



LANDESGESUNDHEITSKONFERENZ  
BADEN-WÜRTTEMBERG

# AG Standortfaktor Gesundheit

Bericht der Projektgruppe  
Betriebliches Gesundheitsmanagement



**Baden-Württemberg**

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

# Herausgeber

## Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“

**Vorsitzender:** Gerhard Segmiller  
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-  
Württemberg

### Mitglieder der Projektgruppe:

Albani, Cornelia, Prof. Dr., Schussental-Klinik gGmbH  
Anderer, Stefan, Württembergischer Landessportbund  
Bader, Andreas, BKK Daimler  
Bader, Thomas, Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH  
Bittighofer, Peter-Michael, Dr., Regierungspräsidium Stuttgart – Landesgesundheitsamt BW  
Graf, Alexander, Dr., IHK Hochrhein-Bodensee  
Bauer, Karoline, Südwestmetall Baden-Württemberg  
Bleich, Sabrina, Dr., Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.  
Bort, Gerhard, Dr., Sozialministerium Baden-Württemberg  
Dinges, Martin, Prof. Dr., Institut für Geschichte der Medizin der  
Robert Bosch Stiftung, Stuttgart  
Dungen, Brigitte von, Volkshochschulverband Baden-Württemberg e. V.  
Fischer, Joachim E., Prof. Dr., Mannheim Institute of Public Health,  
Social and Preventive Medicine  
Friebel, Peter, Landratsamt Karlsruhe  
Gläser, Kurt, Regierungspräsidium Stuttgart – Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg  
Gündel, Harald, Prof. Dr., Uniklinik Ulm  
Happold, Manfred, Unfallkasse Baden-Württemberg  
Hartl, Viktor, BKK-Landesverband Baden-Württemberg  
Hatzfeld, Artur, Dr., Rehabilitationsklinik der Schussental-Klinik gGmbH, Aulendorf  
Heise, Christian, Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH  
Herrmann-Kurz, Karsta, Sozialministerium Baden-Württemberg  
Hey, Markus, VdSI  
Hoffmann, Christoph, Dr., Heilbäderverband  
Kahlmeyer, Jutta, Diakonische Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e.V.  
Large, Rudolf, Prof. Dr., Betriebswirtschaftliches Institut, Uni Stuttgart  
Losch-Hintze, Barbara, Dr., Verband der Betriebs- und Werksärzte Baden-Württemberg

Maier, Maximilian, Sozialministerium Baden-Württemberg  
Moog, Walter, H., AOK Baden-Württemberg  
Müller-Barthelmeh, Renate, Dr., Regierungspräsidium Stuttgart – Landesgesundheitsamt BW  
Nübling, Rüdiger, Dr., Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg  
Palm, Bernd, DAK  
Reckziegel, E., VdK  
Rieger, Monika, Prof. Dr., Uni Tübingen  
Rieker, Andreas, IKK classic  
Rothermund, Eva, Dr. Uniklinik Ulm  
Scholz, Jendrik, DGB  
Schuckert, Oliver, Sozialministerium Baden-Württemberg  
Schweppe, Kai, Südwestmetall  
Segmiller, Gerhard, Sozialministerium Baden-Württemberg  
Warmbrunn, Johannes, Dr., Sozialministerium Baden-Württemberg  
Weinschenk, Ronald, Netzwerk Betriebliches Eingliederungsmanagement  
Wente, Gabriele, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Redaktion: Maximilian Maier  
Karsta Herrmann-Kurz  
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-  
Württemberg

Stand: September 2013

Der vorliegende Bericht wurde von der Projektgruppe im Zeitraum vom 05. März 2010 bis 15. Mai 2013 in sechs Plenarsitzungen erarbeitet.

## **Inhaltsverzeichnis**

1.	Ausgangslage.....	4
2.	Einbindung der Projektgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in die „Gesundheitsstrategie in Baden-Württemberg“ – Projektauftrag.....	9
3.	Die Ziele der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg.....	10
4.	Einbindung der Betriebe in die kommunalen Gesundheitskonferenzen.....	10
5.	Anknüpfungspunkte an die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA).....	11
6.	Thematische Anknüpfungsmöglichkeiten an die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg durch die Betriebe im Rahmen des BGM.....	11
7.	Drei zentrale Handlungsfelder .....	12
7.1	Bessere Zusammenarbeit im Arbeitsschutz im Rahmen der GDA.....	12
7.2	Stärkere Verbreitung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	12
7.3	Implementierung eines Dialogs „Arbeit und Gesundheit“ .....	12
8.	Weitere Vorschläge der Projektgruppe.....	13
8.1	Homepage des Sozialministeriums.....	13
8.2	Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten.....	14
9.	Bündnis für „Arbeit und Gesundheit“ .....	14
10.	Projekte und Praxisbeispiele .....	14
 <b>Anhang:</b>		
	Glossar.....	15

## 1. Ausgangslage

Die demografische Entwicklung verursacht erhebliche Veränderungen, unter anderem einen zunehmenden Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte. Nach der Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) aus dem Jahr 2009 wird die Zahl der Erwerbstätigen in Deutschland von heute ca. 50 Millionen auf ca. 39 Millionen im Jahre 2025 abnehmen mit der Konsequenz, dass schon in Kürze oder später frei werdende Stellen nicht wieder besetzt werden können. Präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen der Beschäftigten werden immer wichtiger. Das gilt auch für das schnelle, möglichst frühzeitige Erkennen und das erfolgreiche Behandeln von Erkrankungen.

