

**Grundsätze moderner Prävention und Gesundheitsförderung:
10-Punkte Programm zur
Reform der Gesetzlichen Unfallversicherung**

**Initiativkreis der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung zur
betrieblichen Gesundheitspolitik**

Nach Abschluss der gemeinsamen Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler Stiftung zur Betrieblichen Gesundheitspolitik wurde 2005 ein „Initiativkreis“ mit der politischen Umsetzung der erarbeiteten Empfehlungen beauftragt. Dieser Initiativkreis hat u. a. 2007 ein Forschungsprojekt zur Reform der Gesetzlichen Unfallversicherung ins Leben gerufen in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Das folgende Papier gibt Zwischenergebnisse des Initiativkreises und erste Erkenntnisse der im Februar 2007 gestarteten Projektarbeit wieder. Es enthält Aussagen zur Reform der Gesetzlichen Unfallversicherung und Empfehlungen an die Bundesregierung sowie an alle weiteren an dieser Reform beteiligten Akteure.

Dem Forschungsprojekt liegt in erster Linie das Ziel zugrunde, Anreize und Bedingungen (z.B. Kapazitäten, Qualifikationen, Strukturen) der betrieblichen Prävention durch die gesetzliche Unfallversicherung zu identifizieren. Die aktuelle Suche nach Arbeitsschutzziele für die Gemeinsame Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) wird hierfür als ein wesentliches Element erachtet. Wichtiger erscheint jedoch der strukturelle Rahmen, in dem die Gesetzliche Unfallversicherung ihren Präventionsauftrag ausfüllt und der durch das Projekt an Kontur gewinnen soll.

Steigende Anforderungen, älter werdende Belegschaften und die stark verbreiteten chronischen Krankheiten erzwingen Innovationen zum Schutz der Gesundheit der Erwerbsbevölkerung. Erhalt und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit werden zu einem zentralen gesellschaftspolitischen Ziel. Aufbauend auf den Arbeiten der gemeinsamen Expertenkommission und veranlasst durch die anstehende Reform der gesetzlichen Unfallversicherung empfiehlt der Initiativkreis der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung eine Neupositionierung und Aufwertung betrieblicher Gesundheitspolitik.

1. Investive Sozialpolitik

Der Initiativkreis empfiehlt energische Schritte in Richtung einer vorausschauenden, auf Vermeidung von Sozialleistungen kurativer Art bzw. in Form von krankheitsbedingter Frühverrentung ausgerichteten Sozialpolitik, wie sie historisch bereits in der Gesetzlichen Unfallversicherung angelegt sind und mittlerweile auch von der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesetzlichen Rentenversicherung ansatzweise unternommen werden. Zwar stellt die Gesetzliche Unfallversicherung unter den genannten Sozialleistungsträgern das größte Finanzvolumen für Prävention zur Verfügung (siehe Punkt 3). Allerdings stellen diese Aufwendungen im Vergleich zu den anderen Aufwendungen der Gesetzlichen Unfallversicherung (Entschädigungsleistungen, Verwaltung sowie Verfahren) den geringsten Teil dar. Investitionen in die Gesundheit der Erwerbsbevölkerung sind eine Investition in das Humankapital. Sie reduzieren arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und fördern Wohlbefinden und Leistungsbereitschaft. Sie dienen damit längerfristig dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Unternehmen gewinnen an Wettbewerbsfähigkeit durch vermiedene Fehlzeiten und vermiedene krankheitsbedingte Beeinträchtigungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, was auch dem Erhalt von Arbeitsplätzen dient. Die Sozialleistungsträger gewinnen durch vermiedene Behandlungskosten, durch vermiedene Unfälle und krankheitsbedingte Frühberentung. Gesunde Arbeitssuchende sind leichter wiederzuvermitteln. Eine unterlassene Politik der aktiven Förderung von Gesundheit und der aktiven Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren schadet den Beschäftigten, den Unternehmen, den Sozialversicherungen und damit der Bevölkerung und unserem Land. Deutschland sollte zum Vorreiter einer investiven Sozialpolitik in Europa werden.

