

## **Gesundheitsgerechte Arbeitswelt – fördernde und hemmende Bedingungen**

Vortrag auf dem Symposium der AG Recht und Politik in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften am 8. September 2008 in der Martin-Luther-Universität in Halle (Saale)

Deutschland ist nach wie vor eine wirtschaftliche Hochleistungsgesellschaft. Ob wir das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf der Bevölkerung, die Exportquote oder auch die im europäischen Vergleich günstigen Lohnstückkosten, die vergleichsweise ebenfalls niedrige Abgabenbelastung oder die hohe Qualität der technischen und sozialen Infrastruktur nehmen – immer liegt Deutschland auch weltweit in der Spitzengruppe der wirtschaftlich leistungsstarken Länder. Diese wirtschaftliche Leistungskraft beruht in erster Linie auf dem Arbeitsseinsatz und der Qualifikation der abhängig Beschäftigten. Diese hohen wirtschaftlichen Leistungen und auch die internationale Wettbewerbsfähigkeit ermöglichen Wohlstand und Lebensqualität. Sie lassen sich jedoch ohne ausreichende Investitionen in das Sozial- und Humankapital, also in Gesundheit und Qualifikation der Beschäftigten, auf Dauer nur erbringen auf Kosten von Wohlbefinden und Gesundheit der Erwerbstätigen und durch Überwälzung der entstandenen Schäden auf die Sozialversicherungssysteme mit der Folge weiter steigender Lohnneben- und das heißt: Arbeitskosten. Investitionen in das Sozial- und Humankapital werden mit der Alterung der Erwerbsbevölkerung immer wichtiger.

Mehr und v. a. zielführendere Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten sind deshalb eine Voraussetzung für Wohlstand und Wachstum. Darüber sind sich im Grundsatz die meisten Akteure ebenso einig wie über die Feststellung, dass hier ein immer noch stark vernachlässigtes Feld der Gesundheits- und Arbeitspolitik liegt. Und wenn ich hier von den ‚meisten Akteuren‘ spreche, so beziehe ich mich auf eine ganze Reihe im Grund gleichsinniger Dokumente aus jüngster Zeit sowohl der Europäischen Union, als auch der Weltgesundheitsorganisation WHO, des Internationalen Arbeitsamtes ILO sowie – auf nationaler Ebene - des BMG, des BMA und des BMBF, der GMK, der ASMK, der Sozialversicherungsträger und der Sozialparteien.

Betriebliche Gesundheitspolitik – so der sich immer mehr durchsetzende Konsens – setzt bei der Organisation, der Arbeitsumwelt, der Arbeitsgestaltung und dem Verhalten von Führung und Belegschaft an. Darin liegt ihr großes präventives Potenzial.

Betriebliche Gesundheitspolitik lässt sich nur in enger Zusammenarbeit zwischen den Betriebsparteien entwickeln. Darin liegt ihre ordnungspolitische Bedeutung.

Betriebliche Gesundheitspolitik fördert die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen. Darin liegt ihre wirtschaftspolitische Bedeutung.

Betriebliche Gesundheitspolitik entlastet die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Darin liegt ihr Beitrag zur Modernisierung der Sozialpolitik.

Die Defizite der betrieblichen Gesundheitspolitik führen also nicht nur zu vermeidbarem Leid, sondern auch zu verringerter Arbeitsleistung, suboptimaler Arbeitsqualität und zu hohen direkten und indirekten Kosten. Die Kosten der arbeitsbedingten Erkrankungen werden für Deutschland auf ca. 40 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt, andere Schätzungen klettern bis auf ca. 100 Mrd. Euro. Wie viele Euro auch immer es wirklich sind: wichtiger als der Streit über die Zahlen ist die Wahl einer zielführenden Strategie und deren Umsetzung.

