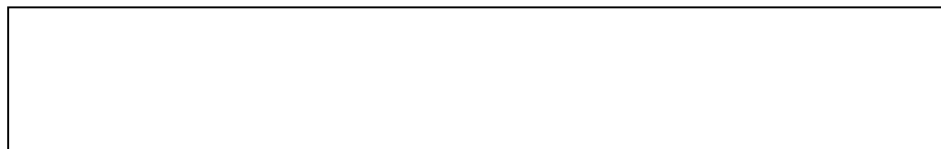


Projektseminar: Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, SS 06

Dozentin: Claudia Kriegel



Tag der Abgabe: 24.04.2006

Vorgelegt von:	Braun, Jakob	Carsten Becker
	SpoWi (HF) / FiMa (NF)	SpoWi (HF) / FiMa (NF)
	Semesterzahl 6	Semesterzahl 6
	Matr.-Nr.: 1211738	Matr.-Nr.: 1218284
	Kronenstraße. 36	Friedrich-Speidel Straße 16
	76133 Karlsruhe	76307 Karlsbad
	0721-4997779	07202-93 69 76
	jakob_braun@gmx.de	carsten.bgk@gmx.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	5
1 Einleitung	6
2 Das Krankenversicherungssystem in Deutschland	7
2.1 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV).....	7
2.2.1 Träger, Organisation und Struktur.....	8
2.2.2 Aufgaben und Leistungen	11
2.2.3 Finanzierung	12
1.2 Private Krankenversicherung	14
2.2.1 Träger, Struktur und Organisation.....	15
2.2.2 Leistungen	16
2.2.3 Finanzierung	17
2.3 Vergleich von PKV und GKV	18
3 Betriebliche Gesundheitsförderung	20
3.1 Einleitung	20
3.2 Definition Gesundheitsförderung.....	20
3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	21
3.4 Aufbau Gesundheitsmanagement.....	22
3.5 Geschichtlicher Hintergrund - Ottawa-Charta.....	23
3.6 Gesetzliche Grundlagen – SGB V.....	24
3.7 Einsatzfelder der Krankenkassen.....	25
4 Betriebliche Gesundheitsförderung bei kleinen und mittleren Unternehmen (KMU)	26
4.1 Aktueller Stand.....	26
4.2 Besonderheiten von KMU	26
4.3 Herausforderungen für die betriebliche Gesundheitsförderung in KMU	26
5 Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	27
5.1 Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK).....	27
5.2.1 Gesundheitsforum.....	29
5.2.2 Basisseminar	30
5.2.3 Informationsveranstaltung.....	30
5.2.4 Gesundheitszirkel	30

5.1.4.1	Berliner Modell	30
5.1.4.2	Düsseldorfer Modell	31
5.2.5	Projektteam	31
5.2.6	Arbeitsplatzbegehung	32
5.2.7	Abschlussveranstaltung	32
5.2	Innungskrankenkasse (IKK)	32
5.2.1	Impuls-Analyse	33
5.2.2	Impuls-Zirkel	33
5.2.3	Impuls-Report	34
5.2.4	Impuls-Workshop	34
5.3	Betriebskrankenkasse (BKK)	34
5.2.1	Mitarbeiterbefragung	35
5.2.2	Gesundheitszirkel	35
5.2.3	Arbeitsplatzprogramm	36
5.2.4	Gesundheitsberichterstattung	36
5.4	Vergleich der BGF- Systeme / Instrumente	37
6	Vorteile betrieblicher Gesundheitsförderung	38
6.1	Auswirkungen auf Mitarbeiter, Unternehmen und Krankenkassen	38
7	Kritikpunkte	39
8	Qualitätskriterien betrieblicher Gesundheitsförderung	39
8.1	Voraussetzungen erfolgreicher Gesundheitsförderung in Betrieben	39
8.2	Qualitätskriterien für kleine und mittlere Unternehmen	40
9	Initiativen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)	41
9.1	Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) der BKK	41
9.2.1	Organisationsstruktur der IGA	41
9.2.2	Themen der IGA	42
9.2	Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt (GidA) der AOK	42
10	Fazit	43
11	Literatur	45
11.1	Printmedien	45
11.2	Internet-Quellen	46
12	Anhang	49

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Organe der Krankenversicherungsträger	10
Abb.2: Komponenten eines gesunden Unernehmens	22
Abb.3: Modularer Aufbau des Gesundheitsmanagement	23
Abb.4: Organigramm der IGA.....	42

Tabellenverzeichnis

Tab.1: RSA in der GKV im Jahr 2002.....	14
Tab.2: Wesentliche Unterschiede zwischen PKV und GKV	19
Tab.3: Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung	25
Tab.4: Vorteile der BGF.....	39

Vorwort

Die nachfolgende Hausarbeit mit dem Titel 'Krankenkassen' entstand im Rahmen des Projektseminars 'Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen' im Sommersemester 2006 unter der Leitung von Prof. Dr. Hans Steiner, Claudia Hildebrand und Silke Wenninger.

Die Ausarbeitung beginnt mit einer Einführung in das Gesundheitssystem. Dabei werden die gesetzlichen und privaten Krankenkassen vorgestellt. Dieser Teil (Kap. 2) wurde von Jakob Braun verfasst.

Den Schwerpunkt des zweiten Teils bildet die Einordnung des Begriffs der betrieblichen Gesundheitsförderung/Gesundheitsmanagement sowie die Darstellung und der Vergleich der dazu gehörigen Instrumente verschiedener Krankenkassen. Diesen Kapiteln widmete sich Carsten Becker.

Die für die Hausarbeit verwendete Literatur findet sich im Literaturverzeichnis wieder.

1 Einleitung

A. Schopenhauer stellte bereits Anfang des 19. Jahrhundert fest: "Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist Alles nichts" (<http://de.wikiquote.org>)¹. Dieses Zitat zeigt wie wichtig die Gesundheit für den Menschen ist. Im Leben gibt es viele Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen. So ist zum Beispiel der Arbeitsplatz ein wichtiger Faktor, da er ein Ort ist, an dem viel Lebenszeit verbracht wird.

Dies zu erkenne dauerte jedoch lange Zeit und erst vor wenigen Jahren wurde dem Rechnung getragen. 1986 wurde der Aspekt der betrieblichen Gesundheitsförderung erstmals in der Ottawa-Charta der WHO verstärkt zum gesellschaftlichen Thema gemacht. Dadurch bekam die Gesundheitsförderung bei den gesetzlichen Krankenkassen eine stärkere Position. So kann man in den letzten zehn Jahren einen deutlichen Aufschwung der betrieblichen Gesundheitsförderung verzeichnen.

Im folgenden wollen wir auf die Bedeutung der Krankenkassen im großen Betätigungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung eingehen.

¹ Internetquellen werden in dieser Ausarbeitung nur mit der Hauptinternetseite angegeben. Wenn von einer Homepage mehrere Seiten benutzt werden sind diese mit a,b,c,... gekennzeichnet. Im Literaturverzeichnis findet sich die genaue Internetquelle wieder.

2 Das Krankenversicherungssystem in Deutschland

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein sozialer Rechtsstaat. Sie verfügt über ein dichtes Netz der sozialen Sicherung. Dabei gliedert sich die soziale Sicherung in fünf Versicherungszweige:

- Rentenversicherung
- Krankenversicherung
- Pflegeversicherung
- Unfallversicherung
- Arbeitslosenversicherung

Ca. 90% der Bevölkerung in Deutschland werden umfassend von diesem System geschützt. Finanziert werden diese Sozialleistungen überwiegend aus Sozialbeiträgen und Steuern. (vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 61)

Nachfolgend wird speziell auf eine Säule der Sozialversicherung, die Krankenversicherung, eingegangen.

Das System für die Sicherung im Krankheitsfall wird getragen durch die gesetzliche Krankenversicherung und die private Krankenversicherung.

2.1 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die GKV gehört zu den klassischen Zweigen der Sozialversicherung. Ihr Ursprung wird in der Kaiserlichen Botschaft vom 17.11.1881 gesehen, initiiert von Bismarck, der sie als staatliche Sicherung „[...] zur Bewältigung der wirtschaftlichen Folgen von Krankheit“ (SGB V, 2004, S.IX) einführte. Im Gegensatz dazu beruht die heutige GKV nicht auf dem damaligen Prinzip der Erhaltung der inneren Sicherheit. Das Grundgesetz, insbesondere Art.1 Abs.1 über die Würde des Menschen, Art.2 Abs.1 über das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und Art.6 über den besonderen Schutz für Ehe und Familie, bildet heute das Fundament.

Alle Belange der GKV sind im 1989 erlassenen 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) zusammengefasst. Gestiegene Leistungsausgaben und damit verbundenen Finanzierungsdefizite zwangen mehrere Male zur Reformierung des Krankenversicherungsgesetz mehrere Male. 2004

wurde die letzte große Gesundheitsreform verabschiedet. Eine nächste Reform wird in der großen Koalition momentan (April, 2006) schon vorbereitet.

2.2.1 Träger, Organisation und Struktur

Die gesetzliche Krankenversicherung hat keinen einheitlichen Träger. Träger sind verschiedene Krankenkassenarten. Diese sind historisch bedingt, in regionale, betriebliche und berufsbezogene Krankenkassenarten, unterteilt. (vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 61)

2004 gab es deutschlandweit 280 gesetzliche Krankenkassen. Diese gliedern sich wie folgt:

- allgemeine Ortskrankenkassen AOK (17)
- Betriebskrankenkassen BKK (222)
- Innungskrankenkassen IKK (19)
- Landwirtschaftliche Krankenkassen LKK (9)
- Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte (11)
- See-Krankenkasse (1)
- Bundesknappschaft (1)

(Statistisches Taschenbuch Gesundheit, 2005, Absatz 9.4)

Bis 1996 war die Zugehörigkeit von Personengruppen zu bestimmten Krankenkassen gesetzlich geregelt. Die AOK war in der Regel für Arbeiter, die BKK für die Beschäftigten der jeweiligen Betriebe, die IKK für Beschäftigte von Handwerksbetrieben und die LKK für Berufstätige im landwirtschaftlichen Sektor, zuständig. Einige Mitglieder der GKV konnten zwischen der ihnen zugewiesenen Kasse und den Ersatzkassen wählen.

Ab dem 1. Januar 1997 kann die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse frei gewählt werden. Von dieser Wahlfreiheit ausgeschlossen sind die Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die See-Krankenkasse und die Bundesknappschaft. Diese Kassen bleiben Sondersysteme, das heißt sie sind weiterhin berufsständige Krankenkassen. (vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 61)

Im weiteren Verlauf werden die drei Sondersysteme nicht explizit berücksichtigt, da diese in vielen Fällen, bezüglich Organisation,

Struktur oder Mitgliedschaft, Unterschiede aufweisen. Dies würde den Rahmen dieses einleitenden Abschnittes über das Krankenkassensystem in Deutschland sprengen.

