund 2009
- Judge, T. A.; Ilies, R.; Dimotakis, N. (2010): Are Health and Happiness the Product
of Wisdom? The Relationship of General Mental Ability to Educational
and Occupational Attainment, Health, and Well-Being. *Journal of Applied
Psychology* 95, No. 3, 454–468
- Karasek, RA; Theorell, T. (2009): Healthy Work. Stress, productivity and the
reconstruction of working life. New York, Basic Books.
- Keskin, C. M.; Heinrich, U.; Nachbar, L. B.; Stork, J.; Haller, A. (2008): Integration von
arbeitsmedizinischer Vorsorge und allgemeiner Prävention – Ergebnisse des
Audi Checkup *Verh. Dtsch. Ges. Arbeitsmed.* 48; 370 – 375
- de Lange, AH; Taris, TW; Kompier, MAJ; Houtman, ILD; Bongers, PM (2005):
Different mechanisms to explain the reversed effects of mental health on work
characteristics. *Scand J Work Environ Health* 31(1): 3-14

- Letzel, S.; Stork, J.; Tautz, A. (2007): 13 Thesen der Arbeitsmedizin zu Stand und Entwicklungsbedarf von betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland; *Gesundheitswesen* 69; 319-322
- Mani, T. M.; Bedwell, J. S.; Miller, L. S. (2005): Age-related decrements in performance on a brief continuous performance test. *Arch Clin Neuropsychol* 20: 575 – 586
- Marmot, M. (2004): *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity.* London 2004
- Marmot, M.; Wilkinson, R. (1999): *Social determinants of health.* Oxford 1999
- McGee, R.; Bevan, S.; Quadrello, T. (2009): *Fit For Work? Musculoskeletal Disorders and the German Labour Market.* London 2009
- Moser, K.; Paul, K. (2001): Arbeitslosigkeit und seelische Gesundheit; in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 33/3; 431-442
- Morschhäuser, M. Hrsg. (2002): *Gesund bis in die Rente. Konzepte gesundheits- und altersgerechter Arbeits- und Personalpolitik.* Stuttgart 2002
- Niehaus, M.; Marfels, B.; Magin, J.; Werkstetter, E. (2008): *Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX,* Köln
- Nilsson, K.; Hydbom, AR; Rylander, L. (2011) Factors influencing the decision to extend working life or retire. *Scand J Work Environ Health* 37(6):473–480
- Noordik, E.; Nieuwenhuijsen, K.; Varekamp, I.; Van der Klink, Jac. J.; van Dijk, F.J. (2010): Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation, Early Online*, 1-11
- Oberlinner, C.; Ott, MG; Nasterlack, M.; Yong, M.; Messerer, P.; Zober, A.; Lang, S. (2009): Medical program for shift workers - impacts on chronic disease and mortality outcomes. *Scand J Work Environ Health* 35, 309-318
- Paul, K. I. & Moser, K. (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282
- Pomaki, G. et al (2010): *Best Practices for Return-to-Work/Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions,* Occupational Health and Safety Agency for Healthcare, Canada
- Proper, K. I.; Staal, B. J.; Hildebrandt, V. H.; van der Beek, A. J.; van Mechelen, W. (2002): Effectiveness of physical activity programs at worksites. *Scand J Work Environ Health* 28; 75-84
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T.: *Gesundheitspolitik. Eines systematische Einführung.* Bern 2006
- Salthouse, T. A.; Miles, J. D. (2002): Aging and time-sharing aspects of executive control. *Memory and Cognition* 30, 4: 572 – 582

- Scheuch, K.; Münzberger, E.; Stork, J.; Piekarski, C. (2002): Nachdenken über die Definition der Arbeitsmedizin. *Zbl. Arbeitsmed* 52; 256 – 260
- Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Hogrefe: Göttingen.
- Siegrist, J.; Rödel, A.; Hessel, A. et al (2006): Psychosoziale Arbeitsbelastungen, Arbeitsunfähigkeit und gesundheitsbezogenes Wohlbefinden: Eine empirische Studie aus der Perspektive der Geschlechterforschung. *Gesundheitswesen*. 68: 526-534.
- Snow, D. L.; Swan, S. C.; Raghavan, C. et al (2003): The Relationship of Work Stressors, Coping and Social Support to Psychological Symptoms among Female Secretarial Employees. *Work & Stress* 17 (3): 241-263.
- Stork, J.; Wrbitzky, R. (2006): Beitrag der Arbeitsmedizin zur Prävention chronischer Erkrankungen. In: Schauder, P. et al. (Hrsg.), *Senkung der Zahl chronisch Kranker*. Köln 2006
- Strijk, J. E.; Proper, K. I.; Van Mechelen, W.; van der Beek, A. J. (2013): Effectiveness of a worksite lifestyle intervention on vitality, work engagement, productivity, and sick leave: results of a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 39, 66-75
- Wieland, R.; Winizuk, S.; Hammes, M.: Führung und Arbeitsgestaltung – Warum gute Führung allein nicht gesund macht; *Zeitschrift Arbeit - Schwerpunktheft 4/2009*. Erwerbsarbeit und Gesundheit – Stand und Perspektiven der Prävention (Hrsg. Ivars Udris & Ulrich Pröll)
- Yoshida, T. (1997): Agedependent changes in dynamic body balance as evaluated by the body tracking test (BTT). *J Otolaryngol Jpn* 100: 729 – 739
- Zimber, A. (2006): BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“. Wie Führungskräfte zur Mitarbeitergesundheit beitragen können: Eine Pilotstudie in ausgewählten BGW Mitgliedsbetrieben, 1. Teilprojekt: Literaturanalyse. Verfügbar unter <https://www.gesundheitsmanagement24.de/wp-content/uploads/2015/08/bgw-projekt-fuehrungsstil-und-gesundheit.pdf>

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
Referat Information, Publikation, Redaktion
53107 Bonn



Autoren und Mitglieder des AK 4

Joachim Bischof, Brigitte Hoffmann, Petra Müller-Knöß, Beate Nölle, Annegret Schöller,
Ralf Stegmann, Joachim Stork, Andreas Tautz, Stefanie Wagner

Stand: April 2018

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A 452
Telefon: 030 18 272 272 1
Telefax: 030 18 10 272 272 1
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: <http://www.bmas.de>

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Schreibtelefon: 030 221 911 016
Fax: 030 221 911 017
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Satz/Layout: Grafischer Bereich des BMAS, Bonn
Titelbild: INQA/Uwe Völkner/FOX
Druck: Hausdruckerei