Wir haben es also mit einem anhaltend hohen und nach international übereinstimmender Einschätzung wachsenden Problembestand zu tun, und wir dürfen feststellen, dass wir – zumindest was die öffentlichen Verlautbarungen angeht – auch eine gute politische Konjunktur für unser Thema haben.

Aber wie so oft sind hoher Problemdruck und öffentliche Thematisierung zwar in aller Regel notwendige, aber nur ganz selten auch hinreichende Bedingungen für eine angemessene politische und praktische Bearbeitung des Problems.

Wir stehen also vor der alten Frage, warum die privaten und öffentlichen Arbeitgeber bis auf ein paar hundert Ausnahmen keinen dem Stande der Möglichkeiten entsprechend pfleglichen Umgang mit der von ihnen gekauften Arbeitskraft pflegen und dadurch nicht nur die Beschäftigten, sondern auch die Sozialkassen und sich selber schädigen.

Wie häufig hilft es zum Verständnis des Problems, wenn wir uns zunächst die Frage vorlegen, welches denn die fördernden und welches die hemmenden Bedingungen sind, die sich auf die Umsetzung der von allen Fachleuten geforderten neuen betrieblichen Gesundheitspolitik auswirken.

Zu den fördernden Bedingungen gehört, dass wir ziemlich genau wissen, welche Merkmale eine Arbeitssituation ausweist, die die Gesundheit nicht schädigt, sondern fördert, dass wir also im Hinblick auf operationalisierbare Gestaltungsziele nicht im Dunkeln tappen:

*Eine Arbeitssituation ist gesundheitsförderlich und dient zugleich auch dem Wohlbefinden und der Zufriedenheit der Beschäftigten, wenn*

- sie technisch sicher und nach ergonomischen Erkenntnissen gestaltet ist,
- sie lernförderlich ist und eine persönliche Entwicklungsperspektive bietet,
- ihre Zusammenhänge im Betriebsablauf transparent sind,
- Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume gegeben sind,
- Routine, Kreativität und Motorik angemessen gefordert werden,
- materielle und immaterielle Anreize vorhersehbar sind und als gerecht empfunden werden,
- sie in einem Klima von Respekt und gegenseitiger Unterstützung verrichtet werden kann,
- gesundheitsrelevante Daten erfasst und für die Optimierung genutzt werden.

Partizipation der Beschäftigten – also: ‚die Betroffenen zu Experten machen‘ – stellt dabei ein unverzichtbares Querschnittsanforderung für die Herstellung einer gesundheitsförderlichen Arbeitssituation dar. Und zwar aus drei Gründen: Zum einen verfügen nur die Beschäftigten über das Erfahrungswissen, das für Entwurf und Umsetzung zweckmäßiger technischer und organisatorischer und sozialer Änderungen erforderlich ist. Zum anderen ist die Identifikation mit Änderungen im Betrieb wesentlich höher, wenn die Betroffenen entsprechend beteiligt sind und zum Dritten – das wissen wir aus zahlreichen eigenen Forschungsprojekten – ist die sinnliche Erfahrung, dass die eigene Meinung einen tatsächlichen Einfluss auf die Gestaltung betrieblicher Gegebenheiten ausübt, eine eigenständige Quelle für Identifikation und Motiva-

tion, für *commitment* und Wohlbefinden. In der Sprache der Gesundheitsförderung nennen wir diesen Effekt *empowerment*.

Der ideale und vielhundertfach erfolgreich erprobte Ort zum Einbringen solcher Vorstellungen ist der Gesundheitszirkel. Dieses Verfahren kann seine Produktivität freilich nur dann entfalten,

- wenn der Zirkel fachlich und organisatorisch einwandfrei durchgeführt wird,
- wenn es ein Lenkungsgremium im Betrieb gibt, dem neben dem Management und der Belegschaftsvertretung auch zum Beispiel der betriebliche Arbeitsschutz und ggf. auch Vertreter überbetrieblicher Akteure, also z. B. Vertreter der Unfall- und der Krankenkassen angehören.
- wenn verbindlich vereinbart ist, wie, wann und, unter welchen Bedingungen und von wem die Vorschläge aus den Zirkeln umgesetzt werden,
- wenn all dies auf Basis eines aussagekräftigen Gesundheitsberichts stattfindet, in den neben AU-Daten etc. auch Ergebnisse von Belegschaftsbefragungen und Arbeitsplatzbeobachtungen eingehen.

