



Ausarbeitung

Betriebliches Gesundheitsmanagement - Konzepte und Ergebnisse



Betriebliches Gesundheitsmanagement - Konzepte und Ergebnisse

██████████
Aktenzeichen:

Abschluss der Arbeit:

Fachbereich:
██████████

██████████
WD 9 – 3000/078/11

21.7.2011

WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
██████████

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	4
2.	Generelle Ansätze zur Betrieblichen Gesundheitsförderung	4
3.	Ansätze zur Thematik Arbeitsstressbewältigung	5
4.	Konzept der Arbeitsfähigkeit	6
5.	Das Konzept der Investition in das Sozialkapital	7
6.	Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung	9
7.	Gesetzliche Regelungen	10
8.	Anforderungen kleinerer und mittlerer Unternehmen	13
9.	Unterstützung kleinerer und mittlerer Unternehmen	14
10.	Beispiele aus der Praxis	15
11.	Literaturverzeichnis	15

1. Zusammenfassung

Während es in der Betrieblichen Gesundheitsförderung früher eher das Ziel war, krank machende Verhaltensrisiken wie übermäßigen Alkohol- und Tabakkonsum, Fehlernährung und Bewegungsmangel zu vermindern, hat sich in den letzten Jahren im Einklang mit den Prinzipien der Weltgesundheitsorganisation WHO die Sichtweise durchgesetzt, dass für den Erfolg gesundheitsfördernder Maßnahmen auch Führungsstil, Betriebsklima und Unternehmenskultur von Bedeutung sind. Grundlage für die Planung von Maßnahmen sind die Analyse des Unternehmens (oder von Betriebseinheiten), die Festlegung von Interventionsmaßnahmen, deren Durchführung und Evaluierung. Beispiele für diese Vorgehensweise sind die Konzepte der Arbeitsfähigkeit oder der Investition in das Sozialkapital.

Die Wirksamkeit von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde im iga-Report 13 als Literaturstudie umfassend untersucht. 2007 hat auch der AOK-Bundesverband Ergebnisse einer Unternehmensbefragung vorgelegt.

Der gesetzliche Rahmen für Betriebliche Gesundheitsförderung ist insbesondere in den §§ 1,4, SGB VII, § 20a Arbeitsschutzgesetz sowie § 20a SGB V gegeben. Durch die Formulierung der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie und den Leitfaden Prävention der GKV werden die Ziele der Prävention in den Bereichen Arbeitsschutz und gesetzliche Krankenversicherung beschrieben. Neben der Möglichkeit der Gewährung eines Bonus nach § 65 Abs. 2 SGB V besteht nach § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz für Betriebe die Möglichkeit, bis zu 500 € jährlich je Mitarbeiter für Gesundheitsförderung aufzuwenden.

Der iga-Report 20 stellt die Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung in kleineren und mittleren Unternehmen dar. Nur 36 % der Unternehmen hatten Projekte des BGM durchgeführt. Fehlendes Wissen über das Vorgehen, über Bedarfe und die Gestaltung von BGM-Prozessen sowie über externe Unterstützung wurden als Ursache dafür ermittelt, dass Unternehmen noch keine Projekte Betrieblicher Gesundheitsförderung durchgeführt haben.

Unterstützung für kleinere und mittlere Unternehmen erfolgt durch Netzwerke wie das Deutsche Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung DNBGF oder die Initiative Neue Qualität der Arbeit INQA. Dabei spielen Beispiele aus der Praxis eine besondere Rolle.

2. Generelle Ansätze zur Betrieblichen Gesundheitsförderung

Oppolzer unterscheidet zwei Pfade in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, den pathogenetischen Pfad der Krankheitsvermeidung und den salutogenetischen Pfad der Gesundheitsförderung¹. Der klassische Arbeitsschutz folge der Leitfrage „Was macht krank?“, um dadurch jene Faktoren zu identifizieren, von denen eine Gefahr für die Gesundheit und eventuell sogar für das Leben der arbeitenden Menschen ausgehe. Ziel des Ansatzes sei es, durch sicherheitstechnische Maßnahmen und arbeitsmedizinische Versorgung zum einen die Einwirkungen der *krank machenden*, also *pathogenen* Arbeitsbelastungen zu vermeiden oder wenigstens zu

1 Alfred Oppolzer, Gesundheitsmanagement im Betrieb, Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit, Hamburg 2010 S 68 f

verringern, und zum anderen die Auswirkungen der Arbeitsbeanspruchungen zu mildern und arbeitsbedingte Krankheiten zu behandeln.

