Renate Czeskleba, Helmut Ivansits

INVALIDITÄT, PRÄVENTION UND RECHTLICHER RAHMEN

1. DEMOGRAFIE UND „UNFINANZIERBARKEIT" DES SOZIALSTAATES

Der sozialpolitische Diskurs steht seit Jahren „im Banne" des demografischen Wandels. Im Zentrum steht die These, dass die Alterung der Gesellschaft zu gravierenden Finanzierungsproblemen im System der sozialen Sicherheit führen würde, sodass letztlich nur mehr ein Rückbau des Sozialstaates die Unfinanzierbarkeit verhindern können würde. Diese Einstellung zum Sozialstaat, die in einem hohen Maße politikwirksam geworden ist, erleichtert die Argumentation gegen den Sozialstaat, weil es nunmehr „Sachzwänge" und nicht ideologisch unterschiedliche Sichtweisen sind, die eine Liberalisierung sozialer Daseinsvorsorge (Pensionsversicherung, Gesundheits- und Pflegesicherung) nahe legen.

2. DEMOGRAFISCHER WANDEL UND DIE GESETZLICHE PENSIONSVERSICHERUNG

Der demografische Wandel – die Verbindung aus sinkender Fertilität und längerer (Rest)-Lebenserwartung – wird zu einer Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung führen. Ein Drittel der Bevölkerung wird im Jahr 2030 älter als 60 sein, derzeit sind es 22%.

Die österreichische Bevölkerung wird von derzeit 8,31 Millionen auf 8,98 im Jahr 2030 und 9,51 Millionen im Jahr 2050 steigen. Die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 60 wird laut Statistik Austria bis 2030 von derzeit 5,16 auf 4,93 fallen, danach jedoch wieder auf 5 Millionen (2050) steigen, also annähernd gleich bleiben. Die Zahl der 60- und Mehrjährigen wächst aber von derzeit 1,85 auf 2,81 (2030) bzw. auf 3,26 Millionen Personen (2050) (vgl. Statistik Austria 2008, 1088f).

Vor diesem Hintergrund wird immer häufiger behauptet, der Sozialstaat sei langfristig unfinanzierbar. Nun ist Unfinanzierbarkeit weniger eine ökonomische als eine politische Kategorie. Ob der Sozialstaat auch noch in 30 oder 40 Jahren Bestand haben wird, ist somit in erster Linie eine politische Frage. Wenn aller „Überalterung" zum Trotz weiterhin auf gesellschaftlicher Ebene die Bereitschaft besteht, auch unter ungünstigeren demografischen Bedingungen für die Finanzierung des Sozialstaates einzustehen, sind Fragen wie jene nach dem finanziellen Mehrbedarf oder nach der Effizienz von Finanzierungssystemen von nachrangiger Bedeutung.

Was den Mehrbedarf an finanziellen Ressourcen betrifft, dürfte die zukünftige demografische Entwicklung in ihren Auswirkungen auf das System der sozialen Sicherheit überschätzt werden. Bezüglich der gesetzlichen Pensionsversicherung hängt die Frage, in welchem Umfang sich der Pensionsbestand tatsächlich erhöhen wird, nicht allein von der demografischen Entwicklung, sondern auch von der Ausgestaltung des zukünftigen Pensionsrechts (Pensions-

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 71–83

alter, Pensionsberechnung), also wiederum von politischen Faktoren, ab. Nicht zuletzt hängt der Umfang des Pensionsbestandes auch davon ab, ob die Zahl der Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (wegen Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit, kurz: Invaliditätspensionen) durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten (und nicht nur durch die Veränderung des Invaliditätsbegriffs) verringert werden kann.

Entgegen bisherigen Annahmen wird nach der neuen Bevölkerungsprognose der Statistik Austria die Bevölkerung steigen, und zwar auch jene im erwerbsfähigen Alter bis 64. Geht man nun davon aus, dass auch in Zukunft – wie schon in den letzten 30 Jahren – mit dem Wirtschaftswachstum auch die Beschäftigung steigt, so wird es im Jahr 2030 rund 400.000 bis 500.000 Arbeitskräfte mehr geben als heute. Es wird also eine beträchtliche zusätzliche Nachfrage nach Arbeitskräften entstehen und die Arbeitsmarktlage sich allmählich verbessern. Unter der Annahme, dass die Erwerbsbeteiligung noch stärker (auf heute skandinavisches oder eidgenössisches Niveau) steigt, Arbeitskräftereserven durch Aktivierung bisher unterbeschäftigter Personengruppen (Arbeitslose, Frauen, Ältere) für den Arbeitsmarkt (re)aktiviert werden und die Immigration steigt, wird auch die Angebotslücke geschlossen werden können (vgl. Statistik Austria 2008a, 288-296).

Dafür müssen allerdings die entsprechenden politischen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Insbesondere ist dafür zu sorgen, dass die Arbeitsbedingungen in Österreich zunehmend so gestaltet werden, dass Menschen nicht bzw. deutlich weniger oft arbeitsbedingt erkranken und frühzeitig wegen Invalidität aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden müssen. Gerade in Zeiten der Arbeitskräfteknappheit besteht darüber hinaus ein hohes gesamtwirtschaftliches Interesse an gesunden, auch älteren Arbeitskräften, die Beiträge in die Sozialversicherung leisten anstatt Pensionen zu beziehen.

