
BACHELORARBEIT

Herr
Mathias Julian Dietz

**Die Implementierung eines
Betrieblichen Gesundheits-
managements für kleine und
mittelständische Unternehmen**

2021

BACHELORARBEIT

Die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheits- management für kleine und mittelständische Unternehmen

Autor:
Herr Mathias Julian Dietz

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM18sG1-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:
Dr. med. Darius Khoschlessan

Einreichung:
Mannheim, den 23.06.2021

BACHELOR THESIS

Implementation of a Corporate Health Management in small and medium-sized enterprises

author:

Mr. Mathias Julian Dietz

course of studies:

health management

seminar group:

GM18sG1-B

first examiner:

Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:

Dr. med. Darius Khoschlessan

submission:

Mannheim, den 23.06.2021

Bibliografische Angaben

Nachname, Vorname: Dietz, Mathias Julian

Die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement für kleine und mittelständische Unternehmen.

Implementation of a Corporate Health Management in small and medium-sized enterprises.

45 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2021

Abstract

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Deutschland, einem einhergehenden Fachkräftemangel, steigenden Krankenständen und neuen Informationstechnologien sowie der Digitalisierung, bekommt das Betriebliche Gesundheitsmanagement eine immer größere Bedeutung. Dennoch sinken die systematisch geplanten, umgesetzten und evaluierten gesundheitsfördernden Aktivitäten mit der Unternehmensgröße. Die vorliegende Arbeit soll einen inhaltlichen Einblick über den Begriff Betriebliches Gesundheitsmanagement sowie die Veränderungen der Arbeitswelt und deren sich daraus ergebenden Belastungen bzw. Anforderungen für den Arbeitnehmer liefern. Im Mittelpunkt dieser Thesis steht dabei die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements für kleine und mittelständische Unternehmen mit deren Charakteristika und die sich daraus ableitenden Widerstände und Potenziale.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Betriebliches Gesundheitsmanagement	3
2.1 Definitionen.....	3
2.2 Akteure und Koordination.....	5
2.3 Rechtliche Grundlagen und Leitlinien	6
2.4 Struktur	8
2.5 Implementierungsprozess	9
2.5.1 Bedarfsbestimmung	10
2.5.2 Analyse.....	10
2.5.3 Maßnahmenplanung	11
2.5.4 Umsetzung der Maßnahmen.....	12
2.5.5 Evaluation	13
2.5.6 Nachhaltigkeit	13
2.6 Arten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	14
2.7 Wirtschaftlichkeit	15
2.8 Umsetzung.....	16
3 Herausforderungen in der Arbeitswelt	18
3.1 Neue Formen der Arbeit.....	18
3.2 Demografischer Wandel in Deutschland	19
3.3 Folgen für die Arbeitswelt.....	21
4 Kleine und mittelständische Unternehmen	22
4.1 Definition.....	22
4.2 Fachkräftemangel in kleinen und mittelständischen Unternehmen.....	23
5 Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen	27
5.1 Rahmenbedingungen.....	27
5.1.1 Soziale Beziehungen im Betrieb	28
5.1.2 Organisationsstrukturen	28

5.1.3	Organisationsprozesse	29
5.1.4	Geschäftsführung.....	29
5.1.5	Bedarf und Nutzen	29
5.2	Unterstützung.....	30
5.2.1	Vernetzung und Austausch	30
5.2.2	Fachliche und finanzielle Unterstützung.....	31
5.3	Hemmnisse und Widerstände	31
5.3.1	Hemmnisse und Widerstände aus Expertensicht	32
5.3.2	Hemmnisse und Widerstände aus der Sicht der Geschäftsführer	32
5.3.3	Hemmnisse und Widerstände aus Sicht der Mitarbeiter	32
5.3.4	Resümee	32
5.4	Potenziale	33
5.4.1	Salutogene Potenziale	34
5.4.2	Führungsverhalten	34
5.4.3	Employer Branding	35
5.5	Ausblick	36
5.5.1	Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement	37
5.5.2	Homeoffice.....	37
6	Good-Practice-Beispiele für kleine und mittelständische Unternehmen	39
6.1	Modellprojekt zur Betrieblichen Gesundheitsför-derung in kleinen und mittelständischen Unter-nehmen.....	39
6.2	Programm zur Förderung der Qualität und Ge-sundheit im Gastgewerbe .	40
6.3	Friseurbetrieb (2 Beschäftigte)	41
6.4	Betrieb für Metallbau, Stahlbau und Anlagebau (26 Beschäftigte).....	41
6.5	Stadtwerke Bochum (83 Beschäftigte)	42
7	Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen.....	43
	Literaturverzeichnis	VI
	Eigenständigkeitserklärung	XII

Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGN	Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
KMU	Kleine und mittelständische Unternehmen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PrävG	Präventionsgesetz
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Drei-Säulen-Modell des BGM, eigene Darstellung in Anlehnung an Althoff/Klaesberg 2020, 13.	8
Abbildung 2: BGM-Prozess nach dem 6-Phasen-Modell, eigene Darstellung in Anlehnung an Pfannstiel/Mehlich 2016, 8.....	10
Abbildung 3: Durchschnittliche Krankentage eines deutschen Arbeitnehmers, eigene Darstellung in Anlehnung an Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 49.	15
Abbildung 4: Erwerbstätigkeitsquote im Alter von 55 bis 64 Jahren, 1970-2018, Quelle: Demografieportal des Bundes und der Länder.	20
Abbildung 5: Kriterien zur Unterscheidung von KMU, Quelle: Förder.Markt.	22

1 Einleitung

Im Kontext des letzten halben Jahrhunderts haben die Menschen in Deutschland ein sehr ambivalentes Verhältnis zur Ressource Gesundheit entwickelt. Gegebenenfalls rauchen und trinken sie, fahren mit über 200 km/h auf der Autobahn oder essen in ungesund hoher Menge Fleisch, Zucker und Salz. Demzufolge sind allein im Zeitraum 1992-2014 die Gesundheitsausgaben des Gesundheitssystems in Deutschland um 106,3 Prozent gestiegen (vgl. Simon 2017, 79). Doch gleichzeitig steigen die Zahlen aktiver Mitglieder in Fitnessstudios, Menschen joggen in der Morgendämmerung im Stadtwald und konsumieren verstärkt ökologische Erzeugnisse. Das Gut Gesundheit und die Absicht eigene, internale gesundheitliche Schutzfaktoren zu fördern, findet eine immer größere Bedeutung in der Öffentlichkeit (vgl. Kreyher 2002, 62). Die seit 2019 anhaltende SARS-CoV-2-Pandemie könnte diesen Trend weiter antreiben. Nach einer Befragung des Pharmaunternehmens Glaxosmithkline im Jahr 2020, fördert die Pandemie das Gesundheitsbewusstsein der Deutschen (vgl. Glaxosmithkline Deutschland 2020). Gleichzeitig verschieben sich auch Verantwortlichkeiten. So ist Gesundheit zwar ein persönliches Gut, bei der die Verantwortung beim Menschen selbst liegt, jedoch ist auch eine kollektive Verantwortung vorhanden (vgl. Kreyher 2002, 62).

Die Handlungsfelder dieser kollektiven Verantwortung hinsichtlich der individuellen Gesundheit und deren Förderung, greifen in immer mehr Lebensbereiche der Menschen. Einer dieser Lebenswelten ist die Arbeit, bei der ein Erwerbstätiger in Deutschland 2019, durchschnittlich 34,8 Stunden Wochenarbeitszeit leistete (vgl. Statistisches Bundesamt 2019). Durch feststellbare Auswirkungen des demografischen Wandels, mit einem einhergehenden Fachkräftemangel und der rasanten Entwicklung von digitalen Technologien, die die Arbeitswelt stark beeinflussen und verändern, initiieren Unternehmen immer mehr Maßnahmen, um die Gesundheit aller Beschäftigten zu fördern. Dieses sogenannte Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), kann als ein Konzept mit einem gesamtunternehmerischen Ansatz verstanden werden, das die traditionelle Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) integrativ und systematisch fortführt. Grundlegendes Ziel ist dabei u.a. Gesundheitsrisiken und -belastungen in institutioneller Form zu erkennen bzw. zu verbessern und nach Möglichkeit die Motivation und Effizienz der Beschäftigten dadurch zu erhöhen (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 2).

Doch für die systematische Implementierung und Verknüpfung der Maßnahmen zu einem einheitlichen Plan, benötigt ein Unternehmen Ressourcen wie u.a. Zeit und Personal. Aufgrund dieser Tatsache sind es vor allem die großen Unternehmen, die in ein BGM investieren. Doch auch immer mehr Unternehmen, die den Status kleines und mittelständisches Unternehmen (KMU) haben und damit über 99 Prozent der deutschen Unternehmen stellen, erkennen die Bedeutung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ihre Beschäftigten (vgl.

Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 87). Allerdings sinken die Anteile der Unternehmen mit einem BGM mit der Unternehmensgröße noch signifikant (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 18).

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement für kleine und mittelständische Unternehmen. Ziel ist es, die Voraussetzungen und Charakteristika von KMU hinsichtlich eines BGM, mit den daraus resultierenden Widerständen und Prozessbegleitumständen sowie möglicher Potenziale zu beschreiben und anhand empirischer Forschungsergebnisse und Expertenansichten darzulegen. Der erste Teil widmet sich der terminologischen Klärung und betrachtet das BGM losgelöst von der Größe des Unternehmens. Daran anschließend wird die kontinuierliche Veränderung der Arbeitswelten und deren Auswirkungen auf Organisationen und deren BGM beschrieben. Das fünfte Kapitel beschäftigt sich ausschließlich mit der Implementierung eines BGM in KMU und entwirft abschließend einen Ausblick. Schließlich folgen erfolgreiche und anerkannte BGM-Praxisbeispiele für KMU und es werden zusammenfassend noch Erfolgsfaktoren aufgezeigt und Handlungsempfehlungen herausgearbeitet.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weibliche und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Mit der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 im kanadischen Ottawa, wurde die Grundlage zur Entwicklung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung gelegt. Die Konferenz definierte Gesundheit als wesentliche Bestandteil des alltäglichen Lebens und setzte in der konkreten Lebenswelt der Menschen, wie Schulen, Stadtteilen und vor allem Betriebe, an (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 21). Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit ist schon seit Jahrhunderten erkennbar. So sind Schriften bekannt, die Staublungenerkrankungen bei Arbeitern für den Pyramidenbau ca. 16. Jahrhundert v. Chr. aufzeichneten. Darüber hinaus befasste sich der griechische Arzt Hippokrates schon mit der vollständigen Krankengeschichte um 400 v. Chr. Aus seinen Aufzeichnungen ist zu erkennen, dass er täglich seine Patienten besuchte und die Veränderungen dokumentierte. Er lehrte, dass zu einer vollständigen Erhebung, auch Aspekte wie mögliche berufliche Einflüsse gehören (vgl. Ratschko 2011). Mit Beginn der Industrialisierung ab Mitte des 18. Jh. wurde dies immer deutlicher. Arbeiter wurden krank zudem kam es zu Unfällen. Aufgrund dieser Tatsache wurden in den industrialisierten Ländern Gesetze erlassen. So trat beispielsweise 1884 in Deutschland die Unfallversicherung in Kraft, die Arbeiter gegen Arbeitsunfälle versicherte (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 17).

In den letzten Jahrzehnten haben sich Erwerbstätigkeiten strukturell verändert. Durch diese Veränderungen verlieren klassische Berufskrankheiten, die in einer amtlichen Liste aufgeführt werden, an Bedeutung (Beispiel: Schwerhörigkeit durch Lärm am Arbeitsplatz), während sogenannte arbeitsassoziierte Gesundheitsschädigungen (Beispiel: Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Stressfolgeerkrankungen) immer mehr zunehmen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 18). Daher ist es für Unternehmen nötig, Methoden und Strukturen zu schaffen, die betriebliche Gesundheitsgefahren erkennen und vorbeugend dagegen vorgehen. Gleichzeitig bestehen in Deutschland auch gesetzliche Verpflichtungen für den Arbeitgeber.

Das BGM verfolgt dabei ein ganzheitliches Konzept, um Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz gesundheitsfördernd zu gestalten (vgl. Althoff/Klaesberg 2020, 13).

2.1 Definitionen

Das BGM beschäftigt sich vor allem mit den Auswirkungen der Arbeitssituation auf die Gesundheit der arbeitenden Menschen. Der Begriff setzt sich aus Gesundheit und Management zusammen. In der Literatur wird der Manager als Mitglied der

Unternehmensführung (Management) beschrieben, der die Aufgabenerfüllung anderer Angestellten koordiniert und Entscheidungen trifft (vgl. Hungenberg/Wulf 2015, 20).

Die Gesundheit aus medizinischer Sicht, ist die Einhaltung von einem definierten Normalzustand des Körpers („biomedizinisches Krankheitsmodell). Mediziner befassen sich mit Vorgängen, die zu Krankheiten führen und untersuchen mögliche Risikofaktoren. Die Krankheitsprävention (Krankheitsverhütung) basiert beispielsweise auf diesem biomedizinischen Krankheitsmodell. Sie hat das Ziel durch soziale und medizinische Maßnahmen die Entstehung von bestimmten gesundheitlichen Schädigungen zu verhindern (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 28). Maßgeblich werden in der Literatur die Ansätze der Krankheitsprävention in drei Varianten untergliedert: In die Primärprävention, mit dem Ziel der Senkung der Neuerkrankungsrate (Inzidenz), in die Sekundärprävention, mit dem Ziel der Diagnose von Krankheitsfrühstadien, zum Beispiel durch Vorsorgeuntersuchungen sowie in die Tertiärprävention, mit dem Ziel der Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten (vgl. Illing 2009, 13). Die Präventionsmaßnahmen werden jedoch auch danach unterschieden, wo sie ansetzen: Zum einen in die Verhältnisprävention (strukturelle Prävention), die im Umfeld und Lebenswelt eines Menschen ansetzt, zum anderen in die Verhaltensprävention, die direkt am Menschen und dessen Verhalten ansetzt (vgl. Bentner 2018, 2).

Im Kontext des bis hierher genutzten Begriffs BGM muss jedoch ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis angewendet werden und Gesundheit als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden verstanden werden (vgl. Kreyher 2001, 30). Demzufolge ist Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheiten (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 10). Dies bedeutet eine Umorientierung: Von einer pathogenetischen (biomedizinisches Krankheitsmodell) hin zu einer salutogenetischen Sichtweise (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 27). Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky entwickelte dieses Konzept der Salutogenese, das den Blick weg von Faktoren lenkt, die bei der Krankheitsentstehung eine Rolle spielen, hin zu der Frage „warum Menschen trotz einer Vielzahl von gefährdenden und belastenden Faktoren im mikrobiologischen, biochemischen, physikalischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und ökologischen Bereich gesund bleiben und Störungen der Gesundheit positiv ausgleichen“ (Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 202).