In Ergänzung des klassischen Arbeitsschutzes habe sich in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre unter dem Einfluss der Weltgesundheitsorganisation WHO („Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen...“) mit Unterstützung der Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch in Deutschland ein neues Leitbild im Arbeits- und Gesundheitsschutz etabliert². Nicht mehr nur Fragen der körperlichen Leistungsfähigkeit der Beschäftigten seien für die Unternehmen wichtig, sondern darüber hinaus spielten psychomentele und motivationale Aspekte des Leistungsvermögens und der Leistungsbereitschaft eine zunehmende Rolle. Bei der salutogenetischen Perspektive folgten die Maßnahmen der Leitfrage „Was erhält gesund?“.

3. Ansätze zur Thematik Arbeitsstressbewältigung

Mit der Verbreitung tayloristischer Formen der Arbeitsorganisation und taktgebundener Arbeit wurde zunehmend Kritik an der durch diese Form der Arbeitsgestaltung bewirkten Dequalifizierung, an abnehmenden Handlungsspielräumen und der dadurch bewirkten abnehmenden Motivation geübt³. Zeitgleich wurden Belege dafür vorgelegt, dass spezifische Verhaltensrisiken wie übermäßiger Alkohol- und Tabakkonsum, Fehlernährung und Bewegungsmangel, Bluthochdruck und überhöhter Blutfettspiegel bei der Verursachung chronischer Erkrankungen mitwirken. Es wurde auch ein Einfluss von sozialer Ungleichheit, Stress und sozialer Integration gesehen⁴. Es galt z.B. als bestätigt, dass psychosoziale Faktoren mit Auftreten und Verlauf von Rückenschmerzen enger und konsistenter in Zusammenhang stehen als die physikalischen Arbeitsplatzmerkmale⁵. Als wissenschaftlich abgesichert konnten auch Zusammenhänge zwischen psychosozialen Arbeitsbelastungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie affektiven Störungen gelten. Hohe Arbeitsintensität, geringe Arbeitsplatzsicherheit und fehlende soziale Anerkennung seien signifikant mit Depressivität verknüpft⁶.

Hasselhorn hat dazu ein Modell vorgelegt (Anlage 1). Das Arbeitsschutzgesetz von 1996 definiere danach die menschengerechte Gestaltung der Arbeit als Maßnahme des Arbeitsschutzes⁷.

Hasselhorn / Portuné gehen davon aus, dass, je länger und je stärker ein Stressprozess sei, das Risiko umso größer werde, dass er negativ auf die physiologischen Regulationsabläufe einwirke⁸.

2 Ebenda, S 69 f

3 Bernhard Badura, Uta Walter, Thomas Hehlmann, Betriebliche Gesundheitspolitik, Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin, Heidelberg 2010, S 43

4 Ebenda

5 Hans Martin Hasselhorn, Roland Portuné, Stress, Arbeitsplatzgestaltung und Gesundheit, in Badura u. a., a. a. O., S 361

6 Ebenda

7 Ebenda, S 364

8 Ebenda, S 365

Mittelfristig seien Erkrankungsprozesse und langfristig die Entstehung bzw. Verstärkung von Krankheitsbildern zu erwarten.

Hasselhorn / Portuné weisen auf eine Schweizer Studie aus dem Jahr 2000 hin, nach der die Folgekosten von „Stress-Leiden“ infolge medizinischer Behandlungskosten und Produktionsausfällen in der Schweiz auf etwa 1,2% des Bruttosozialprodukts geschätzt wurden⁹. Sie sehen den Einfluss von Arbeitsstress auf die betrieblichen Kosten u.a. durch die Entstehung von Krankheit, Frühverrentungen, Fehlzeiten, reduzierte Produktivität (Präsentismus), Arbeitsunfälle sowie durch aktive und passive betriebliche Sabotage gegeben. Der Schwerpunkt der publizierten Evaluation von Stressinterventionsmaßnahmen liege nach wie vor bei der Verhaltensprävention, denn diese sei oft einfacher umzusetzen, greife weniger in den Betriebsalltag ein und gelte als kostengünstiger¹⁰. Es sei aber auch deutlich geworden, dass Maßnahmen auf Individualebene organisationsbedingten Stressursachen wie Führungsstil, Betriebsklima oder Unternehmenskultur kaum entgegenwirken könnten. Stressmanagementinterventionen, die sich ausschließlich auf den Einzelnen konzentrierten, ohne die Stressoren zu reduzieren, seien nur von begrenzter Wirkung.