Der Ansatz, mit der Reform des Leistungsrechts die berufliche Rehabilitation seitens der gesetzlichen Unfallversicherung zu stärken, ist zu unterstützen. Er greift jedoch zu kurz bzw. zu spät, wenn die oben skizzierten Maßstäbe angelegt und ernst genommen werden. So wichtig die berufliche Rehabilitation auch ist: sie ist häufig auch Ausdruck von nicht ausreichender betrieblicher Prävention. Einzelne Berufsgenossenschaften haben dies erkannt und setzen mit ihren Angeboten frühzeitig bei der primären und sekundären betrieblichen Prävention an (z.B. das Angebot ‚Sekundäre Individualprävention‘ der BGW) und forcieren ihre Anstrengungen beim betrieblichen Eingliederungsmanagement, bevor der Prozess der Ausgliederung aus dem Arbeitsleben beginnt. Die Förderung dieser Entwicklungen ist im aktuellen Gesetzgebungsprozess nicht zu erkennen. Es dominieren Einsparziele, die durch eine Verschlankeung der Verwaltung erreicht werden sollen. Investive Sozialpolitik wäre gekennzeichnet durch eine – teilweise – Verwendung der eingesparten Mittel für die betriebliche Prävention.

2. Nationale Präventionsstrategie

Prävention und Gesundheitsförderung sind Querschnittsaufgaben, die in einem gegliederten sozialen Sicherungssystem drohen vernachlässigt und unzureichend koordiniert zu werden. Der Initiativkreis empfiehlt deshalb der Bundesregierung eine verstärkt ressortübergreifende Betrachtung der in der Sozialgesetzgebung an sehr unterschiedlichen Stellen formulierten Ziele und Regelungen zum Arbeitsschutz, zur betrieblichen Wiedereingliederung, zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie ihre abgestimmte Weiterentwicklung.

Letztlich kann eine solche Gesamtschau nur durch eine nationale Präventionsstrategie verwirklicht werden, die – ausgehend von dem Grundsatz: „Prävention vor Kuration“ – kontinuierlich weiterentwickelt werden und sich auf ausgewählte Bereiche („settings“) konzentrieren muss. An der Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie sollten alle maßgeblichen Akteure beteiligt sein – so wie dies bereits bei der gemeinsamen Expertenkommission erfolgreich praktiziert wurde.

In der derzeitigen Reformdiskussion um die Gesetzliche Unfallversicherung werden diese Aspekte nach Ansicht des Initiativekreises nicht ausreichend berücksichtigt. Bei der GDA bleibt bisher offen, wie die gesetzliche Unfallversicherung die Querschnittsaufgabe Prävention mit Blick auf die anderen Präventionsakteure lösen soll. Insbesondere die Kooperation mit der Gesetzlichen Krankenversicherung ist mit Inkraft-Treten des GKV-WSG neu zu durchleuchten. Während die Betriebliche Gesundheitsförderung bisher – rechtlich – eine den Arbeitsschutz ergänzende Kann-Leistung war, ist sie seit April 2007 eine Pflichtleistung der Krankenkassen, die gleichberechtigt neben dem Arbeitsschutz steht. Demnach ist auch das Zusammenwirken beider Träger auf betrieblicher Ebene neu zu ordnen.

Mit der GDA soll jedoch lediglich das Verhältnis zwischen dem staatlichen Arbeitsschutz und der Gesetzlichen Unfallversicherung geregelt werden. Angestrebt wird eine arbeitsteilige Aufgabenwahrnehmung bei der Beratung und Überwachung der Betriebe. Damit soll auf die in den Ländern immer prekärer werdende Entwicklung reagiert werden, dass das für diese Aufgaben notwendige Personal nicht in ausreichender Kapazität zur Verfügung gestellt wird.

Der Initiativkreis spricht sich daher einerseits dafür aus, auch die Krankenkassen in die Entwicklung der GDA einzubeziehen, um einen Ordnungsrahmen für die Festlegung der präventiven Querschnittsaufgaben zu schaffen. Damit wären gleichzeitig wichtige Vorarbeiten für ein Präventionsgesetz eingeleitet. Andererseits erfolgt ein dringender Appell, nicht nur auf immer knapper werdende Personalkapazitäten beim staatlichen Arbeitsschutz mit einer Intensivierung der Kooperationsbemühungen zu reagieren. Vielmehr ist der staatliche Arbeitsschutz so auszustatten, dass er die ihm anvertrauten Aufgaben in quantitativer und qualitativer Hinsicht erfüllen kann – selbstverständlich in Abstimmung und Kooperation mit den übrigen inner- und überbetrieblichen Präventionsakteuren.

