

Kapitel 6: Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V

aus dem Leitfaden Prävention
Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes
zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V

vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. November 2017

6 Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V

6.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in Betrieben gemäß § 20 Abs. 4 Nr. 3 SGB V sind in § 20b SGB V geregelt.

„§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Abs. 5 Satz 1 entsprechend.“

Erläuterung:

Die Norm verdeutlicht, dass in der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht primär einzelne Versicherte Adressat von Leistungen sind; vielmehr geht es darum, strukturelle Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitskontext gesundheitsförderlich zu gestalten. Ebenso wie die alltäglichen Lebens-, Wohn- und Freizeitbedingungen üben auch die Arbeitsbedingungen einen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen, hier der Beschäftigten, aus. Daher stellt die Lebenswelt „Betrieb“ ein geeignetes Setting für die Gesundheitsförderung dar, denn im Betrieb können gesundheitliche Rahmenbedingungen gezielt beeinflusst werden; gleichzeitig können auch solche Zielgruppen erreicht werden, die individuelle verhaltensbezogene Präventionsangebote seltener in Anspruch nehmen (z. B. Männer, junge Menschen). Gesundheitsförderlichen Strukturen beinhalten verhältnisbezogene Regelungen und

Handlungsroutinen. Hierbei handelt es sich um organisatorische Regelungen (z. B. gesundheitsförderliche Führungs- und Kommunikationskultur, bewegungsfreundliche Arbeitsumgebung, gesundheitsgerechte Verpflegungsangebote). Zu gesundheitsförderlichen Strukturen im Sinne von Nachhaltigkeit werden solche organisatorischen Regelungen dann, wenn sie dauerhaft implementiert und kontinuierlich angewandt werden. Betriebliche Gesundheitsförderung ist im Sinne des Gesetzes ein Prozess mit den Elementen Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale, der hieraus abgeleiteten Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie der Unterstützung von deren Umsetzung, jeweils unter Beteiligung der Beschäftigten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie – nach Möglichkeit – der Betriebsärztinnen und -ärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Die Beteiligung der Betriebsärztinnen und -ärzte sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit trägt dem Ergänzungsverhältnis von betrieblicher Gesundheitsförderung zu den arbeitsschutzrechtlichen Pflichten des Arbeitgebers Rechnung.

„(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Abs. 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Sie können Aufgaben nach Abs. 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.“

Erläuterung:

Betriebliche Gesundheitsförderung bedarf der Kooperation der Krankenkassen mit weiteren verantwortlichen Partnern. Zusätzlich zu den im vorigen Absatz genannten betriebsinternen Verantwortli-

chen sind dies die Unfallversicherungsträger und die staatlichen Aufsichtsbehörden der Länder (vgl. hierzu auch Erläuterung zu § 20c Abs. 1 SGB V). Die Zusammenarbeit mit den zuständigen Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen kann von wechselseitiger Information bis zu gemeinsamen Aktivitäten in Betrieben entsprechend der trägerspezifischen gesetzlichen Zuständigkeit in Abstimmung mit dem jeweiligen Betrieb reichen. Möglichkeiten der Zusammenarbeit bestehen sowohl auf verbandlicher als auch auf betrieblicher Ebene, bei der Öffentlichkeitsarbeit sowie bei der Betreuung von Betrieben im Rahmen von Netzwerken. In diese Zusammenarbeit können bedarfsbezogen – über den hier erläuterten gesetzlichen Auftrag hinaus – auch die Rentenversicherungsträger einbezogen werden (vgl. hierzu auch die Bundesrahmenempfehlungen der nationalen Präventionskonferenz vom 19. Februar 2016). Jeder Sozialversicherungsträger sollte bei der Beratung von Unternehmensverantwortlichen auf Unterstützungsmöglichkeiten durch die jeweils anderen Sozialversicherungsträger hinweisen bzw. deren branchenbezogene Kompetenzen einbeziehen. Sofern mehrere Krankenkassen gemeinsam in einem Betrieb Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach diesem Leitfaden erbringen, ist vorab eine Abstimmung über die von den Beteiligten einzubringenden Ressourcen erforderlich. Die Leistungen einer Krankenkasse in einem Betrieb stehen allen Beschäftigten unabhängig von der Mitgliedschaft in der betreffenden Krankenkasse zur Verfügung.

„(3) 1Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. 2Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Abs. 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Abs. 1 im Betrieb erbringt. 3Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. 4Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und

gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. 5Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Abs. 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

Erläuterung:

Nach dieser Norm sollen alle Krankenkassen gemeinsam regionale Beratungs- und Unterstützungsstrukturen für Unternehmen vorhalten und dabei bestehende Strukturen und niedrigschwellige Zugangswege nutzen. Dies soll insbesondere Klein- und Kleinstbetrieben sowie mittelständischen Unternehmen (KMU) den Zugang zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Unterstützung einer Krankenkasse erleichtern. Im Rahmen der regionalen BGF-Koordinierungsstellen erfolgt eine Erstberatung zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie – bei Interesse des Betriebs – die Vermittlung zu einer Krankenkasse. Die Kooperation der regionalen BGF-Koordinierungsstellen¹ mit örtlichen Unternehmensorganisationen erleichtert die überbetriebliche Vernetzung und Beratung (vgl. Kapitel 6.7.3 Überbetriebliche Vernetzung und Beratung).

Die gesetzliche Regelung des § 20b Abs. 4 betrifft die Verteilung nicht verausgabter BGF-Mittel durch den GKV-Spitzenverband und ist nicht Gegenstand dieses Leitfadens.

„§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

(1) 1Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. 2Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerich-

¹ <https://www.bgf-koordinierungsstelle.de>

tete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.“

Erläuterung:

Die Regelung bezieht die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in Betrieben auch auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren. Dazu sollen die Krankenkassen die Ergebnisse vorhandener Gefährdungsbeurteilungen nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) bei der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen und so die betriebliche Gesundheitsförderung mit dem Arbeitsschutz enger verzahnen, wie es bereits in § 20b Abs. 2 und im Verständnis der Krankenkassen und der anderen Sozialversicherungsträger angelegt ist (vgl. hierzu u. a. Bundesrahmenempfehlungen der NPK vom 19. Februar 2016 und die Ausführungen in Kapitel 6.5). Folgerichtig sieht die Norm eine Abstimmung über zu erbringende Leistungen vor. Die aus Routine- oder Befragungsdaten gewonnenen Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen bringen die Krankenkassen in die Zusammenarbeit ein. Die individuumsbezogene Informationspflicht der Krankenkasse gegenüber den zuständigen Stellen nach Satz 3 ist nicht Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung.

„(2) 1Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Abs. 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. 2Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. 3§ 88 Abs. 1

Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.“

Erläuterung:

Die Formulierung verweist auf die enge Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Unfallversicherungsträgern und den Landesarbeitsschutzbehörden zur Unterstützung bei ihren gesetzlichen Aufgaben; dies ist auch in den Bundesrahmenempfehlungen der NPK vom 19. Februar 2016 verankert.

Für den Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) gilt überdies das agrarsoziale Sonderrecht, wonach die SVLFG alle Zweige der landwirtschaftlichen Sozialversicherung durchführt (vgl. § 2 des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau).

6.2 Grundverständnis

Die Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts ist durch tiefgreifende Wandlungsprozesse gekennzeichnet: Der technische Fortschritt und der zunehmende globale Wettbewerb führen zu einer Beschleunigung der meisten Herstellungs- und Kommunikationsprozesse. Erworbenes Wissen veraltet immer schneller, lebenslanges Lernen wird zur Norm. Die heutigen Informations- und Kommunikationstechnologien gestatten es, räumlich getrennte Produktions- und Dienstleistungsprozesse zu verknüpfen und ermöglichen eine Erreichbarkeit rund um die Uhr und an jedem Ort, wodurch u. a. auch die Grenzen zwischen Arbeits- und Privatleben immer mehr verwischen. Ergebnisorientierte Management- und Entlohnungsmethoden vergrößern tendenziell die Verantwortung der Beschäftigten für die Ausführung und Ergebnisse ihrer Arbeit. Diskontinuierliche und flexible Beschäftigungsformen, die zunehmenden räumlichen Mobilitätsanforderungen und häufige betriebliche Umstrukturierungen führen auch zu wachsender Instabilität sozialer Positionen und Beziehungen.

Unter dem Einfluss dieser Veränderungen verschiebt sich das Spektrum der mit der Arbeit verbundenen Anforderungen. Körperliche Anforderungen sind infolge des technischen Fortschritts und des damit verbundenen Strukturwandels, aber auch aufgrund von Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung teilweise rückläufig. Die einerseits zu begrüßende Entlastung von körperlicher Anstrengung trägt andererseits auch zu verbreitetem Bewegungsmangel (körperliche Inaktivität und lange Sitzzeiten) als Risikofaktor für unterschiedliche chronische Krankheiten bei. Psychische Anforderungen wie z. B. Termin- und Zeitdruck, Störungen und Unterbrechungen sowie die gleichzeitige Erledigung bzw. Überwachung unterschiedlicher Arbeitsvorgänge nahmen bis Mitte des letzten Jahrzehnts deutlich zu und sind seitdem auf hohem Niveau stabil.

Der Arbeitsschutz hat maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheitsbedingungen der Erwerbstätigen beigetragen. Aufbauend auf diesen Erfolgen sind zum Erhalt und zur Stärkung der Gesundheit Erwerbstätiger weitere Anstrengungen erforderlich. Bei den heute dominierenden Gesundheitsproblemen der Erwerbstätigen – gemessen an den Indikatoren Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und Sterblichkeit – handelt es sich vor allem um Erkrankungen des Muskel-Skelett-, des Kreislauf- und des Verdauungssystems sowie in zunehmendem Maße um psychische und Verhaltensstörungen. An der Entstehung sowie Chronifizierung dieser Erkrankungen sind Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen, private Lebensumstände sowie persönliche Lebensgewohnheiten in unterschiedlichem Maße beteiligt.

Da das Risiko einer chronischen Erkrankung und daraus möglicherweise folgender eingeschränkter Erwerbsfähigkeit ab dem mittleren Erwachsenenalter stark steigt, gewinnen Anstrengungen zum Erhalt und Stärkung von Gesundheit, Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit an Bedeutung – dies zusätzlich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Die Unternehmen müssen sich in den

kommenden Jahren auf stark alternde Belegschaften einstellen. Daher müssen über die gesamte Spanne des Erwerbslebens die Möglichkeiten zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit in Zukunft noch stärker genutzt werden.

Erwerbsarbeit besitzt große gesundheitsfördernde Potenziale. Sie sichert ein Einkommen, hat Einfluss auf den sozialen Status einer Person, gibt dem Tag eine Struktur und führt zur Stärkung des Selbstwertgefühls bei erfolgreicher Bewältigung von Aufgaben. Darüber hinaus sind mit der Erwerbsarbeit in der Regel kollegiale Kontakte und soziale Zugehörigkeit verbunden. Die mit (unfreiwilliger) Arbeitslosigkeit häufig einhergehenden Gesundheitsrisiken unterstreichen die positiven gesundheitlichen Potenziale von Erwerbsarbeit ebenso wie die Verbesserung des Gesundheitszustandes vormals Arbeitsloser nach der Wiedererlangung einer Beschäftigung. Andererseits können Fehlbelastungen im Beruf aber auch zu körperlichen und/oder psychischen Gesundheitsschäden führen.

Nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 zielt „Gesundheitsförderung [...] auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Gesundheitsförderung ist nach dieser Grundsatzcharta ein Programm gezielter sozialer Weiterentwicklung von Gesellschaften und Organisationen. Ein wesentlicher Ansatzpunkt hierfür ist die gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebenswelten, im Falle der Lebenswelt Betrieb durch betriebliche Gesundheitsförderung.

Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen der berufstätigen Versicherten. Indem betriebliche Gesundheitsförderung Beschäftigte und Betriebe bei Erhalt und Stärkung der Beschäftigtengesundheit unterstützt, leistet sie auch einen Beitrag zur Bewältigung der mit

dem technologischen, organisatorischen und dem demografischen Wandel in der Arbeitswelt verbundenen Herausforderungen. Das bedeutet, dass die betriebliche Gesundheitsförderung dann besonders effektiv ist, wenn sie in die Unternehmensziele der Betriebe integriert ist bzw. die Unternehmenskultur auch die Förderung der Beschäftigtengesundheit beinhaltet.

Mit betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich die positiven Gesundheitspotenziale der Arbeit stärken, Erkrankungsrisiken von Beschäftigten senken, ihre gesundheitlichen Kompetenzen verbessern sowie ihre Arbeitsfähigkeit langfristig sichern. Die vorliegenden Evaluationsstudien zeigen, dass durch betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen krankheitsbedingte Fehlzeiten und Behandlungskosten reduziert werden können². Höheres gesundheitliches Wohlbefinden kommt über die Steigerung von Arbeitszufriedenheit, Motivation und Einsatzbereitschaft letztlich auch dem Unternehmenserfolg zugute. Die Krankenkassen bieten deshalb interessierten Betrieben³ entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 20b SGB V Unterstützung bei der Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung an.

Nach der Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung umfasst „[b]etriebliche Gesundheitsförderung [...] 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
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.“⁴

Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sollten dementsprechend in Form eines multimodalen, ganzheitlichen Vorgehens möglichst unter Nutzung evidenzbasierter Konzepte im Rahmen eines strukturierten Prozesses (s. Kapitel 6.3) umgesetzt werden. Die Beschäftigten und ihre gesetzlichen Vertretungen sowie alle verantwortlichen internen und nach Bedarf externen Akteure einschließlich der im Betrieb tätigen Betriebsärztinnen und -ärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit – sofern vorhanden – sind dabei einzubeziehen. Mit Einzelmaßnahmen wie z. B. Gesundheitstagen können Krankenkassen den Betrieb und die Belegschaft für betriebliche Gesundheitsförderung sensibilisieren und den Einstieg in einen strukturierten Gesundheitsförderungsprozess gemäß diesem Leitfaden anbahnen.

Betriebliche Gesundheitsförderung richtet sich an den Betrieb als Organisation und an die einzelnen Beschäftigten gleichermaßen; dabei ist der Diversität der Beschäftigten Rechnung zu tragen⁵.

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen bedarfsbezogen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unabhängig von ihrem arbeitsrechtlichen Status offen stehen. Die Unterstützung der Krankenkasse bei der betrieblichen Gesundheitsförderung versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe der betrieblichen Akteure.

2 Pieper, C. & S. Schröder unter Mitarbeit von J. Haupt und I. Kramer (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention - Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006-2012. In iga. Report 28. Essen. S. 64. (download <http://www.iga-info.de> -> Veröffentlichungen -> iga.Reporte). Wirksam sind insbesondere bedarfsgerechte, multifaktorielle, d.h. unterschiedliche Maßnahmearten und Risikobereiche berücksichtigende Programme, die nachhaltig verankert und professionell gesteuert werden.