Hasselhorn / Portuné zitieren die Ergebnisse einer dänischen Forschergruppe, die zwischen 2004 und 2008 Interventionsprojekte zur Verbesserung des psychosozialen Arbeitsmilieus in 14 verschiedenen Unternehmen begleitet und analysiert haben („BEST-Projekt“, www.best-project.dk) (Anlage 2). Bei der Mehrzahl der Unternehmen sei keine signifikante Verbesserung des psychosozialen Arbeitsmilieus erreicht worden¹¹. Hasselhorn / Portuné empfehlen vor jeder Intervention die Durchführung einer exakten Bedarfsanalyse¹². Auf der Grundlage einer derartigen Analyse sollten die erforderlichen Maßnahmen eruiert, unter Regie eines Steuerungskreises geleistet und in ein Gesamtkonzept der Organisationsentwicklung eingebettet werden¹³.

4. Konzept der Arbeitsfähigkeit

In Finnland wurde das Modell „Förderung der Arbeitsfähigkeit“ in einer Verlaufsstudie untersucht. Sie erstreckte sich über einen Zeitraum von zwölf und mehr Jahren. Es waren mehr als 6000 Personen aus verschiedenen Branchen mit unterschiedlichen Arbeitsanforderungen beteiligt¹⁴. Im Zentrum der Betrachtung steht die Arbeitsfähigkeit / Arbeitsbewältigungsfähigkeit (work ability) eines Menschen. Sie beschreibt sein Potenzial aus Stärken und Schwächen, das auf vier Komponenten beruht (siehe Schaubild Anlage 3), die sowohl im Einzelfall als auch bei kollektiver Betrachtung auf Team- oder Abteilungsebene systematisch beachtet werden müssen¹⁵.

9 Ebenda S 365

10 Ebenda, S 367

11 Ebenda, S 370

12 Ebenda, S 371

13 Ebenda, S 372

14 Jürgen Tempel, Arbeitsbewältigungsindex, in Badura u. a., a.a.O., S 225

15 Ebenda

Die Komponenten sind:

- das Individuum mit seiner funktionellen Kapazität,
- menschengerechte, alters-, alterns- und geschlechtergerechte Arbeitsbedingungen, Gefährdungsbeurteilung,
- Handlungskompetenz,
- kompetente Führungsorganisation, Personalentwicklung, Führungsverantwortung, Arbeitskultur¹⁶.

Als Werkzeug für die Entwicklung eines konkreten Handlungskonzepts wurde der Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index WAI) entwickelt. Mit Hilfe des Arbeitsfähigkeitskonzepts ist zu klären, worauf die Einstufung im Einzelfall in den verschiedenen Kategorien beruht¹⁷. Daraus wird abgeleitet, was der Mitarbeiter tun möchte, um seine Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern und was das Unternehmen in diesem Sinne tun kann.

Hasselhorn / Freude haben für die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin einen Leitfaden entwickelt¹⁸ (Anlage 4). Aus dem WAI-Wert werden die Präventionsziele abgeleitet. Bei Beschäftigten mit „schlechtem WAI“ seien z.B. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich¹⁹. Durch die Orientierung an Vormessungen könne man abschätzen, ob durchgeführte Maßnahmen zum Erfolg geführt hätten. Dies sei denkbar auf individueller Ebene wie für Gruppen. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat in einer Broschüre Erfahrungsberichte vorgelegt²⁰.

Auf der Basis des WAI wurde von Imke Ehlbeck und Marianne Giesert im Rahmen des Projekts HAWAI4U, das vom Land Nordrhein-Westfalen und dem Europäischen Sozialfond gefördert wurde, ein weiterer Leitfaden für die Vorgehensweise in Unternehmen vorgelegt²¹ (Anlage 5). In den Leitfaden flossen auch Erfahrungen ein, die im Projekt Hawaii4u auf betrieblicher Ebene gesammelt wurden.