Bei Knappheit am Arbeitsmarkt verbessern sich die Einkommenschancen der Erwerbstätigen. Dadurch steigen wiederum die Einnahmen der Pensionsversicherung. Steigt das BIP beispielsweise jährlich real um 2% und schlägt sich diese Steigerungsrate auch auf die Löhne nieder, werden sich die Realeinkommen in 30 Jahren verdoppelt haben (vgl. Hofer et alt). Selbst wenn die Pensionsquote stärker als angenommen steigen sollte, dürfte genügend Akzeptanz dafür vorhanden sein, einen kleinen Teil des Kaufkraftzuwachses zur Finanzierung der Alterssicherung abzuzweigen.

3. PRÄVENTIVE SOZIALPOLITIK ALS SCHLÜSSEL ZUR SOZIALSTAATSFINANZIERUNG

Voraussetzung für positive Effekte einer alternsgerechten Arbeitswelt auf unser soziales Sicherungssystem ist allerdings ein integrativer politischer Ansatz: Dazu zählt neben einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie, beruflicher Weiterbildung und flexiblen Übergängen in den Ruhestand vor allem auch eine präventive Ausrichtung der Gesundheitspolitik insgesamt.

Eine präventive Gesundheitspolitik setzt an allen Lebenswelten an (Wohnen, Arbeiten, Lernen, Freizeit/Sport). Der Schwerpunkt sollte dabei vor allem auf den Abbau von sozialer Ungleichheit gelegt werden.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 71–83

3.1 Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet: Krankheit verhindern und Gesundheit generieren

Grundsätzlich fokussiert Prävention auf den Schutz der Gesundheit vor bestimmten Krankheiten. Gesundheitsförderung hingegen will Gesundheit generieren (Salutogenese) und zielt auf das Steigern des Wohlbefindens und auf das Investieren in Gesundheit. Beide Zugänge sind miteinander kommunizierende Gefäße, ergänzen einander und helfen Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhöhen und gleichzeitig Kosten für kurative Maßnahmen zu sparen. Prävention unterteilt sich in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Unter Primärprävention wird das Vorbeugen von – auf Grund der Lebens- oder Arbeitsumstände zu erwartenden – Krankheiten verstanden, bevor es noch erste Symptome gibt. Sekundärprävention setzt an ersten Symptomen an und versucht, das Fortschreiten von Krankheiten zu vermeiden. Tertiärprävention ist medizinische, psychische und berufliche Rehabilitation.

4. ALTERUNG VON BELEGSCHAFTEN

Die demografische Alterung führt zu einer Veränderung der Altersstruktur der Belegschaften, der Anteil der Älteren nimmt gegenüber jenem der Jüngeren zu. Vor diesem Hintergrund sollte auf die „Generationenbalance“ in Betrieben geachtet werden. Die körperliche Kraft nimmt bei Älteren zwar ab, hinsichtlich der geistigen Fähigkeiten bleiben ihre Kompetenzen jedoch erhalten, bei der sozialen Kompetenz haben sie gegenüber den Jüngeren einen deutlichen Vorteil. Um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Älteren zu fördern, bedarf es eines lebenslangen Prozesses der Gesundheitsförderung. Teil der Gesundheitsförderung sind persönliche und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und lebens- und arbeitsbegleitendes Lernen. Projekte zu alternsgerechtem Arbeiten wie beispielsweise das „LIFE-Programm“ der VOEST berücksichtigen dieses Prinzip durch eine kontinuierliche Gesundheitsförderung sowie durch Weiterbildungsmöglichkeiten und Bildungsfreistellung.

Invalidität kann nur dann nachhaltig verhindert werden, wenn vom Kindergarten an die Gesundheit von Menschen gefördert wird. Im Arbeitsleben werden langfristige Maßnahmen sowie mittel- und kurzfristig wirkende Maßnahmen einander ergänzen müssen. Es wird also darum gehen, in Unternehmen und Dienststellen die Gesundheit aller zu fördern. Ältere werden komplexere Tätigkeiten mit geringerer körperlicher Kraft leichter bewältigen, Jüngere werden ambitionierter quantitative Arbeitsziele erreichen und zur Arbeitssicherheit mehr Unterstützung und Beratung brauchen.

5. PRÄVENTION ALS HEBEL ZUR VERMEIDUNG VON INVALIDITÄT

Österreich wendet nur rund 1,9% der öffentlichen Gesundheitsausgaben (vgl. IHS 2007) für Prävention auf und liegt damit deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 2,6%. Deutschland und die Niederlande beispielsweise geben dafür immerhin 4% aus. Es überrascht, dass Österreich eher zu den Nachzüglern innerhalb der OECD gehört. Es stellt sich die Frage, ob die mangelhafte Präventionskultur in Österreich mit für die international relativ hohe Gesund-

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 71–83

heitsausgabenquote von 10,2% des BIP verantwortlich ist. Insofern könnte Prävention auch erhebliche Effizienzpotenziale aufweisen.

Die Ursache der nur rudimentär präventiven Ausrichtung des österreichischen Gesundheitswesens ist jedenfalls nicht spezifisch mit dem österreichischen Sozialversicherungssystem zu erklären, denn auch Deutschland verfügt über eine gesetzliche Krankenversicherung und weist dennoch höhere Präventionsausgaben auf. Darüber hinaus sind höhere Ausgaben für Prävention nicht gleich bedeutend mit höherer Effizienz (vgl. Sachverständigenrat 2000, 105).