3 Als Betriebe in diesem Sinne gelten auch Dienststellen der Verwaltung, Bildungseinrichtungen wie Kitas, Schulen, Universitäten (jeweils für die dort Beschäftigten) sowie betriebsanalogue und betriebsähnliche Organisationsformen, in denen z. B. Personen im Rahmen von Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsmarktintegration tätig sind.

4 Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (1997/2007). Luxemburger Deklaration zur Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (<http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de> ->Luxemburger Deklaration).

5 Relevante Merkmale der Diversität sind unter anderem Alter, Geschlecht (vgl. hierzu Pieck, N. (2017). iga.Report 35. Gesundheitliche Chancengleichheit im Betrieb: Schwerpunkt Gender. Dresden. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)), Behinderung, Migrationshintergrund etc.

Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung können unmittelbar im einzelnen Betrieb sowie mittelbar auf überbetrieblichen Verbreitungswegen z. B. durch Beratung und Qualifizierung insbesondere von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Betriebsverantwortlichen erbracht werden. Der mittelbare Zugangs- und Verbreitungsweg eignet sich besonders für Kleinbetriebe (s. hierzu auch „Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben“ – Kapitel 6.6 – sowie Handlungsfeld Überbetriebliche Vernetzung und Beratung – Kapitel 6.7.3).

Interessierte Betriebe können sich an jede Krankenkasse ihrer Wahl wenden, bei der ein Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versichert ist. Eine Kontaktaufnahme ist über die Firmenkundenberater, die Arbeitgeberportale der Krankenkassen sowie über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen nach § 20b Abs. 3 SGB V jederzeit möglich⁶. In der Regel stellen Krankenkassen eigene Dienstleistungen/Beratungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung oder arbeiten mit von ihnen beauftragten externen Dienstleistern zusammen.

6.3 Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess

Nach §20b SGB V ist betriebliche Gesundheitsförderung – als Beitrag zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen im Betrieb – ein Prozess mit den Elementen Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale, der hieraus abgeleiteten Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und

der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten sowie der Unterstützung von deren Umsetzung, jeweils unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb. Bei nachhaltiger Etablierung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) schließt sich an die Umsetzung eine (erneute) Analysephase an, in der die Ergebnisse der bereits durchgeführten Maßnahmen ermittelt und bewertet werden.

Das im Folgenden dargestellte systematische Vorgehen (Abb. 6) beschreibt grundlegende Anforderungen an die von den Krankenkassen unterstützte BGF; die Ausgestaltung von Strukturen, Prozessen und Leistungen kann entsprechend der Betriebsgröße und sonstiger betrieblicher Rahmenbedingungen variieren. Die Beratung und Qualifizierung der Betriebsverantwortlichen zum Aufbau und zur eigenständigen Weiterführung der Aktivitäten entsprechend dem nachstehend beschriebenen Gesundheitsförderungsprozess ist eine wesentliche Voraussetzung für die Verstärkung und Sicherung der Nachhaltigkeit.

Zu Beginn des Prozesses sollte betriebsintern die grundsätzliche Bereitschaft der Betriebsparteien (Firmenleitung und Betriebs-/Personalrat/ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Klein- und Kleinstbetrieben), in einen BGF-Prozess einzutreten, geklärt und für die Mitwirkung der Belegschaft an einer systematischen betrieblichen Gesundheitsförderung geworben werden. Diese Phase wird auch als Vorbereitungsphase bezeichnet⁷. Danach sollten Strukturen aufgebaut bzw. vorhandene genutzt werden, durch die der Gesundheitsförderungsprozess gesteuert wird. Der Gesundheitsförderungsprozess gliedert sich in die Schritte „Analyse“, „Maßnahmenplanung“,

⁶ BGF-Koordinierungsstellen im Internet unter: <https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/>. Eine Linkliste zu den BGF-Ansprechpartnern der Krankenkassen findet sich auch auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de -> Krankenversicherung -> Prävention/Selbsthilfe/Beratung -> Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung -> Betriebliche Gesundheitsförderung.

⁷ Pieck, N. unter Mitarbeit von A. Wartmann, K. Bolm, E. Linnemann, G. Schnelle, K. Schahn & B. Gutheil (2012). Betriebliches Gesundheitsmanagement fällt nicht vom Himmel. Handlungsanleitung zum Einstieg ins Betriebliche Gesundheitsmanagement. 2. überarb. Aufl. Düsseldorf (Hanns-Böckler-Stiftung). S. 18.

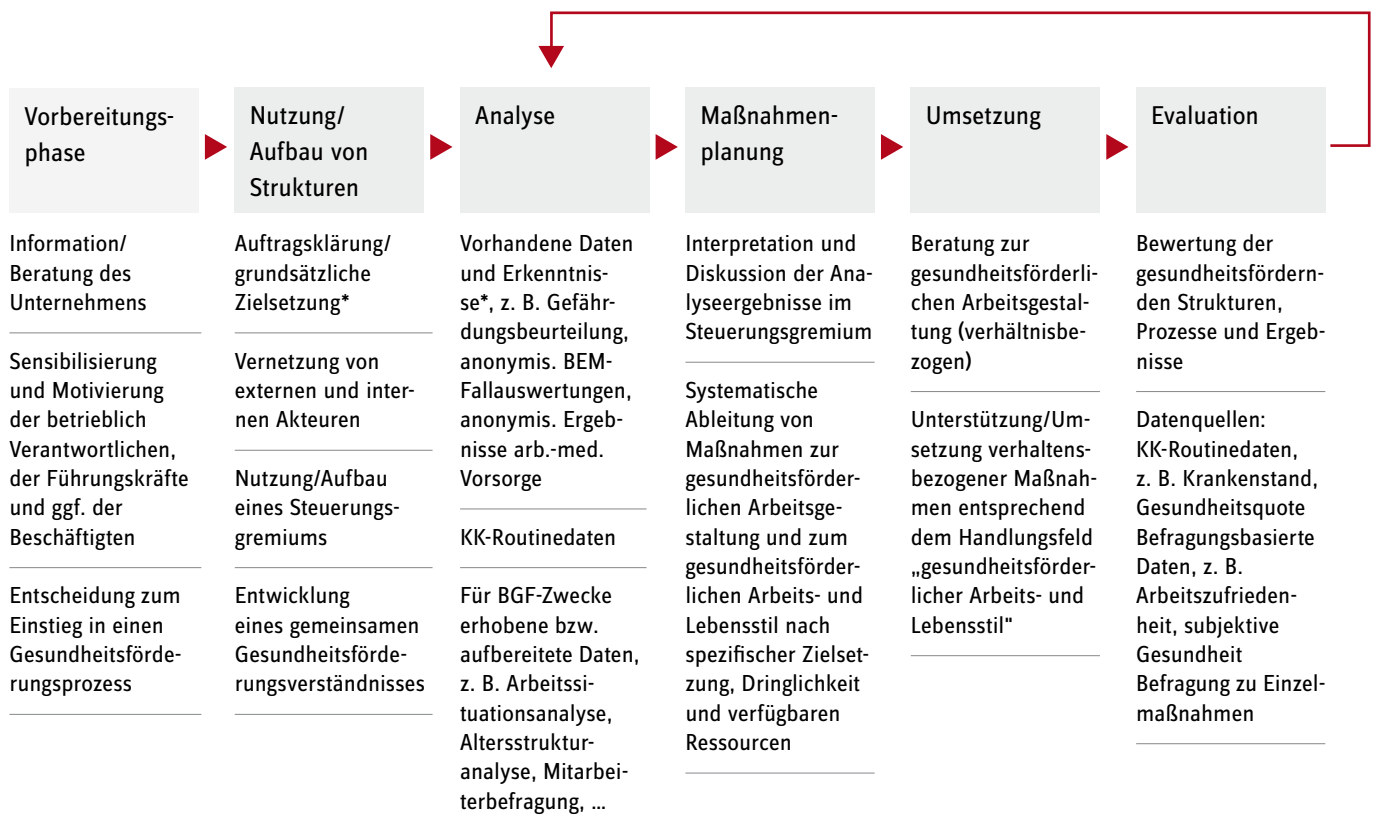
„Umsetzung“ und „Evaluation“⁸. Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Gesundheitsförderung, die kontinuierliche Einbindung der Beschäftigten sowie die interne Öffentlichkeitsarbeit stellen kontinuierliche Aufgaben während

des gesamten Prozesses dar. Eine aktive Mitarbeitereinbindung in der betrieblichen Gesundheitsförderung in allen Prozessschritten ist dabei im Interesse von Akzeptanz, Bedarfsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen unverzichtbar.

8 Rosenbrock, R. & S. Hartung (2011). Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. in; BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Gamburg (Verlag für Gesundheitsförderung). Internet: www.Leitbegriffe.bzga.de.

Abb. 6: Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess

Kontinuierliche Sensibilisierung, Partizipation, Empowerment und interne Öffentlichkeitsarbeit



*Die Erhebung dieser Daten stellt keine GKV-Leistung dar.

Quelle: Modifiziert nach Mahltig, G. & S. Voermans (2011). Vernetzung und Qualität - Vernetzung als Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen.

In: N. Klusen, A. Meusch & E. Thiel (Hrsg.). Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Baden-Baden (Nomos). S. 29-56.

1. Vorbereitungsphase: Durch Information und Beratung einschließlich der Bereitstellung von Medien unterstützen die Krankenkassen, auch über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen gemäß § 20b Abs. 3 SGB V, das Interesse von Betrieben für betriebliche Gesundheitsförderung. In der persönlichen Beratung interessierter Betriebe können die betrieblich Verantwortlichen und die Beschäftigten selbst für die gesundheitsförderliche Gestaltung struktureller Rahmenbedingungen an den Arbeitsplätzen bzw. im Arbeitskontext sowie ergänzend für die persönliche Gesundheit sensibilisiert werden, um auf Basis eines gemeinsamen Verständnisses von BGF eine nachhaltige betriebliche Gesundheitsstrategie vorzubereiten. Am Ende der Vorbereitungsphase steht die Grundsatzentscheidung der betrieblich Verantwortlichen, in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten.

2. Nutzung/Aufbau von Strukturen: Zu Beginn des Gesundheitsförderungsprozesses ist es wichtig, alle betrieblichen Akteure, die mit der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befasst sind, zusammenzuführen. Hierfür wird empfohlen, ein betriebsinternes Gremium – Steuerungsgremium, Arbeitskreis Gesundheit o. ä. – zu nutzen bzw. zu etablieren, das den Gesamtprozess steuert und koordiniert. Bestehende Strukturen zum Thema Gesundheit im Betrieb, wie z. B. der Arbeitsschutzausschuss nach § 11 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit sollten als Steuerungsstruktur auch für die Gesundheitsförderung genutzt werden.

Im Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung sollten Vertreterinnen und Vertreter aller an der Gesundheitsförderung beteiligten Gruppen kontinuierlich mitwirken:

- Betriebsleitung,
- Führungskräfte,
- Personalabteilung, ggf. die für die Personalentwicklung zuständige Stelle,
- Betriebs- bzw. Personalrat/Vertretung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Betrie-

ben ohne institutionalisierte Beschäftigtenvertretung,

- Betriebsärztin und Betriebsarzt,
- Fachkraft für Arbeitssicherheit,
- ggf. Beauftragte für das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)
- ggf. Schwerbehindertenvertretung,
- ggf. Gleichstellungsbeauftragte,
- ggf. Vertreterinnen/Vertreter weiterer betrieblicher Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, z. B. Sucht- und Konfliktbeauftragte.

Während der GKV-Förderung ist auch die Mitwirkung der fördernden Krankenkasse(n) im Steuerungsgremium sinnvoll. Es kann sinnvoll sein, Vertreterinnen und Vertreter weiterer betrieblicher Bereiche (z. B. des Controllings) bzw. von externen Partnern (z. B. des zuständigen Unfallversicherungsträgers) in das Steuerungsgremium einzubeziehen.

Das Steuerungsgremium sollte eine Person für die innerbetriebliche Koordination bestimmen. Die unterschiedlichen Akteure bringen ihre jeweiligen professionell geprägten Sichtweisen und spezifischen Interessen in den Gesundheitsförderungsprozess ein. Das Steuerungsgremium verständigt sich auf die in den Blick zu nehmenden gesundheitlichen Belastungen, Ressourcen und Gestaltungsbereiche. Der Kreis der Mitwirkenden kann dadurch bedarfsbezogen im Lauf des BGF-Prozesses verändert werden. Der Strukturaufbau ist dann erfolgreich, wenn im Steuerungsgremium ein gemeinsames, von allen getragenes Grundverständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung – auch verknüpft mit den weiteren Bereichen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (vgl. Kap. 6.5) – entwickelt wird, eine Verständigung über die Zielsetzung erfolgt ein grundsätzliches Einvernehmen über das weitere Vorgehen erzielt wird. In Kleinbetrieben wird die Funktion des Steuerungsgremiums durch regelmäßige Gespräche mit der Inhaberin oder mit dem Inhaber und ggf. weiteren betrieblichen Verantwortlichen erfüllt. Ferner kann hier die Steuerung der innerbetrieblichen Gesundheitsförderung auch auf überbe-

trieblicher Ebene (Branche, Innung) unterstützt werden (s. Kapitel 6.6).

3. Analyse: Ziel dieser Phase ist die Ermittlung des Handlungsbedarfs durch Erhebung der gesundheitlichen Situation im Betrieb einschließlich Risiken und Potenzialen. Für den Betrieb als Ganzes sowie die einzelnen Betriebsteile und Beschäftigtengruppen sollen die gesundheitliche Situation sowie die relevanten Belastungen und Ressourcen systematisch ermittelt werden. Hierfür bietet es sich an, zunächst die vorhandenen Erkenntnisse über die gesundheitlichen Bedingungen zusammenzutragen und gemeinsam im Steuerungsgremium auszuwerten. Datenquellen hierfür sind insbesondere Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens im Betrieb, Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetz, anonymisierte Fallauswertungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX sowie anonymisierte Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorge und betriebsärztlicher Tätigkeit. Weitere geeignete Analyseinstrumente zur Erfassung der gesundheitlichen Risiken und Potenziale sind u. a. Arbeitsplatzbegehungen, standardisierte Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Arbeit und Gesundheit einschließlich Gesundheitsverhalten, Altersstrukturanalysen (Projektionen der zukünftigen Altersverteilung und des damit einhergehenden gesundheitlichen Problempanoramas im Unternehmen) sowie als beteiligungsorientierte Verfahren z. B. Arbeitssituationsanalysen und Gesundheitszirkel.

4. Maßnahmenplanung: Das Steuerungsgremium interpretiert und bewertet die gesammelten Informationen. Aus den Ergebnissen werden gemeinsam spezifische Ziele abgeleitet und in Form eines Maßnahmenplans für die einzelnen Arbeitsbereiche und Personengruppen operationalisiert. Dieser Maßnahmenplan sollte die Gestaltungspotenziale aller beteiligten Ebenen einbeziehen, dabei verhaltens- mit verhältnisbezogenen Maßnahmen kombinieren und neben der Reduzierung von Risiken auch die Stärkung von

organisationalen und individuellen Schutzfaktoren für die körperliche wie auch die psychische Gesundheit vorsehen. Er bringt die Maßnahmen nach Dringlichkeit und verfügbaren Ressourcen in eine Reihenfolge und legt Verantwortlichkeiten und Fristen fest. Das Steuerungsgremium wirkt im Betrieb auf die Realisierung des Maßnahmenplans hin.

