

# Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen

Bundesministerium für Gesundheit

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit Annette Widmann-Mauz hatte gestern alle wesentlichen Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen zu einem Runden Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ eingeladen. Ziel dieser Expertenrunde ist es, konkrete Maßnahmen und Ideen zu erarbeiten, um bessere Bedingungen für die im Gesundheitswesen tätigen Menschen mit Familienaufgaben zu schaffen.

An den Gesprächen nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser, der Ärzteschaft einschließlich des Ärztinnenbundes, der Pflegenden und der Pflegeeinrichtungen, der Gewerkschaften, der Länder und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen teil.

Dazu die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz: „Unser Gesundheitswesen steht in Zukunft vor einer doppelten Herausforderung: Einerseits steigt in einer alternden Gesellschaft die Nachfrage nach medizinischen Leistungen, andererseits sinkt die

Verfügbarkeit an qualifizierten Fachkräften im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich. Ende 2009 waren bereits rund 60 Prozent der Berufsanfänger im ärztlichen Bereich Frauen, Tendenz weiter steigend. Rund 80 Prozent der Krankenhausmitarbeiter sind weiblich. Eine ausgewogene Work-Life-Balance der beschäftigten Frauen und Männer ist daher unabdingbar. Nur so kann der notwendige medizinische und pflegerische Nachwuchs für das Gesundheitswesen gewonnen und die hier Beschäftigten langfristig an ihre Arbeitsplätze gebunden werden.“

In der Sitzung wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die bestehende Probleme im Bereich Aus- und Weiterbildung aufzeigen und Lösungsvorschläge erarbeiten wird.

Es bestand Einigkeit zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Runden Tisches, dass die Krankenhäuser enorme Möglichkeiten haben, gute Rahmenbedingungen für familiengerechte Arbeitsplätze zu schaffen und diese auch verstärkt nutzen sollten. Dazu gehören beispielsweise der Ausbau von Kin-

derbetreuung, Wiedereinstiegserleichterungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach der Elternzeit sowie Verbesserungen in der Arbeitsorganisation.

Als eine erste vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützte Maßnahme werden Modelle der Aufgabenneuordnung und Beispiele von Krankenhäusern mit familienfreundlichen Arbeitsbedingungen auf einer Internetplattform veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung erfolgt voraussichtlich Ende des Jahres. Hierzu fördert das Bundesministerium für Gesundheit ein Projekt, an dem die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Vertreter des Deutschen Pflegerates, der Bundesärztekammer, des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte, des Verbandes der Krankenhausdirektoren und ver.di mitarbeiten.

Auch für den ambulanten Bereich ist eine Internetplattform über den Austausch guter Lösungen denkbar. Darüber und über weitere konkrete Maßnahmen wird in einem Folgetreffen beraten.

## Gesunde Beschäftigte, gesunde Betriebe, gesunde Gesellschaft – wo stehen wir heute?<sup>1</sup>

Eleftheria Lehmann

1 Vortrag anlässlich der 4. DNBGF-Konferenz, 15.-16.05.2010, Bonn

### Zusammenfassung

Am Beispiel Nordrhein-Westfalens wird – gestützt auf die vorliegenden Daten einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung und anderer Quellen – die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung mit Betonung auf die Erwerbspersonen dargestellt. Die erkennbaren gesundheitlichen Ungleichheiten in der Arbeitswelt erfordern in stärkerem Maße die dauerhafte Einführung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

**Schlagwörter:** Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung, gesundheitliche Ungleichheit, Bilanz

### 1 Einleitung

Studien und Vergleichsdaten der OECD zeigen, dass in vielen OECD-Ländern die Men-

schen gesünder und länger leben als in Deutschland (Internet a). Diese vergleichende Feststellung gibt weder Auskunft über die Wirkung gesundheitspolitischer Aktivitäten noch bietet sie Erklärungsansätze für mögliche Ursachen und ist als Antwort auf die Frage „Wo stehen wir heute?“ unzureichend.

Die gestellte Aufgabe ließe sich anhand einer Bilanz für ein Land oder eine Region unter der Voraussetzung lösen, dass der Bezugsrahmen und die gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen bekannt sind und Daten in ausreichendem Umfang vorliegen, aus denen sich die gewünschten oder erwarteten Veränderungen bzw. Entwicklungen ableiten lassen. Beide Voraussetzungen erfüllt Nordrhein-Westfalen in idealer Weise. Denn: Seit fünfzehn Jahren verabschiedet die Landesgesundheitskonferenz Gesundheitsziele und schreibt diese fort (MGFF 2005). An der Umsetzung der zehn vorrangigen Gesundheits-

ziele sind die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens eingebunden. Für ihre Arbeit steht allen Beteiligten eine umfassende Gesundheitsberichterstattung als Informationsbasis zur Verfügung (MAGS 2009 und LIGA. NRW 2009). Aus den genannten Gründen wird Nordrhein-Westfalen als Beispiel für eine Bilanzierung herangezogen.

### 2 Ausgangslage

Als Teil der Bundesrepublik Deutschland lässt sich NRW in die Gruppe der hoch entwickelten Industrieregionen einordnen. Dies schafft einen geeigneten Bezugsrahmen, der sich für die Ableitung von Arbeitshypothesen und für Vergleiche z. B. mit anderen Industrieländern eignet. Diesen Ländern gemeinsam waren – und sind heute noch – die folgenden Merkmale:

o eine an den Leitprinzipien „Risiko“ und „Prävention“ orientierte Gesundheitspolitik

- o ein System mit qualitativ guter medizinischer Versorgung, das der gesamten Bevölkerung zugänglich ist
- o ein stabiles Netz der sozialen Sicherung

In Verbindung mit dem hier behandelten Thema interessieren vor allem wissenschaftliche Forschungsarbeiten über die Zusammenhänge zwischen Lebens- und Arbeitsbedingungen und Gesundheit. Zum Verständnis der Wechselwirkungen zwischen den Ebenen gesunder Mensch, gesunder Betrieb und gesunde Gesellschaft haben verschiedene – perspektivenabhängige – Ansätze beigetragen. Auf den umfassenden Erkenntnissen langjähriger Forschung über Gesundheitsdeterminanten beruhen Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung – national, europäisch, international. Einige Beispiele grundlegender Arbeiten sind im Folgenden aufgeführt:

