

Betriebliche Gesundheitsförderung

Susanne Hartung¹

Gudrun Faller²

¹ Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Germany

² Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum, Germany

Abstract

Als Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wird die Gesamtheit der Interventionen in privaten und öffentlichen Betrieben verstanden, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen vermehrt werden sollen. Die Auswahl und Gestaltung dieser Interventionen sind das Ergebnis eines möglichst partizipationsorientierten Kommunikationsprozesses mit allen betrieblichen Akteurinnen und Akteuren einschließlich der Beschäftigten. Die auf diese Weise erzielten primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Effekte werden durch aufeinander bezogene Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens erzielt.

Keywords: Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiedereingliederungsmanagement, Arbeitsschutz, Settingansatz

Einleitung

„Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“ [1] Mit diesem Zitat aus der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung ist umrissen, was aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht mit Gesundheitsförderung im Betrieb erreicht werden soll.

Eine differenziertere Auseinandersetzung mit den praktizierten Ansätzen zeigt jedoch, dass bezüglich der Detailziele, Konzepte und Strategien zuweilen Überschneidungen, aber auch nicht geringe Divergenzen bestehen. Erschwerend kommt hinzu, dass die einschlägigen Begriffe uneinheitlich verwendet werden. Um die Qualität der Konzepte beurteilen zu können, reicht daher eine Orientierung anhand der Bezeichnungen nicht aus; vielmehr ist eine differenzierte Auseinandersetzung mit den jeweils praktizierten Interventionen erforderlich.

In diesem Beitrag wird der Terminus der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) im Sinne der eingangs aufgeführten Definition verwendet. Damit soll betont werden, dass das hier zugrundeliegende Verständnis auf der gesundheitswissenschaftlichen Tradition beruht, die BGF im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung versteht [2] ([Settingansatz/Lebensweltansatz](#)). Ihr Grundgedanke besteht darin, dass durch die Implementierung von beteiligungsorientierten Bottom-up-Prozessen im Betrieb eine kontinuierliche Selbstreflexion befördert und so eine stetige Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsverhältnisse bewirkt werden kann. Auf Seiten von Entscheidungsträgerinnen und -trägern setzt dies das Zulassen von Feedback und die Bereitschaft zur Veränderung voraus.

Die Konzepte des Arbeitsschutzes gemäß dem Arbeitsschutzgesetz und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements weisen weitgehende Überschneidungen mit diesem Verständnis von BGF auf, sie betonen aber spezifische Aspekte. Um ihre wesentlichen Charakteristika herauszustellen, nimmt die nachfolgende Tabelle eine Profilierung vor.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	Betriebliches Gesundheitsmanagement ist die Verankerung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit als betriebliche Ziele unter Inanspruchnahme von Managementstrategien. Eine zentrale Rolle spielen die Definition und Verfolgung operationaler Kennzahlen, die Systematik des Vorgehens und das Postulat der Kongruenz von Gesundheits- und Effizienzgewinnen.
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung zielt durch die Etablierung partizipationsorientierter Strukturen und Prozesse unter dem Leitbild von Gesundheit auf einen Prozess der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung ab. Dieser basiert auf einem breiten Konsens und diskursiven Prozessen auf allen Ebenen (Verbindung von Top-down und Bottom-up). Beschäftigte sollen sowohl zur aktiven Teilhabe bei der Gestaltung der Lebenswelt Betrieb befähigt als auch ihre Teilhabe strukturell ermöglicht werden.
Arbeitsschutz	§ 2 ArbSchG definiert Maßnahmen des Arbeitsschutzes als solche zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit, arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit. Mit dieser Vorschrift verbinden sich hohe Standards, wobei die Umsetzung den jeweils Verantwortlichen überlassen bleibt.

Tab. 1: Begriffliche Unterscheidung von Konzepten im Kontext Arbeit und Gesundheit (eigene Darstellung)

Gesetzliche Verankerung der Gesundheitsförderung im Betrieb

Häufig wird BGF vom Arbeitsschutz mit dem Hinweis abgegrenzt, dass BGF freiwillig und der Arbeitsschutz verpflichtend sei. Eine differenziertere Auseinandersetzung mit dieser Behauptung wirft allerdings Zweifel an deren Plausibilität auf. Zumindest bedarf es einer Klärung dessen, für wen welche Vorschriften und in welchen Zusammenhängen freiwillig oder verpflichtend sind.