Der moderne Begriff des Betrieblichen Gesundheitsmanagements verbindet den präventiven Ansatz der Risikoreduktion mit dem gesundheitsfördernden Ansatz des Aufbaues von Gesundheitspotenzialen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 32.). Es bezieht alle Betriebsangehörigen mit ein und schafft gesundheitsförderliche Strukturen im Unternehmen und setzt Prozesse in Gang, die der Umsetzung und Evaluation

sinnvoller präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen dienen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 41). Das BGM basiert auf einer ganzheitlichen, systematischen und nicht endenden Prozessstruktur (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 8). Zentrale Ziele sind dabei: Die Senkung der Kosten durch Reduzierung der Fehlzeiten, Erhöhung der Motivation der Mitarbeiter, Förderung der Flexibilität der Belegschaft und die Bekämpfung der Ursachen chronischer Krankheiten und Erleichterung der Wiedereingliederung nach Krankheiten und Rehabilitation (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, .2).

BGM ist Teil der interdisziplinär arbeitenden Wissenschaft Public Health, mit den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 22).

2.2 Akteure und Koordination

Damit Voraussetzungen geschaffen werden können und die Umsetzung von gesundheitlichen Maßnahmen im Rahmen eines BGM erfolgen kann, ist es notwendig, dass alle Mitarbeiter in den Prozess mit einbezogen werden und gemeinsam daran teilhaben können (vgl. Habermann-Horstmeier 2019|40). Je nach unternehmerischen Größe und Anspruch, kann es sinnvoll sein, darüber hinaus noch externe Akteure, wie Fachleute aus der Wissenschaft oder Vertreter der Krankenkasse, hinzuzuziehen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 54).

Um das Prinzip der Partizipation zu gewährleisten, ist es notwendig, dass die Führungsebene die Sinnhaftigkeit des BGM erkennt und die Planungsrichtung nicht nach dem Top-down-Ansatzes geschieht. Bei diesem Ansatz erfolgt die Planung und Strategie ausschließlich von der Unternehmensführung (top) und wird an die einzelnen Abteilungen (down) weitergeleitet (vgl. Vahs/Schäfer-Kunz 2015, 342). Für die Teilhabe und Mitgestaltung aller Mitarbeiter an der Planung und Umsetzung von Maßnahmen eines BGM erscheint eine Umkehr des Planungsvorgangs effektiver. Mit der Bottom-up-Planung beispielsweise, werden Mitarbeiter dazu aufgefordert, Projekte mitzugestalten und gemeinsam Entscheidungen zu treffen. Nach diesem Ansatz verläuft die Planung von unten nach oben und die Unternehmensführung muss die einzelnen Teilplanungen koordinieren und zu einem unternehmerischen Gesamtplan zusammenfügen (vgl. Vahs/Schäfer-Kunz 2015, 342). Diese Planung erfolgt nach dem Charakter des Projektmanagements mit den typischen Bausteinen der Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung und kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse sowie des Prozesses (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 32). Diese Koordination kann in Form eines Gesundheitsmanagers implementiert werden, der Projektsitzungen leitet, als BGM-Berater fungiert und die gemeinsamen gesundheitsfördernden Maßnahmen organisiert (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 12). Je

nach fachlichen und personellen Ressourcen des Unternehmens kann dieser projektbezogener Koordinator auch betriebsextern hinzugezogen werden.

2.3 Rechtliche Grundlagen und Leitlinien

Die Gesundheitsministerkonferenz von 1991 ist, neben der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO 1986, ein wichtiger Ausgangspunkt für das BGM in Deutschland. Mit dieser Konferenz und dem festgelegten gesundheitsorientierten Ansatz ein Mehr an Gesundheit zu erreichen, trat die gesundheitliche Förderung in den deutschpolitischen Blickpunkt (vgl. Reineke/Gollub/Schunk 1997, 147). Heute bilden rechtliche Regelungen und formulierte Leitlinien die Basis für das BGM in Deutschland. Im Vergleich zu den Gesetzestexten, stellen die Leitlinien lediglich Hilfen dar und haben keine rechtliche Legitimation. Im Folgenden werden einige relevanten Regelungen aufgeführt:

- Sozialgesetzbuch (SGB): Das SGB bildet mit seinen zwölf Teilen eine wichtige gesetzliche Grundlage für das BGM. Besonders die drei folgenden Teile Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Buch IX), die gesetzliche Unfallversicherung (Buch VII) mit der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsfaktoren sowie der gesetzlichen Krankenversicherung (Buch V), die alle Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenfasst, bilden dabei wichtige Faktoren (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 5).
- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG): Das deutsche Arbeitsschutzgesetz von 1996 setzt EU-Richtlinien zum Arbeitsschutz um (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 35). Es verpflichtet den Arbeitgeber Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Arbeitsschutzes der Beschäftigten durchzuführen und regelt Pflichten und Rechte der Arbeitnehmer (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 6).
- Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG): Das Gesetz komplimentiert das ArbSchG und regelt die Pflichten der Arbeitgeber zur Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat sowie zur Bestellung von Betriebsärzten, Sicherheitsingenieuren und anderen Fachkräften, die die Arbeitssicherheit gewährleisten und verbessern (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 6).
- Präventionsgesetz (PrävG): Das Gesetz von 2015, mit dem Ziel Krankheitsrisiken zu verhindern und selbstbestimmtes gesundheitsorientiertes Handeln zu fördern, bezieht sich nicht auf die gesamte Bevölkerung, sondern nur auf die Mitglieder der gesetzlichen

Krankenversicherung (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 34). Die Krankenkassen können nach dem Gesetz präventive und gesundheitsfördernde Leistungen in Handlungsfeldern anbieten, die den Bereich Arbeit miteinschließen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 34).

- Steuerliche Vorteile: Seit 2008 unterstützt die Bundesregierung die Förderung der Mitarbeitergesundheit steuerlich. Ein Unternehmen kann daher steuerfrei pro Mitarbeiter und Jahr bis zu 600 Euro zusätzlich zur Verhinderung von Krankheitsrisiken und zur Förderung der Gesundheit erbringen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2020).
- Ottawa Charta der WHO: Das Dokument, das am 21. November 1986 in Ottawa während der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde, gilt als die Grundlage zur Entwicklung eines BGM. In der Literatur besteht Konsens darüber, dass die Charta eine gesundheitspolitische Umorientierung markiert: Von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 10). Mit denen in diesem Kapitel beschriebenen gesetzlichen Regelungen, adaptierte der deutsche Gesetzgeber das neue Begriffsverständnis für Gesundheitsförderung aus der Ottawa-Charta (vgl. Gkv-Spitzenverband 2020).
- Luxemburger Deklaration: Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung verabschiedete 1997 eine Deklaration, die gemeinsame Punkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung festlegte. Das Netzwerk bestand aus damals allen 15 Mitgliedsstaaten der EU sowie der Schweiz (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2020). Die Erklärung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 32). Sie wurde in den Jahren 2005 und 2007 aktualisiert und dient der Gesetzlichen Krankenversicherung als Handlungsleitfaden zur Umsetzung von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsfaktoren (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 5).

2.4 Struktur

Entsprechend der angeführten Literatur fußt das BGM strukturell auf dem Drei-Säulen-Modell (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 19). Zu den drei Säulen zählen die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), der Arbeitsschutz (ArbSch) und das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Für Arbeitgeber sind der ArbSch und das BEM gesetzlich verpflichtend, das BGF ist eine freiwillige unternehmerische Investition (vgl. Althoff/Klaesber 2020, 13).

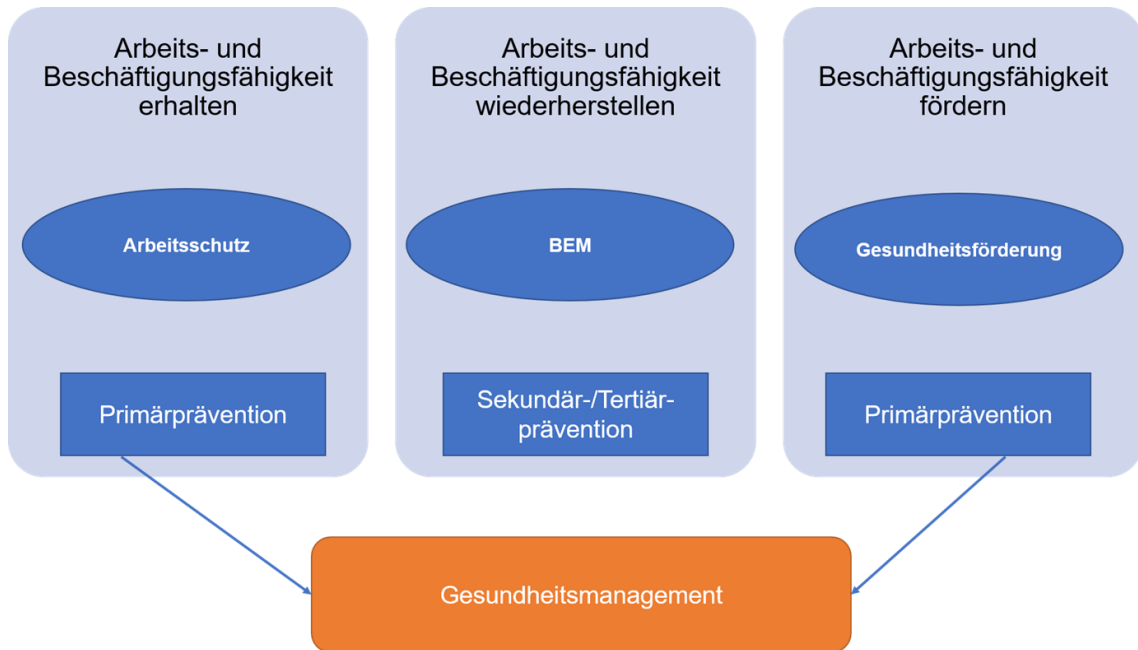


Abbildung 1: Drei-Säulen-Modell des BGM, eigene Darstellung in Anlehnung an Althoff/Klaesberg 2020, 13.

- Arbeitsschutz: Die Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz sind in Deutschland gesetzlich verpflichtende Aufgaben für den Staat (Parlamente der Länder und des Bundes), die Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen (Berufsgenossenschaften und Unfallkassen) sowie der Unternehmen (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 21). Aus diesem Grund muss ein deutsches Unternehmen Gefährdungsbeurteilungen am Arbeitsplatz durchführen und seinen Betrieb auf Gefahren und Belastungen physischer, chemischer, biologischer und psychischer Natur untersuchen (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 22). Neben diesem allgemeinen Arbeitsschutz kann noch in einen sozialen Arbeitsschutz unterschieden werden. Zum sozialen Arbeitsschutz gehören

beispielsweise Arbeitszeiten, Jugendarbeitsschutz oder Mutterschutz (vgl. Althoff/Klaesberg 2020, 19).

- Betriebliches Eingliederungsmanagement: Das BEM ist eine Aufgabe des Arbeitgebers gegenüber all seinen Beschäftigten mit dem Ziel Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten zu überwinden und vorzubeugen sowie den Arbeitsplatz zu erhalten (vgl. Bentner 2018, 7). Laut dem SGB IX ist der Arbeitgeber zu einem BEM-Verfahren verpflichtet, wenn ein Beschäftigter in den vergangenen zwölf Monate länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig (insgesamt mind. 42 Kalendertage) war (vgl. Althoff/Klaesberg 2020, 18).
- Betriebliche Gesundheitsförderung: Die BGF bezeichnet „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (Althoff/Klaesberg 2020, 16). In der Praxis werden die Begriffe BGF und BGM oft und fälschlicherweise synonym verwendet (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 41). Die BGF ist ein „wesentlicher Baustein des BGM“ (Bundesministerium für Gesundheit 2020) und beinhaltet singuläre Maßnahmen, die idealerweise in die systematische und nicht endende Prozessstruktur des BGM eingebettet sind (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 2).

Erst wenn das Zusammenspiel aller drei genannten Säulen gezielt ineinandergreift, auf klar definierte Ziele abgestimmt ist und sich in einer abgestimmten Strategie ergänzt, handelt es sich um ein ganzheitliches BGM (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 20).

2.5 Implementierungsprozess

Eine nachhaltige BGM-Implementierung benötigt einen kontinuierlichen Managementprozess, der eine strukturierte und prozessorientierte Vorgehensweise erfordert (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 9). Charakteristisch hierfür sind unter anderem die Partizipation der Beschäftigten, die Integration der gesundheitsfördernden Maßnahmen in alle Unternehmensbereiche, die systematische Planung von Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 41).

Für die Planung und Durchführung des Implementierungsprozesses werden in der Literatur maßgeblich zwei Modelle beschrieben: Der Public Health Action Cycles mit seinen vier Phasen Problemdefinition, Ziel und Strategieformulierung, Implementierung und Evaluation, der auf dem aus der Politikwissenschaft stammenden Policy Cycle

basiert (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 45). Und das 6-Phasen-Modell, welches auch als Zyklus verstanden wird und im Folgenden beschrieben wird.



Abbildung 2: BGM-Prozess nach dem 6-Phasen-Modell, eigene Darstellung in Anlehnung an Pfannstiel/Mehlich 2016, 8.

2.5.1 Bedarfsbestimmung

In der ersten Phase des BGM-Prozesses erhebt das Unternehmen eine fundierte Bedarfsbestimmung. In diesem Rahmen wird ermittelt, beispielsweise durch Workshops oder Befragungen, welche gesundheitsrelevante Probleme im Unternehmen vorherrschen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 46). Zusätzlich kann eine BGM-Steuerungsgruppe aus betrieblichen Akteuren des Unternehmens gebildet werden, um das BGM systematisch und nachhaltig umzusetzen und zu koordinieren (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 8). Schließlich werden zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen geplant und erste Gesundheitsziele definiert (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 37). Die Ziele sollten in das unternehmerische Leitbild und in die Unternehmenskultur eingebettet sein. Zusätzlich soll die Zielformulierung aus konkreten und erreichbaren Zielen bestehen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 46).