Tatsache ist, dass durch die prekäre Finanzlage der österreichischen Krankenkassen der Blick auf die Möglichkeiten von präventiven Maßnahmen und Programmen verdeckt wird. Im Mittelpunkt steht vielmehr die Suche nach Einsparmöglichkeiten und nach der nachhaltigen Vermeidung von Doppelgleisigkeiten im kurativen Bereich. In Österreich ist in den Klein- und Mittelbetrieben Skepsis gegenüber der Wirtschaftlichkeit von Prävention weit verbreitet. Umso notwendiger ist es, Prävention und Gesundheitsförderung in den österreichischen Betrieben zu etablieren. Um das zu erreichen, muss die Effizienz der Prävention für das Gesundheitswesen und die Tauglichkeit von Prävention zur Vermeidung von Invalidität darstellbar sein. Besonders wichtig ist es aufzuzeigen, dass die Unternehmen von Gesundheitsförderung in den Betrieben profitieren können.

Durch Prävention können das Gesundheitssystem und die Pensionsversicherung Kosten einsparen. Eine präventive Maßnahme ist daher effizient, wenn bei vorgegebenem Ressourceneinsatz ein möglichst hohes Gesundheitsniveau mit einem möglichst geringen Ressourceneinsatz erreicht werden kann. Diese Aussage deckt sich mit dem ethischen Postulat, jede Verschwendung von finanziellen Ressourcen zu unterlassen, zumal Vergeudung in den anderen Versorgungsbereichen zu Mangelsituationen führen kann.

6. INVALIDITÄT ALS KOSTENFAKTOR

Ökonomisch gesehen werden Krankheit und Invalidität als Kostenfaktor, Prävention hingegen als Nutzenfaktor betrachtet. In den hierzu vorliegenden Studien werden die direkten und indirekten Kosten von (z.B. arbeitsbedingten) Erkrankungen erhoben und die betriebs- bzw. volkswirtschaftliche Kostenersparnis (Nutzen) ermittelt. So kosten 35 Millionen Krankenstandstage nach dem „Fehlzeitenreport“ (vgl. Leoni/Biffl/Guger 2008, 57) die Betriebe jährlich rund 6,5 Mrd. Euro (3,1% des BIP). Gelänge eine nur zehnprozentige Senkung der Krankenstände, könnte die österreichische Wirtschaft um bis zu 650 Millionen jährlich entlastet werden. Ähnlich sind die Schlussfolgerungen der neuen Studie zu den „Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Invalidität“ (vgl. Biffl/Leoni 2007) und in der deutschen Studie über die „Kosten der Frühverrentung“ (vgl. Gesellschaft für Gesundheitsmanagement 2005). Die Gesundheit Österreich GmbH hat in einer neuen Studie (vgl. Wirl et al 2008) die internationalen Strategien und Erfahrungen bei der Prävention von Invaliditätspensionen analysiert.

Die ökonomische Analyse der Wirkung von Präventivmaßnahmen weist auf eine Reihe von methodischen Problemen hin, die mit der Monetarisierung von Kosten/Nutzen in Verbindung stehen (vgl. Sachverständigenrat 2000 bzw. Grossmann 1996).

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 71–83

Eine österreichische Studie „Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung“ (vgl. Helmenstein et al 2004,10-19) geht auf die Methoden der Nutzenmessung von betrieblicher Gesundheitsförderung ein. Darüber hinaus enthält sie eine Liste von internationalen Vergleichsstudien zur Wirksamkeit von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Von Bedeutung sind demnach z.B. Programme zum Umgang mit Stress, zur körperlichen Aktivität, Ernährung etc. Hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen kommen diese Metastudien zum Ergebnis, dass sich betriebliche Gesundheitsförderung rentiert (Senkung von Fehlzeiten und der direkten Krankheitskosten). Der Return of Investment liegt bei den meisten Programmen zwischen 1:2,5 und 1:5, d.h. für jeden investierten Dollar können für das Programm z.B. 2,5 Dollar eingespart werden.

Die Studie enthält auch eine Beurteilung der wirtschaftlichen Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich. Unter der Annahme, dass sämtliche Erwerbstätigen von Programmen betrieblicher Gesundheitsförderung erfasst werden und diese auch befolgen, liegt der Gesamteinspareffekt bei immerhin 3,638 Milliarden Euro (1,7% des BIP). Davon entfallen rund 1,4 Milliarden Euro auf den „vermiedenen Produktionsausfall infolge von Erwerbsunfähigkeit“ (gemessen als Differenz zwischen entgangenen Lebenseinkommen und Pensionen). Die methodischen Grundlagen für diese Berechnungen (mit weiteren Literaturhinweisen) werden in der Studie ausführlich dargelegt.

Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung zahlen sich demnach gleich dreifach aus:
- Kostenreduktion für die Betriebe durch verringerte Fehlzeiten und die Entgeltfortzahlung
- volkswirtschaftliche Einsparungen durch geringere Arztrechnungen, weniger Krankenhausaufenthalte, Krankengeld, Invaliditätspensionen, verringerte Produktionsausfälle etc. und vor allem
- durch mehr Lebensqualität für die AdressatInnen.

7. PRÄVENTIONS(GESUNDHEITSFÖRDERUNG)GESETZ

Für eine rationale, strategisch ausgerichtete Gesundheitspolitik sind Gesundheits- und Präventionsziele, die hinsichtlich der Zielerreichung messbar sein müssen, unerlässlich.

Nationale Präventionsziele könnten beispielsweise die Verminderung von Diabetes oder von Invalidität sein. Im Bereich der Invalidität wäre eine Reduktion von Invaliditätspensionen in den Bereichen Muskel- und Skeletterkrankungen und Stoffwechselerkrankungen um 10% innerhalb von fünf Jahren ein realistisches nationales Präventions- und Gesundheitsförderungsziel (derzeit sind 60% der Neuzugänge zur Invaliditätspension mit Muskel- und Skeletterkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen begründet (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2006, Tabelle 3.15). Auch gesunde Ernährung könnte ein nationales Präventionsziel sein – in Finnland gibt es diesbezüglich seit Jahrzehnten eine intensive Zusammenarbeit von staatlichen Institutionen und Betrieben mit der Nahrungsmittelindustrie.

