

Thesen zum Vorhaben eines Präventionsgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Lebenswelt „Arbeit“

Überlegungen zur Stärkung der Prävention in der Lebenswelt Arbeit aus rechtlicher Sicht

Vorbemerkung

Der Gesetzgeber plant, ein neues Präventionsgesetz zu verabschieden, mit dem die Bedeutung der Prävention im Gesundheitswesen gestärkt werden soll. Im Rahmen dieses Vorhabens sollten die beim letzten Gesetzentwurf (BT-Drs. 15/4833) aufgefallenen Lücken geschlossen werden.

In den DVfR-Anmerkungen zu den derzeit aktuellen Eckpunkten der Bundesregierung und der B-Länder wurden bereits grundsätzliche Herausforderungen an das Gesetzesvorhaben dargelegt. Neben der Finanzierungsfrage ist dies insbesondere die Fülle bereits bestehender Normen zur Prävention, nicht nur, aber auch in den Sozialgesetzbüchern. Dort finden sich Regelungen, die entweder ausschließlich den Schutz der physischen und psychischen Integrität vor Schädigungen oder aber auch im Sinne der ICF den Schutz vor mit solchen Schädigungen unmittelbar zusammenhängenden Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bezwecken. Beides wird hier zusammenfassend als gesundheitsbezogene Prävention bezeichnet. Ebenfalls zu finden sind Vorschriften präventiver Zielsetzung, die ohne unmittelbaren Bezug zu physischen oder psychischen Schädigungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sind. (z.B. SGB VIII, SGB XII). Die begriffliche Klärung und transparente Strukturierung der bislang sehr heterogenen „Präventionslandschaft“ samt deren Bezügen zur Rehabilitation und Pflege wurde als Aufgabe beschrieben. Detailliert erörtert wurde zudem die Bedeutung des im SGB IX bereits enthaltenen, für die Rehabilitationsträger verbindlichen Auftrags zur Prävention (§ 3) von Behinderungen und chronischen Krankheiten und intensiver Vernetzung (z.B. §§ 10 bis 13). Ebenfalls bereits dargestellt wurde die Bedeutung des grundsätzlich begrüßenswerten „Lebenswelt“- bzw. „Setting“-Ansatzes vor dem Hintergrund der Unterscheidung zwischen Individualprävention (vgl. bisher insbesondere SGB IX und andere Sozialgesetzbücher) und „gesellschaftlicher“ Prävention.

Die folgenden Ausführungen sollen genauer spezifizieren, welche konkreten Anforderungen sich aus Sicht der DVfR für das Gesetzesvorhaben ergeben, wenn es als Chance genutzt werden soll, um die Prävention in der Lebenswelt Arbeit weiter voranzubringen. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Gesetzgeber von sich aus im kommenden Präventionsgesetz nur einen Kernbereich der gesundheitsbezogenen Prävention (im Folgenden auch verkürzt: Prävention) regeln wird.

Die Lebenswelt Arbeit verdient neben der Lebenswelt „Schule“ besondere Aufmerksamkeit, da es sich hier um Lebensbereiche handelt, in denen Individuen aller

sozialen Schichten einen erheblichen Teil ihrer Lebenszeit verbringen, und in denen sich seit langem Strukturen finden, an die Prävention anknüpfen kann. Prävention lässt sich deswegen in diesen „Settings“ besonders effektiv und dezentral, d.h. nah am Individuum, verwirklichen.