5. Das Konzept der Investition in das Sozialkapital

Badura u. a. grenzen sich in ihrem Ansatz von Autoren ab, die wie Hasselhorn ein risikoarmes Arbeiten anstreben. Ziel einer gesundheitsorientierten Gestaltung von Arbeits- und Organisationsbedingungen sei nicht mehr nur die Bekämpfung von Absentismus. Ziel sei auch nicht nur die Bekämpfung krankheitsbedingter Produktivitätsverluste (Präsentismus), sondern die Förderung von Wohlbefinden und physischer Fitness durch Investitionen in Sozial- und Humankapital

16 Ebenda, S 225 ff

17 Ebenda, S 233

18 Hans Martin Hasselhorn, Gabriele Freude, Der Work Ability Index – ein Leitfaden, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift S 87, Dortmund/Berlin/Dresden 2007

19 Ebenda, S 19

20 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Why WAI?, Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis , Dortmund, 2009

21 Imke Ehlbeck, Marianne Giesert, Arbeitsfähig in die Zukunft, HAWAI4U, Schritt für Schritt zum gesunden Unternehmen,

und in das betriebliche Berichtswesen²². Für eine gesundheitsfördernde Arbeitsgestaltung seien die Kriterien Sinnhaftigkeit der Aufgabe, Klarheit der Ziele, Vermeidung chronischer Über- und Unterforderung, angemessene Handlungsspielräume und anerkennende Rückmeldungen relevant. Zu einer unterstützenden Arbeitsumgebung gehörten unterstützende soziale Netzwerke, eine fördernde Führung, Partizipation, Transparenz, eine mitarbeiterorientierte Kultur und ein am Leitbild der kundenorientierten Produktionsgemeinschaft orientiertes Management. Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement werde die gesamte Organisation zum Gegenstand der Analyse und Intervention. Eine leicht modifizierte Darstellung des Sozialkapitalmodells ist der Anlage 6 zu entnehmen.

Nach Walter gehören folgende Schritte zu einem erfolgreichen Handeln:

- 1. Formulierung einer klaren, inhaltlichen Zielsetzung
- 2. Abschluss schriftlicher Vereinbarungen
- 3. Einrichtung eines Lenkungsausschusses
- 4. Bereitstellung von Ressourcen
- 5. Festlegung personeller Verantwortlichkeiten
- 6. Qualifizierung von Experten und Führungskräften
- 7. Beteiligung und Befähigung der Mitarbeiter
- 8. Betriebliche Gesundheitsberichterstattung
- 9. Internes Marketing
- 10. Durchführung der vier Kernprozesse²³.

Die vier Kernprozesse sind die Diagnose, die Interventionsplanung, die Intervention und die Evaluation, die als Lernzyklus konzipiert sind²⁴. Dabei sollen eine Stärkung des Sozial- und Humankapitals, eine Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit und eine Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit erreicht werden²⁵.

Oppolzer unterscheidet in Anlehnung an das St. Galler Modell des Integrierten Managements drei Ebenen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, eine normative, strategische und operative Ebene (Vgl. Anlage 7)²⁶. Wie andere Autoren sieht Oppolzer vier Kernprozesse für das betriebliche Gesundheitsmanagement: Diagnose, Interventionsplanung, Interventionsdurchführung und Evaluation²⁷.

22 Badura u.a., a.a.O., S 46f

23 Uta Walter, Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Badura u.a., a.a.O., S 147

24 Ebenda, S 155

25 Ebenda, S 149

26 Oppolzer, a.a.O., S 31 ff

27 Ebenda, S 37 f

Auch Rosenbrock / Hartung sehen als Ergebnis gelungener Betrieblicher Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz höhere Arbeitszufriedenheit, bessere Produktivität, größere Innovationsoffenheit und – zeitstabil- erheblich weniger krankheitsbedingte Abwesenheit ²⁸ (Anlage 8).

6. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung

2006 wurde von der AOK eine Auswertung einer Umfrage unter 131 Unternehmen verschiedener Größen und Branchen vorgelegt, die in Zusammenarbeit mit der AOK Gesundheitsförderungsprozesse umgesetzt hatten²⁹ (Anlage 9). Unter anderem wurden die Prozess- und Fachberatung aus neutraler Perspektive, die Unterstützung bei der Implementierung von Kommunikationsstrukturen und Instrumenten sowie die detaillierten Analysen und Fachinformationen gewürdigt³⁰.

In der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) kooperieren Kranken- und Unfallversicherung (BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, AOK-Bundesverband, Verband der Ersatzkassen). Im iga.Report 13 wurden 2006 von den Autoren die Ergebnisse einer Auswertung von wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung vorgelegt (Anlage 10)³¹. In den Abschnitten 1 und 2 ist dargelegt, auf welchem Weg die Ergebnisse ermittelt wurden. Neben Programmen zu Einzelthemen wie zur Nikotinentwöhnung und Tabakkontrolle wurden auch Mehrkomponenten-Programme betrachtet. Die Wirksamkeit von Gesundheitszirkeln wurde zwar angenommen, konnte aber aufgrund der Datenlage nicht bestätigt werden³². Ähnlich verhielt es sich bei partizipativen ergonomischen Maßnahmen³³.

