

*Band
25*

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

*Nachhaltiges Betriebliches Gesundheitsmanagement
im Handwerk*

~
Stefanie Schäfer / Arnd Schaff

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Stefanie Schäfer / Arnd Schaff

Nachhaltiges Betriebliches Gesundheitsmanagement im Handwerk

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 25

Essen 2022

ISBN (Print) 978-3-89275-246-2 ISSN (Print) 2367-3176
ISBN (eBook) 978-3-89275-247-9 ISSN (eBook) 2569-5274

Dieses Werk wird herausgegeben vom ifgs Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2022 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner
Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urhebergeset-
zes ist ohne Zustimmung der MA
Akademie Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

***Nachhaltiges Betriebliches
Gesundheitsmanagement im Handwerk***

Stefanie Schäfer / Arnd Schaff

Stefanie Schäfer

E-Mail: mailbox.schaefer@web.de

Prof. Dr. Arnd Schaff

E-Mail: arnd.schaff@fom.de

Vorwort

Die Schriftenreihe des Instituts für Gesundheit & Soziales (ifgs) der FOM Hochschule für Oekonomie & Management ermöglicht seit ihrer Gründung die Veröffentlichung herausragender, impulsgebender Fachbeiträge zu gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Themen.

Der vorliegende Beitrag mit dem Titel „Nachhaltiges Betriebliches Gesundheitsmanagement im Handwerk“ von Frau Stefanie Schäfer und Herrn Prof. Dr. Arnd Schaff greift eine bisher wenig untersuchte Branche unter dem Aspekt der betrieblichen Gesundheit auf. Das deutsche Handwerk ist ein Wirtschaftssegment mit großer Bedeutung für viele Beschäftigte und auch selbstständig tätige Unternehmerinnen und Unternehmer, das von pragmatischen und wenig komplexen Strukturen und Prozessen geprägt ist. Ein formalisiertes Gesundheitsmanagement, wie wir es aus industriellen Strukturen kennen, existiert in aller Regel nicht und wäre auch nicht angemessen. Trotzdem spielt natürlich die Gesundheit der Mitarbeitenden sowie der Unternehmerinnen und Unternehmer eine erhebliche Rolle, so dass die Frage beantwortet werden muss, wie es innerhalb der schlanken Strukturen gelingen kann, ein wirksames System zur Gesunderhaltung aufzubauen und auch langfristig zu erhalten.

Dieser Fragestellung widmen sich die beiden Autoren der hier vorliegenden Untersuchung mit den Mitteln der qualitativen Inhaltsanalyse, und liefern damit einen spannenden und wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in diesem Segment und damit auch zur Schriftenreihe des Instituts.

Essen, im Januar 2022

Prof. Dr. David Matusiewicz

Direktor des ifgs Institut für Gesundheit & Soziales der FOM Hochschule

Abstract

Das Handwerk ist ein Wirtschaftsbereich von erheblicher Bedeutung in Deutschland. Gleichzeitig ist dieser Sektor besonders von kleinen und mittleren Unternehmen geprägt, die häufig keine oder nur rudimentär ausgeprägte Strukturen im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements aufweisen. Die Nachhaltigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen stellt deshalb in den allermeisten Fällen eine erhebliche Herausforderung dar. Die vorliegende empirische Forschungsarbeit widmet sich deshalb der Frage, wie es den Unternehmen und den unterstützenden Krankenkassen gelingen kann, die gesundheitsfördernden Strukturen und den Prozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements auch nach dem Abschluss eines professionell unterstützten Projekts weiter selbstständig und dauerhaft aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig wird untersucht, welche Faktoren die angestrebte Nachhaltigkeit möglicherweise behindern.

Im Rahmen von qualitativen Experteninterviews wurden neun Expertinnen und Experten aus dem handwerklichen Bereich befragt, und die Ergebnisse mit den Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse aufbereitet. Am Ende steht eine Reihe von Handlungsempfehlungen, mit denen es gelingen kann, die Vorteile eines betrieblichen Gesundheitsprogramms auch dauerhaft abzusichern und zu verstetigen.

Inhalt

Vorwort	III
Abstract	IV
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Forschungsansatz	2
1.2 Aufbau.....	4
2 Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland.....	5
2.1 Rahmenbedingungen	6
2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherungen	8
3 Handwerksbetriebe in Deutschland	11
3.1 Spezifische gesundheitliche Probleme von Handwerksbetrieben.....	11
3.2 Weitere Herausforderungen im Handwerk.....	22
3.3 Chancen für das Handwerk im Betrieblichen Gesundheits- management	23
4 Treiber und Faktoren der Nachhaltigkeit im Betrieblichen Gesundheits- management.....	25
4.1 Partizipation und Motivation	25
4.2 Verknüpfung mit verwandten Themen.....	27
4.3 Zusammenarbeit mit anderen Partnern und externe Förderung.....	28
4.4 Gesunde Führung und Vorbildfunktion	29
4.5 Digitalisierung.....	30
4.6 Maßnahmenangebot.....	31
4.7 Ziele und Zielerreichung	32
4.8 Controlling	34

5	Forschungsmethodik.....	36
5.1	Festlegung des Untersuchungsziels und -umfelds.....	36
5.2	Datenerhebung.....	36
5.3	Interviewgestaltung.....	37
5.4	Datenauswertung	43
6	Ergebnisse der empirischen Untersuchung	45
6.1	Oberkategorie 1: „Eigendarstellung Betrieb“.....	45
6.2	Oberkategorie 2: „Merkmale des BGM“	45
6.3	Oberkategorie 3: „Umsetzung von Maßnahmen“.....	46
6.4	Oberkategorie 4: „Digitalisierung“.....	47
6.5	Oberkategorie 5: „Führung im BGM“	48
6.6	Oberkategorie 6: „Rolle der Krankenkasse“.....	49
7	Hypothesen zu hindernden und begünstigenden Faktoren	50
8	Handlungsempfehlungen	52
9	Limitationen	55
10	Fazit.....	56
	Literatur	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Überblick Betriebliches Gesundheitsmanagement	5
Abbildung 2:	Ablauf des BGM-Angebots der IKK classic, Stand Mai 2021	9
Abbildung 3:	Krankenstand nach Kassenarten 2020	11
Abbildung 4:	Versicherte im System der IKK	12
Abbildung 5:	Anzahl der beschäftigten Versicherten der IKK classic 2020 ..	13
Abbildung 6:	Entwicklung des Krankenstandes 2008–2020	14
Abbildung 7:	Krankenstand in den Gewerbegruppen.....	15
Abbildung 8:	Krankheitsarten und Ursachen der Arbeitsunfähigkeitstage in 2020	16
Abbildung 9:	Krankheitsarten nach Alter (AU-Tage in %).....	18
Abbildung 10:	Krankheitsarten in den verschiedenen Gewerbegruppen (AU-Tage in %)	20
Abbildung 11:	Entwicklung des Durchschnittsalters.....	21
Abbildung 12:	PDCA-Zyklus im Betrieblichen Gesundheitsmanagement	33
Abbildung 13:	Ziele im Betrieblichen Gesundheitsmanagement	34
Abbildung 14:	Interviewleitfaden Einstieg: Betriebsvorstellung/Warmup.....	38
Abbildung 15:	Interviewleitfaden Teil I: BGM im Betriebsalltag	39
Abbildung 16:	Interviewleitfaden Teil II: Die Rolle der GKV.....	40
Abbildung 17:	Interviewleitfaden Teil III: Rolle der Führungskraft.....	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht Interviewpartnerinnen und -partner	37
Tabelle 2:	Kategorienbildung	43

Abkürzungsverzeichnis

BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
PDCA	Plan – Do – Check – Act

1 Einleitung

Die Leistung von Erwerbstätigen wird oftmals durch Parameter bestimmt, die die Entfaltung ihrer vollen Arbeitskraft behindern. Hierzu gehören beispielsweise körperliche Einflussfaktoren wie Arbeiten in Zwangshaltung oder mit einseitiger Belastung sowie negative Arbeitsbedingungen, die sich aus Lärm, Zugluft, mikrobiologischen Stoffen, Rauch oder anderen Einflüssen ergeben. Aber auch psychische Anforderungen wie monotone Arbeitsvorgänge, Termin- und Leistungsdruck oder Unterbrechungen wirken sich auf das Wohlbefinden und damit die Arbeitsleistung von Erwerbstätigen aus.

Gleichermaßen begrenzen gesundheitliche Beschwerden (z.B. Rücken- oder Nackenschmerzen, Schlafstörungen oder Verdauungsbeschwerden) die Beschäftigten in ihren Arbeitsergebnissen.¹ Bei insgesamt 41,9 Millionen Erwerbstätigen bzw. 37,7 Millionen abhängig Beschäftigten in Deutschland (2018) ergibt sich hierdurch ein großes Potenzial an Fehlstunden, eingeschränkter Arbeitsleistung und nachfolgenden betriebswirtschaftlichen Schäden.²

Ein bedeutender Anteil der Beschäftigten in Deutschland ist im Handwerk tätig. Jeder vierte Betrieb ist dieser Branche zuzuordnen (2020: 1,02 Millionen von 3,6 Millionen Betrieben). Der Umsatz im Handwerk beläuft sich auf rund 650 Milliarden Euro (2020), was einem Anteil von 8% an der Gesamtbruttowertschöpfung entspricht. Nach Schätzungen des Zentralverbands des Deutschen Handwerks sind (inklusive Inhabenden, Auszubildenden und geringfügig Beschäftigten) mit 5,62 Millionen Menschen rund 13% aller deutschen Beschäftigten im Handwerk tätig.³ Damit ist die Handwerksbranche ein relevantes Forschungs- und Untersuchungsobjekt innerhalb der deutschen Wirtschaft – das allerdings bisher eher unterdurchschnittlich gut untersucht worden ist.

Auch Handwerksbetriebe müssen – genau wie Unternehmen anderer Branchen – mit Herausforderungen hinsichtlich gesundheitlicher Einflüsse und Einschränkungen umgehen. Dabei können sie auf Grundlage des §20b SGB V durch gesetzliche Krankenkassen in der Implementierung und Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) unterstützt werden. Krankenkassen begleiten die Unternehmen im BGM-Prozess, der von der Bereitstellung von Informationen zum Thema über die Unterstützung in der Analyse der gesundheitli-

¹ Vgl. Brenscheid, S. et al. (2020), S. 23 ff.

² Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2019), S. 17.

³ Vgl. Rimpler R. (o.J).

chen Belastungen im Betrieb und die Maßnahmenumsetzung bis hin zur Evaluation reicht.⁴ Neben der gesetzlich geforderten Unterstützung durch die Krankenkassen gibt es weitere Institutionen, die den Betrieben Hilfe anbieten, wie die Berufsgenossenschaften und manche Handwerkskammern.

1.1 Forschungsansatz

Besondere Herausforderungen bei der Implementierung eines BGM im laufenden Tagesgeschäft sind für Handwerksbetriebe und kleine und mittlere Unternehmen (KMU) häufig begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen, sowie mangelndes Wissen über externe Unterstützungsmöglichkeiten, wie z.B. das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der Handwerkskammern.⁵ Wenn überhaupt Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt werden, so scheinen diese bei den kleinen Unternehmen häufig nicht ganzheitlich oder von langer Dauer zu sein.⁶

Im Gegensatz dazu ist die grundsätzliche Struktur von KMU in Bezug auf die Einführung eines BGM eigentlich vorteilhaft: Die Unternehmen sind regional gut vernetzt und werden häufig familiär geführt. Die Beschäftigten kennen sich untereinander und es besteht enger Kontakt zur Führungskraft. Eine starke Beteiligung der Belegschaft an BGM-Maßnahmen ist im Vergleich zu Großbetrieben einfacher erreichbar und die Implementierung von Verhältnisveränderungen ist durch die niedrigere Hierarchie schnell umsetzbar.⁷

In den letzten Jahren konnten die Krankenkassen ihre Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen. Die gesetzlichen Krankenkassen gaben im Jahr 2018 rund 172 Millionen € für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) aus.⁸ Wurden im Jahr 2009 noch 5.353 Betriebe betreut, so waren es im Jahr 2018 schon 19.544. Rund 71% dieser Betriebe sind den KMU mit maximal 249 Beschäftigten zuzuordnen.⁹ Förderungen durch die Krankenkassen sind zeitlich grundsätzlich befristet. Durch die Unterstützung sollen die Betriebe die Befähigung erhalten, auch im Anschluss einer Förderung durch GKV eine BGF bzw. ein BGM eigenverantwortlich durchzuführen und umzusetzen.¹⁰

⁴ Vgl. Bauer, S. et al. (2019), S. 62.

⁵ Vgl. Harges, H. / Holzträger, D. (2009), S. 71.

⁶ Vgl. Wollesen, B. et al. (2017), S. 38.

⁷ Vgl. Sayed, M. / Kubalski, S. (2016), S. 4.

⁸ Vgl. Bauer, S. et al. (2019), S. 36.

⁹ Vgl. ebd., S. 63 ff.

¹⁰ Vgl. ebd., S. 63.

Allerdings ist die Nachhaltigkeit dieser Maßnahmen insbesondere bei KMU ein Problem.¹¹ Es ist unklar, inwiefern die Maßnahmen und die Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen zu einem wirklich nachhaltigen BGM führen, das auch nach Beendigung des Engagements der Krankenkasse weiterhin gelebt wird. Es liegt auch im Interesse der Versicherungsgemeinschaft, diese Nachhaltigkeit zu überprüfen. Die Vermutung besteht, dass Betriebe die Leistungen einzelner oder auch mehrerer Krankenkassen zwar in Anspruch nehmen, das BGM jedoch nicht eigenständig oder konsequent weiterführen.

„BGM ist nicht das Ziel, BGM ist der Weg“:¹² so soll ein erfolgreicher Einstieg in das BGM in eine Nachhaltigkeit münden, die neben dauerhaften Angeboten zur Gesundheitsförderung auch Organisationsveränderungen, Strukturbildung und einen weiterhin bestehenden kontinuierlichen Verbesserungsprozess beinhaltet.¹³ Idealerweise sind sowohl die normative, die strategische als auch die operative Ebene eingebunden und das Thema ein integraler Bestandteil der Unternehmenswirklichkeit geworden.¹⁴ „Nachhaltigkeit“ bezieht sich damit explizit nicht nur auf Umweltbewusstsein, Ökologie und Wirtschaften, sondern auf dauerhaftes Gesundheitsbewusstsein, repräsentiert durch ein lebendiges BGM im Unternehmen.

KMU, inklusive der Handwerksbetriebe, haben spezielle Herausforderungen, aber auch Chancen in einem BGM. Die im „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes vorgegebene und geforderte Nachhaltigkeit wird bislang vernachlässigt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werden hier lediglich Verhaltensveränderungen, die den Beschäftigten zuzuschreiben sind, kontrolliert. Angaben, die der Verhältnisprävention und somit den Bemühungen der Unternehmen entstammen, werden derzeit nicht untersucht.¹⁵

¹¹ Vgl. Sommer, D. (2004), S. 171.

¹² Kattwinkel, S. / Petzi, M. (2020), S. 66.

¹³ Vgl. Walle, O. (2018), S. 85.

¹⁴ Vgl. Scholz, A. et al. (2018), S. 345 ff.

¹⁵ Vgl. Sayed, M. / Brandes, I. (2020), S. 24.

In der vorliegenden Arbeit stehen daher folgende Forschungsfragen im Fokus:

- **Inwieweit führen Handwerksbetriebe die mit Unterstützung von Krankenkassen geschaffenen BGM- und BGF-Strukturen nach Abschluss der Begleitung weiter fort?**
- **Welche Faktoren führen dazu, dass Betriebe die gesundheitsfördernden Strukturen und den BGM-/BGF-Prozess aufrechterhalten?**

Um diese Fragen aufzuklären, wurde ein qualitativ-empirisches Forschungsprojekt durchgeführt. Im Rahmen einer Expertenbefragung äußerten sich neun Vertreterinnen und Vertreter aus dem Handwerk in einem leitfadengestützten Interview. Die Ergebnisse der Interviews wurden dann mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ziel der Untersuchung war es, Anhaltspunkte für die Berater der beteiligten Krankenkassen sowie die Handwerksbetriebe zu finden, um sowohl begünstigende als auch hindernde Faktoren für Nachhaltigkeit in den BGM-Prozessen zu identifizieren und so die Nachhaltigkeit der Zeit- und Ressourceninvestition zu fördern.

1.2 Aufbau

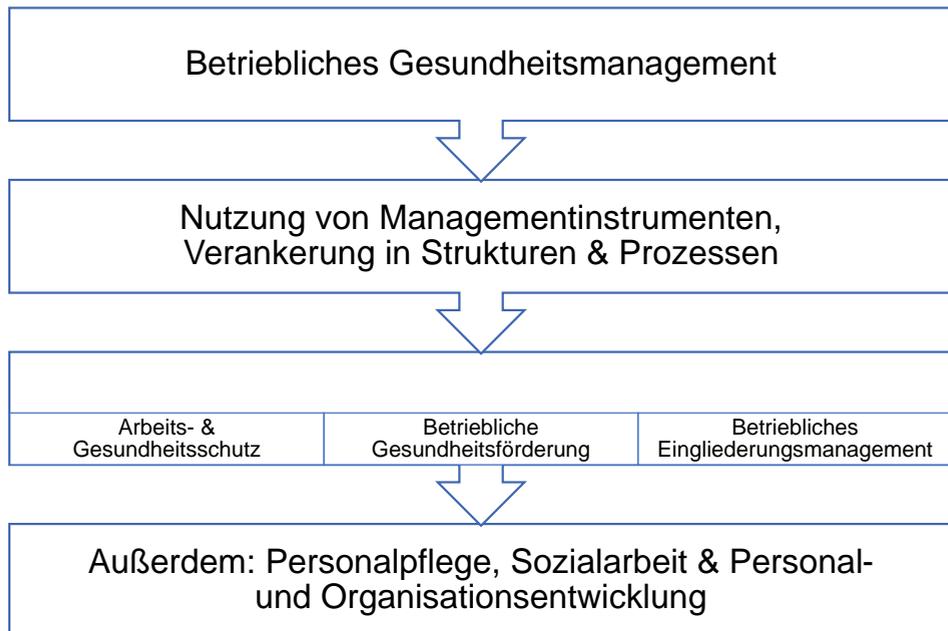
Zu Beginn dieser Schrift wird zunächst ein Überblick über das BGM sowie das Handwerk in Deutschland gegeben. Dabei soll vor allem der aktuelle Status Quo dargestellt werden. Insbesondere beim Handwerk wird auf die gewerkspezifischen Herausforderungen und gesundheitlichen Belastungen eingegangen. Dabei werden die Faktoren abgeleitet, die später im empirischen Teil der Forschung näher untersucht werden. Dies umfasst auch die aus der Theorie zu erwartenden begünstigenden und erschwerenden Faktoren in einem BGM.

Basierend auf diesen theoretischen Grundlagen werden die empirische Forschungsarbeit dargestellt und die Ergebnisse zusammengefasst. Am Ende werden mögliche Verbesserungsansätze für Betriebe und gesetzliche Krankenkassen diskutiert.

2 Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland

BGM ist vor allem ein Managementprozess. Er umfasst die Planung, Steuerung und Durchführung aller Aktivitäten der Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung innerhalb eines Betriebes. Ein BGM stellt damit das Dach für verschiedene auf Gesundheit ausgerichtete Teilgebiete dar, BGF ist ein Bestandteil des BGM (siehe Abbildung 1).¹⁶

Abbildung 1: Überblick Betriebliches Gesundheitsmanagement



Quelle: In Anlehnung an Uhle, T. / Treier, M. (2019), S. 36.

