Gerd Marstedt und Rainer Müller

Ein kranker Stand?

Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsintegration älterer Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst[1]

Der in den Tarifverhandlungen des Öffentlichen Dienstes Ende 1997 und Anfang 1998 von den Arbeitgebervertretern immer wieder artikulierte Vorwurf, der Krankenstand im Öffentlichen Dienst sei »überhöht«, war unbegründet und stimmt mit empirschen Fakten nicht überein. Eine umfassende Sekundäranalyse vorliegender Datensätze hat gezeigt: Im Öffentlichen Dienst wird nicht häufiger »krankgefeiert« als in der Privatwirtschaft. Die Beschäftigten dort haben jedoch ein höheres Alter und sie sind häufiger von Schwerbehinderung und chronischer Erkrankung betroffen. Da alle diese Faktoren auch eine deutlich höhere Morbidität mit sich bringen, ist im Grunde eher überraschend, daß die Arbeitsunfähigkeitsquoten im Öffentlichen Dienst nur sehr geringfügig höher sind als andernorts. Als Ursache der besonderen Beschäftigtenstruktur läßt sich eine sozial verantwortungsvollere Personalpolitik im Öffentlichen Dienst ausmachen. Auf eine »Verjüngung von Belegschaften« durch Frühverrentung wurde dort weitgehend verzichtet, Ältere hatten eine bessere Chance, nicht vorzeitig zum alten Eisen zu gehören.

Soweit die empirischen Fakten aus einer Expertise, die wir im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung durchgeführt haben, und auf die wir im folgenden Aufsatz noch einmal detaillierter zurückkommen. Widerlegt wurde ein gängiges Stereotyp zu den Arbeitsbedingungen im Öffentlichen Dienst und den Verhaltensmustern der dort Beschäftigten, ein Stereotyp, das durch Begriffe wie »bürokratisch, unflexibel, überprivilegiert und häufig krankgemeldet« gekennzeichnet ist. Die Korrektur dieses immer noch gängigen Vorurteils ist jedoch nur der eine Aspekt, den wir für mitteilungswürdig halten. Hinzu kommt eine andere Erkenntnis, die auf ein arbeits- und gesundheitspolitisches Problem hinweist, unter dem Beschäftigungsstrategien privater, noch mehr aber die der öffentlichen Arbeitgeber derzeit stehen.

Die Tendenz vieler Groß- und Konzernbetriebe zur Verjüngung ihrer Belegschaften unter legaler Ausnutzung gesetzlicher Bestimmungen (zur Frühverrentung, zum Vorruhestand) führte zuletzt, so Arbeitsminister Norbert Blüm, zu einer »Ausplünderung der Rentenkassen«. Diese Strategie war darüber hinaus aber auch Ausdruck der Tatsache, daß ein

Großteil älterer Arbeitnehmer gesundheitlich nicht mehr in der Lage war, den gestiegenen Anforderungen und Belastungen in der Arbeitswelt standzuhalten. Sie war insofern »sozialverträglich«, als sie gesetzliche Rahmenbedingungen ausnutzte und auch Bedürfnissen der Arbeitnehmer entgegenkam. Eine Alternative – wie sie noch 10 oder 20 Jahre zuvor möglich war durch Umsetzung der Betroffenen auf sogenannte »Schon-Arbeitsplätze« – gab es zuletzt nicht mehr. Der Schon-Arbeitsplatz ist betrieblichen Strategien von Rationalisierung und Automation, von Outsourcing und Just-in-Time-Produktion zum Opfer gefallen.

Die Beschlüsse der Bundesregierung zur sukzessiven Erhöhung des »normalen« Renteneintrittsalters (insbesondere für Frauen), aber auch zur Erschwerung der Frühverrentung (insbesondere wegen Arbeitslosigkeit Älterer) haben möglicherweise die Probleme der Rentenversicherung zunächst einmal gelöst. Sie haben gleichzeitig jedoch einen beschäftigungspolitischen »Puffer« aufgelöst, der bislang recht gut in der Lage war, den Effekt belastungs- und rationalisierungsbedingten Gesundverschleißes abzufedern. Zwar ist hier substitutiv das Instrument der Altersteilzeitarbeit eingeführt, nach allen bisherigen Erkenntnissen greift dieses aus unterschiedlichen Gründen (auf Seiten der Beschäftigten wie der Betriebe) jedoch nicht.

Damit bleibt ein großes Dilemma zurück: Die Arbeitsbelastungen steigen. Insbesondere im Bereich psychischer Belastungen, überraschenderweise aber auch für den Bereich der traditionellen Belastungsfaktoren (körperliche Schwerarbeit, Umgebungsbelastungen) zeigen Umfragen eine deutliche Erhöhung der empfundenen Beanspruchungen etwa seit Mitte der achtziger Jahre. Zugleich sind Möglichkeiten der Rekonvaleszenz und Regeneration (durch Arbeitsunfähigkeitsmeldungen) erheblich erschwert: durch die strukturelle Arbeitslosigkeit (und darin begründete Arbeitsplatzängste) einerseits, forcierte Kontroll- und Sanktionsstrategien der Betriebe (insbesondere durch »Rückkehrergespräche«) andererseits. Steigende Arbeitsbelastungen und psychophysische Leistungsvoraussetzungen der Beschäftigten geben unter den geltenden Rahmenbedingungen im Prinzip eher ein Signal für eine Verkürzung denn für eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit.