Die Krankenkassen der GKV „[...] sind rechtsfähige Körperschaften öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung“ (<http://www.g-k-v.de>^[a]). Körperschaften sind rechtsfähige Verbände, die auf der Mitgliedschaft von Personen beruhen (vgl. <http://de.wikipedia.org>^[a]). Sie führen organisatorisch und finanziell selbständig die ihnen zugewiesenen Aufgaben aus. Dabei unterliegen sie der staatlichen Aufsicht (vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 61).

Bei den gesetzlichen Krankenversicherungen bilden Verwaltungsrat und Vorstand die Organe der Selbstverwaltung. Bei AOK, BKK und IKK setzt sich der Verwaltungsrat je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Bei den Ersatzkassen nur aus Vertretern der Versicherten. (vgl. SGB V, 2004, S.343) Gewählt werden sie nach den Grundsätzen der freien und geheimen Verhältniswahl von der Vertreterversammlung. Diese Vertreter werden wiederum von Versicherten und Arbeitgeber auf Grund von Vorschlagslisten gewählt (vgl. SGB V, 2004, S.344-345). Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung, entscheidet dadurch über Höhe der Beitragssätze und über Leistungen, die über die gesetzliche vorgeschriebenen Leistungen, hinausgehen. Zusätzlich vertritt sie den Versicherungsträger gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern. (vgl. SGB V, 2004, S.337).

Die Mitglieder des Vorstandes werden vom Verwaltungsrat gewählt (vgl. SGB V, 2004, S.351). Nach §35a des SGB IV verwaltet der Vorstand die Krankenkasse und vertritt die Krankenkasse gerichtlich und außergerichtlich. Der Vorstand ist dem Verwaltungsrat bei folgenden Punkten rechenschaftspflichtig:

- Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung
- finanzielle Situation
- voraussichtliche Entwicklung

(vgl. SGB V, 2004, S.337-338).

Nachfolgend sind die Organe der Krankenversicherungsträger in einem Schaubild zusammengefasst dargestellt.

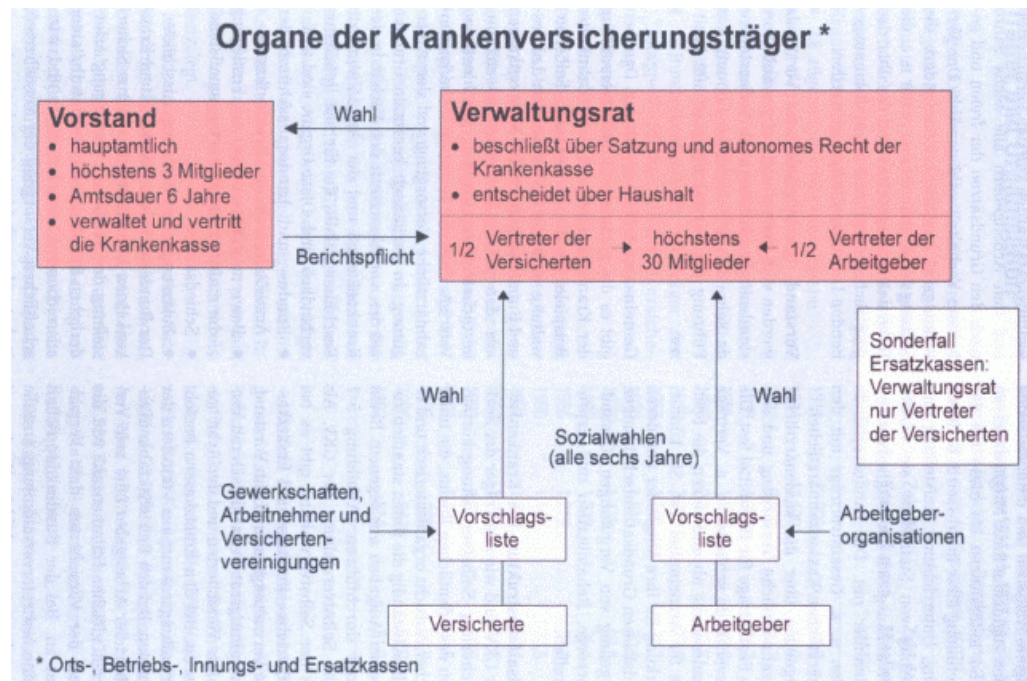


Abb.1: Organe der Krankenversicherungsträger (Beske/Hallauer, 1999, S.84)

In jedem Bundesland bilden die einzelnen Krankenkassenarten Landesverbände. Auch sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts (vgl. SGB V, 2004, S.198). Landesverbände weisen wie Regionalkrankenkassen die Selbstverwaltungsorgane Verwaltungsrat und Vorstand auf. Die genaue Organisationsstruktur von Regionalkassen und ihren Landesverbänden ist jedoch von Kassenart zu Kassenart unterschiedlich. Dies ist, neben den Aufgaben und Rechten, in den jeweiligen Satzungen der Regionalkassen bzw. Landesverbänden festgehalten.

Auf Bundesebene werden die Krankenkassen und ihre Versicherten durch Spitzenverbände, die Bundesverbände der acht Kassenarten, vertreten. Die Hauptaufgaben der Spitzenverbände liegen in der Kommunikation mit Leistungserbringern, in der Vertretung der gemeinsamen Interessen im politischen Raum und in der Unterstützung der Mitgliedskassen bei der Durchführung ihrer Aufgaben.

Dabei arbeiten die jeweiligen Spitzenverbände eng zusammen. So sind Arbeitsgemeinschaften, bestehend aus Spitzenverbänden aller

Kassenarten, entstanden. Diese arbeiten mit Leistungserbringern, wie z.B. der Kassenärztlichen Vereinigungen, zusammen. Ziel ist eine Weiterentwicklung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung.

(vgl. <http://www.g-k-v.de>^[a])

2.2.2 Aufgaben und Leistungen

Die gesetzliche Krankenversicherung hat die Aufgabe,

[...] die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. (SGB V, 2004, S.13)

Die Leistungen, müssen dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechend ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Dabei dürfen sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vgl. SGB V, 2004, S.24) Der Leistungsumfang ist im §11 des SGB V (2004) folgendermaßen festgehalten: Versicherte haben Anspruch auf Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- zur medizinischen Rehabilitation
- zur Empfängnisverhütung
- bei Sterilisation
- bei Schwangerschaftsabbruch
- des Persönlichen Budgets
- um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen
- der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit

Zu jedem dieser Leistungsarten sind weitere Paragraphen im fünften Sozialgesetzbuch niedergeschrieben. Sie beschreiben detaillierter die Anwendung dieser Leistungen.

In der Regel erhalten die Versicherungsmitglieder die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen. Damit sind z.B. Arztuntersuchungen als Dienstleistungen oder Medikamente als Sachleistungen gemeint. Gegenüber Leistungserbringern, z.B. Ärzten oder Apotheken, ist der Versicherte von Geldzahlungen befreit. Die Leistungserbringer rechnen direkt mit den Krankenkassen ab.

Dieses Sachleistungsprinzip wurde mit der Gesundheitsreform 2004 ein wenig aufgeweicht. Seit 01.01.04 muss der Versicherte Zuzahlungen bei Heilmitteln bei stationären Maßnahmen und bei häuslicher Krankenpflege leisten (vgl. SGB V, 2004, S.67).

2.2.3 Finanzierung

Die gesetzliche Krankenversicherung bringt die Mittel, die zur Finanzierung der Ausgaben nötig sind, durch Beiträge und sonstige Einnahmen auf (vgl. SGB V, 2004, S.205).

Mit sonstigen Einnahmen sind staatliche Zuschüsse gemeint. Diese Beteiligungen des Bundes sind im Umfang gering und werden im Jahr 2006 4,2 Milliarden Euro betragen. Sie werden über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen weitergeleitet. Maßstab für die Verteilung dieser Geldmittel sind die Ausgaben der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen (vgl. SGB V, 2004, S.206).

Haupteinnahmequellen sind die Versicherungsbeiträge. Beitragspflichtig sind Versicherte und Arbeitgeber. Wer versicherungspflichtig ist soll an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Dies kann im SGB V (2004, S.15-23) §§ 5-10 nachgelesen werden.

Die Finanzierung durch die Beiträge erfolgt nach dem solidarischen Prinzip. Das Solidaritätsprinzip besagt, dass die finanziell Stärkeren für die finanziell Schwächeren, Jung für Alt und Ledige für die Familie eintreten (vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 81). Um dies zu gewährleisten, sind die Beiträge einkommensproportional bemessen, „[...] d.h. ein bestimmter Anteil des beitragspflichtigen Einkommens wird bis zur [...]“

[Beitragsbemessungsgrenze] als Beitrag an die Krankenversicherung abgeführt“ (Beske, Hallauer, 1999, S. 94). Im Jahr 2006 liegt die Beitragsbemessungsgrenze bei 3.562,50 Euro pro Monat. Das darüber liegende Einkommen wird nicht in die Beitragszahlung miteinbezogen (vgl. <http://www.das-glossar-zur-gesundheitsreform.de>). Arbeitnehmer und Arbeitgeber bezahlen die Beiträge je zur Hälfte (vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 94).

Nach §220 des SGB V (2004, S.205) sind die Beiträge so zu bemessen, dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklagen decken. Übersteigen die Einnahmen die Ausgaben müssen die Beitragssätze gesenkt werden.

Im Laufe der Jahre sind die allgemeinen durchschnittlichen Beitragssätze kontinuierlich angestiegen. Gründe liegen in der demografischen Entwicklung, am medizinischen Fortschritt und in der Erweiterung des Leistungskataloges (vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 95). Der Bundesdurchschnitt der Beitragssätze lag im Februar 2006 bei 13,28% (vgl. <http://www.bmg.bund.de>^[a]).

Sonderstatus, in Bezug auf Beitragszahlung, haben Wehr- und Zivildienstleistende, Studenten, Praktikanten, Rehabilitanden, Jugendliche in Einrichtungen, Behinderte in Einrichtungen, Arbeitslose und Familienangehörige (Ehefrau, Kinder). Sie zahlen einen ermäßigten oder keinen Beitrag in die gesetzliche Krankenversicherung ein (vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 95).

Die freie Wahl der Krankenkasse 1996 brachte ein Problem mit sich. Eine Wanderbewegung der Versicherten war nun möglich. Dies konnte eine ungleiche Verteilung von Einkommensgruppen und besonders behandlungsaufwändigen Versicherten zwischen den Krankenkassenarten zur Folge haben. Es wurde befürchtet, dass es zu einer Ansammlung von Versicherten mit hohem Erkrankungsrisiko und niedrigem Einkommen in einer Krankenkasse kommen würde. Diese Mitglieder hätten deutlich höhere Beitragssätze zu tragen gehabt als Versicherte, mit geringen gesundheitlichen Risiken (vgl. Simon, 2005, S.120). Mit dem Risikostrukturausgleichsgesetz wurde dieser

Entwicklung vorgebeugt. Zwischen den Krankenkassen findet jährlich ein Risikostrukturausgleich (RSA) statt. Das heißt, dass finanzielle Auswirkungen, die aus den Unterschieden der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen, der Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und der Verteilung der Versicherten nach Alter und Geschlecht resultieren, ausgeglichen werden. An Hand dieser Kriterien wurden Versichertengruppen definiert und für jede Gruppe ein Beitragsbedarf errechnet. Dem Beitragsbedarf wird die jeweilige Finanzkraft der Krankenkasse gegenübergestellt. Die Differenz, je nach Vorzeichen, wird in einen Ausgleichsfond einbezahlt bzw. wird der Kasse aus dem Fond ausbezahlt (vgl. SGB V, 2004, S.226-227). Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ausgleichszahlungen der verschiedenen Krankenkassenarten.

