

# Betriebliches Gesundheitsmanagement in Klein- und Kleinstunternehmen

—  
Das Beispiel des Baugewerbes

Hanna Butscher, Axel Olaf Kern

© COPYRIGHT 2017 BUTSCHER, H.; KERN, A. O.

CENTER FOR HEALTH AND SOCIAL POLICY (CHSP)

At Weingarten University



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Arbeitswelt im Wandel.....</b>	<b>2</b>
2.1	Höher, schneller, weiter .....	2
2.2	Bedeutung von KKU für den Arbeitsmarkt .....	4
2.2.1	Charakteristische Merkmale von KKU des Baugewerbes .....	7
2.2.2	Gesundheit in KKU des Baugewerbes .....	10
2.2.3	Zwischenfazit.....	12
<b>3</b>	<b>Gesundheit und Gesundheitsförderung .....</b>	<b>12</b>
3.1	Gesundheitsbegriff.....	13
3.2	Gesundheit in der Arbeitswelt.....	15
3.2.1	Arbeitsstressmodelle .....	15
3.2.2	Haus der Arbeitsfähigkeit .....	16
3.2.3	Führung als Schlüsselkomponente .....	18
3.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement als unternehmerisches Konzept.....	19
3.3.1	BGM und BGF - eine begriffliche Abgrenzung.....	19
3.3.2	BGM als Pflicht oder Kür.....	21
3.3.3	Nutzen von BGM .....	23
3.3.4	Idealtypischer Verlauf eines BGM.....	25
<b>4</b>	<b>Umsetzungsstand BGM in KKU .....</b>	<b>27</b>
4.1	Verbreitung von BGM .....	27
4.2	BGM in KKU .....	30
4.2.1	Hindernisse für BGM in KKU .....	32
4.2.2	Zugänge für BGM.....	32
	1. „Diffusion of Innovations“ .....	33
	2. Innovative Ansätze: Das „Huckepack“- und das „InnoGeko“-Verfahren .....	33
	3. Der Unternehmer als Schlüsselfigur .....	34
	4. Netzwerke, Verbände und Kammern.....	35
	5. Überbetriebliche Akteure .....	36
	6. Weiteres Erfahrungswissen.....	36
4.2.3	Förderliche Bedingungen für BGM in KKU .....	38
<b>5</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>41</b>

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Unternehmensbestand 2013 nach Betriebsgrößenklassen in Prozent.....	5
<b>Abbildung 2:</b> Unternehmen 2013 in Deutschland, Anteile nach Wirtschaftszweigen in Prozent.....	5
<b>Abbildung 3:</b> Verteilung der Betriebe im Baugewerbe 2013 in Prozent nach Größenklasse .....	7
<b>Abbildung 4:</b> Organisation und Struktur des Baugewerbes .....	8
<b>Abbildung 5:</b> Belastungsprofil von Erwerbstätigen im Baugewerbe N=20.036, Angaben in Prozent.....	11
<b>Abbildung 6:</b> Haus der Arbeitsfähigkeit.....	16
<b>Abbildung 7:</b> Kern- und Supportprozesse im Gesundheitsmanagement (in Anlehnung an den Public Health Action Cycle).....	26

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Definition für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) der Europäischen Kommission .....	4
<b>Tabelle 2:</b> Studien-/Projektübersicht zu BGM in KKK .....	31

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AGS</b>	Arbeits- und Gesundheitsschutz
<b>AOK</b>	Allgemeine Ortskrankenkasse
<b>ArbSchG</b>	Arbeitsschutzgesetz
<b>AU</b>	Arbeitsunfähigkeit
<b>BA</b>	Bundesagentur für Arbeit
<b>BAuA</b>	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
<b>BGF</b>	Betriebliche Gesundheitsförderung
<b>BGM</b>	Betriebliches Gesundheitsmanagement
<b>BIBB</b>	Bundesinstitut für Berufsbildung
<b>BZgA</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>GDA</b>	Gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>HwO</b>	Handwerksordnung (Gesetz zur Ordnung des Handwerks)
<b>IHK</b>	Industrie- und Handelskammer
<b>KKU</b>	Klein- und Kleinstbetriebe
<b>KMU</b>	Kleine und mittlere Unternehmen
<b>MA</b>	Mitarbeiter/in
<b>ROI</b>	Return on Investment
<b>UVT</b>	Unfallversicherungsträger
<b>ZDH</b>	Zentralverband des deutschen Handwerks

## 1 Einleitung

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) erfährt zunehmend Aufmerksamkeit. Der Nutzen wird vielfach bestätigt<sup>1,2</sup>. Besonders in Zeiten, in denen der demografische Wandel allgegenwärtig ist, Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen steigen<sup>3</sup> und sich die Lebensarbeitszeit verlängert, gewinnt Gesundheitsmanagement für Betriebe immer mehr an Bedeutung. Auch das im Januar 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz fördert gesundheitsfördernde Aktivitäten in Betrieben.

Allerdings zeigen Ergebnisse des „iga.Barometers“, dass Angestellte aus kleinen Betrieben im Vergleich zu großen Unternehmen der Aussage „Mein Unternehmen kümmert sich um meine Gesundheit“ deutlich seltener zustimmen<sup>4</sup>. Dabei kommt den Klein- und Kleinstbetrieben (KKU) eine hohe wirtschaftliche Bedeutung zu<sup>5</sup>. Das Baugewerbe ist von besonderer Relevanz, da es den drittgrößten Wirtschaftszweig bildet<sup>6</sup>. Zudem sind der Fachkräftemangel sowie ein von Muskel- und Skeletterkrankungen geprägter Krankenstand charakteristisch für die Baubranche, was Handlungsbedarf impliziert.

Untersuchungen berichten von einer mangelhaften Umsetzung von BGM in KKU und insbesondere in der Baubranche<sup>7,8</sup>. Dennoch gibt es Grund zur Annahme, dass in KKU kein Umsetzungsdefizit besteht, da eine betriebliche Gesundheitspolitik bereits etabliert ist<sup>9</sup>. Zudem besteht eine Divergenz zwischen subjektiv und objektiv wahrgenommenem Unterstützungsbedarf der Unternehmer<sup>10</sup>.

Ziel dieses Beitrags ist es, eine aktuelle Übersicht zur Thematik des BGM mit speziellem Blick auf KKU und insbesondere KKU des Baugewerbes zu geben. Dafür wird zunächst die Gruppe der KKU charakterisiert und der bestehende Handlungsbedarf für ein Gesundheitsmanagement in dieser Unternehmensgröße und insbesondere im Baugewerbe

---

<sup>1</sup> Pieper et al. 2015

<sup>2</sup> Baicker et al. 2010

<sup>3</sup> Meyer et al. 2015

<sup>4</sup> Pauls et al. 2015, S. 14

<sup>5</sup> IfM Bonn 2016b

<sup>6</sup> Statistisches Bundesamt 2015

<sup>7</sup> Kayser et al. 2013

<sup>8</sup> Beck et al. 2015

<sup>9</sup> Beck 2011

<sup>10</sup> Alles und Flach 2011

diskutiert. Theoretische Konzepte und Ansatzpunkte werden anschließend vorgestellt und darüber hinaus der Nutzen eines Gesundheitsmanagements dargestellt. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist dabei ein nachhaltiger, mehrdimensionaler, sowie ganzheitlicher Ansatz von zentraler Relevanz. Abschließend wird der aktuelle Umsetzungsstand von BGM in KKU aufgezeigt. Hinderliche und förderliche Bedingungen werden erörtert.

## 2 Arbeitswelt im Wandel

Der Arbeitsmarkt ist einer ständigen Entwicklung unterzogen und sieht sich mit zunehmenden Herausforderungen konfrontiert. Mit der Frage, wie eine nachhaltige, ressourcenorientierte Arbeitswelt in Zukunft gestaltet werden kann, beschäftigen sich auch renommierte Personen aus der Wissenschaft. Um dem offensichtlichen Handlungsbedarf nachzukommen, werden innovative Modelle kreiert. Der Soziologe Richard Sennett postuliert bspw. eine Umverteilung der Arbeit mit dem Ziel einer flächendeckenden Erwerbstätigkeit durch vermehrte Teilzeitbeschäftigung<sup>11</sup>.

### 2.1 Höher, schneller, weiter

Positiv hervorzuheben ist zunächst die Tatsache, dass der Arbeitsmarkt insgesamt einer günstigen Entwicklung unterliegt. Aufgrund der außerordentlich hohen Erwerbstätigenrate im Jahr 2013 wird hier vielfach sogar von einem „Jobwunder“ gesprochen<sup>12</sup>. Dennoch vollziehen sich strukturelle Veränderungen, die durchaus kritisch betrachtet werden können.

Die Veränderungen in der Bevölkerungsentwicklung haben deutliche Auswirkungen auf die Arbeitswelt. Von einem generellen Bevölkerungsrückgang ist die Personengruppe im erwerbsfähigen Alter besonders stark betroffen. Der Anteil der 20-64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wird voraussichtlich von 61 % (2013) auf 51 % (2060) sinken. Gleichzeitig steigt die Zahl der Menschen im Alter von 65 Jahren und darüber<sup>13</sup>. Diese Entwicklungen sind unter dem Begriff des „Demografischen Wandels“ omnipräsent und besitzen eine hohe Bedeutung für die zukünftige Arbeitswelt. Durch die Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre wird die Zahl der älteren Erwerbstätigen in den

---

<sup>11</sup> Rahner 2014

<sup>12</sup> Crößmann und Schüller 2015, S. 11

<sup>13</sup> Statistisches Bundesamt 2015

Belegschaften zunehmen (müssen). Als Reaktion auf diese Entwicklungen (insbesondere der demografischen Veränderungen) werden auch auf politischer Ebene Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Um ein solides Arbeitskräfteangebot für die Sicherung der deutschen Volkswirtschaft zum Jahr 2030 aufrecht erhalten zu können, werden unter anderem eine stärkenorientierte Personalplanung sowie neue Beschäftigungsmodelle für Arbeitnehmer ab 60 Jahren genannt<sup>14</sup>.

Nach wie vor wird das Fehlzeitengeschehen in Deutschland von den Muskel- und Skeletterkrankungen dominiert. Allgemein geht mit zunehmendem Alter die Zahl der Krankmeldungen zwar zurück, jedoch steigt die Dauer je Fall erheblich<sup>15</sup>. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der zunehmenden Leiden wie Diabetes Mellitus, Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen relevant, welche vorrangig in höherem Alter auftreten und die Zukunft des Krankheitsgeschehens bestimmen werden<sup>16</sup>. Mit einem Anstieg von 0,7 % verzeichnen die psychischen Erkrankungen mit Abstand den größten Zuwachs im Jahr 2014<sup>17</sup>. Dieser statistische Zuwachs muss jedoch vor dem Hintergrund einer verstärkten Sensibilität sowie eines gestiegenen Bewusstseins gegenüber psychischen Erkrankungen betrachtet werden, sodass nicht eindeutig von einem Anstieg gesprochen werden kann<sup>18</sup>. Dennoch besteht hier Handlungsbedarf, welcher durch die Befunde des „Stressreports Deutschlands 2012“ unterstrichen wird: Als kritisch zu bewertende Arbeitsanforderungen werden unter anderem Multitasking, häufige Unterbrechungen sowie Leistungs- und Termindruck identifiziert<sup>19</sup>. Zudem trägt die Digitalisierung zu einer Entgrenzung zwischen Arbeits- und Lebenswelt bei. Weitere qualitative Aspekte der sich verändernden Arbeitswelt zeigen die Ergebnisse des „iga.Barometers“ für die Jahre 2004 bis 2013, die ein wahrgenommenes gesunkenes Anerkennungsgefühl der Erwerbstätigen, abnehmende Vielseitigkeit sowie verringerten Abwechslungsreichtum verzeichnen. Stark gesunken ist bei den Umfragen das Gefühl der Beschäftigten, dass das Unternehmen sich um ihre Gesundheit kümmert. Je kleiner der Betrieb ist, desto stärker nahm die Zustimmung zu dieser Aussage über die Jahre ab<sup>20</sup>.

---

<sup>14</sup> Walter et al. 2013

<sup>15</sup> Meyer et al. 2015

<sup>16</sup> Prütz et al. 2014

<sup>17</sup> Meyer et al. 2015, S. 341

<sup>18</sup> Kramer et al. 2015

<sup>19</sup> Kramer et al. 2015

<sup>20</sup> Pauls et al. 2015

Auch wenn in Deutschland kein flächendeckender Mangel an gut ausgebildeten Fachkräften konstatiert werden kann<sup>21</sup>, sind dennoch, insbesondere mit Blick in die Zukunft, kleine und mittlere Betriebe vor dem Hintergrund des demografischen Wandels vor besondere Herausforderungen gestellt. So ist trotz hoher Arbeitskräftenachfrage der kleinen Betriebe die Bewerbungsquote gleichzeitig gering<sup>22</sup>.

## 2.2 Bedeutung von KKV für den Arbeitsmarkt

Gemäß der Definition der Europäischen Kommission zählt ein Einzelunternehmen als Kleinstunternehmen, wenn es bis zu neun Beschäftigte hat und nicht mehr als zwei Millionen Euro Umsatz erwirtschaftet oder eine Bilanzsumme von maximal zwei Millionen Euro pro Jahr aufweist (vgl. Tab. 1).

**Tabelle 1:** Definition für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) der Europäischen Kommission

Unternehmensgröße	Zahl der Beschäftigten	und	Umsatz €/Jahr	oder	Bilanzsumme €/Jahr
<b>Kleinstunternehmen</b>	bis 9		bis 2 Mio.		bis 2 Mio.
<b>Kleine Unternehmen</b>	bis 49		bis 10 Mio.		bis 10 Mio.
<b>Mittlere Unternehmen</b>	bis 249		bis 50 Mio.		bis 43 Mio.

**Quelle:** Eigene Darstellung nach<sup>23</sup>

Kleinunternehmen beschäftigen bis zu 49 Mitarbeiter und setzen bis zu zehn Millionen Euro pro Jahr um. Hat ein Betrieb bis zu 249 Beschäftigte und weist einen Umsatz bis 50 Millionen Euro pro Jahr auf, zählt er zu den mittelgroßen Unternehmen.

---

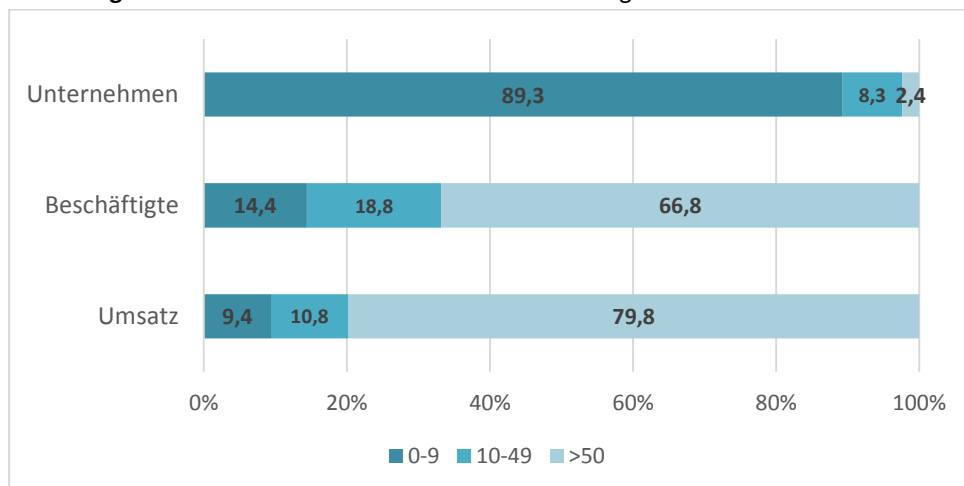
<sup>21</sup> Der durch die Medien postulierte Tenor eines allgemeinen Fachkräftemangels bedarf einer detaillierteren Betrachtung, da keine allumfassenden Kennzahlen zur Messung von Engpässen vorliegen. Zudem wird bspw. nur jede zweite offene Stelle der Bundesagentur für Arbeit gemeldet und wichtige Fachkräftressourcen wie Studienabsolventen werden nicht in die Analyse einbezogen. Sinnvoll erscheint hinsichtlich Aussagen zum Fachkräftemangel auch ein differenzierter Blick auf die verschiedenen Branchen (Beckmann und Klaus 2015, S. 8).