Wenn es auf absehbare Zeit nicht gelingt, die Alters-Teilzeitarbeit und andere Konzepte der Integration älterer Arbeitnehmer (durch Qualifizierung, technisch-organisatorische Maßnahmen und Konzepte der Laufbahngestaltung) in nennenswertem Umfang zu realisieren, werden Krankheitskündigungen bald in jenem Ausmaß an der Tagesordnung sein, wie dies bislang über die nun versperrten Wege der Frühverrentung und über Vorruhestandsregelungen geschehen ist.

1. Ein »überhöhter« Krankenstand im Öffentlichen Dienst? Fakten und Vorurteile

Zum 1. Januar 1997 ist das »Arbeitsrechtliche Gesetz zur Förderung von Wachstum und Beschäftigung« in Kraft getreten, das eine Senkung der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall von 100% auf 80% vorsieht. Auch wenn in schätzungsweise 80% der Betriebe Beschäftigte aufgrund anders lautender tarifvertraglicher Regelungen von den gesetzlichen Bestimmungen zumindest derzeit nicht betroffen sind, so ist doch deutlich geworden, daß nach einer etwa 20jährigen Debatte um den »Mißbrauch der Lohnfortzahlung« nunmehr von staatlicher Seite ein deutliches Signal gesetzt worden ist.

Mit dem von der Bundesregierung beschlossenen »Maßnahmepaket zur Absenkung des überhöhten Krankenstands im Öffentlichen Dienst des Bundes« wurde die Bereitschaft zur politischen Intervention unlängst erneut unter Beweis gestellt. Das Maßnahmepaket sieht zwar auch genauere statistische Analysen sowie ein »verstärktes Engagement der Vorgesetzten und Personalvertretungen bei der Motivation der Beschäftigten zur Senkung des Krankenstandes« vor. Die große Zahl der zugleich vorgelegten und allein auf forcierte Sanktion und Kontrolle angelegten Instrumente (Krankenbesuche »bei Auffälligkeiten«, »Personalgespräche«, Attestpflicht bereits ab dem ersten Fehltag, verschärfte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung) macht jedoch deutlich, daß es perspektivisch nicht nur um eine vorurteilsfreie Analyse von Krankenstandsursachen auch im Bereich der Arbeitsbedingungen geht. Eine Verschärfung des Sanktionsklimas zur Erhöhung des subjektiven Schwellenwertes für Krankmeldungen dürfte eine zumindest ebenso gewichtige Zielvorstellung sein. Das Nachrichtenmagazin »Der Spiegel« gab hierzu folgende Meldung heraus:

Maßnahmen gegen Krankfeierei im Öffentlichen Dienst – Die Bundesregierung macht nach Informationen des Nachrichten-Magazins DER SPIEGEL Ernst mit dem Kampf gegen den im Vergleich zur freien Wirtschaft hohen Krankenstand im Öffentlichen Dienst. Das geht aus den Empfehlungen des Bundesinnenministeriums (BMI) an die obersten Bundesbehörden hervor, mit denen ein Kabinettsbeschluß vom Januar umgesetzt wird. Danach haben die Vorgesetzten mit genesenen Mitarbeitern »unverzüglich« nach deren Rückkehr ein Gespräch zu führen, in dem »gegebenenfalls« auch erörtert werden soll, »ob eine Erkrankung ihre Ursache im dienstlichen Bereich hat«. Im BMI selbst müssen Krankmeldungen nun dem Chef der Unterabteilung (bisher: Referatsleiter) vorgelegt werden, die Rückkehr ist schriftlich anzuzeigen. Von Bediensteten, die im Verdacht der

Krankfeierei stehen, kann ein Attest schon für den ersten Fehltag gefordert werden. Wer »in auffälliger Weise nicht erklärbare Ausfalltage« hat, muß zudem mit »unangemeldetem« Besuch aus dem Personalreferat rechnen. (Spiegel online, 2.8.1997)

Nur einen Tag später meldete sich der Deutsche Beamtenbund zu Wort, um heftigst gegen vermeintliche Unterstellungen des Bundesinnenministeriums zu protestieren:

Saarbrücken (AP) – Beamte werden seltener krank als Angestellte und Arbeiter – Untersuchungen der Länder zeigten, daß »gerade die Beamtenschaft am allerwenigsten auch im Verhältnis zur privaten Wirtschaft durch Krankheit ausfällt«, sagte der Vorsitzende des Deutschen Beamtenbundes (DBB), Geyer, gestern. Er reagierte damit auf Pläne der Bundesregierung, schärfer gegen »Krankfeierer« vorzugehen. (TAZ, 5.8.1997, S. 5)

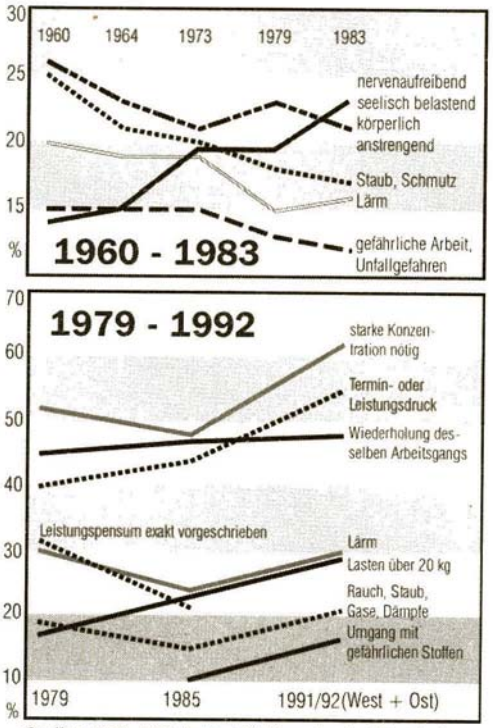
Deutlich wird an solchen Verlautbarungen, daß in der gesundheitspolitischen Debatte um den Krankenstand zunehmend Partialinteressen laut werden. Deutlich wird aber auch, daß so schlichte Tatsachen zunehmend in den Hintergrund geraten wie jene, daß der betriebliche Krankenstand fast immer auf Erkrankungen beruht und wohl nur in Einzelfällen der Arbeitsunlust oder reinen Erholungsbedürfnissen von Beschäftigten zuzuschreiben ist. Auch die pathogene Rolle von Arbeitsbelastungen und betrieblichen Gesundheitsrisiken erscheint in diesem Kontext kaum mehr erwähnenswert.