Bei den Programmen zur Prävention von psychischen Erkrankungen wurden drei Ebenen unterschieden: individuelle Stressinterventionen, organisatorische Interventionen, individuell-organisatorische Interventionen³⁴. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass organisatorische Besonderheiten eines Betriebes bei gleichen oder ähnlich strukturierten Interventionen unterschiedliche Wirkungen zur Folge haben³⁵. Ähnlich wie im Feld der Prävention von psychischen Erkrankungen sei die die Wirksamkeit verhaltenspräventiver Interventionen im Muskel-Skelettbereich wesentlich seltener untersucht worden als individuenbezogene Maßnahmen³⁶. Die

28 Rolf Rosenbrock, Susanne Hartung, Gesundheitsförderung und Betrieb, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=1aad7ef6c519eaa5584>

29 Roland Kraemer, Patricia Lück, Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen, in bundesarbeitsblatt, Heft(/9, 2006 S 5 ff

30 Ebenda, S 8

31 Ina Sockoll, Ina Kramer, Wolfgang Bödeker, IGA-Report 13, Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 200 bis 2006

32 Ebenda, S 24

33 Ebenda, S 25

34 Ebenda, S 27

35 Ebenda, S 32

36 Ebenda, S 65

Evidenzlage für die Wirksamkeit organisationsbezogener Interventionen sei daher unklar oder widersprüchlich.

Der ökonomische Nutzen von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention sei in Studien übereinstimmend dargestellt worden³⁷. Es gebe positive Effekte hinsichtlich einer Senkung der Krankheitskosten und der durch Absentismus hervorgerufenen Kosten. In wenigen Fällen werde die ökonomische Evaluation durch Aussagen hinsichtlich der Produktivität ergänzt.

Der AOK-Bundesverband hat 2007 die Ergebnisse einer weiteren Befragung in 212 Unternehmen zum wirtschaftlichen Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung vorgelegt. Gerade in der Verbesserung interner Kommunikationsprozesse und der initiierten Organisationsentwicklung wurde ein hoher Nutzen für ein positives Betriebsergebnis gesehen³⁸ (Anlage 11).

Zur Wirksamkeit des Sozialkapitalmodells liegt eine Untersuchung von Baumanns / Münch vor³⁹. Baumanns / Münch kommen zu dem Ergebnis, dass zwar keine direkten bzw. kausalen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen den vorgenommenen Interventionen und den beobachteten Effekten gemessen werden konnten. Die Annahme erscheine aber gerechtfertigt, dass die erzielten Effekte mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Interventionen zurückzuführen seien⁴⁰. Bei fast allen Faktoren, bei denen im Rahmen der Erstbefragung Handlungsbedarf identifiziert wurde, seien teilweise erhebliche Verbesserungen erreicht worden⁴¹. Unter anderem wurde eine auffallende Steigerung der Produktivität im Untersuchungszeitraum festgestellt.

7. Gesetzliche Regelungen

Die Arbeitsschutzrahmenrichtlinie der EU (89/391/EWG) und das Arbeitsschutzgesetz (§§ 20a,b geändert durch das Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz) sowie SGB VII, §§ 1, 14 und SGB V § 20a stellen den rechtlichen Rahmen für die Betriebliche Gesundheitsförderung dar. Ergänzend sind das Arbeitssicherheitsgesetz, das Betriebsverfassungsgesetz und das Personalvertretungsgesetz heranzuziehen.

Nach Artikel 5 Satz 1 der Arbeitsschutzrichtlinie der EU haben Arbeitgeber für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen⁴² (Anlage 12). §3 Abs. 1 Arbeitsschutzgesetz verpflichtet Arbeitgeber, die erforderli-

37 Ebenda, S 65

38 AOK-Bundesverband, Wirtschaftlicher Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Unternehmen, Bonn, 2007, S 4 f

39 Rolf Baumanns, Eckhard Münch, Erfolg durch Investitionen in das Sozialkapital – Ein Fallbeispiel, in: Badura u. a. , a.a.O., S167 ff

40 Ebenda, S 179

41 Ebenda, S 176 ff

42 Richtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit, Artikel 5, Satz 1

chen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen⁴³ (Anlage 13). Nach § 17 Abs. 1 Satz 1 Arbeitsschutzgesetz sind die Beschäftigten berechtigt, dem Arbeitgeber Vorschläge zu allen Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit zu machen.

§ 87 Abs. 1 Nr. 7 Betriebsverfassungsgesetz⁴⁴ (Anlage 14) und § 75 Abs. 3 Nr. 11 Bundespersonalvertretungsgesetz⁴⁵ (Anlage 15) sehen Mitbestimmungsrechte von Betriebs- und Personalräten bei Regelungen über die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie über den Gesundheitsschutz im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften oder der Unfallverhütungsvorschriften bzw. bei Maßnahmen zur Verhütung von Dienst- und Arbeitsunfällen und sonstigen Gesundheitsschädigungen vor. Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben nach dem Arbeitssicherheitsgesetz ebenfalls die Aufgabe, den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung in allen Fragen des Gesundheitsschutzes, bzw. der menschengerechten Gestaltung der Arbeit zu unterstützen (§§ 3 Abs. 1 Satz 1 und 6 Satz 1 Arbeitssicherheitsgesetz)⁴⁶ (Anlage 16).

Gesichtspunkte der Prävention sind in SGB VII §§ 1, 14 (§ 1 „Aufgabe der Unfallversicherung ist es, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Buches 1. mit allen Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten,...“), (§ 14 „Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ... zu sorgen...“) verankert⁴⁷ (Anlage 17). Mit dem Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz ist das Arbeitsschutzgesetz in den §§ 20a, b ergänzt worden (Anlage 13). Bund, Länder und Unfallversicherungsträger entwickeln eine gemeinsame Arbeitsschutzstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung.

Die Träger der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie haben für den Zeitraum 2008 – 2012 11 Arbeitsprogramme festgelegt⁴⁸ (Anlagen 18, 19). In einer Evaluation soll auch ermittelt werden: - Welche Erfolge erzielen die GDA-Träger im Zuge der Vernetzung mit Krankenkassen,

-
- 43 Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG), vom 7. August 1996 (BGBl. I, S. 1246), das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 89 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I, S. 160) geändert worden ist
- 44 Betriebsverfassungsgesetz, neugefasst durch Bek. v. 25.9.2001 (BGBl. I, S. 2518), zuletzt geändert durch Art. 9 G v. 29.7.2009 (BGBl. I, S. 2424)
- 45 Bundespersonalvertretungsgesetz (BPersVG) vom 15. März 1974 (BGBl. I S. 693), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I, S. 160) geändert worden ist
- 46 Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12. Dezember 1973 (BGBl. I, S. 1885), das zuletzt durch Artikel 226 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I, S. 2407) geändert worden ist
- 47 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I, S. 1254), das durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist
- 48 GDA Arbeitsprogramme 2008 – 2012, Planungsstand: Januar 2011
Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund/Berlin/Dresden 2011, S 17 ff

Rentenversicherungsträgern, den Sozialpartnern, Verbänden und Organisationen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit,?

- Inwieweit machen die Aktivitäten der GDA die Arbeitsbedingungen in Betrieben gesünder und sicherer?⁴⁹

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007 ist in § 20a SGB V die betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung verankert worden⁵⁰ (Anlage 20). Danach erbringen Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potentiale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. Nach § 65 a Abs. 2 SGB V können Krankenkassen vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

Die Umsetzung der Möglichkeiten des § 20a SGB V wird durch den Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes beschrieben⁵¹ (Anlage 21). Um Klein- und Kleinstbetrieben die Teilnahme an BGF- Maßnahmen zu ermöglichen, sollen Angebote auch auf überbetrieblicher Ebene (z.B. über Branchenverbände, Innungen, Netzwerke, Gewerke) an die Betriebe herangetragen und umgesetzt werden⁵². Folgende Handlungsfelder sollen gefördert werden:

- Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates,
- Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz,
- Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz,
- Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung,
- Suchtmittelkonsum: / Rauchfrei im Betrieb, / „Punktnüchternheit“ (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit.

Für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung stehen den Krankenkassen 2,86 € je Versicherten (Orientierungswert nach § 20 Abs. 2 SGB V für 2010) zur Verfügung. Der GKV-Spitzenverband hat eine Beratende Kommission für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung eingerichtet, die bei der Anpassung des Leitfadens beteiligt wird⁵³.

49 Evaluation, <http://www.gda-portal.de/de/Evaluation/Evaluation.html>

50 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I, S. 2477), das durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I, S. 1202) geändert worden ist

51 GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010

52 Ebenda, S 64

53 Ebenda, S 18

2009 wurden von der GKV 40 Mio. € für betriebliche Gesundheitsförderung aufgewandt⁵⁴ (Anlage 22). Bei den Präventionszielen für die betriebliche Gesundheitsförderung wurden 2009 erhebliche Steigerungsraten erreicht⁵⁵. Im Oktober 2009 wurde außerdem eine neue Fassung der Rahmenvereinbarung zwischen Unfallversicherung und GKV zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung abgeschlossen⁵⁶ (Anlage 23).