3. Präventionsauftrag der Gesetzlichen Unfallversicherung

Die Gesetzliche Unfallversicherung ist gemessen an den jährlichen Aufwendungen von knapp 900 Millionen € für Prävention der hierzulande bedeutendste Akteur auf diesem Politikfeld. Die Gesetzliche Krankenversicherung gibt dafür jährlich 180 Millionen € aus, davon nur knapp 28 Millionen € für Betriebliche Gesundheitsförderung. In der aktuellen Reform der Gesetzlichen Unfallversicherung stehen Fragen der Organisation und des Leistungsrechts im Vordergrund. Der Initiativkreis empfiehlt gleichwohl dringend auch den Präventionsauftrag der Gesetzlichen Unfallversicherung auf den Prüfstand zu stellen. Der Strukturwandel der Wirtschaft hat zu einem Wandel der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren geführt. Die gemeinsame Expertenkommission hat sich dazu in ihrem Schlussbericht, dem auch die beteiligten Vertreter der Gesetzlichen Unfallversicherung zugestimmt haben, sehr klar geäußert:

„Die Kommission sieht die gesundheitsrelevanten Problemstellungen in den Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen nicht mehr allein an der Mensch-Maschine-Schnittstelle, sondern insbesondere an der Mensch-Mensch-Schnittstelle: in der Qualität der Menschenführung, in der Qualität der Unternehmenskultur sowie in der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen.“
(2004, S. 21)

Die beteiligten Wissenschaftler der Expertenkommission waren sich mit den beteiligten Praktikern aus den Unternehmen und mit den Sozialpartnern einig darin, dass die verbreitete Verunsicherung der Belegschaften, der Anstieg psychischer Beeinträchtigungen und die arbeitsbedingten Ursachen chronischer Krankheiten zukünftig im Zentrum der praktischen Präventionsarbeit stehen sollten. Empfehlungen der EU und der ILO gehen in die gleiche Richtung.

Es stellen sich somit eine Reihe von Fragen, die nicht hinreichend durch den aktuellen GUV-Reformdiskurs aufgegriffen werden, z.B.:

- Wie setzt die Gesetzliche Unfallversicherung den seit dem Arbeitsschutzgesetz bestehenden Präventionsauftrag der Reduzierung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren um?
- Wie können Anreize gesetzt werden, dass die Gesetzliche Unfallversicherung neben den versicherungsrelevanten Präventionsaufgaben (Verhinderung von Unfällen und Berufskrankheiten) auch die Reduzierung der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren in den Fokus ihrer Präventionsaktivitäten stellen?
- Wie wird dem Wandel des Krankheitsspektrums begegnet?
- Welchen Einfluss hat die Reduzierung der Anzahl der Berufsgenossenschaften und Landesunfallversicherungsträger auf deren Präventionsaktivitäten?
- Wie beeinflusst die Reform des Leistungsrechts die präventiven Bemühungen, wenn vorrangig die berufliche Rehabilitation gestärkt werden soll?

- Wodurch kennzeichnen sich models of good practice der betrieblichen Prävention durch die Gesetzlichen Unfallversicherungsträger?
- Welche zukünftigen Herausforderungen und Möglichkeiten werden der betrieblichen Prävention beigemessen?
- Wie soll dem stetigen Abbau der Personalkapazitäten des staatlichen Arbeitsschutzes begegnet werden?
- Derzeit ist noch nicht erkennbar, welche Schwerpunkte in der Arbeitsteilung zwischen staatlichem Arbeitsschutz und der Gesetzlichen Unfallversicherung angestrebt werden.

4. Arbeitsschutzziele

Im Zuge der Konkretisierung der GDA zeichnen sich folgende Arbeitsschutzziele ab:

- die Reduzierung von Muskel-Skelett-Erkrankungen und Hautkrankheiten
- die Verbesserung der Gefährdungsbeurteilung
- die Einführung von Arbeitsschutzmanagementsystemen
- die Reduzierung von Arbeitsunfällen

Die Definition von Prioritäten Arbeitsschutzziele basiert einerseits auf wissenschaftlich-empirischen Daten und andererseits auf den praktischen Erfahrungen und Erkenntnissen der Träger. Beide Elemente werden durch die IGA-Methode zur Identifizierung von Präventionszielen ausgewertet. Das Datenmaterial (u. a. Statistiken zu Berufskrankheiten, Zugänge bei Erwerbsminderungsrenten, MdE der Rentenzugänge und Mortalität) wird nach Krankheiten und Unfälle in eine Rangreihe gebracht (Rangordnungsverfahren). Anschließend werden durch Expertengespräche Krankheiten und Unfälle als Oberziele für primäre Prävention ausgesucht, um darauf hin Teilziele zu bestimmen. Verwendete Datenquellen sind hierbei beispielsweise die Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007-2012 (Kommission der Europäischen Gemeinschaften), die Europäische Übersicht zu Arbeitsbedingungen - European Surveys on Working Conditions (ESWC), die Risiko-Beobachtungsstation der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, die BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung im Hinblick auf Arbeitsanforderungen und körperliche wie psychische Arbeitsbedingungen, die INQA Befragung „Was ist gute Arbeit?“ sowie gemeinsame Schwerpunkt-Aktivitäten der Bundesländer und Unfallversicherungsträger.

Soweit kann von einem nachvollziehbaren Verfahren gesprochen werden. Nicht transparent erscheint hingegen die letztendliche Auswahl der oben aufgeführten Arbeitsschutzziele. Diese Zielauswahl stellt eine Durchmischung von Zielen bzgl. einzelner Krankheitsgruppen, von Instrumenten und einer klassischen versicherungsrelevanten Zielformulierung mit Zugeständnis an europäische Zielsetzungen im Arbeitsschutz dar.

Nach Auffassung des Initiativkreises wird mit diesem Zielkatalog nicht der in der GDA formulierte Anspruch erfüllt, zum Einen den steigenden Stellenwert der arbeitsbe-

dingten Gesundheitsgefahren angemessen zu berücksichtigen und zum Anderen die Herausforderungen des demographischen Wandels einzufangen. Wobei die psychischen Belastungen ihrem steigenden Stellenwert in der Arbeitswelt angemessen, einer eigenen Zieldefinition bedürfen.

Weiterhin findet die von der Expertenkommission als zukünftig wichtigste Herausforderung der gesundheitsfördernden Gestaltung der Mensch-Mensch-Schnittstelle keine Beachtung. Auch werden die damit verbundenen Erkenntnisse der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitssituation nicht genutzt. Hierzu gehören z.B. ein technisch sicher und nach ergonomischen Erkenntnissen gestalteter Arbeitsplatz, eine persönliche Entwicklungsperspektive, transparente Betriebsabläufe, hinreichende Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume, die Förderung von Routine, Kreativität und Motorik, ein möglichst störungsfreier Arbeitsablauf, materielle und immaterielle vorhersehbar und als gerecht empfundene Anreize sowie ein Klima gegenseitiger Unterstützung. Statt krankheitsorientierter Arbeitsschutzziele könnten auch diese Merkmale herangezogen werden, um Handlungsfelder und Arbeitsprogramme zu entwickeln. Damit würde internationalen Entwicklungen gefolgt werden, bei denen Präventionsziele mit ausgesprochenem Krankheitsbezug zunehmend zur Ausnahme werden. In den Fokus werden stattdessen Lebensbedingungen und die Lebenswelten gestellt. Diese Form der Zielformulierung findet sich eher auf der Ebene nationaler Präventionsziele wieder (z.B. ist in Schweden ein Zielsystem der Public Health Politik mit elf Zielbereichen entwickelt worden). Sie ist aber prinzipiell auch auf das Setting Betrieb zu übertragen.

Unabhängig davon, von welchem Ansatz der Definition von Arbeitsschutzziele ausgegangen wird, bleibt der Prozess zur Konkretisierung von Arbeitsschutzziele auf Länderebene unklar. Derzeit ist noch keine Strategie erkennbar, wie die bundesweit agierenden einzelnen Berufsgenossenschaften auf nach Ländern differenzierten Schwerpunktthemen reagieren sollen.

5. Schnittstellengestaltung

Zukünftig sollte zuallererst der objektivierbare Bedarf „vor Ort“ in den Unternehmen entscheidend sein für die Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen und Projekten. Hierbei kommt dem Personal der Gesetzlichen Unfallversicherung eine tragende Rolle zu, weil es verglichen mit dem Personal der anderen Sozialversicherungsträger noch am ehesten Zugang zu den Unternehmen hat.

Bedarfsgerechte Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung legt hierzulande eine genaue Betrachtung und Bearbeitung der zahlreichen Schnittstellen nahe – insbesondere zwischen der gesetzlichen Unfall- und der gesetzlichen Kran-

kenversicherung und deren Kooperation mit den innerbetrieblichen Akteuren des Arbeitsschutzes. Die kontinuierliche Beobachtung des Gesundheitszustandes und die bedarfsgerechte Förderung der Gesundheit erfordern klare Regelungen der Zusammenarbeit und ein gut abgestimmtes, kompetentes Vorgehen im Interesse der Versicherten und Unternehmen. Betriebliche Gesundheitspolitik ist zunächst einmal ureigene Aufgabe der Unternehmen selbst. Dies unterstreicht die Bedeutung der innerbetrieblichen Akteure des Arbeitsschutzes und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, z.B. Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte, Betriebsärzte und weitere betriebliche Gesundheitsbeauftragte. Die Betriebliche Gesundheitspolitik sollte von den überbetrieblichen Akteuren der Sozialversicherung und den Arbeitsschutzeinrichtungen angereizt und unterstützt werden. Die trotz der geplanten Organisationsreform der Gesetzlichen Unfallversicherung auch zukünftig immer noch zahlreichen Akteure und Berufsgruppen auf dem Gebiet der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung sollten auf ein gemeinsames Verfahren der Betriebsdiagnostik festgelegt werden. Die einzelnen Sozialleistungsträger sollten zur Zusammenarbeit verpflichtet und die Federführung im Einzelfall je nach Situation und Handlungsmöglichkeiten vorab verbindlich und ggf. im Wechsel festgelegt werden. Des Weiteren sollten zur Unterstützung insbesondere von kleinen und mittleren Unternehmen regionale „Arbeitsgemeinschaften“, wie im neuen § 20 SGB V vorgesehen, oder „Arbeitsschutzpartnerschaften“, wie z.B. in Hamburg, gebildet werden.

6. Dateninfrastruktur

Die Qualität der verfügbaren Daten bestimmt maßgeblich die Qualität der Entscheidungsvorbereitung und des Controllings von Handlungsprogrammen, Projekten und Maßnahmen. Die Expertenkommission verweist auf hier bestehende Defizite in den Betrieben. Die bisher wichtigsten Kennzahlen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz sind Fehlzeiten und Unfallzahlen. Beide sind Spätindikatoren: Angezeigt wird, was eigentlich hätte vermieden werden sollen; beide verweisen auf betriebliche Problemzonen, nicht jedoch auf deren Ursachen; beide erfassen nicht die durch erfolgreiche betriebliche Gesundheitspolitik erzielbare Vermeidung krankheitsbedingter Beeinträchtigungen der Arbeitsleistung und den durch Förderung der Gesundheit erzielbaren Nutzen. Der Initiativkreis empfiehlt den Unternehmen die Entwicklung präventionsrelevanter Kennzahlen und ihre Verknüpfung mit betriebswirtschaftlichen Daten – z.B. im Rahmen einer Balanced Scorecard –, damit die Richtigkeit des wissenschaftlich gut begründeten Grundsatzes ‚Gesundheit fördert Arbeit‘ auch routinemäßig im Einzelfall belegt werden kann.

Die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie erfordert zusätzlich auf Bundesebene eine Datenbasis, die Frühindikatoren zur Anzeige gesundheitsrelevanter Trends in der Arbeitswelt enthält und die Festlegung nationaler Prioritäten ermöglicht. Gegenwärtig stehen die Verantwortlichen vor der Wahl, sich dabei entweder auf die Daten der Unfallversicherung, der Krankenversicherung oder der Rentenversiche-

rung zu beziehen mit zwangsläufig unterschiedlichen Ergebnissen. Der Initiativkreis empfiehlt die Entwicklung eines nationalen „Berichts zur gesundheitlichen Lage der Erwerbsbevölkerung“, an dem alle relevanten Akteure unter Einschluss der einschlägigen Wissenschaften mitwirken sollten. Hierbei kann an entsprechender Arbeiten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin angeknüpft werden und auch an Vorarbeiten des DGB („Index Gesunde Arbeit“). Die Landesregierungen sollten sich verpflichten, periodisch nach einem einheitlichen Verfahren, über die Entwicklung von Arbeit und Gesundheit in ihrem Zuständigkeitsbereich zu berichten. Beispielgebend dafür sind die von der Landesanstalt für Arbeitsschutz des Landes NRW durchgeführten Befragungen der Beschäftigten. Diese Daten sollten eine Grundlage bilden für die Bundesberichterstattung und die Festlegung nationaler Prioritäten.