Diese Struktur wird von beteiligten Akteurinnen und Akteuren nicht immer in dieser Weise verstanden, weil der Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie das Betriebliche Eingliederungsmanagement bereits vor der Einführung eines BGM aufgrund entsprechender gesetzlicher Vorgaben vorhanden sind bzw. vorhanden sein sollten. Viele Praktikerinnen und Praktiker verstehen BGM deswegen (falsch) als ein rein ergänzendes Angebot mit Aktionen wie Gesundheitstagen, Gesundheitskursen oder auch dem kostenlosen Obstkorb.¹⁷ In der Tat sind dies

¹⁶ Vgl. Halbe-Haenschke, B. (2017), S. 22 ff.

¹⁷ Vgl. Walle, O. (2018), S. 84.

aber (nur) einzelne Aktivitäten aus dem Spektrum der BGF, und eben kein Managementprozess.

So wird die Tatsache, dass verschiedenste Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit wirken, häufig vernachlässigt. Die Gesundheit ist nach dem sogenannten „Transaktionalen Stressmodell“ nach Lazarus von Stressoren und Ressourcen bei der Arbeit und von den in der Person liegenden Risikofaktoren, Ressourcen und der individuellen Verarbeitung abhängig. Sowohl an den arbeitsbezogenen als auch an den personenbezogenen Faktoren kann und soll das BGM ansetzen.¹⁸

2.1 Rahmenbedingungen

Damit ein BGM gelingen und erfolgreich aufgebaut werden kann, um gesundheitsförderliche Strukturen nachhaltig im Betrieb voranzubringen, muss eine wichtige Grundvoraussetzung vorliegen: Alle Akteurinnen und Akteure, die im BGM involviert sind, müssen von dem Konzept an sich überzeugt und zur Mitwirkung motiviert sein.¹⁹ Eine Hilfestellung zur Erreichung von Gesundheitszielen im Betrieb kann daher ein Leitbild sein, das von der gesamten Organisation mitgetragen wird.²⁰

Häufig angegebene Gründe für die Implementierung eines BGM sind erhoffte Kostensenkungen durch die Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie Vorteile bei der Anwerbung von Fachkräften.²¹ Diverse Studien kommen zu dem Ergebnis, dass 25% bis 40% der durch Arbeitsunfähigkeit bedingten Fehlzeiten durch ein effizientes BGM vermeidbar sind.²² Dabei können auch die demographischen Probleme sowie die damit einhergehende zunehmende Anzahl an multimorbiden Beschäftigten zum Teil ausgeglichen werden.²³

Auch Verbesserungen bei Betriebsklima, Arbeitszufriedenheit, Motivation, Mitarbeiterbindung sowie Arbeitgeberattraktivität und Fachkräftemangel sprechen für die Implementierung eines BGM.²⁴ Von diesen Faktoren profitieren teilweise so-

¹⁸ Vgl. Tanner, G. / Bamberg, E. (2018), S. 525.

¹⁹ Vgl. Bamberg, E. et al. (2011), S. 117.

²⁰ Vgl. ebd., S. 129.

²¹ Vgl. Artz / C., Rieger, A. (2013), S. 34.

²² Vgl. Sayed, M. / Kubalski, S. (2016), S. 5.

²³ Vgl. Walter, U. et al. (2015), S. 384 f.

²⁴ Vgl. ebd.

gar auch Mitarbeitende, die nicht an angebotenen Maßnahmen teilnehmen können oder möchten, sofern sich durch die Maßnahmen das Unternehmen kulturell und strukturell verändert und verbessert.²⁵

Insbesondere bei jungen Unternehmen ist es sinnvoll, ein BGM möglichst frühzeitig zu etablieren. Die Anzahl der Mitarbeitenden ist häufig noch klein und es müssen keine veralteten und in der Unternehmenskultur stark etablierten Strukturen aufgeweicht werden. Bei schnell wachsenden Unternehmen kann sich eine offene und durch Mitgestaltung geprägte Unternehmenskultur zudem positiv auf die Anwerbung von Fachkräften auswirken. Mitarbeitende werden durch Beteiligung an gemeinsam definierten Prozessen stärker an das Unternehmen gebunden.²⁶

Häufig hat das Thema BGM zwar bereits Eingang in ein Unternehmen gefunden und die beteiligten Mitarbeitenden und Entscheidungsträger empfinden es als grundsätzlich sinnvoll, jedoch erhält es keine oder nur geringe Priorität, sodass es zu keiner Umsetzung und Implementierung kommt.²⁷

Insbesondere KMU haben neben der Implementierung eines BGM im laufenden Tagesgeschäft häufig das Problem, dass es in erheblicher Weise an personellen und finanziellen Ressourcen mangelt, sowie dass praktische Erfahrung und Wissen über externe Unterstützungsmöglichkeiten fehlen.²⁸ Oft wird deswegen BGM gar nicht als Thema für den eigenen Betrieb in Betracht gezogen wird. Zusätzlich geben kleine häufig Betriebe an, dass sie das Unternehmen als zu klein für ein BGM empfinden. Viele wissen nicht, was sie mit einem BGM konkret tun könnten oder berichten von erfolglos getätigten Bemühungen.²⁹

Fehlende Akzeptanz oder Beteiligung seitens der Mitarbeitenden können weitere Gründe sein, die ein BGM zum Scheitern bringen. Verschiedene Gründe werden dafür angegeben:

- Die persönlich schwierige Lebenssituation (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes, Geldnot, Überlastung) führt dazu, dass das eigene Interesse an der Prävention von Erkrankungen gering ist, da längerfristige Planungen bei privaten Problemen in den Hintergrund rücken.³⁰

²⁵ Vgl. Scholz, A. / Schneider, S. (2019), S. 162.

²⁶ Vgl. Ternès, A. (2018), S. 12 f.

²⁷ Vgl. Sayed, M. / Kubalski, S. (2016), S. 2.

²⁸ Vgl. ebd., S.3; Lück, P. / Meisel, P. (2020), S. 17.

²⁹ Vgl. Schaefer, E. et al. (2016), S. 163 f.

³⁰ Vgl. Lenhardt, U. (2017), S. 210 f.

- Hoher Arbeitsdruck oder schlechte Erfahrung schrecken ab.³¹
- Angst vor Stigmatisierung durch Kolleginnen und Kollegen bei Nutzung von Angeboten (bspw. aus dem Handlungsbereich Sucht).³²
- Maßnahmen des BGM werden als nicht passend oder auf die Mitarbeitenden zugeschnitten empfunden³³ oder es wird fehlende Vielfältigkeit bemängelt.³⁴
- Negative gesundheitliche Folgen werden als eine zunehmende und nicht änderbare Begleiterscheinung des Älterwerdens hingenommen.³⁵
- Gesundheit wird als ein persönlicher und durch den Betrieb nicht antastbarer Lebensbereich angesehen (Privatsphäre).³⁶

Die Bedingungen in den Unternehmen sind aufgrund der Vielzahl an Einflussfaktoren äußerst divers und zusätzlich noch abhängig von äußeren Rahmenbedingungen.

2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherungen

Die GKV in Deutschland sind nach §20b SGB V dazu aufgefordert, „Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben“ zu unterstützen. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen die gesundheitliche Situation erhoben und Vorschläge zur Verbesserung erarbeitet werden. Wie die Krankenkassen diesen Auftrag im Detail ausgestalten, ist gesetzlich nicht näher definiert, sondern obliegt der Entscheidung der Kassen.

In der Praxis haben Arbeitgeber und GKV Erwartungen an eine Zusammenarbeit im Bereich BGM, die sich mitunter nicht in allen Punkten decken. Insbesondere die finanzielle Förderung sowie die Unterstützung bei der Durchführung eines BGM bzw. von Maßnahmenangeboten wird seitens der Arbeitgeber gewünscht. Die GKV erwarten dagegen bei gemeinsamen BGM-Projekten eigenes Engagement und Ressourcenbeteiligung seitens der Unternehmen sowie Unterstützung durch die Führungsebene. Vor allem die Bereitschaft, finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen, ist aber nicht bei allen Arbeitgebern vorhanden.³⁷

³¹ Vgl. Lenhardt, U. (2017), S. 210 f.

³² Vgl. Walter, U. N. et al. (2012), S. 295.

³³ Vgl. Stummer, H. et al. (2008), S. 238.

³⁴ Vgl. Harges, H. / Holzträger, D. (2009), S. 71.

³⁵ Vgl. ebd.

³⁶ Vgl. Walter, U. N. et al. (2012), S. 299.

³⁷ Vgl. Biallas, B. et al. (2019a), S. 220 ff.

Förderungsmöglichkeiten durch die Krankenkassen gibt es bei Analysen, Beratungsleistungen, verhaltensbezogenen Maßnahmen sowie der internen Kommunikation in Bezug auf das BGM. Außen vor bleiben bspw. Kosten von baulichen Veränderungen, nicht BGM-bezogene Qualifizierungen sowie Einzelmaßnahmen, die nicht Teil des Konzepts sind.³⁸

Beispielhaft seien an dieser Stelle das Konzept und die Leistung der IKK classic dargestellt. Die IKK classic ist für das Themengebiet dieser Forschungsarbeit besonders interessant, weil diese Krankenkasse einen besonders hohen Anteil an Handwerksbetrieben und damit Handwerkerinnen und Handwerker betreut. BGF-Maßnahmen werden in unterschiedlichsten Konzepten seit etwa zwei Jahrzehnten angeboten. Abbildung 2 gibt den Ablauf eines BGM-Programms unter Federführung der IKK classic modellhaft wieder.

Abbildung 2: Ablauf des BGM-Angebots der IKK classic, Stand Mai 2021



Quelle: IKK classic (2021a), S. 10.

Die Beratung durch die IKK classic beginnt mit einer gemeinsamen Erörterung von Zielen und der Planung eines für den Betrieb maßgeschneiderten Vorgehens.³⁹ Anschließend wird die gesundheitliche Situation mittels Analyse erhoben.

³⁸ Vgl. Müller, A. (2019), S. 73.

³⁹ Vgl. IKK classic (2021a), S. 12.

Je nach Größe und Struktur des Unternehmens stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung, die zum Teil kombiniert angewandt werden. Die Ergebnisse der Analyse werden in einer nachgelagerten Beratung ausgewertet und es wird ein Plan für das weitere Vorgehen erarbeitet.⁴⁰ Während in aller Regel die Betriebe für die verhältnispräventiven Maßnahmen zuständig sind, begleitet die IKK classic die verhaltensorientierten Ansätze durch Trainings und Seminare in verschiedenen Handlungsfeldern.⁴¹ Nach Abschluss von einzelnen Handlungsfeldern finden Zwischengespräche sowie am Ende der Betreuung ein Abschlussgespräch zur Bewertung des Projektverlaufs statt.⁴²

⁴⁰ Vgl. IKK classic (2021a), S. 13.

⁴¹ Vgl. ebd., S. 14.

⁴² Vgl. ebd., S. 15.

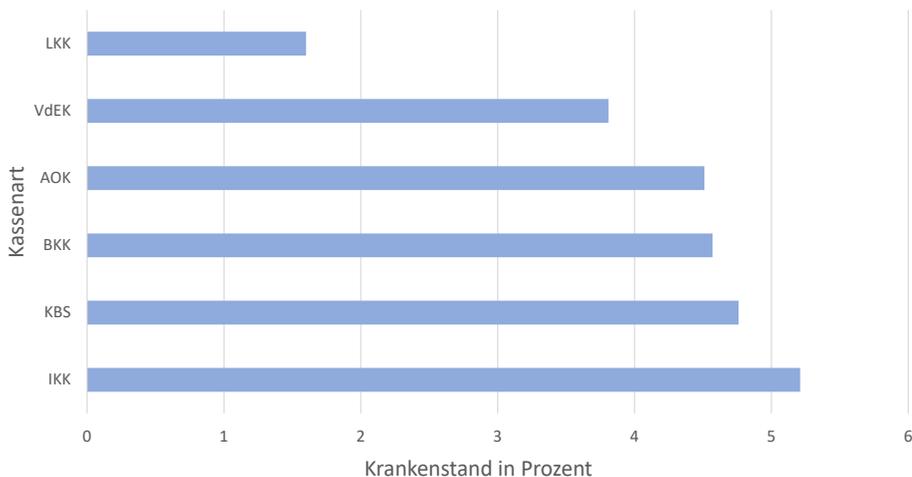
3 Handwerksbetriebe in Deutschland

Im nächsten Abschnitt werden die gesundheitlichen und gewerkspezifischen Herausforderungen sowie Chancen von Handwerksbetrieben in Deutschland dargestellt.

3.1 Spezifische gesundheitliche Probleme von Handwerksbetrieben

Beschäftigte eines Handwerksbetriebes können sich seit der Aufhebung der Zugehörigkeit zur Pflichtversicherung bei Innungskrankenkassen allen geöffneten gesetzlichen Krankenkassen anschließen. Eine Übermittlung der Krankheits- und Gesundheitsdaten nach einem einheitlichen Schema, die eine bundesweite Auswertung von gewerkspezifischen Daten über alle Krankenkassen hinweg erlauben würde, findet leider nicht statt. Es liegen Daten zum Krankenstand, zu den Arbeitsunfähigkeitsfällen sowie zu den Krankheitsarten vor.⁴³ Einen Vergleich des Krankenstandes verschiedener Kassenarten zeigt die folgende Abbildung 3.

Abbildung 3: Krankenstand nach Kassenarten 2020



Quelle: In Anlehnung an Busch, K. (2021), S. 786.

Hier wird deutlich, dass der Krankenstand im IKK-System gegenüber den anderen Kassenarten erhöht ist.

⁴³ Vgl. Busch, K. (2021), S. 782.

Ursprünglich als Gilden und Zünfte zum Zwecke der gegenseitigen Unterstützung auch im Krankheitsfall gegründet, entwickelten sich im Zuge der Sozialgesetzgebung im Jahre 1883 die Innungskrankenkassen zu Trägern der GKV. Bis in die 1990er Jahre hinein waren diese ausschließlich für Personen und Angehörige aus dem handwerklichen Kontext zugänglich.⁴⁴ Bestanden im Jahr 1995 noch 140 Innungskrankenkassen, so sind es heute noch sechs.⁴⁵

Abbildung 4 stellt die Anzahl der Versicherten in diesen sechs Krankenkassen dar. Die IKK classic hält mit fast 60% den weitaus größten Anteil der im IKK-System Versicherten.

Abbildung 4: Versicherte im System der IKK



Quelle: IKK classic (o.J.).

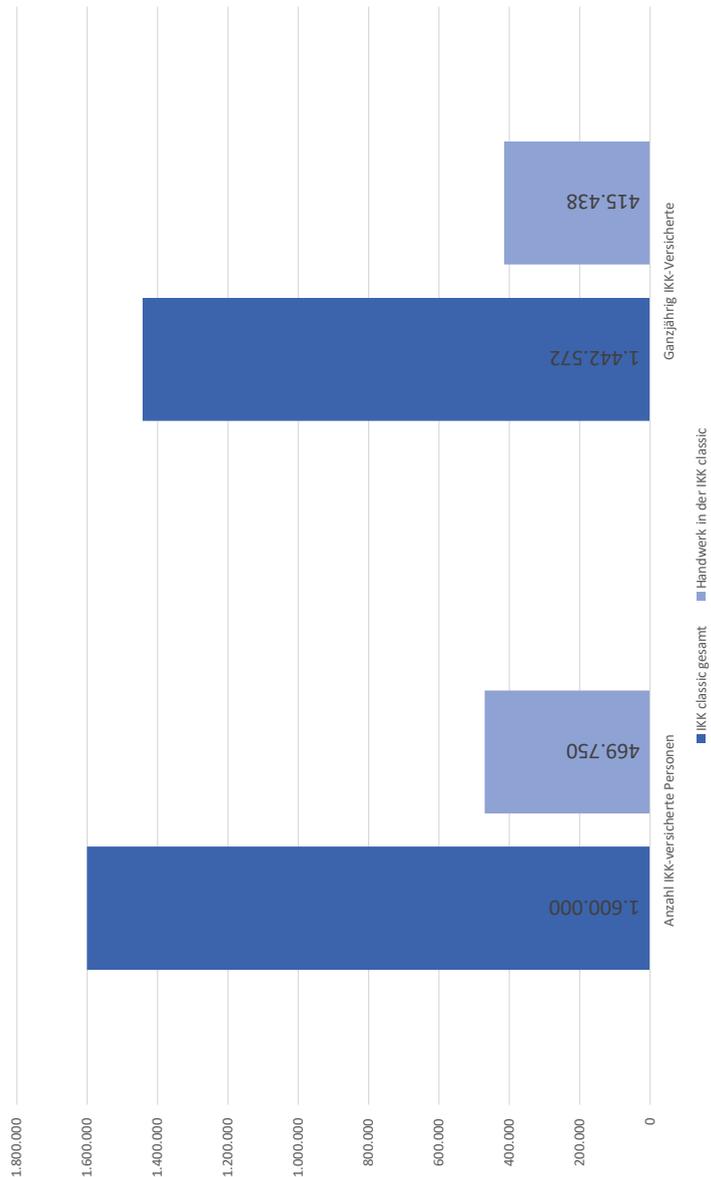
Es ist anzunehmen, dass historisch bedingt nach wie vor viele Handwerkerinnen und Handwerker bei Innungskrankenkassen versichert sind. Genauere Analysen dazu sind leider wegen der fehlenden krankenkassenübergreifenden Daten nicht möglich. Die Arbeitsunfähigkeitsdaten der IKK classic, als größte der aktuell bestehenden Innungskrankenkassen, werden deshalb für einen qualitativen Überblick herangezogen.

⁴⁴ Vgl. IKK e.V. (o.J.).

⁴⁵ Vgl. IKK e.V. (2021), S. 18.

Im Jahr 2020 waren bei der IKK classic rund 1,6 Millionen pflichtversicherte Beschäftigte gemeldet. Davon sind im gleichen Jahr 469.750 versicherte Personen im Handwerk tätig (Abbildung 5).

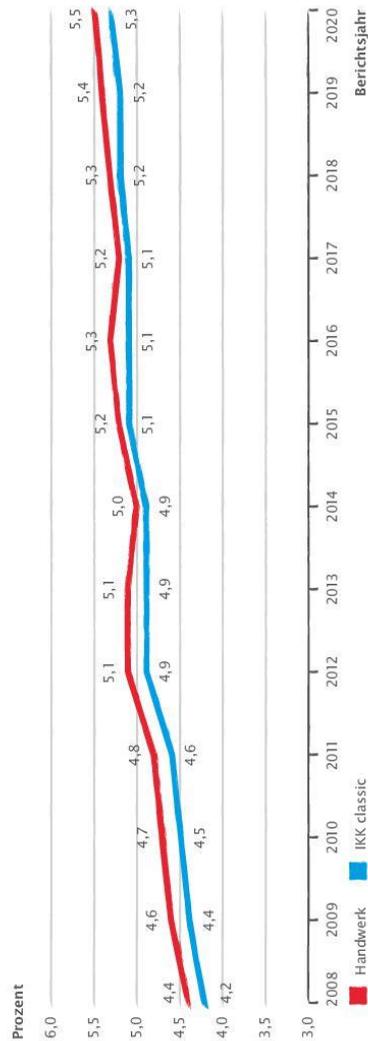
Abbildung 5: Anzahl der beschäftigten Versicherten der IKK classic 2020



Quelle: In Anlehnung an IKK classic (2021b), S. 135 f.

Der Krankenstand liegt bei 5,3% (alle) bzw. 5,5% (Handwerker).⁴⁶ Es zeigt sich, dass der Krankenstand in den vergangenen Jahren bei beiden Gruppen gestiegen ist (siehe Abbildung 6). Das Handwerk weist über den gesamten Zeitraum hinweg einen leicht höheren Krankenstand als alle Versicherten aus.