Bedenklich ist die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland, die nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2010 ca. 287,3 Milliarden Euro betragen. Die Gesundheit der Beschäftigten ist auch die Gesundheit der Beitragszahler der Sozialversicherungssysteme, letztlich die Gesundheit der Steuerzahler. Ein möglichst ausgeglichenes Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern ist die Grundvoraussetzung für das Funktionieren der Solidargemeinschaft.

In den Unternehmen entstehen Krankheitskosten nicht nur durch Absentismus – Abwesenheitszeiten kranker Beschäftigter – sondern auch durch Präsentismus, also dadurch, dass Erkrankte trotzdem zur Arbeit gehen und neben einer erhöhten Fehlerquote und einer reduzierten Qualität ihrer Arbeit auch häufiger von Arbeitsunfällen betroffen sind. Nach konservativen Berechnungen einer Studie<sup>1</sup> der Burda-Stiftung von 2011 betragen die Kosten für Präsentismus ca. 2.400 Euro pro Jahr und Arbeitnehmer und summieren sich auf insgesamt ca. 129 Milliarden Euro pro Jahr in Deutschland, mithin nochmals fast 50 % der Gesundheitsausgaben des Jahres 2010.

Der Wertschöpfungsausfall der deutschen Wirtschaft wird in der Burda-Studie auf der Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes auf ca. 225 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt, in etwa nochmals 9 % des Bruttoinlandsprodukts.

Der daraus resultierende Handlungsbedarf ist in Baden-Württemberg wegen des höheren Grades an Industrialisierung schon ausgeprägter als in den anderen Bundesländern. Darauf weist auch das von der Landesregierung 2010 bei McKinsey & Company und dem Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) in Auftrag gegebene Gutachten „Technologien, Tüftler und Talente. Wirtschaftliche und technologische Perspektiven der baden-württembergischen Landespolitik bis 2020“ hin.

Es ist daher eine vordringliche landespolitische Aufgabe, mit dafür zu sorgen, dass die Beschäftigten auch bei einer längeren Lebensarbeitszeit gesund den Ruhestand erreichen können. Dies entspricht auch den Vorgaben des Koalitionsvertrags für die aktuelle Legislaturperiode zu einer guten und gesunden Arbeit in Baden-Württemberg und ist wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg - Gesundheit in allen Lebensbereichen.

---

<sup>1</sup> „Vorteil Vorsorge- Die Rolle der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland“

## Häufigkeit von Erkrankungen

Zum Verhältnis von Krankheitsarten zu Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) und Arbeitsunfähigkeitsfällen (AU-Fällen) macht die DAK im Gesundheitsreport 2013 folgende Angaben, die bei anderen Krankenkassen vergleichbar sind:

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, des Atmungssystems sowie psychischer Erkrankungen entfielen 2012 mehr als die Hälfte (52,2 %) aller Krankheitstage (siehe Abbildung 1). Auffallend ist die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage bei den psychischen Erkrankungen. Waren es 2010 noch 12,1 % der AU-Tage, so sind es 2012 bereits 14,5 %. Damit machen psychische Erkrankungen zusammen mit Erkrankungen des Atmungssystems den zweitgrößten Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage aus.

