SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Versorgung, Prävention und Rehabilitation: Handlungsansätze für die gewerkschaftliche Beteiligung an der Selbstverwaltung und gegenüber der Landespolitik

Burmeister, Kai; Diebel-Ebers, Maren; Scholz, Jendrik

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Burmeister, K., Diebel-Ebers, M., & Scholz, J. (2026). Versorgung, Prävention und Rehabilitation: Handlungsansätze für die gewerkschaftliche Beteiligung an der Selbstverwaltung und gegenüber der Landespolitik. *Soziale Sicherheit : Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, *75*(1), 24-30. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-107538-3

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Comercial-NoDerivatives). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

Versorgung, Prävention und Rehabilitation – Handlungsansätze für die gewerkschaftliche Beteiligung an der Selbstverwaltung und gegenüber der Landespolitik

Von Kai Burmeister, Maren Diebel-Ebers und Jendrik Scholz

Mit den Stuttgarter Thesen zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation[1] wollten wir eine Debatte anstoßen. Nun sollen die Thesen mit ausgewählten Befunden aus der Wirklichkeit gesundheitlicher Versorgung, beruflicher und medizinischer Rehabilitation und betrieblicher Prävention in Baden-Württemberg überprüft werden. Zwar dominieren in diesen Politikfeldern bundesgesetzliche bzw. -politische Zuständigkeiten, dennoch sollen aus den empirischen Befunden politische Handlungsempfehlungen entwickelt werden, insbesondere für die gewerkschaftliche Interessenvertretung gegenüber der Landespolitik in der Wahlperiode von 2026 bis 2031 bzw. für die gewerkschaftliche Selbstverwaltungsbeteiligung bis zum Ende der Sozialwahlperiode 2029.

Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung trägt entscheidend dazu bei, dass Prävention effektiv wirkt, Rehabilitation gelingt und Inklusion verwirklicht wird, damit abhängig Beschäftigte möglichst gesund und ohne Abschläge in den Altersrentenbezug wechseln können. Defizite in der gesundheitlichen Versorgung wie Fachkräfte-, bauliche, medizintechnische oder Hygienemängel in Kliniken bzw. Pflegeheimen, fehlende Kassenärzte in ländlichen Regionen und städtischen Armutsquartieren können gesundheitliche Schäden besonders unter sozial benachteiligten, armen und prekär lebenden Bevölkerungsgruppen hervorrufen. Die arbeitnehmerische Mitte ist abhängig beschäftigt und eben nicht privat versichert. Sie braucht gute Versorgungsbedingungen, gesunde Arbeitsumgebungen, gelingende Prävention und erfolgreiche Rehabilitation, damit sie ihre Beschäftigungsfähigkeit und die Gesundheit ihrer Familienangehörigen erhalten kann.

Stationäre gesundheitliche Versorgung

Die Situation der gesundheitlichen Versorgung in der Fläche, u. a. Ärztemangel und Krankenhausschließungen, hat eine demokratiepolitische Dimension erlangt. Der elektorale Vormarsch des Rechtspopulismus zeigt, dass die Bevölkerung Staat und Politik weniger reale Problemlösungskompetenzen zutraut. In der Öffentlichkeit verfestigt sich der Eindruck, öffentliche Infrastrukturen wie die gesundheitliche Versorgung, Eisenbahnen, Melde- und Ausländerämter, Brücken und Schulen könnten ihren Zweck als Daseinsvorsorge nicht (mehr) erfüllen.

Die nominalen Krankenhausinvestitionen des Landes Baden-Württemberg stagnieren seit fast einem Jahrzehnt bei etwa 450 Mio. Euro im Jahr, sind also real gesunken.[2] Der jährliche Investitionsbedarf betrug 650 Mio. Euro (2016 bis 2018), 750 Mio. Euro (2019 bis 2022) bzw. 800 Mio. Euro (2023 und 2024).[3] Der Investitionsrückstau alleine aus den vergangenen Jahren summiert sich also auf etwa 2,5 Mrd. Euro. Baden-Württemberg steht hinsichtlich der Krankenhausinvestitionen im Bundesländerranking immerhin auf Platz 4 hinter Hessen, Bayern und Brandenburg. Das Land müsste seine Krankenhausinvestitionen um etwa 300 Mio. Euro jährlich erhöhen. Zusätzlich bestehen erhebliche zusätzliche Investitionsbedarfe in der stationären Altenpflegeinfrastruktur.[4] Ein Blick auf die Krankenhaus-

1 Kai Burmeister / Jendrik Scholz (2024): Die Debatte ist eröffnet: 15 Thesen zu Prävention und Rehabilitation, in: Soziale Sicherheit 2-3/2024, S. 10-12.

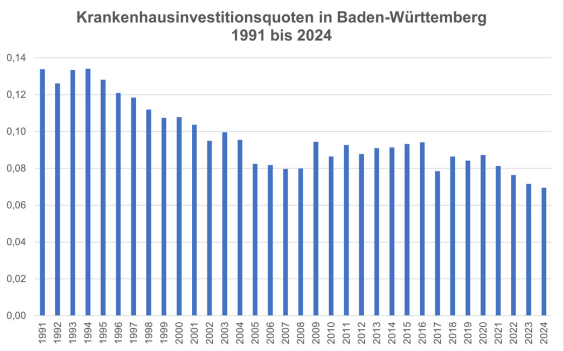
2 Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022-2025): Zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Berlin, S. 118-119.

3 Vgl. Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (2022-2025): Pressemitteilungen u. a. vom 28. 4. 2021; Landkreistag Baden-Württemberg (2017): Pressemitteilung vom 29. 9. 2017.

4 Vgl. Juliane Bielinski / Arno Brandt / Torsten Windels (2024): Exzellenz kommt nicht von allein – Öffentliche Investitionsbedarfe und deren Finanzierung in Baden-Württemberg, Gutachten im Auftrag des DGB-Bezirks Baden-Württemberg, Stuttgart, S. 56-57.

ABBILDUNG 1

Krankenhausinvestitionsquoten in Baden-Württemberg 1991 bis 2024[1]



1 Deutsche Krankenhausgesellschaft (2025), Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2025), Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (2025); Krankenhausinvestitionen in Baden-Württemberg im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt Baden-Württembergs; eigene Berechnungen.

investitionsquoten seit 1991 – das Verhältnis von Krankenhausinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt – zeigt die Auswirkungen der restriktiven Haushalts- und Finanzpolitik.[5] Die Investitionskraft im Klinikbereich hat sich gegenüber den 1990er Jahren nahezu halbiert (Abb. 1).

Die Gewerkschaften befinden sich hierbei in einem Dilemma: Ohne höhere Krankenhausinvestitionsmittel der Landespolitik drohen die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber von den Kliniken für akute Sanierungsmaßnahmen zweckentfremdet zu werden – die Mittel fehlen dann für Verbesserung der Versorgungsqualität, mithin eine bessere Fachkraftausstattung und die Refinanzierung der Tarifpolitik der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft in der Pflege. In der Selbstverwaltung geraten die Gewerkschaften unter Zugzwang, mit der Arbeitgeberbank zusammen Beitragssteigerungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu beschließen, die wiederum das verfügbare Einkommen der Beschäftigten als Beitragszahler reduzieren. Dies setzt die Gewerkschaften wiederum in ihrer Tarifpolitik stark unter Druck, der Erwartungshaltung ihrer Mitglieder zu entsprechen und neben der allgemeinen Preissteigerungsrate auch gestiegene Sozialabgaben zu kompensieren, um Schrumpfungen des verfügbaren Einkommens zu verhindern.

Ambulante gesundheitliche Versorgung

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in der Fläche ist originäre Aufgabe der Landespolitik, die damit wiederum die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betraut. Der KV zufolge waren im Jahr 2023 927 Hausarztsitze unbesetzt (2019: 620).[6] Wenn angenommen wird, dass eine Hausarztpraxis von etwa 1.800 Menschen besucht wird, sind etwa 1,8 Mio. Menschen in Baden-Württemberg negativ betroffen. Sie erhalten ggf. keine schnelle Hilfe oder müssen länger auf einen Termin warten. Wenn derart viele Hausarztsitze unbesetzt sind, werden sinnvolle Vorschläge wie *Gatekeeping* mit »Primärärzten«[7] nicht funktionieren.

Ohne flächendeckende hausärztliche Versorgung finden gerade ärmere und randständige Bevölkerungsgruppen mit gesetzlicher (statt privater) Krankenversicherung keinen Anschluss an gesundheitliche Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum und in städtischen Armutsquartieren. Prävention, Rehabilitation und Inklusion sind bei ihnen gefährdet. Versorgungsmängel wie fehlende Kassenärzte in ländlichen Regionen und städtischen Armutsquartieren können gesundheitlichen Schäden besonders unter sozial benachteiligten, armen und prekär lebenden Bevölkerungsgruppen hervorrufen. Gewerkschaften vertreten ihre Interessen, aber auch die der arbeitnehmerischen Mitte. Die Mitgliedschaft ist lebensweltlich in höchstem Maße vielfältig und heterogen. Adäquat adressiert besteht dennoch das Potenzial für hegemoniale Mehrheiten für solidarische Lösungen.

Die genannten Versorgungsmängel sind hausgemacht. Wer mehr Ärztinnen und Ärzte benötigt, muss zuvor mehr Medizinstudierende ausbilden. Die Zahl der Medizinstudierenden in Baden-Württemberg ist trotz des gravierenden Ärztemangels seit 2016 lediglich um 15,3 Prozent gestiegen.[8] Ein Medizinstudienplatz kostet im Jahr 37.800 Euro[9], ein Studienplatz in den Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften dagegen nur 6.660 Euro. Aber die Landespolitik scheut die Ausgaben für 5.000 zusätzliche Medizinstudienplätze in Höhe von etwa 189 Mio. Euro im Jahr. Sie verantwortet auch die zu geringe Zahl an Pflegestudienplätze, was den Fachkräftemangel in der Pflege verschärfen und so die Versorgungsqualität weiter negativ beinträchtigen könnte. In Baden-Württemberg gibt es derzeit nur 640 Bachelor-Plätze für das Pflegestudium, obwohl »1.300 erforderlich wären«.[10]

Gesetzlich Krankenversicherte sind mit steigenden Beiträgen konfrontiert, obwohl weder die Qualität der stationären noch der ambulanten Versorgung zufriedenstellend sind. Dennoch erzielen niedergelassene Kassenärzte Reinerträge[11] von durchschnittlich 323.000 Euro (im Jahr 2021)[12] und damit deutlich höhere Einkommen als angestellte Fachärzte in Kliniken oder im öffentlichen Gesundheitsdienst mit durchschnittlich 95.448 Euro (2024)[13]. Unter den Hausärzten sind nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung

5 Vgl. Birger Scholz (2021): Die grundgesetzliche Schuldenbremse und ihre Umsetzung durch Bund und Länder sowie die haushaltspolitische Umsetzung der Notlagenverschuldung in der Corona-Pandemie, Gutachten im Auftrag des DGB-Bundesvorstands, Berlin, S. 27-34 (Baden-Württemberg).

6 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2023): Die ambulante medizinische Versorgung 2023, Stuttgart, S. 13.

7 Vgl. CDU / CSU / SPD (2025): Koalitionsvertrag – Verantwortung für Deutschland, Berlin, S. 72.

8 Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2013-2023): Studierende an baden-württembergischen Hochschulen, Statistische Berichte, Stuttgart.

9 Vgl. Statistisches Bundesamt (2025): Laufende Ausgaben (Grundmittel) für Lehre und Forschung an Hochschulen je Studierende und je Studierenden nach Fächergruppen und Hochschularten, Wiesbaden.

10 Rüdiger Soldt (2025): Notstand in der Pflegeausbildung, FAZ 30. 6. 2025.

11 Reinertrag sind die Einnahmen nach Aufwendungen und vor Steuern. Niedergelassene Ärzte unterliegen allerdings als Freiberufler nicht der Gewerbesteuerpflicht (§ 2 Abs. 1 S. 2 GewStG).

12 Statistisches Bundesamt (2023): Durchschnittlicher Reinertrag (Einnahmen weniger Aufwendungen) der Arztpraxen im Jahr 2021, Wiesbaden.

13 Marburger Bund (2023): Tarifvertrag für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände 2021 (TV-Ärzte/VKA), Berlin; Bruttojahresverdienste ohne Bereitschaftsdienste in Euro.

38 Prozent älter als 60 Jahre.[14] Das Fehlen einer vorausschauenden Ausbildungs- und Versorgungspolitik droht die prekäre Versorgungssituation im baden-württembergischen Gesundheitswesen zukünftig weiter zu verschlechtern.

(Betrieblicher) Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die Stuttgarter These, »gesundheitsförderliche Arbeitsumgebungen und wirksame Unfallverhütung« seien »die beste Prävention«[15], soll anhand ausgewählter Befunde überprüft werden.

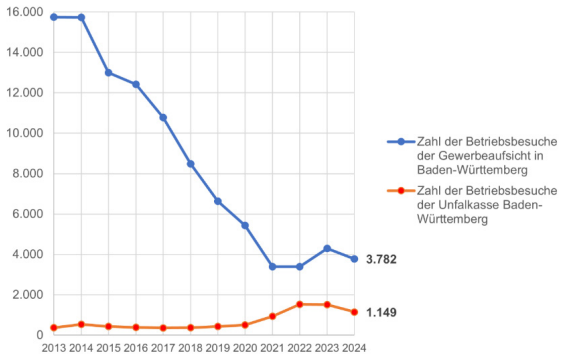
Im Jahr 2024 kam es in Baden-Württemberg zu 32.885 Arbeitsunfällen (2022: 29.867, 2023: 41.380). 2022 verstarben dort fünf, 2023 drei und 2024 wiederum fünf Menschen bei einem Arbeitsunfall.[16] Ziel von Gefährdungsbeurteilungen[17] ist, Arbeitsunfälle zu verhüten und Belastungen zu reduzieren, indem zur Prävention mögliche Gesundheitsgefährdungen identifiziert und bewertet werden, etwaige geeignete Schutzmaßnahmen festgelegt und umgesetzt werden können. Etwa ein Fünftel aller abhängig Beschäftigen arbeitet aber an einem Arbeitsplatz ohne jedwede Gefährdungsbeurteilung.[18]

Zur Durchsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind abhängig Beschäftigte neben aktiven Betriebs- und Personalräten auf handlungsfähige Gewerbeaufsichtsämter und Berufsgenossenschaften angewiesen[19], die Arbeitgeber beraten, Verbesserungen in der Prävention durchsetzen und Arbeitgeber ggf. auch sanktionieren, wenn es erforderlich ist. In Baden-Württemberg sind 2022 nur 1,2 Prozent aller Betriebe von der Arbeitsschutzaufsicht besucht worden (2012: 4,6 Prozent). Die Besichtigungsquote ist binnen zehn Jahren mithin um fast drei Viertel geschrumpft.[20]

Die stark rückläufige Entwicklung der Betriebsbesuche der Gewerbeaufsichtsämter zwischen 2013 (15.750 Besuche) und 2024 (3.782 Besuche) deutet auch auf eine stark zurückgegangene Beratungsintensität hin. Historisch-vergleichend war die »Gesamtzahl der Revisionen« der »württembergischen Gewerbeaufsichtsbeamten« im Jahr 1905 mit 11.447 erheblich höher als zuletzt im Jahr 2024, obwohl das Zuständigkeitsgebiet Baden und Hohenzollern nicht umfasste.[21] Ein Vergleich der Ergebnisse zwischen Bayern und Baden-Württemberg zwischen 2018 und 2023 zeigt zudem eklatante Unterschiede: In Bayern wurden im Jahr 2023 mit 4.792 Anordnungen, Verwarnungen und Bußgelbescheiden deutlich mehr Durchsetzungsmaßnahmen verhängt als in Baden-Württemberg mit lediglich 180.[22] Diese Ergebnisse deuten auf erhebliche Unterschiede im Aktivitätsniveau bei der Prävention hin.

ABBILDUNG 2

Zahl der Betriebsbesuche der Gewerbeaufsichtsämter bzw. der Unfallkasse Baden-Württemberg 2013-2024[1]



1 Mit Daten des Wirtschaftsministeriums und der Unfallkasse Baden-Württemberg.

Berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

Maßnahmen der Rentenversicherung zur Förderung der beruflichen Rehabilitation[23] können gerade angesichts stark steigender Arbeitslosigkeit und der Transformationskrise in Baden-Württemberg Menschen den Weg zurück in Arbeit und Beruf und / oder berufliche Neuorientierungen ermöglichen. Solche Maßnahmen beinhalten u. a. Berufsvorbereitungen, Qualifizierungen, Gründungszuschüsse oder Ausbildungs- und Arbeitskostensubventionen.[24]

In den Stuttgarter Thesen heißt es, dass »die Ausgaben der Rentenversicherung für berufliche Rehabilitation zuletzt zurückgegangen« seien und zukünftig »am tatsächlichen Bedarf zu orientieren«[25] seien. Nominal sind die beruflichen Rehabilitationsausgaben in etwas mehr als einem Jahrzehnt um 23,5 Prozent gestiegen. Preisbereinigt um die Inflation waren sie im Jahr 2024 um 3,6 Prozent niedriger als 2013, sie sind zuletzt mehrere Jahre real gesunken (vgl. Abb. 3). Die Förderung der beruflichen Rehabilitation lag 2024 bei 10.101 Fällen mit 117,6 Mio. Euro Ausgaben.

Diese Entwicklung korrespondiert mit der Veränderung der Fallzahlen: Die Zahl der erreichten Personen stieg ab 2010 von 8.374 zunächst bis auf 11.527 im Jahr 2017, um dann wieder zurückzugehen auf 9.943 in der Coronapan-

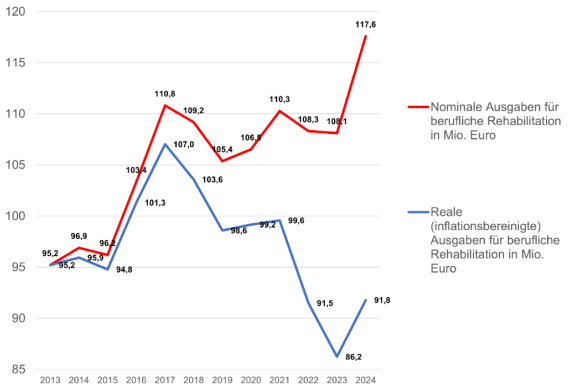
14 Vgl. SWR, 16. 9. 2025.
15 Kai Burmeister / Jendrik Scholz (2024), a.a.O., S. 10.
16 Unfallkasse Baden-Württemberg (2023-2025): Jahresberichte, Stuttgart.
17 Vgl. § 5 Arbeitsschutzgesetz.
18 Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (2017): GDA-Betriebs- und Beschäftigtenbefragung, Grundauswertung der Betriebsbefragung 2015 und 2011, Berlin.
19 Vgl. Gerhard Bäcker / Gerhard Naegele / Reinhard Bispinck (2020): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Bd. 2, Wiesbaden, S. 613: »Zwar ist die betriebliche Interessenvertretung durch das Betriebsverfassungsgesetz zur Kontrolle des Unternehmens in Sachen Arbeitsschutz verpflichtet, die Hauptaufgabe in diesem Bereich liegt jedoch bei den staatlichen Gewerbeaufsichtsbeamt: innen und beim technischen Aufsichtsdienst der Berufsgenossenschaften.«
20 In Bayern (1,9 Prozent) und im Bundesdurchschnitt (2,4 Prozent) war die Besichtigungsquote 2022 deutlich höher, vgl. DGB-Bundesvorstand (2025): Zahlen und Fakten zur Arbeitsschutzaufsicht, mit Daten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsaufsicht, Berlin, S. 3.
21 Schäffer, Hugo (1906): Die württembergische Gewerbeinspektion – ihre Entwicklung und ihre Aufgaben, im Auftrag der königl. Zentralstelle für Gewerbe und Handel bearbeitet, Stuttgart, S. 144; Fallzahlen ohne Baden und Hohenzollern.
22 Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021-2024): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2023, Unfallverhütungsbericht Arbeit, Tabelle TG4, Dortmund; jährliche Durchsetzungsmaßnahmen der Gewerbeaufsicht wie Anordnungen, Verwarnungen und Bußgeldbescheide in Baden-Württemberg und Bayern im Vergleich, eigene Berechnungen.
23 Vgl. §§ 49, 50, 55, 57, 60 SGB IX; Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
24 Vgl. § 49 Abs. 3 Nr. 1 bis 7 SGB IX.
25 Vgl. Kai Burmeister / Jendrik Scholz (2024): a.a.O., S. 11-12

demie (2022).[26] Zuletzt betrug die Fallzahl im Jahr 2024 10.101, d. h. das Vor-Pandemie-Niveau ist bisher nicht wieder erreicht worden. Zudem machten Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung im engeren Sinne[27] in Baden-Württemberg 2022 gerade einmal 23,2 Prozent aller Fälle aus.[28] Laut der Deutschen Rentenversicherung lag im Jahr 2023 der Anteil solcher Qualifizierungsfälle an allen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei 19 Prozent bei Männern beziehungsweise 30 Prozent bei Frauen.[29]

Weder die bloße Höhe von Sozialausgaben (vgl. Abb. 3) noch Fallzahlen allein liefern belastbare Aussagen darüber, inwiefern finanzierte und durchgeführte Maßnahmen tatsächlich wirksam sind, ob beispielsweise eine Qualifizierung erfolgreich abgeschlossen wird und ob auf dieser Grundlage der Übergang in Beschäftigung gelingt und vorzeitiger Rentenbezug vermieden wird. Zwei Jahre nach Ende einer beruflichen Bildungsmaßnahme seien 59 Prozent der Teilnehmer sozialversicherungspflichtig beschäftigt, drei Viertel würden ihre Maßnahme erfolgreich abschließen, beziffert die Rentenversicherung die Wirksamkeit im Bundesgebiet insgesamt.[30]

ABBILDUNG 3

Nominale bzw. reale (inflationsbereinigte) Ausgaben der Rentenversicherung Baden-Württemberg für berufliche Rehabilitation 2013 bis 2024 in Mio. Euro[1]



1 Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (2025): Ausgaben Leistungen zur Teilhabe, Stuttgart; eigene Berechnungen.

Medizinische Rehabilitation

Leistungen der medizinischen Rehabilitation[31] sind mit 78.771 Fällen bei 440,9 Mio. Euro Ausgaben 2024 die bedeutendste Rehabilitationsleistung der Rentenversicherung in Baden-Württemberg. Bis zum Jahr 2019 sind die Fallzahlen stetig gestiegen auf 80.899, brachen in der Coronapandemie stark ein auf 67.473 im Jahr 2021 und haben derzeit das Vor-Pandemie-Niveau noch nicht wieder erreicht.[32] Nominal wuchsen die Ausgaben bis auf 440.0 Mio. Euro im Jahr 2024, real stagnieren sie seit 2018 bei unter 350 Mio. Euro im Jahr (vgl. Abb. 4).

Betriebliches Gesundheitsmanagement der Krankenkassen

»In gesundheitsförderlichen wie behinderungs-, alters und alternsgerechten Arbeitsumgebungen mit wirksamer Unfallverhütung« bestehe »die beste Prävention«, urteilen die Stuttgarter Thesen. »Betriebliche Gesundheitsförderung« sei »eine Leistung der Krankenkassen, die viel zu wenig bekannt sei und eher selten in Anspruch genommen« werde.[33] Inwiefern leisten die Krankenkassen in Baden-Württemberg mit ihren Leistungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)[34] einen Beitrag zur gesundheitlichen Prävention abhängig Beschäftigter im Betriebssetting?

Die Gewerkschaften beteiligen sich an der Selbstverwaltung der GKV und tragen Mitverantwortung für ihre Präventionsbudgets. Auch in der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung sollten sie über die außerbetriebliche Gewerkschaftsarbeit (AGA) die gesundheitlichen Arbeits- und Lebensbedingungen ihrer Mitglieder positiv beeinflussen. Die Fallzahlen und eine Kennzahl (erreichte Beschäftigte je 1.000 Versicherte im Jahr, vgl. Abb. 5) zeigt: Erreicht werden nur sehr wenige Beschäftigte.

Die Betriebskrankenkassen Siemens und ZF erreichen vergleichsweise viele Menschen (vgl. Abb. 5). Wahrscheinlich gelingt es ihnen, BGM-Maßnahmen in betrieblichen/arbeitsweltlichen Settings zu implementieren und weitere Akteure wie Betriebsräte, Betriebsärzte, Sicherheitsbeauftragte usw. einzubeziehen.[35] Die Innungskrankenkasse richtet ihre Maßnahmen und ihr Marketing besonders auf kleine Handwerksbetriebe. Tatsächlich stammen die Versicherten nur zu rund einem Drittel aus dem Handwerk[36]. Sie erreicht am wenigsten Beschäftigte. Erfahrungsgemäß sind aber gerade in handwerklichen Kleinbetrieben die Arbeitsbedingungen besonders prekär, beispielsweise wegen fehlender Tarifbindungen und fehlender Betriebsräte als betriebliche Akteure und Multiplikatoren des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Gleichzeitig sind die gesundheitlichen Belastungen besonders hoch. Im verarbeitenden Gewerbe, wozu vor allem Industriebetriebe zählen, gab es zuletzt 26 meldepflichtige Arbeitsunfälle auf 1.000 Vollzeitstellen, im überwiegend handwerklich geprägten Baugewerbe dagegen 55.[37] Der Krankenstand der Beschäftigten ist im Handwerk mit 5,4

26 Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (2024-2025): Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur medizinischen Rehabilitation 2012 bis 2024, Stuttgart.
27 Berufsvorbereitung (§ 49 Abs. 3 Nr. 2 SGB IX) und Berufliche Bildung (§ 49 Abs. 3 Nr. 4 und 5 SGB IX).
28 Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (2024-2025): a.a.O.
29 Deutsche Rentenversicherung Bund (2024): Reha-Bericht 2024, Berlin, S. 76.
30 Deutsche Rentenversicherung Bund (2024): a.a.O., S. 81-82
31 Vgl. §§ 15ff SGB VI
32 Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (2024-2025): Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2012 bis 2024, Stuttgart
33 Kai Burmeister / Jendrik Scholz (2024), a.a.O., S. 10.
34 Vgl. §§ 20ff SGB V.
35 Betriebliche Krankenversicherung e. V. (2025): Erfolgreiche Unternehmen brauchen gesunde Beschäftigte, Berlin, S. 7f f.
36 IKK classic (2023): Gesundheit im Handwerk – IKK-Bericht 2023, Dresden, S. 135.
37 Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2025): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2023, Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund, S. 26.

Prozent zudem höher als der Durchschnitt (5,1 Prozent). Im Bauhandwerk beträgt der Krankenstand sogar 6,4 Prozent.[38]

Die Kennzahl »Ausgaben für Betriebliche Gesundheitsförderung je Versicherten im Jahr« (vgl. Abb. 6) bestätigt die Fallzahlen (vgl. Abb. 5): Zwar erreichten im Jahr 2024 alle untersuchten Krankenkassen, in denen die Gewerkschaftsbank Verantwortung für Budgets wie Präventionspolitik trägt, das gesetzliche Mindestziel von 3,15 Euro Ausgaben je Versicherten für betriebliche Gesundheitsförderung. Die Betriebskrankenkasse ZF, die auch die zweitmeisten Beschäftigten erreicht, wendet mit 4,82 Euro je Versicherten erheblich höhere Beitragsmittel für betriebliche Gesundheitsprävention auf als die Innungskrankenkasse mit lediglich 3,41 Euro. Wie die Ortskrankenkasse (3,64 Euro) unterschreitet sie den GKV-Durchschnitt von 3,79 Euro.

Misslingende Versorgung, Prävention oder Rehabilitation: Erwerbsminderung als Armutsfalle?

170.572 Personen in Baden-Württemberg beziehen eine Erwerbsminderungsrente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.[39] Dies verweist auf ein misslingendes Versorgungs-, Präventions- und Rehabilitationsgeschehen. Sozialversicherungsleistungen beruhen auf Beiträgen[40], Gewerkschaften stellen traditionell u. a. folgende Anforderungen: Sie müssen, dem Lohnabstandsgebot[41] folgend, stets höher sein als Fürsorgeleistungen wie die Grundsicherung. Sie sollen nicht nur Armut vermeiden, sondern den Lebensstandard sichern. Werden diese Kriterien bei einer Erwerbsminderung in Baden-Württemberg erfüllt?

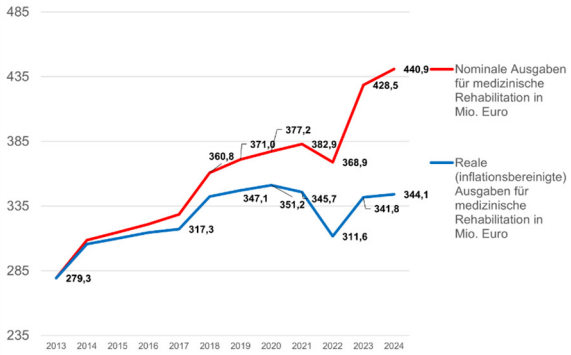
Der monatliche Bedarf bei Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung betrug 2024 bei Männern 1.030 Euro und bei Frauen 1.019 Euro.[42] Diese Werte markieren die Grenze zwischen dem Versicherungs- und dem Fürsorgesystem. Wer Einkünfte bzw. Erwerbsminderungsrentenleistungen bezieht, die insgesamt niedriger sind als etwa 1.000 Euro im Monat[43], hat Anspruch auf (ggf. ergänzende/aufstockende) Grundsicherungsleistungen.

Abb. 7 zufolge erhält jeder zweite erwerbsgeminderte Mann eine Erwerbsminderungsrente, die niedriger ist als der Grundsicherungsbedarf von etwa 1.000 Euro. Angesichts der durchschnittlichen Zahlbeträge unter 1.400 Euro wird das Lebensstandardsicherungsgebot nicht erfüllt. Selbst in der obersten Gruppe mit Zahlbeträgen von mehr als 1.400 Euro beträgt der durchschnittliche Zahlbetrag lediglich 1.713 Euro.

38 Vgl. IKK classic (2020): Kurzbericht Gesundheit 2020 – Gesundheit im Handwerk, Berichtsjahr: 2019, Dresden, S. 6.
39 Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (2025); eigene Berechnungen.
40 Statt auf Steuern wie bei staatlichen Fürsorgeleistungen beispielsweise bei der Grundsicherung im Alter mit Bedürftigkeitsprüfung und ggf. Einkommens- und Vermögenseinsatz.
41 Sich mit Arbeit immer besser zu stellen als mit Versicherungsleistungen, mit Versicherungsleistungen besser als mit Fürsorgeleistungen, mit einer entsprechenden Anreizwirkungen für sozialversicherungspflichtige Arbeit und Aus- und Weiterbildung.
42 Statistisches Bundesamt (2025): Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – Durchschnittliche Bedarfe im September 2024, Wiesbaden.
43 Höhe der anerkannten bzw. angemessenen Aufwendungen für die Unterkunft variiert im Einzelfall und örtlich.

ABBILDUNG 4

Nominale bzw. reale (inflationsbereinigte) Ausgaben der Rentenversicherung Baden-Württemberg für medizinische Rehabilitation 2013 bis 2024 in Mio. Euro[1]

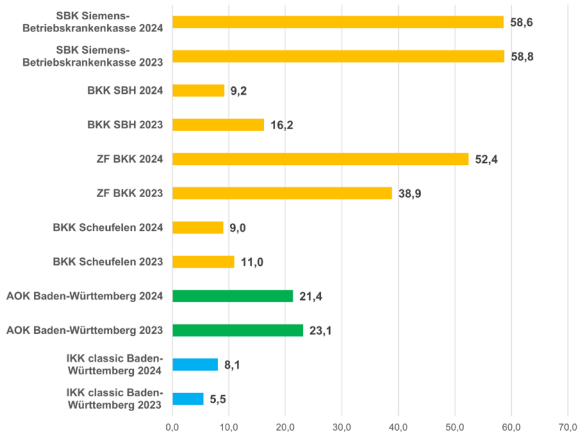


1 Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (2025): Ausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Stuttgart; eigene Berechnungen

Die Armutsgefährdungsquote beträgt bei Älteren über 65 Jahren in Baden-Württemberg 16,2 Prozent.[44] Darunter sind überwiegend Rentenbezieherinnen und -bezieher zu vermuten, die aufstockend auf Grundsicherungsleistungen angewiesen sind. Daraus folgt: Die Versicherungsleistung Erwerbsminderungsrente kann in Baden-Württemberg nicht als armutsfest klassifiziert werden. Ungefähr vier von fünf Frauen erhalten eine Erwerbsminderungsrente, die niedriger ist als das Grundsicherungsniveau (vgl. Abb. 8).

ABBILDUNG 5

Von Gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg mit Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte in den Jahren 2023 bzw. 2024 je 1.000 Versicherte[1]

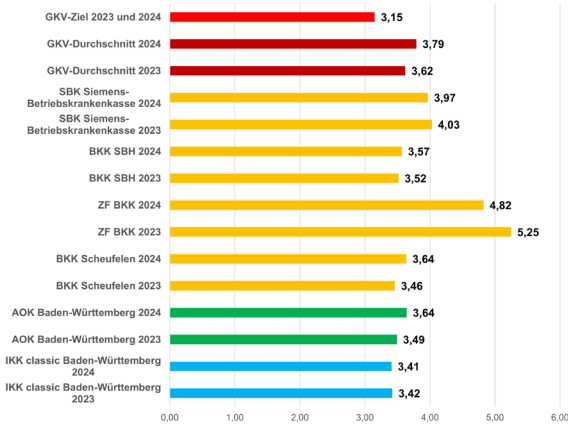


1 IKK classic/AOK Baden-Württemberg/BKK-Landesverband Süd (2025): Ausgaben für Betriebliche Gesundheitsförderung, Zahl der damit erreichten Personen und Zahl der Versicherten 2023 und 2024; IKK classic: nur Baden-Württemberg; AOK Baden-Württemberg: Daten für 2024 lagen noch nicht vor; eigene Berechnungen.

44 Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023): Armutsgefährdungsquoten – Bundesländer nach soziodemografischen Merkmalen (Bundesmedian), Jahr: 2022, mit Mikrozensusdaten, Wiesbaden

ABBILDUNG 6

Ausgaben von Gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg für Betriebliche Gesundheitsförderung 2023 und 2024 je Versicherten in Euro[1, 2]

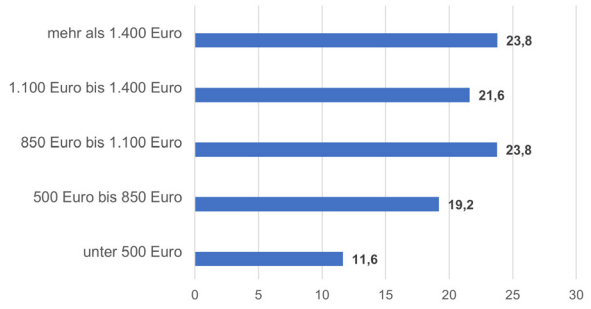


1 IKK classic/AOK Baden-Württemberg/BKK-Landesverband Süd (2025): a.a.O.

2 Medizinischer Dienst Bund/GKV-Spitzenverband (2023-2025): Präventionsbericht 2025 und Tabellenbände zu den Präventionsberichten 2023 und 2024, Berichtsjahre 2023, 2024 und 2025, Essen, S. 5; GKV-Durchschnitte 2023 und 2024.

ABBILDUNG 7

Zahlbeträge der Erwerbsminderungsrenten der Männer in Baden-Württemberg 2024[1]



1 Rentenbestand, mit Daten der Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg.

Auffällig ist, dass erheblich weniger Frauen Erwerbsminderungsrenten beziehen, die höher sind als 1.400 Euro (14,6 Prozent) als Männer (23,8 Prozent, vgl. Abb. 7). Niedriglohn- und Teilzeitarbeit, unstetige Erwerbsbiografien und Kindererziehungszeiten rufen sowohl bei den Alters- als auch bei den Erwerbsminderungsrenten einen tiefen *Gender Pension Gap* hervor. Noch viel stärker als bei den Männern sind die Erwerbsminderungsrenten bei den Frauen weder armutsfest noch wahren sie das Lebensstandardsicherungsprinzip. Misslingende Versorgungs-, Präventions- und Rehabilitationskonzepte erzeugen soziale Bedürftigkeit und Armut im Alter.

Ableitung politischer Handlungsansätze für Landespolitik und Selbstverwaltung

Die Landespolitik soll die Klinikinvestitionen des Landes Baden-Württemberg von etwa 450 Mio. auf 800 Mio. Euro im Jahr deutlich erhöhen. Die Zahl der Medizinstudienplätze muss erheblich steigen. Die Krankenhausreform strebt in der stationären Versorgung wirtschaftlichere Einheiten mit klareren Leistungsschwerpunkten an. Damit könnten Klinikschließungen in der Fläche verbunden sein. Angesichts des gravierenden Ärztemangels sollten deshalb an vakanten Standorten bzw. in freien Klinikgebäuden und idealerweise mit den vorhandenen Fachkräften Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet werden, um ambulante und stationäre sowie haus- und fachärztliche Versorgung und Beratungs- und Präventionsangebote vor Ort sektorenübergreifend stärker zu verzahnen. DGB-Kreis- und Stadtverbände gerade im ländlichen Raum könnten zusammen mit der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft, Betriebs- und Personalräten bestehender Kliniken bzw. Altenpflegeheime und gewerkschaftlichen Selbstverwaltungsmitgliedern aus lokalen/regionalen Gremien von Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen das Thema auf die politische Agenda hieven und dazu Auseinandersetzungen und Öffentlichkeit organisieren.

Die Landespolitik sollte prioritär Kommunen, Landkreise (wo ggf. bereits Know-how aus dem dort angesiedelten öffentlichen Gesundheitsdienst besteht) und Kliniken bei Gründung und Betrieb von MVZ unterstützen und mit einer Förderlinie dazu entsprechende Anreize setzen. Kreise/Kommunen und Krankenkassen sollen dabei modellhaft kooperieren. Für den Einstieg öffentlich-rechtlicher Krankenkassen mit ihrer regionalen Versorgungsexpertise in derartige gemeinwohlorientierte Betreibermodelle (Poliklinik 2.0) muss der Bundesgesetzgeber die erforderlichen rechtlichen Voraussetzungen schaffen.[45] Mit guter angestellter Arbeit in MVZ und dementsprechend angemessener Vergütungsniveaus könnte eine attraktive Alternative zum Geschäftsmodell des niedergelassenen Arztes mit unangemessen hohen Reinerträgen entstehen. Sie könnte auch für Fachkräfte aus den Gesundheitsberufen attraktiv sein.[46]

Die Gewerbeaufsichtsämter müssen beim Arbeitsschutz gestärkt werden, indem ihnen mehr Personalressourcen zur Verfügung gestellt werden, um mehr Betriebsbesuche und mehr Durchsetzungsmaßnahmen zu erreichen. Kurzfristig soll die Landespolitik dazu 250 neue Stellen schaffen, was mit zusätzlichen jährlichen Personalkosten in Höhe von etwa 20 Mio. Euro verbunden wäre.[47] Die Landespolitik soll ihrer gesetzlichen Verpflichtung, im Jahr mindestens fünf Prozent der Betriebe zu besichtigen, endlich nachkommen.[48]

45 Vgl. § 95 Abs. 1 a SGB V.

46 Dieser klassische Ansatz sozialdemokratischer/gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik fußt historisch auch auf Konzepten von »Kassenambulatorien« in der Weimarer Republik bzw. »Polikliniken« nach 1945 in Ostdeutschland. Vgl. Heike Krumbiegel (2006): Kassenambulatorien oder kommunale Polikliniken? Kompetenzkonflikte zwischen staatlicher Gesundheitsverwaltung und Sozialversicherung in der SBZ, in: Udo Schagen / Sabine Schleiermacher (Hrsg.): »Gesundheitsschutz für alle« und die Ausgrenzung von Minderheiten – Historische Beiträge zur Aushöhlung eines gesundheitspolitischen Anspruchs, Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften an der Charité, Berlin, S. 71-96.

47 Annahme: Arbeitgeberbrutto von 80.000 Euro im Jahr x 250 Stellen = 20 Mio. Euro; zusätzlich Sachkosten.

48 Vgl. § 21 Abs. 1a Arbeitsschutzgesetz.

Höhere finanzielle Mittel allein sind nicht ausreichend: Derzeit sind in Baden-Württemberg Landkreisämter sowohl für die Durchsetzung des Arbeitsschutzes gegenüber örtlichen Unternehmen zuständig als auch für Wirtschaftsförderung. Hierin bestehen offenkundig Interessenkollisionen. Daher ist zu prüfen, ob die Gewerbeaufsichtstätigkeit ausschließlich bei Regierungspräsidien angesiedelt oder eine zentrale Landesgewerbehörde gegründet werden sollte. Laut der Stuttgarter Thesen sollten verschiedene Sozialbehörden und Sozialversicherungsträger »für die Versicherten die Kooperation untereinander stärken«. Zielgruppe der Prävention müssten insbesondere prekär Beschäftigte in Kleinbetrieben (beispielsweise in Gastronomie, Logistik, Handwerk und Einzelhandel) sein. Mit einer stärkeren Zusammenarbeit der Gewerbeaufsichtsämter und der Unfallversicherungsträger im Sinne der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) könnten die abhängig Beschäftigten besser geschützt werden. Möglich wäre ein gemeinsamer Außendienst der Gewerbeaufsichtsämter mit den verschiedenen Berufsgenossenschaften wie der Unfallkasse Baden-Württemberg (UKBW).

Die Gewerkschaften sollen Betriebs- und Personalräte und Schwerbehindertenvertretungen aktiver dabei unterstützen, die Zahl der Gefährdungsbeurteilungen deutlich zu steigern, damit Arbeitsumgebungen inklusiver, gesundheitsgerechter und alters- und alternsgerechter gestaltet werden. Das schärft das gewerkschaftliche Profil und hilft bei der Mitgliedergewinnung. Die gewerkschaftliche Beteiligung an der Selbstverwaltung der Rentenversicherung soll sich dafür einsetzen, dass deutlich mehr Versicherte in Maßnahmen der beruflichen und medizinischen Rehabilitation einbezogen und die Mittel dazu jeweils um 30 Prozent erhöht werden. So können Erwerbsunfähigkeit und vorzeitiger Rentenbezug verhütet und die Beschäftigungsfähigkeit erhalten werden. Die Rentenversicherung soll in diesem Kontext eine berufliche Rehabilitationsstrategie entwickeln, die auch ein stärkeres Wirksamkeitscontrolling und eine stärkere politische Steuerung umfassen müsste.

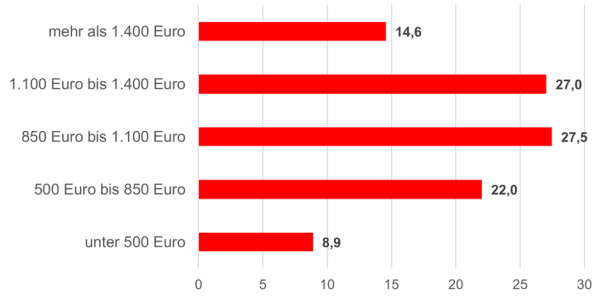
Strukturelle Veränderungen von Branchen und Berufen sollen berücksichtigt, zukünftige Qualifizierungsbedarfe systematisch identifiziert und in passgenaue Qualifizierungsmaßnahmen umgesetzt werden. Es mangelt der beruflichen Rehabilitationspolitik der Rentenversicherung bislang an Anschlussfähigkeit sowohl zur Fachkräftestrategie der Landespolitik und der Sozialpartner als auch an einer Verzahnung und Abstimmung mit den (beruflichen) Rehabilitationsleistungen der übrigen Sozialversicherungsträger im Sinne des gesetzlichen Kooperationsgebots[49], aber auch zu den kommunalen Integrationsämtern mit ihren Leistungen für Gehandicapte.[50]

Hinsichtlich der gewerkschaftlichen Beteiligung an der Selbstverwaltung stellen sich folgende Leitfragen: Wie wirksam sind die bestehenden Präventionsmaßnahmen in den Betrieben tatsächlich, wie wird dies gemessen bzw. evaluiert? Sind die Maßnahmen verhältnis- oder verhaltenspräventiv ausgestaltet[51], d. h. werden auch betriebliche Strukturen, Prozesse, Arbeitsumgebungen und -bedingungen betrachtet und ggf. Betriebs- und Personalräte einbezogen oder wird überwiegend auf individuelle Verhaltensänderungen wie Sport und Ernährung orientiert? Die Ausgaben für Maßnahmen für Betriebliches Gesundheitsmanagement sollten auf sechs Euro je Versicherten im Jahr steigen, um insbesondere unter den Versicherten der Orts- wie Innungskrankenkasse erheblich mehr Beschäftigte zu erreichen.

Aus den Befunden zur Erwerbsminderungsrente kann folgende Forderung an den Bundesgesetzgeber abgeleitet werden: Das Niveau der Erwerbsminderungsrenten muss deutlich erhöht werden und dann in der Regel oberhalb der Grundsicherung liegen. Erwerbsminderungsrenten müssen echte Versicherungsleistungen werden und den Lebensstandard nach einer Erwerbsminderung tatsächlich sichern.

ABBILDUNG 8

Zahlbeträge der Erwerbsminderungsrenten der Frauen in Baden-Württemberg 2024[1]



1 Rentenbestand, mit Daten der Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg.

***Kai Burmeister** ist DGB-Landesvorsitzender in Baden-Württemberg und alternierender Vorstandsvorsitzender der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg.*

***Maren Diebel-Ebers** ist stv. DGB-Landesvorsitzende in Baden-Württemberg und alternierende Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg.*

***Jendrik Scholz** ist Abteilungsleiter Arbeits- und Sozialpolitik beim DGB Baden-Württemberg und Mitglied des Verwaltungsrats der IKK classic.*

49 Vgl. auch § 86 SGB X, § 4 SGB XII, § 26 SGB IX.

50 Vgl. u. a. zur historisch entstandenen Fragmentierung der Zuständigkeiten in der Rehabilitation und zum Verhältnis medizinischer und beruflicher Rehabilitation Christoph Wehner (Hrsg. 2019): Aufbrüche in der Rehabilitation – Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Bochum.

51 Vgl. zum Charakter der Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements von Krankenkassen: Klaus Pickshaus (2014): Rücksichtslos gegen Gesundheit und Leben – Gute Arbeit und Kapitalismuskritik – ein politisches Projekt auf dem Prüfstand, Hamburg, S. 94: »Angesichts der herausragenden Bedeutung bedingungsbezogener Interventionen für eine Gesundheitsförderung ist der Anteil von 36 Prozent rein verhaltenspräventiver Aktivitäten nach wie vor sehr hoch.«