2.5.2 Analyse

Nach der Sondierung der Ausgangslage erfolgt nun die Analysephase, die das Kernstück des systematischen Vorgehens bildet, da auf ihrer Grundlage die Maßnahmen formuliert werden. Hierfür kann ein Unternehmen eigene Analysen initiieren wie beispielsweise:

- Altersstrukturanalyse: Untersucht die aktuelle Altersstruktur der Belegschaft und die damit verbundenen personalpolitischen/gesundheitsbezogenen Probleme (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 60).
- Fehlzeitenanalyse: Betrachtet die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Mitarbeiter auf Häufigkeit, Dauer, Art und Ursache (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 40).
- Mitarbeiterbefragungen: Dabei handelt es sich um anonymisierte Mitarbeiterbefragungen zu gesundheitsrelevanten Themen innerhalb der Organisation. Es ermöglicht den Vergleich und die Einordnung eigener Werte (vgl. Treier/Uhle 2019, 15).
- Weiteres: Zusätzlich haben Unternehmen noch weitere Mittel, die den Analyseprozess unterstützen können. So können Organisationen unter anderem Gesundheitsreports von Krankenkassen anfordern und die Routinedaten auswerten (vgl. Treier/Uhle 2019, 15). Auch kann eine interne demografische Differenzierung nach beispielsweise Beschäftigung und Geschlecht einen Mehrwert für das Unternehmen bringen (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 9). Des Weiteren böten sich auch wiederholende Gesundheitsuntersuchungen (Screenings) für die Arbeitnehmer, Betriebs- und Arbeitsplatzbegehungen sowie Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz an (vgl. Gkv-Spitzenverband 2015, 71).

Die Analyseergebnisse müssen anschließend strukturiert aufgearbeitet werden und ermöglichen den Unternehmen, neben den betriebswirtschaftlichen Zahlen, neue Kennzahlen für die Planung gesundheitsbezogener Maßnahmen zu erheben, die auch für die spätere Projektbewertung und die Effektivitäts- und Effizienzmessung von Bedeutung sein können (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 9).

2.5.3 Maßnahmenplanung

Hinsichtlich der Analyseergebnisse wird die Zielformulierung aus Phase eins konkretisiert und auf ihre nachhaltige und ganzheitliche Umsetzung überprüft (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 9). Zukünftige Maßnahmen werden abgeleitet, priorisiert und geplant. Diese Planungen sind abhängig von den zeitlichen, personellen, materiellen und finanziellen Ressourcen eines Unternehmens. Um die Interventionen nachhaltig zu verankern, sollten sie eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen sein, demnach auch Angebote zur Verbesserung struktureller Bedingungen beinhalten (vgl. Gkv-Spitzenverband 2015, 74).

2.5.4 Umsetzung der Maßnahmen

In diesem Segment werden die Maßnahmen systematisch umgesetzt. Ziel dabei ist es die Potenziale zu bearbeiten und Arbeitsplatzbedingungen nachhaltig gesundheitsförderlicher zu gestalten (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 70). Im Folgenden werden einige Handlungsansätze umrissen:

- **Arbeitsplatz:** Ein bedeutendes Handlungsfeld ist die ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung. Dazu gehört es den Arbeitsplatz der Mitarbeiter an die sich ständigen körperlichen Voraussetzungen der Menschen anzupassen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 78). Dies beinhaltet beispielsweise die Optimierungen der technischen und räumlichen Bedingungen wie beispielsweise (in der Höhe verstellbare) Schreibtische, Schreibtischstühle, Computermäuse und Tastaturen sowie Dokumentenhalter. Neben dem ergonomischen Ansatz gibt zum einen auch die psychologische Arbeitsplatzgestaltung, die die Arbeitsumgebung auf optischer und akustischer Hinsicht verbessert (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 79). Zum Beispiel sollte Tageslicht in Büroräumen keine Blendwirkung erzeugen und die technische Ausleuchtung sollte gleichmäßig sein. Des Weiteren sollten sogenannte Lichtinseln vermieden werden. Zum anderen gibt es auch die informationstechnische Arbeitsplatzgestaltung, die es den Mitarbeitern erleichtern soll, Informationen aus der Umgebung aufzunehmen. Hierzu gehört zum Beispiel die Ausstattung älterer Beschäftigten mit Bildschirmarbeitsplatzbrillen, die die Akkomodationsfähigkeit, das heißt die Anpassung der Brechkraft des Auges, um unterschiedlich entfernte Gegenstände scharf auf der Netzhaut abzubilden, unterstützen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 80).
- **Arbeitsorganisation:** Die Arbeitsorganisation regelt die Aufgaben zwischen Beschäftigten und Betriebsmitteln. BGM-Interventionsmaßnahmen können für eine gesundheitsgerechte Verteilung der Arbeitsaufgaben, ein angemessenes Arbeitstempo und für klare Aufgabenstellungen sorgen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 80).
- **Arbeitszeiten:** Die Arbeitszeitgestaltung gehört inhaltlich zur Arbeitsorganisation. Ansatzpunkte sind dabei die Arbeitsverkürzungen, Arbeitsflexibilisierung sowie die gesundheitsschonende Durchführung von Arbeitspausen und die Gestaltung von Nacht-, Schicht- und Wochenendarbeit (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 82).

2.5.5 Evaluation

Die Evaluation beinhaltet die systematische Anwendung von wissenschaftlichen Forschungsmethoden zur Beurteilung der Planung, Ausgestaltung, Umsetzung und Nutzen der BGM-Maßnahmen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 144). Um den Gesamtprozess wirksam zu evaluieren, bietet sich eine Strukturrevaluation (vor Beginn eines Projekts), eine Prozessevaluation (während eines Projekts) und eine Ergebnisevaluation (am Ende des Projekts) an (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 9). Dabei können verschiedene Kriterien herangezogen werden, im Folgenden werden einige Bereiche aufgeführt:

- **Effektivität:** Wie ist das Verhältnis vom erreichten Ziel zu dem davor definierten Ziel (Grad der Zielerreichung)?
- **Effizienz:** Wie ist der Nutzen im Verhältnis zum betriebenen Aufwand (Kosten-Nutzen-Verhältnis)?
- **Teilhabe:** Wurden die Maßnahmen von den Zielgruppen angenommen? Wie waren die Teilnehmerquoten und wie viel verschiedene Beschäftigte haben teilgenommen?
- **Chancengleichheit:** Wurden die Maßnahmen von allen Gruppen der Beschäftigten aufgenommen (Junge, Alte; Frauen, Männer; Führungskräfte, andere Arbeitnehmer).

2.5.6 Nachhaltigkeit

Nach einer fundierten Evaluation mit Vergleichswerten zum ehemaligen Status und dem Aufbau eines verknüpfenden Kennzahlensystems beginnt in Phase sechs die Konsolidierung (vgl. Treier/Uhle 2019, 38). Dabei geht es um die nachhaltige Festigung und Sicherung der Strukturen, in denen die Maßnahmen effektiv ablaufen können. In der Literatur werden für die nachhaltige Verankerung der BGM-Maßnahmen in Unternehmen folgende Prinzipien herausgehoben:

- **Integration:** Der gesundheitsfördernde Ansatz muss in die Unternehmenskultur integriert werden und aktiv auch von der Unternehmensleitung gelebt werden. Die Maßnahmen müssen mit allen Bereichen des Unternehmens verzahnt sein (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2020).

- Partizipation: Die Mitwirkung und Einbeziehung aller Beschäftigten in den Willensbildungs- und Entscheidungsprozess bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen und Konzepten sollte gewährleistet und gefördert werden. (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 46).
- Kommunikation: Um die Integration und Partizipation zu steigern und ein BGM nachhaltig zu festigen hat die Kommunikation eine große Bedeutung. Daher ist es wichtig von Beginn an eine fortlaufende Kommunikation über alle BGM-Aktivitäten und deren Ziele, Fortschritte, Rückschläge, Erfolge usw. zu führen (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 38).

Der beschriebenen BGM-Prozess nach dem 6-Phasen-Modell folgt dem Prinzip eines Zyklus, der darauf ausgerichtet ist, die Ansätze und Maßnahmen kontinuierlich zu verbessern und anzupassen (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 64).

2.6 Arten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Der BGM-Implementierungsprozess umfasst neben der Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel in der Unternehmensstrategie und die systematische Gestaltung gesundheitsförderlicher Strukturen auch die Entscheidung, ob die Maßnahmengestaltung analog oder digital stattfinden sollen (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 63). So bietet der digitale Fortschritt auch hinsichtlich des BGM neue Möglichkeiten. Nach den Ausführungen der Autoren M. Sayed und S. Kubalski haben Unternehmen im Rahmen des BGM vor allem die Herausforderung, weniger gesundheitsaffine Beschäftigte für die gesundheitsfördernden Maßnahmen zu gewinnen (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 554). Digitales Gesundheitsmanagement und dessen Möglichkeiten können die Motivation dieser Mitarbeiter erhöhen und vor allem unterstützend bei der Etablierung und Verzahnung eines BGM wirken (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 554). Ansatzpunkte des digitalen BGM konzentrieren sich vor allem auf online Gesundheitsportale beispielsweise durch Krankenkassen, tragbare Sensoren (Wearables) wie Fitnessarmbänder, Smartwatches und andere Messsensoren sowie Apps zum Thema „Gesundheit und Medizin“, von denen 2017 über 250000 weltweit existierten (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 77). Folglich wird in der Literatur den digitalen Elementen neue Möglichkeiten gegenüber analogen Methoden zugerechnet (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 67): So ermöglicht die digitale Lösung eine orts- und zeitunabhängige Nutzung, eine individuelle Steuerung und verbessert die Teilhabemöglichkeiten der Beschäftigten. Zudem erleichtert es Organisation, Planung und Analyse und ermöglicht es Unternehmen durch Erfassung

von Daten und Kennzahlen BGM-Effekte und ökonomische Kriterien zu koppeln (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 68). Durch Elemente wie Gamification, also die Anwendung spieltypischer Elemente wie zum Beispiel ein betriebsinterner Schrittzählwettbewerb, können Motivation und Leistungsfähigkeiten erhöhen (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 68)

In Zukunft können die Unternehmen einen Wettbewerbsvorteil haben, deren BGM es gelingt, den digitalen und den analogen Gesundheitsmarkt zu vernetzen und ganzheitlich zu steuern (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 69).

2.7 Wirtschaftlichkeit

Aus Unternehmenssicht ist für ein nachhaltiges und kontinuierliches BGM, die betriebswirtschaftliche Betrachtung der Maßnahmen von großer Bedeutung. So empfinden Führungskräfte aus ökonomischer Sicht den Gesamtprozess aus Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen häufig als zu kosten- und zeitintensiv (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 58). Doch ein fundiertes und systematisches BGM kann auch, neben den Gesundheitsaspekten, einen betriebswirtschaftlichen Mehrwert bieten. Um zu versuchen das Kosten-Nutzen-Verhältnis der BGM-Maßnahmen zu ermitteln gibt es verschiedene Dimensionen, die für ein Unternehmen in Betracht gezogen werden können. Eine davon ist die Höhe der Krankenstände, die für ein Unternehmen betriebswirtschaftliche Relevanz besitzt. Die folgende Abbildung 3 zeigt wie die Arbeitsunfähigkeitstage von deutschen Beschäftigten von 2006 bis 2015 um insgesamt 35,4 Prozent gestiegen sind.

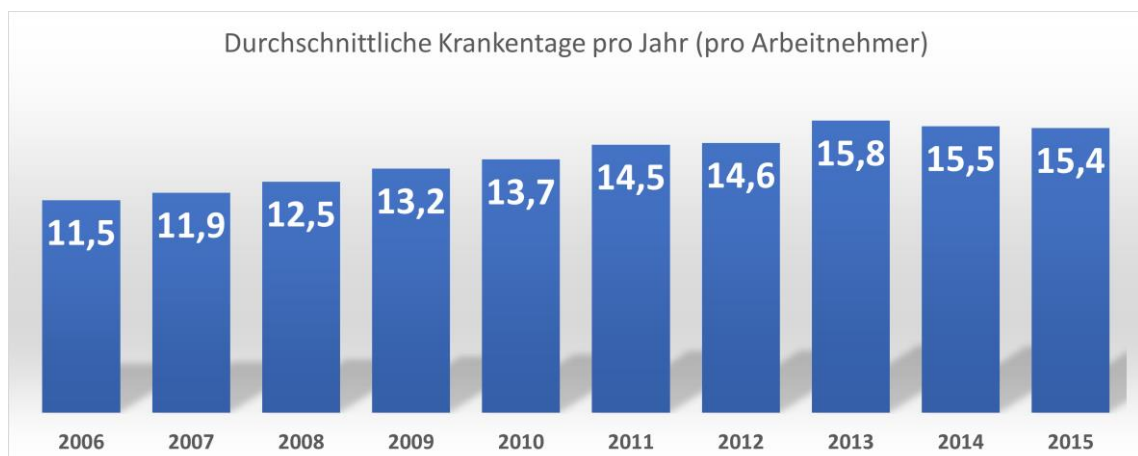


Abbildung 3: Durchschnittliche Krankentage eines deutschen Arbeitnehmers, eigene Darstellung in Anlehnung an Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 49.

Würde man beispielsweise davon ausgehen, dass ein Arbeitgeber 30 Mitarbeiter angestellt hat, die 100 Euro am Tag verdienen, wären das mit durchschnittlich 15,4

Arbeitsunfähigkeitstagen, Krankenkosten pro Mitarbeiter im Jahr von 1540 Euro und insgesamt 46200 Euro. Gelänge es einem Unternehmen, den Durchschnittswert der Arbeitsunfähigkeitstage um zum Beispiel zwei Tage pro Jahr zu verringern, hätte das Unternehmen, mit seinen 30 Beschäftigten, insgesamt Einsparungen von 6000 Euro. Darüber hinaus hätte sich auch die Personalverfügbarkeit verbessert (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 50).

Doch der finanzielle Nutzen eine BGM für ein Unternehmen kann über die Einsparung von Krankenkosten hinausgehen. Zwar bedeutet ein BGM zunächst Investitionen von finanziellen und personellen Ressourcen, doch konnten aus 2400 Studien der vergangenen Jahre eine durchschnittliche Rentabilität von BGM-Maßnahmen von 1:2,2 ermittelt werden (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 51).

Durch das Präventionsgesetz von 2015 ist es deutschen Unternehmen zudem möglich durch gesetzliche Krankenhassen Hilfestellungen und finanzielle Unterstützung für BGM-Maßnahmen zu erhalten (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 59).