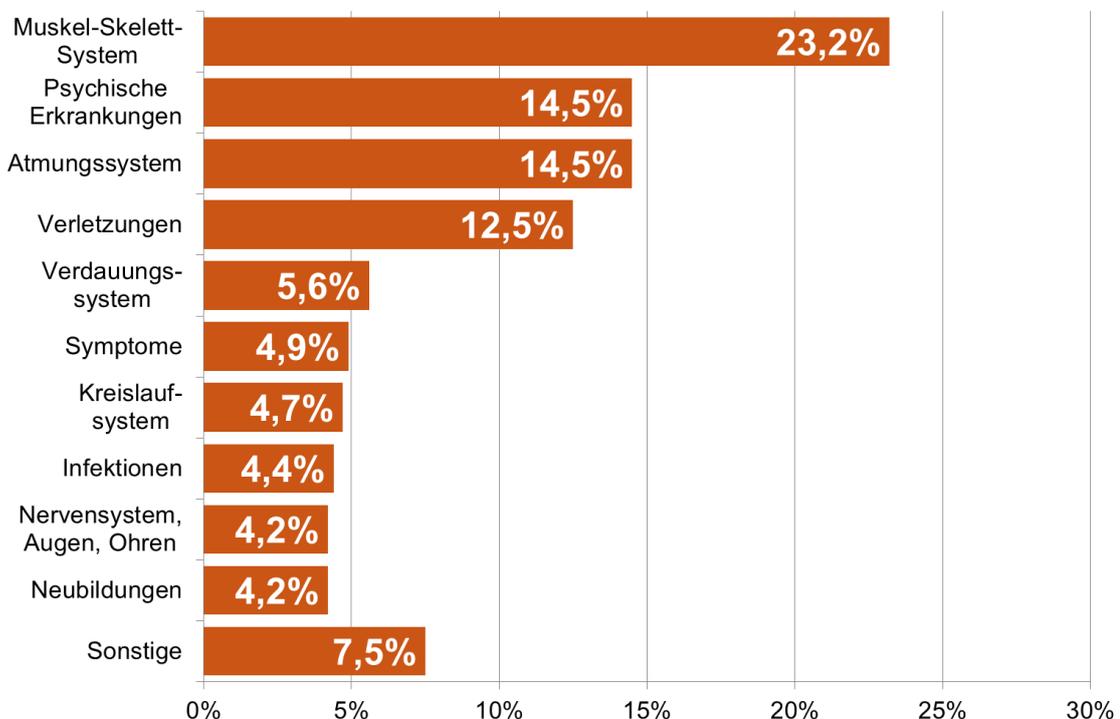


Abbildung 1: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen

Quelle: DAK Gesundheitsreport 2013

Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf (siehe Abbildung 2). Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich jedoch um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,6 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern mit durchschnittlich 18,7 Tagen oder psychische Erkrankungen mit 33,2 Tagen erheblich länger (Quelle: DAK Gesundheitsreport 2013).

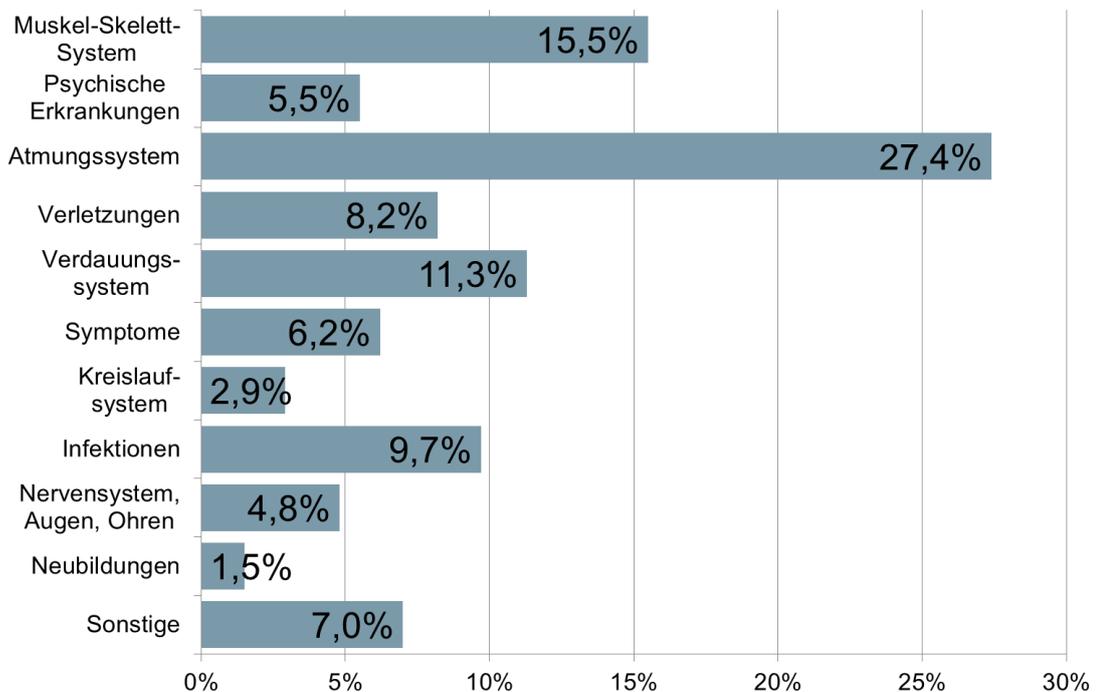


Abbildung 2: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitsfällen

Quelle: DAK Gesundheitsreport 2013

### **Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)**

Das BGM ist ein systematischer Ansatz, um in Unternehmen, öffentlichen Einrichtungen und Non-Profit-Organisationen ein höheres Maß an Gesundheit zu erreichen. Es fußt auf der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union aus dem Jahr 1997 bzw. 2007 sowie auf der Arbeitsschutzgesetzgebung der neunziger Jahre. Die deutsche Gesetzgebung wird dabei zunehmend durch die Umsetzung europäischer Richtlinien beeinflusst (internationale Harmonisierung).

Die Überwachung erfolgt in einem dualen System durch die Aufsichtsbehörden der Länder. In Baden-Württemberg auf staatlicher Seite durch die Regierungspräsidien, die Stadt- und Landkreise und auf Seiten der gesetzlichen Unfallversicherung durch die Berufsgenossenschaften und die Unfallkasse.

Das BGM hat im Wesentlichen die Zielsetzung, die gesundheitliche Verhältnis- und Verhaltensprävention im Arbeitsleben zu verbessern. Die tragende Säule der Verhältnisprävention stellen dabei der Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Betrieben und Verwaltungen dar. Neben der Verhältnisprävention kommt der Verhaltensprävention eine wichtige Bedeutung zu. Ohne das Bewusstsein der einzelnen Beschäftigten, dass die eigene Gesundheit ein existentielles und keineswegs selbstverständliches Gut darstellt, dessen Erhalt zur persönlichen Lebensqualität in höchstem Maß beiträgt, laufen viele Maßnahmen der betrieblichen Verhältnisprävention ins Leere. Dabei zeigt sich auch im Arbeitsleben, dass nachhaltige Verhaltensprävention auch mit Genuss verbunden sein kann und zu einer positiven Gesundheitsprognose beiträgt. Eine möglichst gu-

te Gesundheit ist die unmittelbare Voraussetzung für jeden Einzelnen, persönliche Lebensziele – beruflich wie privat – erfolgreich realisieren zu können.