<sup>22</sup> Dietz et al. 2013

<sup>23</sup> IfM Bonn 2016a



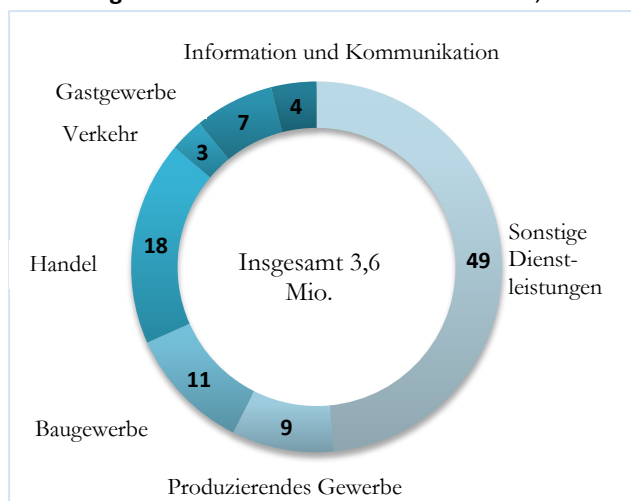
**Abbildung 1:** Unternehmensbestand 2013 nach Betriebsgrößenklassen in Prozent



**Quelle:** Eigene Berechnungen und eigene Darstellung nach<sup>24</sup>

Die deutsche Volkswirtschaft ist größtenteils kleinbetrieblich strukturiert. 97,6 % aller Betriebe sind Klein- und Kleinstunternehmen (vgl. Abbildung 1), was die wirtschaftliche Tragweite dieser Betriebsgröße erkennen lässt. Auf Unternehmen mit bis zu 49 Beschäftigten entfallen 20,2 % der steuerbaren Umsätze. 33,2 % aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten sind in KKV tätig<sup>25</sup>.

**Abbildung 2:** Unternehmen 2013 in Deutschland, Anteile nach Wirtschaftszweigen in Prozent



**Quelle:** Eigene Darstellung nach<sup>26</sup>

Im Jahr 2013 gehörten 11 % der Unternehmen in Deutschland dem Baugewerbe an. Es bildet somit den drittgrößten Wirtschaftszweig nach „Sonstigen Dienstleistungen“ und „Handel“ (vgl. Abbildung 2). 6 % aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten sind im Baugewerbe

<sup>24</sup> IfM Bonn 2016b

<sup>25</sup> IfM Bonn 2016b

<sup>26</sup> Statistisches Bundesamt 2016c

tätig. Für Baden-Württemberg ist dieser Anteil mit 5,24 % geringfügig niedriger als der Bundesdurchschnitt<sup>27</sup>.

Die Klassifikation der Wirtschaftszweige<sup>28</sup> legt fest, welcher Beruf welcher Branche zuzuordnen ist. Mit der Umstellung auf die derzeit aktuelle Ausgabe des Jahres 2008 wurde dem Baugewerbe noch ein weiterer Abschnitt "F"<sup>29</sup> zugeordnet, sodass sich dieser Wirtschaftszweig nun in drei Bereiche gliedert:

1. Das Bauhauptgewerbe umfasst sowohl den Hoch- als auch Tiefbau und schließt neben dem klassischen Maurer auch Berufe wie das Dachdeckerhandwerk oder den Zimmerer mit ein<sup>30</sup>.
2. Den zweiten Hauptbereich bildet das Ausbaugewerbe. Der Tätigkeitsschwerpunkt liegt hier auf Bauinstallationen und sonstige Ausbaurbeiten. Elektroarbeiten, Gas- und Heizungsinstallationen, Maler- sowie Stuckateursarbeiten fallen unter diesen Sammelbegriff<sup>31</sup>.
3. Den dritten und kleinsten Zweig bildet die Gruppe der Bauträger<sup>32</sup>

Von insgesamt 1,9 Millionen Beschäftigten im Baugewerbe sind knapp 41 % im Bauhauptgewerbe tätig, rund 59 % gehören dem Ausbaugewerbe oder den Bauträgern an (eigene Berechnungen nach<sup>33</sup>).

---

<sup>27</sup> Regionaldatenbank Deutschland 2015

<sup>28</sup> WZ 2008

<sup>29</sup> Der Abschnitt „F“ gliedert sich dabei noch in weitere Abteilungen und Untergruppen auf und klassifiziert die Berufsgruppen „41-Hochbau“ bis hin zu „43.99.9 – Baugewerbe a.n.g.“ (Statistisches Bundesamt 2008).

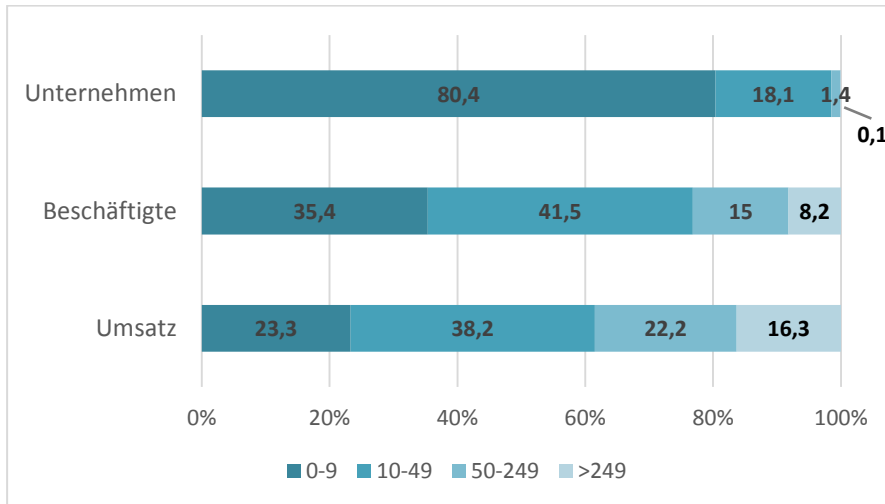
<sup>30</sup> Statistisches Bundesamt 2008

<sup>31</sup> WZ 2008

<sup>32</sup> WZ 2008

<sup>33</sup> Statistisches Bundesamt 2016b

**Abbildung 3:** Verteilung der Betriebe im Baugewerbe 2013 in Prozent nach Größenklasse



**Quelle:** Eigene Darstellung nach<sup>34</sup>

Das Baugewerbe besteht zu 98,5 % aus kleinsten und kleinen Unternehmen (vgl. Abbildung 3). In erster Linie sind Kleinstunternehmen mit einem Anteil von 80,4 % in dieser Branche vertreten. Mittlere und große Betriebe sind nur gering vertreten (1,4 % und 0,1 %). Der Großteil der Beschäftigten (41,5 %) ist in kleinen Unternehmen tätig, die jedoch den höchsten Umsatz verzeichnen (38,2 %). Der Absatz von Kleinstunternehmen (23,3 %) ist dem der mittleren gleichzusetzen (22,2 %), während die großen Unternehmen mit einem Umsatz von 16,3 % das Schlusslicht bilden.

### 2.2.1 Charakteristische Merkmale von KKV des Baugewerbes

Klein- und Kleinstbetriebe weisen strukturelle Unterschiede zu größeren Betrieben auf. So bilden KKV seltener aus, bieten weniger wissensintensive Arbeitsplätze und sind mehrheitlich eigentümergeführt. Sie zeichnen sich zudem durch ein geringeres Produktivitäts- und Lohnniveau sowie durch eine geringere Innovations- und Investitionsbereitschaft aus<sup>35</sup>.

Während Gewerbebetriebe durch die IHK vertreten werden, ist für handwerkliche Unternehmen die Mitgliedschaft in der Handwerkskammer (HWK) obligatorisch<sup>36</sup>. Im „Gesetz zur Ordnung des Handwerks“ (HwO) ist aufgeführt, welche Berufe zum Handwerk

<sup>34</sup> Statistisches Bundesamt 2016a

<sup>35</sup> Bechmann et al. 2011

<sup>36</sup> Grundsätzlich sind alle Unternehmen, welche eine gewerbesteuerpflichtige Tätigkeit ausführen, zur IHK-Mitgliedschaft verpflichtet. Ausnahmen stellen dabei Freiberufler, das Handwerk sowie die Landwirtschaft dar (Gesetz zur vorläufigen Regelung des Rechts der Industrie- und Handelskammern (IHKG) §2).

zählen und welche Voraussetzungen und Organisationsmerkmale bestehen. Handwerksberufe werden demnach unterteilt in zulassungsfreie und zulassungspflichtige Tätigkeiten. Letztere beinhalten gefahrgeneigte Berufe und setzen einen Meisterbrief voraus. Eine Ausübung ohne Meisterbrief und damit als zulassungsfrei geltendes Handwerk ist in nur wenigen Bereichen der Baubranche möglich, wozu bspw. Fliesen- oder Parkettleger zählen<sup>37</sup>.

**Abbildung 4:** Organisation und Struktur des Baugewerbes



**Quelle:** Eigene Darstellung nach<sup>38</sup>

Aus Abbildung 4 wird die Organisation des Baugewerbes ersichtlich. Auf Bundesebene vertritt der Zentralverband des deutschen Handwerks (ZDH) die Interessen von über 50 Handwerkskammern und 48 Fachverbänden<sup>39</sup>. Daneben repräsentiert der Zentralverband des deutschen Baugewerbes (ZDB) das gesamte Branchenspektrum und setzt sich in erster Linie auf politischer Ebene für die wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder ein<sup>40</sup>. Auf Länderebene umfasst der ZDB 36 Mitgliedsverbände, zu dem u.a. der Fachverband Bau Baden-Württemberg zählt. Neben den Verbänden der Bundesländer finden sich hier verschiedene branchenspezifische Fachverbände wieder (z.B. Holzbau oder Stuckateure). Der Baden-Württembergische Handwerkstag ist der Dachverband des Handwerks in Baden-Württemberg. Ihm gehören die Fachverbände an und gleichzeitig vertritt dieser die Belange

<sup>37</sup> HwO 2015

<sup>38</sup> ZDH 2016

<sup>39</sup> ZDH 2016

<sup>40</sup> ZDH 2016

der acht Handwerkskammern, die im Bundesland auf Bezirksebene verstreut sind. Den Kammern obliegt die Aufsicht über die Kreishandwerkerschaften auf Stadt- oder Landkreisebene. Als kleinste Einheit bilden die Innungen das Fundament der baugewerblichen Organisation. Die Berufsgruppen des Baugewerbes werden in verschiedenen Innungen gebündelt (so gibt es bspw. Bau-, Stuckateur- oder Zimmererinnungen). Eine Mitgliedschaft beruht hier im Gegensatz zur Handwerkskammer auf Freiwilligkeit, die den Zugehörigen in Form von fachlichen Informationen, Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit zahlreiche Vorteile bieten kann.

Ein differenzierter Blick auf die Branchen Handwerk und insbesondere das Baugewerbe lässt einen deutlichen Fachkräftemangel erkennen<sup>41</sup>. Vor allem kleine und mittlere Unternehmen der Baubranche werden zukünftig besonders stark vom Fachkräftemangel betroffen sein. Junge Arbeitskräfte entscheiden sich zunehmend für ein Studium oder ein Berufsleben im Dienstleistungssektor<sup>42</sup>, wodurch sich eine zunehmende Problematik bei der Besetzung von Ausbildungsstellen abzeichnet<sup>43</sup>. Der Demografische Wandel erschwert diese Situation zusätzlich, sodass die große Anzahl an ausscheidenden Beschäftigten aus der Baubranche den Pool an Arbeitskräften weiter verkleinert<sup>44</sup>.

Der Anteil von Frauen im Baugewerbe ist mit 13 % sehr gering. Im Hinblick auf das Thema Gesundheitsförderung ist dieser Wert besonders von Interesse, da Männer im Vergleich zu Frauen in der Regel ein geringer ausgeprägtes Gesundheitsverhalten aufweisen<sup>45</sup>.

Die Baubranche zeichnet sich jedoch durch zahlreiche Attraktivitätsaspekte aus. So hat eine Onlineumfrage in Deutschland unter 300 Beschäftigten des Baugewerbes ergeben, dass die Branche aus ihrer Sicht attraktive und sichere Arbeitsplätze bietet. Die Berufe sind durch Vielseitigkeit, Abwechslungsreichtum und eine hohe Spezialisierung geprägt. Positiv hervorgehoben werden können zudem das Arbeiten im Team und die Kundenorientierung. Dennoch ist das Image der Branche nach wie vor verbesserungswürdig. Die Weiterbildungsmöglichkeiten gelten als mangelhaft und die Kommunikation zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird oft als schlecht wahrgenommen. Zudem lassen sich aus

---

<sup>41</sup> Beckmann und Klaus 2015

<sup>42</sup> Fellenberg und Middendorf 2014, S. 5

<sup>43</sup> Bossler und Stephani 2014

<sup>44</sup> Fellenberg und Middendorf 2014

<sup>45</sup> Hurrelmann und Richter 2013

Sicht der Befragten Beruf und Privatleben schwer vereinbaren. Trotz dieser negativen Aspekte würde ein Drittel der Beschäftigten das Baugewerbe mit hoher Wahrscheinlichkeit weiterempfehlen<sup>46</sup>.

### 2.2.2 Gesundheit in KKV des Baugewerbes

Der Gesundheitszustand von KKV im Allgemeinen weist ein heterogenes Bild auf: Die Fehltagelasten steigen mit steigender Betriebsgröße, wobei die Arbeitsunfähigkeits-Tage von Betrieben mit weniger als zehn Angestellten die niedrigsten Werte aufweisen. Wird der Anteil der AU-Tage betrachtet, die durch Langzeiterkrankungen (> sechs Wochen) verursacht werden, so sinkt die Zahl mit steigender Beschäftigtenzahl. Wenn auch der Anteil von Langzeit AU-Fällen nicht von der Betriebsgröße abhängt, wirkt sich die längere Falldauer in kleinen Unternehmen aufgrund der geringeren Mitarbeiterzahl stärker aus als in größeren Betrieben. Als Ursache für diese Gegebenheiten werden ein stärkerer sozialer Zusammenhalt in kleinen Betrieben vermutet<sup>47</sup> sowie bessere Strukturen für Prävention und Gesundheitsförderung in großen Unternehmen<sup>48</sup>. Zudem wird dem Thema Gesundheit in kleinen Betrieben eine besondere Bedeutung zuteil, da längere Fehlzeiten von Mitarbeitern schnell die Existenz von KKV gefährden können<sup>49,50</sup>. Der Förderung der Gesundheit wird daher auch von den kleinen Betrieben eine größere Beachtung beigemessen, wobei im Vergleich zu größeren Betrieben deutlich weniger zusätzliche Aktivitäten geplant sind<sup>51</sup>.

Mit Blick auf die Baubranche im Speziellen bildet der jährlich erscheinende Fehlzeiten-Report der AOK das Krankheitsgeschehen des Gewerbes gut ab, da 47,8 % aller Erwerbstätigen dieser Branche AOK-versichert sind<sup>52</sup>. Die Daten beziehen sich im Folgenden jeweils auf das Jahr 2014.

Der Krankenstand der Baubranche befindet sich mit 5,5 % im Mittelfeld. Es zeichnete sich jedoch über die letzten Jahre eine steigende Tendenz ab (Jahr 2009: 5,1 %) <sup>53</sup>. Die AU-Fälle

---

<sup>46</sup> Fellenberg und Middendorf 2014

<sup>47</sup> Eine durch ein falsch verstandenes Verantwortungsgefühl verspätete Krankmeldung der Mitarbeiter führt dementsprechend zu längeren Ausfallzeiten.

<sup>48</sup> Knieps und Pfaff 2015, S. 250

<sup>49</sup> Brandt et al. 2015

<sup>50</sup> Freigang-Bauer und Gusia 2011

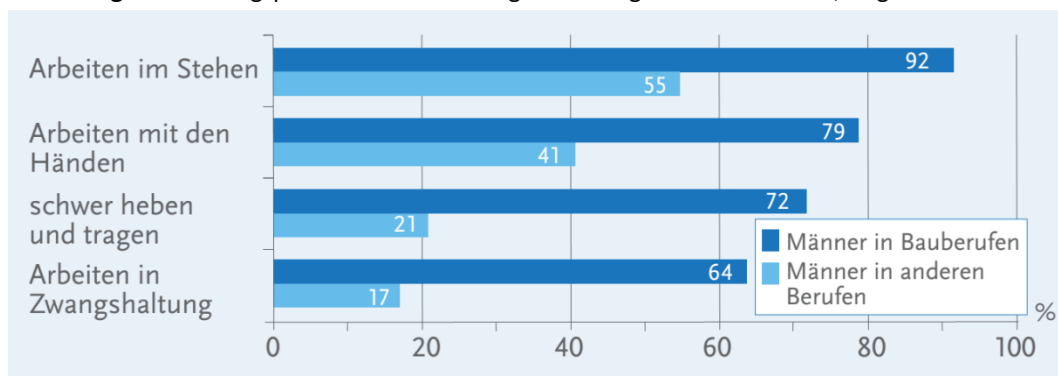
<sup>51</sup> Hardege und Zimmermann 2014, S. 32

<sup>52</sup> Meyer et al. 2015, S. 354

<sup>53</sup> Meyer et al. 2015, S. 353

dieser Branche werden zumeist durch Arbeitsunfälle verursacht. Ein Blick auf die Einzeldiagnosen zeigt, dass die meisten Fehltage auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen sind. In keinem anderem Wirtschaftszweig verursachen muskuloskelettale Erkrankungen einen so großen Anteil an AU-Tagen (Durchschnittswert 23 %). Die zweithäufigste Ursache mit einem Anteil von 18 % für Fehlzeiten im Baugewerbe sind Verletzungen, was durch die vermehrte Anzahl an Arbeitsunfällen erklärt werden kann und damit über dem Durchschnitt aller Branchen liegt (11 %). Auf Platz vier befinden sich Atemwegskrankheiten mit 8 %<sup>54</sup>. Der Anteil von Langzeiterkrankungen an den AU-Tagen ist überdurchschnittlich hoch. Unter den Auszubildenden verzeichnen Versicherte aus dem Baugewerbe mit 5 % den zweithöchsten Krankenstand hinter dem Bereich Erziehung und Unterricht mit 6,6 %<sup>55</sup>.

**Abbildung 5:** Belastungsprofil von Erwerbstätigen im Baugewerbe N=20.036, Angaben in Prozent



**Quelle:**<sup>56</sup>

Das Belastungsprofil in Abbildung 5 kann den hohen Anteil an muskuloskelettal-bedingten AU-Tagen erklären. So ergab die BIBB/BAuA - Erwerbstätigenbefragung im Jahr 2012, dass die körperlichen Belastungen im Baugewerbe sehr hoch sind. Beschäftigte dieser Branche müssen häufiger schwere Lasten tragen, in Zwangshaltung und mit den Händen arbeiten als Personen in anderen Berufen. Erschwerend kommen Rahmenbedingungen wie ungünstige Witterung, Lärm, Schmutz oder Dämpfe hinzu<sup>57</sup>. Zudem wird aus der Untersuchung deutlich, dass auch die psychische Gesundheit im Baugewerbe eine zunehmende Rolle spielt. Der Handlungsspielraum der Beschäftigten ist oftmals eingeschränkt und immer mehr Personen arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit. Es herrscht ein hoher Termin- und

<sup>54</sup> Meyer et al. 2015, S. 374

<sup>55</sup> Meyer et al. 2015, S. 395

<sup>56</sup> BIBB/BAuA 2014

<sup>57</sup> BIBB/BAuA 2014

Leistungsdruck<sup>58</sup>. Besonders erwähnenswert ist dabei die hohe Aufgabenanreicherung in der Position als Geschäftsführer. Dieser trägt sowohl Verantwortung für das wirtschaftliche Wohlergehen des Betriebes, ist Personalleiter und zudem oftmals selbst mit auf den Baustellen tätig. Durchschnittliche Arbeitszeiten von 10-14 Stunden pro Tag führen bei dieser Personengruppe dementsprechend zu verstärkt wahrgenommenen psychischen Belastungen<sup>59</sup>.

### 2.2.3 Zwischenfazit

KKU sind durch ihre strukturellen Charakteristika in besonderer Weise mit den Herausforderungen der sich wandelnden Arbeitswelt konfrontiert. Vor allem das Baugewerbe ist mit einem Fachkräftemangel konfrontiert und weist ein nach wie vor ein mangelhaftes Image bei gleichzeitig hoher körperlicher Arbeitsbelastung auf. Vor allem Muskel- und Skeletterkrankungen sind in dieser Branche überdurchschnittlich häufig und der Krankenstand der Auszubildenden ist hoch. Da krankheitsbedingte Ausfälle von Mitarbeitern schnell zur Existenzbedrohung für KKU werden können, kommt dem Thema Gesundheit hier eine besondere Bedeutung zu. Dies äußert sich auch durch ein zunehmendes Interesse nicht nur seitens der Politik, sondern auch der Arbeitgeber, der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), der Unfallversicherungsträger (UVT) als auch der Wissenschaft<sup>60</sup>.

## 3 Gesundheit und Gesundheitsförderung

Es stellt sich die Frage, welche Faktoren die Gesundheit in der heutigen Arbeitswelt begünstigen und welche Bedingungen ein Risikopotenzial für Erkrankungen darstellen. Vor allem die psychische Gesundheit rückte in den letzten Jahren verstärkt in den Blick betrieblicher Gesundheitspolitik (vgl. Kap. 2.1). Daher wird zunächst ein für die Arbeit relevantes Gesundheitsverständnis formuliert. Theoretische Modelle tragen zu einem besseren Verständnis von Arbeit und Gesundheit bei und helfen, relevante beeinflussbare Determinanten zu identifizieren. Der Begriff der Arbeitsfähigkeit ist hier zentral.

---

<sup>58</sup> BIBB/BAuA 2014

<sup>59</sup> Packebusch 2011, S. 656

<sup>60</sup> Kramer et al. 2015



### 3.1 Gesundheitsbegriff

Grundlage für das Verständnis von Gesundheit in der vorliegenden Arbeit bildet die Salutogenese nach ANTONOVSKY. Dieses Konzept entwickelte sich aus wechselseitigen Diskussionen in Bezug auf Kritik am bestehenden, auf Kuration manifestierten Gesundheitsverständnis. Die Pathogenese, mit Blick auf das Erkennen Krankheit verursachender Faktoren, war vorherrschend. Diese Sichtweise geriet zunehmend in die Kritik, was zu einem Perspektivenwechsel weg von der Frage „Was macht krank?“ hin zum Interesse „Was erhält Menschen gesund?“ führte. ANTONOVSKY schuf mit der Salutogenese ein Konzept, welches Ressourcen für Gesundheit einen bedeutenden Stellenwert einräumt<sup>61</sup>. Er veranschaulicht dies in seiner Flussparabel:

*[...] meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: 'Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?'<sup>62</sup>*

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit sind nicht mehr kategorisch getrennt. Vielmehr wird von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum gesprochen, wobei Gesundheit als dynamisches Geschehen verstanden wird. Mit Hilfe von Widerstandsressourcen treten die Menschen den Stressoren, den Strömungen und Gabelungen im Fluss des Lebens entgegen und versuchen, ein guter Schwimmer zu sein. Die Verbesserung der Schwimmfähigkeit des Individuums, also die Stärkung von Ressourcen, ist hier zentral<sup>63</sup>.

Aufgrund der Komplexität der Thematik existiert bislang keine allgemeinverbindliche Definition von Gesundheit. Einer umfassenden Auseinandersetzung mit verschiedenen Theorien zu Gesundheit haben sich jedoch HURRELMANN UND RICHTER (2013) angenommen, deren integrativer Ansatz Anforderungen auf den vier Ebenen Körper, Psyche, soziale Umwelt und physische (Öko-) Umwelt beschreibt. Somit kann die individuelle Ausgangslage des Individuums berücksichtigt werden. Gesundheit wird definiert als

---

<sup>61</sup> Bengel et al. 1998

<sup>62</sup> Antonovsky 1997, S. 92

<sup>63</sup> Bengel et al. 1998

*das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt<sup>64</sup>.*

Das Flussbild mit dem Schwimmer, der mit seinen verfügbaren Ressourcen versucht, den Strömungen und Gabelungen Stand zu halten, und dazu ergänzend die Definition von HURRELMANN UND RICHTER prägen das Grundverständnis von Gesundheit der vorliegenden Arbeit.

Auf dieser Grundlage stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit bestehen. Die Wurzeln der Gesundheitsförderung gehen dabei bis ins Jahr 1986 zurück, die in der Ottawa-Charta festgehalten wurden als:

*Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen<sup>65</sup>.*

Zentrales Konstrukt ist das sogenannte „Empowerment“, welches darauf abzielt, Menschen die Fähigkeit zu vermitteln, personale und soziale Ressourcen zu stärken und dadurch Kontrolle sowie ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihr Leben zu erhalten<sup>66</sup>. Zudem wird dem Lebensweltenansatz Bedeutung geschenkt, welcher Gesundheit jedoch nicht als vorrangiges Ziel eines Settings<sup>67</sup> proklamiert. Vielmehr sollte Gesundheit einen wesentlichen Bestandteil darstellen und somit lediglich zum Nebenprodukt eines gesünderen Alltags werden<sup>68</sup>. Unsere gesamte Umwelt ist einem stetigen Wandel unterworfen, sodass die Ottawa-Charta den Herausforderungen der heutigen globalisierten Welt mit der anwachsenden Ungleichheit nicht mehr gerecht wird. Mit der Bangkok-Charta wird daher gefordert, die Gesundheitsförderung als zentraler Punkt in der globalen Agenda zu verankern sowie weltweite Partnerschaften zu etablieren<sup>69</sup>.

---

<sup>64</sup> Hurrelmann und Richter 2013, S. 147

<sup>65</sup> WHO 1986, S. 3

<sup>66</sup> Brandes und Stark 2015

<sup>67</sup> Ein Setting bezeichnet verschiedene Lebenswelten wie Städte, Krankenhäuser, Betriebe, Kindergärten und Schulen. Im Berichtsjahr 2014 investierten die GKV's 30 Millionen Euro in Gesundheitsförderung in Settings, wodurch 2.600.000 Menschen erreicht wurden (Jung et al. 2014, S. 55).

<sup>68</sup> Conrad 2013

<sup>69</sup> WHO 2005

Dennoch gilt weiterhin die Ottawa-Charta als Geburtsstunde der Gesundheitsförderung im Betrieb, die nach wie vor als Leitfaden dient. Die Luxemburger Deklaration erweitert und spezifiziert dieses Grundverständnis auf das Setting Betrieb, was alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz umfasst<sup>70</sup>.

## 3.2 Gesundheit in der Arbeitswelt

Grundsätzlich stellt das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes eine Quelle der Gesundheit dar, wie schon im Jahr 1933 durch die Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ eindrücklich belegt werden konnte: Arbeitslosigkeit wirkt sich negativ auf die psychische als auch die physische Gesundheit aus und birgt zudem psychosoziale Belastungen<sup>71</sup>.

### 3.2.1 Arbeitsstressmodelle

Insbesondere die beiden empirisch getesteten Modelle, das Anforderungs-Kontroll-Modell und das Modell der beruflichen Gratifikationskrise, werden zur Identifikation belastender Auswirkungen der heutigen Arbeitswelt herangezogen. So postuliert das Anforderungs-Kontroll-Modell („job-strain-model“) nach KARASEK UND THEORELL (1990), dass stressgefährdete Arbeitsplätze vor allem von hohen Arbeitsanforderungen in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht bei gleichzeitig geringer wahrgenommener Kontrolle bezüglich des Arbeitsablaufs sowie des Entscheidungsspielraumes geprägt sind. Das Risiko, an einem stressassoziierten Leiden zu erkranken, steigt dadurch deutlich.

SIEGRIST (1996) prägte den Begriff der „beruflichen Gratifikationskrise“. Ausgangspunkt für dieses Modell ist die Tauschbeziehung zwischen Leistung und Belohnung. Nimmt der Erwerbstätige ein Ungleichgewicht zwischen hoher Belastung und großem Einsatz auf der einen Seite und geringer Belohnung auf der anderen Seite wahr, birgt auch diese Konstellation eine Gefahr für gesundheitsabträgliche Reaktionen. Belohnung kann hierbei sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in Form von nicht monetärer Anerkennung erfolgen. Ein Review von SIEGRIST UND DRAGANO (2008), welche die beiden vorgestellten Modelle verglichen, stützt die empirische Evidenz der Modelle und dass psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz ein bedeutendes gesundheitliches Risiko bergen.

---

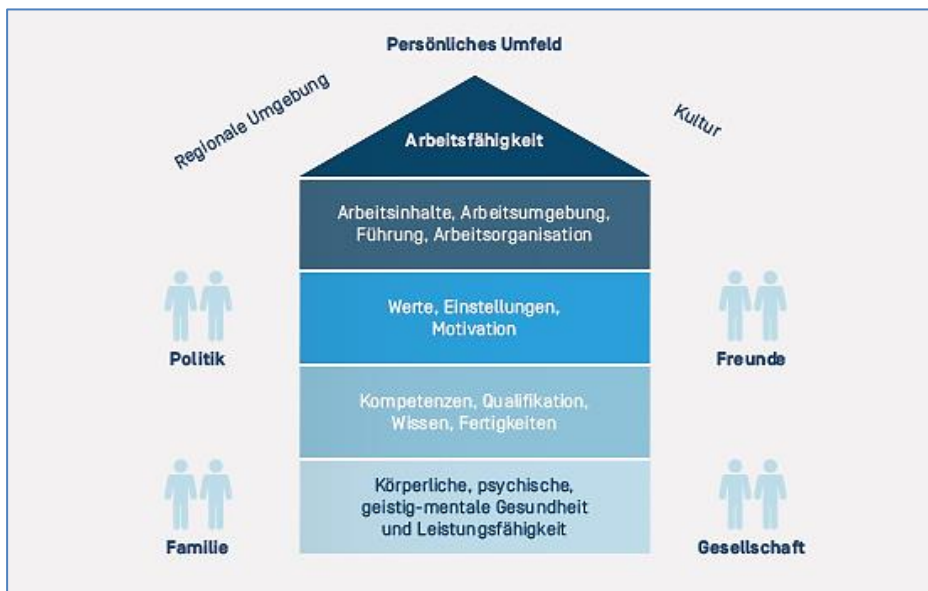
<sup>70</sup> ENWHP 2007, S. 1

<sup>71</sup> Hurrelmann und Richter 2013

### 3.2.2 Haus der Arbeitsfähigkeit

Die beschriebenen Konstrukte „Anforderungs-Kontroll-Modell“ sowie das Modell der „Gratifikationskrise“ gelten in erster Linie als Arbeitsstressmodelle. Das Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“ von ILMARINEN (2011) geht darüber hinaus. Vergleichbar mit der Bedürfnispyramide nach MASLOW wird die Arbeitsfähigkeit bildlich durch ein Haus mit vier Ebenen dargestellt. Alle Anforderungen auf den jeweiligen Etagen müssen zugleich zu einem bestimmten Grad erfüllt sein, damit ein Arbeitnehmer arbeitsfähig ist und einer Arbeit nachgehen kann. Die Herausforderung besteht darin, eine Balance zwischen Anforderungen und individuellen Potenzialen herzustellen<sup>72</sup>. Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens zum „Work Ability Index“ (WAI) kann Arbeitsfähigkeit gemessen werden<sup>73</sup>.

**Abbildung 6:** Haus der Arbeitsfähigkeit



**Quelle:** Boese 2016, o. S.

Die Grundlage und damit die erste Ebene (1) bilden die *physische und psychische Gesundheit* (Abbildung 6). Während bei Einschränkungen direkte negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit folgen können, kann eine Förderung des geistigen und körperlichen Wohlbefindens im Fundament des Hauses auch positive Einflüsse haben und als Ressource dienen. Störungen können jedoch nicht zwangsläufig auf den Arbeitsplatz zurückgeführt werden – zusätzlich muss auch das Umfeld des Mitarbeiters betrachtet werden. In erheblichem Maße wirken sich Einflüsse aus dem persönlichen und sozialen Umfeld einer

<sup>72</sup> Ilmarinen 2011

<sup>73</sup> WAI-Netzwerk 2012

Person auf deren Arbeitsfähigkeit aus und sind somit von grundlegender Bedeutung für die Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit. Die zweite Ebene (2) repräsentiert *Wissen und Können* und umfasst so auch Fähigkeiten sowie Fertigkeiten der Erwerbstätigen. Vor allem vor dem Hintergrund des lebenslangen Lernens und zahlreicher Weiterbildungen gewinnt dieses Stockwerk an Bedeutung und unterstreicht eine lernförderliche Arbeitssituation. *Werte* bilden die dritte Ebene (3). Eine gute Arbeitsfähigkeit ist davon abhängig, ob die eigenen Einstellungen im Einklang mit der eigenen Arbeit als auch den Ansichten des Vorgesetzten sind und somit eine Identifikation mit dem Unternehmen vorhanden ist. Die *Arbeit* selbst befindet sich in der vierten Ebene (4) und beinhaltet alle Faktoren, welche die Tätigkeit prägen wie die Arbeitsaufgabe, das Umfeld sowie die Kollegen und die Struktur und Organisation. Diese Ebene wirkt sich auf alle darunterliegenden aus. Dem Vorgesetzten kommt hier eine Schlüsselrolle für die Gestaltung der notwendigen Rahmenbedingungen zu. Doch nur unter gleichzeitiger Berücksichtigung aller Ebenen kann die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit gefördert werden. Dieser wird ein hoher Stellenwert zugeschrieben und gilt als Grundlage für eine zukunfts-, wettbewerbsfähige, gesunde und altersfreundliche Arbeitswelt<sup>74</sup>.

Die Autoren CHEVALIER UND KALUZA (2015) konstatieren vor dem Hintergrund der wachsenden psychischen Belastungen und den identifizierten Stressfaktoren am Arbeitsplatz einen Paradigmenwechsel in der Unternehmenssteuerung. Der Fokus soll in erster Linie auf die Arbeitsziele gelegt werden. Direkte Steuerungsformen werden durch indirekte abgelöst, wobei letztere unter anderem durch mehr Autonomie, flexible Arbeitszeiten und leistungsabhängige Bezahlung geprägt sind. Auch die Berücksichtigung von Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie erweiterte Handlungsspielräume sollen sowohl für Unternehmen als auch für Beschäftigte vorteilhaft sein. Allerdings gehen mit neuer Flexibilität auch neue Belastungskonstellationen einher<sup>75</sup> und die Gefahr für selbstgefährdendes Verhalten wie das Überschreiten von eigenen Leistungsgrenzen steigt. Als ausschlaggebender Einflussfaktor auf das Belastungsgefüge<sup>76</sup> von Erwerbspersonen gilt eine gesundheitsfördernde Arbeits- und Leistungskultur. CHEVALIER UND KALUZA (2015) zufolge

---

<sup>74</sup> Ilmarinen 2011

<sup>75</sup> Gemeint ist hier das Zusammenwirken mehrerer belastender Komponenten wie bspw. Arbeitsplatzunsicherheit, stetig steigende Zielvorgaben und ständiger Leistungsdruck.

<sup>76</sup> Kombination aller Belastungsgrößen

ist das Unternehmen in der Verantwortung, Bewusstsein für diese Themen im Sinne einer Kultur der Achtsamkeit zu schaffen, in der von den Mitarbeitern sowohl eigene als auch fremde Leistungsgrenzen berücksichtigt und respektiert werden.

### 3.2.3 Führung als Schlüsselkomponente

Dass das Führungsverhalten eine zentrale Rolle in Bezug auf die Mitarbeitergesundheit spielt, wurde bereits in zahlreichen Studien belegt<sup>77,78</sup>. Dabei kann sich der Führungsstil sowohl als Ressource als auch als Stressor auf die Angestellten auswirken<sup>79,80</sup>.

Berücksichtigt werden muss jedoch auch die besonders anspruchsvolle Situation, in der sich eine Führungskraft befindet: sie steht sowohl in der Verantwortung für den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens, muss gleichzeitig aber ihrer Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeitern nachkommen. Zudem trägt sie Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und hat diesbezüglich sogar Vorbildfunktion. Die Auffassung, dass in erster Linie angeborene Persönlichkeitseigenschaften und Charaktermerkmale entscheidend für die Mitarbeitergesundheit sind, wird heute nicht mehr gesehen<sup>81</sup>. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass Führungsverhalten erlernbar ist und nicht lediglich angeborene Eigenschaften einen Führungserfolg ermöglichen<sup>82</sup>. Als gesundheitsförderliche Führung hat sich vor allem der transformationale und mitarbeiterorientierte Stil herausgestellt. Ein transformationaler Führungsstil ist durch Werteorientierung und Ganzheitlichkeit gekennzeichnet. Die Führungskraft versucht, Ziel- und Anspruchsniveau der Angestellten zu beeinflussen, indem sie bspw. intellektuelle Anreize setzt oder vorbildliches Verhalten ausübt<sup>82</sup>. Die Frage, auf welche Weise genau sich das Führungsverhalten auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirkt, ist noch nicht eindeutig beantwortet. Es scheinen sowohl indirekte als auch direkte Wirkmechanismen<sup>83</sup> zu existieren<sup>84</sup>. Eine Schulung der Führungskräfte

---

<sup>77</sup> Gregersen et al. 2011

<sup>78</sup> Kramer et al. 2015

<sup>79</sup> Ilmarinen 2011; Treier 2015; Kramer et al. 2015

<sup>80</sup> Rudow 2014

<sup>81</sup> Kramer et al. 2015, S. 14

<sup>82</sup> Kramer et al. 2015, S. 16

<sup>83</sup> Beispielsweise konnte ein direkter Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte auf Burnout bestätigt werden. Indirekte Wirkungen können u.a. über Arbeitsbedingungen und Persönlichkeitsmerkmale moderiert oder mediiert werden.

scheint daher notwendig. In der Praxis finden diese jedoch noch kaum Verbreitung<sup>85</sup>. Oftmals sind sich Personen mit Mitarbeiterverantwortung über den Einfluss ihres Verhaltens auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter nicht bewusst<sup>86</sup>.

### 3.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement als unternehmerisches Konzept

Die Tatsache, dass ein deutscher Staatsbürger den Großteil seiner Zeit, nämlich im Durchschnitt 36,8 Jahre<sup>87</sup>, bei der Arbeit verbringt, kreiert ein großes Potential für gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb. Zudem steigt mit zunehmenden Erwerbsjahren der gesundheitliche Interventionsbedarf<sup>88</sup>. Ferner entstehen durch Arbeitsunfähigkeitstage volkswirtschaftliche Kosten. So werden für das Jahr 2013 die Kosten durch Produktionsausfälle bei einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 15 Tagen je Arbeitnehmer auf 59 Milliarden Euro geschätzt. Der Verlust an Bruttowertschöpfung beläuft sich auf 103 Milliarden Euro<sup>89,90</sup>. Immer mehr Unternehmen erkennen dadurch die Vorzüge einer nach BADURA ET AL. (2010, S. 1) bezeichneten betrieblichen Gesundheitspolitik, um

- „Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern
- die Betriebsergebnisse zu verbessern und
- die Kosten der sozialen Sicherung zu dämpfen“.

#### 3.3.1 BGM und BGF - eine begriffliche Abgrenzung

Die Begrifflichkeiten Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) werden nach wie vor kontrovers diskutiert als auch definiert (vgl.<sup>91,92</sup>). Eine Trennung der Begriffe scheint jedoch zunehmend aufgehoben zu werden<sup>93</sup>.

---

<sup>84</sup> Gregersen et al. 2011, S. 3

<sup>85</sup> Kramer et al. 2015

<sup>86</sup> Rudow 2014

<sup>87</sup> DESTATIS 2012: Eingeschlossen sind hier auch Phasen der Erwerbslosigkeit und aktiver Suche nach einer Beschäftigung.

<sup>88</sup> Meyer et al. 2015

<sup>89</sup> BAuA 2015, S. 1

<sup>90</sup> Bei den berechneten Werten handelt es sich um Schätzungen, da nicht alle Daten von GKV-Versicherten berücksichtigt werden. Die verwendeten AU-Daten umfassen zudem lediglich diejenigen AU-Tage, welche durch eine Krankschreibung des Arztes an die GKV gemeldet wurde, was zu einer Unterschätzung der Kurzzeit-Ausfälle führen kann (BAuA 2015).

<sup>91</sup> Uhle und Treier 2015

<sup>92</sup> Faller 2012a

Zur Verdeutlichung der Ganzheitlichkeit der Thematik wird für die vorliegende Arbeit bewusst die Bezeichnung BGM verwendet, welches definiert wird als „[...] systematische sowie nachhaltige Schaffung und Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung der Organisationsmitglieder zu einem eigenverantwortlichen gesundheitsbewussten Verhalten“<sup>94</sup>. Vorteile des Begriffs BGM liegen in einer Anregung von Qualitätsanforderungen sowie einer Abwendung der Engführung auf überwiegend Einzelmaßnahmen zur Verhaltensänderung, was bis dato zumeist mit dem Verständnis von BGF assoziiert wurde. BGM soll von den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung getragen werden. Das Thema Gesundheit muss in das betriebliche Gesamtgeschehen integriert und bei allen Entscheidungen berücksichtigt werden. Es sollte nicht nur präventiv im Sinne einer Unfallverhütung verstanden werden, sondern vorausschauend ressourcenstärkende Elemente beinhalten<sup>95</sup>. Mögliche Handlungsfelder sind zahlreich und vielseitig, wobei Ernährung und Bewegung weithin als Favoriten berücksichtigt werden. Neben der Wiedereingliederung bieten sich u.a. der klassische Arbeits- und Gesundheitsschutz, Führung, Arbeitsgestaltung oder informative Aktionstage als Interventionsfelder an<sup>96</sup>. Genannte Beispiele besitzen nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern geben lediglich einen Eindruck über das breite Spektrum an Angeboten. Wie BAMBERG ET AL (2011b), UHLE UND TREIER (2015) und viele mehr betonen, ist jedoch die zentrale Bedeutung einer Unternehmenskultur im Sinne einer Gesundheitskultur als (Erfolgs)-Grundlage für jegliche BGM-Maßnahmen vielfach nicht vorhanden.

Es wird stark zwischen Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. So werden oftmals neue Tische und Stühle (Verhältnisse) beschafft, jedoch ohne dies durch eine Ergonomieschulung (Verhalten) zu ergänzen. So birgt diese Dichotomisierung zwischen Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention die Gefahr, dass die Maßnahmen am eigentlichen Problem vorbeigehen, da die wechselseitige Beziehung zwischen menschlichem Verhalten und äußeren Strukturen unzureichend berücksichtigt ist<sup>97</sup>.

---

<sup>93</sup> Uhle und Treier 2015, S. 38

<sup>94</sup> Uhle und Treier 2015, S. 38

<sup>95</sup> Bamberg et al. 2011a, S. 134

<sup>96</sup> Uhle und Treier 2015, S. 47

<sup>97</sup> Faller 2012b



Grundsätzlich kann BGM nur erfolgreich sein, wenn<sup>98</sup>:

- ein solides *Assessment* mit *partizipativem Ansatz* durchgeführt wird, mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsorganisation (*Organisatorischer Ansatz*);
- das Präventionskonzept *mehrdimensional* (sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Ansätze enthalten) erfolgt und alle Altersgruppen berücksichtigt sind (*Zielgruppe*);
- eine *kontinuierliche Weiterführung* sowie *Erfolgskontrolle* stattfindet<sup>99</sup>.

### 3.3.2 BGM als Pflicht oder Kür

Gesetzlich verankert ist der klassische Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS), während Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung auf dem Prinzip der Freiwilligkeit basieren<sup>100</sup>.

Einzig sind Krankenkassen gemäß § 20b Sozialgesetzbuch (SGB) V dazu verpflichtet, Unternehmen bei der Umsetzung von BGM zu unterstützen und dabei mit zuständigen Unfallversicherungsträgern sowie mit der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörde zusammenzuarbeiten. Der Handlungsspielraum ist bezüglich der Art der Angebote, Methoden sowie Instrumenten, die zur Anwendung kommen, offen und flexibel gehalten. Als Handlungsgrundlage für die Krankenkassen dient der „Leitfaden Prävention“ des Spitzenverbandes der GKV. Zudem wird der Unfallversicherungsträger durch § 1 und 14 SGB VII in die Abwehr arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren einbezogen.

Die im Jahr 1989 verabschiedete Europäische Rahmenrichtlinie für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit bildet die Grundlage für die jeweiligen Arbeitsschutzgesetzgebungen in den EU-Mitgliedstaaten. Diese Richtlinie wurde in Deutschland im Jahr 1996 durch die Einführung des Arbeitsschutzgesetzes umgesetzt<sup>101</sup>. Das Gesetz umfasst Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit sowie die Verhütung

---

<sup>98</sup> Diese Handlungsempfehlungen sind jedoch aufgrund methodischen Schwächen sowie der Komplexität der Studienlage nicht evidenzbasiert; vielmehr handelt es sich um plausibilitätsgestützte Empfehlungen (Pieper et al. 2015, S. 68).

<sup>99</sup> Pieper et al. 2015, S. 69

<sup>100</sup> Faller und Faber 2012, S. 39

<sup>101</sup> Kuhn 2012, S. 28

arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und regelt die Pflichten des Arbeitgebers. So ist gemäß § 3 Abs. 1 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) „der Arbeitgeber verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen“. Der Kern des Arbeitsschutzgesetzes bildet die Gefährdungsbeurteilung, die durch eine systematische und umfassende Untersuchung zur Ermittlung von Gefährdungen am Arbeitsplatz gekennzeichnet ist<sup>102</sup>. Seit 2014 sind auch psychische Belastungen in die Bewertung miteinzubeziehen. Obgleich das hohe präventive Potenzial solcher Gefährdungsbeurteilungen als Basis für verbesserte Arbeitsbedingungen erkennbar ist, wird in der Praxis diese Maßnahme vor allem in Klein- und Kleinstbetrieben nicht genutzt<sup>103,104</sup>. Das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) ergänzt, dass außenstehende Fachkräfte für Arbeitssicherheit, wie bspw. Betriebsärzte, für die Umsetzung des ArbSchG sowie der Unfallverhütung hinzugezogen werden sollen.

Im Jahr 2015 wurde in Deutschland der zuvor mehrfach im Bundestag abgelehnte Entwurf eines Präventionsgesetzes verabschiedet. Neben einer angestrebten Förderung der Impfprävention oder der Weiterentwicklung von bestehenden Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen wurde auch die Finanzierung präventiver Maßnahmen verbessert. So müssen ab 2016 von den Krankenkassen jährlich 7 EUR je Mitglied für präventive Leistungen verwendet werden<sup>105</sup>, wovon mindestens 2 EUR pro Versichertem in das Setting Betrieb investiert werden müssen<sup>106</sup>.

Zudem können gemäß § 3 Nr. 34 EstG bis zu 500 EUR je Mitarbeiter und Jahr für gesundheitsfördernde Maßnahmen, welche den Qualitätskriterien der GKV entsprechen, steuerlich angerechnet werden.

Insgesamt ist jedoch festzustellen, dass Maßnahmen über den klassischen Arbeitsschutz hinaus ein freiwilliges Zutun des Arbeitgebers darstellen. Wenn auch Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung primär unterschiedliche Ziele verfolgen, so überschneiden sich die

---

<sup>102</sup> § 5 ArbSchG

<sup>103</sup> Rudow 2014

<sup>104</sup> Lißner et al. 2014

<sup>105</sup> Zuvor waren es 3,17 EUR.

<sup>106</sup> § 20 Art. 6 PräVG

Themen in der Praxis dennoch<sup>107</sup>. Ziel sollte es daher sein, die Kooperationen zwischen den Akteuren zu intensivieren und BGM in die bestehenden gesetzlichen Grundlagen zu integrieren.

### 3.3.3 Nutzen von BGM

Geprägt von hohen Belastungen weist das Baugewerbe im Vergleich zu anderen Branchen erheblich mehr Arbeitsunfälle sowie Berufskrankheiten auf<sup>108</sup>. Wenn auch der Fokus der vorliegenden Arbeit nicht auf dem Arbeitsschutz liegt, so ist dieser dennoch obligatorischer Bestandteil systematischen BGMs und ist vor allem im Baugewerbe von besonderer Bedeutung.<sup>109</sup> Die „Gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie“ (GDA) führt regelmäßige Arbeitsprogramme durch<sup>110</sup>, um die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz zu stärken. Die Evaluation des „Arbeitsprogrammes Bau“ zeigt, dass von den 65.573 in Deutschland untersuchten Baubetrieben nur ein Drittel die erforderlichen Maßnahmen zum Arbeitsschutz umsetzt. Im Vergleich zu anderen Arbeitsprogrammen ist dieser Wert als deutlich defizitär einzustufen<sup>111</sup>. Die Aufgabe der Überwachung und Unterstützung hinsichtlich des Arbeitsschutzes kommt der Berufsgenossenschaft Bau (BG Bau) zu. Wie die Kranken- und Rentenversicherung bildet sie eine Säule im deutschen Sozialversicherungssystem. Alle im Baugewerbe tätigen Personen sind pflichtmäßig über die BG gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert. Dementsprechend liegt es in deren Interesse, berufsbedingte Unfälle sowie Krankheiten zu vermeiden und die Arbeitssicherheit sowie den Gesundheitsschutz zu fördern. Das Aufgabengebiet umfasst u.a. Rehabilitationsleistungen, Prävention (hier kann auch der Bereich Gesundheitsförderung angesiedelt werden), Schulungen und Seminare sowie allgemeine Beratungen<sup>112</sup>.

---

<sup>107</sup> Faller und Faber 2012

<sup>108</sup> BIBB/BAuA 2014

<sup>109</sup> Festzuhalten ist, dass Arbeitsschutz/Arbeitsmedizin die Basis allen Gesundheitsmanagements ist, gefolgt von Präventionsleistungen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Gesundheitsmanagement bildet die in der Unternehmensleitung angesiedelte Integration aller Teilbereiche sowie die erforderliche Prägung der Unternehmenskultur und Führungsverhalten.

<sup>110</sup> Durch die GDA setzt Deutschland die zentrale Forderung der EU-Gemeinschaftsstrategie für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz durch sog. bundesweite Arbeitsprogramme um und sorgt dabei für ein abgestimmtes, einheitliches Handeln der verschiedenen Akteure und eine strategische Ausrichtung (Lißner et al. 2014).

<sup>111</sup> Lißner et al. 2014, S. 70

<sup>112</sup> BG BAU 2016

Verschiedene Übersichtsarbeiten bestätigen positive Effekte von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung auf die Gesundheit von Beschäftigten<sup>113,114</sup>. Sowohl auf der Individualebene können eine Verbesserung der körperlichen bzw. psychischen Verfassung erreicht als auch aus Unternehmenssicht krankheitsverursachte Fehlzeiten und Gesundheitskosten reduziert werden<sup>115</sup>. Der sogenannte Return on Investment (ROI)<sup>116</sup> veranschaulicht den ökonomischen Nutzen von BGM-Maßnahmen. BAICKER ET AL. (2010) zeigen in ihrer Metaanalyse einen ROI von 3,27 USD auf. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass die Evidenzlage hier nach wie vor eine Heterogenität bezüglich der Zielgrößen als auch der Komplexität der Untersuchung aufweist<sup>117</sup>. Nur wenige Firmen praktizieren ein umfassendes, qualitätsorientiertes Vorgehen<sup>118</sup>, weshalb Experten weitere gezielte Studien zur Evaluation sowie Skalen für die Messung der methodischen Qualität fordern<sup>119,120,121</sup>. O'DONNELL (2015) ergänzt diese Aussage, indem er *einen* allgemeingültigen ROI ablehnt und dessen Ausmaß stets auf das jeweilige Untersuchungsdesign sowie die Situation im Unternehmen zurückführt. Um den gesamten Nutzen von BGM-Maßnahmen erfassen zu können und nicht ausschließlich den ökonomischen Benefit darzulegen, taucht in der aktuellen Diskussion der Begriff „Value of Investment“ (VOI) auf. Hier werden zusätzlich zu den Gesundheitskosten die Faktoren Produktivität und Engagement mitberücksichtigt<sup>122</sup>. Vor dem Hintergrund der zentralen Bedeutung von Evaluation für den Erfolg der Gesundheitsförderungsprogramme, sind diese Überlegungen bei einem bis dato noch ausbleibenden einheitlichen Evaluationsmodells zu berücksichtigen.

Betont werden soll in diesem Zusammenhang der Begriff der „Inneren Kündigung“, welche sich bei Beschäftigten in einer negativen Grundstimmung, verminderter Leistungsbereitschaft und Motivation sowie Interesselosigkeit äußern kann. Untersuchungen

---

<sup>113</sup> Baicker et al. 2010

<sup>114</sup> Pieper et al. 2015

<sup>115</sup> Pieper et al. 2015, S. 68

<sup>116</sup> Der ROI gibt den Gewinn pro investiertem Dollar/Euro an.

<sup>117</sup> Pieper et al. 2015, S. 68

<sup>118</sup> Beck et al. 2015

<sup>119</sup> Pauls et al. 2015; O'Donnell 2015

<sup>120</sup> Pieper et al. 2015

<sup>121</sup> Bis dato hat sich kein allgemein anerkanntes Managementsystem für die Durchführung eines BGM etabliert. Es existieren jedoch Modelle wie „DIN SPEC 91020“ oder „SCOHS“ (Social Capital & Occupational Health Standard), welchen die Intention einer Qualitätsüberprüfung gemeinsam ist (Uhle und Treier 2015, S. 228).

<sup>122</sup> Marlo und Serxner 2015

legen nahe, dass der Anteil der innerlich gekündigten Beschäftigten in den Betrieben höher ist als von den Unternehmern angenommen. Als Folge können nicht nur gesundheitliche Beeinträchtigungen bei den Betroffenen entstehen, sondern auch hohe Kosten für das Unternehmen. Ein systematischer Umgang im Rahmen eines umfassenden BGM kann einer inneren Kündigung vorbeugen, indem es folgende Punkte berücksichtigt:

- Passung von Person und Aufgabe
- Bedeutung des Themas Engagement in der Führungskultur thematisieren
- Förderung eines positiven Betriebsklimas
- Regelmäßige Analyse der Arbeitsbedingungen (z.B. mit Hilfe der Psychischen Gefährdungsbeurteilung)<sup>123</sup>.

Nicht zuletzt kreiert BGM für Unternehmen vor allem durch Investitionen in das Sozialkapital<sup>124</sup> einen Wettbewerbsvorteil. Durch eine hohe Identifikation mit Arbeit und Organisation werden Fluktuationszahlen verringert, Betriebsstörungen und Fehlerraten reduziert und die Entwicklung stabiler Kundenbeziehungen gefördert<sup>125</sup>. Ein zusätzlicher Imagegewinn für den Betrieb durch ein systematisch umgesetztes BGM liegt somit auf der Hand.

### 3.3.4 Idealtypischer Verlauf eines BGM

Um das Vorgehen von BGM strukturieren zu können, werden theoretische, idealtypische Handlungsschritte herangezogen, die sich im Kern an dem „Public Health Action Cycle“ (PHAC) orientieren. Dieser gesundheitspolitische Aktionszyklus gliedert sich in die vier Phasen Strategieformulierung, Umsetzung, Bewertung und Problembestimmung und wird oftmals als Instrument zur Qualitätssicherung sowie -entwicklung herangezogen<sup>126</sup>. Als wichtige Grundlage des komplexen Verlaufs gilt eine verankerte (Gesundheits-)Kultur im Unternehmen<sup>127</sup>. Ein systematisches BGM sollte zudem an zwei Punkten ansetzen: Erstens gilt es, die Arbeitsbedingungen zu verbessern als auch zweitens die individuellen

---

<sup>123</sup> Scheibner et al. 2016, S. 71

<sup>124</sup> Darunter wird „das soziale Vermögen einer Organisation verstanden, d.h. Umfang und Qualität der internen Vernetzung, der Vorrat gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln sowie die Qualität der Menschenführung“ (Badura et al. 2010, S.5)

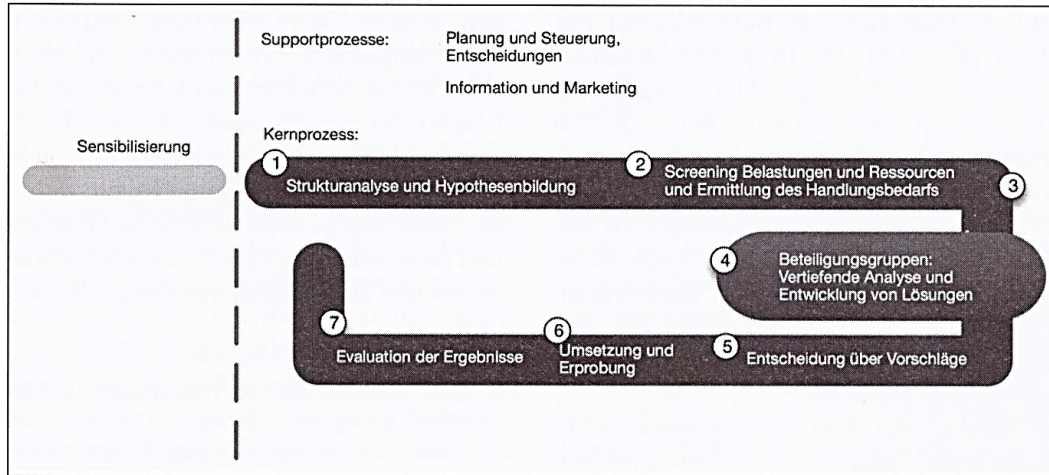
<sup>125</sup> Badura et al. 2010, S. 6

<sup>126</sup> Rosenbrock und Hartung 2015

<sup>127</sup> Bamberg et al. 2011b

Gesundheitskompetenzen der Mitarbeiter zu fördern<sup>128</sup>. Um Gesundheitsmanagement im Unternehmen zu etablieren, ist der in Abb. 7 dargestellte Handlungsrahmen zielführend

**Abbildung 7:** Kern- und Supportprozesse im Gesundheitsmanagement (in Anlehnung an den Public Health Action Cycle)



Quelle:<sup>129</sup>

Sehr wesentlich für den Erfolg ist die in Abb. 7 aufgeführte Sensibilisierungsphase. So ist vor Beginn des eigentlichen Prozesses ein gemeinsames Verständnis unter allen Organisationsmitgliedern herzustellen. In der Durchführungsphase wird zwischen Kern- und Supportprozessen unterschieden, wobei letztere dazu notwendig sind, das Projekt als Gesamtes zu leiten, was in Form einer Steuerungsgruppe realisiert werden kann.

Der Kernprozess erfordert zunächst eine Strukturanalyse (1), in welcher anhand von Krankenstandsanalysen oder Gefährdungsbeurteilungen ermittelt wird, welche Mitarbeitergruppen besonderen gesundheitsgefährdenden Bedingungen ausgesetzt sind. In einer weiteren Analyse von Belastungen und Ressourcen (die bspw. durch Mitarbeiterbefragungen, Arbeitsplatzbegehungen oder Gesundheitszirkel erfolgen kann) werden konkrete Handlungsbedarfe ermittelt. Wichtig ist hierbei, dass die Beschäftigten stetig über den aktuellen Handlungsstand informiert werden (3). Mit der Unterstützung von verschiedenen Beteiligungsgruppen mit fachkundigen Experten (eventuell können hier auch externer Dienstleister hinzugezogen werden), werden Lösungen erarbeitet (4) und in einem Rückkopplungsprozess mit der Steuerungsgruppe Ziele formuliert (5). Anschließend erfolgt die Umsetzung der Maßnahmen (6). Eine Evaluation der Ergebnisse ist für die Überprüfung

<sup>128</sup> Pieck 2012

<sup>129</sup> Pieck 2012, S. 127

des Erfolgs unabdingbar und stellt auch für den weiteren Verlauf eine wertvolle Informationsquelle dar, indem die Daten zurück in den Managementprozess fließen (7)<sup>130</sup>. Im Sinne einer partizipativen Prozessgestaltung sind die Beschäftigten stets miteinzubinden<sup>131</sup>, um die Akzeptanz sowie den Erfolg zu sichern. Zusammengefasst „plant, koordiniert, integriert und priorisiert BGM gesundheitsbezogene Maßnahmen und stimmt sie mit anderen Managementsystemen in der Organisation ab“<sup>132</sup>.

Für KKU muss dieses Vorgehen an die betrieblichen strukturellen Besonderheiten angepasst werden. Die Grundstruktur bleibt dabei erhalten. Als essentiell gilt die Rolle des Geschäftsführers, der den BGM-Prozess initiieren und dabei die Optimierung von Arbeitsabläufen mitberücksichtigen sollte. Umsetzungsbeispiele können monatliche Treffen für das Thema Arbeit und Gesundheit mit der Ermittlung von Belastungen und Ressourcen im Betrieb sein. Als Unterstützung dienen externe Partner, wobei kleinere, spezifische Aufgaben auch aktiv unter den Mitarbeitern verteilt werden können. Die regelmäßigen Treffen gewährleisten einen partizipativen Ansatz und verankern eine nachhaltige Berücksichtigung der Thematik im Betrieb<sup>133</sup>.

## 4 Umsetzungsstand BGM in KKU

### 4.1 Verbreitung von BGM

Aus dem Präventionsbericht der GKV geht hervor, dass im Berichtsjahr 2014 Maßnahmen in Höhe von 68 Millionen EUR zur betrieblichen Gesundheitsförderung finanziert wurden, wobei mit über 11.000 erreichten Betrieben das Engagement im Vergleich zum Vorjahr um 15 % ausgeweitet wurde<sup>134,135</sup>. Gleichwohl haben die Krankenkassen damit lediglich 0,31 % der 3,6 Mio. Betriebe erreicht<sup>136</sup>. Berücksichtigt werden muss dabei, dass diese Ergebnisse lediglich das BGM-Geschehen der Krankenkassen abbildet. Inwiefern hier von einem ganzheitlichen BGM-Ansatz gesprochen werden kann, bleibt fraglich. Ein Blick auf die

---

<sup>130</sup> Pieck 2012

<sup>131</sup> Bamberg et al. 2011b

<sup>132</sup> Bamberg et al. 2011b, S. 152

<sup>133</sup> Bamberg et al. 2011b, S. 150

<sup>134</sup> Maßnahmen reichen hier von gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung, Verhältnisprävention gegen psychische als auch physische Fehlbelastungen über Gesundheitszirkel (Schempp und Strippel 2015).

<sup>135</sup> Schempp und Strippel 2015, S. 43

<sup>136</sup> Unternehmen mit steuerbarem Umsatz aus Lieferungen und Leistungen und/oder mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2013.

verschiedenen Berufszweige zeigt, dass die Krankenkassen BGM-Aktivitäten hier unterschiedlich stark fördern. So wird das verarbeitende Gewerbe bei BGM-Aktivitäten häufig unterstützt (36 %), während Maßnahmen lediglich in 5 % der Betriebe des Baugewerbes und in nur 1 % der Gastronomiebetriebe von den Kassen gefördert werden<sup>137</sup>. Es gelang der GKV, seit dem Jahr 2008 bis zum Berichtsjahr 2014 vermehrt kleine und mittlere Betriebe zu erreichen<sup>138</sup>. Die dennoch nach wie vor vorhandene defizitäre Aktivität der GKV in kleinen Unternehmen muss dagegen vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass in Anbetracht der Gewinnung neuer Versicherten eine Unterstützung von großen Betrieben lukrativer erscheint<sup>139</sup>. Das Baugewerbe gilt als die Branche, welche im Vergleich zu anderen Berufszweigen deutlich weniger Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement durchführt<sup>140</sup>.

Grundsätzlich zeigt sich, dass BGM in kleinen Unternehmen unzureichend umgesetzt wird, wobei gerade diese von besonderer Bedeutung sind. Die Priorität zukünftiger Präventionsarbeit ist somit auf die Steigerung von Aktivitäten in kleinen Betrieben zu legen.<sup>141,142</sup>

In der Studie von BECK UND LENHARDT (2014) basieren die Ergebnisse auf den Daten der Erwerbstätigenbefragung 2006 und 2012<sup>143</sup>, in der lediglich zwei Fragen zur BGF gestellt wurden<sup>144,145</sup>. Beschäftigte aus kleinen Betrieben berichten deutlich seltener von gesundheitsfördernden Maßnahmen in ihren Betrieben<sup>146</sup>. Unklar bleibt jedoch, was die befragten Beschäftigten unter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung verstehen und inwiefern deren Aussage das BGM-Geschehen der Betriebe hinreichend abbilden kann. Das Vorhandensein eines umfassenden Gesundheitsmanagementansatzes oder einer entsprechenden Gesundheitskultur wird in den Befragungen nicht berücksichtigt.

---

<sup>137</sup> Schempp und Strippel 2015, S. 62

<sup>138</sup> Schempp und Strippel 2015

<sup>139</sup> Altgelt 2014

<sup>140</sup> Kayser et al. 2013, S. 30

<sup>141</sup> Beck et al. 2015; Pauls et al. 2015; Kayser et al. 2013

<sup>142</sup> Kayser et al. 2013

<sup>143</sup> Telefoninterviews, 2005/6: N=17.803, 2011/12: N=17.870

<sup>144</sup> (1) Wurden in Ihrem Betrieb in den letzten 2 Jahren Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt? (Ja, Nein, Kenne ich nicht, Weiß nicht, k. A.); (2) Wenn ja: Haben Sie daran teilgenommen? (Ja, Nein, Weiß nicht, k. A.).

<sup>145</sup> Beck und Lenhardt 2014, S. 2

<sup>146</sup> Beck und Lenhardt 2014



In der Untersuchung von BECK ET AL. (2015, S. 2) wurden Personen deutscher Unternehmen mit Verantwortung für Arbeitsschutz und/oder BGF befragt (N=6500). Diese konnten aus sechs verschiedenen BGM-Aktivitäten wählen (AU-Statistik, Befragung der Mitarbeiter, Bewegungsprogramme im Betrieb, Gesundheitszirkel, Suchtprävention, individuelle Gesundheitschecks). Die Fragen zu BGM bilden erneut nur einen kleinen Teil der Gesamtbefragung. So kommt auch diese Studie zu dem Ergebnis, dass BGM-Aktivitäten in kleinen Betrieben weitaus weniger verbreitet sind.

In Hinblick auf das Studiendesign bleibt somit zunächst fraglich, inwiefern verlässliche Aussagen über den tatsächlichen Verbreitungsgrad einer betrieblichen Gesundheitspolitik in KKU gesprochen werden kann.

Ergebnisse des Projekts „Gesunde Arbeit“ können die beschriebenen vorhandenen Umsetzungsdefizite zunächst nicht mit einem Beratungsbedarf zu BGM-relevanten Themen seitens der Unternehmen gleichsetzen: 92 % der befragten Unternehmer von KMU empfinden *keinen* aktuellen Beratungsbedarf<sup>147</sup>. Es zeigt sich ein kongruentes Bild zum Verbreitungsgrad: Je kleiner das Unternehmen, desto geringer ist auch der wahrgenommene Beratungsbedarf. Allerdings ist hier anzumerken, dass nur dann ein subjektiver Bedarf für externe Unterstützung wahrgenommen werden kann, wenn gewisse Kenntnisse über BGM vorhanden sind<sup>148</sup>. BECK (2011, S. 286) bildet auf Basis seiner Untersuchung eine neue Kategorie, die er mit „Nicht brauchen“ beschreibt: Eventuell weisen KKU gar keinen Unterstützungsbedarf auf, da eine zeitgemäße Betriebliche Gesundheitspolitik bereits etabliert ist.

Der Kenntnisstand zum Verbreitungsgrad als auch Unterstützungsbedarf von BGM in KKU lässt u.a. durch unzureichende Studiendesigns keine eindeutigen Schlüsse zu. Dennoch wird die Praxis betrieblicher Gesundheitspolitik noch weit entfernt von dem Ideal einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik vermutet und eher als „Gesundheitsförderung im Betrieb“ anstatt „Betriebliche Gesundheitsförderung“ angesehen<sup>149</sup>. Das Baugewerbe scheint dabei besonders „stiefmütterlich“ vertreten zu sein.

---

<sup>147</sup> Alles und Flach 2011, S. 39

<sup>148</sup> Alles und Flach 2011, S. 39

<sup>149</sup> Beck 2011, S. 113

## 4.2 BGM in KKU

Tab. 2 zeigt eine Auswahl an Studien und Projekten seit dem Jahr 2008, die sich mit BGM in KKU bzw. KMU befasst haben. Aufgrund der unterschiedlichen Definitionen der Unternehmensgrößen sowie den länderspezifischen Angebots- und Organisationsstrukturen hinsichtlich BGM<sup>150</sup> wird in dieser Übersicht auf Studien aus dem Ausland verzichtet und die Auswahl auf deutschsprachige Untersuchungen beschränkt (Untersuchungen aus Österreich und der Schweiz werden inkludiert). Um die Datenbasis zu erweitern, werden auch Projekte miteingeschlossen, die sich auf kleine *und* mittlere Unternehmen beziehen. Obgleich mittelständische Betriebe nicht die explizite Zielgruppe der vorliegenden Arbeit darstellen, sind KKU dennoch Bestandteil dieser Untersuchungen. Aus den Studienergebnissen wird im Folgenden der aktuelle Kenntnisstand über hemmende, fördernde und kleinbetriebsspezifische Bedingungen dargelegt.

---

<sup>150</sup> McCoy et al. 2014

Tabelle 2: Studien-/Projektübersicht zu BGM in KKKU

Studie/Projekt	Autor und Jahr	Untersuchungsgegenstand	Design	Zentrale Ergebnisse
Projekt „Hand/!“ - Der demogr. Wandel im Handwerk: Innovationen durch gesunde Unternehmensstrukturen	Brandt et al., 2015	Ermittlung von Erfolgsfaktoren zur Schaffung gesunder Unternehmensstrukturen durch Innovationen in handwerklichen KKKU	N=70 qualitative Motivationsinterviews (Projektbeginn) mit überwiegend kleinen Handwerksbetrieben, anschließende Evaluation	Zentrale Erfolgsfaktoren für BGM-Implementation in KKKU: Partizipation der MA, Sensibilisierung über pers. Gespräche, Bestandsaufnahme, Ressourceneffizienz, nachhaltige Verankerung im Betrieb
Vitalab - Gesundheitsförderung in Kleinunternehmen in der Schweiz	Eich und Manike, 2013	Entwicklung und Testung von praxisorientierten Instrumenten für KKKU	Umfassende Projektevaluation N=206 Fragebögen, 4 qualitative Interviews	Regionaler Zugang hat sich bewährt; wertvoll: personalisierte Akquisitionsmaßnahmen (regionaler BGF-Beauftragter=zentrale Rolle); Nachhaltigkeit nur durch Befähigung der Geschäftsführer gewährleistet; keine nachhaltige Finanzierung des Projektes
„PräTrans“ Impulse für Prävention in KU	Freigang-Bauer und Guisa, 2011	Transferpotentiale von Kammern und Verbänden für die Prävention in KKKU	Quantitative Befragung N=190 Selbstständige	Unternehmer wollen keine ausgefeilten Strategien, sondern praxisnahe Selbsthilfe; Kammern und Verbände besitzen großes Potential
Zeitgemäße GP in KKKU – Hemmende und fördernde Bedingungen	Beck, 2011	Hemmende und fördernde Bedingungen für die Anwendung von Selbst-Check-Verfahren	N=14 qualitative, problemzentrierte Interviews („multiple-case-study“)	Selbst-Check gutes Verfahren, jedoch geglättete Adaption sehr voraussetzungslos; Vermutung, dass oft bereits effektive BGP praktiziert wird („nicht brauchen?“)
Gesunde Arbeit in KMU	Kaiser et. al., 2011; Alles und Flach, 2011	Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit durch Aufbau regionaler Netzwerke	quantitative ex-ante- (N=1441) und ex-post- (N=871) Befragung: N=4 qualitative Interviews	Sensibilisierung der Unternehmen für BGM nur durch hohen PR-Aufwand möglich; Infos müssen branchenspezifisch, beispielhaft und attraktiv sein; vorhandene Kommunikationsstrukturen nutzen; Versorgungslücke durch fehlende Beratungsstruktur vorhanden
Gesundheitsbewusstsein und Kompetenzprofil „ASI und Prävention in KKKU“	Rettke et al., 2011	Untersuchung zum Thema Arbeitsschutz und Gesundheitsbewusstsein in KKKU	N=26 quantitative Untersuchung sowie problemzentrierte Interviews	Information, Beratung und Unterstützung für Unternehmer notwendig; Partizipation der MA, Motivation und Offenheit für BGM seitens der Unternehmer ist vorhanden
Gesundheit in KMU	Meyer, 2008	Widerstände gegen BGM in KMU	Qualitative Expertenbefragung N=12, Telefonbefragung BGM-Entscheider N=24, schriftl. Befragung N=417	Identifikation zentraler Widerstände der Geschäftsführer und der MA gegen die BG, Handlungsempfehlungen zu deren Überwindung

Quelle: Eigene Darstellung

#### 4.2.1 Hindernisse für BGM in KKU

Hemmende Faktoren für die Umsetzung von BGM in KKU werden auf ökonomischer Ebene gesehen (fehlende finanzielle und zeitliche Ressourcen), wobei vor allem die hohe Arbeitsbelastung sowie ein „Gefangensein im Alltagsgeschäft“ als Hindernisse gelten<sup>151</sup>. Der Geschäftsführer fungiert als „Alles-Manager“ und vereint zahlreiche Funktionen in einer Person.

Aus Personal- und Ressourcenmangel existiert in KKU oftmals keine Mitarbeitervertretung. Dies verringert zusätzlich die Möglichkeit, sich mit Themen außerhalb des Alltagsgeschäftes aktiv auseinanderzusetzen. Speziell im Baugewerbe wird die Einführung präventiver Maßnahmen zudem dadurch erschwert, dass die Mitarbeiter oftmals auf Baustellen unterwegs sind und dadurch nur wenig im Betrieb anwesend sind<sup>152</sup>. Hieran wird deutlich, dass mobile Angebote entwickelt werden müssen. Zudem zeigen sich in dieser Branche signifikant höhere Widerstände, was die Motivation der Mitarbeiter betrifft<sup>153</sup>. Hemmend können sich zudem fehlendes Wissen um Belastungen und Ressourcen im Arbeitsalltag als auch ein einseitiges Gesundheitsverständnis auswirken<sup>154</sup>. Als indirektes Hindernis für die Einführung eines BGM kann genannt werden, dass ein Unterstützungsbedarf gar nicht wahrgenommen wird (vgl. Kap. 4.1).

#### 4.2.2 Zugänge für BGM

Wie in Kap. 3.3.5 bereits dargestellt, ist die idealtypische Vorgehensweise eines BGM-Prozesses an die kleinbetrieblichen Besonderheiten (flache Hierarchien, Geschäftsführer ist „Alles-Manager“, fehlende Mitarbeitervertretung, im Baugewerbe oftmals Tätigkeit auf der Baustelle) anzupassen. Gleiches gilt auch für die Art und Weise, wie mit dem Thema BGM auf Betriebe zugegangen wird; hier muss sich anderer Strategien bedient werden als in großen Betrieben. Im Folgenden sind verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt, welche in der Praxis erprobt oder durch Studien herausgearbeitet wurden.

---

<sup>151</sup> Meyer 2008

<sup>152</sup> Brandt et al. 2015

<sup>153</sup> Meyer 2008

<sup>154</sup> Brandt et al. 2014

### 1. „Diffusion of Innovations“

Die „Diffusionstheorie“ nach ROGERS bezieht sich generell auf Innovationen in Unternehmen. Da jedoch BGM insbesondere für kleine Unternehmen eine Innovation darstellt, findet sie für die vorliegende Thematik herangezogen werden<sup>155</sup>. Danach müssen zunächst fünf Stufen durchlaufen werden, bevor sich eine Innovation in einem Unternehmen etablieren kann:

- (1) „Wissen um die Innovation (‘knowledge‘)
- (2) Herausbildung einer Bewertung der Innovation (‘persuasion‘)
- (3) Entscheidung, die Innovation anzunehmen oder abzulehnen (‘decision‘)
- (4) Umsetzung der Innovation (‘implementation‘)
- (5) Beibehaltung der Information (‘confirmation‘)<sup>156</sup>.

Eine besondere Funktion kommt dabei den sogenannten „change-agents“ zu, deren Aufgabe es ist, den Kontakt zum Adressaten herzustellen sowie diesen von einer Adoption der Innovation zu überzeugen. Eigenschaften dieser Person wie Empathie und Glaubwürdigkeit sowie die Fähigkeit, die Sprache der Zielgruppe zu beherrschen und die Meinungsführer bzw. vertrauenswürdige Vertreter der Adressaten miteinzubinden, werden als entscheidender Erfolgsfaktor für die Adoption der Innovation angesehen<sup>157</sup>.

### 2. Innovative Ansätze: Das „Huckepack“- und das „InnoGeko“-Verfahren

Vor dem Hintergrund des zeitaufwändigen, arbeitsintensiven BGM-Prozesses und als Lösungsvorschlag für die heutigen flexiblen Arbeitsstrukturen müssen alternative Gestaltungsmöglichkeiten für kleine Betriebe gestaltet werden. Besonders der Demografische Wandel sowie der sich vor allem im Baugewerbe abzeichnende Fachkräftemangel fordern die Entwicklung neuer Bindungsstellen für Mitarbeiter, da qualitätsreiche Arbeitsbedingungen als wichtiges Kriterium bei der Wahl des Arbeitgebers gelten. Gesundheitsförderung spielt hierbei eine große Rolle<sup>158</sup>. Das „Huckepack-Verfahren“ sowie der Ansatz „Innovation-Gesundheits-Kompetenz“ („InnoGeko“) stellen pragmatische Antworten auf die sich dynamisch verändernden Herausforderungen der heutigen Arbeitswelt dar und scheinen daher besser geeignet als traditionelle BGF-Konzepte. Beim „Huckepack-Verfahren“ wird „BGF in vorhandene Instrumente, Verfahren und Strukturen der Arbeitsorganisation von KMU eingeflochten, statt sie in den Unternehmen als eine

---

<sup>155</sup> Eich und Manike 2013, S. 11

<sup>156</sup> Rogers 2003, zitiert nach Eich und Manike 2013, S. 11

<sup>157</sup> Rogers 2003

<sup>158</sup> Ducki 2013, S. 167

Parallelorganisation neben der eigentlichen Arbeitsorganisation aufzubauen“<sup>159</sup>. Es müssen somit keine aufwändigen, neuen Strukturen und Verfahren etabliert werden, da bereits bestehende Kommunikations- und Dialogstrukturen genutzt werden können. Bspw. kann das Thema Gesundheitsförderung in bereits feststehende Besprechungen mitaufgenommen, bestehende Kontakte der Mitarbeiter genutzt oder ein Gesundheitsvortrag in eine Betriebsfeier miteingebunden werden. Die Integration in bereits vorhandene Instrumente der Arbeitsorganisation bietet auch Vorteile für die Mitarbeiter, da sie nicht in gesonderten Gremien über eventuelle Belastungen sprechen müssen, sondern diese im alltäglichen Arbeitsablauf äußern können<sup>160</sup>.

Das „InnoGeko-Verfahren“ zeichnet sich durch eine Verknüpfung von Gesundheit mit Innovation aus<sup>161</sup>: Laut den Befragungsergebnissen des Projektes „Hand/I“<sup>162</sup> hat das Thema Innovation eine hohe Bedeutung für Handwerksbetriebe; 93 % haben sich bereits mit diesem Gegenstand auseinandergesetzt<sup>163</sup>. Ziel des Verfahrens ist es, in einem modularen Prozess die Betriebe darin zu befähigen, nachhaltige Maßnahmen zu entwickeln, welche sowohl die Innovationsfähigkeit als auch die gesundheitlichen Ressourcen des Unternehmens stärkt. Ein nach dreijähriger Laufzeit im April 2015 abgeschlossenes Projekt hat beide vorgestellten Ansätze gewählt, um gesundheitsförderliche Unternehmensstrukturen in Kleinbetrieben zu schaffen. Das „Huckepack-Verfahren“ erscheint danach als geeignete Möglichkeit für die Implementation eines BGM in KKU und auch die Koppelung von Gesundheit und Innovation stellt sich als praktikabler Ansatz heraus. Für die Fachkräfte, die dieses Vorgehen vermitteln und begleiten, entsteht aufgrund der notwendigen, intensiven Betreuung jedoch ein hoher Zeitaufwand<sup>164</sup>.

### 3. Der Unternehmer als Schlüsselfigur

Verschiedene Untersuchungen heben die zentrale Rolle des Geschäftsführers hinsichtlich der Unternehmenspolitik hervor. Er vereint zahlreiche Funktionen in einer Person, ihm obliegt die Entscheidungsgewalt als auch eine Vorbildfunktion für seine Angestellten. Ob die Gesundheit der Mitarbeiter in einem Unternehmen berücksichtigt und gefördert wird, hängt

---

<sup>159</sup> Becke et al. 2011, S. 672

<sup>160</sup> Becke et al. 2011, S. 684

<sup>161</sup> Ducki 2013

<sup>162</sup> N=70 leitfadengestützte Motivationsinterviews mit Mehrheit der Betriebe <50 Beschäftigte.

<sup>163</sup> Brandt et al. 2014, S. 281

<sup>164</sup> Brandt et al. 2015

wesentlich von der persönlichen Einstellung und dem Engagement des Unternehmers ab<sup>165,166</sup>. Vorrangig gilt es, diese Person als „Türöffner“ zur Bühne betrieblicher Gesundheitspolitik für die Thematik zu gewinnen<sup>167</sup>. Eine Sensibilisierung durch bspw. einen externen BGM-Dienstleister erfolgt hierbei am besten in einem persönlichen Gespräch mit dem Geschäftsführer<sup>168</sup>.

#### 4. Netzwerke, Verbände und Kammern

Bei kleinen Unternehmen kann es aufgrund der hohen Arbeitsdichte im Alltag schnell zur Überforderung kommen, wenn es um die Implementation von konkreten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung geht. Durch das Zusammenschließen in Netzwerken können die Herausforderungen gemeinsam bewältigt werden und von entstehenden Innovationen, Kompetenzerwerb sowie Synergieeffekten profitiert werden<sup>169</sup>. Bestehende Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitspolitik stellen zumeist eine Mischung aus u.a. staatlichen (z.B. Arbeitsschutzbehörden), quasi-staatlichen (BG), gesellschaftlichen (Dienstleister) oder vom Staat lizenzierten Einrichtungen (Krankenkassen) dar, welche Programme, Maßnahmen und Konzepte zur Unterstützung von Unternehmen anbieten<sup>170</sup>. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass sich die Betriebe selbst vernetzen, wodurch wirklich die spezifischen Probleme und Bedarfe der KKU im Mittelpunkt stehen. Überbetriebliche Ratgeber können bei Bedarf hinzugezogen oder integriert werden<sup>171</sup>.

Allerdings muss andererseits auch berücksichtigt werden, dass Netzwerke „fragile, soziale Gebilde“ darstellen und Organisationen nicht per se ein Interesse an Kooperationen haben müssen, welche nicht automatisch Vorteile bringen<sup>172</sup>. Rolf Papenfuß vom Zentralverband des Deutschen Handwerks äußert sich zum Thema Netzwerke wie folgt:

*Eine Handwerkskammer kann natürlich kein Beratungspotenzial aufbauen, was es ermöglicht, jeden Betrieb jeden Tag umfassend zu beraten. Uns bleibt gar nichts anderes übrig, als in Partnerschaft zu gehen, mit anderen Organisationen*

---

<sup>165</sup> Meyer 2008; Hübner und Gröben 2007

<sup>166</sup> Brandt et al. 2015

<sup>167</sup> Beck 2011

<sup>168</sup> Brandt et al. 2015

<sup>169</sup> Reindl 2011, S. 26

<sup>170</sup> Reindl 2011, S. 17

<sup>171</sup> Reindl 2011, S. 30

<sup>172</sup> Reindl 2011, S. 26

*zusammenzuarbeiten und diese Netzwerke auch systematisch zu nutzen. Wir können nur im Netzwerk ein perfekter Dienstleister für die Betriebe sein, aber nicht allein<sup>173</sup>.*

In Anlehnung an dieses Zitat hat sich das Projekt „PräTrans“ mit möglichen Transferpotenzialen von Kammern und Fachverbänden für die gesundheitliche Prävention in KKU auseinandergesetzt. Die Ausgangslage stellte die defizitäre Verankerung betrieblicher Gesundheitspolitik in KKU dar mit dem Wissen um einen vorhandenen personellen Ressourcenmangel seitens der BG oder der GKV, die eine flächendeckende Umsetzung kaum möglich machen. Das Projekt kommt zu dem Ergebnis, dass die Potenziale der bereits flächendeckend ausgebauten Betriebsberatung von Handwerkskammern und Innungen noch unausgeschöpft sind. Der Nutzen sollte stärker in den Blick genommen werden, zumal nicht nur die Unternehmer und deren Betriebe von einer Kooperation profitieren, sondern auch die Verbände ihr Angebotsspektrum ausweiten können<sup>174</sup>.

#### 5. Überbetriebliche Akteure

Unfallversicherungsträger und Krankenkassen haben einen gesetzlichen Auftrag, Betriebe bei der Umsetzung von BGM zu unterstützen. Auch Rentenversicherungsträger können neben Berufsgenossenschaften und Arbeitsmedizinischen Diensten zur Beratung herangezogen werden. Nicht zuletzt stehen Bildungseinrichtungen wie Universitäten oder Hochschulen als wertvoller Kooperationspartner zur Verfügung<sup>175</sup>. Zudem können Angebote zur Prävention inzwischen über zahlreiche kommerzielle Dienstleister als Serviceleistung bezogen werden<sup>176</sup>. Teils besteht für Unternehmen die Möglichkeit, an zumeist kostenfreien, da staatlich geförderten Projekten zur Förderung der betrieblichen Gesundheitsstrukturen teilzunehmen<sup>177</sup>.

#### 6. Weiteres Erfahrungswissen

Geschäftsführer wägen aufgrund der hohen Arbeitsbelastung sehr genau ab, wofür sie Zeit und Ressourcen investieren<sup>178</sup>. Daher muss einerseits der Nutzen gesundheitsfördernder

---

<sup>173</sup> Freigang-Bauer und Gusia 2011, S. 24

<sup>174</sup> Freigang-Bauer und Gusia 2011

<sup>175</sup> Freigang-Bauer und Gusia 2011

<sup>176</sup> Unternehmensberatungen, Physiotherapeuten, verschiedene Wellnessangebote oder Coachings unterschiedlichster Art sind Beispiele für solche Dienstleistungen.

<sup>177</sup> Die in Tab. 2 aufgeführten Projekte „Hand/I“ oder „PräTrans“ stehen beispielhaft für Angebote mit den beschriebenen Rahmenbedingungen.

<sup>178</sup> Brandt et al. 2015



Maßnahmen für den Geschäftsführer eindeutig erkennbar sein<sup>179</sup> und andererseits sollte den KKU nur – aber genau – die Hilfe gegeben werden, die sie auch wirklich brauchen. Geeignet sind daher keine ausgefeilten Managementsysteme, sondern praxisnahe Angebote zur Selbsthilfe<sup>180,181</sup>. Zum Beispiel sollte ein BGM-Berater finanzielle Fördermöglichkeiten aufzeigen und eine schnell erreichbare Anlaufstelle für alle Fragen zum BGM einrichten, welche konkrete Maßnahmen vorschlagen, inhaltliche Beratung anbieten oder Experten vermitteln können<sup>182</sup>. Auch Eich betont auf Basis des regional angelegten Pilotprojektes „VitaLab“ die Notwendigkeit, dass BGF-Instrumente praxistauglich und bedarfsgerecht gestaltet werden und einen erkennbaren Nutzen aufzeigen müssen<sup>183</sup>. Eine Schlüsselrolle für die Überzeugung des Unternehmers kann das Aufzeigen von Best-Practice-Beispielen spielen<sup>184</sup>. Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine aktive Partizipation der Angestellten sowie ein ressourcenorientierter Ansatz als Erfolgsfaktoren gelten.

Den Projekten war es insgesamt gelungen, zahlreiche Erfolge und damit eine Verbreitung gesundheitsförderlicher Strukturen zu erreichen. Die Nachhaltigkeit der Projekte gestaltet sich jedoch als unsicher. Es besteht Einigkeit darüber, dass die Implementation einen immensen Zeitaufwand voraussetzt, um Unternehmen für die Projekte gewinnen zu können. Fraglich bleibt, ob die aufgewendeten Ressourcen für die Akquise von Interessenten gerechtfertigt sind. So blieb beispielsweise im Projekt „Gesunde Arbeit“ die Nachfrage seitens der KMU deutlich hinter den Erwartungen zurück<sup>185</sup>. Im Zuge von „VitaLab“ ist eine nachhaltige Vernetzung der KKU nicht gelungen. Eine weitere Problematik zeichnet sich mit Blick auf die finanziellen Ressourcen ab: Wenn auch der Projektbeginn zumeist durch eine monetäre Basis gesichert ist, erschöpft sich diese Quelle zeitnah und die Weiterführung des Projektes bleibt ungewiss<sup>186</sup>.

---

<sup>179</sup> Ammel et al. 2015

<sup>180</sup> Meyer 2008; Freigang-Bauer und Gusia 2011

<sup>181</sup> Freigang-Bauer und Gusia 2011, S. 11

<sup>182</sup> Meyer 2008, S. 50

<sup>183</sup> Eich und Manike 2013, S. 7

<sup>184</sup> Eich und Manike 2013

<sup>185</sup> Alles und Flach 2011, S. 98

<sup>186</sup> Eich und Manike 2013

### 4.2.3 Förderliche Bedingungen für BGM in KKV

Neben hinderlichen Faktoren gibt es jedoch zahlreiche Aspekte, die eine Berücksichtigung von BGM in KKV begünstigen. Beispielsweise genießt das Thema Gesundheit oftmals eine hohe Relevanz bei den Unternehmern und die Einstellung zu Gesundheitsförderung ist überwiegend positiv<sup>187,188</sup>. Als förderlich gilt die überschaubare, familiäre Mitarbeiterstruktur sowie die oft enge Beziehung des Unternehmers zu seinen Angestellten, was ein hohes Maß an sozialer Unterstützung mit sich bringt<sup>189</sup>. Im Gegensatz zu großen Unternehmen existieren kurze Entscheidungswege, die durch direkte Kommunikation und flache Hierarchien geprägt sind. Eine Partizipation der Mitarbeiter an gesundheitsförderlichen Prozessen gestaltet sich in kleinen Betrieben durchaus einfacher und der Geschäftsführer hat durch den direkten Kontakt zu seinen Mitarbeitern die Möglichkeit, durch seine Vorbildfunktion Gesundheit im Betrieb vorzuleben und dadurch zu fördern<sup>190</sup>.

## 5 Fazit

Dem Thema Gesundheit kommt in der heutigen Arbeitswelt und vor allem in den KKV eine große Bedeutung zu, um negative Folgen der durch zunehmende körperliche und seelische Belastungen geprägten Arbeitswelt abzumildern, persönliche wie auch organisatorische Ressourcen zu stärken und damit die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten bzw. zu verbessern. Dem Führungsverhalten kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da sie einen nachgewiesenen großen Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit ausübt. Geprägt von einem freiwilligen Charakter konnte ein eindeutiger Nutzen gesundheitsfördernder Maßnahmen sowohl auf Individual- als auch auf ökonomischer Ebene bereits mehrfach bestätigt werden. Dennoch besteht nach wie vor ein Mangel an einheitlichen Qualitätssicherungs- sowie Evaluationssystemen.

Was den zukünftigen Stellenwert von BGM betrifft, so kann eine nachhaltige Verankerung des Themas nur durch eine kritische Bestandsaufnahme erreicht werden. Eine gesetzliche Grundlage hierfür würde bereits einen „Quantensprung“ darstellen<sup>191</sup>. Zudem sollte geprüft

---

<sup>187</sup> Brandt et al. 2014

<sup>188</sup> Rettke et al. 2010

<sup>189</sup> Brandt et al. 2015

<sup>190</sup> Ammel et al. 2015

<sup>191</sup> Altgelt 2014, S. 307

werden, ob der Fortbestand aller existierender Netzwerke und Initiativen auf Bundesebene notwendig oder eine Verschlinkung zur Vermeidung von Parallelaktivitäten sowie eine Entwirrung aller Beteiligten möglich ist. BGM muss außerdem systematisch und umfassend angelegt sein und darf sich nicht in erster Linie aktuellen Trendthemen widmen<sup>192</sup>.

Vereinfacht kann festgestellt werden: Je kleiner das Unternehmen, desto weniger wird BGM umgesetzt. Fraglich bleibt jedoch, ob von einem tatsächlichen Umsetzungsdefizit gesprochen werden kann oder in vielen Betrieben bereits eine Gesundheitskultur gelebt wird, die nur durch die Brille großbetrieblicher Beobachter nicht erkannt wird<sup>193</sup>. ALTGELD (2014, S. 303) kommt auf Basis des aktuellen Kenntnisstandes zu folgender Schlussfolgerung:

*[...] wahrscheinlich braucht es gar keine neuen Studienergebnisse, sondern eine bessere Infrastruktur der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherer und ihrer Partnerinnen und Partner, die sich vor allem an KMU richtet. Es ist nach wie vor auch unter Wettbewerbsaspekten sehr viel attraktiver, mit größeren Unternehmen zusammenzuarbeiten, weil darüber natürlich mehr Versicherte direkt erreicht werden können und ein weiteres Feld für Marketingaktivitäten besteht. Bislang hat keine einzige Kassenart eine umfassende Infrastruktur für die Beratung von Klein- und Mittelbetrieben längerfristig aufgebaut.*

Zahlreiche Faktoren gelten als hinderlich, das Thema Gesundheitsförderung in kleinen Betrieben zu berücksichtigen. Daneben gibt es jedoch auch Attraktivitätsaspekte für den Anstoß eines solchen Prozesses. Verschiedene Vorgehensweisen wurden aufgezeigt, wie die Saat der Gesundheitsförderung in KKV gesät werden kann. Die wichtigste Rolle spielt dabei der Unternehmenseigner: In erster Linie muss dieser von dem Nutzen von BGM überzeugt werden, was am besten durch ein persönliches Gespräch gelingt. Innovative Ansätze wie das „Huckepack“- oder das „InnoGeko“- Verfahren stellen geeignete Ansätze dar, einerseits auf die wachsenden Anforderungen wie den Demografischen Wandel sowie den besonders im Baugewerbe vorhandenen Fachkräftemangel zu reagieren, und andererseits ein BGM anbieten zu können, welches unter Berücksichtigung der Besonderheiten kleiner Betriebe praktikabel und bedarfsgerecht umsetzbar ist. Das Potenzial von Netzwerken, Kammern und diversen Fachverbänden gilt als vielversprechend und bisweilen noch nicht ausgeschöpft. Obgleich auch die Aktivitäten der GKV in kleinen Betrieben hinsichtlich einer BGM-Implementation noch als mangelhaft konstatiert werden können, zählen die Kassen als wichtige Ansprechpartner in Sachen Gesundheitsförderung. Neben weiteren diversen

---

<sup>192</sup> Altgelt 2014, S. 307

<sup>193</sup> Beck 2011, S. 297

überbetrieblichen Anbietern besteht die Möglichkeit, über meist regional angelegte Projekte kleine Unternehmen für das Thema BGM zu sensibilisieren. Erfolgreiche Ergebnisse sowie positive Rückmeldungen auf sowohl der Projektanbieter- als auch der Unternehmensseite konnten erzielt werden.

Neben einem geringen Engagement der Krankenkassen erscheint die Baubranche auch kaum Ziel von Projekten zur Arbeits- und Beschäftigtenfähigkeit zu sein. Nach wie vor prägen hohe körperliche Belastungen den Arbeitsalltag der Mitarbeiter, die zu einer hohen Zahl an muskuloskelettal bedingten AU-Tagen führen und sich vor allem in KKV oftmals als existenzbedrohend herausstellen. Während das Baugewerbe einen erheblichen Anteil des Beschäftigungsmarktes bildet, müssen sich Unternehmer stärker noch als in anderen Branchen um Fachkräfte bemühen. Dies erzwingt geradezu, Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Belegschaften in kurzer Frist zu gestalten, wobei Unternehmenskultur und Führungsverhalten neben den allgemeinen BGM-Interventionen in dieser Branche besonders zu betrachten sein werden.

## 6 Literaturverzeichnis

- Alles, T.; Flach, T. (2011): Abschlussbericht Projekt: Gesunde Arbeit. Teil C: Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Hg. v. iqpa GmbH. Köln. Online verfügbar unter [http://www.iqpr.de/iqprweb/public/dokumente/forschung/publikationen/GesundeArbeit\\_Abschlussbericht\\_Teil\\_C.pdf](http://www.iqpr.de/iqprweb/public/dokumente/forschung/publikationen/GesundeArbeit_Abschlussbericht_Teil_C.pdf), zuletzt geprüft am 08.02.2016.
- Altgeld, T. (2014): Zukünftiger Stellenwert des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Fehlzeiten-Report), S. 299–309.
- Ammel, S.; Beerheide, E.; Georg, A.; Lück, P.; Müller, M.; Schauerte et al. (2015): Klein – Gesund – Wettbewerbsfähig: Betriebliche Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben stärken. Hg. v. Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). BKK Dachverband Berlin. Online verfügbar unter [http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/foren/kmu/Positionspapier\\_DNBGF\\_KMU\\_2015.pdf](http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/foren/kmu/Positionspapier_DNBGF_KMU_2015.pdf), zuletzt geprüft am 28.11.2015.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Unter Mitarbeit von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt-Verlag (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36).
- Badura, B.; Hehlmann, T.; Walter, U. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2., vollst. überarb. Aufl. Berlin [u.a.]: Springer.
- Baicker, K.; Cutler, D.; Song, Z. (2010): Workplace wellness programs can generate savings. In: *Health affairs (Project Hope)* 29 (2), S. 304–311. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0626.
- Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A.-M. (2011a): Prozessmerkmale von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In: E. Bamberg, A. Ducki und A.-M. Metz (Hg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe (Innovatives Management), S. 135–153.
- Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A.-M. (2011b): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement: Konzeptuelle Klärung. In: E. Bamberg, A. Ducki und A.-M. Metz (Hg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe (Innovatives Management), S. 123–134.
- BAuA (2015): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2013. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Dortmund, zuletzt geprüft am 04.01.2016.
- Bechmann, S.; Dahms, V.; Fischer, A.; Frei, M.; Leber, U.; Möller, I. (2011): Beschäftigung, Arbeit und Unternehmertum in deutschen Kleinbetrieben. Ergebnisse aus dem IAB-Betriebspanel 2010. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) (IAB Forschungsbericht). Online verfügbar unter <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2011/fb0711.pdf>, zuletzt geprüft am 19.01.2016.
- Beck, D. (2011): Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Kleinst- und Kleinbetrieben. Hemmende und fördernde Bedingungen. Berlin: Ed. Sigma (Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, 132).
- Beck, D.; Lenhardt, U. (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. DOI: 10.1055/s-0034-1387744.
- Beck, D.; Lenhardt, U.; Schmitt, B.; Sommer, S. (2015): Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany. In: *BMC public health* 15, S. 1–9. DOI: 10.1186/s12889-015-1647-z.

- Becke, G.; Bleses, P.; Schmidt, S. (2011): BGF in flexiblen Arbeitsstrukturen der Wissensökonomie. Das "Huckepack-Verfahren" als pragmatische Antwort auf neue Herausforderungen. In: E. Bamberg, A. Ducki und A.-M. Metz (Hg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe (Innovatives Management), S. 671–691.
- Beckmann, R.; Klaus, A. (2015): Der Arbeitsmarkt in Deutschland -Fachkräfteengpassanalyse. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg (Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung). Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2015-12.pdf>, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6).
- BG BAU (2016): Unser Leitbild. Online verfügbar unter <http://www.bgbau.de/die-bg-bau/leitbild>, zuletzt geprüft am 19.02.2016.
- BIBB/BAuA (2014): Arbeitsbedingungen am Bau - Immer noch schwere körperliche Arbeit trotz technischen Fortschritts. Faktenblatt 11. Dortmund, zuletzt geprüft am 01.02.2016.
- Boese, K. (2016): Work Ability Index. Online verfügbar unter <http://www.klaus-dieter-boese.de/work-ability-index.html>, zuletzt geprüft am 12.03.2016.
- Bossler, M.; Stephani, J. (2014): Der Arbeitsmarkt im Bausektor. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) und Bundesagentur für Arbeit. Fürth. Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Branchen-Berufe/generische-Publikationen/Baubericht-2013.pdf>, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Brandes, S.; Stark, W. (2015): Empowerment/Befähigung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Alphabetisches Verzeichnis. Hg. v. BZgA. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowerment-befaeahigung/>, zuletzt geprüft am 13.12.2015.
- Brandt, M.; Holtermann, I.; Kunze, D. (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement für Klein- und Kleinstunternehmen. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose und M. (Hrsg.) Meyer (Hg.): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin [u.a.]: Springer (Fehlzeiten-Report, 2015), S. 61–69.
- Brandt, M.; Kunze, D.; Petsch, T.; Warnke, I. (2014): Zukünftige Allianzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Handwerk. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Fehlzeiten-Report), S. 279–288.
- Chevalier, A.; Kaluza, G. (2015): Psychosozialer Stress am Arbeitsplatz: Indirekte Unternehmenssteuerung, selbstgefährdendes Verhalten und die Folgen für die Gesundheit. Hg. v. Barmer GEK Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17\\_Gesundheitsmonitor/Newsletter\\_Gesundheitsmonitor\\_selbstgefaehrdendes\\_Verhalten\\_20150316.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Newsletter_Gesundheitsmonitor_selbstgefaehrdendes_Verhalten_20150316.pdf), zuletzt geprüft am 22.10.2015.
- Conrad, G. (2013): Gesundheitsförderung in Settings und das gesundheitsfördernde Setting. In: *Journal Gesundheitsförderung* (1), S. 16–23. Online verfügbar unter [http://www.conrad-verlag.de/pdf/Journal\\_leseprobe.pdf](http://www.conrad-verlag.de/pdf/Journal_leseprobe.pdf), zuletzt geprüft am 30.11.2015.
- Crößmann, A.; Schüller, F. (2015): Der Beschäftigtenmarkt in Deutschland: Zahlen, Daten, Fakten. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose und M. (Hrsg.) Meyer (Hg.): Fehlzeiten-Report 2015.

- Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin [u.a.]: Springer (Fehlzeiten-Report, 2015), S. 11–20.
- DESTATIS (2012): 34,5 Jahre dauert im Schnitt ein Arbeitsleben in der Europäischen Union. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Internet. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2012/PD12\\_006\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2012/PD12_006_p002.html), zuletzt aktualisiert am 01.10.2012, zuletzt geprüft am 31.12.2015.
- Dietz, M.; Kubis, A.; Leber, U.; Müller, A.; Stegmaier, J. (2013): Personalsuche in Deutschland: Kleine und mittlere Betriebe im Wettbewerb um Fachkräfte. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB). Nürnberg (IAB Kurzbericht: Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung). Online verfügbar unter <http://doku.iab.de/kurzber/2013/kb1013.pdf>, zuletzt geprüft am 02.12.2015.
- Ducki, A. (2013): Innovationsfähigkeit von Unternehmen demografie- und gesundheitssensibel stärken. In: S. Jeschke (Hg.): Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel: Beiträge der Demografietagung des BMBF im Wissenschaftsjahr 2013: Campus Verlag, S. 167–182.
- Eich, B.; Manike, K. (2013): VitaLab – Gesundheitsförderung in Kleinunternehmen. Hg. v. Gesundheitsförderung Schweiz. Bern und Lausanne (Arbeitspapier 7). Online verfügbar unter [http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1\\_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier\\_007\\_GFCH\\_2013-06\\_-\\_VitaLab\\_-\\_Gesundheitsfoerderung\\_in\\_Kleinunternehmten.pdf](http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_007_GFCH_2013-06_-_VitaLab_-_Gesundheitsfoerderung_in_Kleinunternehmten.pdf), zuletzt geprüft am 22.10.2015.
- ENWHP (2007): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Hg. v. Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union e.V. Luxemburg. Online verfügbar unter [http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger\\_Dekl\\_Mai2014.pdf](http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Dekl_Mai2014.pdf), zuletzt geprüft am 06.01.2016.
- Faller, G. (Hg.) (2012a): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).
- Faller, G. (2012b): Was ist eigentlich BGF? In: G. Faller (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), S. 15–26.
- Faller, G.; Faber, U. (2012): Hat BGF eine rechtliche Grundlage? Gesetzliche Anknüpfungspunkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. In: G. Faller (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), S. 39–52.
- Fellenberg, J.; Middendorf, T. (2014): Studie zur Attraktivität der Baubranche. Hg. v. Personalwerk und SOKA-Bau. Wiesbaden. Online verfügbar unter [https://www.igbau.de/Binaries/Binary25194/Studie\\_Personalwerk\\_20140425.pdf](https://www.igbau.de/Binaries/Binary25194/Studie_Personalwerk_20140425.pdf), zuletzt geprüft am 16.02.2016.
- Freigang-Bauer, I.; Gusia, G. (2011): Impulse für gesundheitliche Prävention in Kleinbetrieben Eine Praxishilfe für Kammern und Verbände. Hg. v. RKW Kompetenzzentrum. Online verfügbar unter [http://www.gesundheit-unternehmen.de/fileadmin/media/Projektwebsites/Gesundheit-Unternehmen/Dokumente/service/downloads/2012\\_LF\\_Praevention-im-Wandel.pdf](http://www.gesundheit-unternehmen.de/fileadmin/media/Projektwebsites/Gesundheit-Unternehmen/Dokumente/service/downloads/2012_LF_Praevention-im-Wandel.pdf), zuletzt geprüft am 21.10.2015.
- Gregersen, S.; Kuhnert, S.; Zimmer, A.; Nienhaus, A. (2011): Führungsverhalten und Gesundheit - Zum Stand der Forschung. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 73 (1), S. 3–12. DOI: 10.1055/s-0029-1246180.

- Hardege, S.; Zimmermann, A. (2014): Zukünftige Arbeitswelten aus Unternehmenssicht. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Fehlzeiten-Report), S. 27–34.
- Hübner, B.; Gröben, F. (2007): Beratungsbedarf und Beratungsstrukturen von KMU zu betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht überbetrieblicher Akteure. Hg. v. Hans-Böckler-Stiftung. Karlsruhe und Eschborn. Online verfügbar unter [http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/global/show\\_document.asp?id=aaaaaaaaaahxtw](http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaaahxtw), zuletzt geprüft am 10.12.2015.
- Hurrelmann, K.; Richter, M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8., überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundagentexte Soziologie).
- HwO (2015): Gesetz zur Ordnung des Handwerks (Handwerksordnung). HwO, vom 2015. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hwo/gesamt.pdf>, zuletzt geprüft am 16.02.2016.
- IfM Bonn (2016a): KMU-Definition der Europäischen Kommission. Hg. v. IfM Bonn. Online verfügbar unter <http://www.ifm-bonn.org/mittelstandsdefinition/definition-kmu-der-eu-kommission/>, zuletzt geprüft am 10.01.2016.
- IfM Bonn (2016b): Unternehmensbestand. Hg. v. IfM Bonn. Online verfügbar unter <http://www.ifm-bonn.org/statistiken/unternehmensbestand/#accordion=0&tab=1>, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- IHKG, vom 31.08.2015 (1956): Gesetz zur vorläufigen Regelung des Rechts der Industrie- und Handelskammern. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ihkg/gesamt.pdf>, zuletzt geprüft am 09.03.2016.
- Ilmarinen, J. (2011): Arbeitsfähig in die Zukunft. In: M. Giesert (Hg.): Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit! 1. Aufl. Hamburg: VSA-Verlag, S. 20–30.
- Kaiser, H.; Wirtz, K.; Geiger, A.; David, V.; Bensien, D.; Jastrow, B.; Uhlig, B. (2011): Abschlussbericht des Projekts ‚Gesunde Arbeit‘. Hg. v. iqpa GmbH. Köln, zuletzt geprüft am 07.02.2016.
- Karasek, R.; Theorell, T. (1990): Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Kayser, K.; Zepf, K.-I.; Claus, M. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen in Rheinland-Pfalz. Leitfaden. Hg. v. L.-C. Escobar Pinzon. Online verfügbar unter [http://www.gesundekmu.de/fileadmin/kliniken/ifl/Dokumente/Leitfaden\\_Gesunde\\_KMU\\_in\\_RLP\\_final\\_neu.pdf](http://www.gesundekmu.de/fileadmin/kliniken/ifl/Dokumente/Leitfaden_Gesunde_KMU_in_RLP_final_neu.pdf), zuletzt geprüft am 04.11.2015.
- Knieps, F.; Pfaff, H. (Hg.) (2015): Langzeiterkrankungen. BKK Gesundheitsreport 2015. 1. Auflage, neue Ausg. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (BKK Gesundheitsreport).
- Kohstall, T. (2011): Kosten von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Fehlzeiten. Hg. v. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV). Berlin (Aus der Arbeit des IAG).
- Kramer, I.; Oster, S.; Blum, M. (2015): iga.Report 29. Führungskräfte sensibilisieren und Gesundheit fördern – Ergebnisse aus dem Projekt „iga.Radar“. Hg. v. AOK Bundesverband, BKK Dachverband e.V., DGUV, vdek.Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Aufl. Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa (Juventa Paperback).



- Kuhn, K. (2012): Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: G. Faller (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), S. 27–38.
- Lißner, L.; Brück, C.; Stautz, A.; Riedmann, A.; Strauß, A. (2014): Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Hg. v. Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz. Online verfügbar unter [http://www.gda-portal.de/de/pdf/GDA-Dachevaluation\\_Abschlussbericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.gda-portal.de/de/pdf/GDA-Dachevaluation_Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 04.11.2015.
- Marlo, K.; Serxner, S. (2015): Expert perspective: Building the case for health and wellness value of investment. Hg. v. optum. Minnesota. Online verfügbar unter [https://www.optum.com/content/dam/optum/resources/whitePapers/Expert\\_Perspective\\_Value\\_of\\_Investment.pdf](https://www.optum.com/content/dam/optum/resources/whitePapers/Expert_Perspective_Value_of_Investment.pdf), zuletzt geprüft am 04.01.2016.
- McCoy, K.; Stinson, K.; Scott, K.; Tenney, L.; Newman, L.-S. (2014): Health Promotion in Small Business: A Systematic Review of Factors Influencing Adoption and Effectiveness of Worksite Wellness Programs. In: *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 56 (6), S. 579–587. DOI: 10.1097/JOM.000000000000171.
- Meyer, J.-A. (2008): Gesundheit in KMU. Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen - Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung. Hg. v. Techniker Krankenkasse. Hamburg (Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, 17), zuletzt geprüft am 22.10.2015.
- Meyer, M.; Böttcher, M.; Glushanok, I. (2015): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2014. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose und M. (Hrsg.) Meyer (Hg.): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin [u.a.]: Springer (Fehlzeiten-Report, 2015), S. 341–549.
- O'Donnell, M.-P. (2015): What is the ROI for workplace health promotion? It really does depend, and that's the point. In: *American journal of health promotion: AJHP* 29 (3), S. v–viii. DOI: 10.4278/ajhp.29.3.v.
- Packebusch, L. (2011): Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstunternehmen (KKU) der Bauwirtschaft. In: E. Bamberg, A. Ducki und A.-M. Metz (Hg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe (Innovatives Management), S. 653–668.
- Pauls, N.; Pangert, B.; Lück, P. (2015): iga.Report 30. Auswertungen der vier Wellen des iga.Barometers für die Jahre 2004 bis 2013. Initiative Gesundheit und Arbeit.
- Pieck, N. (2012): Prämissen der Betrieblichen Gesundheitsförderung - ein Überblick. In: G. Faller (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), S. S. 125–134.
- Pieper, C.; Schröer, S.; Bräunig, D.; Kohstal, T.; Haupt, J.; Kramer, I. (2015): iga.Report 28. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. 1. Aufl. Hg. v. AOK Bundesverband, BKK Dachverband e.V., DGUV, vdek.
- Prütz, F.; Seeling, S.; Ryl, L.; Scheidt-Nave, C.; Ziese, T.; Lampert, T. (2014): Welche Krankheiten bestimmen die Zukunft? In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Fehlzeiten-Report), S. 113–126.

- Rahner, S. (2014): Architekten der Arbeit. Positionen, Entwürfe, Kontroversen. Hamburg: Ed. Körber-Stiftung.
- Regionaldatenbank Deutschland (2015): Erwerbstätige nach Wirtschaftsbereichen 2013 (WZ2008). Online verfügbar unter <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online/data;jsessionid=E5D352910F5CEB988F6F969ECB6B6E47?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1455782940445&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=638-61-4&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf>, zuletzt aktualisiert am 18.02.2016, zuletzt geprüft am 18.02.2016.
- Reindl, J. (2011): Gesundheitsnetzwerke. Ein Leitfaden für Klein- und Mittelbetriebe. Hg. v. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Dortmund (INQA-Bericht).
- Rettke, U.; König, M.; Dorn, C. (2010): Gesundheitsbewusstsein und Kompetenzprofil „Arbeitsicherheit und Prävention in kleinen und kleinsten Unternehmen. Auswertung einer qualitativen Befragung. Hg. v. BWU Bildungszentrum der Wirtschaft im Unterwesergebiet, IAW Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität/Arbeitnehmerkammer Bremen. Bremen. Online verfügbar unter [http://www.beginnregio.de/studie\\_kompetenzprofil.pdf](http://www.beginnregio.de/studie_kompetenzprofil.pdf), zuletzt geprüft am 28.11.2015.
- Rogers, E.-M. (2003): Diffusion of Innovations. 5th Edition. New York: Free Press.
- Rosenbrock, R.; Hartung, S. (2015): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Hg. v. BZgA. Online verfügbar unter [http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-163.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-163.html), zuletzt geprüft am 05.02.2016.
- Rudow, B. (2014): Die gesunde Arbeit. Psychische Belastungen, Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation. 3. aktual. Aufl. 2014. München: OLDENBOURG WISSENSCHAFTSVERLAG.
- Scheibner, N.; Hapkemeyer J.; Banko, L. (2016): iga.Report 33. Engagement erhalten - innere Kündigung vermeiden Wie steht es um das Thema innere Kündigung in der betrieblichen Praxis? 1. Aufl. Unter Mitarbeit von J. Hupfeld und H. Bendig. Hg. v. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (33). Online verfügbar unter [https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Reporte/Dokumente/iga-Report\\_33\\_Engagement\\_erhalten\\_innere\\_Kuendigung\\_vermeiden.pdf](https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_33_Engagement_erhalten_innere_Kuendigung_vermeiden.pdf), zuletzt geprüft am 25.01.2017.
- Schempp, N.; Strippel, H. (2015): Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2014. Hg. v. GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Essen, Berlin. Online verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention/praeventionsbericht/2015\\_GKV\\_MDS\\_Praeventionsbericht\\_web2.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2015_GKV_MDS_Praeventionsbericht_web2.pdf), zuletzt geprüft am 04.01.2016.
- Siegrist, J.: Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. In: *Journal of Occupational Health Psychology* 1996 (Vol. 1, No. 1), S. 27–41, zuletzt geprüft am 09.12.2015.
- Siegrist, J.; Dragano, N. (2008): Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51 (3), S. 305–312. DOI: 10.1007/s00103-008-0461-5.
- Statistisches Bundesamt (2008): Gliederung der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008). Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter

- [https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/GueterWirtschaftsklassifikationen/klassifikationenwz2008.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/GueterWirtschaftsklassifikationen/klassifikationenwz2008.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 17.02.2016.
- Statistisches Bundesamt (2015): Neue Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland bis 2060. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Internet. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/04/PD15\\_153\\_12421.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/04/PD15_153_12421.html), zuletzt aktualisiert am 28.04.2015, zuletzt geprüft am 02.12.2015.
- Statistisches Bundesamt (2016a): Anteile kleiner und mittlerer Unternehmen an ausgewählten Merkmalen 2013. Baugewerbe. Internet. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/KleineMittlereUnternehmenMittelstand/Tabellen/Baugewerbe.html>, zuletzt aktualisiert am 23.10.2015, zuletzt geprüft am 18.02.2016.
- Statistisches Bundesamt (2016b): Kennzahlen der Unternehmen im Baugewerbe 2013. Internet. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Wirtschaftsbereiche/Bauen/Baugewerbe/Tabellen/KennzahlenBaugewerbe.html>, zuletzt aktualisiert am 23.06.2015, zuletzt geprüft am 18.02.2016.
- Statistisches Bundesamt (2016c): Unternehmensregister. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/Unternehmensregister/Unternehmensregister.html>, zuletzt geprüft am 18.02.2016.
- Treier, M. (2015): Betriebliches Arbeitsfähigkeitsmanagement. Mehr als nur Gesundheitsförderung. Wiesbaden: Springer (Essentials).
- Uhle, T.; Treier, M. (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Mit 101 Abbildungen und 32 Tabellen. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin [Germany]: Springer.
- WAI-Netzwerk (2012): WAI - Der Work Ability Index. Online verfügbar unter <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/index.php?der-wai>, zuletzt geprüft am 14.12.2015.
- Walter, N.; Fischer, H.; Hausmann, P.; Klös, H.-P.; Lobinger, T.; Raffelhüschen, B. et al. (2013): Die Zukunft der Arbeitswelt - Auf dem Weg ins Jahr 2030. Zusammenfassung. Hg. v. Robert-Bosch-Stiftung GmbH. Online verfügbar unter [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Zusammenfassung\\_Studie\\_Zukunft\\_der\\_Arbeitswelt.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Zusammenfassung_Studie_Zukunft_der_Arbeitswelt.pdf), zuletzt geprüft am 07.12.2015.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Hg. v. World Health Organization. Ottawa. Online verfügbar unter [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf), zuletzt geprüft am 10.12.2015.
- WHO (2005): Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. Unter Mitarbeit von Expertengruppe der 6. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung. Hg. v. WHO. Online verfügbar unter [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_German\\_version.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf), zuletzt aktualisiert am 2005, zuletzt geprüft am 25.11.2015.
- ZDH (2016): Aufbau der Handwerksorganisation. Online verfügbar unter <http://www.zdh.de/organisationen-des-handwerks/aufbau-der-handwerksorganisation.html>, zuletzt geprüft am 16.02.2016.