Das [Arbeitsschutzgesetz](#) richtet sich in erster Linie an Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, aber auch an die Beschäftigten, und ist als rechtliche Vorschrift bindend. Es verpflichtet nicht nur dazu sicherzustellen, dass die körperliche und psychische Gesundheit der Beschäftigten durch geeignete Vorkehrungen geschützt wird. Die Arbeit soll zudem so gestaltet werden, dass sie nach §2 Abs. 1 ArbSchG menschengerecht ist. Nach Pieper ([3], S. 116) bedeutet dies unter anderem, dass die Menschenwürde der Beschäftigten geachtet, ihre Persönlichkeitsrechte gewahrt, ihre Weiterentwicklung gefördert, soziale Kontakte ermöglicht und Verschiedenheit respektiert werden müssen.

Dabei haben Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber nach § 3 Abs. 1 ArbSchG eine kontinuierliche Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten im Sinne eines stetigen Verbesserungsprozesses anzustreben. Auch Beteiligungsrechte der Beschäftigten sind im Arbeitsschutz verpflichtend geregelt. Neben den einschlägigen Bestimmungen die Beschäftigtenvertretungen betreffend (kollektive Partizipation) weist das Arbeitsschutzrecht der direkten Teilhabe von Beschäftigten im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheit generell einen prominenten Stellenwert zu.

Diese Ausführungen machen die zahlreichen Anknüpfungspunkte eines zeitgemäßen Arbeitsschutzes an die Betriebliche Gesundheitsförderung deutlich. Zwar ist im Arbeitsschutz an keiner Stelle die Rede von einer Verpflichtung zur BGF, doch lässt sie sich als geeignetes Konzept für eine umfassende Erfüllung der arbeitsschutzrechtlichen Pflichten verstehen.

[§ 20b SGB V](#) verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen, Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben, d. h. BGF anzubieten. Diese Leistungen sollen insbesondere dem Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen dienen. Dazu erheben die Krankenkassen nach § 20b Abs. 1 SGB V die gesundheitliche Situation unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärztinnen und -ärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit einschließlich der Risiken und Potenziale. Auf dieser Basis werden Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickelt und ihre Umsetzung unterstützt. Mit der Formulierung „unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen im Betrieb“ betont die Gesetzgebung eindeutig, dass die Gestaltung der betrieblichen Rahmenbedingungen unter Partizipation aller Betroffenen im Sinne der BFG durchgeführt werden soll. Daneben verlangt § 20b SGB V, dass die Krankenkassen sich – wenn sie verhaltensorientierte Präventionsmaßnahmen im Betrieb anbieten – an den Kriterien nach § 20 Abs. 5 SGB V orientieren müssen.

Ferner fordert § 20b Abs. 3 SGB V, dass die gesetzlichen Krankenkassen zur Sicherstellung eines niedrigschwelligen und unbürokratischen Zugangs zu Betrieben – insbesondere zu Klein- und Mittelbetrieben – Beratung und Unterstützung in Form von gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen anbieten müssen. Dabei sollen die Krankenkassen mit örtlichen Unternehmensorganisationen kooperieren. Kooperationsverpflichtungen der Krankenkassen bei der Umsetzung von BGF bestehen darüber hinaus mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden (§ 20b SGB V).

Korrespondierend damit müssen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nach [§ 14 Abs. 2 SGB VII](#) bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Krankenkassen zusammenarbeiten. Weiter sind die Träger der Rentenversicherung durch den Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“ dazu verpflichtet, medizinische Leistungen zu erbringen, um gesundheitlichen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken, die die Ausübung der Beschäftigung gefährden (§ 14 Abs. 1 SGB VI).

Mit der verkürzt als [Präventionsgesetz](#) [4] bezeichneten Gesetzesnovelle wurden 2015 darüber hinausgehende Strukturen geschaffen, die ein abgestimmtes Vorgehen zwischen den relevanten Akteurinnen und Akteuren sowie den Institutionen sicherstellen und damit die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland stärken sollen ([§ 20d ff. SGB V](#)).

Ergänzend zu erwähnen sind ferner die Bestimmungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 167 Abs. 2 SGB IX. Das BEM ist zwar ein eigenständiges Konzept, das von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern parallel zum Arbeitsschutz und einer eventuellen BGF implementiert werden muss; durch den darin enthaltenen Präventionsgedanken weist es jedoch Nahtstellen zur BGF auf und kann betrieblich sinnvoll mit ihr verknüpft werden.

Deklarationen

Neben den explizit rechtlich verankerten Bestimmungen, die sich direkt oder indirekt auf BGF beziehen, gibt es eine Reihe programmatischer Deklarationen, die ihr weitere Legitimität verschaffen. Zu diesen internationalen Grundsatzpapieren zählen die [Ottawa-Charta der WHO](#) [1], die bis heute als grundlegende konzeptionelle Referenz der Gesundheitsförderung dient, sowie die weiteren diesbezüglichen Deklarationen der WHO [5] ([Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#)). Ferner hat die Bundesrepublik Deutschland eine Reihe von Übereinkommen der [Internationalen Arbeitsorganisation](#) (ILO) unterzeichnet und sich damit nicht nur verpflichtet, arbeitsbedingte Unfälle, Erkrankungen und Todesfälle zu verhüten, sondern auch für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit zu sorgen.

Auf europäischer Ebene wurde 1997 die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union verabschiedet und zuletzt 2014 aktualisiert [6]. Die Deklaration geht zurück auf eine Initiative im Kontext des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und dem Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008). Sie trug zum Aufbau des [Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung](#) (European Network Workplace Health Promotion – ENWHP) bei, das seit 2016 als gemeinnütziger, nichtpolitischer Verein besteht. Mitglieder des Europäischen Netzwerkes sind Organisationen und Personen aus der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum sowie von außerhalb der Europäischen Union. Ziel des Netzwerkes ist es, auf Basis eines kontinuierlichen Erfahrungsaustausches nachahmenswerte Praxisbeispiele der BGF zu identifizieren und zu verbreiten.

Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland

Entwicklung und Verbreitung der BGF verdanken sich in Deutschland zu einem großen Teil den gesetzlichen Krankenkassen, die entsprechende Projekte seit 1989 in Umsetzung ihres gesetzlichen Präventionsauftrages (verankert im § 20 SGB V) entwickelt und begleitet haben. Wesentliche Impulse kamen auch aus den Gesundheitswissenschaften und dem Betrieblichen Arbeitsschutz sowie – verstärkt seit Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches VII im Jahr 1996 – von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, vom staatlichen Arbeitsschutz und von privaten Beratungsunternehmen. Nach anfänglicher Zurückhaltung wurde BGF auch von den Gewerkschaften unterstützt und oft von Betriebsräten initiiert.

Ein wichtiger Schritt zur Entwicklung der BGF in Deutschland war die [Initiative Neue Qualität der Arbeit](#) (INQA), die 2002 als gemeinsame Initiative von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern, Gewerkschaften, Stiftungen, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gestartet wurde und seitdem durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert wird. Seit 2012 werden im gleichnamigen Modellprogramm Projekte unterstützt. Zudem werden praxisgerechte Lösungen vor allem für den klein- und mittelbetrieblichen Sektor angeboten sowie Handlungsleitfäden bereitgestellt.

Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ [4] ([Präventionsgesetz](#)) ist es 2015 gelungen, dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung eine eigenständige gesetzliche Grundlage zu geben. Mit den neu geschaffenen Strukturen wie der [Nationalen Präventionskonferenz](#) verbindet sich die Absicht, die Rahmenbedingungen für die BGF in Deutschland zu verbessern und sie enger mit dem Arbeitsschutz zu verknüpfen.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass BGF als Politikprogramm und aus Sicht von Public Health als etabliert gelten kann. Ihre Grundsätze werden international unter anderem von der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Union sowie der bundesdeutschen Politik propagiert und unterstützt.

Gesundheitsförderung im Betrieb als gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung

Die Prinzipien und Vorgehensweisen der BGF werden auch außerhalb von Betriebsstätten umgesetzt. So sind BGF und schulische Gesundheitsförderung [7] ([Gesundheitsförderung und Schule](#)) die derzeit erfolgreichsten Felder praktischer Umsetzung des Settingansatzes in der Gesundheitsförderung [2] ([Settingansatz/Lebensweltansatz](#)). Das liegt v. a. daran, dass Betrieb und Schule als Herrschaftszusammenhänge effektivere Möglichkeiten der Regulierung von Technik, Organisation und Verhalten bieten als spontanere und diffusere soziale Gebilde. Diese Stärke erweist sich umgekehrt jedoch auch als Schwäche, weil sich Postulate der Gesundheitsförderung in Form von Partizipation, kritischen Verbesserungsimpulsen und innovativen Vorschlägen tendenziell gegen eine hierarchieorientierte Durchsetzungslogik sperren. Die Kunst einer gelingenden gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung changiert zwischen diesen Polen, wobei gelingende Praxisbeispiele zeigen, dass es möglich ist, die widerstreitenden Tendenzen zu integrieren.

Dieses Verständnis von BGF ist bei weitem anspruchsvoller und komplexer als die verbreitete Vorstellung, es handle sich bei BGF allein um die Implementierung von Angeboten, die darauf zielen, das individuelle Gesundheitsverhalten von Beschäftigten zu verbessern. Beispiele reichen von der Durchführung von Gesundheitstagen über das Angebot von Bewegungs-, Ernährungs- und Stressmanagementkursen bis hin zur Beauftragung von Gesundheitslotsen, deren Aufgabe darin besteht, die Kolleginnen und Kollegen zu einer gesunden Lebensführung zu bewegen.

Die Schwächen einer solchen einseitig verhaltenspräventiven Ausrichtung führen zu einer Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheit, weil sich wiederholt bestätigt, dass sozial privilegierte und gesundheitsbewusste Personen für Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung leichter zu gewinnen sind als durch Armut und schwierige Lebensumstände benachteiligte Personen, die gleichwohl oft einen größeren Bedarf an Gesundheitsförderung haben.

Ein noch gravierenderer Kritikpunkt gilt dem verhaltenspräventiven Paradigma, jeder Mensch sei für sich selbst verantwortlich und damit moralisch haftbar für bei ihm auftretende Krankheiten. Da gerade bei

Beschäftigtengruppen mit besonders ausgeprägten arbeits- und soziallagenbedingten Belastungen die Spielräume für einen als gesundheitsfördernd geltenden Lebensstil oft erheblich beschränkt sind, werden sie durch diesen Ansatz stigmatisiert.

Das Ziel einer im Sinne der Ottawa-Charta verstandenen BGF besteht vielmehr darin, Strukturen und Prozesse im Betrieb zu etablieren, die es ermöglichen, unter Beteiligung der Beschäftigten erfahrungsbasierte Vorschläge für eine gesündere Gestaltung der Arbeitsverhältnisse und -konstellationen zu erarbeiten, die insbesondere auf die stärker belasteten Beschäftigtengruppen fokussiert sind und diese den jeweils entscheidungsbefugten Personen im Betrieb vorzulegen. Damit dies erfolgreich realisiert werden kann, hat es sich als sinnvoll erwiesen, bestimmte Standards und Gelingensfaktoren der BGF zu berücksichtigen.

Struktur und Prozess der Gesundheitsförderung im Betrieb

Betriebliche Gesundheitsförderung muss, um erfolgreich zu sein, langfristig verfolgt werden. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, sich an einem Prozessmodell zu orientieren, das die notwendige Systematik und Zielorientierung bietet. Die wichtigsten Schritte dieses Prozesses sind in Abb. 1 dargestellt.

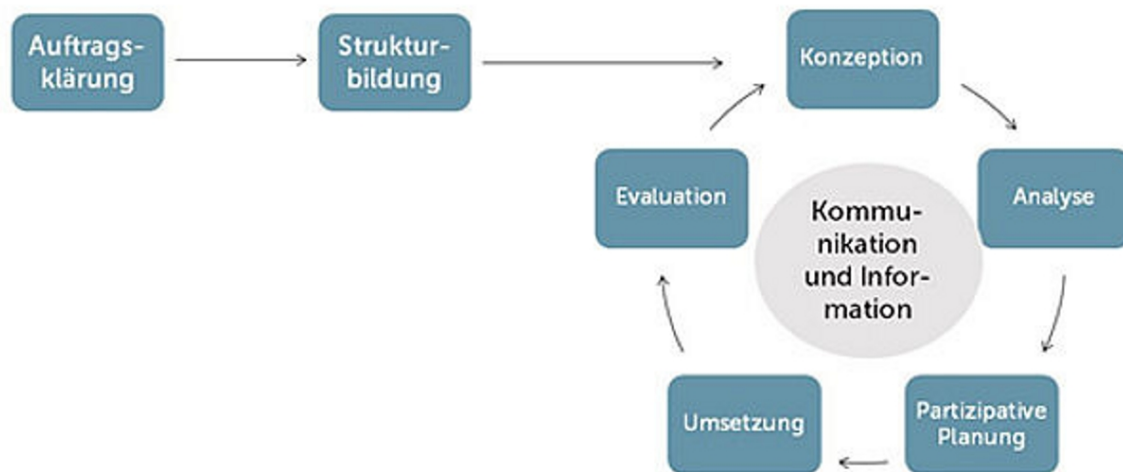


Abb. 1: Prozessmodell von BGF als gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung (eigene Darstellung)

Der Prozess startet mit einer Auftragsklärung unter Einbindung der relevanten betrieblichen Entscheidungsträgerinnen und -träger. Hier werden Grundsatzfragen der Ausrichtung und des Vorgehens besprochen.

Im zweiten Schritt wird ein Arbeitskreis mit betrieblichen und außerbetrieblichen Expertinnen und Experten, Interessenvertreterinnen und Interessensvertretern gebildet, der den Prozess begleitet und koordiniert (Strukturbildung). Zu typischen Mitgliedern dieses Arbeitskreises zählen unter anderem die Beschäftigtenvertretung, Akteurinnen und Akteure des Arbeitsschutzes, die Personalverwaltung und -entwicklung, Vertreterinnen und Vertreter der mittleren Führungsebene, die innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit sowie externe Mitwirkende, besonders Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. In diesem Arbeitskreis werden Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen getroffen, beispielsweise zur Methodik, den Interventionsbereichen oder den Erfolgsindikatoren (Konzeption).

Im nächsten Schritt kommt es zu einer datengestützten Bedarfsanalyse. Dabei fließen neben abteilungs- und gruppenbezogenen Daten zur Arbeitsunfähigkeit auch Ergebnisse von Gefährdungsanalysen (§§ 5 und 6 ArbSchG) und Belegschaftsbefragungen ein. Ein solcher Überblick über das Beanspruchungs- und Belastungsgeschehen im Betrieb dient neben der Sensibilisierung für psychische und physische Arbeitsbelastungen auch der kriteriengeleiteten Auswahl vorrangiger Interventionsschwerpunkte. Häufig werden zur Ermittlung der arbeitsbedingten Belastungen schriftliche Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingesetzt. Sie haben den Vorteil, dass große Belegschaften in kurzer Zeit einbezogen werden können und im Ergebnis quantifizierbare Indikatoren für so genannte weiche Themen wie z. B. Zeitdruck, Arbeitsorganisation generiert werden. Nachteilig ist, dass sich aus den Ergebnissen kaum

unmittelbar Schlüsse für Veränderungen ableiten lassen. Vielmehr bedarf es eines Zwischenschritts (partizipative Planung), der darin besteht, dass die Ergebnisse in Gesundheitszirkeln – etwa in der Form von Workshops – in die einzelnen Teams zurückgespiegelt werden.

In moderierten Gesundheitszirkeln ist es möglich, mit Beschäftigten Belastungen und Ressourcen im Kontext der Arbeit zu thematisieren und im Rahmen der Projektvereinbarungen so weit wie möglich günstig zu verändern. Gesundheitszirkel werden idealerweise in allen Betriebsteilen durchgeführt und allmählich in die betriebliche Routine integriert. In Klein- und Mittelunternehmen kommen pragmatisch reduzierte Versionen dieses Ansatzes zum Tragen. Durch die Kombination von Top-down- mit partizipationsorientierter Bottom-up-Kommunikation in verschiedenen BGF-Arbeitsgruppen (z. B. Arbeitskreis und Gesundheitszirkeln) werden Veränderungen im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung angestoßen.

Der BGF-Zyklus wird vervollständigt durch die [Evaluation](#) [8] der umgesetzten Schritte sowie der erreichten Ergebnisse. Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung hat in Anlehnung an das Modell der European Foundation for Quality Management ein Kriterienmodell für die Bewertung der Qualität in der BGF entwickelt [9]. Eine gelingende BGF zeichnet sich demnach aus durch

- die Verankerung in der Unternehmenspolitik,
- ein unterstützendes und partizipatives Personalmanagement,
- kontinuierliche Bedarfsanalyse und Information auf allen Ebenen,
- Erfüllung der sozialen Verantwortung der Organisation gegenüber Menschen und der Umwelt sowie
- die kontinuierliche Planung und Umsetzung der Maßnahmen durch das jeweilige Steuerungsgremium im Betrieb.

Gelingensfaktoren erfolgreicher Betrieblicher Gesundheitsförderung

Partizipation: Sowohl die Problemerkfassung als auch die gesundheitsförderlichen Maßnahmen werden idealerweise partizipativ gestaltet, d. h. die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in allen Phasen des BGF-Zyklus an den für sie wichtigen Entscheidungen beteiligt. Zu den Instrumenten der Beteiligung bei der Bedarfsanalyse zählen Mitarbeiterbefragungen, Arbeitssituationsanalysen, Gefährdungsbeurteilungen und das betriebliche Vorschlagswesen. Vor allem Gesundheitszirkel, Arbeitssituationsanalysen und Workshops bieten die Möglichkeit, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Maßnahmenentwicklung einzubeziehen, sie auf diese Weise an der Entwicklung von Lösungen und Veränderungen zu beteiligen und sie an den für sie relevanten Entscheidungen teilhaben zu lassen. Partizipation entspricht einem Konsens aller in diesem Bereich wichtigen Akteurinnen und Akteure wie den Sozialversicherungsträgern und Fachverbänden, aber auch den Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden. In der Praxis wird BGF als Prozess partizipativer Organisationsentwicklung noch zu selten umgesetzt. In kleinen und mittleren Unternehmen scheitert dies oft an fehlenden Mitarbeitervertretungen.

Führung: In der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion gilt es als belegt, dass Führungsverhalten in einem engen Zusammenhang mit der Gesundheit und darüber hinaus der Arbeitsmotivation und betrieblichen Identifikation von Beschäftigten steht [10]. Die Frage, wie Führungsverhalten gesundheitsfördernd gestaltet werden kann, ist daher ein zentraler Punkt der BGF. Viele Unternehmen bieten Qualifizierungsprogramme für Führungskräfte an. Da Führung jedoch immer auch eine Form menschlicher Beziehungsgestaltung ist, sollten BGF-Ansätze auch Feedbackprozesse der Beschäftigten an ihre unmittelbaren Vorgesetzten vorsehen. Sie lassen sich gut in die beschriebenen Analyse- und Partizipationsformate integrieren.

Ressourcen: Bei der Entscheidung, ob BGF implementiert wird oder nicht, ist ein Überblick über die dadurch entstehenden Kosten von großer Bedeutung. Die größte Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den Personalaufwendungen zu, die für die Koordination und Steuerung des beschriebenen BGF-Prozesses entstehen. Daneben ist zu bedenken, dass der Zeitaufwand für Besprechungen, Workshops und Gesundheitszirkel ebenfalls Personalressourcen beansprucht und eingeplant werden muss. Die gesetzlichen Krankenkassen haben per Gesetz die Aufgabe, Betriebe entsprechend zu unterstützen; die innerbetriebliche Kommunikation können sie jedoch nicht übernehmen. Ohne die Bereitschaft der Betriebe, entsprechende Kosten aufzuwenden, hat BGF wenig Erfolgchancen. Ferner können Sachkosten für Software bei Datenerhebungen entstehen, ebenso für Anschaffungen oder Aktivitäten, die von Beschäftigten in Beteiligungsworkshops vorgeschlagen werden.

Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Netzwerkansätze

Empirisch belegt ist, dass die Implementierungswahrscheinlichkeit für BGF mit der Betriebsgröße korreliert [11]. Die Gründe haben unter anderem mit dem Vorrang des Tagesgeschäfts, fehlendem Fachwissen und begrenzten Finanz- und Personalressourcen zu tun [12], [13], Meggeneder, 2017). Angesichts der Tatsache, dass 99,3 % der Unternehmen in Deutschland zu kleinen und mittleren Unternehmen zählen und 55 % der Beschäftigten in Deutschland in kleinen und mittleren Unternehmen arbeiten [14] (Angabe für 2022), ist die Verankerung von BGF in diesen Betrieben ein wichtiges Gesundheitsförderungsziel. Die Umsetzung wird erschwert durch den Umstand, dass es für überbetriebliche Beratungsinstitutionen, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften einen hohen Aufwand bedeutet, die zahlreichen kleinen und mittleren Unternehmen zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren verschiedene Netzwerkansätze erprobt und evaluiert. Solche Netzwerke haben den Vorteil, dass sie ressourcenorientiert vorgehen und gleichzeitig die motivierenden Effekte des Austauschs von Ideen und Erfahrungen nutzen. Auf Basis entsprechender Analysen liegt eine große Zahl an Praxishilfen für Koordinatorinnen und Koordinatoren gesundheitsfördernder Netzwerke [15], [16].

Wirksamkeit und Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung

Mit dem „iga.Report 40“ wurde 2019 die vierte Aktualisierung des wissenschaftlichen Kenntnisstands zur Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention auf Basis systematischer Reviews vorgelegt [17]. Auf Basis von 49 Reviews von mehr als 900 Einzelstudien kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Schluss, dass die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit und Kosteneffizienz von BGF – gemessen an Evidenzkriterien – infolge methodischer Schwächen der Originalstudien immer noch begrenzt ist.

Gleichwohl zeichnet sich bei den Reviews ein Trend in Richtung multimodaler Ansätze ab, die aus mehreren Komponenten bestehen oder in umfassende Programme eingebettet sind. Entsprechend holistische Konzepte kommen dem hier vertretenen Ansatz der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung eher nach, sind jedoch mit dem Problem konfrontiert, dass nicht festgestellt werden kann, auf welche der Komponenten eine Wirkung im Einzelnen zurückzuführen ist [17].

Auch wenn sich gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung den Maßstäben einer vom Ursache-Wirkung-Denken geprägten Evidenzlogik entzieht, bedeutet dies nicht, dass sie nicht wirksam ist. Dies belegen zahlreiche Erfahrungen der Praxis. So zeigt sich immer wieder, dass im Zuge von BGF-Projekten erstaunlich viele, durchaus realistische Vorschläge für gesundheitsförderliche Veränderungen entwickelt werden. Ihre Umsetzung führt zu geringeren Belastungen, höherer Transparenz, besserer Kommunikation, gegenseitiger Unterstützung und höherer Wertschätzung. Solche Veränderungen betreffen auch Themen des klassischen Arbeitsschutzes, gehen aber erheblich über ihn hinaus, v. a. in Hinblick auf psychosozial vermittelte Belastungen und Ressourcen. Dabei erleben die Beschäftigten, dass ihre Vorstellungen von der Gestaltung ihrer Arbeitssituation zu realen Veränderungen führen [18] ([Empowerment/Befähigung](#)).

Als Folgen gelungener BGF finden sich höhere Arbeitszufriedenheit, bessere Produktivität, größere Innovationsoffenheit und – zeitstabil – weniger krankheitsbedingte Abwesenheit (z. [19], [20]. Setzt BGF regelmäßig bei hoch belasteten und in der Regel statusniedrigen Beschäftigtengruppen an, wird auch ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet [21] ([Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit](#)).

Fazit

Obwohl Evaluationen zeigen, dass sowohl der Betrieb als auch die Beschäftigten von BGF gleichermaßen profitieren, ist die Verbreitung – insbesondere mit Blick auf ein umfassendes Verständnis im Sinne der Organisationsentwicklung – in Deutschland noch ausbaufähig [11]. Das hat mehrere Gründe: BGF ist nicht erzwingbar und beschränkt sich deshalb auf Betriebe, in denen ein entsprechender Konsens besteht oder herstellbar ist.

Voraussetzung für den Erfolg ist die Bereitschaft aller Beteiligten, ihr bisheriges Rollenverständnis und -verhalten im Betrieb zu hinterfragen und ggf. zu ändern. Vor allem von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bzw. Managerinnen und Managern fordert BGF die Bereitschaft, Probleme der Gesundheit

der Beschäftigten nicht nur negativ als krankheitsbedingte Abwesenheit, sondern als positive, mit Partizipation zu bewältigende und anfänglich auch mit Kosten verbundene Gestaltungsaufgabe zu begreifen. Dies setzt unter anderem eine längerfristige Perspektive z. B. im Hinblick auf Personalentwicklung voraus, deren Voranschreiten durch weiterhin vorherrschende betriebswirtschaftliche Kurzfristorientierungen (im Interesse des Shareholder value) häufig behindert wird.

Erfolgreich sind Projekte, in denen die Beteiligten auf Basis eines gemeinsamen Verständnisses der Zusammenhänge zwischen Gesundheit einerseits und Produktivität, Arbeitszufriedenheit etc. andererseits dem sonst im Betrieb oft eher nachrangigen Thema Gesundheit größere Schubkraft verleihen.

Aktuelle Impulse ergeben sich aus der Nachhaltigkeitsdebatte. Die der „Agenda 2030“ zugrunde liegende Überzeugung, dass Nachhaltigkeit mehr ist als Klimaschutz und nur durch ein Gleichgewicht von Ökologie, Ökonomie und Sozialem erreicht werden kann [22], ist in hohem Maße anschlussfähig an das hier vorgestellte Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Wir bedanken uns bei Rolf Rosenbrock für die wissenschaftliche Vorarbeit und die Erstversion des Leitbegriffs, an die wir anknüpfen durften.

Internetadressen:

- Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). Available from: <https://www.dnbgf.de>
- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. Available from: <https://www.enwhp.org>
- Initiative Neue Qualität Der Arbeit (INQA). Available from: <https://www.inqa.de>
- International Labour Organization (ILO). Available from: <https://www.ilo.org>
- World Health Organization (WHO). Available from: <https://www.who.int>

Weiterführende Literatur:

- Faller G. Diversityorientiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Integration von Gesundheit und Vielfalt in Arbeits- und Organisationskontexten. Weinheim: Beltz Juventa; 2023.
- Faller G, editor. Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2017.
- Lenhardt U, Ertel M. Beteiligungsorientierung in der präventiven betrieblichen Gesundheitspolitik. In: Rosenbrock R, Hartung S, editors. Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber; 2012. p. 154–71.
- Rosenbrock R, Hartung S, editors. Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber; 2012.

Literatur:

- Scholz A, Schneider S. Multikausale Wirkung von Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und besondere Chancen für kleine und mittelständige Unternehmen. Präventive Gesundheitsf. 2020 May;15(2):159–66. DOI:[10.1007/s11553-019-00742-3](https://doi.org/10.1007/s11553-019-00742-3)

References

1. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. 1986 [accessed 2025 Mar 13]. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
2. Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0)
3. Pieper R. Arbeitsschutzgesetz. Basiskommentar zum ArbSchG. 8 edn. Frankfurt am Main: Bund Verlag; 2018.
4. Gerlinger T. Präventionsgesetz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und

- Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0)
5. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I035-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I035-1.0)
 6. Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung. 2023. [accessed 2025 Mar 10]. Available from: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Praevention/Luxemburger_Deklaration_2023_neu.pdf
 7. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0)
 8. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I016-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I016-3.0)
 9. European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). Quality criteria for work health place. 1999. [accessed 2025 Mar 10]. Available from: https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/quality_criteria_01.pdf
 10. Häfner A, Pinneker L, Hartmann-Pinneker J. Gesunde Führung: Gesundheit, Motivation und Leistung fördern. Springer; 2019.
 11. Faller G. Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung / Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland: Stand und Entwicklungsbedarfe der einschlägigen Forschung. Gesundheitswesen. 2018 Mar;80(03):278–85. DOI:[10.1055/s-0042-100624](https://doi.org/10.1055/s-0042-100624)
 12. Biallas B, Schäfer D, Dejonghe L, Franz L, Petrowski K, Froböse I, Wilke C. Präventionsreife in kleinen und mittleren Unternehmen: Analyse hinsichtlich Präventionswillen, Präventionsinfrastruktur und des Umsetzungsgrads gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Prävent Gesundheitsf. 2019 Nov;14(4):398–402. DOI:[10.1007/s11553-018-0694-6](https://doi.org/10.1007/s11553-018-0694-6)
 13. Lück P, Meisel P. Gesund im Kleinbetrieb. Empfehlungen für Betriebliches - Gesundheitsmanagement (BGM) aus einer qualitativen Befragung. igaReport. 2020 [accessed 2025 Mar 13];42. Available from: http://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_42_Gesund_im_Kleinbetrieb.pdf
 14. Statistisches Bundesamt (DESTATIS). Kleine und mittlere Unternehmen – Anteile Kleine und Mittlere Unternehmen 2022 nach Größenklassen in %. 2025 [accessed 2025 Mar 13]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/Tabellen/wirtschaftsabschnitte-insgesamt.html>
 15. BKK Dachverband. Die Bedeutung von Netzwerken im BGM – Betriebliches Gesundheitsmanagement für kleine und mittlere Unternehmen. 2021. [accessed 2025 Mar 10]. Available from: <https://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/die-bedeutung-von-netzwerken-im-bgm-betriebliches-gesundheitsmanagement-fuer-kleine-und-mittlere-unternehmen>
 16. Skarabis N, Faller G, Meincke H, Bereczky-Löchli G. Partizipative Netzwerk-Evaluation als Methode der Qualitätsentwicklung in der Community Health-Arbeit. In: Department of Community Health, editor. Community Health: Grundlagen, Methoden, Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2022. p. 371–80.
 17. Barthelmes I, Bödeker W, Sörensen J, Kleinlercher KM, Odoy J. Kurzzusammenfassung zum iga.Report 40: Wirksamkeit und Nutzen arbeits-weltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018. 2019; Available from: http://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/iga-Report_40_Zusammenfassung_.pdf
 18. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0)
 19. Bayer K, Förster A, Heimerl K, Grofmeyer E. Erfolgreiche Implementierung gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung in mittelständischen Unternehmen. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Macco K, editors. Fehlzeiten-Report 2011. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011. p. 147–58.
 20. Hänsel M, Kaz K, editors. CSR und gesunde Führung: Werteorientierte Unternehmensführung und organisationale Resilienzsteigerung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. (Management-Reihe Corporate Social Responsibility).
 21. Geyer S. Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche

Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I109-1.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I109-1.0)

22. Vereinte Nationen (UN). Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. 2015 [accessed 2025 Mar 13]. Available from: <https://www.un.org/depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf>

Korrespondenz: Prof. Dr. Susanne Hartung, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Deutschland, E-mail: hartung@hs-nb.de

Zitierhinweis: Hartung S, Faller G. Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i042-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i042-1.0)

Copyright: © 2026 Susanne Hartung et al.

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>