Dieses Diskussionsdefizit über arbeitsbedingte Ursachen des Krankenstands erscheint umso gravierender, als ein massiver Anstieg der Arbeitsbelastungen etwa seit Mitte der achtziger Jahre zu beobachten ist, der sich anhand zahlreicher Forschungsergebnisse aufzeigen läßt. Betrachtet man etwa Befragungsergebnisse des Instituts für Demoskopie Allensbach (vgl. Noelle-Neumann/Strümpel 1984) aus den Jahren 1960 bis 1983, so bestätigt sich dort aus der Perspektive der Beschäftigten der in der Literatur viel diskutierte »Belastungsstrukturwandel«. Diese These geht von einer Bedeutungszunahme psychischer Belastungen in der Arbeitswelt aus – bei einem gleichzeitigen Rückgang traditioneller Belastungsfaktoren, der in verbesserten Arbeitsumgebungsbedingungen und einem Abbau körperlicher Schwerarbeit durch Mechanisierung und Automation zum Ausdruck kommt. Beschäftigte bestätigen in diesen Umfragen: Traditionelle Belastungen nehmen ab, psychische Belastungen gewinnen an Bedeutung.

Befragungen des Bundesinstituts für Berufsbildung Berlin und des Instituts für Arbeitsmarkt– und Berufsforschung Nürnberg (Jansen/

Stooß 1993) bei über 34 000 Erwerbstätigen zeigen nun jedoch auch eine gegenläufige Tendenz: Der Anteil der von Belastungen betroffenen Beschäftigten sinkt im Zeitraum 1979 bis 1985 zunächst in den traditionellen Belastungsarten (Konzentration, Lärm, Heben von Lasten, Rauch/Staub/Gase/Dämpfe) in Fortsetzung des bisherigen Trends. Dann jedoch, im Zeitraum 1985 bis 1991/92, steigen durchgängig über alle Belastungsfaktoren hinweg – mit nur einer Ausnahme (Leistungspensum exakt vorgeschrieben) – die Arbeitsbelastungen aus Sicht der Beschäftigten wieder an. Unerwartet erscheint dies vor allem für den Bereich körperlicher Belastungen und Umgebungsbelastungen. Zusammengefaßt bedeutet dies, daß die häufig schon als obsolet betrachteten »traditionellen« Belastungsfaktoren wieder im Vormarsch sind.

Arbeitsbelastungen in Deutschland 1960-1992



Quellen: 1960-1983: Institut für Demoskopie, Allensbach
1979-1991/92:BiBB / IAB

Marstedt (1994) zieht aufgrund einer Sichtung und Analyse arbeits- und industriesoziologischer Rationalisierungsstudien von Mitte der achtziger bis Mitte der neunziger Jahre, die mit eher »objektiven« Methoden (im wesentlichen Arbeitsplatzbeobachtungen) in einer Vielzahl von Unternehmen in der Industrie wie im Dienstleistungssektor durchgeführt wurden, eine Bilanz der Belastungsentwicklung in Deutschland, nach der insbesondere die psychischen Belastungen deutlich ansteigen:

»Daß die psychischen Belastungen und mit ihnen gesundheitliche Risiken (vor allem wohl im psychosomatischen Bereich) im Gefolge neuer Rationalisierungskonzepte steigen, daran beißt die Maus wohl keinen Faden ab. Die Zunahme von ›Streß‹, in einer Vielzahl von Arbeitnehmer- wie Bevölkerungsumfragen immer wieder als zentraler Problembrennpunkt der Arbeitnehmer identifiziert und nicht selten zum erfahrungslosgelösten Stereotyp deklariert, der Bedeutungsgewinn von Zeit- und Termindruck, von Arbeitshektik und Verantwortungslast, er wird ganz deutlich unterstrichen auch durch eine Vielzahl industriesoziologischer Forschungsstudien mit ›objektiver‹ Erhebungsmethodik.« (Marstedt 1994: 54)

Es erscheint müßig, darüber zu diskutieren, ob und inwieweit diese rationalisierungsbedingte Belastungsverschärfung notwendig war, um Unternehmen konkurrenzfähig zu halten und Arbeitsplätze zu sichern. Feststellbar ist auf jeden Fall, daß die Frage, durch welche Maßnahmen (etwa der Arbeitsgestaltung, der Gesundheitsförderung) diese steigenden Arbeitsbelastungen und darin implizierte Gesundheitsrisiken für Arbeitnehmer kompensierbar wären, in der öffentlichen Debatte eine weitaus geringere Rolle spielt als die Diskussion um einen vermeintlich überhöhten Krankenstand, der immer öfter nur noch als Effekt fehlender Arbeitsmotivation und Leistungsbereitschaft von Beschäftigten erscheint.

