

Inhalt

I. Abkürzungsverzeichnis _____	5
II. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis _____	6
1. Einführung _____	7
1.1 Hintergrund und Problemstellung der Arbeit _____	7
1.2 Aufbau der Arbeit _____	8
2. Gesundheit und Arbeit _____	9
2.1 Der Gesundheitsbegriff _____	9
2.2 Die Bedeutung von Arbeit für die Gesundheit _____	11
2.3 Setting Arbeitsplatz _____	14
2.4 Aktuelle Arbeitsbedingungen _____	15
2.4.1 Wandel der Arbeitswelt _____	15
2.4.2 Zunahme psychischer Erkrankungen _____	16
2.4.3 Demographischer Wandel und Fachkräftemangel _____	18
3. Betriebliche Gesundheitsförderung _____	19
3.1 Begriffsbestimmungen _____	20
3.2 Historische Entwicklung _____	22
3.2.1 Initiativen der Weltgesundheitsorganisation _____	22
3.2.2 Aktivitäten des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung _____	23
3.3 Gesetzeslage in Deutschland _____	24
3.4 Voraussetzungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung _____	26
3.5 Einstieg und Phasen der Betrieblichen Gesundheitsförderung _____	29
3.5.1 Diagnose _____	30
3.5.2 Planung _____	31
3.5.3 Durchführung _____	33
3.5.4 Evaluation _____	34
3.6 Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung _____	35

4. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Unternehmen _____	38
4.1 Eine Übersicht _____	39
4.2 Potentiale und Herausforderungen _____	41
4.2.1 Rolle des Geschäftsführers _____	41
4.2.2 Ressourcen _____	42
4.2.3 Organisationsstruktur _____	44
4.2.4 Soziale Beziehungen _____	45
4.2.5 Überbetriebliche Faktoren _____	46
4.3 Möglichkeiten der Unterstützung _____	48
4.3.1 Krankenkassen _____	49
4.3.2 Gesetzliche Unfallversicherungen/ Berufsgenossenschaften _____	51
4.3.3 Netzwerke _____	52
4.4 Bisherige Erkenntnisse _____	54
5. Entwicklung des Manuals _____	55
5.1 Bedarfsklärung _____	56
5.2 Charakteristika der Ausführung _____	57
5.3 Auswahl relevanter Instrumente _____	58
5.3.1 Gesundheitszirkel _____	59
5.3.2 Diagnoseinstrumente _____	61
5.3.3 Umsetzungsinstrumente _____	64
5.3.4 Evaluationsinstrumente _____	66
5.4 Inhaltlicher Aufbau _____	67
6. Untersuchung und Weiterentwicklung des Manuals _____	69
6.1 Fragestellung der Untersuchung _____	69
6.2. Methodisches Vorgehen der Untersuchung _____	70
6.2.1 Untersuchungsdesign _____	70
6.2.2 Erhebungsmethode: Teilstandardisiertes Interview _____	70
6.2.3 Durchführung des Interviews _____	71
6.2.4 Beschreibung des Interviewpartners _____	71

6.3 Ergebnisse der Untersuchung _____	72
6.3.1 Standpunkte des Unternehmers _____	72
6.3.1.1 Bezüglich des Manuals _____	72
6.3.1.2 Bezogen auf die Gesundheitsförderung im Betrieb	73
6.3.1.3 Bezüglich betrieblicher Strukturen _____	75
6.3.2 Konsequenzen für das Manual _____	76
7. Diskussion der Ergebnisse _____	76
8. Kritik der Untersuchung und Ausblick _____	79
9. Zusammenfassung _____	80
III. Literaturverzeichnis _____	83
IV. Eidesstattliche Erklärung _____	91
V. Anhang _____	92

Die in der vorliegenden Arbeit verwendete männliche Schreibweise bezieht selbstverständlich die weibliche Form mit ein. Auf die durchgängige Verwendung beider Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet.

I. Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG Arbeitsschutzgesetz

BGF Betriebliche Gesundheitsförderung

BGM Betriebliches Gesundheitsmanagement

BVPG Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

DNBGF Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung

ENBGF Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung

EStG Einkommenssteuergesetz

GKV-Spitzenverband Spitzenverband Bund der Krankenkassen

iga Initiative Gesundheit und Arbeit

inqa Initiative Neue Qualität der Arbeit

KMU Kleine und Mittelständische Unternehmen

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

SGB Sozialgesetzbuch

WHO World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

WHP Workplace Health Promotion

II. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Beziehung zwischen Arbeit und Gesundheit.....	11
Abbildung 2 ENBGF-Dokumente zur BGF	23
Abbildung 3 Grundsätze für erfolgreiche BGF	26
Abbildung 4 Phasen der BGF.....	29
Abbildung 5 Beschäftigungsanteile 2010.....	39
Abbildung 6 Hürden im Rahmen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement.....	57
Tabelle 1 Merkmale "gesunder" und "ungesunder" Organisationen.....	13
Tabelle 2 Betrieblicher Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung	21
Tabelle 3 Ansatzpunkte und Maßnahmenfelder der BGF	32
Tabelle 4 Vorteile des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für Arbeitgeber und Arbeitnehmer	38
Tabelle 5 Handlungsfelder der Krankenkassen und die dazu gehörigen Präventionsprinzipien.....	50

1. Einführung

1.1 Hintergrund und Problemstellung der Arbeit

„Wer Leistung fordert, muss Gesundheit fördern!“ (Rudow, 2004, S.21)

Das Zitat verdeutlicht, was Arbeitgebern bewusst sein sollte: Die Gesundheits- und Leistungsentwicklung stehen beim Individuum wie in der Organisation im engen Zusammenhang (ebd.).

Umstände wie der Anstieg von psychischen Erkrankungen, Fachkräftemangel und demographischer Wandel erfordern ein Umdenken bei den Arbeitgebern. Um attraktiv für neue Arbeitskräfte zu erscheinen und bewährte Kräfte des Unternehmens zu erhalten, sollte die Unternehmensführung auf die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) setzen.

In Großunternehmen ist dieser Gedanke in wachsendem Maße verankert, weshalb die bisherigen BGF-Konzepte vorwiegend auf diese Unternehmensgröße ausgelegt sind. In den kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) fehlen dagegen weitreichende Kenntnisse in diesem Bereich. Überbetriebliche Faktoren wie beispielsweise die mangelnde Bekanntmachung der BGF durch Sozialversicherungsträger und Merkmale der KMU wie zum Beispiel knappe Ressourcen und besondere Organisationsstrukturen wirken sich negativ auf die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) aus.

KMU werden in Kleinstunternehmen mit bis zu 9 Mitarbeitern, Kleinunternehmen mit 10-49 Mitarbeitern und Mittleren Unternehmen mit 50-249 Beschäftigten unterteilt. Diese Betriebe machen in Deutschland den Großteil aller Arbeitgeber aus und daher ist besonders in diesem Sektor eine Einführung der BGF von großer Bedeutung.

In der vorliegenden Diplomarbeit wird die Angelegenheit der fehlenden Informationsmittel bezüglich BGF in KMU aufgegriffen. Ausgehend von den Kenntnissen der Wissenschaft, die ausführlich präsentiert werden, wird ein Manual speziell für Geschäftsführer kleiner und mittlerer Unternehmen entwickelt. In diesem wird der Leser zu einer Einführung der BGF motiviert und über das Vorgehen informiert.

Dem schließt sich eine Untersuchung und Weiterentwicklung des Manuals an. Es wird mittels der qualitativen Forschungsstrategie ein teilstrukturiertes Interview mit einem Geschäftsführer realisiert. Die erhobenen Antworten dienen als Ansatzpunkte für die darauf folgende Optimierung des Manuals und geben Erkenntnisse für die betrieblichen Bedingungen der KMU.

1.2 Aufbau der Arbeit

Ausgehend von einer Darstellung der allgemeinen Grundlagen und Hintergründe der BGF, folgt die spezielle Thematisierung der BGF in KMU und die Entwicklung des Manuals mit anschließender Ausführung der Untersuchung.

Kapitel 2 gibt eine Einführung in den Themenbereich „Gesundheit und Arbeit“. Nach Beschreibung des Gesundheitsbegriffs wird die Bedeutung der Arbeit für die Gesundheit erläutert. Anschließend folgt die Darstellung des Settings Arbeitsplatz und der aktuellen Arbeitsbedingungen.

Im dritten Kapitel wird die BGF vorgestellt. Dazu werden die begrifflichen Grundlagen erklärt und die historische Entwicklung sowie die deutsche Gesetzeslage beschrieben. Dem schließt sich eine Beschreibung der Voraussetzungen für die BGF, der verschiedenen BGF-Phasen und des Nutzens der BGF an.

Nachdem die Grundlagen beschrieben sind, wird in Kapitel 4 auf die BGF in KMU eingegangen. Nach einer einführenden Übersicht folgt die Beschreibung der Potentiale und Herausforderungen, die bezüglich BGF in KMU zu erwähnen sind. Des Weiteren werden die verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten und die bisherigen Erkenntnisse vorgestellt.

In Kapitel 5 wird die Entwicklung des Manuals präsentiert. Dabei wird anfangs auf die Bedarfsklärung eingegangen und danach das Manual anhand der charakteristischen Ausführung, der Auswahl an bestimmter BGF-Instrumente und dem inhaltlichen Aufbau beschrieben.

Kapitel 6 widmet sich der Untersuchung und der Manual-Weiterentwicklung. Es wird die Fragestellung der durchgeführten Untersuchung dargestellt und auf das methodische Vorgehen eingegangen. In Kapitel 6.3 werden die erhobenen Ergebnisse ausführlich dargelegt.

Im Anschluss folgt die Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 7) und die Kritik zur Untersuchung mit einem Ausblick bezüglich BGF in KMU (Kapitel 8).

Die Zusammenfassung (Kapitel 9) bildet den inhaltlichen Abschluss dieser Diplomarbeit.

2. Gesundheit und Arbeit

Das folgende Unterkapitel betrachtet weitgehend den Gesundheitsbegriff. Im zweiten Abschnitt wird der Einfluss der Arbeit auf die Gesundheit erläutert. Dem schließt sich die Beschreibung des Settings Arbeitsplatz und der aktuellen Arbeitsbedingungen an.

2.1 Der Gesundheitsbegriff

Mit dem Begriff „Gesundheit“ wird vorwiegend Krankheit und medizinische Therapie assoziiert. Dabei werden die Ursachen der Erkrankung vernachlässigt und der Fokus auf die krankheitsbedingten Symptome gerichtet (Gänsler/ Bröske, 2010,S.42). Die eigene Gesundheit gilt demnach als Produkt des Alltags und wird erst durch ihren Verlust zum Problem. War Badura (2008a, S.4) noch der Ansicht, dass Gesundheit als Privatsache gilt, zeichnet sich derzeit ein Wandel zu einem anderen Bewusstsein ab. Das Thema Gesundheit ist allgegenwärtig -ob es um gesunde Ernährung, körperliche Aktivitäten für die Gesundheit oder um Entspannung zugunsten einer gesunden Psyche geht. Somit hat die Auseinandersetzung mit der Gesundheit auch Einzug in die individuellen Wertevorstellungen von Unternehmen und Mitarbeitern erhalten (Meifert/ Kesting, 2004, S.5).

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) erkannte schon im Jahr 1948, dass Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheitssymptomen umfasst, und definierte dementsprechend den Begriff Gesundheit folgendermaßen:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO, 1948)

In diesem Sinne wird der Gesundheitsbegriff nicht nur negativ über Krankheit definiert, sondern verlangt positiv ein körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden.

Mit dieser Definition als Grundlage schaffte der amerikanische Sozialwissenschaftler Aaron Antonovsky in den 70er Jahren ein neues Gesundheitskonzept und leitete damit einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsforschung ein. Er begründete das viel beachtete Konzept der Salutogenese -die sogenannte Gesundheitsentwicklung. Der Fokus in diesem Salutogenese-Modell liegt nicht mehr auf Krankheitsauslösern, sondern auf gesundheitsförderlichen Faktoren und Ressourcen des Menschen. Demnach können Personen auch ihre Gesundheit fördern, wenn sie Belastungen bewältigen (Rudow, 2004, S.36). Dabei wird in dem Konzept behauptet, dass Individuen und Gruppen unter hohen Belastungen eher gesund bleiben, wenn die Anforderungen vorhersehbar und einordnungsfähig sind, wenn Chancen der Einflussnahme auf Entwicklungen gegeben sind, und wenn das Erreichen von Zielen möglich ist (Rosenbrock/ Michel, 2007, S.29).

In der Salutogenese gilt die Auffassung, dass es nie einen völlig gesunden oder völlig kranken Menschen geben kann. Jeder Mensch befindet sich in einem bestimmten Bereich zwischen krank und gesund und verfügt dabei über die Fähigkeit, mit Problemen umgehen zu können (DNBGF, 2011, S.16). Gesundheit sollte demnach nicht als Normalzustand angesehen werden, sondern als Ergebnis aktiven Handelns. Denn Gesundheit ist kein statischer Zustand. Er ist dynamisch, komplex und mehrdimensional (Kriener, 2009, S.77) und kann entwickelt werden (Rudow, 2004, S.21).

Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die dieser Arbeit zugrunde liegen, folgen der salutogenetischen Perspektive nach Antonovsky. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die gesunderhaltenden Faktoren zu ermitteln und nicht ausschließlich die Krankheit zu fokussieren.

2.2 Die Bedeutung von Arbeit für die Gesundheit

Einen großen Teil der Lebenszeit verbringen Erwerbstätige an ihrem Arbeitsplatz. Die Arbeit prägt folglich ihre gesamte Biographie und ihr Befinden. Die Arbeitswelt stellt somit einen zentralen Lebensbereich dar, in dem wichtige Weichenstellungen für die Gesundheit vorgenommen werden.

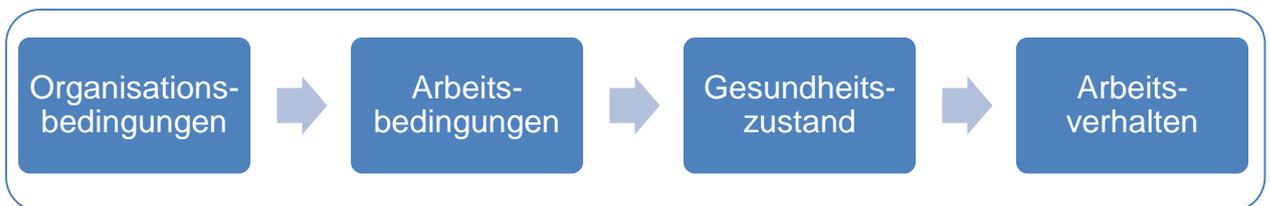


Abbildung 1: Beziehung zwischen Arbeit und Gesundheit (Eigene Darstellung in Anlehnung an Huber, 2010, S.70)

Die Abbildung 1 veranschaulicht, dass sich Arbeit und Gesundheit auf komplexe Weise gegenseitig beeinflussen. Die Organisationsbedingungen, die beispielsweise Führungsverhalten und Organisationskultur beinhalten, beeinflussen die Arbeitsbedingungen der Belegschaft. Die Arbeitsbedingungen, welche Handlungsspielräume sowie soziale Beziehungen umfassen, wirken sich auf die Gesundheit der Mitarbeiter aus, das heißt auf das physische und psychische Befinden, auf die Arbeitsmotivation und auf die Identifikation mit der Arbeit und der Organisation. Schließlich spiegelt sich die Gesundheit in dem tatsächlichen Arbeitsverhalten wider, welches die Qualität der Leistung, die Anwesenheit und die Kooperationsbereitschaft beeinflusst (Huber, 2010, S.69).

Naidoo und Wills (2010, S.334) bezeichnen die Arbeit als eine der stärksten Quellen gesundheitlicher Belastungen und Ressourcen. Als positiv zu bewertende Aspekte der Arbeit seien beispielsweise das soziale Netz, das Einkommen sowie ein gesteigertes Selbstwertgefühl zu nennen, welches durch Erwerbstätigkeit entsteht. Die Berufstätigkeit wirkt sich darüber hinaus auf die soziale Anerkennung, auf die Persönlichkeitsentwicklung und auf die soziale Identität aus (Danuser et al., 2011, S.410).

Arbeit kann die Gesundheit aber auch beeinträchtigen, denn alles, was im Betrieb geschieht, hat Einfluss auf die Gesundheit (Brandenburg/ Nieder/ Susen, 2000, S.16). Bestimmte Arbeitsformen, verbunden mit mangelnder Eigenständigkeit oder

Gleichförmigkeit, wirken sich negativ auf die Gesundheit aus. Diese Stressfaktoren sind immer öfter Auslöser von gesundheitlichen Schäden (Naidoo/ Wills, 2010, S.337).

Nach Rudow (2004, S.34) befriedigt Arbeit die Menschen, wenn sie das Bewusstsein haben, etwas bewirken zu können, anerkannt zu sein, herausgefordert zu werden und eine sinnvolle Tätigkeit auszuführen. Ergänzend gebraucht Badura (2008b, S.130) den Begriff „Kohärenzgefühl“ im Sinne von Antonovsky. Demzufolge sollte die Arbeit sinnhaft, verstehbar und beeinflussbar sein. Trifft dies nicht zu, bestehen Risiken für Produktivität und Gesundheit.

Die folgende Tabelle 1 stellt Merkmale gesunder und ungesunder Organisationen gegenüber. Nicht nur die Einzelperson, sondern auch alle sozialen Systeme befinden sich in einem Kontinuum zwischen „gesund“ und „ungesund“ (Bertelsmann Stiftung/ Hans-Böckler-Stiftung, 2004, S.19). „Organisationspathologien“ treten umso häufiger auf, je zahlreicher sich die Merkmale einer Organisation dem ungesunden Ende des Kontinuums nähern. Entsprechende Symptome sind hohe Krankenstände und Fluktuationsrate, Mobbing, Burnout, innere Kündigung etc., was negative Folgen für die Produktivität, Qualität und Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens hat (ebd.). Umgekehrt kann festgehalten werden, dass der Betrieb umso größere Leistungsbereitschaft und Produktivität der Mitarbeiter verzeichnen kann, je häufiger er sich in den beschriebenen Merkmalen dem gesunden Ende des Kontinuums zuordnen lässt.

	„Gesunde“ Organisation	„Ungesunde“ Organisation
Sinnstiftende Betätigung	stark verbreitet	weniger stark verbreitet
Soziale Kompetenz	stark ausgeprägt und verbreitet	gering ausgeprägt und verbreitet
Stabilität, Funktionsfähigkeit primärer Beziehungen	hoch	gering
Umfang sozialer Kontakte jenseits primärer Beziehungen	groß	gering
Gegenseitiges Vertrauen, Zusammenhalt unter Mitgliedern	groß	gering
Ausmaß persönlicher Beteiligung an systemischer Willensbildung	hoch	gering
Vertrauen in die Führung	groß	gering
Identifikation der Mitglieder mit übergeordneten Zielen und Regeln ihres sozialen Systems	stark ausgeprägt	gering ausgeprägt
Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln (Kultur)	groß	gering
Ausmaß sozialer Ungleichheit (Bildung, Status, Einkommen)	moderat	hoch

Tabelle 1: Merkmale "gesunder" und "ungesunder" Organisationen (Bertelsmann Stiftung/ Hans-Böckler-Stiftung, 2004, S.19)

Ein Zitat von Prof. Dr. Hans-Jörg Bullinger, Präsident der Fraunhofer-Gesellschaft, fasst abschließend den Konnex von Gesundheit und Arbeit zusammen:

„Auf das Arbeitsleben bezogen, ist Gesundheit Ausdruck einer ausgeglichenen und entwicklungsfähigen Arbeitsweise, die Freiräume für ein eigenständiges Denken und Handeln bietet.“ (Interview mit Bullinger in Gänslers/ Bröske, 2010, S.39).

2.3 Setting Arbeitsplatz

Es gibt mehrere Settings, in denen das Thema Gesundheitsförderung aufgegriffen beziehungsweise umgesetzt werden kann. Als Settings werden in der vorliegenden Arbeit Lebensbereiche verstanden, zum Beispiel Schulen, Senioreneinrichtungen oder Betriebe, in denen Menschen einen Großteil ihres Lebens verbringen. Es sind soziale Systeme, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit haben und in denen die gesundheitlichen Bedingungen gestaltet und beeinflusst werden können (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband, 2010, S.12). Ein Setting bietet daher Chancen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen (Rosenbrock/ Michel, 2007, S.6), da dort Personen erreicht werden können, die von sich aus außerhalb des Settings keine individuellen Präventionskurse besuchen würden.

Das Setting Arbeitsplatz eignet sich, wie im Folgenden dargelegt wird, aus mehreren Gründen besonders für die Gesundheitsförderung. Zunächst einmal beeinflussen Arbeitsplätze die Gesundheit. Sie sind ein Ort der Gesundheit oder Krankheit. Des Weiteren wird durch die BGF ein Großteil der Erwachsenen erreicht, die ihre Erfahrungen auf ihre Familien oder lokale Gemeinschaften übertragen können, womit ein erheblicher Anteil der Bevölkerung geprägt werden kann. Ein weiterer Vorteil ist, dass mithilfe der BGF der Zugang zu sonst eher schwer erreichbaren Gruppen (zum Beispiel Männer) ermöglicht werden kann. Zudem ist als positiv hervorzuheben, dass ein Unternehmen eine in sich geschlossene Adressatengruppe darstellt. Diese Gegebenheit mit den bestehenden etablierten Kommunikationskanälen und der sozialen Unterstützung kann den Erfolg der BGF-Maßnahmen erhöhen (Naidoo/ Wills, 2010, S.333).

Neben dem Setting Schule ist der Betrieb das erfolgreichste Feld für die Umsetzung von Gesundheitsförderung. Gründe dafür sind die effektiveren Möglichkeiten

der Regulierung von Technik, Organisation und Verhalten, die in diesem Rahmen eher stattfinden können, als in diffusen sozialen Gebilden (Rosenbrock, 2006, S.23).

2.4 Aktuelle Arbeitsbedingungen

In den anschließenden Abschnitten werden die aktuellen Arbeitsbedingungen ausgeführt. Dabei werden der Wandel der Arbeitswelt, die Zunahme der psychischen Erkrankungen, der demographische Wandel und der Fachkräftemangel betrachtet.

2.4.1 Wandel der Arbeitswelt

In der Arbeitswelt hat in den letzten Jahren ein Strukturwandel des Belastungsprofils stattgefunden. Es gelten umgestaltete technisch-organisatorische Bedingungen hin zur Automation und veränderte Wirtschaftsstrukturen im Sinne der Dienstleistungsgesellschaft. Dadurch bestimmt, sind die körperlichen und umgebungsbedingten Belastungen gesunken und die psychischen und organisationsbedingten Belastungen gestiegen. Für die Unternehmen bedeuten diese Veränderungen, nicht ausschließlich die körperliche Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu betrachten, sondern darüber hinaus auch psychomentele und motivationale Aspekte zu berücksichtigen (Peter, 2012, S.79).

Durch den Umbruch von der Industriearbeit zur Dienstleistungs- und Wissensarbeit ist der Faktor Mensch ein entscheidender Produktionsfaktor in großen Wirtschaftsnationen geworden – er nimmt eine Schlüsselfunktion in der unternehmerischen Wertschöpfungskette ein (Simon/ Heger, 2009, S.15). Dieser Strukturwandel lässt die Schnittstelle Mensch-Mensch immer wichtiger werden. Dabei sind die Komplexität der Arbeit, die zunehmende Verantwortung und der hohe Zeitdruck mit immer größeren gesundheitlichen Risiken für Mitarbeiter verbunden. Der Gestaltungsschwerpunkt verlagert sich in der Dienstleistungsgesellschaft stärker zu immateriellen Bedingungen (Badura, 2008b, S.139), wodurch der Unternehmenserfolg zunehmend von Faktoren wie etwa Kompetenz, Motivation und Verhalten der Beschäftigten abhängig ist (Rosenbrock/ Michel, 2007, S.55). Außerdem führt die zunehmende Globalisierung von Wirtschaftsprozessen mit Kennzeichen wie steigender Wettbewerb, Management-Professionalisierung, Prozess-

Beschleunigungen und wachsende Kundenanforderungen zu erhöhten Belastungen und einem Flexibilisierungsdruck seitens der Unternehmen (Meyer/ Tirpitz, 2008, S.19; Lenhardt/ Rosenbrock, 2010, S. 324).

Angespannte Arbeitsmarktsituationen schüren Ängste vor Arbeitsplatzverlust mit der Konsequenz sinkender Arbeitsunfähigkeitstage, obwohl die Mitarbeiter nicht gesünder als zuvor, sondern ängstlicher und angespannter sind (Meifert/ Kesting, 2004, S.9). Dieses Phänomen des Präsentismus ist das Gegenteil vom Absentismus, der krankheitsbedingten Abwesenheit. Beim Präsentismus gehen die Beschäftigten zur Arbeitsstelle, obwohl sie krank sind (Gänsler/ Bröske, 2010, S.29). Eine im Jahr 2009 durchgeführte Umfrage der Bertelsmann-Stiftung kam zu dem Ergebnis, dass 42 Prozent der Beschäftigten in Deutschland mindestens zwei Mal im Jahr krank zur Arbeit gehen. Wer krank zur Arbeit geht, erhöht das Risiko für längere Zeit auszufallen und somit das wirtschaftliche Risiko für das Unternehmen (ebd., S.30). Zusätzlich führt die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit durch Präsentismus zu Produktivitätseinbußen anlässlich psychischer oder physischer Beeinträchtigungen (Badura/ Walter/ Hehlmann, 2010, S.4). Arbeitswissenschaftler schätzen den Kostenfaktor des Präsentismus in Deutschland viermal höher ein als den von Arbeitsunfähigkeitstagen (Gänsler/ Bröske, 2010, S.35). Unternehmen, die sich beim Thema Gesundheit lediglich auf Fehlzeiten beziehen, vernachlässigen diesen weitaus bedeutenderen Kostenfaktor. Die Art der Führung und des sozialen Systems in einem Unternehmen beeinflusst dabei die Auftrittshäufigkeit des Präsentismus.

2.4.2 Zunahme psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahren im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen kontinuierlich an Bedeutung gewonnen. Der Anteil der psychisch bedingten Fehlzeiten an der gesamten Arbeitsunfähigkeit hat sich von Jahr zu Jahr erhöht. Im Folgenden wird anhand von Daten verschiedener Krankenkassen dargestellt, wie sehr sich das deutsche Krankheitswesen durch psychische Erkrankungen verändert:

- Laut Gesundheitsreport 2011 der Techniker Krankenkasse sind seit 2006 die Fehlzeiten unter der Diagnose „psychische Störungen“ bei Erwerbspersonen um 51 Prozent angestiegen (Techniker Krankenkasse, 2011, S.17).
- Der Gesundheitsreport 2012 der Barmer GEK zeigt auf, dass im Jahr 2011 die Dauer der Erkrankungsfälle mit der Diagnose „psychische Störung“ mit mehr als 40 Tagen im Vergleich zu anderen Krankheiten mit Abstand am längsten dauerte (Barmer GEK, 2012, S.35).
- Gemäß Barmer GEK sind im Jahr 2011 die psychischen Erkrankungen bundesweit auf Platz 2 (17,2 Prozent) der häufigsten Krankheitsarten. Nur die Muskel-Skelett-Erkrankungen waren häufiger gemeldet (22,1 Prozent) (Barmer GEK, 2012, S.41). In Hamburg sind die Erkrankungen der Psyche sogar auf dem ersten Platz mit 26 Prozent (ebd., S.6).
- Im Präventionsbericht 2012 wird festgestellt, dass seit dem Jahr 2000 die psychischen Störungen Hauptursache für krankheitsbedingte Frühberentungen sind (GKV-Spitzenverband/ MDS, 2012b, S.12)

Gründe für den Anstieg psychischer Erkrankungen können beispielsweise neue Informationstechnologien und neue Arbeitsformen sein, die zu Veränderungen in der Belastungs- und Beanspruchungssituation der Beschäftigten führen (Simon/ Heger, 2009, S.22). Ferner führt die ständige Erreichbarkeit auch außerhalb der Arbeitszeiten via Handy, Smartphone und Internet zu einer Arbeitsverdichtung (Gänsler/ Bröske, 2010, S.28), die sich in der Psyche widerspiegelt.

Die Folgen sind in den Verordnungen von Medikamenten erkennbar. Die AOK Rheinland/Hamburg meldet, dass sich in den letzten zehn Jahren (2001-2011) die Ausgaben für Psychopharmaka mehr als verdoppelt haben. Besonders hoch sind die Verordnungen von Antidepressiva. Allein zwischen dem Jahr 2009 und dem Jahr 2010 stieg die Zahl der antidepressiv behandelten Patienten um 21,4 und die Verordnungsmenge von Antidepressiva um 12,8 Prozent (AOK Rheinland/ Hamburg, 2011). Dies ist die Kehrseite der verzeichneten niedrigen Krankenstände. Es scheint das Motto zu gelten: ‚Medikamente nehmen, um gesund zu wirken‘. Die Anwesenheit psychisch belasteter Mitarbeiter leidet dann nicht unter dieser Erkrankung, dafür aber die Konzentration, die Leistung und die Fehlerhäufigkeit am Arbeitsplatz (Matyssek, 2010, S.14).

Zugespitzt können die Diagnosen Depression und Burn-out als „Arbeitsunfälle des 21. Jahrhunderts“ bezeichnet werden (Gänsler/ Bröske, 2010, S.31). Derzeit verfügen Mediziner noch nicht über ein valides differenzialdiagnostisches Instrument zur Bestimmung von Burn-out und es gibt keine harten Zahlen für die Bestimmung der Kosten für Unternehmen durch Burn-out. Doch Arbeitswissenschaftler plädieren dafür, die Burn-out-Prävention als strategische Unternehmensaufgabe zu integrieren (Gänsler/ Bröske, 2010, S.35).

Trotz der gesteigerten Rate psychisch Erkrankter sind psychische Belastungen am Arbeitsplatz meist noch ein Tabuthema (Barmer GEK, 2010, S.55). In Unternehmen ist als typische Reaktion ein hilfloses Verstummen zu vernehmen, wenn ein Mitarbeiter psychisch erkrankt ist. Um dem entgegen zu wirken, hat der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen als Teilziel in seinen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen 2013-2018 die Verringerung psychischer Fehlbelastungen festgehalten. Dabei werden verhältnispräventive Aktivitäten wie zum Beispiel Veränderungen der Arbeits- und Betriebsorganisation und der Informations- und Kommunikationsstruktur fokussiert (GKV-Spitzenverband, 2012, S.4).

2.4.3 Demographischer Wandel und Fachkräftemangel

In den Belegschaften der Unternehmen ist eine Verschiebung der Altersverteilung zu beobachten. Die Altersstruktur der Erwerbsbevölkerung entwickelt sich zu einem Überhang an älteren Beschäftigten. Gründe dafür sind zum einen der demographische Wandel innerhalb der Bevölkerung, aber auch die Knappheit an qualifizierten Arbeitskräften und das höhere Renteneintrittsalter (Rosenbrock/ Michel, 2007, S.54). Die demographische Veränderung und daraus resultierende Konsequenzen wie zum Beispiel eine alternde Belegschaft und ein Mangel an Nachwuchs- und Fachkräften veranlasst Unternehmen, sich neu zu positionieren, um für Mitarbeiter attraktiv zu sein.

Unternehmen stehen damit vor der Herausforderung, die Produktivität und Leistungsfähigkeit einer alternden Belegschaft zu erhalten. Wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle betrachtet, fällt auf, dass sie mit zunehmendem Alter stetig steigt. Die 60-64-jährigen Erwerbspersonen sind im Falle einer Krankschreibung durchschnittlich 26 Tage arbeitsunfähig gemeldet. In der jüngsten Altersgruppe

(15-19 Jahre) dauert dagegen ein Arbeitsunfähigkeitsfall im Durchschnitt 6 Tage (Barmer GEK, 2012, S.25). Dem könnte durch Gesundheitsförderung im jungen und mittleren Alter entgegengesteuert werden. Ein durchdachtes Gesundheitsmanagement, das zur Reduktion der Arbeitslast und zur Erhaltung der Einsatzbereitschaft und Produktivität der älteren Mitarbeiter verhilft, würde dem Unternehmen zugutekommen, denn die Älteren sind die Know-how-Träger des Betriebes. Die Arbeitsplätze und Produktionssysteme sollten gemäß diesen Veränderungen angepasst werden, was eine Integration des BGM in die Personalpolitik sinnvoll macht (Rosenbrock/ Michel, 2007, S.55).