Seit 1. Januar 2009 nimmt § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz Bezug auf Maßnahmen, die den Kriterien des GKV-Leitfadens zu §§ 20 und 20a SGB V genügen. Steuerfrei sind damit Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die diese Kriterien erfüllen, soweit sie 500€ im Kalenderjahr nicht übersteigen⁵⁷ (Anlage 24).

8. Anforderungen kleinerer und mittlerer Unternehmen

Beck / Schnabel legten 2009 die Ergebnisse einer Befragung aus den Jahren 2005/2006 bezüglich der Gesundheitsförderung in Kleinst- und Kleinunternehmen (KKU) vor⁵⁸ (Anlage 25). Nur 22% der Befragten aus KKU bestätigten die Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen⁵⁹. In der Bewertung kommen Beck / Schnabel zu dem Ergebnis, dass nach wie vor Bedarf an Beratungs- und Unterstützungsleistungen besteht, die die spezifischen Nutzenerwartungen und Handlungsbedingungen der Kleinbetriebe treffen⁶⁰.

Mit dem Iga-Report 20 – Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) hat die Initiative Gesundheit und Arbeit eine Untersuchung zum BGM in kleineren und mittleren Unternehmen vorgelegt⁶¹ (Anlage 26). In 36% der befragten Unternehmen waren Projekte der BGM durchgeführt worden⁶². Drei Viertel der Betriebe gaben an, BGM im Rahmen des

54 GKV-Spitzenverband MDS, Präventionsbericht 2010, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2009, Essen 2010, S 13

55 Ebenda, S 29 f

56 Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

57 Einkommensteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I, S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I, S. 1126) geändert worden ist

58 D. Beck, P.-E. Schnabel, Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland, Stuttgart 2009

59 Ebenda, S 224

60 Ebenda, S 227

61 Sebastian Bechmann, Robert Jäckle, Patricia Lück, Regina Herdegen, Iga. Report 20, Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), Umfrage und Empfehlungen, Berlin 2010

62 Ebenda, S 11

Arbeitsschutzes durchzuführen⁶³. Ein kontinuierlich arbeitender Steuerkreis war nur in 37% der Betriebe mit BGM vorhanden, eine Beteiligung der Mitarbeiter am Prozess wurde mit 63 % ermittelt. Die Autoren betonen, dass Wissen über das Vorgehen, über Bedarfe und mögliche Maßnahmen und über Unterstützungsangebote und Nutzen für die erfolgreiche Gestaltung von BGM-Prozessen notwendig seien⁶⁴. Jedem dritten Betrieb fehle das Wissen über externe Unterstützungsangebote. Die Kosten-Nutzen-Rechnung für Maßnahmen sei nicht leicht einzuschätzen. Über ein Drittel der Betriebe gebe an, dass eine Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen zu kostspielig sei. Fast ein Viertel der Befragten sieht ein Defizit in der Unkenntnis über den konkreten Bedarf an Gesundheitsfördermaßnahmen bzw. wo der Betrieb ansetzen könne. 59% der Betriebe wünschen sich gute Beispiele aus der Region oder aus der eigenen Branche⁶⁵. Neben der verstärkten Information wird vor allem externe Fachliche Beratung und Unterstützung gewünscht. Gerade bei kleineren Betrieben ist das Wissensdefizit größer⁶⁶.

9. Unterstützung kleinerer und mittlerer Unternehmen

Die Unterstützung kleinerer und mittlerer Unternehmen erfolgt unter anderem durch das Deutsche Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBFG). Es geht auf eine Initiative des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung zurück⁶⁷. Als Beirat für das DNBFG fungiert die Arbeitsgruppe „Betriebliche Gesundheitsförderung“, deren Positionspapier die Arbeitsschwerpunkte 2010 – 2011 enthält⁶⁸ (Anlage 27).

Das DNBGF kooperiert mit der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), einem Zusammenschluss von Bund, Ländern, Sozialversicherungspartnern, Sozialpartnern und Unternehmen sowie der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPFG). In der Anlage 28 sind das Netzwerk KMU-Kompetenz in Niedersachsen, das Netzwerk Bildung und Beratung für die Gastronomie (BBG), GESA, das Netzwerk schleswig-holsteinischer Einrichtungen zur Förderung von BGF, PragMaGuS-Netzwerk Dortmund vorgestellt⁶⁹. Im Leitfaden Gesundheitsnetzwerke der Initiative inqa.de sind weitere Netzwerke aufgeführt⁷⁰ (Anlage 29).