2.8 Umsetzung

Die Möglichkeiten des Themas sind vielen Unternehmen bewusst, doch die Umsetzung und Etablierung eines ganzheitlichen und systematischen BGM ist ein komplexer Prozess. Eine Studie, die vom 24.01. bis zum 31.03.2019, von der Innosüd-Region im Rahmen des Innosüd Teilprojektes „ReGiKAM – Realisierungsstrategien zur Gesundheitsförderung in KMU durch Allianzen und Multiplikatoren“ erhoben wurde, beschäftigt sich unter anderem mit den Umsetzungsprozessen eines BGM in deutschen Unternehmen. Die Onlineerhebung, die 172 Mitarbeiter von KMU als auch große Unternehmen befragte, zeigen zwar, dass die Gesundheit von Mitarbeitern in den Betrieben einen sehr hohen (40,12 Prozent) bis hohen (38,95 Prozent) Stellenwert hat und 98,84 Prozent Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchführen, jedoch gibt es Defizite bei der vollumfänglichen bzw. ganzheitliche Umsetzung (vgl. Althoff/Klaesberg 2020, 61). Somit fehlte beispielsweise bei 80,81 Prozent der befragten Unternehmen eine konkrete Zielformulierung, bei 31,4 Prozent der Unternehmen wurde keine Erfolgsmessung durchgeführt und bei 26,16 Prozent existiert kein struktureller Rahmen für ein systematisches BGM (vgl. Althoff/Klaesberg 2020, 61).

Auch der Aspekt, dass Angebote und Möglichkeiten nicht wahrgenommen werden, erschwert die Umsetzung eines BGM für Unternehmen. Nach einer Studie von Leyk et al. 2004, deren Ergebnisse im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurden, konnten 1010 Mitarbeiter der Bundeswehr ein Jahr lang freiwillig Sportkurse, Ernährungsangebote, Fitness- und Gesundheitschecks etc. nutzen. Trotz des großen Personalaufwands und

der Möglichkeit die Angebote während der Arbeitszeiten wahrzunehmen, wurde keine nachhaltigen und umfassende Mitarbeitereteiligung erzielt (vgl. Zeuch/Poersch 2016, 2).

Des Weiteren könnte die seit ungefähr 2020 anhaltende SARS-CoV-2-Pandemie die Umsetzungsaktivitäten der Unternehmen bremsen. Allerdings ist nach einer Umfrage im Jahr 2020 der Techniker Krankenkasse unter 1200 Geschäftsführern aus Wirtschaft und öffentlichen Dienst ein BGM weiter bedeutsam. Demnach ist ein BGM für 46 Prozent der Befragten gleichbleibend wichtig und für 30 Prozent während der sogenannten Coronakrise sogar wichtiger denn je (vgl. Ärzteblatt 2020).

3 Herausforderungen in der Arbeitswelt

Seit etwa ab dem Ende des 18. Jahrhunderts und der Erfindung der Dampfmaschine, gab es durch neue technische und industrielle Errungenschaften immer wieder Umbrüche in der Arbeitswelt. Die damit einhergehenden gesellschaftlichen Evolutionen sowie die medizinischen Fortschritte, die die Lebenserwartungen der Menschen immer stärker ansteigen lassen, tragen zu wandelnden Arbeitswelten bei. So agieren Unternehmen in einem immer größeren gesamtwirtschaftlichen Zusammenhang, der Kräfte erzeugt die Chancen bieten aber auch Bedrohungen entstehen lassen (vgl. Kotler/Armstrong/Wong/Saunders 2011, 224).

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit neuen Formen und Herausforderungen der Arbeit sowie mit dem Verhältnis von Arbeit und Gesundheit in einer alternden, deutschen Bevölkerung.

3.1 Neue Formen der Arbeit

Die Arbeitswelt hat sich mit neuen Technologien und zunehmender Globalisierung vor allem in den letzten Jahrzehnten verändert (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 21). Die aktuelle, sogenannte Arbeit 4.0, ist gekennzeichnet durch:

- **Automatisierung:** Arbeitstätigkeiten werden immer mehr von Maschinen übernommen. Menschen werden immer häufiger dafür gebraucht, Daten in Maschinen einzugeben und das System zu überwachen (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 101).
- **Digitalisierung:** Beschreibt, dass analoges durch eine Technologie mit Rechenleistung ersetzt wird. Die Digitalisierung von Produkten und Dienstleistungen fordert in vielen Branchen umfangreiche Neuausrichtungen und tiefe Eingriffe in bestehende Aufbau- und Ablauforganisationen von Unternehmen (vgl. Reisinger/Gattringer/Strehl 2017, 127).
- **Flexibilisierung:** Beschreibt, dass Beschäftigte aufgrund von Unvorhersehbarkeiten zukünftiger Entwicklungen nicht mehr nur auf einzelne Bereiche und Funktionen begrenzt sein können (vgl. Bea/Haas 2017, 323). Die langfristige und strategische Flexibilisierung aller Ressourcen und Kompetenzen gewinnt für die Sicherung der Unternehmensexistenz immer mehr an Bedeutung (vgl. Mefert/Burmann/Kirchgeorg 2015, 799).

- Vernetzung: Die Vernetzung der Kommunikationswege und Kommunikationsinhalte ermöglicht es Unternehmen, eine koordinierte und kontrollierte Steuerung von Arbeitsprozessen (vgl. Mast 2016, 270).

Zusätzlich zu diesen Strukturveränderungen stieg die Zahl von Beschäftigten in prekären Arbeitsverhältnissen. Das sind meist kurzzeitige Arbeitsverhältnisse ohne soziale Sicherungsgarantien, mit fehlendem existenzsicherndem Einkommen, fehlenden Beteiligungsmöglichkeiten sowie mit Beschäftigungs- und Planungsunsicherheiten (Minijobs, Leiharbeit etc.) (vgl. Mauer 2009, 11).

Des Weiteren prägen globale Pandemien die Arbeitswelt. Während der SARS-CoV-2 Pandemie erließ die Bundesregierung mit der Corona-Arbeitsschutzverordnung eine Verpflichtung der Arbeitgeber zum Angebot von Homeoffice. Sofern nicht zwingende betriebliche Gründe entgegenstehen (vgl. Bundesregierung 2021).

3.2 Demografischer Wandel in Deutschland

Mit sinkenden Geburtenraten (Gesamtfertilitätsrate), stetige Zunahme des Anteils älterer Menschen und wachsender Lebenserwartung, hat sich die Alterszusammensetzung in Deutschland in den letzten 100 Jahren verändert (vgl. Kreyher 2001, 22). Lag der Prozentanteil über 60-jährige im Jahr 2000 bei etwa 20 Prozent, wird dieser bis zum Jahr 2050 voraussichtlich auf 40 Prozent steigen (vgl. Kreyher 2001, 22). Dies führt zu Herausforderungen, nicht nur für das deutsche Gesundheitssystem, das mit seiner solidarisch lohneinkommensabhängigen und beitragsorientierten Finanzierung mit der derzeitigen demografischen Entwicklung Probleme bekommt, sondern auch für die Arbeitswelt (vgl. Kreyher 2001, 290). Aus diesem Grund, flankiert mit dem Beschluss der Bundesregierung 2006 das gesetzliche Renteneintrittsalter von 65 auf 67 Jahre zu erhöhen, steigt das Durchschnittsalter Beschäftigter in deutschen Betrieben immer mehr an:

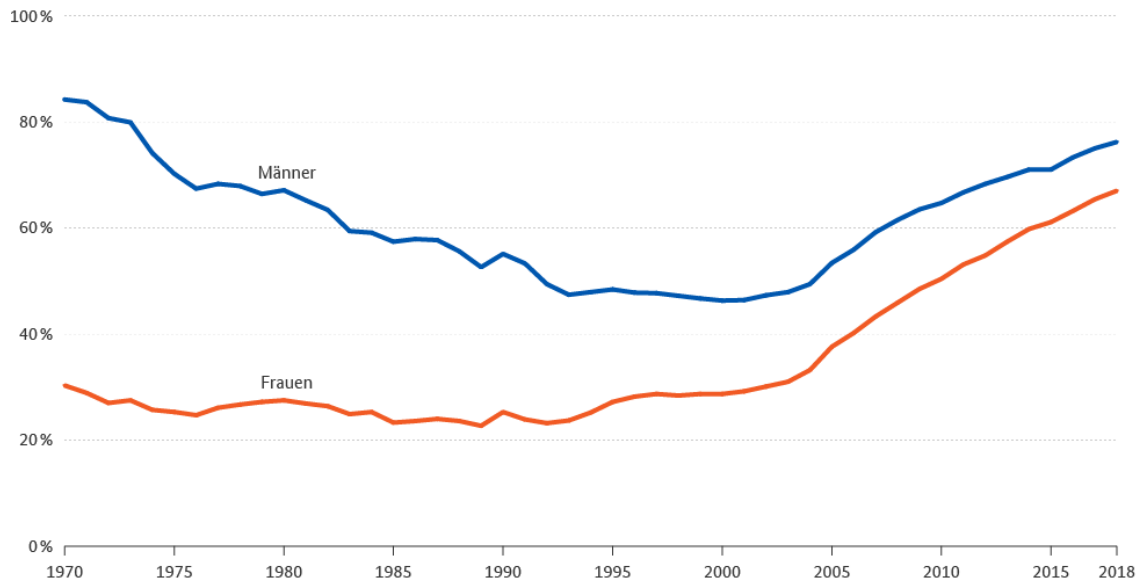


Abbildung 4: Erwerbstätigkeitsquote im Alter von 55 bis 64 Jahren, 1970-2018, Quelle: Demografieportal des Bundes und der Länder.

Laut Agentur für Arbeit steigt die Erwerbstätigkeitsquote der 65- bis 70-jährigen jedes Jahr stetig (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2020, 10). Zudem prognostiziert sie bis zum Jahr 2040, einen Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials von 3,7 Millionen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2018, 3).

Vor der Herausforderung sinkender Fertilitäts- und Mortalitätsraten (Sterblichkeitsrate) und damit einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft, stehen neben Deutschland viele Industrieländer. So hatte Deutschland 2019 eine Fertilitätsrate von 1,54 Kindern pro Frau, Südkorea beispielweise hatte eine Rate von 0,92. Auf der Welt gibt es keinen geringeren Wert (vgl. Peters 2020). Selbst die Population im bevölkerungsreichsten Land der Erde, China, wächst immer langsamer. So schrieb Sui-Lee Wee am 31. Mai 2021 für The New York Times, dass die kommunistische Partei Chinas, verheirateten Paaren ab sofort gestattet, bis zu drei Kindern zu haben (vgl. Wee 2021).

Für Deutschland bedeutet die eigene schrumpfende Bevölkerungsstruktur vor allem Probleme für die sozialen Sicherungssysteme, die auf der Annahme beruhen, dass immer eine ausreichende Zahl von Erwerbstätigen sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse besitzt, um die nicht mehr erwerbstätigen Menschen zu versorgen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2009).

3.3 Folgen für die Arbeitswelt

Mit dem zunehmenden Alter der Beschäftigten und den beschriebenen Änderungen in der Arbeitswelt, findet auch ein Wandel bei den gesundheitlichen Risiken im Arbeitsbereich statt. Dies wird beispielsweise deutlich, wenn man die Diagnosegrundgruppen der Erwerbsminderungsrentenzugänge von Männern und Frauen der letzten 25 Jahre betrachtet, die die Deutsche Rentenversicherung in ihrem Statistikportal aufführt: War in den Jahren 1996 die Muskel-/Skeletterkrankung (27,6 Prozent) die häufigste Ursache der Frühberentung, sind es 2019, mit 41,7 Prozent und einer Verdopplung des Wertes gegenüber dem Jahr 1996, die psychischen Störungen (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2020). Auf der Basis empirischer Forschungsergebnisse, gilt es als gut belegt, dass psychische Belastung und Gesundheit eng zusammenhängen (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 113). Aus diesem Grund können für den Anstieg vielfältige Gründe in Betracht gezogen werden. So werden psychische Belastungen im Jahr 2021 zuverlässiger erkannt und zugeordnet auch die Bereitschaft ärztliche Hilfe zu suchen ist ausgeprägter (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 21). Zudem kann davon ausgegangen werden, dass auch die geänderte Arbeitslandschaft, wie beispielsweise die Intensivierung der Arbeit mit Termin- und Leistungsdruck, eine Rolle spielt. Auch die Alterung der Belegschaft kann als Faktor berücksichtigt werden. So nimmt aus wissenschaftlich Sicht mit dem Älterwerden tendenziell die Muskelkraft, das Seh- und Hörvermögen sowie die geistige Flexibilität ab, was zu einer Risikoerhöhung für psychische Störungen führen kann (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 21). Des Weiteren steigen im Alter aufgrund der Summierung der Einwirkungen von Risikofaktoren über den Lebensverlauf, die Risiken für chronische Krankheiten wie zum Beispiel Muskel-/ Skelett- und Herz-Kreislaufkrankungen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 21).

4 Kleine und mittelständische Unternehmen

Es gibt eine Vielzahl quantitativer Merkmale um den Begriff kleine und mittelständische Unternehmen zu bestimmen. Dazu gehören beispielsweise Anzahl der Arbeitsplätze, Umsatz, Gewinn, Anlagevermögen etc. sowie auch qualitative Merkmale wie Geschäftsführung, Eigentumsverhältnisse, wirtschaftliche Unabhängigkeit etc. Parallel gibt es dazu im deutschen Sprachgebrauch weitere verwendete Begriffe wie Mittelstand, Familienunternehmen, Eigentümerunternehmen und familiengeführte Unternehmen (vgl. Institut für Mittelstandsforschung 2005).

Hinsichtlich des Zugangs zu staatlichen Förderprogrammen und Finanzmitteln, die speziell für diese Unternehmen initiiert werden, ist eine genaue Abgrenzung in der Praxis jedoch wichtig. Aufgrund dieser Tatsache sind für deutsche Unternehmen die KMU-Schwellenwerte der Europäischen Kommission, vom 01.01.2005, maßgeblich.

4.1 Definition

Die Europäische Kommission ordnet die Unternehmen nach rein quantitativen Merkmalen. Der Indikator für ein kleines bzw. mittelständisches Unternehmen ist danach die Mitarbeiterzahl, die durch den Jahresumsatz oder die Jahresbilanzsumme ergänzt wird.

	Mitarbeiterzahl	Jahresumsatz (in Euro)	Bilanzsumme (in Euro)
Kleinst- unternehmen	< 10	< 2 Mio.	< 2 Mio.
Klein- unternehmen	< 50	< 10 Mio.	< 10 Mio.
Mittleres Unternehmen	< 250	< 50 Mio.	< 43 Mio.

Abbildung 5: Kriterien zur Unterscheidung von KMU, Quelle: Förder.Markt.

- Mitarbeiterzahl: Umfasst Lohn- und Gehaltsempfänger, Leiharbeitskräfte, mitarbeitende Eigentümer sowie Teilhaber, die regelmäßig Tätigkeiten in dem Unternehmen ausüben (vgl. Europäische Kommission 2015, 14).

- Jahresumsatz: Es werden die Einnahmen berechnet, die ein Unternehmen im jeweiligen Jahr mit dem Verkauf von Produkten und der Erbringung von Dienstleistungen, nach Abzug etwaiger Erlösschmälerungen erzielt hat (vgl. Europäische Kommission 2015, 15).
- Jahresbilanzsumme: Bezieht sich auf die Hauptvermögenswerte eines Unternehmens (vgl. Europäische Kommission 2015, 15).