Abbildung 6: Entwicklung des Krankenstandes 2008–2020

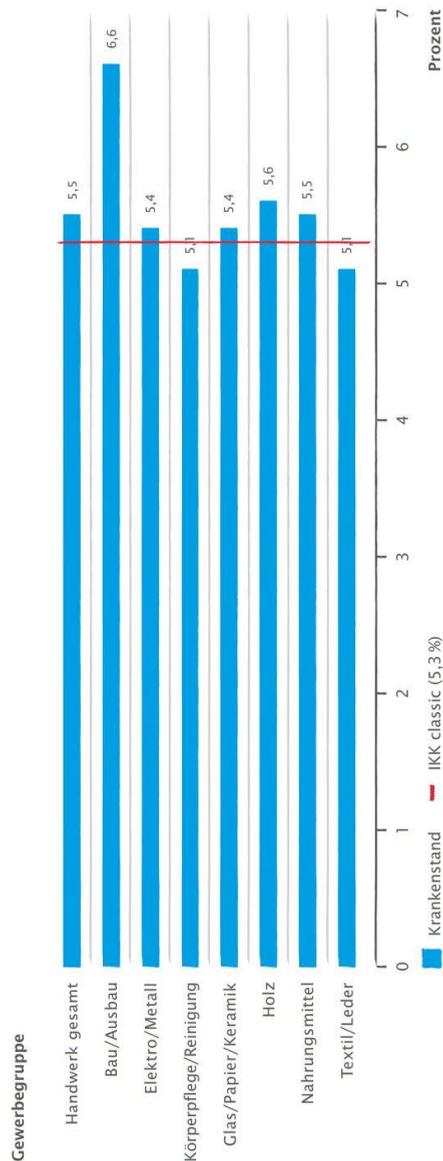


Quelle: IKK classic (2021b), S. 9.

⁴⁶ Vgl. IKK classic (2021b), S. 10.

Innerhalb des Handwerks sind die einzelnen Gewerbegruppen unterschiedlich stark belastet (siehe Abbildung 7). Insbesondere der Bau/Ausbau weist hier deutliche höhere Krankenstände als die oben dargestellten Durchschnittszahlen aus.

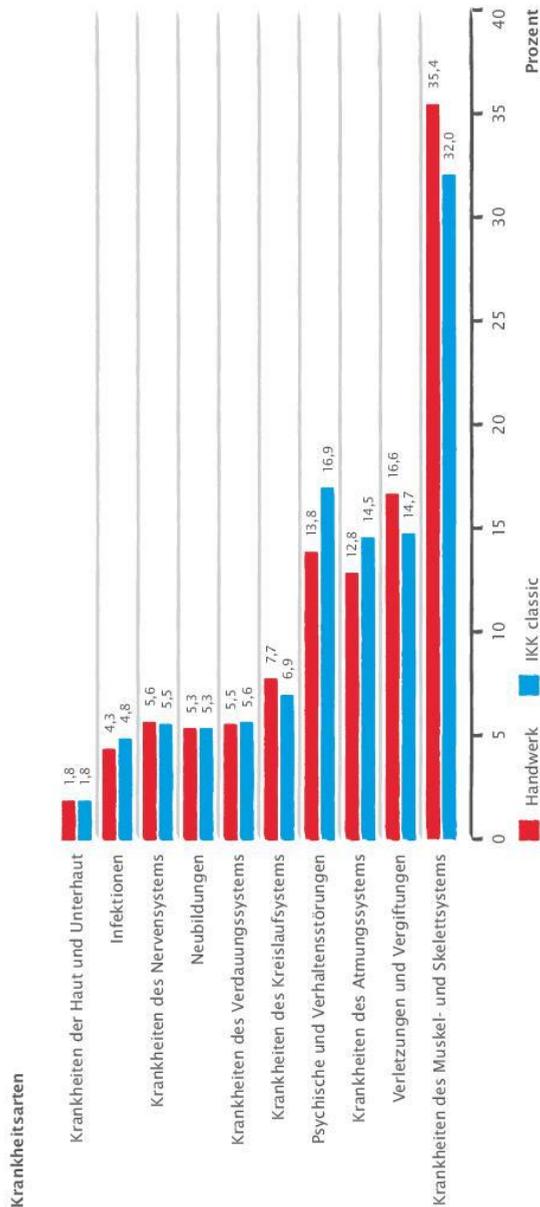
Abbildung 7: Krankenstand in den Gewerbegruppen



Quelle: IKK classic (2021b), S. 18.

Dabei spielen die folgenden Krankheitsarten und Krankheitsursachen im Jahr 2020 die größte Rolle (siehe Abbildung 8):

Abbildung 8: Krankheitsarten und Ursachen der Arbeitsunfähigkeitstage in 2020



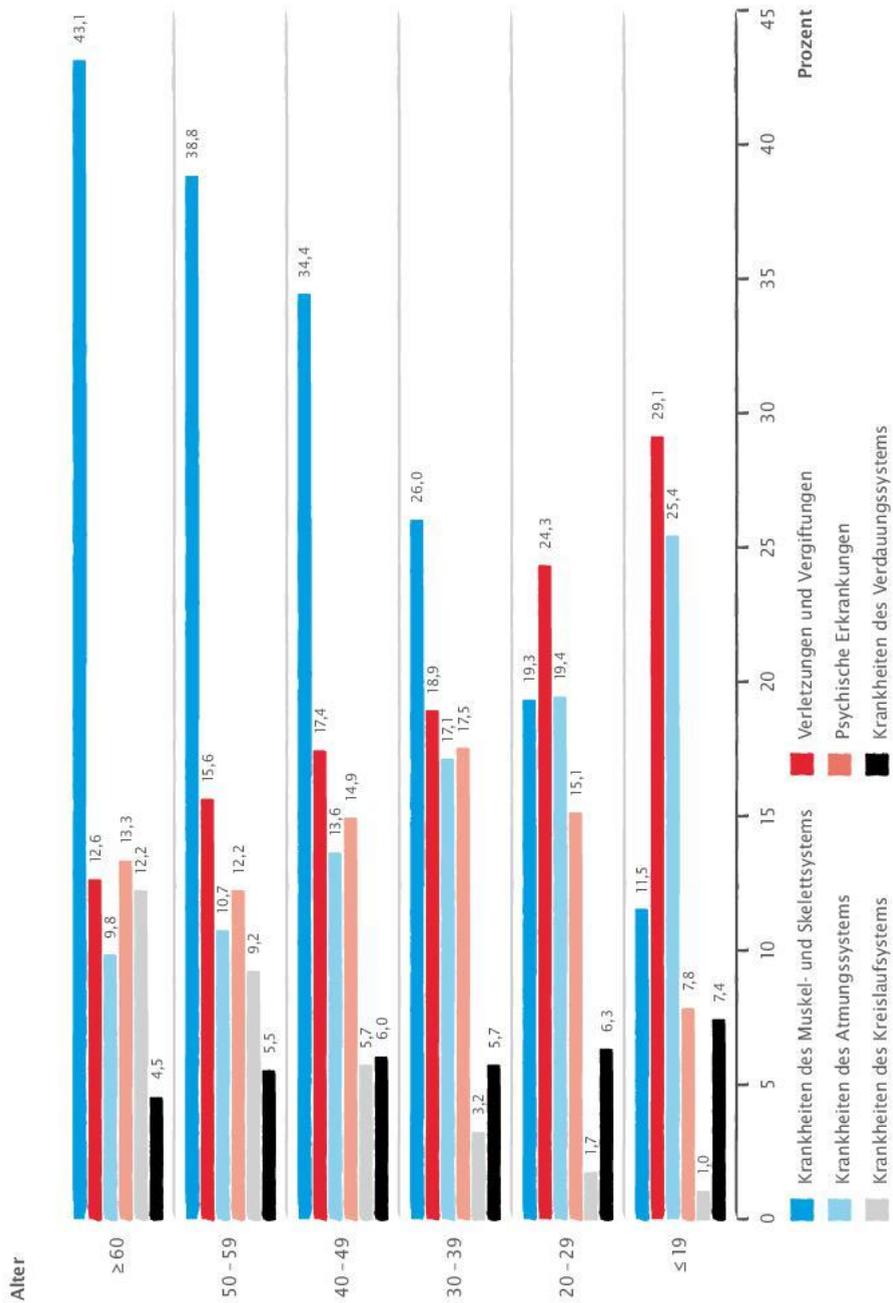
Quelle: IKK classic (2021b), S. 21.

Die dargestellten Diagnosegruppen stellen den Großteil aller an die Krankenkasse gemeldeten Diagnosen dar. Nicht erfasst werden Erkrankungen, die gemäß §5 Abs. 1 EntgFG (Entgeltfortzahlungsgesetz) innerhalb der ersten drei Tage ohne Nachweis der Ärztin bzw. des Arztes anfallen.

Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems rangieren mit etwas mehr als einem Drittel aller Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der Gruppe Handwerk auf dem ersten Platz der Erkrankungen. Dabei ist der Anteil etwas höher als beim Durchschnitt aller bei der IKK classic versicherten Beschäftigten. Der Anteil der auf diese Diagnosen anfallenden Arbeitsunfähigkeitstage steigt mit dem Alter an (siehe Abbildung 9).⁴⁷

⁴⁷ Vgl. IKK classic (2021b), S. 26.

Abbildung 9: Krankheitsarten nach Alter (AU-Tage in %)



Quelle: IKK classic (2021b), S. 26.

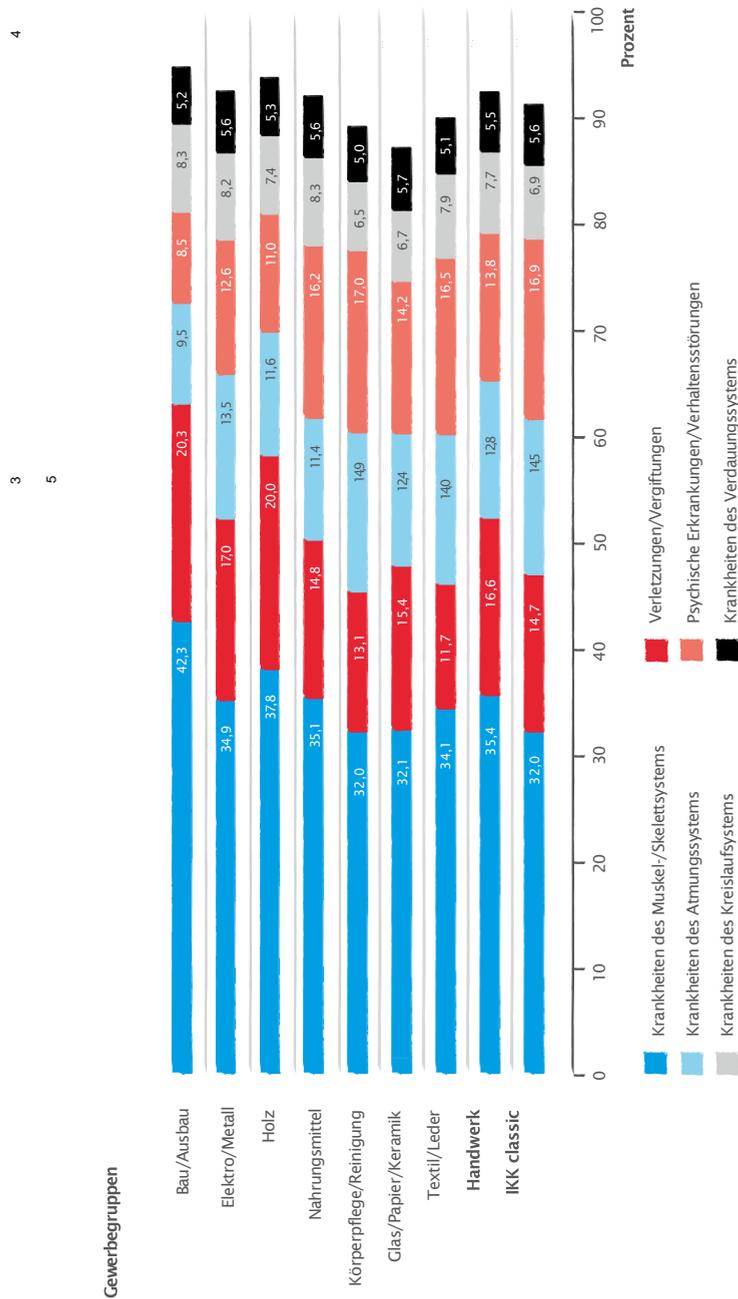
Es ist zu vermuten, dass dies mit der zum Teil körperlich hoch belastenden Tätigkeit in handwerklichen Berufen zusammenhängt.

Mit steigendem Durchschnittsalter nehmen Faktoren, die die körperliche Arbeit betreffen, einen immer größeren Stellenwert ein. Muskelkraft und sensorische Funktionen wie Sehschärfe und Hörfähigkeit nehmen ab, die Blendeempfindlichkeit nimmt zu.⁴⁸ Diese Belastungen und damit einhergehende Gefahren müssen insbesondere im handwerklichen Bereich, auch zur Vermeidung von Unfällen, besonders berücksichtigt werden.

Auch die Daten der Krankheitsarten verteilt auf die verschiedenen Gewerbegruppen bestätigen die Annahme. So entfallen bei Beschäftigten im körperlich stark beanspruchenden Gewerbe des Baus/Ausbaus rund 10% mehr der Arbeitsunfähigkeitstage auf Krankheiten des Muskel-/Skelettsystems als im Durchschnitt aller bei der IKK classic versicherten Beschäftigten (siehe Abbildung 10).

⁴⁸ Vgl. Falkenstein, M. / Kardys, C. (2020), S. 206.

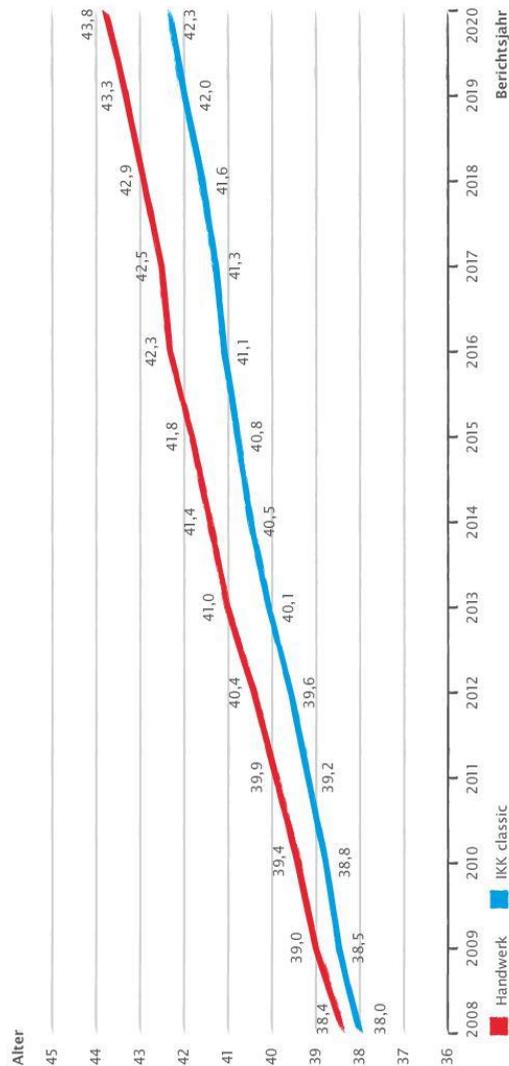
Abbildung 10: Krankheitsarten in den verschiedenen Gewerbegruppen (AU-Tage in %)



Quelle: IKK classic (2021b), S. 32.

In Zusammenhang mit dem demografiebedingt steigenden Durchschnittsalter der Beschäftigten besteht besonderer Handlungsbedarf, da mit höherem Alter auch eine steigende Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund dieser und anderer Erkrankungen zu erwarten ist. Während die bei der IKK classic versicherten Handwerkerinnen und Handwerker im Jahr 2008 durchschnittlich 38,4 Jahre alt waren, lag dieser Wert im Jahr 2020 schon bei 43,7 Jahren (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11: Entwicklung des Durchschnittsalters



Quelle: IKK classic (2021b), S. 137.

3.2 Weitere Herausforderungen im Handwerk

Je kleiner die Betriebe sind, desto eher erschweren knappe zeitliche und finanzielle Ressourcen den Betriebsalltag. Personal kann kaum in Reserve gehalten werden und Schwankungen in den Auftragseingängen können die Planungen belasten. Häufig wird Flexibilität der Beschäftigten benötigt, die diese Schwankungen ausgleicht.⁴⁹ Dies wirkt sich auch auf ein BGM aus: Das Tagesgeschäft wird von Betrieben vorrangig behandelt, auch fehlt es oft an einem grundsätzlichen Bewusstsein für BGM.⁵⁰ BGM-Maßnahmen sollten idealerweise in einem zeitlichen Zusammenhang mit den Arbeitszeiten stehen,⁵¹ was eine Planung schwierig machen kann, wenn die Mitarbeitenden regelmäßig im Außendienst unterwegs sind.

Je nach Berufsbild überwiegen männliche oder weibliche Beschäftigte in den einzelnen Betrieben stark. Von rund 370.000 Auszubildenden im Handwerk waren im Jahr 2019 circa 67.000 Auszubildende weiblichen Geschlechts.⁵² Männer weisen unter anderem ein besseres Gesundheitsverhalten in Bezug auf die körperliche Aktivität auf, dafür verhalten Frauen sich präventiver, wenn es um die Nutzung von Angeboten für Stressbewältigung und Entspannung geht. Das jeweilige Gesundheitsverhalten ist nach den Erfahrungen des BGM vom eigenen Geschlecht abhängig. Dies sollte bei der Planung von Maßnahmen und Angeboten je nach Branche berücksichtigt werden.⁵³

Auch die Vorbildung spielt bei der Gesundheit eine Rolle. Verfügt im Jahr 2020 in Deutschland durchschnittlich 29,2% aller neuen Auszubildenden (25,6% der Männer und 35,6% der Frauen) über die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife,⁵⁴ so waren dies im Handwerk mit 16% aller Auszubildenden deutlich weniger. Der Anteil der Berufsanfängerinnen und -anfänger ohne Schulabschluss oder mit Hauptschulabschluss ist mit 41,1% im Handwerk⁵⁵ deutlich höher als bei allen Auszubildenden insgesamt (27,6%⁵⁶). Die Bildung ist Teil des sozioökonomischen Status eines Menschen, der Einfluss auf die Gesundheit und die Fähigkeiten zur eigenen Gesunderhaltung hat. Trotz häufig höherer körperlicher Aktivitäten aus dem beruflichen Kontext heraus ist beispielsweise das Bewegungsverhalten dieser Gruppe schlechter ausgeprägt, da die körperliche Aktivität häufig

⁴⁹ Vgl. Meggeneder, O. (2017), S. 358.

⁵⁰ Vgl. Biallas, B. et. al. (2019b), S. 401.

⁵¹ Vgl. Wollesen, B. (2017), S. 43.

⁵² Vgl. Rimpler, R. (o.J.).

⁵³ Vgl. Spaderna, H. / Sieverding, M. (2018), S. 204.

⁵⁴ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2021).

⁵⁵ Vgl. Rimpler, R. (o.J.).

⁵⁶ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2021).