5. Umsetzung: Die vom Steuerungsgremium befürworteten Maßnahmen aus den unten definierten Handlungsfeldern (s. Kapitel 6.7 „Handlungsfelder“) werden entsprechend dem Maßnahmenplan schrittweise umgesetzt. Darüber hinaus steht es den Betrieben frei, weitere Veränderungen, die über diese Handlungsfelder hinausgehen, umzusetzen (keine Leistung der GKV).

6. Evaluation: Die Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen ermittelt und für die Bestimmung des Handlungsbedarfs im folgenden Zyklus genutzt werden. Empfehlenswert ist die kombinierte Verwendung von prozess- und ergebnisbezogenen Indikatoren sowie von objektiven Daten und subjektiven Einschätzungen als Evaluationskriterien. Beteiligungsorientierte Methoden wie z. B. Gesundheitszirkel/-werkstätten und Arbeitssituationsanalysen sind geeignete Instrumente sowohl zur Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung als auch zur Evaluation.

Prozessschritte übergreifend bilden die kontinuierliche Sensibilisierung, Partizipation und das Empowerment der Beschäftigten sowie die regelmäßige interne Öffentlichkeitsarbeit wesentliche Erfolgsfaktoren im Hinblick auf Akzeptanz und Nachhaltigkeit.

In Abhängigkeit von betrieblichen Besonderheiten sind Abweichungen von diesem Vorgehensschema möglich; allerdings muss die logische Folge von Bedarfsanalyse, Interventionsplanung, Umsetzung und Erfolgskontrolle gewährleistet sein.

6.4 Leistungsarten und Förderkriterien

Mögliche Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind:

- Analyseleistungen (z. B. Arbeitsunfähigkeits-, Arbeitssituations- und Altersstrukturanalysen, Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Durchführung von Workshops) zur Bedarfsermittlung,
- Beratung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen in Abstimmung mit den Vertreterinnen und Vertretern des betrieblichen und ggf. überbetrieblichen Arbeitsschutzes,
- Beratung zur Ziel- und Konzeptentwicklung sowie zu allen Themen der Beschäftigtengesundheit einschließlich Unterstützungsmöglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben,
- Unterstützung beim Aufbau eines Projektmanagements,
- Moderation von Arbeitsgruppen, Gesundheitszirkeln und ähnlichen Gremien,
- Qualifizierung/Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung,
- Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen,
- Unterstützung der internen Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sowie
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung.

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenkassen setzen ein finanzielles und/oder personelles Eigenengagement des Betriebes voraus.

Von der Förderung ausgeschlossen sind:

- Aktivitäten, die zu den **Pflichtaufgaben eingebundener oder anderer Akteure und Partnerinnen und Partner** gehören,
- **Isolierte**, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene **Maßnahmen** externer Anbieterinnen und Anbieter,

- **individuumbezogene Abrechnung** von Maßnahmen,
- **Forschungsprojekte** ohne Interventionsbezug,
- **Screenings** ohne Interventionen aus den BGF-Handlungsfeldern,
- Aktivitäten von **politischen Parteien** sowie **parteinahen Organisationen und Stiftungen**,
- Aktivitäten, die einseitig **Werbezwecken** für bestimmte Einrichtungen, Organisationen oder Produkte dienen,
- **Berufliche Ausbildung und Qualifizierungsmaßnahmen**, die nicht auf den Gesundheitsförderungsprozess bezogen sind,
- Kosten für **Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände, Mobiliar, technische Hilfsmittel und persönliche Schutzausrüstung**,
- Nicht leitfadenskonforme Angebote des **Betriebssports** sowie
- Angebote, die **weltanschaulich nicht neutral** sind.

Die Unterstützung von Betrieben mit Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann auf zwei unterschiedlichen Zugangs- und Verbreitungswegen erfolgen:

- unmittelbar durch Gesundheitsförderungsaktivitäten im Betrieb selbst sowie
- mittelbar durch Gesundheitsförderungsaktivitäten in betriebsübergreifenden Strukturen wie Netzwerken und Unternehmensorganisationen sowie durch überbetriebliche Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, Medien (Print- und Onlineangebote) sowie betriebsübergreifende Beratungen (s. Kapitel 6.7.3 Überbetriebliche Vernetzung und Beratung).

Ausgehend von den Qualitätskriterien des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung⁹ sollten Krankenkassen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nur dann

⁹ Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (1999): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen.

fördern, wenn die folgenden unternehmensseitigen Bedingungen gegeben sind bzw. die Bereitschaft besteht, sie im Laufe des Prozesses zu schaffen:

- Es existiert eine Unternehmensleitlinie zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder ein Äquivalent (in Klein-/Kleinstbetrieben: Absichtserklärung).
- Die Beschäftigten bzw. deren gewählte Vertretungen (Betriebs- bzw. Personalrat) werden am gesamten Prozess des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen beteiligt.
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen basieren auf einer (möglichst regelmäßig aktualisierten) Ist-Analyse.
- Maßnahmen werden durch ein internes Gremium gesteuert; in dieses sollte der Betrieb auch den Arbeitsschutzausschuss nach § 11 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) einbeziehen.
- Alle Maßnahmen sind in eine regelmäßige Auswertung und Begleitung eingebunden.
- Die Ergebnisse von Maßnahmen werden dokumentiert und sind den an der BGF beteiligten Partnerinnen und Partnern zugänglich.

Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ersetzen nicht die arbeitsschutzrechtlichen Pflichten des Arbeitgebers insbesondere nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG). Krankenkassen können Betrieben Hinweise zum Einbezug der Arbeitsschutzakteure geben.

Das Engagement der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung orientiert sich am Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Förderung von Maßnahmen durch Krankenkassen ist daher grundsätzlich zeitlich befristet. Betriebe sollen dazu befähigt werden, nachhaltig auch nach Beendigung einer GKV-Förderung die BGF in eigener Verantwortung weiter zu führen. Hierzu trägt die Möglichkeit einer bedarfsorientiert auch wiederholten Förde-

rung von Analyse- und Beratungsleistungen bei. Auch die Einkommensteuerbefreiung für primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungen nach § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz kann für die nachhaltige Verankerung betrieblicher Gesundheitsförderung genutzt werden (s. hierzu auch Kapitel 7.2 „Arbeitgeber geförderte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen“).

Die finanziellen Fördermöglichkeiten der Krankenkassen sind durch den Gesetzgeber vorgegeben. Schwerpunkte und Voraussetzungen kann die Krankenkasse in dem von diesem Leitfaden abgesteckten Rahmen selbst festlegen. Interessierte Betriebe sollen über die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung informiert werden und eine Beratung zur Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung erhalten; dies kann auch über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen erfolgen. Die Förderung der Krankenkassen kann in persönlicher, sächlicher und/oder finanzieller Form erfolgen. Über die Einzelheiten wird auf Basis dieses Leitfadens vorab eine Vereinbarung zwischen der/den Krankenkasse(n) und dem Betrieb abgeschlossen. Eine nachträgliche Finanzierung bzw. Förderung von Maßnahmen ist nicht möglich (keine Abtretungserklärungen). Bei Kooperationsprojekten mit Beteiligung unterschiedlicher Krankenkassen kann der von der GKV zu finanzierende Anteil zwischen den beteiligten Krankenkassen z. B. nach Mitgliederanteil aufgeteilt werden. Krankenkassen können gegenüber nicht am BGF-Prozess beteiligten anderen Krankenkassen nachträglich keine finanziellen Forderungen geltend machen. Eine individuumsbezogene Abrechnung von verhaltenspräventiven Bausteinen im Rahmen der BGF mit anderen Krankenkassen ist ebenfalls ausgeschlossen.

6.5 Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Beschäftigte freiwilliger Leistungskomplex, der den

gesetzlich verpflichtenden Arbeitsschutz (auf Basis des Arbeitsschutzgesetzes und des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG), des SGB VII und weiterer Gesetze¹⁰) und das für Arbeitgeber verpflichtende, für Beschäftigte freiwillige betriebliche Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) ergänzt. Positive Auswirkungen auf die Beschäftigtengesundheit gehen auch von den freiwilligen betrieblichen Angeboten der Sucht- und Sozialberatung, des Betriebssports sowie von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie/Privatleben und Beruf aus. Soweit Betriebe solche Angebote vorhalten, sollten sie im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements verknüpft werden. Die Rentenversicherung bietet gem. § 14 Abs. 1 SGB VI Versicherten mit besonderen gesundheitlichen Risiken, bei denen aber noch kein Rehabilitationsbedarf nach § 15 SGB VI besteht, berufsbegleitend medizinische Leistungen zur Prävention an. Diese werden überwiegend berufsbegleitend durchgeführt.

Wenn die betriebliche Gesundheitsförderung mit den weiteren für die Gesundheit in der Arbeitswelt bedeutsamen Bereichen – insbesondere dem gesetzlichen Arbeitsschutz und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement, daneben auch bedarfsbezogen weiteren Bereichen wie z. B. Sozialberatung und Konfliktmanagement – verknüpft wird, kann sie in ein betriebliches Gesundheitsmanagement münden (s. Abb. 7).

Betriebliches Gesundheitsmanagement beinhaltet:

- die Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel und Querschnittsaufgabe in allen Leitungsfunktionen mit Hilfe von Managementstrategien,
- die Abstimmung und Koordinierung der für die Gesundheit der Beschäftigten zuständigen inner- und außerbetrieblichen Dienste und Akteure sowie

- die systematische Gestaltung von gesundheitsförderlichen innerbetrieblichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung zu gesundheitsbewusstem Verhalten¹¹.

Betriebliche Gesundheitsförderung besitzt zahlreiche Berührungspunkte und Schnittmengen mit dem gesetzlichen Arbeitsschutz¹² sowie dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Die einzelnen Bereiche können im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements vielfach sinnvoll miteinander verknüpft werden, wie folgende Beispiele zeigen¹³:

- Beteiligungsorientierte Analyseinstrumente (z. B. Arbeitssituationsanalyse und betriebliche Gesundheitszirkel) der betrieblichen Gesundheitsförderung können einen Beitrag zur Unterstützung des betrieblichen Arbeitsschutzes z. B. bei der Identifikation und Reduzierung physischer und psychischer Fehlbelastungen leisten.
- In Führungskräftebildungen können Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit solchen des Arbeitsschutzes und des BEM kombiniert vermittelt werden¹⁴.

¹⁰ Alle Regelungen zur Umsetzung des gesetzlichen Arbeitsschutzes der Beschäftigten im Betrieb unterliegen der Mitbestimmung des Betriebsrates/des Personalrates.

¹¹ Faller, G. (Hrsg.) (2017). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3. vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern (Hogrefe). S. 28. Bamberg, E., A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.) (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen u. a. (Hogrefe). S. 128 und 133, Oppolzer, A. (2010). Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit. 2. erweiterte und aktualisierte Auflage. Hamburg (VSA). S. 23 und 31. Initiative Neue Qualität der Arbeit (2014). Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Berlin. S. 10 (www.inqa.de).

¹² Aufgrund des erweiterten Präventionsauftrags des Arbeitsschutzes zu den „arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit“ (§ 2 Abs. 1 ArbSchG) weist der Arbeitsschutz eine gemeinsame Schnittmenge mit der betrieblichen Gesundheitsförderung auf. Es bedarf daher konkreter Absprachen der Akteure vor Ort, um eine sinnvolle Koordination zu gewährleisten.

¹³ Faller, G. (Hrsg.) (2017). Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Bern. S. 60, 62, 70 und passim.

¹⁴ Führungskräfte prägen durch ihr Verhalten und ihr Vorbild maßgeblich die betrieblichen Umgangsweisen mit arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und das generelle Klima

- Bei der Planung betrieblicher Gesundheitsförderung kann auf vorhandene Datenquellen, wie z. B. anonymisierte Fallauswertungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX oder die Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG zurückgegriffen werden.

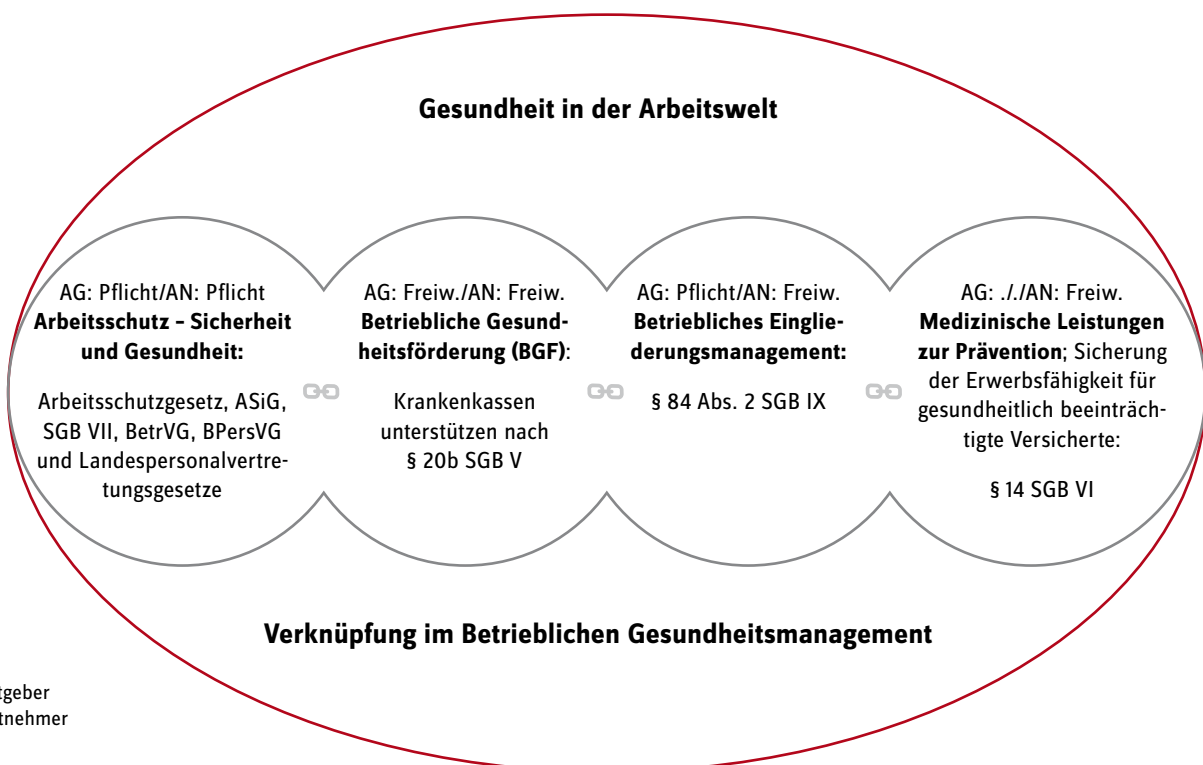
Koordinierung dieser Verknüpfungen kommt den innerbetrieblichen Arbeitsschutzakteuren – Betriebsärztin oder Betriebsarzt, Werksärztin oder Werksarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte – über die Unterstützung des Arbeitgebers bei seinen Aufgaben im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzes hinaus eine wichtige Funktion zu.