Tab.1: RSA in der GKV im Jahr 2002

	AOK	BKK	IKK	See- kasse	Bundes- knapp- schaft	Ersatz- kassen	Transfer- summe BRD
2002 (in Mio.)	11.740	-6.794	-589	0	1.539	-5.760	13.282

(nach Simon, 2005, S.121)

2002 wurde das Risikostrukturausgleichsgesetz reformiert. Nun werden die Kosten für besonders behandlungsaufwändige Versicherte teilweise ausgeglichen und somit von allen Kassen getragen. Zusätzlich können chronisch Kranke an spezielle Behandlungsprogrammen teilnehmen, die wiederum vom Ausgleichsfond bezuschusst werden. Ziel ist es, auch zukünftig die Kluft der Beitragssätze möglichst gering zu halten, damit das Solidarprinzip nicht missachtet wird (vgl. Simon, 2005, S.122-123).

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es einen weiteren Träger der finanziellen Sicherung im Krankheitsfall: die private Krankenversicherung. Diese wird im folgenden Punkt vorgestellt.

1.2 Private Krankenversicherung

Der Begriff 'Private Krankenversicherung' wird erstmals 1903 gebraucht, um Privatversicherung deutlich von der gesetzlichen

Krankenversicherung abzugrenzen. Gemeint war ein privater Versicherungsschutz im Krankheitsfall, den Unternehmen nicht gesetzlich versicherten Personenkreisen, anboten.

2.2.1 Träger, Struktur und Organisation

Träger der privaten Krankenversicherung sind Versicherungsunternehmen. Da das Versicherungsgeschäft besonders risikointensiv ist, werden spezielle Forderungen an die Unternehmen gestellt. Im Versicherungsaufsichtsgesetz §7 ist festgehalten, dass die Erlaubnis zur Betreibung eines Versicherungsunternehmens, nur Aktiengesellschaften (AG), Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit (VaG) sowie Körperschaften des öffentlichen Rechts erteilt werden darf (vgl. Privatversicherungsgesetz, 1995, S.7) Anderen Gesellschaftsformen oder Einzelpersonen ist das führen einer Versicherung untersagt.

Als Rechtsform kommt für die Träger der PKV somit nur die Aktiengesellschaft oder der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit in Frage.

Die Versicherungs-Aktiengesellschaft ist eine Kapitalgesellschaft. Sie verfügt über ein in Aktien zerlegtes Grundkapital und vertreibt Versicherungsgeschäfte gegen feste Prämie. Das Aktiengesetz bildet die Grundlage der rechtlichen Vorschriften der Versicherungs-AG (vgl. Privatversicherungsgesetz, 1995, S.X).

Der VaG ist eine besondere Rechtsform für Versicherungsunternehmen und hat im Gegensatz zu einer Versicherungs-Aktiengesellschaft keine Aktionäre. Träger des Vereins sind die Versicherungsnehmer. Die Versicherung wird nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit betrieben. Rechtliche Vorschriften sind im Versicherungsaufsichtsgesetz §§15-53b zu finden (Privatversicherungsgesetz, 1995, 2003, S.X).

Die Interessen der unterschiedlichen privaten Versicherungsunternehmen werden vom Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) vertreten und gefördert. Ferner hat der Verband die Funktion, „[...] die PKV-Position in sozialpolitischen Entscheidungen durch fachliche Stellungnahmen und Teilnahme an Anhörungen im

nationalen und europäischen Gesetzgebungsverfahren einzubringen“ (<http://www.pkv.de>^[a]). Der Verband hatte am Ende des Jahres 2004 49 Mitgliedsunternehmen. Von den 49 Mitgliedsunternehmen waren 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und 30 Aktiengesellschaften (vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., 2005, S.7).

Alle PKV-Unternehmen unterstehen der Rechts-, Wirtschafts- und Finanzaufsicht des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen (BAV). Das BAV hat im Wesentlichen die folgenden Aufgaben:

- Erteilung der Erlaubnis zum Versicherungsunternehmen
- Achtung auf ausreichende Wahrung der Belange der Versicherten
- Achtung auf Einhaltung der Gesetze und Geschäftspläne
- Laufende Überwachung der Geschäftsführung
- Konzessionsentziehung bei schweren Missständen

(vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 112 und Koch, 2003, S.59)

2.2.2 Leistungen

Im Gegensatz zu gesetzlich Krankenversicherten bekommen privat Krankenersicherte nicht pauschal die gleichen Leistungen geboten. Der Umfang, die Höhe und Dauer der Versicherungsleistung sind von der Versicherungsart und den Tarifbedingungen abhängig. Somit kann jeder privat Versicherte seinen Versicherungsschutz individuell zusammenstellen. (vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 114)

Die wichtigsten Versicherungsarten der PKV sind nachfolgende aufgelistet:

- Krankheitsvollversicherung: Sie umfasst die Kosten der Behandlung von Krankheiten, Unfällen und Entbindungen. Sie ist die Standardversicherung eines privat Krankenversicherten. Der Umfang über diese Versicherung hängt von der tariflichen Vereinbarung ab. So kann z.B. die Chefarztbehandlung als Tarifleistung in die Vollversicherung mit aufgenommen werden.
- Krankentagegeldversicherung: Sie dient zur Deckung bei einem Verdienstausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit.

- Krankenhaustagegeldversicherung: Sie umfasst die Zahlung eines festgelegten Geldbetrages pro Krankenhaustag bei einer stationären Behandlung.
- Sonstige selbständige Teilversicherungen: Darunter fallen Ergänzungsleistungen, wie Zahnergänzungsversicherung, Zusatzversicherung für ambulante Behandlung oder Auslandskrankenversicherung. Diese Zusatzleistungen können auch Mitglieder der GKV in Anspruch nehmen, um eventuelle Schwachstellen in der GKV zu verhindern.

(vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., 2002, S.17)

In der PKV gilt bei der Leistungsgewährung grundsätzlich das Kostenerstattungsprinzip. Der Versicherte trägt bei in Anspruchnahme einer Leistung die Kosten selbst. Die Kosten bekommt er vom Versicherungsunternehmen beim Einreichen der Rechnung zurück erstattet. Jedoch nur so viel, dass die Leistungen, die tariflich bestimmt wurden, gedeckt werden (vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., 2002, S.13).

2.2.3 Finanzierung

Die PKV finanziert sich wie die GKV durch Versicherungsbeiträge. Jedoch ist die Art und Weise der Zahlung verschieden. Sie basiert auf dem Äquivalenzprinzip. Das bedeutet, „es gibt eine direkte Beziehung zwischen der Höhe der Beiträge und dem versicherten Leistungsumfang“ (Verband der privaten Krankenversicherung e.V., 2002, S.8). Der Beitrag wird unabhängig vom Einkommen sondern nur nach dem Wert und Umfang seines Versicherungsschutzes bemessen. Der Wert des Versicherungsschutzes wird von mehreren Faktoren beeinflusst. Der wichtigste Faktor ist der Risikobeitrag. Eintrittsalter, Geschlecht und Gesundheitszustand werden als Faktoren aufgenommen und bewertet. Daraus wird der Risikobeitrag bestimmt und die Beitragshöhe bemessen. Weitere Faktoren, die den Versicherungsschutzwert beeinflussen sind Höhe der Altersrückstellungen, Sicherheitszuschlag und sonstige Kosten. Altersrückstellungen sind Beträge, die die voraussichtlichen steigenden

Krankheitskosten im Alter, vorfinanzieren. Dies soll eine Beitragssteigerung mit zunehmendem Alter vorbeugen. Der Sicherheitszuschlag verhindert eine Beitragssteigerung bei schon geringfügiger Kostenerhöhung im Gesundheitswesen. Im Durchschnitt beträgt er zehn Prozent der Beitragskalkulation. Als sonstige Kosten, werden z.B. Provisions- oder Verwaltungskosten verstanden (vgl. Beske, Hallauer, 1999, S. 114).

2.3 Vergleich von PKV und GKV

Im Folgenden werden die wesentlichen Unterschiede der GKV und der PKV tabellarisch zusammengefasst dargestellt. Zur Einführung sind einige Kennzahlen der GKV und PKV vorangestellt. Die vorliegenden Mitgliedszahlen der GKV stammen vom Februar 2006, die Finanzergebniszahlen beziehen sich auf das Geschäftsjahr 2004, da die Geschäftszahlen für das Jahr 2005 noch vor ihrer Veröffentlichung stehen. Die Mitgliedszahlen der PKV sind vom Juni 2005 und die Finanzergebnisse beziehen sich, wie bei der GKV, auf das Jahr 2004.

Die GKV hatte im Februar 2006 70.343.608 Versicherte. Darunter fallen auch mitversicherte Familienangehörige. Die AOK ist mit 25.180.877 Versicherten die größte Krankenkassenart. Der allgemeine Beitragssatz der GKV betrug 13,28%. Den niedrigsten Beitragssatz hatte die Bundesknappschaft mit 11,50% den höchsten die AOK mit 13,52% (vgl. <http://www.bmg.bund.de>^[a]).

Die PKV hatte im Juni 2005 8.298.600 Versicherungsmitglieder. Damit sind Personen gemeint, die eine Krankheitsvollversicherung haben. Die Zahl der Zusatzversicherung lag bei 17.106.200 (vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., 2005, S.75). Dies zeigt, dass eine große Anzahl der gesetzlich Krankenversicherten eine private Zusatzversicherung abgeschlossen hat.

Die Einnahmen der GKV betragen im Jahr 2004 rund 142,2 Milliarden Euro. Die Ausgaben beliefen sich auf 139,9 Milliarden Euro. Davon wurden für Versicherungsleistungen 131,1 Milliarden ausgegeben (vgl. <http://www.bmg.bund.de>^[b]).

Die Gesamterträge (Beitragseinnahmen, Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückstellung und Vermögenserträge) der GKV im Jahr 2004 beliefen sich auf 32,5 Milliarden Euro. Davon resultierten 24,5 Milliarden Euro aus Versicherungsbeiträgen. Die Gesamtaufwendungen betragen 32,2 Milliarden Euro. An Versicherungsleistungen wurden davon 16,6 Milliarden Euro ausbezahlt (vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., 2005, S.47).