Wird ein Schwellwert innerhalb eines Geschäftsjahres überschritten, ändert sich für das Unternehmen nichts. Allerdings verliert das Unternehmen den KMU-Status, wenn die Obergrenze in zwei aufeinander folgenden Jahren überschritten wird (vgl. Europäische Kommission 2015, 15).

KMU haben für Deutschland eine hohe volkswirtschaftliche Bedeutung. Das Institut für Mittelstandsforschung (IfM), das 1957 von Deutschland und dem Land Nordrhein-Westfalen als Stiftung des privaten Rechts gegründet wurde, berechnete für das Jahr 2018 (vgl. Institut für Mittelstandsforschung 2020):

- Etwa 3,5 Millionen (99,5 Prozent) aller Unternehmen der deutschen Privatwirtschaft sind KMU.
- Die KMU erwirtschaften mehr als 2 Billionen Euro und damit rund 34,4 Prozent des gesamten Umsatzes von Unternehmen in Deutschland.
- In den KMU arbeiten fast 18 Millionen Mitarbeiter, das sind rund 58 Prozent aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten.

Als wichtiger Treiber der Wirtschaft und als großer Arbeitgeber haben KMU eine Bedeutsamkeit und Einfluss auf die gesundheitliche Situation der deutschen Beschäftigten.

4.2 Fachkräftemangel in kleinen und mittelständischen Unternehmen

Angesichts des demografischen Wandels und des technologischen Fortschrittes, stehen dem deutschen Arbeitsmarkt, trotz einer prosperierenden Wirtschaft und niedrigen Arbeitslosenzahlen seit der Wiedervereinigung, tiefgreifende Umbrüche und Veränderungen bevor. Ein wesentlicher Faktor in diesem Zusammenhang ist der Fachkräftemangel. Dieser Mangel muss vom Arbeitskräftemangel abgegrenzt werden und liegt vor, wenn der Bedarf an ausgebildeten Fachkräften erkennbar und dauerhaft

über dem Angebot an ausgebildeten Fachkräften liegt (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2020).

Zwar gibt es in Deutschland noch keinen flächendeckenden Fachkräftemangel, allerdings gibt es für spezielle Qualifikationen und Branchen in bestimmten Regionen Schwierigkeiten in der Stellenbesetzung (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft 2019).

Zugleich werden Unternehmen für die Zukunft zusätzliches Fachpersonal benötigen, um klimaschonende Produktionsabläufe zu gewährleisten. Nach dem Ergebnis einer Kurzstudie, im Auftrag der Grünen-Bundestagsfraktion, werden schon 2030 fast 450 000 Fachkräfte für eine klimaneutrale Neuaufstellung gebraucht (vgl. Creutzburg 2021). Die Sicherung des Fachkräftebedarfs ist und wird daher eine große Herausforderung für Unternehmen aber auch für die Politik. Die Bundesregierung versucht daher mit Strategiepapieren und Maßnahmen Fachkräfte zu sichern. Eines dieser Initiativen ist das Fachkräftekonzept aus dem Jahr 2011. In dem Konzept werden fünf Sicherungspfade definiert, die die vorhandene Fachkräftebasis sichern und verbreitern soll (vgl. Bundesministerium für Arbeit 2017):

- Aktivierung und Beschäftigungssicherung.
- Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Bildungschancen für alle von Anfang an.
- Qualifizierung mittels Aus- und Weiterbildung.
- Integration und qualifizierte Zuwanderung.

Die Engpässe und Problematik bei der Fachkräfterekrutierung betreffen nicht nur große Unternehmen, sondern auch die KMU als bedeutender Arbeitgeber und Ausbilder. Im Jahr 2017 wiesen 110 der gesamt 405 KMU-typischen Berufe einen Fachkräfteengpass auf (vgl. Risius 2018, 4). Dazu gehören beispielsweise Berufe wie Kältetechniker, Altenpfleger, Land- und Baumaschinentechniker und Fachkräfte auf dem Gebiet Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik (vgl. Amerland 2018).

Eine Reihe von Besonderheiten weisen darauf hin, dass ein drohender Fachkräftemangel KMU, die hinsichtlich Strukturen und Ressourcen andere Voraussetzungen haben, vor noch gravierendere Probleme stellen könnte als größere Unternehmen (vgl. Friedrich Ebert Stiftung 2009, 22) So besteht in der Literatur ein Konsens darüber, dass ein Fachkräftemangel für KMU, differenziertere und spezifischere Ursachen hat und diese sich von größeren Unternehmen unterscheiden können. Im Folgenden werden drei Aspekte beschrieben:

- **Weiterbildungsintensität:** Im OECD-Ländervergleich zu Weiterbildungsaktivitäten belegt Deutschland einen unteren Rang. Vor allem für KMU hat die Weiterbildung einen niedrigen Stellenwert. Diesen Unternehmen fehlt es oft an finanziellen und personellen Ressourcen. Auch die Freistellung der Beschäftigten organisatorisch zu bewältigen, stellt die Organisationen vor Herausforderungen. Des Weiteren amortisieren sich Investitionen in Personal oft erst langfristig, einen Faktor, den sich KMU weniger leisten können. Dementsprechend hat die Weiterbildungsaktivität keine hohe Priorität (vgl. Friedrich Ebert Stiftung 2009, 22). Ein Umstand, der sich durch die anhaltende Sars-Cov-2-Pandemie weiter verschärfen könnte. Ein Ergebnis aus einer repräsentativen Sonderbefragung der KMU zur betrieblichen Weiterbildung im KfW-Mittelstandpanel 2021 zeigt, 38 Prozent der KMU haben ihre betriebliche Weiterbildungsaktivitäten reduziert, 20 Prozent sogar eingestellt und 29 Prozent haben unverändert kein Weiterbildungsangebot. Danach haben im Jahr 2020 in 49 Prozent der KMU keine Weiterbildungen stattgefunden (vgl. Kreditanstalt für Wiederaufbau 2021).
- **Problembewusstsein hinsichtlich des demografischen Wandels:** Eine alternde Gesellschaft bringt demografisch bedingte Veränderungen im personalpolitischen Bereich. Dieses Problembewusstsein ist bei KMU allerdings weniger ausgeprägt als bei größeren Unternehmen. Häufiger als mit der Alterung der Beschäftigten sehen sich KMU mit steigenden Personalkosten konfrontiert, Personal wird eher als ein Produktionsfaktor betrachtet. Dementsprechend werden beispielsweise seltener gesundheitsfördernde oder personalbindende Aktionen initiiert (vgl. Friedrich Ebert Stiftung 2009, 24).
- **Rekrutierungsschwierigkeiten:** Zwar haben KMU einen kleineren Einstellungsbedarf aufgrund einer geringeren Personalfuktuation im Vergleich zu großen Unternehmen, jedoch haben sie häufiger Schwierigkeiten die freien Arbeitsstellen wieder adäquat zu besetzen. Des Weiteren fehlen meistens Ressourcen zu längeren Überbrückungen der Vakanzen. Zudem stehen die KMU bei der Rekrutierung in Konkurrenz zu größeren Unternehmen, die tendenziell bessere Verdienst- und Entwicklungsmöglichkeiten haben (vgl. Friedrich Ebert Stiftung 2009, 25). Darüber hinaus ist vor allem der ländliche Raum von KMU geprägt, diese dezentralen Lagen mit möglicherweise schlechten Erreichbarkeiten, mindert die Attraktivität als Arbeitgeber insbesondere gegenüber jungen Erwerbssuchenden (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 95).

Die aufgeführten Aspekte lassen darauf schließen, dass die Personalstrategien der KMU großen Herausforderungen ausgesetzt sind und die strategische Personalentwicklung, hinsichtlich der Erhaltung und Verbesserung von Wissen und Können den Mitarbeitern gegenüber, für die Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnt (vgl. Bea/Haas 2017, 545).

5 Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen

Die beschriebenen Herausforderungen in der Arbeitswelt erzeugen zunehmende veränderte Anforderungen für Unternehmen. Von diesen neuen Anforderungen und Belastungen werden auch Mitarbeiter in KMU konfrontiert. Ein BGM kann dabei ein Faktor darstellen, um die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeiten der Mitarbeiter zu erhalten (vgl. Pfannstiel/Mehlich_2016, 3). Jedoch sinkt mit der Unternehmensgröße auch der Anteil der Unternehmen mit BGM (vgl. Pfannstiel/Mehlich_2016, 8). Dennoch zeigen Studien, dass sich auch für KMU eine Investition in ein BGM lohnen kann (vgl. Pfannstiel/Mehlich_2016, 4). Die meist kurzen Kommunikationswege, die Fähigkeit flexibel zu reagieren sowie die oft flachen Hierarchien in KMU können sogar die Implementierung begünstigen. Allerdings verlangt ein nachhaltig angelegtes BGM, dem ein systematisches Konzept zugrunde gelegt ist, wie z.B. das 6-Phasen-Modell (vgl. Abbildung 2), um gezielt gesteuert und bewertbar zu sein, einen hohen Ressourceneinsatz, den die Organisationsstrukturen der KMU häufig nicht realisieren können (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 103).

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Implementierung eines BGM in KMU. Zunächst werden die Rahmenbedingungen von KMU, mit ihren begrenzten zeitlichen, personellen, strukturellen und finanziellen Ressourcen und ihre Bedeutung für die Integrierung eines BGM, aufgeführt. Anschließend werden die Unterstützungsmöglichkeiten für ein BGM sowie die empirisch nachgewiesenen Hemmnisse und Chancen dargelegt und beleuchtet. Abschließend wird ein Ausblick auf die Entwicklung der Bedeutung eines BGM für KMU entworfen.

5.1 Rahmenbedingungen

Trotz belegbaren Vorteilen ist ein BGM in KMU noch wenig verbreitet und es sind eher die großen Betriebe, die Ressourcen dafür einsetzen (vgl. Pfannstiel/Mehlich_2016, 4). Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass sich die Ausgangslagen für die Initiative eines BGM, für KMU oft gegenüber Großunternehmen unterscheiden. Entsprechend der angeführten Literatur können spezifische Eigenschaften identifiziert werden, die Einfluss auf die Implementierung eines BGM in KMU nehmen und im Folgenden ausgeführt werden.

5.1.1 Soziale Beziehungen im Betrieb

Viele der KMU sind durch ein familiäres Milieu geprägt, die Beschäftigten kennen sich untereinander und es herrscht ein engerer Kontakt zu Führungskräften (vgl. Pfannstiel/Mehlich_2016, 4). Diese Verschmelzung von Arbeit und Privatsphäre kann sowohl positive als auch negative Effekte für das Betriebsklima mit sich bringen (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 182). So können zwar individuelle Interessen, Wünsche und Befindlichkeiten besser geäußert werden, die sich daraus ableitenden Konfliktpotenziale und Reibungsflächen könnten dadurch aber auch stärker und vielfältiger ausfallen (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 182).

- Diese engen sozialen, meist familiären Strukturen eines KMU können für einen offenen und vertrauensvollen Austausch mit den Beschäftigten über die Gestaltung bzw. Implementierung eines BGM nützlich sein (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 92).

5.1.2 Organisationsstrukturen

KMU haben im Vergleich oft weniger formale und komplexe Strukturen. Es herrschen eher flache Hierarchien, woraus sich kurze Kommunikationswege ergeben (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 182). Durch die kleineren Organisationseinheiten arbeiten die Mitarbeiter meistens enger zusammen und sind stärker aufeinander angewiesen (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 88). Außerdem sind die Ressourcen häufig knapp und viele KMU stehen unter hohem wirtschaftlichen Druck, die kurzfristige Existenzsicherung steht im Vordergrund (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 182). Darüber hinaus haben KMU oftmals einen Mangel an Strukturen hinsichtlich von Vertretungen der Beschäftigteninteressen. Meistens fehlen beispielsweise Belegschaftsvertretungen, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte etc. (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 183).

- Die oft vorherrschende Ressourcenknappheit verkleinert Spielräume und erschwert dadurch die Initiative für gesundheitsfördernden Aktivitäten. Des Weiteren fehlen durch mangelhafte Vertretung der Beschäftigteninteressen prädestinierte Initiatoren und Koordinatoren für ein BGM (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 183).

5.1.3 Organisationsprozesse

Die Arbeitsprozesse in KMU sind häufig durch einen großen Handlungs- und Entscheidungsspielraum gekennzeichnet (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 183). Nach Meggeneder (2017) klagen KMU-Beschäftigte daher seltener über Stress und Monotonie als Arbeitnehmer in großen Unternehmen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 131). Allerdings wird der hohe Autonomiegrad oftmals flankiert durch wirtschaftlichen Druck und kurzfristige Planungshorizonte. Das Alltagsgeschäft ist dann geprägt durch die Priorität, die hierfür benötigten Ressourcen bereitzustellen (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 89).

- Die häufig kurzfristigen und von äußeren Einflüssen abhängigen Planungshorizonte der KMU erschweren die Implementierung eines langfristigen und nachhaltigen BGM (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 89).

5.1.4 Geschäftsführung

KMU sind in der Regel stark auf die Personen bzw. Person der Geschäftsführung bezogen. Deren Einstellungen und Überzeugungen prägen die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und die Unternehmenskultur (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 184).

- Maßgeblich wird in der Literatur die Führungskompetenz als wesentlicher Baustein für die Implementierung eines BGM beschrieben (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 39). Die häufig personenbezogene Hierarchie in KMU bietet für die Führungskraft die Möglichkeit die Beschäftigten durch direkten Kontakt bzw. kurze Kommunikationswege für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu sensibilisieren und motivieren. Außerdem erleichtern diese Strukturen die Konzeption eines integrativen BGM auf Basis von Partizipation (vgl. Treier/Uhle 2019, 46).

5.1.5 Bedarf und Nutzen

In vielen KMU ist der Bedarf und der Nutzen an Gesundheitsförderungsmaßnahmen unbekannt, außerdem ist das Wissen in Bezug auf ein BGM nicht sehr ausgeprägt (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 185). Das Tagesgeschäft mit den betriebsspezifischen Belastungen steht im Vordergrund (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 90). Außerdem werden

oftmals andere Themen, wie z.B. der Aufbau geeigneter und gefestigter Strukturen im Unternehmen, von den KMU gegenüber von Themen wie Gesundheit priorisiert (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 185).