Die Verknüpfung ist eine originäre betriebliche Gestaltungsaufgabe. Bei der Initiierung und

Kooperationen mit weiteren außerbetrieblichen Partnerinnen und Partnern können das betriebliche Gesundheitsmanagement unterstützen. So können komplementäre Informationsquellen (z. B. Daten des Betriebes, der Krankenkassen, der Unfallversicherungsträger) genutzt, Doppelarbeiten

des sozialen Miteinanders im Betrieb. Außer zu Themen des Arbeitsschutzes können Führungskräftebildungen nach § 3 Abs. 2 ArbSchG daher auch zu Themen einer „gesundheitsgerechten Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“ qualifizieren.

Abb. 7: Gesundheit in der Arbeitswelt (nur gesetzlich geregelte Bereiche)



vermieden sowie das Gesundheitsmanagement ganzheitlich gestaltet werden. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften und Unfallkassen) verfügen über hohe Kompetenzen zur Identifizierung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie zur Entwicklung und Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen einschließlich Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit. Entsprechend sieht § 20b Abs. 2 SGB V bei der betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenkassen die Zusammenarbeit mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern sowie mit den Landesarbeitsschutzbehörden vor. Die Grundzüge der Zusammenarbeit von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern im Sinne eines koordinierten Vorgehens sind in den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz niedergelegt¹⁵. Verzahnungsmöglichkeiten der Aktivitäten bestehen z. B. bei der

- Beratung zu einem systematischen Vorgehen zu allen Themen der Gesundheit im Betrieb,
- Zusammenarbeit in Steuerungsgremien,
- Durchführung von Analysen, Risikobewertungen und Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,
- Qualifizierung von Führungskräften und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
- Gestaltung von Medien/innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit/überbetriebliche Informationskampagnen,
- Betreuung von Betrieben im Rahmen von Netzwerken.

Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sollen sich wechselseitig über ihre Vorhaben in einem Betrieb informieren. Eine eventuelle Einbindung des jeweils anderen Partners ist im Beneh-

men mit dem Betrieb zu klären. Bedarfsbezogen sollen Absprachen getroffen werden, wie sich die Beteiligten entsprechend ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen in gemeinsame Aktivitäten einbringen¹⁶.

Weitere wichtige externe Kooperationspartner im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind (mit beispielhafter Nennung von möglichen Beiträgen):

- Staatlicher Arbeitsschutz
 - Information und Beratung der Betriebe zu allen Themen des Arbeitsschutzes
 - Überwachung und Kontrolle der Umsetzung der Arbeitsschutzgesetze und -verordnungen
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
 - Präventionsleistungen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)
 - Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Integrationsämter
 - Gestaltungsvorschläge und Zuschüsse zu behinderten- bzw. leidensgerechten Arbeitsplatzausstattungen
- Beratungsstellen in Trägerschaft von Kommunen oder Wohlfahrtsverbänden
 - Familien-, Erziehungs-, Sucht-, Schulden- und Sozialberatung
- Zivilgesellschaftliche Anbieter in der Kommune
 - Freizeit-/Breitensportangebote der Sportvereine.

15 Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren vom Oktober 2009 (Internet: www.praevention-arbeitswelt.de); die Rahmenvereinbarung ist als Anlage in die Bundesrahmenempfehlungen der NPK vom 19.02.2016 aufgenommen worden.

16 Vgl. hierzu Bundesrahmenempfehlungen der NPK. In die Planung betrieblicher Gesundheitsförderung sollen Krankenkassen gemäß § 20c Abs. 1 SGB V im Einvernehmen mit dem Betrieb die Ergebnisse aus Gefährdungsbeurteilungen nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) - sofern vorhanden - einbeziehen und darauf bezogene Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Abstimmung mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger erbringen. Die förderfähigen Leistungen sind auf die in diesem Leitfaden beschriebenen BGF-Handlungsfelder begrenzt. Insbesondere dürfen keine Maßnahmen des technischen Arbeitsschutzes (z. B. technische Hilfsmittel, persönliche Schutzausrüstung) übernommen bzw. finanziert werden (s. auch Kapitel 6.4).

Zur Förderung einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme und wechselseitigen Verzahnung der von externen Partnerinnen und Partnern vorgehaltenen Leistungen sollten die oben Genannten in der Beratung der betrieblich Verantwortlichen nicht nur auf die jeweils eigenen Instrumente und Angebote, sondern auch auf die Unterstützungsmöglichkeiten der anderen Partnerinnen und Partner hinweisen.

Es ist Aufgabe der betrieblichen Führung, den gesetzlichen Arbeitsschutz¹⁷, das betriebliche Eingliederungsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung innerbetrieblich systematisch zu institutionalisieren und miteinander zu verzahnen. Krankenkassen beraten hinsichtlich einer Verzahnung und unterstützen Betriebe bei der Etablierung von innerbetrieblichen Steuerungsstrukturen als wesentliches Qualitätsmerkmal betrieblicher Gesundheitsförderung¹⁸.

6.6 Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben

Circa 40 % der Beschäftigten in Deutschland arbeiten in Klein- und Kleinstbetrieben mit weniger als 50 bzw. weniger als 10 Beschäftigten¹⁹. Klein-

und Kleinstbetriebe weisen gegenüber großen und auch größeren mittelständischen Unternehmen eine Reihe betriebsstruktureller bzw. arbeitsprozessbezogener Besonderheiten auf, die für die Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung bedeutsam sind:

- geringere Arbeitsteiligkeit der Produktions- und Dienstleistungsprozesse,
- kürzere Kommunikations- und weniger formalisierte Entscheidungswege,
- häufig fehlende Belegschaftsvertretungen und Strukturen des Arbeitsschutzes,
- meist flachere Hierarchien und geringere soziale Distanz zwischen Führungskräften und Mitarbeiterschaft (insbesondere in eigentümergeführten Unternehmen),
- damit verbunden geringere Distanz von Berufs- und Privatsphäre sowie
- größere Flexibilitätsanforderungen,
- insbesondere bei Familienbetrieben Mitarbeit ehemaliger Betriebsleiterinnen und Betriebsleiter bzw. erfahrener Fachkräfte bis ins hohe Alter.

Diese Merkmale von Klein- und Kleinstunternehmen haben für die betriebliche Gesundheitsförderung teils fördernde, teils hemmende Auswirkungen. Fehlende Mitbestimmungs- und Arbeitsschutzstrukturen als mögliches Hemmnis für die Gestaltung betrieblicher Gesundheitsförderung können sehr gut durch die kürzeren Entscheidungswege in ihrer Wirkung kompensiert werden. Die Besonderheiten von Kleinbetrieben führen in der Regel dazu, dass die betriebliche Gesundheitsförderung informeller angelegt ist als in größeren Betrieben und neben dem Tagesgeschäft von nicht speziell hierfür ausgebildeten Verantwortlichen initiiert und gesteuert werden muss. Der Inhaberin oder dem Inhaber des Klein(st)betriebs kommt noch stärker als in größeren Unternehmen eine Schlüsselrolle für die Initiierung und Ausrichtung von betrieblicher Gesundheitsförderung zu. Bei der Ansprache und Motivierung sollten daher die besonderen Bedürfnisse der Inhaberin oder des Inhabers Berücksichtigung finden.

17 Für die Einschätzung ihrer internen Arbeitsschutzorganisation steht Betrieben als Selbstbewertungsinstrument der „ORGAcheck“ der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zur Verfügung: <http://www.gda-orgacheck.de/daten/gda/index.htm>

18 Nach den GKV/MDS-Präventionsberichten sind Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bei Vorhandensein einer innerbetrieblichen Steuerungsstruktur inhaltlich komplexer und qualitativ anspruchsvoller als ohne eine solche Struktur: GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2016). Tabellenband zum Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Essen. S. 58f. (download: www.gkv-spitzenverband.de -> Krankenversicherung -> Prävention, Selbsthilfe, Beratung -> Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung -> Präventionsbericht).

19 Daten zur wirtschaftlichen Bedeutung von Klein- und Kleinstunternehmen in Deutschland liefert das Statistische Bundesamt www.destatis.de (Zahlen & Fakten -> Gesamtwirtschaft & Umwelt -> Unternehmen, Handwerk -> Kleine und mittlere Unternehmen, Mittelstand).

Bei Zugrundelegung dieser Rahmenbedingungen sollte der Kreis von Unternehmen, in denen krankenkassenseitig Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung finanziell oder strukturell unterstützt werden, auf diejenigen fokussiert werden, die gesundheitliche Fragen auf der Entscheidungsebene ernst nehmen bzw. bereits begonnen haben, gesundheitliche Kriterien in die betrieblichen Abläufe zu integrieren. Eine diesbezügliche Eigeninitiative des Klein- und Kleinstbetriebs sollte erkennbar sein. Isolierte einmalige und primär von externen Akteuren getragene Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung haben sich hinsichtlich einer dauerhaften Wirksamkeit demgegenüber – unabhängig von der Betriebsgröße – nicht bewährt.

Die unmittelbare Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben im Rahmen der BGF erfolgt grundsätzlich wie diejenige größerer Betriebe entsprechend dem betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess mit den Schritten „Analyse“, „Maßnahmenplanung“, „Umsetzung“ und „Evaluation“. Das für die Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb nutzbare Methodenrepertoire konzentriert sich bei Klein- und Kleinstbetrieben stärker auf Verfahren mit direktem Kontakt. Arbeitsunfähigkeitsanalysen von Krankenkassen und schriftliche Beschäftigtenbefragungen kommen aus Datenschutzgründen nur eingeschränkt in Frage; zur Sensibilisierung können hier auch entsprechende branchenspezifische Erhebungen herangezogen werden. Daher ist in Kleinbetrieben eine Konzentration auf beteiligungsorientierte Verfahren wie z. B. Gesundheitszirkel und Gruppendiskussionen in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses sinnvoll.

Die mittelbare Betreuung auf überbetrieblicher Ebene (z. B. über Branchenverbände, Innungen, Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern, Kreishandwerkerschaften) ist eine gerade für Klein- und Kleinstbetriebe sinnvolle Betreuungsform, um möglichst vielen dieser Betriebe und deren Beschäftigten die Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung zu ermögli-

chen (vgl. hierzu Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“, Kapitel 6.7.3). Bei mittelbarer Betreuung durch überbetriebliche Vernetzung können z. B. regelmäßige Sitzungen des Steuerungsgremiums durch die Teilnahme an moderierten Projekttagen ersetzt werden. An diesen treffen sich die in betrieblicher Gesundheitsförderung aktiven Unternehmer und/oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus mehreren Kleinbetrieben der Region, um sich gegenseitig geplante oder laufende Projekte vorzustellen, Erfahrungen auszutauschen und – ggf. unter Hinzuziehung externer Expertinnen und Experten – gemeinsam die nächsten Schritte zu diskutieren. Vielfach bestehen in den Regionen auch Unternehmensnetzwerke, die den Erfahrungsaustausch organisieren sowie Lernmöglichkeiten und wechselseitige Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Projekten bieten. Krankenkassen unterstützen diese Netzwerke bedarfsbezogen und bieten im Einzelfall speziell für Kleinbetriebe erarbeitete Konzepte und Selbstlernmaterialien an. Diese Form der Betreuung ist auch aus Effizienzgründen sinnvoll.

Die regionalen BGF-Koordinierungsstellen nach § 20b Abs. 3 SGB V stellen einen weiteren Zugangsweg für die mittelbare Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben durch die Krankenkassen dar und können das Interesse an und die Verbreitung von BGF unterstützen (www.bgf-Koordinierungsstelle.de).

6.7 Handlungsfelder

Die Handlungsfelder umfassen die vor dem Hintergrund des skizzierten arbeitsweltbezogenen Belastungsspektrums möglichen Maßnahmen, die auf Grundlage detaillierter Analysen geplant und im Entscheidungsgremium (z. B. Arbeitskreis Gesundheit) beschlossen werden. Im Prozessverlauf von Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation sind die Handlungsfelder in die Umsetzungsphase einzuordnen (vgl. Kap. 6.3).

Abb. 8: Handlungsfelder (rot) und Präventionsprinzipien (Aufzählungspunkt) in der betrieblichen Gesundheitsförderung



Quelle: Eigene Darstellung

Im Rahmen dieses oben beschriebenen betriebli-chen Gesundheitsförderungsprozesses unterstüt-zen Krankenkassen Maßnahmen in den folgenden Handlungsfeldern (Abb. 8): Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung entsprechend den jeweils definierten Kriterien.

Die GKV setzt im Interesse hoher Wirksamkeit auf eine Kombination verhältnis- und verhaltensprä-ventiver Maßnahmen. Mit diesen Maßnahmen unterstützen die Krankenkassen Betriebe und Beschäftigte gleichermaßen bei der Minderung gesundheitlicher Risiken und der Stärkung

gesundheitlicher Ressourcen einschließlich der Stärkung gesundheitlicher Eigenverantwortung der Beschäftigten. Betriebliche Gesundheitsför-derung soll auch die Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels unterstützen und zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie/ Privatleben beitragen. Alle Maßnahmen sollen die Diversität der Beschäftigten berücksichtigen und bedarfsbezogen alters-, geschlechts- sowie kultur-/ migrationssensibel ausgestaltet werden.

Anbieterqualifikation:

Die Durchführung von Maßnahmen der BGF durch die oder im Auftrag der Krankenkassen erfolgt durch Fachkräfte mit einem staatlich

anerkannten Berufs- oder Studienabschluss mit Kenntnissen und Fähigkeiten in Public Health, betrieblicher Gesundheitsförderung und insbesondere zu den Bereichen Organisationsentwicklung, Organisationsberatung sowie Prozess- und Projektmanagement. Dies gilt insbesondere für die Handlungsfelder „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung“ (Kapitel 6.7.1) sowie „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ (Kapitel 6.7.3). Wünschenswert sind darüber hinaus Kenntnisse der arbeitsweltbezogenen Aufgaben und Leistungen der Sozialversicherungsträger.

Maßnahmen im jeweiligen Handlungsfeld erfordern eine auf das Präventionsprinzip bezogene themenspezifische Qualifikation. Für individualspezifische verhaltenspräventive Maßnahmen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung im Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ (Kapitel 6.7.2) gelten die Anforderungen an die Anbieterqualifikation in den Kapiteln 5.4.1-5.4.4 entsprechend.