Tab.2: Wesentliche Unterschiede zwischen PKV und GKV

	GKV	PKV
<i>Träger</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Körperschaften des öffentlichen Rechts 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AGs ▪ Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
<i>Versicherter</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeiter, angestellt bis zur Beitragsbemessungsgrenze, freiwillige Mitglieder sowie Schüler, Auszubildende, Arbeitslose und Rentner 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen, die nicht in der GKV pflichtversichert sind
<i>Beiträge</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solidaritätsprinzip ▪ Einkommensabhängig ▪ Einheitliche Beitragssätze ▪ Beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Äquivalenzprinzip ▪ Einkommensunabhängig ▪ Beitragsbemessung nach Umfang, Risikofaktoren, Altersrückstellung und Sicherheitszuschlag ▪ Individuelle Beitragszahlung pro Familienmitglied
<i>Leistungen</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sachleistungsprinzip ▪ Umfang und Art gesetzlich geregelt und für alle Versicherten gleich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostenerstattungsprinzip ▪ Umfang und Art individuell bestimmbar

(mod. nach Beske / Hallauer, 1999, S.115)

3 Betriebliche Gesundheitsförderung

3.1 Einleitung

Anfang April 2006 hat die Deutsche Presseagentur eine Pressemitteilung herausgegeben, die von den BNN am 19.04.06 auf Seite eins wie folgt wiedergegeben wurde: „Krankenstand fällt auf ein Rekordtief – Die Krankenversicherten in Deutschland waren noch nie so selten krankgemeldet wie im vergangenen Jahr.“ Gründe für den deutlich gesunkenen Krankenstand werden im Bericht nicht genannt. Gleichwohl beschäftigen sich Kommentare mit den Ursachen. So wird in den BNN am gleichen Tag kommentiert: „Die Angst als Kranker ins Visier der Personalplaner zu geraten, hat zugenommen. Zwar haben auch der medizinische Fortschritt, die betriebsärztliche Versorgung und der deutlich verbesserte Arbeitsschutz im Betrieb den Krankenstand sinken lassen, aber die Angst vor dem Jobverlust ist gewiss nicht kleiner als früher.“

Ein sinkender Krankenstand ist auch eines der erklärten Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung, die in den letzten Jahren nicht nur in Großbetrieben an Bedeutung gewonnen hat. Was betriebliche Gesundheitsförderung ist, wie sie in der Praxis eingesetzt wird und wie sie speziell für KMU nutzbar gemacht werden kann, damit beschäftigen sich die folgenden Abschnitte.

3.2 Definition Gesundheitsförderung

In der freien Enzyklopädie Wikipedia wird Gesundheitsförderung als ein komplexer Prozess definiert, der im Unterschied zur reinen Prävention auch die Veränderung wirtschaftlicher, sozialer, umweltbezogener und kultureller Faktoren als Bedingungen für ein gesundes Leben berücksichtigt. Im Vordergrund steht die Ganzheitlichkeit der Ansätze und eine vorausschauende Vorgehensweise in „vernünftigen“ Konzepten.

3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Gesundheitsmanagement² im Betrieb ist allgemein gehalten nach Schröder zunächst „ein dauerhafter, der regelmäßigen Erfolgskontrolle und ständigen Fortentwicklung unterliegender Prozess“ (Schröder, 2000, S.1).

Dieser Prozess soll nicht nur der Krankheitsvermeidung dienen, sondern das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der Mitarbeiter steigern, eine eigene Gesundheitskompetenz bei jedem Mitarbeiter erzeugen und zur gesundheitsgerechten Arbeitsplatzgestaltung beitragen. Gesundheitsmanagement schließt auch die Bereiche der Unfall- und Krankheitsverhütung mit ein (vgl. <http://www.wgkk.at>).

Dafür müssen im Unternehmen Ressourcen geschaffen werden, die auf organisatorischer und personaler Ebene ablaufen.

Gesundheitsmanagement umfasst also spezielle Maßnahmen zur Förderung der Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft von Mitarbeitern, sowie der Schaffung der dafür notwendigen Voraussetzungen im Betrieb. Schröder verwendet hierfür auch die Schlagworte „Können, Wollen und Dürfen“. Ein Mitarbeiter muss gesund sein, um seine Tätigkeit ausführen zu können, muss motiviert (z.B. durch Mitarbeiterbeteiligung) sein, um sein Leistungspotential auch abrufen zu wollen und von der Unternehmung die Möglichkeit bekommen dies auch umsetzen zu dürfen (vgl. Schröder, 2000, S.1).

Eine andere Definition nach Badura beschreibt BGF wie folgt:

„BGF ist die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen“ (Badura et al. 1999, S. 17).

Zusammenfassend: „Gesundheitsmanagement ist also bedingungsbezogen (verhältnisorientiert) und personenbezogen (verhaltens-

² Der Begriff Gesundheitsmanagement wird im folgenden synonym zu Gesundheitsförderung verwendet.

orientiert), wobei beides nicht isoliert voneinander gesehen werden darf“ (Schröder, 2000, S.1).

Hinzu kommt als dritter wichtiger Baustein die soziale Komponente. Dieser kann jedoch auch der Verhältnisebene zugeordnet werden.

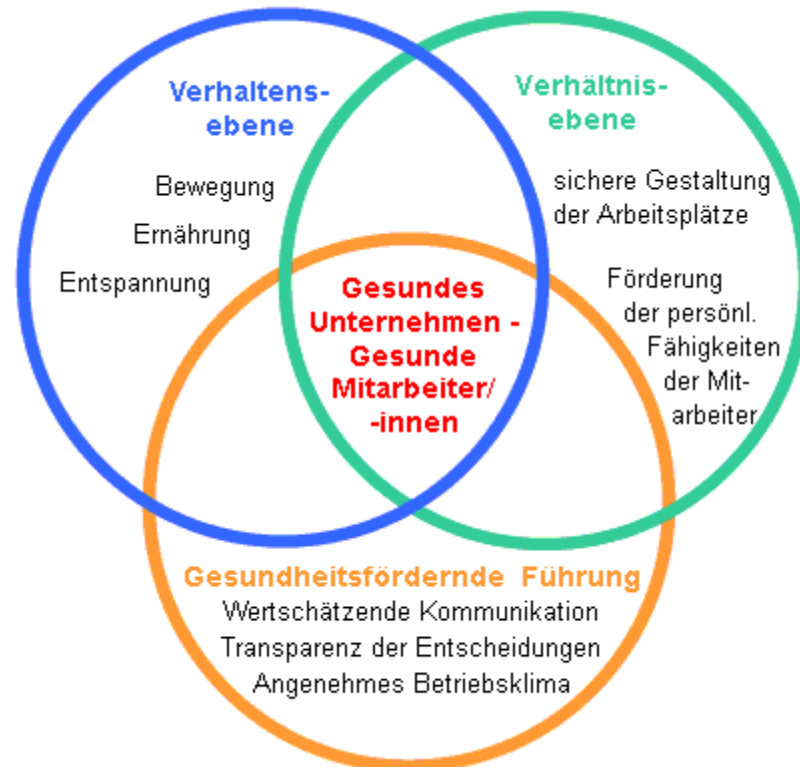


Abb.2: Komponenten eines gesunden Unternehmens
(<http://www.arbeiterkammer.com>)

3.4 Aufbau Gesundheitsmanagement

Nach Schröder bedarf ein funktionsfähiges Gesundheitsmanagement eines modularen Aufbaus. Hierin sind allgemein gültige Grundmodule (Gestaltung der Arbeitswelt, Mitarbeiterbeteiligung, Information und Kommunikation) und situationsspezifische Zusatzmodule enthalten. Beispiele für häufig angewandte Zusatzmodule sind: Medizinische Betreuung, Gesundheitscoaching und leistungsadäquater Mitarbeitereinsatz (vgl. Schröder, 2000, S. 3).

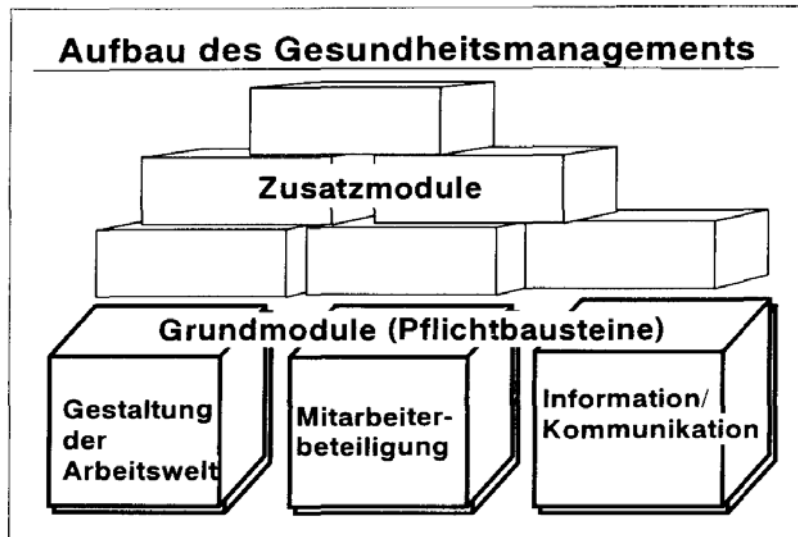


Abb.3: Modularer Aufbau des Gesundheitsmanagement
(Schröder, 2000, S.4)

Die Gestaltung der Arbeitswelt gilt als der wirksamste Weg die Gesundheit der Mitarbeiter zu erhalten und sollte deshalb vorrangig berücksichtigt werden. In den Bereich einer gesundheitsgerechten Arbeitswelt fallen neben ergonomischen Arbeitsplätzen auch Aspekte der sozialen Sicherheit, Arbeitszeitmodelle, Alkohol am Arbeitsplatz und Schutz vor Mobbing (vgl. Schröder, 2000, S. 5).

3.5 Geschichtlicher Hintergrund - Ottawa-Charta

Bereits im Jahr 1986 wurde das erste grobe Konzept der Gesundheitsförderung von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und in der sogenannten „Ottawa-Charta“ zusammengefasst (vgl. <http://de.wikipedia.org>^[b]).

Daraufhin entstanden weltweit verschiedene Netzwerke der Gesundheitsförderung (z.B. Deutsches Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung, „Schule und Gesundheit“), die sich zum Ziel gesetzt haben arbeitsbedingte Belastungen gesundheitsverträglicher zu gestalten. (Anzumerken gilt hier, dass das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung einen besonderen Stellenwert in gesundheitlichen Fragen erlangt hat.)

Das Konzept wurde damals unter dem Leitspruch „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ publik gemacht (<http://www.bkk.de>^[a]).

3.6 Gesetzliche Grundlagen – SGB V

Nachdem im Zuge der Gesundheitsreform 1996 der sieben Jahre zuvor als „Kann-Bestimmung“ erteilte Auftrag an die gesetzlichen Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zurückgenommen wurde, dürfen die Krankenkassen seit dem 1. Januar 2000 wieder in der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv werden. Sie besitzen ein sogenanntes „Initiativrecht“. Das heißt sie können selbst Gestaltungsvorschläge zur Gesundheitsförderung entwickeln und in Unternehmen einbringen.