63 Ebenda, S 12

64 Ebenda, S 17

65 Ebenda, S 18

66 Ebenda, S 20 f

67 Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung DNBGF, Wirtschaftlich erfolgreich durch gute Arbeit, Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU-Netzwerken, Essen 2011, S 28

68 Positionspapier Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt Arbeitsgruppe 2 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (Stand: AG 2-Sitzung 20.09.09), S 7 ff

69 Ebenda, S 23 ff

70 Initiative Neue Qualität der Arbeit, Gesundheitsnetzwerke, Ein Leitfaden für Klein- und Mittelbetriebe, Dortmund 2011, S 64 ff

10. Beispiele aus der Praxis

In den Anlagen 30 – 40 sind Kurzbeschreibungen zur Vorgehensweise in den einzelnen Unternehmen enthalten:

- Maschinenfabrik Völkmann, 100 Beschäftigte, Restrukturierung (Anlage 30)
- Ingentis Softwareentwicklung GmbH, 50 Beschäftigte, Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit (Anlage 31)
- Dental-Labor F.F. GmbH, 13 Mitarbeiter, (Anlage 32)
- Hans Berg GmbH & Co.KG , 280 Mitarbeiter, Senkung des Krankenstands, (Anlage 33)
- Schreinerei J. Brammertz GmbH, besserer Informationsfluss, (Anlage 34)
- ABB-Automation-Products GmbH, Verbesserung der Kooperation, (Anlage 35)
- MBH Maschinenbau und Blechtechnik GmbH, 285 Beschäftigte, Gesundheitsförderung, (Anlage 36)
- Rasselstein GmbH, Gesundheitsmanagement, (Anlage 37)
- Eisenwerk Brühl, Gesundheitsförderung, (Anlage 38)
- Familienzentrum Nordbayern, Gesundheitsförderung, (Anlage 39)
- Fit im Handwerk, (Anlage 40)

11. Literaturverzeichnis

- AOK-Bundesverband, Wirtschaftlicher Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Unternehmen, Bonn 2007
- Bernhard Badura, Uta Walter, Thomas Hehlmann, Betriebliche Gesundheitspolitik, Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin, Heidelberg 2010
- Rolf Baumanns, Eckhard Münch, Erfolg durch Investitionen in das Sozialkapital – Ein Fallbeispiel, in: Badura u. a. , a.a.O., S165 ff
- Sebastian Bechmann, Robert Jäckle, Patricia Lück, Regina Herdegen, iga. Report 20, Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), Umfrage und Empfehlungen, Berlin 2010
- D. Beck, P.-E. Schnabel, Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland, Stuttgart 2009
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Why WAI?, Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis , Dortmund, 2009
- Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung DNBGF, Wirtschaftlich erfolgreich durch gute Arbeit, Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU-Netzwerken, Essen 2011
- Imke Ehlbeck, Marianne Giesert, Arbeitsfähig in die Zukunft, HAWAI4U, Schritt für Schritt zum gesunden Unternehmen,
- GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010

GKV-Spitzenverband MDS , Präventionsbericht 2010, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2009, Essen 2010

Hans Martin Hasselhorn, Gabriele Freude, Der Work Ability Index – ein Leitfaden, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift S 87, Dortmund/Berlin/Dresden 2007

Hans Martin Hasselhorn, Roland Portuné, Stress, Arbeitsplatzgestaltung und Gesundheit, in Badura u. a., a. a. O., S 361ff

Initiative Neue Qualität der Arbeit, Gesundheitsnetzwerke, Ein Leitfaden für Klein- und Mittelbetriebe, Dortmund 2011

Roland Kraemer, Patricia Lück, Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmern, in: Bundesarbeitsblatt, Heft(9, 2006 S 5 ff

Alfred Oppolzer, Gesundheitsmanagement im Betrieb, Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit, Hamburg 2010

Positionspapier Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Arbeitsgruppe 2 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (Stand: AG 2-Sitzung 20.09.09),

Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund/Berlin/Dresden 2011

Ina Sockoll, Ina Kramer, Wolfgang Bödeker, IGA-Report 13, Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 200 bis 2006

Jürgen Tempel, Arbeitsbewältigungsindex, in Badura u. a., a.a.O., S 223 ff

Uta Walter, Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Badura u.a., a.a.O., S 147 ff