6.7.1 Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung

Die Gestaltung der Arbeit beeinflusst das Ausmaß körperlicher und geistiger Anforderungen, die jede Tätigkeit und jeden Arbeitsplatz kennzeichnen. Zur Arbeitsgestaltung gehören außer der Ausgestaltung der Aufgabe selbst auch die Arbeitsorganisation, die Arbeitsumgebung und die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz (Abb. 9)²⁰. Krankenkassen beraten Betriebe zu Möglichkeiten der Berücksichtigung gesundheitlicher Belange bei der Arbeitsgestaltung. Dabei fokussieren sie insbesondere auf die im folgenden beschriebenen Schlüsselfaktoren der Arbeitsgestaltung zur Senkung von Gesundheitsrisiken und Stärkung von Gesundheitsressourcen. Neben eigenen Leistungen im Rahmen dieses Leitfadens weisen sie auf Angebote und Hilfen weiterer Zuständiger und Verantwortlicher hin.

²⁰ Schlick, C., R. Bruder & H. Luczak (2010). Arbeitswissenschaft. Heidelberg.

Abb. 9: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Themen)



Quelle: Eigene Darstellung

Präventionsprinzip: Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen

Bedarf:

Eine ungünstige Arbeitsgestaltung kann zu Fehlbeanspruchungen – verbunden mit betrieblichen und gesellschaftlichen Folgekosten – führen. Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen bildet daher einen wichtigen Ansatzpunkt für Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung.

Nach der repräsentativen Beschäftigtenbefragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und des Bundesinstituts für berufliche Bildung 2012 werden von Beschäftigten vor allem psychische Faktoren im betrieblichen Umfeld als subjektiv belastend empfunden. 52 % der Beschäftigten geben an, „häufig“ unter starkem Termin- und Leistungsdruck zu arbeiten und 34 % der Befragten fühlen sich dadurch stark belastet. Auch Multitasking gehört zu den Faktoren, die von den Beschäftigten als stark oder sehr stark belastend wahrgenommen werden. Außerdem stellen Arbeitsunterbrechungen mit 44 % „häufig“ für Betroffene eine hohe Anforderung dar, die von 26 % der Befragten als belastend beschrieben wird²¹. Neben psychischen Anforderungen aus Arbeitsinhalt und -gestaltung ist auch die Arbeitszeitorganisation ein wichtiger gesundheitlicher Einflussfaktor: So können z. B. überlange Arbeitszeiten und Schichtarbeit zu einem Mangel an Erholungsmöglichkeit und einer Akkumulation von Ermüdung führen, die sich in der verbleibenden Ruhezeit nicht mehr ausgleichen lässt. Personen mit überlangen Arbeitszeiten weisen ein um 37 % erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf²².

Die heutige Arbeitswelt ist zudem durch ständige Veränderungsprozesse gekennzeichnet. Dabei spielen nicht nur große Restrukturierungsmaßnahmen eine Rolle, sondern auch viele kleine Veränderungen, die den Arbeitsalltag prägen. Im Stressreport 2012 gaben 42 % der Erwerbstätigen an, von Reorganisationen in den letzten zwei Jahren betroffen gewesen zu sein. Veränderungsprozesse gehen häufig mit steigenden Anforderungen an die Beschäftigten einher und führen zu unterschiedlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Je mehr Veränderungen stattfinden, desto mehr Beschäftigte fühlen sich „weniger gut oder schlecht“²³.

Seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wird – bis ca. 2006 – ein Anstieg der psychischen Belastungen in der Arbeitswelt vermerkt; seither ist eine Stabilisierung auf hohem Niveau eingetreten²⁴. Wichtige Themen einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung sind neben den arbeitsbezogenen Anforderungen im engeren Sinne auch die Qualität der sozialen Beziehungen zu Kolleginnen/Kollegen und Vorgesetzten am Arbeitsplatz sowie die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben²⁵.

Das integrierte Belastungs- und Beanspruchungskonzept stellt mit den Begriffen „Belastung“, „Beanspruchung“, „Handlungsregulation“ und „Beanspruchungsfolgen“ einen einheitlichen

Studies. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 54 (5). S. 532 – 537. Wirtz, A. (2010). Gesundheitliche und soziale Auswirkungen langer Arbeitszeiten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund.

- 23 Initiative Gesundheit und Arbeit (2012). iga.Fakten 4. Restrukturierung: Gesunde und motivierte Mitarbeiter im betrieblichen Wandel. Berlin und Essen (www.iga-info.de -> Veröffentlichungen).
- 24 Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 35-37.
- 25 Kroll, L., S. Müters & N. Dragano (2011). Arbeitsbelastungen und Gesundheit. Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.) GBE kompakt 2 S. 5. Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 51.

21 Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin u. Dresden. S. 35-37.

22 Kang, M. Y.; H. Park; J. Seo, D. Kim, Y.H. Lim, S. Lim. S.H. Cho & Y.C. Hong (2012). Long Working Hours and Cardiovascular Disease: a Metaanalysis of Epidemiologic

disziplinübergreifenden begrifflichen Bezugsrahmen für die Erforschung der Auswirkungen von Arbeitsbelastungen auf die menschliche Gesundheit bereit: Unter psychischen Belastungen ist „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse [zu verstehen], die von außen auf einen Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“. Davon unterschieden ist der Begriff der psychischen Beanspruchung definiert als „die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden oder augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“²⁶. Die psychische Beanspruchung ist das Resultat der bewussten und unbewussten Verarbeitung der Belastung.

Psychische Belastungen in der Arbeitswelt führen nicht zwangsläufig zu psychischen oder körperlichen Erkrankungen; Belastungen sind untrennbar mit jeder Art Arbeit verbunden und nicht per se krankmachend. Sie besitzen vielmehr auch positive Auswirkungen wie Aktivierung und Lernförderung. Problematisch werden sie, wenn sie im Organismus zu Fehlbeanspruchungen führen. Stress stellt - neben psychischer Ermüdung und ermüdungsähnlichen Zuständen wie Monotonie - eine solche Fehlbeanspruchung in Reaktion auf unterschiedliche äußere Einwirkungen (Stressoren) dar. Die Stressreaktion bildet das Bindeglied zwischen äußeren Belastungen und körperlichen und psychischen Erkrankungen. Sie wird definiert als „unangenehm empfundener Zustand, der von der Person als bedrohlich, kritisch, wichtig und unausweichlich erlebt wird“²⁷. Anders als im alltäglichen Sprachgebrauch sind z. B. Zeitdruck und Hektik nicht per se bereits Stress bzw. stressend. Vielmehr soll mit dem Begriff Stress „die Erfahrung eines drohenden oder realen Verlusts der Handlungskontrolle der arbeitenden Person

in einer sie herausfordernden Situation“²⁸ zum Ausdruck gebracht werden. Das Ausmaß der von den Stressoren ausgehenden Fehlbeanspruchung wird durch die subjektive Bewertung (neutral, herausfordernd, bedrohend) sowie die Verfügbarkeit von Ressourcen - z. B. Handlungsspielraum, soziale Unterstützung, Anerkennung, Erholung - moderiert.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat in einer systematischen Literaturanalyse die für die psychische Gesundheit der Beschäftigten zentralen Schlüsselfaktoren der Arbeitsgestaltung ermittelt²⁹. Insbesondere die Faktoren „Tätigkeitsspielraum“, „quantitative Anforderungen/Arbeitsintensität“, „Anteil von Emotionsarbeit“, „Führungsverhalten von Vorgesetzten“ sowie „Länge und Verteilung der Arbeitszeit“ weisen konsistente Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit von Beschäftigten auf und sollten daher - wenn sie im konkreten Fall gesundheitlich nachteilige Ausprägungen aufweisen - bei Beratungen zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung berücksichtigt werden.

28 Siegrist, J. & N. Dragano (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen Bundesgesundheitsblatt. Jg. 51. S. 305-312, hier: S. 305. Die Stressoren versetzen den Organismus über eine Ausschüttung von Hormonen und die Aktivierung des autonomen Nervensystems in Alarmbereitschaft. Erfolgt kein Abbau über Muskelarbeit, wirkt die Stressreaktion als körperlicher und psychischer Spannungszustand fort. Chronischer Stress kann langfristig zu körperlichen und psychischen Krankheiten führen.

29 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2017). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Wissenschaftliche Standortbestimmung. Dortmund. Insbesondere S. 85-87. Das Spektrum der berücksichtigten Indikatoren für die psychische Gesundheit der Beschäftigten reicht von subjektivem psychischen Wohlbefinden bzw. Befindensbeeinträchtigungen und Motivation bis zu psychischen Störungen wie Depression und Angst.

26 DIN EN ISO 10075-1. Ergonomic principles related to mental work load.

27 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (20105). Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Dortmund. S. 13.

Einflussreiche Arbeitsstressmodelle

Insbesondere die folgenden wissenschaftlichen Modelle haben zur Aufklärung der Zusammenhänge zwischen arbeitsbedingten psychosozialen Stressoren und körperlichen und psychischen Erkrankungen bedeutende Beiträge geleistet³⁰:

- Das Anforderungs-Kontrollmodell nach R. Karasek und T. Theorell: Stressauslösend ist danach vor allem die Kombination von hohen psychischen Anforderungen mit niedrigem Handlungsspielraum bei der Arbeit. Umgekehrt können ausreichende Handlungs- und Entscheidungsspielräume – in späteren Veröffentlichungen der Autoren wird auch auf die Wirkung sozialer Unterstützung eingegangen – vor negativen gesundheitlichen Folgen hoher psychischer Belastungen schützen.
- Die Handlungs-Regulationstheorie nach W. Hacker: Sie thematisiert die Auswirkungen der unmittelbaren Arbeitsbedingungen, insbesondere der Arbeitsaufgaben und ihrer Ausführbarkeit. Gesundheitsförderlich sind danach Arbeitsbedingungen, die anspruchsvolle Aufgaben mit Autonomie in der Arbeitstätigkeit kombinieren. Die Theorie betont die stressauslösende Wirkung von Komplikationen des Handlungsvollzugs (Störungen, Unterbrechungen bei der Arbeit) in Kombination mit hohen Anforderungen.
- Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach J. Siegrist: In diesem Modell wird „Arbeitsstress“ als Folge eines Ungleichgewichts von hoher beruflicher Verausgabung (Anforderungen, Belastungen) mit niedrigen Belohnungen (Gratifikationen in Gestalt von Geld, Sicherheit, beruflichem Aufstieg und Anerkennung) verstanden.

Die genannten Modelle benennen Belastungskonstellationen mit erhöhten Risiken für körperliche und psychische Erkrankungen sowie die moderierende Wirkung von eigenständigen arbeitsbezogenen Regulationschancen, sozialer Unterstützung und Belohnungen.

Die in den Modellen verwendeten Konstrukte von „Arbeitsstress“ wurden in zahlreichen prospektiven Studien auf ihre Vorhersagekraft für das Auftreten körperlicher und psychischer Erkrankungen in der Folgezeit getestet. Die zusammenfassenden Übersichtsarbeiten über die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass das Risiko der unter Stress bei der Arbeit leidenden Beschäftigten für die Entwicklung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder psychischen Störung, beispielsweise einer Depression oder Angststörung, in einem zehnjährigen Beobachtungszeitraum nach der überwiegenden Mehrzahl dieser Studien beim eineinhalb bis zweifachen des Wertes von Nichtbetroffenen liegt. Die Zusammenhänge waren für Männer – insbesondere im mittleren Erwachsenenalter – gegenüber Frauen stärker ausgeprägt³¹.

30 Vgl. zum Folgenden zusammenfassend mit weiteren Nachweisen: Schröer, A. & R. Sochert (2012). Gesundheitszirkel seit 25 Jahren erfolgreich. Die BKK Nr. 11. S. 464-471, hier: S. 466f.

31 Bödeker, W. & I. Barthelmes (2011). Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufe mit hoher Krankheitslast in Deutschland. Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes und ergänzende Datenanalysen. iga. Report 22. Essen und Berlin. S. 39-41, 53.

Wirksamkeit:

Als wirksam haben sich ganzheitliche Prozesse erwiesen, die analysebasiert auf eine Optimierung der Arbeitsbedingungen und des individuellen Verhaltens (siehe auch Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.7.2.) abzielen. Solche Programme beinhalten neben ergonomischen und arbeitsorganisatorischen Veränderungen, Maßnahmen zur Personalentwicklung, eine verbesserte Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln und verhaltensbezogene Maßnahmen. Die aktive Beteiligung von Beschäftigten im Rahmen von Optimierungs- und Entscheidungsprozessen verbessert die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Intervention³².

Zielgruppe:

- alle Beschäftigten im Unternehmen, fokussierte Berücksichtigung von Beschäftigtengruppen mit besonderen Belastungen

Ziel der Maßnahme:

- Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeit und Arbeitsbedingungen,
- Balance zwischen Anforderung und Ressourcen, Einsatz der Beschäftigten entsprechend ihren individuellen Stärken und Ressourcen,
- beschäftigtenorientierte Gestaltung von Veränderungsprozessen (Erhalt der Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter).

Inhalt:

- betriebspezifische Beratung zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen der Arbeitsgestaltung
Analyse des unternehmensspezifischen Ar-

beitsunfähigkeitsgeschehens und der Arbeitssituation unter ganzheitlichen Aspekten,

- analysebasierte Maßnahmenplanung und -umsetzung (zur Optimierung der Arbeitsbedingungen) sowie Koordination von Bewertungs- und Entscheidungsprozessen,
- Evaluation der Maßnahmen.

Methodik:

- Initiierung und nachhaltige Implementierung von Strukturen und Prozessen der Gesundheitsförderung,
- Entwicklung und Umsetzung ganzheitlicher unternehmensspezifischer BGF-Konzepte (siehe vorherige Ausführungen zu „Inhalt“),
- Einbindung der Beschäftigten durch vertiefende Analysen z. B. Beschäftigtenbefragungen, Moderation von Arbeitssituationsanalysen und Gesundheitszirkeln, Durchführung von Interviews usw.,
- Verzahnung mit Maßnahmen zu einem gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil (s. Handlungsfeld Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Kapitel 6.7.2).
- bei Bedarf Schulung von Peer-Mentoren (Fürsprecher für Beschäftigte z. B. in multikulturellen Arbeitsteams, für sozial benachteiligte Beschäftigtengruppen), Stressbewältigung und Ressourcenstärkung.

Anbieterqualifikation:

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die in Kapitel 6.7 beschriebenen Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern.

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Führung

Bedarf:

Führungskräfte werden in der betrieblichen Gesundheitsförderung zunehmend als diejenigen Akteure identifiziert, die erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Beschäftigten haben – im positiven wie im negativen Sinne. Dabei ist die Tätigkeit von Führungskräften

32 Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung ist aufbereitet in: Pieper, C. & S. Schröder unter Mitarbeit von J. Haupt und I. Kramer (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006-2012. iga. Report 28. Essen. insbes. S. 32 und 61; sowie für die Jahre 2000-2006: Sockoll, I.; I. Kramer & W. Bödeker (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Iga.Report 13. Essen. insbes. S. 63-66 (download: <http://www.iga-info.de> -> Veröffentlichungen -> iga.Reporte).

selbst in der Regel mit hohen Anforderungen verbunden. Nach dem „Stressreport 2012“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sind die von Führungskräften am häufigsten genannten Anforderungen „Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit“, „starker Termin- und Leistungsdruck“ und die „gleichzeitige Betreuung verschiedenartiger Aufgaben“ stärker als bei nachgeordneten Beschäftigten verbreitet. Diese Anforderungen werden umso häufiger genannt, je größer die Führungsspanne ist. Auch berichten Führungskräfte häufiger als nachgeordnete Beschäftigte über eine Verwischung der Grenzen zwischen Arbeits- und Privatsphäre insbesondere durch Wochenendarbeit und lange Arbeitszeiten³³.