- Durch die häufig weniger formalen Organisationsstrukturen und begrenzten personellen Ressourcen fehlen oft Initiatoren und Antreiber für ein BGM, die mit kontinuierlicher Aktivität das Thema bewerben, den möglichen Mehrwert herausarbeiten sowie das gesundheitliche Problem adressieren (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 91). Zudem wäre es durch ein nachhaltig systematisch angelegtes BGM möglich, den konkreten und individuellen Bedarf zu lokalisieren und anhand erhobener Kennzahlen den Nutzen zu messen.

5.2 Unterstützung

Die beschriebenen Charakteristika verdeutlichen, dass KMU bei der Implementierung eines BGM oftmals eine andere Ausgangslage haben als große Unternehmen. Daher kann es für eine ressourcenschonende Umsetzung eines BGM für ein KMU nützlich sein, Unterstützungsangebote und Fördermöglichkeiten wahrzunehmen (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 93). Die folgenden Beispiele zeigen finanzielle und strukturelle Hilfestellungen für KMU.

5.2.1 Vernetzung und Austausch

Um für die Implementierung eines BGM im Unternehmen die häufige personelle, fachliche und finanzielle Ressourcenknappheit zu überwinden, kann es für ein KMU von Vorteil sein sich in Netzwerken und Kooperationen zusammenzuschließen. Hierfür existieren bereits regionale oder auch überregionale Netzwerkansätze zur Schaffung von KMU-Synergien im BGM (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 10). Diese Netzwerke, wie beispielsweise die Interessengemeinschaft Gesundheit, unterstützen dabei den Strukturaufbau von Gesundheitsprojekten im KMU-Kontext (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 10).

Der Vernetzung und dem Austausch mit anderen KMU kann zudem eine große Bedeutung zugeordnet werden. Diese Kooperationen ermöglichen es KMU, die Größenachteile zu überwinden und im Austausch Gesundheits- und Umsetzungswissen zu erlangen. Kernthemen sind dabei (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 12):

- Fachlicher Austausch über aktuelle Umsetzungsstände und Erfahrungen.

- Abstimmungen über gemeinsam Aktivitäten und Maßnahmen.

5.2.2 Fachliche und finanzielle Unterstützung

Neben unternehmenszentrierten Netzwerken kann ein KMU auch Sozialversicherungsträger, wie beispielsweise Kranken- und Unfallversicherungen sowie Berufsgenossenschaften, in den Implementierungsprozess für ein BGM einbinden (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 93). Ein KMU kann dadurch spezifische Informationen zu Strukturen und Maßnahmen im BGM erhalten. Darüber hinaus können nach § 20b SGB V konkrete Leistungen der Gesundheitsförderung finanziert werden (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 14). Zu diesen finanzierungsfähigen Leistungsarten zählen beispielsweise (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 15):

- Analyseleistungen.
- Beratung und Gestaltung gesundheitlicher Arbeitsbedingungen.
- Unterstützung beim Aufbau eines Projektmanagements.
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung.

Die Finanzierungshöhe obliegt jeder Krankenkasse selbst (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 15).

5.3 Hemmnisse und Widerstände

Für die Wissenschaft und Forschung erlangt das Thema BGM eine immer größere Bedeutung. Allerdings sind dabei oft große Unternehmen Forschungsgegenstand bzw. es wird keine Differenzierung vorgenommen. Die renommierte Studie von Meyer und Tiritz (2008) unterscheidet jedoch zwischen den Unternehmensgrößen und verfolgt u.a. die Frage welche Ursachen und Hintergründe von Widerständen gibt es in KMU gegenüber eines BGM (vgl. Meyer/Tiritz 2008, 19). Die Studie besteht aus drei Teilerhebungen: Eine BGM-Expertenbefragung, eine Telefonbefragung bei Entscheidern aus KMU sowie einer Onlinebefragung bei Entscheidern aus KMU (vgl. Meyer/Tiritz 2008, 20). Im Folgenden werden die zentralen Widerstandsgründe zusammengetragen.

5.3.1 Hemmnisse und Widerstände aus Expertensicht

- Vorteile eines BGM werden häufig übersehen: Wirtschaftliche Nutzen nur schwer abschätzbar (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 53).
- Dem schwer abschätzbaren Nutzen stehen jedoch konkrete Kosten gegenüber (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 53).
- Mangelnde Sensibilisierung (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 53).

5.3.2 Hemmnisse und Widerstände aus der Sicht der Geschäftsführer

- Die Einführung eines BGM wäre zu kostenintensiv mit zusätzlichen Folgekosten (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 64).
- Kosten stehen nicht im Verhältnis zum Nutzen (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 64).
- Keine Zeit für ein BGM, da das Tagesgeschäft Vorrang hat (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 64).

5.3.3 Hemmnisse und Widerstände aus Sicht der Mitarbeiter

- Fehlende Motivation und Einsicht in den Sinn einzelnen Maßnahmen (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 66).
- Angst vor persönlichem „Imageschade“: Beispielsweise aus Angst oder peinlicher Berührung als ungesund oder übergewichtig zu gelten (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 64).
- Angst vor Überforderung durch zusätzliche BGM-Maßnahmen (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 66).

5.3.4 Resümee

Neben der Studie von Meyer & Tirpitz (2008), gibt es weitere Studien, wie etwa die von Bechmann, Lück, Jäckle & Herdegen. Diese Studie von 2011, die im Iga.Report 20, der Initiative Gesundheit und Arbeit, publiziert wurde, realisierte insgesamt 500 Interviews von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in KMU (vgl. Bechmann/Jäckle/Lück/Herdegen 2011, 9). Dabei gaben 63 Prozent der befragten

Unternehmen an, sie würden kein BGM durchführen. Die Studienlage und Ergebnisse zu Widerständen gegen ein BGM in KMU der beiden Studien korrespondieren miteinander. Demnach können folgende Hauptgründe für die Nichteinführung von BGM in KMU identifiziert werden:

- Tagesgeschäft hat Vorrang (vgl. Bechmann/Jäckle/Lück/Herdegen 2011, 22).
- Mangelnde Ressourcen (vgl. Meyer/Tirpitz 2008, 54).
- Zu wenige Informationen/Vorstellungen über ein BGM (vgl. Bechmann/Jäckle/Lück/Herdegen 2011, 22).

Vor allem die Wissensdefizite können ein konkreter Ansatz für die Strategieentwicklung in der Vermittlung von BGM in KMU sein. So können Hilfestellungen entwickelt werden, wie etwas umfassende und branchenübergreifende Informationspools zum Thema Gesundheit in KMU, mit denen interessierte Unternehmen alle relevanten Informationen, Ansprechstellen, Instrumente etc. finden (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 188). Dieses Angebot der persönlichen Beratung und Unterstützung sollte ausschließlich für KMU angeboten werden. Denn je größer das Unternehmen, desto besser ist die Informationslage über ein BGM (vgl. Bechmann/Jäckle/Lück/Herdegen 2011, 23).

5.4 Potenziale

Die Chancen für Arbeitnehmer bzw. Arbeitgeber hinsichtlich eines systematisch implementierten und durchgeführten BGM, die in der Literatur für Unternehmen beschrieben werden, bestehen auch für KMU. Diese können sich je nach Branche und Unternehmenscharakter unterschiedlich auswirken und dabei ggf. Synergieeffekte erzeugen. Einige dieser positiven Effekte wären beispielsweise (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 52):

- Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie Senkung gesundheitlicher Risiken. Dadurch verbessert sich ggf. das Wohlbefinden und die Lebensqualität, erhöht die Arbeitszufriedenheit und Motivation der Beschäftigten.
- Förderung der Leistungsfähigkeit und Produktion der Mitarbeiter.
- Kostensenkungen durch Reduzierung von Krankheitsausfällen.

Doch im Kontext eines BGM werden KMU auch spezifische Potenziale zugerechnet. Die nachfolgenden Ausführungen unterscheiden dabei in salutogene Potenziale und

Potenziale, die eine gesunde Führung ausschöpfen sowie das BGM als Baustein für eine Arbeitgebermarkenbildung.

5.4.1 Salutogene Potenziale

Für das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky, das in 2.1 beschrieben wird, ist ein Gesundheitsfaktor entscheidend. Antonovsky beschreibt diesen Faktor als nicht statisch und bezeichnet ihn als Kohärenzsinn („sense of coherence“) (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 202). Dieser umfasst drei Aspekte (vgl. Illing 2009, 11):

- Verstehbarkeit („comprehensibility“), darunter versteht er Belastungen und Ereignisse im Leben, die vorhersehbar und erklärbar gemacht werden müssen.
- Handhabbarkeit („manageability“), damit meint er Ressourcen des Menschen, mit Hilfe der die zuvor genannten Ereignisse und die damit verbundenen Anforderungen bewältigt werden können.
- Bedeutsamkeit („meaningfulness“) besitzen die zuvor genannten Anforderungen erst dann, wenn die zu ihrer Bewältigung notwendigen Bemühungen lohnen.

Die charakteristischen Strukturen eines KMU, mit meist flachen Hierarchien, kurzen Kommunikationswegen und ausgeprägteren gegenseitigen sozialen Verpflichtungen, können dazu beitragen salutogene Potenziale zu fördern und zu unterstützen (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 202).

5.4.2 Führungsverhalten

Ein elementarer Bestandteil für ein effektives und in die Unternehmensstruktur eingebettetes BGM für KMU ist das Führungsverhalten. Damit also die genannten salutogenen Potenziale entfaltet werden können und das KMU gesundheitsfördernd strukturiert werden kann, muss das Führungsverhalten entsprechend ausgeformt sein (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 203). Denn der spezifisch gewählte Führungsstil prägt und beeinflusst die Gestalt der resultierenden Unternehmenskultur.

Dieser Bündel von emotionalen, verhaltensbeeinflussenden Wertevorstellungen eines Unternehmens muss mit dem BGM harmonieren und von einem partizipativen und kooperativen Führungsstil flankiert werden (vgl. Bea/Haas 2017, 465). Gerade in KMU, wo ein engerer Kontakt untereinander und zu den Führungskräften existieren könnte, kann dem Führungsverhalten für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen großes Potenzial zugerechnet werden. So könnte die Entwicklung einer

zielgruppengerechten Kommunikationsstrategie, die Einführung und nachhaltige Implementierung eines BGM begünstigen. Nach Autorin Ternes sollte die Geschäftsführung bei der Entwicklung dabei drei Aspekte beinhalten (vgl. Ternes 2016; 6ff):

- **Sensibilisierung:** Führungskräfte sollen die gesundheitlichen Defizite sowie gesundheitsschädliche Arbeitsfaktoren identifizieren und die Mitarbeiter darüber unterrichten. Dabei sollen Führungskräfte Fach- und Hintergrundwissen zum Thema BGM haben und dieses den Mitarbeitern mit effektiven Didaktiken nahebringen. Wichtig ist dabei, durch eine wertschätzende, informative und einheitliche Kommunikation, den Mitarbeitern den Nutzen eines BGM verständlich zu machen.
 - **Motivation:** Die Rolle der Führungskraft liegt darin, durch Transparenz und Engagement, die Mitarbeiter für betriebliche gesundheitsfördernde Aktivitäten zu gewinnen. Dies kann durch die Schaffung kreativer Anreizsysteme sowie die Involvierung der Mitarbeiter in die Umsetzung und Gestaltung des BGM gelingen.
 - **Akzeptanz:** Zur Erzeugung ist eine stringente Kommunikation wichtig. Maßnahmen, Ziele, Nutzen und Erfolge müssen kontinuierlich kommunikativ begleitet und aufgezeigt werden. Für Führungskräfte ist dabei wesentlich, Mitarbeiter nicht nur die Vorteile eines BGM für das Unternehmen aufzuzeigen, sondern auch deren eigenen Nutzen mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes darzustellen.
- Die drei Aspekte bedingen sich häufig einander und zeigen auf, dass das Handeln der Führung starke Argumente für eine erfolgreiche Implementierung eines BGM liefern kann.

Darüber hinaus kann durch ein BGM die Arbeitgeberattraktivität gesteigert und damit das Erscheinungsbild des KMU gepflegt und aufgewertet werden. Im Folgenden wird darauf gesondert eingegangen.

5.4.3 Employer Branding

Das Image eines Unternehmens, also das Bild das intern gegenüber den Mitarbeitern und extern gegenüber der Öffentlichkeit vermittelt werden soll, hat auch für ein KMU große Bedeutung (vgl. Vahs/Schäfer-Kunz 2015, 27). Diese Unternehmensidentität bzw. Corporate Identity (CI) vermitteln und prägen folgende Elemente (vgl. Vahs/Schäfer-Kunz 2015, 27):

- Erscheinungsbild (Corporate Design)
- Verhalten (Corporate Behaviour)
- Kommunikation (Corporate Communication)

Hinsichtlich des sich verstärkenden Fachkräftemangels sowie der demografischen Entwicklung, die zu einer Verknappung des Arbeitsmarktes führen werden, bietet die CI für KMU auch die Möglichkeit sich als attraktiver Arbeitgeber zu profilieren und zu positionieren. Ein wesentlicher Hebel dafür könnte das sogenannte Employer Branding sein, das das Ziel verfolgt, über die Schaffung einer starken Employer Brand im Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter erfolgreich zu sein (vgl. Burmann/Halaszovich/Schade/Piebler 2018, 111). Das Investment in die Mitarbeitermarke umfasst Verhaltensweisen und Strategien, um einerseits potenzielle und aktuelle Arbeitnehmer anzuziehen, andererseits sollen auch bestehende Mitarbeiter motiviert und an das Unternehmen gebunden werden (vgl. Immerschitt/Stumpf 2019, 37). Ein BGM kann dabei ein wichtiger Baustein sein für KMU, um immaterielle Anreize zu schaffen sowie sich auf dem internen und externen Arbeitsmarkt zu positionieren und ein positives Arbeitgeberimage aufzubauen (vgl. Immerschitt/Stumpf 2019, 12).

5.5 Ausblick

Neben den Verknappungen auf dem Arbeitsmarkt, wird die wachsende Rolle von Informationstechnologien und Digitalisierung die Arbeitswelt immer stärker beeinflussen bzw. verändern (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 107). Durch diese verschiedenen Faktoren können sich kontinuierlich neue Anforderungsprofile für die Arbeitnehmer ergeben, mit Konsequenzen für das BGM. Auch wenn der Anspruch der Arbeitsfähigkeit betriebswirtschaftlich als unabdingbares Erfordernis nicht für alle Arbeitnehmer gleichermaßen zutrifft, so werden die Unternehmen in Zukunft verstärkt in die Gesundheit der Beschäftigten investieren (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 113). Im folgenden Abschnitt werden zwei Aspekte prognostiziert, deren Bedeutung für ein BGM zunehmen könnte.

