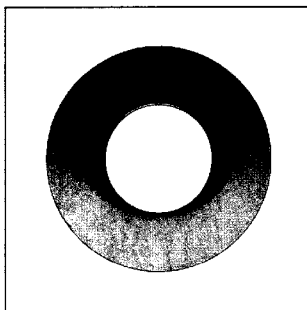


# **BETRIEBLICHE GESUNDHEITSPOLITIK AUF DEM PRÜFSTAND**

**SIND NEUE KONZEPTE FÜR  
ALTERNDE BELEGSCHAFTEN ERFORDERLICH?**

---



GESPRÄCHSKREIS  
**ARBEIT UND SOZIALES**  
NR. 20

**FRIEDRICH  
EBERT   
STIFTUNG**

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung  
Abt. Arbeits- und Sozialforschung

---

**Gesprächskreis Arbeit und Soziales  
Nr. 20**

# **Betriebliche Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand**

Sind neue Konzepte für alternde  
Belegschaften erforderlich?

Eine Tagung  
der Friedrich-Ebert-Stiftung  
am 15. und 16. Oktober 1992 in Gera

ISBN 3-86077-133-7

Herausgegeben vom  
Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung  
Abt. Arbeits- und Sozialforschung  
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn  
Juni 1993

Druck: satz + druck GmbH, Düsseldorf  
Gedruckt auf 90 g chlorfrei gebleicht Offset

Printed in Germany 1993

## Inhalt

Peter König <b>Vorbemerkung</b>	5
Werner Dostal <b>Bevölkerungs- und Erwerbstätigenstruktur der Zukunft</b>	7
Michael E. Schuntermann <b>Frühinvalidität als Folgerisiko chronischer Krankheiten: Zeitliche Entwicklung und Einwirkungsmöglichkeiten</b>	29
Thomas Langhoff <b>Altersgerechte und altersübergreifende Qualifizierungs- konzepte</b>	71
Lothar Bodo Birkholz <b>Altersgerechte Arbeitsplatzstrukturen</b>	87
Rolf Schröder <b>Betriebliche Gesundheitsberichterstattung/Gesundheitszirkel in der Praxis</b>	101
Bernard Braun <b>Prävention als Kooperationsaufgabe von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Berufsverbänden und Renten- versicherungsträgern</b>	109
<b>Protokoll der Podiums- und Plenardiskussion</b>	127
<b>Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung</b>	141

## Vorbemerkung

Namhafte Forschungsinstitute sagen voraus, daß unsere Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten nicht nur rückläufig, sondern auch stark altern wird. Dies ist vorrangig auf die steigende Lebenserwartung und den Geburtenrückgang zurückzuführen. Eine Folge des Geburtenrückganges ist, daß wir zukünftig weniger junge Leute haben werden, die in das Erwerbsleben eintreten, wodurch der Wirtschaft Nachwuchskräfte fehlen. Uns hat diese Prognose dazu veranlaßt, danach zu fragen, welche Folgen dies in langfristiger Perspektive für die Unternehmen hat und welcher politische Handlungsbedarf daraus entsteht.

Eine Auswirkung des demographischen Wandels ist, daß die Belegschaften in Unternehmen zukünftig im Durchschnitt deutlich älter sein werden, und: Es liegen Erfahrungen vor, wonach die Gesundheit älterer Arbeitnehmer infolge ihrer langen Berufstätigkeit unter ungünstigen Arbeitsbedingungen erheblich beeinträchtigt ist. Eine mangelhafte Gesundheit kann aber die Leistung und Innovationsfähigkeit der Arbeitnehmer deutlich vermindern und wäre ein entscheidender Nachteil über die deutsche Wirtschaft. Dies stellt eine Herausforderung für die betriebliche Gesundheitspolitik dar. Aber nicht erst in 10 oder 20 Jahren, sondern bereits heute. Denn die zukünftig älteren Arbeitnehmer sind die jetzt noch jüngeren Erwerbstätigen.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat im Rahmen ihres Gesprächskreises Arbeit und Soziales Experten zu ihrer Veranstaltung in Gera eingeladen, um mit ihnen diese Fragen, mögliche Auswirkungen und den Handlungsbedarf zu erörtern. Teilgenommen haben aber nicht nur Vertreter aus Unternehmen, sondern auch aus Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungen. Denn sie können ganz wesentlich die Gesundheitspolitik der Unternehmen flankierend unterstützen.

Die Vorträge der Referenten sind in dieser Broschüre abgedruckt. Mein Dank gilt aber nicht nur den Referenten, sondern allen Teilnehmern für ihre konstruktiven Beiträge. Das Tagungssekretariat lag in der Verantwortung von Frau Brigitte Juchems.

Bonn, Juni 1993

Peter König

## **Bevölkerungs- und Erwerbstätigenstruktur der Zukunft**

### **1. Einführung**

Durch eine Reihe von demographischen Faktoren wird sich die Altersstruktur der Deutschen erheblich ändern. Traditionelle Verhaltensmuster sind in dieser neuen Struktur nicht mehr in allen Fällen sinnvoll und möglich, neue Herausforderungen kommen auf uns zu, die zumindest im Ansatz diskutiert und bewertet werden müssen, damit eine Bewältigung dieser Probleme angegangen werden kann.

Demographische Entwicklungen lassen sich recht sicher prognostizieren, da die meisten Menschen, um die es geht, bereits auf der Welt sind. Auch die Geburtenrate zeigt nur geringe Schwankungen, so daß auch dieser Bereich der demographischen Entwicklung kaum Überraschungen bringen wird. So erstaunt es, daß die wohlbegründeten Prognosen bezüglich des Erwerbspersonenpotentials nur am Rande und nur nebensächlich zur Kenntnis genommen werden, obwohl sie von erheblicher Bedeutung sind.

In der folgenden Übersicht wird, ausgehend von der gegenwärtigen Altersstruktur der Bevölkerung, die Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials aufgezeigt. Da sich die Entwicklungen in Ost- und Westdeutschland unterschiedlich zeigen, werden sie teils getrennt behandelt, bevor dann eine gesamtdeutsche Prognose folgt.

In einer weiteren Betrachtung werden diese Ergebnisse mit den Bedarfsgrößen auf dem Arbeitsmarkt quantitativ und qualitativ verglichen. Dies kann nur getrennt für die alten und neuen Bundesländer erfolgen, da hier eine Summierung wegen der verschiedenen Entwicklungstendenzen nicht sinnvoll erscheint.

Folgerungen für Strategien, an Unternehmen und die Politik gerichtet, schließen die Betrachtung ab.

## 2. Bevölkerungsstruktur

Der Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands (Abbildung 1\*) zeigt die Spuren der Geschichte: Zwar läßt sich die Pyramidenform noch grob erkennen, doch haben insbesondere die Kriege zu Geburtenausfällen geführt, und auch durch die Kriegsoffer - vorwiegend Männer - ist in bestimmten Altersgruppen ein erheblicher Frauenüberschuß entstanden. Auch die Wirtschaftskrise um 1932 hat zu Geburtenausfällen geführt. In neuerer Zeit hat der sog. Pillenknick die Zahl der Geburten fast halbiert.

Die Geburtenhäufigkeit nimmt seit über 20 Jahren dramatisch ab. Die derzeitige Zunahmen der Geburten, die manchmal als Trendwende interpretiert wird, ist lediglich Sekundärfolge der geburtenstarken Jahrgänge der 60er Jahre, die nun in das Alter kommen, in dem sie wieder Kinder bekommen. In einigen Jahren werden aufgrund dieser Struktur die Geburten ganz massiv abnehmen, wenn die geburtenschwachen Jahrgänge Eltern werden.

Die Bevölkerungsentwicklung hängt dominant von den Geburten- und Sterbeziffern ab, darüber hinaus von den Wanderungen über die Grenzen. Dazu kommt die in Deutschland lebende ausländische Bevölkerung. Die vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) erstellten Prognosen zur Entwicklung der Bevölkerung gehen von folgenden Entwicklungen aus:

**Tabelle 1:**

	West	Ost	Gesamt
Deutsche Bevölkerung 1991	58,0 Mio.	16,1 Mio.	74,1 Mio.
Nettoreproduktionsrate	0,66	0,65	0,66
Lebenserwartung			
männlich	73 Jahre	70 Jahre	72 Jahre
weiblich	80 Jahre	76 Jahre	79 Jahre
Ausländische Bevölkerung 1991	5,2 Mio.		5,2 Mio.
Nettoreproduktionsrate	0,91		
Lebenserwartung			
männlich	77 Jahre		
weiblich	82 Jahre		
Wanderungssaldo 1991-2000			
Deutsche	+1,24 Mio.	-0,04 Mio.	+1,20 Mio.
Ausländer	+1,34 Mio.		+1,34 Mio.
Bevölkerung in Deutschland			
2000	77,6 bis 81,8 Mio.		
2010	73,7 bis 80,5 Mio.		
2020	68,8 bis 76,4 Mio.		
2030	63,3 bis 71,0 Mio.		
Datenquelle: Thoen 1991			

Die in Tabelle 1 angegebenen Werte sind vergrößerte Mittelwerte verschiedener Varianten. Folgende Entwicklungen sind hervorzuheben:

- Die Gesamtbevölkerung steigt von 1991 bis 2000 noch an, um dann massiv zurückzugehen. Je nach Variante gibt es im Jahre 2030 nur noch 85% bis 96% der Bevölkerung von 1991;
- Der Anteil der ausländischen Bevölkerung in Deutschland wird sich bis zum Jahre 2030 verdoppeln;

\* Die im Text erwähnten Abbildungen finden sich im Anhang zu diesem Beitrag.

- Die Bevölkerungszunahme beruht auf Wanderungen. Ansonsten würde sich die Bevölkerung bereits ab 1990 deutlich verringern (Abbildung 2).

### 3. Erwerbspersonenpotential

Von dieser Wohnbevölkerung steht nur ein Anteil für eine Erwerbstätigkeit zur Verfügung. Die Erwerbsbeteiligung wird in Quoten ausgedrückt, die nach Alter, Geschlecht und Nationalität durchaus unterschiedlich sind und die sich im Laufe der Zeit auch verändern.

Die Erwerbsquoten im Jahr 1990 lagen in Ost- und Westdeutschland für Männer ähnlich hoch (Abbildung 3): Sie sind zunächst in den Altersgruppen 15–20 Jahre recht niedrig (45%), steigen dann schnell auf einen Wert, der knapp unter 100% liegt - das Maximum ist zwischen 35 und 40 Jahren erreicht, um dann ab 55 Jahren deutlich abzufallen. Ein weiterer Bruch erfolgt dann mit 65 Jahren.

In Ostdeutschland waren die Erwerbsquoten der Jüngeren höher (15 bis 20 Jahre: 60%), steigen dann auf 99%, um dann langsamer abzufallen. Auch war die Erwerbsquote der über 65jährigen deutlich höher als im Westen.

Langfristig wird damit gerechnet, daß sich die ostdeutschen Männer in ihrem Erwerbsverhalten den westdeutschen Kollegen anpassen. Das IAB rechnet mit zwei Alternativen:

- Anpassung bis zum Jahre 2000
- Anpassung bis zum Jahre 2010.

Wesentlich für das Erwerbspersonenpotential ist allerdings die Erwerbsquote der Frauen, die sich in Ost und West sowie für verheiratete und unverheiratete Frauen durchaus unterschiedlich zeigt (Abbildung 4). Bereits vor 1990 hat sich die Erwerbsquote der verheirateten Frauen im Westen deutlich erhöht (in der mittleren Altersgruppe 40–45 Jahre von 1970 bis 1990 von etwa 40 auf 60%), und dieser Prozeß dürfte in den nächsten Jahren weitergehen. Für 2010 ist je nach Variante ein Wert für diese Altersgruppe von etwa 85% zu erwarten, also 13%-Punkte niedriger als die der Männer.

Im Osten lag die Erwerbsquote der verheirateten Frauen etwa in der gleichen Größenordnung wie die der Männer, West wie Ost. In den Projektionen wird davon ausgegangen, daß sich die Erwerbsquote der verheirateten Frauen in Ostdeutschland auf einen Mittelwert aller Frauen in Deutschland absenkt.

### 4. Gesamtdeutsches Erwerbspersonenpotential bis zum Jahr 2030

Es soll hier nicht auf alle Details in dieser Erwerbsquotenberechnung eingegangen werden. Insgesamt ergibt sich daraus das folgende Erwerbspersonenpotential (Abbildung 5):

Je nach den Annahmen über den Wanderungssaldo und die Erwerbsquote ergeben sich die hier dargestellten vier Varianten. Ohne Zuwanderung und bei konstanter Erwerbsquote fällt das Potential sofort und kräftig ab. Die übrigen Varianten fächern sich zunächst auf und führen zu einer Beibehaltung des aktuellen Potentials, bevor dann ab dem Jahr 2010 ein massiver Abfall erfolgt.

Wesentlicher als die Gesamtentwicklung ist für das Thema der Tagung die Veränderung der Altersstruktur (Abbildung 6):

Der Geburtenberg, wie er in Abbildung 1 bereits erkennbar war, wandert durch die Altersgruppen: Der Anteil der 15- bis 30jährigen sinkt bis zum Jahr 2000 ab, bleibt dann bis etwa zum Jahr 2015 auf diesem Niveau, um dann weiter abzusinken.

Die 30- bis 50jährigen können ihren Anteil am Bestand bis zum Jahr 2000 kräftig erhöhen, dann erfolgt ein Abfall. Die über 50jährigen halten ihre Position bis etwa zum Jahr 2005, dann erhöht sich ihr Anteil auf etwa ein Drittel, sinkt dann wieder etwas ab.

Werden innerhalb der quantitativen Abnahme die Altersgruppen anteilmäßig betrachtet, dann ergeben sich keine gravierenden Veränderungen: Der Anteil der über 50jährigen steigt von 23% bis auf max. 29%, also keine Revolution. Der Anteil der Jungen (15 bis unter 30 Jahre) nimmt deutlicher ab (von 32% auf 23%). Wir werden also keine massive Zunahme der älteren Erwerbspersonen haben, sondern eher ein

Ausdünnen der jüngeren. Dies ist einerseits durch die demographische Entwicklung bedingt, andererseits durch die niedrige Erwerbsquote der Jüngeren, die durch die verlängerte Ausbildung verursacht wird.

Allzu dramatisch ist die Entwicklung der Altersgruppen also nicht, es sei denn, daß wegen des globalen Potentialrückgangs eine Erwerbstätigkeit jenseits des 65. Lebensjahres erforderlich würde. Dies ist durchaus möglich, wenn die Zahl der zu finanzierenden Rentner aus demographischen Gründen so massiv zunimmt, wie dies in der Alterspyramide (Abbildung 1) zum Ausdruck kommt. Dann müßten aber die Erwerbsquote in den Altersjahren ab 65 Jahren deutlich über die heutigen Werte von 7% (West) und 20% (Ost) hinausgehen. Aktuelle Trends sprechen eher gegen diese Annahme.

## 5. Konsequenzen für die Beschäftigung

Auch ohne Altersstrukturveränderungen erleben wir in der Beschäftigung eine ungebrochene Dynamik. Alte Branchen, alte Berufe und bisherige Tätigkeiten werden obsolet oder verlieren ihre Bedeutung, neue Branchen, neue Berufe und neue Tätigkeiten werden wichtig. Diese Dynamik wird als bedrohend empfunden, da bisher diese Veränderungen wesentlich über den Generationswechsel bewältigt wurden, abgesehen von plötzlichen Strukturveränderung wie das Kriegsende 1945 oder die deutsche Wiedervereinigung 1989/90.

In Zukunft können nicht alle diese Strukturveränderungen über den Generationswechsel bewältigt werden, es sind Anpassungen von Zeit zu Zeit erforderlich. Dabei müssen immer mehr Ältere diesen Wandel bewältigen, da die Zahl der Jüngeren dazu nicht ausreicht.

Betrachtet man nur die Veränderungen in vorhandenen Strukturen, dann mögen diese Probleme nicht so drängend sein. Doch ist es durchaus denkbar, daß auch die Erwerbstätigkeit an sich Veränderungen ausgesetzt wird: Aus abhängiger Arbeit beispielsweise wird Selbständigkeit, aus lebenslanger Beschäftigung wird befristete, aus Vollbeschäftigung wird Arbeitslosigkeit.

## 5.1 Deutsche Einigung

Die Friktionen des Deutschen Einigungsprozesses haben uns gezeigt, welchen Herausforderungen plötzlich die Erwerbstätigkeit ausgesetzt ist (Abbildung 7): Ein Vergleich der Tätigkeiten in der Bundesrepublik und in der DDR 1988 zeigt hier erhebliche Unterschiede in der Erwerbsstruktur, die erst nach längerer Umorientierung homogenisiert werden können. Diese Umorientierung wird möglicherweise von Jüngeren schneller vollzogen werden können als von Älteren, doch die Aufgaben sind so umfassend, daß es nicht ausreichen wird, wenn nur die Jüngeren die neue Struktur realisieren.

Die derzeit erkennbaren Beschäftigungsveränderungen in den neuen Bundesländern haben deutlich gemacht, daß bis zu einem bestimmten Grade durch die Frühverrentung Älterer (Vorruhestand) Arbeitsmarktprobleme gemildert werden können (Abbildung 8). Diese Maßnahme kann aber nur bis zu einem bestimmten Volumen genutzt werden. Derzeit sind insgesamt etwa 8% der vormaligen Erwerbstätigen mit derartigen Maßnahmen ausgeschieden.

## 5.2 Tätigkeitsveränderungen

Für die alten Bundesländer liegt eine Tätigkeitsprognose bis zum Jahre 2010 vor, die in drei Varianten die Veränderungen deutlich macht (Abbildung 9). Besondere Zuwächse sind bei den Tätigkeiten Organisation, Management, Betreuung, Beratung, Lehre und Forschung sowie Entwicklung erkennbar. Daneben ist die Tätigkeit Maschinen einrichten, einstellen und warten begünstigt.

Soweit diese Tätigkeiten langjährige Berufserfahrung erfordern, sind die älteren Arbeitnehmer gefragt. Dies möglicherweise im Management, auch beim Beraten und Betreuen. Dort, wo es auf aktuelle, hochwertige Ausbildung ankommt, sind eher Jüngere gefragt, so in Forschung und Entwicklung, Lehren, vielleicht auch in der Organisation. Die Tätigkeiten Maschinen einrichten, einstellen und warten sind weitgehend altersneutral, obwohl auch hier die Jüngeren häufig begünstigt sind.



### 5.3 Qualifikationsveränderungen

Die verstärkten Bildungsanstrengungen in der Erstausbildung kommen zunächst vor allem den Jungen zugute. Der Trend hin zu höherwertigen und aktuellen Ausbildungen wird durch eine IAB-Prognose bis zum Jahr 2010 belegt (Abbildung 10): Während der Anteil der Absolventen betrieblicher Ausbildung weitgehend konstant bleibt, nimmt die Zahl der Erwerbstätigen ohne Ausbildung von 23% auf 13% ab. Entsprechend steigt die Zahl der Absolventen von Fach-, Fachhochschul- und Universitätsausbildungen an.

Da die Akademikerquote der Älteren deutlich niedriger liegt als bei den Jüngeren, sind auch durch diese Entwicklung die Jüngeren begünstigt. Die schnelle Veränderung der Arbeitsaufgaben entwertet in vielen Bereichen die Erfahrung und traditionelle Fertigkeiten, so daß die Arbeitsplatzsicherung für Ältere zu einem Problem werden kann.

### 5.4 Arbeitsmarktbilanz

Die Arbeitsmarktentwicklung - hier getrennt dargestellt für West und Ost - deutet an, daß Arbeitslosigkeit und Verdrängung vom Arbeitsmarkt auch weiterhin anhalten werden (Abbildung 11 und 12). Auch hierbei sind Ältere besonders betroffen, entweder allein wegen ihres Alters oder wegen gesundheitlicher Einschränkungen, die sich durch die Erwerbstätigkeit unter ungünstigen Bedingungen im Laufe der Zeit ergeben haben. Heute sind von den Arbeitslosen im Westen immerhin 31% älter als 50 Jahre, während ihr Anteil an den Erwerbstätigen nur 21% beträgt. Dazu kommt noch die geringe Erwerbsquote der über 60jährigen, die durch Vorruhestand geprägt ist. (Diese werden weder als Arbeitslose noch als Erwerbstätige registriert.)

Im Erwerbssystem wird schon seit vielen Jahren versucht, strukturelle und konjunkturelle Probleme durch den frühzeitigen Abbau Älterer zu lösen. Frühverrentung wird positiver gesehen als Jugendarbeitslosigkeit. Die demographische Entwicklung wird diese Möglichkeiten erweitern helfen: Für derartige Aktionen steht ein größerer Anteil der Erwerbstätigen zur Disposition. Allerdings ist eine Reaktivierung Älterer bei günstiger Konjunktur mit großen Problemen verbunden. Hier helfen eher neue Arbeitsformen außerhalb der Strukturen abhängiger Erwerbsarbeit.

## 6. Ansatz für Strategien

Unser Erwerbssystem hat manches gut, anderes weniger gut bewältigt. Es gilt, hier neue Fähigkeiten zur Flexibilität zu entwickeln und neue Formen von Arbeit, Freizeit, sozialer Einbindung und sozialer Sicherheit zu entwickeln.

Zuvor aber muß das Bewußtsein dafür gestärkt werden, daß Erwerbsarbeit so gestaltet werden muß, daß die Belastungen nicht zu derartigen Beschädigungen führen, daß eine Erwerbstätigkeit nur zeitlich auf die jungen Jahre begrenzt bleibt und nachher nur beschädigte und kranke Menschen übrig bleiben. Es gilt, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeiten und Leben zu finden. Diese Herausforderung ist bisher noch nicht bewältigt worden. Vielleicht kann diese Tagung dazu beitragen, daß das Bewußtsein in der Öffentlichkeit entsprechend entwickelt wird.

Folgende Ansätze lassen sich aus diesen Konstellationen ableiten:

- Ein leichtfertiger Verzicht auf erfahrene Mitarbeiter könnte sich sehr negativ auswirken, auch wenn der strukturelle Wandel Jüngere begünstigt;
- Die Bewertung formal hoher Qualifikationen sollte im Beschäftigungssystem relativiert werden, da sonst die Älteren aus rein formalistischen Gründen Probleme bekommen;
- Einem knappen Potential Jüngerer steht ein breites Potential Älterer gegenüber, insbesondere wenn die Altersgrenze heraufgesetzt wird. Die Rekrutierung sollte sich auch der Älteren annehmen;
- Altersabhängige Entlohnung kann Ältere benachteiligen und Jüngere begünstigen. Hier sollten - insbesondere auch aus der Sicht der Konsumbedürfnisse - neue Strukturen andiskutiert werden. Die Rolle von Kapitaleinkommen und die Möglichkeiten sozialer Absicherung ohne Erwerbsarbeit sollte neu diskutiert werden.

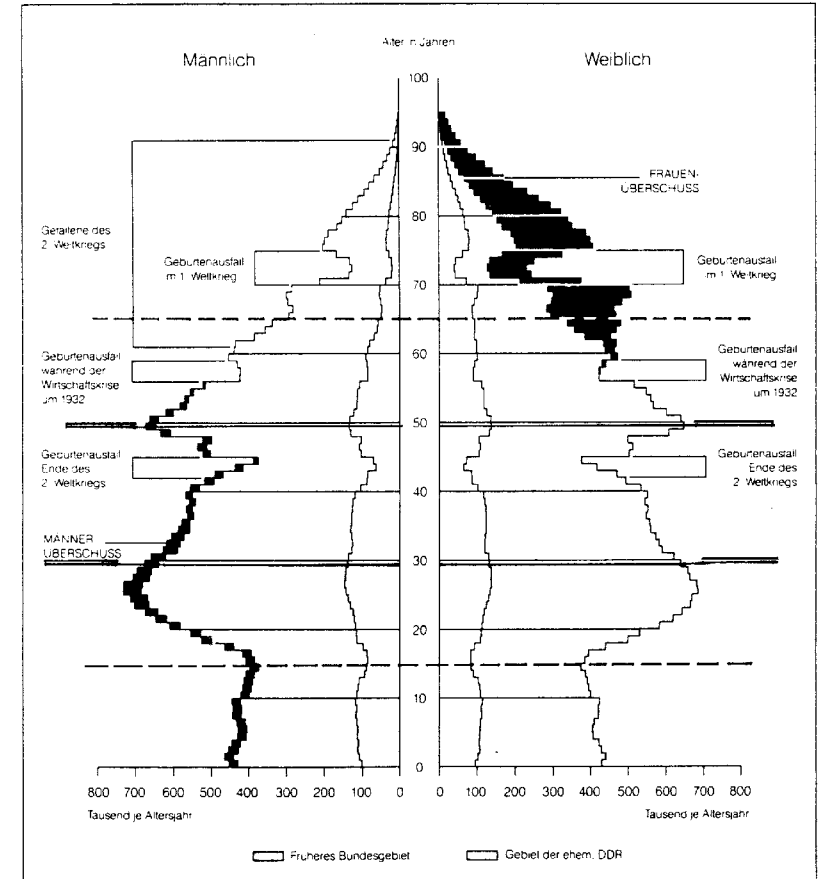
Vor allem aber sollte sich das Bewußtsein der Älteren selbst sowie die Einschätzung des Alters aus der Sicht der Jüngeren normalisieren. Wegen der quantitativen Bedeutung der Älteren wird sich dies wohl in den nächsten Jahren zwangsläufig ergeben.

## Literatur

- Bogai, D. u.a.: Arbeitsmarktbilanz für die neuen Bundesländer bis 2000. IAB Werkstattbericht 7 vom 26.5.1992
- Dostal, W.: Ergänzungen und Erläuterungen zum Aufsatz von R. Schäfer und J. Wahse: "Prognostische Einschätzung des Einflusses moderner Technologien auf das gesellschaftliche Arbeitsvermögen in der DDR", in: MittAB 1/1990, S. 80–85
- Klauder, W.: Auswirkungen der politischen und wirtschaftlichen Entwicklung seit 1989 auf die Arbeitsmarktperspektiven. Ein quantitatives Szenario bis 2000 unter veränderten Rahmenbedingungen, in: MittAB 1/1990, S. 22–33
- Prognos AG (P. Hofer, I. Weidig, H. Wolff): Arbeitslandschaft bis 2010 nach Umfang und Tätigkeitsprofilen, in: BeitrAB 131, Nürnberg 1989
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1991 für das vereinte Deutschland, Wiesbaden 1991, S. 730.
- Stoß, F.; Weidig, I.: Der Wandel der Tätigkeitsfelder und -profile bis zum Jahre 2010, in: MittAB 1/1990, S. 34–51
- Tessaring, M.: Tendenzen des Qualifikationsbedarfs in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahre 2010, in: MittAB 1/1991, S. 45–62
- Thon, M.: Das Erwerbspersonenpotential in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung seit 1960 und Projektion bis 2000 mit einem Ausblick bis 2030, in: BeitrAB 105, Nürnberg 1986, S. 284
- Thon, M.: Neue Modellrechnungen zur Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials im bisherigen Bundesgebiet bis 2010 mit Ausblick bis 2030, in: MittAB 4/1991 (a), S. 673–688.
- Fuchs, J.; Magvas, E.; Thon, M.: Erste Überlegungen zur künftigen Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials im Gebiet der neuen Bundesländer. Modellrechnungen bis 2010 und Ausblick bis 2030, in: MittAB 4/1991, S. 689–705
- Thon, M.: Perspektiven des Erwerbspersonenpotentials in Gesamtdeutschland bis zum Jahre 2030, in: MittAB 4/1991 (b), S. 706–712

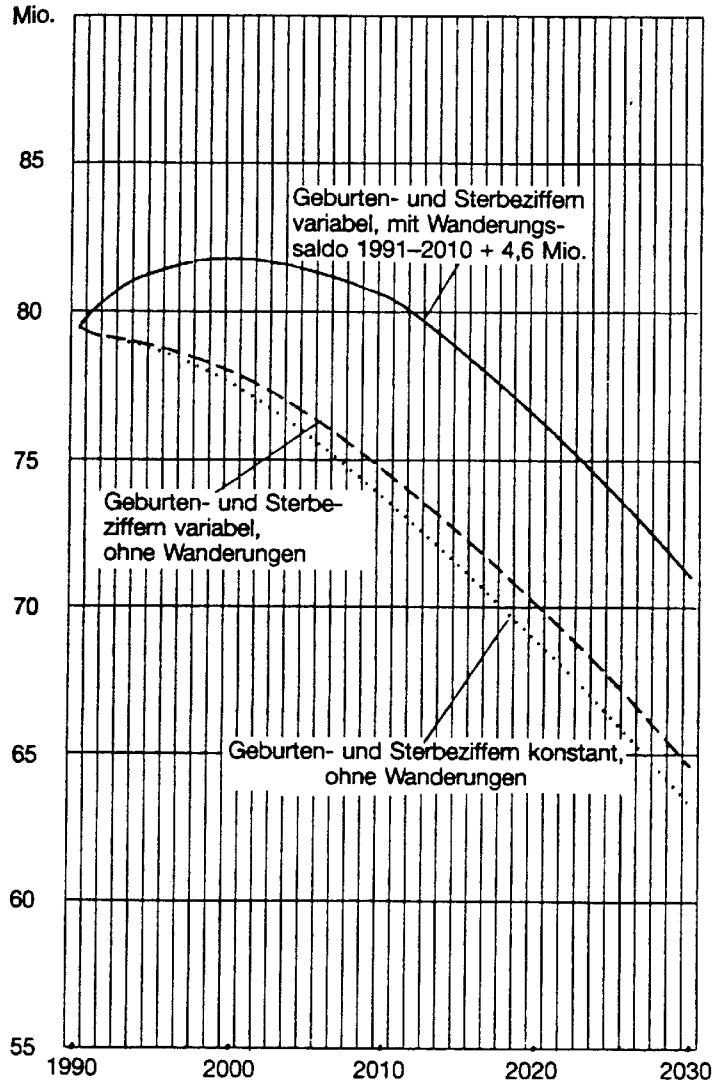
## Anhang

Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands am 1.1.1990



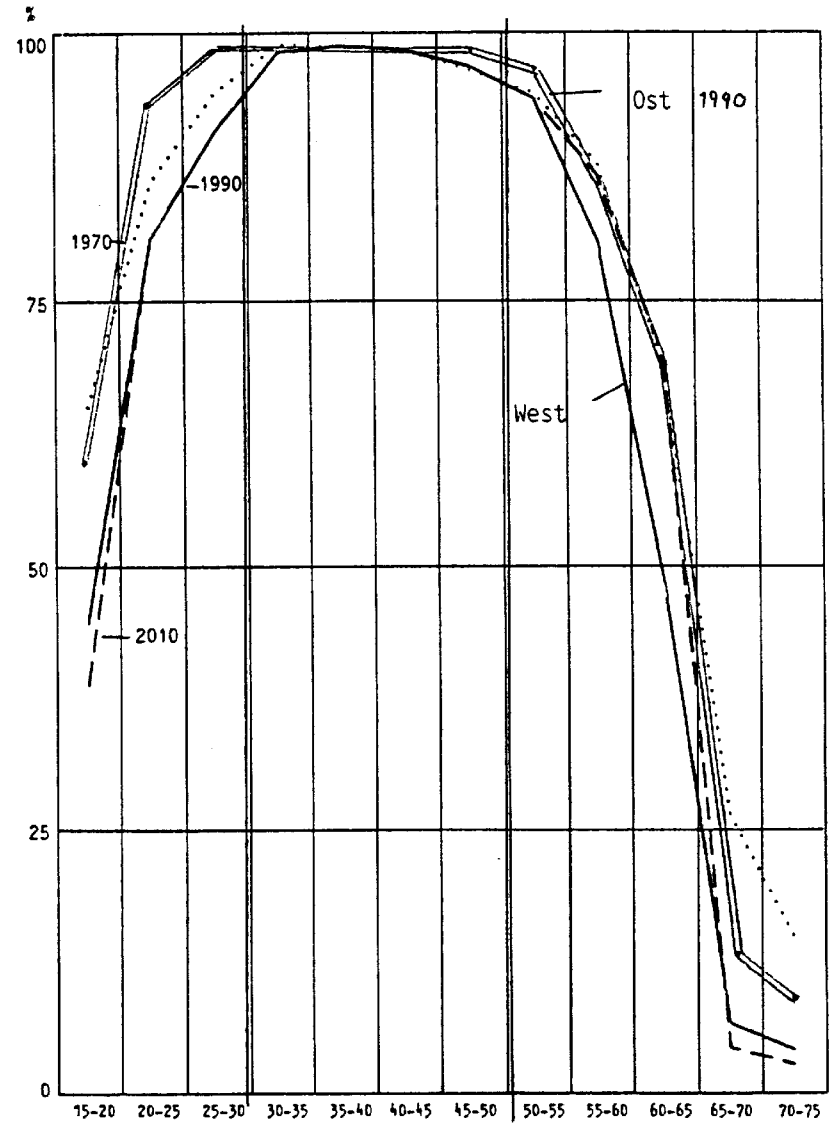
Quelle: Statistisches Bundesamt 1991, S. 67.

Abbildung 2: Bevölkerung in Deutschland 1990–2030 nach drei Projektionsvarianten



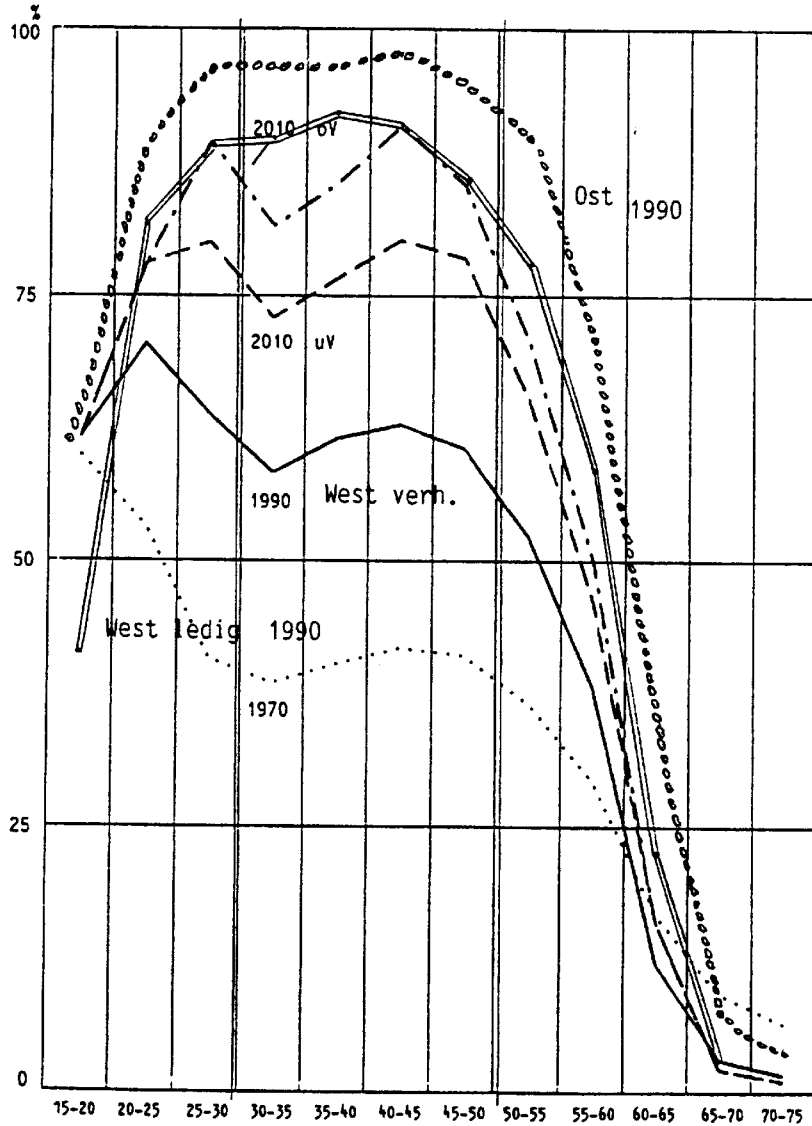
Quelle: Thon 1991 (b), S. 707.

Abbildung 3: Erwerbsquote Männer



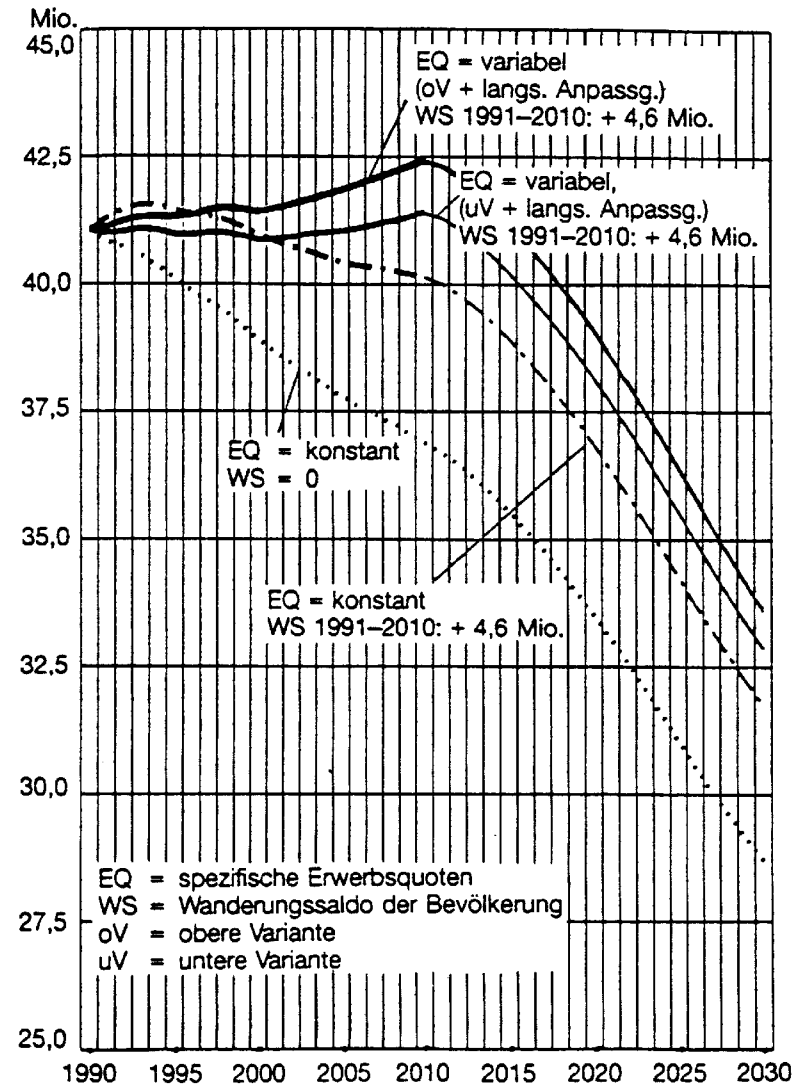
Quelle: Thon 1991 (a), S. 696 und weitere Ergänzungen.

Abbildung 4: Erwerbsquote Frauen



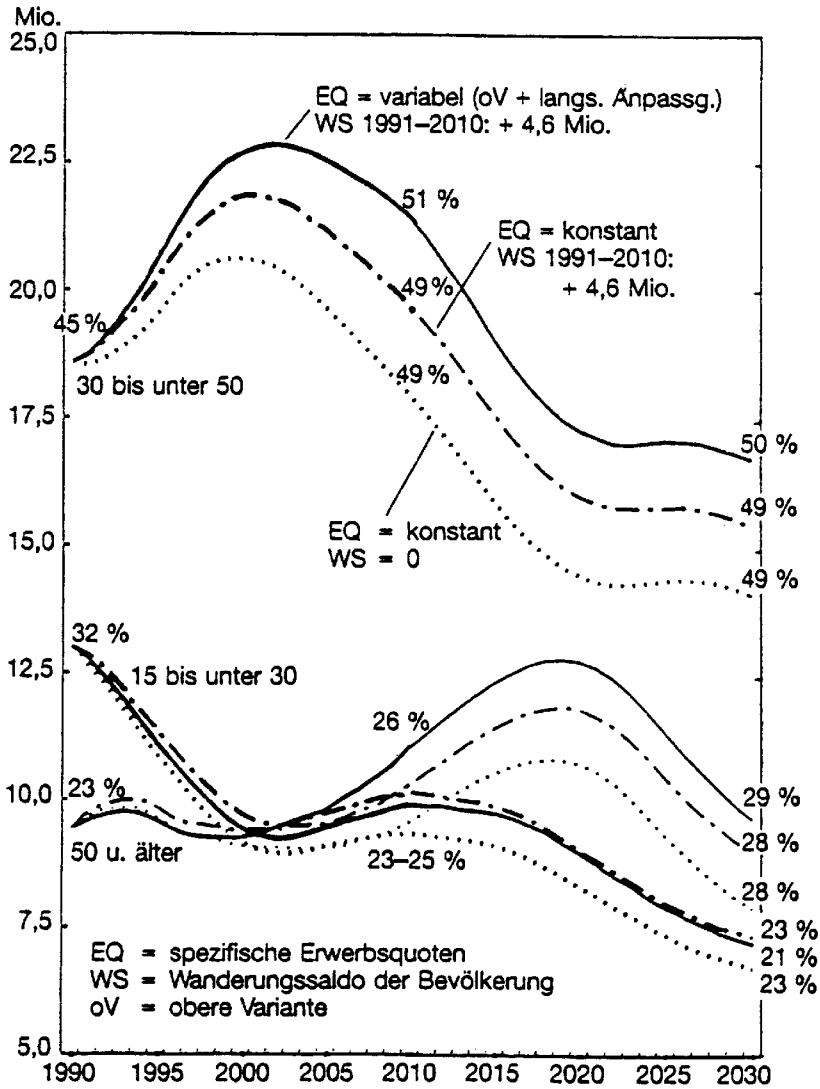
Quelle: Thon 1991 (a), S. 696 und weitere Ergänzungen.

Abbildung 5: Erwerbspersonenpotential 1990–2030  
Modellrechnungen, vier Varianten



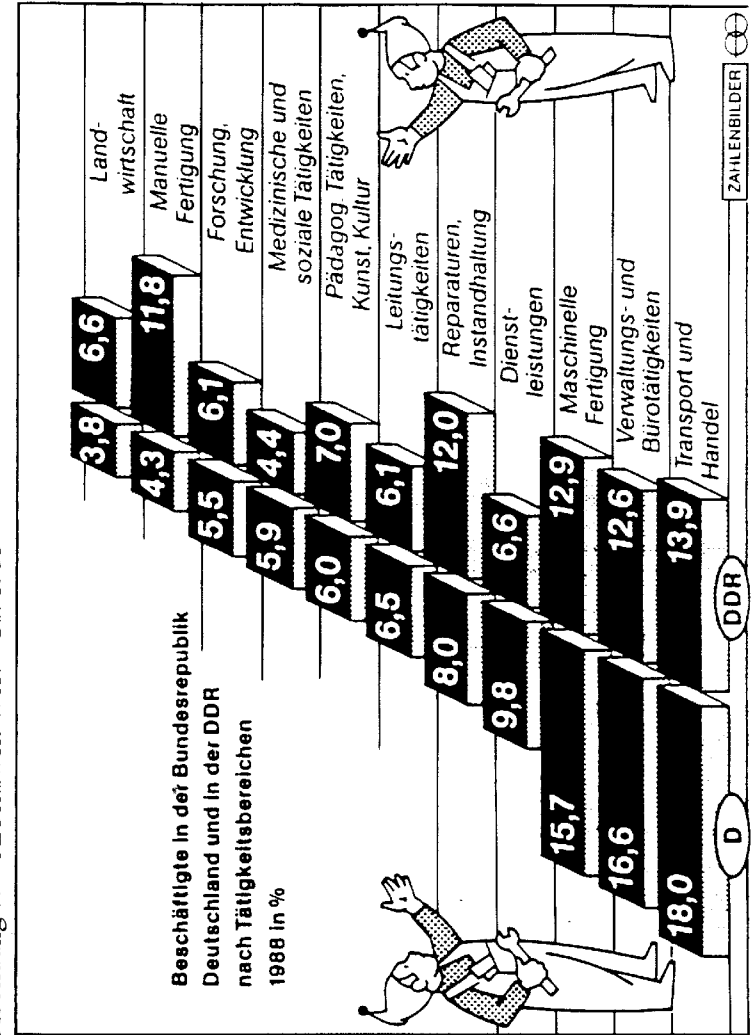
Quelle: Thon 1991 (b), S. 709.

Abbildung 6: Erwerbepersonenpotential 1990–2030 nach drei Altersgruppen

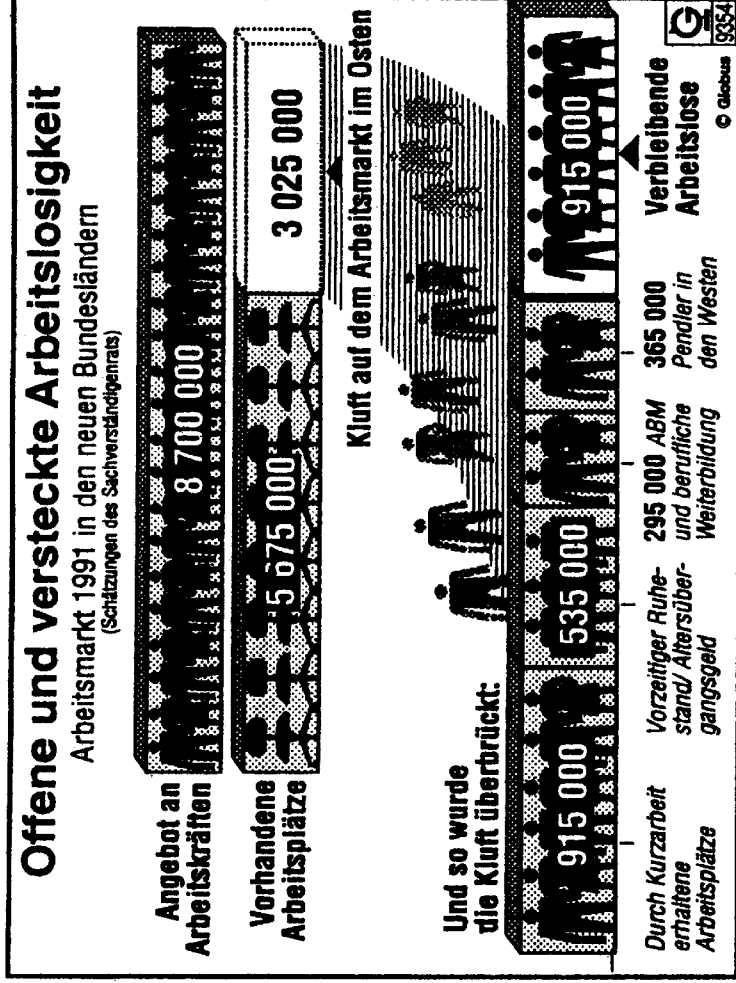


Quelle: Thon 1991 (b), S. 710.

Abbildung 7: Arbeitswelt West - Ost 1988



Quelle: Dostal 1990, S. 81.



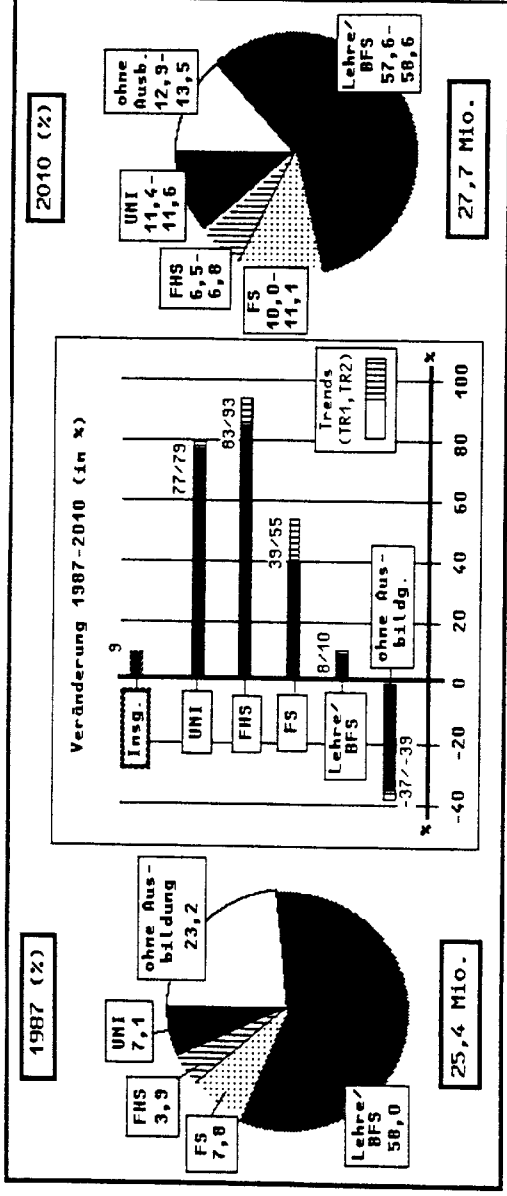
Quelle: SVR 1991.

Abbildung 9: Tätigkeitsprognose 1985-2010

Tätigkeit	Beschäftigte 1985	Prognosevarianten		
		untere %	mittlere %	obere %
Maschinen einrichten, einstellen, warten	2 054 000	+ 32	+ 40	+ 51
Gewinnen/Herstellen	5 135 000	- 39	- 35	- 34
Reparieren	1 560 000	- 18	- 15	- 13
Handeln	2 618 000	+ 3	+ 7	+ 12
Bürotätigkeiten	4 134 000	- 26	- 20	- 21
Forschung und Entwicklung	1 270 000	+ 48	+ 51	+ 60
Organisation, Management	1 442 000	+ 64	+ 75	+ 87
Allgemeine Dienste	3 857 000	- 7	- 1	- 1
Betreuen, Beraten, Lehren	2 977 000	+ 54	+ 61	+ 72
In Ausbildung	1 550 000	- 22	- 18	- 15
<b>ALLE TÄTIGKEITEN</b>	<b>26 597 000</b>	<b>- 0.4</b>	<b>+ 5</b>	<b>+ 9</b>

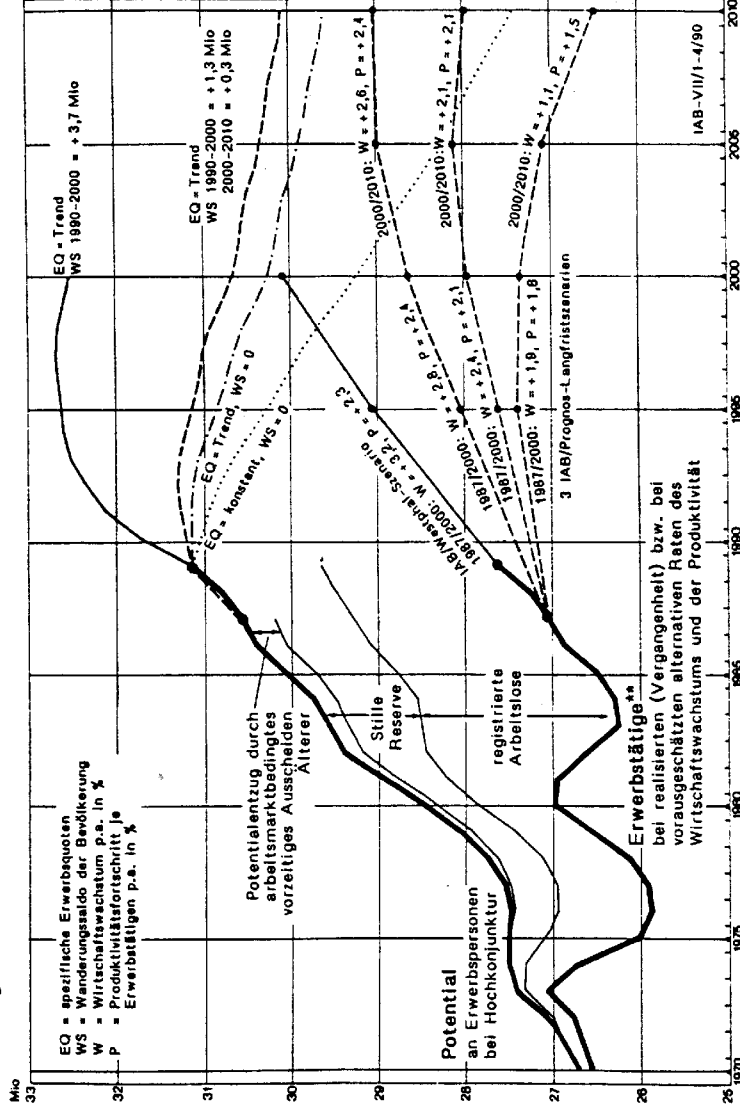
Quelle: Prognos AG 1989.

Abbildung 10: Qualifikationsprognose 1987-2010



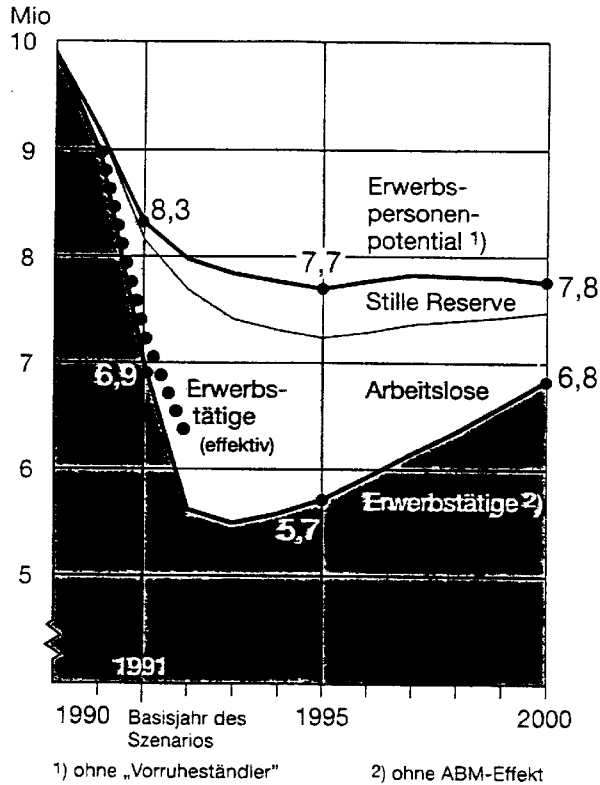
Quelle: Tessaring 1991, S. 54.

Abbildung 11: Arbeitsmarktbilanz West 1970-2010



Quelle: Klauder 1990, S. 32.

Abbildung 12: Arbeitsmarktbilanz Ost 1989–2000



**Wirtschaftswachstum, Produktivitätsfortschritt und Erwerbstätigkeit 1990 – 2000**  
– Veränderungen in % p. a. –

	1991/1995	1995/2000	1991/2000
Bruttoinlandsprodukt	+12,1	+10,2	+11,0
Produktivität je Erwerbstätigen	+17,7	+ 6,3	+11,2
Erwerbstätige	- 4,8	+ 3,7	- 0,2

Quelle: Bogai u.a. 1992, S. 1.

## Frühinvalidität als Folgerisiko chronischer Krankheiten: Zeitliche Entwicklung und Einwirkungsmöglichkeiten<sup>1</sup>

### 1. Einleitung

1. Diejenige Wissenschaft, die sich mit der Verteilung von Krankheiten und ihren Auswirkungen (z. B. Mortalität, Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit) sowie ihren Einflußgrößen und ihrer zeitlichen Entwicklung beschäftigt, ist die **Epidemiologie**. Sie ist besonders geeignet, gesundheits- und sozialpolitischen, sozialmedizinischen und administrativen **Handlungsbedarf** aufzuzeigen.
2. Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sind Folgerisiken von (meist chronischer) Krankheit, angeborenem Leiden oder Schädigungen (z. B. Unfall) und bei der gesetzlichen Rentenversicherung versichert. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit sind - grob gesprochen - eingetreten, wenn ein Versicherter infolge von Disabilities (Einschränkung oder Verlust von Fähigkeiten/Fertigkeiten, körperliche, geistige oder seelische Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen) oder Handicaps (Einschränkung oder Verlust von Fähigkeiten/Fertigkeiten, soziale Rollen aufrechtzuerhalten)<sup>2</sup> nicht mehr in der Lage ist, seinen Lebensunterhalt durch Arbeit in seinem Beruf oder auf dem allgemeinen Arbeitsfeld zu verdienen.

1 Unter Berücksichtigung der wichtigsten Diskussionsbeiträge überarbeitete und erweiterte Fassung des Vortrages im Gesprächskreis "Arbeit und Soziales" der Friedrich-Ebert-Stiftung: "Betriebliche Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand - Sind neue Konzepte für alternde Belegschaften erforderlich?", am 15./16. Oktober 1992 in Gera.

2 Vgl. WHO: Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Genf 1989, sowie Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Abschlußberichte - Band VI, Arbeitsbereich "Wissenschaft und Lehre" der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt 1991 (rentenversicherungsintern veröffentlicht).



3. Das Instrument, mit dem die Rentenversicherung den Risiken der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit vorzubeugen, oder, falls sie bereits eingetreten sind, zu beheben versucht, ist die Rehabilitation (§§ 9,10 Sozialgesetzbuch/SGB VI). Nach dem Grundsatz "Rehabilitation vor Rente" (§§ 9, 116 SGB VI) kommt es nur dann zu einer Rentenleistung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, wenn alle rehabilitativen Möglichkeiten erschöpft sind. Insoweit ist eine Berentung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit die "ultima ratio" der Rehabilitation.<sup>3</sup> Vor dem Hintergrund der Heraufsetzung der Altersgrenze für die Altersrente, welche im SGB VI vorgesehen ist, kommt der Rehabilitation zukünftig eine erhöhte Bedeutung zu.
4. Aus epidemiologischer Sicht sollte ein Beschreibungsmodell, welches das Rehabilitationsgeschehen, das Berentungsgeschehen wegen Berufsunfähigkeit (BU) und Erwerbsunfähigkeit (EU) und die Zusammenhänge beider Bereiche zum Gegenstand hat, diese Sachverhalte **transparent** machen, zeigen, in welchem Umfang das allgemeine **Rehabilitationsziel** (Vermeidung von BU/EU) erreicht ist und einen möglichen **Handlungsbedarf** lokalisieren. Um diese Fragen zu beantworten, sind folgende **inhaltliche Anforderungen** an das Modell zu stellen:
  - a. Es ist zu berücksichtigen, daß Krankheit und ihre Auswirkungen altersspezifische Risikoprozesse sind.
  - b. Die Wirksamkeit der Rehabilitation im Sinn der Sicherung der Eingliederung im Erwerbsleben bzw. der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben kann nur erwerbslebensbezogen nach erstmaligem Zugang in die rehabilitative Versorgung durch die Rentenversicherung (RV) beurteilt werden. Sie ist also ebenfalls prozessual zu modellieren.
  - c. Die Steuerungs-, Ziel- und Strukturparameter des Beschreibungsmodells sind als Indikatoren für einen möglichen Hand-

lungsbedarf zu formulieren. Daher sollten sie in einem Zusammenhang miteinander stehen.

Die auf das gesamte Erwerbsleben bezogene Verlaufsbetrachtung gestattet es, für das BU-/EU-Berentungsgeschehen das Konzept des durch dieses Geschehen verursachten Verlustes an Erwerbsjahren anzuwenden. Dieser Verlust wird in Personenjahren gemessen. Im Gegensatz zu den BU-/EU-Rentenzugängen, gemessen in Personenzahlen, bietet der Gesamtverlust an Erwerbsjahren eine sachgerechtere Möglichkeit des Vergleichs der Wichtigkeit der verschiedenen Krankheitsgruppen (genauer: der Auswirkungen der Krankheitsgruppen) als Ursachen einer BU-/EU-Berentung; denn eine Krankheit ist nicht nur dann von besonderer Wichtigkeit, wenn ihretwegen eine große Anzahl von BU-/EU-Berentungen erfolgt, sondern auch dann, wenn wegen dieser Krankheit das BU-/EU-Berentungsgeschehen im Durchschnitt in sehr jungen Altersjahren erfolgt. Auf das Erstrehabilitationsgeschehen kann dieses Konzept analog angewandt werden. Es wird dann von der Gesamtzahl der durch Krankheit/Behinderung belasteten Erwerbsjahre gesprochen. In diesem Sinn ist in beiden Fällen der Term "Bedeutung der Krankheitsgruppen" zu verstehen.

## 2. Anwendungen und Folgerungen

Die im folgenden gegebenen Schlußfolgerungen zu den Daten können nur schlaglichtartig auf Probleme und Lösungsansätze hinweisen. Sie sind insbesondere als Diskussionsbeiträge gedacht. Die Schlußfolgerungen bedürfen darüber hinaus in der Regel noch weiterer Spezifizierungen auf der Grundlage von weiterführenden Untersuchungen, z.B. Aktenanalysen, um zu konkreten und praktisch umsetzbaren Programmen zu gelangen. Derartige Analysen wurden bereits von der Knappschaftlichen Rentenversicherung durchgeführt.

<sup>3</sup> Folgt man dieser Betrachtung, dann wäre es konsequent, rechtlich die Möglichkeit abzuschaffen, daß ein Versicherter einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit stellen kann. Im Zusammenhang mit erheblich gefährdeter oder geminderter Erwerbsfähigkeit gäbe es dann nur noch den Antrag auf Rehabilitation. Der Rentenversicherungsträger hätte dann zu prüfen, ob eine Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist oder mangels rehabilitativer Möglichkeiten bzw. nicht hinreichender Erfolgsprognose der Rehabilitation eine Rente zu gewähren ist.

## 2.1 Über die quantitative Bedeutung des BU-/EU-Problems

Die quantitative Bedeutung des BU-/EU-Berentungsproblems kann holzschnittartig wie folgt verdeutlicht werden (siehe hierzu Abbildungen 1.1 und 1.2\*):

1. Das Risiko, daß ein junger Pflichtversicherter der RV vor Vollendung des 60. Lebensjahres infolge Krankheit/Behinderung BU-/EU-berentet wird, liegt je nach Geschlecht und Versicherungszweig zwischen rund 32 Prozent (Männer der Arbeiterrentenversicherung/ArV) und 15 Prozent (Männer der Angestelltenversicherung/AnV), wenn man die Risikosituation des Durchschnitts der Jahre 1986 bis 1988 betrachtet.<sup>4</sup> Die Frauen nehmen eine mittlere Position ein.
2. Wendet man diese Risikosituation auf den tatsächlichen Umfang und Altersaufbau der pflichtversicherten Bevölkerung des Jahres 1989 an, dann werden aus diesem Bestand vor Vollendung des 60. Lebensjahres rund 5 Millionen Pflichtversicherte BU-/EU-berentet werden. Das entspricht einem Gesamtverlust an Erwerbsjahren von knapp 28 Millionen Personenzahlen, allein bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres. Diese Zahl ist kaum vorstellbar. Daher soll zu einer Analogie gegriffen werden: Würden sich ausnahmslos alle der hier angesprochenen Pflichtversicherten der RV für mehr als 14 Monate von ihren Arbeitgebern beurlauben lassen, dann würde dies zu dem gleichen Verlust an Erwerbsjahren führen.
3. Die finanziellen Auswirkungen des Gesamtverlustes an Erwerbsjahren infolge BU-/EU-Berentung von knapp 28 Millionen Personenzahlen bis zum Altershorizont von 60 Jahren sind nur als astronomisch zu bezeichnen. Unterstellt man die jährlichen durchschnittlichen Rentenbeträge für das Jahr 1991,<sup>5</sup> dann führt dieser Verlust zu Aufwendungen in Höhe von rund 410 Milliarden DM

\* Die im Text erwähnten Abbildungen finden sich im Anhang zu diesem Beitrag.

4 Dies sind die zur Zeit neuesten verfügbaren Zahlen.

5 Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 1991, Statistiken 67 AR AV Z und 68 Z, Bd. 99, Frankfurt am Main, 1992.

allein bis zum 60. Lebensjahr. Das Problem wird dadurch verschärft, daß das Erwerbsleben nicht mit Vollendung des 60. Lebensjahres beendet wird, sondern nach SGB VI erst mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Wird dieser Sachverhalt berücksichtigt, dann erhöht sich dieser Betrag größenordnungsmäßig um 80 Prozent. Zu berücksichtigen ist ferner, daß das BU-/EU-Berentungsgeschehen nicht mit Vollendung des 60. Lebensjahres endet. Hierdurch wird der Gesamtbetrag noch einmal nicht unwesentlich erhöht.<sup>6</sup> Insgesamt dürften damit die Gesamtaufwendungen für Berufs- und Erwerbsunfähigkeit an der 1-Billion-DM-Grenze liegen.

Die Modellrechnungen zeigen, daß das BU-/EU-Problem für die RV und für die deutsche Volkswirtschaft gravierend ist. Ausgelöst wird das BU-/EU-Problem durch Krankheit und Behinderung. Die Instrumente gegen diese Auslöser sind

1. die Primärprävention, insbesondere der für die RV besonders leistungsrelevanten Krankheiten auf allen Ebenen,
2. die Früherkennung dieser Krankheiten,
3. eine effektive medizinische Versorgung, insbesondere bei chronischen Krankheiten,
4. eine effektive rehabilitative Versorgung,
5. die Bereitstellung von Teilzeitarbeitsplätzen für leistungsgeminderte Versicherte,
6. die konsequente Anwendung und Fortentwicklung der Instrumente zur Sicherung der Eingliederung von chronisch kranken oder behinderten Versicherten im Erwerbsleben bzw. der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und nicht zuletzt
7. die konsequente Anwendung und Fortentwicklung der Instrumente zur Reduzierung jener gesellschaftlichen Bedingungen und Akzeptanzen, die die Entstehung und Entwicklung chronischer Krankheiten mit ihren Folgeauswirkungen, wie Verlust oder Einschränkungen der

6 Von den Beitragsausfällen infolge EU-Berentung wird hier abgesehen. Sie dürften jedoch auch ein erhebliches Volumen haben.

Fähigkeiten/Fertigkeiten zur Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens bzw. Verlust oder Einschränkungen der Fähigkeiten/Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung der eigenen Rolle in Arbeit, Familie und Gesellschaft fördern.

Diese Instrumente dürften nunmehr in einem neuen Licht erscheinen.

Ein Instrument allerdings ist wenig geeignet, das BU-/EU-Problem lösen zu helfen: Die Einschränkung der versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen für eine BU-/EU-Rente, welche im Haushaltsbegleitgesetz 1984 eingeführt wurde.<sup>7</sup> Das BU-/EU-Problem ist im Kern ein sozialmedizinisches Problem, welches auch sozialmedizinisch gelöst werden muß. Die Ursachen für dieses Problem: Krankheit und ihre Auswirkungen, müssen interdisziplinär vernetzt, insbesondere in Medizin, Psychologie, Pädagogik, Public Health, angegangen werden.

## 2.2 Das BU-/EU-Berentungsniveau im Zeitverlauf

### Befund zu Abbildung 2

Das BU-/EU-Berentungsniveau ist bei den Männern der ArV am höchsten und bei den Männern der AnV am niedrigsten. Die Frauen nehmen eine mittlere Position ein. Nach einem Maximum 1983 sank es bis 1985 und hat seitdem wieder steigende Tendenz. Ohne Berücksichtigung der Frauen der AnV beträgt das Risiko der mangelnden Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt weniger als 10 Prozent des BU-/EU-Berentungsniveaus. Bei den Frauen der AnV ist dieses Risiko etwas erhöht. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, daß das Durchschlagen einer aus rein medizinischen Gründen zu gewährenden BU-Rente in eine EU-Rente aufgrund der konkreten Betrachtungsweise aus epidemiologischen Gründen zu einer Berentung aus rein medizinischen Gründen gerechnet wird. Diese Betrachtung kann daher nicht auf finanzielle Untersuchungen zur konkreten Betrachtungsweise herangezogen werden.

<sup>7</sup> Diese Einschränkung folgte allerdings einer Sachlogik, die darin besteht, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in einen engeren Zusammenhang mit konkreter Erwerbstätigkeit zu stellen.

### Folgerungen

Die Einschränkungen in den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine BU-/EU-Rente durch das Haushaltsbegleitgesetz 1984 hat sich auch bei den Pflichtversicherten risikomindernd ausgewirkt. Der "Vorzieheffekt" (1983) ist nur schwach ausgeprägt. Da nicht anzunehmen ist, daß sich die Risiken der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit in dem betrachteten Zeitraum verringert haben, dürften, jedenfalls zum Teil, andere Bereiche des sozialen Netzes für die Folgen dieser Risiken aufgekommen sein. Das steigende BU-/EU-Berentungsniveau zeigt, daß es zweckmäßiger ist, das BU-/EU-Problem medizinisch-präventiv und rehabilitativ anzugehen und nicht durch Einschränkung des anspruchsberechtigten Personenkreises.

Von den drei in der Literatur bekannten Hypothesen zur Erklärung des BU-/EU-Berentungsgeschehens, der Verschleißhypothese, der Labour-Force-Hypothese und der Wohlstandshypothese, kommt aus epidemiologischer Sicht der Verschleißhypothese mit Abstand die größte Bedeutung zu.

## 2.3 Altersspezifische BU-/EU-Zugangszahlen und Arbeitsmarktlage

### Befund zu Abbildung 3

Das BU-/EU-Berentungsrisiko steigt mit dem Alter steil an. Das Risiko der mangelnden Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt nimmt trendmäßig mit dem Alter zu, bei den Frauen stärker als bei den Männern. Ab dem Alter von 58 Jahren nimmt das BU-/EU-Berentungsrisiko bei den Frauen absolut und bei den Männern relativ ab.

### Folgerungen

Die absolute Abnahme der BU-/EU-Rentenzugangszahlen bei den Frauen bzw. deren relative Abnahme bei den Männern ab dem Alter von 58 Jahren ist epidemiologisch nicht zu begründen, da von einem mit

dem Alter wachsenden Risiko von BU bzw. EU ausgegangen werden muß. Vermutlich dürften hierfür strategische Überlegungen der Pflichtversicherten mit Krankheitsfolgenproblemen im Vordergrund stehen: z.B. Krankengeld oder Arbeitslosengeld als Rentensurrogate. Aufgrund der Kürze der verbleibenden Zeit bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres dürfte bei den Frauen auch der Gesichtspunkt eine Rolle spielen, lieber die Frauenaltersrente als eine BU-/EU-Rente in Anspruch zu nehmen.

Auch in altersspezifischer Betrachtungsweise spielen die rein medizinischen Gründe für eine BU-/EU-Berentung die dominierende Rolle.

## 2.4 Rangfolge der Ursachen der BU-/EU-Berentung (Krankheitsgruppen)

### Befund zu den Abbildungen 4, 4.1 und 4.2

Das BU-/EU-Berentungsgeschehen wird bei den Männern und Frauen der ArV und der AnV gleichermaßen, wenn auch in wechselnder Rangfolge, von den folgenden Krankheitsgruppen bzw. ihren Auswirkungen beherrscht:

1. Krankheiten des Kreislaufsystems,
2. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes,
3. Psychiatrische Krankheiten, einschließlich Suchtkrankheiten,
4. Neubildungen und
5. Krankheiten der Nerven und der Sinnesorgane.

Die psychiatrischen Krankheiten stehen an zweiter Stelle mit Ausnahme der Männer der ArV (3. Stelle). Die große Bedeutung der psychiatrischen Krankheiten ist darauf zurückzuführen, daß diese Krankheiten im Durchschnitt sehr früh auftreten (vgl. hierzu auch **Abbildungen 10 und 11**).

## Folgerungen

Ein Großteil der das BU-/EU-Berentungsgeschehen bestimmenden Krankheiten sind "Zivilisationskrankheiten" bzw. Verschleißkrankheiten. Ihre Entstehung ist häufig verhaltensabhängig. Für viele der Krankheiten sind die entscheidenden Risikofaktoren bekannt. Das BU-/EU-Risiko kann daher insbesondere durch Primär- und Sekundärprävention dieser Krankheiten gesenkt werden. Die Renten- und Krankenversicherung sollten Programme für die Primär- und Sekundärprävention der besonders invalidisierungsrelevanten Krankheiten entwickeln und einsetzen. Denkbar sind hier z.B. Fernsehkampagnen nach dem Muster der Verkehrserziehung ("Der 7. Sinn") oder der Kampagne gegen die Kinderlähmung, welche äußerst erfolgreich war. Primär- und Sekundärprävention könnte auch in Betrieben durchgeführt werden (z.B. betriebliche Gesundheitsförderung).<sup>8</sup> Darüber hinaus könnten die arbeitsmedizinischen Dienste zur Lösung dieser Aufgabe einbezogen werden.

Soll Primärprävention gegen die großen Volkskrankheiten und die Suchtkrankheiten erfolgreich sein, so muß sie bereits im Kindesalter und somit in der Schule einsetzen. Die wichtigsten Kenntnisse über diese Krankheiten und ihre Folgen, ihre Entstehungszusammenhänge und ihre Abhängigkeiten von sozialen Rahmenbedingungen (Beispiel: Alkohol als gesellschaftlich akzeptierte Droge) gehören zur allgemeinen Gesundheitsbildung ebenso wie die Kenntnisse über die entsprechenden Vermeidungsstrategien. In der Ausbildungszeit eines Auszubildenden kann dann die Gesundheitsbildung und die Prävention tätigkeitspezifisch fortgesetzt werden.

Gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 1977/81<sup>9</sup> hat sich der Gesamtverlust an Erwerbsjahren bis zum Altershorizont von 60 Jahren jedoch zum Teil deutlich verringert (je nach Geschlecht und Versi-

<sup>8</sup> Siehe z.B. Eberle, G.: Betriebliche Gesundheitsförderung - ein neues Aktivitätsfeld für die AOK, in: R. Müller, M.F. Schuntermann (Hrsg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag - zum Gedenken an Alfred Schmidt, Köln 1992, S. 174-191.

<sup>9</sup> Vgl. Schuntermann, M.F.: Der Einfluß ausgewählter Krankheiten/Behinderungen auf die Berentlichkeit wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Deutsche Rentenversicherung 7/1987, S. 462-496, hier 477 und Anhang 3.

cherungszweig zwischen 17.3 Prozent und 2.2 Prozent). Zurückzuführen ist dies auf eine Verringerung des BU-/EU-Berentungsniveaus und bei den Männern der ArV auch auf eine Erhöhung des durchschnittlichen BU-/EU-Rentenzugangsalters. Darüber hinaus ist zu vermuten, daß sich in der Zwischenzeit die Erwerbsprognose bei Rehabilitanden und der rehabilitative Versorgungsgrad (Beispiel: Anschlußheilbehandlungen) verbessert haben. Daten liegen hierzu leider jedoch nicht vor. Ein Teil der Verringerung des BU-/EU-Berentungsniveaus dürfte jedoch auch auf eine technische Reaktion auf die Einschränkung der versicherungsrechtlichen Zugangsvoraussetzungen für eine BU-/EU-Rente des Haushaltsbegleitgesetzes 1984 auch bei Pflichtversicherten in der Definition der Epidemiologischen Tafeln zurückzuführen sein.

Gegenüber 1977/1981 hat es keine Veränderung bei den fünf führenden Krankheitsgruppen nach dem Konzept der verlorenen Erwerbsjahre gegeben, jedoch hat sich die Rangfolge der Krankheitsgruppen mit Ausnahme der Gruppe der Männer der AnV geändert. Besonders hervorzuheben ist, daß bei den Frauen die Krankheiten des Kreislaufsystems von dem ersten (ArV) bzw. zweiten (AnV) auf den vierten Rang zurückgefallen sind. Dies dürfte sicherlich auch auf das Konzept der Anschlußheilbehandlungen zurückzuführen sein.<sup>10</sup>

### **Befund zu den Abbildungen 5.1 und 5.2**

Beim BU-/EU-Berentungsgeschehen mit negativer Reha-Anamnese stehen dieselben Krankheitsgruppen wie beim BU-/EU-Berentungsgeschehen insgesamt im Vordergrund, wobei die psychiatrischen Krankheiten nunmehr den ersten Rang einnehmen.

### **Folgerungen**

An Versicherten, die mit negativer Reha-Anamnese BU-/EU-berentet werden, konnte das Rehabilitationswesen der RV seine Effektivität erst gar nicht unter Beweis stellen. Gründe für eine BU-/EU-Berentung mit negativer Reha-Anamnese sind:

<sup>10</sup> Vgl. ebenda, S. 480f., Abbildungen 7a bis 7d.

1. Rehabilitationsbedürftigkeit wurde nicht erkannt (Lösungsvorschlag: Verbesserung der Früherkennung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Verbesserung der Rehabilitationsdiagnostik),
2. Aus einer erkannten Rehabilitationsbedürftigkeit wurden nicht die notwendigen Konsequenzen gezogen (Lösungsvorschlag: Verbesserung der Information, Verbesserung der Akzeptanz der rehabilitativen Versorgung durch die Rentenversicherung (RV) bei den niedergelassenen Ärzten),
3. Es fehlen Rehabilitationskonzepte für auch schwerwiegende Krankheitsauswirkungen oder für komplexe Auswirkungen bei Vorliegen von Mehrfacherkrankungen (Lösungsvorschlag: Verbesserung der Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitationstherapie),
4. Verwaltungsentscheidungen, insbesondere bei älteren Pflichtversicherten, bei denen die Gefahr besteht, in absehbarer Zeit einen Antrag auf BU-/EU-Rente zu stellen (Lösungsvorschlag: Die Erfolgsprognose der Rehabilitation darf nicht von außermedizinischen Sachverhalten abhängen. Der Grundsatz "Reha vor Rente" sollte konsequent beachtet werden. Da eine BU-/EU-Berentung immer nur die "ultima ratio" der Rehabilitation darstellt, könnte daran gedacht werden, dem Versicherten nur die Möglichkeit zu geben, einen Reha-Antrag zu stellen, nicht jedoch einen Antrag auf BU-/EU-Rente).

### **2.5 Partielle Elimination ausgewählter Krankheitsgruppen**

Eine wichtige Grundlage für sozial- und gesundheitspolitisches sowie sozialmedizinisches Handeln ist auch der zu erwartende Rückgang des durch das BU-/EU-Berentungsgeschehen verursachten Gesamtverlustes an Erwerbsjahren, wenn es gelänge, durch Prävention das Aufkommen bestimmter Krankheiten einzudämmen.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Ein Vorschlag zur Behandlung dieser Frage wurde gemacht in Schuntermann, M.F.: Der Einfluß ..., a.a.O., Kap. 5.

## Befund zu den Abbildungen 6, 6.1 und 6.2

**Abbildung 6** zeigt, um wieviel Prozent der Gesamtverlust an Erwerbsjahren (alle Krankheitsgruppen) zurückgeht, wenn z.B. die Krankheiten des Kreislaufsystems vollständig eliminiert würden. In diesem hypothetischen Fall würde bei den Männern der ArV der Gesamtverlust an Erwerbsjahren um 23 Prozent zurückgehen. Aufgrund des verwendeten Verfahrens sinkt der Verlust an Erwerbsjahren proportional mit dem Prozentsatz der Eliminierung der Krankheitsgruppe. Werden also die Krankheiten des Kreislaufsystems um 10 Prozent eliminiert, dann sinkt der Gesamtverlust um 2.3 Prozent.

Dieses Konzept läßt ebenfalls die Bildung einer Rangfolge zu. Bei den Frauen ist die Rangfolge in beiden Versicherungszweigen gleich: Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, gefolgt von den psychiatrischen Krankheiten, den Neubildungen und den Krankheiten des Kreislaufsystems. Bei den Männern belegen die Krankheiten des Kreislaufsystems den ersten Rang (mit Abstand bei der AnV).

Während bei den Männern der ArV die Krankheiten des Skeletts der Muskeln und des Bindegewebes auf dem zweiten Rang liegen, teilt sich bei den Männer der AnV diesen Rang dieselbe Krankheitsgruppe mit den psychiatrischen Krankheiten. Bei den Männern der ArV hingegen liegen die psychiatrischen Krankheiten gleichauf mit den Neubildungen.

Die **Abbildungen 6.1 und 6.2** zeigen, um wieviel Personenjahre der Gesamtverlust an Erwerbsjahren infolge BU-/EU-Berentung (alle Krankheitsgruppen) zurückgeht, wenn das Aufkommen einer einzelnen Krankheitsgruppe um einen bestimmten Prozentsatz reduziert wird. So geht z.B., bezogen auf die Männer der ArV, der Gesamtverlust an Erwerbsjahren, der in einer Gesamtheit von 100.000 15jährigen Pflichtversicherten durch BU-/EU-Berentung bis zum Altershorizont von 60 Jahren entsteht (Risikosituation 1986/88), je Prozent Minderung des Aufkommens der Krankheiten des Kreislaufsystems um knapp 481 Personenjahre zurück. Bei dieser Betrachtung ändert sich die Rangfolge der Krankheitsgruppen gegenüber der in Abbildung 6 gegebenen nicht.

## Folgerungen

Obwohl sich das Konzept der partiellen Eliminierung von Krankheitsgruppen aus dem BU-/EU-Berentungsgeschehen von dem Konzept des durch die Krankheitsgruppen verursachten Verlustes an Erwerbsjahren unterscheidet (vgl. Kap. 2.4, Abbildungen 4.1 und 4.2), kommen beide Konzepte bezüglich der Rangfolge der Krankheitsgruppen zum gleichen Ergebnis.

Die Ergebnisse machen deutlich, daß bei den Männern im Grundsatz der Herz-Kreislauf-Prävention die erste Priorität eingeräumt werden sollte und bei den Frauen der Prävention der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Insbesondere bei den Frauen sollte jedoch auch die Prävention der psychiatrischen Krankheiten eine hohe Priorität haben.

Wie die Ergebnisse jedoch leider auch zeigen, können von der Prävention keine Wunder erwartet werden, da die Effekte der Prävention vergleichsweise gering sind. So steht bei den Männern der AnV eine Eliminierung der Krankheiten des Kreislaufsystems um 10 Prozent eine Verringerung des Gesamtverlustes an Erwerbsjahren von nur etwa 2.5 Prozent gegenüber. Dies läßt erkennen, daß eine deutliche Reduzierung des Gesamtverlustes an Erwerbsjahren infolge BU-/EU-Berentung nur im Verbund von Primärprävention, Früherkennung, medizinischer und rehabilitativer Versorgung erreicht werden kann.

## 2.6 Krankheitsspezifischer rehabilitativer Versorgungsgrad

### Befund zu den Abbildungen 7.1 und 7.2

Der durchschnittliche rehabilitative Versorgungsgrad schwankt je nach Geschlecht und Versicherungszweig zwischen 87 und 91 Prozent. Kommt also ein Pflichtversicherter erstmals zu seinem RV-Träger infolge einer für die RV leistungsrelevanten Krankheit, dann gelangt er mit einer durchschnittlichen Wahrscheinlichkeit zwischen 87 und 91 Prozent in die rehabilitative Versorgung (bzw. wird mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 13 und 9 Prozent sofort mit negativer Reha-Anamnese berentet). Krankheitsspezifisch gibt es jedoch erhebliche

Unterschiede: Bei neurologischen Krankheiten (Krankheiten der Nerven und der Sinnesorgane) und bei den Neubildungen ist der rehabilitative Versorgungsgrad im Vergleich zum Durchschnitt sehr niedrig. Die Krankheiten des Kreislaufsystems, denen die RV besondere Beachtung schenkt, weisen als Krankheiten bei Erstrehabilitation einen nur durchschnittlichen bis unterdurchschnittlichen rehabilitativen Versorgungsgrad auf.

### Folgerungen

Die Möglichkeiten für die onkologische und neurologische Rehabilitation sollten erheblich verbessert werden. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems ist zu beachten, daß zum einen dieses Krankheitsbild erst in höheren Altersjahren massiv auftritt und daß zum anderen der rehabilitative Versorgungsgrad mit zunehmendem Alter in das Reha-Potential deutlich abnimmt. Partialisiert man den allgemeinen Alterstrend des rehabilitativen Versorgungsgrades aus dem für die Krankheiten des Kreislaufsystems heraus, dann zeigt sich ein erheblich günstigeres Bild.<sup>12</sup> Dieses Ergebnis zeigt jedoch, daß die außermedizinischen Gesichtspunkte bei der sozialmedizinischen Begutachtung der Krankheiten des Kreislaufsystems besonders wirksam sind.

## 6.7 Altersspezifischer rehabilitativer Versorgungsgrad

### Befund zu Abbildung 8

Der rehabilitative Versorgungsgrad ist zunächst konstant, verläuft längs der 95-Prozentlinie und nimmt dann monoton mit zunehmendem Zugangsalter in das Reha-Potential ab. Bei den Männern der ArV wird die 90-Prozentlinie in einem Zugangsalter in das Reha-Potential von 48 Jahren, bei den übrigen Pflichtversichertengruppen in einem Alter von 53 Jahren geschnitten. Bei einem Zugangsalter von 59 Jahren beträgt der rehabilitative Versorgungsgrad bei den Männern der ArV noch 57 Pro-

<sup>12</sup> Vgl. Schuntermann, M.F.: Feststellung von Handlungsbedarf in der Rentenversicherung. Kompaß, Zeitschrift für Sozialversicherung im Bergbau, Jg. 102 (1992), S. 342-351.

zent und bei den übrigen Pflichtversichertengruppen noch zwischen 70 und 73 Prozent.

### Folgerungen

Zur Bewertung des Verlaufs des rehabilitativen Versorgungsgrades nach dem Zugangsalter in das Reha-Potential kann von einem Ideal des Rehabilitationswesens ausgegangen werden. In diesem wäre der altersspezifische rehabilitative Versorgungsgrad hoch und unabhängig von dem Alter bei Zugang in das Reha-Potential. Im vorliegenden Fall sinkt jedoch die Wahrscheinlichkeit für den Zugang in die rehabilitative Versorgung zugunsten des Risikos, mit negativer Reha-Anamnese berentet zu werden, mit dem Zugangsalter in das Reha-Potential. Dies ist gleichbedeutend damit, daß das Verhältnis von günstiger zu ungünstiger Erfolgsprognose der Rehabilitation mit zunehmendem Zugangsalter in das Reha-Potential sinkt. Gründe hierfür können sein:

1. Mit zunehmendem Alter wird Rehabilitationsbedürftigkeit zunehmend nicht erkannt,
2. Mit zunehmendem Alter wird eine erkannte Rehabilitationsbedürftigkeit zunehmend verschleppt,
3. Für schwerwiegendere Auswirkungen von Krankheiten oder für Auswirkungen von Mehrfacherkrankungen, die insbesondere in höheren Altersjahren auftreten können, liegen angemessene Rehabilitationskonzepte nicht vor.
4. Einfluß außermedizinischer Gesichtspunkte bei der Einschätzung der Erfolgsprognose der Rehabilitation.

Diese Gründe präzisieren die in den Folgerungen zu den Abbildungen 5.1 und 5.2 gegebenen. Dort wurden auch Lösungsvorschläge gemacht. Das Problem des mit dem Zugangsalter in das Reha-Potential abnehmenden rehabilitativen Versorgungsgrades sollte mit hoher Priorität gelöst werden, da mit dem SGB VI die Lebensarbeitszeit heraufgesetzt wurde.

## 2.8 Rangfolge der Krankheitsgruppen zu Beginn der Rehabilitationskarriere

### Befund zu den Abbildungen 9.1 und 9.2

Bei allen betrachteten Pflichtversichertengruppen nehmen nach dem Personenjahrekonzept zu Beginn der Rehabilitationskarriere die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (im wesentlichen Verschleißkrankheiten) mit Abstand den ersten Rang ein, gefolgt von den psychiatrischen Krankheiten (einschließlich Suchtkrankheiten) und den Krankheiten des Kreislaufsystems.

### Folgerungen

Die beiden wichtigsten Krankheitsgruppen bei Beginn der Rehabilitationskarriere, die gleichzeitig auch die wichtigsten beim Zugang in das Reha-Potential sind (vgl. Abbildung 11), weisen auch überdurchschnittlich hohe rehabilitative Versorgungsgrade auf (vgl. Abbildungen 7.1 und 7.2). Bei den psychiatrischen Krankheiten liegt jedoch insofern eine Besonderheit vor, daß sie gleichzeitig beim BU-/EU-Berentungsgeschehen mit negativer Reha-Anamnese den ersten Rang nach dem Personenjahrekonzept einnehmen. Hier sind weitere Untersuchungen auf der Grundlage der konkreten Krankheitsbilder mit ihren Auswirkungen angezeigt mit dem Ziel, geeignete Rehabilitationskonzepte zu entwickeln. Auf die Problematik der Krankheiten des Kreislaufsystems, die mit Abstand das höchste durchschnittliche Zugangsalter in das Reha-Potential aufweisen, wurde bereits eingegangen. Gerade bei dieser Krankheitsgruppe sollten Verbesserungen in der Einschätzung der Erfolgsprognose der Rehabilitation angestrebt werden.

## 2.9 Summarische Ergebnisse des Epidemiologischen Leistungsmodells<sup>13</sup>

In **Tabelle 1** sind die wichtigsten Sachverhalte dargestellt.

1. Zur Erklärung des BU-/EU-Berentungsniveaus. Bei den Männern der ArV ist der rehabilitative Versorgungsgrad RVG mit 86.78 Prozent um 2.97 Prozentpunkte, entsprechend 3.31 Prozent, niedriger als bei den Männern der AnV. Auch wenn die Erwerbsprognose bei Rehabilitanden (EPR) in beiden Gruppen gleich wäre, dann würde bereits aus diesem Grund der Anteil der BU-/EU-Rentner, der insgesamt aus dem Reha-Potential hervorgeht, RRP, bei den Männern der ArV höher sein. Nun ist die Erwerbsprognose bei Rehabilitanden bei den Männern der ArV mit 59.73 Prozent um 16.02 Prozentpunkte, entsprechend 21.1 Prozent, niedriger als bei den Männern der AnV. Dieser zusätzliche negative Effekt bewirkt wegen  $RRP = 1 - RVG * EPR$ , daß der Anteil der BU-/EU-Rentner, der insgesamt aus dem Reha-Potential bei den Männern der ArV hervorgeht, um 16.16 Prozentpunkte, entsprechend 50.5 Prozent höher ist als bei den Männern der AnV.

Nun ist jedoch das BU-/EU-Berentungsniveau bei den Männern der ArV mit 31.705 Prozent (der Ausgangskohorte von 100.000 15jährigen Pflichtversicherten) um 112 Prozent höher als bei den Männern der AnV. Dies ist darauf zurückzuführen, daß der Umfang des Reha-Potentials bei den Männern der ArV mit 65.823 Prozent (der Ausgangskohorte von 100.000 15jährigen Pflichtversicherten)

<sup>13</sup> Die Ursprungsfassung des Referates von Herrn Schuntermann enthielt ein eigenständiges Kapitel mit einer ausführlichen Beschreibung des Epidemiologischen Leistungsmodells. Mit dem Einverständnis des Autors haben wir seinen Beitrag um den methodisch-mathematischen Teil gekürzt. Zur besseren Lesart des folgenden Textes führen wir im folgenden die wichtigsten Definitionen an:

EPR = Erwerbsprognose bei Dehabilitanten;

RP = Umfang des Reha-Potentials;

RRP = Anteil derjenigen am Reha-Potential, die vor Vollendung des 60. Lebensjahres BU-/EU-berentet werden;

RVG = Rehabilitativer Versorgungsgrad.



um 40.9 Prozent höher ist als bei den Männern der ArV (1.505 \* 1.404 = 2.113. Dies entspricht einem Zuwachs um das 1.11fache, entsprechend 111 Prozent. Mit den ungerundeten Zahlen ergibt sich 112 Prozent).

Der Einfluß der das BU-/EU-Berentungsniveau bestimmenden Parameter auf das BU-/EU-Berentungsniveau im Vergleich der Männer der ArV mit den Männern der AnV kann auch dadurch bestimmt werden, daß zur Berechnung des BU-/EU-Berentungsniveaus bei den Männern der ArV nacheinander die Werte der Parameter für die Männer der AnV eingesetzt werden und dann gefragt wird, um wieviel Prozent sich das BU-/EU-Berentungsniveau bei den Männern der ArV ändern würde. Für den Umfang des Reha-Potentials ergibt sich dann eine Reduzierung des BU-/EU-Berentungsniveaus um 29 Prozent, für die Erwerbsprognose bei Rehabilitanden ebenfalls 29 Prozent und für den rehabilitativen Versorgungsgrad knapp 4 Prozent. Der Unterschied in den BU-/EU-Berentungsniveaus in beiden Gruppen wird also entscheidend und gleichwertig erklärt durch den größeren Umfang des Reha-Potentials und die niedrigere Erwerbsprognose bei Rehabilitanden sowie geringfügig durch den etwas niedrigeren rehabilitativen Versorgungsgrad bei den Männern der ArV. Dieses Ergebnis unterstreicht nachdrücklich die Notwendigkeit für eine Verbesserung der Maßnahmen zur Primärprävention und zur Früherkennung sowie der Effektivität der rehabilitativen Versorgung bei den wichtigsten für die RV leistungsrelevanten Krankheiten, insbesondere bei den Männern der ArV.

Bei den Frauen läßt sich ein entsprechendes Bild zeichnen. In diesem Fall ist der Umfang des Reha-Potentials die entscheidende Einflußgröße auf das BU-/EU-Berentungsniveau. Allerdings sind die Ergebnisse weniger dramatisch als beim Vergleich unter den Männern.

- Zur Effektivität der rehabilitativen Versorgung durch die RV. Die Erwerbprognose bei Rehabilitanden wurde als ein Effektivitätsmaß der rehabilitativen Versorgung durch die RV eingeführt. Ein zweites Maß ist die Erwerbsdauer derjenigen, die nach Beginn der Rehabilitationskarriere vor Vollendung des 60. Lebensjahres U-/EU-berentet

Tabelle 1: Summarische Ergebnisse des Epidemiologischen Leistungsmodells 1986/88

Parameter	Arbeiterrentenversicherung		Angestelltenversicherung		Differenz (prozentual)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	1	2	3	4	5	6
<b>Reha-Potential</b>						
Anzahl (Umfang)	65 823	71 811	46 704	55 991	+ 19119 (+ 40.9)	+ 9823 (+ 14.9)
<b>Reha-Versorgung</b>						
Anzahl	57 121	65 473	41 917	50 391	+ 15204 (+ 36.3)	+ 15082 (+ 29.9)
Alter (Durchschn.)	44,50	44,12	47,64	45,88	- 3,14	- 1,76
<b>BU-/EU (neg. R.A.)</b>						
Anzahl	8 702	6 337	4 787	5 600	+ 3915 (+ 81.8)	+ 737 (+ 13.2)
Alter (Durchschn.)	52,03	50,51	53,44	52,46	- 1,41	- 1,95
<b>BU-/EU (pos. R.A.)</b>						
Anzahl	23 003	19 875	10 163	12 884	+ 12840 (+ 126)	+ 6991 (+ 13.2)
Alter (Durchschn.)	54,10	53,65	54,68	53,97	- 0,58	- 0,62
<b>BU-/EU-Berentungsniveau</b>						
Anzahl	31 705	26 212	14 950	18 484	+ 16755 (+ 112)	+ 7728 (+ 41.8)
Alter (Durchschn.)	53,53	52,89	54,28	53,51	- 0,75	- 0,62
<b>RVG (%)</b>	86.78	91.17	89.75	90.00	- 2.97 (-3.31)	+ 1.17 (+ 1.28)
<b>EPR (%)</b>	59.73	69.64	75.75	74.43	- 16.02 (-21.1)	- 4.79 (-6.44)
<b>RRP (%)</b> (= 1-RVG*EPR)	48.17	36.50	32.01	33.01	+ 16.16 (+ 50.5)	+ 3.49 (+ 9.56)
<b>Erwerbsdauer</b> zwischen Erst-Reha u. BU-/EU-Berentung (Durchschn. in Jahren)	9,60	9,53	7,04	8,09	+ 2,56	+ 1,44
<b>Gesamterwerbsdauer</b> nach Erst-Reha (Durchschn. in Jahren)	13,12	13,95	11,07	12,58	+ 2,05	+ 1,37

werden. Diese ist bei den Männern (Frauen) der ArV mit 9,60 Jahren (7,04 Jahren) um 2,56 Jahre (1,44 Jahre) höher als bei den Männern (Frauen) der AnV. Bezieht man in die Berechnung diejenigen zusätzlich ein, die nach Beginn der Rehabilitationskarriere nicht BU-/EU-berentet werden, dann gelangt man zur durchschnittlichen Gesamterwerbsdauer nach Erstrehabilitation. Auch diese ist in der ArV höher als in der AnV; die versicherungszweigspezifischen Unterschiede sind jedoch wegen der günstigeren Erwerbsprognose bei Rehabilitanden bei der AnV geringer. Bei der Bewertung dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, daß die Betrachtung mit der Vollendung des 60. Lebensjahres abgeschlossen wird. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß die Ergebnisse zur Erwerbsprognose und zur Erwerbsdauer von den gemachten Modellvoraussetzungen abhängen. Es ist weiterer Forschung vorbehalten zu prüfen, wie sensibel die Ergebnisse auf eine Variation der Modellvoraussetzungen reagieren. Der Autor vermutet allerdings, daß eine auch wesentliche Abweichung von der Proportionalhypothese, die der Berechnung der Erwerbsprognose bei Rehabilitanden zugrunde liegt, nicht zu dramatischen Veränderungen der Ergebnisse führen wird. Für diese Vermutung sprechen die Ergebnisse zur Reha-Verlaufsstatistik.<sup>14</sup>

3. Krankheitsprävention und Rehabilitation sind zwei Instrumente zur Senkung des Gesamtverlustes an Erwerbsjahren infolge BU-/EU-Berentung. Daher müßte im Grundsatz durch Vergleichsrechnungen (Simulationen) festgestellt werden können, welcher Prozentsatz der Eliminierung z.B. der Krankheiten des Kreislaufsystems (Prävention) denselben Effekt auf den Gesamtverlust an Erwerbsjahren hat wie z.B. eine zweiprozentige Verbesserung der Erwerbsprognose bei Rehabilitanden (Rehabilitation). Derartige Äquivalenzrechnungen können bei der Beantwortung von Effizienzfragen behilflich sein.

<sup>14</sup> Vgl. Müller-Fahrnow, W., Löffler, H.E., Schuntermann, M.F., Klosterhuis, H.: Die Rehabilitations-Verlaufsstatistik - Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation. Teil II: Die Sozialmedizinische Prognose. Deutsche Rentenversicherung, Heft 3/1989, S. 170-207.

Im Prinzip sind solche Rechnungen im Rahmen des Epidemiologischen Leistungsmodells durchführbar. Ergebnisse hierzu liegen jedoch noch nicht vor.

4. Nicht nur eine verstärkte Prävention und eine Verbesserung der Erwerbsprognose bei Rehabilitanden führt zu einer Verringerung des BU-/EU-Berentungsniveaus sondern auch eine Erhöhung des rehabilitativen Versorgungsgrades. Freilich darf diese Erhöhung nicht die Wahrscheinlichkeit senken, daß ein Pflichtversicherter bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres ohne jede Leistung durch die RV bleibt. Der Umfang des Reha-Potentials darf sich also unter sonst gleichen Bedingungen nicht ändern. Hierin liegt die praktische Schwierigkeit einer Erhöhung des rehabilitativen Versorgungsgrades.

Wie sich eine Erhöhung des rehabilitativen Versorgungsgrades unter den genannten Bedingungen auswirkt, kann überschlagsmäßig (bei statischer Betrachtungsweise) mit Hilfe der Fundamentalgleichung des Epidemiologischen Leistungsmodells

$$\text{BU-/EU-Berentungsniveau} = \text{RP} (1 - \text{RVG} * \text{EPR})$$

berechnet werden. Wird der rehabilitative Versorgungsgrad RVG um einen Prozentpunkt erhöht, ohne daß sich hierbei die Erwerbsprognose bei Rehabilitanden EPR verändert, dann sinkt das BU-/EU-Berentungsniveau um einen Betrag, der  $\text{RP} * \text{EPR} / 100$  entspricht. Für die Männer der ArV würde eine Erhöhung des rehabilitativen Versorgungsgrades um einen Prozentpunkt das BU-/EU-Berentungsniveau von 31.705 Personen um 393 auf 31.311 Personen verringern, also um knapp 0.4 Prozentpunkte.

5. Ein abschreckendes Beispiel zum Abschluß. Wie erwähnt, wurde früher die Frage, ob und in welchem Umfang die RV ihre rehabilitationsbedürftigen Versicherten mit ihrer rehabilitativen Versorgung erreicht, mit dem Anteil der BU-/EU-Rentner mit negativer Reha-Anamnese am BU-/EU-Berentungsniveau beantwortet.<sup>15</sup> Je höher dieser Anteil war, desto stärker wurde bezweifelt, daß die RV ihren

<sup>15</sup> Tatsächlich wurden die Zahlen aus der Statistik Rentenzugang des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger verwendet.

gesetzlichen Rehabilitationsauftrag angemessen erfüllt. Es entbehrt nicht einer gewissen Tragik-Komik, daß die RV in ihren Bemühungen, die Effektivität ihrer rehabilitativen Versorgung zu steigern (Beispiel: Anschlußheilbehandlung), gerade hierdurch den besagten Anteil in die Höhe trieb, wodurch sie noch mehr in Argumentationszwänge geriet. Die Tatsache, daß eine höhere Erwerbsprognose bei Rehabilitanden bei etwa gleichem rehabilitativen Versorgungsgrad den Anteil der BU-/EU-Rentner mit negativer Reha-Anamnese am BU-/EU-Berentungsniveau ansteigen läßt, kann am Beispiel der Frauen leicht nachvollzogen werden. Bei den Frauen der ArV beträgt der besagte Anteil 24.2 Prozent, bei den Frauen der AnV jedoch 30.3 Prozent. Nach früherer Lesart wäre die AnV sehr viel stärker unter Argumentationsdruck als die ArV. Tatsächlich ist der Unterschied nicht darauf zurückzuführen, daß die AnV ihrer rehabilitationsbedürftigen Versicherten nicht angemessen erreicht (was das Erstrehabilitationsgeschehen betrifft, sind die rehabilitativen Versorgungsgrade bei der ArV und der AnV praktisch gleich), sondern darauf, daß die Erwerbsprognose bei Rehabilitanden bei den Frauen der AnV höher ist. (Wäre die Erwerbsprognose bei Rehabilitanden 100 Prozent, dann gäbe es, wenn überhaupt, nur BU-/EU-Rentner mit negativer Reha-Anamnese).

Dieses Beispiel ist zugleich auch eine Warnung. Betrachtungen, die auf den ersten Blick höchst plausibel erscheinen, können sich als höchst problematisch und als kontraproduktiv für Problemlösungen erweisen. Zweckmäßiger ist es daher, für Problemlösungen Modelle zu entwickeln, aus denen beweisbare Folgerungen gezogen werden. Da die Modellvoraussetzungen explizit angegeben werden müssen, wird auch die Diskussion um das Modell vereinfacht.

## Literatur

Eberle, G.: Betriebliche Gesundheitsförderung - ein neues Aktivitätsfeld für die AOK.  
 In: R. Müller, M.F. Schuntermann (Hrsg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag - zum Gedenken an Alfred Schmidt. Köln 1992, 174-191.

## Anhang

Abbildung 1.1: Pflichtversichertenbestand 1989 und Zahl der vor Vollendung des 60. Lebensjahres BU-/EU-Rentenzugänge (Risikostruktur 1986/88)

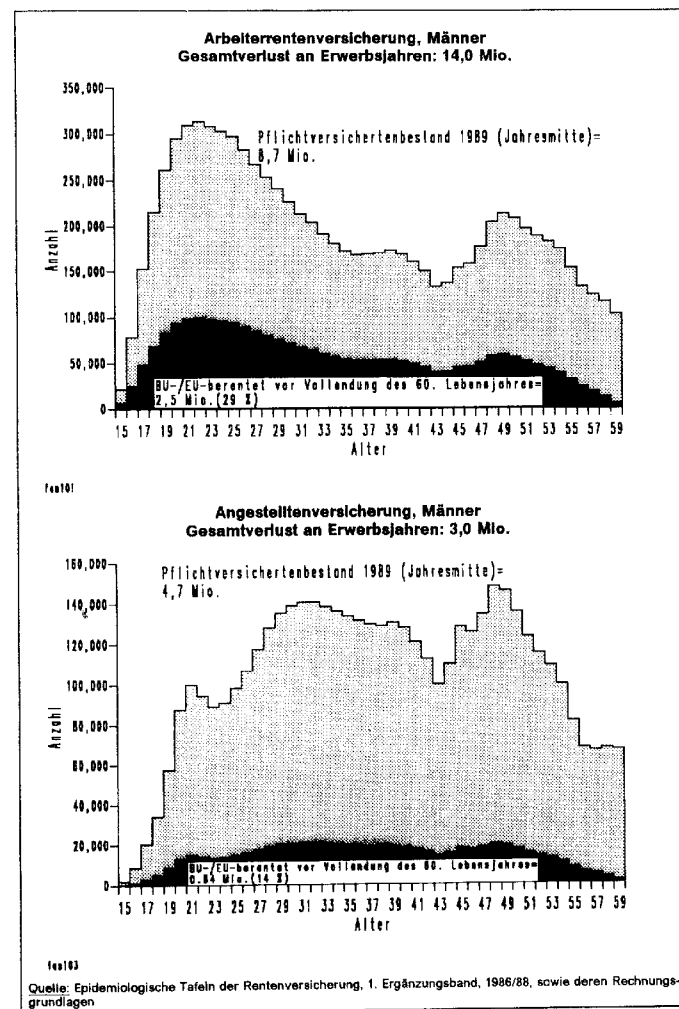


Abbildung 1.2: Pflichtversichertenbestand 1989 und Zahl der vor Vollendung des 60. Lebensjahres BU-/EU-Rentenzugänge (Risikostruktur 1986/88)

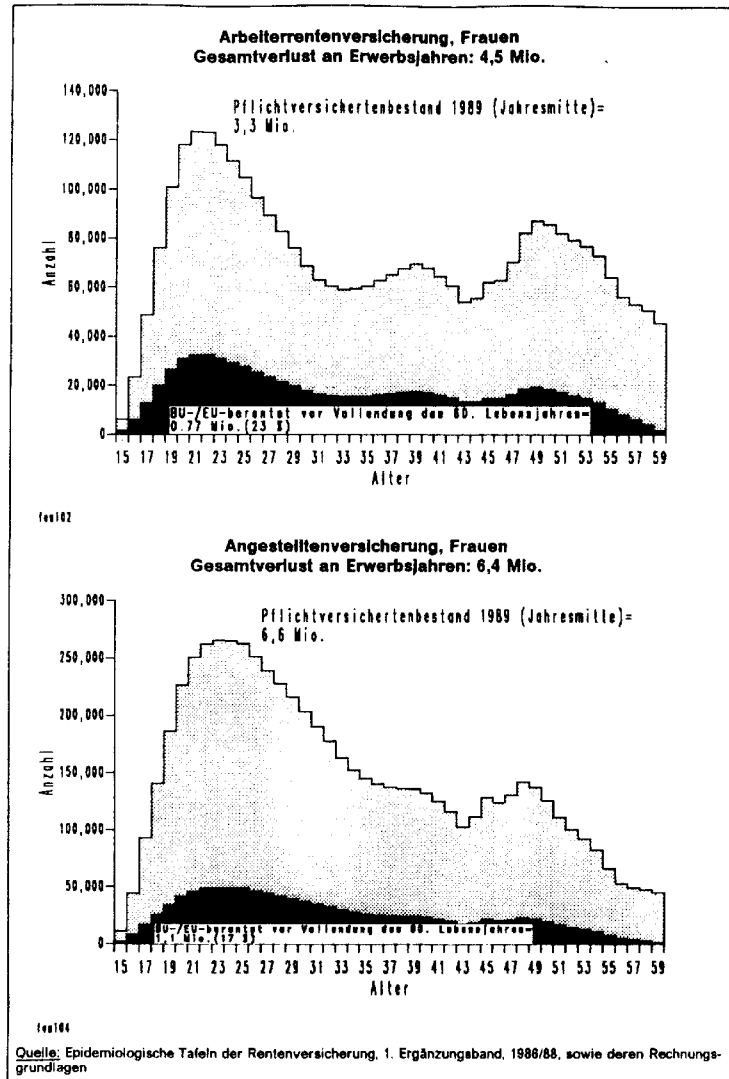


Abbildung 2: Risiko eines 15jährigen Pflichtversicherten, vor Vollendung des 60. Lebensjahres BU-/EU-berentet zu werden, sowie dessen Gliederung nach der Arbeitsmarktlage (berentet aus rein medizinischen Gründen, berentet wegen mangelnder Verwertbarkeit der Rest-erwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt)

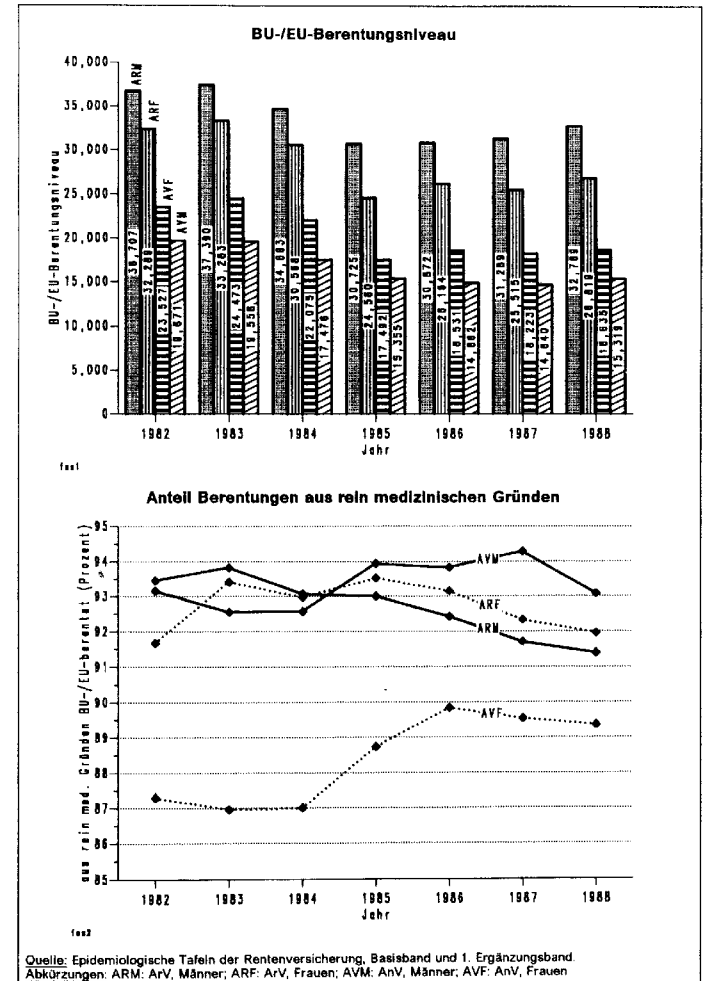


Abbildung 3: Altersspezifische Zugangszahlen in die BU-/EU-Rente, gegliedert nach der Arbeitsmarktlage (berentet aus rein medizinischen Gründen, berentet wegen mangelnder Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt), sowie deren prozentuale Aufteilung und deren Trend (lineare Regression)

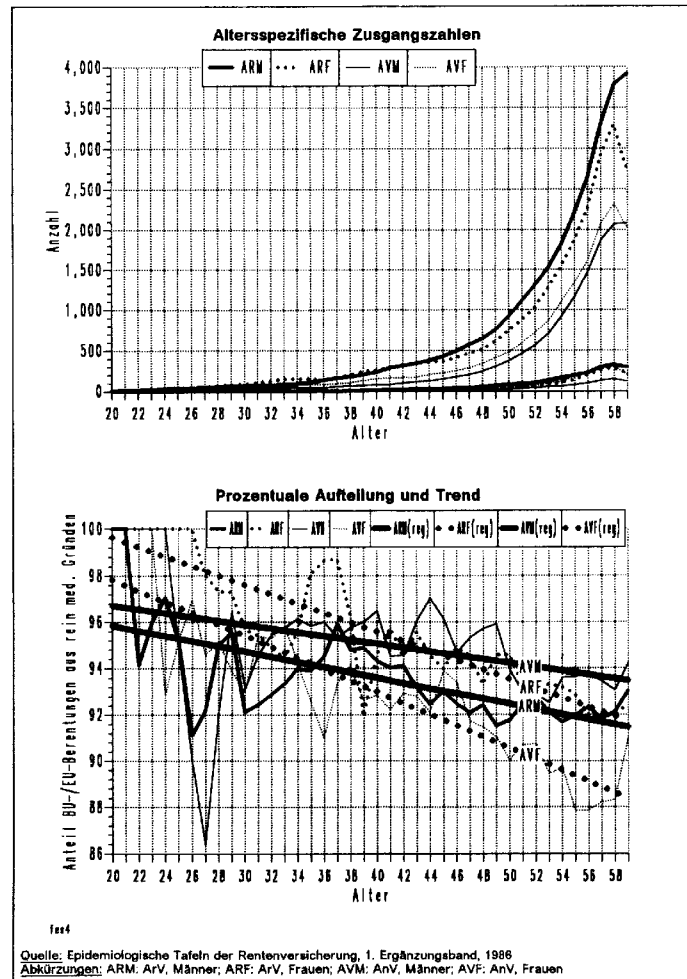


Abbildung 4: Krankheitsspezifischer Verlust an Erwerbsjahren für die fünf wichtigsten Krankheitsgruppen und Gesamtverlust an Erwerbsjahren jeweils infolge BU-/EU-Berentung bis zum Altershorizont von 60 Jahren (Krankheitsgruppen nach IDC/9. Rev.)

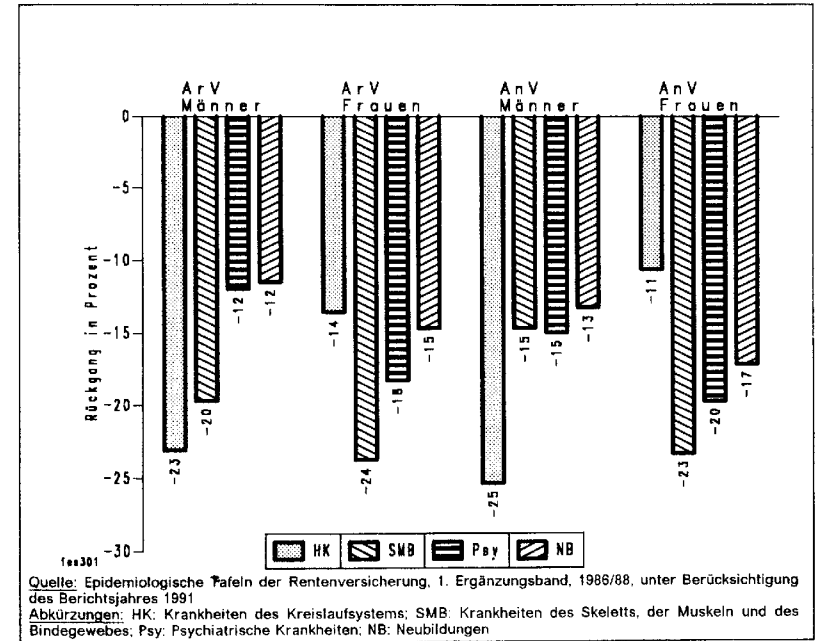


Abbildung 4.1: Rangfolge der Ursachen der BU-/EU-Berentung (Krankheitsgruppen nach IDC/9. Rev.) nach dem Personenjahrkonzept

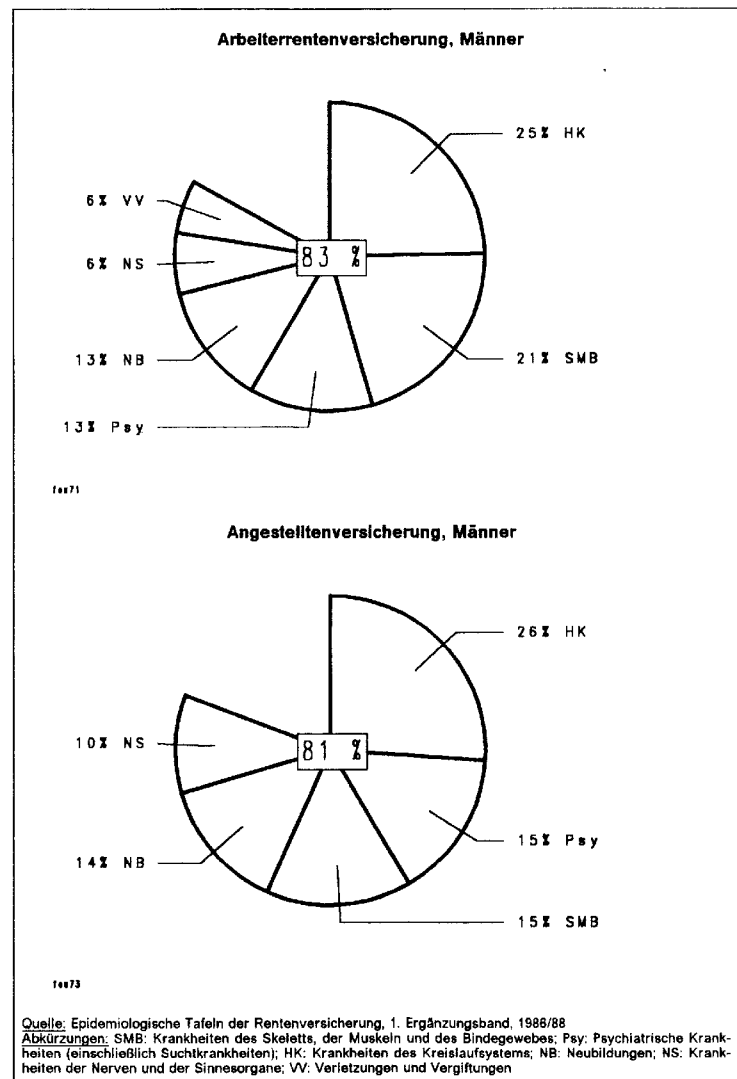


Abbildung 4.2: Rangfolge der Ursachen der BU-/EU-Berentung (Krankheitsgruppen nach IDC/9. Rev.) nach dem Personenjahrkonzept

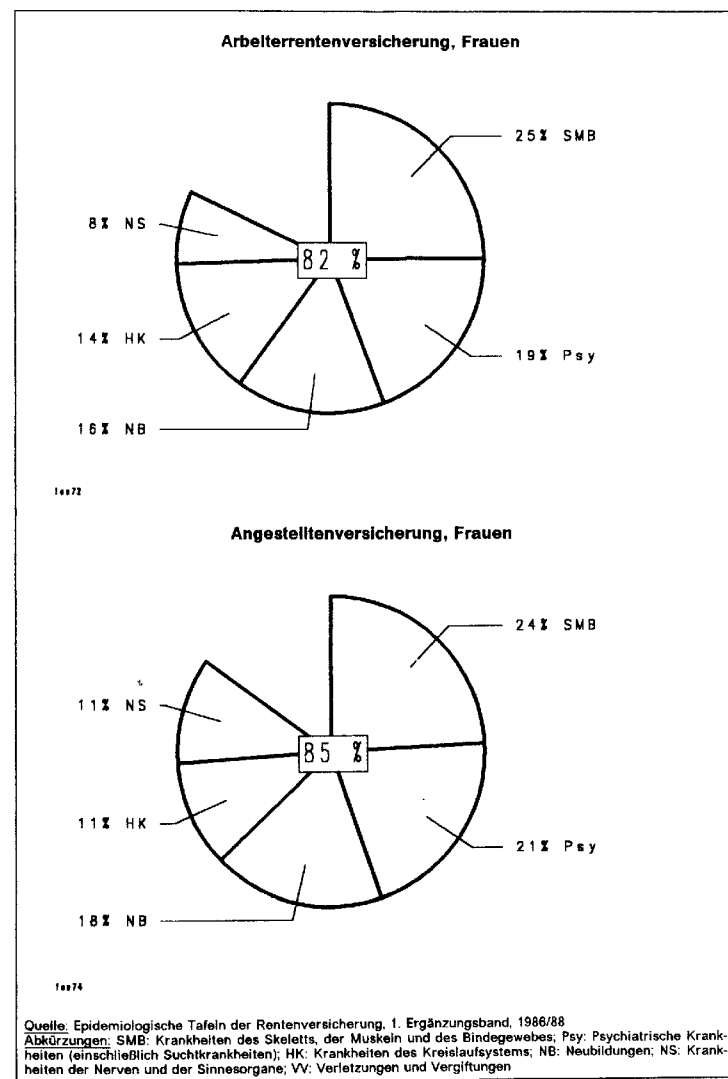


Abbildung 5.1: Rangfolge der Ursachen der BU-/EU-Berentung (Krankheitsgruppen nach IDC/9. Rev.) bei negativer Reha-Anamnese, nach dem Personenjahrkonzept

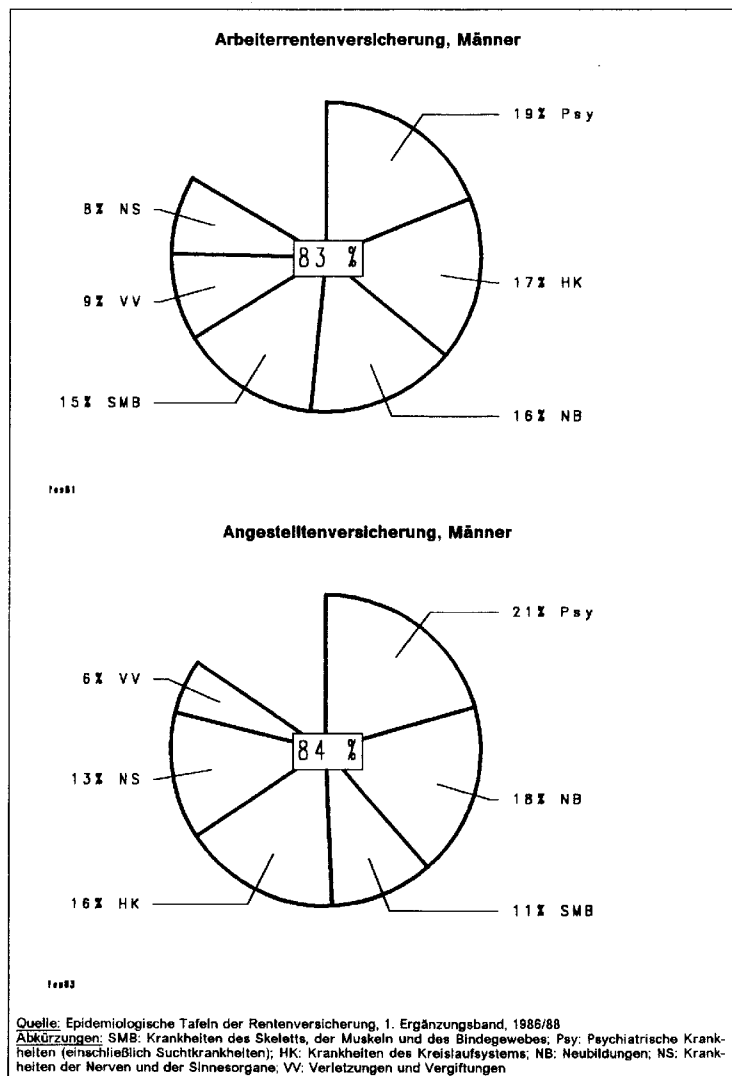


Abbildung 5.2: Rangfolge der Ursachen der BU-/EU-Berentung (Krankheitsgruppen nach IDC/9. Rev.) bei negativer Reha-Anamnese, nach dem Personenjahrkonzept

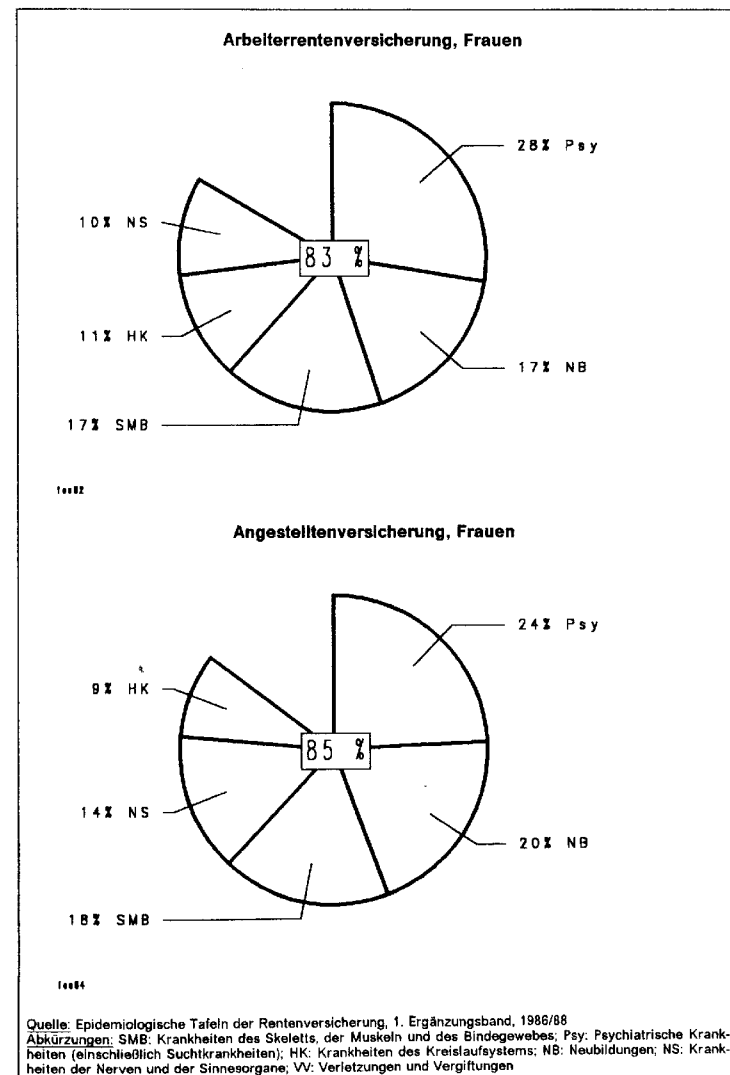


Abbildung 6: Rückgang des Gesamtverlustes an Erwerbsjahren infolge BU-/EU-Berentung bis zum Altershorizont von 60 Jahren bei vollständiger Elimination einzelner, besonders invalidisierungsrelevanter Krankheitsgruppen

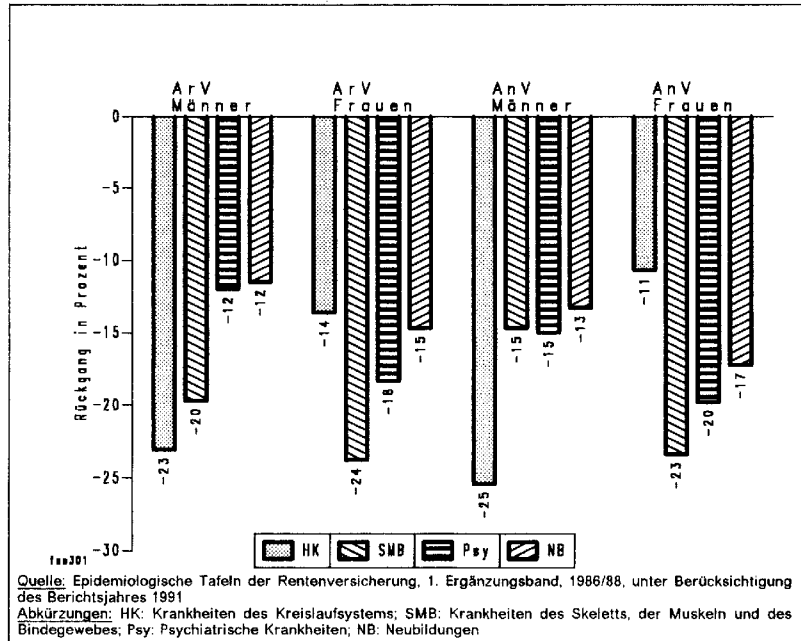


Abbildung 6.1: Rückgang des Gesamtverlustes an Erwerbsjahren infolge BU-/EU-Berentung bis zum Altershorizont von 60 Jahren durch partielle Elimination der Krankheiten des Kreislaufsystems und der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes

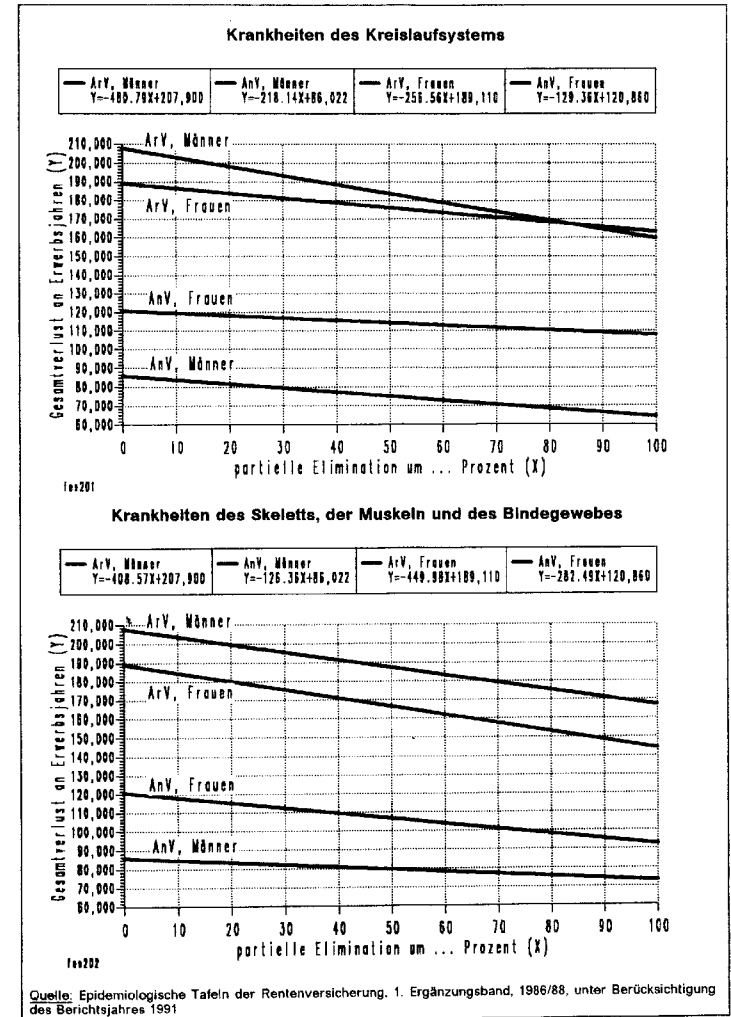




Abbildung 6.2: Rückgang des Gesamtverlustes an Erwerbsjahren infolge BU-/EU-Berentung bis zum Altershorizont von 60 Jahren durch partielle Elimination der Psychiatrischen Krankheiten und der Neubildungen

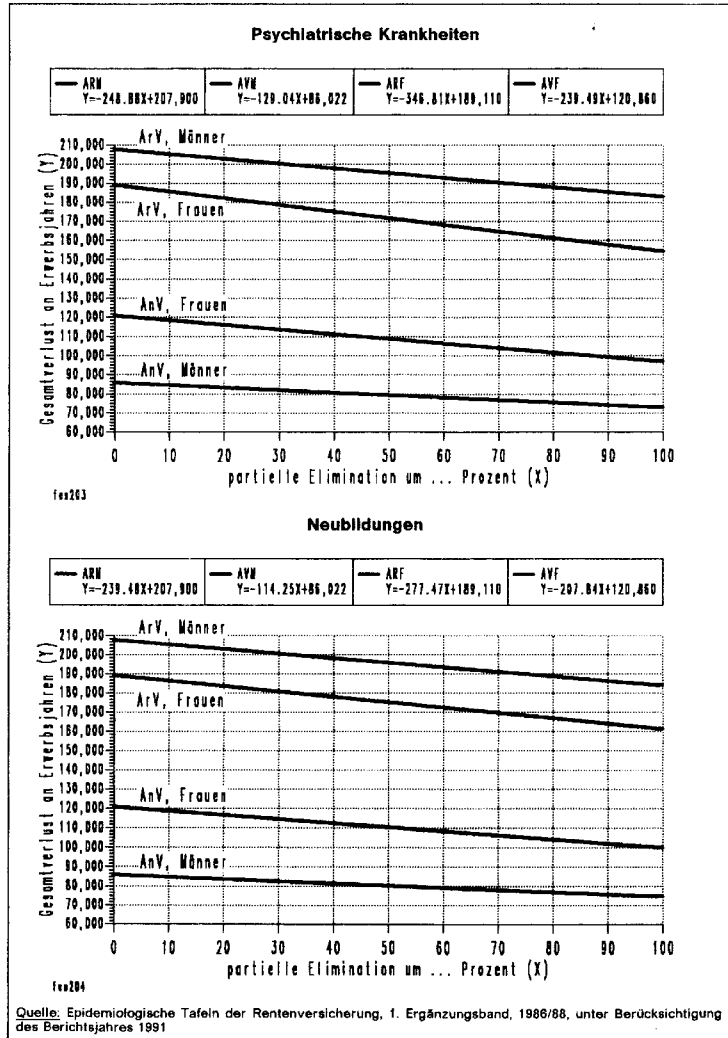


Abbildung 7.1: Rehabilitativer Versorgungsgrad, gegliedert nach Krankheitsgruppen (ICD/9. Rev.)

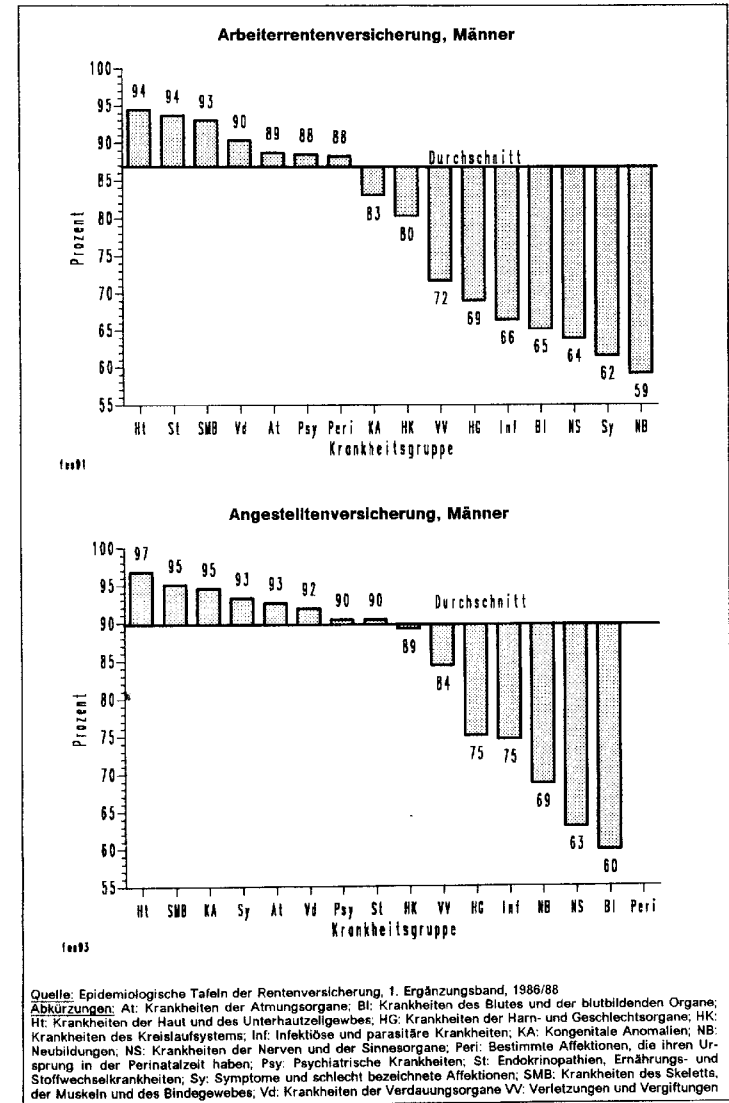


Abbildung 7.2: Rehabilitativer Versorgungsgrad, gegliedert nach Krankheitsgruppen (ICD/9. Rev.)

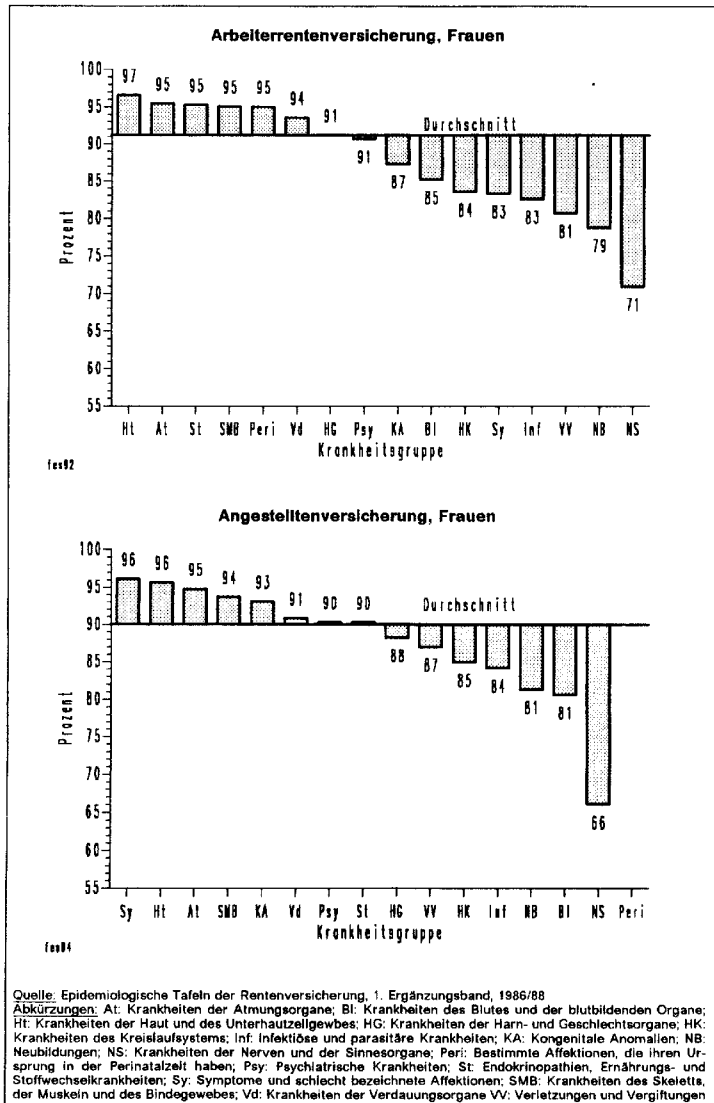


Abbildung 8: Rehabilitativer Versorgungsgrad, gegliedert nach dem Alter bei Zugang in das Reha-Potential

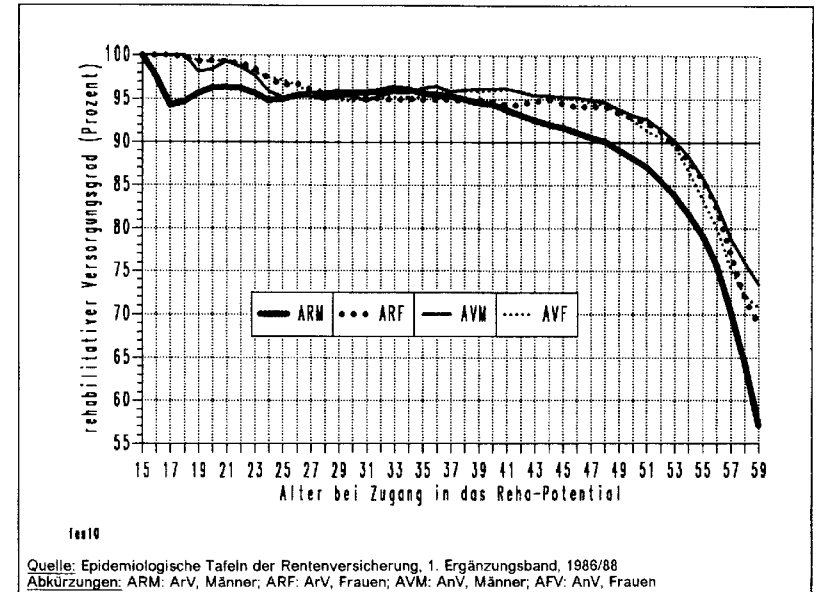


Abbildung 9.1: Rangfolge der Krankheitsgruppen (ICD/9. Rev.) zu Beginn der Rehabilitationskarriere, nach dem Personenjahrkonzept

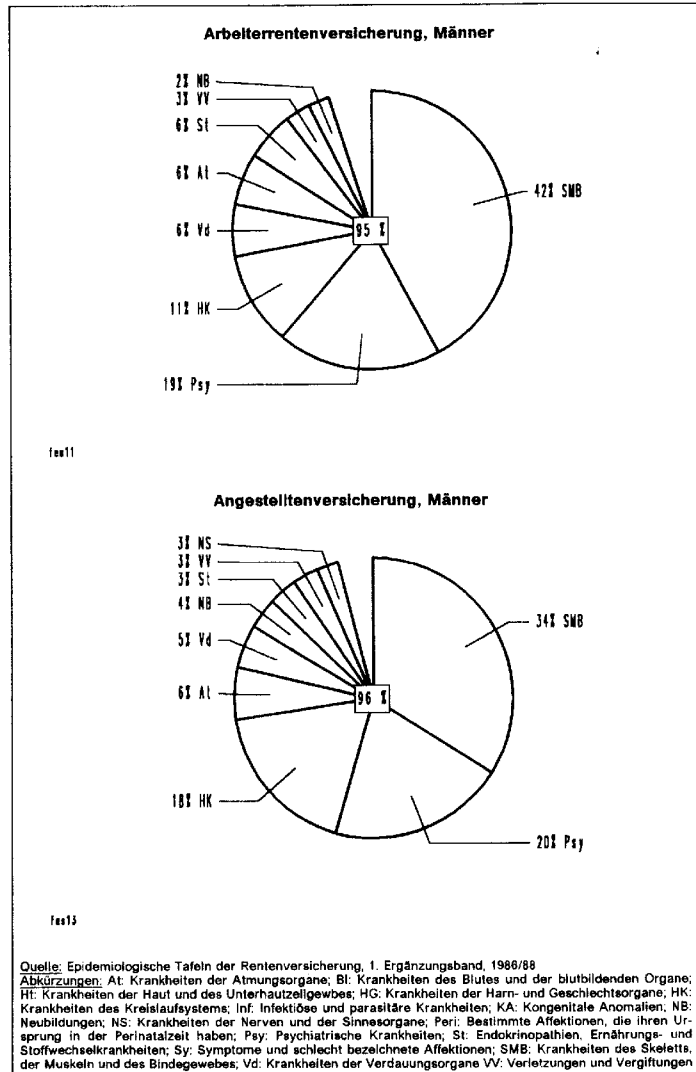


Abbildung 9.2: Rangfolge der Krankheitsgruppen (ICD/9. Rev.) zu Beginn der Rehabilitationskarriere, nach dem Personenjahrkonzept

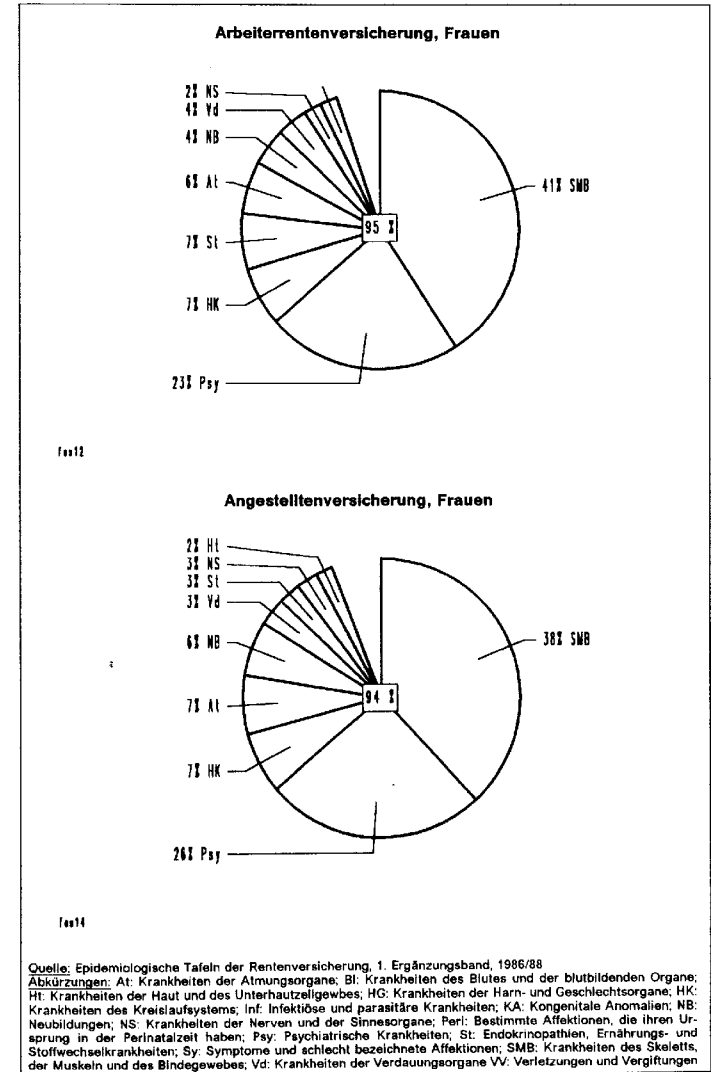


Abbildung 10: Arbeiterrentenversicherung, Männer: Ausgewählte Ursachen der BU-/EU-Berentung (Krankheitsgruppen der ICD/9. Rev.) nach der Zahl der durch die Berentung verlorenen Erwerbjsjahre bis zum vollendeten 60. Lebensjahr (Bedeutung der Krankheitsgruppen) und dem durchschnittlichen BU-/EU-Rentenzugangsalter und dem durchschnittlichen BU-/EU-Rentenzugangsalter bzw. dem kritischen BU-/EU-Rentenzugangsalter

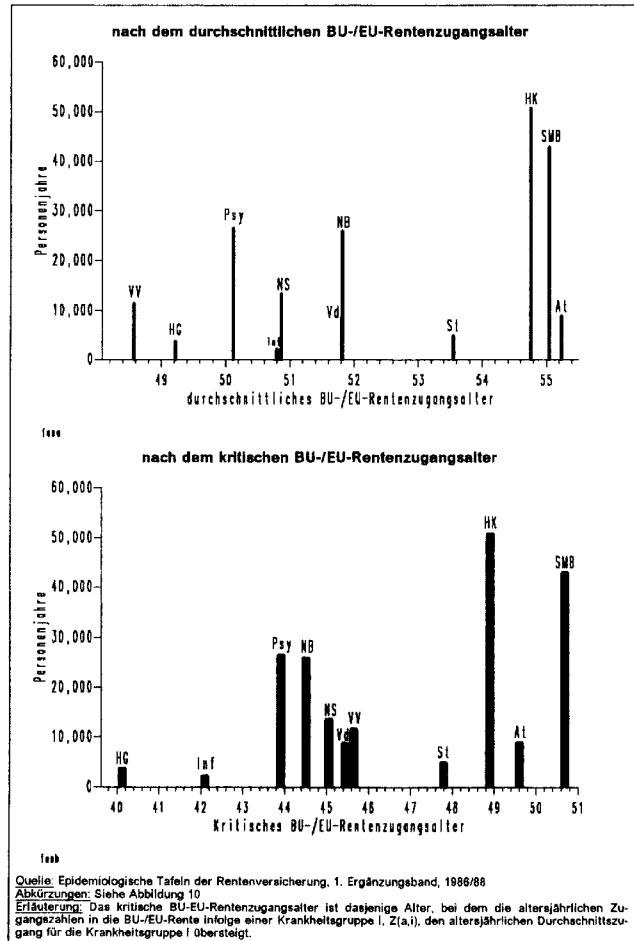
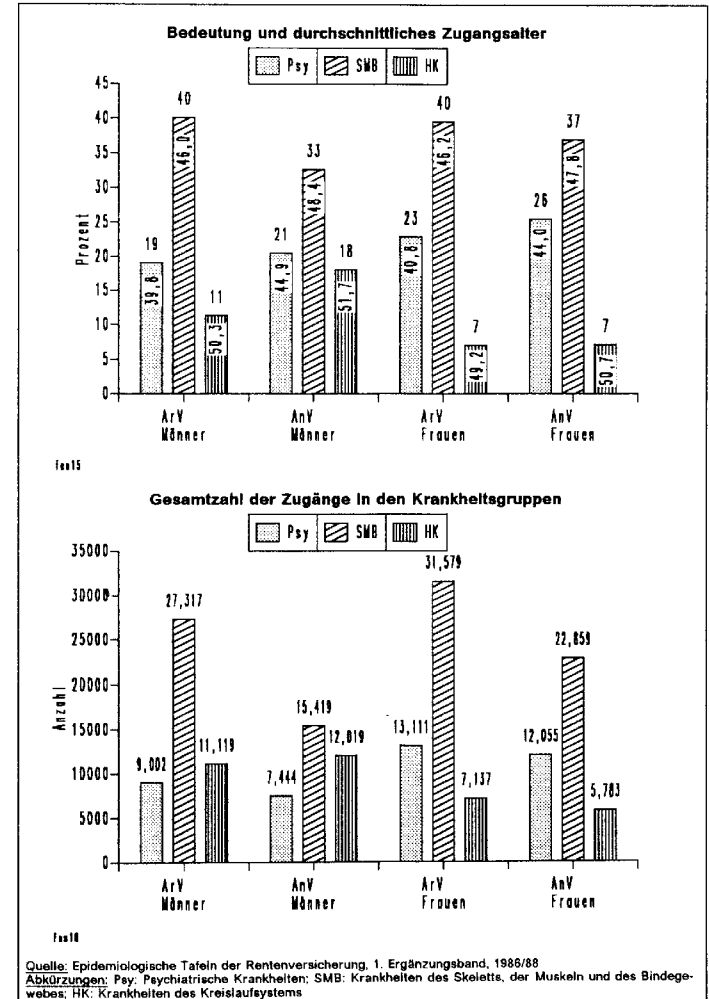


Abbildung 11: Rangfolge der drei wichtigsten Krankheiten des Zugangs in das Reha-Potential nach dem Personenjahre-konzept (Bedeutung) in Prozent einschließlich dem durchschnittlichen Zugangsalter, sowie die Gesamtzahl der Zugänge



## **Altersgerechte und altersübergreifende Qualifizierungskonzepte**

### **1. Einleitung**

Neben der Anpassung der Arbeit an den Menschen durch ergonomische und arbeitsorganisatorische Arbeitsgestaltung können menschengerechte und damit gesundheitsstabilisierende Arbeitssysteme nur durch eine komplementär gestaltete Anpassung des Menschen an die Arbeit realisiert werden, und zwar durch eine anforderungsgerechte Qualifizierung des Personals.

Unter anforderungsgerechter Qualifizierung versteht man die zielgerichtete und geplante Vermittlung arbeitsbezogener und allgemeiner Handlungskompetenzen, die an den technischen und sozialen Erfordernissen des Arbeitsprozesses und an den individuellen Lern- und Leistungsvoraussetzungen des Arbeitnehmers ausgerichtet sind.

Bisherige Maßnahmen der Personalentwicklung wurden vornehmlich als reaktive Anpassungsqualifizierung vorgenommen. Dabei mußten entstehende unproduktive und innovationshemmende Time-lags so gering wie möglich gehalten werden. Folglich wurden Arbeitnehmergruppen wie z.B. Ältere oder An- und Ungelernte, deren Fort- und Weiterbildung einen größeren (zeitlichen) Aufwand verlangt, weitgehend von Qualifizierungsmaßnahmen ausgeschlossen. Eine derartige, auf Selektion basierende Personalentwicklung ist allein aus Gründen einer sich wandelnden demographischen Entwicklung zukünftig nicht mehr praktikabel.

Der demographische Wandel bewirkt, daß zum ersten Mal in der Industriegeschichte noch in den 90er Jahren mehr Erwerbstätige über 50 als unter 30 Jahre sein werden. Schon heute ist beispielsweise in manchen Gewerken des Handwerks ein akuter Nachwuchskräftemangel (unbesetzte Ausbildungsstellen) zu beobachten. Großunternehmen kämpfen mit gezielter Anzeigenwerbung und versprochenen Aufstiegsmöglichkeiten um die Rekrutierung des Nachwuchses. Dieses Verhalten

ist jedoch Ausdruck der herkömmlichen jugendzentrierten Personalpolitik, die zukünftig kein geeignetes Mittel mehr sein wird, um die Auswirkungen (sozio)demographischer Entwicklung auf alternde Belegschaften aufzufangen.

Das Unternehmen der Zukunft muß sich darauf einstellen, daß betriebliche Innovationen künftig mit deutlich mehr älteren Arbeitnehmern vorzunehmen sind. Auch Prognoseuntersuchungen über mögliche Zuwanderungen werden an dieser Tatsache nichts ändern. Zum einen wird der demographische Wandel (mit zeitlichen Differenzen) europaweit eintreten. Zum anderen sind politische Instrumente, die einen gezielten Zugang junger ausländischer qualifizierter Arbeitnehmer regulieren, kaum realisierbar.

Belegschaften mit deutlich mehr älteren Arbeitnehmern verlangen, daß altersbedingte körperliche wie auch kognitive Funktionsveränderungen sowohl bei der ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung, bei der Strukturierung der Arbeitsaufgaben wie auch bei der Strukturierung des Lernprozesses bei Weiterbildungsmaßnahmen altersgerecht berücksichtigt werden.

Zunehmende Arbeitsverdichtung durch Funktionsintegration und zunehmende geistige Anforderungen in der Arbeitstätigkeit (Überwachung, Kontrolle, Wartung) verlangen eine anforderungsgerechte Qualifizierung, die an den unterschiedlichen Lernvoraussetzungen und Lernfähigkeiten des einzelnen ansetzt. Dies ist notwendig, um potentiellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch permante geistige Überforderung und Stress angemessen zu begegnen.

Hinzu kommt, daß die Erwerbstätigenzahl insgesamt zunehmend knapper wird. Diese Tatsache läßt die Sicherung des Personalbestands zum vornehmlichen Ziel werden. Attraktive, gesundheitsstabile Arbeitsplätze und ein differenziertes potentialorientiertes Weiterbildungsangebot für alle Belegschaftsangehörigen (nicht nur für Ältere) werden über die betriebliche Innovationsfähigkeit entscheiden.

Hierfür müssen betriebs- und zukunftstaugliche Qualifizierungskonzepte sowohl für verschiedene Arbeitnehmergruppen bzw. verschiedene Lerntypen wie auch für die Aus- und Weiterbilder selbst entwickelt werden.

## 2. Die Situation älterer Arbeitnehmer heute

In unserer Gesellschaft gibt es Vorurteile über Leistungsdefizite im Alter. Traditionell für den Produktionsbereich sind Arbeitstätigkeiten, die den Körper verschleißern. Obwohl der Abbau körperlicher Leistungsfähigkeit vorwiegend Folge der Arbeitsbedingungen ist, hat sich im Laufe der Industriegeschichte das Vorurteil gefestigt, daß mit dem Alter zunehmende körperliche Beeinträchtigungen etwas Normales, Unabwendbares ist.

In der Medizin herrschte bis in die 70er Jahre ein pauschales Defizitmodell vom Alter vor, das erst durch arbeitsmedizinische und gerontopsychologische Untersuchungen für körperliche und vor allem für kognitive Funktionsveränderungen differenziert werden konnte.

Trotzdem die Vorurteile über Leistungsdefizite im Alter durch reale Entwicklungen und gesicherte Forschungserkenntnisse längst widerlegt sind, herrscht in unserer Gesellschaft immer noch ein Altersstereotyp vor.

Altersgrenzen in Betriebsvereinbarungen, Arbeits- und Tarifverträgen stellen einen Eingriff in die Persönlichkeitsentfaltung älterer Arbeitnehmer dar ("Age discrimination"). Auch eine Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 65 Jahre ändert daran nichts. Es ist erwiesen, daß der abrupte Austritt aus dem Erwerbsleben zu einer Verminderung der Lebensqualität führt.

Im Rahmen einer jugendzentrierten Personalpolitik sind ältere Arbeitnehmer nicht investitionswürdig. Die "informelle Altersgrenze", ab der Einstellungen nicht mehr und Qualifizierungsmaßnahmen kaum noch vorgenommen werden, liegt derzeit bei ca. 45 Jahren.

Die soziale und betriebliche Ausgrenzung älterer Arbeitnehmer führt zur sogenannten "Inneren Kündigung" ("Wenn mir die Erfahrung an betrieblichen Technologien verweigert wird, habe ich auch keine Lust mehr.").

Das gesellschaftliche Altersstereotyp führt im Sinne der "self-fulfilling-prophecy" zu einem veränderten Selbstbild älterer Arbeitnehmer. Dies äußert sich beispielsweise in mangelndem Selbstbewußtsein und

Mißerfolgsängstlichkeit. Verstärkt wird das negative Selbstbild oftmals durch negative Lernerfahrungen, die Folge mangelhaft geplanter und strukturierter Lernprozesse sind, und letztlich jede Motivation zur Weiterbildung zerstören. Deshalb ist die Beachtung der psychosozialen Belastungssituation und der Besonderheit der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer von entscheidender Bedeutung.

Ältere Arbeitnehmer sind lernentwöhnt. Ihre schulische und berufliche Ausbildung liegt weit zurück. Das Zitat "Ich kann doch in meinem Alter nicht noch einmal die Schulbank drücken" ist typisch und zeigt eine längst überholte Auffassung von Lehr-/Lernprozessen (Abbildung 1 zeigt eine Gegenüberstellung von Lehr-/Lernprozessen wie sie früher gestaltet worden sind, und wie sie heute bzw. morgen gestaltet werden).\*

Schon im Vorfeld muß darüber aufgeklärt werden, wie eine Weiterbildungsmaßnahme heute durchgeführt und von dem einzelnen positiv erlebt werden kann.

Die Gruppe der älteren Arbeitnehmer ist heterogen. Im Gegensatz zur Gruppe der jüngeren Arbeitnehmer, die sich homogener darstellt (wesentliches Unterscheidungskriterium ist hier die schulische Vorbildung), ist bei Älteren das Spektrum und die Streuung unterschiedlicher körperlicher und kognitiver Leistungen differenzierter und umfangreicher. Unterschiede in der allgemeinen persönlichen Aktivität und Lebensweise, Unterschiede in den jeweiligen Arbeitsbedingungen, Unterschiede in der Aufgabenvielfalt (Monotonie, Überforderung) und den damit verbundenen täglichen kognitiven und körperlichen Beanspruchungen differenzieren sich im Laufe des Arbeitslebens zunehmend ("Altern individualisiert").

### 3. Altersgerechte Qualifizierung

Untersuchungen zeigen, daß trotz negativem Selbstbild ältere Arbeitnehmer grundsätzlich interessiert sind, dazuzulernen und sich weiterzubilden. Die Tatsache, daß Ältere auf eine aufgezwungene Weiter-

\* Die im Text erwähnten Abbildungen finden sich im Anhang zu diesem Beitrag.

bildungsteilnahme nicht unmittelbar mit "euphorischer" Zustimmung reagieren, wird vorschnell als mangelnde Weiterbildungsbereitschaft interpretiert. Dabei haben Ältere im Vergleich zu Jüngeren lediglich eine kritischere und differenziertere Sichtweise. Sie diskutieren nicht nur Vorteile, sondern auch mögliche Gefahren technischer Innovationen. Hinzu kommt, daß Ältere ein höheres Informationsbedürfnis haben. Sie verlangen, daß man ihnen den Sinn der Weiterbildungsmaßnahme erklärt. Die Notwendigkeit, der persönliche Gewinn und die Einordnung der Maßnahme in (über-)betriebliche Zusammenhänge muß verständlich vermittelt werden.

Das grundsätzliche Weiterbildungsinteresse Älterer sollte aufgenommen und zu einer zielgerichteten Lernmotivation geführt werden. Dabei müssen zunächst Lernängste abgebaut werden, die beispielsweise durch frühere negative Lernerfahrungen entstanden sind (Mißerfolgsängstlichkeit).

Das hohe Informationsbedürfnis Älterer muß befriedigt werden. Für den Lernprozeß ist wichtig, daß das, was gelernt werden soll, an den persönlichen Arbeitsaufgaben und den persönlichen Erfahrungen (bereichsspezifisches Fakten- und Verfahrenswissen) des einzelnen ansetzt (adaptives Vorgehen).

Die Frage, ob altershomogene oder altersgemischte Lerngruppen vorzuziehen sind, kann nur im Einzelfall entschieden werden. In der Regel ist davon auszugehen, daß Ältere gegenüber Jüngeren Konkurrenzängste haben, was es sinnvoll macht, altershomogene Lerngruppen zu bilden.

Konkurrenzängste sind vorwiegend durch die Lernentwöhnung und das allgemein reduzierte Lerntempo begründet. Aber in Bereichen, in denen das Erfahrungswissen älterer Arbeitnehmer eine große Rolle spielt, können altersgemischte Lerngruppen effektiver sein. Als Beispiel sei hier die CNC-Fertigung genannt, wo das Erfahrungswissen Älterer über Werkstoffe, die Wahl der Betriebsmittel und die schnelle oder gar präventive Störungsdiagnose geachtet und geschätzt wird, so daß sich Konkurrenzängste hier nicht stellen.

Anders z.B. im maschinellen Montagebereich. Hier sind altershomogene Lerngruppen vorzuziehen, weil organisatorische Veränderungen noch

schnellere Handarbeitsvorgänge in der Teilverbereitung und auch zunehmende Kontroll- und Überwachungsvorgänge bewirken.

Altersbedingte kognitive Funktionsminderungen können durch altersadäquate Strukturierung von Lerninhalten kompensiert werden. Dabei ist die Abnahme von fluider und die Stabilität bzw. Zunahme von kristalliner Intelligenz zu beachten.

In den Gerontowissenschaften hat sich in den letzten Jahren ein Modell der Trennung von fluider und kristalliner Intelligenz durchgesetzt. Unter fluider Intelligenz versteht man physiologisch beeinflusste, die allgemeine Orientierung und Geschwindigkeit betreffende Leistungen. Dies zeigt sich im Alter vor allem in Mängeln der Aufmerksamkeit und der Verlangsamung von Informationsaufnahme und -verarbeitung.

Unter kristalliner Intelligenz versteht man pragmatisches Wissen. Wortverständnis, Wortflüssigkeit und Rechenfähigkeit ändern sich im Alter kaum. Bereichsspezifisches Expertenwissen (auch Wissen über das Leben und die Welt) nimmt auch im Alter noch zu. Dies zeigt sich in der Lösung praktischer Alltagsprobleme und in der arbeitsbezogenen Störungsdiagnose bei Fertigungsprozessen.

Für die altersadäquate Strukturierung von Lernprozessen bedeutet dies:

- Beachtung des reduzierten Lerntempos Älterer;
- Verwendung anschaulicher Medien, die Analogie- und Vergleichsbildungen fördern; audiovisuelle Medien erleichtern die Informationsaufnahme, fördern die Behaltensleistung und kommen altersbedingten Seh- und Hörschwächen entgegen;
- Erfahrungsorientiertes Vorgehen; Nutzung kognitiver Stärken, die Schwächen der fluiden Intelligenz z.T. ausgleichen können.

Unabhängig von den Lerninhalten und den Lernsituationen gehen Menschen jeweils anders an das Lernen heran. Der eine will sich eher einen Überblick verschaffen (ganzheitliche Strategie) und die Theorie mit seinen persönlichen Erfahrungen verbinden. Der andere legt mehr Wert auf Details (analytische Strategie). Ihn interessiert die Verbindung der Inhalte mit persönlichen Erfahrungen weniger. Wichtig ist, daß unterschiedliche Lerntypen bzw. Lernstile akzeptiert werden und darauf auf-

bauend nach Weiterentwicklungsmöglichkeiten gesucht wird (Lernberatung).

Lernungewohnte ältere Arbeitnehmer müssen für sich geeignete Lernstrategien finden können. Auch für Ältere mit gefestigten Lernstrategien müssen individuelle Gestaltungsfreiräume geschaffen werden.

Die Qualifizierung älterer Arbeitnehmer führt zum Abbau intergenerativer Gruppenkonflikte. Besonders bei der altersgemischten Gruppenarbeit kann die Zusammenarbeit von Gruppenteilnehmern mit unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen zu erheblichen Problemen führen. Das Entgeltkonzept des Gruppenlohns verstärkt dies und schafft von vornherein einen hohen Gruppendruck, dem Ältere oft nicht gewachsen sind. Die Qualifizierung älterer Arbeitnehmer, die in altersgemischten Gruppen arbeiten, ist deshalb von besonderer Wichtigkeit, da die Leistung des einzelnen auf alle anderen Gruppenteilnehmer zurückwirkt.

Qualifizierte ältere Arbeitnehmer eignen sich als ideale Multiplikatoren. Besonders um das hohe Informationsbedürfnis Älterer zu befriedigen, haben sich gleichaltrige erfolgreiche Weiterbildungsteilnehmer als ideal erwiesen. Die Multiplikatoren werden als Beweis erfolgreicher Lernfähigkeit älterer Arbeitnehmer angesehen.

Innerhalb eines Betriebes stellt die Qualifizierung älterer Arbeitnehmer ein positives Zukunftsmodell für Jüngere dar. Jüngere haben die eigene Arbeitnehmerzukunft vor Augen. Sie sehen, wie mit ihnen umgegangen werden wird, wenn sie selbst einmal zu den Älteren zählen werden. Aufgrund des allgemeinen Wertewandels, d.h. auch des höheren Stellenwertes, den Arbeitnehmer der Attraktivität von Arbeitsplatz und Arbeitstätigkeit zumessen, ist dies nicht zu unterschätzen.

Positive Qualifizierungserfahrungen sind für ältere Arbeitnehmer allgemeine Lebenshilfen in einer zunehmend technischer und komplexer werdenden Welt. Qualifizierung fördert technologische Kompetenz und beeinflusst auch das Konsumverhalten (Umgang mit Bank- und Kartenautomaten, Kauf von Video- und CD-Geräten).



## 4. Altersübergreifende Qualifizierung

Altersgerechte Qualifizierung wird sicherlich ein Schwerpunkt zukünftiger Personalentwicklung sein, stellt aber allein keine Lösung für die Bewältigung der Zukunftsprobleme dar.

Im Unternehmen der Zukunft müssen unterschiedliche Arbeitnehmer(gruppen) zusammenarbeiten, d.h. es müssen Qualifizierungskonzepte für unterschiedliche Arbeitnehmer(gruppen) geschaffen werden, die neben dem Alterskriterium auch andere altersübergreifende Kriterien berücksichtigen. Hierbei zu nennen sind:

- Individualisierung (d.h. Subjektorientierung),
- Differenzierung (d.h. Zielgruppenorientierung) und lebenslanges Lernen.

### 4.1 Individualisierung

Die Abnahme tayloristisch geprägter Arbeitsstrukturen stellt neue Anforderungen an den Arbeitnehmer der Zukunft. Er soll eigenständig planen, entscheiden, ausführen und kontrollieren können. Er soll Probleme selbständig lösen und vollständige Arbeitsprozesse selbst regulieren können.

Während die Aufgabe betrieblicher Aus- und Weiterbildung bisher darin bestand, Bildungsbedarf zu ermitteln und den Einzelnen an diesen Bedarf anzupassen, rückt plötzlich die Person des Lernenden mit seinen individuellen Lernvoraussetzungen und seinen spezifischen Entwicklungsmöglichkeiten in den Mittelpunkt.

Die "Vermittlung" von Selbständigkeit, Flexibilität, Teamfähigkeit usw. ("Schlüsselqualifikationen") kann nicht in Form standardisierter Unterweisung vorgenommen werden. Solche Kompetenzen können nur nach und nach aus der individuellen Lerngeschichte selbständig hervorgebracht werden. Sie müssen in betrieblich realen Handlungssituationen erlebt werden (Lernort Arbeitsplatz, (Re)integration von Lernen und Arbeiten).

Abbildung 2 zeigt Aspekte der Individualisierung, die in Lernprozessen beachtet werden sollten.

## 4.2 Differenzierung

Die zunehmende Heterogenität sowohl bei den Berufsanfängern wie auch bei den Belegschaftsstrukturen insgesamt verlangt eine stärkere Differenzierung in der beruflichen Aus- und Weiterbildung.

Folgende Entwicklungen machen dies notwendig:

- Die schulische Vorbildung, die soziale Herkunft und Begabung von Berufsanfängern differieren immer stärker auseinander;
- Der Anteil geistiger Anforderungen in der Arbeitstätigkeit steigt zunehmend. Sozial- und/oder Lernschwächere hätten ohne eine zielgruppenorientierte Qualifizierung immer weniger eine Chance in der Arbeitswelt;
- Der Anteil ausländischer Arbeitnehmer nimmt zu. Diese Gruppe bedarf gezielter Fördermaßnahmen vor allem im schulischen Bereich (Berufsschule);
- Der spürbare Nachwuchs- und Fachkräftemangel der Betriebe macht die Beschäftigung von Frauen immer zwingender. Hierfür müssen besonders für Frauen in technischen Berufen spezielle Qualifizierungskonzepte angeboten werden. Dies gilt auch für die Wiedereingliederung von Frauen nach der Familienphase;
- Der Trend zur Höherqualifizierung setzt sich weiter fort. Für die Gruppe der Lernstärkeren müssen entsprechende Qualifizierungsangebote geschaffen werden (zeitliche Verkürzung, inhaltliche Spezialisierung), die letztlich auch den zunehmenden Aufstiegs Erwartungen gerecht werden kann.

Abbildung 3 zeigt, welche Aspekte der Differenzierung für Aus- und Weiterbildungsangebote zu beachten sind.

### 4.3 Lebenslanges Lernen

Die schnellen, technisch-organisatorischen und gesellschaftlichen Veränderungen verlangen einen flexiblen, ständig dazulernenden Arbeitnehmer (siehe Abbildung 4). Dabei kann lebenslanges Lernen aber nicht

durch Zwang erfolgreich sein, sondern nur durch Motivation. Unsere Schulbildung ist jedoch darauf ausgerichtet, Zeugnisse und Zertifikate zu erwerben und dies als ausreichendes Lernergebnis anzusehen. Hinzu kommen gesellschaftliche Vorurteile ("Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr."), die der Weiterbildungsbereitschaft Erwachsener entgegenwirken. Deshalb muß die Grundlage zum lebenslangen Lernen bereits in der Schule und in der Berufsausbildung gelegt werden.

Es sollte auch darüber diskutiert werden, ob gesetzliche und tarifvertragliche Regelungen helfen können, Lernhindernisse abzubauen.

## 5. Defizite in der Bildungsforschung

Zusammenfassend muß festgestellt werden, daß bei Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen sowohl individuelle wie auch gruppenspezifische Lernmerkmale vernachlässigt werden.

In öffentlich geförderten betrieblichen Modellvorhaben wird meist eine patentrezeptartige Lehr-/Lernmethode überbetont, so z.B. arbeitsorientiertes, selbstgesteuertes, interaktives, dezentrales, extrafunktionales, erfahrungsgeleitetes, ... Lernen. Zu kritisieren hierbei ist, daß sowohl Evaluation der Lehr-/Lernmethoden wie auch Transferleistungen und Bilanzierung fast gar nicht stattfinden. Dies ist aber notwendig, um von fragmentarischem Stückwerk hin zu integrativen Gesamtkonzepten zu gelangen.

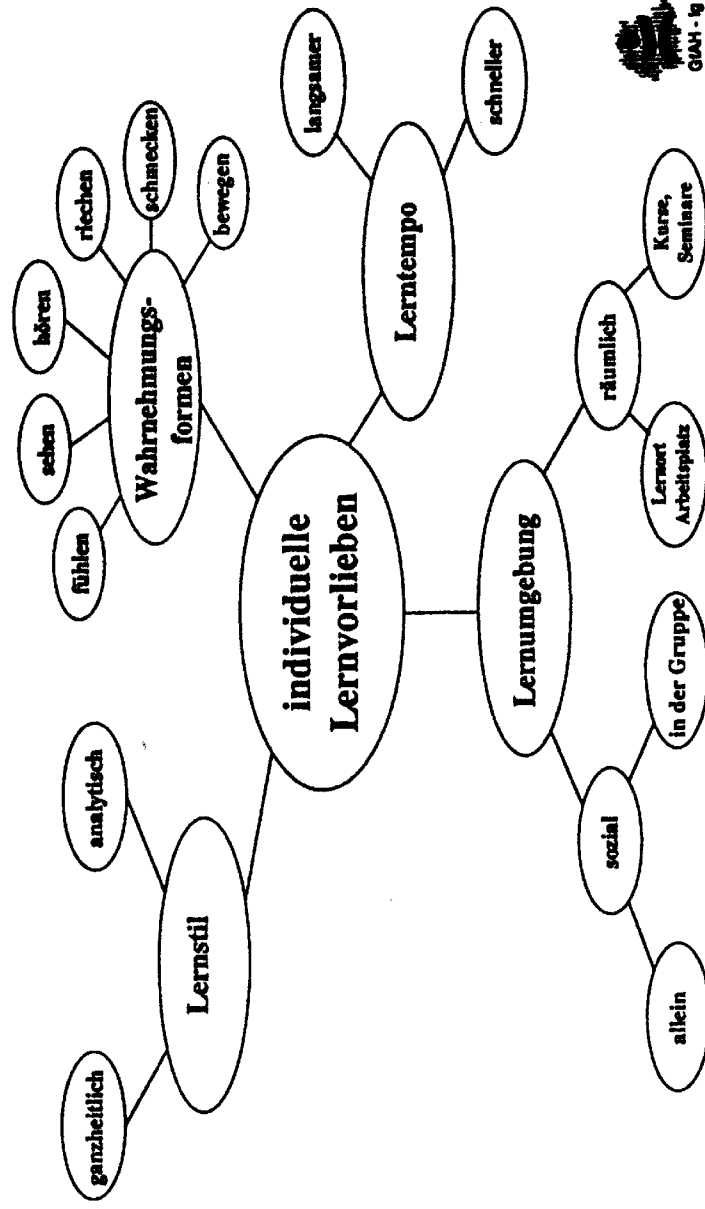
## Literatur

- Baltes, M. M. u.a. (Hrsg.): Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen, Bern 1989.
- Beitinger, G.; Mandl, H.: Impulse zum Weiterlernen. Einstieg ins selbstgesteuerte Lernen, Bremen 1992.
- Benda, H.v. u.a.: Ältere Arbeitnehmer und Bürokommunikation, Erlangen 1989.
- Brater, M.: Ende des Taylorismus - Paradigmenwechsel in der Berufspädagogik? in: BiBB (Hrsg.): Neue Fabrikstrukturen - veränderte Qualifikationen, Berlin 1990, S. 83ff.

- Diepold, P.: "Lernarrangements" für die kaufmännische Ausbildung: Der Modellversuch WOKI (1985-1990), in: BWP, H. 6/91, S. 2ff.
- Franke, G.: Individualisierung und Differenzierung in der Berufsausbildung, in: Schriften zur Berufsbildungsforschung, Band 62, Berlin 1982.
- Handwerkskammer Hamburg (Hrsg.): Neuorientierung der beruflichen Aus- und Weiterbildung, Hamburg 1992.
- Köchling, A.; Langhoff, T.: Ältere Arbeitnehmer und Büroarbeit, Dortmund 1992 (Veröffentlichung in Vorbereitung).
- Meyer-Dohm, P. (Hrsg.): Berufliche Bildung im lernenden Unternehmen. Neue Wege zur beruflichen Qualifizierung, Stuttgart 1991.
- Müller, M.: "Erfahrungsgestütztes Lernen", Frankfurt a.M. 1992.
- Selbach, R. u.a.: Kontinuierliche und kooperative Selbstqualifizierung (KOKOS) - ein erprobtes Weiterbildungskonzept, in: BWP, H. 21/1992/93, S. 23ff.
- Straka, G.A.: Technisch-organisatorischer Wandel und alternde Belegschaften. Konsequenzen für die betriebliche Weiterbildung am Beispiel des Forschungs- und Entwicklungsprojekts FESILI-2000, in: P. Strittmatter (Hrsg.): Zur Lernforschung: Befunde - Analysen - Perspektiven, Weinheim 1990, S. 99ff.
- Volkholz, V.: Erwerbsarbeit der Zukunft, in: Arbeit, H. 1/92, S. 5ff.

früher	heute bzw. morgen
Klassenzimmer, Seminarraum	Lernort Arbeitsplatz, Lernstudio
Lehrer	Lernberater
dozieren	selbstgesteuertes Lernen
weitgehend Umgang mit theoretischen Inhalten, standardisierte Unterweisung z.B. nach REFA	interaktive Aufgabenbearbeitung mit Hilfe von Leittexten, Lernarrangements, Lerninseln etc.
Lernzielkontrolle in Prüfungssituationen und Notengebung	modulare Strukturierung von individuell angepassten Teilernzielen und begleitende Beratung persönlicher Lern- und Leistungsprobleme

Abbildung 2: "Individualisierung"



84 Abbildung 3: "Differenzierung"

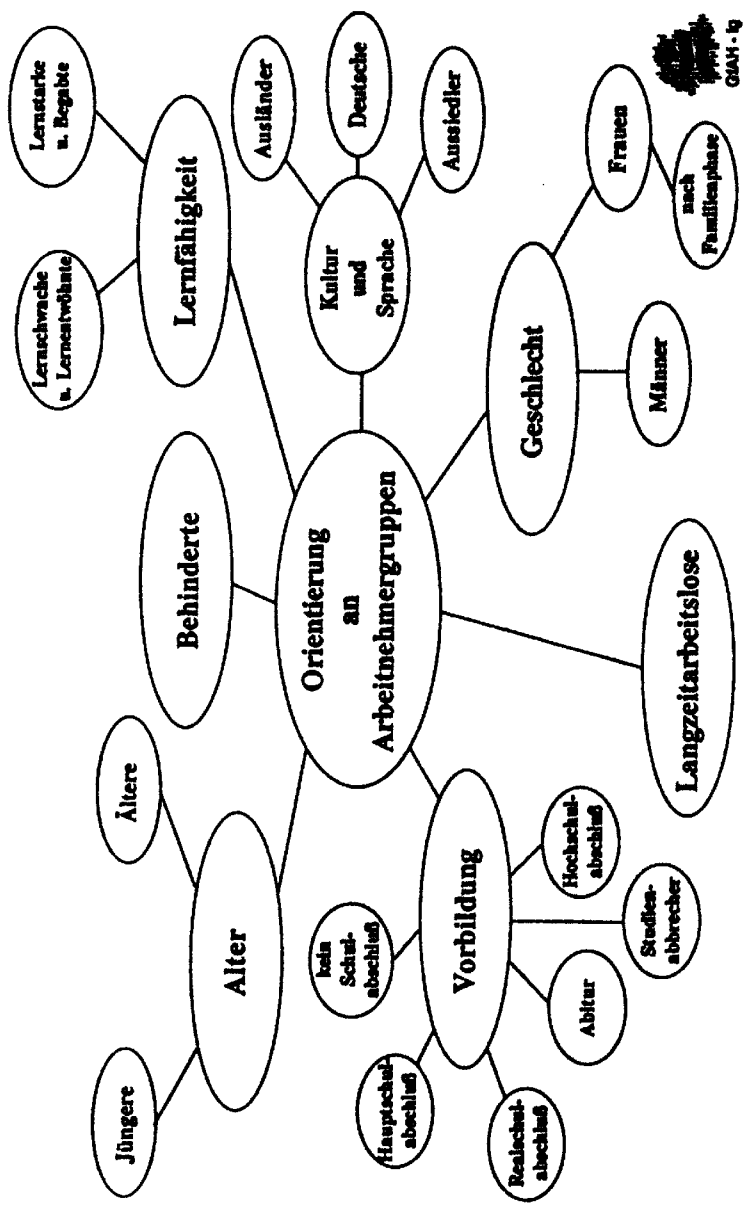
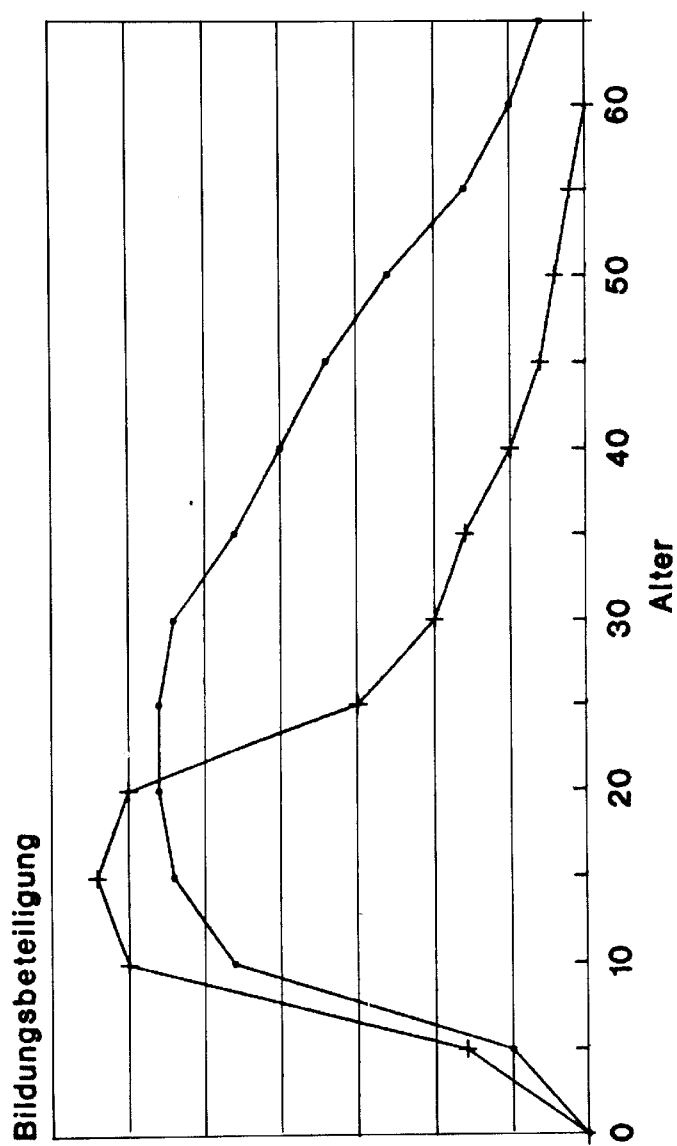


Abbildung 4: Lebenslanges Lernen in der Arbeitsbiographie



## **Altersgerechte Arbeitsplatzstrukturen**

### **1. Einleitung**

Die demographische Entwicklung und das sich daraus ergebende steigende Renteneintrittsalter führen zu einer zunehmenden Verschiebung der Alterspyramide der Erwerbstätigen. So wird es schon in den 90er Jahren mehr über 50jährige als unter 30jährige im Beruf stehende Menschen geben.

Auch die immensen Zuwanderungsraten können diesen Trend nicht verändern, da bei sich verschlechternden weltwirtschaftlichen Rahmenbedingungen die noch in den 80er Jahren durch Neueinstellungen größeren Ausmaßes mögliche Verjüngung der Belegschaft in absehbarer Zukunft nicht mehr stattfinden wird.

Somit müssen sich die Unternehmen auf eine altersmäßige veränderte Belegschaftsstruktur einstellen und hierfür Strategien entwickeln.

### **2. Problembeschreibung/-analyse**

Eine Hochrechnung der jetzigen Altersstrukturdaten eines mittelgroßen Unternehmens der Automobilindustrie um fünf Jahre auf das Jahr 1997 zeigt deutlich das Älterwerden der Belegschaft (siehe Abbildung 1\*). Auch wenn der Einfachheit halber intervenierende Faktoren wie z.B. Fluktuation und deren Ersatz nicht berücksichtigt wurden. Zumal diese eher zu einer Verschärfung der Problematik beitragen, da in aller Regel nicht die Älteren, sondern die jüngeren, auf dem Arbeitsmarkt gut zu vermittelnden, Mitarbeiter das Unternehmen verlassen.

Da mit zunehmendem Alter vermehrt gesundheitliche Probleme die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter beeinträchtigen, wird zwangsläufig der Anteil sogenannter "leistungsgewandelter Mitarbeiter" steigen, für

---

\*Die im Text erwähnten Abbildungen finden sich im Anhang zu diesem Beitrag.

die entsprechende Einsatzmöglichkeiten vorhanden sein müssen (siehe Abbildung 2).

Eine vergleichende Darstellung der den Arbeitsplatzwechsel-Maßnahmen 1991 in unserem Unternehmen zugrundeliegenden Diagnosen mit denen der Frührenten-Neuzugänge zeigt zum einen die Schwerpunkte des Gestaltungsbedarfs aufgrund der hauptsächlich betroffenen Organgruppen und die sich daraus ergebenden arbeits- und berufsrelevanten Funktionseinschränkungen sowie zum anderen die Möglichkeit, durch entsprechende Maßnahmen in den Unternehmen, Frühberentungen mit ihren erheblichen Folgekosten zu vermeiden (siehe Abbildung 3).

Die Entwicklung von Lösungsansätzen und Durchführung von Maßnahmen auf betrieblicher Ebene, um zukünftige Innovationen und Technikveränderungen mit älteren Mitarbeitern bewältigen zu können, sind dringend erforderlich.

### **3. Problemlösungsansätze**

Die Bewältigung der Arbeitsanforderungen der Zukunft im Betrieb mit älteren Arbeitnehmern erfordert Strategien auf folgenden Ebenen:

- Gesundheitsschutz
- Arbeitsplatzgestaltung
- Arbeitsorganisation
- Qualifikation.

#### **3.1 Gesundheitsschutz**

Die durch alternde Belegschaften in den Vordergrund tretenden chronischen Erkrankungen sowie die "normalen" biologischen Alterungsvorgänge erfordern zur Problembewältigung einen integrierten betrieblichen Gesundheitsschutz.

Immer kürzere Innovationszyklen mit Einsatz neuer bzw. veränderter Technologien, deren gesundheitliche Auswirkungen für die Belegschaft

nicht bekannt sind, erfordern die Installation von Frühwarnsystemen zur Identifikation und Prognose "arbeitsbedingter" Erkrankungen.

Ein geeignetes Überwachungsinstrumentarium ist die möglichst flächendeckende Erfassung von Gesundheitsdaten unter Einbeziehung von Beschwerden und Befindensstörungen im Rahmen einer allgemeinen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und deren epidemiologische Auswertung. Mit diesem Instrumentarium läßt sich die Frage nach tätigkeitsbezogenen Fehlbeanspruchungen im Vorfeld manifester Erkrankungen beantworten.

Auf der Basis dieser Ergebnisse können Planungskriterien zum Abbau der zu Fehlbeanspruchungen führenden Belastungen erarbeitet und eine Erfolgskontrolle der eingeleiteten Maßnahmen durchgeführt werden.

Unabdingbare Voraussetzung für die Entwicklung altersgerechter Arbeitsstrukturen ist die Einbindung des Arbeitsmediziners in Planungs- und Projektprozesse in Zusammenarbeit mit Entwicklungs-, Planungs- und Personalabteilungen.

Bei der Planung neuer Fertigungsstrukturen müssen prospektive Personalstrukturanalysen unter Berücksichtigung von Alter, Leistungswandel, Qualifikation etc. Eingang finden (siehe Abbildung 4). Eine Ausplanung von Fertigungsstrukturen ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Personalstruktur führt zu Arbeitsbedingungen für "olympiareife Zehnkämpfer", wobei zunehmend ein großer Teil der Mitarbeiter auf der Strecke bleibt und durch Fehleinsatz demotiviert wird und mit Leistungseinbußen oder Flucht in die Arbeitsunfähigkeit reagiert.

Für Kosten, die sich aus solchen Fehlplanungen ergeben, müssen Kennzahlen entwickelt werden, um etwaige Mehrkosten für die Gestaltung entsprechender altersgerechter Arbeitsbedingungen betriebswirtschaftlich rechtfertigen zu können. Als Basisindikatoren eignen sich hierzu krankheitsbedingte Fehlzeiten, Anträge auf Arbeitsplatzwechsel aus gesundheitlichen Gründen, die Gesamtzahl Leistungsgewandelter in einem Betrieb, sowie die jährlichen Frührentenneuzugänge.

Ein weiterer Punkt im Rahmen der Problembewältigung durch alternde Belegschaften ist die Durchführung von zielgruppenspezifischen

Gesundheitsförderungsprogrammen durch einen integrierten betrieblichen Gesundheitsschutz. Diese müssen sich an den im jeweiligen Betrieb identifizierten Hauptursachen für Leistungswandlung orientieren. Hiermit kann man den heute jüngeren und mittelalten Arbeitnehmern, die die älteren Arbeitnehmer der Zukunft sind, jetzt schon gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen anbieten, die der Entstehung bzw. Weiterentwicklung von Krankheiten gezielt entgegenwirken. Bei längerer Dauer der Erwerbstätigkeit ergibt sich somit die Chance, daß diese Mitarbeiter bis zu ihrer Berentung gesund und leistungsfähig bleiben.

### 3.2 Arbeitsplatzgestaltung

Um zu altersgerechten Arbeitsplatzstrukturen zu gelangen, bedarf es des Abbaus typischer Belastungsstrukturen, die insbesondere ältere Mitarbeiter übermäßig beanspruchen. Zu nennen sind hier insbesondere enge Taktbindungen, starre Leistungsvorgaben und hohe körperliche Anforderungen wie z.B. schweres Heben und Tragen, dauerndes Stehen, statische Halte- und Bückarbeiten (Zwangshaltungen). Abhilfemaßnahmen umfassen sowohl die ergonomische Gestaltung des Einzelarbeitsplatzes als auch ein Bündel allgemeiner Maßnahmen (siehe Abbildung 5).

### 3.3 Arbeitsorganisation

Stichworte wie "lean production" und "Fertigungstiefenoptimierung" sind heute in aller Munde und verändern die Arbeitsstrukturen im Unternehmen nachhaltig, wobei hierfür als Allheilmittel die Gruppenarbeit angepriesen wird. Hierbei ist bemerkenswert, daß bei sich ergebenden Konjunkturschwächen die für Gruppenarbeit typischen Werke in Schweden geschlossen werden.

Wie aber über 10jährige Erfahrungen mit Gruppenarbeit in der Praxis zeigen, müssen eine Reihe von Vorbedingungen erfüllt sein, um Gruppenarbeit als erfolgreiches Lösungskonzept für altersgerechte Arbeitsplatzstrukturen nutzen zu können (siehe Abbildung 6). Die Bemessung einer Standardleistung, die sowohl für den 20- wie auch für den

50jährigen gilt, berücksichtigt nicht die interindividuellen Unterschiede einer Leistungsfähigkeit in bezug auf das Alter.

Ebenso erzeugt die vollständige Beherrschung aller Arbeitsgänge in der Gruppe für jedes Gruppenmitglied aus sog. Flexibilitätsgründen eine gerade nicht gewünschte Starrheit des Systems. Umgekehrt ist diese Art der Gruppenarbeit allerdings nur für einen hochleistungsfähigen Teil der Belegschaft geeignet.

Bei der Einführung von Gruppenarbeit müssen von Anfang an Vorgaben hinsichtlich Untergruppen unterschiedlicher Arbeits- und Leistungsanforderungen definiert werden, sonst gelingt aufgrund ungesteuerter gruppendynamischer Prozesse die Integration von Personen unterschiedlicher Leistungsstärke und Qualifikation nicht.

Auf das Alter bezogene differenzierte Leistungsniveaus erfordern aber ebenso Veränderungen im Bereich der Arbeitszeiten. Es müssen bei sich verlängernder Lebensarbeitszeit Zeitgestaltungsmodelle entwickelt werden, die weg von der starren Gestaltung der Arbeitszeit über das gesamte Arbeitsleben mehr den persönlichen und auch den betrieblichen Interessen Rechnung tragen, wie z.B.

- gleitender Ruhestand
- Jahresarbeitszeit
- Lohn-/Gehalts-/Zeitoptionen
- differenzierte Schichtmodelle.

Akzeptiert man, daß mit steigendem Alter sich die Leistungsfähigkeit verändert, müssen die bisherige Bewertung der Arbeit an der sog. "Standardleistung" und die sich daraus ergebenden Entlohnungsformen verändert werden, hin zu einem differenzierten Modell von Leistungsanforderung und Entlohnung.

### 3.4 Qualifikation

Durch die immer kürzer werdenden Innovationszyklen wird von den Mitarbeitern ein "lebenslanges Lernen" gefordert. Jüngere und ältere Mitarbeiter unterscheiden sich erheblich hinsichtlich Erfahrungswissen und Lernfähigkeit.

Da mit zunehmendem Alter das Lernen immer schwerer fällt, gilt es, entsprechende Lernstrategien zu entwickeln. Hierbei müssen zwei Ansätze berücksichtigt werden: Für die jetzt Jüngeren das Training lebenslangen Lernens, für die schon Älteren müssen neue Lernkonzepte gestaltet werden, die spezifisch auf deren Belange eingehen.

#### 4. Diskussion

Die Herausforderungen durch die demographische Entwicklung und das damit verbundene Älterwerden der Belegschaften erfordern einen integrativen Lösungsansatz sowohl in den Betrieben als auch in der Gesellschaft.

Vordergründig kommt es hierbei zwar zu gesundheitlichen Problemen, da ältere Arbeitnehmer häufiger und länger erkranken als jüngere. Eine Reduktion der Problemlösung auf die für den betrieblichen Gesundheitsschutz zuständigen Organisationen würde aber der Problematik nicht gerecht.

Erforderlich ist eine mitarbeiterorientierte Gestaltung der Technik und Arbeitsorganisation, um einen anforderungs- und eignungsgerechten Arbeitseinsatz zu gewährleisten. Hierbei müssen intra- und interindividuelle Unterschiede der Mitarbeiter berücksichtigt werden, unter Zuhilfenahme von prospektiven Personalstrukturanalysen, um so ein differenziertes Arbeitsplatzangebot entstehen zu lassen.

Dies alles erfordert eine integrierte Gesamtplanung unter intensiver Einbeziehung des praktischen arbeitsmedizinischen Sachverständes der Betriebsärzte, die sich durch ganzheitliches Denken und interdisziplinäres Arbeiten auszeichnen.

Sich durch Innovation verändernde Belastungsstrukturen mit unbekanntem gesundheitlichen Auswirkungen erfordern die Installation von Frühwarnsystemen zum Gesundheitsmonitoring. Hier bietet sich die flächendeckende Erfassung von Gesundheitsdaten im Rahmen einer allgemeinen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung nach § 3 Abs. 1 Arbeitssicherungsgesetz (ASiG) mit standardisierter Beschwerdeerfas-

sung und ihre epidemiologische Auswertung an. Aus Gründen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht müssen diese Erfassungen und Auswertungen als "stand-alone-System" beim betrieblichen Gesundheitsschutz erfolgen.

Die alleinige Verwendung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen zur Identifikation von Belastungsstrukturen ist aus unterschiedlichen Gründen zu unscharf. Die aus diesen Analysen gewonnenen Erkenntnisse müssen sowohl Eingang in die Planung zum Abbau von Belastungsstrukturen finden als auch der Entwicklung von Gesundheitsförderungsstrategien dienen. Bei zunehmendem Altern der Belegschaft wird es immer wichtiger, frühzeitig durch entsprechende Maßnahmen, chronischen Erkrankungen vorzubeugen oder ihre Weiterentwicklung zu stoppen.

Von der Altersverschiebung werden alle Beschäftigtengruppen im Unternehmen betroffen sein, so daß nicht nur in den sog. "produktiven Bereichen" Gestaltungsbedarf entsteht. Ebenso werden die Veränderungen in den "indirekten Bereichen" eine hohe geistige Flexibilität der Mitarbeiter erfordern, denen es durch geeignete Qualifikation und Lernstrategien zu begegnen gilt.

Altersgerechte Arbeitsplatzstrukturen müssen zwar in den Betrieben geschaffen werden, erfordern aber Veränderungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen. So müssen, um die Weiterbeschäftigung älterer Mitarbeiter zu sichern, flexible Arbeitszeitmodelle und differenzierte Entlohnungssysteme geschaffen werden. Hier sind die Tarifparteien gefordert, mit Phantasie und Kreativität, unter Berücksichtigung praktischer betrieblicher Erfahrungen, Lösungen zu erarbeiten.

Da die demographische Entwicklung zwar in Europa ähnlich wie in Deutschland, aber weltweit ganz anders verläuft, sind deutsche Unternehmen wegen ihrer Exportlastigkeit gezwungen, sich dem Welt-niveau bei Innovation und Flexibilität anzupassen.

Betrachtet man die Probleme älterer Arbeitnehmer, wie Zunahme chronischer Erkrankungen und eine biologisch begründete, daher eigentlich physiologische Abnahme körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit,



muß die Frage erlaubt sein, ob die momentan angewandten Strategien zur Produktivitätssteigerung, wie z.B. "lean production" und "Fertigungstiefenoptimierung" für die Schaffung altersgerechter Arbeitsplätze die richtigen sind.

Die hier notwendigen Änderungen, um zur altersgerechten Gestaltung der Arbeit zu kommen, erfordern flankierende staatliche Maßnahmen.

## Anhang

Abbildung 1

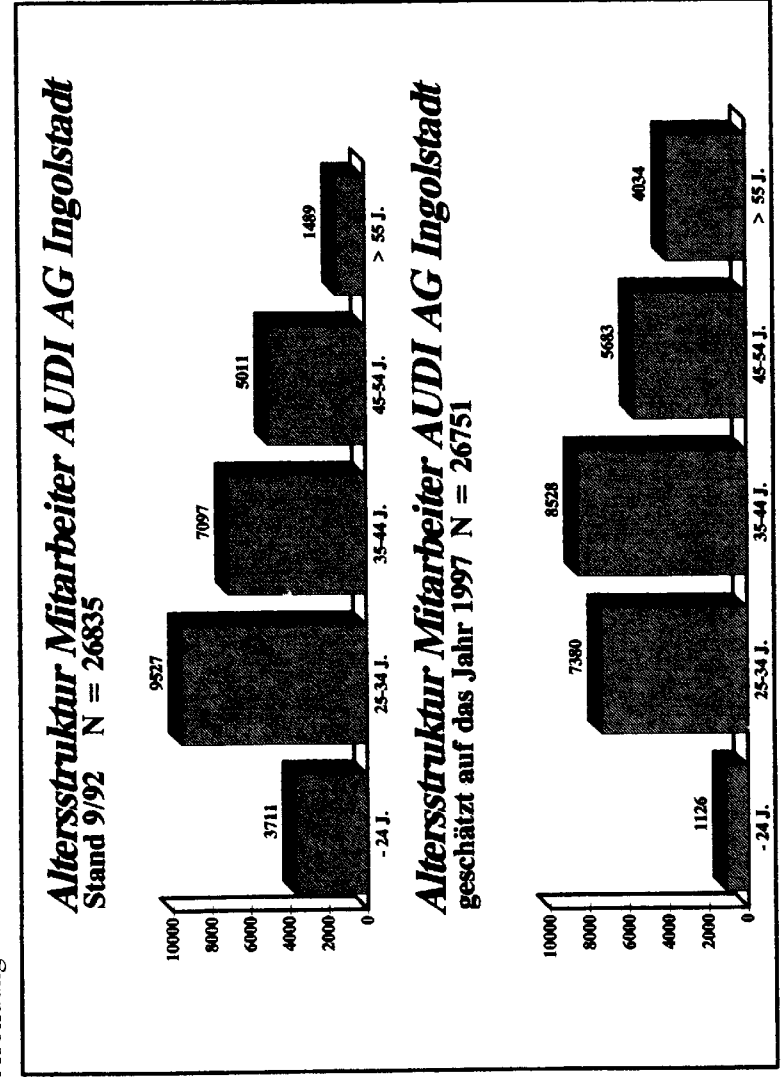


Abbildung 2

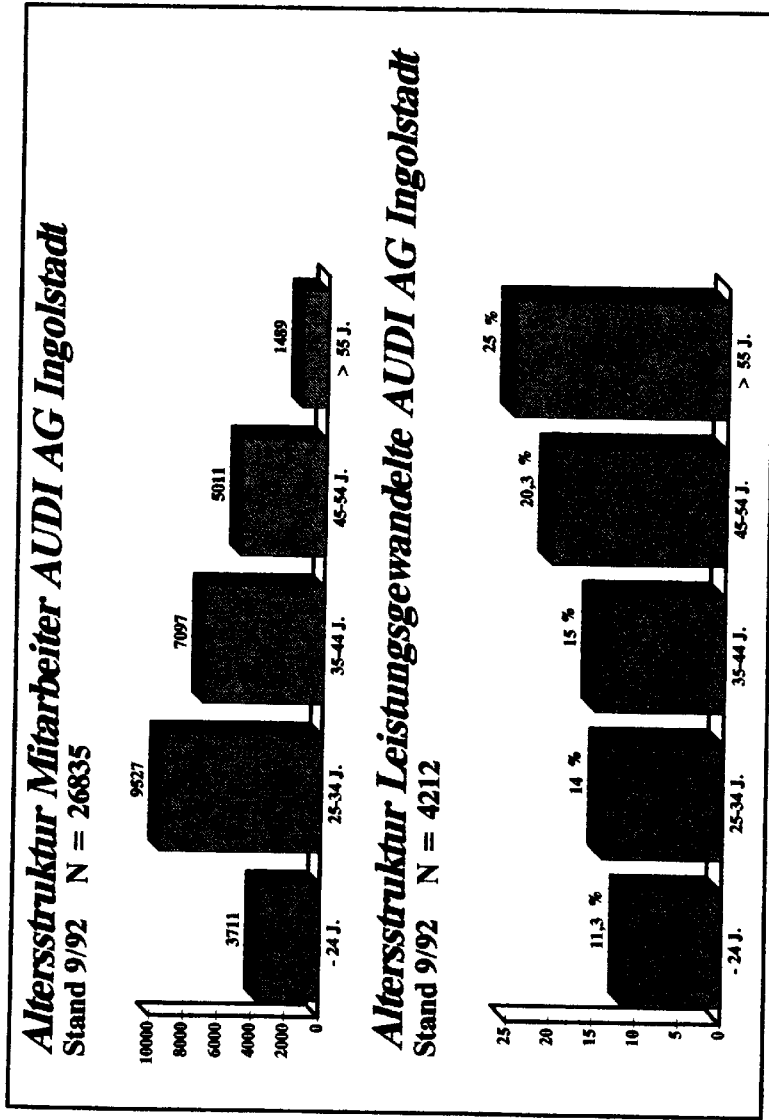
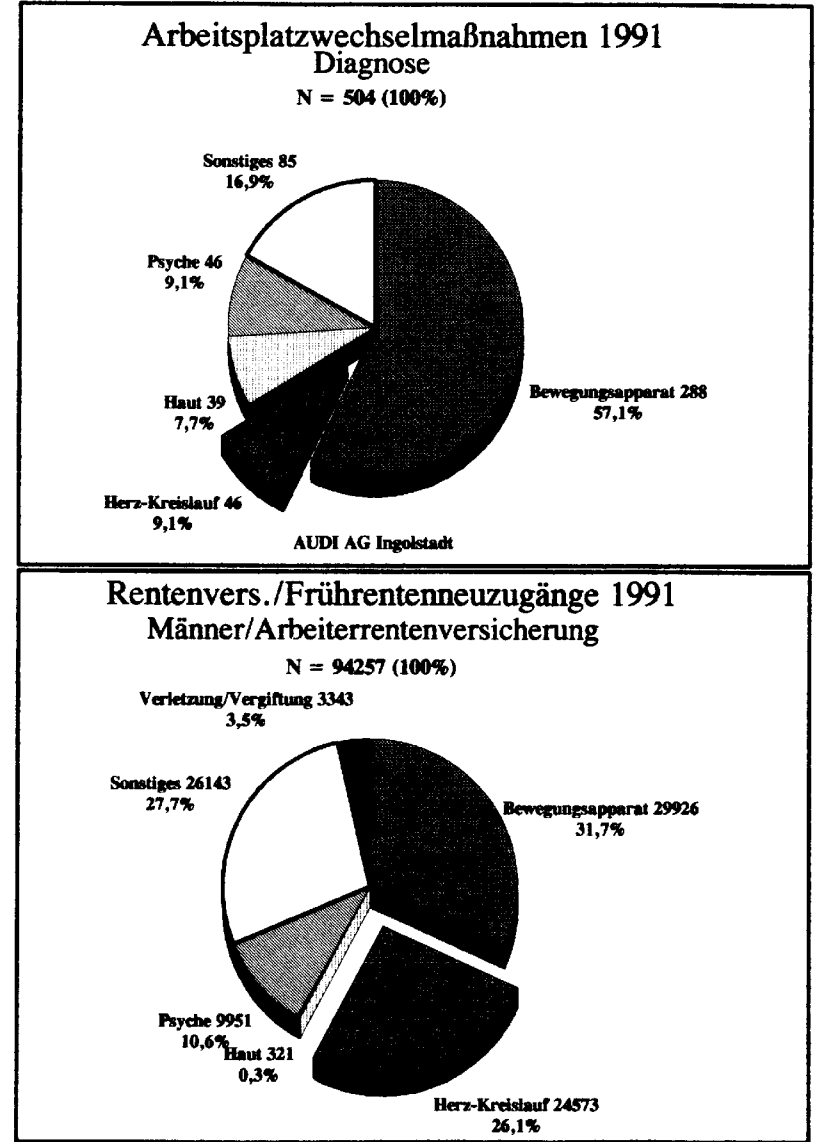


Abbildung 3



## ***Arbeitsorganisation / Arbeitseinsatz***

### **Prospektive Personalstrukturanalyse unter Berücksichtigung von**

- **Qualifikation**
- **Qualifizierbarkeit**
- **unterschiedliche Leistungsfähigkeit  
in Abhängigkeit von:**
  - o **Alter**
  - o **Geschlecht**
  - o **Gesundheit**
- **Entlohnungsstruktur**
- **Arbeitskräftemarkt**
- **gesellschaftliche Rahmenbedingungen**

Abbildung 5

<b><i>Altersgerechte Arbeitsplatzstrukturen</i></b>
<b><i>Abhilfemaßnahmen</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>* <b>flexible Arbeitssysteme</b></li><li>* <b>montagegerechte Konstruktion</b></li><li>* <b>Puffermöglichkeiten</b></li><li>* <b>Kombination manueller Arbeit mit Überwachungsmöglichkeiten</b></li><li>* <b>Arbeitsplätze mit altersgerechter Standardleistung</b></li><li>* <b>Sitzarbeitsplätze</b></li></ul>

<b>Altersgerechte Arbeitsplatzstrukturen Gruppenarbeit</b>	
<b>Risiken</b>	<b>Maßnahmen</b>
<p>Überforderung durch vergrößerte Arbeitsinhalte</p> <p>Integrationsprobleme von Einzelnen</p> <p>Hinausdrängen von "Schwachen" und "Älteren"</p> <p>Einsatzprobleme aus gesundheitlichen Gründen</p>	<p>Qualifikation unter Berücksichtigung der Qualifizierbarkeit</p> <p>Einsatzmöglichkeiten für nicht gruppenfähige Mitarbeiter planen</p> <p>"Schwache" und "Ältere" in der Leistungsbemessung für die Gruppe in Form einer Quote berücksichtigen</p> <p>nicht jeder "macht alles"</p>

Rolf Schröder

## Betriebliche Gesundheitsberichterstattung/ Gesundheitszirkel in der Praxis

Heute, zu früher Stunde - aus der Praxis für die Praxis!

Ich bin Geschäftsführer einer mittleren Betriebskrankenkasse im Lande Bremen, Betriebskrankenkasse Klöckner Stahl, Bremen; wir betreuen mit 15 Mitarbeitern ca. 17.000 Versicherte, einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen.

Als eines der Unternehmen mit Betriebskrankenkasse (BKK), die sich zusammen mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung im Rahmen eines Projektes des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen angenommen haben, bin ich gebeten worden, einmal aus der Praxis über unsere Erfahrungen im Umgang mit betrieblicher Gesundheitsberichterstattung zu berichten.

Unser Trägerunternehmen, die Klöckner Stahl GmbH, ein Hüttenwerk an der Weser in Bremen, beschäftigt ca. 6.000 Mitarbeiter - das sind Ingenieure, Techniker, Handwerker, angelernte Produktionskräfte, auch eine große Anzahl ausländischer Arbeitnehmer, insbesondere Türken, sowie Verwaltungsangestellte. Wobei zu vermerken ist, daß ein großer Teil der Angestellten des Trägerunternehmens leider nicht in der Betriebskrankenkasse versichert ist.

Die Beschäftigtenstruktur der Klöckner Stahl GmbH zeigt für die gesamte Hütte Bremen bei den Pflichtversicherten der Betriebskrankenkasse, daß die Beschäftigten überwiegend relativ jung sind (40% der Beschäftigten sind unter 35 Jahren) und der Ausländeranteil mit 20% eher hoch ist. Das Durchschnittsalter der ausländischen Beschäftigten ist mit 40 Jahren etwas höher als das der deutschen Arbeitnehmer.

Nun will ich in diesem Zusammenhang auch noch erwähnen, daß die Erkenntnis von Selbstverwaltung und Verwaltung der Kasse, einen Gesundheitsbericht erstellen zu lassen, nicht ganz ohne äußere Einflüsse zustande gekommen ist. Als Betriebskrankenkasse Klöckner Stahl sind wir eine von 14 Betriebskrankenkassen im Lande Bremen, die einen

eigenen Landesverband bilden. Dieser Landesverband hat sich im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes eine Finanzausgleichsordnung, wie es § 266 SGB V (Sozialgesetzbuch) vorsieht, gegeben. Aufgrund der Einnahmen- und Ausgabenstruktur unserer Kasse sind wir als Betriebskrankenkasse Klöckner der Hauptempfänger von Ausgleichszahlungen und der damit verbundenen Auflagen des Vorstandes des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen, die Gründe für einen erhöhten Bedarfssatz unserer Kasse zu ermitteln und geeignete Maßnahmen zur Senkung des derzeitigen Bedarfssatzes herbeizuführen.

Dabei ist vielleicht zu erwähnen, daß die Betriebskrankenkasse derzeit einen Beitragssatz von 11,7% erhebt, die zuständige Ortskrankenkasse 14,5%, ab 1. Oktober 1992 von 15,3%. Es muß darauf hingewiesen werden, daß der Beitragssatz der Betriebskrankenkassen von 11,7% ein durch Finanzausgleichszahlungen subventionierter Beitragssatz ist.

Als zuständige Pflichtkrankenkasse für die Klöckner Stahl GmbH, mit einem relativ hohen Krankenstand, haben wir unsere Aufgabe aus dem § 20 SGB V sehr früh sehr ernst genommen und im Rahmen des Landesverbandes der 14 Bremer Betriebskrankenkassen unseren Versicherten umfangreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten - pro Halbjahrzeit 1990 ca. 60 Kurse betreffend Ernährung, Bewegung, Nichtraucher usw. - die sehr gut angenommen wurden.

Diese "Verhaltensbezogenen Maßnahmen" erreichten jedoch nicht in ausreichendem Maße unsere überwiegend im Schichtdienst arbeitenden Versicherten - zum Teil in Konti-Schicht - mit einem Einzugsgebiet von 80 Kilometern um das Hüttenwerk. Schon gar nicht waren sie geeignet, die älteren, oft auch leistungsgeminderten Versicherten anzusprechen, d. h. es mußte ein Ansatz gefunden werden, unter Berücksichtigung

- der Alterstruktur
- umfassender Schichtarbeit, verbunden mit
- hohen Belastungen am Arbeitsplatz
- kaum mehr vorhandener Schonarbeitsplätze
- und hohem Krankenstand.

Gesucht wurde gemeinsam eine solide Basis, von der aus das Thema "Gesundheit im Betrieb" von allen Personen, die im Betrieb mit Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung befaßt sind, angegangen werden konnte. Auch wollten alle Beteiligten in diesem Zusammenhang den Anforderungen des § 20 SGB V in geeigneter Weise Rechnung tragen. Dieser Paragraph des Sozialgesetzbuches V verpflichtet die Kassen, ihre Versicherten allgemein über

- Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheiten aufzuklären
- ihre Versicherten darüber zu beraten, wie Gefährdung vermieden und Krankheit verhütet werden können.

Ebenso sollen die Krankenkasse den Ursachen von Gesundheitsgefährdung und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken, wobei die Kassen bei der Verhütung arbeitbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken können.

In enger Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen hat der Vorstand unserer Kasse dann beschlossen, die bereits bei dem Unternehmen parallel angelaufenen Maßnahmen zur Fehlzeitenanalyse mit den Daten der Betriebskrankenkasse durch einen "Gesundheitsbericht Betriebskrankenkasse" zu unterstützen bzw. zu ergänzen. Dabei werden Arbeitsunfähigkeitsdaten der BKK den verschiedenen Arbeitsplätzen des Unternehmens zugeordnet - anonym natürlich! Dieser Bericht liegt inzwischen vor.

Ich zeige Ihnen jetzt einmal auf, wie der Weg von den Daten der Betriebskrankenkasse zum Gesundheitsbericht bis hin zu den Gesundheitszirkeln in der Praxis aussieht (weiterer Vortrag anhand von Folien).

Die betriebliche Gesundheitsberichterstattung ist gekennzeichnet von zwei Schwerpunkten: Einmal sind die eigentlichen Ziele der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung festzulegen, d.h. insbesondere die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Förderung der Gesundheit, verbunden mit einer Verbesserung der Produktivität. Zum anderen ist eine Einigung über die Vorgehensweise, d.h. die Methoden der Gesundheitsberichterstattung herbeizuführen, denn sie sollen Informationen über die Gesundheit und Krankheit im Betrieb geben; sie sollen

die Kommunikation im Betrieb verbessern. Die dazu notwendigen Instrumentarien sind der Arbeitskreis "Gesundheit" und die Etablierung von Gesundheitszirkeln.

Die einzelnen Bestandteile der betrieblichen Gesundheitsförderung im Betrieb sind einmal die Analyse und Planungsphase, dann die Durchführungsphase und die Bewertungsphase, wobei wir uns z. Z. in der Phase der Durchführung befinden. In der Gesundheitsberichterstattung gibt es in der Praxis verschiedene Stufen:

- Einführung des Verfahrens
- Information- und Konsensbildung
- Erstellung des Gesundheitsberichtes
- Einrichtung eines Arbeitskreises "Gesundheit"
- Entwicklung von Maßnahmen und die Installation von Gesundheitszirkeln und weiteren Aktivitäten
- Bewertung.

Daß der Datenschutz bei der Einführung dieses Verfahrens des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen eine sehr große Rolle spielte, habe ich bereits angedeutet. Im Grunde ist es hier das erste Mal, daß Kassendaten - gleich Versichertendaten - mit betrieblichen Daten verbunden werden.

In unserem Falle stellte die Betriebskrankenkasse die Daten aus ihrer amtlichen Statistik des Jahres 1991 dem Bundesverband der Betriebskrankenkasse in verschlüsselter Form zur Verfügung, die keine Rückschlüsse auf einzelne Krankheitsfälle ermöglicht. Der Bundesverband hat diese Daten analysiert, über das Ergebnis sowohl im Arbeitskreis "Gesundheit" wie auch die Beschäftigten des Unternehmens informiert, wobei der vom Bundesverband zur Verfügung gestellte Bericht nur gruppenbezogen ausgewertet wurde. Betriebsbereiche und Fallzahlen kleiner als 50 wurden dabei nicht ausgewertet, um die schon angesprochenen Rückschlüsse auf Einzelfälle zu verhindern.

Das Informationsraster dieses Berichtes baut auf den Bundeszahlen, den Zahlen der Eisen- und Stahlbranche, dem einzelnen Unternehmen, den

Abteilungen, den Arbeitsbereichen bis hin zu einzelnen Arbeitsplätzen auf, wobei auch die Möglichkeit anderer Kriterien, z.B. berufsgruppenbezogen, arbeitsplatzbezogen, funktionsbezogen möglich gewesen wäre, auf die in unserem Hause verzichtet wurde.

Der Arbeitskreis "Gesundheit" hat sich inzwischen etabliert. Wir haben Wert gelegt auf eine möglichst "hochkarätige" Besetzung, um die in den Gesundheitszirkeln erarbeiteten Ergebnisse auch umsetzen zu können, selbst wenn es sich um kostenintensive Verbesserungen am Arbeitsplatz handeln sollte. Die Moderation dieses Arbeitskreises haben wir dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen als externem Gremium übertragen, ebenso die Moderation der Gesundheitszirkel. Wir sind der Meinung, daß die fachliche Kompetenz der von uns gewählten Moderatoren die Akzeptanz der Ergebnisse des Arbeitskreises "Gesundheit" und von Gesundheitszirkeln in unserem Unternehmen bei den Beteiligten erhöht.

Die Besetzung des Arbeitskreises haben wir folgendermaßen vorgenommen: Arbeitsdirektor, Technischer Direktor, Werksarzt, Leiter Arbeitssicherheit, Personaldirektor, Geschäftsführer der Betriebskrankenkasse und Betriebsrat, wobei diese Besetzung durchaus in anderen Betrieben anders gestaltet sein kann, daß z.B. schon der Sozialdienst, Vertreter der Betriebssportgruppen oder der Kantine in diesem Leitungsgremium beteiligt sein können, aber auch genauso gut erst in den Gesundheitszirkeln vor Ort, wie wir es vorsehen.

Nachdem wir uns jetzt intensiv mit dem Gesundheitsbericht auseinandergesetzt haben, ist uns klar geworden, daß die Ergebnisse relativ abstrakt sind und für die praktische Umsetzung viel zu allgemein sind. Der Bericht zeigt jedoch sehr deutlich, daß in einigen Bereichen ein gehäuftes Vorkommen bestimmter Erkrankungsarten verbunden mit überdurchschnittlich hohen Arbeitsbelastungen einhergeht.

Allein aus diesen Ergebnissen lassen sich noch keine praktischen Maßnahmen ableiten; daher ist die Umsetzung dieser Ergebnisse des Gesundheitsberichtes an eine bestimmte, vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen entwickelte Form, gebunden. Dabei muß deutlich gesagt werden, daß es auch andere Formen der Umsetzung dieser Ergebnisse gibt. Nur erscheint es uns als Betriebskrankenkasse, die wir

nur einen Trägerbetrieb im Vergleich zu anderen gesetzlichen Krankenkassen zu betreuen haben, ein besonders geeignetes Modell zu sein.

Insbesondere werden hierbei die psycho-sozialen Belastungen, die von besonderer Bedeutung für viele Erkrankungen sind, berücksichtigt. Weitere Vorteile, die für diese Vorgehensweise sprechen, sind, daß konkrete Hinweise auf Gesundheitsgefährdung und Gefährdungsbereiche aufgezeigt werden, denen nachgegangen werden kann.

Da insbesondere bei chronischen Erkrankungen häufig mehrere Faktoren auf den Mitarbeiter des Unternehmens einwirken, sind hier insbesondere die Erkenntnisse der betroffenen Mitarbeiter zu berücksichtigen. Ein geeignetes Mittel zur Umsetzung der Ergebnisse des betrieblichen Gesundheitsberichtes ist die Etablierung von Gesundheitszirkeln in besonders herausragenden Bereichen. Wobei ich ausdrücklich darauf hinweisen möchte, daß nicht nur die Etablierung von diversen Gesundheitszirkeln der alleinige Schritt sein kann, sondern daß auch weitere Aktivitäten - Werksarzt, Arbeitssicherheit, Krankenkasse - erforderlich sind, um hier ein gemeinsames Ziel zu erreichen.

Es gibt zwei besondere Aspekte der Arbeit der Gesundheitszirkel. Zum einen soll sie klären, welche Arbeitsanforderungen vor Ort besonders belastend sind, wie sie beeinflußt werden können und welche Situationen aus der Sicht der Mitarbeiter des Unternehmens zu gesundheitlichen Beschwerden geführt haben können. Eine weitere Aufgabe der Gesundheitszirkel besteht darin, aus den o.g. Erkenntnissen Verbesserungsvorschläge zu entwickeln, insbesondere im Hinblick auf technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen.

Da wir in unserem Unternehmen uns noch mitten in der Realisierungsphase befinden, haben wir folgende Besetzung der wenigen, vorerst zu etablierenden Gesundheitszirkeln vorgesehen. Es sollen diesen Zirkeln mehrere Beschäftigte eines herausragenden Bereiches angehören. Sie werden von der Gruppe ihrer Kollegen ausgewählt, um von vornherein die Vertrauensbasis in dem betreffenden Bereich zu schaffen. Diese Mitarbeiter sollen sowohl ihre eigenen Erfahrungen wie auch die Hinweise ihrer Kollegen in die Diskussion einbringen und ihren Bereich über die Diskussion im Zirkel informieren. Daß der Meister des betroffenen Bereiches diesem Zirkel angehört, ergibt sich schon aus ihm

übertragenen Verantwortung für das Personal, die Produktion und die Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen. Daß Betriebsleiter, Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft und Betriebsrat ebenso an den Zirkeln beteiligt sind ist wichtig, um das gesamte Spektrum der Probleme in diesem Bereich angehen zu können. Dabei kann die Besetzung des Zirkels von Betrieb zu Betrieb durchaus unterschiedlich sein.

Daß wir uns für die Betreuung des Zirkels durch einen neutralen Moderator entschieden haben, erscheint uns nach wie vor die sinnvollste Lösung, da der Moderator nicht inhaltlich, sondern nur verfahrensbezogen seine Aufgabe wahrzunehmen hat.

Wir erwarten von diesen Gesundheitszirkeln Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor Ort sowie Vorschläge zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die Bewertung und Umsetzung der erarbeiteten Vorschläge sollen in unserem Fall der Arbeitskreis "Gesundheit" vornehmen.

Die Arbeit in den Gesundheitszirkeln soll in verschiedenen Stufen in gestaffelter Form erfolgen, um möglichst bald zu konkreten Verbesserungsvorschlägen zu kommen. Dabei ist daran gedacht, in vier Sitzungen an der Arbeit vor Ort beteiligt zu sein, in drei bis vier Zusammenkünften die Beanspruchung am Arbeitsplatz und deren Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz zu erarbeiten und in etwa drei Sitzungen Verbesserungsvorschläge gemeinsam zu erarbeiten zur Vorlage an den Arbeitskreis "Gesundheit", oder auch bei Vorschlägen geringerer Reichweite diese direkt vom Vorgesetzten umsetzen zu lassen. Inwieweit hier das betriebliche Vorschlagswesen mit eingebunden werden soll, ist bisher noch ungeklärt.

Ein wichtiger Hinweis vor Beginn der Arbeit dieser Gesundheitszirkel, man kann schon fast sagen der wichtigste Hinweis, ist die Information der Belegschaft über die Projektphase und den Sinn und Zweck der Etablierung von Gesundheitszirkeln. Diese Information kann in mehreren Schritten erfolgen, sowohl auf Belegschaftsversammlungen wie auch in Bereichsversammlungen und am Schwarzen Brett. Insbesondere muß sie in den Bereichen sehr gründlich erfolgen, in denen diese Gesundheitszirkel etabliert werden sollen. Daß nach Beendigung der Arbeit der Gesundheitszirkel die Belegschaft über die Ergebnisse informiert wer-

den soll, erscheint nur sinnvoll, wobei gleichzeitig erwähnt werden muß, daß der Gesundheitsbericht auf der Basis der Zahlen von 1991 sinnvollerweise auf der Basis 1992 und 1993 erneut erstellt werden muß, um erste Erkenntnisse über eingeleitete Maßnahmen und eventuell neuere Tendenzen zu gewinnen.

Alle Beteiligten, d. h. Vertreter des Unternehmens, Betriebsrat, Vorgesetzte und Beschäftigte sind sich einig darüber, daß durch diese Zirkulararbeit der Informationsfluß zwischen den betrieblichen Gruppen eine neue Dimension bekommt.

Wir haben alle die Hoffnung, daß viele Hinweise aus dem Arbeitsalltag, die bisher unbeachtet blieben, jetzt erneut mitgeteilt und aufgearbeitet werden, und daß die Zirkulararbeit die ideale Basis darstellt, um Probleme des Arbeitsalltags zu verdeutlichen und sich gemeinsam um deren Bereinigung zu bemühen. Wir sind optimistisch, daß wir mit dieser betrieblichen Gesundheitsberichterstattung für unsere Versicherten und unser Unternehmen einen zukunftsweisenden Schritt getan haben.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich hoffe, daß ich Ihnen hiermit aus der Praxis für die Praxis einmal einen Überblick über betriebliche Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszirkel geben konnte und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Bernard Braun

## **Prävention als Kooperationsaufgabe von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Berufsverbänden und Rentenversicherungsträgern**

### **1. Einleitung**

Sie haben in den Ausführungen meiner Vorredner eine Menge darüber erfahren, auf der Grundlage welcher Probleminformationen welche Akteure und Institutionen Verbesserungen der betrieblichen Gesundheitspolitik möglich erscheinen und modellhaft auch bereits erreicht worden sind.

Wie insbesondere beim letzten Referat von Herrn Schröder deutlich wurde, drehen sich diese Veränderungen und Verbesserungen letztlich um eine organisatorische Um- oder Neugruppierung der bisherigen Träger des betrieblichen Gesundheitsschutzes, eine qualitative Erweiterung des bisher expertendominierten Akteurskreises insbesondere um betroffene Arbeitnehmer und als Quintessenz dieser beiden Prozesse eine inhaltliche Anreicherung in Richtung Gesundheitsförderung.

Damit gibt es erste positive Lebenszeichen eines neuen Konzeptes der betrieblichen Gesundheitspolitik, das in der kritischen Bestandsaufnahme des bisherigen Politiktyps in einem jüngst veröffentlichten Memorandum zum Zustand des deutschen Arbeits- und Gesundheitsschutzsystems folgendermaßen charakterisiert wurde:

"Das Leitbild des Schutzes muß in Richtung aktiver Gesundheitsförderung weiterentwickelt werden. Gesundheitsexperten müssen sich als Partner im betrieblichen Gesamtgeschehen begreifen. Sie müssen sich von der Rolle des bloßen Überwachers lösen und zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Technik, Arbeitsorganisation und Arbeitsablauf übergehen. Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung sollte das Leitbild betrieblicher Gesundheitsaktivitäten werden. Für die Aus- und Weiterbildung der Experten folgt daraus, daß sie neben medizinischen bzw. sicherheitstechnischen Kompetenzen auch Kompetenzen



im Bereich der Arbeitsorganisation und Personalentwicklung erwerben müssen." (Bestandsaufnahme S. 10).

Ergänzend zu diesen oft einzelbetrieblichen Modellansätzen möchte ich Ihnen über Konzeption und erste Realisierungsschritte eines weiteren überbetrieblich- institutionenbezogenen Elements, wenn nicht sogar einer Voraussetzung dieser Wandlungsprozesse, berichten. Dieses Element ist das einer verstärkten, wenn nicht sogar erstmaligen aufgaben- d.h. in diesem Falle präventionsbezogenen Kooperationsmöglichkeit der traditionell "versäulten", d.h. hart gegeneinander abgeschotteten Sozialversicherungsträger.

Im Mittelpunkt meiner Ausführungen stehen drei Aspekte dieses institutionellen Wandels:

1. Sein normativer Hintergrund,
2. die Diskussion einiger Friktionen eines derartigen Kooperationsmodells bei unveränderten Bedingungen im "Umfeld" der verschiedenartigen Kooperationsgefüge und
3. die Vorstellung einiger praktizierter Kooperationsmodelle samt kritischer Würdigung.

## **2. Einige Anmerkungen zur Entwicklung des Kooperationsgedankens in der deutschen Sozialversicherung**

So ganz neuartig, wie dies manchmal gedacht wird, ist das Konzept der aufgaben- und zweckbezogenen Kooperation von Sozialversicherungsträgern nicht. Seit den 70er Jahren ist nämlich ein deutlicher Bruch mit der weitgehend kooperationsfeindlichen und in diversen empirischen Analysen als gesundheitspolitisch dysfunktional charakterisierten RVO-Welt zu beobachten. Hierbei zeichnet sich im normativen Bereich eine sukzessive, aufgabenbezogene horizontale Verknüpfung der "versäulten", jahrzehntelang gegeneinander abgeschotteten Sozialversicherungsträger ab.

Um die Bedeutung und die Problematik der aktuellen Kooperationsnormen und -ermächtigungen und -verpflichtungen angemessen be-

werten zu können, lohnt sich daher auch ein Blick auf die Qualität und Wirkungsgeschichte dieser verschiedenen "alten" Kooperationsanforderungen und -konzepte. Ich kann und will mich hier nur auf Beispiele konzentrieren. Das erste Beispiel ist der noch vor den 70er Jahren existente § 343 der Reichsversicherungsordnung (RVO), der besagt, daß

"der Vorstand (der Krankenkasse - bb) verpflichtet (ist), den Gewerbeaufsichtsbeamten auf Verlangen Auskunft über Zahl und Art der Erkrankungen zu erteilen."

Auch wenn der Typus der Kooperation ausgesprochen dirigistisch und zwanghaft war, so handelt es sich doch um einen frühen Anlauf, die Barrieren zugunsten eines allerdings praktisch nicht ausformulierten Gesamtinteresses an Arbeits- und Gesundheitsschutz zu überwinden.

Weit inhaltlicher und programmatischer hören sich dann schon die normativen Grundlagen der Kooperation im Bereich der Rehabilitation und zwischen deren Trägern an. So unterstreicht etwa der § 5 RehaAnglG (Rehabilitierungsangleichungsgesetz) unter der Überschrift "Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger" ausdrücklich mehrere Kooperations- oder zumindest Koordinationsnotwendigkeiten:

"(1) Die Rehabilitationsträger haben im Interesse einer raschen und dauerhaften Eingliederung der Behinderten eng zusammenzuarbeiten ... gemeinschaftliche Auskunfts- und Beratungsstellen sind anzustreben ...

(3) In allen geeigneten Fällen, insbesondere wenn das Rehabilitationsverfahren mehrere Maßnahmen umfaßt oder andere Träger und Stellen daran beteiligt sind, hat der zuständige Träger einen Gesamtplan zur Rehabilitation aufzustellen ...

(6) Im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen wirken die Rehabilitationsträger im Benehmen mit Bund und Ländern darauf hin, daß

1. das Rehabilitationsverfahren nahtlos und zügig verläuft und
2. die Leistungen zur Rehabilitation dem Umfang nach einheitlich erbracht werden."

Wichtig und charakteristisch ist in diesem Zusammenhang, daß der Gesetzgeber bei den Regelungsvorschriften z.B. des § 5 des RehaAnglG

nicht nur auf den guten Willen der Sozialverwaltungen gesetzt hat, ihren eindeutigen **Kooperationspflichten** nachzukommen, sondern im § 8 dieses Gesetzes verkündete, deren Inhalte notfalls selber durch eine Rechtsverordnung durchzusetzen.

Versucht man nach über 15 Jahren normativer Kooperationsanforderung in diesem Gebiet eine Art nach vorne gerichtete Zwischenbilanz zu ziehen, sollte nach inhaltlichen und organisatorischen Aspekten unterschieden werden.

Inhaltlich ist einer kritischen Bilanz des verstorbenen Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand und kompetenten Kenners der Kranken- und (!) Rentenversicherung, Alfred Schmidt zuzustimmen, der u.a. zu folgenden Einzelbewertungen von Rehabilitationsmaßnahmen kommt:

Nach dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) "dominieren bei der Frage nach der optimalen Therapie immer noch Finanzierungsaspekte ... was schlicht und einfach mit den Abgrenzungs- und Zuständigkeitsregelungen im Medizin- und Sozialversicherungssystem zusammenhängt." (BKK 7-8/1989, S.402).

Als bitteren Ausklang einer euphorischen Beschreibung eines integrierten Modells von Rehabilitation und Kuration chronischer Erkrankungen stellt wiederum Schmidt nach rund anderthalb Jahrzehnten RehaAnglG fest:

"Wer hinterherhinkt, das sind Sozialleistungsträger und die Strukturen des Medizinsystems, die sich nur an überkommenen Abgrenzungen orientieren... Es dominiert (bei der Krankenversicherung) das herkömmliche Vertragswesen." (Schmidt, BKK 7-8/89, S. 411).

Daran ändert auch die teilweise produktive Tätigkeit der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation nichts, da sich das Schicksal von Kooperation allein im direkten und dezentralen Zusammenhang mit gesundheitlichen und sozialen Problemlagen entscheidet.

Zu den Hauptgründen dieser gesundheitspolitischen Stagnation zählt Schmidt schließlich mit seiner Frage "ob hier wirklich etwas bewegt werden kann, solange ein existentieller Wettbewerb jene Kräfte bindet, die eigentlich für die Weiterentwicklung des Medizinsystems im Inter-

esse der Patienten dringend gebraucht werden" (ebd.) eine sozialpolitische Tatsache, die auch bei der Kooperation im Bereich Prävention ihr kontraproduktives Potential entfalten könnte.

Organisatorisch sind die Anfänge einer Kooperationsorientierung auf der normativen Ebene durch rigide und sanktionsmittelbewehrte Konzepte geprägt.

Diese obrigkeits- oder zentralstaatlichen Eingriffsandrohungen in den Bereich der relativen Autonomie der Selbstverwaltung ist inhaltlich vor allem deshalb problematisch, weil damit erreicht werden soll, daß die derartig "motivierten" Institutionen dienstleistungsorientiert und die Autonomie ihrer Versicherten stärkend agieren sollen. Wenn mit einer Institution aber selber nicht kooperativ und kommunikativ umgegangen wird, ist sie selber aller Wahrscheinlichkeit nach nicht in der Lage ihrer Umwelt gegenüber kooperativ und kommunikativ zu agieren.

In einer bestimmten Art und Weise ist es dann sogar positiv zu sehen, daß sich trotz dieser Sanktionsdrohungen in diesem Bereich wenig getan hat.

Für eine Beurteilung der Zukunftschancen des im GRG neugewagten Anlaufs zu einer verstärkten Kooperation im Bereich der präventiven Aufgaben, ist es aber wichtig, die Bedingungen des relativen Scheiterns dieser programmatischen Anfänge festzuhalten.

Dazu können vor allem der "Rechtsverordnungsgeist", eine zu abstrakte oder fehlende Zielorientierung, eine unzureichende Reflexion über die "ganzheitlichen", ressortübergreifenden Eigenarten des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit sowie die Kassenkonkurrenz gezählt werden.

### **3. Ausgewählte Beispiele normativer Grundlagen einer Kooperation im Bereich Prävention**

Für die in diesem Referat besonders angesprochenen Kooperationspartner und Kooperationsebenen stellen im wesentlichen der § 20 SGB V (Sozialgesetzbuch) und der § 31 SGB VI sowie teilweise deren Folgevereinbarungen die normativen Anstöße bzw. Handlungsgrundlagen dar.

Im § 20 SGB V handelt es sich hinsichtlich der Erfordernis von kooperativen Strukturen vor allem um folgende Anforderungen:

"... (2) Die Krankenkassen können bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken. Sie arbeiten mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über die Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. ...

(4) Die Krankenkassen sollen bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und mit auf diesem Gebiet bereits tätigen und erfahrenen Ärzten sowie mit den dafür zuständigen Stellen, insbesondere (!) den Gesundheitsämtern und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eng zusammenarbeiten. Über die gemeinsame und einheitliche Durchführung von Maßnahmen können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Stellen schließen."

Diese Fülle von Kooperationsanforderungen insbesondere auch im Bereich Arbeit und Gesundheit, wurde gezielt für diesen Sachbereich relativ rasch zum 1.1.1992 durch eine Empfehlungsvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bestätigt und detailliert operationalisiert.

In dieser Vereinbarung heißt es u.a.: "Die Gesundheitsförderung und damit auch die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren erfordert zielgruppenspezifische und bedarfsgerechte Ansätze. Neben der koordinierten Informationsgewinnung über gesundheitliche Belastungsschwerpunkte können die Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gemeinsame Gesundheitsförderungsstrategien entwickeln. Dies können Informations- und Aufklärungskampagnen sein, darüber hinaus aber auch Angebote, die zu individuellen oder strukturellen Veränderungen anleiten. Prinzipiell ist anzustreben, auf der Grundlage der breit gefächerten Erfahrungen der Vereinbarungspartner, die Aktivitäten des Arbeitsschutzes bzw. der Unfall-

verhütung mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Sinne einer ganzheitlichen Zielvorstellung zu integrieren.

Konkrete Beispiele für gemeinsame Aktivitäten der Kranken- und Unfallversicherung können Informations- und Aufklärungsangebote z.B. zur Unfallverhütung, zur Vermeidung der besonders häufigen Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparates, der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Allergien sein... Neben allgemeiner Information und Beratung der Versicherten können sich gemeinsame Maßnahmen der Kranken- und Unfallversicherung z.B. auf verhaltensorientierte Trainings-Maßnahmen sowie verhältnisbezogene Verbesserungsvorschläge erstrecken.

Die konkreten Formen und Inhalte kooperativer Aktivitäten sind sinnvollerweise unmittelbar unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Vorgaben zwischen den Krankenkassen und den einzelnen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung abzustimmen. Soweit eine betriebsärztliche Betreuung besteht, sind die Betriebsärzte in geeigneter Weise zu beteiligen... Die Spitzenverbände der Kranken- und Unfallversicherung werden dazu (Integration von Datenkreisen und evtl. Integration arbeitsmedizinischer Daten - bb) dezentral kooperative Modelle fördern und auswerten, um auf dieser Grundlage allgemein umsetzbare Erkenntnisse zu gewinnen."

Für eine Kooperation auf dem Gebiet der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV), Gesetzlicher Rentenversicherung (GRV) und z.B. Betrieben ist in einer allerdings schon nicht mehr so ausdrücklicher Formulierung, der aus dem Jahre 1989 stammende § 31 SGB VI anstoßgebend.

Dort wird nämlich im Abs. 1 Satz 2 festgestellt, daß als "sonstige Leistungen" "stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbstätigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben" erbracht werden können.

Will die GRV nicht warten, bis gesundheitlich erheblich Beeinträchtigte sich bei ihr direkt melden oder von einem Arzt individuell gemeldet werden und damit den Sinn dieser Regelung konterkarieren, ist sie auf

eine Kooperation mit der GKV angewiesen, die als einzige Instanz einen halbwegs vollständigen Einblick in die Gesundheitsgefährdung ihrer Mitglieder besitzt und in Gesundheitsberichtssystemen nutzbar machen kann.

In einer "Gemeinsamen Richtlinie der Träger der Rentenversicherung" zu diesem Paragraphen vom 5.9.1991 heißt es dann auch ausführlich zu dieser Bestimmung so:

"Leistungen ... kommen in Betracht für Versicherte, die aufgrund einer besonders gesundheitsgefährdenden, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussenden Beschäftigung in Verbindung mit individueller Disposition und konstitutionellen Faktoren zwar noch nicht organisch erkrankt sind oder deren organopathologischen Veränderungen noch kein Krankheitswert zukommt, bei denen jedoch nach ärztlicher Feststellung erste Störungen vorliegen."

Unter derartigen **Störungen** versteht die Richtlinie z.B. "funktionelle Regulationsstörungen der verschiedenen Organsysteme, Störungen der Atemwege, die zur Chronizität neigen oder beginnende Funktionsstörungen der Bewegungsorgane."

Das Hauptaugenmerk konzentriert sich dann aber auf "Beschäftigungen", die als besonders gesundheitsgefährdend eingestuft werden. Hierunter fallen dann z.B. Tätigkeiten

"mit besonders schwerer körperlicher und/oder außergewöhnlicher psychophysischer Belastung oder mit besonders hohen Daueranforderungen an Konzentration, Reaktionsvermögen und Verantwortung und schließlich solche mit sich häufig ändernden Arbeitsschichten im Wechsel von Tag und Nacht und erheblichen Anforderungen an das individuelle Anpassungsvermögen."

Auffällig ist innerhalb dieser mehrseitigen Richtlinie, daß der Art und Weise des Erkennens von bzw. des Zugangs zu den beschriebenen Problemkonstellationen keinerlei Aufmerksamkeit geschenkt wird. Mithin wird neun Monate nach dem Inkrafttreten des § 20 SGB V auch einer möglichen Kooperation mit der GKV keine Aufmerksamkeit geschenkt.

Bevor wir im Anschluß an diese leicht irritierende Tatsache einige der wichtigsten Restriktionen kooperativer Prävention darstellen und disku-

tieren, soll noch kurz der Typus dieses normativen Neuanlaufs zur Kooperation charakterisiert werden. In Anlehnung an die vorhin vorgenommene Bewertung stellt sich dieser neue Kooperationsansatz wie folgt dar: Das SGB V versucht interessanterweise nicht, normative Vorgaben zur Kooperation auch notfalls als Pflicht durchsetzen zu wollen - und damit letztlich auch zu scheitern. Es enthält daher weder allseitige Kooperationspflichten noch Instrumente der politischen Instanzen, derartiges durchzusetzen.

Angesichts der Erfahrungen mit der Regelung des Rehabilitationsgeschehens läßt sich im Moment noch nicht sagen, ob man darüber als Anzeichen der Abkehr von zentralstaatlichen Eingriffen in die Selbstverwaltungskapazität intermediärer Institutionen froh sein soll oder darin bereits eine Anstiftung zum "Vergessen" dieses Gestaltungsfeldes sehen soll.

Positiv ist in jedem Fall, daß die Krankenkassen einen Politikmodus entwickeln können und müssen, der durch inhaltliche Überzeugung und freiwilligen Konsens geprägt ist, und damit zugleich dem Ziel der Gesundheitsförderung angemessen ist. Durch die u.a. im § 1 SGB V definierte Einheit von Solidarität und Eigenverantwortung ("Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich... Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.") und ihrer gelegentlichen Spezifikation, gibt es für aktuelle, präventionsbezogene Kooperation ein etwas detaillierteres und vor allem ganzheitlicheres Zielsystem. Um solche Ziele erreichen zu können bedarf es einer Vernetzung von Akteuren und ihren Handlungsmöglichkeiten oder der einzelne Träger erliegt Allzuständigkeitsüberforderungen.

Die konkurrenten Strukturen zumindest im Bereich der GKV sind weiterhin existent. Auf dem Gebiet der Prävention werden sie sogar durch andere Konkurrenzverhältnisse ergänzt.

#### 4. Einige Besonderheiten und Probleme bei der Umsetzung des Kooperationsgebotes

Der Versuch, Besonderheiten und Probleme der Kooperation aufzulisten, soll nicht in dem Sinne mißverstanden werden, daß angesichts der Fülle von Hindernissen ein solcher Regulierungstyp als gescheitert betrachtet werden muß. Vielmehr geht es hier darum z.B. einen Teil der überstiegenen Erwartungen in die Durchschlagskraft und vor allem Geschwindigkeit der kooperativen Prävention nach dem SGB V einzudämmen, aber auch klar zu machen, welcher weiterer Veränderungen es bedarf, um ein präventives Klima zu schaffen.

Im § 20 SGB V werden verschiedenartige Kooperationsgefüge unterschieden, in denen alleine die Krankenkassen überall einen Partner darstellen. Im einzelnen handelt es sich um die Kooperation

- von GKV und Betrieben,
- GKV und Unfallversicherung,
- GKV und Ärzteschaft,
- GKV und Gesetzlicher Rentenversicherung sowie
- GKV und staatlichen Arbeitsschutzbehörden.

Jede dieser Kooperationen hat es mit einigen spezifischen Faktoren zu tun, die eine effektive Funktionsweise erheblich behindern können. Diese näher zu betrachten ist wichtig, um nicht nur etwas die Allzuständigkeitserwartungen an die GKV und ihre Gesundheitsförderungspolitik einzuschränken, sondern auch eventuelle Omnipotenzanforderungen an kooperative Präventionspolitik zu relativieren. "Kooperation" kann nicht der "deus ex machina" sein, der tradierte strukturellen Blockaden unwirksam macht.

Als **erstes** möchte ich darauf eingehen, daß es durchaus Kooperationspartner gibt, die schon vor Beginn einer Kooperation versuchen, diese inhaltlich unmöglich zu machen.

Als Beispiel dient uns die Politik der Rentenversicherungsträger zum bereits erwähnten § 31 SGB VI. Auf dem eh schon problematischen

Niveau der zitierten Richtlinie plädieren die Vorstandsvorsitzenden des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger im Juli 1992 in einem Brief an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zu allererst für eine Neufassung des § 31 Abs.1 Nr. 2 SGB VI. In diesem Schreiben wird die Formulierung der Vorschrift für "mißverständlich" gehalten, und als angeblich lediglich verständlichere Fassung folgendes vorgeschlagen:

"Als sonstige Leistungen zur Rehabilitation können erbracht werden ... stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die bei ihrer Beschäftigung in erheblichem Umfang außergewöhnlichen Belastungen unterliegen."

Mit der Eliminierung des Begriffs Gesundheitsgefährdung verschwindet die GKV wieder als kompetenter Partner, der um diese Gefährdung weiß. Wie die GRV aber handlungsauslösendes Wissen über arbeitsbelastete Arbeitnehmer gewinnt, bleibt offen.

Als **zweites** sollte man nicht übersehen, daß mögliche Kooperationsbemühungen der GKV in Richtung der Ärzteschaft offen oder latent als mögliche Einschränkung ihrer professionellen Selbständigkeit und Bedeutung wahrgenommen wird. Die Reaktionen reichen dann von einer Aktualisierung des ärztlichen Alleinvertretungsanspruchs gerade und auch im Bereich der Prävention bis zu beinhardter Konkurrenzsüchtelei.

So kommentierte etwa der Verband Deutscher Werks- und Betriebsärzte trotz einer schon zuvor existierenden Kooperationsvereinbarung mit Verbänden der GKV den § 20 SGB V folgendermaßen: Die Krankenkassen seien "im Begriff ..., ein wichtiges Feld bisheriger arbeitsmedizinischer Tätigkeit von Betriebs- und Werkärzten zu besetzen (!)," und weiter: Da die Krankenkassen "keine eigene Verantwortung für den Arbeitsschutz" trügen, seien sie "auch nicht berufen, den Arbeitsschutz unmittelbar vor Ort durchzuführen." (ASP 3/1990, S. 120). Derartige Positionen von Ärzteverbänden häufen sich seit 1989 immer höher.

Als **drittes Problem** entpuppt sich die anfangs noch als vorteilhaft bewertete, geradezu atemberaubende Fülle der Kooperationspartner zunehmend als kooperationsbehindernd und handlungshemmend.

Für den Bereich der "Pflichtaufgabe" Gesundheitserziehung etwa hat die Bundesregierung in ihrer Begründung des § 20 SGB V als Kooperationspartner der GKV

"insbesondere (!) Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen und andere freien Initiativen, Kirchen, Schul- und Sozialämter, Jugend- und Sportämter, Gewerkschaften und Arbeitgeber, Politiker, Parlamentarier, örtliche Verbraucherverbände, Institutionen der Erwachsenenbildung, Sportvereine, Sozialversicherungsträger, niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Elternvertreter, (Sozial-)Pädagogen, Psychologen, Sozialarbeiter etc. aufgezählt (Bundestagsdrucksache 10/3374, S. 16).

Angesichts einer solchen Aufzählung wird der generell beim Thema "Gesundheit" gelegentlich geäußerte Verdacht, bei diesem gesellschaftlichen Themenfeld handle es sich um den Versuch, die andersweitig und -artig gescheiterten Konzepte, gesellschaftlichen Konsens herzustellen und Sinn zu stiften ("Demokratisierung") gestützt.

Hinter der euphorisierenden Fülle der Möglichkeiten verschwindet auch allzu leicht die Tatsache, daß zahlreiche dieser Institutionen und Akteure zu derartigen Kooperationsverhältnissen weder sonderlich motiviert oder prädestiniert noch materiell dazu in der Lage sind. Zwischen dem Großteil von ihnen gibt es keine Kooperationsroutinen, wenn nicht sogar ausgesprochene Berührungängste oder Ignoranzen.

Für den Bereich der Kommunen etwa warnen v. Ferber u.a. in einer Studie über kommunale Gesundheitsförderung und Netzwerke vor völlig überzogenen Erwartungen hinsichtlich deren Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit: "Schließlich konnten wir bei unseren Befragungen nicht feststellen, daß in der Selbstverwaltung der Gemeinden der Gesundheitsvorsorge als einer öffentlichen Aufgabe Dringlichkeit beigemessen wird."

Das **vierte Problem** sehe ich insbesondere im Bereich der Kooperation mit den klassischen Trägern des Arbeitsschutzes, egal ob es sich um bilaterale oder trilaterale Kooperationen handelt.

Das Problem steckt in der angesichts historischer Erfahrungen berechtigten Frage, warum eigentlich eine Kooperation der GKV mit den

beiden Protagonisten des herkömmlichen dualen Arbeitsschutzsystems, den selbstverwalteten Berufsgenossenschaften und der staatlichen Gewerbeaufsicht funktionieren soll, wenn die Kooperation dieser beiden allein nach Meinung von Betrachtern schon bisher ausgesprochen dysfunktional war?

In einer Bestandsaufnahme zum "Arbeits- und Gesundheitsschutz in der BRD" aus dem Jahre 1990 wird z.B. zur Effektivität dieses dualen Systems sehr zurückhaltend folgendes vermerkt:

"Die doppelte, wenn auch arbeitsteilig praktizierte, Zuständigkeit beider Institutionen für den Arbeitsschutz führt dazu, daß sich ihre Verantwortlichkeiten und rechtlichen Kompetenzen überlappen (und im Einzelfall auch miteinander konkurrieren können); es können im konkreten Fall aber auch Problembereiche übrigbleiben, für die sich keine Institution zuständig fühlt." (S. 5).

Ein Synergieeffekt der Kooperation beider Partner des dualen Systems mit der GKV ergibt sich nicht automatisch, sondern muß mit viel Phantasie errungen werden.

Den **fünften Problembereich** sehe ich im Kooperationsgefüge zwischen Betrieben und Krankenkassen angesiedelt.

Hier funktionieren Kooperationen zwischen Krankenkassen und Betrieben noch im Falle von Betriebskrankenkassen relativ unaufwendig und effektiv.<sup>1</sup> Dies ist der Grund, weswegen eine derartige Zusammenarbeit bereits lange vor dem GRG dort begonnen wurde.

Anders sieht dies flächendeckend bereits bei vielen anderen Krankenkassen und Kassenarten aus. Aufgrund der sozialpolitisch immer noch erwünschten Gliederung der GKV, sind in der Mehrzahl der deutschen Betriebe nämlich mindestens zwei, wenn nicht noch weitere Krankenkassen mit Versicherten vertreten. Da die Betriebe verständlicherweise an Kenntnissen über die gesundheitlichen Verhältnissen ihrer gesamten Beschäftigten interessiert sind, auch keine Be-

1 So kann in der Zeitschrift "Betriebskrankenkasse" auch zu Recht selbstbewußt formuliert werden: "In diesem Zusammenhang genießt die betriebliche Krankenversicherung gegenüber allen anderen Kassenarten einen erheblichen Feldvorteil." (Schroer in BKK 3-4/1992, S. 197).

schäftigtengruppe aus gezielten Maßnahmen der Gesundheitsförderung ausklammern wollen und langfristig können, scheitern schon Planungen und erst recht praktische Kooperationen mit derartigen Betrieben an der gerade auf dem Feld der Gesundheitsförderung aktualisierten Konkurrenz der Kassen, d.h. deren konkurrenten Unfähigkeit zur Kooperation. Dies ist mit ein Grund, warum derartige Kooperationen noch das Dasein relativ seltener Modellversuche führen.

Abschließend möchte ich als **sechstes** und abschließendes **Problem** noch ein besonderes Beispiel aus der Kooperation zwischen Krankenversicherungsträgern und staatlichen Arbeitsschutzeinrichtungen darstellen.

Solche Kooperationen haben es mit dem Gegensatz der legalistischen und noch lange nicht völlig von den Unarten eines gesundheitspolizeilichen Schutzverständnisses befreiten Sicht- und Handlungsweisen der staatlichen Einrichtungen mit den im Banne der Kassenkonkurrenz gepflegten möglichst nicht-konfliktiven "softigen" Selbstdarstellungskonzepten der Krankenkassen zu tun.

Da in der Kooperation mit Betrieben die GKV praktisch nur im Konsens in den Betrieben aktiv werden kann, muß sie alles tun, um durch ihre für andere Aufgaben wichtigen Kooperation mit dem Staat noch nicht einmal den Anschein eines "staatlichen Organs mit dessen Handlungsweisen" zu erwecken.

## 5. Vorstellung einiger praktizierter Modelle der Kooperation im Bereich der Prävention

Wie ich Ihnen bereits an anderer Stelle gesagt habe, gibt es natürlich trotz der aufgelisteten Probleme eine Reihe von Modellversuchen, die teilweise mit massiver ideeller und materieller Unterstützung durchaus einen Fortschritt darstellen. Erwähnt seien hier verschiedene Projekte im Bereich der Betriebskrankenkassen, ein betriebsbezogenes Projekt in einer hessischen Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) und einige Projekte mit Innungskrankenkassen wie z.B. der IKK Düsseldorf im Bereich der KFZ-Innung.

Dennoch muß immer noch festgestellt werden, daß sich die gesamte Entwicklung immer noch im Bereich von Modellversuchen bewegt und damit "utopische" Züge trägt. Eine solche Einschätzung schließt sich an die gelungene Charakterisierung des Kooperationsmodells als "konkrete Utopie" durch Teske und Scharf an, die u.a. so lautet:

"Konkret deshalb, weil wesentliche Elemente modellhaft erprobt, also grundsätzlich praxisbewährt und umsetzbar sind. Utopie deshalb, weil eben diese Praxis der Modellprojekte noch lange nicht gängige Alltagspraxis ist." (Scharf/Teske 1989, S. 738/39).

Nicht nur weil ich für einige Monate Mitarbeiter der mit 550.000 Mitgliedern und über 1 Million Versicherten größten Arbeiterersatzkasse Deutschlands bin, möchte ich Ihnen einige Kooperationsmodelle vortragen, bei denen die Gesetzliche Ersatzkasse den entscheidenden Part der GKV spielt. In der Tatsache, daß sich eine bundesweite und damit in bestimmter Weise flächen- wie in einigen Bereichen auch branchendeckende Kasse auch um derartige Kooperationsverhältnisse bemüht und ihre Partner automatisch auch von überbetrieblicher oder gar überregionaler Bedeutung sind, liegt die Hoffnung eines damit verbundenen Überwindens des Modellversuchsstadiums.

Bei den hier vorgestellten Kooperationsprojekten handelt es sich um

- zwei bundesweite, berufsgruppen- und einzelkrankheitsbezogenen Vorhaben mit der Berufsgenossenschaft Feinmechanik,
- ein rehabilitations- bzw. präventionsbezogenes Vorhaben zur Umsetzung des § 31 SGB VI mit der Landesversicherungsanstalt (LVA) Württemberg,
- ein regionales, berufsgruppenbezogenes Vorhaben zur Gesundheitsförderung bei Edelmetallschmieden in Baden-Württemberg mit einer Vielzahl von Kooperationspartnern und schließlich
- mindestens ein betriebsbezogenes Gesundheitsförderungsvorhaben zusammen dem Betrieb, seinem arbeitsmedizinischen Dienst und der ebenfalls im Betrieb versichernden AOK.

Ähnlich wie andere Institutionen auch schon feststellten bzw. feststellten mußten, es handle sich bei ihnen um "mehrjährige Vorhaben", gilt dies

auch für alle GEK-Vorhaben. Dies zeigt leider und bezeichnenderweise der Stand der ihnen hier zu präsentierenden Empirie, der zum Zeitpunkt der Vereinbarung meiner Teilnahme doch erheblich umfangreicher erschien, als er es eben jetzt ist.

Bei der Kooperation mit der Berufsgenossenschaft, dessen Struktur ich Ihnen in der folgenden Folie zeigen möchte, handelt es sich organisatorisch um ein relativ einfaches, weil lediglich zwei Partner umfassendes Projekt, das aber inhaltlich, d.h. sozialpolitisch wegen der zu untersuchenden Fragen, ob nämlich bestimmte Krankheiten eine hohe Assoziation mit bestimmten Tätigkeiten haben und daher evtl. eine Berufskrankheit vorliegt, äußerst brisant und kompliziert ist.

Wenn man sich vergegenwärtigt, daß es sich hier meistens um die Prävention schwerer, aber Gott sei Dank relativ seltener arbeitsbedingter Krankheiten handelt, erweist sich die Bedeutung solcher Kooperationen erst recht. Erst ein Partner, der wie in diesem Fall die GEK in der Lage ist Krankheitsdaten bestimmter Berufsgruppen überbetrieblich und überregional sowie über lange Zeit, d.h. über Betriebs- und Berufswechsel hinweg zu untersuchen, hat überhaupt eine Chance relativ schnell erste Hinweise zu haben.

Diese demnächst vorliegenden Hinweise werden sicherlich noch vielfach hinterfragt und validiert werden müssen, besitzen aber unabdingbar eine Art Türöffnerfunktion für weitere Maßnahmen.

Die Kooperation der GEK mit der LVA Württemberg steht unabhängig von den bereits zitierten Bemühungen der GRV, die normative Grundlage zu modifizieren, noch auf sehr wackeligen Beinen.

Obwohl organisatorisch sehr übersichtlich, tauchen hier unvorhersehbare Übererwartungen an den jeweils anderen Partner auf.

So stellt die Nichtexistenz "harter" Indikatoren für eine Rehabilitations- oder Präventionsbedürftigkeit in den Daten der GEK, beide Partner vor die Aufgabe, solche Indikatoren in einer Art sozialmedizinischem Diskurs zu vereinbaren - sich also auf gemeinsame Sichtweisen und Problemhorizonte zu einigen. Ohne diesen Part der Kooperation können weder Daten analysiert, noch gesundheitlich Gefährdete den Maßnahmen der LVA zugeführt werden.

Im Falle der regionalen Kooperationsrunde zur Berufsgruppe der Edelmetallschmiede ist die Organisationsform erheblich komplizierter als bei den beiden vorherigen Vorhaben. Die Teilnehmer eines sog. "runden Tisches" zur Gesundheitsförderung für Edelmetallschmiede in Baden-Württemberg können Sie der nächsten Folie entnehmen.

Bereits im Vorfeld der Einladung dieser Runde zeigten sich interessante und wichtige Effekte einer solchen Kooperation. So war weder den Experten der GEK noch Vertretern des Landesministerium bekannt, daß es in Baden-Württemberg eine besondere regionale Berufsgenossenschaft für diese Branche gibt. Die Einbeziehung der Arbeitgeber- und Berufsverbände war angesichts der Existenz dreier dieser Institutionen auch nicht einfach. Dabei mußte in einem Fall bereits Überzeugungsarbeit geleistet werden, es handle sich bei betrieblicher Gesundheitsförderung überhaupt um eine Arbeitgebersache. Es gab durchaus die Meinung, hierfür sei "eigentlich die Gewerkschaft zuständig".

In der ersten Sitzung dieses "runden Tisches" ergaben sich weitere strukturelle Probleme, deren Bewältigung mitentscheidend für das Gedeihen dieser Kooperation sein dürfte.

Hierzu einige Beispiele für unterschiedliche Sichtweisen, die in der Kooperation geändert werden müssten:

Einige Vertreter der Berufsgenossenschaften reduzierten die Frage arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und deren Prävention strikt auf anerkannte Berufskrankheiten. Vertreter des gewerbeärztlichen Dienstes betonten, bestimmte in den GKV-Daten gefundenen Krankheiten könne es "an sich" nicht mehr geben, weil bestimmte Stoffe endlich abgeschafft wären.

Ein Arbeitgeberverbandstreter witterte hinter jeder Feststellung einer überdurchschnittlichen Morbidität die Gefahr einer darauf aufbauenden Verordnung des BMA.

Trotzdem, und dies zeigt auch die innere Überzeugungskraft des manchmal recht abstrakten Kooperationsmodells, wird dieser "runde Tisch" konkret weitergehen. Neben der weiteren Analyse von Morbiditätsverhältnissen, wird aber ein Großteil der Energie ersteinmal in die



Verarbeitung der genannten Sichtweisen und Erwartungshaltungen investiert müssen.

Beim Versuch einer betriebsbezogenen Kooperation beherrscht vor jeder natürlich erwünschten Daten-Dienstleistung der GKV-Vertreter die Einigung eines gemeinsamen Auftretens zweier miteinander konkurrierender Kassenarten jede Minute der bisherigen Vorphasen. Der innovative Kern dieses Kooperationsprojekts wäre dann auch die Kooperation von AOK und der Ersatzkasse GEK.

## 6. Einige Schlußbemerkungen

Ich hoffe, Ihnen einerseits die Kompliziertheit und Störungsanfälligkeit von Prävention als Kooperationsaufgabe verdeutlicht zu haben und insofern euphorische Erwartungshaltung mit der Realität konfrontiert zu haben. Letzteres hat insofern auch eine praktische Bedeutung, weil damit niemand die Aktivitäten in seinem sozialen Handlungsfeld ruhen zu lassen braucht. Andererseits zeigen die von mir vorgestellten Beispiele, daß es durchaus Fortschritte gibt, diese aber andersartiger und langsamer sowie auf zahlreichen Umwegen ablaufen, als oftmals erhofft oder gewollt. Die Entwicklungen aber ständig transparent zu machen und diskutieren zu lassen, ist ein wesentliches Element zur Förderung der Kooperation. Insofern sehe ich in der Tatsache dieser Tagung und den hoffentlich lebendigen Diskussionen bereits einen weiteren Beitrag zur Weiterentwicklung der kooperativen Prävention.

Protokoll der Podiums- und Plenardiskussion:

## Sind altersspezifische Ansätze ein tragfähiges Konzept für die Zukunft?

Die Diskussionsthemen ergaben sich aus der Zusammensetzung des Podiums und der Lage der Diskussion am Ende der Tagung. Die Zusammensetzung des Podiums (vor allem Vertreterinnen und Vertreter aus dem betrieblich-werksärztlichen Bereich und der Kranken- und Rentenversicherung) wirkte darauf hin, Fragen des spezifischen Lösungsangebots der Kranken- und Rentenversicherungsträger und der Kooperation zwischen ihnen zu thematisieren. Der Moderator nannte das Podium daher eine - wenn auch nicht vollständige - § 20- bzw. § 31-Runde, weil in diesen Paragraphen des Sozialgesetzbuches V bzw. VI genau die Kooperation der auf dem Podium vertretenen Träger vorgesehen ist (vgl. auch den Beitrag von Braun in diesem Band).

Die zeitliche Lage der Diskussion am Ende der Tagung wirkte dahin, ein Resümee der Tagung zu ziehen. Hierbei wurden vor allem Umsetzungschancen altersangemessener Arbeitsbedingungen erörtert - wie diese aussehen würden, war wenig umstritten. Als Akteure von Umsetzungen wurden aus dem Plenum vor allem die Tarifpartner und das Management benannt.

So ergaben sich vier Themen:

- Begriffsklärung "altersspezifischer Ansätze" und betriebliche Problemstellung,
- Lösungsangebote der Kranken- und der Rentenversicherung,
- Kooperation zwischen den in 20 und § 31 genannten Trägern,
- Durchsetzungsträger.

## 1. Begriffsklärung "altersspezifische Ansätze", betriebliche Strategien

Zur Begriffsklärung "altersspezifische Ansätze", "alternde Belegschaften" wies der Moderator darauf hin, daß in den vorausgehenden Diskussionen ganz unterschiedliche Gruppen als "Ältere" eingeordnet worden waren: einige Diskutanten hatten damit schon die 40jährigen gemeint, andere die 58 bis 65jährigen. Er schlug daher vor, die Begriffe nicht in einer Problemgruppenperspektive, sondern in einer Lebenslaufperspektive zu benutzen: "Altersspezifische Ansätze" sind danach solche Ansätze, die berücksichtigen, daß Menschen altern und bis zum gesetzlichen Rentenalter die Möglichkeit haben sollten, berufstätig zu bleiben.

Um dies zu erreichen, schälten sich in der Diskussion drei Strategien heraus, mit denen Betriebe auf das Problem der begrenzten Tätigkeitsdauer, d.h. auf die Tatsache, daß aus gesundheitlichen und anderen Gründen nicht alle Tätigkeiten bis zum gesetzlichen Rentenalter ausübbar sind, reagieren können. Es sind dies

- Arbeitsplatzgestaltung,
- betriebliche und überbetriebliche Laufbahnpolitik und
- Externalisierung der betroffenen Beschäftigten aus ihren Betrieben heraus (zu anderen Betrieben, in die Arbeitslosigkeit, in die Frührente).

Diese drei Strategien ersetzen sich teilweise wechselseitig. Je mehr eine von ihnen genutzt werden könne, umso weniger müsse von den beiden anderen Gebrauch gemacht werden. Zum Beispiel: Je "sozialverträglicher" und kostengünstiger leistungsgewandelte, ältere Beschäftigte zum Verlassen eines Betriebes bewegt werden und neue eingeworben werden können, umso weniger notwendig sind aus einzelbetrieblicher Sicht altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und Einrichtung betrieblicher Laufbahnen.

Es zeigte sich sofort, daß begrenzte Tätigkeitsdauer oder Leistungswandlung nicht unabhängig von den drei betrieblichen Reaktionen auf sie auftreten: Wenn Arbeitsplätze nicht mit den qualifikatorischen und

organisatorischen Ressourcen zum rechtzeitigen Tätigkeitswechsel verbunden sind, scheint am Ende die Externalisierung als einzige Reaktion übrig zu bleiben. Wer sich funktionale Äquivalente gerne in "magischen Dreiecken" klarmachte, könnte hier eines sehen.

Welchen der drei Wege Betriebe gehen, hängt ab von ihrer inneren "betrieblichen Sozialverfassung" und von der Einschätzung ihrer Umwelt. Zu dieser Umwelt gehört das Sozialversicherungssystem. Wenn das Sozialversicherungssystem es erleichtert, sich von älteren Beschäftigten mehr oder weniger einvernehmlich über die Frühberentung zu trennen, ist ein Anreiz gegeben, der dritten Strategie, der Externalisierung, betrieblich den Vorrang zu geben.

Um das Angebot der Träger der Sozialversicherung auf die betrieblich-betriebsärztliche Sicht beziehen zu können, wurde der Betriebsarzt Dr. Sommer von der Continental AG um einen Rückblick auf das HdA-Projekt "Altersadäquate Arbeitsanforderungen - Leistungswandel älterer Mitarbeiter am Beispiel Reifenkonfektionäre" gebeten. Diese Humanisierungsmaßnahme war vor fast einem Jahrzehnt bei der Continental AG beendet worden. In Folge der Arbeitsgestaltung hatte sich der Anteil der über 45 Jahre alten Wickler (Reifenkonfektionäre) von 6% auf 27% erhöht. 1992 hatte sich die Belegschaft jedoch wieder stark verjüngt. Die Hauptschwierigkeit sei also nicht, eine Humanisierungsmaßnahme zu beginnen, sondern sie stabil zu halten.

Herr Behrens gab Herrn Sommer recht und wies auf die Gefahr hin, daß die Welle des öffentlichen Interesses jetzt zu vielen kleinen Maßnahmen führe, deren Erfolge sich langfristig nicht stabil halten ließen und dann spätere Weiterführungen eher behinderten als förderten, weil dann in vielen Betrieben zu hören sei "Das hatten wir ja schon mal." Jeder weitere Vorschlag habe es dann schwerer, als wenn es noch gar keine Erfahrungen gäbe. Daraus ergab sich die Frage an das Podium, wie die hier versammelten Vertreter der Sozialversicherung als Kooperationspartner den Betrieben und Belegschaften Unterstützung geben könnten?

## 2. Angebot der GKV und GRV

Die Vertreter der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger erläuterten ihr Angebot/ihre Lösungsstrategien, machten aber dabei gleichzeitig sehr freimütig auf die Grenzen dieses Angebots - seien es Gesundheitszirkel, Verhaltenstrainings, Gesundheitsberichterstattung, Rehabilitation - aufmerksam, wenn es um alternde Belegschaften geht. Diese Bedenken wurden später auch aus dem Publikum aufgegriffen.

Im folgenden werden die Hauptangebote zusammen mit den Stellungnahmen aus dem Plenum protokolliert.

### 2.1 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel (vgl. die Falldarstellung von Herrn Schröder in diesem Band) bezeichnete Dr. Schröder vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen als das neben der Gesundheitsberichterstattung wichtigste Angebot. Er räumte ein, daß Gesundheitszirkeln eher ein präventiver Ansatz zugrundeliegt als das Ziel, Menschen zu helfen, die bereits z.B. Rückenprobleme haben. Auf die Frage, ob der Bundesverband Ansätze zugunsten dieser Kolleginnen und Kollegen mit z.B. Rückenproblemen für eine notwendige Erweiterung seiner Aufgaben halte, sagte Dr. Schröder: "Ich würde die Gewichte so setzen, daß ich Gesundheitszirkel als generalpräventives Instrument, wie Sie sagen, nutze, aber eben mit der Langzeitwirkung, daß ich damit in 10 oder in 20 Jahren nicht mehr diese Arbeitsunfähigkeitszahlen bei den dann 40- oder 50jährigen erziele. Aber das entbindet uns nicht davon, für ältere Beschäftigte komplementäre Angebote zu machen".

Auch aus der Sicht von Frau Brückel sind Gesundheitszirkel neben der Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten die wichtigsten Instrumente, die aber im Hinblick auf alternde Belegschaften erweitert werden müßten.

Herr Uhrig vom Bundesverband der Innungskrankenkassen führte für das Handwerk aus, weil die Betriebe klein seien, könne hier das Konzept von Gesundheitszirkeln nicht greifen. Individuelle Beratung sei zu aufwendig, kollektive Arbeitgeberberatung sei realisierbar. Dieser Ansatz

könne, weil sehr viele Branchen mit sehr unterschiedlichen Risiken in den Innungskrankenkassen vertreten seien, nur branchenspezifisch sein. "Branchenspezifische Gesundheitsberichterstattung ist bei uns noch im Aufbau, aber es ist uns klar, daß hier der Schwerpunkt liegen muß". Der Moderator verwies auf einige ihm bekannte sehr vielversprechende Ansätze gerade auch im Bereich der Innungskrankenkassen.

Dr. Sommer, Herr Adler und später aus dem Plenum Professor Nägele vom Institut für Gerontologie der Universität Dortmund pointierten die bereits von den Vertretern der Krankenversicherungsträger angesprochenen Grenzen der Gesundheitszirkel:

Wenn Gesundheitszirkel zusammengesetzt seien wie bisher üblich, sagte Professor Nägele, brächten sie keine Arbeitszeitfragen ein. Diese seien vom Werkarzt einzubringen. Auch Dr. Sommer hatte vorher die Bedeutung von Arbeitszeitfragen für die Altersgerechtigkeit von Arbeitsplätzen hervorgehoben. Herr Adler hatte ausgeführt, daß er zwar keine Erfahrungen mit Gesundheitszirkeln habe. Aus anderen Gremien wisse er aber: "Einzelne Funktionsträger grenzen sich gegenseitig ab, um sich nichts zu verbauen". Allerdings sei Kooperation ein wichtiger "Einstieg zu neuen Fertigungsstrukturen, in denen auch die älteren Arbeitnehmer ein würdiges Arbeitsleben durchstehen können." Dr. Behrens bestätigte, daß Fragen der Arbeitszeit, der Pausenregelung und der Arbeitsorganisation offenbar selbst für Betriebsärzte ein sehr heißes Eisen seien. Er zitierte aus der ersten bundesweiten Erhebung von Betriebsärzten aller Betriebsgrößen in der alten BRD, die Betriebsärzte nach ihrer selbstberichteten Erfüllung der Aufgaben nach § 3 Arbeitssicherheitsgesetz gefragt hatte. Während öfter häufige Beratung bei Körperschuttmitteln genannt wurde, gaben weniger als 5% der Betriebsärzte an, regelmäßig in Fragen der Arbeitszeit und der Arbeitsorganisation zu beraten, wie das ASiG es vorsieht und es der fachlichen Kompetenz der Arbeitsmediziner entspricht. In Intensivdiskussionen nannten Betriebsärzte Arbeitszeitfragen die umstrittensten Themen überhaupt.

Gesundheitszirkel brauchen, um sich zu stabilisieren - so faßte der Moderator auch seine eigene Erfahrung mit der Moderation von Gesundheitszirkeln zusammen -, meist kurzfristige Ersterfolge. Diese Ersterfolge sind in der Regel nur bei solchen Punkten zu erreichen, die am wenigsten weh tun und am schnellsten umzusetzen sind. Es sei nicht

zu erwarten, daß Gesundheitszirkel sich als erstes die heißesten Eisen vornähmen und die dicksten Bretter anbohrten, sondern eher, daß Dinge, die kurzfristig umzusetzen seinen, zuerst thematisiert würden und erst dann die dicken Bretter. Hier aber hätten die Krankenversicherungsträger aufgrund ihrer zwar nicht uneingeschränkt validen, aber einmaligen Daten die Aufgabe, in ihrer Gesundheitsberichterstattung immer wieder auf Bereiche hinzuweisen, die auch bei Gesundheitszirkeln zunächst unter den Tisch fielen.

## 2.2 Gesundheitsberichterstattung

Von allen Vertretern der Krankenversicherungsträger wurde die Gesundheitsberichterstattung mit den eigenen Routinedaten als mit ihr wichtigster Beitrag zur Gesundheitsförderung überhaupt herausgestellt (Dr. Schröder: "Gesundheitsberichterstattung lockt Verantwortliche hinter dem Ofen hervor"), gleichzeitig aber betont, daß eine aussagefähige Aufbereitung der eigenen Routinedaten erst im Aufbau sei (so Frau Brückel, Herr Uhrig und Dr. Schröder). Einstweilen setzten einige Auswertungen mit Krankenstandsdaten noch die falschen Signale. So muß ein unterdurchschnittlicher Krankenstand im Handwerk kein Anzeichen gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen sein, sondern kann im Gegenteil ein Hinweis darauf sein, daß Ältere, aber auch Leistungsgewandelte sehr früh das Handwerk verlassen müssen, also, wie angesprochen, "externalisiert" werden. Dies könne aber an den Daten der Krankenkassen selbst geprüft werden, wenn man zu Verlaufsauswertungen überginge.

Da Gesundheitsberichte und Gesundheitszirkel wie alle Maßnahmen in diesem Bereich selber Kosten verursachen, bedarf es, wie auch Dr. Sommer anführte, meßbarer Erfolge. Gesundheitsberichte aber enthielten noch keine brauchbare Evaluation der Instrumente. Dr. Schröder bestätigte: "Wir brauchen Instrumente der Evaluation, Krankenstand ist nur ein Indikator und ein problematischer."

Die Auswahl handhabbarer, aber aussagefähiger Indikatoren, so faßte der Moderator zusammen, sei selber ein ziemlich politischer Prozeß, es gäbe seiner Meinung nach so gut wie keine unproblematischen Indika-

toren. Handhabbare Indikatoren seien mit Unterstützung der Wissenschaft in einer Art sozialmedizinischen Diskurses, wie Herr Braun geäußert habe, zwischen den Beteiligten zu vereinbaren und könnten immer daraufhin hinterfragt werden, wessen Probleme durch sie von der Wahrnehmung ausgeschlossen würden. Das sei aber kein Argument gegen Gesundheitsberichterstattung, sondern für ihren bewußten Einsatz. Dr. Sommer nahm das Argument auf und sagte, die ihm bekannten Gesundheitsberichte stellten nicht auf Altersgerechtigkeit ab, sie protokollierten z.B. keine Arbeitszeiten, Schicht erleichterungen, Pausen, Verkürzung der täglichen Arbeitszeit statt Freischichten. Dr. Sommer: "Tatsächlich habe ich das Gefühl, daß die Gewerkschaften bei ihren Tarifverhandlungen diesen Punkt relativ wenig beachten".

## 2.3 Rückenschulen, Ernährungsberatung einerseits, Arbeitsorganisation und Arbeitsmittel andererseits

Frau Brückel führte aus, daß die Beratungsangebote der AOK primär Verhaltensangebote (Rückenschulen, Ernährungsberatung) seien. Die AOK beschäftige 600 Ernährungsberaterinnen, die natürlich auch in die Betriebe gehen könnten, und fast 200 Sportfachkräfte. "Wenn es jetzt in Zukunft um die Arbeitsorganisation und die Arbeitsmittel geht, müssen wir natürlich andere Fachkräfte hinzuziehen... Wenn es um altersspezifische Ansätze geht, dann müßten wir den Blickwinkel erweitern und sagen, wir müßten mehr tun für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bereits leistungsgemindert sind. Das kann ansetzen an den Arbeitsplätzen, aber auch an Rehabilitation, daß man genau guckt, was gibt es bei Rückenschmerzen. Kaum genutzt ist beispielsweise das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung." Damit sprach sie die Kooperation zwischen Kranken- und Rentenversicherung an.

### 3. Kooperation der Träger der Sozialversicherung

Der Moderator resümiert zur Einführung dieses Abschnittes einige Punkte aus dem Beitrag von Dr. Braun (abgedruckt in diesem Band).

Nach dem GRG "dominieren bei der Frage nach der optimalen Therapie immer noch Finanzierungsaspekte ... was schlicht und einfach mit den Abgrenzungs- und Zuständigkeitsregelungen im Medizin- und Sozialversicherungssystem zusammenhängt." (BKK 7-8/1989, S. 402). Nach anderthalb Jahrzehnten RehaAnglG faßte der inzwischen verstorbene Vorsitzende des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, der frühere Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand, seine Erfahrung so zusammen: "Wer hinterherhinkt, das sind Sozialleistungsträger und die Strukturen des Medizinsystems, die sich nur an überkommenen Aufgaben orientieren. Es dominiert (bei der Krankenversicherung) das herkömmliche Vertragswesen." (Schmidt, BKK 7-8/89, S. 411).

Frau Seidel vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger ging auf die Kooperation, insbesondere auch auf die Frage von Frau Brückel ein, indem sie zunächst einmal die Abhängigkeit der Rentenversicherung von der Kooperation mit der Krankenversicherung betonte: "Die Rentenversicherung hat keine direkte Eingriffsmöglichkeit auf den Betrieb, eine Vorschrift, wie die des § 20 SGB V kennen wir nicht. Eine solche Vorschrift sollte man diskutieren, wenn die Konkurrenzsituation, die heute morgen angeklungen ist zwischen Arbeitsschutz, Unfallversicherung, Betriebsarzt und Krankenkassen (geklärt ist), wenn die also erstmal das Feld untereinander aufgeteilt haben. Und wenn dann noch Bedarf ist, daß die Rentenversicherung da mitmischt, da wird die Rentenversicherung bestimmt nicht beiseite stehen." Die Rentenversicherung könne allerdings Einfluß nehmen über die individuelle Betreuung des Versicherten - allerdings erst - wenn der Versicherte schon eine Maßnahme der Rentenversicherung beantragt oder in Anspruch genommen hat oder beantragt habe. "Das Problem der Rentenversicherung ist, an die Versicherten bereits im Vorfeld heranzukommen. Die Rentenversicherung verfügt über keinen Datenbestand im Vorfeld. Das heißt, wir sind darauf angewiesen, daß der Versicherte über die Institutionen, bei denen der Versicherte schon frühzeitig mit seiner gesundheitlichen Be-

einträchtigung auftaucht, der Rentenversicherung ein Hinweis gegeben wird oder der Versicherte direkt geschickt wird. D.h. also über den niedergelassenen Arzt, den Betriebsarzt, die Krankenkassen. Und hier arbeiten wir schon seit zwanzig Jahren zusammen, wie man dieses Verfahren verbessern kann." An Gesetzen könne es nicht liegen, daß die Kooperation noch nicht weiter gediehen sei. Gesetzlich seien seit dem RehaAnglG alle Voraussetzungen geschaffen. Frau Seidel versprach sich aber von den betrieblichen Instrumenten, über die die Krankenversicherung verfügt, daß die Versicherten rechtzeitig zur Rehabilitation kämen.

Hingewiesen wurde in der Diskussion auch auf Projekte u.a. der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin und des Frankfurter ISIS, anhand von AOK-Daten abklären zu können, welche Gruppen der Bevölkerung schlechte Chancen hätten, in Rehabilitationsmaßnahmen zu kommen, obwohl ihr Risiko, frühberentet zu werden, hoch sei.

Auf Kooperationshindernisse, schon innerhalb der Krankenversicherungen, dann auch mit den anderen im § 20 SGB V bzw. § 31 SGB VI genannten Kooperationspartnern ging Frau Bückel vom AOK-Bundesverband ein. "Wir haben alle gleiche Ziele. Aber wir haben Handicaps, was die praktische Zusammenarbeit angeht. Die liegen einerseits darin, daß die Daten bisher unterschiedlich strukturiert sind". Nicht einmal innerhalb der AOK seien sie gleich strukturiert, geschweige denn bei Innungs- und Betriebskrankenkassen und den anderen Kooperationspartnern. "Weiterhin ist nicht zu vergessen, daß der Gesetzgeber eine gewisse Wettbewerbssituation unter den Krankenkassen will, die sich wahrscheinlich noch verstärken wird, und daß man von daher nicht davon ausgehen kann, daß die Kassen tatsächlich an einem Strang ziehen werden." Zur Kooperation mit der Rentenversicherung: "Der § 20 sieht ja unglücklicherweise keine Kooperation Krankenversicherung-Rentenversicherung vor", sondern nur eine Kooperation mit verschiedenen medizinischen Einrichtungen, der Gewerbeaufsicht und der Unfallversicherung. Nach § 20.3 seien in einer Empfehlungsvereinbarung zwar Mitteilungen an Berufsgenossenschaft, ein gemeinsamer Datenaustausch usw. vereinbart, und prinzipiell können sowohl die Krankenversicherung als auch die Rentenversicherung Daten über betriebliche und branchenspezifische Besonderheiten an die Berufs-

genossenschaften übermitteln. "Grundlegendes Hindernis dabei ist aber auch", führte Frau Brückel aus, "die Konstruktion der Kranken- und Rentenversicherung als paritätisch finanzierter Institution (einerseits) und der Unfallversicherung als arbeitgeberfinanzierter Versicherungsform andererseits. Wir hatten den Eindruck, daß seitens der Unfallversicherungsträger letztlich die Vermutung besteht, alles, was zu mehr Transparenz führt, das führt letztlich auch zur Erweiterung der Liste der anerkannten Berufskrankheiten und damit zu vermehrten Kosten zu Lasten der Unfallversicherung".

#### 4. Umsetzungswege

Der vierte Fragenkreis betraf die Durchsetzungs- und Umsetzungswege altersngerechter Arbeitsplatzgestaltung und schlug - unter starker Beteiligung des Plenums - den Bogen zurück zur Fallstudie Continental von Herrn Sommer, der den entscheidenden Einfluß bei den Tarifparteien gesehen hatte.

Wer sind die gesellschaftlichen Träger, die altersngerechte Arbeitsplatz - einschließlich Laufbahngestaltung - in der Diskussion halten können? Welche unterschiedlichen Interessen von Arbeitskräften seien dabei zu vermitteln und welche Rolle könnten die auf dem Podium vertretenen Träger der Sozialversicherung dabei ausfüllen?

Der Moderator faßte die bisherige Diskussion zusammen: Gesundheitsförderliche Maßnahmen können nicht altersunspezifisch gedacht werden. Wir haben es hier, obwohl jeder einmal älter wird, mit unterschiedlichen kurzfristigen Interessen zu tun, was sich in Tarifforderungen, die immer Kompromisse sind, und Tarifabschlüssen zeige.

Auch die Diskussion um die Fabrik der Zukunft ließe, wie zahlreiche Beiträge aus dem Publikum argumentierten, nicht darauf schließen, daß die Interessen von Älteren und Jüngeren, Frauen und Männern ähnlicher würden. Die Fabrik der Zukunft verlange nach allgemeiner Meinung große und flexible zeitliche Verfügbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und verfüge - bei geringer Fertigungstiefe - über immer weniger Verweisarbeitsplätze. Das erschwere die Beschäftigung Älterer und ginge auch - wenn Kinderbetreuung weiterhin vor allem von Frauen wahrgenommen würde - zu Lasten von Kinder betreuenden Frauen.

Es wurde auf Modelle verwiesen - altersgemischte Gruppenarbeit, Personalplanung: statt Einstellung Jüngerer, Einstellungen gemäß der Alterspyramide -, die aber ein sehr weitgehendes Umdenken der Beteiligten voraussetzten.

Prof. Nägele vom Institut für Gerontologie der Universität Dortmund widmete sich in einem längeren Diskussionsbeitrag der Frage, warum sich Gewerkschaften so wenig um solche Probleme kümmerten. Er versuchte die Frage am Beispiel einer Untersuchung des Dortmunder Institutes zur Umsetzung der Altersteilzeitregelung in den Betrieben zu beantworten. Viele Gewerkschafter hätten argumentiert: Wir wollen keine speziellen Arbeitszeitregelungen für ältere Arbeitnehmer tarifpolitisch beginnen und durchsetzen, erstens, weil wir überhaupt etwas gegen Arbeitszeitflexibilisierung haben, zweitens, weil wir nicht schon wieder eine altersspezifische Tarifpolitik machen wollen, nachdem die Vorruhestandsregelung gescheitert ist. Das können wir unseren Mitgliedern im Grunde genommen nicht mehr zumuten, jetzt noch einmal eine spezifische Tarifpolitik für Ältere zu machen.

Das Mittlere Management und die Meister hätten bei speziellen Arbeitszeitregelungen Bedenken wegen der damit verbundenen hohen organisatorischen Anforderungen.

Die Älteren selber, so fügte Dr. Behrens aus einer eigenen Untersuchung hinzu, fürchteten nicht selten Statusverlust, wenn sie auf Altersteilzeit gingen. Es müsse geachtete Arbeitsplätze geben, auf denen diese Teilzeitarbeit möglich sei. Sonst verlängerten Teilrentenmodelle nicht die tatsächliche Beschäftigung, sondern regelten nur, welchen "Teil" des früheren Ausscheidens aus dem Erwerbsleben die Rentenversicherung und welchen Teil der alte Arbeitgeber trüge.

Der Moderator versuchte, die Diskussion noch einmal auf die Träger der Sozialversicherung zu lenken. Da niemand von den Tarifparteien auf dem Podium säße, wäre es natürlich jetzt einfach, den nicht anwesenden Tarifparteien den schwarzen Peter zuzuspielen. Der Moderator schlug vor, die Veranstaltung noch einmal mit den Tarifparteien zusammen zu wiederholen und hier auch auf die Probleme einzugehen, die unter den Anwesenden gelöst werden können.

Er selber sah den Einfluß der Sozialversicherung nicht so sehr in der Erhöhung des Berentungsalters. Zwar habe in den vergangenen beiden Jahrzehnten die Rentenversicherung zum früheren Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entscheidend beigetragen, indem sie ein historisches Bündnis der Tarifparteien und des Staates zur Lösung sowohl der begrenzten Tätigkeitsdauer als auch der Arbeitslosigkeit finanziert habe. Aber daraus sei nicht zu schließen, daß sie mit derselben Macht den Trend durch einfache Erhöhung des Berentungsalters umkehren könne. Die Heraufsetzung allein erhöhe nur die Gefahr, daß Kosten der frühen Externalisierung auf Arbeitslosenversicherung, kommunale Sozialhilfe und vor allem die Älteren verschoben würden. Der Einfluß der Sozialversicherung sei vielmehr in der öffentlichen Thematisierung zu sehen. Die Träger der Sozialversicherung könnten Dinge ansprechen, die in der öffentlichen Diskussion nicht genügend präsent seien. Sie verfügten in ihren Routinedaten auch über Informationen, die sie nur zusammenführen brauchten. Sie hätten aber auch eine Verantwortung für eine solche Thematisierung. Da nicht der Arbeitsmarkt bzw. der demographische Druck automatisch altersgerechte Arbeitsplätze durchsetze, komme es auf die auf dem Podium versammelten Institutionen an, das Eisen im Feuer zu halten. Dem stimmten die auf dem Podium versammelten Vertreter im Prinzip zu.

Professor Vorath von der Universität Wuppertal betonte allerdings die Notwendigkeit gesetzlichen Zwangs gegenüber den Betrieben. "Wenn es uns nicht gelingt, ein Druckmittel für Betriebe zu entwickeln, das diese zwingt, die älteren Arbeitnehmer, wie Sie richtig sagten, Herr Behrens, adäquat und würdig zu beschäftigen", dann sei mit keinem Erfolg zu rechnen. Altersgerechte Maßnahmen seien mit höheren Kosten verbunden. "Wie kann ein solcher Zwang aussehen?" Wenn die Maßnahmen nicht kostenneutral seien, dann sei nur der Weg über das Gesetz möglich.

Die weitere Diskussion zog einen Vergleich des Themas alternder Arbeitskräfte mit dem des Umweltschutzes, das auch zunächst ein quer zu den institutionalisierten Interessen und Einrichtungen liegendes Thema gewesen sei. Heute gebe es keine Partei, keinen Verband, keine Gewerkschaft mehr, die öffentlich nicht den Umweltschutz ganz oben auf die Prioritätenliste gesetzt habe. Es frage sich, worin habe die

Wende bestanden. Die Wende sei eine in der öffentlichen Meinung gewesen. Bei der Externalisierung Älterer aus den Betrieben sei das Problem, daß sich inzwischen jeder daran gewöhnt habe, und Qualifizierungsangebote, Arbeitsplatz- und Laufbahngestaltung für alternde Arbeitskräfte daher vernachlässigt würden. Bei deren Thematisierung fiele den Trägern der Sozialversicherung ein bedeutender Part zu.

## **Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung**

**Dr. med. Bodo Birkholz**, AUDI AG, Ingolstadt

**Dr. Bernard Braun**, Schwäbisch-Gmündner Ersatzkasse, Schwäbisch-Gmünd

**Dr. Werner Dostal**, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit

**Peter König**, Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeits- und Sozialforschung, Bonn

**Dr. Karl Kuhn**, Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Dortmund

**Thomas Langhoff**, Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung, Dortmund

**Rolf Schröder**, Betriebskrankenkasse Klöckner Stahl, Bremen

**Dr. Michael F. Schuntermann**, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main

**Prof. Dr. Bernd-Jürgen Vorath**, Universität Wuppertal

## **TeilnehmerInnen der Podiumsdiskussion**

**Ulrich Adler**, Ifo-Wirtschaftsforschungsinstitut, München

**Dr. Johann Behrens**, Universität Bremen

**Sibylle Brückel**, AOK-Bundesverband, Bonn

**Dr. Alfons Schröer**, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

**Ehrentraud Seidel**, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main

**Dr. med. Christoph Sommer**, Continental AG, Hannover

**Norbert Uhrig**, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch-Gladbach



## Reihe "Gesprächskreis Arbeit und Soziales"

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 1  
**Ausländer im vereinten Deutschland - Perspektiven der Ausländerpolitik**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 2  
**Industriebetriebe an der Schwelle zur Marktwirtschaft**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 3  
**Zuwanderungspolitik der Zukunft**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 4  
**Modernes Management in Unternehmen der alten und neuen Bundesländer**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 5  
**Zukunft des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 6  
**Multikulturelle Gesellschaft - Der Weg zwischen Ausgrenzung und Vereinnahmung?**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 7  
**Einwanderungskonzept für die Bundesrepublik Deutschland - Fakten Argumente, Vorschläge**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 8  
**Zukunft sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste in den neuen Bundesländern**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 9  
**Sicherung des Gesundheitswesens in den 90er Jahren**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 10  
**Branchenentwicklungen und Handlungsperspektiven betrieblicher Interessenvertreter in den neuen Bundesländern**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 11  
**Der ostdeutsche Maschinenbau - Wege zur internationalen Wettbewerbsfähigkeit**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 12  
**Flüchtlingsbewegungen und das Recht auf Asyl**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 13  
**Verzahnung von Arbeitsmarkt-, Regional- und Wirtschaftspolitik - eine dringende Aufgabe in den neuen Bundesländern**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 14  
**Einwanderungsland Deutschland: Bisherige Ausländer- und Asylpolitik - Vergleich mit europäischen Ländern**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 15  
**Fremdenfeindlichkeit und Gewalt - Ursachen und Handlungsperspektiven**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 16  
**Veränderungen des Arbeitsschutzrechtes in der Bundesrepublik Deutschland**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 17  
**Gesundheitsstrukturgesetz - Geeignet zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 18  
**Neue Ansätze in der Arbeitsmarktpolitik - Ist ein Gesamtkonzept für die neuen und alten Bundesländer erforderlich?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 19  
**Deutsche und Polen - Zwischen Nationalismus und Toleranz**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 20  
**Betriebliche Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand - Sind neue  
Konzepte für alternde Belegschaften erforderlich?**

*Die Broschüren sind kostenlos zu beziehen bei:*

*Friedrich-Ebert-Stiftung  
Abt. Arbeits- und Sozialforschung  
Godesberger Allee 149  
W-5300 Bonn 2*