Führungskräfte besitzen aber auch erheblichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, die Motivation und die Gesundheit der unterstellten Beschäftigten. Führungskräfte können als Vorbilder, als Gestaltende der Arbeitsbedingungen – hinsichtlich Arbeitsorganisation, Zeit- und Leistungsdruck, Entscheidungs- und Handlungsspielräume, Konflikt- und Problembewältigung, soziale Unterstützung – sowie durch wertschätzendes Verhalten Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten nehmen. Positive Führung arbeitet nach salutogenen Prinzipien (Transparenz, Vermittlung von Sinn u. a.), fördert Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bietet soziale Unterstützung und Anerkennung, ist team-, mitarbeiter- und ressourcenorientiert. In Bezug auf eine Belegschaft, die im Schnitt immer älter wird und eine größere Varianz (Altersspanne) aufweist, wird zunehmend eine auf Diversität achtende, vorurteilsfreie Führung notwendig, um ein spannungsfreies Arbeiten in altersgemischten Teams zu begleiten³⁴.

Führungskräfte sind nicht immer in ihrer Führungskompetenz ausgebildet bzw. verfügen nicht immer über ausreichendes Wissen zu den Zusammenhängen zwischen eigenem Verhalten und der Motivation und Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Oftmals ist kränkendes oder unzureichendes Führungsverhalten Ausdruck von Überforderung, mangelndem Wissen über Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit oder fehlenden unterstützenden Rahmenbedingungen im Unternehmen³⁵.

Bei ganzheitlichen BGF-Prozessen kommt Führungskräften somit aufgrund ihres Einflusses auf die Arbeitsbedingungen sowie die gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Schlüsselposition zu. Sie bedürfen zugleich einer besonderen Unterstützung, da sie aufgrund ihrer „Sandwich-Position“³⁶ selbst besonders beansprucht sind. Ihre aktive Mitwirkung ist daher entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung der Gesundheitsförderung in den Betrieben.

Wirksamkeit:

Eine schwedische Längsschnittstudie verdeutlicht die positiven gesundheitlichen Auswirkungen eines Führungsverhaltens, das gekennzeichnet ist durch Wertschätzung, Klarheit von Aufgaben und Rollenerwartungen, Information und Feedback, Begleitung bei der Bewältigung von Veränderungsprozessen und Förderung einer aktiven Beteiligung der Beschäftigten: Je höher diese Führungsmerkmale aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgeprägt waren, umso geringer war das Risiko für akute Herz-Kreislauf-Erkrankungen³⁷. Auch der Stressreport 2012 belegt, dass das

33 Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 42, 59 und 125.

34 Vgl. Friedrichs, M. et al. (2011). iga-Barometer 3. Welle 2010: Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zum Gesundheitsverhalten, zum subjektiven Gesundheitszustand und zu der Zusammenarbeit in altersgemischten Teams. iga.Report 21. Berlin und

Essen. (download: <http://www.iga-info.de> -> Veröffentlichungen -> iga.Reporte)

35 Vgl. auch Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014). Fachkonzept Führung und psychische Gesundheit. Berlin.

36 Deutsche Gesellschaft für Personalführung e. V. (2011). Psychische Beanspruchung von Mitarbeitern und Führungskräften, Düsseldorf.

37 Nyberg, A., L. Alfredsson, T. Theorell, H. Westerlund, J. Vahtera & M. Kivimäki (2009). Managerial Leadership and Ischaemic Heart Disease Among Employees: The Swedish

Führungsverhalten stark mit Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit der unterstellten Beschäftigten assoziiert ist. Wichtige gesundheitsförderliche Führungsmerkmale sind u. a. offene Kommunikation, soziale Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Gewährung von Mitbestimmungsmöglichkeiten und Handlungsspielräumen sowie Anerkennung und Wertschätzung³⁸. Gesundheitsförderliches Führungsverhalten hat auch positive Auswirkungen auf die persönlichen gesundheitlichen Verhaltensweisen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter³⁹.

Zielgruppe:

- alle Führungskräfte eines Unternehmens,
- Führungskräfte mit erhöhter Stressbelastung,
- Führungskräfte, bei deren unterstellten Beschäftigten eine erhöhte Arbeitsunzufriedenheit und/oder ein erhöhter Krankenstand besteht,
- mittelbar alle Beschäftigten.

Ziel der Maßnahme:

Mit den Maßnahmen werden bedarfsbezogen gesundheitsförderliche Prozesse auf der Ebene des Betriebs, der Führungspraxis sowie des persönlichen Gesundheitsverhaltens der Führungskräfte angestrebt:

Systemisch: Führungskultur im Unternehmen

- Gestaltung von Rahmenbedingungen (z. B. Mitarbeiteranzahl im Verantwortungsbereich, Zeitressourcen für Führungsaufgaben, Weiter-

bildung) zur Ermöglichung eines gesundheitsgerechten Führungsverhaltens,

- Befähigung zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeit (z. B. Vermeidung von Störungen und Unterbrechungen, Bearbeitung von kontraproduktiven Schnittstellen, Abbau von starkem Termin- und Zeitdruck und die Verminderung von gleichzeitiger Betreuung verschiedenartiger Aufgaben, Gewährung ausreichender Handlungsspielräume, Anpassung von Qualifikation an die Anforderungen der Tätigkeit, Organisation sozialer Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen und Führungskräfte). Dies schließt die Berücksichtigung von Merkmalen der Vielfalt/Diversität, insbesondere Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund ein,
- Befähigung zu einer wertschätzenden Kommunikation mit Beschäftigten,
- Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Kommunikation im Team: Schaffung von Strukturen (z. B. regelmäßige Teambesprechungen), Festlegung von Informationsabläufen, Schaffung von Beteiligungsmöglichkeiten, Pausenregelungen, Angebot von Begegnungsräumen,
- Schaffung von Routinen für den Umgang mit aus langer Krankheit oder Abwesenheit zurückkehrenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für die Unterstützung von suchtkranken, behinderten oder leistungsgeminderten/-gewandelten Beschäftigten.

Führungsverhalten: Kompetenz „Gesundheit“ ausbauen

- Sensibilisierung der Führungskräfte für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und dem Wohlbefinden, den psychophysischen Belastungen, den Ressourcen und der Gesundheit der Mitarbeiter,
- Förderung der Selbstreflexions- und Introspektionsfähigkeit bei Führungskräften,
- Entwicklung eines an den Beschäftigten orientierten und gesundheitsgerechten Kommunikations- und Führungsstils,

WOLF Study. Occupational and Environmental Medicine, 66 (1) S. 51 - 55.

38 Badura, B., A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (2011). Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin. Gregersen, S., S. Kuhnert, A. Zimmer & A. Nienhaus (2011). Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung. Das Gesundheitswesen, Jg. 73, S. 3 - 12.

39 Franke, F. & J. Felfe (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung - Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In: Badura, B., A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (2011). Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin. S. 3-13.

- Reduzierung psychischer Fehlbelastungen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Aufbau von Ressourcen zur Erhöhung von Zufriedenheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Persönliches Gesundheitsverhalten und Vorbildfunktion

- Stärkung gesundheitsfördernder Ressourcen bei den Führungskräften,
- gesundheitsgerechtes Bewegungs-, Ernährungs-, Stressbewältigungsverhalten, Vermeidung bzw. Reduzierung des Konsums von Suchtmitteln,
- ausgeglichene Lebensführung unter Berücksichtigung von Arbeit und Privatleben,
- Entfaltung der Vorbildfunktion und Impulsgebung für Gesundheitsförderung bei den unterstellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Inhalt:

- Informationen über Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten einerseits und psychischer Belastung, Ressourcen, Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten andererseits,
- Reflexion führungsrelevanter Einstellungen und des eigenen Führungsverhaltens im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Wirkung der Ressource „Wertschätzende Unternehmenskultur“ vertiefen und Einflussmöglichkeiten durch das Führungsverhalten entwickeln,
- Entwicklung von Strategien zur gesundheitsförderlichen und altersgerechten Arbeitsorganisation, einer an den Beschäftigten orientierten Kommunikation und Gesprächsführung auch zur Verbesserung des Umgangs mit belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder bei Konflikten am Arbeitsplatz,
- Einübung und Transfer dieser Strategien in den betrieblichen Alltag,
- Erprobung und Übung instrumenteller, kognitiver und palliativ-regenerativer Strategien zum Umgang mit eigenen Belastungen, insbesondere in schwierigen Führungssituationen,

- Beratung der unternehmensinternen Verantwortlichen zur Stärkung der gesundheitsgerechten Führungskultur.

Methodik:

- Systematische und strukturierte Programme, in der Regel in Gruppen,
- Bezugnahme auf die jeweils konkreten betrieblichen Bedingungen,
- Verknüpfung mit Aktivitäten in weiteren Handlungsfeldern und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen,
- „Führungswerkstatt“: moderierte Gruppengespräche zum Erfahrungsaustausch untereinander und zur Selbstreflexion der teilnehmenden Führungskräfte,
- praktische Einübung von Gesprächs- und Stressmanagementstrategien,
- Anleitungen für einen Transfer dieser Strategien in den Führungsalltag.

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere:

- Psychologin und Psychologe (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Pädagogin und Pädagoge (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Staatsexamen),
- Sozialpädagogin und Sozialpädagoge, Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Sozialwissenschaftlerin und Sozialwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Gesundheitswissenschaftlerin und Gesundheitswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Ärztin und Arzt, Betriebsärztin und Betriebsarzt

mit Kenntnissen in Organisations- und Personalentwicklung und in Methoden der Verhaltensmodifikation sowie mit Erfahrungen in der Durchführung von Führungskräftetrainings.

Präventionsprinzip: Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen

Außer durch Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und Führung wird die Gesundheit der Beschäftigten auch durch betriebliche Rahmenbedingungen wie z. B. Bewegungs- und Erholungsmöglichkeiten im Betrieb, Verpflegungsangebote im Arbeitsalltag, Regelungen zum Suchtmittelkonsum, Angebot von Ruheräumen bzw. Rückzugsmöglichkeiten beeinflusst. Krankenkassen können Betriebe bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung der genannten Rahmenbedingungen sowie bedarfsbezogen zu weiteren Themen unterstützen.

a) Bewegungsförderliche Umgebung

Bedarf:

Über 25 % aller Arbeitsunfähigkeitstage treten infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen auf, der Schwerpunkt liegt bei den Dorsopathien. Rücken- und Nackenschmerzen sind ein sehr häufig auftretendes Phänomen, das fast die gesamte Bevölkerung betrifft. Risiken für diese Beschwerden resultieren sowohl aus physischen Einflüssen (z. B. langes Sitzen, Heben und Tragen von Lasten) als auch aus psychosozialen Faktoren (z. B. mangelnde soziale Unterstützung, niedriger Handlungsspielraum)⁴⁰. Der in der modernen Arbeitswelt verbreitete Bewegungsmangel infolge körperlicher Inaktivität und langer Sitzzeiten ist auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie für Diabetes mellitus Typ 2 ein wichtiger Risikofaktor (vgl. Abschnitt „Bewegungsgewohnheiten“ im Rahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention, Kapitel 5.4.1).

Wirksamkeit:

Ergonomische, bewegungsfreundliche Arbeitsplatzgestaltung sowie regelmäßige körperliche Aktivität bei der Arbeit und in der Freizeit tragen

dazu bei, Krankheitsrisiken insbesondere für das Muskel-Skelett-System nachhaltig zu reduzieren. Als wirksam haben sich multifaktoriell angelegte Programme erwiesen, die auf die Gestaltung der Arbeitsumgebung und eine Kombination ergonomischer Optimierungen, arbeitsorganisatorischer Veränderungen und die Nutzung von technischen Hilfsmitteln abheben sowie das individuelle Verhalten beeinflussen. Die Beteiligung der Beschäftigten an allen programmrelevanten Entscheidungsprozessen verbessert die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Intervention. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung sind Regelmäßigkeit und Verstetigung sowie geringe Zugangsbarrieren z. B. durch aufsuchende Maßnahmendarbietung am oder nahe am Arbeitsplatz. Rein edukative Maßnahmen zur Information und Wissensvermittlung sind hingegen ineffektiv⁴¹.

Zielgruppe:

- Betriebliche Entscheidungsträger,
- mittelbar alle Beschäftigten.

Ziel der Maßnahme:

- Bewegungsförderliche betriebliche Umgebung zur Förderung von Bewegung am Arbeitsplatz und Reduzierung bzw. Unterbrechung langer Sitzzeiten.

Inhalt:

- Initiierung bewegungsförderlicher Gestaltung betrieblicher Räumlichkeiten, z. B. Bewegungsräume, gesicherte Fahrradstellplätze, Umkleiden,
- Initiierung betrieblicher Gruppenaktivitäten (Betriebssportgruppen, Organisation gezielter

40 Initiative Gesundheit und Arbeit (2010). iga.Fakten 2 – Starke Muskeln, gesunde Knochen – beweglich bleiben im Beruf. S. 8. (download: <http://www.iga-info.de> -> Veröffentlichungen -> iga.Fakten)

41 Pieper, C. & S. Schröer unter Mitarbeit von J. Haupt und I. Kramer (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006–2012. In iga. Report 28. Essen. insbesondere S. 61f. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand der Jahre 2000–2006 ist aufbereitet in: Sockoll I., I. Kramer & W. Bödeker (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000–2006. Iga.Report 13. Essen, Dresden, Bonn, Siegburg. S. 53 und 55. (download: <http://www.iga-info.de> -> Veröffentlichungen -> iga.Reporte).

Ausgleichsaktivitäten wie z. B. „Aktivpausen“, „Treppe statt Aufzug“, „Mit dem Rad zur Arbeit“),

- Aufbau von Kooperationen mit Anbieterinnen und Anbietern (gesundheits-)sportlicher Maßnahmen (einschließlich digitaler Gesundheitsförderungsangebote).

Methodik:

- Analyse der Bewegungssituation,
- Beratung/Schulung betrieblicher Entscheidungsträger,
- betriebliche Informations- und Motivationskampagnen.

Die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen sollte mit begleitenden präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils kombiniert werden (s. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.7.2).