5.5.1 Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement

In Zukunft müssen sich KMU zunehmender aktiv um Fachkräfte bemühen und ihre Beschäftigten dazu befähigen substanziell fähig zu sein, bis ins hohe Alter Arbeit zu verrichten (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 112). Gesunde, qualifizierte, motivierte und leistungsstarke Mitarbeiter können einen wichtigen Faktor für die Zukunft darstellen. Um mögliche Standortnachteile bzw. andere strukturellen Herausforderungen anzupassen, könnte für KMU vor allem das Electronic Health immer mehr an Bedeutung gewinnen. Damit werden alle Hilfsmittel und Dienstleistungen bezeichnet, bei denen Informations- und Kommunikationstechnologien zum Einsatz kommen, und die der Prävention, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Verwaltung dienen (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 328). Dadurch entstehen für die KMU hinsichtlich BGM-Lösungen, neue Möglichkeiten und Nutzwerte. Ob die Ernährungsberatung oder Stresspräventionskurs etc., viele BGM-Aktivitäten sind auch virtuell und interaktiv gestalt- bzw. realisierbar und können wirksame Strategien aufzeigen (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 333.):

- Verstärkung der evidenzgeleitete Gesundheitsförderung.
- Den gezielten Einsatz begrenzter Ressourcen unterstützen.
- Den Bedarf der Zielgruppe besser erkennen und erreichen.
- Hilfe bei der Lokalisierung unwirksamer BGM-Strategien.

Dementsprechend besitzen und erzeugen digitale BGM-Lösungen eine immer größere Attraktivität. Doch für KMU bietet die Nutzung auch Nachteile und Gefahren: So müssen beispielsweise Investitionen in die IT-Infrastruktur des Unternehmens und in Wiedergabegeräte getätigt werden, außerdem müssen die Einhaltungen von Datenschutz und Privatsphäre gewährleistet sein (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 337).

Ein großer Schwerpunkt des zukünftigen Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden flexible Arbeitszeitmodelle sein (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 114). Eine dieser Form des flexiblen Arbeitens wird als Homeoffice bezeichnet und im folgenden Abschnitt hinsichtlich eines BGM dargestellt.

5.5.2 Homeoffice

Auch wenn die vom deutschen Gesetzgeber beschlossene sogenannte Homeofficepflicht temporär und ausschließlich dem Zwecke der Pandemiebekämpfung gedient hat, kann das Arbeitsmodell für Unternehmen an Bedeutung gewinnen. Denn mit dem

Einzug von Arbeit 4.0, entsteht die Notwendigkeit Arbeitsangebote flexibler zu gestalten. So wird mit steigender Digitalisierung der Arbeitswelt in vielen Berufsbranchen die Ortsgebundenheit immer unwichtiger (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 113).

Die Form flexibel von zu Hause aus zu arbeiten kann sich daher als Modell etablieren und verspricht, je nach Art der Handhabung, durch die räumliche und zeitliche Flexibilität positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 133). Allerdings können durch diese Entkopplung der Arbeit auch neue Belastungen entstehen, wie etwa das Risiko der sozialen Isolation, die die Gefahr an einer Depression zu erkranken, signifikant erhöht (vgl. Matusiewicz/Kaiser 2018, 113). Auch ist aus Sicht der Unternehmen nicht gewährleistet, dass die Arbeitsplätze zu Hause für ein effizientes Arbeiten ausreichend und ergonomisch ausgestattet sind. Dies bedeutet, vor allem für KMU hinsichtlich der oft begrenzten finanziellen Mittel, Investitionen. Denn nach dem Arbeitsschutzgesetz gelten für den Arbeitgeber im Homeoffice dieselben Vorschriften zur Arbeitssicherheit und zum Gesundheitsschutz wie für die Arbeitsplätze im Betrieb (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 133). Das zukünftige BGM sollte es daher als wichtige Aufgabe ansehen, die Form des Arbeitens von zu Hause in die Planung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen miteinzubeziehen (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 113).

6 Good-Practice-Beispiele für kleine und mittelständische Unternehmen

Neben der Bereitstellung der Ressourcen, stehen KMU hinsichtlich der Durchführung von BGM-Aktivitäten vor Herausforderung, die Gesundheitsangebote spezifisch auf das eigene Unternehmen und den Bedarf zuzuschneiden.

Die folgenden Beispiele zeigen zunächst einen Erfahrungsbericht eines österreichischen Modellprojektes sowie ein Arbeitsschutzprogramm der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN), um KMU für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu gewinnen. Außerdem folgen ausgezeichnete Praxisbeispiele von BGM-Umsetzungen in KMU.

6.1 Modellprojekt zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Unternehmen

Um österreichische KMU die Relevanz gesundheitsfördernder Maßnahmen aufzuzeigen und die Entwicklung zu gesunden Unternehmen zu etablieren, wurde zusammen mit der Salzburger Gebietskrankenkasse und der damaligen Versicherungsanstalt österreichischen Bergbaus 2003 das Modellprojekt „WEG-Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit“ gegründet (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 143). Es verfolgte folgende Zielsetzung (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 144):

- Aufbau, Umsetzung und Evaluation eines bundesländerübergreifenden Modellprojekts für KMU in Österreich.
- Die Entwicklung praxisnaher Umsetzungsmodule im Bereich BGM für KMU.
- Sicherung der Übertragbarkeit der erarbeiteten Modelle.

Das Modellprojekt, für das in einer Vorprojektphase zwölf KMU ausgewählt wurden, folgte dem Zyklus von Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluierung (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 144). Nach Abschluss des Projektes im Jahre 2005, konnten Lernerfahrungen gezogen werden, wie beispielsweise (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 151):

- Die Diagnosephase bzw. Bedarfsanalyse sollte umfangreich und achtsam gestaltet werden.
- KMU sollten innovative Formen der Partizipation finden.
- Geschäftsführung ist eine Schlüsselfigur in der Entwicklung eines BGM.
- KMU sollten interne Projektleiter für ein BGM aus- und weiterbilden.

6.2 Programm zur Förderung der Qualität und Gesundheit im Gastgewerbe

Die BGN versichert über 390000 Unternehmen zum Gewerbebereich Hotellerie und Gastronomie, davon beschäftigen 93 Prozent der Betriebe weniger als zehn, 97 Prozent weniger als 20 Mitarbeiter (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 129). Die Branche ist geprägt von steigendem Kostendruck, starkem Wettbewerb, einer hohen Fluktuation sowie einem Fachkräftemangel (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 129). Außerdem ist Arbeit durch Belastungen gekennzeichnet, die Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit der Mitarbeiter haben kann, wie etwa (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 131):

- Steht- und Hitzearbeitsplätze.
- Nacht- und Wochenendarbeit.
- Leerlauf- und Stoßzeiten.
- Hoher Serviceanspruch, gepaart mit steigender Zusammenarbeit von ungelerten Mitarbeitern.

Um diese KMU über ein BGM zu informieren, zu sensibilisieren und zu mobilisieren, initiierte die BGN mit Kooperationspartnern das Arbeitsschutzprogramm „Gesunde Mitarbeiter. Zufriedene Gäste. Aktive Unternehmer.“. Dabei geht es um einen regionalen Ansatz, mit dem Ziel des Aufbaus eines Netzwerkes, das für die Betriebe vor Ort ein praxisrelevantes, bedarfsorientiertes Angebot entwickelt und notwendiges Wissen zur Verfügung stellt (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 130). Die Vertreter der KMU und der Netzwerkpartner treffen sich zum regelmäßigen Austausch über Erfahrungen, Ergebnissen und Angebote. Außerdem werden im Rahmen des Programms, Seminare zu Präventionsthemen mit branchenspezifischen Inhalten angeboten, wie beispielsweise (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 133):

- Qualitätssicherung und Gesundheitsschutz im Gastgewerbe.
- Stressfreie Gesprächsführung für Beschäftigte und Führungskräfte im Servicebereich.
- Gesunde und motivierende Führung.

6.3 Friseurbetrieb (2 Beschäftigte)

Das Unternehmen Neifer bietet neben konventionellen Friseurdienstleistungen auch stationäre sowie mobile kosmetische Behandlungen und Fußpflege an. Das implementierte BGM-Konzept ist von dem Wettbewerb „Gesunde Betriebe in der Region Mittelrhein“, einer Initiative der „Gesundheitswirtschaft Rheinland-Pfalz“, die vom rheinland-pfälzischen Ministerium für Gesundheit unterstützt wird, ausgezeichnet worden und fußt inhaltlich auf vielfältigen Ansätzen (vgl. Kayser/Zepf/Claus 2014, 79):

- Für die mobilen Tätigkeiten: Fahrsicherheitstraining.
- Finanzielle Unterstützung für die Kosten für gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie z.B. Rückentraining, Pilates, Yoga etc.
- Brandschutzhelferlehrgang für alle Mitarbeiter.
- Erwerb von gesundheitsschonenden Arbeitsmaterialien und Geräten, wie beispielsweise Produkte auf Naturbasis, ohne Treibgase oder leisere Haartrocken-
hauben
- Angebot von frischem Obst, Rohkost und Quellwasser.

6.4 Betrieb für Metallbau, Stahlbau und Anlagebau (26 Beschäftigte)

Ebenfalls von der Initiative „Gesundheitswirtschaft Rheinland-Pfalz“ ausgezeichnet wurde das Urmitzer Unternehmen Colak GmbH. Neben der Planung für eine engere Kooperation mit der Handwerkskammer beinhaltet das BGM-Konzept u.a. (vgl. Kayser/Zepf/Claus 2014, 84):

- Verbesserung der Montagebedingungen und der Bedingungen in der Werkstatt, durch verstärkten Erwerb und Einsatz von Hilfsmaschinen.
- Verbesserung der Thermo- und Schutzkleidung.

- Angebot von Vorsorgeuntersuchungen.
- Gemeinsame Aktivitäten.

6.5 Stadtwerke Bochum (83 Beschäftigte)

Das BGM-Konzept der Stadtwerke Bochum wurde von der Initiative „Corporate Health Award“, die Unternehmen auszeichnet, die sich um die Gesundheit ihrer Beschäftigten verdient gemacht haben, ausgezeichnet (vgl. Bentner 2018, 27). Das BGM-Konzept der Stadtwerke Bochum umfasst mehrere Themengebiete (vgl. Bentner 2018, 28):

- Gesunder Kost in der Kantine.
- Kooperationen mit bochumer Gesundheits- und Sportklubs.
- Rückentraining, Nichtraucherseminare und Vorsorgeprogramme.
- Flexible Arbeitszeitmodelle, Kooperation mit der Arbeiterwohlfahrt für den Kitazugang.

7 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

Die in einem Unternehmen im Laufe der Zeit entstandenen Werte und Normen, prägen die Verhaltens- und Denkmuster aller Mitarbeiter (vgl. Bea/Haas 2017, 465). Dies gilt auch für KMU und daher ist es für eine erfolgreiche, ganzheitlich und integrative Implementierung eines BGM wichtig, dass die Aktivitäten und die gesundheitsfördernden Ausrichtungen zur eigenen Unternehmenskultur passen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist das Engagement und die Initiativbereitschaft der Unternehmensführung: Ein erfolgreiches BGM lebt von Überzeugungskraft und kontinuierlicher Arbeit, die Führungskraft sollte dies vorleben und ihrer Vorbildfunktion gerecht werden (vgl. Kuhn/Naumann/Patzwald/Volkhammer/Weißleder/Will 2018, 91). Durch transparente und motivierende Kommunikation sowie eines partizipatorischen Führungsstils, kann es wirksamer gelingen, die Beschäftigten aktiv am Prozess zu beteiligen und somit ein BGM langfristig in das Unternehmen einzubetten. Gerade in KMU, mit oft familiär geprägten Organisationsstrukturen, sind die Führungskräfte Schlüsselpersonen in der Projektentwicklung eines BGM (vgl. Meggeneder/Pelster/Sochert 2005, 151). Des Weiteren bietet es sich für KMU aufgrund des häufigen personellen Ressourcendefizits an, den Implementierungsprozess eines BGM von einem externen Anbieter durchführen und begleiten zu lassen. Dies kann auf Basis von Unternehmensberatungen oder Krankenkassen erfolgen. Zusätzlich kann es mehrwertstiftend sein, einen projektbezogenen Koordinator in Form eines Gesundheitsmanager zu implementieren (vgl. Pfannstiel/Mehlich 2016, 12). Außerdem sollten KMU die Weiterbildung der Betriebsangehörigen unabhängig von Alter fördern und dies als einen wichtigen Teil für das BGM integrieren (vgl. Habermann-Horstmeier 2019, 84).

Um die Voraussetzungen für ein BGM in KMU zu erleichtern, können einige Bereiche mit Verbesserungspotenzial herausgearbeitet werden. Es ist zunächst die originäre Aufgabe der KMU ihre Rahmenbedingungen zu ändern bzw. anzupassen, damit ein nachhaltiges und effektives BGM implementiert werden kann. Hinsichtlich der beschriebenen Umwälzungen auf dem Arbeitsmarkt, Einflüssen des technologischen Fortschrittes und alternden Beschäftigten, kann der Aufbau einer Arbeitgebermarke als attraktiver und zukunftssträchtiger Arbeitgeber eine wichtige Rolle für die KMU einnehmen. Zudem stehen die einzelnen Unternehmen auch in der Personalbeschaffung unter einem großen Konkurrenzdruck, der in einer globalisierten Welt weiter zunehmen kann. In der Literatur wird dieses Phänomen als „war for talents“ beschrieben (vgl. Meffert/Burmann/Kirchgeorg 2015, 336). Aufgrund dessen kann das Employer Branding an Bedeutung für KMU gewinnen. Ein implementiertes, systematisches sowie mit der Unternehmenskultur im Einklang stehendes BGM kann

dabei helfen, sich als attraktiver Arbeitgeber aufzustellen und Mitarbeiter zu gewinnen bzw. zu binden. Denn Umfragen zeigen, dass es Mitarbeitern neben materiellen Vorteilen wie Gehalt auch um die Befriedigung immaterieller Motive, wie z. B. Gestaltungsmöglichkeiten und ein gutes Betriebsklima geht (vgl. Winter/Grünwald 2016). Ein BGM setzt an diesen weichen Faktoren an. Des Weiteren kann ein erfolgreiches BGM weitere Wettbewerbsvorteile bringen: Eine Studie der Asklepios Kliniken und der Unternehmensberatung Roland Berger zeigte, dass bei einem effektiven BGM die Fluktuation um 40 Prozent abnahm und der Umsatz pro Mitarbeiter um 11 Prozent stieg (vgl. Gsk Deutschland 2020).