Die Leistungen der Krankenkassen sollen aber vor allem die primäre Prävention sowie den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassen. Diese Aufgaben sind im neugefassten § 20 des fünften Sozialgesetzbuches festgehalten. Schwerpunktmäßig bleiben aber weiterhin die Unfallversicherungsträger mit der Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren betraut. Vom Gesetzgeber wird allerdings ausdrücklich eine Kooperation der Versicherungsträger vorgeschlagen. Den Kassen steht nur ein relativ geringer Richtwert (Stand 2006: 2,74 Euro/ Jahr) pro Versichertem zur Verfügung. Dieser erhöht sich jährlich entsprechend der Entwicklung der Entgeltentwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung.

Auch die Handlungsfelder der Kassen sind gesetzlich festgelegt. Deshalb haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen einen Leitfaden beschlossen, der einheitliche Handlungsfelder und Qualitätskriterien enthält. Der Leitfaden bezieht sich auf die Primärprävention und die betriebliche Gesundheitsförderung und enthält folgendende Schwerpunkte:

Tab.3: Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung

Prioritäre Handlungsfelder	Präventionsprinzip
Arbeitsbedingte körperliche Belastungen	Vorbeugung und Reduzierung von Belastungen des Bewegungsapparates
Betriebsverpflegung	Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung
Psychosoziale Belastungen	1. Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung 2. Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
Suchtmittelkonsum	Rauchfrei im Betrieb Punktnüchternheit bei der Arbeit

(vgl. Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006, S.51 ff)

Durch die vereinbarten Qualitätskriterien soll erreicht werden, dass nur solche Unternehmen finanziell unterstützt werden, die gesundheitliche Fragen auch wirklich ernst nehmen (vgl. <http://www.sozialnetz-hessen.de>).

3.7 Einsatzfelder der Krankenkassen

Zur Unterstützung der Gesundheitsprogramme bieten fast alle Krankenkassen an, dass Fachpersonal Hilfe bei den vielseitigen Aufgaben in den zumeist noch unerfahrenen Betrieben übernimmt.

Häufig wirken Kassen in folgenden Bereichen mit:

- Impulsgeber und Initiator
- Konzeptentwicklung und Beratung
- Moderationstätigkeiten in Projektgruppen
- Dokumentation und Bewertung
- Interne Öffentlichkeitsarbeit zur Information der Belegschaft

(vgl. Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006, S. 48)

4 Betriebliche Gesundheitsförderung bei kleinen und mittleren Unternehmen (KMU)

4.1 Aktueller Stand

„Bisher sind Aktivitäten zur BGF vor allem auf große Betriebe ausgerichtet, denn diese verfügen in der Regel über dafür geeignete Infrastrukturen. In Europa arbeiten jedoch über 50% der Beschäftigten in Klein- und Mittelbetrieben (KMU) mit weniger als 100 Mitarbeitern“ (<http://www.sozialnetz.de>).

Die Tendenz ist sogar noch steigend. Die Gesundheit der Beschäftigten in KMU ist von besonders großer Bedeutung für die Arbeitnehmer und ihre Familien, für die Unternehmen, in denen sie arbeiten, die Gemeinden, in denen sie leben und schließlich auch für das wirtschaftliche Wohl der jeweiligen Nation (vgl. <http://www.sozialnetz.de>).

4.2 Besonderheiten von KMU

KMU unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von großen Unternehmen. Zum einen fällt hier das Ausmaß der Arbeitsteilung und Standardisierung geringer aus, weiterhin sind weniger Ressourcen vorhanden, um die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern, besteht engerer Kontakt zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber und Fehlzeiten wirken sich in kleineren Unternehmen bedeutend drastischer aus. Diese Punkte erschweren Gesundheitsförderprogramme in diesen Unternehmen und erfordern daher eine andere Herangehensweise, auf die im weiteren Verlauf noch eingegangen werden soll.

4.3 Herausforderungen für die betriebliche Gesundheitsförderung in KMU

Die nur in geringer Anzahl vorhandenen Ressourcen von KMUs erschwert es BGF-Maßnahmen durchzuführen. Außerdem stammt das Fachwissen, das aktuell zur BGF vorhanden ist, überwiegend auf der Erfahrung von großen Unternehmen. Alle vorhandenen Konzepte

müssen deshalb erst dem besonderen Bedarf von KMU angepasst werden.

Das Europäische Netzwerk für BGF betrachtet deshalb momentan auch die KMUs als dringlichstes Handlungsfeld in der BGF und ist bestrebt geeignete Modelle und Konzepte zu entwickeln.

So sollen zunächst vorbildliche Praxisbeispiele ermittelt und publik gemacht werden. Danach sollen Bündnisse erkannt und Partnerschaften aufgebaut werden. Zuletzt soll zusammen mit Verbänden und Krankenkassen gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten geforscht werden (vgl. <http://www.sozialnetz.de>).

5 Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung

Trotz zahlreicher Kooperationen und Standardisierungen auf dem Gebiet der BGF (z.B. gemeinsamer Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen) nutzen die Krankenkassen verschiedene Instrumente um die gewünschten Ziele im jeweiligen Unternehmen zu erreichen. Im folgenden sollen besonders die großen gesetzlichen Krankenversicherungen AOK, BKK und IKK hinsichtlich der von ihnen eingesetzten Instrumente zur betrieblichen Gesundheitsförderung näher beleuchtet werden. Auf eine Darstellung der Instrumente anderer Krankenkassen bzw. Ersatzkassen, die sich ebenfalls bei der BGF engagieren muss verzichtet werden, um den Umfang unserer Hausarbeit nicht zu sprengen

Die Instrumente sind überwiegend für den Einsatz in großen Unternehmen entwickelt worden und daher nur bedingt für KMU einsetzbar.

Ein sehr wichtiges Kriterium der Instrumente gleich zu Beginn: Sie sollten alle an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Unternehmens orientiert sein.

5.1 Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)

Die AOK ist mit 25 Millionen Versicherten die größte gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Sie setzt sich aus 17

selbstständigen AOKs (in jedem Bundesland eine, Nordrhein-Westfalen zwei) und der Dachorganisation des AOK-Bundesverbands zusammen. Der Bundesverband untersteht als Körperschaft des öffentlichen Rechts der Aufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit (vgl. <http://www.aok-bv.de>^[a]).

In Anlehnung an den Leitfaden der Spitzenverbände sind die übergeordneten Handlungsschwerpunkte aller AOK-Konzepte in Betrieben die

- Förderung gesundheitsgerechter Bedingungen am Arbeitsplatz

und die

- Förderung des persönlichen Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter

(vgl. <http://www.aok-business.de>)

Ein für jeden Betrieb spezifisch zugeschnittenes Maßnahmenpaket soll eine bedarfsgerechte Gesundheitsförderung gewährleisten.

Hierfür führen AOK-Mitarbeiter auf Wunsch betriebsbezogene Analysen zum Krankenstand im Unternehmen durch und entwickeln gemeinsam mit dem Betrieb abgestimmte, qualitätsgesicherte Gesundheitsangebote. Zudem leisten die AOK-Mitarbeiter Unterstützung bei der Dokumentation und Erfolgskontrolle der eingeleiteten Maßnahmen (vgl. <http://www.aok-bv.de>^[b]).

Der Projektablauf bei der betrieblichen Gesundheitsförderung wird von der AOK folgendermaßen durchgeführt:

1. Projektziele gemeinsam festlegen:

Die Ziele sollten auf den marktwirtschaftlichen und unternehmenspolitischen Ressourcen und Visionen des Unternehmens beruhen und gemeinsam festgelegt werden.

2. Situation im Unternehmen analysieren:

Ausgangspunkt für die Erarbeitung von Maßnahmen ist eine Analyse bereits vorhandener und neuer Daten. Diese Analyse gibt Aufschluss über typische Entwicklungsfelder, Belastungsschwerpunkte und Ressourcen im Unternehmen.

3. Strategien entwickeln:

In dieser Phase gilt es, gemeinsam Grundsätze für Veränderungsprozesse im Unternehmen zu erarbeiten. Ziel ist es, Betriebliches Gesundheitsmanagement als integrativen Bestandteil der Unternehmensstruktur langfristig zu installieren.

4. Maßnahmen und Ressourcen planen:

In dem zu erarbeitenden Projektablauf- und Maßnahmenplan werden zusätzlich zu allen Aktivitäten die finanziellen, sachlichen und personellen Möglichkeiten, der zeitliche Ablauf und die Verantwortlichkeiten für die Umsetzung festgelegt.

Mit der Arbeit von Projektgruppen (Gesundheitszirkel, Workshops) besteht die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge und realisierbare Lösungen zu entwickeln.

Diese Ergebnisse sind keine Insellösungen. Gefragt ist die Entwicklung einer betrieblichen Gesundheitspolitik, die die gesamte Organisation des Unternehmens mit all seinen organisatorischen, technischen und sozialen Faktoren betrachtet.

5. Durchführung und Erfolgskontrolle:

Die Ergebnisse werden im Optimalfall systematisch mit der Zielstellung verglichen und bewertet.

(vgl. <http://www.aok-business.de>)

Eine Auswahl der bewährten Instrumente, welche die (niedersächsischen) Allgemeine Ortskrankenkassen zur Umsetzung des Projektablaufs anwendet sollen im folgenden erläutert werden.

5.2.1 Gesundheitsforum

„Das Gesundheitsforum ist das zentrale Steuerungs- und Entscheidungsgremium für Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung“ (nach Bericht: Gesundheitsförderung in der Stadt Wolfsburg, 1996, S. 5). Diese Institution dient der Entwicklung gemeinsamer Lösungen und Maßnahmen auf höchster Entscheidungsinstanz. Die Mitglieder setzen sich aus Führungskräften, Personalrat, arbeitsmedizinischem Dienst und Arbeitssicherheit

zusammen (vgl. Bericht: Gesundheitsförderung in der Stadt Wolfsburg, 1996, S. 5).

5.2.2 Basisseminar

Dieses Seminar wird speziell für Führungskräfte veranstaltet. Hier steht vor allem die Beseitigung von Vorurteilen und Ängsten gegenüber dem neuen Prozess der Gesundheitsförderung im eigenen Betrieb im Vordergrund. Im Optimalfall sollen die Teilnehmer das Projekt als ihr eigenes begreifen. Zudem wird verdeutlicht, dass falsche Verhaltensweisen gegenüber den Mitarbeitern auch Auswirkungen auf die Gesundheit haben können und sich z.B. in Fehlzeiten widerspiegeln (vgl. Bericht: Gesundheitsförderung in der Stadt Wolfsburg, 1996, S. 5).

5.2.3 Informationsveranstaltung

Auf dieser Veranstaltung sollen die Mitarbeiter eines Unternehmens über Ziele und Ablauf des Projekts informiert werden und die AOK-Mitarbeiter kennen lernen. Die Veranstaltung fällt unter den Bereich der sogenannten „internen Öffentlichkeitsarbeit“. An die Informationsveranstaltung schließt dann der Gesundheitszirkel an (vgl. Bericht: Gesundheitsförderung in der Stadt Wolfsburg, 1996, S. 6).

5.2.4 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind das zentrale Instrument für alle Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung. In ihnen sollen Probleme am Arbeitsplatz durch die Beteiligten selbst aufgezeigt werden und konkrete Lösungsvorschläge erarbeitet werden.