Anbieterqualifikation:

Siehe Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 6.7.

b) Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag

Bedarf:

Die Ernährung hat eine zentrale Bedeutung sowohl für die Erhaltung der Gesundheit als auch für die Entstehung bestimmter Krankheiten. Nach den Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008–2011) (vgl. Kapitel 5.6.2.) ist fast ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung – 23,9 % der Frauen, 23,3 % der Männer – fettleibig (adipös = BMI \geq 30), was mit einem stark erhöhten Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck etc. einhergeht. Insgesamt 67 % der Männer und 53 % der Frauen im Alter zwischen 18 und 80 Jahren sind übergewichtig, wobei mit dem Alter der

Anteil der Übergewichtigen zunimmt⁴². Rund 36 % der Männer und 31 % der Frauen überschreiten den Richtwert der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für die tägliche Energiezufuhr bei mittlerer körperlicher Aktivität⁴³. Die gesundheitsfördernde Funktion der Verpflegung im Arbeitsalltag wird maßgeblich von der ernährungsphysiologischen Qualität des Speisenangebots bestimmt.

Wirksamkeit:

Eine bedarfsgerechte, ausgewogene Ernährung während des Arbeitstages trägt zum Wohlbefinden und zur Leistungsfähigkeit der Beschäftigten bei. Sie trägt dadurch auch zur Vermeidung/Verringerung ernährungsmitbedingter Krankheiten wie z. B. Adipositas, Diabetes mellitus, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck etc. bei⁴⁴.

Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten während des Arbeitstages sowie auf die Inanspruchnahme eines betrieblichen Verpflegungsangebots sind:

- sensorische Qualität der Speisen, Vielfältigkeit des Angebots, Möglichkeit zur individuellen Zusammenstellung von Menükomponenten,
- ernährungsphysiologische Qualität der angebotenen Speisen,
- Preisgestaltung,
- Aspekte der Nachhaltigkeit, z. B. regionale und saisonale Lebensmittel, Produkte aus ökologischer Landwirtschaft,

42 Mensink, G.B.M., Schienkiewitz, A., Haftenberger, M. & Lampert, T. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt (56) H. 5/6. S. 786-794.

43 Initiative Gesundheit und Arbeit (2012). iga.Fakten 3. Gesund leben - auch am Arbeitsplatz. Möglichkeiten der betrieblichen Prävention von lebensstilbezogenen Erkrankungen. Berlin und Essen. S. 5. (download: <http://www.iga-info.de> -> Veröffentlichungen -> iga.Fakten).

44 Trapp, U., Bechthold, A., Neuhäuser-Berthold, M. (2004). Ernährungsmanagement. In: Meifert, M.T., Kesting, M. Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Berlin, 217-233.

- Präsentation und Ausgabe der Speisen, geschultes Ausgabepersonal sowie Begleitmedien,
- Gestaltung des Betriebsrestaurants (Ambiente), Nähe zum Arbeitsplatz,
- Pausenregelungen, flexible Verfügbarkeit des Verpflegungsangebots.

Durch Optimierung der o. g. betrieblichen Einflussfaktoren kann das Ernährungsverhalten der Beschäftigten während des Arbeitstages und auch darüber hinaus positiv beeinflusst werden. Programme, die verhältnis- und verhaltenspräventive (vgl. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.7.2) Maßnahmen kombinieren, zeigen die größten Effekte. Solche Interventionen erwiesen sich in mehreren Untersuchungen noch erfolgreicher in Kombination mit Programmen zur Gewichtskontrolle. Den Ergebnissen eines Reviews zufolge schwankt der Prozentsatz der Effekte hinsichtlich der Umsetzung eines gesundheitsbewussten Ernährungsverhaltens, die durch Ernährungsinterventionen erreicht und aufrechterhalten wurden, im Zeitraum von 6 Monaten bis zu einem Jahr zwischen 30 und 65 %⁴⁵.

Zielgruppe:

- Kantinenleitung und -mitarbeiterinnen und -mitarbeiter,
- Führungskräfte,
- mittelbar alle Beschäftigten.

In Abhängigkeit von den betrieblichen Rahmenbedingungen (z. B. Betriebsgröße, Art und Schwere der ausgeübten Tätigkeiten – körperlich anstrengend versus sitzend – in der Belegschaft vertretende Nationalitäten, Vorkommen von Schichtar-

beit etc.) sind zielgruppenspezifische Angebote sinnvoll, z. B. für:

- Nachtarbeiterinnen und Nachtarbeiter,
- Diabetikerinnen und Diabetiker,
- Muslimische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Vegetarierinnen und Vegetarier.

Ziel der Maßnahme:

- Ausrichtung des Verpflegungsangebots einschließlich Flüssigkeitsversorgung (Kantinen-, Pausen- und Meetingverpflegung, ggf. auch externe Angebote) an den D-A-CH-Referenzwerten⁴⁶ und dem DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung⁴⁷ sowie an Bedarf und Bedürfnissen der Beschäftigten.

Inhalt:

- Ausrichtung der Betriebsverpflegungsangebote an den aktuellen Ernährungsempfehlungen und dem DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung,
- Optimierung der Essensausgabeverfahren zur Erhöhung der Wahlmöglichkeiten und Verkürzung der Wartezeiten,
- Abstimmung der Öffnungszeiten der Verpflegungseinrichtungen auf die Bedürfnisse und Arbeitszeiten der Beschäftigten (z. B. bei Schicht- und Wochenendarbeit),
- bedarfsgerechte, ansprechende Gestaltung des Betriebsrestaurants und der Sozialräume,
- Ausschluss eines Alkoholangebots im Rahmen der Betriebsverpflegung,
- Informationen über gesundheitsgerechte Verpflegungsmöglichkeiten bei Betrieben ohne Gemeinschaftsverpflegung.

Methodik:

- Analyse der bestehenden Verpflegungssituation im Betrieb (inkl. Speiseplananalyse),

45 Initiative Gesundheit und Arbeit (2012). iga.Fakten 3. Gesund leben – auch am Arbeitsplatz. Möglichkeiten der betrieblichen Prävention von lebensstilbezogenen Erkrankungen. Berlin und Essen. S. 12. (download: <http://www.iga-info.de> -> Veröffentlichungen -> iga.Fakten).

46 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Österreichische Gesellschaft für Ernährung e.V., Schweizerische Gesellschaft für Ernährung e.V., (Hrsg.) (2015). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2. Auflage 1. Ausgabe Bonn.

47 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2015). DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung. 4. Auflage. 1. korrigierter Nachdruck. Bonn. (www.jobundft.de).

- Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Erhebung der Verpflegungssituation z. B. durch Beschäftigtenbefragungen,
- Verbesserung der bestehenden Verpflegungssituation z. B. durch Angebot und optimierte Darbietung gesundheitsförderlicher Lebensmittel („Healthy Choices“) oder Einführung einer nährstoffoptimierten Menülinie,
- Beratungen (z. B. zum Aufbau eines Netzwerks zur Betriebsverpflegung oder zur Schaffung eines angenehmen Ambientes in der Verpflegungseinrichtung),
- Informations- und Motivationskampagnen (interne Öffentlichkeitsarbeit, Screenings, Ernährungsberatung),
- Schulungen (z. B. des Küchenpersonals) zur Umsetzung der aktuellen Ernährungsempfehlungen und des DGE-Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung.

Die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen sollte mit begleitenden präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils kombiniert werden (s. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.7.2).

Anbieterqualifikation:

Siehe Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 6.7.

c) Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb

Bedarf:

Suchtmittelkonsum beeinträchtigt im beruflichen Kontext die individuelle Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und -qualität (s. hierzu auch Kapitel 5.6.4 „Suchtmittelkonsum“). Dabei spielen unterschiedliche Rausch- und Suchtmittel eine Rolle, wobei der Konsum von Tabak, Alkohol und Medikamenten sowohl im Hinblick auf die quantitative Verbreitung als auch im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen von besonderer Bedeutung ist: Rauchen ist in Deutschland die

häufigste vermeidbare Einzelursache für Invalidität und den frühzeitigen Tod. Jährlich sterben 100.000 bis 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Rauchen ist Hauptrisikofaktor für:

- zahlreiche Krebserkrankungen,
- Herzinfarkt und Schlaganfälle,
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Lungenemphysem.

Passivraucherinnen und Passivraucher erleiden – wenn auch in geringerem Ausmaß und seltener – die gleichen akuten und chronischen Gesundheitsschäden wie Raucher.

Epidemiologische Daten belegen ferner den Umfang von riskantem, missbräuchlichem und abhängigem Alkoholkonsum in Deutschland: Bei 7,3 Mio. Menschen in der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren besteht z. B. ein riskanter Alkoholkonsum, davon haben ca. 1,6 Mio. Menschen einen missbräuchlichen Konsum und bei 1,8 Mio. der Gesamtzahl liegt ein Abhängigkeitssyndrom vor⁴⁸. Diese Werte sind im Wesentlichen auf den betrieblichen Bereich übertragbar.

Daneben steht eine Vielzahl von Erkrankungen im Zusammenhang mit einem schädlichen Alkoholkonsum (alkoholassoziierte Erkrankungen). Während die betriebliche Problematik eines starken Alkoholkonsums offensichtlich ist, werden die Wirkungen eines verhältnismäßig geringeren Alkoholkonsums auf z. B. Feinmotorik und Konzentrationsfähigkeit auch in der betrieblichen Öffentlichkeit oft unterschätzt. Betriebliche Maßnahmen müssen daher auf eine Kultur der Punktnüchternheit („Null Promille am Arbeitsplatz“) ausgerichtet sein.

Der Medikamentenmissbrauch hat in Deutschland in den letzten 15 Jahren erheblich zugenommen. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gibt es ca. 1,5 Mio. Medikamentenabhängige in Deutschland, wobei von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist. In

⁴⁸ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014). Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich. S. 9-20.

diesem Zusammenhang zeigt sich in den letzten Jahren auch ein wachsender Trend zu einer verstärkten Einnahme von leistungssteigernden Mitteln („Hirndoping“, „Neuroenhancement“)⁴⁹ zur vermeintlich besseren Bewältigung von Anforderungen des Arbeitsalltags. Darüber hinaus konsumieren in Deutschland hochgerechnet etwa 283.000 Erwachsene im Alter von 18–64 Jahren missbräuchlich die illegalen Drogen Cannabis, Kokain oder Amphetamine.

Wirksamkeit:

Maßnahmen auf der organisatorischen Ebene, wie z. B. Alkohol- und Rauchverbote, reduzieren den Suchtmittelkonsum während der Arbeitszeit erheblich. Beim Thema Alkohol, Medikamente und illegale Drogen ist ein zentrales Element die sogenannte „konstruktive Konfrontation“, also die Thematisierung des Problems durch einen Vorgesetzten, welche in erster Linie die Vermittlung von internen oder externen Hilfsangeboten zum Ziel hat.

Zielgruppe:

- Führungskräfte,
- Betriebs- und Personalräte,
- Fachkraft für Arbeitssicherheit,
- Betriebsärztin und Betriebsarzt, Werksärztin und Werksarzt,
- mittelbar alle Beschäftigten.

Ziel der Maßnahme:

- Schaffung von Rahmenbedingungen für einen bewussten und sensiblen Umgang mit Suchtmitteln sowie Punktnüchternheit bei der Arbeit,
- Reduktion des Tabakkonsums bzw. vollständiger Rauchverzicht bei rauchenden Beschäftigten,
- kein bzw. risikoarmer/geringer Alkoholkonsum im Alltag (s. a. Grenzwerte in Kapitel 5.4.4,

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums).

Inhalt:

Bestandteile von Programmen zur Suchtprävention sind⁵⁰:

- Erarbeitung von Führungsleitlinien zum Suchtmittelkonsum mit Regeln und Kommunikationsangeboten zum Umgang mit „Verstößen“,
- Schulung von Führungskräften und anderen betrieblichen Entscheidern zum Umgang mit (suchtmittel-)auffälligen Beschäftigten,
- Information und Beratung zu strukturellen Interventionen bezüglich des Suchtmittelkonsums (z. B. Dienstvereinbarungen, arbeitsorganisatorische Maßnahmen, betriebliche Rauchverbote, Abbau von Zigarettenautomaten, Einschränkungen des Zigarettenverkaufs im Betrieb etc.) einschließlich Beratung zur betriebsinternen Kommunikation und Mediation,
- Ausrichtung eines attraktiven nicht alkoholischen Getränke-Angebots in der Betriebsverpflegung,
- Förderung einer alkoholfreien Betriebskultur („Null Promille am Arbeitsplatz“), Stärkung der Vorbildrolle der Vorgesetzten und Kollegen,
- Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung zur Verbesserung von Unternehmenskultur, Führungsstil, Betriebsklima und Arbeitszufriedenheit (z. B. Schulung in Gesprächsführung von Führungskräften und Personalvertretern, Klimagruppen, Zufriedenheitszirkel).

50 Anleitungen für betriebliche Suchtpräventionsprogramme: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2011). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. 2. aktualisierte und ergänzte Aufl. Hamm (Internet: www.dhs.de -> Arbeitsfelder -> Arbeitsplatz); BARMER GEK & Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010). Alkohol am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Führungskräfte. Wuppertal und Hamm; Fachverband Sucht e.V. und Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (2013) (Hrsg.). Suchtprobleme in Klein- und Kleinstbetrieben – Ein praxisorientierter Leitfaden für Führungskräfte. Bonn und Karlsruhe. (www.sucht.de -> Veröffentlichungen)

49 Kowalski, H. (2013). Neuroenhancement – Gehirndoping am Arbeitsplatz. In: Badura, B., A. Ducki et al. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2013. Verdammte zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft. Heidelberg. S. 27-34, hier: S.32.

Methodik:

- Beratung der Betriebsverantwortlichen bei der Schaffung einer betrieblichen Struktur zur Suchtprävention und -hilfe sowie Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit externen Einrichtungen der Suchthilfe und -prävention sowie Selbsthilfekontaktstellen.

Die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen sollte mit begleitenden präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils kombiniert werden (s. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.7.2).

Anbieterqualifikation:

Siehe Anforderungen an die Anbieterqualifikation in Kapitel 6.7.

6.7.2 Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil

Das generelle Ziel von verhaltensbezogenen Interventionen besteht darin, negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von chronischen beruflichen Belastungen sowie persönlichen Risiken bzw. Risikoverhaltensweisen zu vermeiden oder zu reduzieren. Diese Interventionen müssen in ein umfassendes Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach der in Kapitel 6.3 beschriebenen Vorgehensweise eingebunden werden. Wirksame Maßnahmen richten sich sowohl auf die Gestaltung der objektiven Bedingungen bei der Arbeit („Verhältnisse“: insbesondere Arbeitszeit, -umgebung, -aufgaben, -organisation, Information und Partizipation sowie soziales Miteinander, siehe Handlungsfeld „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“, Kapitel 6.7.1.) als auch auf die Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen durch verhaltensbezogene Interventionen („Verhalten“). Als besonders effektiv haben sich Interventions-

strategien erwiesen, die verhältnis- und verhaltensbezogene Angebote kombinieren⁵¹.