Die Tatsache, dass auf dem Arbeitsmarkt gute Arbeitskräfte immer knapper werden, lässt die Personalpflege wichtiger denn je erscheinen. Es zählt, gute Fachkräfte motivieren, lange erhalten und optimal nutzen zu können (Rudow, 2004, S.14). Im Zuge des Fachkräftemangels wird schon vom Arbeitsmarkt der Unternehmen gesprochen, die sich demnächst bei potenziellen Arbeitnehmern bewerben müssen. Vor diesem Hintergrund dürfte die Bedeutsamkeit der wettbewerbsfähigen Position für die Unternehmen wichtiger denn je werden, wobei die gesunde Führung ein entscheidendes Kriterium sein dürfte (Pelster, 2011, S.102). Immer öfter werden Maßnahmen der Gesundheitsförderung deshalb als Wettbewerbsfaktor eingesetzt (Kuhn, 2008, S.195).

3. Betriebliche Gesundheitsförderung

In den nachstehenden Unterkapiteln wird die BGF detailliert beschrieben. Zu Beginn erfolgen Begriffsbestimmungen. Dem schließt sich die historische Entwicklung der BGF und die deutsche Gesetzeslage diesbezüglich an. Danach werden die strukturellen Voraussetzungen, die innerhalb des Betriebes für ein erfolgreiches BGF empfohlen werden, veranschaulicht. Der darauffolgende Abschnitt erläutert den Einstieg in die BGF und die unterschiedlichen BGF-Phasen. Abschließend wird der Nutzen, der durch eine BGF-Implementierung entsteht, aufgezeigt.

3.1 Begriffsbestimmungen

Im Jahre 1997 gab es die erste gemeinsame, europaweit anerkannte Definition für die betriebliche Gesundheitsförderung. Die Mitglieder des europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) definierten sie in ihrer verabschiedeten „Luxemburger Deklaration“ folgendermaßen:

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.“ (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, aktualisierte Fassung von 2007, S.2)

Heute wird vor allem in Großunternehmen parallel der Begriff „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM) verwendet, der im Wesentlichen dem BGF-Ansatz entspricht, jedoch die Verantwortung des Managements dabei betont. Demnach wird unter BGM die systematische und nachhaltige Integration von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen verstanden. Das BGM wird in die Unternehmensroutinen eingebunden und durch die fortwährenden Kernprozesse Diagnostik, Planung, Interventionsdurchführung und Evaluation begleitet (Bertelsmann Stiftung/ Hans-Böckler-Stiftung, 2004, S.113).

Wird die zuvor beschriebene Definition des BGM betrachtet, wird deutlich, dass die BGF erst aufgrund planmäßiger Durchführung zum betrieblichem Gesundheitsmanagement wird (Ulich/ Wülser, 2009, S.400).

Die BGF soll den öffentlich-rechtlichen Arbeitsschutz ergänzen und verfolgt dabei höher angesiedelte Merkmale, wie Sozialverträglichkeit, Zufriedenheit und Persönlichkeit (Oppolzer, 2006, S.23). Während der Arbeitsschutz mithilfe von Gesetzen und Verwaltungsvorschriften zentralistisch organisiert und ein Pflichtbestandteil im Unternehmen ist, ist die Gesundheitsförderung freiwillig und wird dezentral geregelt, beispielsweise als Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und Unternehmen (Rosenbrock/ Michel, 2007, S.54). Der Arbeitgeber handelt also im wirt-

schaftlichen Eigeninteresse und aus sozialer Verantwortung heraus. Vorteilhaft dabei ist, dass durch den freiwilligen Charakter der BGF das Engagement und die Motivation der Beteiligten höher ausfallen dürften, als bei einer Pflichtleistung.

Die nachfolgende Tabelle 2 verdeutlicht die unterschiedlichen Ausrichtungen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung.

	Betrieblicher Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Betrachtung des Menschen als...	...schutzbedürftiges Wesen <ul style="list-style-type: none"> • Defizitmodell • schwächenorientiert • pathogenetisches Grundverständnis 	...autonom handelndes Subjekt <ul style="list-style-type: none"> • Potentialmodell • stärkenorientiert • salutogenetisches Grundverständnis
Aufgaben/ Ziele verhältnisorientiert	Vermeiden beziehungsweise Beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen <ul style="list-style-type: none"> • Schutzperspektive • belastungsorientiert 	Schaffen beziehungsweise Erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsperspektive • ressourcenorientiert
Aufgaben/ Ziele verhaltensorientiert	Erkennen und adäquates Handeln in gefährlichen Situationen <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmen von Gefahren 	Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmen von Chancen

Tabelle 2: Betrieblicher Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung (Ulich, 2011, S.547)

BGF-Maßnahmen werden in Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Erstgenannte richtet sich auf gesundheitsgerechte Verhaltensweisen und versucht gesundheitsgefährdende Gewohnheiten zu verändern. Die Verhältnisprävention bezieht sich auf organisatorische und soziale Bedingungen des Umfeldes. Im Idealfall werden im BGM beide Formen kombiniert (GKV-Spitzenverband/ MDS, 2012a, S.16). Im Kapitel 3.5.3 (Tabelle 3) werden Beispiele für verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen gegeben.

3.2 Historische Entwicklung

In den letzten 30 Jahren hat sich das Gebiet der BGF stetig weiter entwickelt. Angefangen mit den Aktivitäten der WHO folgte ein dauerhafter Ausbau der BGF sowohl in globaler als auch in europäischer Form. Die nachstehenden Abschnitte beleuchten die historische Entwicklung der BGF einerseits unter der WHO und andererseits durch das ENBGF.

3.2.1 Initiativen der Weltgesundheitsorganisation

In den späten siebziger Jahren nahm das Thema Gesundheitsförderung durch die WHO an Gestalt an. Der Beginn der globalen Programmentwicklung war im Jahre 1978 in Alma Ata. Es folgten unterschiedliche Empfehlungen, die sich der Materie annahmen. Die Festlegung des Begriffs „Gesundheitsförderung“ und somit die Grundlage der BGF erfolgte 1986 auf der ersten internationalen Konferenz der WHO zur Gesundheitsförderung in Ottawa (WHO, 1986). Grundidee der Ottawa-Charta ist die Befähigung der Bevölkerung zum eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit. Wobei die betriebliche Gesundheitsförderung nicht nur individuell betrachtet, sondern ebenfalls die Wechselwirkung von Arbeitsanforderungen und subjektiven Kompetenzen des Arbeitenden berücksichtigt wird (Rudow, 2004, S.22). Bei der sechsten und bislang letzten Charta im Jahre 2005 in Bangkok kritisierten die Teilnehmer der Konferenz angesichts der vielen schon stattgefundenen Treffen die gering ausgeführten Konsequenzen. Es folgte die Forderung nach zielorientierten Aktionsprogrammen (Singer, 2010, S.27). Beispielsweise wurde appelliert, dass die Gesundheitsförderung von der Regierung priorisiert finanziert und von Unternehmensführern verantwortlich im Betrieb zum Wohlergehen der Arbeitnehmer integriert werden sollte (WHO, 2005).

3.2.2 Aktivitäten des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung

Das ENBGF wurde 1996 auf Initiative der Europäischen Kommission gegründet. Es verabschiedete zahlreiche Deklarationen zur Thematik der BGF, die in Abbildung 2 in chronologischer Reihenfolge dargestellt und nachfolgend erläutert werden.

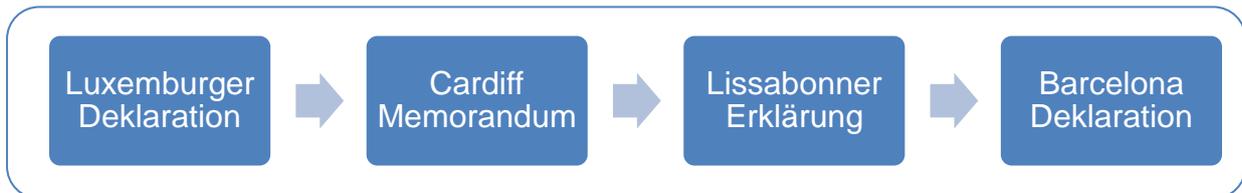


Abbildung 2: ENBGF-Dokumente zur BGF

Beginnend mit der Luxemburger Deklaration aus dem Jahre 1997 (aktualisiert 2005 und 2007) verfolgte das ENBGF das Ziel, ein einheitliches Verständnis über BGF in Europa zu schaffen. Sie beinhaltet die europaweit anerkannte Definition zur BGF und die Leitlinien für eine erfolgreiche BGF. Die darin aufgeführten Grundsätze lauten: Partizipation, Integration, Projektmanagement und Ganzheitlichkeit (ENBGF, 2007). Die Beschreibung der Grundsätze folgt im Kapitel 3.4.

1998 erschien das Cardiff Memorandum, das sich mit der Problematik der BGF-Implementierung in KMU beschäftigte. Ziel dieser Aufzeichnung war das Vorantreiben der BGF in KMU (Singer, 2010, S.32).

Die Lissabonner Erklärung (2001) führt die Thematik fort. In dieser Aufzeichnung wird erfasst, dass neben der Problematik in KMU durchaus auch ein großes Potential für BGF vorhanden ist. Durch das familiäre Miteinander, den großen Einfluss der Geschäftsleitung auf die Gestaltung des Umfeldes und die flache Hierarchie ist eine geeignete Basis für erfolgreiches BGF gegeben. In der Erklärung wird gefordert, dass ausreichende Sozial- und Sicherheitsstandards, ein gesundheitsförderliches Umfeld, wirtschaftlicher Wachstum und Beschäftigung miteinander verbunden werden müssen. Die Netzwerk-Mitglieder beschließen, dass dafür speziell für die Bedürfnisse der KMU Informationskampagnen, Netzwerke, Strategien und Maßnahmen entwickelt werden sollen (ENBGF, 2001, S.3).

In der Barcelona Deklaration von 2002 wird dem Arbeitsplatz ein bedeutender Einfluss auf die Gesundheit der Arbeitnehmer und somit eine große Beteiligung an hohen Kosten der Gesundheitssysteme zugesprochen. Vor allem in KMU wird aber noch wenig in die Gesundheit der Arbeitnehmer investiert. Das Ziel der Deklaration ist die Bekanntmachung guter Praxisbeispiele der BGF in Gesamt-Europa. Mithilfe von Netzwerken zum Erfahrungsaustausch und einer vom ENBGF zusammengestellten Toolbox mit geeigneten Instrumenten soll die Verbreitung der BGF vorangetrieben werden (Singer, 2010, S.33).

Im Jahre 2002 bildete das ENBGF auf nationaler Ebene das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). Es soll als Plattform zur Verbreitung von BGF-Maßnahmen und der besseren Kooperation aller nationalen BGF-Akteure dienen. Das DNBGF wird vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit unterstützt und ist Teil der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Das Netzwerk ist offen für alle an BGF-Praxis interessierten Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen. Die Mitgliedschaft ist kostenlos und beinhaltet die aktive Mitwirkung und den Erfahrungsaustausch in schwerpunktmäßig zusammengefassten Foren, zum Beispiel dem KMU-Forum (DNBGF, 2011, S.28).

3.3 Gesetzeslage in Deutschland

Der volkswirtschaftliche Nutzen, der vom BGM ausgeht, wurde vom Gesetzgeber erkannt und rechtlich gefestigt. Seit Mitte der achtziger Jahre entwickelten sich die Gesetze der BGF vor allem durch die gesetzlichen Krankenkassen. Als Auslöser und Basis dafür gelten die WHO-Dokumente (Singer, 2010, S.41).

Ein entscheidendes Gesetz zur Durchführung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz ist das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) von 1996 (aktualisiert 2009). Es verpflichtet den Arbeitgeber, Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz zu ermitteln und abzubauen. Dabei sollen sowohl körperliche wie auch psychische Belastungen berücksichtigt werden (Uhle/ Treier, 2011, S.62).

Zusätzlich zum Arbeitsschutzgesetz bildet seit 1989 das Sozialgesetzbuch (SGB) eine wichtige Rechtsgrundlage, die sich mit BGF beschäftigt. Paragraph 20 des fünften Sozialgesetzbuches formt unter anderem die Basis für die BGF-Finanzierung. Weiterhin ist im SGB V der § 20a anzufinden, der zum einen fordert, dass die

Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammenarbeiten und zum anderen, dass verschiedene Krankenkassen untereinander einig werden und die Aufgaben, die in der BGF entstehen, gemeinsam wahrnehmen sollen. Mit der Novellierung des Gesetzes im Jahre 2007 wurde die BGF eine Pflichtleistung für die Krankenkassen (Singer, 2010, S.44). Somit müssen sie Unternehmen bei der Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen aktiv unterstützen, wovon besonders KMU profitieren können.

Der § 65a Abs.2 SGB V sieht vor, Versicherte, sei es der Arbeitgeber oder der Beschäftigte, die an BGF-Maßnahmen teilnehmen, mit einem Bonus zu belohnen. Dieses Bonusverfahren ist im Gegensatz zur BGF keine Pflichtleistung für Krankenkassen, sondern eine freiwillige Satzungsleistung. Kassen haben dank dem Gesetz die Möglichkeit individuell gestaltete Bonussysteme zu entwickeln und somit einen großen Handlungsspielraum für die Ausgestaltung (Bertelsmann Stiftung, 2009, S.25).

Seit 2009 gilt gemäß § 3 Abs.1 Nr.34 Einkommenssteuergesetz (EStG) eine steuerliche Begünstigung von Präventionsmaßnahmen. Hiernach sind zusätzlich zum Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers, die den allgemeinen Gesundheitszustand und die betriebliche Gesundheitsförderung betreffen, bis zu 500 Euro je Kalenderjahr steuerfrei. Unter die Steuerbefreiung fallen insbesondere jene Leistungen, welche im „Leitfaden Prävention“ als Handlungsfelder der Krankenkassen aufgeführt sind. Dabei können die Maßnahmen auch außerhalb der Unternehmen stattfinden und von externen Dienstleistern wahrgenommen werden, was KMU ohne ein betriebliches Gesundheitsmanagement entgegenkommen mag (GKV-Spitzenverband/ MDS, 2010, S.72). Im Kapitel 4.3 werden die vorweg erwähnten Handlungsfelder der Krankenkassen näher erläutert und die dazugehörigen Präventionsprinzipien erklärt.

3.4 Voraussetzungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden die in der relevanten Literatur beschriebenen Voraussetzungen für die Ein- und Durchführung der BGF vorgestellt.

Die Luxemburger Deklaration (ENBGF, 2007, S.4) beinhaltet Leitlinien, an denen sich ein Unternehmen orientieren sollte, wenn es ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement und Mitarbeitergesundheit anstrebt. Die nachstehende Abbildung 3 definiert diese Grundsätze, die für die BGF notwendig sind.



Abbildung 3: Grundsätze für erfolgreiche BGF (in Anlehnung an ENBGF, 2007, S.4)

Diese Grundsätze als Basis und darauf aufbauende weitere Voraussetzungen werden im Folgenden verdeutlicht.

Zunächst wird für die Realisierung eines BGM laut Meuser (2004, S.248) Mut des Initiators benötigt, denn Betriebe sind als soziale Systeme anfällig gegenüber Veränderungen im emotionalen Bereich. Gesundheitsaktionen lösen neben den investiven auch soziale Wirkungen aus und so kann jedes Projekt Verunsicherung innerhalb der Belegschaft mit sich bringen. Der Arbeitgeber sollte daher das geplante Vorhaben mit Vorsicht im Betrieb kommunizieren, denn er kann nicht davon ausgehen, dass die für ihn so offensichtliche positive Wirkung der betrieblichen Gesundheitsförderung auch von den Arbeitnehmern ohne Weiteres zweifelsfrei

erkannt wird. Die Angst vor Veränderungen und weiteren Ansprüchen kann bei den Mitarbeitern zu Blockaden und Ablehnung von Maßnahmen führen. Daher muss die unternehmensinterne Kommunikationsstruktur klar geregelt sein (Stähr, 2010, S.275).

Zudem ist die Bereitschaft aller Beteiligten, ihr bisheriges Rollenverständnis zu hinterfragen und gegebenenfalls zu ändern, Voraussetzung für den BGF-Erfolg. Besonders Geschäftsführer und Führungskräfte müssen bereit sein, das Thema Gesundheit nicht nur negativ über krankheitsbedingte Abwesenheit zu minimieren. Sie müssen die Gesundheitsförderung als positive und mit Partizipation zu bewältigende Gestaltungsaufgabe begreifen. Erfolgreich sind Projekte, in denen ein gemeinsames Verständnis der Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Produktivität und Arbeitszufriedenheit entwickelt wird (Rosenbrock, 2006, S.23). Die durch Gewohnheitsrechte bestehenden Hierarchien sollten dabei mit Berücksichtigung der Partizipation herabgesetzt werden. Die Möglichkeit aller Mitarbeiter an der BGF teilzunehmen und sich aktiv bei der Konzeptentwicklung beteiligen zu dürfen, bewirkt eine steigende Akzeptanz und somit größere Teilnehmerzahlen und weniger „Abbrecher“ während den Maßnahmen (Sommer, 2004, S.170).

Darüber hinaus sollten die Themen „Gesundheit und Salutogenese“ im Unternehmen auf oberster Stufe verankert und auf allen Ebenen gelebt werden, woraus die Notwendigkeit des starken Engagements und der Überzeugung der Geschäftsführung bezüglich des Gesundheitsmanagements entsteht (Kesting/ Meifert, 2004, S.29). Wenn die Unternehmensleitung akzeptiert, dass für ein effektives BGM Veränderungen in allen Betriebsbereichen notwendig ist, steigt der gemessene Erfolg für BGF sprunghaft an (Sommer, 2004, S.170).

Entscheidend für das Ergebnis des Gesundheitsmanagements ist außerdem die Dauer der Programme. Wenn nur kurzfristige Einzelmaßnahmen stattfinden, läuft das BGM Gefahr mit viel Input, wenig Output zu erreichen (Stähr, 2010, S.272). Den Mitwirkenden sollte klar sein, dass Gesundheitsmanagement ein ständiger Prozess ist, der einzelne Mitarbeiter, die Arbeitssituation, das gesamte Unternehmen, die Produkte und das Arbeitsumfeld berücksichtigt (Brandenburg/ Nieder/ Susen, 2000, S.15). Damit es bei der BGF-Implementierung nicht zu wenig strukturierten einzelnen Maßnahmen kommt, sollte daher ein systematisches Vorgehen

im Sinne des Projektmanagements gewählt werden. Ein planvolles Vorgehen schont zudem die betriebseigenen Ressourcen und sorgt für Transparenz bei den Beteiligten (Sommer, 2004, S.170). Die Projektschritte können als vier Phasen unterteilt werden: Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation (Kesting/Meifert, 2004, S.35). Sie werden im Kapitel 3.5 detailliert beschrieben.

Schließlich ist für die BGF-Einführung das Vorhandensein von Steuerungsstrukturen unentbehrlich. Es sollte eine Arbeitsgruppe gegründet werden, in der Personen aller Ebenen zusammenarbeiten, damit die Gesamtsituation ausreichend betrachtet werden kann. Als sinnvolle Teilnehmer kommen Führungskräfte, Sicherheitsfachkräfte, der betriebsärztliche Dienst, der Betriebsrat sowie Mitarbeiter in Frage. Ein externer Berater sollte mit einbezogen werden, denn dieser kann objektiv Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Die Angehörigen der Steuerungsgruppe sollten motiviert und interessiert das Thema BGF voranbringen, den Inhalt im Betrieb kommunizieren und alle erforderlichen Entscheidungen treffen (Stähr, 2010, S.273). Diese Steuerungsstruktur ist notwendig für die Durchführung umfassender Bedarfsanalysen, Interventionen und Erfolgskontrollen. Für kleinere Betriebe ist es ein höherer Aufwand derartige Strukturen aufzubauen als in größeren Unternehmen, dennoch sollte es strikt verwirklicht werden. So kann in kleinen Unternehmen beispielsweise ein einzelner Mitarbeiter für die BGF-Organisation verantwortlich sein und die Koordination von Sitzungen und den Kontakt zur Geschäftsleitung als Aufgabe mit übernehmen (Badura/ Ritter/ Scherf, 1999, S.73). Dieser für die BGF verantwortliche Mitarbeiter sollte sich von überbetrieblichen Instanzen wie Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Handwerkskammern und Innungen Hilfestellung beschaffen und somit das Fehlen von betriebseigenen Experten ausgleichen (ebd., S.72).

Die 2009 erhobenen Daten des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband/ MDS, 2010, S.103) belegen, dass bei Existenz einer Steuerungsgruppe die BGF tendenziell höherwertig und somit erfolgversprechender ist, als wenn keine Steuerungsstruktur besteht. Zum Einen dauern die BGF-Aktivitäten durchschnittlich länger an (34 statt 19 Monate im Durchschnitt) und zum Anderen sind die Interventionen öfter sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Ohne Steuerungsgruppe werden eher nur die mit weniger Aufwand verbundenen verhaltensbezogenen Aktivitäten realisiert. Eine „Arbeitsgruppe Gesundheit“ kann maßgeblich zum

Grundsatz der Ganzheitlichkeit beitragen und darauf achten, dass er aufrechterhalten wird.

3.5 Einstieg und Phasen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Zunächst steht an erster Stelle der BGF-Einführung die Zieldefinition. Hierbei sollte geklärt werden, welche Motive zu der Absicht einer BGF geführt haben und was mit dem Gesundheitsmanagement im Unternehmen erreicht werden soll. Die Bestimmung der Ziele hat eine besondere Bedeutung, da hier auch die Vorgehensbreite und -tiefe festgelegt wird und sich das weitere Vorgehen an ihr orientiert. Bei diesem ersten Schritt ist die Einbeziehung eines neutralen Experten (zum Beispiel von einer Krankenkasse) vorteilhaft (Kesting/ Meifert, 2004, S.36).

Bevor es zur Diagnose der Arbeitsbedingungen kommt, sollte als Auftakt die gesamte Belegschaft über das geplante Vorhaben informiert werden. Eine Kick-off-Veranstaltung kann dabei zur Sensibilisierung der Beschäftigten für das Thema „Gesundheit im Betrieb“ dienen. Vor dem Hintergrund der notwendigen Partizipation ist das Informieren aller Unternehmensmitglieder sowohl zu Beginn als auch in kontinuierlicher Form während des gesamten Prozesses unentbehrlich (Kesting/ Meifert, 2004, S.37).

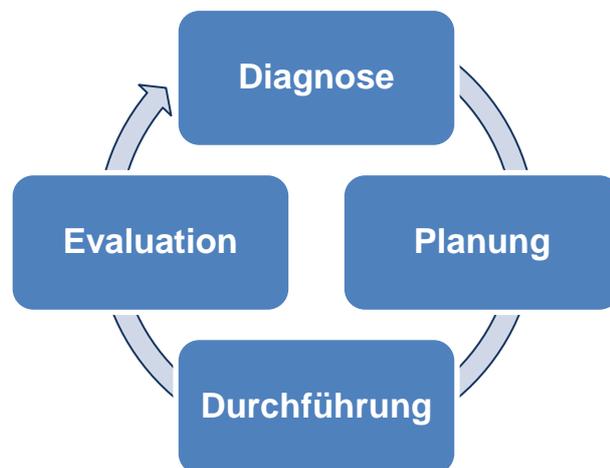


Abbildung 4: Phasen der BGF

Nach der Bekanntmachung des Vorhabens kann mit der Durchführung der vier BGF-Phasen begonnen werden. Die im Vorwege abgebildeten vier Phasen (Ab-

bildung 4) bilden einen Zyklus, der kontinuierlich spiralförmig durchlaufen werden sollte. Mit jeder Handlung und jeder nutzbaren Anregung eines Mitarbeiters während der betrieblichen Gesundheitsförderung wird zusätzliches Wissen gesammelt, das in den nächsten Zyklusdurchlauf eingebracht werden kann. So können beispielsweise aus Evaluationsergebnissen Rückschlüsse für die weitere Diagnose und Planung gezogen werden (Badura/ Ritter/ Scherf, 1999, S.55).

In den anschließenden Abschnitten werden die verschiedenen Phasen der BGF vorgestellt.

3.5.1 Diagnose

Um Ressourcen für das Gesundheitsmanagement sinnvoll einzusetzen, bildet eine umfassende Diagnose die Basis eines jeden BGM-Projekts. Diese Phase beleuchtet arbeitsbedingte Belastungen und definiert die Handlungsfelder. Sie stellt somit die Erfassung des Ist-Zustandes im Betrieb dar. Wichtig für ein wirkungsvolles BGM ist, dass die Erkenntnisse aus der Diagnosephase den Mitarbeitern mitgeteilt werden (Sommer, 2004, S.174).

Die Analyse sollte an die Größenverhältnisse der Unternehmen angepasst werden, um bei unterschiedlichen Betriebsgrößen durchführbar zu bleiben. In Kleinst- und Kleinbetrieben spielt die Praktikabilität eine besondere Rolle. Beispielsweise können dort keine umfangreichen Mitarbeiterbefragungen oder unternehmensinterne Gesundheitsberichte erstellt werden, weil zum einen die zeitlichen und personellen Ressourcen knapp sind und zum anderen der Datenschutz nicht gewährleistet werden kann. Untersuchungen von Gruppen unter 50 Personen beeinträchtigen den Datenschutz, da Rückschlüsse auf Einzelpersonen gezogen werden könnten (Badura/ Ritter/ Scherf, 1999, S.89). Alternativ können diese Betriebe von den zuständigen Krankenkassen branchenübergreifende Gesundheitsberichte einfordern, die im Unternehmen präsentiert und besprochen werden (ebd., S.83). Zusätzlich zu diesen objektiven Daten der Krankenkasse können zur Diagnose Arbeitsplatzbegehungen und Diskussionen mit Mitarbeitern vor Ort einen ersten subjektiven Eindruck der Gesundheitssituation im Betrieb zulassen.

Es empfiehlt sich schon in der Analysephase die Bildung eines moderierten Gesundheitszirkels. Dieses Instrument bringt die Erfahrungen der Mitarbeiter über

beanspruchende Arbeitssituationen mit Experten- und Vorgesetztenwissen zusammen, woraus Ideen für eine gesundheitsgerechte Gestaltung entstehen können (Badura/ Ritter/ Scherf, 1999, S.86). Der Gesundheitszirkel sollte beständig in allen Phasen der BGF stattfinden (Kesting/ Meifert, 2004, S.37). Die detaillierte Erläuterung des Gesundheitszirkels und weitere bedeutende Instrumente der Diagnose sind im Kapitel 5.3 aufgeführt.

3.5.2 Planung

Mit den Diagnose-Ergebnissen als Grundlage kann die Interventionsplanung beginnen. In dieser Phase werden die Maßnahmen inhaltlich und organisatorisch vorbereitet. Die Daten der Analyse zeigen hierbei an, was prioritär behandelt werden sollte. Für die kommenden Interventionen werden die Handlungsabfolge und die Ziele erarbeitet. Hilfreich dabei ist ein Projektstrukturplan (Kesting/ Meifert, 2004, S.38).

Die Steuerungsgruppe sollte dabei einen zeitlichen, organisatorischen und finanziellen Rahmen in Absprache mit der Unternehmensleitung abstecken. Es sollte zudem geklärt werden, wie viel Arbeitszeit der Mitarbeiter für die gesundheitsförderlichen Interventionen eingeplant werden darf (Badura/ Ritter/ Scherf, 1999, S.100).

Bei der Auswahl an Maßnahmen sollte auf ein Gleichgewicht von verhaltens- und verhältnisbezogenen Handlungen geachtet werden. Verhaltensbezogene Maßnahmen könnten beispielsweise Kurse zu Bewegung und Ernährung sein, oder den Umgang mit Arbeitsmitteln und die Teamfähigkeit betreffen. Die verhältnisbezogenen Maßnahmen könnten dann beispielsweise die Errichtung eines betrieblichen Fitnesscenters oder gesundes Kantinenessen darstellen beziehungsweise sich auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes beziehen (Danuser et al., 2011, S.411). Die nachfolgende Tabelle 3 veranschaulicht mit weiteren Beispielen die Möglichkeiten der verhaltens- beziehungsweise verhältnisbezogenen Maßnahmen.

	Verhalten (kompetente Person)	Verhältnisse (gesunde Organisation)
Allgemeine Gesundheitsfaktoren	Kurse zu <ul style="list-style-type: none"> • Bewegung • Ernährung • Entspannung • Rauchen, Sucht • Bewältigungsverhalten 	Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> • Betriebliches Fitnesscenter • Gesundes Kantinenessen • Ruheräume • Rauchfreies Unternehmen • Gesundheitsleitbild, Policies
Arbeitsbezogene Gesundheitsfaktoren	Personalentwicklung <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Arbeitsplatz und –mitteln • Führungsverhalten • Teamfähigkeit • Berufliche Qualifikation • Arbeitsmarktfähigkeit • Bewältigungsverhalten 	Arbeitsgestaltung <ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung Arbeitsplatz und –mittel • Entscheidungsspielräume • Teamarbeit • Erweiterung Arbeitsaufgaben • Arbeitsplatzsicherheit

Tabelle 3: Ansatzpunkte und Maßnahmenfelder der BGF (Danuser et al., 2011, S.412)

Laut iga-Report 13 (Sockoll/ Kramer/ Bödeker, 2008, S.63), in dem die Ergebnisse aus fast 1000 Studien untersucht wurden, sind folgende Interventionen besonders wirksam:

- individuelle Schulungen und Sportkurse,
- motivierende Hinweisschilder (zum Beispiel Treppennutzung) und
- Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen.

Des Weiteren wurde im iga-Report 3 festgestellt, dass die multifaktoriell konzipierte BGF, in der Einzelmaßnahmen kombiniert zum Einsatz kommen, erfolgreicher ist, als wenn jede Intervention für sich abläuft. Der Grund für die bessere Wirksamkeit ist, dass Personen, die Risikoverhalten aufzeigen, dies meistens in meh-

renen Verhaltensbereichen tun –zum Beispiel rauchen, sich fettreich ernähren und sich wenig bewegen. Wenn sie in einem Gebiet eine Verbesserung erlebt haben, wird vermutet, dass die Motivation für die Änderung in anderen Bereichen verstärkt wird (Kreis/ Bödeker, 2003, S.35).

Während der Maßnahmenplanung ist die Einbindung der Führungskräfte und Mitarbeiter ein entscheidender Faktor für die nachfolgende Akzeptanz der Interventionen. Durch die kritische Auseinandersetzung mit der Arbeitssituation und ihrer gesundheitlichen Wirkungen entsteht ein direkter Bezug zu den Situationen und Bereichen der Mitarbeiter. Die frühzeitige Partizipation schafft demnach Transparenz und Nachvollziehbarkeit, was sich positiv auf nachstehende Projekte auswirkt (Ulich/ Wülser, 2009, S.132).

Die Planungsphase ist insbesondere für Klein- und Mittelbetriebe von Bedeutung, um die vorhandenen Ressourcen sinnvoll und effizient nutzen zu können. Dabei ist entscheidend, dass die Planung ohne größeren Aufwand in den Arbeitsalltag zu integrieren ist (Badura/ Ritter/ Scherf, 1999, S.96). Außerdem ist für diese Größenklasse eine problem- beziehungsweise fallbezogene Budgetplanung empfehlenswert, was sich von dem festen Etat der in Großunternehmen zu findenden Abteilungen für Gesundheitsmanagement unterscheidet (ebd., S.71).

3.5.3 Durchführung

In der Phase der Durchführung ist laut Badura, Ritter und Scherf (1999, S.103) die „Arbeitsgruppe Gesundheit“ (beziehungsweise in KMU die für die BGF verantwortliche Person) für die Umsetzung und Steuerung unentbehrlich. Sinnvoll sei die stetige Begleitung dieser Arbeitsgruppe während den Maßnahmen, damit frühzeitig über Erfolge und Probleme diskutiert werden könne. Die Überprüfung der Teilziele und der Zeit- und Ablaufpläne solle dabei regelmäßig stattfinden. Nur so kann gerade bei längerfristigen Maßnahmen zeitig auf Probleme reagiert und Lösungen gefunden werden. Dadurch kann auch in der abschließenden Evaluation das Erarbeiten von Faktoren, die zu Problemen geführt haben, erleichtert werden.