Die jüngsten Initiativen des Bundesinnenministeriums zum Abbau des Krankenstandes bei den Bundesbehörden wurden in einem Zeitabschnitt vorgetragen, in dem der »Öffentliche Dienst«, »die Behörden« und »die Beamten« heftiger Kritik ausgesetzt sind und in weiten Bevölkerungskreisen als ineffiziente und unflexible Bürokratie wahrgenommen werden, die aber gleichwohl überprivilegiert erscheint im Hinblick auf Arbeitsbedingungen und berufliche Gratifikationen. In dieses Stereotyp scheint sich dann auch recht gut einzufügen, daß die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst öfter krankfeiern als ihre Kolleginnen und Kollegen in der »freien Wirtschaft«, bei denen die gleichen Verhaltensmuster sofort schärfere Sanktionen und ein erhöhtes Risiko des Arbeitsplatzverlusts zur Folge haben würden.

2. *Ergebnisse einer Sekundäranalyse von Daten zur Arbeitsunfähigkeit im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft*

Die Stimmigkeit der zugrundeliegenden Annahmen ist unseres Wissens bislang kaum einmal in Frage gestellt und wissenschaftlich fundiert überprüft worden. Wir haben auf der Basis größerer Studien Sekundäranalysen durchgeführt, die versuchen sollten, ein wenig mehr Licht in das Dunkel von Vorurteilen und Vorhaltungen zu bringen. Um das wesentliche Ergebnis vorwegzunehmen: Tatsächlich ist im Öffentlichen Dienst im Vergleich zur »freien Wirtschaft« (Industrie, Handel, Handwerk und Dienstleistungsbereich) ein geringfügig höherer Krankenstand feststellbar. Dies hängt jedoch ganz wesentlich damit zusammen, daß im Öffentlichen Dienst auch a) mehr Beschäftigte höheren Lebensalters, b) mehr Behinderte und Schwerbehinderte und c) mehr Beschäftigte mit chronischen Erkrankungen vorzufinden sind als andernorts. Von daher zeigen sich nicht nur für den Indikator »Arbeitsunfähigkeit«, sondern ebenso auch für andere Merkmale des Gesundheitszustands (Behinderung, chronische Erkrankung, Anzahl der Arztbesuche, Selbsteinstufung des Gesundheitszustands) Abweichungen zu anderen Beschäftigungssektoren.

Der Öffentliche Dienst kommt der Pflicht zur Beschäftigung Schwerbehinderter auch in den letzten Jahren sehr viel häufiger nach als Arbeitgeber aus anderen Bereichen. Bei privaten Arbeitgebern ging die Quote der mit Schwerbehinderten besetzten Arbeitsplätze zwischen 1991 und 1995 von 4,0 auf 3,6 % zurück, bei öffentlichen Arbeitgebern blieb sie fast stabil bei 5,3 bzw. 5,2 %. Der Öffentliche Dienst hat überdies auch bislang sehr viel seltener die Gelegenheit wahrgenommen, solchen Mitarbeitern eine krankheitsbedingte Kündigung auszusprechen, die im höheren Lebensalter aufgrund chronischer Erkrankungen durch häufigere Arbeitsunfähigkeit auffallen oder bestimmten Leistungsanforderungen nicht mehr genügen.

Tabelle 1: Morbiditäts-Indikatoren nach Beschäftigungs-Sektor (Angaben in Prozent)

Prozent-Anteil von Beschäftigten,	Öffentl. Dienst	andere Sektoren
die in den letzten 4 Wochen erkrankt oder unfallverletzt waren	10.6	9.2
die in ärztlicher oder Krankenhausbehandlung waren	9.4	8.2
deren Krankheit bis heute andauert	5.3	4.7
die arbeitsunfähig gemeldet sind	7.1	6.0
deren Arbeitsunfähigkeit bis heute andauert	2.6	2.3

Quelle: Mikrozensus 1995, N=104 623

Hier ist zunächst hinzuweisen auf Daten der Mikrozensus-Erhebung aus dem Jahre 1995. Bei über 100000 Befragten zeigt sich bei den Beschäftigten im Öffentlichen Dienst ein höherer Grad an Betroffenheit, und zwar durchgängig und für *alle* dort erhobenen Morbiditäts-Indikatoren: Erkrankungen, Arztbesuche, Schweregrad der Erkrankung (Dauer) und Arbeitsunfähigkeit.

Unsere Interpretation, daß der Öffentliche Dienst neben Schwerbehinderten auch in höherem Maße (oftmals ältere) Beschäftigte mit erheblichen Gesundheitsbeschwerden weiterbeschäftigt, Arbeitnehmer/innen, die in anderen Sektoren durch krankheitsbedingte Kündigungen häufiger entlassen werden oder in die Frühverrentung bzw. den Vorruhestand abgedrängt werden, wird weiter gestützt durch empirische Befunde, die wir aus der Befragung »Gesundheit und Lebensqualität« (Bremen/Niedersachsen 1993) heranziehen können (Marstedt et al. 1993). Die folgende Tabelle verdeutlicht, daß der Öffentliche Dienst – wiederum durchgängig für sehr unterschiedliche Morbiditäts-Indikatoren – in prozentual höherem Maße Erwerbstätige beschäftigt, die von Gesundheitsbeschwerden und chronischen Erkrankungen betroffen sind. Dies gilt für die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands ebenso wie für die Anzahl der Arztbesuche, die Zahl der Krankheitsepisoden und für die Betroffenheit von einer chronischen Erkrankung.