Der Arbeitsschutz wird ergänzt durch das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) als gesetzliche Verpflichtung der Unternehmen auf der Grundlage von § 84 Abs. 2 SGB IX, das dann zur Anwendung kommt, wenn ein Arbeitnehmer im Laufe der letzten zwölf Monate länger als sechs Wochen – auch mit Unterbrechungen – arbeitsunfähig war.

Am 1. Januar 2011 haben sich die Vorgaben zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung in den Betrieben geändert. Die Regelungen der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2) vereinheitlichen die Betreuungsanforderungen innerhalb des gewerblichen Sektors sowie zwischen gewerblichem und öffentlichem Bereich. Die DGUV Vorschrift 2 stellt sicher, dass gleichartige Betriebe auch gleich behandelt werden und der Betreuungsumfang nicht mehr differiert. So unterliegen beispielsweise Krankenhäuser, Kindertagesstätten oder Flughäfen, gleichgültig ob in privater oder öffentlicher Trägerschaft, denselben Betreuungsanforderungen. Grundlage der Betreuung ist dabei die Gefährdungsbeurteilung in den Betrieben.

Die im Jahresbericht der Gewerbeaufsicht 2011 erfassten insgesamt 3.821.870 Beschäftigten in Baden-Württemberg teilen sich auf insgesamt 288.282 Betriebe auf (siehe Tabelle 1). 99,7% der Betriebe haben somit weniger als 500 Beschäftigte und gelten als kleine und mittlere Unternehmen (KMU). In diesen KMU arbeiten 75,7% der Beschäftigten in Baden-Württemberg.

Betriebsgröße	Anzahl der Betriebe	Anzahl der Beschäftigten
500 und mehr Beschäftigte	751	928.761
20 bis 499 Beschäftigte	28.028	1.950.319
0 bis 19 Beschäftigte	259.503	942.790
<b>Insgesamt</b>	<b>288.282</b>	<b>3.821.870</b>

**Tabelle 1: Übersicht der Beschäftigten in Abhängigkeit der Betriebsgröße**

*Quelle: Jahresbericht der Gewerbeaufsicht 2011*

Die großen Betriebe verfügen grundsätzlich über eigene sicherheitstechnische und betriebsärztliche bzw. betriebsmedizinische Dienste und weitere Organisationseinheiten, die in Kenntnis des Betriebs in der Regel das BGM bereits mit guten und passgenauen Inhalten gefüllt haben. Anders gestaltet sich die Situation bei KMU, die durch externe Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit betreut werden. Dort befindet sich das BGM meist noch im Anfangsstadium.

Anfang 2009 sind die Sozialpartner und Sozialversicherungsträger in Baden-Württemberg im Arbeitskreis „Initiative Betriebliches Gesundheitsmanagement in Baden-Württemberg“ zu dem Ergebnis gekommen, dass die verstärkte Etablierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ein wichtiger Beitrag ist, um den Wirtschaftsstandort Baden-Württemberg zu sichern und den demografischen Herausforderungen aktiv zu begegnen. Die Beteiligten haben sich dabei auf ein Maßnahmenbündel verständigt und mit dessen Umsetzung begonnen.

## 2. Einbindung der „Projektgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement in Baden-Württemberg“ in die Gesundheitsstrategie - Projektauftrag

Mit der am 5. März 2010 gegründeten Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ soll an die im Arbeitskreis „Initiative Betriebliches Gesundheitsmanagement in Baden-Württemberg“ im Jahr 2009 beschlossenen Maßnahmen und an die Gesundheitsstrategie Baden-Württembergs angeknüpft werden. Zum einen geht es dabei auch um die Evaluierung und Fortsetzung der 2009 beschlossenen Maßnahmen und um die Identifizierung und Realisierbarkeit weiterer Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Die Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ wirkt daher in der AG Standortfaktor im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg mit und erörterte, welche Ziele der Gesundheitsstrategie mit den Zielen der Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagements“ verknüpft und welche Projekte und Praxisbeispiele daraus abgeleitet werden können. Aufbauend auf der vom Arbeitskreis „Initiative Betriebliches Gesundheitsmanagement in Baden-Württemberg“ 2008 durchgeführten orientierenden Situationsanalyse zur Verbreitung der Betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Baden-Württemberg wird weiterhin das Ziel verfolgt, Initiativen zu ergreifen, die der Verbesserung des Arbeitsschutzes in den Betrieben, des Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements, der Betrieblichen Gesundheitsförderung und demzufolge des Betrieblichen Gesundheitsmanagements dienen. Eine wesentliche Erkenntnis des Arbeitskreises „Initiative Betriebliches Gesundheitsmanagement in Baden-Württemberg“ war, dass es für die stärkere Etablierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements eher kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem gibt.

Als wichtige Unterstützungsebene werden im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg die Kommunalen Gesundheitskonferenzen angesehen, die als Kommunikationsplattform und Drehscheibe der Vernetzung und Koordination in den Stadt- und Landkreisen fungieren sollen.