Verhaltensbezogene Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind den Präventionsprinzipien:

- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung,
- Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte,
- Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag,
- Suchtprävention im Betrieb

zugeordnet. Leistungen gemäß diesen Präventionsprinzipien sind auf die Reduzierung der wichtigsten Risikofaktoren epidemiologisch besonders bedeutsamer Erkrankungen gerichtet (s.a. Kapitel 4.2. dieses Leitfadens). Sie werden grundsätzlich in Form von Kursen bzw. Schulungen in Gruppen durchgeführt und sollten im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten auch für Beschäftigte mit Behinderung nutzbar sein. Für die Durchführung dieser verhaltenspräventiven Maßnahmen gelten die Anforderungen an die Anbieterqualifikation in den Kapiteln 5.4.1-5.4.4 entsprechend.

Vorbereitend ist zur Sensibilisierung der Belegschaft für einen gesundheitsgerechten Arbeits- und Lebensstil die Durchführung von Gesundheitstagen/-aktionen, auch mit Erstellung individueller Gesundheitsprofile (z. B. Status von Muskelkraft, Beweglichkeit, Ernährungs-, Stoffwechsel- und Stressparameter) möglich.

Die seitens der Krankenkassen förderfähigen Leistungen können zur Stärkung von Kontinuität und Nachhaltigkeit mit Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung, die durch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber finanziert sind, kombiniert werden. Hierzu können

51 Ducki, A. (2013). Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit. In: GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). Präventionsbericht 2013. Berlin und Essen. S. 24f.

Krankenkassen Betrieben Hinweise auch zur Nutzung der Bestimmungen nach § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz (EStG, vgl. Kapitel 7.2 dieses Leitfadens) geben.

Präventionsprinzip: Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (s. Präventionsprinzipien „Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen“ sowie „Gesundheitsgerechte Führung“, Kapitel 6.7.1) ist bedarfsbezogen insbesondere für Beschäftigte mit Stressbelastung, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen, sowie für Beschäftigte mit spezifischen Belastungsprofilen (z. B. Beschäftigte im Schichtdienst, Auszubildende, Außendienstmitarbeiter etc.) ein begleitendes Angebot an verhaltenspräventiven Maßnahmen gemäß folgenden Kriterien sinnvoll:

- Vermittlung und praktische Einübung von Selbstmanagement-Kompetenzen in Bereichen wie systematisches Problemlösen, Zeitmanagement und persönliche Arbeitsorganisation,
- Vermittlung von Methoden zur Ressourcenstärkung, insbesondere kognitive Umstrukturierung zur Einstellungsänderung, positive Selbstinstruktion, Stärkung der Achtsamkeit, Resilienz, Balance von Berufs- und Privatleben sowie deren praktische Einübung,
- Vermittlung und praktische Einübung von Entspannungsverfahren wie Autogenes Training und Progressive Relaxation, Hatha Yoga, Tai Chi und Qigong,
- Vermittlung von Selbstbehauptungs- und sozialkommunikativen Kompetenzen,
- Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen.

Auch Bewegungsangebote (s. Präventionsprinzip: Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte) können Stressbelastungen moderieren.

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 5.6.3 entsprechend.

Präventionsprinzip: Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (s. Handlungsfeld „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“, Präventionsprinzip „Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen, a) Bewegungsförderliche Umgebung“) kommen arbeitsplatzbezogene verhaltensorientierte Gruppenverfahren zur Vermittlung von Wissen und zum Aufbau von Handlungskompetenzen zur Bindung an eigenständig durchgeführte körperliche Aktivität, auch zur Vermeidung bzw. Reduzierung langer Sitzzeiten, sowie zur Bewältigung von Belastungen und Beschwerden des Bewegungsapparats gemäß folgenden Kriterien in Betracht:

- Vermittlung von Wissen und Aufbau von Handlungskompetenzen zur Vorbeugung von bewegungsmangelbedingten und durch Fehlbeanspruchungen induzierten Beschwerden und Erkrankungen,
- Anleitung zur Bewältigung von Schmerzen und Beschwerden im Bereich des Muskel- und Skelettsystems,
- Beratung und soziale Unterstützung zur Aufnahme und Verstetigung eigenständiger körperlicher Aktivitäten mit dem Ziel, physische und psychosoziale Gesundheitsressourcen zu stärken,
- Hinweis auf Sportangebote, z. B. im Rahmen des Betriebssports sowie primärpräventive Kursangebote nach Kapitel 5.6.1 dieses Leitfadens.

Die Maßnahmen richten sich an alle Beschäftigten, insbesondere Beschäftigte, die vorwiegend sitzend tätig sind, Beschäftigte mit einseitiger oder hoher Belastung, bewegungsarmen Tätigkeiten bzw. mit bereits vorhandenen Beschwerden des Bewegungsapparats sowie Beschäftigte aus be-

trieblichen Bereichen mit individuellen und/oder arbeitsplatzbedingten Chronifizierungsrisiken.

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 5.4.1 entsprechend.

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (s. Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag“) ist bedarfsbezogen ein begleitendes Angebot an verhaltensbezogenen Beratungen und Gruppenkursen (z. B. zur Gewichtsreduktion, Ernährung bestimmter Berufsgruppen) gemäß den folgenden Kriterien sinnvoll:

- Information und Motivation der Belegschaft zu einer gesundheitsförderlichen Ernährungsweise sowie zur Reduzierung ungesunder Ernährungsweisen (z. B. durch Aktionswochen, Informationskampagnen),
- Sensibilisierung der Belegschaft für einen gesundheitsgerechten Ernährungsstil im Rahmen von Gesundheitstagen/-aktionen, auch durch Erstellung individueller Gesundheitsprofile (z. B. Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Metabolisches Syndrom),
- Erhöhung der Akzeptanz und Inanspruchnahme bedarfsgerechter gesundheitsfördernder Verpflegungsangebote,
- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz der Beschäftigten zu einer eigenverantwortlichen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung,
- Verhaltenspräventive Maßnahmen z. B. zur Vermeidung/Reduzierung von Übergewicht sowie von Mangel- und Fehlernährung gemäß den Kriterien der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention (Kapitel 5.4.2).

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die Anforderungen an die Qualifikation von

Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 5.4.2 entsprechend.

Präventionsprinzip: Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb

In Kombination mit den im Präventionsprinzip „Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb“ definierten verhältnisbezogenen Maßnahmen der Suchtprävention kommen verhaltenspräventive Maßnahmen der Suchtprävention gemäß den folgenden Kriterien in Betracht:

- Informationsangebote zu allen suchtrelevanten Themen für die Beschäftigten,
- Sensibilisierung der Belegschaft zu Suchtgefahren und ihrer Verhütung,
- Stärkung der Motivation zur bedarfsbezogenen Nutzung von Angeboten der Suchtprävention,
- Beratung zu, Vermittlung und Durchführung von betrieblichen Angeboten zur Tabakentwöhnung, zum gesundheitsgerechten Alkoholkonsum sowie zu weiteren Suchtmitteln,
- ggf. Hinweise auf Angebote und Einrichtungen der Suchthilfe und Selbsthilfekontaktstellen/-gruppen.

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 5.4.4 entsprechend.

6.7.3 Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

Präventionsprinzip: Verbreitung und Implementierung von BGF durch überbetriebliche Netzwerke

Bedarf:

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden überwiegend in großen oder mittleren Unternehmen angeboten, die selbst

über die hierfür nötigen Ressourcen verfügen⁵². Klein- und Kleinstbetriebe besitzen insofern einen besonderen Unterstützungsbedarf⁵³. Neben der individuellen Beratung von Betrieben und deren Unterstützung bei der Analyse und Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Betrieb gewinnt in diesem Zusammenhang die überbetriebliche Betreuung im Rahmen von Netzwerken und Gemeinschaftsberatungen zunehmend an Bedeutung.

Netzwerke sind zeitlich relativ stabile Gruppen, die sich aus Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern (z. B. Unternehmensvertreterinnen und -vertretern, regionalen Akteuren usw.) zusammensetzen und sich nach innen hin auf bestimmte Ziele und Aufgaben sowie Regeln der Zusammenarbeit verständigen. Netzwerke können in einer niedrigschwelligen Form v. a. solche Betriebe für betriebliche Gesundheitsförderung sensibilisieren, motivieren und unterstützen, die (noch) nicht über ausreichende interne Ressourcen für die Organisation von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen verfügen. Im Rahmen von Netzwerken können Betriebe ihren eigenen Stand in der Gesundheitsförderung mit der Praxis in anderen Betrieben bzw. der eigenen Branche oder auch branchenübergreifend vergleichen und von den Erfahrungen anderer profitieren.

Außer durch überbetriebliche Netzwerke können Informationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung auch in Kooperationen mit Arbeitgeberver-

bänden, Gewerkschaften und anderen Organisationen, wie z. B. Innungen, Handwerkskammern, Wirtschaftsfachverbänden, Branchenverbänden und Industrie- und Handelskammern, vermittelt werden. Gesetzliche Krankenkassen können gemeinsam mit diesen Kooperationspartnerinnen und -partnern Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen für Betriebe durchführen. Hier bieten sich auch gemeinsame Aktivitäten der verschiedenen Sozialversicherungsträger an, um Betriebe „aus einer Hand“ über die trägerspezifischen Angebote zu Gesundheitsthemen zu informieren. Ziel ist es, Betriebe zu erreichen und diese niedrigschwellig für betriebliche Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und zu motivieren. Hieraus können dann weiterführende Maßnahmen, sowohl in Form von Netzwerkaktivitäten als auch betrieblichen Projekten (vgl. Handlungsfelder „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung“, Kapitel 6.7.1 und „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.7.2) erwachsen.

Wirksamkeit:

Die Arbeit in Netzwerken stellt einen wirksamen ergänzenden Ansatz zur Sensibilisierung von Unternehmen für alle Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie für die Verbreitung guter Praxis dar. Mit diesem niedrigschwelligen Ansatz können bislang noch nicht erreichte Gruppen von Unternehmen wirksam angesprochen werden. Netzwerke stärken und fördern die Bereitschaft von betrieblichen Entscheidern, in entsprechende Maßnahmen zu investieren, insbesondere dann, wenn erkannt wird, dass andere Unternehmen sich erfolgreich in diesem Feld engagieren. Unterstützend wirkt zudem, wenn der Nutzen eines solchen Engagements für wettbewerbsrelevante Ziele der Unternehmenspolitik sichtbar wird.

Der informelle Austausch und der Zugang zu informellem Erfahrungswissen initiieren Lernprozesse in Organisationen und fördern die Eigenverantwortung der betrieblichen Entscheider. Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften und Organisationen, wie z. B. Innungen, Handwerks-

52 Sczesny, C., S. Keindorf, P.J. Droß & G. Jasper (2014). Kenntnisstand von Unternehmen und Beschäftigten auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 31. Während nach Daten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) 10 % der Kleinstbetriebe mit bis zu 5 Beschäftigten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung anbieten, trifft dies auf über 73 % der Betriebe ab 100 Beschäftigten zu.

53 Arbeitsweltbezogenes Gesundheitsförderungsziel der GKV - Teilziel 1 - für die Jahre 2013-2018: Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht.

kammern, Wirtschaftsfachverbände, Branchenverbände und Industrie- und Handelskammern, können ihre Mitglieder auf Grund ihres jeweiligen Auftrages auch in Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichen. Netzwerkansätze tragen zu einer Steigerung des Wirkungsgrades betrieblicher Gesundheitsförderung in der Erreichung von Betrieben bei.

Zielgruppe:

- Betriebliche Akteure mit Entscheidungs- und/oder interner Multiplikationsfunktion,
- Vertretungen der Bereiche Personalwirtschaft und Unternehmensleitung/Betriebs- und Personalräte/innerbetrieblicher Arbeitsschutz u. a.,
- Akteure auf überbetrieblicher Ebene mit Entscheidungs- und/oder interner und externer Multiplikationsfunktion,
- Vertreterinnen und Vertreter u. a. aus den Institutionen der Sozialversicherungen sowie andere Akteure aus Bereichen der sozialen Sicherheit/staatlichen Einrichtungen,
- Vertretungen, die im Auftrag von Gruppen von Unternehmen handeln können (wie z. B. Wirtschaftsfachverbände, Industrie- und Handelskammern, Innungen, Branchenverbände u. a.),
- Akteure, die größere Gruppen von Unternehmen erreichen können (wie z. B. Banken und Versicherungen/Wirtschaftsförderungsagenturen u. a.),
- Mittelbar v. a. kleine und mittelständische Betriebe sowie Betriebe in bislang wenig erreichten Branchen/Bereichen der Arbeitswelt.

Ziel der Maßnahme:

- Schaffung von niedrigschwelligen Zugängen zu informellem BGF-Erfahrungswissen,
- Erreichung, Sensibilisierung und Motivierung von kleinen und mittleren Unternehmen für Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) (vgl. Abb. 7),

- Stärkung der Bereitschaft von Entscheidern und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene, in die Verbreitung guter Praxis zu investieren,
- Erreichung von Unternehmen und überbetrieblichen Akteuren, die mit anderen Mitteln nicht aktiviert werden können,
- höhere Verbreitung guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt,
- Stärkung des unternehmenspolitischen Stellenwertes der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Transparenz über die Angebote der verschiedenen Sozialversicherungsträger (Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung) zu Themen der Mitarbeitergesundheit,
- Förderung der übergreifenden Zusammenarbeit von Trägern einschließlich des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM).

Inhalt:

- Initiierung, Organisation und Begleitung von Netzwerken, deren Mitglieder Betriebe sind,
- Initiierung, Organisation und Begleitung von Netzwerken, deren Mitglieder überwiegend überbetriebliche Akteure sind (insbesondere für die Zielgruppe der KMU relevant),
- Entwicklung und Förderung der Infrastruktur für Netzwerke auf lokaler, regionaler Landes- und Bundesebene,
- Gewinnung von Netzwerkmitgliedern und Netzwerkpartnerinnen und -partnern, insbesondere mit Multiplikationsfunktion,
- begleitende Öffentlichkeitsarbeit,
- Identifizierung von handlungsleitenden Prioritäten für den Austausch und Organisation des Austausches,
- Entwicklung von geeigneten Angeboten für die Sensibilisierung/Informationsverbreitung, die in gemeinsamer Kooperation durchgeführt werden.

Methodik:

- Analyse und Identifizierung von potenziell geeigneten und erreichbaren Organisationen für eine Partnerschaft auf überbetrieblicher Ebene, die bestimmte Gruppen von Unternehmen ansprechen können,
- Konzeptentwicklung einschließlich der Definition der Zielgruppe und der Ausrichtung des Netzwerkes,
- gemeinsame Entwicklung von niedrigschwelligen Angeboten für die Sensibilisierung,
- Entwicklung von Methoden, die Lernprozesse in Gruppen unterstützen,
- verschiedene Methoden der internen und externen Kommunikation,
- Vermittlung von Inhalten rund um das Thema BGF und dessen Umsetzung in der Praxis,
- Durchführung von Informationsveranstaltungen.

Anbieterqualifikation:

Siehe Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 6.7.