7. Entwicklung von Standards

Standards sind unverzichtbar für jede Form der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Sie sollten zum einen wissenschaftlich fundiert sein und zum anderen auch Raum geben zur Nutzung des Erfahrungswissens der Beschäftigten, Experten und der Führungskräfte in den Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungseinrichtungen. Entwicklung und kontinuierliche Verbesserung dieser Standards sollte insbesondere die Strukturen und Prozesse betrieblicher Gesundheitsarbeit betreffen, z.B. die Kernprozesse der Diagnostik, Planung, Durchführung und Evaluation betrieblicher Projekte. Der Initiativkreis empfiehlt in diesem Zusammenhang eine aktive Professionalisierung auf Seiten der Anbieter von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Der neu zu schaffende Spitzenverband der Gesetzlichen Unfallversicherung sollte die Standardentwicklung zu einer seiner Aufgaben machen. Der Initiativkreis empfiehlt hier eine bedarfsgerechte Auswahl von prioritären Handlungsfeldern und die Festlegung von Qualitätskriterien – wie dies bereits seit Jahren für die Leistungen zur Gesundheitsförderung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die dortigen Spitzenverbände praktiziert wird. Er empfiehlt ferner die regelmäßige Dokumentation und Veröffentlichung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dieser Leistungen. Der Initiativkreis empfiehlt schließlich dem neu zuschaffenden Spitzenverband die Entwicklung von Rahmencurricula für die Aus- und Weiterbildung zukünftiger Präventionsexperten.

8. Anreize

Betriebliche Gesundheitsarbeit zur Bewältigung des demographischen Wandels, der Globalisierungsfolgen und zur Vermeidung arbeitsbedingter Ursachen chronischer Krankheiten ist kein Selbstläufer. Die Expertenkommission setzt hier auf zusätzliche Anreize seitens der überbetrieblichen Akteure.

Förderung betrieblicher Gesundheitspolitik mit Hilfe von Bonusprogrammen, z.B. Förderung innovativer Managementkonzepte, einer betrieblichen Dateninfrastruktur oder der Qualifizierung betrieblicher Experten sollte allen Sozialversicherungsträgern zur Pflichtaufgabe gemacht werden.

Unternehmen, die durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements messbare Erfolge erreichen, sollten mit reduzierten Beiträgen z.B. zur Unfall- oder Krankenversicherung belohnt werden.

9. Reformmotor Sozialpartner

Der wichtigste Reformmotor für die betriebliche Gesundheitspolitik sind die Sozialpartner. Sie sollten ihre Aktivitäten auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitspolitik deutlich intensivieren durch stärkere Wahrnehmung ihrer Aufsichtspflichten in den Gremien der Selbstverwaltung, als Ideengeber im Reformprozess und durch entsprechende Motivation ihrer Mitglieder vor Ort in den Betrieben.

In der aktuellen GUV-Reformdebatte ist der Rolle der Sozialpartner nach Meinung des Initiativkreises dadurch Rechnung zu tragen, sie an der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz zur Prioritätensetzung und Strategieentwicklung mit Sitz und Stimme zu beteiligen.

10. Wissenstransfer, Qualifikation und Forschung

Besonders bemängelt hat die Expertenkommission den unterentwickelten Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die betriebliche Praxis. Hierzu empfehlen wir die Weiterbildung betrieblicher Experten und die engere Zusammenarbeit betrieblicher und überbetrieblicher Experten mit der Wissenschaft. Betriebliche Gesundheitspolitik ist eine Herausforderung, die nur interdisziplinär bewältigt werden kann. Forschung und Entwicklung zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung bedürfen der kontinuierlichen Unterstützung. Dies ist Aufgabe des Staates und der Sozialversicherungsträger. Soziale, psychische und biologische Prozesse hängen sehr viel enger zusammen, als dies bisher vermutet wurde. Anstrengungen zu ihrer Erforschung, insbesondere zur Förderung von Gesundheitspotentialen in der Arbeitswelt und zur Vermeidung arbeitsbedingter Ursachen chronischer Krankheiten gilt es zu systematisieren und zu intensivieren.

Düsseldorf / Gütersloh, den 23. Juli 2007



Dr. h. c. Hermann Rappe