Wenn diesem Ansatz konsequent und halbwegs störungsfrei gefolgt wird, kommt es in der Regel zu partizipativ definierten und aufeinander bezogenen Veränderungen im Hinblick auf sechs Interventionsfelder. Mit anderen Worten: Wir beobachten bei gut organisierten Projekten, besser noch: Kampagnen betrieblicher Gesundheitsförderung, dass der partizipative Ansatz regelmäßig zu vollständigeren und besseren Ergebnissen führt als die beste Planung von professionellen Arbeitsschützern und Arbeitsmedizinern. Und so gut wie nie erleben wir, dass sie Beschäftigten völlig undurchführbare Vorschläge machen. Das ist das ‚Geheimnis‘ der systemischen Intervention: die Betroffenen kommen bei entsprechenden Rahmenbedingungen ganz allein darauf, was gut für ihre Gesundheit und was zugleich betrieblich möglich und was – gewissermaßen ‚realpolitisch‘ – durchführbar ist.

Hier also die sechs Interventionsfelder, die – ich wiederhole mich absichtlich – partizipativ und aufeinander bezogen, also nicht: nacheinander und *per ordre de mufti* angegangen werden müssen, um eine gesundheitsförderliche Arbeitssituation herzustellen:

- Arbeitsmittel und Arbeitsumgebung (*menschengerechte Arbeitsgestaltung unter Berücksichtigung der individuellen Konstitution, sichere und ergonomisch gestaltete Arbeitsmittel etc.*)
- Arbeitsorganisation (*Transparenz der Arbeitsabläufe; Arbeitsanreicherung durch Integration von planenden, ausführenden, steuernden und kontrollierenden Tätigkeiten, d. h. Eröffnung bzw. Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, Vermeidung störender Arbeitsunterbrechungen*)
- Arbeitszeit (*adäquate Arbeitszeiten und Ruhepausen, Anpassung der Rhythmen der Arbeit an die Potenziale der Beschäftigten; Vereinbarkeit der Arbeit*)
- Sozialbeziehungen (*offene und flache Kommunikationswege zu Kollegen und Vorgesetzte, transparente Verfahren der Konfliktlösung, transparente Anreizsysteme (Entlohnung, Weiterbildung, Aufstieg) und soziale Anerkennung, Vertrauenskultur.*)
- Individuelle Anpassung und Förderung (*Qualifizierung für gegenwärtige und zukünftige Tätigkeiten, Training, individuelle Gesundheitsförderung etc.*)
- Unterstützendes Umfeld beim Umgang mit Gesundheit und Krankheit (*Beschwerden an- und ernst nehmen; Unterstützung bei Problemen der work life balance, Beratungseinrichtungen, Sozialdienste etc.*)

Zu den fördernden Bedingungen gehört also auch, dass wir wissen, welche Merkmale eine gesundheitsförderliche Arbeitssituation ausweist und auf welchem Wege man sich ihr nähern kann. Eine weitere wichtige fördernde Bedingung besteht darin, dass wir auch wissen, dass solche Projekte zum Erfolg führen: In einem eigenen Forschungsprojekt haben wir die vorliegenden Informationen zu guten Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen einer Meta-Analyse zusammengestellt und sind – bei Anlegung relativ strenger Maßstäbe – zu dem Ergebnis gelangt, dass im Gefolge solcher Projekte die krankheitsbedingte Abwesenheit um ca. 25 % zurückgeht und auch längere Zeit – gemessen werden konnte bis zu drei Jahren – auf diesem niedrigeren Niveau verbleibt. Will man dieses Niveau dauerhaft stabilisieren oder noch weiter absenken, muss betriebliche Gesundheitsförderung zur Daueraktivität werden, die langsam durch den Betrieb bzw. die Abteilungen und Bereiche ‚wandert‘. Nicht gemessen werden konnte in dieser Untersuchung der Gewinn an Lebensqualität, die höhere Arbeitszufriedenheit, die größere Innovationsoffenheit, die Ver-