Wie auch in Deutschland, wo ebenfalls an einem Präventionsgesetz gearbeitet wird, könnte Prävention in einem eigenen Bundesgesetz geregelt werden. Es entspräche aber eher der

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 71–83

österreichischen Rechtslage, die Grundsätze der Prävention zunächst in einer Artikel 15 a B-VG-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern festzulegen und diese in einem weiteren Schritt durch die Bundes- und Landesgesetzgeber zu transformieren. Beide Konzepte gehen von einer zentralen Rahmengesetzgebung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, aber von einer dezentralen Umsetzung aus. Ohne Bundeskoordination würden die derzeit im Bereich der Prävention bestehenden Defizite – nämlich: Unverbindlichkeit, Ziellosigkeit, mangelnde Koordination – erhalten bleiben. Ausschließlich auf appellativem Wege ist kaum eine wirksame Präventions- und Gesundheitsförderung realisierbar.

Die zukünftigen Rechtsgrundlagen für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung sollten von folgenden Grundstruktur ausgehen:

- Festlegung von *Präventionszielen*

- Die Vorbereitung zur Festlegung von Präventionszielen sollte in der Bundesgesundheitskommission beim Bundespräventionsrat liegen, der sich aus den Präventionsträgern, d.h., aus der Sozialversicherung und den Gebietskörperschaften zusammensetzt. Die büromäßige Führung der Geschäfte könnte durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erfolgen.

- *Verpflichtung* der Präventionsträger zur Prävention/BGF (Prävention als Pflichtaufgabe) im jeweiligen Wirkungsbereich.

- Formulierung der Ziele auf der Grundlage einer („kritischen") *Gesundheits- und Präventionsberichterstattung* durch die Gesundheit Österreich GmbH.

- Zentrale Festlegung von *Qualitätsvorgaben* (Bewilligungsvoraussetzungen: Bedarf, Bereitschaft, Projektmanagement, Projektziele, Übertragbarkeit) für Präventionsmaßnahmen durch den Präventionsrat.

- Der Präventionsrat ist auch für *Aufklärung und Information* zuständig.

- Sofern die Präventionsträger nicht selbst Präventionsmaßnahmen durchführen, können auf Antrag von Einrichtungen aus den betroffenen Lebensbereichen (insbesondere Betrieb, Sport, Schule) *Präventionsprojekte* bewilligt werden, wenn sie den Präventionszielen und Qualitätsanforderungen entsprechen

- Die *Finanzierung* erfolgt durch die Präventionsträger. Für die Sozialversicherung stellt der Bund einen Beitrag in der Höhe von 20 Millionen Euro zur Verfügung.

Die Organisation von Prävention/BGF sollte über den Fonds – Gesundes Österreich bei der GÖG laufen. Die Prävention von *arbeitsbedingten Erkrankungen* ist als Pflichtaufgabe der Unfallversicherung zu regeln. Arbeitsbedingte Erkrankungen machen bis zu 50% des Krankheitsgeschehens aus. Die AUVA ist daher gesetzlich zur Prävention von arbeitsbedingten Krankheiten und Gesundheitsgefahren zu verpflichten. Ebenso ist mit der Prävention von Arbeits- und Freizeitunfällen zu verfahren.

Ergänzend dazu sollten die Unfallversicherungsträger gemeinsam mit den Krankenkassen

(am besten im Rahmen eines Kompetenzzentrums) für die betriebliche Gesundheitsförderung verantwortlich gemacht werden. Das hätte den Vorteil, dass betriebliche Gesundheitsförderung flächendeckend, bedarfsgerecht (betriebsbezogen) und standardisiert angeboten werden kann. Beratung und Moderation könnten bei entsprechender Dotation und Interesse von Betrieb und Betriebsrat kostenlos angeboten werden.

Grundsätzlich trägt jeder Rechtsträger (Sozialversicherung, Gebietskörperschaften) selbst die finanzielle Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung in seinem Zuständigkeitsbereich. Die Finanzierung sollte zweckgebunden erfolgen und gesetzlich geregelt werden. Diese Mittel dürfen nur für zusätzliche Prävention und Gesundheitsförderung verwendet werden.

8. PRÄVENTIONSGESETZGEBUNG UND BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (BGF)

Eine neue Präventionsgesetzgebung muss sämtliche Settings der Prävention erfassen. Die erwerbstätige Bevölkerung erwirtschaftet den gesellschaftlichen Wohlstand und ist zugleich den hohen Beanspruchungen der Arbeitswelt ausgesetzt. So sind Berufskrankheiten direkt, arbeitsbedingte Erkrankungen oft erst über epidemiologische Studien auf arbeitsbedingte Belastungen zurückzuführen. Die „Beschleunigung" der Arbeitsprozesse und die damit einhergehenden Veränderungen der Arbeit sind neben klassischen Belastungen wie die der Schwerarbeit zentrale Ursachen für das Krankheitsgeschehen.

Dies rechtfertigt es, in den gesetzlichen Bestimmungen dem Setting Arbeitsplatz eine besonders hohe Priorität zu geben. Der „klassische" ArbeitnehmerInnenschutz und die BGF sind hier Instrumente, die es flächendeckend umzusetzen gilt. Grundsätzlich muss mit Prävention sehr früh begonnen werden und nicht erst dann, wenn der Schaden – Krankheit oder Invalidität – bereits eingetreten ist.