Dabei ist es vor allem notwendig, den Fokus noch stärker auf die erforderlichen *Kontextbedingungen der Prävention in den verschiedenen Lebenswelten* zu legen. Die Programme und Angebote der sozialen Präventionsträger werden nur dann die gewünschten Erfolge haben, wenn in den Lebenswelten (z.B. Betrieben) entsprechende anschlussfähige Strukturen bestehen (z.B. ein betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX), bzw. wenn sich der Nutzen präventiver Maßnahmen in die Handlungslogik der jeweiligen Lebenswelt einfügt (z.B. Anreizsysteme, messbarer ökonomischer Nutzen). Im Vergleich zum letzten Gesetzentwurf sind demnach auch und vor allem lebensweltsspezifische Regelungen zu ergänzen. In der „Lebenswelt Arbeit“ sollte besonderes Augenmerk auf die Koordinierung von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF, Salutogenese), den Anforderungen des SGB IX (Teilhabe) und der Arbeitssicherheit (Integritätsschutz) gelegt werden, ohne nur eines dieser Handlungsfelder herauszuheben.

Wichtig ist, der besonderen Situation von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) Rechnung zu tragen. Diese benötigen wegen gering ausgebildeter betrieblicher Organisationsstrukturen, eingeschränkter themenspezifischer informeller Netzwerke und knapper Ressourcen konkrete Unterstützung und Anleitung bei präventionsbezogenen Aktivitäten.

Eine stärkere Berücksichtigung der *Prävention in Lebenswelten* kann zudem für die *Qualitätssicherung* (QS) präventiver Angebote und Maßnahmen fruchtbar gemacht werden, da die Lebenswelt der Rahmen ist, in dem sich die konkreten Erfolge der Prävention auch messen lassen, während umgekehrt konsequente QS für die für die jeweilige Lebenswelt Verantwortlichen (Lebensweltträger) oft Voraussetzung für Investitionen in Maßnahmen ist.

Um dies zu erreichen und die Prävention insbesondere in der „Lebenswelt Arbeit“ zum Erfolg zu führen, sollten aus Sicht der DVfR folgende Kernthesen im kommenden Gesetz Berücksichtigung finden.

1. „Prävention“ – begriffliche Klarstellung

Der erste Schritt in Richtung der für eine effektive Umsetzung des Gesetzes notwendigen Klarstellungen ist die Definition des Begriffes „Prävention“ und seiner Ableitungen sowie die Abgrenzung zu verwandten Handlungsfeldern (wie beispielsweise Rehabilitation, Pflege). Nur so kann den beteiligten Kreisen die Verortung der neuen Regelungen in der bereits bestehenden Normenlandschaft ermöglicht werden. Insbesondere den Lebensweltträgern wird so eine bessere Orientierung ermöglicht und Kohärenz mit den bisher schon bestehenden präventionsbezogenen Regelungen kann gewährleistet werden.

Entsprechend der ICF, an die z.B. der Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX anknüpft, ist der Begriff der Prävention zumindest auch im Hinblick auf die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu fassen. Der letzte Entwurf eines Präventionsgesetzes trug dem in der Zielbestimmung des § 1 auch ansatzweise Rechnung, in den bislang bekannten Eckpunkten der Bundesregierung bzw. der B-Länder finden sich dazu keine Erwägungen. Das zeitgemäße und über herkömmliche Gesundheitsbegriffe hinausgehende Präventionsverständnis wurde allerdings in den weiteren Bestimmungen des letzten Entwurfs nicht hinreichend konsequent weiterverfolgt.

In § 2 des Entwurfes wurde nur ein Teilbereich der Prävention näher bestimmt, die sogenannte „gesundheitliche Prävention“, und dies unvollständig. Abgrenzungen zu anderen gesundheits- und präventionsbezogenen Regelungen waren überwiegend nicht hinreichend unterscheidungskräftig. Es sind daher weitere Präzisierungen der Präventionsbegriffe und -zwecke geboten.