Man kann die Zirkel nach der Art ihrer Zusammensetzung vereinfachend in zwei Modelle einteilen:

5.1.4.1 Berliner Modell

Entwickelt wurde dieses Modell von der Technischen Universität Berlin, die in VW- Werken einen Gesundheitszirkel durchführte. Unter der Leitung eines externen Moderators, trifft sich eine Kleingruppe über einen begrenzten Zeitraum hinweg, um sich über Arbeitsbelastungen

auszutauschen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Wichtig: Die Mitglieder der Kleingruppe sollten alle einer Hierarchiestufe angehören (z.B. nur Meister) (vgl. <http://www.sozialnetz-hessen.de>).

5.1.4.2 *Düsseldorfer Modell*

Das Düsseldorfer Modell wurde von der Universität Düsseldorf für einen Gesundheitszirkel in einem Stahlwerk entwickelt. Der Unterschied zum Berliner Ansatz besteht in der Gruppenzusammensetzung. Hier arbeiten „gemischte Betriebsmitglieder“ aus verschiedenen Gruppen (Meister, Betriebsrat, Betriebsarzt, Betriebsleiter) zusammen, um Verbesserungsvorschläge für beeinträchtigende Arbeitsbedingungen zu entwickeln.

Die Zirkel sind meist mittels einer Projektgruppe oder über einen Kontaktausschuss mit der Betriebsorganisation verbunden.

In der Praxis sollten die betrieblichen Rahmenbedingungen bei der Wahl des richtigen Modells berücksichtigt werden (vgl. <http://www.sozialnetz-hessen.de>).

Eine weitere Unterscheidung der Gesundheitszirkel kann mit Hilfe von zeitlichen Gesichtspunkten vorgenommen werden. *Mini-Gesundheitszirkel* kommen lediglich ein- oder zweimal zusammen, um beispielsweise Verbesserungsmöglichkeiten zu benennen. Konkrete Lösungsmaßnahmen werden hier allerdings nicht besprochen. Dies geschieht in der Regel in den klassischen Zirkeln, in denen ausgewählte Teilnehmer über einen längeren Zeitraum (6-8 Sitzungen) konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation erarbeiten (vgl. Bericht: Gesundheitsförderung in der Stadt Wolfsburg, 1996, S.6).

5.2.5 Projektteam

Das Projektteam hat die Aufgabe die Ergebnisse der Gesundheitszirkel in den verschiedenen Abteilungen umzusetzen. Zu den Mitgliedern gehören betriebliche Vorgesetzte, Mitglieder aus dem Personalrat und Teilnehmer des Gesundheitszirkels.

5.2.6 Arbeitsplatzbegehung

Die Arbeitsplatzbegehung soll als Grundlage für spätere Bewegungsprogramme der Beschäftigten dienen. Weiter können sich die AOK-Spezialisten so ein Bild der ganz spezifischen Arbeitssituationen im jeweiligen Betrieb machen (vgl. Bericht: Gesundheitsförderung in der Stadt Wolfsburg, 1996, S.6).

Die Analyse der Arbeitsplatzsituation ist wichtig, um ungesunde Verhaltensweisen und unergonomisch eingerichtete Arbeitsplätze ausfindig zu machen und zu verändern.

5.2.7 Abschlussveranstaltung

Auf dieser Veranstaltung werden den Mitarbeitern die Ergebnisse aus den Gesundheitszirkeln vorgestellt und alle nun folgenden Interventionen erläutert (vgl. Bericht: Gesundheitsförderung in der Stadt Wolfsburg, 1996, S.7).

Die Interventionen können vielfältiger Art sein und richten sich nach den spezifischen Gegebenheiten im Betrieb. Neue Arbeitszeitmodelle, regelmäßig stattfindende Gesprächsrunden mit Vorgesetzten, Umgestaltung der Arbeitsplätze, neue Arbeitszeitmodelle, Bewegungsprogramme am Arbeitsplatz (z.B. Rückenschule) oder die Umstellung der Betriebsverpflegung sind nur einige der möglichen Veränderungen.

Je nach Situation verwendet die AOK auch noch weitere Instrumente auf die hier aber nicht näher eingegangen werden soll:

- Krankenstandsanalyse
- Selbsttest Stress / Alkohol
- Mitarbeiterbefragung

(vgl. <http://www.aok-business.de>)

5.2 Innungskrankenkasse (IKK)

„Als Krankenversicherung für das Handwerk ist die Innungskrankenkasse die einzige *branchenbezogene* Krankenkasse in Deutschland. Ursprünglich im Handwerk gegründet, ist sie mit den

Belangen der kleinen und mittelständischen handwerklichen Unternehmen und ihren Beschäftigten bestens vertraut“ (<http://www.ikk.de>^[a]).

Die IKK hat in ganz Deutschland ca. 4,5 Millionen Mitglieder. Sie besteht aus 16 Innungskrankenkassen. Jedes dieser Unternehmen ist autonom und hat eine eigene Finanz- und Personalhoheit.

Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung (hier am Beispiel der IKK Berlin/Brandenburg) setzt diese Krankenkasse auf vier elementare Bausteine:

- Impuls-Analyse
- Impuls-Zirkel
- Impuls-Report
- Impuls-Workshop

Durch den gezielten Einsatz dieser Bausteine in den Betrieben sollen arbeitsbedingte Erkrankungen vermieden, ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein bei den Beschäftigten erzielt werden und die Wirtschaftlichkeit im Unternehmen gesteigert werden (vgl. <http://www.ikk.de>^[b]).

5.2.1 Impuls-Analyse

Die Daten zur Gesundheitssituation von Betrieben oder ganzen Branchen werden bei der Analyse erhoben. Instrumente hierfür sind beispielsweise Arbeitsunfähigkeitsdaten, Betriebsbegehung oder Mitarbeiterbefragung.

5.2.2 Impuls-Zirkel

Auch bei der IKK ist man der Ansicht, dass „Gesundheitszirkel eines der besten und nachhaltigsten Instrumente für eine erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung darstellen“ (<http://www.ikk.de>^[c]).

Im Unterschied zur AOK oder BKK bietet die IKK je nach Betriebsgröße spezielle Zirkel an:

- Mitarbeiterzirkel für Betriebe ab 10 Beschäftigten
- Innungszirkel für Kleinbetriebe mit weniger als 10 Mitarbeitern im Rahmen eines Innungsprojektes

5.2.3 Impuls-Report

Im Report werden alle wichtigen Ergebnisse der Analyse und Zirkel zusammengefasst und dem Betriebsinhaber vorgelegt. Es wird versucht die derzeitige Gesundheitssituation im Betrieb zu bewerten und gegebenenfalls mit anderen Betrieben der Branche zu vergleichen. Der Report dient als Grundlage für den letzten Baustein, den Workshop (vgl. <http://www.ikk.de>^[c]).

5.2.4 Impuls-Workshop

Im Workshop soll für den jeweiligen Betrieb (bzw. die jeweilige Innung) ein individuelles und praxistaugliches Maßnahmenpaket entwickelt werden. Ergebnisse der drei vorangegangenen Bausteine werden zu Hilfe gezogen und berücksichtigt. Die entwickelten Maßnahmen beziehen sich also stets direkt auf die wirklichen Verhältnisse an den Arbeitsplätzen (vgl. <http://www.ikk.de>^[c]).

5.3 Betriebskrankenkasse (BKK)

Die Betriebskrankenkassen sind unter der Dachorganisation des BKK-Bundesverbandes zusammengefasst. Hierunter fallen rund 200 Betriebskrankenkassen und die acht Landesverbände. Der Bundesverband hat vielfältige Aufgaben zu erfüllen. Die wichtigsten sind:

Vertretung gemeinsamer Interessen, Unterstützung von Kooperationen zwischen den Kassen und Entwicklung nutzergerechter Instrumente und Dienstleistungen.

Auch ist der Bundesverband für Marketing und Öffentlichkeitsarbeit der Betriebskrankenkassen zuständig (vgl. <http://www.bkk.de>^[b]).

Die Instrumente mit denen die Betriebskrankenkassen Gesundheitsförderung betreiben sind denen der AOK sehr ähnlich. Diese Tatsache ist in den vielfältigen Kooperationen des Bundesverbandes mit anderen Krankenkassen und Versicherungen begründet. Die Instrumente sind im einzelnen:

- Mitarbeiterbefragung
- Gesundheitszirkel

- Arbeitsplatzprogramm
- Gesundheitsberichterstattung

(vgl. <http://www.bkk.de>^[c])

5.2.1 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen sind ein immer wichtiger werdender Baustein einer modernen Unternehmensführung.

Die Mitarbeiterbefragung wird im Betrieb meist mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Am Ende der Befragung steht dann eine genaue Beschreibung des Ist-Zustandes der Unternehmung aus Sicht der Mitarbeiter.

Der großer Vorteil einer Mitarbeiterbefragung ist, dass sie den Interessen der verschiedenen Gruppen in einem Unternehmen gleichermaßen entgegenkommt:³

Mitarbeiter haben die Möglichkeit anonym ihre Meinung zu äußern, auf Probleme hinzuweisen und Verbesserungsvorschläge einzubringen. Dadurch erhalten die Führungskräfte eine statistisch gesicherte Rückmeldung über die Qualität der Zusammenarbeit im Betrieb. Die Unternehmensführung erhält Informationen zur Mitarbeiterzufriedenheit, sowie der Akzeptanz von Unternehmens- und Führungsgrundsätzen. Um eine anonyme und aussagekräftige Befragung durchführen zu könne, sollten mind. 30 Mitarbeiter im Unternehmen beschäftigt arbeiten. Deshalb ist dieses Instrument bisher für KMU nur bedingt geeignet (vgl. <http://www.bkk.de>^[d]).

5.2.2 Gesundheitszirkel

Auch bei den Betriebskrankenkassen wird den Gesundheitszirkeln große Bedeutung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung beigemessen. So ist im Internetauftritt der Kasse zu lesen: „Die Ursache eines hohen Krankenstands sind häufig in den Arbeitsbedingungen zu finden - nicht nur in technischen und organisatorischen Abläufen sondern auch im Führungsstil und im Betriebsklima. Mit Gesundheitszirkeln als betrieblichen

³ Im Anhang findet sich ein Beispielbogen zur Mitarbeiterbefragung

Problemlösegruppen unter Beteiligung der Beschäftigten können bisher unbeachtete oder verdeckte Arbeitsbelastungen, insbesondere auch psychosozialer Art, ermittelt und mit Lösungsvorschlägen verknüpft werden“ (<http://www.bkk.de>^[e]).

5.2.3 Arbeitsplatzprogramm

Das Arbeitsplatzprogramm soll helfen die Mitarbeiter eines Unternehmens für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren und sie dabei unterstützen, stärker auf ihre Gesundheit zu achten. Dabei werden ergonomische Aspekte und Pausengestaltung genauso behandelt wie das eigene Ernährungs- und Bewegungsverhalten.

Das Arbeitsplatzprogramm der BKK gliedert sich in drei Phasen:

Die erste dient der Vermittlung von Basisinformationen (z.B. Aufbau und Funktion der Wirbelsäule, Belastung usw.). Die zweite und dritte Phase bestehen aus individuellen Beratungen am Arbeitsplatz über einen längeren Zeitraum. Als Berater kommen speziell ausgebildete Sportpädagogen/-wissenschaftler mit entsprechenden Zusatzqualifikationen zum Einsatz.

Das Arbeitsplatzprogramm ist in der Regel auf einen Zeitraum von zwei bis sechs Monaten begrenzt.

Hauptziele der Arbeitsplatzprogramme sind:

- Arbeitsplatzmängel werden aufgedeckt
- wirbelsäulenschonendes Verhalten wird erlernt und beibehalten
- Ressourcen werden besser überblickt, ausgebaut und effektiver eingesetzt
- Gesundheit wird eigenverantwortlich gefördert
- Arbeitsbelastungen werden besser ausgehalten und ausgeglichen
- Arbeitszufriedenheit und Lebensqualität werden verbessert.

(vgl. <http://www.bkk.de>^[f])

5.2.4 Gesundheitsberichterstattung

Ausgangspunkt einer systematischen Gesundheitsförderung ist nicht nur nach Ansicht der BKK eine gründliche Analyse der Ausgangssituation in einem Betrieb. In diesem Zusammenhang hat sich der Gesundheitsbericht als Instrument bewährt. In ihm werden Belastungsschwerpunkte und der Gesundheitszustand der Belegschaft sichtbar. Dadurch wird es möglich die Ressourcen für die Gesundheitsförderung gezielt und effektiv einzusetzen.

„Die durch die Gesundheitsberichterstattung gewonnenen Daten bilden erfahrungsgemäß die ideale Grundlage für die Festlegung von Zielen und die Entscheidung über geeignete Interventionen im Betrieb“ (<http://www.bkk.de>^[9])

5.4 Vergleich der BGF- Systeme / Instrumente

Die Instrumente der drei oben beschriebenen Krankenkassen weisen sicherlich auch aufgrund des gemeinsam entwickelten Leitfadens viele Gemeinsamkeiten auf. So greifen alle auf einen Gesundheitszirkel zurück, in dem die Probleme benannt und analysiert werden sollen. Auch eine anfängliche Analyse der Betriebssituation wird von allen Kassen angestrebt. Auffallend ist die große Palette von Instrumenten, die von der AOK entwickelt bzw. angeboten wird. Hier spielt sicherlich eine Rolle, dass die AOK die größte der drei Kassen ist und vor allem Großbetriebe anspricht.

Für KMU kommen Mitarbeiterbefragungen wie bereits erwähnt sicher nur eingeschränkt in Betracht. Allerdings lassen sich Gesundheitsberichte mit weit weniger Aufwand erstellen und Gesundheitszirkel unkomplizierter einberufen und in der Praxis umsetzen. Auch Arbeitsplatzprogramme dürften einfacher zu handhaben sein als in großen Betrieben.

6 Vorteile betrieblicher Gesundheitsförderung

6.1 Auswirkungen auf Mitarbeiter, Unternehmen und Krankenkassen

Von den Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung profitieren alle Beteiligten – Unternehmen, Mitarbeiter und Krankenkassen.

Die Beschäftigten möchten gesund bleiben und sich wohlfühlen, Unternehmen möchten gesunde und deshalb leistungsfähige Mitarbeiter.

Neben der Reduktion der Krankenstände wirkt sich für die Unternehmen vor allem die gesteigerte Produktivität und Qualität, Verringerung der Fluktuationen und die Aufwertung des Firmenimages vorteilhaft aus. Zudem schaffen funktionierende Arbeitsabläufe Wettbewerbsvorteile gegenüber der Konkurrenz.

Bei den Beschäftigten führt betriebliche Gesundheitsförderung im Optimalfall zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten innerhalb und außerhalb des Betriebes, zu einem besseren Betriebsklima, mehr Freude und Motivation bei der Arbeit und zur verstärkten Identifikation mit dem Unternehmen (vgl. <http://www.wgkk.at>).

Die Bedeutung von gesunden Mitarbeitern im Unternehmen wird auch von der AOK besonders betont: „Gesundheit am Arbeitsplatz ist unbestritten ein wesentlicher Produktivitätsfaktor. Gesunde Mitarbeiter sind motivierter, kreativer und beeinflussen das Betriebsklima positiv“ (<http://www.aok-business.de>).

Zu guter letzt müssen die Krankenkassen weniger Ausgaben für chronische Krankheiten stemmen und verbessern, eine eigene Beteiligung vorausgesetzt, ihr Firmenimage in der Öffentlichkeit (vgl. Abschlussbericht AOK-Projekt in Wolfsburg, S. 5).

Das finanzielle Engagement der Kassen für BGF- Projekte wird durch Einsparungen in vielen Bereichen wieder aufgehoben. Denn auch hier gilt das alte Sprichwort: „Vorsorge ist besser als Nachsorge“.

In der nachfolgenden Tabelle sind die einige Vorteile für Mitarbeiter und Unternehmen nochmals zusammengefasst:

Tab.4: Vorteile der BGF

Vorteile für die	
Unternehmer:	Beschäftigten:
- verbesserte Wettbewerbsfähigkeit	- optimierte Leistungsfähigkeit
- Imagesteigerung für das Unternehmen	- positiveres Betriebsklima
- effizienter Einsatz der für Gesundheits- und Arbeitsschutz verfügbaren Mittel	- verändertes individuelles gesundheitliches Risikoverhalten
- Krankenstand auf vergleichbar niedrigem Niveau	- reduzierte Belastungen
- sinkende Fluktuationsrate	- verbesserter Gesundheitszustand
- höhere Arbeitszufriedenheit und Leistungsmotivation	- Arbeitsplatz wird sicherer

(<http://www.aok-business.de>)

7 Kritikpunkte

Wie fast überall gibt es auch bei der BGF kritische Stimmen. So wird zurecht der häufig nur „episodenhafte Charakter“ einzelner Maßnahmen in Unternehmen kritisiert. Nach dem Anstoß durch die Krankenkassen „verpuffen“ die Maßnahmen leider noch vielerorts, da die Prozesse nicht umfassend im Unternehmen integriert sind und dementsprechend nur unzureichend unterstützt werden. Auch ist die Zusammenarbeit zwischen Praxis und Wissenschaft (z.B. in der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle oder neuer Büromöbel) noch nicht vollends ausgereift. Einige sehen die Aufgabe zur betrieblichen Gesundheitsförderung auch eher im Betätigungsfeld des Arbeitsschutzes (vgl. www.philosophia-online.com).

8 Qualitätskriterien betrieblicher Gesundheitsförderung

8.1 Voraussetzungen erfolgreicher Gesundheitsförderung in Betrieben

Gesundheitsförderung im Betrieb hat nur unter bestimmten Umständen Erfolg. Aus diesem Grund hat das Europäische Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung 1999 einen Katalog von Qualitätskriterien für die BGF vorgelegt. Nur wenn diese Anforderungen

erfüllt sind, besteht für Krankenkassen die Möglichkeit sich im Unternehmen zu engagieren. Im Folgenden sind die wichtigsten Kriterien kurz dargestellt.

Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn:

- die Unternehmensführung den Prozess aktiv unterstützt (Führungsaufgabe)
- das Erfahrungswissen der Beschäftigten in den Prozess eingebunden wird (Mitarbeiterbeteiligung)
- das Programm nicht isoliert läuft, sondern dauerhaft an betriebliche Prozesse anschließt und fortlaufend überprüft und verbessert wird (Qualitätssicherung)
- das Angebot ganzheitlich orientiert ist, also das Verhalten der Arbeitnehmer und auch die betrieblichen Rahmenbedingungen in die Analyse und Umsetzung einbezogen werden (Firmenspezifisch, bedarfs- und zielorientiert)
- der Prozess durch ein Steuerungsgremium (Internes Gremium) aus Betriebsvertretern, ggf. externen Vertretern und Experten der Krankenkassen begleitet wird.

(vgl. <http://www.aok-bv.de>^[b])

8.2 Qualitätskriterien für kleine und mittlere Unternehmen

Die hier aufgeführten Anforderungen beziehen sich auf mittlere und größere Unternehmen. Für kleine Betriebe sind besondere Anforderungen grundsätzlich noch zu entwickeln (auch wenn dies in Einzelfällen schon geschehen ist). Allerdings sollte auch hier deutlich die Eigeninitiative der Betriebe erkennbar sein und ein dauerhafter, integrierter Prozess angestrebt werden (vgl. Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006, S. 50).

9 Initiativen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)

Zum Abschluss unserer Seminararbeit möchten wir zwei Initiativen der GKV vorstellen, um dem Leser einen Einblick in die Organisation und Umsetzung der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Praxis zu schaffen.

9.1 Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) der BKK

Mit der Initiative Gesundheit und Arbeit setzen der Bundesverband der Betriebskrankenkassen und der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften ihre seit Mitte der 90er Jahre bestehende Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren fort. Die Kooperation auf der Grundlage der §§ 20 SGB V und 14 SGB VII hat zum Ziel, durch die Weiterentwicklung gemeinsamer Präventions- und Interventionsansätze die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Dadurch soll die soziale Sicherung der Arbeitnehmer sowie die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen erfolgen. Dies soll vor allem durch die Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung am Arbeitsplatz erfolgen.

Die Initiative wurde im Jahre 2002 ins Leben gerufen. Seit 2005 ist auch der AOK-Bundesverband an dem Kooperationsprojekt beteiligt (vgl. [http://iga-info.de^{\[a\]}](http://iga-info.de^[a])).

9.2.1 Organisationsstruktur der IGA

Die IGA wird von den Trägerverbänden als Arbeitsgemeinschaft organisiert. Zur Steuerung der IGA ist ein Lenkungsgremium eingerichtet, in dem die Kooperationspartner gleichberechtigt vertreten sind. Das Lenkungsgremium setzt sich aus je einem Vertreter der Geschäftsleitungen, je einem weiteren leitenden Mitarbeiter und den jeweiligen IGA-Beauftragten der Verbände zusammen. Jeder Verband benennt einen IGA-Beauftragten, der als fester Ansprechpartner für die gemeinsame Initiative dient und Koordinationsaufgaben zwischen seinem Verband und der IGA wahrnimmt. Die Ziele und Programme der

IGA werden durch das operative Team umgesetzt. Das operative Team besteht aus den IGA-Beauftragten der Kooperationspartner sowie weiteren Mitarbeitern der Trägerverbände (vgl. <http://iga-info.de>^[a]).



Abb.4: Organigramm der IGA
(<http://iga-info.de>^[a])

9.2.2 Themen der IGA

Im Jahr 2006 arbeitet die IGA an fünf großen Themenbereichen.

1. Entwicklung von Präventionszielen
2. Struktureller und demografischer Wandel
3. Gestaltung gesunder Arbeit
4. Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung
5. Vernetzung

Exemplarisch soll Punkt 3 dargestellt werden.

Bei der Gestaltung gesunder Arbeit wirkt die IGA bei diversen Projekten, Kampagnen oder Ausstellungen mit, die auf Probleme in der Arbeitswelt hinweisen (z.B. Ausstellung: Konflikte in Betrieben, Moderatorenausbildung: Gewalt am Arbeitsplatz) oder um deren Verbesserung bemüht sind (vgl. <http://www.iga-info.de>^[b]).

9.2 Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt (GidA) der AOK

In dieser Initiative versucht die AOK die Grundsätze der Ottawa-Charta zu integrieren und praktisch umzusetzen.

Der Schwerpunkt liegt hier bei der Entwicklung von Verfahren zur Gesundheitsberichterstattung in Betrieben und bei der Entwicklung von

Interventionsverfahren zur gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung. Die Ausgangsthese lautet: Die Gesundheit der Beschäftigten wird zu aller erst durch Arbeitsbedingungen (z.B. Sozialbeziehungen, Arbeitsplatzeinrichtung) und Organisationsstrukturen (Verhältnisse) beeinflusst.

Aber auch das Verhalten (z.B. Lebensführung) der Arbeitnehmer selbst wird als wichtige Größe betrachtet. „Es geht darum, vermeidbare Belastungen abzubauen und arbeitsbezogene Ressourcen zu stärken“ (Bericht: Gesundheitsförderung in der Stadtverwaltung Wolfsburg, 1996, S.4).

Zu Beginn werden bedarfsorientierte Maßnahmen für den betreffenden Betrieb entwickelt, die mit Hilfe des im Unternehmen vorhandenen Wissens (Mitarbeiterbeteiligung) dann durch Verwendung der unter Punkt 4.1 (Gesundheitszirkel, Basisseminar,...) beschriebenen Instrumente umgesetzt werden sollen.

Nach dem Ausscheiden der AOK sollen die Unternehmen dann die angeschobenen Projekte selbstständig weiterführen und in ihre Organisationsstruktur aufnehmen. (vgl. Bericht: Gesundheitsförderung in der Stadtverwaltung Wolfsburg, 1996, S.4). Das Projekt konzentriert sich auf die Identifizierung der Risiken und deren Kontrolle und auf Gesundheitspotentiale und deren Förderung (vgl. <http://www.uni-bielefeld.de>).

10 Fazit

Betriebliche Gesundheitsförderung nutzt sowohl dem Unternehmen als auch dem Mitarbeiter. Die Gesundheit des Personals spiegelt sich in einer gesteigerten Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft wieder und führt gleichzeitig zu erhöhter Wirtschaftlichkeit.

Diese Einschätzung über die Bedeutung der BGF für ein Unternehmen wird auch vom Weltkonzern Nestle geteilt. In einer Sitzung im Oktober letzten Jahres zum Thema BGF wurde war zu hören: „Gesunde, qualifizierte und motivierte Mitarbeiter sind der Schlüssel für der

Schlüssel für den geschäftlichen Erfolg eines Unternehmens“ (<http://www.stbg.de>).

Die Krankenkassen profitieren ihrerseits durch eine Reduzierung der Kosten und einem im ständigen Wettbewerb nicht zu unterschätzenden Imagegewinn an den Projekten. Man kann also von einer „win-win-Situation“ für alle Beteiligten sprechen. Allerdings ist der momentane Stand was die KMU betrifft noch relativ unbefriedigend. Diesen zu verbessern sollte bei den zweifellos sehr engagierten Krankenkassen in Zukunft mit Nachdruck vorangetrieben werden.

11 Literatur

11.1 Printmedien

- [Badura et al, 1999] Badura, B. Ritter, W., Scherf, M.: *Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfadens für die Praxis*, Berlin: Edition Sigma, 1999
- [Bericht: Gesundheitsförderung in der Stadt Wolfsburg, 1996] *Gesundheitsförderung in der Stadtverwaltung Wolfsburg – Abschlussbericht*, AOK Niedersachsen, 1996
- [Beske / Hallauer, 1999] Beske, Fritz / Hallauer, Johannes F.; *Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur – Leistungen – Weiterentwicklungen (3. Auflage)*, Köln: Dt. Ärzte-Verlag, 1999
- [Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006] Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen.; *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V (3. Fassung)*, 2006
- [Privatversicherungsrecht, 1995] *Privatversicherungsrecht (2. Auflage)*, München: Dt. Taschenbuch-Verlag, 1995
- [Schröer, 2000] Schröer, Alfons; *Betriebliches Gesundheitsmanagement (1. Auflage)*, Essen: 2000
- [SGB V, 2004] *SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung (12. Auflage)*, München: Dt. Taschenbuch Verlag, 2004
- [Simon, 2005] Simon, Michael; *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*, Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber, 2005
- [Statistisches Taschenbuch Gesundheit, 2005] *Statistisches Taschenbuch Gesundheit*, Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit – Referat Öffentlichkeitsarbeit, 2005
- [Verband der privaten Krankenversicherung e.V., 2005] *Die private Krankenversicherung – Rechenschaftsbericht 2004*, 2005
- [Verband der privaten Krankenversicherung e.V., 2002] *Wissenswertes über die Private Krankenversicherung – Informationen für Lehrer und Schüler*, 2002

11.2 Internet-Quellen

- [<http://www.aok-bv.de>^[a]
<http://www.aok-bv.de/aok/index.html>, letzter Zugriff: 21.04.06
- [<http://www.aok-bv.de>^[b]
<http://www.aok-bv.de/gesundheit/praevention/gu/index.html>,
letzter Zugriff: 21.04.06
- [<http://www.aok-business.de>]
[http://www.aok-business.de/index2.php?page_id=service/
ges_betrieb/gesund.html&menu_id=4075&buland=13](http://www.aok-business.de/index2.php?page_id=service/ges_betrieb/gesund.html&menu_id=4075&buland=13), letzter
Zugriff: 21.04.06
- [<http://www.arbeiterkammer.com>]
<http://www.arbeiterkammer.com/bilder/d5/ASGrafikKreis.gif>,
letzter Zugriff: 21.04.06
- [<http://www.bkk.de>^[a]
[http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/90/ottawa_cha3ec88
6e9efbc4.pdf](http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/90/ottawa_cha3ec886e9efbc4.pdf), letzter Zugriff: 21.04.06
- [<http://www.bkk.de>^[b]
<http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,295,nodeid,295,p,0.html>,
letzter Zugriff: 21.04.06
- [<http://www.bkk.de>^[c]
<http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,49,nodeid,49,p,0.html>,
letzter Zugriff: 21.04.06
- [<http://www.bkk.de>^[d]
<http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,335,nodeid,335,p,0.html>,
letzter Zugriff: 21.04.06
- [<http://www.bkk.de>^[e]
<http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,336,nodeid,336,p,0.html>,
letzter Zugriff : 21.04.06
- [<http://www.bkk.de>^[f]
<http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,337,nodeid,337,p,0.html>,
letzter Zugriff: 20.04.06
- [<http://www.bkk.de>^[g]
<http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,50,nodeid,50,p,0.html>,
letzter Zugriff: 20.04.06
- [<http://www.bmg.bund.de>^[a]
[http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_601098/SharedDocs/Down
load/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Gesundheit /
Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte /
km1-jan-feb-06,templateld=raw,property=publicationFile.pdf /
km1-jan-feb-06.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_601098/SharedDocs/Download/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Gesundheit/Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte/km1-jan-feb-06,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/km1-jan-feb-06.pdf), letzter Zugriff: 01.04.06

- [<http://www.bmg.bund.de>^[b]]
http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_601100/SharedDocs/Download/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken_Gesundheit/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/KV45-Q2004-pdf-7014.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KV45-4Q2004-pdf-7014.pdf, letzter Zugriff: 01.04.06
- [<http://www.das-glossar-zur-gesundheitsreform.de>]
<http://www.das-glossar-zur-gesundheitsreform.de/glossar/beitragsbemessungsgrenze.html>,
letzter Zugriff: 01.04.06
- [<http://de.wikipedia.org>^[a]]
<http://de.wikipedia.org/wiki/K%C3%B6rperschaft>, letzter Zugriff:
01.04.06
- [<http://de.wikipedia.org>^[b]]
<http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsf%C3%B6rderung>, letzter
Zugriff: 21.04.06
- [<http://de.wikiquote.org>]
<http://de.wikiquote.org/wiki/Gesundheit>, letzter Zugriff: 18.04.06
- [<http://www.g-k-v.de>^[a]]
<http://www.g-k-v.de/index.php?idcatside=36&sid=b9a964d943be687dbf75b1fd8a15c923>, letzter Zugriff: 01.04.06
- [<http://www.ikk.de>^[a]]
<http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/unternehmen/12436,i=l.html>,
letzter Zugriff: 21.04.06
- [<http://www.ikk.de>^[b]]
<http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk-brandenburg-berlin/fuer-arbeitgeber/ikk-impuls-werkstatt/28772,r=269,i=l.html>, letzter
Zugriff: 21.04.06
- [<http://www.ikk.de>^[c]]
<http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk-brandenburg-berlin/das-bietet-die-ikk/ikkimpuls/28406,r=269,i=l.html>, letzter Zugriff:
21.04.06
- [<http://iga-info.de>^[a]]
<http://iga-info.de>, letzter Zugriff: 21.04.06
- [<http://iga-info.de>^[b]]
<http://www.iga-info.de/themen.php>, letzter Zugriff: 20.04.06
- [www.philosophia-online.com]
www.philosophia-online.com/beratung/telecom.ppt, letzter

Zugriff: 21.04.06

[<http://www.pkv.de>^[a]]

<http://www.pkv.de/default.asp>, letzter Zugriff: 01.04.06

[<http://www.sozialnetz-hessen.de>]

<http://www.sozialnetz-hessen.de>, letzter Zugriff: 21.04.06

[<http://www.sozialnetz.de>]

<http://www.sozialnetz.de/ca/um/pid/>, letzter Zugriff: 21.04.06

[<http://www.stbg.de>]

<http://www.stbg.de/protect/2005/akkermann.pdf>), letzter Zugriff:
20.04.06

[<http://www.uni-bielefeld.de>]

http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag1/arbeitsgebiete/1_gesfoe_arbeit.html, letzter Zugriff: 20.04.06

[<http://www.wgkk.at>]

http://www.wgkk.at/esvapps/Document/PrintView.jsp?p_pageid=221&p_menuid=52430&pub_id=75723&p_id=3, letzter Zugriff:
23.04.06

12 Anhang

Ich fühle mich belastet durch ...				
folgende Bedingungen am Arbeitsplatz:	überhaupt nicht	ein wenig	stark	trifft nicht zu
ständige Aufmerksamkeit/ Konzentration				
große Genauigkeit				
gründliches Nachdenken				
Schnelligkeit				
große Arbeitsmengen				
schwierige Entscheidungen/ Arbeiten				
hohe Fehlermöglichkeit				
Unterbrechung von angefangenen Arbeiten				
eintönige Arbeit				
Isolation am Einzelarbeitsplatz				
schlechte Sichtverhältnisse				
schlechte Belüftung/ Klimaanlage				