#### Mensch-Gesellschaft

- o Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1970-1980)
- o Regenbogenmodell (Whitehead und Dahlgren 1991)
- o Ansatz der sozialen Determinanten von Gesundheit (Marmot und Wilkinson 1999)

#### Mensch-Betrieb

- o Belastungs- und Beanspruchungsmodell (bereits 1975 von Rohmert und Rutenfranz entwickelt, siehe Rohmert 1984)
- o Anforderungs-Kontrolle-Modell (Karasek und Theorell 1990)
- o Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996)
- o Sozialkapitalansatz (Badura und Hehlmann 2003)

Anhand dieser Ansätze ließen sich in umfassenden Langzeitstudien an großen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Krankheits- und Sterberisiken erklären. Sehr gut bekannt und häufig zitiert sind die Whitehall-Studien I und II aus Großbritannien (Ferie 2004), in denen die Mortalität und Morbidität von Angestellten des öffentlichen Dienstes abhängig von der beruflichen Stellung untersucht wurden. Wesentlich ist die Feststellung, dass nicht die materielle Not, sondern die soziale Benachteiligung zu den unterschiedlichen Gesundheitsrisiken führt. Einige zentrale Erkenntnisse der Whitehall- und anderer Studien (Siegrist 2009) sind hier aufgelistet:

- o In der Schwangerschaft und frühen Kindheit wird das Fundament für die spätere Entwicklung der Gesundheit gelegt; für Mädchen und Jungen bestehen deutlich erhöhte Risiken, wenn sie lediglich bei einem Elternteil aufwachsen.
- o Die schichtenspezifische Krankheitslast lässt sich im Wesentlichen auf die ungesunde Lebensweise zurückführen.
- o Untere soziale Schichten sind höheren ge-

undheitlichen Risiken ausgesetzt infolge einer stärkeren Belastung im Erwachsenenalter (Beruf, Familie). Arbeitslosigkeit erhöht das Erkrankungsrisiko in den ersten Jahren um ca. 50%; die Belastungen sind vorwiegend psychosozialer Art (berufliche Gratifikationskrisen oder fehlende Kontrolle der Arbeitsaufgaben).

Der Einfluss dieser Studien auf die Gesundheitspolitik der entwickelten Industrieländer lässt sich an den richtungweisenden Arbeiten der WHO (Internet b) und deren Umsetzung in nationale Gesundheitsziele festmachen, vor allem an Konzepten und Entschlüssen, z.B. die Ottawa Charta und der durch das Konzept der Gesundheitsförderung eingeleitete Paradigmenwechsel (1986), das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (1998) und die Empfehlungen der WHO Commission on Social Determinants of Health mit Fokus auf die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit (2008).

Im Europa der Römischen Verträge war der Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt ein bedeutendes Thema der gemeinsamen Arbeits- und Sozialpolitik. Bei der Verwirklichung des europäischen Binnenmarktes spielte die Rahmenrichtlinie 89/391/EWG zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit eine wichtige Rolle (Internet c). Darin ist ein umfassendes, an der Ottawa Charta orientiertes Gesundheitsverständnis verankert. Leider blieb die Gesundheitsförderung als Handlungsmaxime in der Rahmenrichtlinie unberücksichtigt.

Erstmalig legte die Kommission 1993 ein Strategiepapier vor, mit dem die Arbeiten im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Public Health) entwickelt werden sollten. Eines der Aktionsprogramme betraf die Gesundheitsförderung und bot die Möglichkeit, den Zugang zur betrieblichen Gesundheitsförderung auf EU-Ebene zu erschließen. So kam es 1996 in Dortmund zur Gründung des ENWHP - European Network for Workplace Health Promotion (Internet d). Die Philosophie des Netzwerks bringt der Leitgedanke „Gesunde Arbeitnehmer in gesunden Unternehmen“ zum Ausdruck. Mit der Verabschiedung der Luxemburger Deklaration schuf das Netzwerk 1997 einen verlässlichen Rahmen für die Realisierung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Nunmehr ist „Gesundheit für alle“ Leitsatz der gemeinsamen EU-Gesundheitspolitik (Internet e).

Ein wichtiger Meilenstein der europäischen Sozialpolitik ist die Lissabon-Strategie (verabschiedet in 2000, erneuert in 2005 und 2010), die ökonomische und soziale Aspekte miteinander verschränkt. Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen und Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmer waren und sind zentrale Zielsetzungen. Sie hat zur Entwicklung neuer Formen

## Zur Person



**Dr. rer. nat. Eleftheria Lehmann**

Leiterin des Landesinstituts für  
Gesundheit und Arbeit NRW  
Ulenbergstr. 127-131,  
40225 Düsseldorf

Tel.: +49 211 3101 1149,  
Fax: +49 211 3101 1186  
eleftheria.lehmann@liga.nrw.de  
<http://www.liga.nrw.de>

der Kooperation beigetragen, z. B. Initiativen oder Bündnisse, die über den Rahmen der institutionellen Zusammenarbeit der Sozialpartner hinausgehen. Beispielhaft sei hier die Initiative INQA - der deutsche Beitrag zur Lissabon Strategie – genannt (Internet f).

### 3 Vorgehen

Nach diesem kurzen Rückblick soll nunmehr die eigentliche Frage „Wo stehen wir heute?“ behandelt werden. Wie bereits eingangs dargestellt, sind der Bevölkerungsbezug und eine von konkreten Zielen getragene Gesundheitspolitik Grundvoraussetzungen für eine aussagekräftige Bilanz. Durch die Wahl von NRW als Referenzregion kann auf die langjährige Beobachtung der gesundheitlichen Lage der nordrhein-westfälischen Bevölkerung allgemein und der Erwerbspersonen insbesondere zurückgegriffen werden. Dafür stehen Daten und Informationen einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung und insbesondere der Landesgesundheitsbericht 2009 (MAGS 2010) und der Arbeitsweltsurvey „Gesunde Arbeit NRW 2009“ (LIGA.NRW 2009). Ergänzend dazu sind weitere Befragungsstudien, Statistiken und Reviews hinzugezogen worden. Für die Darstellung der Entwicklung sind einige zentrale Indikatoren ausgewählt worden.