Die Projektgruppe befasste sich daher auch mit der Frage, wie die beteiligten Akteure und deren Projekte auf kommunaler Ebene in einem Dialog „Arbeit und Gesundheit“ in Kommunalen Gesundheitskonferenzen zusammengeführt und vernetzt werden können. Kleinere und mittlere Unternehmen bis 500 Beschäftigte in Baden-Württemberg bleiben dabei im Fokus.

Mit diesem Bericht wird die Arbeit der Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ für die AG Standortfaktor abgeschlossen. Zur Umsetzung von Projekten wird die Arbeit weiter geführt (siehe Punkt 10).

### **3. Die Ziele der Gesundheitsstrategie**

Die Projektgruppe „Gesundheitsziele“ nennt u.a. in ihrem Bericht von 2011 folgende Gesundheitsziele mit möglichen betrieblichen Bezügen:

- Diabetes mellitus Typ 2: Risiko senken und Folgen reduzieren
- Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern
- Gesund und aktiv älter werden
- Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel
- Gesundheitliche Kompetenzen erhöhen
- Gesundheit von Arbeitslosen.

Diese Ziele entsprechen weitgehend bundeseinheitlichen Zielen der Gesundheitsförderung und Prävention für die Bevölkerung. Für die langfristige Umsetzung dieser Gesundheitsziele wird es aus Sicht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“ der AG Standortfaktor Gesundheit Baden-Württemberg als entscheidend angesehen, dass diese Ziele oder Teilziele durch Kommunale Gesundheitskonferenzen oder in Arbeitsschwerpunkten von bestehenden bzw. sich ggf. entwickelnden Gesundheitsregionen oder Gesundheitsnetzwerken aufgegriffen werden. Dadurch können zudem Arbeitserleichterungen und Synergieeffekte durch Fachaustausch entstehen. Hilfreich wäre die weitere Unterstützung durch bestehende Projektgruppen, Gremien, Arbeitsgruppen oder Beiräte in Baden-Württemberg.

### **4. Einbindung der Betriebe in die kommunalen Gesundheitskonferenzen**

In 34 von insgesamt 44 Stadt- und Landkreisen wurden in Baden-Württemberg Kommunale Gesundheitskonferenzen eingerichtet. Das Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ wird derzeit in drei Kommunalen Gesundheitskonferenzen thematisiert (Stand März 2013). Die Projektgruppe BGM schlägt vor, in Pilotprojekten zu prüfen, inwieweit in den Stadt- und Landkreisen die Umsetzung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg im Bereich des BGM unter Beteiligung der dortigen Betriebe über einen Gesundheitsdialog erreicht werden kann (siehe Ziffer 7.3).

## **5. Anknüpfungspunkte an die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie**

Mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) haben sich Bund, Länder, Unfallversicherungsträger und Sozialpartner seit 2008 auf gemeinsame und bundeseinheitliche Präventionsziele und Arbeitsprogramme verständigt. Die erste Periode von 2008 bis 2012 wird derzeit evaluiert. Dieses Vorgehen ist im Arbeitsschutzgesetz und einer entsprechenden Konzeption verankert und auch öffentlich zugänglich ([www.gda-portal.de](http://www.gda-portal.de)). Vor dem Beschluss der Ziele werden sie vorab im Arbeitsschutzforum unter breiter Beteiligung von Arbeitsschutzexperten diskutiert. Für die neue GDA-Periode von 2013 bis 2018 wurden folgende Ziele beschlossen:

- Verbesserung der Arbeitsschutzorganisation
- Verringerung von Muskel-Skeletterkrankungen
- Verringerung von psychischen Belastungen.

Diese Ziele sollen zum einen durch Betriebsbesichtigungen der Arbeitsschutzbehörden und der Aufsichtsdienste der Unfallversicherungsträger erreicht werden. Andererseits sollen diese Ziele durch Veranstaltungen, Kampagnen, Schulungsmaßnahmen durch Kooperationspartner begleitet und unterstützt werden (Begleitprozesse). Durch diese gemeinsamen Aktionen soll in erster Linie eine Verbesserung der betrieblichen Verhältnisse erreicht werden. Auch die Krankenkassen haben identische Ziele im Herbst 2012 beschlossen.

Eine breite Flächenwirkung ist nur durch eine umfassende Unterstützung, insbesondere durch Verbände etc. erreichbar, da eine solche allein durch Aufsichtsmaßnahmen nicht möglich ist. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Projektgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement unterstützen diese Ziele, die auch die Ziele der Gesundheitsstrategie berühren.

## **6. Thematische Anknüpfungsmöglichkeiten an die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg durch die Betriebe im Rahmen des BGM**

Die Projektgruppe hat sich auf folgende gemeinsame Ziele zur Senkung und Vermeidung chronischer Erkrankungen der Beschäftigten in Baden-Württemberg verständigt:

- Vermeidung/Verringerung des metabolischen Syndroms (hohe Blutfettwerte, Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes)
- Muskel-Skelett-Erkrankungen senken
- Arbeitsfreude fördern/erhalten
- Darstellung des wirtschaftlichen Nutzens eines BGM für die KMU.

Damit besteht bereits eine hohe thematische Übereinstimmung mit den Zielen der Gesundheitsstrategie.

Die Projektgruppe wird in einem nächsten Schritt dazu entsprechende Maßnahmen beraten.

## **7. Drei zentrale Handlungsfelder**

Für die Ziele wurden Leitsätze formuliert, welche Bestandteil vom Bündnis „Arbeit und Gesundheit“ sein werden. Diese Ziele wurden in drei zentrale Handlungsfelder und Verantwortungsbereiche zusammengefasst, die künftig stärker unterstützt werden sollen. Diese zentralen Handlungsfelder sind im Wesentlichen:

- Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit (incl. betrieblichem Eingliederungsmanagement)
- Stärkung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Dialog „Arbeit und Gesundheit“

Näheres dazu ist nachfolgend unter 7.1 bis 7.3 dargestellt.

### **7.1 Bessere Zusammenarbeit im Arbeitsschutz im Rahmen der GDA**

Aufgrund gemeinsam definierter und abgestimmter Ziele im Rahmen der GDA (siehe Nr. 5 sowie Glossar) soll eine weitere Verbesserung der Arbeitsbedingungen erreicht werden. Um eine stärkere Breitenwirkung zu erreichen, ist eine Unterstützung auch durch die Sozialpartner und die sonstigen Verbände der Wirtschaft erforderlich.

### **7.2 Stärkere Verbreitung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements**

In Baden-Württemberg führen nach Erhebungen der Gewerbeaufsicht etwa 32% der KMU (bis 499 Beschäftigte) Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement durch. In Betrieben bis 19 Beschäftigten sind dies nur 6% (Anhang 2 im Bericht der Gewerbeaufsicht Baden-Württemberg zu „Psychische Fehlbelastungen im Betrieb - Schwerpunktaufgabe der Gewerbeaufsicht 2010, Fachgruppe Arbeitspsychologie - <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/fm7/1442/Psych-Fehlbelastung-Internet.pdf>). Es bedarf daher stärkerer Anstrengungen, um eine größere Verankerung in den KMU zu erreichen.

### **7.3 Implementierung eines Dialogs „Arbeit und Gesundheit“**

Arbeitgeber, Gewerkschaften, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit sowie das Land haben ein gemeinsames Interesse am Erhalt der Gesundheit der Beschäftigten. Diese Interessen treffen auf ähnliche Interessen im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung, die nicht auf die Erwerbsarbeit bzw. das Setting Betrieb beschränkt ist. Diese grundsätzlich gleichlautenden Zielsetzungen aller Beteiligten sollten auf Landesebene gebündelt werden, um eine höhere Wirksamkeit zu erzielen. Das Sozialministerium als neutrale Instanz ist bereit, unter Wahrung der Zuständigkeiten der Beteiligten eine Lenkungs- und Moderationsrolle auf Landesebene zu übernehmen. Diese Rolle ist im Gegensatz zu anderen arbeitspolitischen Feldern nicht durch bundes- oder europarechtliche Vorgaben bestimmt oder auf Bundesratsinitiativen beschränkt, sondern durch eine ausgeprägte landespolitische Gestaltungsmöglichkeit gekennzeichnet.

Es sollte jedoch regionalen Dialogformen „Arbeit und Gesundheit“ überlassen bleiben, sich auf gemeinsame Projektlinien zu verständigen, bei denen auch eine gemeinsame Finanzierung unter Wahrung der Zuständigkeit der Beteiligten möglich und sinnvoll erscheint. Sinnvoll wäre es, regionale Ansprechstellen zu schaffen, die Nachfrage und Angebot zusammenführen. Die KMU könnten sich an diese Stelle wenden und würden ihren Bedarf an Maßnahmen im Bereich des BGM skizzieren. Die regionale Stelle würde von Seiten der Anbieter (Rehabilitationseinrichtungen, Niedergelassene Ärzte) und Kostenträger (GKV, DRV) Umsetzungsvorschläge/Angebote einholen und den interessierten KMU vermitteln. Die entsprechenden regional angesiedelten Stellen wären somit Servicecenter und könnten von privaten Dienstleistern, Kostenträgern oder der öffentlichen Hand betrieben werden. Als Beispiel für eine ähnliche Dienstleistung lassen sich die Anbieter von Kita-Plätzen heranziehen. Diese bieten für KMU Kita-Plätze an. Somit können auch KMU für ihre Beschäftigten entsprechende Angebote „einkaufen“. Diese Ansprechstellen sollten folgende weitere Ziele verfolgen:

- Erfassen, welche Faktoren KMU zum Engagement im Themenfeld BGM motivieren können - Hier gibt es schon Studien und Abfragen, die zusammengefasst werden könnten.
- Organisation und Durchführung von Netzwerkveranstaltungen, die den Dialog und Austausch von KMU in den Vordergrund stellt.
- Qualifiziertes Erfassen von Ansprechpartner/innen in Unternehmen und Unterstützung bei der Vernetzung mit bewährten Experten und Ansprechpartnern.

Ein konkreter Ansatz wäre zunächst eine pilothafte Erprobung in ausgewählten Landkreisen (siehe Punkt 4).