minderung von Frühverrentungen etc. Dies sind ebenfalls sehr erhebliche Gewinne, die auch auf keinem anderen Wege zu erzielen sind.

Zu den fördernden Bedingungen gehört sicherlich auch, dass solche Aktivitäten weder an einen Akteur, z. B. die Krankenkassen oder die Berufsgenossenschaften gebunden sind, noch, dass sie unbedingt unter der Überschrift ‚betriebliche Gesundheitsförderung‘ eingeordnet werden müssen. Wichtig ist freilich, dass die beteiligten Akteure unter gleicher Zielsetzung an einem Strang ziehen.

Entsprechende Erfolge sind in allen möglichen Konstellationen – also mit Krankenkassen, Trägern der Unfallversicherung, mit dem staatlichen und auch dem betrieblichen Arbeitsschutz und dem betrieblichen Sozialdienst - als durchführbar erprobt. Die traditionelle – u. a. auch im SGB V § 20 a und § 20 b vorgenommene – Unterscheidung zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung als den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen wird in der Praxis zunehmend obsolet. Das impliziert *ceteris paribus* eine gewichtiger werdende Rolle der Berufsgenossenschaften.

Zielführende betriebliche Gesundheitspolitik kann deshalb auch in allen drei heute vorkommenden Formen betrieben werden

- als Weiterentwicklung und Erweiterung des Arbeitsschutzes
- als betriebliche Gesundheitsförderung und
- als Integration von Kriterien gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung in moderne Managementsysteme.

Bei den fördernden Bedingungen sieht es also recht gut aus. Trotzdem überwiegen in der Praxis meistens immer noch die hemmenden Bedingungen. Dies sind nicht so sehr betriebswirtschaftlicher, sondern eher kultureller Natur: Aus zahlreichen Managementbefragungen wissen wir, dass das Sachkapital, das angeschafft und abgeschrieben werden muss, nach wie vor höhere Aufmerksamkeit auf sich zieht als das Humanvermögen. Und ganz generell herrscht in unserer Gesellschaft im Hinblick auf die Gesundheit nach wie vor eine Kultur der Reparatur vor, der Gedanke der Prävention, v. a. im Hinblick auf die zu Unrecht so genannten ‚weichen‘ Faktoren, greift nur langsam Platz, im Betrieb noch langsamer als anderswo.

Diese hemmenden Faktoren wirken vielfältig und durchweg zum Nachteil der Gesundheitsförderung auf das betriebliche Geschehen ein:

- Trotz gesetzlicher Normen ist eine zielführende betriebliche Gesundheitspolitik letztlich nicht erzwingbar und beschränkt sich deshalb auf Betriebe, in denen ein entsprechender Konsens zwischen den betrieblichen *stakeholders* besteht oder herstellbar ist.
- Zudem handelt es sich bei ‚guter‘ betrieblicher Gesundheitspolitik um einen komplexen Prozess, der aufgrund interner oder externer, ökonomisch oder betriebspolitisch entstehender Turbulenzen jederzeit gestört werden oder abbrechen kann, wenn er nicht bewusst stabilisiert wird und eine entsprechende Priorität im Betrieb hat,
- Zur Bewältigung der mit einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik verbundenen Gestaltungsanforderungen fehlt es vielfach an Kenntnissen und am Verständnis der dazu notwendigen Instrumente.
- Sehr häufig fehlen den betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren auch Informationen über den Nutzen einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik.
- Häufig bleiben Ansätze betrieblicher Gesundheitspolitik im Hinblick auf Instrumente, Reichweite und Ressourcen unterhalb der ‚kritischen Masse‘. Dann wirken sie nicht und hinterlassen lediglich Frustrationen.
- Im Ergebnis dieser Defizite und Probleme hat in den allermeisten Unternehmen betriebliches Gesundheitsmanagement weder formell (‚im Organigramm‘) noch informell (in der Unternehmenskultur, ‚belief systems‘) jenen Stellenwert, der für die Bewältigung der Herausforderungen erforderlich wäre.
- Besonders ausgeprägte Probleme weist die betriebliche Gesundheitspolitik im Hinblick auf Klein- und Mittel-Unternehmen (KMU) sowie angesichts neuer, gesundheitlich häufig hoch problematischer Arbeitsformen auf. Zum Beispiel befristet Beschäftigte, Leih- und Zeitarbeit, Tele-/Heimarbeit, Gruppenarbeit, Arbeitskraftunternehmer‘, Scheinselbständigkeit, KAPOVAZ etc.
- Voraussetzung für die Akzeptanz und damit den Erfolg einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik ist außerdem die Bereitschaft aller Beteiligten, ihr bisheriges Rollenverständnis und -verhalten zu hinterfragen und ggf. zu ändern.

- Vom Arbeitgeber ist die Bereitschaft gefordert, Probleme der Gesundheit der Beschäftigten nicht nur negativ als Minimierung von krankheitsbedingter Abwesenheit, sondern als positive, mit Partizipation und initial auch mit Kosten zu bewältigende Gestaltungsaufgabe zu begreifen. Eine solche Orientierung setzt u. a. eine längerfristige Perspektive z. B. im Hinblick auf Personalentwicklung voraus, deren Entwicklung durch derzeit häufig vorherrschende Kurzfrist-Orientierungen („*shareholder value*“) häufig behindert wird – letztlich zum Nachteil des Betriebs und der Beschäftigten.
- Der betriebliche Arbeitsschutz und der betriebliche Sozialdienst müssen eine bloß medizinische und technische bzw. fürsorgliche Aufgabewahrnehmung überwinden und sich selbst als betriebspolitische Akteure in komplexen und nur partizipativ-kooperativ zu bewältigenden Entwicklungsprozessen verstehen lernen.
- Die Beschäftigten werden in der betrieblichen Gesundheitspolitik vielfach noch vornehmlich als passive Adressaten von Anweisungen gesehen und behandelt. Ihre Expertise und Innovationskraft sowie auch ihre eigene Motivation für Gesundheit werden auf diese Weise bei Weitem nicht optimal genutzt. Durch vermehrte Partizipationsrechte und -pflichten sowie Anreize, diese wahrzunehmen, werden Beschäftigte zunehmend zu aktiven Partnern bei der Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen.

Offensichtlich also ist das soziale System ‚Betrieb‘ in der großen Mehrzahl der Unternehmen bislang nicht oder zumindest nicht in akzeptablem Tempo und Umfang in der Lage, die fördernden über die hemmenden Bedingungen obsiegen zu lassen.

Die Akteure im Betrieb brauchen demnach häufig auch die Unterstützung der überbetrieblichen Akteure. Jeder der überbetrieblichen Akteure – so eine zentrale Empfehlung der Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und der Hans Böckler Stiftung in ihrer 2004 veröffentlichten Denkschrift für eine zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik – sollte bei seinen Aktivitäten nicht primär irgendwelche Teilprobleme im Blick haben oder zu kontrollieren versuchen (und seien sie auch noch so

wichtig), sondern er muss seinen Beitrag in den Zusammenhang mit der Herstellung von insgesamt gesundheitsförderlichen Arbeitssituationen stellen.

Im Grundsatz gelten für alternde Belegschaften fast durchweg die gleichen Kriterien und Verfahren des betrieblichen Gesundheitsmanagements wie für junge Belegschaften, allerdings wird ihre Beachtung mit der Alterung der Belegschaft immer wichtiger.

Spezifisch für ältere Beschäftigte sind einige Ausformungen und spezielle Akzente der gesundheitsförderlichen Arbeitssituation, die ich in Stichpunkten (im Anschluss an Ilmarinen/Tempel 2002) wiedergebe möchte:

- physikalische Belastungen reduzieren
- physische Arbeitsanforderungen abbauen
- Lernprozesse anregen und fördern
- Druck auf Arbeitstempo reduzieren
- Arbeit selbst einteilen lassen
- Arbeitszeit selbst einteilen lassen („Mikropausen“)
- flexible und reduzierte Arbeitszeit ermöglichen
- Anerkennung und Respekt
- Vorgesetzte entsprechend schulen.

Es ist unmittelbar einleuchtend, dass der Antrieb oder die Motivation im Betrieb, sich für die Herstellung gesundheitsförderlicher Arbeitssituationen für alle Gruppen von Beschäftigten einzusetzen und entsprechende Projekte oder Kampagnen zu starten, nicht erzwungen werden kann. So wichtig also weiterhin der verpflichtende Arbeitsschutz ist, so klar ist auch, dass der traditionelle Handlungstyp ‚Anordnung – Vollzug – Kontrolle‘ hier nicht weit tragen kann.

Es bedarf also auch **eines neuen Interventionstyps** für die überbetrieblichen, zum Teil hoheitlichen überbetrieblichen Akteure. Der Arbeitsschutz ist ja traditionell überwiegend reaktiv, er ist staatlich-hoheitlich ausgerichtet, zentralistisch und expertenzentriert. Dem Anspruch nach ist er darüber hinaus überbetrieblich flächendeckend, obwohl dieser Anspruch mit den gegebenen, und weiter schrumpfenden Kapazitäten längst nicht mehr einzulösen ist.

Nun hat die wirtschaftliche Entwicklung und haben die betrieblichen Auswirkungen der Globalisierung längst zu unterschiedlichen betrieblichen Motivlagen und Bedürfnissen geführt, haben sich die Strukturen der Arbeit gewandelt, haben wir es immer mehr mit Gesundheitsbelastungen zu tun, die nicht über Normen zu regulieren sind, v. a. mit mehr Stress und psychosozialen Belastungen.

Dieser neuen Lage muss auch ein neues Verständnis sozialstaatlicher Aufgaben entsprechen, das zwar die Mindeststandards notfalls erzwingt, aber im Übrigen von der Vorstellung des alles verantwortenden und bewirkenden Sozialstaats abrückt.

Demzufolge definiert die Expertenkommission den neuen Interventionstyp als: dezentral, betrieblich, d. h. betriebsindividuell und dialogisch angelegt, auf Partizipation der Betroffenen bezogen und darauf zielend, Probleme aus dem Bereich ‚Arbeit und Gesundheit‘ als integrierte Aufgabe der Unternehmensstrategie zu etablieren.

Akzeptanz und Zumutbarkeit dieses Interventionstypus sowohl für Arbeitgeber wie für Arbeitnehmer sichert der Staat durch Setzung von Rahmenbedingungen und Mindeststandards, d. h. v. a. durch Moderation und Beratung sowie durch materielle und immaterielle Anreize. Die jetzt angesteuerte Regelung, nach der die staatliche Gewerbeaufsicht – grob gesprochen – für die anlassbezogenen Begehungen und damit tendenziell für die gewerbepolizeilichen Aufgaben zuständig sein soll, während sich die Berufsgenossenschaften immer mehr auf die beratende und qualifizierende Unterstützung der Betriebe konzentrieren sollen, weist in diese Richtung. Viel wird von der Umsetzung des Unfallversicherungs-Modernisierungs-Gesetzes abhängen. Ob die Nationale Arbeitsschutzkonferenz tatsächlich ein Ort, ist, an dem sich staatlicher Arbeitsschutz und Unfallversicherungsträger auf eine Arbeitsteilung einigen können, die im Ergebnis sowohl die anhaltend notwendigen gewerbepolizeilichen Aufgaben als auch die Beratungs- und Dienstleistungen des betrieblichen Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung auf eine Weise sicherstellt, die in den Betrieben angemessen präsent ist und hinreichende Anreize und Unterstützung für die Unternehmen bietet. Angesichts der anstehenden, zum Teil bereits vollzogenen Fusionen zwischen Berufsgenossenschaften wird auch das Branchenprinzip neu zu bewerten und zu gestalten sein.

Jeder der überbetrieblichen Akteure – so eine zentrale Empfehlung der Expertenkommission – sollte bei seinen Aktivitäten nicht primär irgendwelche Teilprobleme im Blick haben oder zu kontrollieren versuchen, sondern er muss seinen Beitrag in den Zusammenhang mit der Herstellung von insgesamt gesundheitsförderlichen Arbeitssituationen stellen und entsprechende Unterstützungsleistungen organisieren.

Bezugspunkt und Leitbild für die Aktivitäten aller überbetrieblichen Akteure ist deshalb die gesundheitsförderliche Arbeitssituation. Das hat Konsequenzen für

- die eigene Problemwahrnehmung
- die eigene Programmatik
- die Qualifizierung
- die Instrumente
- die Aktivitäten
- die Kooperation und
- die Qualitätssicherung.

Es ist unmittelbar einleuchtend, dass der Antrieb oder die Motivation im Betrieb, sich für die Herstellung gesundheitsförderlicher Arbeitssituationen einzusetzen und entsprechende Projekte oder Kampagnen zu starten, nicht erzwungen werden kann. So wichtig also weiterhin der verpflichtende Arbeitsschutz ist, so klar ist auch, dass der traditionelle Handlungstyp ‚Anordnung – Vollzug – Kontrolle‘ hier nicht weit tragen kann.

Die **Instrumente der überbetrieblichen Akteure** sind deshalb:

- Aufklärung über den Nutzen: Motivation
- Vermittlung von Prozessverständnis und Instrumentenkenntnis
- Qualifizierung
- Beratung
- Vernetzung
- Begleitung, Moderation, Evaluation
- Schaffung und Pflege geeigneter Anreize

Nun hat die Expertenkommission den neuen Interventionstyp nicht völlig neu erfunden. Zum Teil und ansatzweise findet er sich schon heute nicht nur in der Praxis,

sondern auch in den Normenwerken. Beispiel Arbeitsschutzgesetz: Zum einen verpflichtet dieses hochmoderne Präventionsgesetz den Arbeitgeber zu einer sehr umfassenden Arbeitsschutzpraxis, die alle Gefährdungsbereiche berücksichtigt und dabei systematisch, planvoll und integriert vorgeht. Zum anderen bietet das Gesetz dem Arbeitgeber aber große Spielräume bei der konkreten betriebsspezifischen Umsetzung dieser Präventionspflichten. Nehmen Sie das Kernelement des Arbeitsschutzgesetzes, die Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG: Mit welchen Analyseinstrumenten oder in welchem Turnus sie durchzuführen ist, wird im Gesetz nicht detailliert geregelt. Aber die Grundstruktur des Vorgehens ist verpflichtend und umfasst vier Schritte: 1. umfassende Beurteilung aller betrieblich relevanten Gefährdungen, 2. Ableitung erforderlicher Schutzmaßnahmen, 3. Kontrolle ihrer Umsetzung und 4. Überprüfung ihrer Wirksamkeit.

Zahlreiche – wahrscheinlich immer noch die Mehrheit der - Unternehmen kommen allerdings – wie wir alle wissen - ihrer Pflicht zur Gefährdungsbeurteilung bislang überhaupt nicht oder nur unvollständig nach. Oft wird nur pro forma irgendeine Checkliste ausgefüllt, damit die Aktenlage stimmt. Die Bearbeitung erfolgt dann nach dem alten Muster: ankreuzen, knicken, lochen, abheften. Dem eigentlichen Sinn der Gefährdungsbeurteilung, nämlich Handlungsanleitung für einen zielgerichteten, systematisch angelegten Arbeitsschutz zu sein, entspricht das natürlich nicht. Sicherlich brauchen viele Betriebe – gerade kleinere – hier noch einiges an Information und Unterstützung. Auch ohne wohl-dosierten Druck wird sich bei manchen Arbeitgebern kaum etwas bewegen. Hier sind sicherlich auch die Aufsichtsbehörden gefordert, aber auch z. B. die Berufsgenossenschaften und auch die Betriebsräte, denn schließlich stellt die Gefährdungsbeurteilung für sie den zentralen Hebel dar, um im Arbeitsschutz voranzukommen. Um aber den mit der Gefährdungsbeurteilung intendierten Mechanismus der dezentralen und dialogischen Problemlösung im Betrieb auszulösen, bedarf es der Unterstützung durch die überbetrieblichen Akteure.

Da ist noch viel zu tun, und jede neue Regelung ist sicherlich auch nur ein Schritt auf einem langen und wahrscheinlich sogar unendlich weiten Weg. Denn der Wandel der Arbeitswelt wird weitergehen und den betrieblichen wie den überbetrieblichen Akteuren stets neue Orientierungen und Leistungen zur Förderung der Gesundheit abverlangen.

Nützlich ist dabei stets die Besinnung auf das alte chinesische Sprichwort, das da sagt: Auch der Weg von 1000 Meilen beginnt mit einem ersten Schritt.

#### **Angaben zur Person:**

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, geb. 1945, nach Abitur und kaufmännischer Lehre ab 1966 Studium an der FU Berlin (1972 Diplom-Kaufmann), längere Studienaufenthalte in Lateinamerika und den USA, 1977 Promotion in Politischer Ökonomie an der Universität Bremen, Habilitation in Sozialwissenschaften 1988. Seit 1977 am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), dort Aufbau der Gesundheitsforschung (Public Health), seit 1988 Leiter der Arbeitsgruppe Public Health. Lehrt u. a. an der Berlin School of Public Health in der Charité Universitätsmedizin Berlin. Er betreibt seit den siebziger Jahren Forschung, Lehre und Politikberatung u. a. zur Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung, zur betrieblichen Gesundheitspolitik, zu Verhaltens- und Verhältnisprävention, zu Präventionspolitik und sozial bedingter Ungleichheit vor Krankheit und Tod.

Er ist Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR – G) (Bonn), Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Köln), Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH), des Nationalen Aids-Beirats (NAB) etc. In der Expertenkommission ‚Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik‘ der Hans-Böckler-Stiftung und der Bertelsmann-Stiftung (2001 – 2044) leitete er die Arbeitsgruppe ‚Überbetriebliche Akteure‘.

#### Jüngste Buchveröffentlichungen:

Rolf Rosenbrock, Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Verlag Hans Huber, Bern usw. 2004, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2006,

Uwe Lenhardt, Rolf Rosenbrock: Wegen Umbau geschlossen? Auswirkungen betrieblicher Reorganisation auf den Gesundheitsschutz, edition sigma, Berlin 2006

Rolf Rosenbrock, Claus Michel: Primäre Prävention, Bausteine für eine systematische Gesundheits-sicherung, Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2007

e-mail: [rosenbrock@wzb.eu](mailto:rosenbrock@wzb.eu)