4 Situation in Nordrhein-Westfalen

4.1 Gesunde Gesellschaft

Ein langes Leben kann zwar als Maß für gute Gesundheit dienen, von entscheidender Bedeutung ist aber, ob der kontinuierliche Gewinn an Lebensjahren auch positiv erlebt werden kann oder ob er in erster Linie auf einer Verlängerung der Lebensphase mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beruht. Dazu kann der Indikator „Gesunde Lebenserwartung“ oder „Lebenserwartung ohne gesundheitliche Einschränkungen“ dienen, der in der folgenden Grafik der „Mittleren Lebenserwartung“ gegenübergestellt ist (Bild 1).

Die „Gesunde Lebenserwartung“ steigt schneller als die „Mittlere Lebenserwartung“, besonders bei Männern: Während in 2002 bis 2007 die „Mittlere Lebenserwartung“ der Männer um 15 Monate angestiegen ist, liegt der Anstieg der „Gesunden Lebenserwartung“ bei 23 Monaten. Die gestiegene Lebenserwartung wird nicht mit einer Verlängerung der Phase chronischer Erkrankungen erkauft, sondern diese Phase wird sogar erkennbar komprimiert.

Die „vermeidbare Sterblichkeit“ ist der nächste Indikator. Nach der Sterblichkeitsstatistik sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei beiden Geschlechtern häufige Todesursachen. Aber: Viele Todesfälle könnten bei gesundem Verhalten und adäquater Versorgung vermieden werden, z. B. bei ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonie, Schlaganfällen, Lungenkrebs, Lebererkrankungen, Brustkrebs. Männer sind weitaus häufiger betroffen als Frauen.

Die Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung in den letzten Jahren kann recht zuverlässig auf der Basis von Aussagen zum subjektiven gesundheitlichen Befinden beantwortet werden. Seit 2003 werden beide Geschlechter ab 18 Jahren repräsentativ befragt. Die zentrale Frage lautet: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?“

Eine große Mehrheit der bis 64-Jährigen fühlt sich „gut“ bis „sehr gut“; weniger als zehn Prozent „schlecht“ oder gar „sehr schlecht“. In den zurückliegenden fünf Jahren lässt sich besonders bei den Männern ein leicht positiver Trend zu einer Verbesserung des durchschnittlichen Befindens feststellen. Der Einfluss des sozioökonomischen Faktors „Sozialschicht“ (Merkmale: Beruf oder Berufsprestige, Bildung und Einkommen) auf die Gesundheit ist signifikant: Im Gegensatz zu den Befragten der Oberschicht bezeichnet nur knapp die Hälfte der Befragten aus unterer sozialer Lage ihre Gesundheit als sehr gut bis gut.

Interessant ist die Gegenüberstellung von Erwerbspersonen und Gesamtpopulation (Bild 2). Dazu dient der Vergleich der Extremgrup-

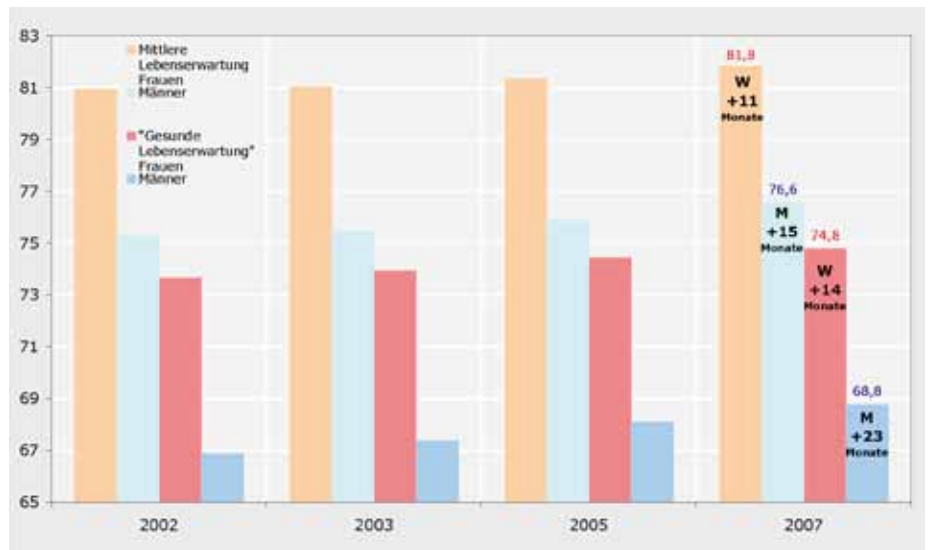
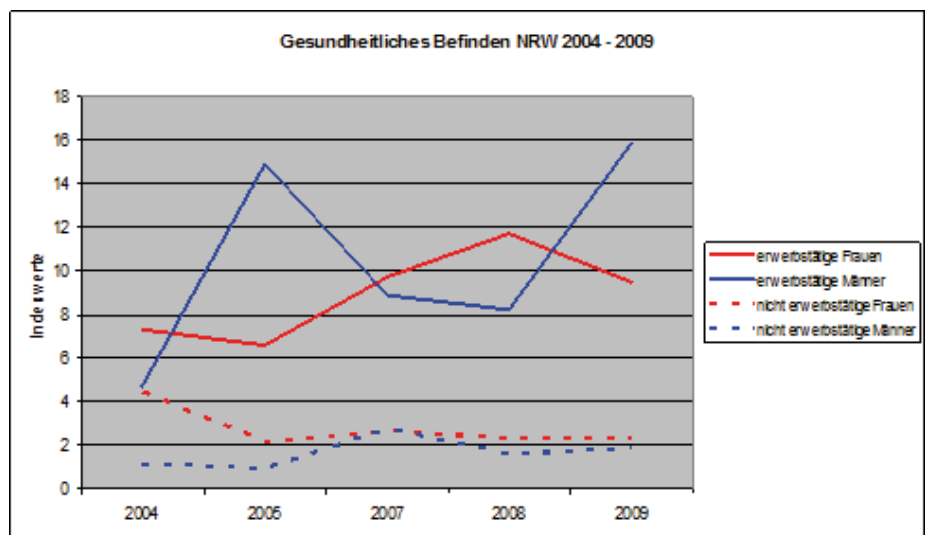