## **8. Weitere Vorschläge der Projektgruppe**

### **8.1 Homepage des Sozialministeriums zum BGM**

Derzeit wird in der Verantwortung des Sozialministeriums eine Homepage erarbeitet, unter der die Projekte eingestellt werden und auf die interessierte Unternehmen zugreifen können. Nachdem mit der Pflege der Homepage eine nicht unerhebliche Garantienstellung verbunden ist, müssen die empfohlenen Projekte sorgfältig überprüft sein. Die Darstellung von Projekten auf einer öffentlich zugänglichen Homepage ist ein Weg, Verhältnis- und Verhaltensprävention in kleinere und mittlere Unternehmen zu tragen. Dies alleine reicht nicht aus. Für eine erfolgreiche Umsetzung benötigen diese Unternehmen einen regionalen Ansprechpartner, der für sie eine Lotsen- und Steuerungsfunktion im gegliederten System übernehmen kann (siehe Punkt 7.3).

## **8.2 Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten**

Das BGM als innerbetriebliche Konkretisierung von Verhältnis- und Verhaltensprävention muss ergänzt werden durch ein zwischen Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten abgestimmtes Angebot an Vorsorgeleistungen. Hierbei kommt auch den Sozialleistungsträgern wie Kranken- und Rentenversicherung eine Bedeutung zu, die Kostenträger für präventive Leistungen sind. Krankentherapie und arbeitsplatzbezogene Rehabilitation erfolgen außerhalb der Betriebe, wobei die Wirtschaft künftig ihren Anspruch auf zügige und erfolgreiche Wiederherstellung der Gesundheit und Wiedereingliederung der Beschäftigten in den Betrieb wohl deutlicher artikulieren wird. Das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) wird sinnvollerweise eng zwischen niedergelassenen Ärzten und Betriebsärzten abgestimmt. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation unterstützen sie hierbei.

## **9. Bündnis für Arbeit und Gesundheit**

Die Projektgruppe sieht in einem Bündnis für Arbeit und Gesundheit eine gute Möglichkeit, die Bündelung der Interessen in Baden-Württemberg darzustellen. Es wurde ein Vorschlag für ein solches Bündnis entworfen und abgestimmt.

In einer Steuerungsgruppe „Arbeit und Gesundheit“ auf Spitzenebene soll dieses Bündnis beschlossen sowie durch entsprechende Projekte und Praxisbeispiele weiter verfolgt werden.

## **10. Projekte und Praxisbeispiele**

Die Projektgruppe beschäftigt sich aktuell damit, Projekte und Praxisbeispiele auch in Umsetzung des geplanten Bündnisses für Arbeit und Gesundheit abzustimmen. Es wurden in einem ersten Schritt ca. 20 Projekte und Praxisbeispiele aufgelistet, die nun gemeinsam bewertet werden sollen. Dabei soll es vor allem darum gehen, die effektivsten und effizientesten Beispiele aufzugreifen und für eine breite Unterstützung im Land zu sorgen und zur Umsetzung beizutragen.

Der Steuerungsgruppe des „Bündnisses für Arbeit und Gesundheit“ unter Vorsitz von Frau Ministerin Katrin Altpeter ist jährlich über die Umsetzung zu berichten und es sind ggf. Vorschläge zur Weiterentwicklung des Bündnisses vorzulegen.

# Anhang

## Glossar

### **Betriebliche Gesundheitsförderung**

ist ein partizipativer, ressourcenorientierter Prozess mit dem Ziel, sowohl betriebliche Arbeitsbedingungen gesünder zu gestalten als auch Beschäftigte zu befähigen, gesündere Lebensweisen zu wählen. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKVWStG) wurde die betriebliche Gesundheitsförderung zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet. Die Krankenkassen können die Leistungen entweder selbst erbringen, geeignete Dritte oder zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften beauftragen. Die gesetzliche Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen soll sicherstellen, dass die Maßnahmen am betrieblichen Bedarf ausgerichtet und bei der Planung und Umsetzung auch die gesundheitlichen Potentiale berücksichtigt werden. Geeignete Instrumente zur Erfassung der gesundheitlichen Situation im Betrieb sind Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (betrieblicher Gesundheitsbericht), Auswertungen von arbeitsmedizinischen Untersuchungen und Gefährdungsbeurteilungen, Mitarbeiterbefragungen zum Thema „Arbeit und Gesundheit“ sowie betriebliche Gesundheitszirkel. Das SGB V schreibt den Krankenkassen eine Unterstützungsfunktion für die Umsetzung der ermittelten „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ (§ 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V) zu. Die ausdrückliche Verpflichtung der Arbeitgeber zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie der Unfallversicherungsträger (UV-Träger), arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten, bleiben weiterhin gültig. Eine Übertragung (von Teilen) dieser Verantwortung auf die Krankenkassen ist nicht beabsichtigt. Die Krankenkassen dürfen aus den Mitteln nach § 20a

SGB V weiterhin keine originären Aufgaben des Arbeitsschutzes (mit-)finanzieren, die in die alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen (z. B. Helme, Sicherheitsschuhe, Absaugvorrichtungen, Hebehilfen, sonstige Geräte oder bauliche Veränderungen).

Der GKV-Spitzenverband hat in seinem Leitfaden „Prävention“ einheitliche prioritäre Handlungsfelder und Kriterien der Primärprävention als Leistungen der Krankenkassen festgelegt (siehe Leitfaden „Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes vom 27.8.2010).

### **Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)**

Betriebe sollen ihre Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse so entwickeln und umsetzen, dass das Arbeitssystem und die Organisation gesundheitsgerecht und leistungsfördernd gestaltet und die Mitglieder der Organisation zum gesundheitsfördernden Verhalten befähigt werden. Das BGM geht über die gesetzlichen Anforderungen des Arbeitsschutzes (Verhältnisprävention) hinaus und erweitert diesen um freiwillige Maßnahmen/Angebote zur individuellen Gesundheitsprävention (Verhaltensprävention).

## **Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)**

ist eine auf Dauer angelegte konzertierte Aktion von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern zur Stärkung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Sie legen gemeinsam mit beratender Stimme der Sozialpartner eng am betrieblichen Bedarf orientierte Arbeitsschutzziele fest, die durch bundesweite Arbeitsprogramme erreicht werden sollen. In diesen Arbeitsprogrammen bündeln Bund, Länder und Unfallversicherungsträger ihre Präventions- und Überwachungskapazitäten, stimmen sich ab und nutzen Synergien mit Kooperationspartnern. Die Rahmenbedingungen der GDA sind im Arbeitsschutzgesetz und im Sozialgesetzbuch VII verankert (siehe [www.gda-portal.de](http://www.gda-portal.de)).

## **Inklusion**

im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention bedeutet, dass allen Menschen von Anfang an in allen gesellschaftlichen Bereichen, eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe möglich ist. Inklusion verwirklicht sich im Zusammenleben in der Gemeinde - beim Einkaufen, bei der Arbeit, in der Freizeit, in der Familie, in Vereinen oder in der Nachbarschaft. Dementsprechend leben, arbeiten und lernen Menschen mit Behinderungen nicht in Sondereinrichtungen. Es gibt vielmehr einen ungehinderten, barrierefreien Zugang und eine umfassende Beteiligung von Menschen mit Behinderungen am bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben (oder in allen Bereichen des Lebens).

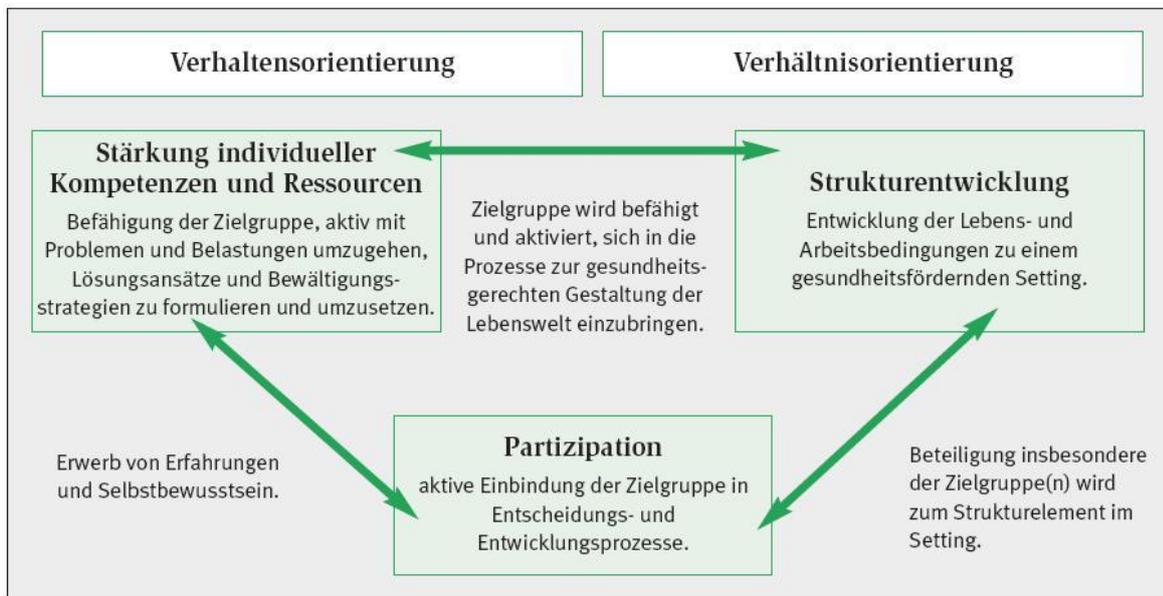
(Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2011)

*Entnommen aus: AG Standortfaktor Gesundheit - Projektgruppe „Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“, August 2012*

## **Settingansatz**

ist eine Schlüsselstrategie in der Gesundheitsförderung. Unter Settings werden Lebensbereiche bzw. Lebenswelten verstanden, in denen die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen (z.B. Kinderbetreuungseinrichtung, Schule, Betrieb, Wohnumfeld - Kommune, Stadtteil, Quartier). Setting-Interventionen beinhalten folgende drei zentrale Aspekte:

- Individuelle Ebene: Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Personen
- Strukturelle Ebene: Entwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
- Partizipation: Einbindung möglichst vieler Personen(gruppen) in deren Lebenswelt



**Abbildung : Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Settingansatzes**  
(nach Kilian et al. 2004)

**Quelle:** *Gesundheit Berlin-Brandenburg 2008 (Hrsg.): Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit!“, Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Gesunde Lebenswelten schaffen (Heft 1), gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen IN FORM; entnommen aus: AG Standortfaktor Gesundheit - Projektgruppe „Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“, Stuttgart August 2012*

Das BGM kann daher als Konkretisierung des Settingansatzes im jeweiligen konkreten Betrieb verstanden werden (Topoi Betrieb).