Wir schlagen vor, im Rahmen des kommenden Präventionsgesetzes Begriffsbestimmungen vorzunehmen, die eine klare Abstimmung von und Abgrenzung der verschiedenen Bereiche der gesundheitsbezogenen und auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichteten Prävention gewährleisten. Dies ermöglicht, die vielfältigen Zwecke gesundheitsbezogener Prävention (Gesundheit, Selbstbestimmung, Beschäftigungsfähigkeit, Vermeidung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) auch in die konkrete Begriffsfindung zu integrieren. Insbesondere könnten bereits bestehende Vorschriften zur gesundheitsbezogenen Prävention, die vorwiegend an verschiedenen den gesetzlichen Aufträgen verschiedener Rehabilitationsträger entsprechenden Präventionszwecken ausgerichtet sind, so im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz aufeinander abgestimmt werden. Zu nennen und in Bezug auf bereits bestehende Regelungen zu definieren sind mit Blick auf die Lebenswelt Arbeit unter anderem:

1. Prävention von Beeinträchtigungen physischer und psychischer Strukturen und Funktionen

Dieser Teilbereich der Prävention stand im Wesentlichen hinter dem im letzten Gesetzentwurf verwendeten Begriff der „gesundheitlichen Prävention“. Und erfasst (z.B. PrävG, § 20a SGB V, § 14ff. SGB VII, § 3 2. Alternative SGB IX)

2. Prävention von im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen physischer oder psychischer Strukturen und Funktionen stehenden Einschränkungen der Teilhabe am Arbeitsleben, z.B.:

- a. Betriebliche Prävention (§ 84 SGB IX) sowie allgemein Prävention im Betrieb (z.B. § 5 ArbSchG)

- b. Prävention von Erwerbs-/Beschäftigungsunfähigkeit (z.B. § 9 SGB VI, dort als eine allgemeine Zielsetzung von Leistungen zur Teilhabe genannt)

- c. Prävention von Behinderungen (z.B. § 3 SGB IX)

Die so bestimmten Arten von Prävention sind jeweils noch in die Stufen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zu unterteilen. Schon bei der Begriffsbestimmung ist zudem darauf zu achten, dass diese die Grundlage für eine klare Verantwortungszuweisung an die verschiedenen Akteure bildet.. Über die Lebenswelt Arbeit hinaus muss darauf geachtet werden, dass die dort einschlägigen gesundheitsbezogenen Präventionsregelungen mit anderen gesundheitsbezogenen Präventionsregelungen (z.B. Prävention von Pflegebedürftigkeit, § 5 SGB XI) bzw. solchen Präventionsvorschriften, die ohne unmittelbaren Bezug zu physischen oder psychischen Beeinträchtigungen vorrangig die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft betreffen (z.B. Familienprävention i.S.d. SGB VIII, oder Regelungen des SGB XII), abgestimmt sind. Schließlich muss in das Präventionsgesetz der gerade in der „Lebenswelt Arbeit“ immens wichtige Aspekt der Verhältnisprävention aufgenommen werden. Diese für ein in sich stimmiges Regelungskonzept zur gesundheitsbezogenen Prävention notwendige Abstimmung von Verhältnis- und Verhaltensprävention findet sich bisher nur ansatzweise in § 20a SGB V.

2. Inhaltliche Abstimmung von Ressorts, Lebenswelträgern, Präventionsträgern und Leistungserbringern

Das Gesetz muss neben einer begrifflichen Klarstellung auch ein Minimum an inhaltlicher Abstimmung und Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteuren und Trägern der Prävention und der Lebenswelten leisten. Dies gebietet unter anderem die bisherige, nur verstreute Regelung dieses Handlungsfeldes in verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuchs und anderen Gesetzen bzw. Vorschriften (z.B. ASiG, ArbSchG, Unfallverhütungsvorschriften). Auch die Tatsache, dass gesundheitsbezogene Prävention ein ressortübergreifendes Thema ist, bringt es mit sich, dass ein hoher Abstimmungsbedarf besteht - z.B. bezüglich der steuerrechtlichen Handhabung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Das Vorhaben eines Präventionsgesetzes bietet hier die Chance, neben begrifflichen auch bestehende inhaltliche und vor allem koordinative Unebenheiten zu glätten.