Tabelle 2: Morbiditäts-Indikatoren nach Beschäftigungs-Sektor (Angaben in Prozent)

Prozent-Anteil von Beschäftigten, die	Öffentlicher Dienst	andere Sektoren
ihren Gesundheitszustand als »weniger gut« oder »schlecht« einstufen	11.6	9.8
zur Zeit in ärztlicher Behandlung sind	34.6	28.9
im letzten Jahr fünfmal oder öfter in ärztlicher Behandlung waren	25.8	21.8
im letzten Jahr achtmal oder öfter in ärztlicher Behandlung waren	11.2	8.8
unter einer chronischen Erkrankung leiden	34.5	30.5
als Behinderte oder Schwerbehinderte anerkannt sind	10.6	9.3
in den letzten zwei Jahren achtmal oder öfter erkrankt waren	11.2	9.3

Quelle: Gesundheit und Lebensqualität, Bremen/Niedersachen 1993, 4214 Erwerbstätige

Und schließlich zeigen auch Sekundärauswertungen des Sozio-ökonomischen Panels aus dem Jahre 1992 bei über 7000 Erwerbstätigen ähnliche Ergebnisse, etwa, was die Zahl der Arztbesuche oder die Betroffenheit von chronischen Erkrankungen bei Beschäftigten im Öffentlichen Dienst im Verhältnis zu Erwerbstätigen aus anderen Bereichen betrifft.

Diese Befunde machen zusammen genommen deutlich, daß der höhere Krankenstand im Öffentlichen Dienst zwangsläufiger Effekt einer sozial verantwortungsvollen Beschäftigungspolitik ist, die Schwerbehinderte und durch Krankheit leistungsbeeinträchtigte Arbeitnehmer/innen nicht umstandslos ausgrenzt und die chronische Erkrankungen von Beschäftigten nicht ohne weiteres zum Anlaß für »Freisetzungen« und krankheitsbedingte Kündigungen nimmt.

3. *Die bisherige Praxis der »Verjüngung von Belegschaften« und die Problematik der Integration älterer Arbeitnehmer/innen in die Erwerbsarbeit*

Die bei Unternehmen in der freien Wirtschaft häufig kritisierte »Sozialisierung« der Kosten von Krankheit durch Frühverrentungen ebenso wie Entlassungen existiert im Öffentlichen Dienst (noch) nicht in dieser Form. Man kann diesen Befund auch gesellschaftspolitisch verallgemeinern. Bis heute dominiert in den Unternehmen der »freien Wirtschaft« eine beschäftigungspolitische Maxime, die auf eine Verjüngung von Belegschaften hin orientiert ist. Noch bis vor kurzem wurde dies massenhaft realisiert unter legaler Ausnutzung gesetzlicher Regelungen zum Vorruhestand, zur Frühverrentung wegen Arbeitslosigkeit, durch Entlassungen und Abfindungen. Aber auch Krankheitskündigungen waren an der Tagesordnung. Und die Parole bei Neueinstellungen war nicht selten: »Trau keinem über 40!«

Diese Strategie führte ökonomisch zu einer »Ausplünderung der Rentenkassen« – so Arbeitsminister Norbert Blüm in einer Bundestags-Rede 1996. Etwa seit Beginn der siebziger Jahre zeichnete sich in Deutschland ein Trend zur abnehmenden Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer aufgrund vorzeitiger Verrentungen ganz deutlich ab. Die Frührente vor dem 65. Lebensjahr hatte für die Zeit von 1980 bis 1989 einen Anteil von 82 % bei den Männern und 71 % bei den Frauen. 1991 war in Westdeutschland nur noch jeder dritte Mann und jede zehnte Frau über 60 auch erwerbstätig.

In der Begründung der Bundesregierung für die Einführung der Altersteilzeit-Regelung heißt es:

»Die ausufernde Frühverrentung mit 60 Jahren wegen vorangegangener Arbeitslosigkeit stellte eine ernste Gefahr für die Finanzen der Renten- und Arbeitslosenversicherung dar. Vor allem in Großunternehmen wurden seit Jahren immer mehr ältere, eigentlich unkündbare Arbeitnehmer vor Vollendung des 60. Lebensjahres in den Ruhestand versetzt. (...) Die Zahl der Zugänge in die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit hat sich zwischen 1992 und 1995 auf etwa 290 000 pro Jahr vervierfacht. 100 000 Frührentner belasten die Rentenversicherung im Laufe der Jahre mit 12,7 Milliarden Mark, die Bundesanstalt für Arbeit mit 9,2 Milliarden Mark, die Unternehmen durch die Sozialpläne aber lediglich mit 1,8 Milliarden Mark. Dieser Zustand, daß die Sozialversicherung ganz überwiegend den Personalabbau oder die Verjüngung der Belegschaften finanziert, war nicht länger hinnehmbar.«

Jenseits dieser ökonomischen Problematik war die Strategie der Unternehmen aber auch Impulsgeber (wenn auch beileibe nicht der einzige) eines Zeitgeistes, in dem Alter zunehmend zur »Schwerbehinderung ohne Ausweis« wird – so der niedersächsische Minister Gerhard Glogowski. Das heißt: Ältere Erwerbstätige werden eher arbeitslos, haben nach Zeiten der Arbeitslosigkeit sehr viel weniger Chancen der Wiederbeschäftigung, werden in Betrieben von Qualifizierungsmaßnahmen weitgehend ausgeschlossen.

Und dies findet statt in einer Gesellschaft, deren Bürger immer älter werden und die damit zwangsläufig auch immer öfter Gesundheitsbeschwerden aufweisen und von chronischen Erkrankungen betroffen sind. Obwohl seit Jahren bekannt, sei noch einmal kurz auf die Fakten verwiesen: Die sogenannte »Pyramide« der Altersschichtung (zumindest sah sie im Deutschen Reich 1910 noch wie eine Pyramide aus) wird zunehmend zu einem »Pilz«, am Boden schlank (jüngere und mittlere Altersgruppen), weiter oben (Ältere) stark verbreitert. Waren 1880 nur rund 5 % der Bevölkerung über 64 Jahre alt, so sind es heute dreimal so viele. Und der Anteil der über 40jährigen hat sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt von 26 auf 47 %. Gleiches läßt sich für die Altersstruktur der Erwerbsbevölkerung zeigen. In einem der nächsten Jahre, noch vor der Jahrhundertwende, wird es »zum ersten Mal in der deutschen Industriegeschichte ... mehr über 50jährige als unter 30jährige Erwerbspersonen geben« (Volkholz 1993).