Fehlbelastungen beinhaltet. Die mit der Bildung einhergehenden Risiken für die Betriebe beeinflussen somit nicht nur die persönliche Gesundheit der Beschäftigten, sondern auch die Betriebe, weil durch das schlechtere Gesundheitsverhalten vermehrt Ausfälle zu verzeichnen sind.⁵⁷

Unbesetzte Ausbildungsstellen bereiten den Handwerksbetrieben mitunter Schwierigkeiten. So waren zum 30.09.2020 mit 18.600 unbesetzten Stellen rund 16% aller handwerklichen Ausbildungsstellen noch unbesetzt. Branchenübergreifend liegt diese Zahl im bundesdeutschen Schnitt bei 12%, sodass das Handwerk es hier je nach Berufsbild besonders schwer zu haben scheint, geeigneten Nachwuchs zu finden. Besonders große Besetzungsschwierigkeiten hat das Lebensmittelhandwerk (z.B. Fleischer, Bäcker) und der Baubereich sowie die baulichen Berufe. Auch Anlagenmechaniker in der Klempnerei und die Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik haben Nachwuchsprobleme.⁵⁸ Die Abgrenzung von Wettbewerbern kann unter anderem über ein systematisches BGM gelingen, da dieses zusammen mit einer Work-Life-Balance den Anforderungen von jungen Menschen und Bewerbern in den Generationen Y und Z entspricht.⁵⁹

3.3 Chancen für das Handwerk im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Die Organisationsstruktur von Handwerksbetrieben zeichnet sich durch flache Hierarchien aus. Die Kommunikationswege sind meist direkt und kurz, die Formalisierung ist häufig gering und Entscheidungen können daher vergleichsweise schnell gefällt werden. Die Mitarbeitenden haben in der Regel mehr Entscheidungsspielräume als Mitarbeitende in großen Unternehmen. Viele Betriebe im Handwerk sind durch familiäre Strukturen und Mitarbeit von Familienangehörigen geprägt, sodass eine große soziale Nähe vorhanden ist.⁶⁰ Häufig sind den Unternehmensinhaberinnen und -inhabern nicht nur die Mitarbeitenden, sondern auch deren Familien persönlich gut bekannt. Die Implementierung neuer Strukturen in einem Betrieb führt so schnell zu einer Akzeptanz.⁶¹

⁵⁷ Vgl. van Egmond, M. et al. (2018), S. 575 f.

⁵⁸ Vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2020), S. 17.

⁵⁹ Vgl. Kardys, C. / Holzagt, K. (2019), S. 569.

⁶⁰ Vgl. Meggeneder, O. (2017), S. 359.

⁶¹ Vgl. Wollesen, B. (2017), S. 38.

Die Unternehmer können die Gesundheitsinteressen der Mitarbeitenden im Auge behalten und leichter intervenieren.⁶² Insbesondere die guten Kommunikationsstrukturen können die kleinen Betriebe für sich nutzen. Häufig wird ein gutes Betriebsklima mit einer funktionierenden Kommunikation in Verbindung gebracht, sodass dies eine gute Voraussetzung für BGM bietet.⁶³ Da Interessenvertretungen in kleinen Betrieben in der Regel nicht vorhanden sind, steht und fällt das BGM mit den Eigentümerinnen und Eigentümern des Betriebes. Nur ein BGM, das durch die Eigentümer initiiert und mitgetragen wird, kann auch erfolgreich verlaufen.⁶⁴

⁶² Vgl. Meggeneder, O. (2017), S. 359.

⁶³ Vgl. Lück, P. / Meisel, P. (2020), S. 12.

⁶⁴ Vgl. Meggeneder, O. (2017), S. 359.

4 Treiber und Faktoren der Nachhaltigkeit im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Der Faktor Betriebsgröße spielt für die Durchführung eines BGM eine wichtige Rolle. Je größer ein Betrieb ist, desto größer ist generell die Chance für die erfolgreiche Durchführung eines BGM.⁶⁵ Nach diesen Erkenntnissen haben also kleine Handwerksbetriebe zunächst einmal einen strukturellen Nachteil zu überwinden und müssen dabei besonders die im vorherigen Kapitel thematisierten Stärken nutzen.

Insbesondere Probleme mit Personalmangel und somit der Personalrekrutierung scheinen Faktoren zu sein, die Betriebe generell eher zur Implementierung und Beibehaltung eines BGM veranlassen.⁶⁶ Auch Handwerksbetriebe kämpfen, wie beschrieben, bereits bei der Besetzung offener Ausbildungsplätze mit diesen Schwierigkeiten, und so würde diesem Faktor auch in dieser Branche eine wichtige Rolle zukommen. Faktoren wie die Systematisierung von Personalkonzepten, ein hohes Qualitätsbewusstsein, ein klares Bewusstsein für die Wichtigkeit von Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die Inanspruchnahme von externer Expertise scheinen zu einer höheren Qualität im BGM zu führen.⁶⁷

Nachfolgend werden Faktoren, die eine Nachhaltigkeit im BGM begünstigen, beschrieben.

4.1 Partizipation und Motivation

„Betroffene zu Beteiligten machen“:⁶⁸ Die Einbindung der Beschäftigten in ein strukturiertes BGM stellt eine wichtige Voraussetzung für ein wirksames BGM dar.⁶⁹ Damit eine Veränderung vorgenommen wird, ist es notwendig, dass bei den beteiligten Akteurinnen und Akteuren ein Veränderungsbedarf wahrgenommen wird. Dabei ist es umso wahrscheinlicher, dass Veränderungen angestrebt werden, je eher die handelnden Akteure der Veränderung ein positives Ergebnis zurechnen. Durch die Miteinbeziehung der Beteiligten besteht im Rahmen eines strukturierten BGM die Möglichkeit, dass sich Mitarbeitende und Führungskräfte mit der Arbeitssituation sowie den Auswirkungen auf die Gesundheit auseinandersetzen und so den Prozess erfolgreich gestalten. Bereits vor der Einbeziehung der Beteiligten muss geklärt sein, wie mit den Ergebnissen umgegangen

⁶⁵ Vgl. Faller, G. (2018), S. 281.

⁶⁶ Vgl. Holleder, A. / Wießner, F. (2014), S. 867.

⁶⁷ Vgl. Faller, G. (2018), S. 282.

⁶⁸ Wilke, C. et al. (2019), S. 395.

⁶⁹ Vgl. ebd.

wird, die durch die Partizipation erzielt oder erarbeitet wurden. Wichtige Leitfragen dazu sind:

- Wann werden Entscheidungen getroffen?
- Wer fällt diese Entscheidungen?
- Was soll entschieden werden?
- Nach welchen Kriterien werden Entscheidungen getroffen?
- Wer hat ein Vetorecht und wie wird ein Mitspracherecht gewährt?⁷⁰

Eine offene Kommunikation dieser Bedingungen sollte erfolgen. So können die Entscheidungen von Beteiligten nicht nur nach ihrem Ergebnis, sondern auch nach ihrer Konsistenz beurteilt und somit mitgetragen werden. Ein nach außen kommunizierter, aber in der betrieblichen Realität nicht gelebter Prozess der Einbindung verursacht negative Effekte.⁷¹

Ein kontinuierlicher Austausch mit der Belegschaft eines Betriebes und die Förderung des Austauschs untereinander sollte systematisch organisiert werden. Die Initiierung durch einen Steuerkreis Gesundheit, der plant, auf welche Art eine Partizipation erfolgt und wie abgeleitete Maßnahmen kommuniziert werden, sollte frühzeitig nach Implementierungsbeginn erfolgen.⁷²

Wichtig ist die Beobachtung der Teilnahmequoten an scheinbar passenden Maßnahmen. Wenn Maßnahmen an Bedürfnissen der Mitarbeitenden vorbei angeboten werden, ist die Teilnahme häufig niedrig.⁷³ Wenn Teilnahmequoten plötzlich sinken, sollte die Motivationslage der Belegschaft erfasst und auf entsprechende Treiber eingegrenzt werden. Eine Erfassung von Umfeldaspekten kann die Problematik weiter aufdecken und zu einer Verbesserung und Kontinuität des BGM führen.⁷⁴

Die konkrete Art der Partizipation ist zwar sehr individuell an den Betrieb und die Unternehmenskultur anzupassen, jedoch können folgende Aspekte der Prüfung dienen, ob die Art der Einbindung für die Mitarbeitenden passend ist:

⁷⁰ Vgl. Ulich, E. / Wülser, M. (2018), S. 145 ff.

⁷¹ Vgl. ebd.

⁷² Vgl. Hoß, K. (2020), S. 227.

⁷³ Vgl. Brüssel, M. / Stella, S. (2019), S. 104 f.

⁷⁴ Vgl. Schaff, A. (2018), S. 173.

- Die Zielsetzungen im BGM entsprechen den individuellen Bedürfnissen.
- Herausforderungen werden als angemessen und realistisch empfunden.
- Die Lösungsansätze sind praxistauglich.⁷⁵

4.2 Verknüpfung mit verwandten Themen

Der Arbeitsschutz hat in Deutschland rechtliche Grundlagen, die durch zwingende Verhaltenspflichten gekennzeichnet sind, und stellt die entsprechenden Instrumente zur Durchsetzung zur Verfügung. Demgegenüber steht die BGF, die auf dem Prinzip der Freiwilligkeit basiert. Dennoch stehen beide Bereiche in der Praxis immer mehr in Zusammenhang miteinander. Durch das in den europäischen Vorlagen begründete Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) werden allgemein gehaltene Schutzziele festgelegt. Der daraus resultierende Gestaltungsauftrag bedeutet, dass es sinnvoll ist, BGM-Ansätze zu nutzen. Eine eindeutige Trennung von BGF/BGM und Arbeitsschutz ist somit heute nicht mehr möglich. Das Arbeitsschutzrecht wandelt sich von der Aufsichtsrolle hin zu dem Auftrag, Gefährdungen präventiv zu erfassen und die Arbeit dahingehend zu gestalten. Auch psychosoziale Einwirkungen sind zu berücksichtigen. Gefährdungen als Risikopotenzial sind zu vermeiden.⁷⁶ Die Arbeitgeber haben die Prävention bereits als gesetzlich verpflichtende Aufgabe implementiert,⁷⁷ sodass hier eine Verknüpfung erfolgen kann. Aus dem BGM heraus können die Förderung der innerbetrieblichen Kommunikation sowie die Fokussierung auf die Bedarfsorientierung für Beschäftigte als Werkzeug für den Arbeitsschutz dienen, sodass der Arbeitsschutz gemeinsam mit BGM als ganzheitlicher Ansatz in die Betriebsabläufe integriert werden sollte.⁷⁸

Auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist unter dem Dach des ganzheitlichen BGM angeordnet. Nach §167 Abs. 2 SGB IX haben Beschäftigte, die „innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig“ waren, Anspruch auf ein BEM. Dabei soll geklärt werden, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden werden und wie einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann. Insbesondere Letzteres kann mit

⁷⁵ Vgl. Hoß, K. (2020), S. 228.

⁷⁶ Vgl. Faber, U. / Faller, G. (2017), S. 57 ff.

⁷⁷ Vgl. Pieck, N. et al. (2016), S. 272.

⁷⁸ Vgl. Faber, U. / Faller, G. (2017), S. 57 ff.

BGM-Maßnahmen verknüpft werden. Ein strukturiertes und geplant durchgeführtes BEM wird jedoch trotz der seit 2004 bestehenden gesetzlichen Verpflichtung insbesondere bei Klein- und Kleinstbetrieben oft nicht angeboten.⁷⁹

4.3 Zusammenarbeit mit anderen Partnern und externe Förderung

Befragungen bei Betrieben ohne BGM zeigen, dass die Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken oder Unternehmerstammtischen ein mögliches Modell im Zusammenhang mit BGM sein kann.⁸⁰ Ein Austausch von Betrieben untereinander kann den gegenseitigen Informationsfluss erhöhen. Durch diese Unterstützung und den Zusammenschluss verschiedener Betriebe miteinander können mit geringem Aufwand gemeinsame Maßnahmen und Lösungen implementiert und somit mangelnde Ressourcen überwunden werden.⁸¹ So können auch Referentinnen und Referenten oder Trainerinnen und Trainer von mehreren Betrieben gemeinsam genutzt werden.⁸² Als hilfreich werden auch durch Unternehmensorganisationen oder Sozialversicherungsträger organisierte Themenabende empfunden, bei denen Best-Practice-Beispiele vorgestellt und branchenspezifische Herausforderungen und Möglichkeiten dargestellt werden.⁸³

Auf der anderen Seite können branchenunspezifische und somit möglicherweise nicht passende Angebote oder auch die Angst der Konkurrenz, einen zu tiefen Einblick in den eigenen Betrieb zu gewähren, aus Betriebssicht gegen solche Modelle sprechen.⁸⁴

Neben der Zusammenarbeit mit gesetzlichen Krankenkassen nutzen einige Betriebe die Unterstützung durch externe Fitnesstrainerinnen und -trainer, Berufsgenossenschaften, Betriebsärztinnen und -ärzte oder weitere externe Fachkräfte, wie beispielsweise Ärzte oder Büroausstatter.⁸⁵ Weiterhin scheint es Informationsbedarf zu Möglichkeiten der Unterstützung durch gesetzliche Unfall- und Rentenversicherungsträger zu geben. Durch das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“ im Jahr 2015 wurden die entsprechenden Verantwortlichkeiten dieser Träger betont. Auch eine Zusammenarbeit mit bereits bestehenden örtlichen Unternehmensorganisationen wie den Industrie- und Han-

⁷⁹ Vgl. Lück, P. / Meisel, P. (2020), S. 16.

⁸⁰ Vgl. Stilianow, U. / Richter, G. (2017), S. 241.

⁸¹ Vgl. Biallas, B. et. al. (2019b), S. 401.

⁸² Vgl. Schaefer, E. et. al. (2016), S. 163.

⁸³ Vgl. Lück, P. / Meisel, P. (2020), S. 20.

⁸⁴ Vgl. ebd., S. 21.

⁸⁵ Vgl. Schaefer, E. et. al. (2016), S. 163.

delskammern, Handwerkskammern oder Innungen könnte ein Ansatz zur verstärkten und professionalisierten Durchführung von BGM sein. Der Grad der Einbindung dieser Partner könnte in Zukunft forciert werden.⁸⁶

Der deutsche Staat unterstützt Maßnahmen der BGF durch Steuererleichterungen. Nach § 3 Nr. 34 EstG (Einkommenssteuergesetz) können „Leistungen des Arbeitgebers, die zur Förderung der Gesundheit in Betrieben hinsichtlich Qualität, Zweckbindung, Zielgerichtetheit und Zertifizierung den Anforderungen der §§ 20 und 20b SGB V genügen“, mit bis zu 600 Euro pro Beschäftigten und Jahr gefördert werden. Die Anerkennung solcher Maßnahmen durch die Finanzämter wurde nach Erfahrungen in der Berufspraxis der Autorin jedoch in den vergangenen Jahren sehr heterogen gehandhabt, sodass die Unternehmen bislang zurückhaltend von der Regelung Gebrauch gemacht haben.

4.4 Gesunde Führung und Vorbildfunktion

Gesundheitsförderliches Führen ist Gegenstand vieler Studien. So fasst Stilijanow zusammen, dass ein Mangel an Informationen, unzureichende Zielklärung oder zu wenig Lob das Risiko an Herz-Kreislauf-Erkrankungen messbar erhöhen und Unterstützung durch den Vorgesetzten Krankheitsrisiken vermindert. Führung kann als Stressor oder als Ressource wirken und Fehlzeiten, Zufriedenheit oder Erschöpfung verhindern oder verstärken.⁸⁷

Mit Kommunikation und Interaktion, der Gestaltung des Arbeitsumfeldes und Motivation teilen Franke et al. die gesundheitsorientierte Führung in drei Aspekte ein.⁸⁸ Gerade in kleinen Betrieben ist von einem großen Einfluss des Unternehmers bzw. der Führungskraft auf die gesamten Prozesse auszugehen. Die Führungskraft beeinflusst somit auch die BGM-Strukturen in hohem Maß und kann diese schnell im positiven sowie im negativen Sinne lenken. Die Führungskräfteentwicklung ist somit besonders in diesem Kontext notwendig.⁸⁹ Neben der Arbeitsumgebung gestaltet die Führung in der Regel auch die Arbeitsorganisation, die individuell an die Mitarbeitenden angepasst werden sollte. Die Vorstellungen der Mitarbeitenden sind nach Möglichkeit miteinzubeziehen.⁹⁰

Das eigene gesundheitsbezogene Verhalten können Führungskräfte nutzen, um Mitarbeitende zu gesundheitsförderlichem Denken und Handeln zu bewegen.

⁸⁶ Vgl. Biallas, B. et al. (2019a), S. 221.

⁸⁷ Vgl. Stilijanow, U. / Richter, G. (2017), S. 233.

⁸⁸ Vgl. Franke, F. et al. (2011), S. 373.

⁸⁹ Vgl. Bauer, G.F. / Jenny, G.J. (2017), S. 101 f.

⁹⁰ Vgl. Wilke, C. et al. (2019), S. 393 f.

Das Verhalten der Führungskräfte setzt Maßstäbe: Werden Pausen gemacht, wird krank gearbeitet, nimmt man sich Zeit für Sport? Führungskräfte, die der eigenen Gesundheit Beachtung schenken, achten eher auf die Gesundheit der Mitarbeitenden.⁹¹ Die Auseinandersetzung mit eigenen Stressoren und Ressourcen befähigt Führungskräfte, entsprechende gesundheitliche Aspekte auch bei den Mitarbeitenden im Auge zu behalten.⁹² Ihre Vorbildfunktion können sich Führungskräfte im BGM-Kontext aktiv zunutze machen.⁹³ Der Einfluss geht so weit, dass Mitarbeitende ihre eigene Gesundheit bei einem entsprechenden Führungsvorbild reflektieren und optimieren.⁹⁴

Auch der Verlauf eines BGM kann durch Führungskräfte maßgeblich beeinflusst werden. Die Erkenntnis, dass die Steuerung von Arbeitsunfähigkeit nicht nur in der Zuständigkeit der Mitarbeitenden liegt, sondern vielmehr zumindest auch Arbeitsbedingungen sowie gesellschaftlichen Bedingungen zuzuschreiben ist, ist ein Anfang.⁹⁵

Nicht zuletzt wirkt eine positive Beziehung zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden ebenfalls gesundheitsförderlich. Freundlichkeit und Respekt sowie soziale Unterstützung wirken sich positiv auf die psychische und physische Arbeitsfähigkeit aus.⁹⁶

4.5 Digitalisierung

Die Arbeitswelt wird neben der Globalisierung und dem demografischen Wandel massiv durch Technisierung beeinflusst. Dabei kann Automatisierung und Digitalisierung insbesondere im Bereich der körperlichen Belastungen Entlastung verschaffen, gleichzeitig steigen jedoch psychische Belastungen im Bereich der Verarbeitung von Informationsflüssen.⁹⁷ Auch im Gesundheitsbereich sind Einflüsse der Digitalisierung mittlerweile spürbar, und auch im BGM werden digitale Instrumente eingesetzt. Kaiser und Matusiewicz definieren digitales BGM als den „Einsatz von digitalen Methoden und Instrumenten (wie beispielsweise Online-Coaching, Gesundheitsplattformen, Employee Assistance Programs (EAP)),

⁹¹ Vgl. Stilijanow, U. / Richter, G. (2017), S. 236.

⁹² Vgl. Franke, F. et al. (2011), S. 381.

⁹³ Vgl. Stilijanow, U. / Richter, G. (2017), S. 236.

⁹⁴ Vgl. Franke, F. / Felfe, J. (2011), S. 11 f.

⁹⁵ Vgl. Stilijanow, U. / Richter, G. (2017), S. 237.

⁹⁶ Vgl. ebd., S. 236.

⁹⁷ Vgl. Ternès, A. et al. (2017), S. 24.

BGM-Komplettsysteme, Gesundheits-Apps und Wearables), die zur Unterstützung des klassischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements eingesetzt werden“.⁹⁸

Auch wenn die Nutzung eines vollumfänglichen digitalen BGM in Klein- und Kleinstbetrieben zunächst unwahrscheinlich erscheint, so können doch Apps sowie Wearables niederschwellig im BGF eingesetzt werden. Jüngere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Mitarbeitende im Außendienst können so besser erreicht werden. Durch digitale Wettkämpfe oder Teambuildingprozesse kann die Steigerung der Attraktivität des Unternehmens ganz nebenbei positiv beeinflusst werden. Jedoch gibt es auch Herausforderungen zu beachten: Problematisch kann die Ausgrenzung von spezifischen Gruppen sein, die weniger affin gegenüber digitalen Angeboten sind. Der Datenschutz muss konsequent und für die Nutzenden sowohl deutlich erkennbar als auch verständlich sein. Außerdem ist das Angebot groß und dementsprechend schwer für einzelne Unternehmen zu bewerten. Nicht immer liegen Wirksamkeitsnachweise vor. Häufig vernachlässigt werden die Themen des BEM sowie des Arbeitsschutzes. Zuständige Mitarbeitende müssen die entsprechenden digitalen Kompetenzen mitbringen oder erwerben, damit mit den ausgewählten Tools professionell gearbeitet werden kann.⁹⁹

Idealerweise werden digitale Angebote mit analogen Maßnahmen verknüpft. Zahlreiche Anbieter geben Unterstützung in der Praxis. So kann z.B. ein Ernährungstagebuch mit einer Frühstückssaktion im Betrieb oder eine „Schritte-Challenge“ mit dem Thema Bewegung verbunden werden. Idealerweise werden auch die analogen Maßnahmen über solche Anwendungen beworben und angeboten. Durch Befragungen können die Angebote so nicht nur auf die Betriebe, sondern auch auf die Beschäftigten, je nach Belastung und Bedarf, individuell zugeschnitten werden.¹⁰⁰

4.6 Maßnahmenangebot

Die Bandbreite an konkreten Maßnahmen erstreckt sich bei den KMU sowohl auf arbeitsbezogene wie auch verhältnispräventive Maßnahmen und verhaltenspräventive Angebote, die meist den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung oder Stressmanagement zuzuordnen sind. Gerade in den KMU ist deutlich, dass die Betriebsinhabenden die Bedarfserhebung in Form von Befragungen, moderierten

⁹⁸ Kaiser, L. / Matusiewicz, D. (2018), S. 2.

⁹⁹ Vgl. Käfer, A. / Niederberger, M. (2020), S. 155 ff.

¹⁰⁰ Vgl. Baxheinrich, A. / Henssler, O. (2018), S. 305 f.

Gruppendiskussionen etc. nicht als eigenständigen Schritt wahrnehmen. Dies könnte darauf hinweisen, dass ein ganzheitliches BGM, wie es in der Literatur definiert ist, in der Praxis von den Akteurinnen und Akteuren nicht immer auch so verstanden wird.¹⁰¹ Je weniger hier „Maßnahmen von der Stange“, sondern individuell auf Basis einer Bedarfserhebung ermittelte und angepasste Lösungen für den einzelnen Betrieb kreiert werden, je eher leisten diese einen wertvollen Beitrag zur Gesunderhaltung der Mitarbeitenden. Idealerweise werden nicht nur die betriebspezifischen Bedürfnisse, sondern auch die kulturelle Herkunft der Mitarbeitenden berücksichtigt, da unterschiedliche kulturelle Hintergründe zu unterschiedlichem Verhalten und Lernen führt.¹⁰²

4.7 Ziele und Zielerreichung

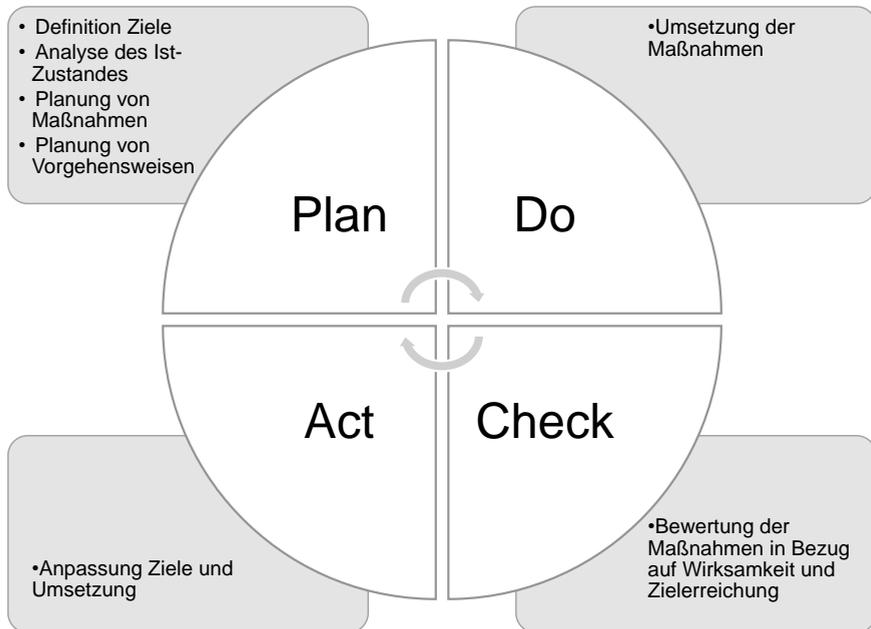
Um ein BGM im Betrieb zu bewerten, können unterschiedliche Aspekte aus dem Controlling herangezogen werden. Welches diese sind, bleibt dem Unternehmen überlassen. Grundsätzliches Ziel muss jedoch „nicht der kurz- und mittelfristige Betrieb von BGM, sondern die langfristige Etablierung und Schaffung von Akzeptanz von BGM im Unternehmen“ sein.¹⁰³

Dies kann durch den Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) unterstützt und ermöglicht werden (siehe Abbildung 12).

¹⁰¹ Vgl. Lück, P. / Meisel, P. (2020), S. 12 f.

¹⁰² Vgl. Hoß, K. (2020), S. 226.

¹⁰³ Pfannstiel, M. / Mehlich, H. (2018), S. IX.

Abbildung 12: PDCA-Zyklus im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

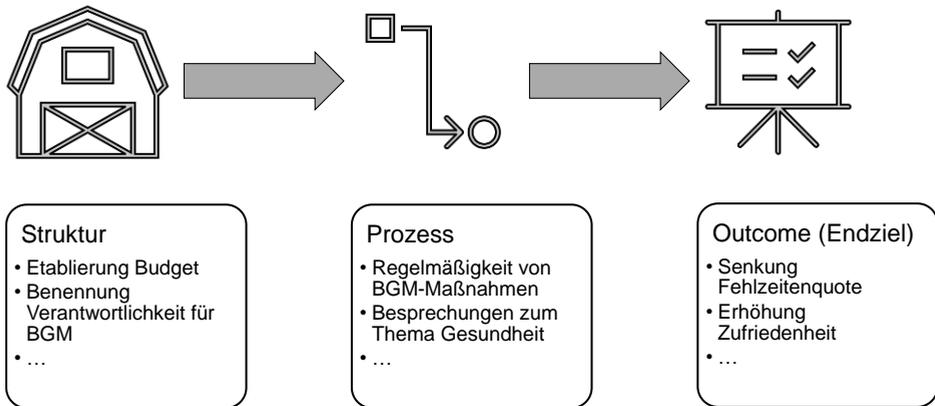
Quelle: In Anlehnung an Friedrich, M. / Gold, T. (2018), S. 635.

Im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses kann ein BGM auch im kleinen Betrieb im Rahmen eines PDCA-Zyklus gelebt werden. Anhand des in der „Plan“-Phase erhobenen Ist-Zustandes können nach der Umsetzung („Do“-Phase) in der „Check“-Phase Evaluationen vorgenommen und der Prozess im weiteren Verlauf angepasst werden.¹⁰⁴ Nur eine systematische Vorgehensweise ermöglicht es dem Betrieb zu überprüfen, ob das BGM gemäß den selbst gesetzten Zielen wirksam ist.

Eine Unterscheidung von Zielen kann nach Struktur-, Prozess- und Outcome-Zielen vorgenommen werden. Eine klare Zuordnung und Formulierung kann beim Zielcontrolling behilflich sein.¹⁰⁵ Abbildung 13 stellt Beispiele für Ziele im BGM dar.

¹⁰⁴ Vgl. Friedrich, M. / Gold, T. (2018), S. 635.

¹⁰⁵ Vgl. Pfaff, H. / Zeike, S. (2019), S. 14.

Abbildung 13: Ziele im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Quelle: In Anlehnung an Pfaff, H. / Zeike, S. (2019), S. 14.

Grundsätzlich empfehlenswert ist eine Zielformulierung nach den SMART-Kriterien, damit die Ziele „spezifisch“ (specific), „messbar“ (measurable), „erreichbar“ (achievable), „realistisch“ (realistic) und „zeitbezogen“ (time-bound) sind.¹⁰⁶

4.8 Controlling

Jedes Ziel, das im vorherigen Teilkapitel behandelt wurde, spiegelt sich idealerweise in Kennzahlen wider, die die Situation des Unternehmens in passender und umfassender Weise beschreiben. Nur mit solchen Kennzahlen kann die Erreichung der Ziele wirklich verfolgt werden, im Sinne eines Vergleiches zwischen Ist und Soll. Die Bildung von Kennzahlen ist die Domäne des Controllings. Controlling beschäftigt sich im Unternehmen in der Regel mit einer anderen Art von Kennzahlen, die eher unmittelbar ökonomischer Natur oder direkt wirtschaftlichen Zielen zuzuordnen sind, wie die Produktivität.

Im BGM hat das Controlling aber meistens keine Rolle: Weder im Handwerksbetrieb, in dem es oft gar keine Controlling-Abteilung gibt, noch in größeren und großen Unternehmen. Der Grund dafür ist, dass Controlling selten mit Gesundheit in Verbindung gebracht wird, und wenn überhaupt, nur in Form von übersimplifizierten Kennzahlen, wie der gesamtbetrieblichen Abwesenheitsquote.

¹⁰⁶ Vgl. Pfaff, H. / Zeike, S. (2019), S. 15.

Die Folge ist, dass sehr viele BGM-Programme ohne eine Form von Controlling arbeiten. Daraus folgt wiederum, dass keine guten Kennzahlen genutzt werden und damit keine gezielte Prozesssteuerung und Evaluation möglich sind.

Controlling ist aber auch im Handwerksbetrieb möglich – auch ohne eigene Abteilung. Im Kern geht es darum, folgende Arbeitsschritte umzusetzen:

- Definition weniger Kennzahlen, die die betriebliche Gesundheit in einem umfassenden Sinn abbilden. Dazu gehören auf jeden Fall die Abwesenheitsquote, die Präsentismusquote, die Unfallrate pro Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter und eine Kennzahl zur Motivation der Beschäftigten. Diese und weitere Kennzahlen müssen pro Abteilung erhoben werden, um die Daten der jeweiligen Führungskraft und dem Abteilungssetting zuordnen zu können.
- Erhebung des Ist-Standes dieser Kennzahlen vor Beginn des BGM-Programms als Basis zur Festlegung zielgerichteter Maßnahmen einerseits, und andererseits als Basis für die künftige Fortschrittsmessung.
- Festlegung von Zielen für jede Kennzahl im Zeitablauf. Idealerweise wird dabei nicht nur ein einzelner Zielwert festgelegt, sondern auch Meilensteine im Ablauf, zum Beispiel im Abstand von Quartalen.
- Regelmäßige Überprüfung des Kennzahlenstands, mindestens einmal pro Quartal. Anpassung der Maßnahmen und Strukturen je nach Bild, das sich aus der Auswertung ergibt.
- Am Ende des Programms Evaluation aller getroffenen Maßnahmen und strukturellen Veränderungen, mit folgenden Leitfragen:
 - In welchem Umfang sind die Ziele des BGM-Programms erreicht worden?
 - Wenn Ziele nicht erreicht wurden, was sind die Gründe?
 - Was kann aus dem abgelaufenen Programm für künftige Programme gelernt werden?
 - Wie kann die Kennzahlensystematik verbessert werden, um Aufwand zu senken und gleichzeitig die Aussagekraft zu erhöhen?
 - Gibt es notwendige übergreifende Veränderungen auf der strategischen Ebene, auf die die Ergebnisse des Programms hinweisen?

Auf diese Weise können die Methodiken des Controllings auch in kleinen und kleinsten Unternehmen angewendet werden, um das BGM zu professionalisieren und damit die Erfolgswahrscheinlichkeit deutlich zu erhöhen.

5 Forschungsmethodik

Aufbauend auf den bisher gewonnenen Erkenntnissen aus Theorie und Praxis des BGM wurden Experteninterviews mit Betrieben durchgeführt, um die in Kapitel 1.1 gestellten Forschungsfragen im Rahmen einer qualitativen empirischen Forschung zu untersuchen. Die Experteninterviews wurden leitfadengestützt und halbstrukturiert geführt.

5.1 Festlegung des Untersuchungsziels und -umfelds

Das Untersuchungsziel der vorliegenden Arbeit war die explorative Ermittlung der Faktoren, die dazu führen, dass Unternehmen auch nach dem Rückzug einer gesetzlichen Krankenkasse als BGM-Berater das Thema Gesundheit im Unternehmen aufrechterhalten und den implementierten BGM-Prozess weiterführen.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollen es gesetzlichen Krankenkassen ermöglichen, die verstärkenden Faktoren bei der zukünftigen Implementierung von BGM in Betrieben zu berücksichtigen und gezielt zu fördern, um die Ausgabe der Versicherungsgelder gezielter und nachhaltiger vornehmen zu können. Gleichzeitig dienen die Ergebnisse auch den untersuchten Handwerksbetrieben, um den eigenen BGM-Prozess nachhaltiger und damit erfolgreicher zu gestalten.

Als Untersuchungsumfeld dienen Unternehmen, die in Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse mittels der Einführung eines BGM gesundheitsförderliche Strukturen im Unternehmen implementiert haben. Dabei wurden zu Beginn der Forschungsarbeit ausschließlich Handwerksbetriebe bis zu einer Größe von 249 Beschäftigten als konkretes Untersuchungsumfeld definiert und die Untersuchung damit auf KMU fokussiert.

5.2 Datenerhebung

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden im Februar und März 2021 insgesamt neun Expertinnen und Experten aus handwerklichen Betrieben des gesamten Bundesgebietes befragt. Die halbstrukturierte Befragung wurde aufgrund der Covid-19-Pandemie telefonisch oder per Videotelefonie durchgeführt, um den Befragungsaufwand und das Infektionsrisiko einzugrenzen. Tabelle 1 fasst die befragten Unternehmen in anonymisierter Weise zusammen. Die konkrete Auswahl der Unternehmen blieb damit deutlich unter der gewählten Grenze von 249 Beschäftigten und erlaubt somit vor allem einen näheren Blick auf Betriebe im mittleren und unteren KMU Bereich

Tabelle 1: Übersicht Interviewpartnerinnen und -partner

Region	Anzahl Mitarbeitende	BGM seit
Niedersachsen	Ca. 40	2012
Niedersachsen	Ca. 80	2000
Niedersachsen	Ca. 10	2013
Westfalen-Lippe	Ca. 40	2009
Westfalen-Lippe	Ca. 11	2017
Nordrhein	Ca. 24	2013
Nordrhein	Ca. 7	2017
Sachsen	Ca. 8	2019
Bayern	Ca. 42	2019

Die befragten Betriebe beschäftigen durchschnittlich 29 Mitarbeitende. Insgesamt wurden vier Frauen und fünf Männer befragt. Acht von neun Betrieben gaben an, Mitglied in der jeweiligen Innung zu sein. Ein festes Budget für BGM bzw. BGF hat keiner der Befragten. Mit der Implementierung eines BGM starteten die Betriebe zwischen 2009 und 2019. Die Verteilung auf die verschiedenen Gewerke ist breit gestreut: Ein Frisör, ein Fahrzeugbauer, eine Tischlerei, ein Metallbauer, zwei Heizungs- und Sanitärbetriebe, eine Gaststätte mit Bistro und Metzgerei, eine Bäckerei und ein Raumausstatter wurden befragt.

5.3 Interviewgestaltung

Die Durchführung der Interviews wurde in fünf Teilschritten gestaltet, die die folgende Liste zusammenfasst.

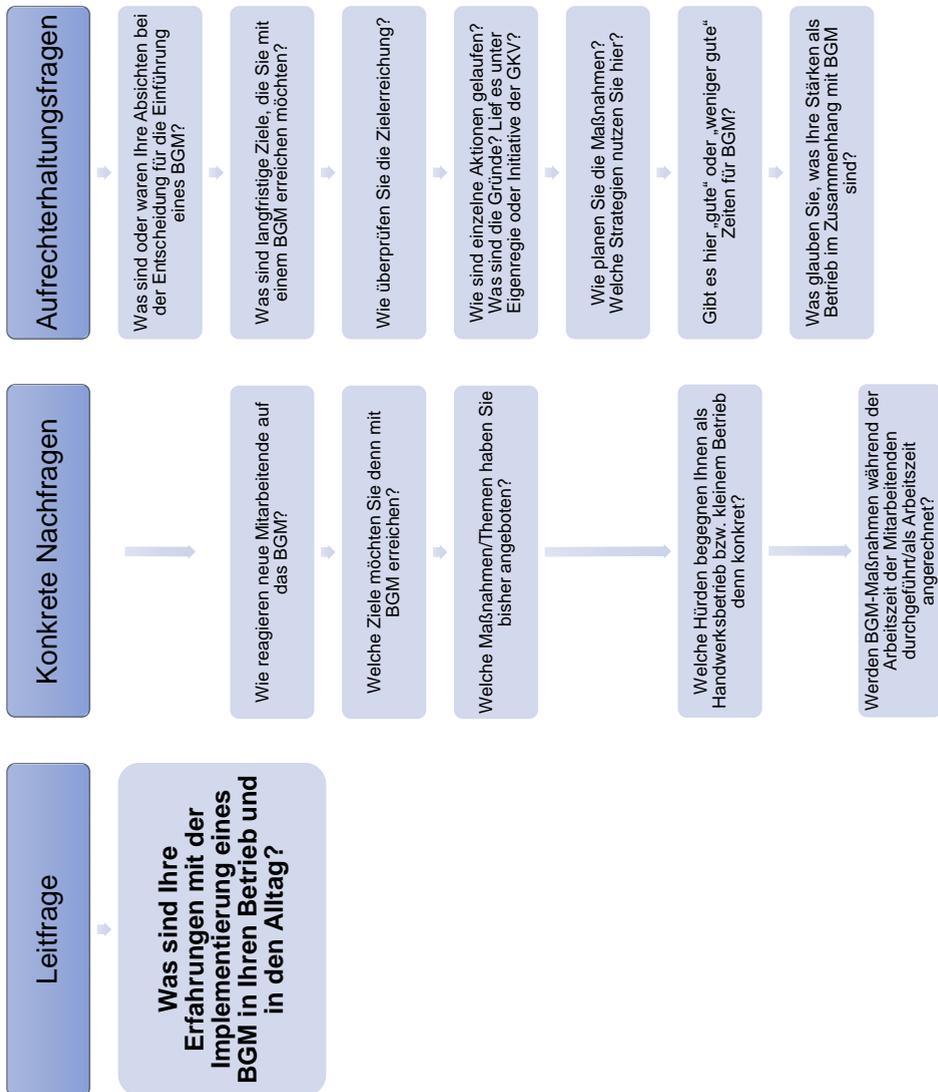
- Einstieg/Warmup: Betriebsvorstellung
- Teil I: BGM im Betriebsalltag
- Teil II: Rolle der GKV
- Teil III: Rolle der Führungskraft
- Abschluss

Im ersten Interviewteil (siehe Abbildung 14) erfolgte der Einstieg und die Erhebung von Basisdaten.

Abbildung 14: Interviewleitfaden Einstieg: Betriebsvorstellung/Warmup

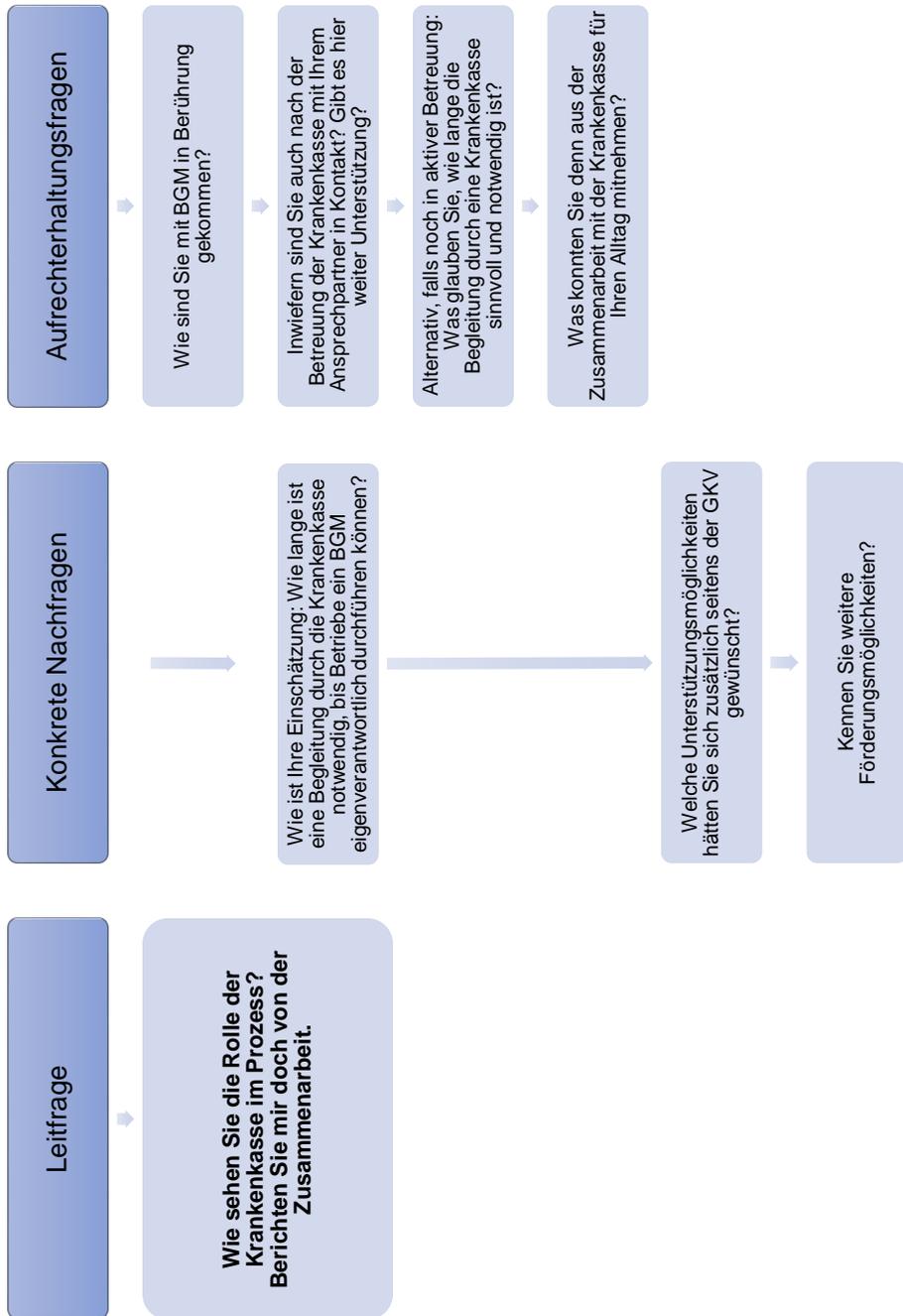
Der Hauptteil des Interviews bestand aus drei Teilen. Der erste Teil (siehe Abbildung 15) befasste sich mit dem BGM im Betriebsablauf. Dabei wurden retrospektiv Gründe für die Einführung des BGM erfasst und abgefragt, wie der Betrieb konkret vorgegangen ist. Daneben wurden Ziele im Rahmen eines BGM und erlebte Hürden ermittelt. Ziel der Fragen war die Prüfung, inwiefern die Betriebe strategisch vorgegangen waren und zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention unterscheiden konnten.

Abbildung 15: Interviewleitfaden Teil I: BGM im Betriebsalltag



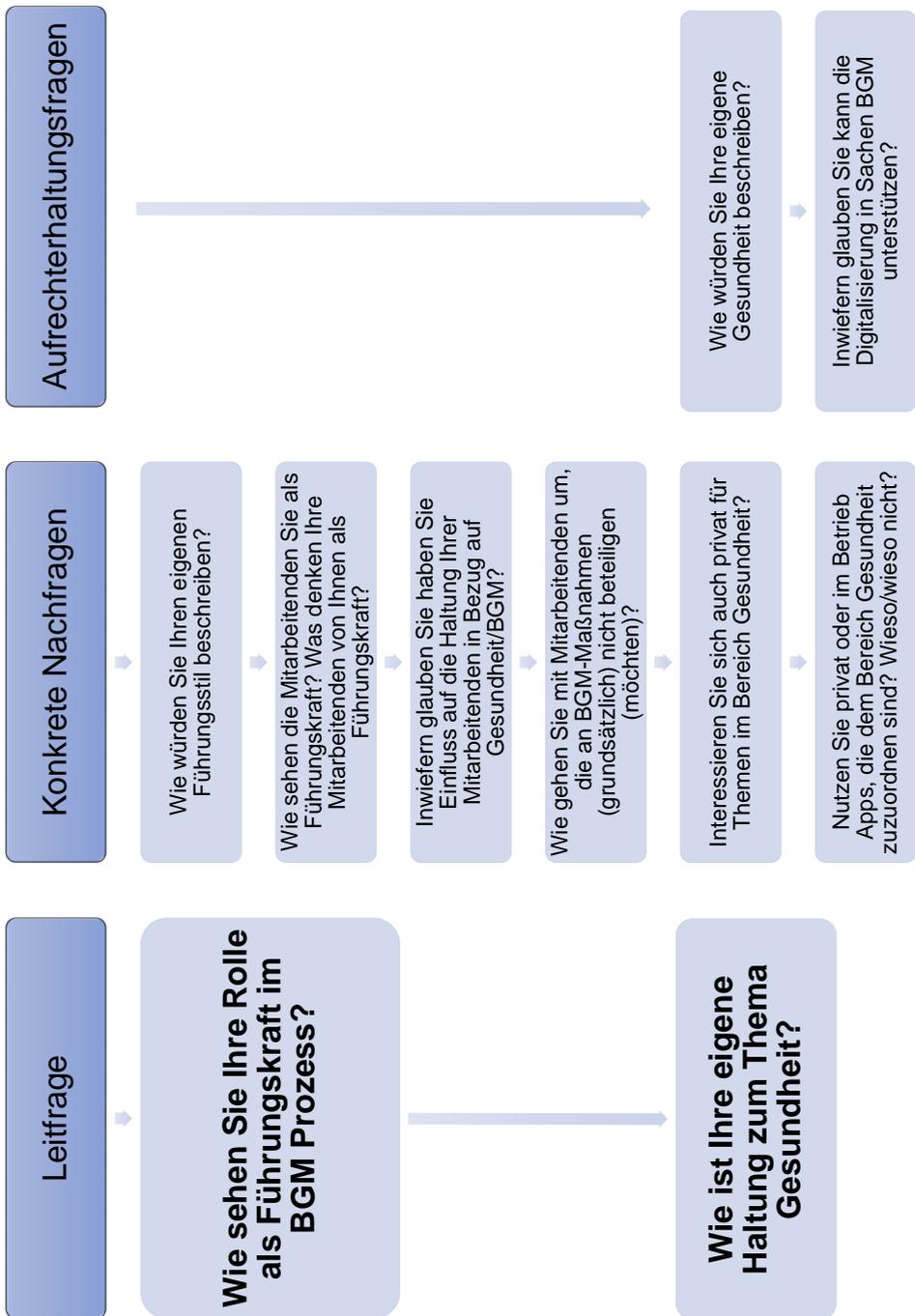
Im zweiten Teil des Hauptteils (siehe Abbildung 16) sollte die Rolle der gesetzlichen Krankenkasse sowie gegebenenfalls weiterer Akteure näher betrachtet werden. Die Befragten sollten auch über Aspekte sprechen, die ihrer Erfahrung nach gefehlt haben und berichten, welche Wünsche offengeblieben sind.

Abbildung 16: Interviewleitfaden Teil II: Die Rolle der GKV



Im letzten Teil des Hauptteils (siehe Abbildung 17) wurde die Rolle der Führungskraft betrachtet. Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden aufgefordert, ihre eigene Rolle aus Sicht der Mitarbeitenden zu betrachten. Untersucht werden sollte auch, wie die Befragten ihre Rolle und ihren Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeitenden einschätzen und ob sie Führung und Gesundheit miteinander verknüpfen. Die eigene Vorbildfunktion sowie die eigene Haltung zum Thema Digitalisierung sollten den eigenen Einfluss auf das BGM im Betrieb aufzeigen.

Abbildung 17: Interviewleitfaden Teil III: Rolle der Führungskraft



Abgeschlossen wurde das Interview durch eine offene Frage nach bisher unerwähnten wichtigen Aspekten.

5.4 Datenauswertung

Die Auswertung der Interviewergebnisse erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse gemäß Mayring.¹⁰⁷ Zugrunde lag eine im wesentlichen deduktive Kategorienbildung gemäß den vorherigen theoretischen und praktischen Erkenntnissen.

Tabelle 2 bietet einen Überblick über die Kategorienbildung nach Ober- und Unterkategorien.

Tabelle 2: Kategorienbildung

Code- nummer	Kategoriename	Kategorienbildung
1	Eigendarstellung Betrieb	
1.1	Anzahl Mitarbeitenden	Statistisches Interesse
1.2	Historie	Induktiv
1.3	Geschlechterverteilung	Deduktiv
1.4	Altersstruktur	Deduktiv
1.5	Teamgedanke	Deduktiv
1.6	Kommunikation	Deduktiv
2	Merkmale des BGM	
2.1	Stärken im BGM	Deduktiv
2.2	Hürden im Alltag	Deduktiv
2.3	Arbeitszeit und BGM	Deduktiv
2.4	Gründe für & Ziele im/mit BGM	Deduktiv
2.5	Verständnis von BGM	Deduktiv Induktiv

¹⁰⁷ Vgl. Mayring, P. (2015), S. 103 ff.

3	Umsetzung von BGM	
3.1	Analyse	Deduktiv
3.2	Verhältnisse	Deduktiv Induktiv
3.3	Verhalten	Deduktiv Induktiv
4	Digitalisierung	
4.1	Apps	Deduktiv
4.2	Positive Sicht	Induktiv
4.3	Negative Sicht	Induktiv
5	Führung im BGM	
5.1	Aufgaben im BGM	Deduktiv
5.2	Führungsstil	Deduktiv
5.3	Einfluss auf Gesundheit der Beschäftigten	Deduktiv
5.4	Eigene Gesundheit der FK	Deduktiv
6	Rolle der Krankenkasse	
6.1	Förderer und Kooperationen außerhalb der GKV	Deduktiv
6.2	Aufgaben der GKV	Deduktiv
6.3	Wünsche an GKV	Deduktiv
6.4	Dauer	Deduktiv

6 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung dargestellt, geordnet nach den weiter oben eingeführten deduktiven und induktiven Kategorien.

Aus Gründen der den Interviewpartnerinnen und -partnern zugesicherten Vertraulichkeit erfolgt die Darstellung ausschließlich nach den gebildeten Kategorien und nicht nach Unternehmen. Auch wenn die Darstellung nach Unternehmen von zusätzlichem Interesse wäre, ist hier die Anonymität der Teilnehmenden in einer Expertenbefragung grundsätzlich als wichtiger zu bewerten.

6.1 Oberkategorie 1: „Eigendarstellung Betrieb“

Die Betriebe beschäftigen zwischen sieben und 80 Mitarbeitende. Sechs der Befragten berichteten von einer Historie, die zum Teil bis in das 19. Jahrhundert zurückreiche oder bezeichneten ihr Unternehmen als „alteingesessen“. Keiner der Betriebe ist jünger als zehn Jahre. Vier der Betriebe berichteten beim Geschlechterverhältnis von mehr Frauen als Männern. Dies betrifft die Branchen, die gemeinhin als geschlechtstypisch weiblich betrachtet werden: Frisör, Bäckerei (Verkauf), Gastronomie und Raumausstatter. Das (zum Teil geschätzte) durchschnittliche Alter der Beschäftigten der befragten Betriebe liegt zwischen 29 und 45 Jahren. Das Team wurde größtenteils als familiär geprägt oder passend beschrieben. Dies kann aus der Betriebsgröße resultieren. Bei der Beschreibung der Kommunikation wurden Adjektive wie „offen und direkt“ und „persönlich“ oder aber auch „verbesserungswürdig“ genutzt.

6.2 Oberkategorie 2: „Merkmale des BGM“

Die Betriebe gaben insbesondere die Faktoren der Flexibilität und schnellen Reaktionszeit, die Nähe zu den Mitarbeitenden und die kurzen Wege sowie das gute Miteinander und die Kommunikation als ihre Stärken im BGM an.

Die größten Hürden sahen die Befragten in der Einbindung der Mitarbeitenden. Hier wurde mangelndes Interesse oder mangelnde Bereitschaft zur Teilnahme an den Maßnahmen und die Notwendigkeit des Abbaus entsprechender Widerstände beschrieben. Auch empfanden die Betriebe es als zeitweise problematisch, BGM in den Alltag zu integrieren, und sahen den Faktor „zeitliche Ressourcen“ als Herausforderung an. Weitere vereinzelte Nennungen bezogen sich auf das Zurückfallen in alte Gewohnheiten oder die Tatsache, dass das Thema Gesundheit als privat und demnach unantastbar angesehen wird.

Die Durchführung von verhaltensbezogenen Maßnahmen wurde in Bezug auf die Anrechnung als Arbeitszeit unterschiedlich gehandhabt. Fünf Betriebe teilen die zu investierende Zeit auf und zahlen den teilnehmenden Mitarbeitenden einen hälftigen Arbeitslohn, drei Betriebe übernehmen die Zeit komplett und ein Betrieb legt entsprechende Maßnahmen komplett in die Freizeit der Mitarbeitenden.

Die häufigsten Nennungen bei Gründen und Zielen waren (Häufigkeit der Nennungen in Klammern):

- Abgrenzung von der Konkurrenz/Fachkräftemangel (6)
- Gesunderhaltung/Erhaltung der Leistungsfähigkeit (5)
- Krankenstand/Gesundheitliche Probleme (5)
- (Un-)Zufriedenheit der Mitarbeitenden (3)
- Betriebsklima (3)
- Mitarbeitermotivation (2)
- Teambuilding (2)
- Verständnis von Gesundheit im Betrieb/Bildung zu gesundheitlichen Themen (3)
- Auftritt nach außen/Kundenperspektive (2)

Das grundlegende Verständnis von BGM war bei den Interviewpartnerinnen und -partnern trotz der strukturierten Auswahl sehr unterschiedlich. In zwei Interviews wurde seitens der Befragten von Managementansätzen sowie der Verzahnung mit weiteren Prozessen und Partnern berichtet. In einem Interview wurde das BGM im Zusammenhang mit einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess gesehen, welcher Teil der Kultur sei. Eine Mischung aus Verhältnisprävention und Verhaltensprävention wird von einer weiteren Interviewpartnerin beschrieben, während in zwei Interviews wenig Hintergrundwissen zum strukturierten BGM erkennbar ist, wenngleich das Thema Gesundheit im Betrieb präsent sei.

6.3 Oberkategorie 3: „Umsetzung von Maßnahmen“

Bei drei Interviewpartnerinnen bzw. -partnern wurde deutlich, dass diese die Analyse als Teil des BGM-Prozesses sahen und entsprechend beschrieben. So sagte beispielsweise eine Interviewpartnerin, dass die Analyse der Anstoß für Verhältnisveränderungen gewesen sei und eine Plattform geboten habe, um über Dinge außerhalb des Tagesgeschäfts zu sprechen. Die anderen Interviewpartner hatten ein entsprechendes Verfahren zwar, sahen es jedoch nicht als Teil des Konzepts an oder erwähnten es während der Interviews nicht.

Verhältnisveränderungen beschrieben trotzdem fast alle Betriebe. Am häufigsten wurden ergonomische Optimierungen, wie die Anpassung von Arbeitsplätzen und Arbeitsmitteln (6 Nennungen), Veränderungen von Pausen und Arbeitszeiten (3) und die Umgestaltung von Arbeitsabläufen (3) beschrieben. Zwei Betriebe erwähnten dabei die Nutzung eines Zeit- oder Maßnahmenplans, um entsprechende Veränderungen begleitend zu dokumentieren. Auch die Integration der Mitarbeitenden und die Aufnahme von Verbesserungsvorschlägen nutzten zwei Betriebe bewusst, um die Verhältnisse gesundheitsförderlich zu gestalten. Weitere Verhältnisveränderungen, die in den Interviews erwähnt wurden, waren die Optimierung von Lichtverhältnissen, Einführung von regelmäßigen Teamgesprächen oder auch die Anpassung des Personalschlüssels.

Verhaltenspräventive Maßnahmen bezogen sich vor allem auf die folgenden Handlungsfelder/Bereiche (Häufigkeit der Nennungen in Klammern):

- Seminare und Übungen im Bereich Bewegung (9)
- Seminare im Bereich Ernährung (5)
- Seminare im Bereich Stress (3)
- Nutzung von Fitnessstudios (2)
- Raucherentwöhnung/Sucht (2)
- Seminare im Bereich Verantwortung (1)

So beschrieb beispielsweise eine Interviewpartnerin, dass im Rahmen von Seminaren erlernt wurde, wie beim Stehen, Haarschneiden, Sitzen etc. das eigene Verhalten optimiert werden könne. Das gemeinsame Erleben von Seminaren beschrieb ein anderer Interviewpartner als wertvoll, da so ein gemeinsames Wissen erarbeitet werde, das im späteren Alltag auch in der Zusammenarbeit wieder abgerufen werden könne.

6.4 Oberkategorie 4: „Digitalisierung“

Das Thema Digitalisierung spielte in den Interviews eine eher untergeordnete Rolle. Angesprochen auf das Thema Apps, hat kein einziger Betrieb von der Nutzung im betrieblichen Kontext des BGM berichtet. Eine Interviewpartnerin sagte, dass sie Trackingapps für den privaten Sport nutze und sich Ähnliches auch für die Mitarbeitenden vorstellen könne. Auch die Möglichkeit solche Apps zu nutzen, um Anreize zu setzen, wurden gesehen. Jedoch gab es auch Befürchtungen, entsprechende Apps könnten unnötig Arbeitszeit kosten. Problematisch erschien auch, dass die Befragten nach eigener Aussage zum Teil zu wenige Kenntnisse über das Potenzial solcher Möglichkeiten hätten.

Als Chancen der Digitalisierung wurden Möglichkeiten zur Stressreduktion sowie die Erleichterung körperlicher Arbeitsprozesse gesehen. Ein Gesprächspartner konnte sich vorstellen, dass die Datenlage verbessert werden könnte, um dann schneller bei Fehlentwicklungen gegenzusteuern. Jedoch wird deutlich, dass auch bei grundsätzlich aufgeschlossener Haltung das fehlende Wissen um die Möglichkeiten und Kenntnisse im Allgemeinen ein Problem sein kann; in den Interviews wurde zum Teil sogar von Überforderung gesprochen. Ein Interviewpartner bezog die Digitalisierung im Bereich BGM komplett auf verhaltensverändernde Trainings vor Ort und zog hier den persönlichen Kontakt grundsätzlich vor.

6.5 Oberkategorie 5: „Führung im BGM“

Gefragt nach der eigenen Rolle, beschrieben die Befragten verschiedene Aufgaben im BGM, die von der Ressourcenbereitstellung, Leitung und Lenkung der Maßnahmen über das Vorantreiben von Maßnahmen, Aufzeigen von Möglichkeiten sowie Miteinbindung und Motivation reichten. Den eigenen Führungsstil beschrieben die Befragten überwiegend mit positiven Worten wie empathisch, offen, verständnisvoll, zuverlässig und klar, bedürfnisorientiert, unterstützend, tolerant, locker und zugänglich. In einem Interview wurde die Vermutung geäußert, dass durch das BGM auch Vertrauen in die Führungskraft aufgebaut wurde. Der eigene Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten wurde trotz ähnlicher Führungsstilbeschreibungen unterschiedlich betrachtet. Die Vorbildrolle wird von vielen als wichtig wahrgenommen (4 Nennungen), jedoch war sich eine Befragte nach eigener Aussage nicht darüber im Klaren, ob sie als Führungskraft tatsächlichen Einfluss habe. Die Einschätzungen reichten weiterhin von „begrenzter oder maximal begleitender“ Einfluss (3 Nennungen) bis hin zu „ein wenig Einfluss“ (1). Zum Teil wird das Thema Gesundheit auch als Privatsache angesehen, in die man sich nicht drängen möchte. Der überwiegende Teil der Befragten beschrieb die eigene Gesundheit oder Haltung zur Gesundheit als wichtig, mit eigenem Interesse für Themen im Bereich Gesundheit allgemein oder zu Themen der Ernährung. Drei Teilnehmende berichteten von dem Bemühen, sich selbst viel zu bewegen und zwei Befragte hatten bereits Erfahrungen mit Krankheit gemacht. Lediglich ein Befragter gestand sich ein, dass er diesbezüglich gerne Optimierungen vornehmen würde, jedoch nicht die Motivation dazu fände, obwohl er bereits eine Phase im Leben hatte, in der er sich aktiv fit gehalten hat.

6.6 Oberkategorie 6: „Rolle der Krankenkasse“

Fördermöglichkeiten oder Kooperationen außerhalb der Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Krankenkasse waren rund der Hälfte der Befragten nicht bekannt oder nie in Erwägung gezogen worden. Ein Interviewpartner bemängelte diesbezüglich das Fehlen von Informationen: Er hätte von der Innung, Handwerkskammer oder Berufsgenossenschaft nie etwas zum Thema BGM gehört. Zwei der Befragten berichteten von einer Zusammenarbeit mit der zuständigen Berufsgenossenschaft oder erwähnten weitere Partner wie externe Berater oder Betriebsnetzwerke. Ein Interviewpartner betonte, dass er den Austausch für unerlässlich erachte, um neue Impulse von außen zu erhalten und Betriebsblindheit zu vermeiden.

Die Aufgaben der GKV wurden von dem größten Teil der Befragten vor allem darin gesehen, dass die Krankenkasse das gesamte Thema BGM in den Betrieb getragen habe (6 Nennungen). Es wurde deutlich, dass zumindest zunächst die Projektleitung bei der Krankenkasse lag (4) und die Betriebe vom Wissen sowie der Erfahrung profitieren wollten (2). Auch die Bereitstellung von Vorträgen sowie Seminaren und die Motivation sahen die Befragten als wichtig an (2). Die Krankenkassen scheinen somit überaus wichtig zu sein, um BGM überhaupt Zugang zu den Betrieben zu verschaffen.

Wenn Betriebe Wünsche an die GKV in Bezug auf die Zusammenarbeit äußerten, so wurde vor allem deutlich, dass auch im Nachgang Angebote zu Seminaren oder zur Koordination von externen Angeboten gewünscht werden. Auch wurde erwähnt, dass die Vielzahl der Krankenkassen durch die Freiheit der Krankenkassenwahl als ungünstig erachtet wird und hier eine Zusammenarbeit aller Krankenkassen sinnvoll erscheint. Zwei Befragte wünschten sich auch im Nachgang zur Zusammenarbeit Treffen und Kontrollen, um das Thema am Leben zu erhalten.

Nach der Einschätzung der Befragten sollte die Dauer der Begleitung durch eine Krankenkasse eine Mindestzeit nicht unterschreiten, um das Thema nachhaltig im Betrieb zu verankern. Dabei reichten konkrete Angaben von einem halben Jahr, über zwei Jahre bis hin zu „mehrere“ Jahre. Anschließender regelmäßiger, wenngleich nicht mehr ganz so intensiver Kontakt wurde ebenfalls mehrfach empfohlen. Zwei Betriebe berichteten, dass sie die Programme der Krankenkasse bereits regelmäßig wiederholen oder wiederholen möchten. Dies würde einer Dauermaßnahme entsprechen.

7 Hypothesen zu hindernden und begünstigenden Faktoren

Auf den Erkenntnissen des letzten Kapitels aufbauend werden nachfolgend in Bezug auf die Forschungsfrage, ob es hindernde oder begünstigende Faktoren für ein nachhaltiges BGM in Handwerksbetrieben gibt, Hypothesen gebildet.

Aus den Interviews lässt sich ableiten, dass die familiäre, mittelständisch geprägte Struktur der Unternehmen positiv zum BGM beizutragen scheint.

Hypothese 1

Die vorhandenen Stärken der Flexibilität, Nähe zu den Mitarbeitenden und der kurzen Wege sowie das gute Miteinander und die gute Kommunikation sind auch im BGM verstärkende Faktoren für eine nachhaltige Fortführung von geschaffenen gesundheitlichen Strukturen.

Um langfristig erfolgreich zu sein, müssen die Mitarbeitenden auch über einen längeren Zeitraum hinweg motiviert bleiben. In den Interviews werden die Hebel des BGM-Verständnisses und der Arbeitszeitanrechnung erwähnt.

Hypothese 2

Die Faktoren „Verständnis von BGM“ und „Arbeitszeitanrechnung“ sind Mittel, um die Mitarbeitenden auch langfristig zu motivieren, sich im BGM zu beteiligen und mitzuwirken.

Analysen wurden quantitativ betrachtet nur sehr selten in den Interviews erwähnt, jedoch ist ein Zusammenhang mit dem Verständnis von BGM zu erkennen.

Hypothese 3

Die Betrachtung und das Verständnis der Analysephase als Teil der Durchführung eines strukturierten BGM-Prozesses führt in Handwerksbetrieben zu einer nachhaltigen Implementierung der Strukturen.

Die Digitalisierung im BGM ist für die meisten befragten Betriebe Neuland. Gleichzeitig bestehen bereits gute Erfahrungen mit digitalem BGM in größeren Betrieben, so dass an dieser Stelle Potenzial verschenkt zu werden scheint. Mangelnde Kenntnisse und Überforderung diesbezüglich müssten zeitnah ausgeglichen werden, um die Vorteile zu realisieren.

Hypothese 4

Die gezielte Berücksichtigung von gesundheitlichen Aspekten in den Digitalisierungsstrategien der Handwerksbetriebe kann das BGM erfolgreicher und nachhaltiger machen.

Führung ist auch nach den Erkenntnissen der vorliegenden Befragung ein wesentlicher Ansatzpunkt im BGM der Handwerksbetriebe.

Hypothese 5

Für ein nachhaltiges BGM muss die verantwortliche Person sich über ihre Rolle und ihre Aufgaben im Prozess im Klaren sein. Neben „harten“ Fakten, wie der Bereitstellung von Ressourcen und Freiheitsgraden, gehört auch die aktive Beeinflussung der Mitarbeiterdemotivation dazu.

Insbesondere die Krankenkassen scheinen nach den Aussagen der Interviewpartner das BGM in den Betrieben ganz maßgeblich beeinflusst zu haben. Es ist zu vermuten, dass auch andere externe Partner hier einen grundsätzlich wertvollen Beitrag liefern können.

Hypothese 6

Die gezielte Einbindung von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Handwerkskammern sowie die Bildung von Betriebsnetzwerken mit dem Zweck des Austausches fördern die Einführung, Umsetzung und Nachhaltigkeit eines BGM im Handwerksbetrieb.

Nicht zuletzt beklagen die Unternehmen eine fehlende oder zu kurze Betreuung durch die Krankenkassen, und wünschen sich hier eine bessere Nachbereitung der erreichten Optimierungen.

Hypothese 7

Eine mehrjährige Betreuung durch eine Krankenkasse oder einen anderen langfristigen Partner verhilft zur Nachhaltigkeit im BGM. Dazu gehört eine strukturierte Nachbetreuung, die sich inhaltlich von der aktiven Begleitung abgrenzt.

8 Handlungsempfehlungen

Basierend auf den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit sollen nun abschließend Handlungsempfehlungen für gesetzliche Krankenkassen und die Handwerksbetriebe abgeleitet werden.

Handwerksbetriebe zeichnen sich durch Flexibilität, räumliche Nähe und ein gutes, persönliches Miteinander aus. Neu mit BGM startenden Betrieben muss deutlich gemacht werden, dass diese Attribute nicht nur im normalen Betriebsalltag von Vorteil sind, sondern im Vergleich zu großen Betrieben oder Konzernen einen deutlichen Vorsprung im BGM-Prozess bieten.

Die handelnden Akteure in KMU sind häufig zu Beginn unsicher, ob die Managementstrukturen eines BGM für kleine Betriebe überhaupt sinnvoll oder machbar sind. Diese können dem handwerklichen Betriebsalltag jedoch flexibel angepasst werden, wenn sie verstanden und als Teil der Abläufe akzeptiert werden. Diese vermeintliche bürokratische Hürde besteht in der Realität also gar nicht, weil es nicht um die Umsetzung eines starren Korsetts geht, sondern letztlich um eine Haltung, die sich den Gegebenheiten anpasst.

Alle Betriebe beschreiben Hemmnisse bei der Umsetzung eines BGM. Insbesondere die Mitarbeitereinbindung sowie die zeitlichen Ressourcen im Betriebsalltag sind für die überwiegend kleinen Handwerksbetriebe eine Herausforderung. Um diesen Hemmnissen zu begegnen, sollten noch vor der Analysephase gemeinsam mit den handelnden Akteurinnen und Akteuren mögliche Hürden erörtert und offengelegt werden. Dann kann es gelingen, im Vorhinein Umgangsformen mit diesen Hürden zu finden, anstatt den Prozess dadurch zu beschädigen, ihn durch mangelnde Planung in einen Engpass laufen zu lassen.

Die gemeinsame Überprüfung des Prozessablaufs und auftretender Probleme sollte regelmäßig wiederholt werden. Hier bietet sich eine standardisierte Checkliste an, die den unerfahreneren Betrieben die wichtigen und zu erwartenden Themen und Probleme an die Hand gibt. Diese Checkliste kann bei besonders kleinen Betrieben von jedem Mitarbeitenden oder von Fokusgruppen in größeren Betrieben genutzt werden. Größere und erfahrene Betriebe können und sollten ihre eigene Checkliste entwickeln, die noch besser die Spezifika des Unternehmens abdeckt.

Um mangelndem Interesse oder Skepsis bei Mitarbeitenden entgegenzutreten, sollten sämtliche Maßnahmen, die durch die Arbeitgeber angeboten werden, konsequent als Arbeitszeit angerechnet werden oder während der Arbeitszeit

stattfinden. Diese Investition durch die Arbeitgeber fördert die nachhaltige Implementierung. Maßnahmen des BGM dienen letztlich der Steigerung der Unternehmensproduktivität und der Ergebnisse, so wie auch Personalentwicklungsmaßnahmen.

Führungskräfte haben eine Schlüsselrolle im gesamten Prozess. Dieser grundsätzlichen Verantwortung sind sich alle befragten Führungskräfte bewusst. Im Gegensatz zu großen Unternehmen sind bei kleinen Handwerksbetrieben nicht die Ressourcen vorhanden, um Personal zu finanzieren, das sich ausschließlich mit BGM im Betrieb beschäftigt. Die Führung des BGM-Prozesses liegt also alleine bei den vorhandenen Führungskräften. Die Betriebsinhaber und verantwortlichen Führungskräfte müssen deshalb gesondert begleitet und gefördert werden, um eine Nachhaltigkeit herzustellen. Das Fachgebiet Gesundheit ist vom Arbeitsgebiet der allermeisten Führungskräfte weit entfernt, so dass die Krankenkassen oder anderen externen Partner hier durch Basisschulungen echten Mehrwert schaffen können. Nur eine unterrichtete Führungskraft kann einen BGM-Prozess wirkungsvoll und als Vorbild steuern.

Es ist erkennbar, dass nicht allen Beteiligten klar ist, was ein vollumfängliches BGM bedeutet oder wie dieses ohne konkrete Unterstützung der Krankenkassen weitergeführt werden kann. Daraus folgt, dass eine Rollenklärung und Ausbildung der verantwortlichen Personen notwendig erscheinen. Insbesondere die Entscheiderinnen und Entscheider brauchen ein grundsätzliches Verständnis von BGM; zum Beispiel dazu, wie und wann Analysen im Rahmen von BGM passend sind, wie diese durchzuführen sind und auf welche Art und Weise Verhältnisveränderungen vorgenommen werden können. Die Rolle der Krankenkassen beschränkt sich also nicht nur auf die Projektleitung, sondern auch auf die strukturierte Befähigung der Führungskräfte, um die Nachhaltigkeit sicherzustellen.

Der Faktor Digitalisierung wurde bei den befragten Betrieben mit Ausnahme von zwei Unternehmen bisher nicht oder nur zurückhaltend im Zusammenhang mit BGM gesehen. Die Betriebe geben hier unter anderem an, dass ihnen Wissen fehlt. Viele können sich nicht vorstellen, inwiefern die Digitalisierung unterstützend wirken kann. Denkbar ist hier, dass die Krankenkassen entsprechende Tools zusätzlich zu den bislang vorhandenen analogen Angeboten mit in ihr Leistungsportfolio aufnehmen und Schulungen oder Selbstlernprogramme zur Anwendung anbieten. Der positive Nutzwert von digitalen Hilfsmitteln bei gesundheitlichen Problemen oder zum Ressourcenaufbau kann durch Schulungen vermittelt werden, um so Vorbehalte oder Ängste abzubauen.

Auch sollte frühzeitig im Betrieb geklärt werden, auf welche Weise Mittel für konkrete Maßnahmen auch nach Rückzug der Krankenkassen (oder anderen Partnern) für das BGM bereitgestellt werden kann, um ein Erliegen des BGMs mangels Ressourcen zu vermeiden. Das betrifft sowohl finanzielle als auch personelle Ressourcen. In dem Zusammenhang ist wichtig, dass kaum einem Betrieb in der Befragung klar war, welche zusätzlichen und konkreten Fördermöglichkeiten überhaupt vorhanden sind. Es ist also notwendig, hier seitens der externen Partner zu informieren.

Ziel der Krankenkassen muss sein, bei der Kooperation mit Berufsgenossenschaften den Fokus auf Nachhaltigkeit zu legen und gemeinschaftlich entsprechende Angebote aufeinander abzustimmen. Denkbar ist auch die Bildung von individuellen Betriebs-Netzwerken, die durch Krankenkassen begleitet werden. Im Sinne des Präventionsgesetzes ist nicht zuletzt eine verstärkte Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander notwendig, um Synergieeffekte zu schaffen und so eine breitere Plattform für die Betriebe zu ermöglichen. Der Wettbewerb zueinander macht dieses Vorhaben kompliziert, gegebenenfalls sollten solche Vorhaben durch die Landesrahmenvereinbarungen der Bundesländer in Angriff genommen werden.

9 Limitationen

In dieser Arbeit wurden im Rahmen einer qualitativen empirischen Untersuchung neun Handwerksbetriebe befragt. Wie in jeder qualitativen Untersuchung ergaben sich auch hier wichtige Hinweise, die im Rahmen späterer quantitativer Forschung bestätigt werden müssen. Die hier vorliegenden Ergebnisse stellen also keine abschließenden Erkenntnisse dar, sondern wollen vielmehr den Anstoß für konkrete Veränderungen in der handwerklichen BGM-Landschaft geben, als auch Basis für künftige Forschungen sein.

Die Interviews wurden alle während der zweiten Welle der Covid-19-Pandemie durchgeführt. Somit war Corona ein Thema, das die betroffenen Betriebe zum Teil sogar mit Betriebsschließungen betraf, jedoch wurde das Thema Pandemie in der vorliegenden Arbeit nicht thematisiert. Denkbar ist, dass die herrschenden Umstände Einfluss auf das Ergebnis der Befragung gehabt haben. Zusätzlich könnte sich die betriebliche Realität durch die Pandemie strukturell verändern und so andere Anforderungen an das BGM erzeugen – oder auch hilfreich wirken. In diesem Zusammenhang ist besonders die Digitalisierung zu erwähnen.

Während der Auswertung der Interviews wurde keine Gewichtung der Aussagen vorgenommen. Auch wurde nicht nach jeweiliger Branche oder exakter Betriebsgröße unterschieden. Somit werden die vorhandenen Unterschiede der einzelnen Branchen nicht berücksichtigt. Gegebenenfalls sind hier jedoch Unterschiede zu machen. Inwieweit dies die Ergebnisse verändert, bleibt offen.

10 Fazit

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit war es das Ziel, Faktoren zur Stärkung der Nachhaltigkeit im BGM in Handwerksbetrieben zu ermitteln. Bezugspunkt waren dabei Betriebe, die ihr BGM gemeinsam mit einer gesetzlichen Krankenkasse implementiert haben.

Durch die Befragung von neun Handwerksbetrieben konnte eine Reihe von stärkenden Faktoren und hinderlichen Aspekten ermittelt werden, die zu Hypothesen und Handlungsempfehlungen für Handwerksbetriebe und externe Partner, wie den Krankenkassen, zusammengefasst wurden.

Das Forschungsziel wurde damit erfüllt, und gleichzeitig ein praxisnaher Katalog an Hinweisen für die Betriebe, aber auch die externen Partner entwickelt. Die Autoren dieses Papiers haben die Hoffnung, dass diese Hinweise nicht nur zu weiterer Forschung führen, sondern auch das BGM in einem Wirtschaftssegment stärken wird, in dem BGM bisher eher unterrepräsentiert oder gar nicht vorhanden ist. So kann es im Handwerk gelingen, personelle Engpässe im Rahmen des demografischen Wandels zumindest zum Teil abzufedern, indem die Mitarbeitenden gesund und motiviert bleiben.

Literatur

- Artz, Claudia / Rieger, Alexandra-Corinna (2013): Gesundheit: Chefsache oder Eigenverantwortung?, in: Heilberufe, 65 (2013), Nr. 5, S. 32–35.
- Bamberg, Eva / Ducki, Antje / Metz, Anna-Marie (Hrsg.) (2011): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt, Göttingen: Hogrefe, 2011.
- Bauer, Georg F. / Jenny, Gregor J. (2017): Anspruch und Wirklichkeit: Zum aktuellen Stand der Betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern: Hogrefe, 2017, S. 97–107.
- Bauer, Susanne / Römer, Karin / Geiger, Laura / Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2019): Präventionsbericht 2019. Essen/Berlin: GKV-Spitzenverband, 2019.
- Baxheinrich, Andrea / Henssler, Oliver-Timo (2018): Auf dem Weg zum BGM 4.0: Verknüpfung der analogen und digitalen Welt – Chancen und Grenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement, in: Matusiewicz, David / Kaiser, Linda (Hrsg.): Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2018, S. 301–311.
- Biallas, Bianca / Dejonghe, Lea Anna Lisa / Meyer, Janika / Humm Sina / Froböse, Ingo / Schaller, Andrea (2019a): Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung – eine qualitative Analyse der Erwartungen von Arbeitgebern und gesetzlichen Krankenkassen, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 14 (2019), Nr. 3, S. 218–22.
- Biallas, Bianca / Schäfer, Dorothee / Dejonghe, Lea Anna Lisa / Franz, Lena / Petrowski, Katja / Froböse, Ingo / Wilke, Christiane (2019b): Präventionsreife in kleinen und mittleren Unternehmen: Analyse hinsichtlich Präventionswillen, Präventionsinfrastruktur und des Umsetzungsgrads gesundheitsförderlicher Maßnahmen, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 14 (2019), Nr. 4, S. 398–402.
- Brenscheidt, Simone / Siefer, Anke / Hinnenkamp, Heike / Hünefeld, Lena / Lück, Marcel / Kopatz, Florian (2020): Arbeitswelt im Wandel, Zahlen – Daten – Fakten, Ausgabe 2020, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2020.

- Brüssel, Martina / Stella, Samantha (2019): Praxishandbuch Personalmanagement für Handwerksunternehmen: Der Weg zum attraktiven Arbeitgeber, Berlin/Heidelberg: Springer, 2019.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2019): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2018: Unfallverhütungsbericht Arbeit, Berlin/Bönen: Kettler GmbH, 2019.
- Busch, Klaus (2021): Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV, in: Badura, Bernhard / Ducki, Antje / Schröder, Helmut / Meyer, Markus (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2021: Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie, Berlin: Springer, 2021, S. 781–800.
- Faber, Ulrich / Faller, Gudrun (2017): Hat BGF eine rechtliche Grundlage? – Gesetzliche Anknüpfungspunkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern: Hogrefe, 2017, S. 57–76.
- Falkenstein, Michael / Kardys, Claudia (2020): BGM für eine alternde Belegschaft: Verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen, in: Matusiewicz, David / Kardys, Claudia / Nürnberg, Volker (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement: analog und digital, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges. mbH & Co. KG, 2020, S. 203–208.
- Faller, Gudrun (2018): Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung/Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland: Stand und Entwicklungsbedarfe der einschlägigen Forschung, in: Das Gesundheitswesen, 57 (2018), Nr. 03, S. 278–85.
- Franke, Franziska / Felfe, Jörg (2011): Diagnose gesundheitsförderliche Führung – Das Instrument Healthoriented Leadership, in: Badura, Bernhard / Ducki, Antje / Schröder, Helmut / Macco, Katrin (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Berlin / Heidelberg: Springer Medizin, 2011, S. 3–13.
- Franke, Franziska / Vincent, Sylvie / Felfe, Jörg (2011): Gesundheitsbezogene Führung, in: Bamberg, Eva / Ducki, Antje / Metz, Anna-Marie (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt: Ein Handbuch, Göttingen: Hogrefe, 2011, S. 371–391.

- Friedrich, Michael / Gold, Tilo (2018): Herausforderung Status quo – von der Ist-Analyse zu den Maßnahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Pfannstiel, Mario A. / Mehlich, Harald (Hrsg.): BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen, 2018, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 632–656.
- Halbe-Haenschke, Babette (2017): Informieren: Was ist BGM, in: Halbe-Haenschke, Babette / Reck-Hog, Ursula (Hrsg.): Die Erfolgsstrategie für Ihr BGM – Methoden und Umsetzung eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2018, S. 17–31.
- Hardes, Heinz-Dieter / Holzträger, Doris (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Strategien zur Förderung der Arbeitsfähigkeit von älter werdenden Beschäftigten, München: Rainer Hampp, 2009.
- Holleder, Alfons / Wießner, Frank (2014): Prevalence and Development of Workplace Health Promotion in Germany: Results of the IAB Establishment Panel 2012, in: International Archives of Occupational and Environmental Health, 88 (2015), Nr. 7, S. 861–73.
- Hoß, Katharina (2020): Mitarbeiterpartizipation in einem ganzheitlichen BGM, in: Matusiewicz, David / Kardys, Claudia / Nürnberg, Volker (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement: analog und digital, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges. mbH & Co. KG, 2020, S. 225–231.
- IKK classic (2021a): Weil Ihre Hände Wichtigeres zu tun haben, als alles selbst in die Hand zu nehmen, Dresden, 2021.
- IKK classic (2021b): Gesundheit im Handwerk – Daten, Fakten und Analysen 2021, Dresden, 2021.
- IKK e.V. (2021): Digitalisierung im Gesundheitswesen, Zahlen, Daten, Fakten 2021, Berlin, 2021.
- Käfer, Ann-Kathrin / Niederberger, Marlen (2020): Die Zukunft des digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements: Ergebnisse einer Delphi-Befragung, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 15 (2020) Nr. 2, S. 151–158.
- Kaiser, Linda / Matusiewicz, David (2018): Effekte der Digitalisierung auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), in: Matusiewicz, David / Kaiser, Linda (Hrsg.): Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2018, S. 1–34.

- Kardys, Claudia / Holzagt, Klaudia (2019): Unternehmensinternes Gesundheitsmarketing – Erfolgsfaktor für Organisationen im Gesundheitswesen, in: Matusiewicz, David / Stratmann, Frank / Wimmer, Johannes (Hrsg.): Marketing im Gesundheitswesen: Einführung – Bestandsaufnahme – Zukunftsperspektiven, Wiesbaden: Springer Fachmedien 2019, S. 567–578.
- Kattwinkel, Simone / Petzi, Moritz M. (2020): Wege zum gesunden Unternehmen: Goldstandard im Gesundheitsmanagement, in: OrganisationsEntwicklung – Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management, Nr. 3 (2020), S. 60–67.
- Lenhardt, Uwe (2017): Akteure der Betrieblichen Gesundheitsförderung: Interessenlagen – Handlungsbedingungen – Sichtweisen, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 2017, S.203–213.
- Lück, Patricia / Meisel, Petra (2020): iga.Report 42 Gesund im Kleinbetrieb, Dresden: iga (Initiative Gesundheit und Arbeit), 2020.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 12. überarbeitete Auflage, Weinheim/Basel: Beltz Verlag, 2015.
- Meggeneder, Oskar (2017): ... zu teuer und zu aufwendig? – Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Kleinen und Mittleren Unternehmen, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern: Hogrefe, 2017, S. 357–367.
- Müller, Achim (2019): Die Sozialversicherungsträger und ihr gesetzlicher Auftrag, in: Simmel, Martin / Graßl, Willy (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement mit System: Ein Praxisleitfaden für mittelständische Unternehmen, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2019, S. 67–76.
- Pfaff, Holger / Zeike, Sabrina (2019): Controlling im Betrieblichen Gesundheitsmanagement: Das 7-Schritte-Modell, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2019.
- Pfannstiel, Mario A. / Mehlich, Harald (Hrsg.) (2018): BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2018.
- Pieck, Nadine / Polenz, Wolf / Sochert, Reinhold (2016): Neues zur Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb, Prävention und Gesundheitsförderung, 11 (2016), Nr. 4, S. 271–281.

- Sayed, Mustapha / Brandes, Iris (2020): BGM vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes und des digitalen Wandels, in: Matusiewicz, David / Kardys, Claudia / Nürnberg, Volker (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement: analog und digital, 2020, S. 20–28.
- Sayed, Mustapha / Kubalski, Sebastian (2016): Überwindung betrieblicher Barrieren für ein betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen, in: Pfannstiel, Mario A. / Mehlich, Harald (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2016, S. 1–20.
- Schaefer, Elisabeth / Drexler, Hans / Kiesel, Johannes (2016): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen, mittleren und großen Unternehmen des Gesundheitssektors – Häufigkeit, Handlungsgründe der Unternehmensleitungen und Hürden der Realisierung, in: Das Gesundheitswesen, 78 (2016), Nr. 03, S. 161–165.
- Schaff, Arndt (2018): Digitales BGM-Controlling 2.0: online, mobil und intelligent, in: Matusiewicz, David / Kaiser, Linda (Hrsg.): Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2018, S. 171–188.
- Scholz, André / Singh, Usha / Ghadiri, Argang / Peters Theo (2018): Nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement – Empfehlungen für die Implementierung in der Praxis, in: Gadatsch, Andreas / Ihne, Hartmut / Monhemius, Jürgen / Schreiber, Dirk (Hrsg.): Nachhaltiges Wirtschaften im digitalen Zeitalter, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2018, S. 345–356.
- Scholz, André / Schneider, Stefan (2019): Multikausale Wirkung von Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und besondere Chancen für kleine und mittelständige Unternehmen, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 15 (2019), Nr. 2, 159–166.
- Sommer, Dieter (2004): Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen, in: Kuhn, Detlef / Sommer, Dieter (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung, Wiesbaden: Gabler Verlag, 2004, S. 165–180.
- Spaderna, Heike / Sieverding, Monika (2018): Geschlecht und Geschlechterrollen, in: Kohlmann, Carl-Walter / Salewski, Christel / Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung, 2018, S. 199–211.

- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2020): Berichte: Arbeitsmarkt kompakt – Situation am Ausbildungsmarkt, Nürnberg: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Oktober 2020.
- Stilijanow, Ulrike / Richter, Gabriele (2017): Gesunde Führung, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern: Hogrefe, 2017, S. 233–242.
- Stummer, Harald / Nöhammer, Elisabeth / Schaffenrath-Resi, Martina / Eitzinger, Claudia (2008): Interne Kommunikation und betriebliche Gesundheitsförderung: Informationshemmnisse bei der Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 3 (2008), Nr. 4, 235–240.
- Tanner, Grit / Bamberg, Eva (2018): Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Kohlmann, Carl-Walter / Salewski, Christel / Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung, Bern: Hogrefe, 2018, S.523–534.
- Ternès, Anabel / Klenke, Benjamin / Jerusel, Marc / Schmidtbleicher, Bastian (2017): Integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2017.
- Ternès, Anabel (2018): Betriebliches Gesundheitsmanagement und Start-ups – eine wirkungsvolle Verbindung, in: Pfannstiel, Mario A. / Mehlich, Harald (Hrsg.): BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2018, S. 1–18.
- Uhle, Thorsten / Treier, Michael (2019): Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2019.
- Ulich, Eberhard / Wülser, Marc (2018): Gesundheitsmanagement in Unternehmen, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2018.
- van Egmond, Marieke / Rohmann, Anette / Siem, Birte (2018): Soziale Ungleichheit und Diversität, in: Kohlmann, Carl-Walter / Salewski, Christel / Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung, Bern: Hogrefe, 2018, S. 573–585.
- Walle, Oliver (2018): Der Einsatz digitaler Lösungen zum Erreichen und zur Motivation von Beschäftigten in einem BGM, in: Matusiewicz, David / Kaiser, Linda (Hrsg.): Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2018, S. 83–97.

- Walter, Ulla / Nöcker, Guido / Pawils, Silke / Robra, Bernt-Peter / Trojan, Alf / Franz, Matthias / Grossmann, Beate, u. a. (2015): Memorandum – Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, in: Das Gesundheitswesen, 77 (2015), Nr. 5, S. 382–388.
- Walter, Utz Niklas / Wäsche, Hagen / Sander, Matthias (2012): Dialogorientierte Kommunikation im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 7 (2012), Nr. 4, S. 295–301.
- Wilke, Christiane / Portnicki, Marlena / Froböse, Ingo / Biallas, Bianca (2019): Steigerung der Arbeitsfähigkeit – Entwicklung eines Konzepts im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 14 (2019), Nr. 4, S. 392–397.
- Wollesen, Bettina / Menzel, Josefine / Drögemüller, Raphaelae / Hartwig, Carolin / Mattes, Klaus (2017): The Effects of a Workplace Health Promotion Program in Small and Middle-Sized Companies: A Pre–Post Analysis, in: Journal of Public Health, 25 (2017) Nr. 1, S. 37–47.

Online-Quellen

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2021): Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge nach schulischer Vorbildung und Geschlecht, <https://www.datenportal.bmbf.de/portal/de/grafik-2.4.34.html> (Zugriff am 06.11.2021)
- IKK classic (o.J.): Einblicke und Perspektiven – Geschäftsbericht, <https://report.ikk-classic.de/#keyfigures> (Zugriff am 06.11.2021)
- IKK e.V. (o.J.): Der IKK e.V., <https://www.ikkev.de/wir-ueber-uns/der-ikk-ev/#c1151> (Zugriff am 06.11.2021)
- Rimpler, René (o. J.): Wirtschaftlicher Stellenwert des Handwerks 2020, Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V., <https://www.zdh.de/daten-und-fakten/kennzahlen-des-handwerks/wirtschaftlicher-stellenwert-des-handwerks-2020/> (Zugriff am 06.11.2021)

Rechtsquellen

§ 20b SGB V (Fünftes Sozialgesetzbuch)

§ 5 Abs. 1 EntgFG (Entgeltfortzahlungsgesetz)

§ 167 Abs. 2 SGB IX (Neuntes Sozialgesetzbuch)

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, 2015

§ 3 Nr. 34 EstG (Einkommenssteuergesetz)

Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:

Band 1 (2016)

Bihlmayer, Christian / Peric, Christina Maria
Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 2 (2016)

Hoppenstedt, Inga
Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements am Beispiel von
Suchtprävention am Arbeitsplatz
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 3 (2016)

Schaff, Arnd
Betriebliches Gesundheitsmanagement als Investition – Projektmanagement
und Wirtschaftlichkeit
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 4 (2016)

Hildebrandt, Stephanie
Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung für die Kranken-
häuser in Deutschland
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 5 (2016)

Lapczynna, Carmen / Siodlaczek, Claudia
Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger – Hygienische versus wirt-
schaftliche Faktoren
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 6 (2017)

Huppertz, Holger
Durchdringung der G-BA QM-Richtlinie in einem Universitätsklinikum
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 7 (2017)

Matusiewicz, David
Verbesserung der Therapietreue in Apotheken - eine verhaltensökonomische
Studie
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 8 (2017)

Kusch, Christina

Corporate Governance in Universitäts- und Privatkliniken

ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 9 (2017)

Geißler, Jens

Die Digitalisierung von Geschäftsprozessen in der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung als Herausforderung für das Management

ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 10 (2018)

Mehmet Ali, Takis

Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen.

Eine verfassungsrechtliche, ordnungs- und gesellschaftspolitische Analyse

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 11 (2018)

Boroch, Wilfried

Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik.

Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 12 (2018)

Furtmayr, Angelika

Die Entwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule seit Einführung des Präventionsgesetzes

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 13 (2018)

Dännhardt, Andy

Kohärenzgefühl berufsbegleitend Studierender am Einzelfallbeispiel des FOM Hochschulzentrums München

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 14 (2019)

Kösters, Ines

Arteria Danubia - Gesundheitsregionen im Donauraum

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 15 (2019)

Lakasz, Andrea

Führungsaspekte in Universitätskliniken mit besonderem Fokus auf ärztliche Mitarbeiter unterschiedlicher Generationen

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 16 (2019)

Wangler, Julian / Jansky, Michael / Heidl, Christian / Müller, Sebastian / Heckel, Natalie / Zerth, Jürgen

Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management II

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 17 (2019)

Fischer, Philipp

Digital Health – Untersuchung zur Akzeptanz der elektronischen Gesundheitsdatenspeicherung in Form der elektronischen Patientenakte (ePA) in Deutschland

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 18 (2020)

Brauer, Yvonne

Retrospektive Studie zur Ermittlung der Risikofaktoren für eine stationäre Wiederaufnahme nach allogener Stammzelltransplantation

ISBN (Print) 978-3-89275-135-9 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-136-6 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 19 (2020)

Schädrich, Katrin

Mindful Leadership: Wirksamkeit appbasierter Kurzmeditationen auf die Achtsamkeit bei Führungskräften.

ISBN (Print) 978-3-89275-123-6 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-124-3 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 20 (2020)

Behrens, Yvonne / Geremek, Mariusz / Scharfenorth, Karin

Europe's Health System – Presentation of the health systems of Bulgaria, Poland and Germany

ISBN (Print) 978-3-89275-137-3 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-138-0 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 21 (2020)

Krause, Rabea

Bedarfsgerechte Versorgung von neuromuskulär erkrankten Menschen nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff: Eine explorative Untersuchung der Anforderungen

ISBN (Print) 978-3-89275-152-6 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-153-3 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 22 (2021)

Kokotz, Carolin / Tewes, Stefan

Personatypologien im Gesundheitswesen:

Lösungsansatz für optimierte Kundenzufriedenheit

ISBN (Print) 978-3-89275-170-0 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-171-7 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 23 (2021)

Geiger, Inke / Geißler, Jens

Digitale Transformation der gesetzlichen Krankenversicherung.

IT-Strategie, Steuerung und Sourcing als strategische und operative Herausforderungen

ISBN (Print) 978-3-89275-182-3 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-183-0 – ISSN (eBook) 2569-527

Band 24 (2021)

Elsenheimer, Laura / Behrens, Yvonne / Wiesener, Marc / Kantermann, Thomas

Research Network International: Von Wissenschaft, Vernetzung und Emotionen

ISBN (Print) 978-3-89275-230-1 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-231-8 – ISSN (eBook) 2569-5274



Forschungsstark und praxisnah:

Deutschlands Hochschule für Berufstätige

Raphaela Schmaltz studiert den berufsbegleitenden Master-Studiengang Taxation am FOM Hochschulzentrum Köln.

Die FOM ist Deutschlands Hochschule für Berufstätige. Sie bietet über 40 Bachelor- und Master-Studiengänge, die im Tages- oder Abendstudium berufsbegleitend absolviert werden können und Studierende auf aktuelle und künftige Anforderungen der Arbeitswelt vorbereiten.

In einem großen Forschungsbereich mit hochschuleigenen Instituten und KompetenzCentren forschen Lehrende – auch mit ihren Studierenden – in den unterschiedlichen Themenfeldern der Hochschule, wie zum Beispiel Wirtschaft & Management, Wirtschaftspsychologie, IT-Management oder Gesundheit & Soziales. Sie entwickeln im Rahmen nationaler und internationaler Projekte gemeinsam mit Partnern aus Wissenschaft und Wirtschaft Lösungen für Problemstellungen der betrieblichen Praxis.

Damit ist die FOM eine der forschungstärksten privaten Hochschulen Deutschlands. Mit ihren insgesamt über 2.000 Lehrenden bietet die FOM rund 57.000 Studierenden ein berufsbegleitendes Präsenzstudium im Hörsaal an einem der 36 FOM Hochschulzentren und ein digitales Live-Studium mit Vorlesungen aus den hochmodernen FOM Studios.

Alle Institute und KompetenzCentren unter
[fom.de/forschung](https://www.fom.de/forschung)

Die Hochschule.
Für Berufstätige.



ISBN (Print) 978-3-89275-246-2

ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-247-9

ISSN (eBook) 2569-5274



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

ifgs

FOM. Die Hochschule. Für Berufstätige.

Mit über 57.000 Studierenden ist die FOM eine der größten Hochschulen Europas und führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom-ifgs.de



Der Wissenschaftsblog der FOM Hochschule bietet Einblicke in die vielfältigen Themen, zu denen an der FOM geforscht wird: fom-blog.de