Im Hinblick auf die Lebenswelt „Arbeit“ sind insbesondere die Aufgaben der Träger und Akteure sowie die Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung, des betrieblichen Eingliederungsmanagements und des Arbeits- und Gesundheitsschutzes aufeinander abzustimmen. Auch arbeitsweltbezogene Teilhabeleistungen wie beispielsweise die medizinisch-berufliche Rehabilitation sind zu berücksichtigen. Das Präventionsgesetz muss zudem anschlussfähig sein für bereits bestehende Programme und Vorhaben wie z.B. die gemeinsame nationale Arbeitsschutzstrategie oder Aktivitäten und Vorgaben auf EU-Ebene. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Präventionsziele.

Konkret müssen bereits bestehende Vernetzungsansätze (beispielsweise in den §§ 20a Abs. 2, 20b SGB V und 14 Abs. 2 SGB VII, sowie insbesondere §§ 10 bis 13 SGB IX, §§ 21, 23 ArbSchG) ausgebaut und ggf. unter Berücksichtigung einer klareren Verantwortungszuweisung und weiterer Präventionsträger modifiziert werden. Ein wichtiger Ausgangspunkt sind dabei die gemäß den Vorschriften des SGB IX von den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern verabschiedeten gemeinsamen Empfehlungen (vgl. <http://www.bar-frankfurt.de/>), insbesondere die gemeinsamen Empfehlungen „Prävention“ und „Information und Kooperation“. Die dortigen Ansätze zur Vernetzung sind begrüßenswert, sollten aber mit klareren Verantwortungszuweisungen und vor allem verbindlichen Verfahren operationalisiert werden. Dabei sollten die Aufgaben der Verantwortlichen nicht vermischt, sondern präzisiert und aufeinander abgestimmt werden. Um Doppelstrukturen zu vermeiden, sollten insgesamt im kommenden Gesetz die Abstimmungsmechanismen des SGB IX nicht völlig überlagert, sondern dort, wo die Handlungsziele über die im SGB IX und den andern Sozialgesetzbüchern bisher vorwiegend geregelte individual- und anlassbezogene Prävention hinausgehen, sinnvoll ausgebaut und nötigenfalls ergänzt werden.

Ein Beispiel von vielen für eine inhaltliche Vernetzung, die auch die besonderen Bedürfnisse von KMU (vgl. Punkt 6.) berücksichtigt, ist ein Konzept, das die Kreishandwerkerschaften Schleswig-Holstein in Kooperation mit der IKK, den Handwerkskammern, den Agenturen für Arbeit und vielen weiteren Kooperationspartnern im April 2007 vorgestellt haben. Angesichts eines zunehmenden Fachkräftemangels sieht dieses Konzept vor, einerseits erforderliche Wiedereingliederungsmaßnahmen für gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigte bei Bedarf betriebsübergreifend durchzuführen, andererseits gezielt älteren, leistungsgewandelten und gering qualifizierten Arbeitnehmern im Handwerk Angebote zur Weiterqualifizierung zu machen, um ihre Möglichkeiten zu verbessern, länger und möglichst bis zum Rentenalter im Handwerk zu bleiben.

3. Prävention und Rehabilitation - begriffliche Abgrenzung und inhaltliche Vernetzung

Das Präventionsgesetz betrifft auch die Akteure der Rehabilitation. Zudem liegen Prävention und Rehabilitation sachlich eng beieinander, insbesondere im Bereich der Tertiärprävention. Daher sollte beim Vorhaben eines Präventionsgesetzes zusätzliches Augenmerk auf der begrifflichen Abgrenzung und inhaltlichen Abstimmung dieser beiden Handlungsfelder liegen, die ebenfalls in die Begriffsbestimmungen aufzunehmen wäre.

Bei der begrifflichen Abgrenzung sollte auf die unterschiedliche Zielsetzung bzw. den unterschiedlichen Schwerpunkt von Rehabilitation (Zustandsverbesserung) und Prävention (Vermeiden einer Verschlechterung) abgestellt werden.