Des Weiteren verweisen die Autoren auf eine fortlaufende Kommunikationsstruktur im gesamten Betrieb, die nicht nur die an Maßnahmen teilnehmenden Mitarbeiter, sondern auch die übrigen Beschäftigten über Erfolge und Erkenntnisse bezüg-

lich der Maßnahmen informiert (zum Beispiel mittels Informationswände). Dieser stetige Informationsfluss erhöht die Motivation für die Teilnahme an laufenden aber auch zukünftigen Maßnahmen und ermöglicht ein Feedback seitens der Mitarbeiter, was für bevorstehende Aktionen hilfreich ist (ebd., S.104).

Sinnvoll ist es, die Umsetzungsphase mit Verhaltensänderungen der Mitarbeiter zu beginnen. Zum Einen stellen diese Maßnahmen geringere Kosten für den Unternehmer dar als verhältnisbezogene und zum Anderen steigt bei den Mitarbeitern dadurch die Bereitschaft an nachfolgenden verhältnisbezogenen Änderungen teilzunehmen (Sommer, 2004, S.174). Es sollten anfangs Maßnahmen gewählt werden, die den Mitarbeitern Spaß machen und einfach auszuführen sind. Wenn der Spaß vorrangig ist und nicht zum Beispiel die sportliche Leistung, verbinden die Beschäftigten damit eher positive Emotionen (Meyer/ Tirpitz, 2008, S.81). Wenn zunächst keine Annahme der Angebote stattfindet (beispielsweise Workshops), bedeutet es nicht, dass kein Bedarf besteht. Wichtig ist in diesem Fall die vorbildliche Teilnahme der Führungskräfte und eine ständige Kommunikation, bis das Angebot zur Selbstverständlichkeit wird (Stähr, 2010, S.275).

Ein Vorteil von KMU sind die charakteristischen Strukturen (vgl. Kapitel 4.2.3), die organisatorische Veränderungen schneller und einfacher zulassen als in großen Unternehmen (Sommer, 2004, S.175). Da ein ausgedehntes Projektmanagement in KMU nicht gegenwärtig ist, ist ein projektähnliches Vorgehen angebracht. In Kapitel 5.3.3 wird darauf näher eingegangen und auf zweckmäßige Umsetzungsinstrumente hingewiesen.

3.5.4 Evaluation

Gemäß Noack (1999, S.112) ist die Evaluation „(...) der letzte Schritt angemessener, effektiver und effizienter Gesundheitsförderung in Betrieben. Erst durch wissenschaftlich begründete Bewertung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung werden aus Einrichtungen und Leistungen der Gesundheitsförderung ‚lernende Systeme‘, unterscheiden sich professionell gestaltete betriebliche Gesundheitsprogramme und –aktivitäten von bloßem ‚Gesundheitsaktivismus‘“.

Die Evaluation sollte dabei sowohl prozessbegleitend als auch abschließend erfolgen. Im Vorfeld der BGF-Maßnahmen werden konkrete und messbare Ziele festgelegt, die in der Evaluation kontrolliert werden können. Beispielsweise werden Fragen nach der Realisierung, dem Zeitplan und dem Mitteleinsatz beantwortet (Meggeneder, 2012, S.265). Badura, Ritter und Scherf (1999, S.115) beschreiben die Erfolgsbewertung in Dimensionen wie Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation. Erstgenannte beurteilt den Einfluss der Maßnahmen auf spezifische Organisationsstrukturen, die zweite bewertet die Maßnahmen schon während der Durchführung und die letztgenannte berücksichtigt die Wirksamkeit der Maßnahmen, wobei das Ausmaß der Zielerreichung definiert werden kann.

In kleinen Unternehmen wird die Dokumentation und Evaluation oft vernachlässigt. Diese Phase sollte aber als wichtig angesehen werden, weil sie

- die Leitung und Steuerung des Projektes erleichtert,
- interne und externe Orientierung gibt,
- als Wissens- und Lerntransfer im Unternehmen dient und
- die Basis für ein Resümee bezüglich BGF für alle Mitarbeiter bildet.

(Scharinger, 2005, S.150)

Unternehmen, wie KMU, die wenig zeitliche und personelle Ressourcen aufweisen, können auf Hilfestellungen externer BGF-Partner zurückgreifen. Vor allem die Krankenkassen verfügen über breit angelegte Evaluationsprogramme, die je nach Maßnahme und Kunde praktikabel und individuell einsetzbar sind (Badura/ Ritter/ Scherf, 1999, S.116).

3.6 Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Messbarkeit des Nutzens der BGF erweist sich als kompliziert, denn erfolgreiche Projekte präsentieren sich durch verhinderte schädigende Ereignisse. Ein „Nichtereignis“ taugt aber nicht zum Erfolgsnachweis und kann statistisch nicht ausgewertet werden. Ein verhinderter Unfall oder eine vermiedene Erkrankung scheint somit für den wirtschaftlichen Effekt unsichtbar (Thiehoff, 2004, S.58). Darüber hinaus sind einzelne Nutzenkomponenten schwierig zu erfassen. So ist zum Beispiel nicht ohne Weiteres der Einfluss von BGF auf die Fehlzeiten bestimmbar, denn neben der BGF sind dafür weitere Faktoren relevant (Meuser, 2004, S.243).

Eine herkömmliche Wirtschaftlichkeitsanalyse ist statisch und monetär und demzufolge schlecht übertragbar auf BGF. Die gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Betrieb erfolgen dynamisch und weisen neben dem finanziellen Nutzen zusätzliche Vorteile auf. Denn der Nutzen durch BGF ist auch überbetrieblich, auf individueller und volkswirtschaftlicher Ebene vorzufinden. So können die Erkenntnisse der Gesundheitsförderung auch nach einem Ende des Arbeitsverhältnisses andauern (Meuser, 2004, S.245) und somit das individuelle Verhalten im Privatbereich verändern oder sogar das der Mitmenschen beeinflussen (Meuser, 2004, S.246).

Für die Berechnung der finanziellen Auswirkungen von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen kann der Return on Investment (ROI) genutzt werden. Zur Veranschaulichung der Einsparungen werden die Zielgrößen Absentismus und Krankheitskosten herangezogen (Kramer/ Bödeker, 2008, S.5).

Nach Kramer und Bödeker dient das Konzept des ROI „(...) zur Analyse der Rentabilität, mit der die Effizienz einer Investition bewertet oder die Effizienz verschiedener Investitionen verglichen werden kann“ (2008, S.6). Daraus ergibt sich aus ökonomischer Sicht, dass nicht immer die kostengünstigste Intervention zu wählen ist, sondern die mit der günstigsten Relation von Kosten und Nutzen (ebd.).

Gemäß iga-Report 16 (Kramer/ Bödeker, 2008, S.5) befindet sich der ROI für die medizinischen Kosten zwischen 2,3 und 5,9 und für den Absentismus gilt das Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1:2,5 bis 4,85. Das bedeutet, dass ein in die BGF investierter amerikanischer Dollar einen Gewinn von bis zu 5,9 Dollar erbringen kann. Ein Teil der Spannweite des ermittelten ROI ist sicher auf die eingeschränkte Reliabilität zurückzuführen. Dabei betont Meuser, dass auch Kriterien wie beispielsweise die Teilnehmerquote oder die Programmdauer für den wirtschaftlichen Erfolg entscheidend und bei einer sorgfältigen Organisation der BGF-Maßnahmen auch als Erfolgsfaktor messbar sind (Meuser, 2004, S.247).

Dass sich BGF lohnt, ist aber noch nicht bei allen Unternehmen bekannt. Gründe dafür könnten die fehlende Kenntnis über die Möglichkeiten und die Unterschätzung des Erfolgs sein, wobei das Problem der Evaluation zusätzlich Schwierigkeiten für die BGM-Verbreitung birgt (ebd., S.239). Ferner kann das Konzept der evidenzbasierten Medizin nicht einfach auf die Gesundheitsförderung übertragen

werden, denn die Maßnahmen der BGF sind individuell auf einzelne Unternehmen zugeschnitten, so dass ein Vergleich untereinander nicht ohne Weiteres möglich ist (Sockoll/ Kramer/ Bödeker, 2008, S.7).

Die Zusammenstellung verschiedener Studien in den iga-Reporten 3 (Kreis/ Bödeker, 2003, S.33) und 13 (Sockoll/ Kramer/ Bödeker, 2008, S.33) belegt, dass sich BGF lohnt und positive Effekte auf den Betrieb und die Beschäftigten festzustellen sind. Demnach können dank ihr Gesundheitsrisiken reduziert, Krankheitshäufigkeiten gesenkt sowie gesundheitsbewusste Verhaltensweisen gefördert werden. Hierzu gehört unter anderem die Reduktion des Präsentismus. Durch die Umsetzung von BGF kommt es im Betrieb zu einer besseren innerbetrieblichen Kommunikation und Kooperation, was einen positiven Einfluss auf die Beziehungen zwischen Kollegen und Vorgesetzten haben kann. Des Weiteren sind positive Effekte bezüglich psychosozialer Belastungen feststellbar (Rosenbrock, 2006, S.22). Eine gelungene BGF steigert durch Verringerung gesundheitlicher Beschwerden das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der Mitarbeiter, was wiederum die Leistungsfähigkeit erhöht. Die erhöhte Produktivität der Beschäftigten, die größere Innovationsoffenheit und die Steigerung der Flexibilität kommt der Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens zugute (ebd.). Die durch BGF erhöhte Arbeitszufriedenheit und Mitarbeiterbindung wirkt sich besonders im Dienstleistungsbereich positiv aus und kann somit positive Auswirkungen auf den Wirtschaftserfolg ausüben (Simon/ Heger, 2009, S.40). Durch eine ungestörte Produktion dank zeitstabil erheblich geringerer krankheitsbedingten Abwesenheit werden Fluktuationen vermindert und die Mitarbeitermotivation erhöht, die Termintreue und Qualitätssicherheit gefördert und somit ein positives Unternehmensimage entwickelt (Kuhn, 2008, S.199). Ebenso wird die Corporate Identity gestärkt und dadurch die Beschäftigungsattraktivität aus Sicht potenzieller Arbeitnehmer erhöht (Singer/ Neumann, 2010, S.62).

Die im Vorwege beschriebenen Vorteile, die durch eine konsequente Verfolgung eines BGM für das Unternehmen und die Arbeitnehmer entstehen können, werden in der folgenden Tabelle 4 zusammengefasst.

Vorteile für das Unternehmen	Vorteile für den Arbeitnehmer
Reduzierung der Fehlzeiten	Verringerung der Arbeitsbelastung
Verringerung der Fluktuation und Erhöhung der Mitarbeiterbindung	Verringerung der gesundheitlichen Beschwerden
Erhöhung der Produktivität der Beschäftigten	Steigerung des Gesundheitszustands und Wohlbefindens
Verbesserung der Produkt- beziehungsweise Dienstleistungsqualität (Kundenzufriedenheit und –bindung)	Verbesserung der Beziehung von Kollegen und Vorgesetzten sowie der innerbetrieblichen Kommunikation
Verbesserung der innerbetrieblichen Kooperation	Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und Motivation
Verbesserung der Corporate Identity, des Unternehmensimages und der Beschäftigungsattraktivität	Verbesserung des Wissens und der praktischen Fähigkeiten hinsichtlich gesunden Verhaltens in Betrieb und Freizeit
Verbesserung der Flexibilität und Innovationsfähigkeit und damit der Wettbewerbsfähigkeit	Erhaltung und Förderung der individuellen Leistungsfähigkeit

Tabelle 4: Vorteile des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Singer/ Neumann, 2010, S.63)

4. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Unternehmen

Im Folgenden wird die gegenwärtige Situation der BGF in KMU dargestellt. Es werden die Potentiale und Schwierigkeiten, die der KMU-Sektor birgt, beschrieben und darauffolgend die Möglichkeiten der Unterstützung aufgeführt. Abschließend erfolgt eine Zusammenstellung der bisherigen Erkenntnisse, die für eine erfolgreiche BGF entscheidend sind.

4.1 Eine Übersicht

Nach der Kommission der Europäischen Union werden KMU unterteilt in Kleinstunternehmen mit maximal 9 Mitarbeitern und einem Jahresumsatz bis 2 Millionen Euro, Kleinunternehmen mit 10-49 Mitarbeitern und einem Umsatz von bis zu 10 Millionen Euro pro Jahr und Mittlere Unternehmen mit 50-249 Beschäftigten und einem Jahresumsatz bis zu 50 Millionen Euro (Europäische Kommission, 2013)

Die vom statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten zeigen, dass im Jahre 2010 die überwiegende Mehrheit (99,3%) der Unternehmen zu den KMU gezählt werden konnten. 61% der rund 24,9 Millionen deutschen Beschäftigten und etwa 80% der Auszubildenden arbeiteten in KMU, wobei 22% in kleinen Betrieben, 20% in mittleren Unternehmen und 19% in Kleinstunternehmen tätig waren (Statistisches Bundesamt, 2013).

Betrachtet man die Zahlen für Deutschland, wird deutlich, dass der KMU-Sektor die vorherrschende Wirtschaftsgröße in Deutschland ist und somit einen wesentlichen Beitrag zur sozialen und ökonomischen Entwicklung leistet.

Die folgende Abbildung 5 veranschaulicht diese Verteilung.

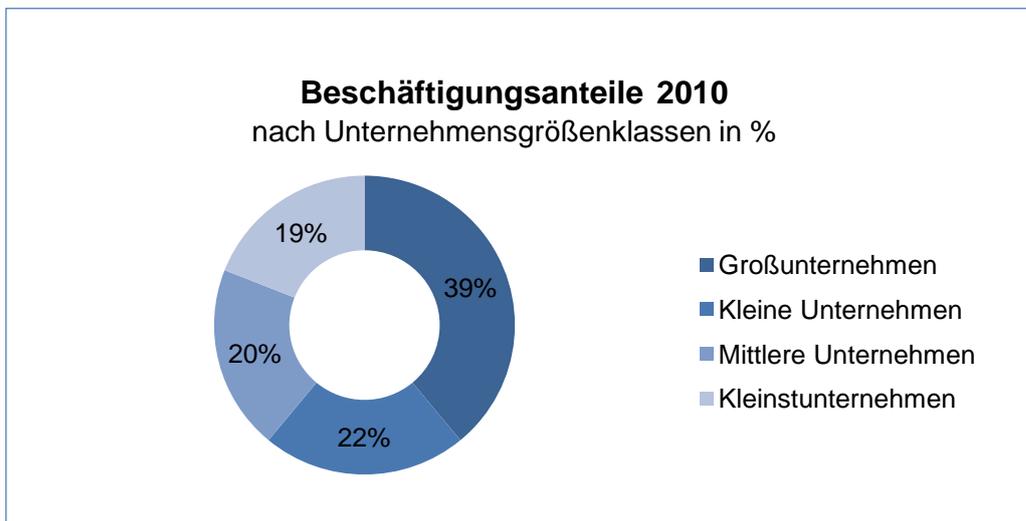


Abbildung 5: Beschäftigungsanteile 2010 (Statistisches Bundesamt, 2013)

Obwohl die Mehrheit der deutschen Beschäftigten in KMU arbeitet, ist das Thema BGF in diesen Betriebsgrößen noch nicht weit verbreitet. KMU haben im Gegensatz zu Großunternehmen, in denen der Nutzen von BGF schon länger bekannt

ist, noch nicht viel Erfahrung auf diesem Gebiet. Das Angebot an Maßnahmen bezüglich BGF ist in größeren Betrieben demnach umfangreicher. Darüber hinaus ist der Stellenwert von BGF und somit insgesamt die Qualität und Quantität in Großunternehmen höher als in KMU (Hardes/ Holzträger, 2009, S.45). Hinderlich ist zudem gemäß Meyer und Tirpitz (2008, S.53) die spezielle Auffassung bezüglich des Faktors Mitarbeiter, die in den meisten KMU vertreten ist. Demnach stelle die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten keinen unternehmerischen Wert dar, in den es sich zu investieren lohnt.

Die Implementierung der BGF in KMU wäre einfacher, wenn die langjährigen Erfahrungen und die erfolgreichen Konzepte der Großunternehmen übernommen werden könnten, doch diese Übertragung ist nicht ohne Weiteres möglich. Die speziellen Charakteristika der kleinen und mittelständischen Betriebe erfordern eigene Maßnahmen für die Ein- und Durchführung der Gesundheitsförderung. Beispielsweise können aufgrund der geringen Mitarbeiterzahlen bewährte Methoden größerer Unternehmen, wie Krankenstandsanalysen und Mitarbeiterbefragungen, nicht ohne Adaption angewendet werden. Auch die Bildung des Arbeitskreises Gesundheit in der üblichen Besetzung (Betriebsrat, Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizinischer Dienst u.a.) stößt in kleineren Betrieben schnell an ihre Grenzen.

Die Durchführung einer betrieblichen Intervention in KMU verläuft laut Meyer und Tirpitz (2008, S.14) wenig strategisch und unorganisiert. Oft sind die Betriebe auch konzeptionell überfordert und benötigen eine externe Anleitung. Simon und Heger (2009, S.22) zufolge findet die Gesundheitsförderung in KMU meist nur punktuell im Sinne der Gesundheitsprävention statt, wobei die Geschäftsführung oft nur den erhöhten Aufwand und nicht den Nutzen sehe. Meyer und Tirpitz (2008, S.45) konnten ebenfalls feststellen, dass in KMU Einzelaktionen auf größerer Resonanz stoßen, als kontinuierliche, und dass kostengünstige und kurzzeitige Maßnahmen mit „Event-Charakter“ gut angenommen werden. Um nicht nur bei Einzelaktionen zu bleiben und um die methodischen und organisatorischen Hindernisse bewältigen zu können, sollte sich gemäß Rosenbrock (2006, S.23) der Betriebsinhaber Unterstützung suchen.

Verzeichneten Wissenschaftler noch vor einiger Zeit ein mangelndes Interesse der Kleinstbetriebe an BGF (Meyer/ Tirpitz, 2008, S.48), ist mittlerweile ein Wandel zu erkennen. Demnach haben die gesetzlichen Krankenversicherungen im Präventionsbericht 2010 dokumentiert, dass die stärkste Verbreitung der BGF zwar in Betrieben mit 100 bis 499 Mitarbeitern stattfindet, dass aber gleichzeitig ein stetiger Trend zu BGF in Kleinstunternehmen zu verzeichnen ist (GKV-Spitzenverband/ MDS, 2010, S.79). Folglich wurde in den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen für die Periode 2013-2018 diese Tendenz aufgegriffen. So gilt darin das Teilziel, mehr Betriebe mit bis zu 100 Mitarbeitern zu erreichen und die Aktivitäten der BGF in diesen Betrieben zu steigern (GKV-Spitzenverband/ MDS, 2012b, S.31).

4.2 Potentiale und Herausforderungen

Die spezifischen Charakteristika der KMU haben einen großen Einfluss auf die Einführung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Zum Einen gibt es zahlreiche Eigenschaften, die eine BGF-Einführung erschweren, zum Anderen sind aber auch Gegebenheiten zu erkennen, die für die betriebliche Gesundheit vorteilhaft sind. Im Folgenden werden die besonderen Merkmale nacheinander erläutert und die damit verbundenen Chancen und Herausforderungen hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsförderung in KMU herausgestellt. Darauf folgt im Kapitel 4.2.5 die Darstellung der überbetrieblichen Faktoren, die die BGF-Einführung beeinflussen.

4.2.1 Rolle des Geschäftsführers

Die Welt der KMU konzentriert sich stark um die Person des Betriebsinhabers. Sie steht dabei unter größerer Beobachtung der Beschäftigten, als in Großunternehmen, wodurch ihr Verhalten, ihre Einstellungen und ihre Ideale die gesamte Unternehmenskultur prägen (Pelster, 2011, S.100). Zudem beeinflusst das Verhalten des Vorgesetzten den zwischenmenschlichen Umgang in der Firma und damit das Arbeitsklima sowie die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. Anders als in Großunternehmen, in denen es vorwiegend mehrere Führungskräfte mit individuellen Führungsstilen gibt, herrscht in kleinen und mittelständischen Unternehmen größtenteils nur der Stil des Betriebsinhabers (Pelster, 2011, S.98).

Der Geschäftsführer eines KMU verfügt meist über ein geringes Wissen bezüglich betrieblicher Gesundheit. Häufig überwiegen unrealistische Vorstellungen und Befürchtungen im Zusammenhang mit BGF. Ein nicht erkennbarer Nutzen, andere Prioritäten und Skepsis gegenüber externer Bevormundung blockieren dabei eine Einführung des BGM (Kriener, 2005, S.184). Zusätzlich kommt erschwerend hinzu, dass die Betriebsinhaber kleinerer Unternehmen eine Abneigung gegen Organisationen aufweisen, die ihre Autonomie im Betrieb einschränken könnten. Dies gilt besonders für Regelungen zu Sicherheit und Gesundheit. Diese werden als untauglich für den eigenen betrieblichen Alltag angesehen –mit dem Anspruch darauf, dass der Betriebsinhaber auf der Basis seiner Erfahrungen am besten weiß, welche Belastungen im Betrieb herrschen und wie mit ihnen umzugehen ist (Georg, 2005, S.178).

Die oben geschilderten Einstellungen verdeutlichen, dass es Überzeugungsarbeit erfordert, um diese Geschäftsführer zu erreichen. Anders als in Großunternehmen muss hier viel stärker auf die Persönlichkeit des Unternehmensleiters eingegangen werden (Meggeneder, 2005, S.202). Als Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Einführung der BGF gilt die Akzeptanz der Geschäftsleitung. Der Geschäftsführer muss dabei voll und ganz bereit sein, sich auf den Prozess der BGF einzulassen.

Entscheidet sich ein Geschäftsführer für die Einführung der BGF, kann durch seine zentrale Position und die persönliche Nähe zu den Mitarbeitern in der Firma unmittelbar eine positive Wirkung verzeichnet werden. Pelster (2011, S.102) legt dar, dass der Effekt gesunder Führung im Klein- und Mittelbetrieb offensichtlich höher einzuschätzen ist als in Großunternehmen. Die Wirkung eines Geschäftsführers in KMU beziehungsweise das Potential, das diese Rolle birgt, ist daher für die BGF von nicht zu unterschätzendem Wert.

4.2.2 Ressourcen

In den KMU sind die Ressourcen an Kapital, Personal und Zeit knapp. Diese Verhältnisse beherbergen eine Unsicherheit, die langfristige BGF-Maßnahmen kaum planbar machen (Meggeneder, 2012, S.260). Zusätzlich besteht in den KMU häufig ein hoher wirtschaftlicher Druck durch die kaum vorhandenen finanziellen, per-

sonellen oder zeitlichen Spielräume. Kriener (2005, S.182) beschreibt, dass punktuelle BGF-Maßnahmen daher aufgrund ihrer zeitlichen Befristung und Kalkulierbarkeit besser angenommen werden.

Im Gegensatz zu Großunternehmen existiert in kleineren Betrieben eine stärkere finanzielle Abhängigkeit von der Ertragslage (Weissmann, 2001, S.263), was regelmäßige Investitionszyklen für die betriebliche Gesundheit beeinträchtigt.

Es gelten kurzfristige und stark von äußeren Einflüssen bestimmte Planungshorizonte, was für das BGM problematisch ist, denn kurzfristiges Kostensparen hat Vorrang vor langfristiger Effizienzsteigerung. So folgen zum Beispiel nach der Erstausrüstung an betrieblichen Mitteln meist keine schnellen Neuanschaffungen und wenn ein Unternehmenswachstum zu verzeichnen ist, ist dies meist mit zunehmender räumlicher Enge verbunden. Dann können aus Pausenräumen mit der Zeit Lagerräume werden und die Pausen finden daraufhin zwangsläufig am Arbeitsplatz statt (Sommer, 2004, S.169). Dieser Mangel an Räumlichkeiten ist außerdem für die Durchführung von BGF-Maßnahmen von Nachteil.

Durch die Knappheit an personellen Ressourcen in Kleinbetrieben sind die Auswirkungen durch Fehlzeiten viel direkter und deutlicher zu spüren als in Großbetrieben. Es herrscht eine stärkere gegenseitige Abhängigkeit unter den Arbeitskollegen, denn die Arbeit des fehlenden Beschäftigten muss auf die verbliebenen Kollegen verteilt werden. Das ist mitunter nicht zu schaffen, was den geplanten Ablauf des Auftrages ins Wanken bringen kann.

Die Suche nach geeigneten BGF-Angeboten und Institutionen, die bei der Durchführung behilflich sein können, ist sehr zeitaufwändig und bedeutet eine zusätzliche Belastung und ein stärkeres Ausreizen der ohnehin schon knappen personellen Ressourcen (Simon/ Heger, 2009, S.78). Die Entwicklung einer Abteilung für Gesundheitsförderung, wie es in Großunternehmen mit BGM gängig ist, erscheint des Weiteren als unmöglich.

In den vorangegangenen Ausführungen konnte deutlich gemacht werden, dass die knappen Ressourcen maßgeblich für die geringe Verbreitung der BGF in KMU verantwortlich sind.

4.2.3 Organisationsstruktur

In KMU, und hier insbesondere in kleinbetrieblichen Strukturen, gelten besondere organisatorische Bedingungen. Häufig handelt es sich um Familienbetriebe mit einer überschaubaren Organisation. Wobei aus Sicht des Betriebsinhabers eine systematische Planung aufgrund der Betriebsgröße als überflüssig erscheint (Georg, 2005, S.177). Die Organisationsstruktur ist daher weniger differenziert beziehungsweise weniger theoriegeleitet und die Geschäftsleitung verfügt meist über relativ geringe Erfahrung im Bereich Projektmanagement (Gieseke, 2005, S.53), womit sich für externe Berater der BGF der Beratungs- und Steuerungsaufwand als relativ hoch gestaltet.

Die Arbeitsabläufe in KMU sind zudem weniger standardisiert. Durch saisonale Schwankungen wird eine hohe Flexibilität verlangt (Breucker/ Sochert, 2001, S.216). Es zählt kurzfristiges Reagieren auf Personal-, Logistik-, und Finanzierungsprobleme, wobei ein flexibler Einsatz des Personals nötig ist (Georg, 2005, S.177). So können beispielsweise hohe Krankenstände oder Auftragsspitzen die BGF negativ beeinflussen und nicht die wünschenswerte Kontinuität während des betrieblichen Gesundheitsmanagements garantieren.

Positiv zu bewerten ist die Flexibilität, die im Betrieb allgegenwärtig ist. Denn damit können Projekte der BGF einfacher durchgeführt werden (Meyer/ Tirpitz, 2008, S.54).

Die kurzen Entscheidungswege, die mithilfe der unkomplizierten Organisation die Planung von gesundheitsförderlichen Programmen erleichtern, sind als positiv hervorzuheben (Gieseke, 2005, S.53). Die geltenden guten Kommunikationsstrukturen lassen Informationen dichter und umfassender fließen als in Großunternehmen und darüber hinaus sind die Kommunikationswege kürzer.

Des Weiteren hebt Meggeneder (2012, S.260) die in KMU geltende personenbezogene und flache Hierarchie hervor. Folglich können die Arbeitnehmer relativ autonom reagieren und die Unterstützung unter den Mitarbeitern gilt als groß. Die Arbeitstätigkeiten vom Geschäftsführer und seinen Mitarbeitern sind häufig die gleichen, womit eine ähnliche Interessenlage bezüglich des Projektes besteht. Gleichzeitig ist der Führungsstil beteiligungsorientierter und kooperativer als in

Großunternehmen, was als eine gute Voraussetzung für die Partizipation während der BGF gilt (ebd., S.261).

Betriebsräte beziehungsweise Arbeitnehmervertretungen, die als Motoren der BGF gelten und andere Initiatoren, wie Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder Betriebsärzte, die für die Einführung der BGF prädestiniert wären, sind in KMU selten zu finden (DNBGF, 2003, S.2).

4.2.4 Soziale Beziehungen

Dadurch, dass in KMU der kollegiale Kontakt oft über die Arbeitsbeziehung hinaus geht, bildet sich ein transparentes System und der Betrieb wird somit zum Ort der sozialen Kontrolle (Pelster, 2011, S.98). Die starke Transparenz unter den Mitarbeitern bewirkt, dass die soziale Kompetenz und das fachliche Können jedes Einzelnen überschaubar und hinterfragbar ist (DNBGF, 2011, S.13). Die personalisierten Arbeitsbeziehungen erschweren dabei eine Trennung von Berufs- und Privatleben, wodurch die Mitarbeiter meist über jeweilige Lebensumstände der Kollegen informiert sind (Kriener, 2005, S.182).

Von Seiten der Geschäftsleitung besteht eine höhere Sensibilität für individuelle Bedürfnislagen, woraus eine besondere Berücksichtigung und Unterstützung während der gesundheitsförderlichen Programme entstehen kann. Dadurch kann aber auch der Anschein entstehen, die Geschäftsführung könne höhere Erwartungen bezüglich des Engagements der Mitarbeiter für die Firma entwickeln, oder die soziale Nähe könnte als lückenlose Kontrolle missbraucht werden, was sogar als Bevormundung empfunden werden könnte (Simon/ Heger, 2009, S.14). Des Weiteren kann die große Nähe unter den Kollegen die Befürchtung wecken, durch aufbrechende Konflikte während der BGF-Maßnahmen das Betriebsklima verschlechtern zu können. Einer Studie zufolge bedenken Mitarbeiter zudem, dass die BGF mit Verboten (zum Beispiel Verzicht auf Rauchen) oder für sie peinlichen Ergebnissen (etwa Übergewicht oder Unsportlichkeit) verbunden ist (Meyer/ Tirpitz, 2008, S.55).

Demgegenüber birgt die soziale Nähe aber auch Potentiale für die Gesundheitsförderung. Kleinbetriebe sind auch heute noch häufig Familienbetriebe, in denen Familienangehörige zusammen arbeiten. Diese familiäre Struktur und der Einbe-

zug des Lebenspartners sind förderlich für die soziale Unterstützung im laufenden BGM, für das Betriebsklima positiv und erleichternd für die Thematisierung individueller Interessen und Befindlichkeiten (Kriener, 2005, S.182). Nach einer BGF-Implementierung kann es in einem Klein- und Mittelbetrieb viel eher zu einem „aktivierenden“ Betriebsklima kommen als in Großunternehmen (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., BVPG, 2012, S.17). Es kann dabei eine Kommunikation entstehen, bei der alle Mitarbeiter zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten motiviert werden (ebd.). Diese Motivation kann dann sogar auf weitere Mitmenschen des sozialen Umfelds übertragen werden und besonders durch das gemeinsame Miteinander auch über das Arbeitsverhältnis hinaus noch gesteigert und gefestigt werden.

4.2.5 Überbetriebliche Faktoren

Die Untersuchungen des 2010 erschienenen iga-Reports 20 zeigen auf, dass vor allem KMU über Wissensdefizite klagen. Ihnen fehlt demzufolge das nötige Wissen für die Umsetzung eines BGM und über diesbezügliche Unterstützungsmöglichkeiten und Anbieter (Bechmann et al., 2010, S.17). Durch diesen Informationsmangel ergeben sich unrealistische Assoziationen, Vorstellungen und Befürchtungen in Bezug auf BGF, die wiederum zu einem Desinteresse oder einer Ablehnung der betrieblichen Gesundheitsförderung führen können. So verbinden Geschäftsinhaber und Mitarbeiter mit dem Begriff BGF beispielsweise lediglich Impfaktionen oder verpflichtende Turnübungen und sehen nicht die Vielfältigkeit und den weitreichenden Nutzen für das gesamte betriebliche Geschehen (Kriener, 2005, S.185). Außerdem ist das Thema Gesundheit im Betrieb ein problematisches Gebiet. Zum Einen assoziieren Mitarbeiter damit unerwünschte Kontrolle und zum Anderen verbinden Führungskräfte damit kurzfristige Einzelmaßnahmen beziehungsweise die Arbeit des Arbeitsschutzexperten, die eher als störende Kontrolle und weniger als beratende Hilfe empfunden wird (Badura, 2008b, S.129).

Das Informationsdefizit und die fehlende Transparenz könnte mit alltagstauglichen Hilfsmitteln und praxisnahen Unterstützungsangeboten ausgeglichen werden. Damit könnte auch der vom Geschäftsführer als unangemessen hoch empfundene bürokratische Aufwand für die BGF-Einführung relativiert werden (DNBGF, 2011, S.19). Zudem beeinträchtigt das unüberschaubare Angebot der BGF-Anbieter bei

den Verantwortlichen die Motivation bezüglich betrieblicher Gesundheit. Erleichternd wäre eine intensivere Vernetzung der BGF-Akteure, also zum Beispiel eine Zusammenarbeit von Krankenkasse, Berufsgenossenschaft und Arbeitsmedizinischem Dienst (Kriener, 2005, S.184).

Ein weiteres überbetriebliches Problem ist, dass die Initiatoren nicht bis zu den KMU vordringen, da eine Berührungsscheu vor diesen Betrieben gilt. Für viele Institutionen, die beispielsweise in Netzwerken vertreten sind, gilt die Welt der KMU noch als unbekanntes Terrain (Initiative Neue Qualität der Arbeit, inqa, 2011, S.30). Die Heterogenität dieser Unternehmen, sei es hinsichtlich der Branchenzugehörigkeit, der Mitarbeiterführung oder auch der Organisationsstruktur, erschwert die Gestaltung eines BGF-Konzeptes. Insbesondere die Kleinst- und Kleinunternehmen haben nicht die Kapazitäten, die für traditionelle BGF-Konzepte notwendig sind.

Am Beispiel des klassischen Umsetzungsinstruments „Gesundheitstag“ wird im Folgenden die Problematik demonstriert. Unternehmensinterne Gesundheitstage stellen für KMU eine besondere Herausforderung dar. Fehlende Räumlichkeiten, die geringe Mitarbeiterzahl und die Ausführungsintensität machen diese Maßnahme zu einem schwer durchführbaren Projekt. In diesem Fall wäre ein überbetriebliches Ereignis, an dem mehrere Betriebe teilnehmen könnten, effektiver. Es müsste dafür allerdings eine Institution für die Abwicklung gefunden werden – Handelskammern sind zum Beispiel gute Organe. Im Kongressbericht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung wird ein Fall dieser Art dargestellt. Es wird beschrieben, dass die Industrie- und Handelskammer Mittlerer Niederrhein in einem Gewerbegebiet diese Möglichkeit genutzt hat. Alle KMU des Gebietes wurden zu dem gemeinschaftlichen Gesundheitstag eingeladen, der vor Ort in einem ausgewählten Betrieb stattfand. Somit konnte mit Informationen über BGF, medizinische Check-ups und anderen Methoden für das Thema Gesundheit sensibilisiert werden (BVPF, 2012, S.15). Diese Sensibilisierung birgt zudem ein hohes Potential für die BGF-Verbreitung, denn durch die geweckte Aufmerksamkeit für die betriebliche Gesundheit kann das Interesse mancher Geschäftsführer vergrößert werden.

Ein weiteres Potential steckt in dem Bonusverfahren. Bisher fehlen verbreitete Anreiz- und Belohnungssysteme für das Implementieren und Durchführen der BGF. Als Anreiz für Unternehmen wäre ein Belohnungs- oder Auszeichnungssystem nach Einführung der BGF empfehlenswert – im Sinne der investiven Sozialpolitik (Badura, 2008b, S.143).

Laut Innungskrankenkasse würde ein monetärer Bonus die BGF für KMU wirtschaftlich reizvoller machen. Die Innungskrankenkasse nutzt das Bonusverfahren nach § 65a Abs.2 SGB V seit 2004. Sie knüpft an das Einhalten vertraglicher Vereinbarungen, wodurch ein BGF-Bonus von bis zu einem Monatsbeitrag gewährt werden kann, der anteilig dem Arbeitgeber und den Versicherten erstattet werden kann (BVPG, 2012, S.12).

Die Empfehlung im iga-Report 3 (Kreis/ Bödeker, 2003, S.35), die Effektivität der BGF zu erhöhen, indem das soziale Umfeld verstärkt mit einbezogen wird, kann besonders in KMU effiziente Ergebnisse erzielen. Denn die Verankerung der KMU in regionale sowie soziale Geflechte bietet ein Potential für umfassende Programme, in denen die Familien der Beschäftigten, die Gemeinde oder auch Kunden mitberücksichtigt werden können. Nützlich für die betriebliche Gesundheit ist außerdem die zumeist starke Vernetzung der Kleinbetriebe in Verbänden und Innungen, die fachlich unterstützen können (DNBGF, 2003, S.2).

4.3 Möglichkeiten der Unterstützung

Wie bereits gezeigt werden konnte, sind KMU auf fachliche Unterstützung und Beratung während der BGF angewiesen. Überbetriebliche Akteure wie zum Beispiel Krankenkassen und Berufsgenossenschaften sind dabei gute Ansprechpartner. Unterstützung für die BGF-Einführung können sich KMU auch bei nationalen Kontaktstellen und Netzwerken einholen. Das DNBGF bietet zum Beispiel eine Vielzahl an Instrumenten und Hilfestellungen an und verfügt online im „Forum KMU“ über ein großes Angebot an unterstützenden Downloads (Meggeneder, 2012, S. 265).

Neben den geläufigen Akteuren treten in den letzten Jahren verstärkt private Anbieter von BGF-Programmen in Erscheinung. Vorteil dieser Dienstleister ist die unabhängige Organisation der durchzuführenden Schritte, wodurch sich die Im-

plementierung für den Geschäftsführer weniger zeitaufwändig gestaltet, als wenn er in der Vielzahl der im Betrieb zu findenden Versicherungen die geeignetste wählen und dabei zusätzlich eine Einigung der Versicherungen vermitteln muss. Aus finanzieller Sicht sind diese BGF-Anbieter für Klein- und Mittelbetriebe eher nachteilig, da sie für ihre Leistungen eine nicht unerhebliche Vergütung einfordern. Im Gesamtmarkt der deutschen BGF nimmt die Bedeutung privater Anbieter zwar zu, sie spielen im Vergleich zu den Angeboten der Gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen aber nur eine untergeordnete Rolle (Pelster/ Sochert, 2005, S.21).

Aus diesem Grund werden sie im anschließenden Teil vernachlässigt und lediglich die Unterstützungsmöglichkeiten der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften beziehungsweise Unfallversicherungen und der Netzwerke aufgezeigt.

4.3.1 Krankenkassen

Die Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung fand seit 1989 durch die Verankerung der Gesundheitsförderung im SGB V vor allem durch die Krankenkassen statt. Sie entwickelten seitdem stetig das Instrumentarium und die Professionalisierung bezüglich Angebote und Umsetzung. (Lenhardt/ Rosenbrock, 2010, S.331). Die gesetzlichen Krankenkassen verfügen demnach über einen breiten Erfahrungsschatz und einer Reihe bewährter Instrumente, Konzepte, Methoden und Strategien, wobei sie mit kompetenten und praxisnahen Beratungspartnern unterstützen. Das Leistungsspektrum der Krankenkassen erstreckt sich dabei über die Erhebung der gesundheitlichen Situation, der Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen bis zur Umsetzungsunterstützung (Simon/ Heger, 2009, S.42). Zudem veröffentlichen die Krankenkassen regelmäßig „Fehlzeitenreports“ beziehungsweise „Gesundheitsreports“, in denen auf krankheitsbedingte Ausfälle und andere Krankheitsdaten eingegangen wird (Naidoo/ Wills, 2010, S.336). Diese Berichte können Arbeitgebern einen Überblick und eine Vergleichsmöglichkeit geben, um besser einschätzen zu können, wo sich ihr Betrieb gesundheitlich positioniert.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zur Umsetzung von § 20 Abs.1 und Abs.2 SGB V einheitliche Handlungsfelder und Qualitätskriterien erstellt. Die

Krankenkassen verpflichten sich damit, sich an die Vorgaben zu halten und nur Programme und Projekte zu finanzieren, die sich an diesen Prinzipien orientieren (Pelster/ Sochert, 2005, S. 21). Die Handlungsfelder beziehen sich auf arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosoziale Belastungen und Suchtmittelkonsum. Für jedes Feld wurden der Bedarf, die Mindestanforderungen für Maßnahmen, die Anbieterqualifikationen und die Methodik festgelegt (Singer, 2010, S.44). Die folgende Tabelle 5 führt die Handlungsfelder mit den dazugehörigen Präventionsprinzipien auf.

Handlungsfeld	Präventionsprinzip
Arbeitsbedingte körperliche Belastungen	Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates
Betriebsverpflegung	Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz
Psychosoziale Belastungen	Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz und gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
Suchtmittelkonsum	Rauchfrei im Betrieb und „Punktnüchternheit“ bei der Arbeit

Tabelle 5: Handlungsfelder der Krankenkassen und die dazu gehörigen Präventionsprinzipien (in Anlehnung an GKV-Spitzenverband, 2010, S.61)

Im Jahr 2010 gaben die Krankenkassen für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung über 42 Millionen Euro aus und erreichten damit 6500 Betriebe, was ein Zuwachs von 21 Prozent gegenüber dem Vorjahr darstellt. Laut Präventionsbericht 2011 waren Unternehmen mittlerer Größe und Betriebe aus dem verarbeitenden Gewerbe am stärksten an der BGF beteiligt (GKV-Spitzenverband/ MDS, 2012a, S.10).

Auch wenn die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind, die Gesundheit in allen Betriebsgrößen zu fördern, sieht die Realität für den KMU-Sektor laut Beck (2011, S.116) anders aus. Er betont, dass die Krankenversicherungen vorwiegend Großunternehmen unterstützen und verweist auf die verhältnismäßig kleine Anzahl an Erwerbstätigen, die in kleineren Unternehmen erreicht werden sowie auf die gel-

tenden ungünstigen organisatorischen Bedingungen. Der große Implementierungsaufwand und die geringe Effizienz ließen die KMU für die Krankversicherungen daher als Förderzielgruppe wenig attraktiv erscheinen.

Zu berücksichtigen ist, dass Präventionsleistungen von Krankenkassen eher angenommen werden können, wenn innerhalb des Unternehmens eine größere Anzahl an Mitarbeitern bei ein und derselben Krankenkasse versichert sind (Simon/Heger, 2009, S.23). Gesetzlich festgelegt ist dabei allerdings auch, dass die verschiedenen Krankenkassen während laufenden BGF-Maßnahmen im Unternehmen miteinander kooperieren sollen (GKV-Spitzenverband/ MDS, 2012a, S.14). Zusätzlich zu der geforderten Zusammenarbeit unterschiedlicher Krankenkassen, verlangt die Gesetzeslage auch die Kooperation mit den Unfallversicherungen. Der erwünschte Erfolg der zusammengeführten Akteure blieb bisher aber weitestgehend aus. Die Mehrheit der BGF-Aktivitäten geht weiterhin von den Krankenkassen aus – ohne Beteiligung der Unfallversicherungen. Demnach ist das Potential dieser möglichen Kooperation bei Weitem nicht ausgeschöpft (Pelster/Sochert, 2005, S.22). Ein positives Beispiel der Zusammenarbeit ist in diesem Zusammenhang aber zu nennen. Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) ist eine in Deutschland agierende Kooperation mit dem Ziel arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren vorzubeugen, indem Methoden und Erkenntnisse für die Praxis nutzbar gemacht werden.

4.3.2 Gesetzliche Unfallversicherungen/ Berufsgenossenschaften

Jedes Unternehmen ist verpflichtet, Mitglied eines Unfallversicherungsträgers zu sein. Diese Zwangsmemberschaft wird ausschließlich vom Arbeitgeber gezahlt. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind zum einen die gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und zum anderen die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Bertelsmann Stiftung, 2009, S.41). Durch diese Pflichtmemberschaft wird der Unternehmer im Falle von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von Schadensersatzansprüchen weitgehend entlastet und der Schaden der Versicherten und Hinterbliebenen ausgeglichen. Aus diesem Leistungsspektrum ergibt sich ein Interesse der Unfallversicherungsträger an der Prävention und der Verringerung von Versicherungsfällen (Pröll, 2003, S.10). Die traditionelle vorschriften- und technikzentrierte Ausrichtung der Unfallversicherungs-

träger hat einen organisatorischen und inhaltlichen Wandel hinter sich. Seitdem liegt die Gewichtung auf der betrieblichen Beratung und Unterstützung im Bereich der Arbeitsschutzorganisation (Lenhardt/ Rosenbrock, 2010, S.328). Die Vielfalt der Leistungen reicht von der Rehabilitation nach Arbeitsunfällen über die Wiedereingliederung von Verletzten bis hin zu Umschulungen. Darüber hinaus erstreckt sich das Aufgabengebiet auch auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (Pröll, 2003, S.11).

Trotz der Neuorientierung sind die Berufsgenossenschaften in der Förderung der betrieblichen Gesundheit seltener vertreten als die Krankenkassen. Ein Grund dafür könnte sein, dass sie mehr als Aufsichts- und Kontrollorgan und weniger als Berater angesehen werden und die Geschäftsführer deshalb eine Beteiligung der Berufsgenossenschaft innerhalb der Betriebsorganisation oft ablehnen (Gieseke, 2005, S.60). Somit wird das Bildungsangebot von Berufsgenossenschaften bezüglich Arbeits- und Gesundheitsschutz im kleinbetrieblichen Sektor kaum wahrgenommen (Pröll, 2003, S.11).

Laut Pröll (2003, S.14) bemühen sich Berufsgenossenschaften, ihre Neuorientierung hin zu einer kooperativen Beratungsfunktion auszubauen. Ihr umfangreiches Instrumentarium verfügt auch über ein weit entwickeltes präventives Potential, aber die logistischen Probleme, die aus der großen Anzahl der Betriebe entstehen und die strukturellen Hindernisse durch die Zwangsmitgliedschaft sowie die hoheitlichen Funktionen erschweren dieses Vorhaben.

4.3.3 Netzwerke

Ein Netzwerk ist eine Erfahrungsdrehscheibe, in der Dialog, Lernfähigkeit und Transparenz zentrale Kennzeichen sind. Besonders KMU können in Netzwerken von den gemeinsam erarbeiteten Erkenntnissen profitieren, da ihnen durch sie Zugang zu Verbänden, Forschung und Beratung gewährleistet wird (DNBGF, 2011, S.8).

Die Umsetzungsprobleme, die durch mangelnde Zeitressourcen und fehlendes qualifiziertes Personal in KMU entstehen, können mithilfe von Netzwerken minimiert werden. Die Netzwerke bieten flexible Formen der Zusammenarbeit. Zudem sind sie offen für neue Partnerschaften, kooperieren dabei aber trotz möglichem

Ausscheiden und Wechsel von Netzwerkteilnehmern in einer stabilen Selbstorganisation. Charakteristisch ist das gemeinsame Verfolgen gemeinsamer Ziele, wobei die einzelnen teilnehmenden Unternehmen autonom bleiben. Exakte Absprachen, eine leistungsfähige Moderation und Koordination sowie festgelegte Regeln der Zusammenarbeit sind für die Netzwerke unerlässlich (DNBGF, 2011, S.8).

Im gesundheitsfördernden Sektor sind die verschiedensten Arten von Netzwerken vertreten. So können sie aus partnerschaftlichen Verbindungen von kleinen Betrieben bestehen aber auch eine Zusammenarbeit von unterschiedlichen Akteuren sein. Die Ausführung des DNBGF (2011, S.22) verweist auf folgende mögliche Netzwerk-Teilnehmer:

- Vertreter von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung
 - Staatliche Ämter für Arbeitsschutz,
 - Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger sowie
 - Krankenkassen.
- Partner aus wirtschaftlicher Selbstverwaltung
 - Handwerks-, Industrie- und Handelskammern,
 - Innungen,
 - Gewerkschaften und
 - Arbeitgebervereinigungen.
- Wissenschaft, Beratung und Transfer
 - Forschungsinstitute,
 - Unternehmensberatungen,
 - Regionalagenturen und
 - Weiterbildungseinrichtungen.

Die Netzwerke können in je eigener Art vielversprechende Ergebnisse hervorbringen. Durch den Austausch von Innovationen, Erfahrungen und Wissen der involvierten Interessengruppen streben die Netzwerke die Erarbeitung von Verfahren, Methoden und Umsetzungsstrategien der BGF an (DNBGF, 2011, S.22). Die Erkenntnisse können KMU zur Einführung der BGF dienlich sein.

4.4 Bisherige Erkenntnisse

Die Chancen der BGF-Einführung werden bestimmt durch die Führungskultur des Geschäftsführers. Es muss stark auf die Persönlichkeit der Geschäftsleitung eingegangen werden. Je kleiner das Unternehmen ist, umso mehr gewinnt das Führungsverhalten als Erfolgsfaktor für die BGF an Bedeutung (Meggeneder, 2012, S.261). Besonders in kleinen Unternehmen ist der Geschäftsführer nah an den Mitarbeitern. Aus diesem Grund ist es umso wichtiger, bei beabsichtigter BGF-Einführung als Vorbild voranzugehen und sein Gesundheitsverhalten zum Beispiel in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressmanagement zu verändern. Gesundheit sollte als Führungsaufgabe gesehen werden. Sinnvoll ist es daher, notwendige Kompetenzen zu erlernen und in den Führungsstil zu integrieren (Lümkemann, 2008, S.41). Empfehlenswert sind demnach Gesundheitsprogramme für Führungskräfte. Zum Einen, um den gesundheitsförderlichen Einfluss auf die Mitarbeiter zu entwickeln und zum Anderen, um den Einstieg ins Thema Gesundheit im Unternehmen zu ermöglichen (Badura, 2008b, S.134). Eine erfolgreiche BGF in kleineren Betrieben ist demzufolge eher Personal- beziehungsweise Führungskräfteentwicklung als umfangreiche und systematische Organisationsentwicklung wie in größeren Unternehmen (Bauer/ Jenny, 2012, S.70).

Neben der Schlüsselfigur des Geschäftsführers sind die betriebsinternen Projektleiter die wichtigsten Akteure im BGM. Sie sind für die Organisation zuständig und tragen die Grundidee der BGF im Unternehmen. Die Aus- und Weiterbildung dieser bedeutsamen Personen ist speziell im KMU-Sektor hilfreich (Scharinger, 2005, S.152).

Auch wenn sich die Mitarbeiter und der Betriebsinhaber in kleineren Firmen besser kennen als in Großunternehmen, bedeutet dies nicht, dass KMU selbstverständlich über eine stärker ausgeprägte Partizipationskultur verfügen. Die Mitbeteiligung der Mitarbeiter an der betrieblichen Gesundheit, beispielsweise durch Gesundheitszirkel, stellt ein zentrales Element für den Erfolg der BGF dar (Scharinger, 2005, S.151). Beispielsweise könne die Einbeziehung der Beschäftigten in die Vorbereitung und Durchführung das häufige Problem der geringen Teilnehmerquote während Maßnahmen minimieren (Kreis/ Bödeker, 2003, S.36). Die Ausdehnung der Partizipation hat in den meisten KMU den Ausbau von Kommunikationsformen zur Folge. Die bestehenden Kommunikationswege sind zwar kurz

und direkt, der Umfang und die Qualität der Inhalte dafür aber meistens auch zu knapp. Wenn die gesundheitsförderlichen Informationen bei allen Mitarbeitern im Unternehmen ankommen sollen, müssen eventuell in manch einem Betrieb gängige Medien und Methoden (wie etwa Kick-off-Veranstaltungen, Gesundheitsnewsletter u.a.) für deren Übermittlung ausgeweitet werden (Scharinger, 2005, S.152).

Die größte Engstelle in Klein- und Mittelbetrieben scheint die Zeit zu sein. Aus diesem Grunde sollte von Beginn an darauf geachtet werden, dass jede Phase des BGF-Zyklus ausführlich und mit der benötigten Dauer umgesetzt wird. Anderenfalls kann eine beschleunigte Prozessdurchführung zu wenig effektiven und nicht verankerten Einzelmaßnahmen führen. Insbesondere die Diagnose sollte viel Beachtung erhalten. Wenn diese erste Phase mit Sorgfalt und Geduld durchlaufen wird, kann innerhalb des Betriebes neben dem bloßen Daten sammeln schon ein genaueres Verständnis von Gesundheitsförderung erreicht werden (Scharinger, 2005, S.151).

Aus dem österreichischen Modellprojekt „WEG“ konnte die Erkenntnis gezogen werden, dass KMU am besten von anderen KMU lernen. Ein Erfolgsfaktor ist daher die Vernetzung der Betriebe und der Aufbau von Lernpartnerschaften (ebd.).

5. Entwicklung des Manuals

In den vorangegangenen Ausführungen wurde gezeigt, dass die KMU einen erheblichen Anteil der deutschen Unternehmen ausmachen, diese allerdings ein Wissensdefizit bezüglich BGF aufweisen. Dieser Mangel an Informationen kann anhand eines Manuals, das über die Gesundheitsförderung im Betrieb und ihren Nutzen aufklärt, verringert werden. Zudem kann mithilfe des Manuals das Interesse und die Motivation für eine BGF-Einführung geweckt werden. Die in dieser Arbeit erwähnten besonderen Bedingungen im KMU-Sektor werden in der Entwicklung des Manuals berücksichtigt.

Zunächst wird im folgenden Kapitel die Bedarfsklärung herausgearbeitet. Dem schließt sich die Beschreibung der charakteristischen Ausführungen im Manual

und die Erläuterungen der in der BGF gängigen Instrumente an. Abschließend wird der inhaltliche Aufbau des Manuals vorgestellt.

5.1 Bedarfsklärung

Untersuchungen zufolge sind die Möglichkeiten des betrieblichen Settings in den wenigsten Fällen ausgeschöpft (Kreis/ Bödeker, 2003, S.33). Besonders in Betrieben mit bis zu 100 Mitarbeitern kann die BGF verstärkt ausgeführt werden (GKV-Spitzenverband/ MDS, 2012b, S.106).

Damit sich das Interesse und die Akzeptanz für die BGF steigert, sollten die Geschäftsführer und Beschäftigten intensiver sensibilisiert und motiviert werden. Meyer und Tirpitz (2008, S.15) explizieren, dass für dieses Ziel Infrastrukturen und praxisorientierte sowie KMU-adäquate Unterstützungsangebote hilfreich wären. Des Weiteren erklären sie, dass in KMU BGF-Widerstände aufgrund eines Informationsdefizits, des nicht abzuschätzenden wirtschaftlichen Nutzens und einer geringen Bedeutungsbeimessung der Mitarbeiter-Gesundheit herrschen (ebd., S.53).

Dieser Ansicht sind ebenfalls Bechmann et al. (iga-Report 20, 2010, S.17). In ihren Analysen wurde aufgezeigt, dass betriebsgrößenabhängige Hürden bei der BGM-Einführung festzustellen sind. Demnach sei vor allem in kleinen und mittleren Betrieben ein Wissensdefizit in Hinblick auf BGF zu verzeichnen. Diesen Unternehmen fehle das Wissen über die Umsetzungsmöglichkeiten, über die Anbieter von gesundheitsfördernden Maßnahmen und über externe Unterstützungsangeboten. Darüber hinaus stellen das fehlende persönliche Engagement für BGM und der unbekanntes Bedarf bezüglich der Gesundheitsförderung relevante Hindernisse dar. In größeren Betrieben behindert dagegen der Vorrang des Tagesgeschäfts und die häufige Annahme, dass die BGF-Maßnahmen zu kostspielig seien.

Die folgende Darstellung (Abbildung 6) fasst die im Vorwege erwähnten Hindernisse in Bezug auf die BGF-Implementierung zusammen, wobei nach Betriebsgrößenklassen differenziert wird und die besonders häufig genannten Schwierigkeiten aufgelistet werden.

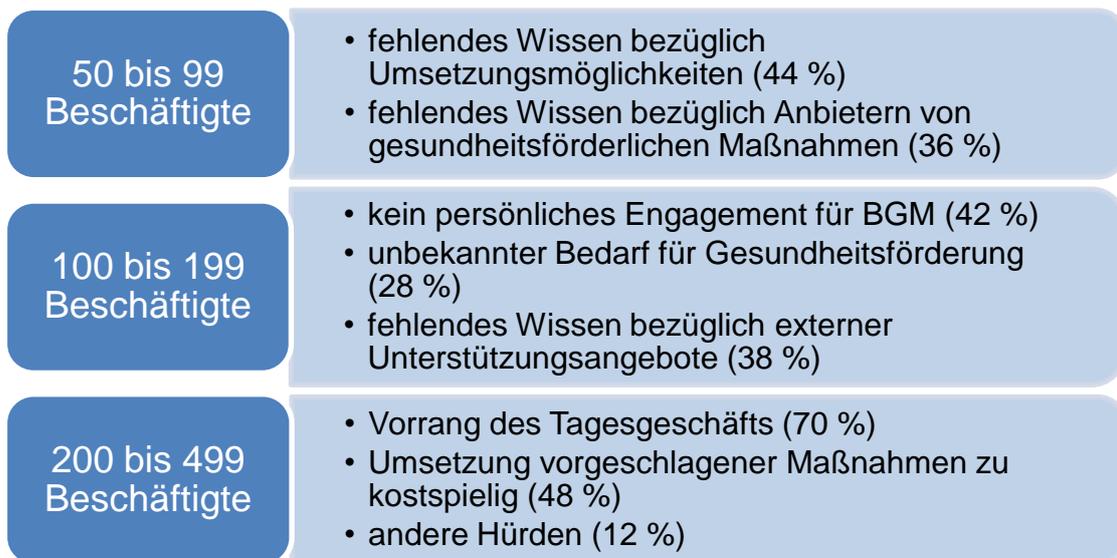


Abbildung 6: Hürden im Rahmen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (Bechmann et al., 2010, S.18)

Im Hinblick auf die zuvor geschilderten Motive und die im Kapitel 4 erläuterten Herausforderungen bezüglich BGF in KMU wird evident, dass diese Unternehmen Unterstützungshilfe benötigen und verstärkt zur BGF motiviert werden sollten. Ein Manual mit praxisnahen Informationen für die BGF-Einführung, der Verdeutlichung des Nutzens durch BGF sowie der Nennung relevanter Unterstützungsangebote kann dem beschriebenen Defizit entgegenwirken beziehungsweise die Informationslücke füllen.

5.2 Charakteristika der Ausführung

Das Manual sollte ansprechend und interessant gestaltet sein, damit das Interesse der Verantwortlichen geweckt wird und es nicht zeitnah entsorgt wird. Die knappe Zeit der Geschäftsführer ist verantwortlich dafür, dass generell die Lesewahrscheinlichkeit von Informationsmaterial eher gering ausfällt (DNBGF, 2003, S.3). Diese eingeschränkte Ressource Zeit des Geschäftsführers sollte daher nicht unnötig mit viel zu umfangreichen Textpassagen ausgereizt werden, was in der Konsequenz die kurze Ausführung der wesentlichen Themen im Manual bedeutet. Außerdem sollte auf eine ausgeprägte Fachsprache verzichtet werden, weil diese zu wissenschaftlich und praxisfern wirken und zudem in einigen Fällen nicht verstanden werden könnte. Die Welt der meisten KMU, besonders die der kleinsten und kleinen Betriebe ist gekennzeichnet von einer einfachen Kommunikation, die auch im Manual verfolgt werden sollte. Farblich hervorgehobene Textfelder mit

prägnanten Informationen bezüglich betrieblicher Gesundheit sollten dabei das Interesse des Geschäftsführers anregen und zum weiteren Lesen animieren.

Die Betriebsinhaber von KMU sind oft wissenschaftsfeindlich eingestellt und sehen sich als alleinige Experten ihrer Firma (Meggeneder, 2012, S.264). Das Manual sollte diese Tatsache aufgreifen sowie demgemäß die Bedeutsamkeit des Geschäftsführers hervorheben und mit der direkten Ansprache seine Rolle sowohl im Unternehmen als auch in der Entscheidungsfindung für die betriebliche Gesundheit anerkennen.

Ausschlaggebend für den Entschluss zu einer Implementierung gesundheitsförderlicher Strukturen ist die Motivation. Wenn der Leser also begeistert und überzeugt wird, ist ein wichtiger Schritt in Richtung BGF hergestellt. Diese motivierende Perspektive sollte daher stets im Manual eingehalten werden.

Das Anknüpfen an „Best Practices“ scheint ein Weg zu sein, der Möglichkeiten öffnet, Prozesse zu stimulieren. Meyer und Tirpitz (2008, S.75) empfehlen Best-Practice-Beispiele, da dadurch die Angst vor hohen Kosten vermindert werden kann und die Kosten-Nutzen-Argumente motivierend wirken können. Sie verweisen darauf, dass positive und konkrete Erfahrungen vom Nutzen der BGF überzeugen können. Erfahrungen und Argumente aus dem Munde anderer KMU-Geschäftsführer wirken zudem überzeugender als Darlegungen externer Berater (Meyer/ Tirpitz, 2008, S.76).

Aus diesem Grunde sollten neben den Best-Practice-Fällen im Manual Beispiele von Netzwerken aufgelistet werden, in denen unter extern durchgeführter Moderation von Geschäftsführer zu Geschäftsführer Wissen ausgetauscht werden kann.

5.3 Auswahl relevanter Instrumente

Allgemein verständliche Instrumente sind im Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung notwendig, um die wissenschaftlichen Erkenntnisse in der betrieblichen Praxis verankern zu können. Im Manual werden diese Instrumente prägnant beschrieben, damit der Leser einen Eindruck von den Möglichkeiten erhält. Im Folgenden werden die im Manual verwendeten Instrumente erläutert.

Da die Vielzahl der Instrumente, die in der BGF eingesetzt werden, für Großunternehmen entwickelt wurde, muss für den KMU-Sektor eine Abwandlung beziehungsweise eine kleinere Auswahl der Instrumente erfolgen. Dabei weist Meggeneder (2012, S.263) darauf hin, dass bei mittelgroßen Unternehmen ab etwa 150 Beschäftigten die gesamte Palette an Methoden und Instrumenten zu nutzen ist. Bei der Entwicklung des Manuals wird dieser Hinweis berücksichtigt und als Folge dessen die Betriebe mit unter 150 Mitarbeitern fokussiert.

Die Tatsache, dass der Gesundheitszirkel ein wichtiges und vielfach einsetzbares Instrument während des gesamten BGF-Zyklus ist, lässt ihn außerordentlich hervorheben. Aus diesem Grund wird der Gesundheitszirkel nachfolgend detaillierter als die anderen Instrumente erläutert. Anschließend werden jene Instrumente beschrieben, die den BGF-Phasen zugeteilt und spezifisch für KMU mit bis zu 150 Mitarbeitern geeignet sind.

5.3.1 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind Projektgruppen, deren Aufgabe es ist, gezielte Verbesserungsvorschläge in Form von Maßnahmen der BGF zu erarbeiten. Konkrete Probleme in Arbeitsbereichen, welche die Gesundheit beeinträchtigen, können so behoben werden (Oppolzer, 2006, S.70). Hintergrund des Gesundheitszirkels ist, durch die aktive Einbeziehung der Mitarbeiter zum Einen möglichst nah am Geschehen im Betrieb zu sein und zum Anderen die Motivation hinsichtlich der Teilnahme an BGF-Maßnahmen durch die gemeinsam geplanten Veränderungen zu erhöhen (Stähr, 2010, S.276). Erfahrungsgemäß sind Schritte, die von Mitarbeitern vorgeschlagen werden, leichter umsetzbar (Meyer/ Tirpitz, 2008, S.79). Zudem erhöht sich durch dieses partizipative Instrument die gefühlte Wertschätzung und Anerkennung der Mitarbeiter, was an sich schon salutogene Wirkungen im Betrieb erweckt (Friczewski, 2012, S.166).

Die Arbeit der Gesundheitszirkel ist somit eine sehr produktive Möglichkeit, Ziele zu erreichen. Sie erschließen den Zugang zu Belastungen, Beanspruchungen und Ressourcen, die im betrieblichen Gesundheitsschutz oft unbeachtet bleiben. Praxisberichte belegen zudem, dass sich die Zirkelarbeit positiv auf die Arbeitsmotivation der Beschäftigten und die Betriebskosten auswirkt (Slesina, 2001, S.90).

Strukturell sind Gesundheitszirkel betriebliche Kleingruppen mit maximal 12 Personen, die sich für einen begrenzten Zeitraum in regelmäßigem Abstand treffen. Die Teilnahme ist freiwillig und die Treffen sollten während der Arbeitszeit stattfinden oder, wenn nicht anders möglich, gegen Entlohnung außerhalb der Arbeitszeit erfolgen (Vogt-Akpetou, 1999, S.159).

Die Zusammensetzung der Zirkelteilnehmer kann sich je nach Vereinbarung unterscheiden. Entweder einigen sich die Beteiligten auf Gruppen, in denen ausschließlich Mitarbeiter unter sich kommunizieren, was dazu führen kann, dass bestimmte Themen offener besprochen werden, oder es wird ein Zirkel gegründet, in dem Personen verschiedener Hierarchiestufen und BGF-Fachleute mitwirken. Die Mitarbeiter sind dabei Experten im Bereich ihrer Arbeitsbelastungen. Um dieses „Expertenwissen“ in ein BGM mit sinnvollen Maßnahmen abzuleiten, können die Kenntnisse der Fachleute für Arbeits- und Gesundheitsschutz zusätzlich berücksichtigt werden. Außerdem werden durch die heterogene Zusammensetzung der Gruppe die Führungskompetenzen der Vorgesetzten mit den Erfahrungen der Mitarbeiter kombiniert, was zum Abbau von Schnittstellenproblemen und Gesprächsbarrieren führen kann (Friczewski, 2012, S.166). Dieser hierarchiefreie Kooperationsprozess kann zu vielversprechenden und innovativen Problemlösungen führen (Oppolzer, 2006, S.70).

Für eine offene Arbeitsatmosphäre, in der sich jeder Zirkelteilnehmer adäquat einbringen kann, ist eine professionelle und neutrale Moderation unverzichtbar. Die Ängste und Unsicherheiten der Mitarbeiter sollten dabei ernst genommen und berücksichtigt und die Meinungen der Teilnehmer neutral und respektvoll angenommen werden (Stähr, 2010, S.277).

Der Erfolg von Gesundheitszirkeln ist abhängig von der Bereitschaft, die Änderungs- und Verbesserungsvorschläge tatsächlich umzusetzen. Dabei ist es wichtig, die Umsetzung zeitnah durchzuführen, da das Unternehmen sonst unglaublich wirkt und die Mitarbeiter demotiviert werden können (Stähr, 2010, S.277). Wenn die entwickelten Vorschläge von der Entscheidungsebene nicht umgesetzt werden, sollte dies begründet werden (Friczewski, 2012, S.166).

Grundsätzlich sind Gesundheitszirkel in KMU gut geeignet. Des Öfteren aber gestaltet sich ihre Durchführung aus organisatorischen Gründen als schwierig, zum

Beispiel wenn sich kein geeigneter Raum findet oder die Mitarbeiter im Außendienst oder auf Baustellen tätig sind (Sommer, 2004, S.174). In kleineren Betrieben ist es möglich, Gesundheitszirkel überbetrieblich durchzuführen. Geeignete Kooperationspartner sind hierbei Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Innungen (Stähr, 2010, S.277). Für Kleinstbetriebe ist die Datenerhebung mithilfe des Gesundheitszirkels die einzige Analysemethode der Ausgangssituation, wobei die gesamte Belegschaft einbezogen werden sollte. (GKV-Spitzenverband/ MDS, 2012a, S.91).

5.3.2 Diagnoseinstrumente

Wie zuvor angekündigt, folgen in diesem Kapitel die Beschreibungen der Diagnoseinstrumente, die im Manual verwendet werden.

Arbeitsplatzanalyse/ Betriebsbegehung

Mit wenig Aufwand kann mit der Arbeitsplatzanalyse beziehungsweise der Betriebsbegehung ein Eindruck vom Geschehen im Unternehmen gewonnen werden (Bertelsmann-Stiftung/ Hans-Böckler-Stiftung, 2000, 193).

Jeder Arbeitsplatz beherbergt unterschiedliche gesundheitliche Belastungen. Beispielfhaft sind starke körperliche Anstrengungen, monotone Arbeitsabläufe oder das Arbeiten am Computer. Anhand der Arbeitsplatzanalyse und der Betriebsbegehung werden die Arbeitsplatzumgebung, die Arbeitsorganisation, der Arbeitsvorgang sowie die Bewegungsmuster des Beschäftigten geprüft. Zudem effizieren diese Methoden bei den Mitarbeitern ein positives Gefühl, denn sie fühlen sich ernst genommen und können durch ihr Wissen zur Besserung der Arbeitsverhältnisse beitragen. Diese Art der Diagnose kann außerdem die Motivation der Belegschaft, an anderen BGF-Aktivitäten teilzunehmen, erhöhen (Sommer, 2004, S.173).

Die vom Gesetzgeber verpflichtende Gefährdungsbeurteilung, die von jedem Arbeitgeber durchgeführt werden muss, kann Anhaltspunkte über bestehende Risiken geben.

Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen können angewendet werden, um eine Basis für die Akzeptanz von künftigen BGF-Maßnahmen zu bilden, um die Mitarbeiter für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren sowie um ihnen die Partizipation zu ermöglichen. Zusätzlich geben die Ergebnisse der Befragungen Anhaltspunkte für die zu treffenden Maßnahmen (Stähr, 2010, S.272).

So können präzise Erhebungen zum Wohlbefinden, Selbstwertgefühl und Arbeitszufriedenheit gemacht werden, was als Basis für die weitere Projektgestaltung und Schwerpunktsetzung genutzt werden kann. Wenn die Befragung seriös und wissenschaftlich durchgeführt wird, kann sie zudem zu einem Vergleich mit anderen Betrieben und als Grundbestandteil einer zielgerichteten Evaluation dienen (Scharinger, 2007, S.37). Der Fragebogen sollte daher qualitätsgesichert sein und den methodischen Standards der empirischen Sozialforschung entsprechen. Dies wiederum bedeutet, dass die Mitarbeiterbefragung professionell von externen Experten begleitet werden sollte (ebd., S.38).

Für die Kleinst- und Kleinbetrieben (mit weniger als 50 Mitarbeitern) ist die Problematik der Anonymitätsbewahrung während der Mitarbeiterbefragungen zu berücksichtigen. Als Alternative wären moderierte Fokusgruppen oder Gesundheitszirkel empfehlenswert (Meggeneder, 2012, S.264).

Fokusgruppen

In Fokusgruppen trifft sich eine kleine Personengruppe, um sich über ein bestimmtes Thema (Fokus) auszutauschen. Unterschiedliche Erfahrungen und Sichtweisen sowie das Wissen verschiedener Personen können dadurch verknüpft werden. Der Schwerpunkt liegt auf relevante Gesundheitsressourcen und gesundheitliche Belastungen im eigenen Unternehmen.

Ziel der Arbeit in Fokusgruppen ist es, in möglichst kurzer Zeit eine Diagnose der Ist-Situation zu erlangen. Die Ergebnisse werden von einem Moderator zusammengefasst und der Arbeitsgruppe Gesundheit vorgelegt. Im Vergleich zum Gesundheitszirkel treffen sich die Fokusgruppen höchstens zweimal und es wird ausschließlich der Ist-Zustand festgestellt, ohne eine Ableitung von Interventionen herzustellen (Scharinger, 2007, S.44).

Rückkehrgespräche

In Folge der Novellierung des SGB IX im Jahre 2004 sind Arbeitgeber verpflichtet bei allen Beschäftigten, die länger als sechs Wochen pro Jahr ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) durchzuführen. Diese Maßnahmen sollen den Arbeitsplatz des Betroffenen erhalten und im Betrieb die mit Arbeitsunfähigkeitszeiten verbundenen Nachteile mindern. In diesem Sinne unterstützt das Gesetz weitgehend die Gesundheitsförderung.

Laut Seel (2012, S.207) bietet ein funktionierendes Eingliederungsmanagement dem Betrieb, den Betroffenen und den Sozialversicherungssystemen Vorteile. Demnach spare der Betrieb durch verringerte Fehlzeiten Kosten und verbessere sein Betriebsklima und Image durch die übernommene soziale Verantwortung. Der betroffene Mitarbeiter profitiere von der Unterstützung bei der Rückkehr in betriebliche Prozesse und die Sozialversicherungen erfahren kostenmäßige Entlastungen. Anzumerken ist, dass das BEM für den Arbeitgeber zwar eine Pflichtleistung ist, der Mitarbeiter eine Kooperation aber jederzeit ablehnen beziehungsweise abrechnen darf (ebd., S.209).

Gespräche mit Mitarbeitern, die nach längerer Krankheit wieder am Arbeitsplatz anwesend sind, können Informationen zu gesundheitlichen Belastungen liefern, die für die Planung von BGF-Maßnahmen hilfreich sind. Wichtig hierbei ist das Zusammentragen und Auswerten der Gespräche, was nur in seltenen Fällen in KMU stattfindet (Sommer, 2004, S.174). Die Geschäftsführer der KMU verfügen nicht über die Zeit und Kompetenz, sich um die Möglichkeiten der Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu kümmern. Hilfestellungen können Betriebe von externen Beratern erhalten, die zum Beispiel von Krankenkassen, der Agentur für Arbeit, Unfall- und Rentenversicherungen gestellt werden (Seel, 2012, S.210). Die professionellen Berater können in einem neutralen Umfeld mit der betroffenen Person über geeignete Maßnahmen sprechen.

Fehlzeitenanalyse

Obwohl sie in ihrer Wirkung überschätzt ist, wird die Fehlzeitenanalyse von Geschäftsführern oft gewünscht. Vorteilhaft ist, dass die Erhebung relativ einfach und

flexibel und für jeden Beteiligten verständlich und nachvollziehbar ist. Zudem kann sie zum Vergleich mit anderen Unternehmen der Branche dienen. Die Krankenkassen bieten für Unternehmen ab 50 Mitarbeitern eine Aufbereitung der Krankenstände an. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist diese Analyse in Betrieben mit weniger als 50 Mitarbeitern nicht erlaubt (Uhle/ Treier, 2011, S.203; Meggeneder, 2012, S.263).

Der Krankenstand ist oft alleiniges Kriterium für den Gesundheitszustand der Belegschaft. Aus traditioneller Sicht betrachtet, ist also ein anwesender Mitarbeiter ein gesunder Mitarbeiter. Doch die veränderten Belastungsfaktoren der Arbeitswelt hin zu psychosozialen sind weniger gut messbar und bedingt nachvollziehbar, so dass die Krankenstandsanalyse ein unzuverlässiger Indikator für den gesundheitlichen Zustand im Unternehmen ist (Meifert/ Kesting, 2004, S.4). An dieser Stelle soll noch einmal auf das Präsentismus-Phänomen hingewiesen werden, welches diesen präferierten Parameter diffizil erscheinen lässt (Uhle/ Treier, 2011, S.195).

5.3.3 Umsetzungsinstrumente

Da ein ausgedehntes Projektmanagement in KMU nicht vorzufinden ist, sollte das BGM einem projektähnlichen Vorgehen folgen. Die Durchführung von gesundheitsförderlichen Projekten bedarf viel Erfahrung, welche in der Regel in kleinen und mittleren Betrieben nicht vorhanden ist. Aus diesem Grund ist es ratsam für KMU an Projekttagen teilzunehmen und Netzwerken beizutreten. An den Projekttagen nehmen mehrere KMU teil, die dort von einem externen Moderator über weitere Maßnahmen beraten werden. Außerdem besteht die Möglichkeit, sich über erlebte Erfahrungen hinsichtlich der Gesundheit im Betrieb auszutauschen.

Regionale Netzwerke bringen mehrere Unternehmen zusammen, wobei bei regelmäßigen Treffen Erkenntnisse, Ideen und Anregungen in Bezug auf BGF ausgetauscht werden (Meggeneder, 2012, S.264).

Voraussetzung für die beiden vorgestellten Instrumente zur Umsetzung ist allerdings das Bestehen derartiger Organisationen in der Region des Betriebes. Im Kapitel 4.3.3 werden die Möglichkeiten der Netzwerkarbeit differenziert ausgeführt.

Wie schon im Kapitel 3.5 erläutert, sollte in der Umsetzung auf eine gute Zusammenstellung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen geachtet werden. Scharinger (2007, S.76) betont in Bezug auf die Auswahl geeigneter Schritte, dass sich auch in Kleinunternehmen Themenbereiche wie Alkohol- und Tabakprävention, Bewegung und Ernährung, partizipativ gestaltete bauliche Veränderungen, Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe und Aspekte der psychosozialen Gesundheit als Handlungsfelder bewährt haben.

Als wirksame und konstruktive Aktionen in dem KMU-Sektor werden Gesundheitstage und Führungskräfte-Seminare fortwährend eingesetzt. Sie können allgemeingültig in allen Betrieben durchgeführt werden und greifen die Aspekte Sensibilisierung beziehungsweise Motivation der Belegschaft und die zentrale Rolle der Führungskraft auf. Aus diesen Gründen werden sie im folgenden Abschnitt detaillierter betrachtet.

Gesundheitstage

Gesundheitstage eignen sich sowohl als Kick-off-Veranstaltung, als auch als regelmäßige Feststellung des Bedarfs, der bei den Mitarbeitern vorliegt. An diesen Tagen werden Referenten in den Betrieb eingeladen, die über gesundheitsförderliche Bereiche informieren. Die Teilnahme an diesem Informationstag sollte für die Mitarbeiter freiwillig sein, wohingegen sich die Geschäftsleitung und Führungskräfte als Vorbild beteiligen sollten (Stähr, 2010, S.279).

Gesundheitstage können dazu beitragen, die Mitarbeiter für das eigene Gesundheitsverhalten zu sensibilisieren. Besonders in Branchen, in denen das Thema Gesundheitsförderung eher negativ belegt ist, können Gesundheitstage helfen, das Image zu verbessern. Gesundheitstage können zum Beispiel Körperfett-Analysen, Blutdruckmessungen, Sehtests oder Ernährungsberatungen beinhalten (Meyer/ Tirpitz, 2008, S.81). Die Krankenkassen initiieren den Gesundheitstag nahezu standardmäßig als Auftakt der betrieblichen Gesundheitsförderung (eigene Feststellung durch „Gesundheitstag“ (Messe) der Handelskammer Hamburg und Krankenkassen-Anrufe).

Eine spezielle Art und besonders für KMU relevante Möglichkeit, ist der überbetriebliche Gesundheitstag, der im Kapitel 4.2.5 erläutert wird.

Führungskräfte-Seminare

Die BGF-Einführung ist eng an das Thema Führung und Kommunikation gebunden. Aus diesem Grund und weil Führungskräfte eine Vorbild- und Initiatorrolle in Bezug auf die betriebliche Gesundheit übernehmen, ist es förderlich, wenn zu Beginn der BGF-Implementierung Führungskräftebildungen stattfinden. Die Führungskräfte übernehmen im BGM eine Schlüsselrolle (vgl. Kapitel 4.2.1). Daher ist es zweckmäßig, dass sie im Seminar ihre Führungsqualitäten stärken und von der Relevanz der Gesundheitsförderung für das Unternehmen und für sie selbst überzeugt werden. Wenn dies erfolgreich vermittelt wird, ist diese Maßnahme für das Betriebsklima und die Gesundheit im Unternehmen ausschlaggebender, als andere gesundheitsförderliche Einzelmaßnahmen. Die Qualität der Mitarbeiterführung entscheidet demnach über die Gesundheit, die Motivation und die Produktivität der Mitarbeiter (Stähr, 2010, S.278).

Neben diesen beiden erwähnten grundlegenden Maßnahmen, sollten in der Umsetzung Interventionen erfolgen, die individuell auf die Bedürfnisse des Betriebes angepasst sind und mit den Diagnoseergebnissen abgestimmt sind. Beispielhafte Interventionen wären Kontinuierlicher Betriebssport, Rückenfit-Training, Maßnahmen für Auszubildende, Demographie-Workshops sowie Einzelberatungen (Ernährung, Suchtmittelkonsum u.a.).

5.3.4 Evaluationsinstrumente

Die Evaluation stellt die Überprüfung der Realisierung der Ziele, des Zeitplans und des Mitteleinsatzes dar. Die im ersten Stadium formulierten konkreten und messbaren Ziele legen faktisch die Art der Evaluation fest, wobei gerade im KMU-Sektor berücksichtigt werden sollte, dass der Aufwand der Evaluation nicht deren Nutzen übersteigt (Meggeneder, 2012, S.265). Als Instrumente können in KMU die Mitarbeiterbefragung (ebd., S.265) oder auch die Gesundheitszirkel hilfreich sein, in denen Zwischenresümees gezogen und die Maßnahmen beurteilt werden können (Badura/ Ritter/ Scherf, 1999, S.115).

Oft ist für Betriebsinhaber während der Evaluation die Bewertung der Krankenstände vorrangig, wobei die wichtigeren Ursache-Wirkungs-Beziehungen vernachlässigt werden. Der betriebliche Krankenstand ist, wie bereits an anderer Stelle

erwähnt, ein Spätindikator und sehr grober Richtwert für den Erfolg des BGM. Real herrschen vielfältigere Ursachen vor (Sommer, 2004, S.177).

Wie schon im Kapitel 3.5.4 erläutert, erscheint es sinnvoll, dass Betriebe aus dem Klein- und Mittelstand individuelle und konstruktive Evaluationsmethoden (zum Beispiel Checklisten) überbetrieblicher Akteure wie beispielsweise Krankenkassen und Berufsgenossenschaften wahrnehmen.

5.4 Inhaltlicher Aufbau

Das Manual beginnt mit einem einleitenden Vorwort, das die Wichtigkeit der Mitarbeiter-Gesundheit, den Wandel der Arbeitswelt und den Nutzen durch die betriebliche Gesundheitsförderung anspricht. Zusätzlich wird verdeutlicht, dass die BGF keine unüberwindbare Hürde darstellt und auch für kleinere Unternehmen möglich ist.

Der darauf folgende Abschnitt beinhaltet die Begriffsbestimmung von Gesundheit und die Beziehung zwischen Gesundheit und Erwerbstätigkeit, wobei die Auswirkungen der „inneren Kündigung“ und die damit zusammenhängende aktuelle Studie von Gallup (Engagement Index 2012) geschildert werden.

Auf der nächsten Seite wird anhand wichtiger Merkmale eine Gegenüberstellung von „gesunden“ und „ungesunden“ Unternehmen tabellarisch dargestellt. Dem angeschlossen ist die Definition für „Betriebliche Gesundheitsförderung“ aus der Luxemburger Deklaration.

Darauf folgend wird dem Leser mit fünf Argumenten aus der aktuellen Arbeitswelt verdeutlicht, dass es ausreichend Motive für die Implementierung der BGF gibt. Diese allgemein gehaltenen Gründe werden im nächsten Kapitel konkretisiert, indem der Nutzen, der durch die BGF-Durchführung entstehen kann, dargestellt wird. Eine Tabelle zeigt dem Leser in einfacher Form mit welchem Nutzen er zum Einen für das Unternehmen und zum Anderen für die Mitarbeiter kalkulieren kann.

Die Besonderheiten und Vorteile des kleinen beziehungsweise mittelständischen Betriebes, die für eine Einführung der BGF wichtig sind, werden im nachstehenden Absatz erläutert, wobei der Geschäftsführer als Leser direkt angesprochen und motiviert wird.

Die nächste Textpassage erläutert die Schritte, die für einen Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung sinnvoll sind. Zusätzlich veranschaulicht eine Abbildung grafisch die Grundsätze der BGF.

Nach dieser Startphase wird der Ablauf der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand des BGF-Zyklus erklärt. Es werden die Phasen kurz beschrieben und im Zuge dessen Beispiele für verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen in einer Grafik dargestellt.

Die ausgewählten Methoden beziehungsweise Instrumente (vgl. Kap. 5.3) der BGF werden im darauffolgenden Manual-Bereich erklärt. Allerdings wird im Manual zugunsten der einfacheren Lesbarkeit nicht die Zuordnung der Instrumente zu den einzelnen BGF-Phasen vorgenommen.

Im Anschluss sind die Möglichkeiten der Unterstützung durch die Sozialversicherungsträger und Netzwerke erläutert.

In einem Absatz wird dem Leser beschrieben, wie die BGF gesetzlich geregelt ist. Es wird zum Beispiel darauf aufmerksam gemacht, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, während einer Ein- und Durchführung der BGF Hilfe zu leisten und dass Kosten für gesundheitsfördernde Maßnahmen bis zu 500 Euro pro Kalenderjahr und Mitarbeiter steuerfrei sind.

Die letzte Passage im Manual beinhaltet Praxisbeispiele mittelständischer Unternehmen und weiterführende Adressen im Internet, die zusätzlich motivieren und informieren sollen.

6. Untersuchung und Weiterentwicklung des Manuals

Die nachstehenden Unterkapitel befassen sich mit der im Zuge der vorliegenden Arbeit durchgeführten Untersuchung. Es wird das methodische Vorgehen erläutert und eine Zusammenstellung der Ergebnisse erteilt. Abschließend werden die Änderungen der ersten Manual-Fassung aufgeführt.

6.1 Fragestellung der Untersuchung

Wie im vorangegangenen Teil der Arbeit dargestellt wurde, ist in den KMU ein Wissensdefizit bezüglich betrieblicher Gesundheitsförderung zu verzeichnen. Das entwickelte Manual soll diesem Defizit entgegenwirken.

Das Anliegen der vorliegenden Arbeit besteht darin, das Manual möglichst verständlich und ansprechend zu gestalten. Anhand einer im Folgenden dargestellten Untersuchung soll die Akzeptanz und das Verständnis des Manuals geprüft werden, indem die Zielgruppe der Geschäftsführer daraufhin befragt wird.

Die zentralen Fragestellungen der Untersuchung lauten:

- Inwieweit wird das Manual inhaltlich verstanden?
- Wie wird der Aufbau des Manuals empfunden?
- Welche Fragen wirft das Manual beim Leser auf?
- Wirkt das Manual motivierend für eine BGF-Einführung?

Im Sinne eines explorativen Vorgehens soll eine Sammlung von Antworten auf die oben formulierten Fragen gewonnen werden. Über diese Fragen hinaus, wird der Interviewpartner gebeten, Auskunft zu folgenden Bereichen zu geben:

- Wie steht es um die Gesundheitsförderung im eigenen Betrieb?
- Welche betrieblichen Strukturen sind im Betrieb vorzufinden?

Die Abfrage dieser Aspekte dient dazu, die in der vorliegenden Diplomarbeit auf Basis der gängigen Literatur geschilderten Charakteristika der KMU zu belegen, oder eventuell neue Erkenntnisse diesbezüglich zu erlangen.

6.2.Methodisches Vorgehen der Untersuchung

In den folgenden Teilen wird das methodische Vorgehen der Untersuchung anhand des Untersuchungsdesigns, der Erhebungsmethode, der Durchführung des Interviews und des Interviewpartners beschrieben

6.2.1 Untersuchungsdesign

Die Untersuchung bedient sich einer qualitativen Forschungsstrategie. Diese Art der Datengewinnung erfasst die Realität in einer offenen Form. Demnach kann die Möglichkeit genutzt werden, in der Untersuchung ohne festgelegte Antwortmöglichkeiten vorzugehen. Die Kombination aus „teilstandardisierten Fragen“ und „offenen Antworten“ bildet laut Pfaff et al. (2012, S.452) den Kernbereich der qualitativen Datengewinnung.

Ziel der Untersuchung ist anhand der im Vorwege genannten Kombinationsform ein teilstandardisiertes Interview durchzuführen und dadurch eine möglichst breite Erhebung von Meinungen und Erfahrungen zu erhalten.

6.2.2 Erhebungsmethode: Teilstandardisiertes Interview

Im Gegensatz zu strukturierten beziehungsweise standardisierten Interviews zeichnen sich teilstandardisierte Interviews dadurch aus, dass es keine festen Antwortvorgaben gibt und dass die Befragten ihre Antworten frei artikulieren können (Hopf, 1995, S.177).

„Die fehlende oder geringe Standardisierung der Fragen und der Verzicht auf Antwortvorgaben ermöglichen es, den Menschen mit seinen Sinnbezügen, Sichtweisen und Interpretationen zu Wort kommen zu lassen“ sowie „ soziale und individuelle Prozesse zu beschreiben (...)“ (Pfaff et al., 2012, S.454).

Als Erhebungsinstrument kommt ein Interview-Leitfaden zum Einsatz, der vorbereitete Fragen enthält, jedoch chronologisch flexibel nutzbar ist.

Der Leitfaden dient als Gerüst des Interviews, wobei die vorgegebenen Fragen durch klärende Nachfragen ergänzt werden können. Zudem können unabhängig vom Leitfaden gemachte Aussagen des Interviewpartners aufgegriffen werden.

Der Interview-Leitfaden enthält Fragen zu folgenden Bereichen:

- Verständnis, Akzeptanz und Kritik zum Manual,
- Gesundheitsförderung im Betrieb und
- betriebliche Strukturen.

6.2.3 Durchführung des Interviews

Geplant war ein persönliches Interview mit einem Geschäftsführer im Betrieb. Aus terminlichen und organisatorischen Gründen musste das Gespräch allerdings telefonisch durchgeführt werden, wobei das Telefonat 90 Minuten dauerte.

Eingeleitet wurde das Interview mit folgenden Punkten:

- Dank für die Teilnahme am Interview,
- Informationen zum Hintergrund des Gesamtprojekts und der Befragung,
- Informationen zum Ablauf des Interviews und
- Zusicherung der Anonymität.

Das Interview wurde mit vorbereiteten Impulsfragen und spontanen Nachfragen strukturiert, wobei den Schilderungen des Interviewpartners freien Lauf gelassen wurde. Diese Art der Gesprächsführung kann zu erkenntnisreichen Informationen führen, die im Vorwege während der Interview-Planung nicht beachtet wurden.

Die Begrifflichkeit „Manual“ wurde im Interview nicht verwendet, da es nicht bekannt sein und eher als Fremdwort aufgefasst werden konnte. Der Unternehmer könnte mit der Verwendung des Fachwortes zu Beginn der Befragung eine Abneigung empfinden, was dem Verlauf des Interviews nicht zuträglich gewesen wäre. Während des Gesprächs wurde demnach der verbreitete Begriff „Broschüre“ genutzt.

6.2.4 Beschreibung des Interviewpartners

Bei dem Interviewpartner handelt es sich um einen 28-jährigen Geschäftsführer einer Zimmerei, wobei sein Vater und sein Bruder ihn in der Betriebsführung gleichrangig ergänzen. Die Zimmerei befindet sich in ländlicher Region und be-

schäftigt dort 92 Mitarbeiter. Das Unternehmen wurde vor 32 Jahren gegründet und konnte ein stetiges Wachstum verzeichnen.

Dieser Interviewpartner wurde ausgewählt, da er Geschäftsführer eines mittleren Betriebes ist, zeitlich verfügbar war und die Bereitschaft an dem Interview erklärte.

6.3 Ergebnisse der Untersuchung

In den nachstehenden Abschnitten werden die Untersuchungsergebnisse aufgezeigt. Dabei wird zunächst auf die Standpunkte des Unternehmers eingegangen und im Anschluss die Konsequenzen beziehungsweise die Änderungen die am Manual vorgenommen werden, dargelegt.

6.3.1 Standpunkte des Unternehmers

Im folgenden Kapitel werden die Antworten des interviewten Geschäftsführers dargelegt, wobei die Unterteilung in die Bereiche Manual, Gesundheitsförderung im Betrieb und betriebliche Strukturen vorgenommen wird. In dieser Sammlung der Aussagen werden neben den Antworten, die den Fragen des Leitfadens zugeordnet werden können, sinngerecht die Äußerungen des Geschäftsführers eingefügt, die in der offenen Gesprächsführung neben dem Leitfaden entstanden.

Der beantwortete Interview-Leitfaden und die zusätzlichen Aussagen sind im Anhang zu finden.

6.3.1.1 Bezüglich des Manuals

Ein Ergebnis des Interviews mit dem Geschäftsführer war, dass das Manual größtenteils ansprechend gestaltet ist. Besonders die direkte Anrede beschrieb der Interviewte als angenehm.

Zudem wurde im Interview deutlich, dass kleingeschriebene Textteile und Abkürzungen, die im Manual im Vorwege auf einer anderen Seite erläutert werden, nicht verstanden beziehungsweise überlesen wurden. Der Befragte machte den Zeitmangel beim Lesen dafür verantwortlich, da er das Manual während der Arbeitszeit gelesen hatte. Dieser Zeitmangel und die undeutliche Visualisierung des BGF-Zyklus mit den anschließenden Beschreibungen der einzelnen Phasen, ließen ihn

den Zusammenhang des Prozesses nicht erkennen. Zudem hatte der Leser Schwierigkeiten mit Begriffen wie „sinnstiftend“, „demografischer Wandel“, „Unternehmenskultur“ und „Betriebliches Eingliederungsmanagement“.

Die Erläuterungen zur Lage der aktuellen Arbeitswelt und zu der gesetzlichen Position bezogen auf die BGF interessierte dem Geschäftsführer eminent. Er ergänzte, dass er ansonsten aus zeitlichen Gründen keinen Zugang zu diesen Fakten hätte.

Der Interviewte beurteilte die aufgeführten Praxisbeispiele und die weiterführenden Internet-Adressen als anregend und motivierend, empfahl aber für eine bessere Lesbarkeit einerseits einen Text statt Aufzählungszeichen (bei den Best-Practice-Fällen) und maximal fünf Internet-Adressen statt der aufgelisteten elf.

Des Weiteren betont der Befragte des Öfteren, wie interessant die ersten acht Seiten des Manuals seien. Danach werde es ihm zu detailliert und der Gedanke „Wir schaffen das sowieso nicht!“ lässt die Schilderungen der folgenden Seiten für den eigenen Betrieb unrealistisch erscheinen. Die Unterstützungsangebote für KMU und das Kapitel der BGF-bezogenen Gesetze wären ihm zufolge im vorderen Teil des Manuals eher angebracht als im hinteren.

6.3.1.2 Bezogen auf die Gesundheitsförderung im Betrieb

Im Interview konnte erfasst werden, dass im Betrieb des Befragten keine gesundheitsförderlichen Strukturen bestehen und dass aus Sicht des Geschäftsführers kein Interesse an der BGF besteht, weil er die Motivation seiner Beschäftigten für die BGF als minimal einschätzt.

Andererseits sähe er Bedarf in den Bereichen rückengerechtes Arbeiten sowie körperliches Training als Ausgleich und zur Kräftigung, da die Arbeit der Zimmerer eine große körperliche Belastung darstelle. Zusätzlich stuft er die Ernährungssituation seiner Belegschaft als eher schlecht ein, so dass er Informationen zu diesem Thema, speziell zur Verpflegung während der Arbeitszeit, zweckmäßig fände.

Die finanziellen und räumlichen Ressourcen wären hinsichtlich der durchzuführenden Maßnahmen durchaus gegeben. Als problematisch und für die betriebliche

Gesundheitsförderung nachteilig beurteilt er den Termindruck und den Zeitmangel im Alltag des Unternehmens.

Der Interviewpartner bewertet die Bedingungen im Handwerksbetrieb eher als nachteilig für die BGF, da die Mitarbeiter auf Baustellen tätig und dadurch schwer erreichbar seien. Hinzu komme der zeitliche Druck während der Aufträge.

Einzelgespräche mit Mitarbeitern, die durch vermehrte Krankheitsausfälle oder durch Beschwerden der Kollegen auffällig geworden sind, schätzt der Geschäftsführer als effektiver und praktischer ein, als eine Einführung von Arbeitsgruppen zum Thema Gesundheit. Des Weiteren sollte seiner Meinung nach die Teilnahme an gesundheitsförderlichen Maßnahmen für die Mitarbeiter verpflichtend sein. Ein einmaliger Informationstag zum Thema Gesundheit wäre in diesem Sinne am ehesten möglich.

Darüber hinaus erklärte der Interviewte, dass er noch nie Angebote über die betriebliche Gesundheitsförderung erhalten hätte, sei es von Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften, den Innungen oder den Kammern. Wenn er etwas erhalte, handele es sich um betriebsexterne Angebote, die sich ausschließlich an ihn als Einzelperson richteten.

Als einzige gesundheitsförderliche Maßnahme beschrieb der Befragte die Pflicht-Untersuchung seiner Mitarbeiter durch die Berufsgenossenschaft. Diese fände alle zwei Jahre in einem Bus der Berufsgenossenschaft, der in die Region kommt, statt.

Der Interviewpartner wies weiter darauf hin, dass die Übermittlung von Informationen über die BGF seiner Meinung nach wichtig und entscheidend für deren Verbreitung sei.

Die Einschätzung des Geschäftsführers, dass ein Betriebsinhaber sein Unternehmen generell als „gesund“ einstuft, lässt aus seiner Sicht die Beurteilung durch einen externen Experten notwendig erscheinen. Grundsätzlich herrscht laut dem Befragten die Einstellung: „Entweder ist der Mitarbeiter da oder er ist krank. Aber weiter wird nicht gedacht.“ (siehe Anhang III, S.A-11)

6.3.1.3 Bezüglich betrieblicher Strukturen

Das Unternehmen des Befragten ist ein traditioneller Familienbetrieb. Er, sein Vater sowie sein Bruder teilen sich die Geschäftsführung. Zusätzlich ist seine Mutter in vereinzelte Projekte integriert.

Die sozialen Beziehungen seiner Beschäftigten bewertet er als sehr ausgeprägt. Exemplarisch nannte er Geburtstage und Hochzeiten, zu denen die Mitarbeiter sich gegenseitig und die Geschäftsführer einladen. Darüber hinaus treffen sich die Angestellten jeden Freitagabend im Büro des Geschäftsführers (freiwillig), wobei die Zusammensetzung der Mitglieder jedes Mal variiert —je nachdem, wer gerade Lust dazu hat. Bei diesem gemütlichen Beisammensein, wo der Betriebsinhaber Bier ausgibt, entstehen nicht selten Gespräche über Probleme und Vorfälle der letzten Woche. Die Geschäftsführer erhalten durch diesen unverbindlichen und lockeren Austausch „ganz nebenbei“ einen nützlichen Einblick in die sozialen Beziehungen der Mitarbeiter.

Aus organisatorischen Gründen können die Geschäftsführer nicht mehr die gleiche Tätigkeit wie ihre Mitarbeiter ausüben. Der Befragte erläutert, dass sein Vater dies in der Anfangszeit noch getan habe, dies aber aufgrund der mittlerweile erreichten Betriebsgröße nicht mehr möglich sei.

Hierarchiestufen könne er im Unternehmen nicht verzeichnen. Ausschließlich „draußen“ (im Außendienst; nicht im Büro) könnte ein Geselle zum Kolonnenführer „aufsteigen“. Eine Arbeitnehmervertretung in Form eines Betriebsrates ist im Unternehmen nicht vorzufinden. Auch eine Gefährdungsbeurteilung in dem Umfang, wie sie verlangt wird, gibt es nicht. Der Geschäftsführer bemängelt, dass die Beurteilung zwar gefordert wird, es aber keine Hilfestellung oder Kontrolle gibt.

Dem Interviewten waren Angaben zum betrieblichen Krankenstand, dem Durchschnittsalter der Belegschaft sowie der Anzahl der vertretenen Krankenkassen im Betrieb nicht bekannt.

Seinen persönlichen Lebensstil beschreibt er als „eher gesund“, wobei er zugab, dass er Raucher ist.

6.3.2 Konsequenzen für das Manual

Die Ausführungen des interviewten Geschäftsführers geben einen tiefen Einblick zum Verständnis und der Akzeptanz des Manuals. Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse werden aufgegriffen und eine Modifizierung des Manuals daraus abgeleitet. Die nachstehende Auflistung gibt einen Überblick der Umgestaltungen.

- Die Unterstützungsangebote und der Gesetze-Abschnitt werden vorverlegt (hinter „Besonderheiten der KMU“).
- Abkürzungen werden vermieden.
- Kleiner geschriebene Textteile werden vergrößert beziehungsweise mit in den vorangegangenen Text eingebunden.
- Die Visualisierung des BGF-Zyklus´ wird deutlicher.
- Fachwörter werden vereinfacht beziehungsweise erklärt.
- Die Ausführungen der Best-Practice-Fälle werden als Text verfasst.
- Die Auswahl an weiterführenden Internet-Adressen wird minimiert.

Die Neufassung und die erste Version des Manuals sind im Annex der Arbeit einsehbar.

7. Diskussion der Ergebnisse

Die Resultate des Interviews, die die Ausführungen des Manuals betreffen, wurden im vorhergehenden Textabschnitt (Kap.6.3.2) und mit der Optimierung des Manuals verarbeitet. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse, die nicht die Ausarbeitung des Manuals betreffen, näher erläutert beziehungsweise mit dem Wissensstand verglichen.

Die ausschlaggebende Rolle für die Entscheidung einer BGF-Einführung nimmt der Geschäftsführer ein. Seine Einstellungen prägen demnach die Wertevorstellungen des Betriebes (vgl. Kap. 4.2.1). Das geführte Interview verdeutlicht diese Erkenntnisse, indem das Desinteresse des Interviewten an der BGF offensichtlich wurde. Er behauptet, er mache sich keine weiteren Gedanken um die Gesundheit im Betrieb. Zusätzlich reflektiert er sein Desinteresse auf die Mitarbeiter, indem er vermutet, dass deren Interesse und Motivation bezüglich BGF sehr gering ist. Die-

se Auffassung ist entscheidend und führt zur Ablehnung der Gesundheitsförderung. Es erfordert demzufolge eine große Überzeugungsarbeit, diesen Geschäftsführer von der BGF zu überzeugen.

Im Interview wurde des Öfteren deutlich, dass Zeit die limitierende Ressource im Betrieb ist. Die größte Hürde für eine Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung stelle im Betrieb des Befragten die fehlende Zeit dar. Der Termindruck und die Hektik des Arbeitsalltags mache demnach die BGF unmöglich. Zusätzlich bewertet er das fehlende Personal für die Organisation der BGF-Maßnahmen nachteilig.

Diese Auffassungen decken sich mit den Erkenntnissen der Forschung und dem beschriebenen Mangel an Ressourcen (vgl. Kapitel 4.2.2) weitestgehend. Die erläuterten finanziellen Defizite sowie die fehlenden Räumlichkeiten für die BGF-Durchführung können von ihm allerdings nicht bestätigt werden.

Ebenso können die betrieblichen Strukturen, die im Kapitel 4.2.3 beschrieben werden im Interview bestätigt werden. Folglich ist das Unternehmen ein Familienbetrieb mit keiner beziehungsweise sehr flacher Hierarchie und keiner Arbeitnehmervertretung. Zudem ist kein Betriebsarzt oder eine andere medizinische Betreuung vorzufinden.

Der befragte Geschäftsführer schildert die Beziehungen, die außerhalb des Betriebes zwischen den Mitarbeitern herrschen als sehr ausgeprägt. Durch diese soziale Nähe kann die in der Fachliteratur (vgl. 4.2.4) beschriebene Sensibilität des Geschäftsführers für die individuellen Bedürfnisse seiner Mitarbeiter genutzt werden und innerhalb der Belegschaft eine soziale Kontrolle entstehen.

Der geltende Zeitmangel spiegelt sich ebenfalls in der Konzentration beim Lesen wider. Der Befragte bemerkt im Interview, dass er Zusammenhänge und Abkürzungen nicht versteht, da die wenige Zeit zum flüchtigen und unkonzentrierten Lesen führt. Die Vielzahl an täglichen Aufgaben kann demnach zu einem schlechten Wissensmanagement führen, denn die Lesewahrscheinlichkeit von Informationsmaterial ist eher gering.

Zu dem zeitlichen Aspekt kommt die Botschaft des Interviewten, dass er noch niemals Angebote oder Informationen bezüglich BGF erhalten hat, hinzu. Er weiß

nicht, welche Angebote gemacht werden, wie die gesetzliche Lage aussieht oder dass die Möglichkeit besteht, einen Bonus zu erhalten. Diese Stellungnahme kann durch die erläuterten Thesen in den Kapiteln 4.2.5 und 4.3.1 bestätigt werden. Darin wird beispielsweise die Berührungsscheu der BGF-Initiatoren und das geringe Interesse der Krankenkassen den KMU gegenüber erklärt.

Meyer und Tirpitz (2008, S.70) beurteilen die generellen Widerstände der Betriebe sogar als vorgeschoben. Ursächlich für das nicht eingeführte BGF seien demnach das fehlende Wissen bezüglich BGF und dazugehörige KMU-adäquate Angebote. Dieses Defizit könnte durch umfangreiche Informationskampagnen, die die kleinen und mittelständischen Unternehmen ansprechen, beglichen werden. Wenn die KMU ausreichend informiert werden, kann das Potential dieses Sektors ausgeschöpft werden. Die persönliche Ansprache, in der Wissen übermittelt wird, kann zum Beispiel durch Verbände übermittelt werden (DNBGF, 2003, S.3).

Des Weiteren birgt die Bekanntmachung von Anreizen nach erfolgreich durchgeführter Gesundheitsförderung ein großes Potential. Wenn die Betriebsinhaber der KMU wissen, dass ein Bonus von den Krankenkassen und steuerliche Befreiungen für gezahlte BGF-Leistungen erhältlich sind, würden sie sich vielleicht eher für die BGF entscheiden. Zusätzlich könnte die Vergabe von Zertifikaten oder Ähnlichem nach vollzogener BGF der Imagepflege dienen und andere Unternehmen zum Nachahmen animieren (Meyer/ Tirpitz, 2008, S.76).

Die geringe Verbreitung der BGF in KMU wird im geplanten Präventionsförderungsgesetz aufgegriffen. Hierin wird angekündigt, dass die BGF in KMU stärker verbreitet wird, indem regionale Koordinierungsstellen der Krankenkassen Beratung und Unterstützung anbieten. Zusätzlich sollen die Krankenkassen-Ausgaben für BGF erhöht werden (mindestens 2 Euro je Versicherten/ Jahr) und die Gewährung von Boni verbindlicher gestaltet werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2013).

Obwohl die Leitung des Unternehmens beauftragt wurde, eine Gefährdungsbeurteilung zu erstellen, ist dies laut dem Interviewten nicht geschehen und es sei auch keine Kontrolle oder Hilfeleistung diesbezüglich zu erwarten.

Der Vollzug des staatlichen Arbeitsschutzrechts in den Betrieben obliegt den Aufsichtsbehörden der einzelnen Bundesländer. Sie ordnen in den Betrieben Maßnahmen an und sind für deren Überwachung zuständig. Die Personalausstattung dieser rechtlich-institutionellen Struktur vermindert sich allerdings seit den 1990er Jahren, woraus sich ergibt, die flächendeckende Kontrolle der staatlichen Arbeitsschutzvorschriften einzuschränken und stattdessen gezielt Schwerpunktaktionen zu bearbeiten (Lenhardt/ Rosenbrock, 2010, S.327). Als Folge dessen werden die Kontrollen der Gefährdungsbeurteilungen durch das Gewerbeaufsichtsamt und den medizinischen Dienst nicht kontinuierlich durchgeführt, was in dem durchgeführten Interview ebenfalls erwähnt wird. Somit sind die Betriebe trotz rechtlicher Verpflichtung meist nicht mit den betrieblichen Gefährdungen und ihrer Beseitigung vertraut.

Die Annahme, aus der Gefährdungsbeurteilung für die BGF eine Diagnose und Maßnahmen ableiten zu können, ist somit in vielen Unternehmen hinfällig. Repräsentative Erhebungen ergeben, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilungen in 40 Prozent aller deutschen Betriebe nicht durchgeführt werden (Lenhardt/ Rosenbrock, 2010, S.330).

Der Ausbau betriebsexternen Personals, welches in den Betrieben die Erstellung der Gefährdungsbeurteilungen betreut, wäre empfehlenswert. Durch eine ausführliche Beurteilung der Gefährdungen könnte in den Betrieben das Bewusstsein geändert werden und die Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter aus Sicht des Geschäftsführers bedeutsamer erscheinen. Diese Einstellungsänderung kann eine Basis für die BGF sein.

8. Kritik der Untersuchung und Ausblick

Die Methode des qualitativen Interviews hat sich für die vorliegende Untersuchung prinzipiell gut bewährt. Es konnten mit dem teilstandardisierten Interview zentrale Themenbereiche und Zusammenhänge gesammelt werden, die für die Optimierung des Manuals von Nutzen waren. Zusätzlich konnte das spontane Nachfragen genutzt werden, um Sachverhalte bezüglich der betrieblichen Möglichkeiten für die BGF zu vertiefen.

Kritisch betrachtet werden kann die Einschränkung der Stichprobe auf einen Geschäftsführer aus dem handwerklichen Bereich, wodurch die Ergebnisse nicht repräsentativ sind und lediglich eine Illustrationskraft besitzen. Eine größere Anzahl an Interview-Teilnehmern und eine Variationsbreite, die auch andere Branchen einschließt, wäre sinnvoll, um mehrere Ansichten berücksichtigen und tiefgehende Aussagen treffen zu können.

Alternativ können die besonderen Arbeitsbedingungen der handwerklichen Betriebe genutzt werden, um speziell für diese Branche ein Manual zu erstellen. In diesem Fall sind ebenfalls Interviews sehr sinnvoll.

Abschließend ist zu erwähnen, dass im Manual Beispiel-Angebote von BGF-Institutionen (zum Beispiel Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften) vorteilhaft wären, damit der Leser konkretere Vorstellungen der Maßnahmen erhält. Aus Gründen der Neutralität verweist das im Zuge dieser Arbeit erstellte Manual nicht auf diese Möglichkeit. Empfehlenswert wäre es aber, wenn zum Beispiel eine bestimmte Krankenkasse das Manual zu Informationszwecken nutzen würde.

9. Zusammenfassung

Die Maßnahmen der BGF konnten sich in den letzten Jahrzehnten in zahlreichen deutschen Großunternehmen etablieren. Das Ausmaß der BGF-Verbreitung in KMU blieb indessen auf einem geringen Niveau. Die Gegebenheit, dass in Deutschland der Großteil der Unternehmen zu den KMU zu zählen ist und dass die Mehrheit der Bevölkerung in diesem Sektor arbeitet, birgt großes Potential und Handlungsbedarf. Die vorliegende Arbeit widmet sich dieser Angelegenheit. Sie erläutert umfassend die Gesundheitsförderung im Betrieb und geht insbesondere auf die BGF in kleinen und mittleren Unternehmen ein.

Mit dem Ziel einer besseren Information der KMU, sowie einer größeren Verbreitung der BGF in diesem Sektor, wird in dieser Arbeit ein Manual erstellt, das in motivierender und direkter Art Geschäftsführer für die BGF begeistern soll. Dieses Manual wird einem Geschäftsführer zur weiteren Untersuchung vorgelegt. Anhand eines teilstandardisierten Interviews werden daraufhin Erkenntnisse gesammelt,

die einerseits für die Optimierung des Manuals genutzt werden und andererseits einen Einblick in die betrieblichen Gegebenheiten des Interviewpartners geben.

Es kann festgehalten werden, dass die Art der Sprachwahl im Manual möglichst einfach sein sollte, damit der Leser in der nur knapp verfügbaren Zeit die wesentlichen Informationen erhält. Zusätzlich kann die in der Literatur vielfach geschilderte defizitäre Wissensvermittlung bezüglich BGF und die beschriebenen betrieblichen Rahmenbedingungen in diesem Unternehmenssektor bestätigt werden.

Für die Gestaltung der BGF in KMU ergibt sich aus der Untersuchung, dass eine gezielte Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, sowie die Entwicklung von alltags-tauglichen und KMU-adäquaten Methoden, nötige Schritte für eine bessere Erreichung der KMU für die BGF darstellen. Zusätzlich zeigt sich, dass Unterstützungsangebote und Anreizsysteme die Entscheidung für eine BGF positiv beeinflussen können.

Abstract

Over the last decades workplace health promotion (WHP) measures have been established at numerous German large businesses while the extent of their diffusion amongst small and medium-sized enterprises remained low. The fact that the majority of enterprises in Germany are considered small and medium-sized enterprises and that the majority of the population is employed in this sector entails both, large potential and the need for action. The work in hand addresses this issue. It outlines comprehensively the topic of health promotion in the company in general, and elaborates on WHP in small and medium-sized enterprises in particular.

Aiming at a better information of small and medium-sized enterprises as well as a wider diffusion of WHP within that sector, a manual was developed which should - in a motivating and direct manner - help getting managers interested in WHP. This manual was presented to a chief executive for further testing. Using the method of a semi-standardized interview, insights could be gained which on the one hand were used for optimizing the manual, and on the other hand gave an insight into the operational circumstances of the interviewee's company.

It became apparent that the language used within the manual should be kept as simple as possible in order to allow the reader whose time is limited to comprehend the essential information within a short time. Moreover, the in the literature often presented deficient transfer of knowledge with regard to WHP could be approved.

With regard to the design of WHP measures in small and medium-sized enterprises the study leads to the conclusion that a targeted information and outreach work as well as the development of adequate and suitable techniques are crucial for reaching these enterprises. Furthermore, it appeared that additional supportive programs and incentive schemes can positively affect the decision for the introduction of WHP measures.

III. Literaturverzeichnis

AOK Rheinland/Hamburg, Pressemitteilung vom 30.03.2011, AOK Rheinland/Hamburg fordert Zurückhaltung bei der Verordnung von Psychopharmaka.

<http://www.aok.de/rheinland-hamburg/die-aok/presse-89742.php?action=detail&pressemittelung=190&lastAction=list&page=9> (Stand: 17.08.2013)

Badura, B. (2008a). Mitarbeiterorientierung durch menschengerechte Kooperation, in: Badura, B. et al., Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, S.1-5

Badura, B. (2008b). Menschengerechte Organisationsgestaltung, in: Badura, B. et al., Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, S.129-144

Badura, B./ Ritter, W./ Scherf, M. (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Ed. Sigma Verlag

Badura, B./ Walter, U./ Hehlmann, T. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag

Barmer GEK (2010). Gesundheitsreport 2010. Teil 1. Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern. http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame_PDF_Dokumente/Reports/2010_Gesundheitsreport,property=Data.pdf (Stand: 17.08.13)

Barmer GEK (2012). Gesundheitsreport 2012, Hamburg. Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit. http://arbeitsgeber.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Arbeitgeberportal/Gesundheit_20im_20Unternehmen/Gesundheitsreport/Bundesl_C3_A4nderreports/Gesundheitsreports-2012-PDF/Hamburg,property=Data.pdf (Stand: 17.08.13)

Bauer, G.F./ Jenny, G.J. (2012) Anspruch und Wirklichkeit: Zum aktuellen Stand der Betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Faller, G. (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, S.66-75

Bechmann, S. et al. (2010). IGA-Report 20. Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga_report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf (Stand: 17.08.13)

Beck, D. (2011). Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Kleinst- und Kleinbetrieben. Berlin: Ed. Sigma Verlag

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2009). Für gesunde Arbeitsplätze motivieren. Anreizsysteme zur Verbreitung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung/ Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2000). Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung/ Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004). Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung

Brandenburg, U./ Nieder, P./ Susen, B. (2000). Leistung fordern - Gesundheit fördern, in: Brandenburg, U./ Nieder, P./ Susen, B., Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation. Weinheim/ München: Juventa-Verlag, S. 9-20

Breucker, G./ Sochert, R. (2001). Klein, gesund und wettbewerbsfähig. Der Beitrag betrieblicher Gesundheitsförderung zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in Klein- und Mittelunternehmen (KMU), in: Pfaff, H./ Slesina, W. (Hrsg.). Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim/München: Juventa-Verlag. S. 213-227

Bundesministerium für Gesundheit (2013). Präventionsförderungsgesetz: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF).

<http://www.bmg.bund.de/praevention/praeventionsfoerderungsgesetz/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html> (Stand: 15.08.13)

BVPG (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.) (2012). Gesunde Arbeit, erfolgreiche Betriebe. Kongressbericht.

http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_kongressbericht_2011.pdf (Stand: 17.08.13)

Danuser, B. et al. (2011). Arbeitsmedizin, in: Gutzwiller, F./ Paccaud, F. (Hrsg.), Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. Bern: Verlag Hans Huber, S.379-415

DNBGF (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung) (2003). Relevante Faktoren der Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben.

<http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2007/KMU.pdf> (Stand: 17.08.13)

DNBGF (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung) (2011). Wirtschaftlich erfolgreich durch gute Arbeit. Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU-Netzwerken.

http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2011/KMU_im_DNBGF_2011.pdf (Stand: 17.08.13)

Europäische Kommission (2013). Kleine und mittlere Unternehmen (KMU). Was ist ein KMU? http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/facts-figures-analysis/sme-definition/index_de.htm (Stand: 17.08.2013)

ENBGF (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung) (2001). Lissabonner Erklärung zur Gesundheit am Arbeitsplatz in KMU.

[http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/2001lissabonner_erklaerung\[1\].pdf](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/2001lissabonner_erklaerung[1].pdf) (Stand: 17.08.13)

ENBGF (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung) (2007). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.

http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2011/Luxemburger_Deklaration_09_11.pdf (Stand:17.08.2013)

Friczewski, F. (2012). Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co, in: Faller, G. (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, S.165-172

Gallup GmbH (2013). Engagement Index Deutschland 2012. Pressemitteilung. <http://www.gallup.com/strategieconsulting/160901/pressemitteilung-zum-gallup-engagement-index-2012.aspx> (Stand: 17.08.13)

Gänsler, S./ Bröske, T. (2010). Die Gesundarbeiter. Hamburg: Murmann-Verlag

Georg, A. (2005). Klein, gesund und wettbewerbsfähig. Rahmenbedingungen und Strategien für Gesundheit und Sicherheit in Kleinbetrieben, in: Meggeneder, O./Pelster, K./Sochert, R. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bern: Verlag Hans Huber, S.173-180

Gieseke, O. (2005). Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Ein Modellprojekt der AOK Bayern, in: Meggeneder, O./Pelster, K./Sochert, R. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bern: Verlag Hans Huber, S.51-60

GKV-Spitzenverband (2010). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni in der Fassung vom 27. August 2010. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf (Stand: 17.08.13)

GKV-Spitzenverband/ MDS (2010). Präventionsbericht 2010. http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht_2010_V2.pdf (Stand: 17.08.13)

GKV-Spitzenverband (2012). Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 2013-2018. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/2012-09-05_Praeventions_Gesundheitsfoerderungsziele_2013_2018.pdf (Stand: 17.08.13)

GKV-Spitzenverband/ MDS (2012a). Präventionsbericht 2011. http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht_2011_final_ungschuetzt.pdf (Stand: 17.08.13)

GKV-Spitzenverband/ MDS (2012b). Präventionsbericht 2012. http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Praeventionsbericht_2012.pdf (Stand: 17.08.13)

Hardes, H.-D./ Holzträger, D.(2009). Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis. Strategien zur Förderung der Arbeitsfähigkeit von älter werdenden Beschäftigten. Mering: Rainer Hampp Verlag

Hopf, C. (1995). Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick, in: Flick, U. et al., Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 177-182

Huber, S. (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement, in: Esslinger, A.S./ Emmert, M./ Schöffski, O.(Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag, S.67-87

inqa (2011). Bericht Nr.41.Gesundheitsnetzwerke. Ein Leitfaden für Klein- und Mittelbetriebe. http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-41-gesundheitsnetzwerke.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 17.08.13)

Kesting, M./ Meifert, M.T. (2004). Strategien zur Implementierung des Gesundheitsmanagements im Unternehmen, in: Meifert, M.T./ Kesting, M. (Hrsg.), Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, S. 29-40

Kramer, I./ Bödeker, W. (2008). IGA-Report 16. Return on Investment im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. Die Berechnung des prospektiven Return on Investments. http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_16_Analyse_ROI-Kalkulatoren.pdf (Stand: 17.08.13)

Kreis, J./ Bödeker, W. (2003). IGA-Report 3. Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_3_Nutzen_Praevention_Gesundheitsfoerderung_Betrieb_Evidenz.pdf (Stand: 17.08.13)

Kriener, B. (2005). Bei uns geht's ums Überleben. Charakteristika kleiner Unternehmen und ihre Bedeutung für die Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Meggeneder, O./Pelster, K./Sochert, R. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bern: Verlag Hans Huber, S.181-188

Kriener, B. (2009). Wie gesundheitsorientiert ist die betriebliche Gesundheitsförderung? Arbeitspsychologische Betrachtungen zur Ressourcenorientierung in der Praxis, in: Spicker, I./ Lang, G. (Hrsg.), Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Wien: Facultas, S. 76-88

Kuhn, K.(2008). Gesunde Betriebe, in: Meggeneder, O. (Hrsg.), Volkswirtschaft und Gesundheit. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S.195-205.

Lenhardt, U./ Rosenbrock, R. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, S. 324-335

Lümkemann, D. (2008). Steter Tropfen höhlt den Stein, in: Personalwirtschaft, 06/2008, S. 40-42

Matyssek, A.K. (2010). Führung und Gesundheit. Ein praktischer Ratgeber zur Förderung der psychosozialen Gesundheit im Betrieb. Norderstedt: Books on Demand GmbH

Meggeneder, O.(2005). Chancen von BGF in kleinen und mittleren Unternehmen. Führungsverhalten als salutogener Faktor?, in: Meggeneder, O./Pelster, K./Sochert, R. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bern: Verlag Hans Huber, S.201-207

Meggeneder, O.(2012). „...zu teuer und zu aufwändig?“-Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Kleinen und Mittleren Unternehmen, in: Faller, G. (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, S.259-267

Meifert, M.T./ Kesting, M. (2004). Gesundheitsmanagement –Ein unternehmerisches Thema?, in: Meifert, M.T./ Kesting, M. (Hrsg.), Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, S.3-14

Meuser, T. (2004). Die ökonomischen Wirkungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Kuhn, D./ Sommer, D.(Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte-Widerstände-Wirkungen. Wiesbaden: Gabler Verlag, S.237-250

Meyer, J.-A./ Tirpitz, A. (2008). Betriebliches Gesundheitsmanagement in KMU. Widerstände und deren Überwindung. Köln: Josef Eul Verlag

Naidoo, J/ Wills, J. (2010). Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

Noack,R.H. (1999). Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Badura,B./ Ritter, W./ Scherf,M., Betriebliches Gesundheitsmanagement –ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Ed. Sigma Verlag, S.168-174

Oppolzer, A. (2006). Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit. Hamburg: VSA-Verlag

Pelster, K. (2011). Führung und Gesundheit in klein- und mittelständischen Unternehmen, in: Badura, B. et al., Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, S. 97-102

Pelster, K./Sochert, R. (2005). Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Ländern, in: Meggeneder, O./Pelster, K./Sochert, R. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bern: Verlag Hans Huber, S.18-29

Peter, R. (2012). Von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, Belohnungen und betrieblicher Gerechtigkeit: Die Modelle Demand-Control und berufliche Gratifikationskrisen, in: Faller, G. (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, S.79-88

Pfaff, H. et al. (2012). Qualitative und quantitative Methoden der Datengewinnung, in: Schwartz, F.W. et al., Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier GmbH, S.451-467

Pröll, U. (2003). Wirkungsbedingungen, Handlungspotenziale und Interventionsmöglichkeiten überbetrieblicher Akteure bei der Weiterentwicklung von Gesundheit und Sicherheit in Klein- und Mittelbetrieben. Expertise für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung

Rosenbrock, R. (2006). Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, S.21-23

Rosenbrock, R./ Michel, C. (2007). Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Rudow, B. (2004). Das gesunde Unternehmen. Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz, Personalpflege. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag

Scharinger, C. (2005). WEGE der Betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU's. Erfahrungsbericht eines österreichischen Modellprojektes, in: Meggeneder, O./ Pelster, K./ Sochert, R. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bern: Verlag Hans Huber, S.143-152

Scharinger, C. (2007). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

Seel, H. (2012). Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung, in: Faller, G. (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, S.207-214

Simon, D./ Heger, G. (Hrsg.) (2009). Neue Wege für mehr Gesundheit im Unternehmen. Betriebliche Gesundheitsförderung als innovative Dienstleistung. innoGema. Berlin: fhtw transfer

Singer, S. (2010). Entstehung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Esslinger, A.S./ Emmert, M./ Schöffski, O.(Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag, S.25-48

Singer, S./ Neumann, A. (2010). Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration, in: Esslinger, A.S./ Emmert, M./ Schöffski, O.(Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag, S.49-66

Slesina, W. (2001). Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel, in: Pfaff, H./ Slesina, W. (Hrsg.). Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim/München: Juventa-Verlag. S. 75-95

Sockoll, I./ Kramer, I./ Bödeker, W. (2008). IGA-Report 13. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13_Wirksamkeit_Gesundheitsfoerderung_Praevention_Betrieb.pdf (Stand: 17.08.13)

Sommer, D. (2004). Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen, in: Kuhn, D./ Sommer, D.(Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte-Widerstände-Wirkungen. Wiesbaden: Gabler Verlag, S.165-180

Stähr, U. (2010). Vom Konzept zur praktischen Umsetzung: Erfolgsfaktoren und Stolpersteine, in: Esslinger, A.S./ Emmert, M./ Schöffski, O.(Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag, S.270-281

Statistisches Bundesamt (2013). Unternehmen 2010: Kleinstunternehmen überwiegen deutlich.

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/KleineMittlereUnternehmenMittelstand/Aktuell.html> (Stand: 17.08.13)

Techniker Krankenkasse (2011). Gesundheitsreport 2011. Gesundheitliche Veränderungen bei jungen Erwerbspersonen und Studierenden. Band 26. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/281898/Datei/2761/Gesundheitsreport-2011.pdf> (Stand: 17.08.13)

Thiehoff, R. (2004). Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagement - Zum Return on Investment der Balance zwischen Lebens- und Arbeitswelt, in: Meifert, M.T./ Kesting, M. (Hrsg.), Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, S.57-78

Uhle, T./ Treier, M. (2011). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag

Ulich, E. (2011). Arbeitspsychologie. Zürich: vdf Hochschulverlag/ Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag

Ulich, E./ Wülser, M. (2009). Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden: Gabler Verlag

Vogt-Akpetou, U. (1999). Gesundheitszirkel, in: Badura, B./ Ritter, W./ Scherf, M., Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Ed. Sigma Verlag, S.159-162

Weissmann, V. (2001). Betriebliche Gesundheitsförderung im Handwerk. Bewertung einer verhaltenspräventiven Maßnahme im Rahmen eines Gesundheitsprojektes mit der AOK Bayern, in: Badura, B./ Litsch, M./ Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, S.262-274

WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1948). Definition of health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Stand: 17.08.2013)

WHO (Weltgesundheitsorganisation)(1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Stand: 17.08.13)

WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2005). Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf (Stand: 17.08.13)

IV. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

V. Anhang

Inhalt Anhang

Anhang I: Interview-Leitfaden _____ A-2

Anhang II: Interview-Leitfaden mit Antworten _____ A-5

Anhang III: Zusätzliche Informationen aus Interview: _____ A-11

Anhang IV: Manual 1. Fassung

Anhang V: Manual 2. Fassung

Anhang I: Interview-Leitfaden

Fragen zum Manual

- Ist Ihr Interesse für BGF durch Broschüre geweckt worden?
- Wie finden Sie den Aufbau der Broschüre? Ist er für Sie sinnvoll?
- Wie empfinden Sie die Ansprache/ Sprachwahl?

Seite 4

- WHO verständlich oder lieber auf deutsch?
- Weckt Hinweis auf Gallup Engagement Index 2012 Interesse?

Seite 5

- Bestehen Fragen zu den Begrifflichkeiten in Tabelle?
- Statt genauer Definition der BGF lieber Bedeutung in Textform?

Seite 6

- Bedeutung der Überschrift verständlich?
- Interesse für geschilderte Fakten der Arbeitswelt vorhanden?
- Textverständnis?
- Begriff „demografischer Wandel“ klar?
- Präsentismus-Kosten viermal höher als die der Fehlzeiten. Klar, warum?
- Präsentismus-Phänomen im eigenen Betrieb?

Seite 7

- Nutzen in Tabelle übersichtlich und verständlich? Oder lieber in Textform?

Seite 8

- Wäre für Sie die Definition und Unterteilung von KMU interessant?
- Können Sie den beschriebenen Rahmenbedingungen und Vorteilen zustimmen?
- Ist Ihnen die Begrifflichkeit „Unternehmenskultur“ klar?

Seite 9

- Abkürzung BGF klar?
- Es ist wichtig, die Diagnose-Ergebnisse der Belegschaft bekannt zu geben. Ist Ihnen bewusst, warum? Genauere Erklärung nötig?

Seite 10

- In „Durchführung“ ist der Gesundheitstag als Beispiel aufgeführt. Erscheint es Ihnen sinnvoll, weil im „Diagnose“-Abschnitt erklärt wird, dass die wichtigsten Probleme Vorrang in der Durchführung haben?
- IGA-Report 16: Wissen Sie, wie Sie den Report erhalten können?

Seite 11

- Ist die Erklärung der Arbeitsplatz-Analyse/ Betriebsbegehung zu knapp?
- Wie empfinden Sie den kleingedruckten Hinweis der BEM-Pflichtleistung?

Seite 12

- Beispielhafte Angebote verschiedener Krankenkassen sind nicht in der Broschüre aufgelistet. Würden Sie das hilfreich finden?
- Verständlich erklärt, was ein Netzwerk ist?

Seite 13

- Interessiert Sie der Gesetze-Inhalt?

Seite 14

- Würden Sie die Beschreibung der Praxisbeispiele in Textform besser finden?
- Motivieren die weiterführenden Adressen zum Informieren?

Fragen zur BGF im Betrieb

- Gibt es bei Ihnen gesundheitsförderliche Strukturen im Betrieb?
- Besteht bei Ihnen Interesse an BGF?
- In welchem Bereich Ihres Betriebes sehen Sie Bedarf für BGF?
(Körperliche/ Psychische Belastungen; Ernährung; Führungskräfte-schulung)
- Wären Räumlichkeiten für BGF vorhanden?
- Wie schätzen Sie die zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten für BGF ein?
- Gibt es BGF-Angebote von KK, BG, Innungen oder Kammern? Wenn ja, wie ist der Umgang damit?

Fragen zur betrieblichen Struktur

- Wie ist der betriebliche Krankenstand?
- Inwieweit ist Ihr Unternehmen ein Familienbetrieb?
- Sind die Beziehungen Ihrer Mitarbeiter auch über das Arbeitsverhältnis hinaus vorhanden? (Außerbetriebliche Treffen; Freundschaften)
- Gibt es eine Pausen-Regelung?
- Ist Durchschnittsalter der Belegschaft bekannt?
- Übt Geschäftsführer gleiche Tätigkeit wie Mitarbeiter aus?
- Wie viele Hierarchiestufen gibt es bei Ihnen?
- Gibt es eine Arbeitnehmervvertretung (Betriebsrat)?
- Wie viele Krankenkassen sind im Betrieb vertreten?
- Wie würden Sie Ihren persönlichen Lebensstil beschreiben? (Gesund?)
- Gefährdungsbeurteilung: Wird sie erstellt/ kontrolliert? Gibt es Unterstützung?

Anhang II: Interview-Leitfaden mit Antworten

Fragen zum Manual

- Ist Ihr Interesse für BGF durch Broschüre geweckt worden?

Ja.

- Wie finden Sie den Aufbau der Broschüre? Ist er für Sie sinnvoll?

Aufbau ist gut und sinnvoll, wobei die ersten acht Seiten sehr motivierend sind.

- Wie empfinden Sie die Ansprache/ Sprachwahl?

Die persönliche Anrede mit „Sie“ ist besser, als ein allgemein gehaltener Stil.

Seite 4

- World Health Organization verständlich oder lieber auf deutsch?

WHO als Abkürzung ist bekannt, aber nicht die verwendete ausgeschriebene Weise.

- Weckt Hinweis auf Gallup Engagement Index 2012 Interesse?

Durch schnelles Lesen wurde kleiner Hinweis in Klammern übersehen, daher ist es empfehlenswert, ihn in den Text einzubringen.

Seite 5

- Bestehen Fragen zu den Begrifflichkeiten in Tabelle?

Begriff „sinnstiftend“ ist nicht bekannt. Dadurch nicht weiter gelesen.

- Statt genauer Definition der BGF lieber Bedeutung in Textform?

Nein. Kurz und informativ ist gut.

Seite 6

- Bedeutung der Überschrift verständlich?

Ja.

- Interesse für geschilderte Fakten der Arbeitswelt vorhanden?

Ja, großes Interesse ist sogar vorhanden. Durch den alltäglichen Betriebsablauf bleibt keine Zeit, sich zusätzlich zu informieren. Darum sind die geschilderten Fakten interessante Infos, besonders die psychischen Erkrankungen hat der Befragte unterschätzt.

- Textverständnis?

Gut und motivierend.

- Begriff „demografischer Wandel“ klar?

Nein.

- Präsentismus-Kosten viermal höher als die der Fehlzeiten. Klar, warum?

Ja.

Seite 7

- Nutzen in Tabelle übersichtlich und verständlich? Oder lieber in Textform?

Tabelle ist gut so, wie sie ist.

Seite 8

- Wäre für Sie die Definition und Unterteilung von KMU interessant?

Nein. Es ist klar, dass mein Betrieb dazu gehört.

- Können Sie den beschriebenen Rahmenbedingungen und Vorteilen zustimmen?

Ja, aber die Zeit für die BGF fehlt ganz einfach.

- Ist Ihnen die Begrifflichkeit „Unternehmenskultur“ klar?

Ja, das ist doch Hierarchie und so.

Seite 9

- Abkürzung BGF klar?

Nein. Abkürzungen schwierig wegen schnellem Lesen.

- Es ist wichtig, die Diagnose-Ergebnisse der Belegschaft bekannt zu geben. Ist Ihnen bewusst, warum?

Ja.

Seite 10

- In „Durchführung“ ist der Gesundheitstag als Beispiel aufgeführt. Erscheint es Ihnen sinnvoll, weil im „Diagnose“-Abschnitt erklärt wird, dass die wichtigsten Probleme Vorrang in der Durchführung haben?

Befragter hat gar nicht Zusammenhang und Ablauf der Phasen erkannt!

Also sollte der BGF-Zyklus und die beschriebenen Phasen besser visualisiert werden.

- IGA-Report 16: Wissen Sie, wie Sie den Report erhalten können?

Über google.

Seite 11

- Ist die Erklärung der Arbeitsplatz-Analyse/ Betriebsbegehung zu knapp?

Nein.

- Wie empfinden Sie den kleingedruckten Hinweis der BEM-Pflichtleistung?

Gut, allerdings einfacherer Begriff wäre besser (statt „Eingliederungsmanagement“).

Seite 12

- Beispielhafte Angebote verschiedener Krankenkassen sind nicht in der Broschüre aufgelistet. Würden Sie das hilfreich finden?

Ja. Allerdings würde das die Haltbarkeit des Manuals einschränken (Tipp des Befragten).

- Verständlich erklärt, was ein Netzwerk ist?

Ja.

Seite 13

- Interessiert Sie der Gesetze-Inhalt?

Ja, weil das gar nicht bewusst ist.

Seite 14

- Würden Sie die Beschreibung der Praxisbeispiele in Textform besser finden?

Ja.

- Motivieren die weiterführenden Adressen zum Informieren?

Ja, aber maximal 5 Adressen wären besser.

Fragen zur BGF im Betrieb

- Gibt es bei Ihnen gesundheitsförderliche Strukturen im Betrieb?

Nein.

- Besteht bei Ihnen Interesse an BGF?

Eher nicht, weil Interesse der Mitarbeiter minimal eingeschätzt wird.

- In welchem Bereich Ihres Betriebes sehen Sie Bedarf für BGF?
(Körperliche/ Psychische Belastungen; Ernährung; Führungskräftebildung)

Rücken-Kurse sowie Bewegung und Sport als Ausgleich und Kräftigung (weil Zimmerer intensiv körperlich beansprucht werden). Die schlechte Ernährungssituation während der Arbeitszeit könnte mit Infos rund um die Ernährung entgegen gewirkt werden.

- Wären Räumlichkeiten für BGF vorhanden?

Ja.

- Wie schätzen Sie die zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten für BGF ein?

Die Zeit ist ein großes Problem. Aus finanzieller Sicht wäre BGF möglich.

- Gibt es BGF-Angebote von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Innungen oder Kammern? Wenn ja, wie ist der Umgang damit?

Es gibt keine Angebote, die speziell die betriebliche Gesundheitsförderung ansprechen. Wenn etwas angeboten wird, sind es Angebote für die Einzelperson (in dem Fall der Geschäftsführer).

Fragen zur betrieblichen Struktur

- Wie ist der betriebliche Krankenstand?

Das weiß der Interviewte nicht. Jährlich wird allerdings eine Berechnung der Krankentage pro Mitarbeiter erstellt.

- Inwieweit ist Ihr Unternehmen ein Familienbetrieb?

Der Vater und der Bruder arbeiten als Geschäftsführer gemeinsam. Zusätzlich ist die Mutter bei speziellen Projekten integriert.

- Sind die Beziehungen Ihrer Mitarbeiter auch über das Arbeitsverhältnis hinaus vorhanden? (Außerbetriebliche Treffen; Freundschaften)

Ja, die Beziehungen sind ausgeprägt. Z.B. laden die Mitarbeiter sich gegenseitig und die Geschäftsführer zu Geburtstagen und Hochzeiten ein.

- Ist Durchschnittsalter der Belegschaft bekannt?

Nein. Dürfte nicht so hoch sein, weil die jungen Auszubildenden den Schnitt minimieren. Vielleicht zwischen 35 und 40 Jahre.

- Übt Geschäftsführer gleiche Tätigkeit wie Mitarbeiter aus?

Nein, nicht mehr. Anfangs hat der Vater noch dieselbe Arbeit gemacht, aber mit dem Wachstum des Betriebes war es nach einigen Jahren organisatorisch nicht mehr möglich.

- Wie viele Hierarchiestufen gibt es bei Ihnen?

Eigentlich keine, jeder hat seine feste Tätigkeit und kann nicht „aufsteigen“. Die einzige Hierarchie-ähnliche Struktur besteht im Außendienst: Dort kann ein Geselle zum Kolonnenführer ernannt werden.

- Gibt es eine Arbeitnehmervertretung (Betriebsrat)?

Nein.

- Wie viele Krankenkassen sind im Betrieb vertreten?

Nicht bekannt, aber ziemlich viele seit der freien Wahl.

- Wie würden Sie Ihren persönlichen Lebensstil beschreiben? (Gesund?)

Eher gesund. (aber: Raucher und keinen regelmäßigen Sport)

- Gefährdungsbeurteilung: Wird sie erstellt/ kontrolliert? Gibt es Unterstützung?

Arbeitsmedizinischer Dienst verlangt ausführliche Gefährdungsbeurteilung, unterstützt und kontrolliert aber nicht! Folge: Im Betrieb wurden nur die aktuellsten Mindestanforderungen erledigt.

Anhang III: Zusätzliche Informationen aus Interview:

- Der Geschäftsführer schätzt seinen Betrieb aus Sicht des Befragten unreal „gesund“ ein. Experte wäre notwendig, um beurteilen zu können, wie „gesund“ das Unternehmen ist.
- Die ersten acht Seiten sind interessant, danach wird es detailliert und die Einstellung („Wir schaffen das sowieso nicht!“) lässt Gelesenes für eigenen Betrieb unrealistisch erscheinen, wobei der Zeitmangel beim Lesen während des Arbeitens wohl auch entscheidend ist.
- Der Abschnitt der Unterstützungsangebote und der Gesetze sollte im Manual vorverlegt werden, denn der Interviewte dachte bis dahin, er müsse die BGF-Maßnahmen alleine durchführen.
- Befragter fände Einzelgespräche mit Mitarbeitern, als eine Einführung von Arbeitsgruppen und dem „Rest“. Wobei die Gespräche fokussiert würden, wenn Beschwerden von anderen Mitarbeitern über diese Person kämen.
- Während der Arbeit ist BGF in Zimmerei nicht umsetzbar, wegen Tätigkeiten auf verschiedenen Baustellen.
- Wenn gesundheitsförderliche Maßnahmen angeboten werden, sollten Mitarbeiter verpflichtet werden, daran teilzunehmen. Geschäftsführer schätzt Interesse der Mitarbeiter für BGF minimal ein.
- Einmaliger Informationstag wäre möglich, aber keine Gruppenarbeit.
- Bus der Berufsgenossenschaft kommt alle zwei Jahre in Region, wo verpflichtende Untersuchungen für Mitarbeiter gemacht werden.
- Befragter weiß nicht, was Krankenkassen und Berufsgenossenschaften alles anbieten, weil keine Post o.a. bzgl. BGF ankommt.
- Übermittlung von Informationen über BGF wäre entscheidend. Zum Beispiel die Vergabe von Boni nach erfolgreicher BGF-Maßnahme wäre interessant.
- KMU ausschreiben, weil Abkürzung nicht bekannt.
- Grundsätzlich herrscht Einstellung: Entweder ist Mitarbeiter da oder er ist krank, aber weiter wird nicht gedacht.
- Begriff „Unternehmenskultur“ nicht genau bekannt.

- Jeden Freitagabend treffen sich die Mitarbeiter im Büro des Geschäftsführers (freiwillig). Die Zusammensetzung der Mitglieder ist jedes Mal anders, je nachdem, wer gerade Lust dazu hat. Bei diesem gemütlichen Beisammensein (der Betriebsinhaber gibt Bier aus) entstehen nicht selten Gespräche über Probleme und Vorfälle der letzten Woche. Die Geschäftsführer erhalten durch diesen unverbindlichen und lockeren Austausch „ganz nebenbei“ einen guten Einblick in die sozialen Beziehungen der Mitarbeiter.
- Der Interviewpartner beurteilt die Bedingungen im Handwerksbetrieb eher als nachteilig für die BGF ein. Die Mitarbeiter sind auf Baustellen tätig und dadurch schwer erreichbar. Zusätzlich kommt der zeitliche Druck.
- Laut dem Interviewten gibt es im Unternehmen keinen Betriebsarzt und keine Fachkraft für Arbeitssicherheit.

Anhang IV: Manual 1. Fassung



Betriebliche Gesundheitsförderung

**Manual für
kleine und mittelständische
Unternehmen**

**Nutzen Sie die Möglichkeiten Ihres Betriebes
für die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter!**

Gesa Richardsen

Inhalt

Vorwort	3
Was ist eigentlich Gesundheit?	4
Wie beeinflusst die Arbeit die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter?	4
Merkmale „gesunder“ und „ungesunder“ Unternehmen	5
Was bedeutet betriebliche Gesundheitsförderung?	5
Die aktuelle Arbeitswelt – Beweggründe für die Gesundheitsförderung	6
Welchen Nutzen bringt die betriebliche Gesundheitsförderung?	7
Die Besonderheiten der kleinen und mittelständischen Unternehmen	8
Der Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung.....	8
Der Ablauf der betrieblichen Gesundheitsförderung	9
Welche Methoden gibt es?	10
Wer kann Sie unterstützen?	12
Wie ist die betriebliche Gesundheitsförderung gesetzlich geregelt?	13
Praxisbeispiele.....	14
Weiterführende Adressen	14

Vorwort

Gesunde und motivierte Mitarbeiter, die ein gutes Arbeitsklima und gute Arbeitsbedingungen vorfinden und diese auch selbst aktiv mitgestalten können, sind ein entscheidender Faktor, den es zu erhalten und stets zu fördern gilt. Der Nutzen für das Gesamtunternehmen und das Produktionsergebnis wird nicht lange auf sich warten lassen.

Der Mensch ist das wichtigste Gut im Unternehmen!

Mindestens 70% des Sozialprodukts wird durch menschliche Kraft erwirtschaftet und nur 30% sind auf Kapitaleinsatz zurückzuführen (Kuhn, 2008, S.195).

Die moderne Arbeitswelt führt zu immer stärkeren Belastungen aller arbeitenden Menschen. Diesen Belastungen können Sie als Arbeitgeber mit geeigneten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung begegnen. Dabei gilt es, die individuelle Leistungsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit Ihrer Mitarbeiter auszubauen.

Neben den bisherigen Bereichen der betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen, wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, Rückenschulen und Nichtraucheraktionen, gewinnen Stressfaktoren an Bedeutung. So stehen in der heutigen Arbeitswelt Faktoren wie massiver Zeitdruck, beruflicher Ärger, mangelnde Anerkennung von Arbeitsergebnissen und die Angst um den Arbeitsplatz im Vordergrund.

Somit ist die Gesundheit nicht nur abhängig von körperlichen Belastungsfaktoren, sondern auch von der Art des Umganges mit den Beanspruchungen. Hier sind vorrangig die Arbeitgeber gefragt, die durch Anerkennung und Förderung der fachlichen und sozialen Kompetenzen der Mitarbeiter für ein angenehmes Arbeitsumfeld sorgen.

Obwohl über 60% der deutschen Erwerbstätigen in kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) arbeiten, ist das Thema Gesundheitsförderung bisher hauptsächlich in Großbetrieben vorzufinden.

Diese Broschüre verschafft Ihnen als Unternehmer Informationen über die betriebliche Gesundheitsförderung in KMU und soll Ihnen zeigen, dass besonders die Eigenschaften Ihres Betriebes zahlreiche Möglichkeiten für eine erfolgreiche Durchführung der betrieblichen Gesundheitsförderung bieten!

Was ist eigentlich Gesundheit?

Gesundheit wird oft erst zum Thema, wenn sie verloren geht und Krankheitssymptome entstehen. Dabei ist Gesundheit kein festgelegter Zustand, sondern ein Ergebnis von aktivem Handeln!

„Gesundheit ist der Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten und Gebrechen.“

(Definition „Gesundheit“ der World Health Organization, 1948)

Wie beeinflusst die Arbeit die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter?

Einen großen Teil der Lebenszeit verbringen Erwerbstätige an ihrem Arbeitsplatz. Somit stellt die Arbeitswelt einen zentralen Lebensbereich dar, in dem wichtige Weichenstellungen für die Gesundheit vorgenommen werden. Alles, was im Unternehmen geschieht, kann also die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter prägen – zum Guten wie zum Schlechten.

Zusammenhang Arbeit und Gesundheit

Organisationsbedingungen
(z.B. Führungsverhalten)



Arbeitsbedingungen
(z.B. Handlungsspielräume, soziale Beziehungen)



Gesundheitszustand
(z.B. Befinden, Arbeitsmotivation)



Arbeitsverhalten
(z.B. Leistung, Anwesenheit)

Feststeht, dass Menschen auch unter großen Belastungen gesund bleiben können, wenn die Arbeit **sinnvoll, verständlich** und **beeinflussbar** ist.

Für diese Bedingungen sind die Kommunikation und die Kooperation innerhalb Ihres Betriebes entscheidend!

Wenn also das Betriebsklima, der Zusammenhalt der Belegschaft und die Art der Führung stimmen, geht es Ihren Beschäftigten gut und sie können motiviert und leistungsfähig ihre Arbeit erledigen.

Ist aber das Arbeitsumfeld und die Umgangsform des Vorgesetzten unangenehm, können Ihre Beschäftigten in eine „innere Kündigung“ geraten. Dadurch können die Leistungsbereitschaft und das Verantwortungsbewusstsein sinken bzw. die Krankheitsfälle und Arbeitgeberwechsel steigen.

Eine aktuelle Untersuchung ergab, dass im Jahr 2012 24% der deutschen Arbeitnehmer keine emotionale Bindung zum Arbeitgeber besaßen und innerlich gekündigt hatten!

(zum Nachlesen: Gallup Engagement Index 2012, www.gallup.com)

Merkmale „gesunder“ und „ungesunder“ Unternehmen¹

	„Gesundes“ Unternehmen	„Ungesundes“ Unternehmen
Sinnstiftende Betätigung	stark verbreitet	weniger stark verbreitet
Soziale Kompetenz	stark ausgeprägt und verbreitet	gering ausgeprägt und verbreitet
Stabilität, Funktionsfähigkeit wichtiger Beziehungen	hoch	gering
Gegenseitiges Vertrauen, Zusammenhalt unter Mitarbeitern	groß	gering
Ausmaß persönlicher Beteiligung im Betrieb	hoch	gering
Vertrauen in die Führung	groß	gering
Identifikation der Mitarbeiter mit Zielen und Regeln ihres Betriebes	stark ausgeprägt	gering ausgeprägt
Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln	groß	gering

Je „ungesünder“ das Unternehmen ist, umso häufiger treten Symptome wie hohe Krankenstände, Mobbing und innere Kündigung auf. Wenn Ihr Betrieb allerdings eher zu den „gesunden“ gehört, können Sie umso mehr Leistungsfähigkeit, Motivation und Produktivität der Mitarbeiter feststellen.

Was bedeutet betriebliche Gesundheitsförderung²?

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
 - Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und
 - Stärkung persönlicher Kompetenzen.

¹ in Anlehnung an Bertelsmann Stiftung/ Hans-Böckler-Stiftung (2004). Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S.19

² Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (2007). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union

Die aktuelle Arbeitswelt — Beweggründe für die Gesundheitsförderung

- Durch den Umbruch der letzten Jahre von der Industriearbeit zur Dienstleistungs- und Wissensarbeit ist der Mensch ein entscheidender Produktionsfaktor geworden. Dabei sind die Komplexität der Arbeit, die zunehmende Verantwortung und der hohe Zeitdruck immer größere gesundheitliche Risiken für Mitarbeiter und der Unternehmenserfolg ist zunehmend abhängig von dem Fachwissen, der Motivation und dem Verhalten der Beschäftigten.
- Im Jahr 2011 sind die psychischen Erkrankungen bundesweit auf Platz 2 (17,2%) der häufigsten Krankheitsarten. Nur die Muskel-Skelett-Erkrankungen wurden häufiger gemeldet (22,1%)³.
- Durch den demografischen Wandel und dem höheren Renteneintrittsalter stehen Unternehmen vor der Herausforderung, die Produktivität und Leistungsfähigkeit einer alternden Belegschaft zu erhalten.
- Die Tatsache, dass auf dem Arbeitsmarkt gute Arbeitskräfte immer knapper werden, lässt die Personalpflege wichtiger denn je erscheinen. Es zählt, gute Fachkräfte motivieren, lange erhalten und optimal nutzen zu können.
- Immer häufiger gehen die Menschen krank zur Arbeit (Präsentismus). Dabei wird der Kostenfaktor für Präsentismus viermal höher eingeschätzt, als der von Arbeitsunfähigkeitstagen⁴.

³ Barmer GEK (2012). Gesundheitsreport 2012, Hamburg. Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit. Wuppertal, S.41

⁴ Gänslers, S./ Bröske, T. (2010). Die Gesundarbeiter. Hamburg: Murmann-Verlag, S.35

Welchen Nutzen bringt die betriebliche Gesundheitsförderung?

Nutzen für das Unternehmen	Nutzen für den Arbeitnehmer
Reduzierung der Fehlzeiten und des Präsentismus´	Verringerung der Arbeitsbelastung
Erhöhung der Mitarbeiterbindung und weniger Mitarbeiterwechsel	Steigerung des Gesundheitszustands und Wohlbefindens
Erhöhung der Produktivität der Beschäftigten	Verbesserung des Wissens zu gesundem Verhalten in Betrieb und Freizeit
Verbesserung der Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität (Kundenzufriedenheit und –bindung)	Erhaltung und Förderung der individuellen Leistungsfähigkeit
Verbesserung des Unternehmensansehens und der Beschäftigungsattraktivität	Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und Motivation
Verbesserung der innerbetrieblichen Zusammenarbeit	Verbesserung der Beziehung von Kollegen und Vorgesetzten sowie der innerbetrieblichen Kommunikation

Die Besonderheiten der kleinen und mittelständischen Unternehmen

Anders als in großen Unternehmen liegen in kleinen und mittleren Unternehmen das unternehmerische Risiko, die Führungsverantwortung und die Ausrichtung der Unternehmenskultur in der alleinigen Hand des Geschäftsführers.

Sie schaffen den Arbeitsplatz für Ihre Mitarbeiter und können auf individuelle Bedürfnisse zeitnah eingehen. Dabei können Sie auf kurze und persönliche Kommunikationswege zurückgreifen und Ihre Mitarbeiter bei Bedarf direkt unterstützen. Zusätzlich kennen Sie die Voraussetzungen und Herausforderungen im Arbeitsprozess, häufig auch das private Umfeld Ihrer Mitarbeiter.

Vorteile Ihres Unternehmens

1. Überschaubare Mitarbeiterstruktur
2. Engere Beziehung zwischen Unternehmer und Mitarbeiter
3. Familiäre Struktur fördert soziale Unterstützung
4. Starke regionale Einbettung der KMU erleichtert Vernetzung
5. Kurze Kommunikationswege
6. Flache, personenbezogene Hierarchien
7. Große Autonomie (Eigenverantwortlichkeit)
8. Hohe Flexibilität

Viele gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen haben Sie also bereits geschaffen!

Der Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung

Zu Beginn wird festgelegt, welche **Ziele** mit der BGF erreicht werden sollen. Anschließend sollte eine „**Arbeitsgruppe Gesundheit**“ (oder eine verantwortliche Person), die die Organisation übernimmt, gegründet werden.

Von entscheidender Bedeutung für die Akzeptanz einer betrieblichen Gesundheitsförderung bei den Beschäftigten ist die frühzeitige Einbindung aller Mitarbeiter. Eine

Auftaktveranstaltung, in der das Vorhaben geschildert wird, ist demnach unentbehrlich.

Tipp: Beachten Sie die Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung!

Partizipation

- Die gesamte Belegschaft wird in die Gesundheitsförderung einbezogen.

Integration

- Gesundheitsförderung wird in allen Unternehmensbereichen und Entscheidungen berücksichtigt.

Systematisches Vorgehen

- Gesundheitsförderliche Programme werden geplant durchgeführt.

Ganzheitlichkeit

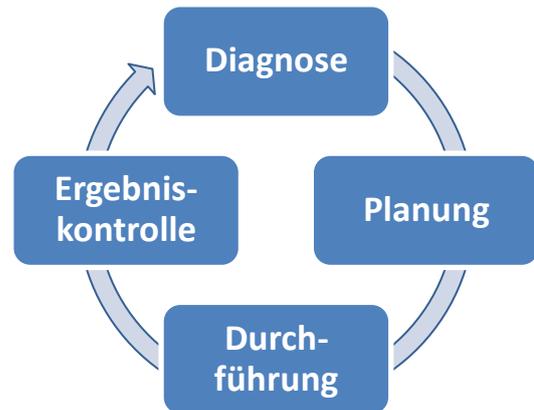
- Gesundheit wird durch das persönliche Verhalten der Beschäftigten und die Bedingungen am Arbeitsplatz beeinflusst.

Der Ablauf der betrieblichen Gesundheitsförderung

Es gibt kein Standardkonzept für die BGF, das in allen Unternehmen angewendet werden kann.

Der BGF-Kreislauf bietet daher eine gute

Möglichkeit, in planvoller Vorgehensweise die Bedürfnisse und Bedingungen Ihres Betriebes zu erhalten und anhand dieser ein erfolgreiches und auf Ihr Unternehmen abgestimmtes Programm einzuführen.



1. Diagnose

In der Diagnose wird der Ist-Zustand Ihres Betriebes erfasst. Dabei wird festgestellt, welche Gesundheitsprobleme Vorrang haben und welche Schritte zuerst eingeleitet werden sollten. Die Ergebnisse sollten unbedingt Ihrer Belegschaft bekannt gemacht werden.

2. Planung

Um finanzielle Streuverluste zu vermeiden, sollten Sie auf den Betrieb abgestimmte Maßnahmen wählen und nicht zu allgemein gehaltene „Gießkannen-Angebote“.

Bei der Planung ist es sinnvoll, einen Mix aus Maßnahmen zusammen zu stellen, die zum einen das Verhalten und zum anderen die Verhältnisse berücksichtigen.

	Verhalten (gesunde Mitarbeiter)	Verhältnisse (gesunde Organisation)
Allgemeine Gesundheitsfaktoren	Kurse und Vorträge zu <ul style="list-style-type: none"> • Bewegung • Ernährung • Entspannung • Raucher-Entwöhnung • Alkoholkonsum 	Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> • Betriebssport • Gesundes Kantinenessen • Ruheräume • Rauchfreies Unternehmen • Gesundheitsleitbild
Arbeitsbezogene Gesundheitsfaktoren	Personalentwicklungsmaßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Arbeitsplatz und –mitteln • Führungsverhalten • Teamfähigkeit • Berufliche Qualifikation • Kommunikation 	Arbeitsgestaltung <ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung Arbeitsplatz und –mittel • Entscheidungsspielräume • Teamarbeit • Arbeitsabläufe • Arbeitsplatzsicherheit

3. Durchführung

Als erste durchgeführte Maßnahme bietet sich ein Gesundheitstag an, der in Ihrem Betrieb oder zusammen mit anderen Betrieben im regionalen Umfeld stattfindet. An diesem Tag können Ihre Mitarbeiter verschiedene Informationen und kleine Untersuchungen erhalten. Ein Nebeneffekt dieser Veranstaltung ist, dass das Interesse Ihrer Beschäftigten für das Thema Gesundheit geweckt wird und eine Grundlage für bevorstehende Maßnahmen gebildet wird.

4. Ergebniskontrolle

Nur wenn sich die BGF als effektiv und effizient erweist, sich also „rechnet“, wird sie langfristig und konsequent verfolgt und damit das Thema Gesundheit zum festen Bestandteil Ihres Unternehmens. Diese Phase, in der die Wirkungen der gesundheitsfördernden Aktionen festgestellt werden, ist somit ein wesentlicher Schritt für das Fortsetzen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Investitionen in die Gesundheitsförderung zahlen sich aus!

Ein investierter Euro kann bis zu 5,90 € Gewinn bringen.

Mehr Infos zum Kosten-Nutzen-Verhältnis können Sie z.B. im IGA-Report 16 nachlesen.

Welche Methoden gibt es?

Um die Phasen erfolgreich umsetzen zu können, brauchen Sie geeignete Methoden. Entscheiden Sie, welche Instrumente am besten zu Ihren betrieblichen Bedingungen passen.

Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind Gruppen mit bis zu 12 Personen, die anhand eines gesundheitlichen Problems im Betrieb Vorschläge zur Verbesserung erarbeiten und diese dann der Arbeitsgruppe Gesundheit vorlegen.

Teilnehmer der Zirkel können entweder ausschließlich Mitarbeiter oder auch eine Mischung von Geschäftsführer, Fachleuten der BGF und Mitarbeitern sein. Wichtig dabei ist, dass alle Meinungen akzeptiert und die Mitarbeiter als „Experten“ ihrer Arbeit gesehen werden. Diese Einbindung Ihrer Belegschaft erweckt bei Ihren Mitarbeitern das Gefühl ernst genommen zu werden und etwas beeinflussen zu können, was für das Betriebsklima einen erheblichen Nutzen hat.

Der Gesundheitszirkel kann zusätzlich in der Phase der Ergebniskontrolle die Effekte der durchgeführten Maßnahmen überprüfen und bewerten.

Arbeitsplatz-Analyse/ Betriebsbegehung

Mit wenig Aufwand kann mit der Arbeitsplatz-Analyse bzw. der Betriebsbegehung ein Eindruck vom Geschehen in Ihrem Unternehmen erhalten werden. Anhand dieser Diagnoseinstrumente werden die Arbeitsplatzumgebung, die Arbeitsorganisation, der Arbeitsvorgang sowie die Bewegungsmuster der Beschäftigten geprüft.

Mitarbeiter-Befragung

Mitarbeiter-Befragungen (schriftlich oder mündlich) können genaue Informationen z.B. zum Gesundheitszustand oder zur Arbeitszufriedenheit geben. Außerdem bilden sie eine Grundlage für die Akzeptanz von künftigen BGF-Maßnahmen.

In der Ergebniskontrolle kann die Befragung der Beschäftigten Aufschluss geben über die Wirkungen der gesundheitsfördernden Aktionen.

Damit die Daten der Beschäftigten anonym bleiben können, sollten Befragungen nur in Belegschaften mit mehr als 50 Personen durchgeführt werden.

Fokusgruppen

In den Fokusgruppen trifft sich eine kleine Personengruppe, um sich über ein bestimmtes Thema (Fokus) auszutauschen. Unterschiedliche Erfahrungen und Sichtweisen sowie das Wissen verschiedener Personen können dadurch verknüpft werden.

Ziel der Arbeit in Fokusgruppen ist es, in möglichst kurzer Zeit die Ist-Situation im Betrieb zu ermitteln –ohne die darauf folgenden Aktivitäten zu planen.

Rückkehrgespräche

Gespräche mit Mitarbeitern, die nach längerer Krankheit wieder am Arbeitsplatz anwesend sind, können Informationen zu gesundheitlichen Belastungen im Unternehmen liefern. Diese Erkenntnisse können für die Planung von gesundheitsfördernden Maßnahmen hilfreich sein.

(Wussten Sie, dass Sie seit 2004 verpflichtet sind, Beschäftigten, die länger als 6 Wochen im Jahr krank gemeldet sind, Maßnahmen im Zuge des Betrieblichem Eingliederungsmanagements anzubieten?)

Fehlzeitenanalyse

Die Fehlzeitenanalyse kann einfach durchgeführt werden und bietet Anhaltspunkte zum Krankheitsgeschehen. Analysen bei Belegschaften von mindestens 50 Mitarbeitern können sogar Informationen zu häufigen Krankheitsarten geben.

Im Hinblick auf die Mitarbeiter, die auch krank zur Arbeit kommen, sollten Sie die Fehlzeiten aber nicht als einziges Merkmal für die „betriebliche Gesundheit“ wählen.

Wer kann Sie unterstützen?

Wenn Sie sich als Arbeitgeber für die betriebliche Gesundheitsförderung entschieden haben und bemerken, dass Ihr Betrieb die umfassenden Aufgaben nicht allein bewältigen kann, geben Sie nicht auf, sondern holen Sie sich Unterstützung!

Langjährige Erfahrungen und eine Vielzahl an Hilfestellungen bieten die Sozialversicherungsträger an. Außerdem gibt es Netzwerke, denen Sie beitreten können.

Krankenkassen

Die Krankenkassen sind die wichtigsten Begleiter in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie können zum Beispiel unterstützen, indem sie Moderatoren für Gesundheitszirkel anbieten, Mitarbeiterbefragungen gestalten, Gesundheitstage organisieren oder anhand ihrer Gesundheitsberichte die Fehlzeiten Ihres Betriebes analysieren.

Handlungsfelder der Krankenkassen
Arbeitsbedingte körperliche Belastungen
Betriebsverpflegung
Psychosoziale Belastungen
Suchtmittelkonsum

Sprechen Sie am besten die Krankenkasse an, bei der die meisten Ihrer Mitarbeiter versichert sind.

Gesetzliche Unfallversicherung/ Berufsgenossenschaften

Die Berufsgenossenschaften (BG) als Vertreter der Unfallversicherungen haben sich immer mehr zu Beratern der Betriebe entwickelt. Versuchen Sie, Ihre BG in dieser neuen Rolle zu akzeptieren, dann werden Sie feststellen, dass sie eine Menge Erfahrung hat und Ihnen beim Projekt BGF viele Unterstützungsmöglichkeiten bieten kann.

Netzwerke

Ein Netzwerk ist eine Erfahrungsdrehscheibe, in der besonders KMU von den Erfahrungen anderer profitieren können. Die Umsetzungsprobleme, die durch mangelnde Zeitressourcen und fehlendes qualifiziertes Personal in KMU entstehen, können mithilfe der Netzwerkarbeit verringert werden. Es gibt verschiedene Arten von Netzwerken. So können sie aus partnerschaftlichen Verbindungen von kleinen Betrieben bestehen oder ein Zusammenschluss von unterschiedlichen Beteiligten sein, z.B. Krankenkassen, Handwerkskammern und Unternehmensberater.

Wie ist die betriebliche Gesundheitsförderung gesetzlich geregelt?

Sozialgesetzbuch

Im fünften Sozialgesetzbuch ist festgelegt,

- dass die BGF für die Krankenkassen eine Pflichtleistung ist.
- dass die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen arbeiten sollen.
- dass verschiedene Krankenkassen untereinander einig werden und die Aufgaben gemeinsam wahrnehmen.
- dass Versicherte, sei es der Arbeitgeber oder der Beschäftigte, die an BGF-Maßnahmen teilnehmen, von der Krankenkasse mit einem Bonus belohnt werden können.

Einkommenssteuergesetz

Für Sie sind erbrachte Leistungen, die den allgemeinen Gesundheitszustand und die betriebliche Gesundheitsförderung betreffen, für jeden Mitarbeiter bis zu 500 Euro pro Kalenderjahr steuerfrei. Dabei können die Maßnahmen auch außerhalb der Unternehmen stattfinden –was KMU entgegen kommen mag.

Im geplanten
Präventionsförderungsgesetz
werden die Krankenkassen
aufgefordert, ihre Leistungen
in kleinen und mittleren
Betrieben zu verstärken.

Praxisbeispiele

Schreinerei Stracke

- 4 Mitarbeiter
- unterstützt durch AOK
- gesundheitliche Probleme mit dem Rücken als Auslöser für BGF
- durchgeführte Maßnahmen: Rücken-Training und Schulung zu Rücken-gerechtem Verhalten
- täglich gemeinsame Gymnastik für den Rücken als feste Routine

(in: AOK (2009). Hauptsache gesund. Gesundheitsförderung in kleinen Unternehmen und im Handwerk)

TEAM (Softwareentwicklung)

- 60 Mitarbeiter
- Unterstützung durch Techniker Krankenkasse
- BGF als festen Bestandteil in das Unternehmen eingebaut
- Mitarbeiterbefragung als Diagnosemethode
- durchgeführte Maßnahmen: Gesundheitstag, Gemeinsame Radtouren und Vorträge zu Gesundheitsthemen für Mitarbeiter und deren Familien

(in: Techniker Krankenkasse (2010). BGM-Dialog. Erfolge sichtbar machen)

Weiterführende Adressen

- Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung: www.dnbgf.de
- Unternehmensnetzwerk zur BGF in EU: www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de
- Schleswig-holsteinisches Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung: www.gesa.schleswig-holstein.de
- Netzwerk KMU-Kompetenz: www.kmu-komp.de

- Initiative neue Qualität der Arbeit: www.inqa.de
- Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung: www.in-form.de
- Initiative Gesundheit und Arbeit: www.iga-info.de
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: www.baua.de
- Datenbank erfolgreich umgesetzter Arbeitsgestaltungsmaßnahmen: www.good-practice.org
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: www.mds-ev.de
- Werkzeugkasten für BGF in KMU der Gesundheitsförderung Schweiz: www.kmu-vital.ch

Anhang V: Manual 2. Fassung



Betriebliche Gesundheitsförderung

**Manual für
kleine und mittelständische
Unternehmen**

**Nutzen Sie die Möglichkeiten Ihres Betriebes
für die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter!**

Gesa Richardsen

Inhalt

Vorwort	3
Was ist eigentlich Gesundheit?	4
Wie beeinflusst die Arbeit die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter?	4
Merkmale „gesunder“ und „ungesunder“ Unternehmen.....	5
Was bedeutet betriebliche Gesundheitsförderung?.....	5
Die aktuelle Arbeitswelt —Beweggründe für die Gesundheitsförderung	6
Welchen Nutzen bringt die betriebliche Gesundheitsförderung?	7
Die Besonderheiten der kleinen und mittelständischen Unternehmen	7
Wer kann Sie unterstützen?	8
Wie ist die betriebliche Gesundheitsförderung gesetzlich geregelt?	9
Der Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung	10
Der Ablauf der betrieblichen Gesundheitsförderung	10
Welche Methoden gibt es?	12
Praxisbeispiele	14
Weiterführende Adressen	14

Die in der Broschüre verwendete männliche Form bezieht selbstverständlich die weibliche Form mit ein. Auf die durchgängige Verwendung beider Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet.

Vorwort

Gesunde und motivierte Mitarbeiter, die ein gutes Arbeitsklima und gute Arbeitsbedingungen vorfinden und diese auch selbst aktiv mitgestalten können, sind ein entscheidender Faktor, den es zu erhalten und stets zu fördern gilt. Der Nutzen für das Gesamtunternehmen und das Produktionsergebnis wird nicht lange auf sich warten lassen.

Der Mensch ist das wichtigste Gut im Unternehmen!

Mindestens 70% des Sozialprodukts wird durch menschliche Kraft erwirtschaftet und nur 30% sind auf Kapitaleinsatz zurückzuführen.*

Die moderne Arbeitswelt führt zu immer stärkeren Belastungen aller arbeitenden Menschen. Diesen Belastungen können Sie als Arbeitgeber mit geeigneten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung begegnen. Dabei gilt es, die individuelle Leistungsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit Ihrer Mitarbeiter auszubauen.

Neben den bisherigen Bereichen der betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen, wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, Rückenschulen und Nichtraucheraktionen, gewinnen Stressfaktoren an Bedeutung. So stehen in der heutigen Arbeitswelt Faktoren wie massiver Zeitdruck, beruflicher Ärger, mangelnde Anerkennung von Arbeitsergebnissen und die Angst um den Arbeitsplatz im Vordergrund.

Somit ist die Gesundheit nicht nur abhängig von körperlichen Belastungsfaktoren, sondern auch von der Art des Umganges mit den Beanspruchungen. Hier sind vorrangig die Arbeitgeber gefragt, die durch Anerkennung und Förderung der fachlichen und sozialen Kompetenzen der Mitarbeiter für ein angenehmes Arbeitsumfeld sorgen.

Obwohl über 60% der deutschen Erwerbstätigen in kleinen und mittelständischen Unternehmen arbeiten, ist das Thema Gesundheitsförderung bisher hauptsächlich in Großbetrieben vorzufinden.

Diese Broschüre verschafft Ihnen als Unternehmer Informationen über die betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen und soll Ihnen zeigen, dass besonders die Eigenschaften Ihres Betriebes zahlreiche Möglichkeiten für eine erfolgreiche Durchführung der Gesundheitsförderung bieten!

*Kuhn, K. (2008). Gesunde Betriebe, in: Meggeneder, o. (Hrsg.), Volkswirtschaft und Gesundheit. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S.195-205

Was ist eigentlich Gesundheit?

Gesundheit wird oft erst zum Thema, wenn sie verloren geht und Krankheitssymptome entstehen. Dabei ist Gesundheit kein festgelegter Zustand, sondern ein Ergebnis von aktivem Handeln!

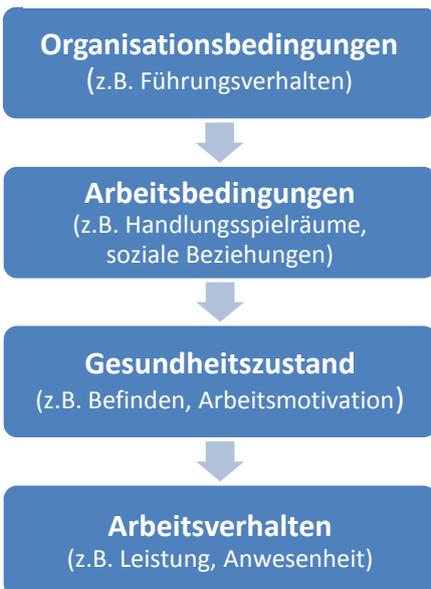
„Gesundheit ist der Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten und Gebrechen.“

(Definition „Gesundheit“ der World Health Organization, 1948)

Wie beeinflusst die Arbeit die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter?

Einen großen Teil der Lebenszeit verbringen Erwerbstätige an ihrem Arbeitsplatz. Somit stellt die Arbeitswelt einen zentralen Lebensbereich dar, in dem wichtige Weichenstellungen für die Gesundheit vorgenommen werden. Alles, was im Unternehmen geschieht, kann also die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter prägen – zum Guten wie zum Schlechten.

Zusammenhang Arbeit und Gesundheit



Feststeht, dass Menschen auch unter großen Belastungen gesund bleiben können, wenn die Arbeit **sinnvoll, verständlich** und **beeinflussbar** ist.

Für diese Bedingungen sind die Kommunikation und die Kooperation innerhalb Ihres Betriebes entscheidend!

Wenn also das Betriebsklima, der Zusammenhalt der Belegschaft und die Art der Führung stimmen, geht es Ihren Beschäftigten gut und sie können motiviert und leistungsfähig ihre Arbeit erledigen.

Ist aber das Arbeitsumfeld und die Umgangsform des Vorgesetzten unangenehm, können Ihre Beschäftigten in eine „innere Kündigung“ geraten. Dadurch können die Leistungsbereitschaft und das Verantwortungsbewusstsein sinken bzw. die Krankheitsfälle und Arbeitgeberwechsel steigen.

Eine aktuelle Untersuchung ergab, dass im Jahr 2012 24% der deutschen Arbeitnehmer keine emotionale Bindung zum Arbeitgeber besaßen und innerlich gekündigt hatten! Wenn Sie mehr zu diesem Thema wissen möchten, bietet der „Gallup Engagement Index 2012“ viele Informationen (www.gallup.com).

Merkmale „gesunder“ und „ungesunder“ Unternehmen¹

	„Gesundes“ Unternehmen	„Ungesundes“ Unternehmen
Sinnvolle Betätigung	stark verbreitet	weniger stark verbreitet
Soziale Kompetenz	stark ausgeprägt	gering ausgeprägt
Stabilität, Funktionsfähigkeit wichtiger Beziehungen	hoch	gering
Gegenseitiges Vertrauen, Zusammenhalt unter Mitarbeitern	groß	gering
Ausmaß persönlicher Beteiligung im Betrieb	hoch	gering
Vertrauen in die Führung	groß	gering
Identifikation der Mitarbeiter mit Zielen und Regeln ihres Betriebes	stark ausgeprägt	gering ausgeprägt
Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln	groß	gering

Je „ungesünder“ das Unternehmen ist, umso häufiger treten Symptome wie hohe Krankenstände, Mobbing und innere Kündigung auf. Wenn Ihr Betrieb allerdings eher zu den „gesunden“ gehört, können Sie umso mehr Leistungsfähigkeit, Motivation und Produktivität der Mitarbeiter feststellen.

Was bedeutet betriebliche Gesundheitsförderung²?

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
 - Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und
 - Stärkung persönlicher Kompetenzen.

¹ in Anlehnung an Bertelsmann Stiftung/ Hans-Böckler-Stiftung (2004). Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S.19

² Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (2007). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union

Die aktuelle Arbeitswelt — Beweggründe für die Gesundheitsförderung

- Durch den Umbruch der letzten Jahre von der Industriearbeit zur Dienstleistungs- und Wissensarbeit ist der Mensch ein entscheidender Produktionsfaktor geworden. Dabei sind die Komplexität der Arbeit, die zunehmende Verantwortung und der hohe Zeitdruck immer größere gesundheitliche Risiken für Mitarbeiter und der Unternehmenserfolg ist zunehmend abhängig von dem Fachwissen, der Motivation und dem Verhalten der Beschäftigten.
- Im Jahr 2011 sind die psychischen Erkrankungen bundesweit auf Platz 2 (17,2%) der häufigsten Krankheitsarten. Nur die Muskel-Skelett-Erkrankungen wurden häufiger gemeldet (22,1%)³.
- Durch den demografischen Wandel und dem höheren Renteneintrittsalter stehen Unternehmen vor der Herausforderung, die Produktivität und Leistungsfähigkeit einer alternden Belegschaft zu erhalten.
- Die Tatsache, dass auf dem Arbeitsmarkt gute Arbeitskräfte immer knapper werden, lässt die Personalpflege wichtiger denn je erscheinen. Es zählt, gute Fachkräfte motivieren, lange erhalten und optimal nutzen zu können.
- Immer häufiger gehen die Menschen krank zur Arbeit (=“Präsentismus“). Dabei wird der Kostenfaktor für Präsentismus viermal höher eingeschätzt, als der von Arbeitsunfähigkeitstagen⁴.

³ Barmer GEK (2012). Gesundheitsreport 2012, Hamburg. Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit. Wuppertal, S.41

⁴ Gänslers, S./ Bröske, T. (2010). Die Gesundarbeiter. Hamburg: Murmann-Verlag, S.35

Welchen Nutzen bringt die betriebliche Gesundheitsförderung?

Nutzen für das Unternehmen	Nutzen für den Arbeitnehmer
Reduzierung der Fehlzeiten und des Präsentismus´	Verringerung der Arbeitsbelastung
Erhöhung der Mitarbeiterbindung und weniger Mitarbeiterwechsel	Steigerung des Gesundheitszustands und Wohlbefindens
Erhöhung der Produktivität der Beschäftigten	Verbesserung des Wissens zu gesundem Verhalten in Betrieb und Freizeit
Verbesserung der Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität (Kundenzufriedenheit und –bindung)	Erhaltung und Förderung der individuellen Leistungsfähigkeit
Verbesserung des Unternehmensansehens und der Beschäftigungsattraktivität	Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und Motivation
Verbesserung der innerbetrieblichen Zusammenarbeit	Verbesserung der Beziehung von Kollegen und Vorgesetzten sowie der innerbetrieblichen Kommunikation

Die Besonderheiten der kleinen und mittelständischen Unternehmen

Anders als in großen Unternehmen liegen in kleinen und mittleren Unternehmen das unternehmerische Risiko, die Führungsverantwortung und die Ausrichtung der Unternehmenskultur (Werte und Regeln) in der alleinigen Hand des Geschäftsführers.

Sie schaffen den Arbeitsplatz für Ihre Mitarbeiter und können auf individuelle Bedürfnisse zeitnah eingehen.

Dabei können Sie auf kurze und persönliche Kommunikationswege zurückgreifen und Ihre

Mitarbeiter bei Bedarf direkt unterstützen. Zusätzlich

kennen Sie die Voraussetzungen und

Herausforderungen im Arbeitsprozess, häufig auch das private Umfeld Ihrer Mitarbeiter.

Vorteile Ihres Unternehmens
1. Überschaubare Mitarbeiterstruktur
2. Engere Beziehung zwischen Unternehmer und Mitarbeiter
3. Familiäre Struktur fördert soziale Unterstützung
4. Starke regionale Einbettung der KMU erleichtert Vernetzung
5. Kurze Kommunikationswege
6. Flache, personenbezogene Hierarchien
7. Große Autonomie (Eigenverantwortlichkeit)
8. Hohe Flexibilität

Viele gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen haben Sie also bereits geschaffen!

Wer kann Sie unterstützen?

Wenn Sie sich als Arbeitgeber für die betriebliche Gesundheitsförderung entschieden haben und bemerken, dass die Zeit und das Personal fehlt, um die umfassenden Aufgaben bewältigen zu können, geben Sie nicht auf, sondern holen Sie sich Unterstützung!

Langjährige Erfahrungen und eine Vielzahl an Hilfestellungen bieten die Sozialversicherungsträger an. Außerdem gibt es Netzwerke, denen Sie beitreten können.

Krankenkassen

Die Krankenkassen sind die wichtigsten Begleiter in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie können zum Beispiel unterstützen, indem sie Moderatoren für Gesundheitszirkel anbieten, Mitarbeiterbefragungen gestalten, Gesundheitstage organisieren oder anhand ihrer Gesundheitsberichte die Fehlzeiten Ihres Betriebes analysieren.

Sprechen Sie am besten die Krankenkasse an, bei der die meisten Ihrer Mitarbeiter versichert sind.

Handlungsfelder der Krankenkassen

Arbeitsbedingte körperliche Belastungen

Betriebsverpflegung

Psychosoziale Belastungen

Suchtmittelkonsum

Gesetzliche Unfallversicherung/ Berufsgenossenschaften

Die Berufsgenossenschaften (BG) haben sich als Vertreter der Unfallversicherungen immer mehr zu Beratern der Betriebe entwickelt. Versuchen Sie, Ihre BG in dieser neuen Rolle zu akzeptieren, dann werden Sie feststellen, dass sie eine Menge Erfahrung hat und Ihnen beim Projekt Gesundheitsförderung viele Unterstützungsmöglichkeiten bieten kann.

Netzwerke

Ein Netzwerk ist eine Erfahrungsdrehscheibe, in der besonders kleine und mittlere Betriebe von den Erfahrungen anderer profitieren können. Die Umsetzungsprobleme, die durch mangelnde Zeitressourcen und fehlendes qualifiziertes Personal entstehen, können mithilfe der Netzwerkarbeit verringert werden. Es gibt verschiedene Arten von Netzwerken. So können sie aus partnerschaftlichen Verbindungen von kleinen Betrieben bestehen oder ein Zusammenschluss von unterschiedlichen Beteiligten sein (z.B. Krankenkassen, Handwerkskammern und Unternehmensberater).

Wie ist die betriebliche Gesundheitsförderung gesetzlich geregelt? Sozialgesetzbuch

Im fünften Sozialgesetzbuch ist festgelegt,

- dass die betriebliche Gesundheitsförderung für die Krankenkassen eine Pflichtleistung ist.
- dass die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen arbeiten sollen.
- dass verschiedene Krankenkassen untereinander einig werden und die Aufgaben gemeinsam wahrnehmen.
- dass Versicherte, sei es der Arbeitgeber oder der Beschäftigte, die an gesundheitsförderlichen Maßnahmen teilnehmen, von der Krankenkasse mit einem Bonus belohnt werden können.

Einkommenssteuergesetz

Für Sie sind erbrachte Leistungen, die den allgemeinen Gesundheitszustand und die betriebliche Gesundheitsförderung betreffen, für jeden Mitarbeiter bis zu 500 Euro pro Kalenderjahr steuerfrei. Dabei können die Maßnahmen auch außerhalb der Unternehmen stattfinden –was den Bedingungen in manchen kleineren Betrieben entgegen kommen mag.

Im geplanten **Präventionsförderungsgesetz** werden die Krankenkassen aufgefordert, ihre Leistungen in kleinen und mittleren Betrieben zu verstärken.

Der Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung

Zu Beginn wird festgelegt, welche **Ziele** mit der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht werden sollen. Anschließend sollte eine „**Arbeitsgruppe Gesundheit**“ (oder eine verantwortliche Person), die die Organisation übernimmt, gegründet werden.

Von entscheidender Bedeutung für die Akzeptanz einer betrieblichen Gesundheitsförderung bei den Beschäftigten ist die frühzeitige Einbindung aller Mitarbeiter. Eine **Auftaktveranstaltung**, in der das Vorhaben geschildert wird, ist demnach unentbehrlich.

Tipp: Beachten Sie die folgenden Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung!

Partizipation

- Die gesamte Belegschaft wird in die Gesundheitsförderung einbezogen.

Integration

- Gesundheitsförderung wird in allen Unternehmensbereichen und Entscheidungen berücksichtigt.

Systematisches Vorgehen

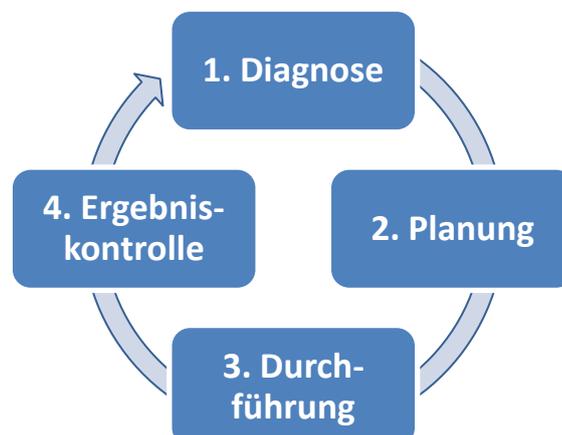
- Gesundheitsförderliche Programme werden geplant durchgeführt.

Ganzheitlichkeit

- Gesundheit wird durch das persönliche Verhalten der Beschäftigten und die Bedingungen am Arbeitsplatz beeinflusst.

Der Ablauf der betrieblichen Gesundheitsförderung

Es gibt kein Standardkonzept für die betriebliche Gesundheitsförderung, das in allen Unternehmen angewendet werden kann. Der folgende Kreislauf bietet daher eine gute Möglichkeit, in planvoller Vorgehensweise die Bedürfnisse und Bedingungen Ihres Betriebes zu erhalten und anhand dieser ein erfolgreiches und auf Ihr Unternehmen abgestimmtes Programm einzuführen.



1. Diagnose

In der Diagnose wird der Ist-Zustand Ihres Betriebes erfasst. Dabei wird festgestellt, welche Gesundheitsprobleme Vorrang haben und welche Schritte zuerst eingeleitet werden sollten. Die Ergebnisse sollten unbedingt Ihrer Belegschaft bekannt gemacht werden.

2. Planung

Um finanzielle Streuverluste zu vermeiden, sollten Sie auf den Betrieb abgestimmte Maßnahmen wählen und nicht zu allgemein gehaltene „Gießkannen-Angebote“.

Bei der Planung ist es sinnvoll, einen Mix aus Maßnahmen zusammen zu stellen, die zum einen das Verhalten und zum anderen die Verhältnisse berücksichtigen.

	Verhalten (gesunde Mitarbeiter)	Verhältnisse (gesunde Organisation)
Allgemeine Gesundheitsfaktoren	Kurse und Vorträge zu <ul style="list-style-type: none">• Bewegung• Ernährung• Entspannung• Raucher-Entwöhnung• Alkoholkonsum	Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none">• Betriebssport• Gesundes Kantineessen• Ruheräume• Rauchfreies Unternehmen• Gesundheitsleitbild
Arbeitsbezogene Gesundheitsfaktoren	Personalentwicklungsmaßnahmen <ul style="list-style-type: none">• Umgang mit Arbeitsplatz und -mitteln• Führungsverhalten• Teamfähigkeit• Berufliche Qualifikation• Kommunikation	Arbeitsgestaltung <ul style="list-style-type: none">• Gestaltung Arbeitsplatz und -mittel• Entscheidungsspielräume• Teamarbeit• Arbeitsabläufe• Arbeitsplatzsicherheit

3. Durchführung

Als erste durchgeführte Maßnahme bietet sich ein Gesundheitstag an, der in Ihrem Betrieb oder zusammen mit anderen Betrieben im regionalen Umfeld stattfindet. An diesem Tag können Ihre Mitarbeiter verschiedene Informationen und kleine Untersuchungen erhalten. Ein Nebeneffekt dieser Veranstaltung ist, dass das Interesse Ihrer Beschäftigten für das Thema Gesundheit geweckt wird und eine Grundlage für bevorstehende Maßnahmen gebildet wird.

4. Ergebniskontrolle

Nur wenn sich die Gesundheitsförderung als effektiv und effizient erweist, sich also „rechnet“, wird sie langfristig und konsequent verfolgt und damit das Thema Gesundheit zum festen Bestandteil Ihres Unternehmens. Diese Phase, in der die Wirkungen der gesundheitsfördernden Aktionen festgestellt werden, ist somit ein wesentlicher Schritt für das Fortsetzen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Investitionen in die Gesundheitsförderung zahlen sich aus!

Ein investierter Euro kann bis zu 4,40 € Gewinn bringen.

Mehr Infos zum Kosten-Nutzen-Verhältnis können Sie z.B. im IGA-Report 16 nachlesen.

Welche Methoden gibt es?

Um die Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen zu können, brauchen Sie geeignete Methoden. Die folgende Sammlung bietet Ihnen einen Einblick in die Möglichkeiten, die in kleinen und mittelständischen Unternehmen durchführbar sind.

Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind moderierte Gruppen mit bis zu 12 Personen, die anhand eines gesundheitlichen Problems im Betrieb Vorschläge zur Verbesserung erarbeiten und diese dann der Arbeitsgruppe Gesundheit vorlegen.

Teilnehmer der Zirkel können entweder ausschließlich Mitarbeiter oder auch eine Mischung von Geschäftsführer, Gesundheitsfachleuten und Mitarbeitern sein. Wichtig dabei ist, dass alle Meinungen akzeptiert und die Mitarbeiter als „Experten“ ihrer Arbeit gesehen werden. Diese Einbindung Ihrer Belegschaft erweckt bei Ihren Mitarbeitern das Gefühl ernst genommen zu werden und etwas beeinflussen zu können, was für das Betriebsklima einen erheblichen Nutzen hat.

Der Gesundheitszirkel kann zusätzlich in der Phase der Ergebniskontrolle die Effekte der durchgeführten Maßnahmen überprüfen und bewerten.

Arbeitsplatz-Analyse/ Betriebsbegehung

Mit wenig Aufwand kann mit der Arbeitsplatz-Analyse bzw. der Betriebsbegehung ein Eindruck vom Geschehen in Ihrem Unternehmen erhalten werden. Anhand dieser Diagnoseinstrumente werden die Arbeitsplatzumgebung, die Arbeitsorganisation, der Arbeitsvorgang sowie die Bewegungsmuster der Beschäftigten geprüft.

Mitarbeiter-Befragung

Mitarbeiter-Befragungen (schriftlich oder mündlich) können genaue Informationen z.B. zum Gesundheitszustand oder zur Arbeitszufriedenheit geben. Außerdem bilden sie eine Grundlage für die Akzeptanz von künftigen gesundheitsförderlichen Maßnahmen.

In der Ergebniskontrolle kann die Befragung der Beschäftigten Aufschluss geben über die Wirkungen der durchgeführten Aktionen.

Damit die Daten der Beschäftigten anonym bleiben können, sollten Befragungen nur in Belegschaften mit mehr als 50 Personen durchgeführt werden.

Fokusgruppen

In den Fokusgruppen trifft sich eine kleine Personengruppe, um sich über ein bestimmtes Thema (Fokus) auszutauschen. Unterschiedliche Erfahrungen und Sichtweisen sowie das Wissen verschiedener Personen können dadurch verknüpft werden.

Ziel der Arbeit in Fokusgruppen ist es, in möglichst kurzer Zeit die Ist-Situation im Betrieb zu ermitteln –ohne die darauf folgenden Aktivitäten zu planen.

Rückkehrgespräche

Gespräche mit Mitarbeitern, die nach längerer Krankheit wieder am Arbeitsplatz anwesend sind, können Informationen zu gesundheitlichen Belastungen im Unternehmen liefern. Diese Erkenntnisse können für die Planung von gesundheitsfördernden Maßnahmen hilfreich sein.

(Wussten Sie, dass Sie seit 2004 verpflichtet sind, Beschäftigten, die länger als 6 Wochen im Jahr krank gemeldet sind, eine Wiedereingliederung anzubieten?)

Fehlzeitenanalyse

Die Fehlzeitenanalyse kann einfach durchgeführt werden und bietet Anhaltspunkte zum Krankheitsgeschehen. Analysen bei Belegschaften von mindestens 50 Mitarbeitern können sogar Informationen zu häufigen Krankheitsarten geben.

Im Hinblick auf die Mitarbeiter, die auch krank zur Arbeit kommen, sollten Sie die Fehlzeiten aber nicht als einziges Merkmal für die „betriebliche Gesundheit“ wählen.

Praxisbeispiele

Schreinerei Stracke

In der Schreinerei waren Rückenprobleme der Auslöser für die Gesundheitsförderung. Zusammen mit der AOK setzte die Belegschaft ein Rücken-Training und eine Schulung zum Rücken-gerechten Verhalten um. Als Folge dieser Maßnahme führen die 4 Mitarbeiter nun täglich gymnastische Übungen durch.

(in: AOK (2009). Hauptsache gesund. Gesundheitsförderung in kleinen Unternehmen und im Handwerk)

TEAM (Softwareentwicklung)

Die gesundheitsbewusste Geschäftsführung von TEAM (60 Mitarbeiter) holte sich Unterstützung bei der Techniker Krankenkasse. Nach einer Mitarbeiterbefragung folgten ein Gesundheitstag, gemeinsame Radtouren und Gesundheitsvorträge für die Mitarbeiter und deren Familien. Daraufhin entwickelte sich die betriebliche Gesundheitsförderung als festen Bestandteil des Unternehmens.

(in: Techniker Krankenkasse (2010). BGM-Dialog. Erfolge sichtbar machen)

Weiterführende Adressen

Sie können vertiefende Informationen auf folgenden Internetseiten finden:

- Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung:
www.dnbgf.de
- Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU:
www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de
- Netzwerk KMU-Kompetenz:
www.kmu-komp.de
- Initiative Gesundheit und Arbeit:
www.iga-info.de
- Datenbank erfolgreich umgesetzter Arbeitsgestaltungsmaßnahmen:
www.good-practice.org
- Werkzeugkasten für Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Unternehmen (Schweiz):
www.kmu-vital.ch