Mit dem Alter steigt auch die Betroffenheit von gesundheitlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen. Dies gilt insbesondere für die Multimorbidität (Betroffenheit von mehreren Krankheiten) und für viele chronische Erkrankungen. So weisen 60jährige und Ältere im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt beispielsweise etwa doppelt so oft

Kreislauf- und Durchblutungsstörungen auf und etwa zweieinhalbmal so oft rheumatische Beschwerden. Auch wenn viele ältere Erwerbstätige ihren Gesundheitszustand (heute öfter als früher) als gut oder sogar sehr gut einstufen, so ist gleichwohl festzuhalten, daß jene umfassenden körperlichen Leistungsvoraussetzungen, wie sie bei den meisten Zwanzigjährigen noch feststellbar sind, mit dem Alter zunehmend weichen.

In eklatantem Widerspruch zu dieser Entwicklung stehen nun jedoch die bereits oben skizzierten betrieblichen Beschäftigungsstrategien und personalpolitischen Entscheidungskriterien. Die Erwerbsquoten Älterer sinken seit etwa zwei Jahrzehnten kontinuierlich. In der Gruppe der Langzeitarbeitslosen finden sich besonders viele Ältere. Bei einem Lebensalter beginnend etwa mit 45 bis 50 Jahren sind die Chancen zu erneuter Beschäftigung nach Arbeitslosigkeit nur noch minimal. In einer Vielzahl von Stellenausschreibungen ist eine Altersgrenze vorgegeben. Bei innerbetrieblichen Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen werden Ältere sehr häufig ausgegrenzt. Sie gelten (vielen anderslautenden wissenschaftlichen Befunden zum Trotz) als nicht mehr lernfähig, oder aber der Betrieb meint, daß sich die finanziellen Aufwendungen nicht mehr rentieren.

Auch sehr unterschiedliche Modellrechnungen zum Arbeitskräftebedarf in den nächsten Jahrzehnten gehen davon aus, daß bei anhaltender Arbeitslosigkeit möglicherweise schon in wenigen Jahren, spätestens aber etwa ab dem Jahr 2010, eine erhöhte Nachfrage an Arbeitskräften zu erwarten sein wird. Die geburtenstarken Jahrgänge der fünfziger und sechziger Jahre werden ab diesem Zeitpunkt ins Rentenalter kommen. Arbeitsmarkt-Prognosen gehen davon aus, daß auch Trends wie 1. die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen, 2. eine anhaltende oder sogar steigende Zahl von Einwanderern und 3. ein rationalisierungsbedingter Arbeitsplatzabbau mit hoher Wahrscheinlichkeit keine grundlegend gegenteiligen Effekte bewirken können.

Eine Enquête-Kommission der Bundesregierung definiert als Schlußfolgerung und politischen Handlungsbedarf daher: »Diese Trends führen langfristig zu einer Verknappung des Arbeitskräfteangebots. (...) Es wird darum gehen müssen, die zu beobachtende Tendenz zur Verjüngung der Belegschaften in den Unternehmen angesichts des beobachteten Anstiegs des Durchschnittsalters umzukehren.« (Deutscher Bundestag 1994)

Durch die jüngsten gesetzlichen Beschlüsse zum Renteneintrittsalter und zur Altersteilzeit-Arbeit gewinnen die skizzierten Probleme zusätzlich an Aktualität. Die Altersgrenze für die Frühverrentung durch Arbeitslosigkeit wird in den nächsten Jahren schrittweise erhöht.

Ab dem Alter von 55 Jahren soll Altersteilzeit-Arbeit mit einem Einkommen von etwa 70% des letzten Nettoverdienstes möglich sein. Zugleich wird jedoch auch das Alter für den »normalen« Eintritt in den Ruhestand sukzessiv erhöht: Die Altersgrenze bei der Altersrente für langjährig Versicherte wird in den Jahren 2000 und 2001 in Monatsschritten von 63 auf 65 Jahre angehoben, die Altersgrenze bei der Altersrente für Frauen in den Jahren 2000 bis 2004 in Monatsschritten von 60 auf 65 Jahre.

4. Die zugespitzte Problematik im Öffentlichen Dienst

Für den Öffentlichen Dienst stellt sich die skizzierte Problematik noch einmal in besonderer Schärfe dar. Zum ersten ist aufgrund der Altersstruktur der Anteil höherer Lebensaltersgruppen hier deutlich stärker vertreten, so daß schon rein quantitativ ein höherer Regelungsbedarf besteht. Zum zweiten ist aber auch – wie wir gezeigt haben – die Morbiditätsstruktur im Öffentlichen Dienst charakterisiert durch mehr chronisch erkrankte und behinderte Arbeitnehmer. Während für letztere besondere Regelungen gelten, dürfte es erhebliche Probleme bereiten, chronisch kranken Beschäftigten eine Weiterbeschäftigungsperspektive bis zum 65. Lebenjahr zu bieten – die Möglichkeit der Frühverrentung ist hier nur noch begrenzt eine »Lösung«. Zum dritten ist der Öffentliche Dienst jener Beschäftigungsbereich, bei dem vergleichsweise am häufigsten Nachtarbeit und Arbeit in Wechselschicht ausgeübt werden – Arbeitszeitregelungen, die gerade für ältere Beschäftigte kaum mehr zumutbar und gesundheitlich unbedenklich sind. Hinsichtlich des Problems körperlicher Belastungen steht der Öffentliche Dienst zwar günstiger da als etwa die Industrie oder das Handwerk, gleichwohl ist auch hier noch ein ganz erheblicher Teil der Beschäftigten von körperlichen und Umgebungsbelastungen betroffen, die oftmals einen Einsatz Älterer und gesundheitlich Beeinträchtigter ausschließen.