Die Koordination von und Kooperation in Rehabilitation und Prävention kann in doppelter Hinsicht Vorteile bieten: So kann beispielsweise die berufsbezogene Rehabilitation von im Rahmen des Arbeitsschutzes (Stichwort: Gefährdungsbeurteilung) und der BGF gewonnen Erkenntnissen profitieren, wenn dort problematische Bereiche bereits identifiziert wurden. Umgekehrt können präventionsorientierte Maßnahmen zielgenauer ausgerichtet werden, wenn sich im Rahmen der Rehabilitation Erkenntnisse zu problematischen Bedingungen am Arbeitsplatz / problematischen Verhaltensmustern herauskristallisieren.

Leitbild für die Abstimmung sollten auch hier unter den unter Punkt 2 genannten Maßgaben die Paradigmen des SGB IX, (z.B. §§ 10 bis 13) sowie die in den gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger (vgl. <http://www.bar-frankfurt.de/>), insbesondere in den gemeinsamen Empfehlungen „Prävention“ und „Information und Kooperation“ enthaltenen Gedanken sein.

Ein besonderes Beispiel für die Koordinierung von Prävention und Rehabilitation in der „Lebenswelt Arbeit“ ist der § 84 Abs. 2 SGB IX, der modellhaft im betrieblichen Kontext den Rahmen für eine Vernetzung von Prävention und Rehabilitation bietet.

4. Verantwortung - insbesondere: der Lebenswelträger - für Prävention

Eine wesentliche Funktion des Präventionsgesetzes muss es sein, die *Verantwortlichkeiten für die gesundheitsbezogene Prävention* zu klären. Im Entwurf eines Präventionsgesetzes (BT-Drs. 15/4833) waren hierzu in § 5 (Eigenverantwortung) und § 6 (Verantwortung der Sozialversicherungsträger als soziale Präventionsträger sowie Bund, Länder und Gemeinden) zielführende erste Ansätze einer Festlegung vorhanden.

Demgegenüber wurden jedenfalls nicht ausdrücklich die Träger der Lebenswelten (§ 17 des Entwurfs) in die Verantwortung gezogen, also z.B. Arbeitgeber oder Gemeinden. Der entscheidenden Bedeutung der Träger der Prävention wird auf diese Weise nicht hinreichend Rechnung getragen. Ob tatsächlich präventive Aktivitäten in Lebenswelten vorangetrieben werden, hängt aber entscheidend von ihnen ab, so dass insoweit auch ihre besondere Verantwortung für die Prävention gesetzlich hervorgehoben werden muss. Eine solche Akzentuierung führt mit Blick auf die „Lebenswelt Arbeit“ auch zu einer Kohärenz mit dem vorhandenen Präventionsrecht. So ist der Arbeitgeber/Unternehmer als Lebenswelträger seit jeher arbeitsschutz- und unfallversicherungsrechtlich verantwortlich für die Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit in dem von ihm geleiteten Betrieb (§§ 15 Abs. 1 SGB VII, 13 ArbSchG).

Die Zuweisung von Verantwortung darf sich darüber hinaus nicht in vagen Festlegungen für die öffentliche Hand, die Lebenswelträger, Individuen und Präventionsträger erschöpfen. Es müssen in Einklang mit den Abstimmungen gem. Punkt 2. konkrete

Ansprüche und Verfahren geregelt werden, nach Möglichkeit flankiert durch wirksame Anreize für die Verantwortlichen.

5. Vernetzte Prävention in der „Lebenswelt Arbeit“

Erfolgreiche Prävention bedarf der Verankerung in der jeweiligen Lebenswelt. Das Präventionsgesetz hat hierfür die notwendigen Voraussetzungen in der Lebenswelt zu schaffen. Ein gutes Beispiel für eine *Vernetzung* in der „Lebenswelt Arbeit“ ist das *Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX (betriebliche Prävention)* bei hohen Fehlzeiten.

Das Eingliederungsmanagement beschreibt einen Suchprozess nach allen Möglichkeiten zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeiten (vgl. zur Verdeutlichung die anliegenden Folien 'BEM als Suchprozess'). Prägend für das Verfahren ist, dass es die wichtigsten betrieblichen Akteure und ggf. auch die Rehabilitationsträger mobilisiert. Eingliederungsmanagement kann dazu führen, dass die Beschäftigungsfähigkeit als Ziel der betrieblichen Prävention in ihrem ganzen Facettenreichtum thematisiert wird. Dies kann die Zielgenauigkeit des Arbeitsschutzes, der betrieblichen Gesundheitsförderung und von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (z.B. stufenweise Wiedereingliederung) erhöhen.

Als Präventionsstruktur in der „Lebenswelt Arbeit“ genügt jedoch § 84 Abs. 2 SGB IX nicht, da das betriebliche Eingliederungsmanagement ein anlassbezogenes Verfahren ist, das nur bei hohen Fehlzeiten personenbezogen anzuwenden ist. Für eine nachhaltige betriebliche Präventionsstrategie bedarf es daneben dauerhafter Strukturen, um die präventiven Aktivitäten planvoll und strategisch anlegen zu können.

Die „Lebenswelt Arbeit“ kann hier insbesondere auf das bereits erprobte Arbeitsschutzrecht aufbauen. Die dort geregelten *Strukturen* (z.B. fachkundige Beratung durch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsschutzausschuss), *Verfahren* (z.B. Gefährdungsbeurteilung, kontinuierlicher Verbesserungsprozess) und *Maßnahmen* (z.B. Vorrang der Vermeidung von Gefährdungen, Berücksichtigung der Belange besonders schutzbedürftiger Personengruppen) decken bereits wesentliche, aber nicht alle Elemente der betrieblichen Prävention ab. Durch das Präventionsgesetz sind die noch bestehenden Lücken insoweit zu schließen. Wesentliche Verbesserungen könnten schon durch kleinere Veränderungen des geltenden Rechts erreicht werden.

So könnten z.B. die bereits bestehenden Aufgaben des Betriebsarztes bei der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung behinderter Menschen nach § 3 Abs. 1 Nr. 1f. ASiG durch geringe textliche Änderungen verdeutlicht bzw. erweitert werden; gleiches gilt für die Aufgaben des Arbeitsschutzausschusses (§ 11 ASiG), dem die Schwerbehindertenvertretung als gleichberechtigtes Ausschussmitglied zugeordnet werden könnte; passgenaue Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung könnten durch eine Ergänzung des § 20a SGB V dergestalt erreicht werden, dass bei solchen betrieblichen Maßnahmen die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung stets zu berücksichtigen sind. Auch für Anreizsysteme in der Lebenswelt könnte im Rahmen des Präventionsgesetzes die Basis gelegt werden.

Folgende Praxisbeispiele veranschaulichen, wie schon allein für den Teilbereich Arbeitsschutz durch intensivere Vernetzung in der Lebenswelt Arbeit positive Effekte erzielt werden können:

1. In einigen globalen Unternehmen gibt es eine Meldepflicht für arbeitsbedingte Erkrankungen, die wie Arbeitsunfälle analysiert und bewertet werden. Als arbeitsbedingte Erkrankungen gelten Krankheiten, die nach Bewertung zu mehr als 50% durch die Arbeit

verursacht worden sind. Der Katalog dieser Krankheiten geht teilweise erheblich über die deutsche Berufskrankheiten-Liste hinaus, z.B. Erkrankungen durch psychische Fehlbelastungen und Stress. Die Gleichstellung mit Arbeitsunfällen hat das Thema Gesundheit und Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen in diesen Unternehmen in den Vordergrund gerückt und zu einer zentralen Managementaufgabe gemacht.