Abbildung 1: NRW – Entwicklung der „Mittleren“ und „Gesunden Lebenserwartung“ in 2002-07

pen mit „sehr guter“ bzw. „schlechter“ bis „sehr schlechter“ Gesundheit, die zur Berechnung eines Index herangezogen werden. Der Index gibt das Größenverhältnis beider Gruppen an, d. h. bei einem Wert von „1“ sind beide gleich groß, bei „2“ ist der Anteil der Personen mit „sehr guter“ Gesundheit doppelt so groß usw. Um den Einfluss der unterschiedlichen Alterszusammensetzung der Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen zu minimieren, sind von vornherein nur Personen bis zu 60 Jahren berücksichtigt worden. Es fällt die Diskrepanz der Werte zwischen den Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen auf: Bei Erwerbstätigen überwiegen Personen mit (sehr) guter Gesundheit. Bei den Nicht-Erwerbstätigen zeigen sich weitaus geringere Unterschiede. Das hat mit deutlich niedrigeren Anteilen bei Personen mit guter Gesundheit, aber auch mit höheren Anteilen bei Personen mit schlechter Gesundheit zu tun.

Spiegelt sich hier der bekannte „healthy worker effect“ wider, demzufolge die aktiv im Arbeitsprozess stehenden Personen eine gesundheitlich selektierte Gruppe darstellen? Diese Erklärung allein würde der Gemengelage an Einflussfaktoren innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt nicht gerecht. Wer die Entwicklung der betrieblichen Krankenstände in den vergangenen Jahren beobachtet, kann zu dem Schluss kommen, dass die Beschäftigten auf die zunehmende Unsicherheit ihrer Arbeitsplätze und verschärfte Konkurrenz am Arbeitsmarkt verstärkt mit Zurückhaltung bei Krankmeldungen reagieren (Präsentismus). Eine ähnliche Tendenz der zunehmend positiven Selbsteinschätzung des gesundheitlichen Befindens – im Interesse des Erwerbs- bzw. gesellschaftlichen Staturerhalts - könnte eine mögliche Erklärung sein.

Abbildung 2: NRW – Vergleich der Extremgruppen mit „sehr guter“ bzw. „schlechter“ bis „sehr schlechter“ Gesundheit



In diesem Zusammenhang wichtig ist eine weitere Feststellung über die gesundheitliche Lage Arbeitsloser. Eine Auswertung der Mikrozensus-Daten für NRW (2005) zeigt, dass der Krankenstand von Arbeitslosen den von Erwerbstätigen um fast das Doppelte übersteigt; er nimmt mit der Dauer der Arbeitssuche zu und ist bei Langzeitarbeitslosen erhöht (Hollerderer 2010). Spätestens an dieser Stelle wird der immense Forschungsbedarf, vor allem an epidemiologischen Langzeitstudien, deutlich.

## 4.2 Gesunde Betriebe

Der Einfluss von Erwerbsarbeit auf die Gesundheit lässt sich anhand von Aussagen über die subjektive Wahrnehmung bzw. Beurteilung der Arbeitsbedingungen zutreffend beschreiben. Seit 1994 wird die Erwerbsbevölkerung in der Arbeitswelt Nordrhein-Westfalens repräsentativ befragt (LIGA.NRW 2009). Einige zentrale Ergebnisse zeigt Bild 3.

In der Grafik ist die Entwicklung der 10 häufigsten Belastungen in den zurückliegenden 15 Jahren dargestellt (Urteil: „ziemlich“ oder „stark belastet“). Die meisten können als psychische Belastungen bezeichnet werden. Sie dokumentieren u. a. den hohen Leistungsdruck in der modernen Arbeitswelt und Defizite in der Arbeitsorganisation, z. B. Vorschriften, Kontrolle, Informationsdefizite, Arbeitszeitprobleme. Lärm, körperliche Zwangshaltungen und klimatische Bedingungen spielen im Bereich der körperlichen Belastungen ebenfalls – noch – eine Rolle.

Aus weiteren Auswertungen u. a. nach Branchen und Tätigkeiten wird deutlich, dass sich generell das Belastungsgeschehen aus Sicht der Beschäftigten auf hohem Niveau stabilisiert hat; Zeitdruck und die zu leistende Arbeitsmenge haben in den letzten Jahren zugenommen. Nicht alle Beschäftigten sind in gleichem Maße mit Belastungen konfrontiert. Besonders betroffen sind das produzierende Gewerbe, z. B. Metall- und Elektrogewerbe, Maschinenbau, Baugewerbe, von physischen und das Dienstleistungsgewerbe von psychischen Belastungen. Tätigkeiten im Humandienstleistungsbereich – also Gesundheitswesen und Erziehungswesen – fallen durch ein überdurchschnittliches Belastungsniveau auf.

Wie bedeutend die Arbeit und das soziale Umfeld für die Beschäftigten sind, wird anhand der Frage „Was ist bei Ihrer Arbeit – neben dem Geldverdienen – für Sie noch wichtig?“ erfasst. Dazu die folgenden Ergebnisse:

- o Die Freude an der Erledigung der Arbeitsaufgaben ist für mehr als die Hälfte der Befragten der wichtigste Aspekt der Arbeit.
- o Die sozialen Kontakte am Arbeitsplatz sowie die mit der Arbeit verbundenen Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung und Ausübung einer nützlichen Tätigkeit spielen ebenfalls für viele eine bedeutsame Rolle.

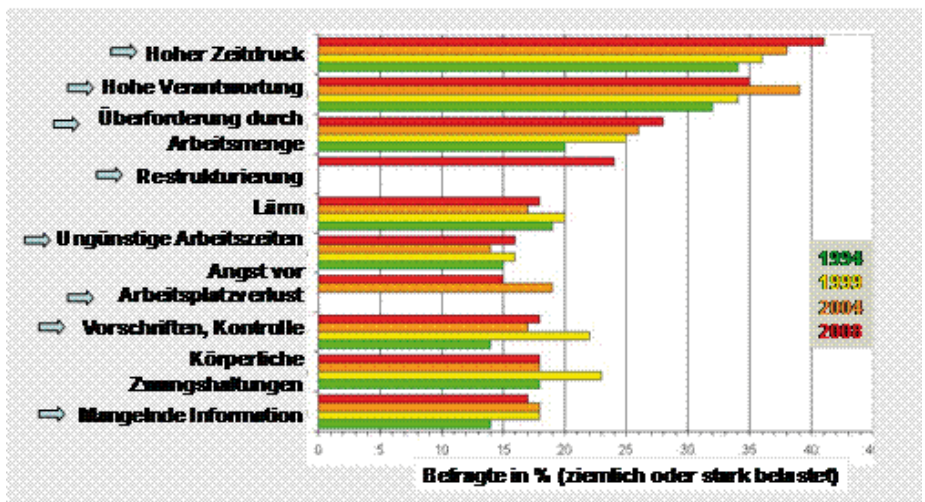


Abbildung 3: Arbeitswelt NRW – Belastungen im Trend (1994-2008); Gruppe der psychosozialen Belastungen mit Pfeil markiert

- o Gravierende geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht nachweisbar.
- o Es sind aber deutliche Unterschiede zwischen Beschäftigten verschiedener beruflicher Positionen nachweisbar und zwar je höher die Position, desto wichtiger ist die Freude an der Aufgabe und je geringer, umso wichtiger sind soziale Kontakte am Arbeitsplatz.

Vor dem Hintergrund einer gestiegenen Lebenserwartung und des verlängerten Erwerbslebens ist die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ein wichtiger Indikator. Es wurde 2008 erstmalig danach gefragt und zwar in Anlehnung an den Work Ability Index (WAI). Die Frage lautet: „Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?“

Über alle Befragten betrachtet wird die aktuelle Arbeitsfähigkeit durchaus positiv eingeschätzt: Auf der Skala von 1 bis 10 wird ein Mittel-

wert von 8,1 erreicht. Es werden aber deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei Betrachtung der beruflichen Stellung deutlich. Höhere Angestellte sowie Beamte im höheren Dienst schätzen ihre aktuelle Arbeitsfähigkeit deutlich besser ein als ungelernete oder angelernte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Die berufliche Stellung korreliert mit den arbeitsbedingten Belastungen und deren Auswirkungen, d. h. höhere Belastungen und negative Beanspruchungsfolgen wirken sich subjektiv negativ auf die wahrgenommene Arbeitsfähigkeit aus. Über einen vergleichbaren Zusammenhang zwischen „Sozialschicht“ und „Gesundheitseinschätzung“ wurde in Kap. 4.1 berichtet.

Von Bedeutung ist auch die Einschätzung der Beschäftigten darüber, ob diese noch ihre jetzige Arbeit bis 67 ausüben können. Die Frage lautet: „Ausgehend von Ihrer gesundheitlichen Entwicklung in den letzten 5 Jahren: Glauben Sie, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten X Jahren ausüben zu können?“

Abbildung 4: Arbeitswelt NRW – Subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bis 67 Jahren (Indexwert gibt das Größenverhältnis der Extremgruppen „sehr wahrscheinlich“ und „sehr unwahrscheinlich“ wieder)

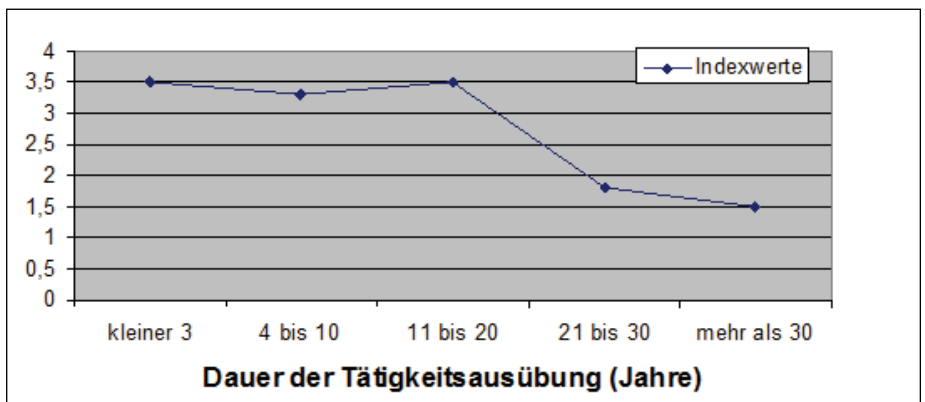


Bild 4 zeigt das Größenverhältnis der Personen mit der extremen Einschätzung „sehr wahrscheinlich“ bzw. „sehr unwahrscheinlich“. Je länger eine Tätigkeit ausgeübt wird, desto mehr Beschäftigte schätzen ein, die derzeitige Arbeit nicht bis zur Berentung ausüben zu können. Die subjektive Wahrscheinlichkeit der Ausübung des Berufs korreliert nicht eindeutig mit der beruflichen Stellung. Aber die befragten Facharbeiter/-innen und ungelerten bzw. angelernten Arbeitnehmer/-innen geben deutlich negativere Prognosen im Hinblick auf die Ausübung ihrer Berufe bis zum Rentenalter ab als die anderen Gruppen.

Ob diese Urteile auf höhere Belastungen am Arbeitsplatz – bedingt durch die ungünstigere Gestaltung der Arbeit – oder auf das individuelle Gesundheitsverhalten bzw. höhere Belastungen durch die familiäre bzw. soziale Situation zurückgehen, lässt sich an dieser Stelle nicht klären. Der Vergleich dieser beiden Gruppen mit den Angaben der einfachen Angestellten bzw. Beamten legt aber den Schluss nahe, dass körperliche Belastungen bei der Arbeit vermutlich eine Rolle bei der Urteilsfindung gespielt haben.

Der Blick auf die offizielle Rentenstatistik in NRW zeigt, dass die Zahlen der Frühberentungen insgesamt gesehen seit vielen Jahren rückläufig sind (Bild 5).

Auffällig sind einige Berufe mit einer Frühberentungsquote von fast 40% und höher, z. B. Dachdecker, Fleisch-/Wurstwarenhersteller, Krankenschwestern/-pfleger, Galvaniseure, Metallfärber, Backwarenhersteller, Maurer. Einem Rückgang der Frühberentungen um 27% seit 2000 steht ein Anstieg bei den psychischen Erkrankungen um 21% gegenüber, entsprechend liegt der Anteil dieser Krankheitsgruppe an allen Frühberentungen mittlerweile bei fast 40%.

Belastungen wirken sich nicht unmittelbar auf das Befinden und die Gesundheit aus – die persönlichen Leistungsvoraussetzungen und vorhandenen Ressourcen spielen hierbei eine bedeutsame Rolle. Beschäftigte stehen den Belastungen des Berufslebens und deren Folgen nicht hilflos gegenüber, sondern versuchen, den Anforderungen in unterschiedlicher Weise zu begegnen. Als Maß für die individuelle Gesundheitskompetenz können die eingesetzten Verarbeitungsstrategien dienen. Es wird gefragt: „Wenn Sie eine oder mehrere Beschwerden und Belastungen erleben, was machen Sie normalerweise, um diese Belastungen abzubauen oder erträglicher zu gestalten?“ Hier sind die wichtigsten Ergebnisse:

- o Aktive Strategien werden besonders häufig angewendet: Fast jeder Neunte gibt vor allem Freizeitaktivitäten, Aktivitäten mit Familie und Freunden, Gespräch im privaten Bereich an.

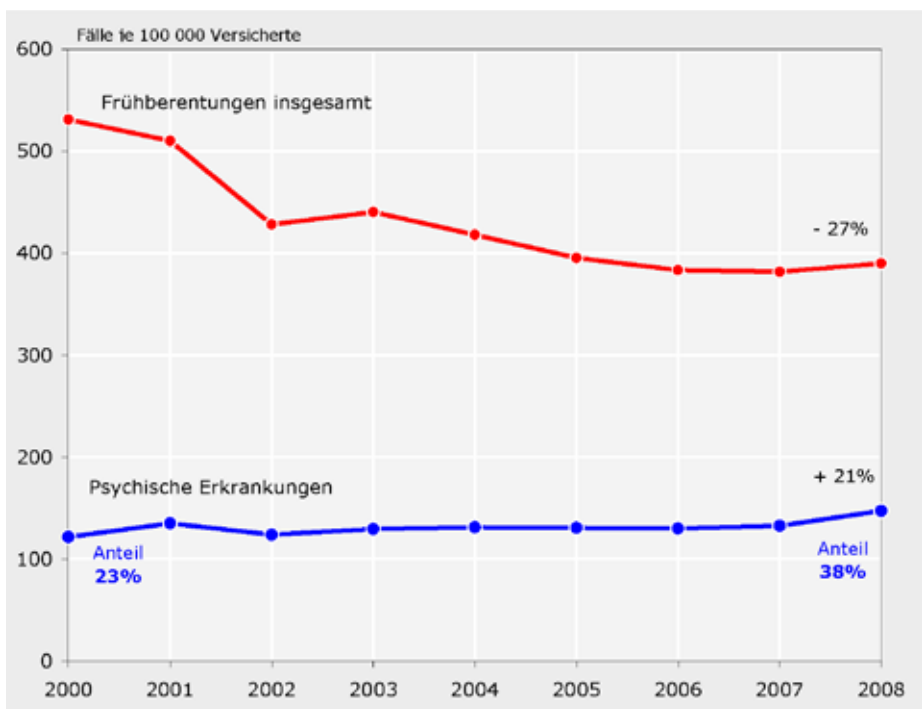


Abbildung 5: Entwicklung der Frühberentungen und des Anteils der Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen (2000 – 2008)

- o Dennoch nennen ca. 40% Alkoholgenuss.
- o Nur knapp jeder vierte nutzt betriebliche Angebote.
- o Zwischen den Geschlechtern oder abhängig vom Belastungsniveau sind Unterschiede in den Verarbeitungsstrategien erkennbar.

Ein wichtiges Maß für die Qualität der Arbeitsbedingungen ist die Einschätzung der Beschäftigten über Maßnahmen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes im Betrieb. Hier ist die Einschätzung (Urteil: „eher gut“) zu drei Gruppen von Maßnahmen:

- o Technische Schutzmaßnahmen werden mehrheitlich als eher gut bewertet;
- o Betreuung nach ASiG schneidet mittelmäßig ab;
- o Nur jeder Dritte beurteilt das Engagement des Betriebs in Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) mit „eher gut“.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass der technische Arbeitsschutz in Nordrhein-Westfalen ein hohes Niveau erreicht hat und die Betriebe in diesem Bereich ihren Verpflichtungen nachkommen. Der präventive Schutz der Gesundheit der Beschäftigten durch individuelle Betreuung sowie durch Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist aber wenig zufriedenstellend. Vor einer Flächendeckung ist NRW weit entfernt.

Vor dem Hintergrund der vorgestellten Daten aus NRW fällt die Bilanz eher kritisch aus. Auf die Frage „Gesunde Beschäftigte, gesunde Betriebe, gesunde Gesellschaft – wo stehen wir heute?“, lassen sich keine abschließenden,

aber für zukünftige Handlungsfelder wichtige Antworten geben:

- o Die Lebenserwartung steigt und dies bei gesund verbrachten zusätzlichen Lebensjahren.
- o Die Selbsteinschätzung des Gesundheitsstatus oder der Arbeitsfähigkeit weist auf Ungleichheiten in der Bevölkerung hin.
- o Generell hat sich das Belastungsgeschehen aus Sicht der Beschäftigten auf hohem Niveau stabilisiert.
- o Die wachsenden psychosozialen Belastungen erfordern ein erhöhtes Maß an Gestaltung in der Gesundheits-, Arbeits- und Sozialpolitik.
- o BGF und BGM stehen vor großen Herausforderungen.

## 5. Betriebliche Gesundheitsförderung – Blick auf Deutschland

In Verbindung mit der indirekten Feststellung einer eher niedrigen Verbreitung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in NRW liegt die Frage nach der Situation in Deutschland auf der Hand. Fast ein Viertel Jahrhundert nach Verabschiedung der Ottawa-Charta und weiterer Entschlüsse der WHO ist der Wunsch nach einer Bilanz verständlich. Ein kurzer Rückblick zeigt, dass die Ottawa-Charta Veränderungen in der Gesundheitspolitik Deutschlands angestoßen hat. Nicht nur in der Gesundheitsversorgung, sondern auch in der Forschung und Bildung sind zur Umsetzung des neuen Gesundheitskonzepts Kapazitäten aufgebaut worden und zwar über die Grenzen traditioneller Beziehungen und Institutionen hinaus. Auf die Vielfalt der Konzepte, Initiativen,

Verbünde, Maßnahmen und Instrumente wird nicht eingegangen. Beispielhaft seien hier einige, vor allem für die Arbeitswelt bedeutende Entwicklungen genannt.

Seit 1987 haben sich die Krankenkassen zu einem aktiven und kompetenten Partner auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und sind Vorreiter bei der Aufstellung von Qualitätsstandards gewesen. Im Zuge der zurückliegenden Gesundheitsreformen wurde ihre Rolle im Setting Betrieb erheblich gestärkt. Seit 2007 ist Betriebliche Gesundheitsförderung eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Der Präventionsbericht – Hrsg.: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – MDS, siehe Präventionsbericht 2009 (Internet g) – dokumentiert regelmäßig das Engagement der Kassen in BGF. Aus der gesetzlichen Pflicht der Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern, vor allem Krankenversicherung und Unfallversicherung, entstand – trotz unterschiedlicher Interessen – eine effektive Partnerschaft, die anfänglich über Kooperationsprogramme (KOPAG und IPAG) und nunmehr als Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) langfristig angelegt ist.

Neue Netzwerke und Institutionen bringen sich ein, z. B. große Stiftungen, vor allem Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung, oder das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung – gegründet 2003 und seit 2007 mit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung fusioniert – engagieren sich nachhaltig auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Auch die Länder haben zum Teil bedeutsame Impulse gesetzt sowie Konzepte und Maßnahmen zur Verbreitung des Ansatzes betrieblicher Gesundheitsförderung auf den Weg gebracht. Allein in NRW haben sich die Förderinstrumente Potenzialberatung, innovative Modellprojekte und der Informationsservice KomNet etablieren können (Lehmann & Seiler 2010).

Die Maßnahmen der Infrastrukturbildung haben zu sichtbaren Erfolgen geführt. Durch die Errichtung von Lehrstühlen für Public Health und die Etablierung entsprechender (Bachelor- und Master-)Studiengänge konnte eine große Kapazitätslücke teilweise geschlossen werden. Beratung zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich auf dem Markt der Präventionsdienstleistungen fest etabliert.

Die Wechselwirkungen zwischen den Lebenslagen und -welten des Menschen und ihr Einfluss auf die Gesundheit, z. B. Arbeit/Familie, Beschäftigung/Arbeitslosigkeit, haben zur Überwindung von Sektorengrenzen beigetragen. Früher vernachlässigte Gruppen, z. B. Menschen in Arbeitslosigkeit oder in pre-

kären Beschäftigungsverhältnissen, rücken nunmehr verstärkt in den Blick gezielter Programme der Gesundheitsförderung (vgl. Seiler & Splittgerber 2010).

Zur Vervollständigung dieser beachtlichen Bilanz gehören auch Angaben über die Verbreitung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Praxis. Als Quellen stehen verschiedene Befragungen zur Verfügung. Hiernach ergibt sich das folgende Bild:

- o 29% der Betriebe realisierten in 2002 oder 2004 Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (Hollederer 2007);
- o 36% der befragten KMU-Betriebe (50-499 Beschäftigte) führen Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) durch (Bechmann u. a. 2010);
- o 36% der Beschäftigten beurteilen das Engagement ihres Betriebs in BGF mit „eher gut“ (LIGA.NRW 2009).

Diese Zahlen sprechen für eine eher mittelmäßige Durchdringung der Arbeitswelt. Gesundheitsförderung ist lange nicht zur „Geschäftssache“ und somit Teil betrieblicher Gesundheitspolitik geworden. Diese Bilanz ist nicht zufriedenstellend. Spätestens an dieser Stelle drängt sich die Frage auf, warum Unternehmer die Potenziale der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht erkennen und beim Treffen von z. B. Investitionsentscheidungen der Fokus auf die Kostenseite und die kurzfristig zu realisierenden Gewinne gerichtet wird und nicht auf den langfristigen Nutzen.

Es kann einerseits auf wissenschaftliche Studien – national und international – verwiesen werden, die die geforderte Evidenz für messbaren Nutzen geliefert haben. Andererseits haben einige zuletzt publizierte Untersuchungen wichtige Erkenntnisse zur Umsetzung von BGF geliefert:

- o BGF ist bisher unausgewogen u. a. nach Wirtschaftsbranchen und Betriebsgrößenklassen verbreitet.
- o Immer noch enden Aktivitäten mit dem Schritt der Diagnose. Bei Interventionen dominieren Einzelmaßnahmen; die Entwicklung von Sozialkapital wird eher vernachlässigt.
- o Nur eine Minderzahl von BGF-Projekten ist belastbar evaluiert oder qualitätsgesichert, vor allem bei nicht komplexen Interventionen.
- o BGF-Maßnahmen finden nicht zwangsläufig im Rahmen eines BGM, als Teil betrieblicher Gesundheitspolitik, statt.

Mit dem bisherigen Stand der Wirksamkeit und Qualität von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung kann man nicht zufrieden sein. Für die Zukunft sind zwei wichtige Erkenntnisse aus der bisherigen Evaluationsarbeit besonders wichtig:

- o Mit betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen, die in geeigneter Weise Verhaltens- und verhältnispräventive Elemente verknüpfen, werden die größten Effekte erzielt.
- o Bei komplexen Programmen, die mehrere Elemente miteinander verbinden, stößt die Messung der Wirksamkeit bisweilen auf methodische Grenzen.

Gerade mit Blick auf die weitere Verbreitung können die methodischen Einschränkungen zu einem Hindernis werden. Hier muss die Evaluationsforschung für den Praxiseinsatz robuste Werkzeuge zur Verfügung stellen.

## 6 Fazit

Ein Viertel Jahrhundert nach Verabschiedung der Ottawa-Charta kann festgehalten werden, dass in den Betrieben „Gesundheitsschutz“ und nicht „Gesundheitsförderung“ immer noch die bevorzugte Strategie ist. Zugleich aber bewirkt der Wandel in Wirtschaft, Technik und Gesellschaft seit langem die Verschiebung der Anforderungs- bzw. Belastungsmuster bei der Arbeit. Beim wachsenden Veränderungstempo und den neuen Risikokonstellationen wird zur Problemlösung der Rückgriff auf das Erfahrungswissen der Vergangenheit nur bedingt möglich sein. In Anbetracht der Herausforderungen, die sich einer gesundheitsfördernden Arbeitswelt stellen, gilt es, bereits jetzt vorhandene Erkenntnisse soweit wie möglich zu nutzen, um der bekannten und absehbaren gesundheitlichen Ungleichheit bei der Arbeit mit geeigneten Maßnahmen zu begegnen und das Erreichen des Rentenalters in guter Gesundheit zu ermöglichen.

Trotz Unwissen und Unsicherheit stehen der Politik Handlungsoptionen zur Verfügung. Vor allem dürfen BGF und BGM nicht an der Komplexität betrieblicher Wirklichkeit scheitern. Zukünftige Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Sozialpolitik müssen Zielen und Maßnahmen den Vorrang einräumen, die dazu beitragen, dass die Durchdringung in der Arbeitswelt erhöht und dabei die systematische und nachhaltige Umsetzung gefördert werden. Es gilt, die betriebliche Handlungsfähigkeit zu stärken, vor allem bei der Suche adäquater Lösungen, die Lebenslagen und -stilen gerecht werden. Dazu ist es nötig, dass Mindeststandards für Evaluation und Qualitätssicherung verabredet und für den Praxiseinsatz robuste Werkzeuge verfügbar gemacht werden. Mehr als bisher muss Betriebliche Gesundheitsförderung an Attraktivität für das Unternehmen gewinnen.

## Danksagung

Mein Dank gilt meinen Mitarbeitern Herrn Annuß, Herrn Figgen, Dr. Holleder, Dr. Rack, Dr. Seiler, und Herrn Streich. Erst mit ihrer Hilfe ist diese Bilanz möglich geworden!

**Literatur**

Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Francisco

Badura, B., Hehlmann, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Bechmann, S., Jäckle, R., Lück, P., Herdegen, R. (2010): Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), IGA-Report 20, Initiative Gesundheit und Arbeit, Essen

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies

Ferrie, J. F. (2004): Work, Stress and Health: the Whitehall II study. CCSU, verfügbar als Download unter <http://www.ucl.ac.uk/whitehall-III>, zuletzt besucht am 01.07.2010

Goetzel, R. Z., Ozminkowski, R.J. (2008): The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annu Rev Public Health* 29, S. 303-323

Goldgruber, J., Ahrens, D. (2010): Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. In: *J Public Health* 18, S. 75-88

Hollederer, A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. In: *Gesundheitswesen*, 69, S. 63-76

Hollederer, A. (2010): Erwerbsbeteiligung, Gesundheit und Behinderung in NRW - Ergebnisse einer Sonderauswertung des Mikrozensus 2005. Vortrag in: Fachtagung „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ am 25.3.2010 in Düsseldorf

**Internet**

- a) [http://www.oecd.org/document/19/0,3343,de\\_34968570\\_35008930\\_44218963\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/19/0,3343,de_34968570_35008930_44218963_1_1_1_1,00.html), zuletzt besucht am 21.06.2010
- b) <http://www.who.int/en/>, zuletzt besucht am 01.07.2010
- c) [http://eur-lex.europa.eu/Result.do?arg0=89%2F391%2FEWG&arg1=&arg2=&titre=titre&chlang=de&RechType=RECH\\_mot&idRoot=1&refinecode=LEG\\*T1%3DV112%3BT2%3DV1%3BT3%3DV1&Submit=Suche](http://eur-lex.europa.eu/Result.do?arg0=89%2F391%2FEWG&arg1=&arg2=&titre=titre&chlang=de&RechType=RECH_mot&idRoot=1&refinecode=LEG*T1%3DV112%3BT2%3DV1%3BT3%3DV1&Submit=Suche)
- d) [http://europa.eu/pol/health/index\\_de.htm](http://europa.eu/pol/health/index_de.htm), zuletzt besucht am 01.07.2010
- e) <http://www.enwhp.org>, zuletzt besucht am 01.07.2010
- f) [www.inqa.de/](http://www.inqa.de/), zuletzt besucht am 01.07.2010
- g) [www.mds-ev.org/](http://www.mds-ev.org/), zuletzt b. am 01.07.2010

Karasek, R., Theorell, T. (1990): Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books, HarperCollins Publishers, New York

Kliche, T., Gröger, G., Meister, R. (2010): Die Implementation Betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland: Stand, Hürden und Strategien – ein Überblick. In: *Aspekte der Prävention*, S. 224-234, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Lehmann, E., Seiler, K. (2010): Staatliche Impulse, Konzepte und Fördermaßnahmen. In: *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Badura, B., Walter, U., Hehlmann, T. (Hrsg.), Springer Verlag, Berlin

LIGA.NRW (2009): *Gesunde Arbeit NRW 2009. Belastung - Auswirkung - Gestaltung - Bewältigung*, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit. LIGA.Praxis 3

Marmot, M. G., Wilkinson, R. G. (Editors) (1999): *The Social Determinants of Health*. Oxford University Press, Oxford

MGSFF (2005): *Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010*. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

MAGS (2009): *Landesgesundheitsbericht 2009. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Rohmert, W (1984): Das Belastungs-Bearbeitungs-Konzept. In: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 4, S. 193-200

Seiler, K., Splittgerber, B. (2010): Ein strukturelles Problem? Herausforderungen der Gesundheitsförderung für prekär Beschäftigte. In: *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Faller, G. (Hrsg.), Huber Verlag, Bern

Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit: Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Hogrefe Verlag, Göttingen

Siegrist, J. (2009): *Arbeit, Familie und Gesundheit – eine europäische Perspektive*. In: *Themenband VII: Arbeit, Familie und Gesundheit*. Kowalski, H. (Hrsg.), Verlag CW Haarfeld, Essen

Sockoll, I., Kramer, I., Bödeker, W. (2008) *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000-2006*, IGA-Report 13, Initiative Gesundheit und Arbeit, Essen