Es gibt indes eine Vielzahl von Modellprojekten, die alternative betriebliche Gestaltungsmöglichkeiten aufzeigen: Qualifizierungsmaßnahmen, Arbeitsgestaltung, Teilrente, Personalentwicklung und Laufbahngestaltung, Integration Älterer und sogar Schwerbehinderter in neue Rationalisierungskonzepte (lean production, Gruppenarbeit). Diese Projekte sind jedoch quantitativ gesehen bislang Ausnahmeerscheinungen. Zumindest in privatwirtschaftlichen Unternehmen schneiden Externalisierungsstrategien bei rigiden betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Analysen eindeutig günstiger ab. Eine altersgerechte Arbeitsgestaltung, die Konzeption und Einführung von

Alters-Teilzeitarbeit-Modellen, Umschulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für ältere Erwerbstätige, Modelle langfristiger Personalentwicklung und Laufbahngestaltung können insofern zwar auf einzelne Vorbilder und Erfahrungen zurückgreifen. Es fehlt jedoch ganz entschieden an detaillierteren, auf unterschiedliche Arbeitsbereiche und Beschäftigtengruppen zugeschnittenen Konzepten.

Und es fehlt an einer systematischen, über einzelne Projekte hinausgehenden Bilanzierung der Erfahrungen bei der Einführung solcher Modelle, die über Veränderungsbarrieren (bei Arbeitnehmern ebenso wie im Management) Aufschluß gibt, über Rahmenbedingungen, die zu ihrer Implementierung notwendig sind, und über flankierende Maßnahmen im Informationsbereich, bei der Führungskräfteschulung und Mitarbeiterbeteiligung. Auch ein etwas ausgiebigerer Blick über die bundesdeutschen Grenzen hinweg, etwa in die benachbarten Niederlande, wo Teilzeit- und Altersteilzeitarbeit inzwischen bei Arbeitgebern wie Beschäftigten sozial und kulturell akzeptierte Muster von Erwerbsarbeit sind, wäre sicherlich hilfreich.

Die Integration älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer in die Arbeitswelt ist nicht nur eine Aufgabe, die durch die Beschlüsse der Bundesregierung zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit nachhaltig gefordert ist. Die erfolgreiche Lösung dieses Problems wird auch darüber mitentscheiden, ob die Gräben in unserer Gesellschaft zukünftig nicht nur zwischen Arm und Reich, sondern auch zwischen Gesund und Krank verlaufen – wobei beide Konstellationen natürlich in einem sehr engen Wechselwirkungsverhältnis stehen. Armut macht oftmals krank, Krankheit verlangt vielen – zumindest dauerhaft Betroffenen – auch massive finanzielle Opfer ab.

Die Weiterbeschäftigung dieser Gruppe älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist darüber hinaus auch eine Möglichkeit, die Produktivität und Effektivität des Öffentlichen Dienstes weiter voranzutreiben – es sei denn, man akzeptiert eine Lösung im Sinne der Ausgrenzung bzw. »Freisetzung«. Denn ebenso wie in der Industrie und im Dienstleistungssektor ist auch im Öffentlichen Dienst die Ära des »Schonarbeitsplatzes« Vergangenheit, sind durch bereits massiv erfolgte Rationalisierungs- und Privatisierungsmaßnahmen die wenigen Nischen zur Beschäftigung gesundheitlich Beeinträchtigter verschwunden. »Integration« hat in diesem Kontext dann durchaus auch die Bedeutung einer Freisetzung bislang brachliegender Produktivitätsreserven, oder vorsichtiger formuliert: der Umwandlung bislang geduldeter passiver Arbeitsanteile in gesundheitlich zumutbare, persönlich befriedigende und funktional sinnvolle Anforderungen.

Und ein letzter Punkt sei in diesem Kontext abschließend noch hervorgehoben: Der Öffentliche Dienst steht seit geraumer Zeit in der Defensive. Verlangt wird mehr Dienstleistungsqualität und Bürgernähe bei zugleich reduzierten Kosten und höherer Effizienz der eingesetzten Geld- und Personalressourcen. Die Politik weiß sich hier durchaus im Einklang mit der öffentlichen Meinung, die bei Lehrern wie Beamten und öffentlichen Verwaltungsangestellten gleichermaßen unangemessene Privilegien und »alte Zöpfe« erkennt, die es nun abzuschneiden gilt – aus Gründen der Gleichbehandlung einerseits, aus allgemein anerkannten und unumgänglichen Sparzwängen heraus andererseits.

Eine umfassendere Initiative, die über Information, Forschung und Dokumentation zugleich Lösungsmöglichkeiten für das Problem der Integration Älterer und gesundheitlich Beeinträchtigter erarbeitet, würde nicht nur die bislang sozial verantwortungsvolle Politik des Öffentlichen Dienstes im Umgang mit Krankheit nachvollziehbar und unterstützungswürdig erscheinen lassen. Sie greift auch eine zukunftsweisende Thematik auf, die für die große Mehrheit der Bevölkerung in den letzten Jahren leidvolle Erfahrung geworden ist: die Bestrafung von Krankheit im Gefolge gesetzlicher Regelungen und betrieblicher Interventionen.