2. Einige Großbetriebe der chemischen Industrie zählen und bewerten Unfälle von Beschäftigten ihrer Kontraktoren wie Unfälle eigener Mitarbeiter einschließlich der Aufnahme in die betriebliche Unfallstatistik. Diese Regelung hat zu einem Qualitätssprung im Arbeits- und Gesundheitsschutz zahlreicher Klein- und Mittelbetriebe geführt, die als Auftragnehmer in Großbetrieben der chemischen Industrie tätig sind, da der hohe Qualitätsstandard der Auftraggeber zur Richtschnur wurde und Defizite im Arbeitsschutz zum Verlust des Auftrags führen.

6. Berücksichtigung der Bedürfnisse von KMU

Prävention in der „Lebenswelt Arbeit“ muss der Tatsache Rechnung tragen, dass sich die Voraussetzungen zwischen Großbetrieben und Betrieben mittlerer und vor allem kleiner Größe grundlegend unterscheiden. Großbetrieben dürfte es in der Regel relativ leicht fallen, die zumeist vorhandenen Strukturen für die betriebliche Prävention weiterzuentwickeln und die verschiedenen betrieblichen und außerbetrieblichen Akteure nutzbringend zu vernetzen. In KMU finden sich solche anschlussfähigen Strukturen (z.B. spezialisierte Stabsabteilungen, interne Betriebsärzte, Vollzeitsicherheitsfachkräfte) mangels Größe ebenso wenig wie die Ressourcen für eine nachhaltige Vernetzung mit den sozialen Trägern der Prävention.

Im Präventionsgesetz sind deswegen Regelungen vorzusehen, die den KMU maßgeschneiderte präventive Angebote insbes. der sozialen Präventionsträger nahe bringen und umfassende Unterstützung in allen Fragen der Prävention und Rehabilitation bieten.

Auch hier bieten die gemeinsamen Empfehlungen „Prävention“ und „Information und Kooperation“ lohnenswerte Ansätze, die mit einer höheren Verbindlichkeit und präziserer Verantwortungszuweisung in das Gesetz aufgenommen werden könnten.

Darüber hinaus könnte es besonders zielführend sein, den Betrieben auf regionaler Ebene eine zentrale Stelle als Kooperationspartner zur Seite zu stellen, die Leistungen und Hilfen der sozialen Präventionsträger gebündelt anbietet. Das Präventionsgesetz sollte daher den Aufbau regionaler Unterstützungsstrukturen für KMU vorsehen. Es sind hier verschiedene Modelle denkbar. So könnte durch eine Änderung des § 17 SGB VII der Beratungsauftrag der Unfallversicherungsträger modifiziert und erweitert werden. Diese sind aufgrund ihrer Vollzugsaufgaben gut mit den betrieblichen Verhältnissen vertraut und in vielen Fällen in der Praxis schon heute Ansprechpartner vieler KMU. Eine Option könnte auch in der Ausweitung des Auftrags der Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger (§ 22 SGB IX) liegen, die sich zwar nicht überall, aber zumindest in Baden-Württemberg und Teilen Schleswig-Holsteins anscheinend zu bewähren beginnen. Aufgegriffen werden könnten schließlich die Erfahrungen mit regionalen „runden Tischen“ oder Gesundheitskonferenzen (vgl. z.B. § 26 ÖGDG-NRW), bei denen neben den sozialen Präventionsträgern weitere für KMU wichtige Akteure wie z.B. Wirtschaftsverbände beteiligt werden.

Vorrangig ist, dass die Thematik überhaupt aufgegriffen wird. Da es noch zu wenige Erfahrungen in diesem Bereich gibt, könnte eine Experimentierklausel helfen, die verschiedenen Wege zu erproben.

7. Qualitätssicherung

Qualitätssicherung (QS) gemäß dem allgemein anerkannten Deming-Zyklus ist für die Prävention allgemein und in der Lebenswelt Arbeit aus vielen Gründen unabdingbar. Insbesondere lässt sich nur so mittel- bis langfristig die Nachhaltigkeit von präventionsbezogenen Maßnahmen erreichen. QS ist auch ein ausschlaggebendes Kriterium für die Entscheidung von Lebenswelträgern (Unternehmern) über Investitionen in präventionsbezogene Maßnahmen. Die hier bereits vorhandenen Instrumente sind so zusammenzufassen und weiterzuentwickeln, dass man sich auf einheitliche Parameter und Dimensionen der QS verständigt (z.B. in Anlehnung an den Handlungsleitfaden zur Prävention der GKV). Diese Verständigung sollte auf übergeordneter Ebene und nicht durch die Dienstleister allein erfolgen, um schon den Anschein von Interessenkonflikten zu vermeiden. Unverzichtbar für die Verankerung der QS in der Präventionslandschaft ist zudem die Ausrichtung von Controlling und Dokumentation der Maßnahmen an zentral festgelegten Maßstäben. Denn andernfalls käme es für Praxis zu schädlichen uneinheitlichen Standards in den einzelnen Bundesländern. Zu berücksichtigen sind die Struktur-, Prozess- und die Ergebnisqualität. Ziel sollte die Verbreitung von Standards sein. Um für wissenschaftliche Evidenz der Prävention zu sorgen, sollte die Verständigung auf Parameter und Dimensionen der Qualitätssicherung auf der Grundlage einer systematischen Sammlung und Auswertung von Präventionsprojekten erfolgen. In der GKV werden bereits entsprechende Vorhaben durchgeführt. Dies sollte ergänzt werden durch weitere möglichst koordinierte Forschungsvorhaben. Ein wichtiger Beitrag zur QS in der Prävention könnte auch durch die Einrichtung einer laufend aktualisierten Sammlung von Fallbeispielen, vorzugsweise in Form eines Internetportals, geleistet werden.

Übermäßige Anforderungen an die Qualitätssicherung könnten womöglich sowohl die Leistungsanbieter als auch die Lebenswelträger davon abhalten, präventiv tätig zu werden. Qualitätssicherung darf daher nicht als ein „Markteintrittshemmnis“ wirken, es muss ein Kompromiss zwischen Qualitätssicherung und Praktikabilität gefunden werden. Um die Qualitätssicherung in der Prävention voran zu bringen, könnten Anreize für die Lebenswelträger und für die an Präventionsmaßnahmen teilnehmenden Personen geschaffen werden, z.B. in Form von Bonus-Regelungen oder Steuererleichterungen. In zeitlicher Hinsicht sollten angesichts der Schwierigkeiten, die schon im Bereich des betrieblichen Eingliederungsmanagements bei der QS zu verzeichnen sind, keine strengen Anforderungen gestellt werden. Solche Schwierigkeiten sollten aber auch nicht zum Verzicht auf die QS ermuntern. Denn die Tatsache, dass strenge QS-Systemen im betrieblichen Alltag durchaus üblich und allgemein akzeptiert sind, wie beispielsweise SCC in der Chemiebranche, bietet einen guten Anknüpfungspunkt für QS auch in der Prävention.

8. Forschung intensiv fördern

Der Bund sollte Verantwortung für die wissenschaftlichen Aspekte der Prävention übernehmen (Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe) und dabei einen Fokus auf die „Lebenswelt Arbeit“ legen. Dies ist bisher nur in Ansätzen realisiert. Hierzu gilt es, eigene interdisziplinäre Forschungsprojekte aufzulegen sowie über ein Kompetenzzentrum die erforderliche Koordinierung wissenschaftlich tätiger Organisationen vorzunehmen. Es ist notwendig, die Kommunikation zwischen den einzelnen Forschungsgruppen zu fördern und deren Aktivitäten auf bestimmte Fragen hin zentral zu bündeln. Ein Schwerpunkt der Forschung sollte auf den Bedingungen für Prävention in KMU liegen, die aufgrund ihrer geringen Größe hier nicht nur Schwächen haben, sondern durchaus auch über spezifische Ressourcen für die Prävention verfügen (z.B. die persönliche Verbundenheit und Nähe der innerbetrieblichen Akteure).

(November 2007)