Eine Grundbedingung für die Effizienz von gesundheitsförderlichen Maßnahmen ist die Partizipation der Betroffenen selbst. Sie kennen die Verhältnisse in den Betrieben am besten und wissen, welche Gesundheitsrisiken – aber auch welche Gesundheitsförderungsmaßnahmen für sie die wichtigsten sind.

Der ArbeitnehmerInnenschutz ist im Gegensatz zur BGF gesetzlich verpflichtend, die Arbeitsinspektion kontrolliert seine Umsetzung. Das österreichische „Nationale Netzwerk für BGF" entwickelt entsprechende Instrumente und zertifiziert Gesundheitsförderung in den Betrieben. Die beiden Zugänge weisen Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten auf. Beim ArbeitnehmerInnenschutz handelt es sich um Primärprävention – also um Gesundheitsschutz – und nicht um Gesundheitsförderung. BGF hingegen fokussiert explizit auf Salutogenese und verlangt nach einem nachhaltig wirkenden Managementsystem für BGF.

Eine aussagekräftige Ist-Analyse des Betriebes ist für BGF genauso notwendig wie die Gefahrenermittlung im Bereich des ArbeitnehmerInnenschutzes. Krankenstandszahlen sind hier oft ein wichtiger Impetus für ArbeitgeberInnen für BGF.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 71–83

Gesundheitszirkel sind das Instrument der BGF in den Betrieben. Im Rahmen von Gesundheitszirkeln werden arbeitsplatzbezogene Belastungen, aber auch persönliche Ressourcen der ArbeitnehmerInnen erfasst und darauf basierend gesundheitsförderliche Maßnahmen umgesetzt. Gesundheitszirkel sollten jedenfalls durch professionelle ModeratorInnen – beispielsweise aus den Krankenkassen – durchgeführt werden.

Der Arbeitsbewältigungsindex ist ein weiteres Instrument der Gesundheitsförderung, das sich für die Ist-Analyse in Bezug auf alternsgerechtes Arbeiten anbietet. Er misst die Arbeitsfähigkeit von ArbeitnehmerInnen im Unternehmen. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes ist der Arbeitsbewältigungsindex ein gutes Instrument zur Messung von Gesundheit, Motivation und Arbeitsfähigkeit. Er sollte ein wichtiger Teil eines nachhaltigen Gesamtprogramms für alternsgerechtes Arbeiten sein.

Im Zentrum der BGF (nach der Luxemburger Deklaration) steht die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, aber auch das gesundheitsförderliche Verhalten der ArbeitnehmerInnen selbst. Eigene „Ressourcen“ (wie Erfahrung, Motivation, Qualifikation, Fitness) müssen mobilisiert und Belastungen proaktiv bewältigt werden. Durch BGF können Anliegen der ArbeitnehmerInnen (wie die Senkung der Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit und Bewältigungskompetenzen) ebenso erreicht werden wie Arbeitgeberziele (höhere Produktivität, Steigerung der Produktqualität, verbesserte innerbetriebliche Kooperation etc.).

Grundvoraussetzungen für eine effiziente BGF sind ein positiver Zugang und eine ausreichende Information der Betriebsleitung und des Betriebsrates über BGF. In einer Befragung von Betriebsratvorsitzenden in Oberösterreich (zitiert nach Meggeneder et al 2005, XXI) fühlen sich zwei Drittel der Vorsitzenden gut informiert, 87% bezeichnen sich als BefürworterInnen einer verhältnispräventiven BGF (ergonomische Arbeitsplatzgestaltung aus, Verbesserung der Arbeitsorganisation, Verringerung der Arbeitsbelastung, Stressbewältigung etc.) und sprechen sich für Maßnahmen der BGF in ihren Betrieben aus. Sie erwarten sich davon mehr Arbeitszufriedenheit, Motivation und die Verringerung von Fehlzeiten. Weniger erfreulich ist, dass die oberösterreichischen UnternehmensleiterInnen in starker Abhängigkeit zur Unternehmensgröße deutlich weniger über BGF informiert sind als BetriebsrätInnen (vgl. Meggeneder et al 2005, XXII).

Nach Auffassung der Gewerkschaften funktioniert das Instrument der BGF nur dann, wenn die Betriebe dazu angehalten, dabei unterstützt und gefördert werden. Schlüsselfaktoren sind Überzeugungsarbeit, direktes Ansprechen von Betrieben, externe Moderation von betrieblichen Gesundheitsförderungsprozessen und die Bereitstellung von entsprechenden Tools. Die Erfahrung zeigt, dass erfolgreiche BGF fast immer vom Fonds-Gesundes Österreich unterstützt wurde. Dies ist insofern problematisch, als sich Prävention und Gesundheitsförderung auch ohne Förderung betriebswirtschaftlich rechnen. Was aber aus Gründen der Qualität der Maßnahmen sinnvoll erscheint, ist die Beratung oder die Moderation von Gesundheitszirkeln durch die Krankenkassen vornehmen zu lassen und von rein monetären Förderungen oder steuerlichen Zuschüssen abzusehen.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 71–83

Im Präventionsgesetz sollte daher auch angeführt werden, unter welchen Voraussetzungen den Unternehmen seitens der Sozialversicherung unterstützende Maßnahmen der BGF gewährt werden können. Zu diesem Zweck sollen die Krankenkassen in Hinkunft verpflichtet werden, betriebliche Präventionsberatung zu gewähren. Darüber hinaus sollen die Kassen mit ihrem Beratungsangebot „in die Betriebe gehen" können. Das Beratungsangebot sollte mit den in der Richtlinie des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger enthaltenen Zielen der BGF übereinstimmen und den darin angeführten wissenschaftlichen Methoden entsprechen. Damit sollen Zielkompatibilität und Qualitätssicherung erreicht werden. Die Wissenschaftlichkeit der Methoden muss durch das „Nationalen Netzwerks für BGF" bestätigt werden. Zentral ist das gemeinsame Vorgehen von Geschäftsführung und Belegschaftsvertretung in der Planung und Umsetzung von BGF.

Wichtig ist auch die Sicherung von Standards in der BGF, die Kompatibilität mit wissenschaftlich fundierten Präventions- und Gesundheitsförderungszielen sowie Transparenz und Evaluierung der Wirkungen. Der Hauptverband könnte hier eine zentrale Rolle spielen und durch das „Nationale Netzwerk für BGF" unterstützt werden. In einer neuen Studie der Gesundheit Österreich GmbH (vgl. Rohrauer et al 2008) wurden Richtlinien zur Förderung von Präventionsprojekten erhoben.

Die Lebensumwelt „Arbeit" steht verständlicherweise im Zentrum des Interesses der ArbeitnehmerInnenvertretungen. Trotzdem ist auch klar, dass Settings wie jenes der Schule, aber auch Zielgruppen wie MigrantInnen, sozial benachteiligte Gruppen oder behinderte Menschen in besonderer Weise der Prävention und Gesundheitsförderung bedürfen.

Wie angedeutet sollte der Anreiz zur Vornahme von betrieblichen Präventionsprogrammen vor allem in der Übernahme der Beratungs- und allenfalls der Personalkosten des Projektmanagements durch die Krankenkassen liegen. Die Zertifizierung soll nur möglich sein, wenn die Qualität der BGF durch die Krankenkassen gewährleistet ist. Da sich solcherart qualitätsgesicherte Maßnahmen der BGF ökonomisch rentieren (siehe oben) und sich gleichsam selbst finanzieren, erscheint eine weiter gehende Förderung durch die öffentliche Hand fragwürdig. Wenn sie angedacht wird, dann nur für bereits zertifizierte Projekte.

Folgende Instrumente können unter bestimmten Bedingungen den Projekten der BGF eine wichtige informationelle Hilfestellung bieten:

1. Krankenstandsanalysen

Die Praxis in zwei österreichischen Bundesländern (Oberösterreich und Steiermark) hat gezeigt, dass Krankenstandsanalysen, die einen Vergleich der betrieblichen Krankenstandstage mit dem Branchendurchschnitt ermöglichen, einen gewissen Anreiz (besonders für ArbeitgeberInnen) darstellen, Gesundheitsförderungsprojekte umzusetzen. Eine aussagekräftige Ist-Analyse für BGF sollte aber neben Krankenstandszahlen jedenfalls auch Fluktuationsdaten, Informationen über die Generationenverteilung im Betrieb, Kenndaten zur Arbeitsorganisation und betriebliche Analysen der Arbeitsbedingungen umfassen. Gesundheitszirkel sind ein Instrument, das eine genauere Erfassung von Belastungen und Ressourcen der ArbeitnehmerInnen ermöglicht, sollten aber durch professionelle ModeratorInnen durchgeführt werden.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 71–83

2. Arbeitsbewältigungsindex

Eine der Möglichkeiten, die Leistungsfähigkeit im Hinblick auf konkrete Arbeitsaufgaben zu ermitteln, ist der Arbeitsbewältigungsindex. Im Rahmen von spezifischen Interviews mit den Beschäftigten wird die Arbeitsfähigkeit bewertet bzw. bepunktet. Die Interviews haben gezeigt, dass ohne geeignete betriebliche Maßnahmen die Arbeitsfähigkeit mit zunehmendem Alter abnimmt. Sie kann zwar durch betriebliche Gesundheitsförderung (z.B. durch Fitness-Programme) noch einige Jahre gesteigert werden, ohne dabei aber Nachhaltigkeit zu erzielen. Erst durch eine Kombination aus Fitness-Training, ergonomischen Verbesserungen und – vor allem – einem angemessenen Führungsverhalten lässt sich die Leistungsfähigkeit über längere Zeit (auch über das 60. Lebensjahr hinaus) auf dem Niveau von 40-Jährigen halten. Ein gutes Führungsverhalten von Vorgesetzten erweist sich als hoch signifikanter Faktor für eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 51. und dem 62. Lebensjahr.

Dabei ist allerdings Vorsicht geboten. Auf den ersten Blick können die Vorteile des ABI oder spezifischer Untersuchungen (z.B. jährlich ab dem 45. Lebensjahr) zur Überprüfung des Gesundheitszustandes älterer MitarbeiterInnen vielleicht überzeugen, allerdings ist auch zu befürchten, dass solche Maßnahmen aufgrund der derzeitigen Arbeitsmarktlage den betroffenen ArbeitnehmerInnen eher zum Nachteilen gereichen können als zur Schaffung altersgerechter Arbeitsplätze. So gesehen sollten die BetriebsrätInnen vor Ort beurteilen, ob Maßnahmen dieser Art der Belegschaft nützen oder eher schaden können.

3. Morbiditätsanalysen

Morbiditätsanalysen wären ein durchaus brauchbares Instrument für die Sozialversicherung (z.B. nach Branchen, Regionen, Betrieben, Zielgruppen ausgewertete Krankenstandsdaten), um Zielgruppen gezielt anzusprechen und in weiterer Folge präventive Maßnahmen bewirken zu können. Die Auswertung könnte in betrieblichen Gesundheitszirkeln erfolgen. Sinnvollerweise sollten diese Zirkel extern moderiert werden und einer einheitlichen Grundstruktur („Standards“, Leitlinien) folgen. Diese Gesundheitszirkel sollten gemeinsam vom Betrieb und von der Belegschaft organisiert werden. Der Betrieb stellt die Ressourcen zur Verfügung, der Betriebsrat sorgt für eine hohen Teilnahme. Gesundheitszirkel können auch nur Teile des Betriebes bzw. der Belegschaft erfasst oder eben breitflächiger angelegt sein. Sie können Teil eines betrieblichen Frühwarnsystems sein (was besonders sinnvoll ist) oder erst nach einem umfassenden Krankheitsgeschehen eingerichtet werden. Die Sozialversicherung hat die entsprechenden ExpertInnen auszubilden und den Betrieben zur Verfügung zu stellen. Das Ziel sind standardisierte BGF-Programme, die verstärkt („flächendeckend“) zum Einsatz kommen sollen.

Selbst wenn (betriebliche) Prävention verstärkt und erfolgreich ist, werden auch in Zukunft ArbeitnehmerInnen erkranken, selbst wenn – im Idealfall – die Krankheiten nicht mehr überwiegend durch Arbeitsbedingungen verursacht werden. Daher ist es vernünftig, schon auf erste Anzeichen für arbeitbedingte Erkrankungen in den Betrieben zu achten. Schon bei Auftreten geringerer Befindlichkeitsstörungen oder bei nachhaltiger Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen sollte auf der Grundlage von einem auf Beschwerden und auf andere Warnzeichen aufgebauten betrieblichen „Frühwarnsystem“ (beispielsweise im Rahmen von Gesundheitszirkeln) gegengesteuert werden.

Eine besondere Rolle bei der Erhaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit insbesondere älterer ArbeitnehmerInnen kommt damit der Unternehmenskultur zu. Hier geht es vor allem um die „Wertschätzung", die älteren MitarbeiterInnen entgegengebracht wird. Förderung von „Wertschätzung" bedeutet letztlich auch die Verankerung einer altersgerechten Arbeits- und Personalpolitik im Leitbild eines Unternehmens und setzt einen oft gravierenden Einstellungswandel bei Führungskräften voraus. Es ist daher besonders wichtig, das Personalmanagement eines Betriebes auf die demografische Langzeitentwicklung auszurichten („Personalmanagement mit langem Atem").

10. GESUNDHEITSSCHUTZ VON ÄLTEREN ARBEITNEHMER/INNEN

Ziel einer alternsgerechten Gesundheitspolitik ist die Vermeidung von arbeitsbedingten Erkrankungen und die Erhaltung des Arbeitsplatzes. Dabei müssen Maßnahmen des (klassischen) ArbeitnehmerInnenschutzes, wie sie im ArbeitnehmerInnenschutzrecht vor allem zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten geregelt sind, durch Maßnahmen zur Vermeidung von arbeitsbedingten Erkrankungen ergänzt werden. Dazu kommen Maßnahmen zur Integration gesundheitlich beeinträchtigter älterer ArbeitnehmerInnen (Gesundheitsstiftung, betriebliches Eingliederungsmanagement, Adaptierung des Arbeitsplatzes etc.).

Anzumerken ist, dass arbeitsschutzrechtliche Maßnahmen für ältere ArbeitnehmerInnen mitunter eine der Zielsetzung diametral entgegen gesetzte negative Wirkung entfalten, wenn ältere ArbeitnehmerInnen beispielsweise nicht mehr mit Arbeiten, die mit Zeit- und Termindruck oder mit Nachtarbeit verbunden sind, betraut werden dürfen. Sie können zu Altersdiskriminierung führen, sobald ältere ArbeitnehmerInnen gekündigt werden oder wenn dadurch das Erwerbseinkommen (Zulagen) vermindert wird. Dieses Problem kann auch nicht durch Kündigungsverbote für Ältere oder durch Sanktionen gelöst werden.

Dieser Widerspruch, der sich daraus ergibt, dass ArbeitgeberInnen zur Vermeidung höherer Kosten für Ältere eher eine jüngere Belegschaft beschäftigen, während die Gesellschaft aus sozialen Gründen auch älteren Menschen Beschäftigung ermöglichen will, ist im Prinzip unlösbar. Allerdings ist ArbeitnehmerInnenschutz insbesondere dort, wo der Zusammenhang zwischen Gesundheitsstörung und Arbeitsbedingung evident ist, kaum anders möglich als auf normativem Wege. Solange sich aus Sicht der Betriebe Gesundheitsschutz für Ältere nicht rentiert, sind Schutznormen unerlässlich. Dieser Wertungswiderspruch wird immer die Diskussion um einen effektiven Gesundheitsschutz für Ältere begleiten. Das bedeutet nicht, dass ArbeitgeberInnen überhaupt keine gesetzlichen Pflichten auferlegt werden sollen. Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe sind vielmehr so zu gestalten, dass für ArbeitnehmerInnen in jedem Lebensalter eine beanspruchungsoptimale Ausführung der Arbeit gewährleistet ist.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 71–83

11. „EXPERIENCE RATING“

Beim „Experience rating“ geht es darum, ArbeitgeberInnen über flexible Sozialversicherungsbeiträge zur Bereitstellung besserer Arbeitsbedingungen zu veranlassen. Betriebe mit „gesünderen“ Arbeitsbedingungen (messbar z.B. an niedrigeren Morbiditäts- und Invalidisierungsraten oder geringerer Unfallhäufigkeit in einer Branche) zahlen einen niedrigeren Dienstgeberbeitrag als Betriebe, die schlechter abschneiden. Wenn sich die entsprechenden Kennzahlen verändern, besteht die Möglichkeit einer Revision des Beitragssatzes (nach oben und unten). Das Grundproblem des „Experience rating“ besteht darin, dass die Betriebe statt ältere jüngere ArbeitnehmerInnen beschäftigen würden, weil diese weniger krank werden.

12. BETRIEBLICHE MASSNAHMEN IM ERKRANKUNGSFALL

Solche Maßnahmen reichen von der rechtzeitigen Rehabilitation, die letztlich auch zu einer Umschulung und beruflichen Neuorientierung führen kann, bis hin zu an der Restleistungsfähigkeit ausgerichteten Arbeitsmöglichkeiten, die oft mit erheblichen organisatorischen Anforderungen im Betrieb verbunden sind. Selbstverständlich dürfen sie nicht zu gravierenden materiellen Verschlechterung für die Betroffenen führen (z.B. bei Schonarbeitsplätzen). Ein wichtiges Instrument zur Integration vor allem von rekonvaleszenten oder behinderten ArbeitnehmerInnen könnten Gesundheitsstiftungen und ein „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ sein.

§ 84 Abs des deutschen SGB IX sieht ein „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ für Beschäftigte vor, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig waren. In diesem Fall hat der/die DienstgeberIn mit dem Betriebsrat und mit Zustimmung der betroffenen Person Möglichkeiten zu prüfen, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

ArbeitnehmerInnen können schon derzeit (z.B. im BBRZ) ihre gesundheitliche Eignung für ihre Erwerbstätigkeit bewerten lassen. Die Frage ist, welche Rechte sie erhalten sollen, wenn ihnen bescheinigt wird, dass sie nur mehr partiell arbeitsfähig sind. Gehen sie damit zum/r DienstgeberIn, um für sich Erleichterungen zu erwirken, droht ihnen die Auflösung des Dienstverhältnisses (siehe oben). Hätten DienstnehmerInnen in diesen Fällen jedoch ein Recht auf Teilzeitarbeit – verbunden mit einer Teilinvaliditätspension – und vor allem: mit Kündigungsschutz, würde sich ihre Position beträchtlich verbessern. Das aber wäre mit der Abschaffung des Berufsschutzes in der gesetzlichen Pensionsversicherung verbunden, was wiederum auf ArbeitnehmerInnenseite nicht mehrheitsfähig ist.

Der Gedanke, der/die ArbeitgeberIn sollte Restleistungsfähigkeit und Arbeitsbewältigungsgrad erheben und danach entsprechende Dispositionen zu Gunsten der ArbeitnehmerInnen (bis hin zur Rehabilitation mit umfassendem Kündigungsschutz) treffen, ist nachvollziehbar und reizvoll, es bestehen jedoch auch erhebliche Bedenken. Solche Maßnahmen sind vielfach selektive Instrumente für negative personalpolitische Entscheidungen. Betriebswirtschaftlich

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 71–83

gelten derzeit Kündigungen und die Invalidisierung als probate Reaktionen von DienstgeberInnen und der Gesellschaft auf gesundheitliche Probleme.

Das bedeutet jedoch keineswegs, dass es nicht DienstgeberInnen gibt, die nicht zu seriösen Vereinbarungen auf Betriebsebene bereit sein könnten. So könnten auf betrieblicher Ebene Vereinbarungen geschlossen werden, die erkrankte MitarbeiterInnen im Betrieb „auffangen" und sie mit einem leistungsgerechten Arbeitsplatz und/oder Arbeitszeitreduktion unterstützen könnten.

BIBLIOGRAPHIE

Gesellschaft für Gesundheitsmanagement (2005), Kosten der Frühverrentung, in Schriftenreihe der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Darmstadt.

Grossmann, Robert (1996), Gesundheitsförderung und Public Health, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2006), Statistisches Jahrbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006, Wien.

Helmenstein, Christian, Maria M. *Hofmarcher,* Anna *Kleissner,* Monika *Riedel,* Gerald *Röhrling* und Alexander *Schnabl* (2004), Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung (= IHS-Projektbericht Nr. 739/2004).

Hofer, Helmut and Serguei *Kaniovski a*nd Ulrich *Schuh* and Thomas *Url* (2007), A Long-run Macroeconomic Model of the Austrian Economy (=IHS Projektbericht Nr. 862), Wien.

Institut für Höhere Studien (2007), Presseunterlage zum Thema: Effizienz im Gesundheitswesen, Wien.

Leoni, Thomas und Gudrun *Biffl* und Alois *Guger* (2008), Fehlzeitenreport 2007: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien.

Meggeneder, Oskar und Helmut *Hirtenlehner* und Sarah *Sebinger (*2005), Betriebliche Gesundheitsförderung und der Faktor „Unternehmensgröße", in: Soziale Sicherheit 12/2005, XIX-XXIII.

Rohrauer, Gerlinde und Gabriele *Sax* und Bettina *Schmickl* und Charlotte *Wirl* und Esra *Erdogan (*2008), Prävention von Invaliditätspension – Analyse von internationalen Strategien und Erfahrungen (=Studie von GÖG/ÖBIG), Wien.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000), Prävention und Gesundheitsförderung, Band III, Baden-Baden.

Statistik Austria (2008), Zukünftige Bevölkerungsprognose Österreichs, in: Statistische Nachrichten 5/2008, 288-296.

Statistik Austria (2008a), Statistisches Jahrbuch Österreichs 2008, Wien.

Wirl, Charlotte und Christiane *Knaller* und Rainer *Christ* (2008), Erhebung und Analyse von Richtlinien zur Förderung von Projekten im Bereich Gesundheitsförderung/Primärprävention (= Studie von GÖG/ÖBIG), Wien.

Biffl, Gudrun und Thomas *Leoni* (2007), Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Invalidität, Wien.