5. *Fazit*

Der gegenwärtige betriebliche Krankenstand ist der niedrigste in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. Viele sehen dies als Beleg, daß »Mitarbeiter- und Rückkehrer-Gespräche« in Betrieben nun endlich Wirkung entfalten und die »Krankfeierei« ein Ende hat. Es ist jedoch unklar, welche Faktoren denn nun in welchem Umfang diesen statistischen Rekord bewirkt haben. Der Verzicht auf Krankmeldungen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Anbetracht eines verschärften betrieblichen Sanktionsklimas spielt zweifellos eine Rolle, ob nun manifeste Schmerzen und Beschwerden vorliegen oder »lediglich« ein Unwohlsein und erhöhte Regenerationsbedürfnisse. Aber auch die im letzten Jahrzehnt realisierte »Verjüngung der Belegschaften« dürfte sich hier in Zahlen niederschlagen, durch die Externalisierung von Älteren, von chronisch Kranken und Leistungsbeeinträchtigten und damit die Senkung von Durchschnittsalter und Morbidität in den Betrieben.

Auch wenn man die Schlagzeile der »olympiareifen Belegschaften«, die derzeit nur noch in Betrieben tätig sind, als krasse Übertreibung zurückweist, so scheint doch unzweifelhaft, daß ein erheblicher Teil von Erwerbstätigen jetzt zur Arbeit geht, obwohl dies sowohl medizinisch als auch gesundheitsökonomisch höchst problematisch ist.

Ältere Vorsorgeuntersuchungen von Betriebskrankenkassen in Hessen und Baden-Württemberg haben (zu wirtschaftlich weitaus weniger kritischen Zeiten) festgestellt, daß rund 1 bis 2 % der Beschäftigten trotz Krankheit zur Arbeit erschienen sind, aber nach medizinischer Diagnose sofort einer stationären Behandlung bedurft hätten. In der Befragung »Gesundheit und Lebensqualität« (Marstedt et al. 1993) fand sich eine Gruppe von 179 Personen, knapp 3 % aller befragten 4 200 Erwerbstätigen, die angaben: Sie haben am Tag der Befragung Schmerzen, diese Schmerzen halten seit mehr als einem Jahr an, und gleichzeitig ist diese Gruppe in den letzten 12 Monaten nicht ein einziges Mal bei einem Allgemein- oder Facharzt gewesen.

Es scheint in Anbetracht dieser Befunde nur allzu plausibel, daß auch das Verhaltensmuster »trotz Krankheit zur Arbeit gehen« durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und betrieblichen Regelungen gegenüber Krankmeldungen verstärkt wird. Eine schwedische Untersuchung bei 6 000 Arbeitnehmern in über 200 Betrieben (Froemer 1991) hat folgendes höchst überraschende Ergebnis gezeigt: Beschäftigte, die öfter kurzzeiterkrankt sind, die sich also konsequent bei leichteren Erkrankungen »Erholpausen« nehmen, sind im Alter sehr viel seltener als andere langzeiterkrankt. Wer häufiger auf die innere Stimme seines Körpers hört, treibt nicht Raubbau mit seinen Kräften und trägt dazu bei, die später immens hohen Kosten von chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter durch medizinische Behandlungskosten, Entgeltfortzahlung und Krankengeld zu vermeiden. In Anbetracht dieser Erkenntnisse wäre bereits aus ökonomischen Gründen heraus dringend der Frage nachzugehen: Ist in den Unternehmen der freien Wirtschaft der Krankenstand heute so niedrig, daß die nachkommenden Generationen erneut (wie schon im Kontext von Umweltschäden) die Zeche werden bezahlen müssen?

Korrespondenzadresse:
Dr. Gerd Marstedt, Prof. Dr. Rainer Müller
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen

Anmerkung

1 Die im folgenden referierten Ergebnisse und Überlegungen sind Auszüge aus der gleichnamigen Veröffentlichung: Gerd Marstedt; Rainer Müller: Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft. Berlin: Edition Sigma 1998.

Literatur

Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hg.) (1994): Zwischenbericht der Enquete-Kommission Demographischer Wandel – Herausforderung unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Zur Sache 4/94. Bonn

Froemer, F. (1991): Gesünder durch »Krankfeiern«? Coping-Kurzzeiterkrankungen als Sicherheitsventil für die Gesundheit. Soziale Sicherheit 40: 20-21

Jansen, R.; Stooß, F. (Hg.) (1993): Qualifikation und Erwerbssituation im geeinten Deutschland. BiBB/IAB-Erhebung 1991/92. Berlin, Bonn: BiBB

Marstedt, G. (1994): Rationalisierung und Gesundheit. »Neue Produktionskonzepte«, »systemische Rationalisierung«, »lean production« – Implikationen für Arbeitsbelastungen und betriebliche Gesundheitspolitik. WZB-paper P 94-204. Berlin: WZB

Marstedt, G.; Last, R.; Wahl, W.B.; Müller, R. (1993): Gesundheit und Lebensqualität. Ergebnisbericht zu einer Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik über Arbeit und Freizeit, Gesundheit und Krankheit im Land Bremen im Auftrag der Angestelltenkammer Bremen. Bremen: Angestelltenkammer Bremen

Noelle-Neumann, E.; Strümpel, B. (1984): Macht Arbeit krank? Macht Arbeit glücklich? München

Volkholz, V. (1993): Die demographische Revolution erfaßt auch die Betriebe. Frankfurter Rundschau, 22. November 1993, Dokumentation