Die Implementierung eines BGM kann ein komplexer Prozess sein und KMU können Probleme damit haben Informationen und Expertenwissen zu erlangen. Aus diesem Grund sollten KMU bei der BGM-Planung nicht vollständig singulär handeln, sondern Netzwerke und Institutionen zu Rate ziehen. So bietet das Deutsche Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung eine interaktive Plattform für einen interdisziplinären fachlichen Austausch zu betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention an (vgl. Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 2020). Darüber hinaus gibt es in Baden-Württemberg beispielsweise ein Bündnis für Arbeit und Gesundheit, das die Landesregierung mit ihren Partnern wie Arbeitgebern, Krankenkassen, Unfallkassen, Rentenversicherung etc. 2015 abgeschlossen hat. Das Bündnis beschäftigt sich u.a. mit Maßnahmen des BGM und lädt zu kommunalen Gesundheitsdialogen mit Beschäftigten, Unternehmen und weiteren Partnern ein (vgl. Ministerium für Gesundheit Baden-Württemberg 2015). Zudem bieten für Unternehmen, auf Basis des Präventionsgesetzes, gesetzliche Krankenkassen finanzielle und informationelle Unterstützung an.

Neben den KMU kann auch der Staat dazu beitragen die Strukturen zu einer gesundheitsfördernden Arbeitswelt zu verbessern. Denn es kann weniger erfolgsversprechend sein, wenn Unternehmen zwar Bemühungen anstellen die Gesundheit der Mitarbeiter zu stärken, die deutsche Politik jedoch unterschiedliche Formen prekärer Erwerbsverhältnisse erlaubt. Als prekäre Beschäftigung werden atypische Arbeitsverhältnisse beschrieben, die gekennzeichnet sind durch geringe Verdienstmöglichkeiten und keinen bzw. kaum Anspruch auf soziale Absicherung, wie z.B. Zeit- bzw. Leiharbeiter (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2020). Diese Arbeitsverhältnisse nehmen in Deutschland immer mehr zu und betreffen nicht nur Randgruppen des Arbeitsmarktes (vgl. Tophoven/Tisch 2016, 105). Im Jahr 2019 waren 21,5 Prozent aller abhängig Beschäftigten atypisch beschäftigt, mit negativen gesundheitlichen Folgen für die Arbeitnehmer (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2020). So gibt es beispielsweise negative Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit außerdem belegen einige Reihen von Studien, dass das subjektive Empfinden von Arbeitsplatzunsicherheit in Zusammenhang mit einem schlechten

psychischen Gesundheitszustand steht (vgl. Tophoven/Tisch 2016, 107). Es kann also festgehalten werden, dass sich prekäre Arbeitsverhältnisse negativ auf die individuelle Gesundheit auswirken und daher sollten diese Themen weit oben auf den deutschen arbeits- und gesundheitspolitischen Agenden stehen. Darüber hinaus sollte der Staat zusätzliche Anreize für die Implementierung eines BGM in deutschen KMU schaffen. Dazu zählen nicht nur finanzielle und steuerliche Vorteile, sondern auch die Schaffung von Plattformen und Netzwerke zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden sowie für den Austausch über erreichte Umsetzungsstände und Handlungsansätze.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Implementierung eines BGM mit einem gesamtunternehmerischen Ansatz eine diffizile, aber lohnende Unternehmung sein kann. Jedoch bedarf es dafür mehr als singuläre gesundheitsfördernde Aktivitäten zu initiieren. Es müssen klare und nachhaltige Strukturen und Prozessen geschaffen werden, die einem Managementsystem zugrunde liegen sollten, um eine kontinuierliche Überprüfung und Anpassung gewährleisten zu können. Im Kontext einer sich schnell wandelnden und globalisierten Arbeitswelt, müssen Unternehmen für die Zukunft in der Lage sein, Strukturveränderungen schnell zu erkennen und ihre Strategie dahingehend abzustimmen. Dabei kann ein BGM ein wichtiger Baustein werden. Denn die Personalbindung könnte sich als einer der elementarsten Faktoren für die Zukunft der Unternehmen entwickeln. Daher könnte es sich für Unternehmen als lohnend erweisen, dem Thema BGM eine vorrangige Bedeutung zuzusprechen. Vor allem für KMU, die wenige aber engzusammenarbeitende Mitarbeiter haben, könnte ein BGM ein Hebel sein, um die krankheitsbedingte Ressourcenknappheit bzw. einen Mangel an Fachkräften besser zu kompensieren und zu verringern sowie sich als attraktiven Arbeitgeber zu profilieren.

Literaturverzeichnis

- Aerzteblatt (2020): Arbeitgeber finden Gesundheitsmanagement auch in Krisenzeit wichtig. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116121/Arbeitgeber-finden-Gesundheitsmanagement-auch-in-Krisenzeit-wichtig> (04.05.2021).
- Althoff, Volker/Klaesberg, Sabrina (2020): BEM und BGM für kleine und mittelständische Unternehmen. Münster.
- Amerland, Andrea (2018): Fachkräftemangel trifft vor allem KMU. <https://www.springerprofessional.de/employer-branding/fachkraeftemangel/fachkraeftemangel-trifft-vor-allem-kmu/16216266> (07.06.2021).
- Bea, Franz Xaver/Haas, Jürgen (2017): Strategisches Management. 9. Aufl. München.
- Bechmann, Sebastian/Jäckle, Robert/Lück, Patricia/Herdegen, Regina (2011): Iga.Report 20. Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf (18.04.2021).
- Bentner, Ariane (2018): Gesundheitsmanagement für Einsteiger. Wege zur gesunden Organisation – Impulse für kleine und mittlere Unternehmen. Wiesbaden.
- Bundesagentur für Arbeit (2020): Schwerpunktheft Fachkräfte für Deutschland. Zwischenbilanz und Fortschreibung. https://www.arbeitsagentur.de/datei/dok_ba013186.pdf (18.05.2021).
- Bundesagentur für Arbeit (2018): Strategie 2025. Heute für Morgen. https://www.arbeitsagentur.de/datei/ba-2025-praesentation_ba018006.pdf (18.05.2021).
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2020): FAQ – Fachkräftemangel. <https://www.bibb.de/de/11734.php> (12.05.2021).
- Bundesministerium für Arbeit (2017): Fortschrittsbericht 2017 zum Fachkräftekonzept der Bundesregierung. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a758-16-fortschrittsbericht-fachkraefte-fuer-2017.pdf;jsessionid=174E099E9467CB9F0C24B53C8FFDE7E4.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=1 (30.05.2021).

- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Steuerliche Vorteile.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/steuerliche-vorteile.html> (12.04.2021).
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Chancen und Barrieren.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/chancen-und-barrieren.html> (12.04.2021).
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Was steckt dahinter?
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/was-steckt-dahinter.html> (12.04.2021).
- Bundesministerium für Wirtschaft (2019): Fachkräfte für Deutschland.
<https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Dossier/fachkraeftesicherung.html> (14.05.2021).
- Bundesregierung (2021): Homeoffice-Regelung verlängert.
<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/verordnung-zu-homeoffice-1841120> (07.06.2021).
- Bundeszentrale für politische Bildung (2020): Atypische Beschäftigungsverhältnisse.
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/178190/atypische-beschaeftigung> (10.06.2021).
- Bundeszentrale für politische Bildung (2009): Demografische Entwicklung.
<https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration-ALT/56671/demografisch> (27.04.2021).
- Burmann, Christoph/Halaszovich, Tilo/Schade, Michael/Piehler, Rico (2018): Identitätsbasierte Markenführung. Grundlagen – Strategie – Umsetzung – Controlling. 3. Aufl. Wiesbaden.
- Creutzburg, Dietrich (2021): Fachkräftemangel kehrt in verschärfter Form zurück.
<https://www.faz.net/aktuell/karriere-hochschule/buero-co/fachkraeftemangel-in-der-technik-kehrt-in-verschaerfter-form-zurueck-17359407.html> (07.06.2021).
- Deutsche Rentenversicherung (2020): Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2020. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf_2020.html (26.05.2021).
- Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (2020): Arbeit und Gesundheit – wie bringen wir das zusammen?
https://www.dnbgf.de/veranstaltungen/?no_cache=1 (03.06.2021).

- Europäische Kommission (2015): Benutzerleitfaden zur Definition von KMU. <https://op.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/79c0ce87-f4dc-11e6-8a35-01aa75ed71a1/language-de> (28.05.2021).
- Friedrich Ebert Stiftung (2009): Fachkräftemangel in KMU – Ausmaß, Ursachen und Gegenstrategien. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/06797.pdf> (12.06.2021).
- GKV-Spitzenverband (2020): Leitfaden Prävention. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf (17.05.2021).
- GKV-Spitzenverband (2015): Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtjahr 2014. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2015_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf (26.05.2021).
- GSK Deutschland (2020): Umfrage: Corona-Pandemie fördert das Gesundheitsbewusstsein der Deutschen. <https://de.gsk.com/de-de/presse/pressemeldungen/2020/corona-pandemie-foerdert-das-gesundheitsbewusstsein-der-deutschen/> (29.04.2021).
- Habermann-Horstmeier, Lotte (2019): Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Bern.
- Hungenberg, Harald/Wulf, Torsten (2015): Grundlagen der Unternehmensführung. 5. Aufl. Berlin.
- Illing, Kai-Torsten (2009): Gesundheitstourismus und Spa-Management. München.
- Institut für Mittelstandsforschung (2020): Der Mittelstand im Überblick. https://www.ifm-bonn.org/fileadmin/data/redaktion/ueber_uns/ifm-flyer/lfM-Flyer-2020.pdf (04.06.2021).
- Institut für Mittelstandsforschung (2005): KMU-Definition der Europäischen Kommission. <https://www.ifm-bonn.org/definitionen/kmu-definition-der-eu-kommission> (05.06.2021).
- Immerschnitt, Wolfgang/Stumpf, Marcus (2019): Employer Branding für KMU. Der Mittelstand als attraktiver Arbeitgeber. 2. Aufl. Wiesbaden.
- Kayser, Katharina/Zepf Kirsten Isabel/Claus, Matthias (2014): Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen in Rheinland-Pfalz.

- http://www.gesundekmu.de/fileadmin/kliniken/gesundekmu/Dokumente/Leitfaden_GesundeKMU_Universitaetsmedizin.pdf (02.06.2021).
- Kotler, Philip/Armstrong, Gary/Wong, Veronica/Saunders, John (2011): Grundlagen des Marketing. 5. Aufl. München.
 - Kreditanstalt für Wiederaufbau (2021): Weiterbildung bricht in der Krise ein – Bedarf an Digitalkompetenzen wächst. <https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-Fokus-Volkswirtschaft/Fokus-2021/Fokus-Nr.-329-April-2021-Weiterbildung-Corona.pdf> (17.05.2021).
 - Kreyher, Volker J. (2002): Ökonomie und Humanität verbinden. PR in der Gesundheitswirtschaft. In: Public Relations Forum 2/2002, 62-65.
 - Kreyher, Volker J. (2001): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg.
 - Kuhn, Detlef/Naumann, Franziska/Patzwald, Patrick/Volkhammer, Anja/Weißleder, Uta-Maria/Will Hannes (2018): Das gesunde Unternehmen. Betriebliches Gesundheitsmanagement aus der Praxis für die Praxis. Frankfurt am Main.
 - Mast, Claudia (2016): Unternehmenskommunikation. 6. Aufl. München.
 - Matusiewicz, David/Kaiser, Linda (2018): Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement. Theorie und Praxis. Wiesbaden.
 - Mauer, Heike (2009): Prekäre Beschäftigung und Arbeitnehmende mit Migrationshintergrund. https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_179.pdf (30.05.2021).
 - Meffert, Heribert/Burmann, Christoph/Kirchgeorg, Manfred (2015): Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. 12. Aufl. Wiesbaden.
 - Meggeneder, Oskar/Pelster, Klaus/Sochert, Reinhold (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bern.
 - Meyer, Jörn Axel/Tirpitz, Alexander (2008): Betriebliches Gesundheitsmanagement in KMU. Widerstände und deren Überwindung. Köln.
 - Ministerium für Gesundheit Baden-Württemberg (2015): Landesregierung und Partner unterzeichnen Bündnis für Arbeit und Gesundheit in Baden-Württemberg. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/landesregierung-und-partner-unterzeichnen-buendnis-fuer-arbeit-und-gesundheit-inbaden-wuerttemberg/> (14.05.2021).
 - Peters, Katharina (2020): Kinder? Ohne mich. <https://www.spiegel.de/ausland/suedkorea-und-die-niedrige-geburtenrate-warum->

viele-koreanerinnen-keine-kinder-moechten-a-40617d97-7761-43f0-ac63-4d63f3433a17 (01.05.2021).

- Pfannstiel, A. Mario/Mehlich, Harald (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Maßnahmen, Evaluation. Wiesbaden.
- Ratschko, Karl-Werner (2011): Der sachliche Hausarzt Hippokrates. <http://schattenblick.eu/infopool/medizin/fakten/mz2gs526.html> (18.04.2021).
- Reineke, Wolfgang/Gollub, Wolfgang/Schunk, Claudia (1997): Gesamtkommunikation. Konzeption und Fallbeispiele. Heidelberg.
- Reisinger, Sabine/Gattringer, Regina/Strehl, Franz (2017): Strategisches Management. 2. Aufl. Hallbergmoos.
- Risius, Paula (2018): Fachkräftemangel in KMU: Wirtschaftliche Auswirkungen. https://www.forum-holzbau.com/pdf/16_IBF2018_Risius.pdf (29.04.2021).
- Simon, Michael (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Aufl. Bern.
- Statistisches Bundesamt (2019): Wöchentliche Arbeitszeit. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-3/woechentliche-arbeitszeitl.html> (13.05.2021).
- Ternes, Anabel (2016): Sensibilisierung, Akzeptanz und Motivation für Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Wiesbaden.
- Tophoven, Silke/Tisch, Anita (2016): Dimensionen prekärer Beschäftigung und Gesundheit im mittleren Lebensalter. https://www.wsi.de/data/wsimit_2016_02_tophoven.pdf (28.05.2021).
- Treier, Michael/Uhle, Thorsten (2019): Einmaleins des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Eine Kurzreise in acht Etappen zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Wiesbaden.
- Vahs, Dietmar/Schäfer-Kunz, (2015): Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. 7. Aufl. Stuttgart.
- Wee, Sui-Lee (2021): China says it will allow couples to have 3 children, up from 2. <https://www.nytimes.com/2021/05/31/world/asia/china-three-child-policy.html> (02.06.2021).
- Winter, Waltraud/Grünwald, Christiane (2016): BGM als Stellschraube von Arbeitgeberattraktivität. https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-662-49413-4_20 (28.05.2021).

-
- Zeuch, Andreas/Poersch, Marius (2016): Partizipatives Betriebliches Gesundheitsmanagement. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-48692-4_16 (28.05.2021).

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname