

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 056, Februar 2018

Wer sich für Gesundheitsprävention im Betrieb einsetzt

Forschungsmonitor für den Verbund
„Neue Allianzen zum Erhalt
der Beschäftigungsfähigkeit
bei gesundheitlichen Einschränkungen“

Martin Brussig und Susanne Eva Schulz

Autor(inn)en

Prof. Dr. Martin Brussig leitet die Forschungsabteilung „Arbeitsmarkt – Integration – Mobilität“ am Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen.

Susanne Eva Schulz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen in der Forschungsabteilung „Arbeitsmarkt-Integration-Mobilität“.

© 2018 Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Gesundheitsprävention im Betrieb“ von Martin Brussig und Susanne Eva Schulz ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative Commons Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Auf einen Blick	4
1. Einleitung	5
2. Gesundheitsrisiken.....	8
3. Inner- und außerbetriebliche Akteure der Prävention	11
3.1 Gesundheitsakteure im Betrieb	11
3.1.1 Beschäftigte als Beteiligte in eigener Sache.....	11
3.1.2 Betriebs- und Personalräte als Treiber der Prävention	16
3.1.3 Arbeitgeber und Führungskräfte als verantwortliche Akteure	17
3.1.4 Die Fachkompetenz des betriebsärztlichen Dienstes	20
3.1.5 Fachkräfte für Arbeitssicherheit mit Umsetzungskompetenz	22
3.2 Außerbetriebliche Akteure	25
3.2.1 Beratungs- und Informationsangebote	25
3.2.2 Initiativen der Gewerkschaften	27
3.2.3 Arbeitgeberverbände mit Informations- und Beratungsdiensten	29
3.2.4 Die Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger.....	29
4. Kooperationsbeispiele	35
5. Fazit	41
Literatur.....	43
Abkürzungsverzeichnis	49

Auf einen Blick

- In diesem Forschungsmonitor werden Akteure in den Blick genommen, die auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene in die Primärprävention eingebunden werden können und eingebunden sind. Die präventiven Maßnahmen können am Verhalten der Beschäftigten und/oder an der Arbeitsumgebung ansetzen. Dies hängt von Interessen und Möglichkeiten der Akteure ab.
- Beschäftigte, Betriebs- und Personalräte, Betriebsärzte, Führungskräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit wirken als innerbetriebliche Akteure in der gesundheitlichen Primärprävention. Relevante Akteure außerhalb des Betriebs sind Beratungsstellen, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände oder die Sozialversicherungsträger.
- Kleine und mittlere Unternehmen (KMU) und Großbetriebe unterscheiden sich in ihren Möglichkeiten, Präventionsmaßnahmen in den betrieblichen Kontext einzubetten. Dementsprechend unterscheiden sich die Aktivitäten der Akteure und deren Netzwerke.
- Beschäftigten kommt eine Doppelrolle zu: Sie sind zum einen Ziel der betrieblichen Prävention. Zum anderen können sie selbst die betriebliche Prävention gestalten.
- Trotz einer weit entwickelten Forschungslandschaft gibt es nur wenige verallgemeinerbare Erkenntnisse über Gelingensbedingungen erfolgreicher betrieblicher Prävention. Ebenso bleibt unterbeleuchtet, wie die Prävention durch Netzwerke unterstützt werden kann.

1. Einleitung

Das steigende Durchschnittsalter von Beschäftigten, die Heraufsetzung der Regelaltersgrenze und der Bedarf an Fachkräften sind nur drei Gründe, warum der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz von Bedeutung ist und in seiner Relevanz noch steigen wird. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an Maßnahmen und Instrumenten, um Arbeitsunfälle und Gesundheitskrisen zu vermeiden und eine gesunde Erwerbstätigkeit zu fördern. Aber gute Maßnahmen und Instrumente allein reichen nicht aus, denn sie müssen von Akteuren aufgegriffen und angewendet werden.

Um diese Akteure, die sich für die Gesundheitsprävention im Betrieb einsetzen, geht es in diesem Forschungsmonitor (weitere Informationen zu den Forschungsmonitoren vgl. Infobox 1). Dazu wird vorhandene Forschung zu Beschäftigung und Gesundheit mit dem Fokus auf die an der Gesundheitsförderung und -prävention beteiligten Akteure sowie deren Kooperationen vorgestellt. Der Forschungsmonitor ist Teil des Forschungsverbundes „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ der Hans-Böckler-Stiftung (vgl. Infobox 2).

Präventive Maßnahmen können auf zwei Ebenen ansetzen: zum einen am Verhalten der Person (Verhaltensprävention), zum anderen an der Umgebung oder an einem bestimmten Setting – hier am Setting des Betriebs (Verhältnisprävention). Die verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen gehen mit unterschiedlichen Bedarfen an Ressourcen und mit einem differenzierten Akteursbezug einher. In diesem Zusammenhang wird häufig angemerkt, dass die Verhaltensprävention zunehmend der Verhältnisprävention vorgezogen wird; die betriebliche Prävention würde also verstärkt am einzelnen Beschäftigten oder an der einzelnen Beschäftigten ansetzen und weniger auf eine gesundheitsbezogene Verbesserung der Arbeitsumgebung abzielen. Eine solche Entwicklung ist nicht ohne Risiken. Es können dadurch Gesundheitsgefahren, die sich aus den Arbeitsbedingungen ergeben, vernachlässigt und die Verantwortung für die Einhaltung des Gesundheitsschutzes einseitig auf die Beschäftigten übertragen werden. In diesem Sinne kann es durchaus einen Unterschied machen, wer mit wem und mit welcher Zielperspektive präventive Maßnahmen im Betrieb gestaltet. Daher lohnt sich ein Blick in die Forschung, welche Allianzen für diesen Zusammenhang dokumentiert wurden.

Der Monitor gliedert sich wie folgt: Mit dem zweiten Kapitel wird ein kurzer Einblick in die bestehenden Gesundheitsrisiken gegeben. Im dritten Kapitel wird die Forschungsliteratur dahingehend beleuchtet, welche Akteure an der Prävention beteiligt sind und wie sie mit anderen inner- und außerbetrieblichen Akteuren zusammenarbeiten. Daran schließt eine Darstellung ausgewählter Kooperationsbeispiele zur Prävention an. Abschließend folgt ein Fazit, in dem Erkenntnisse zu den Allianzen zusammengefasst und weitergehende Forschungsbedarfe kenntlich gemacht werden.

Infobox 1:**Drei Forschungsmonitore im Forschungsverbund**

Begleitend zu den Forschungsaktivitäten im Forschungsverbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ werden drei Forschungsmonitore erscheinen. Die jeweiligen Schwerpunkte setzen an möglichen Interventionszeitpunkten im Erwerbsleben an. Der vorliegende erste Forschungsmonitor thematisiert, wer sich dafür einsetzt, dass Erwerbsunterbrechungen durch krankheitsbedingte Einschränkungen vermieden werden können. Ein zweiter Forschungsmonitor wird über Allianzen und Netzwerke zur Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit berichten. Hier steht die rehabilitative Versorgung und soziale Absicherung gesundheitsbedingter Einschränkungen im Vordergrund. Im dritten Forschungsmonitor geht es darum, wie eine (dauerhafte) Rückkehr in die Beschäftigung ermöglicht werden kann.

Infobox 2:**Forschungsverbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“**

Die Hans-Böckler-Stiftung fördert im Zeitraum 2016–2018 den Forschungsverbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ (Infos unter https://www.boeckler.de/44414_110642.htm). In diesem Verbund werden Forschungsprojekte zu dem Thema gebündelt, wie Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen langfristig in der Beschäftigung gehalten werden können, ohne dass sie ihre Erwerbstätigkeit gesundheitsbedingt (wieder) unterbrechen zu müs-

sen. Folgende Projekte werden im Rahmen des Forschungsverbunds gefördert:

- Brussig/Mühge, IAQ an der Uni Duisburg-Essen: Rückkehr in den Arbeitsprozess. Organisatorische und individuelle Bedingungen der Re-Integration bei Gesundheitsproblemen;
<https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-985-4>
- Hielscher, iso-Institut Saarbrücken: Barrieren und Treiber betrieblicher Inklusion und Prävention;
<https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-983-4>
- von Kardorff, HU Berlin: „Neue Allianzen“ für „Gute Arbeit“ mit bedingter Gesundheit;
<https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-981-4>
- Kohte, ZfS an der MLU Halle-Wittenberg: Lotsen und Netzwerke – Betriebliche Gesundheitspolitik in KMU;
<https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-987-4>
- Ohlbrecht/Detka, Uni Magdeburg: Präventive Gesundheitsstrategien;
<https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-982-4>
- Oschmiansky/Kaps, ZEP Berlin: Unterstützte Beschäftigung;
<https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-960-4>
- Niehaus, Uni Köln: Schwerbehindertenvertretung: Allianzpartner in Netzwerken;
<https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-984-4>
- Pinkwart, HU Berlin: Lernen auf der Plattform;
<https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-959-4>
- Wegewitz, BAuA: Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise;
<https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-980-4>

2. Gesundheitsrisiken

Die Notwendigkeit, betriebliche Prävention zu betreiben, kommt nicht von ungefähr. Die Forschung kann vielfach Arbeitsbelastungen und damit einhergehende Gesundheitsrisiken für unterschiedliche Beschäftigtengruppen, darunter Frauen bzw. Männer (z. B. Beermann/Brenscheidt/Siefer 2008) und ältere Beschäftigte (Beutel et al. 2000; z. B. Brussig/Ahlers 2007) zeigen. Weiterhin gibt es spezifische Gesundheitsrisiken für einzelne Berufsgruppen wie z. B. bei Lehrerinnen und Lehrern (z. B. Hillert/Schmitz/Christ 2004) und bei Beschäftigten in Krankenhäusern (z. B. Iseringhausen 2010). Aus dieser umfassenden Forschung können im Folgenden nur einzelne Risiken beispielhaft vorgestellt werden. Die Risiken wurden mit Blick darauf ausgewählt, dass sie Beschäftigte unterschiedlicher Branchen, Tätigkeiten und Hierarchiestufen betreffen (können).

Zeit- und Leistungsdruck

Ein hoher Zeit- und Leistungsdruck kann mit einer psychischen Fehlbelastung einhergehen. Dieser liegt vermehrt in Betrieben mit Zielvorgaben, mit Profit-Center und mit Projektarbeit vor (Ahlers 2011, S. 17 ff.). Eine der Folgen ist, dass in Betrieben mit Zielvorgaben Beschäftigte nicht nur öfters überlang arbeiten, sondern gleichzeitig die Regelungen zum Gesundheitsschutz unterlaufen (ebd., S. 21 f.).

Ein hoher Leistungsdruck kann zudem aus betrieblichen Restrukturierungen oder Betriebsfusionen hervorgehen. Daraus folgende Belastungen werden durch Anforderungen an ein Multitasking-Arbeiten oder an ein Arbeiten an der Leistungsgrenze zusätzlich verschärft (Köper/Richter 2016, S. 164). Weiterhin wird der Druck auf Beschäftigte erhöht, wenn es zu einem Personalabbau bei gleichzeitigem Aufgabenzuwachs kommt. In diesem Zusammenhang können arbeitsorganisatorische Belastungsursachen identifiziert werden:

„hoher Verwaltungsaufwand und langwierigere Kommunikationswege infolge von Reorganisationsmaßnahmen, ausbleibende Entscheidungen der Führungskräfte, viele parallel zu erledigende Arbeiten und häufige Arbeitsunterbrechungen.“ (Brandl/Stelzl 2013, S. 79)

Betriebsklima und -kultur

Psychische und physische Beschwerden und damit verbundene gesundheitsbedingte Unterbrechungen gehen mit der empfundenen Betriebskultur einher. Von den Beschäftigten, die die Kultur im Betrieb als

negativ erleben, geben 67 Prozent physische und 65 Prozent psychische Beschwerden an, die sie auf die berufliche Tätigkeit zurückführen. Bei den Beschäftigten, die eine positive Kultur erleben, sind es dagegen nur 32 Prozent bzw. 36 Prozent. Ein Unterschied zeigt sich außerdem bei den Arbeitsunfähigkeitstagen mit einer Dauer von über zwei Wochen: So geben 31 Prozent der Beschäftigten mit einer als negativ erlebten Kultur an, länger als zwei Wochen arbeitsunfähig gewesen zu sein. Demgegenüber sind es bei den Beschäftigten mit einer positiven Kultur nur 17 Prozent (Beckmann/Meschede/Zok 2016, S. 57 ff.).

Aber auch einzelne Aspekte des Betriebsklimas können mit Gesundheitsgefährdungen einhergehen, wie z. B. das Führungsverhalten von Vorgesetzten. Ein autoritärer und aggressiver Führungsstil erhöht das Risiko bei den Beschäftigten, an affektiven Störungen (z. B. Depressionen) oder an Burnout zu erkranken. Zugleich liegt dem Führungsverhalten eine wesentliche Ressource zugrunde: Eine mitarbeiter- oder aufgabenorientierte Führung bedingt eine Reduktion von affektiven Symptomen und/oder eine Reduktion von Stress (Montano/Reeske-Behrens/Franke 2016, S. 44 ff.).

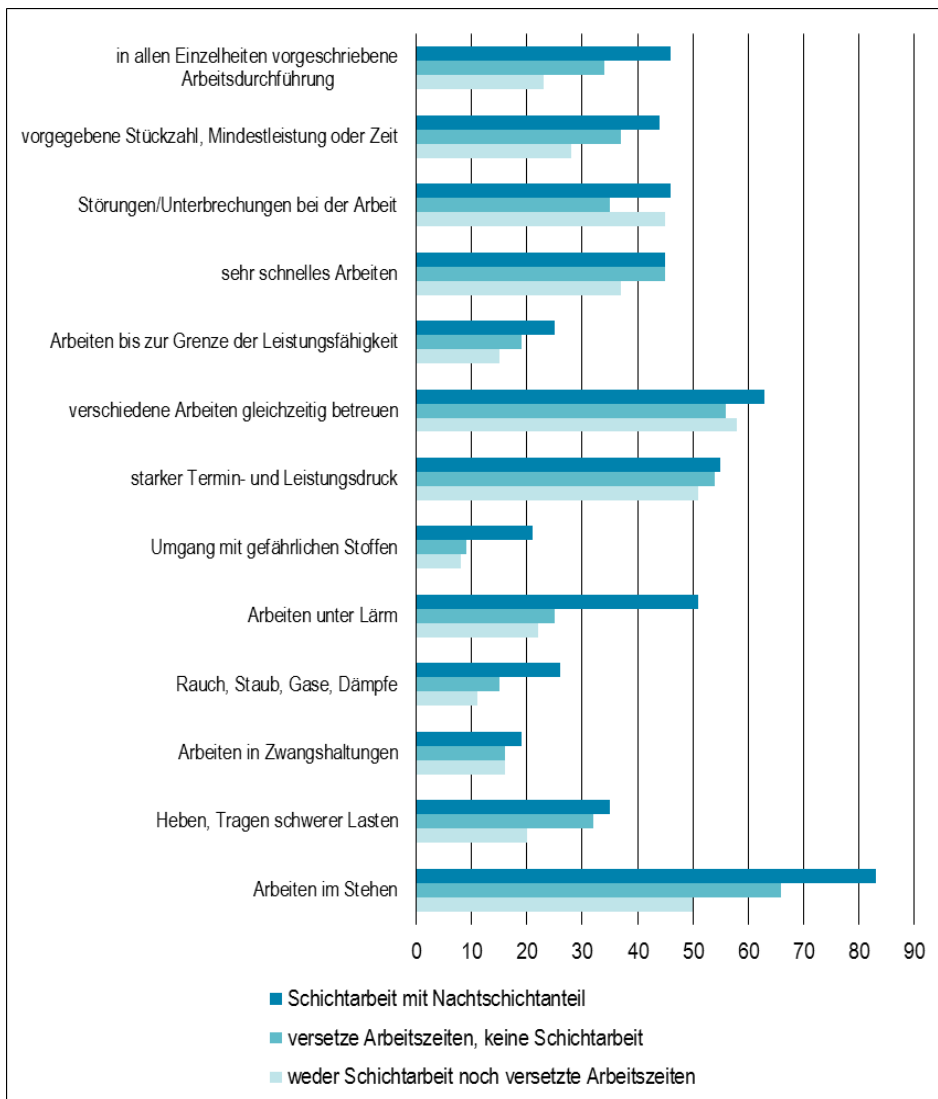
Schicht- und Nachtarbeit

Wiederholt lassen sich Belastungsunterschiede zwischen Beschäftigten in Schichtarbeit und Beschäftigten, die keiner Schichtarbeit nachgehen, zeigen (vgl. Abbildung 1). Die Arbeitsbedingungen von Schichtarbeiterinnen und -arbeitern sind häufiger durch physische Belastungen gekennzeichnet, die sich z. B. aus einem Arbeiten im Stehen oder Arbeiten unter Lärm sowie durch das Heben und Tragen schwerer Lasten ergeben. Darüber hinaus gehen mit der Schichtarbeit vermehrt psychische Belastungen einher. Die Beschäftigten in Schichtarbeit können zudem weniger auf Ressourcen wie z. B. auf Autonomie oder auf die Nutzung von Gestaltungsspielräumen zurückgreifen (Beermann 2008, S. 1 f.).

Bereits dieser kleine Auszug aus der Forschung zeigt, dass Arbeitsbelastungen und Gesundheitsrisiken im Erwerbsleben weit verbreitet sind. Werden dauerhaft Belastungen nicht ausgeglichen oder vermieden, können Gesundheitsprobleme auftreten, die in der Folge mit dauerhaften krankheitsbedingten Erwerbsunterbrechungen zusammenhängen (können). Dabei geht die Dauer von Unterbrechungen unter anderem mit dem jeweiligen Krankheitsbild und der Schwere der Erkrankung einher. Zwar gehen die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle auf Erkrankungen des Atmungssystems sowie auf Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes zurück, die durchschnittliche Dauer je Fall beträgt jedoch „nur“ 6,2 bzw. 17,1 Tage. Eine wesentlich längere Dauer je Fall liegt mit 33,4 Tagen bei psychischen Störungen und Ver-

haltensstörungen vor (Busch 2016, S. 466). Um die mit den Arbeitsbedingungen einhergehenden Belastung und daraus möglicherweise resultierenden Gesundheitsrisiken zu reduzieren, gelten insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen als vielversprechend. Daher wäre Verschiebung der Präventionsmaßnahmen zulasten der Verhältnisprävention eher kritisch zu bewerten.

Abbildung 1: Ausgewählte Belastungen von Beschäftigten mit und ohne Schichtarbeit (Angaben in Prozent)¹



Quelle: Beermann/Kretschmer 2015, S. 207ff. Eigene Darstellung.

¹ Die vollständige Tabelle ist Beermann/Kretschmer (2015, S. 18f.) zu entnehmen.

3. Inner- und außerbetriebliche Akteure der Prävention

Die Prävention lässt sich nicht nur nach Verhaltens- und Verhältnisprävention, sondern auch nach Interventionsphasen unterscheiden (vgl. Infobox 3). Im vorliegenden Bericht wird schwerpunktmäßig die Primärprävention berücksichtigt. Dementsprechend stehen Instrumente und Maßnahmen im Vordergrund, durch die ein Auftreten von Erkrankungen und Unfällen reduziert bzw. verhindert werden kann. Die Akteure, die an der Einführung und Umsetzung betrieblicher Prävention beteiligt sind, werden im Folgenden hinsichtlich ihrer Präventionsaktivitäten näher betrachtet.²

Infobox 3:

Unterscheidung nach Interventionsphasen der Prävention

- *Primärprävention*: Verringerung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen, Wahrscheinlichkeitsreduktion des Krankheitseintritts oder dem Auftreten von Neuerkrankungen
- *Sekundärprävention*: Früherkennung von Erkrankungen mit Ziel, durch frühzeitige Behandlungen den Krankheitsfortschritt einzudämmen oder aufzuhalten bzw. die Heilungschancen zu verbessern
- *Tertiärprävention*: Verzögerung, Begrenzung oder Verhinderung von Spätschäden bereits eingetretener Erkrankungen (Quelle: Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 73f.)

3.1 Gesundheitsakteure im Betrieb

3.1.1 Beschäftigte als Beteiligte in eigener Sache

Die Beschäftigten nehmen eine Doppelrolle in der betrieblichen Prävention ein. Sie sind auf der einen Seite Zielgruppe von Präventionsmaßnahmen, auf der anderen Seite tragen sie zur Gestaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als Akteure bei.

² Die Auswahl der Akteure folgt den Ergebnissen der Literaturrecherche, d. h. es wurden die Akteure näher betrachtet, die Forschungsgegenstand in den Analysen sind.

Obwohl durch die Prävention die Beschäftigten vor Fehlbelastungen geschützt werden sollen, zeigen Untersuchungen, dass die Beschäftigten Präventionsmaßnahmen nicht immer annehmen und die Beschäftigten zum Teil selbst die Regelungen zum Gesundheitsschutz untergraben (insbesondere in Betrieben mit Zielvereinbarungen, s. o.). Dadurch können Konflikte zwischen dem Betriebsrat und den Beschäftigten entstehen, etwa „weil Beschäftigte sich (aus vermeintlich eigener Entscheidung!) nicht mehr an Arbeitszeithöchstgrenzen halten“ (Ahlers 2011, S. 21 f.). Für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) zeigt sich darüber hinaus, dass 61 Prozent der dort Beschäftigten keine Arbeitsschutzgesetze kennt (Sczesny et al. 2014, S. 182).

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, wie sich die Beschäftigten an der Gestaltung der betrieblichen Prävention beteiligen können bzw. wie die Beschäftigten an der Prävention beteiligt werden. Eine Option, Maßnahmen des betrieblichen Arbeitsschutzes systematisch unter Beteiligung verschiedener Akteure – darunter auch die Beschäftigten – einzuführen, bietet das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM; vgl. Infobox 4). So wird für die Zertifizierung des BGMs durch die Krankenkassen vorausgesetzt, die Beschäftigten an der Analyse von Gesundheitsrisiken und an der Entwicklung von Lösungen zu beteiligen (Winter/Orthmann/Reichel 2015, S. 281).

Infobox 4:

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Das BGM umfasst „die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen“ (Badura/Ritter/Scherf 1999, S. 17). Zu den zentralen Elementen des BGMs gehören die systematische Betrachtung von Arbeitsbedingungen, die Identifikation von Gesundheitsrisiken sowie deren Reduzierung und Vermeidung (Bolm/Pieck/

Wartmann 2012, S. 12).

BGM-Konzepte sind auf stabile Arbeitsstrukturen ausgerichtet. Flexible Arbeitsstrukturen wie z. B. in der Projektarbeit oder bei einer temporären betriebsübergreifenden Zusammenarbeit gehen dagegen mit Herausforderungen für das BGM einher:

- Einbindung von nicht oder nur teilweise anwesenden Mitarbeitenden,

- Erfassung und Bearbeitung von sich schnell verändernden Arbeitsbedingungen,
- Zweideutigkeit von Ressourcen und Belastungen durch Entgrenzung von Arbeit und Privatleben,
- Einschränkungen durch betriebliche Leistungskulturen und professionelle Selbstbilder (z. B. in der Wissensökonomie) (Schmidt 2009, S. 55).

Während das BGM unter größeren Betrieben weit verbreitet ist, verweist die Forschung darauf, dass das BGM nicht ohne weiteres auf KMU übertragen werden kann. Es fehlt den kleineren Betrieben an personellen, zeitlichen, finanziellen und organisatorischen Ressourcen, die zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines BGMs herangezogen werden können (Schmidt 2009, S. 51 f.). Dennoch

„tragen [KMU] insgesamt gesundheitsförderliches Kapital in sich, weil kurze Informations- und Kommunikationswege und eine oft informelle Handhabung von Anforderungen sich flexibler an Bedarfe der Mitarbeitenden anpassen lassen“ (ebd., S. 53).

Darüber hinaus ist durch die kleine Betriebsgröße der Koordinationsaufwand wesentlich geringer und eine Partizipation der Beschäftigten einfacher (ebd., S. 53). Eine Darstellung von hemmenden und fördernden Faktoren zur Einführung eines BGMs in KMU befindet sich in Tabelle 1.

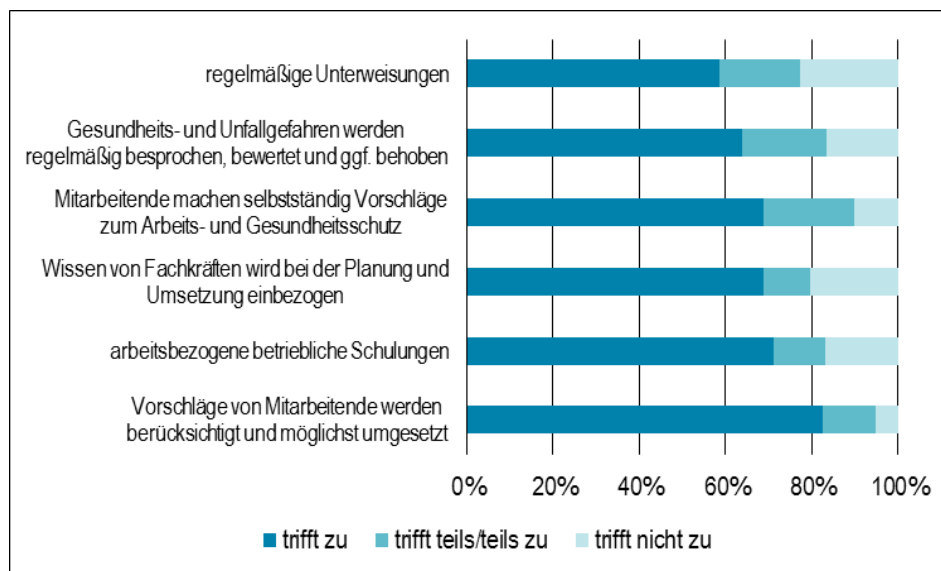
Trotz der Faktoren, die eine Implementierung und Umsetzung des BGMs in KMU hemmen, wird Arbeits- und Gesundheitsschutz in KMU auch unter Beteiligung der Beschäftigten betrieben. Mit Blick auf die Lern- und Beteiligungsformen geben über 80 Prozent der KMU-Beschäftigten an, dass die Vorschläge der Mitarbeitenden von den Vorgesetzten berücksichtigt und aufgenommen werden (vgl. Abbildung 2). Zudem sind andere Formen in KMUs weit verbreitet, Beschäftigte in den Arbeits- und Gesundheitsschutz einzubinden (Sczesny et al. 2014, S. 199). Und obwohl eine mangelnde innerbetriebliche Kommunikation in KMU als hemmender Faktor des Arbeits- und Gesundheitsschutzes angegeben wird, kann gezeigt werden, dass die Beschäftigten bei Belastungen und Gefahren für die Sicherheit kurze Wege nutzen und mit ihren „Chefs“ direkt reden (62 Prozent). Der betriebsärztliche Dienst und die Interessenvertretung als weitere Ansprechpartnerinnen und -partner werden weniger genannt (vgl. Abbildung 3) (ebd., S. 207). Dies kann jedoch damit zusammenhängen, dass der betriebsärztliche Dienst genauso wie eine betriebliche Interessenvertretung in KMU seltener ist.

Tabelle 1: Fördernde und hemmende Faktoren für ein BGM auf betrieblicher Ebene aus Sicht externer Akteure

Förderliche Faktoren	Hemmende Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz von Schlüsselpersonen in KMU, die der Thematik gegenüber aufgeschlossen sind, z. B. Betriebsräte • Einstellung, Engagement und Bildungsstand der Unternehmerin oder des Unternehmers • einfache, überschaubare Organisationsstruktur von KMU 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an zeitlichen und finanziellen Ressourcen • mangelnde innerbetriebliche Kommunikation • mangelnde Information und mangelnde Betreuung für KMU • „Dschungel an Rechtsvorschriften“ und schwer verständliche Fachsprache des Arbeitsschutzes • Inkompatibilität zwischen pragmatischem Arbeitsschutzhandeln in KMU und den Formalia des Arbeitsschutzes

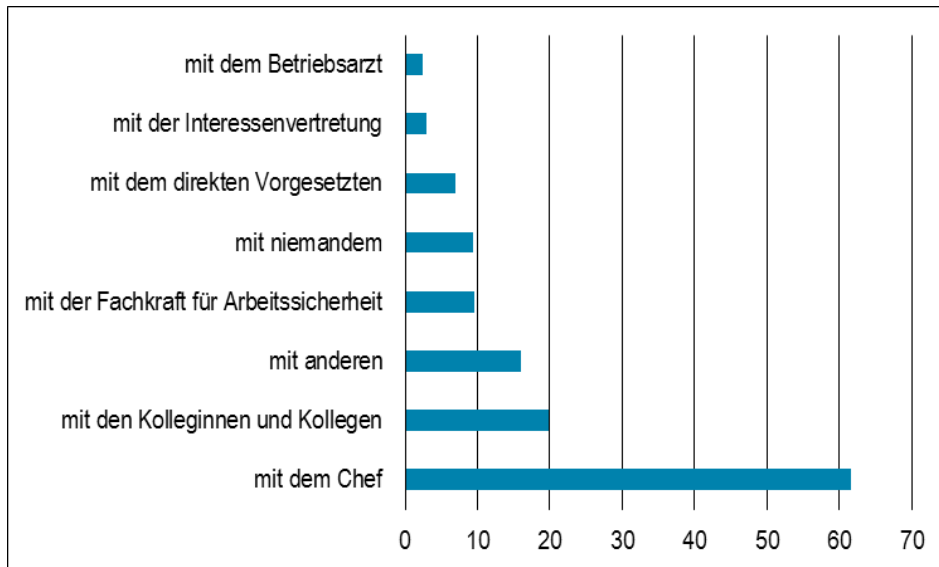
Quelle: Sczesny et al. 2014, S. 21. Eigene Darstellung.

Abbildung 2: Lern- und Beteiligungsformen bei der Gestaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes aus Sicht der Beschäftigten



Quelle: Sczesny et al. 2014, S. 199. Eigene Darstellung.

Abbildung 3: Antworten auf die Frage „Mit wem reden Sie über Belastungen und Gefahren für die Sicherheit und Gesundheit?“ (Mehrfachnennung möglich, Angaben in Prozent)



Quelle: Sczesny et al. 2014, S. 207. Eigene Darstellung.

In einer Untersuchung von Georg/Barkholdt/Frerichs (2005) zeigen sich ebenfalls Fälle, in denen in KMU betriebsspezifische und individuelle, auf den von Belastungen betroffenen Beschäftigten zugeschnittene Lösungen gesucht werden. Die Entscheidungen über Veränderungen und Anpassungen werden nicht von den Inhabern oder von der Geschäftsleitung allein getroffen, sondern es werden Lösungen gemeinsam mit den betroffenen Beschäftigten entwickelt und mit den anderen Mitarbeitenden in den Betrieben abgestimmt. Zu den Lösungen, um Belastungen zu reduzieren, gehören unter anderem Spezialisierungen der Beschäftigten. Aber auch eine Förderung von Teamarbeit geht mit einer Entlastung einher, indem das Heben und Tragen schwerer Lasten auf andere Mitarbeitenden verteilt werden (ebd., S. 51 ff.).

Eine weitere Möglichkeit, die Beschäftigten in den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz einzubinden, ist die Mitarbeiterbefragung. Dadurch können Gesundheitsbelastungen aufgedeckt werden, um darauf aufbauend primärpräventive Maßnahmen zu entwickeln. Beschäftigte an diesem Punkt einzubeziehen, hat den Vorteil, dass auf ihre Expertise zurückgegriffen werden kann; die Beschäftigten können die Arbeitsbedingungen vor Ort besser einschätzen als etwa externe Beraterinnen und Berater (Rixgens 2010, S. 206). Eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Mitarbeiterbefragung mit entsprechend aussagekräftigem Ergebnis ist die Zusammenarbeit von betrieblichen Akteuren mit externen Ex-

pertinnen und Experten. Sie können das wissenschaftliche Know-how (z. B. bei der Fragebogengestaltung) liefern und unterstützen in ihrer Position als neutrale Fachleute gleichzeitig die Glaubhaftigkeit der Befragung. Darüber hinaus trägt eine Zustimmung zum Gesundheitsthema durch das Management, durch Aufsichtsratsgremien und Interessenvertreterinnen und -vertreter zum Gelingen der Mitarbeiterbefragung bei. Auch die Führungskräfte sind verantwortlich dafür, die Beteiligung der Mitarbeitenden zu fördern (ebd., S. 210f.).

Die Beteiligung der Beschäftigten am BGM bzw. an dessen Entwicklung ist insofern sinnvoll, als dadurch nicht nur die Gesundheitsthematik den Beschäftigten nähergebracht werden kann, sondern auch, weil sich dies vorteilhaft auf die Umsetzung und Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen auswirkt (Elke et al. 2015, S. 70).

3.1.2 Betriebs- und Personalräte als Treiber der Prävention

Der Betriebs- und Personalrat übernimmt eine aktive Rolle in der Gestaltung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitspolitik, die sowohl die Vermeidung von Erkrankungen als auch die Wiedereingliederung von Beschäftigten umfasst. Die Rechte zur Mitgestaltung ergeben sich aus dem Betriebsverfassungsgesetz und der Arbeitsschutzgesetzgebung (Blume et al. 2011, S. 32). Diese Rechte lassen sich hinsichtlich des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung auf folgende drei Punkte zuspitzen:

- *Überwachungsverpflichtung*: Kontrolle, dass Arbeits- und Umweltschutzvorschriften sowie Unfallverhütungsvorschriften eingehalten werden.
- *Initiativaufgabe*: Betriebsräte sollen in der betrieblichen Gesundheitspolitik tätig werden und Arbeitsschutzmaßnahmen fördern.
- *Gestaltungsaufgabe*: Gestaltung von Aktivitäten, Prozessen und Verfahren der betrieblichen Gesundheitspolitik (Motorfunktion) (ebd., S. 37).

Betriebsfallstudien zeigen, dass der Betriebsrat selbst ein bedeutendes Handlungsfeld in der betrieblichen Gesundheitspolitik sieht. Er

„zeig[t] sich motiviert und engagiert, anlassbezogen größere Projekte oder einzelne Maßnahmen zu initiieren, zu begleiten und über diesen Weg das Thema Gesundheit im Betrieb insgesamt zu befördern bzw. weiterzuentwickeln“ (ebd., S. 275).

Weiterhin wurde aus Betriebsfallstudien abgeleitet, dass der Betriebsrat im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik auf eine konsensuale Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber aufbaut. Dennoch stelle die betriebliche Gesundheitspolitik trotz ihrer zunehmenden Bedeutung keines der führenden Themen in den Verhandlungen zwischen Betriebsrat und Arbeitgeber dar. Vielmehr liegen die Schwerpunkte auf der Arbeitsplatzsicherung oder der Lohnpolitik (ebd., S. 275). Andere Untersuchungen zeigen dagegen anhand quantitativer Daten, dass der Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung in 82 Prozent der Betriebe zu den häufigsten Themen gehören, die in der Betriebsratsarbeit behandelt werden. Ein wesentlicher Grund sei die Zunahme psychischer Erkrankungen (Ahlers 2015).

Der Betriebsrat ist für die Beschäftigten ein Ansprechpartner bei vielen betrieblichen Belangen. Aus einer Untersuchung von 2002 geht jedoch hervor, dass die Beschäftigten im Betriebsrat eher keinen Ansprechpartner bei Gesundheitsthemen sehen. Bemerkenswert ist, dass hier die Einschätzung der Betriebsrätinnen und -räte zum Teil deutlich von den Angaben der Beschäftigten abweichen. Zum Beispiel bei der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nach einer Erkrankung sehen sich immerhin 32 Prozent der Betriebsrätinnen und -räte als Ansprechpartnerinnen oder -partner. Jedoch nur 6 Prozent der Beschäftigten würden beim Betriebsrat diesbezüglich um Rat bitten. Wesentlich häufiger sehen die Beschäftigten in den Vorgesetzten und im betriebsärztlichen Dienst einen Akteur, den sie um Rat fragen würden (Brucks et al. 2002, 77f.). Einschränkend ist das Alter der Ergebnisse anzumerken. Aktuelle Untersuchungen könnten in diesem Zusammenhang zeigen, ob der Betriebsrat weiterhin keinen zentralen Ansprechpartner für Beschäftigten bei Gesundheitsthemen darstellt, oder ob sich hier Veränderungen ergeben haben.

3.1.3 Arbeitgeber und Führungskräfte als verantwortliche Akteure

Arbeitgeber sind Normadressaten für das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG; vgl. Infobox 5). Sie sind verantwortlich für die Beurteilung der Arbeitsbedingungen, die Dokumentation und die Wirkkontrolle der Gesundheitsmaßnahmen. Weiterhin sind sie dazu verpflichtet, eine geeignete Organisation des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf- und auszubauen und damit eine operative Grundlage der betrieblichen Gesundheitspolitik zu schaffen (Blume et al. 2011, S. 33f.). Dabei spielt ähnlich wie bei den Betriebsräten jedoch nicht nur die Prävention

eine Rolle, sondern auch die Reintegration von Beschäftigten, die krankheitsbedingt ausgefallen sind. Die Führungskräfte als Stellvertreterinnen und -vertreter der Arbeitgeber sind ebenfalls Akteure betrieblicher Gesundheitspolitik. Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, benötigen sie diesbezügliche Kompetenzen. Andersherum geht mit dem Nicht-Wissen ein Hindernis für die Umsetzung präventiver Maßnahmen einher (Janetzke 2018, S. 57).³ Die GDA-Befragung von 2011 zeigt jedoch, dass nur etwas mehr als ein Drittel der Betriebe Schulungen für Führungskräfte zum Thema Sicherheits- und Gesundheitsschutz durchführte. Differenziert nach der Betriebsgröße wird weiterhin deutlich, dass größere Betriebe solche Schulungen häufiger durchführen als Kleinbetriebe (Sommer 2014, S. 13).

Infobox 5:

Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)

Die EU-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit wurde mit dem ArbSchG auf nationaler Ebene in Deutschland umgesetzt.

Das ArbSchG verbindet die beiden Aspekte Sicherheit und Gesundheit miteinander, indem neben dem technisch orientierten Sicherheitsziel die vorausschauende, präventive Gestaltung von Arbeit hinzukommt. Dem Arbeitgeber hat die Pflicht, Gesundheitsgefährdungen zu beurteilen und entsprechende wirksame Maßnahmen durchzuführen. Gleichzeitig müssen die Beschäftigten den Arbeitsschutzanforderungen der Arbeitgeber folgen, dürfen andere Personen nicht gefährden und sollen Gefahren für die Gesundheit bei den Arbeitgebern melden.

Der Arbeitgeber hat ferner die Pflicht, eine Gefährdungsbeurteilung (vgl. Infobox 6) im Betrieb durchzuführen bzw. Risiken und Belastungen im Betrieb zu beurteilen. Die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung kann z. B. von Beschäftigten mit Leitungsfunktion vorgenommen werden. Gleichzeitig können die Beschäftigten zu allen Themen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes Vorschläge machen (Kirchberg/Kittlmann/Matschke 2016, S. 8f.). Daneben sind betriebliche Gesund-

³ Janetzke (2018, S. 57) nennt Nicht-Können, Nicht-Wollen und Nicht-Dürfen als weitere Hindernisse für Führungskräfte, dass präventive Maßnahmen nicht umgesetzt werden.

heitsexpertinnen und -experten an der Gefährdungsbeurteilung beteiligt. So gehört es zu den Aufgaben des betriebsärztlichen Dienstes sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit, die Arbeitgeber z. B. zum methodischen Vorgehen oder zu den Kriterien der Risikobewertung zu beraten (ebd., S. 9). Weitere Hilfsmittel und Beratungsangebote für die Gefährdungsbeurteilung gibt es von externen Akteuren wie z. B. vom Gewerbeaufsichtsamt, vom Amt für Arbeitsschutz, von den zuständigen Unfallversicherungsträgern und von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) sowie von den Ingenieurbüros und Prüfstellen (ebd., S. 12).

Infobox 6:
Gefährdungsbeurteilung

Nach § 5 ArbSchG ist der Arbeitgeber zur Beurteilung von Gefährdungen, die mit der Arbeit von Beschäftigten verbunden sind, verpflichtet. Die Gefährdungsbeurteilung ist ein Instrument zur systematischen Erfassung und Beurteilung von Gefährdungen und Belastungen. Sie bildet also den Ausgangspunkt, um Mängel der Technik und der Organisation sowie Fehlverhalten aufzudecken und über die Auswahl und Gestaltung der Arbeitsmittel, -stoffe, -verfahren, -plätze und -abläufe zu beseitigen oder zu verringern (Kirchberg/Kittelmann/Matschke 2016, S. 1).

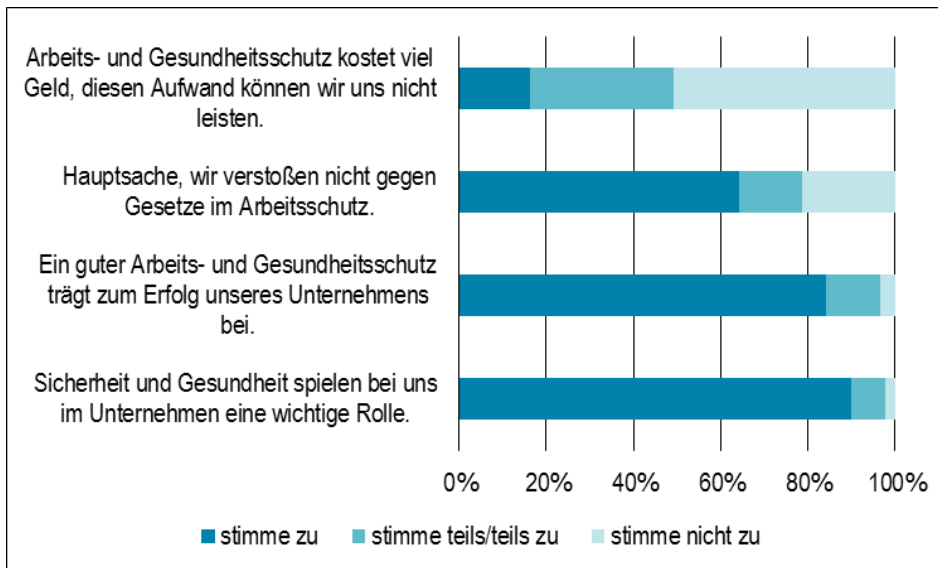
Die Ergebnisse aus der Betriebsbefragung der GDA aus dem Jahr 2011 zeigen jedoch, dass nur in der Hälfte der Betriebe eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird. Dabei spielt die Größe der Betriebe eine Rolle. Während lediglich 41 Prozent der Betriebe mit unter zehn Beschäftigten eine Gefährdungsbeurteilung durchführt, sind es bei den Großbetrieben 98 Prozent (Sommer 2014, S. 9). Auf welche Hilfsmittel jeweils zurückgegriffen wird, kann den vorliegenden Untersuchungen nicht entnommen werden.

Fällt den Behörden auf, dass Betriebe keine Gefährdungsbeurteilung durchführen, wird dies als Ordnungswidrigkeit geahndet. Es ist dann eine Geldstrafe möglich. Im europäischen Ausland sind mit einer fehlenden Gefährdungsbeurteilung darüber hinaus strafrechtliche Verfolgungen und sogar Freiheitsstrafen möglich (Janetzke/Ertel 2016, S. 69).

Eine Befragung zeigt, dass viele Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer in KMU der Sicherheit und Gesundheit im Betrieb eine große Bedeutung für den Erfolg des Betriebes beimessen. Gleichzeitig

geben aber auch zwei Drittel an, hauptsächlich nicht gegen die Gesetze des Arbeitsschutzes verstoßen zu wollen (vgl. Abbildung 4). Darüber hinaus zeigt die Befragung, dass ein Viertel der Geschäftsführungen nicht um ihre Verantwortung wissen, für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz zuständig zu sein (Sczesny et al. 2014, S. 64). Inwiefern hierdurch eine aktive Gestaltung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements überhaupt noch gewährleistet werden kann, bleibt offen. Dies ist auch vor dem Hintergrund bedenklich, dass eigentlich Personen in Führungspositionen wesentliche Akteure sind, um einen Arbeits- und Gesundheitsschutz erfolgreich zu implementieren und entsprechende Maßnahmen wirkungsvoll durchzuführen (Elke et al. 2015, S. 83).

Abbildung 4: Einstellungen von Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern zum Arbeits- und Gesundheitsschutz (Mehrfachnennung möglich)



Quelle: Sczesny et al. 2014, S. 60. Eigene Darstellung.

3.1.4 Die Fachkompetenz des betriebsärztlichen Dienstes

Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind neben den Beschäftigten, deren betriebliche Interessenvertretung und den Arbeitgebern die Betriebsärztinnen sowie -ärzte. Sie können im Betrieb angestellt sein, oder als Externe die Betreuung von Betrieben übernehmen.

Die Arbeit der Betriebsärztinnen und -ärzte umfasst unterschiedliche Tätigkeitsbereiche. Die medizinische Untersuchung von Beschäftigten als einer dieser Bereiche wird von allen Betriebsärztinnen und -ärzten durchgeführt. Geringer, wenngleich von über 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte angegeben, werden Tätigkeiten bei Planungs-, Investitions- und Beschaffungsvorgängen und Gremientätigkeiten angeführt. Etwa zwei Drittel der Betriebsärztinnen und -ärzte gibt Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsförderung oder im Bereich der Schulungen bzw. Unterweisungen an (Kliemt/Voullaire 2003, S. 87). In einer Untersuchung aus 2003 wird die psychosoziale Versorgung durch Betriebsärztinnen und -ärzte näher betrachtet. Nahezu alle befragten Betriebsärztinnen und -ärzte sehen es als ihre Aufgabe an, sich sowohl um die physischen als auch um die psychischen Belastungen der Beschäftigten zu kümmern. Dennoch nehmen psychosoziale Aspekte durchschnittlich nur 18 Prozent der betriebsärztlichen Arbeitszeit ein. Gleichzeitig sehen die Ärztinnen und Ärzte Lücken in ihrer angebotenen psychischen Versorgung (Hasselhorn et al. 2003, S. 18ff.). Aktuelle Untersuchungen könnten Aufschluss darüber geben, ob sich diese Lücken in der Versorgung durch den betriebsärztlichen Dienst geschlossen haben.

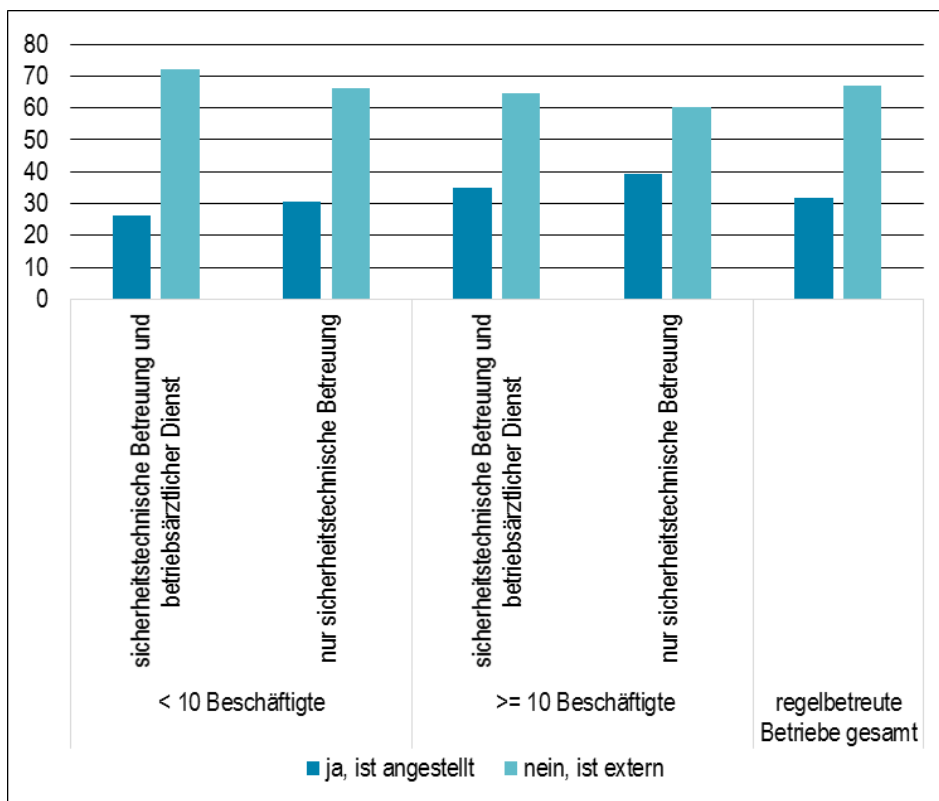
Neben dieser Lücke in der psychischen Versorgung zeigen sich Defizite bei der Verbreitung des betriebsärztlichen Dienstes (und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit), insbesondere in Kleinbetrieben sowie in der Branche des Einzelhandels und in der unternehmensbezogenen Dienstleistungsbranche (Sommer 2014, S. 11f.). In KMUs sind diese Betreuungsformen am stärksten in den Wirtschaftsbereichen Energie- und Wasserwirtschaft, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, verarbeitendes Gewerbe und Öffentliche Verwaltung/Verteidigung/Sozialversicherung/exterritoriale Organisationen vertreten. Am geringsten ist die Betreuung in den Wirtschaftsbereichen Land- und Forstwirtschaft/Fischerei und Fischzucht, Verkehr und Lagerei/Information und Kommunikation, Grundstücks- und Wohnungswesen/Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen und Erbringung von Finanz- und Versicherungsleistungen verbreitet (Sczesny et al. 2014, S. 56).

Ist ein betriebsärztlicher Dienst in den Betrieben vorhanden, ist dies jedoch nicht gleichbedeutend mit seiner Inanspruchnahme durch die Beschäftigten. Die Beschäftigten meiden den Kontakt zum betriebsärztlichen Dienst insbesondere dann, wenn sie fürchten, dass durch gesundheitliche Einschränkungen die Grundlage ihrer Berufsausübung entzogen wird, z. B. wenn bei Berufskraftfahrern die Fahrerlaubnis aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen eingeschränkt oder aufgehoben werden muss (Michaelis 2008, S. 83).

3.1.5 Fachkräfte für Arbeitssicherheit mit Umsetzungscompetenz

Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit können im Betrieb angestellt oder ähnlich wie die Betriebsärztinnen und -ärzte im Rahmen externer Betreuungsmodelle in die betrieblichen Gesundheitsaktivitäten eingebunden sein. Insbesondere in Klein- und Kleinstbetrieben sind Fachkräfte für Arbeitssicherheit eher außerbetriebliche Akteure (vgl. Abbildung 5). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass ähnlich wie die Betriebsärztinnen und -ärzte die außerbetrieblichen Fachkräfte für Arbeitssicherheit freiberuflich oder über einen externen Dienst mehrere Betriebe parallel betreuen können (Hamacher/Eickholt/Riebe 2015, S. 55).

Abbildung 5: Interne versus externe sicherheitstechnische Betreuung und betriebsärztlicher Dienst für Betriebe mit einer Regelbetreuung (Angaben in Prozent)



Quelle: Hamacher/Eickholt/Riebe 2015, S. 50. Eigene Darstellung.

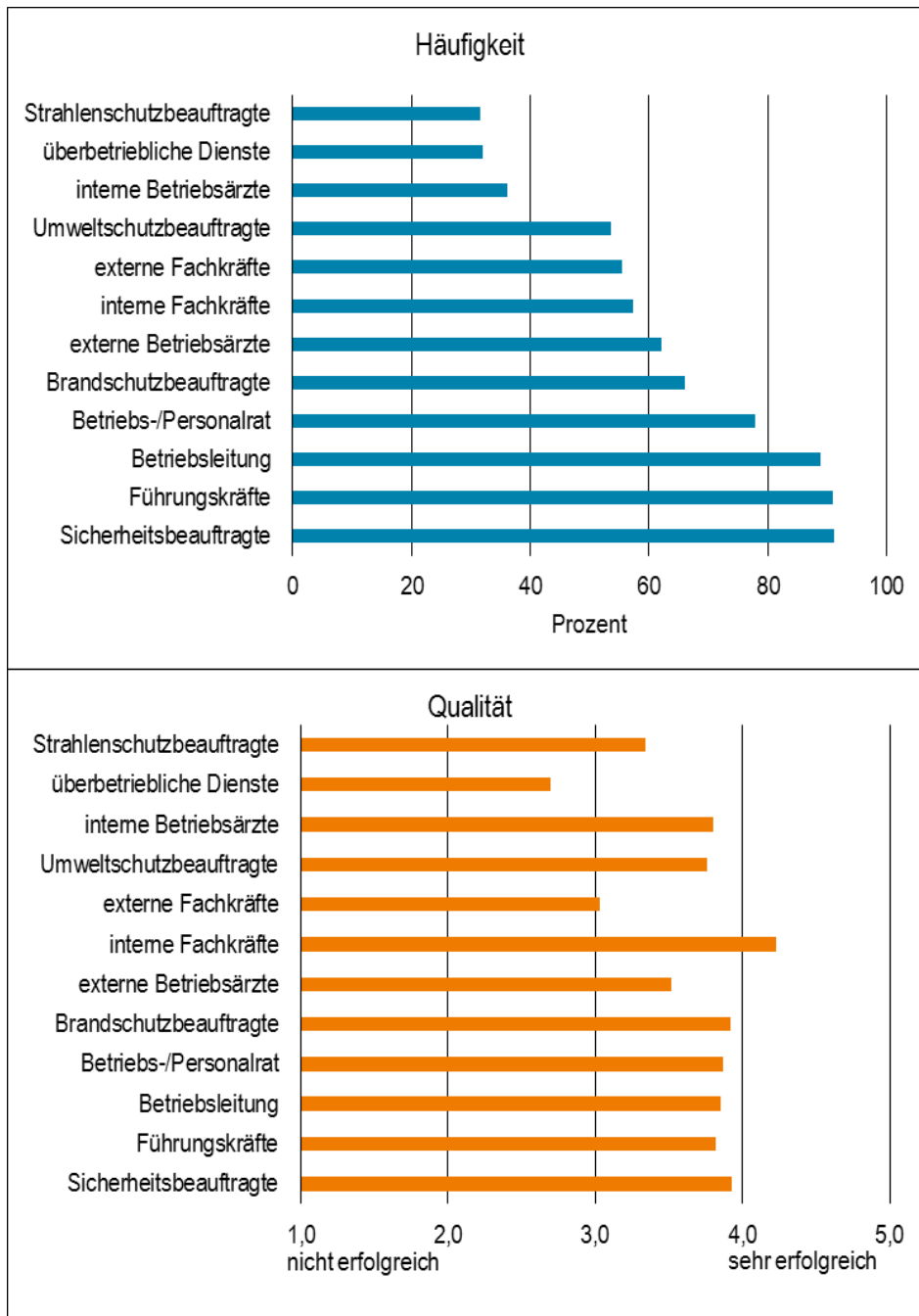
Allgemein unterstützen die Fachkräfte für Arbeitssicherheit die Arbeitgeber beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung. Zu ihren Tätigkeitsfeldern gehören:

- verhaltensbezogene organisatorische Schutzmaßnahmen,
- Analyse von Gefährdungsfaktoren,
- Management des Arbeitsschutzes,
- technisch-organisatorische Gestaltung von Arbeitssystemen,
- personalorientierte Gestaltung von Arbeitssystemen,
- Beschäftigung mit biologisch-chemischen Gefährdungen und
- Analyse eingetretener Ereignisse (Trimpop et al. 2012, S. 54).

Die Arbeitsintensität zwischen den einzelnen Feldern ist unterschiedlich verteilt. Am größten wird die Intensität durch die Fachkräfte bei den verhaltensbezogenen organisatorischen Schutzmaßnahmen und bei der Analyse von Gefährdungsfaktoren eingeschätzt. Die geringste Intensität liegt dagegen bei der personalorientierten Gestaltung von Arbeitssystemen (ebd., S. 58).

Nach dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit sollen die Fachkräfte und die Betriebsärztinnen und -ärzte zusammenarbeiten (§ 10 ASiG). Dennoch gibt es weitere interne und externe Kooperationspartnerinnen und -partner, mit denen die Fachkräfte für Arbeitssicherheit zusammenarbeiten (können) (vgl. Abbildung 6). Oft benannt wird eine Zusammenarbeit mit betrieblichen Sicherheitsbeauftragten, Führungskräften, der Betriebsleitung und mit dem Betriebs-/Personalrat. Mit Blick auf die von den Fachkräften eingeschätzte Qualität der Zusammenarbeit zeigt sich, dass die Zusammenarbeit mit den internen Fachkräften am besten bewertet wird. Während die Zusammenarbeit mit allen anderen Akteuren recht gut abschneidet, fällt die vergleichsweise schlechte Bewertung der Zusammenarbeit mit den überbetrieblichen Diensten, den externen Fachkräften und den externen Betriebsärztinnen und -ärzten auf. Weiterhin kann hinsichtlich der Kooperation gezeigt werden, dass die Initiative zur Zusammenarbeit bei der Betriebsleitung und den Führungskräften eher von den Fachkräften für Arbeitssicherheit ausgeht. Ausgeglichen ist die Initiative zur Zusammenarbeit mit den Betriebsärztinnen und -ärzten sowie mit dem Betriebsrat (ebd., S. 353).

Abbildung 6: Häufigkeit und Qualität der Zusammenarbeit der Fachkräfte für Arbeitssicherheit mit Kooperationspartnern



Quelle: Trimpop et al. 2012, S. 348f. Eigene Darstellung.

Zusammenfassend lässt sich für die innerbetrieblichen Akteure festhalten, dass die Prävention mit einer unterschiedlichen Schwerpunktsetzung gestaltet wird. Die Ergebnisse der bisherigen Forschung legen nahe, dass Gestaltungs- und Umsetzungspotenziale nicht vollends ausge-

schöpft werden. Die Forschungsergebnisse lassen zudem den Schluss zu, dass die bestehenden verhältnispräventiven Maßnahmen nur soweit wirken können, als dass die Beschäftigten diese auch nutzen (können und/oder wollen) wie z. B. die Regelungen zur Arbeitszeiten. Anhand der vorgestellten Ergebnisse sind nur begrenzt Rückschlüsse darauf möglich, von welchen Akteuren die Verhaltens- oder die Verhältnisprävention unterstützt wird.

Weiterhin ist festzustellen, dass Allianzen, Netzwerke oder Kooperationen mehrerer Akteure im überwiegenden Teil der Forschung nicht im Vordergrund stehen. Vereinzelt lassen sich jedoch Ergebnisse identifizieren, die auf eine Zusammenarbeit bzw. auf eine fehlende Zusammenarbeit zwischen zwei oder mehreren Akteuren eingehen.

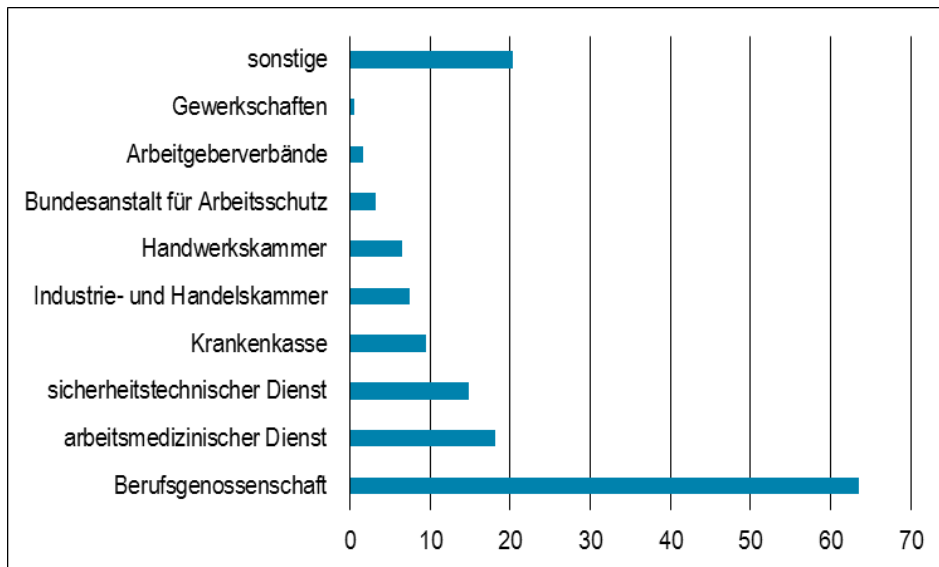
3.2 Außerbetriebliche Akteure

3.2.1 Beratungs- und Informationsangebote

Die außerbetrieblichen Akteure bieten eine breite Palette an Bildungsinhalten und Informationen sowie Dienstleistungen und Kontrollinstrumenten zur betrieblichen Prävention an. Die Angebote richten sich unter anderem an die betriebliche Interessenvertretung, die Führungskräfte, die Fachkräfte für Arbeitssicherheit, die Sicherheitsbeauftragten, den betriebsärztlichen Dienst und die Schwerbehindertenvertretungen. Zu den Inhalten im Rahmen der betrieblichen Prävention gehören Grundlagen des gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, Informationen und Leitfäden zur Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen und Informationen über eine verhaltensorientierte Gesundheitsförderung (Blume et al. 2011, S. 59f.).

Mit Blick auf die KMU fällt die Nutzung externer Beratungsstellen durch die Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer unterschiedlich aus. Mit über 60 Prozent wird die Beratungsstelle der Berufsgenossenschaften am meisten genutzt. Es folgen der arbeitsmedizinische und der sicherheitstechnische Dienst mit 18 Prozent und 15 Prozent (vgl. Abbildung 7). Gegen eine breite Nutzung sprechen Defizite externer Akteure in der Ausrichtung auf KMUs, da die Betreuung vermehrt auf Großbetriebe ausgerichtet ist (weitere hemmende und auch fördernde Faktoren für die Zusammenarbeit von KMUs und außerbetrieblichen Akteuren vgl. Tabelle 2).

Abbildung 7: Genutzte externe Beratungsstellen von den Geschäftsführungen in KMU (Mehrfachnennung möglich, Angaben in Prozent)



Quelle: Sczesny et al. 2014, S. 107. Eigene Darstellung.

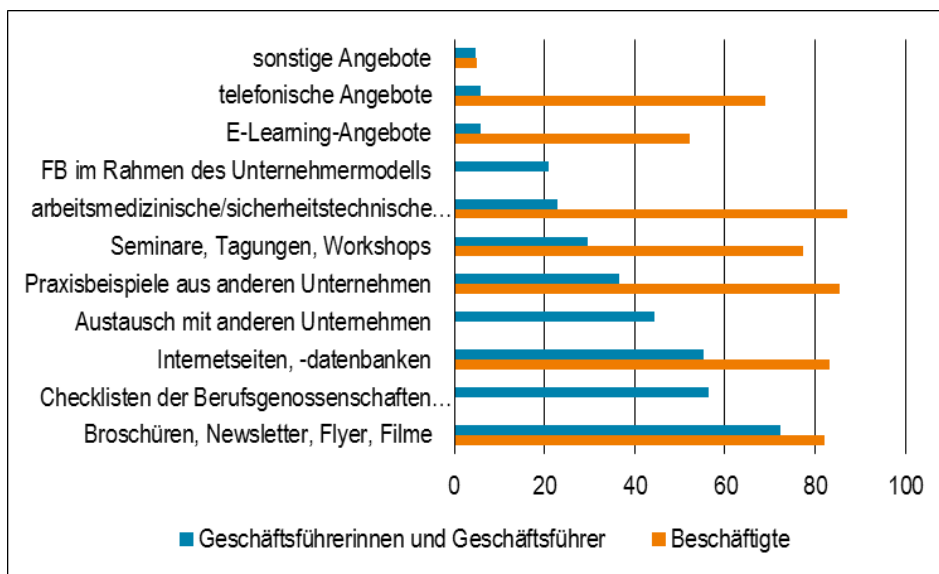
Tabelle 2: Förderliche und hemmende Faktoren für ein BGM in KMU auf der außerbetrieblichen Ebene aus Sicht externer Akteure

Förderliche Faktoren	Hemmende Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • persönliche Gespräche bei Begegnungen sowie einschlägige Veranstaltungen werden für effektivsten Weg gehalten, um Arbeitsschutz in Unternehmen hineinzutragen • Orientierung an betrieblichen Gegebenheiten • Verdeutlichung des ökonomischen und gesundheitlichen Nutzens für Unternehmen • Erzeugung von Synergieeffekten, z. B. in Netzwerken und Pools • Arbeitsschutz vermittelt über andere Themen, z. B. Hygiene und Lohnbuchhaltung, in Unternehmen tragen 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Aufbereitung der Informationen entsprechend dem Bedarf von KMU und zu wenig Orientierung auf betriebliche Zielgruppen • erhebliche Defizite in der Betreuung von KMU, da zu sehr an Großbetrieben orientiert • Akzeptanzprobleme sowie „angestaubtes Protestpotenzial“ gegenüber arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienstleistungserbringern

Quelle: Sczesny et al. 2014, S. 21. Eigene Darstellung.

Die Beschäftigten sowie die Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer der KMU nutzen insbesondere den Zugang über Broschüren, Newsletter, Flyer und Filme. Bei den Beschäftigten ist zudem die Nutzung des Internets, von Praxisbeispielen anderer Betriebe und von arbeitsmedizinischen/sicherheitstechnischen Angeboten weit verbreitet (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Nutzung externer Informations- und Beratungsangebote durch Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer sowie Beschäftigte in KMU (Angaben in Prozent)



Quelle: Sczesny et al. 2014, S. 229. Eigene Darstellung.

3.2.2 Initiativen der Gewerkschaften

Für die vergangenen Jahre kann eine Vielzahl an Gewerkschaftsaktivitäten nachgezeichnet werden, von denen drei Initiativen hier näher beschrieben werden.⁴

Mit dem Projekt „Gute Arbeit“ von der IG Metall von 2004 bis 2007 wurde das Ziel verfolgt, Betriebe, Tarifparteien und Politik zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen anzuregen. Es wurden unterschiedliche Instrumente entwickelt sowie Workshops und Informationsmaterialien angeboten (Blume et al. 2011, S. 39f.). Das Projekt umfasst drei Dimensionen:

⁴ Die Eingrenzung auf diese gewerkschaftlichen Aktivitäten basiert auf der Literaturvorlage von Blume et al. (2010).

- *Widerstandsdimension*: Ziel ist es, durch Stärkung und Qualifizierung betrieblicher Akteure schlechte Arbeit zu begrenzen.
- *Gestaltungsdimension*: Es geht um die Herstellung betriebspolitischer Handlungsfähigkeit (gestützt auf Arbeitsschutz- und Mitbestimmungsrechte) und um die Entwicklung von Gestaltungskonzepten für die Arbeitsbedingungen.
- *Zukunftsdimension*: Kern ist hier, die Beschäftigtenansprüche an die Arbeitsqualität zu stärken und es geht um die Freisetzung sozialer Fantasie (ebd., S. 41).

Die ver.di-Initiative „Faire Arbeit“ zielte auf die Beschäftigung in Banken und Versicherungen, in der die Arbeit zunehmend durch Steuerungsformen wie z. B. Zielvorgaben geprägt ist. Es wurde die Gefahr gesehen, dass „[d]er Markt [...] den Mitarbeitern damit unmittelbar gegenüber [tritt]“ (ebd., S. 42). Um diesen Gegebenheiten gerecht werden zu können, würden die Mitarbeitenden Regelungen zum Schutz ihrer Gesundheit (freiwillig) unterlaufen (ebd., S. 42). Hinter der ver.di Initiative stehen einzelne weitere Initiativen der Landesbezirke. In Hamburg wurde bspw. ein integrativer Ansatz verfolgt, der auf eine betriebliche Zusammenarbeit von Vorständen, Betriebsräten und Gewerkschaften zielte. Gleichzeitig wurden für jede dieser Gruppen zugeschnittene Informationsmöglichkeiten angeboten (ebd., S. 43). In Nordrhein-Westfalen wurde dagegen das Ziel verfolgt, Themen wie Leistungsverdichtung, Belastung und Überforderung im Bereich der Finanzdienstleistungen zu enttabuisieren. Der Fokus lag dabei auf der Interessenvertretung und den Beschäftigten und nicht wie in Hamburg auf der Erarbeitung kooperativer Lösungen mit den Geschäftsleitungen (ebd., S. 44). Dies zeigt, dass obwohl es sich um eine Initiative handelt, in den Landesbezirken unterschiedliche Möglichkeiten zur Zusammenarbeit bestehen.

Mit der Kampagne „Modell Deutschland ... zuerst der Mensch“ und den dazugehörigen Initiativen zielt die IG BCE auf eine Sensibilisierung der Beschäftigten, Betriebsrätinnen und -räte und der Arbeitgeberseite für das Gesundheitsthema und darauf, die Betriebe zur Implementierung von betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen zu motivieren (ebd., S. 47f.).

Dieser Ausschnitt zu den gewerkschaftlichen Aktivitäten bietet Hinweise darauf, dass die Arbeitnehmerorganisationen sowohl auf eine Verhaltensprävention abzielen, aber das Setting des Betriebes stärker ins Zentrum ihrer Bestrebungen stellen.

3.2.3 Arbeitgeberverbände mit Informations- und Beratungsdiensten

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sieht die Arbeitgeberverbände in der Rolle des Ratgebers und Unterstützers in der betrieblichen Gesundheitspolitik und weniger als handelnde Akteure der betrieblichen und überbetrieblichen Gesundheitspolitik (Blume et al. 2011, S. 53). Die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern bedient vor diesem Hintergrund zum einen die Bereitstellung von Informationsmaterialien und die Bereitstellung von (Kurz-)Verfahren zur Messung psychischer Belastungen. Zum anderen sind die Arbeitgeberverbände Ansprechpartner bei Beratungsbedarfen bzw. die Arbeitgeberverbände vermitteln die Betriebe an die entsprechenden Beratungsstellen weiter (ebd., S. 55).

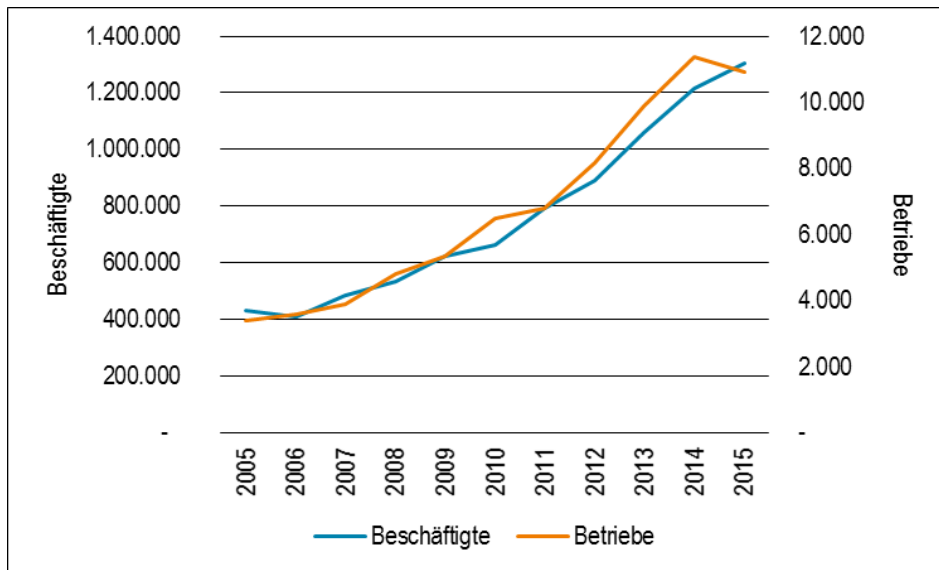
Dementsprechend lässt sich für die Arbeitgeberverbände vermuten, dass mit ihnen insbesondere dann Kooperationen mit den Arbeitgebern entstehen, wenn in den Betrieben konkrete Informations- oder Bildungsbedarfe bestehen.

3.2.4 Die Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Insgesamt haben die gesetzlichen Krankenkassen ihre Aktivitäten im Bereich der BGF in den letzten Jahrzehnten ausgebaut: 2015 erreichten die Krankenkassen etwa dreimal so viele Beschäftigte und Betriebe wie noch 2005 (vgl. Abbildung 9). Bezogen auf die 31,4 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Stand 2015, BA) sind es jedoch nur 4 Prozent der Beschäftigten, die von den Aktivitäten der Krankenkassen profitieren können. Mit dem Präventionsgesetz ist seit Anfang 2016 ein Ausgabenrichtwert festgelegt, d.h. für primärpräventive und gesundheitsfördernde Leistungen gilt ein Ausgabenrichtwert von sieben Euro pro versicherte Person (mit einer jährlichen Dynamisierung). Mit diesem finanziellen Mitteln sollen für lebensweltbezogene Präventionsangebote, darunter auch in den Betrieben, eingesetzt werden (weiteres zum Präventionsgesetz vgl. Infobox 7). Ob und wie dadurch neue Netzwerke oder Kooperationsmechanismen entstehen, bleibt abzuwarten.

Abbildung 9: Von den Krankenkassen erreichte Betriebe und Beschäftigte mit einer Betrieblichen Gesundheitsförderung



Quelle: Wagner 2016, S. 49ff. Eigene Darstellung.

Infobox 7:

Präventionsgesetz

Mit dem Präventionsgesetz von 2016 wurde eine nationale Präventionsstrategie etabliert, die von der Nationalen Präventionskonferenz entwickelt und fortgeschrieben werden soll. Zur Nationalen Präventionskonferenz gehören der GKV-Spitzenverband (als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband der Pflegekassen), die gesetzliche Unfallversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung. Damit wird die Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungen hinsichtlich der Prävention auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

Die Krankenkassen bieten den Betrieben eine Vielzahl an BGF-Leistungen an; darunter sind z. B. Analysen zur Bedarfsermittlung, Beratungsleistungen oder die Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen (GKV-Spitzenverband 2017). Weiterhin sind die Krankenkassen nach §20b Abs. 3 SGB V dazu angehalten, die Betriebe in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen hinsichtlich ihrer BGF zu beraten und zu unterstützen. Die Koordinierungsstellen sollen einen niedrighschwelligem Zugang bieten, um dadurch insbesondere die KMU anzusprechen (Grimm/Wagemann 2016, 18f.).

Die Präventionsaktivitäten der einzelnen Krankenkassen fußen auf dem „Leitfaden Prävention“, der eine gemeinsame und einheitliche Grundlage für das Krankenkassenhandeln bildet. In diesem Leitfaden werden sowohl Grundsätze als auch Präventions- und Gesundheitsförderziele festgehalten. Ausgehend von diesem Leitfaden zielen die Krankenkassen darauf, psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen zu reduzieren und gesundheitsfördernde Potenziale auszuschöpfen (Köpke 2012, 3f.).

In der Zusammenarbeit von Krankenkassen und Betrieben können ökonomische Anreize ebenfalls eine Rolle spielen. Von Michaelis (2008, S. 87) wird angeführt, dass „[a]uch Krankenkassen [...] mit Anreizen [...] die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen [ökonomisch erfolgreich] steuern“. Anreize können z. B. geldwerte Vorteile, wettbewerbsrelevante Zertifikate oder Prämien sein. Dabei zielt die Steuerung meist auf die individuelle Ebene der Beschäftigten also auf die Verhaltensprävention. Eine Ausrichtung auf die betriebliche Ebene erfolgt erst dann, wenn entweder eine Betriebskrankenkasse an den Betrieb gekoppelt ist oder die Mehrzahl der Beschäftigten bei einer Krankenkasse versichert ist. Damit ist eine verhältnispräventive Ausrichtung von Maßnahmen durchaus voraussetzungsvoll.

Ein Beispiel für die Umsetzung ökonomischer Anreize ist das Bonusprogramm des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen. Hierbei erhalten Betriebe einen Bonus, der sich an der Intensität, dem Umfang, der Dauer und der Systematik der betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen orientiert. Der Bonus darf jedoch nicht die Aufwendungen für die Maßnahmen übersteigen (ebd., S. 87).

Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)

Zu den Aufgaben der GUV gehört

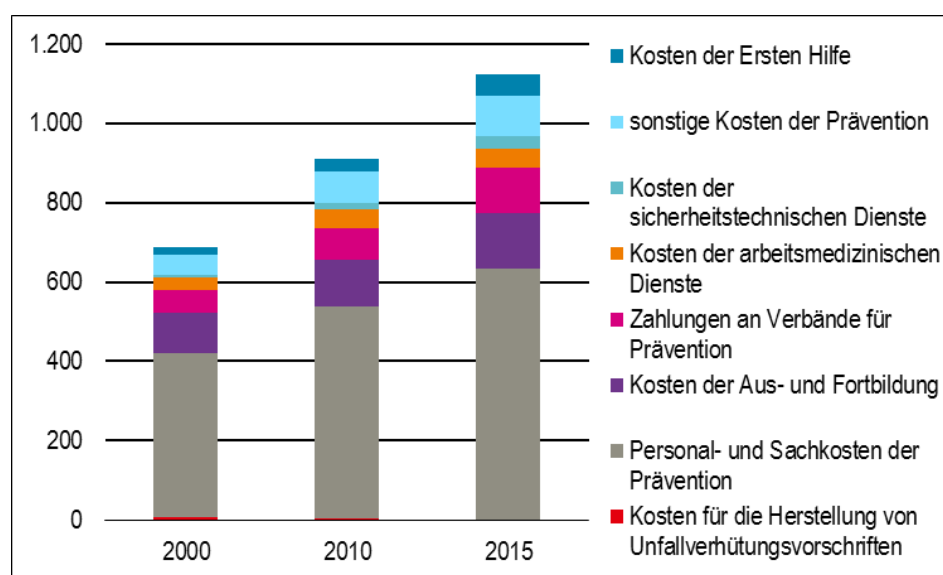
„die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln, [...] die Wiederherstellung der Gesundheit der Versicherten nach Eintritt eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und [...] die Erbringung von Geldleistungen im Versicherungsfall“
(Lempert-Horstkotte/
Wellmann 2010, S. 25).

In diesem Zusammenhang überwachen die Träger der GUV die präventiven Maßnahmen in den Betrieben und beraten Versicherte und Betriebe (ebd., S. 25). Zu den Trägern der GUV gehören die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und die Unfallkassen der öffentlichen Hand.

Neben der beratenden Funktion der Unfallversicherungsträger bei der Einführung von Präventionsmaßnahmen in Betrieben übernehmen sie

die bei der Implementierung anfallenden Kosten. Die steigenden Ausgaben zwischen 2010 und 2015 lassen den Schluss zu, dass bei den Trägern der GUV ähnlich wie bei den Krankenkassen die Präventionsbemühungen in den Betrieben intensiviert worden sind. Bis auf die Ausgaben für die Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften sind alle anderen Einzelposten gestiegen, insbesondere die Ausgaben für die sicherheitstechnischen Dienste (vgl. Abbildung 10). Die weitergehenden Durchführungskosten müssen dann von den Betrieben selbst getragen werden.

Abbildung 10: Kosten GUV-Träger für Prävention (Steuerungskosten, Angaben in Millionen Euro)



Quelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband 2016, S. 55. Eigene Darstellung.

Darüber hinaus initiieren und beteiligten sich die Träger der GUV an vielfältigen Präventionsprogrammen. Bspw. wurde bereits 1996 ausgehend von der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft mit Verbänden der Zeitarbeitsunternehmen ein Modell eingeführt, das den Schwerpunkt auf ein integriertes Qualitäts-, Arbeits- und Gesundheitsschutzmanagementsystem legt. Im Rahmen dieses Modells wurden technische Aufsichtsdienste dazu befähigt, Anforderungen an den Arbeitsschutz (z. B. Einführung von Arbeitsschutzvereinbarungen zwischen Verleiher und Entleiher) zu begegnen. Weiterhin wurden branchenspezifische Informationsmaterialien für Zeitarbeitsunternehmen und Entleihfirmen bereitgestellt und Seminare für die Zeitarbeitsbranche angeboten. In der Folge konnte durch dieses Präventionsprogramm ein Rückgang von Arbeitsunfällen für Be-

schäftigte in der Zeitarbeitsbranche verzeichnet werden (Kohstall/Mehnert/Reschner 2005, S. 147).

Wesentliche Kooperationspartner der GUV-Träger sind die gesetzlichen Krankenkassen, die am betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz mitwirken (vgl. Infobox 8). Zwischen den Trägern der GKV und denen der GUV gilt eine Rahmenvereinbarung, in der ihre Zusammenarbeit bei der Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und zur Umsetzung von BGF-Maßnahmen geregelt ist. Bspw. wird in dieser Vereinbarung auf die Notwendigkeit kassenartenübergreifende Zusammenarbeit hingewiesen, wenn die Beschäftigten eines Betriebes bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind. Die Entwicklung und Durchführung von BGF-Maßnahmen soll auch dadurch verbessert werden, indem Daten wechselseitig zwischen den Trägern ausgetauscht werden (Köpke 2012, S. 4).

Infobox 8:

Gesetzliche Grundlagen zur Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung

§ 14 SGB VII, Abs. 1 und 2 (gesetzliche Unfallversicherung)

(1) Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.

(2) Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen.

[...]

§ 20b SGB V, Abs. 1 und 2 (gesetzliche Krankenversicherung)

(1) Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. [...]

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. [...]

Trotz dieser Rahmenvereinbarung kann aus Fallstudien resümiert werden, dass Kooperationsbemühungen bei konkreten betrieblichen Präventionsmaßnahmen weniger von den Sozialversicherungsträgern ausgehen. Vielmehr müssen die Betriebe aktiv auf die GKV und die GUV zugehen, um dort gemeinsame Leistungen abzurufen. Kooperationen zwischen den Trägern der GKV und der GUV lassen sich dagegen eher auf überbetrieblicher Ebene finden, z. B. im Rahmen der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) (Wellmann/Lempert-Horstkotte 2009, S. 226). In diesem Zusammenhang wären weitergehende Erkenntnisse darüber wünschenswert, welche betrieblichen Akteure überhaupt den Kontakt zu den Trägern der GKV und der GUV herstellen und welche Bedingungen hier die Herstellung einer Zusammenarbeit unterstützen oder hemmen. Darüber hinaus wäre zu reflektieren, inwiefern das Präventionsgesetz hier Hindernisse abbauen konnte.

Zusammengenommen zeigen sich bei den außerbetrieblichen Akteuren vielfältige Aktivitäten im Bereich des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Beratungsangebote scheinen dabei von den Akteuren als ein wesentliches Instrument zur Verbesserung der betrieblichen Prävention zu sein. Wenngleich vorhanden sind dagegen Aktivitäten gemeinsam mit den betrieblichen Akteuren eher weniger weit verbreitet. Gleichzeitig werden Lücken in der Ausrichtung auf KMU deutlich, die jedoch zunehmend gefüllt werden.⁵ Die hier zusammengetragenen Ergebnisse lassen die Vermutung zu, dass die einzelnen Akteure entweder eher auf die Verhaltensprävention (GKV) statt auf die Verhältnisprävention (GUV) ausgerichtet sind. Nicht zuletzt weil der Zugang zu einzelnen Beschäftigten leichter scheint, während die Umsetzung verhältnispräventiver Ansätze z. B. durch die Vielfalt einzelner Kassen voraussetzungsvoll ist.

⁵ Neben den hier näher dargestellten externen Akteuren tragen z. B. die Arbeitsschutzbehörden zur betrieblichen Prävention bei. Sie wurden in diesem Bericht nicht näher dargestellt, weil aus der Literaturrecherche keine dezidierten Forschungsarbeiten zu ihrem Wirken hervorgingen.

4. Kooperationsbeispiele

Mit den folgenden Kooperationsbeispielen werden exemplarisch Programme und Projekte vorgestellt, um einen Eindruck davon zu vermitteln, welche Kooperationen in der Praxis umgesetzt werden (können).

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)

Die GDA ist im ArbSchG und im SGB VII verankert. Die Zusammenarbeit von Bund, Ländern und GUV-Trägern soll zur Modernisierung und strategischen Ausrichtung des Arbeitsschutzsystems beitragen.

„Dies zeigt sich insbesondere in der gemeinsamen Prioritätensetzung im Rahmen nationaler Arbeitsschutzziele und deren Umsetzung in gemeinsamen bundesweiten Arbeitsprogrammen als auch in der Abstimmung von Vorgehensweisen und Inhalten der Beratungs- und Überwachungstätigkeiten sowie in der Optimierung des Vorschriften- und Regelwerks im Arbeitsschutz.“ (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2016, S. 20)

Im Zeitraum von 2013 bis 2018 zielt die GDA darauf, die Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes zu verbessern (Arbeitsprogramm Organisation), arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verringern (Arbeitsprogramm MSE) und die Gesundheit bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen zu stärken (Arbeitsprogramm Psyche) (ebd., S. 20f.).

→ weitere Informationen unter www.gda-portal.de

Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG)

Das Kooperationsprogramm wurde von 1993 bis 1997 durchgeführt. Beteiligt waren fünf Betriebe aus dem Einzelhandel und der Metallverarbeitung, fünf Betriebskrankenkassen und drei Berufsgenossenschaften und das Bundesministerium für Arbeit (Lempert-Horstkotte/Wellmann 2010, S. 43). Damit war es vor 20 Jahren noch ein

„Vorhaben zur Entwicklung, Etablierung und Erprobung einer neuen Struktur der Zusammenarbeit von Unfallversicherung, Krankenkassen und Betrieb zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ (Höldke/Szych 2006, S. 232).

Das Programm wirkte sich positiv auf die Vertrauensbildung zwischen den Gesundheitsakteuren und auf die Förderung wechselseitiger Lernprozesse aus (Lempert-Horstkotte/Wellmann 2010, S. 44). Dennoch kann konstatiert werden, dass das gegenseitige Verständnis für die jeweiligen Aufgaben und Handlungsansätze der Akteure noch ausbaufähig

hig war (Höldke/Szych 2006, S. 232). Dies zeigt, auch wenn Projekte zur betrieblichen Gesundheit nicht dauerhaft angelegt sind, können sich positive Effekte auf die Zusammenarbeit der Akteure ergeben und die Lerneffekte können in weiteren Projekten genutzt werden.

Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit (IPAG)

Dieses Programm setzte an den Erfahrungen von KOPAG an und entwickelte diese für Kooperationsstrukturen und Präventionsansätze speziell in KMU weiter (Lempert-Horstkotte/Wellmann 2010, S. 43). Das Programm lief von 1998 bis 2001. Ziel war es, Konzepte und Instrumente zur Erkennung und Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu entwickeln und die Zusammenarbeit von Trägern der GUV, GKV und den KMU-Betrieben zu fördern (Höldke/Szych 2006, S. 232). Die Durchführung dieses Programms zeigt, dass über spezifische Kooperationsstrukturen, die sich aus den besonderen Herausforderungen für eine betriebliche Prävention in KMU ergeben, ein anderer Zugang externer Akteure in die KMU nötig ist.

Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA)

Die Initiative basiert auf der Zusammenarbeit von Trägern der GKV und GUV. Die Themenschwerpunkte der Initiative liegen auf Präventionszielen, auf der Arbeit im Wandel, auf der Gestaltung gesunder Arbeit und auf der Wirksamkeit von Prävention. Darüber hinaus strebt die IGA eine Vernetzung und einen Informationsaustausch von Wirtschaft, Politik, Sozialpartnern, den Selbstverwaltungen von Krankenkassen und Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der Wissenschaft und Praxis an (Lempert-Horstkotte/Wellmann 2010, S. 44).

→ weitere Informationen unter www.iga-info.de

Mit dem vom IGA getragenen Netzwerk *Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)* wird das Präventionsziel der IGA verfolgt. Es ist eine nationale Plattform für Organisationen, Netzwerke und Einzelpersonen, in der bestehende Aktivitäten zum Arbeitsschutz und zur Gesundheitsförderung gebündelt werden (Höldke/Szych 2006, S. 235). Damit bietet es eine Grundlage, um Erfahrungen mit der betrieblichen Prävention auszutauschen.

→ weitere Informationen unter www.dnbgf.de

Initiative Qualität der Arbeit (INQA)

In der Initiative engagieren sich Sozialpartner, Sozialversicherungsträger, Bund, Länder und Stiftungen. Das zentrale Ziel ist, dass das „Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten zuallererst aus sozialer

Verantwortung heraus geschützt und gefördert werden“ soll (Höldke und Szych 2006, S. 235). Gleichzeitig soll der Unternehmenszweck bedient und die Wettbewerbsfähigkeit erhöht werden (ebd., S. 235). Unter anderem werden den Betrieben und Institutionen Beratungsprogramme wie „unternehmensWert:Mensch“ und „INQA-Audit Zukunftsfähige Unternehmenskultur“ angeboten. Weiterhin werden auf der Internetseite Praxisbeispiele von betrieblichen Präventionsmaßnahmen vorgestellt. Diese Initiative geht dabei nicht allein auf das Gesundheitsthema ein, sondern auch auf Personalführung, Chancengleichheit und Diversity sowie Wissen und Kompetenz.

→ weitere Informationen unter www.inga.de

Speziell für den Mittelstand bietet INQA das Netzwerk „*Offensive Mittelstand*“ an. Durch die Netzwerkarbeit sollen strategische Vorteile genutzt werden, um insbesondere kleine Betriebe mit bis zu 25 Beschäftigten zu erreichen (Cernavin 2017, S. 134). Im Zentrum der Netzwerkarbeit stehen drei Maßnahmen: Verdeutlichen von Gemeinsamkeiten (Entwicklung von Praxisstandards-Mittelstand), Aufbau von Vertrauen durch ein besseres Kennenlernen sowie eine Zusammenarbeit und Kooperationen vor Ort. Das Netzwerk bearbeitet unterschiedliche Themenbereiche wie Handwerk, Mittelstand 4.0, Gesundheitsmanagement und andere in Arbeits- und Fachgruppen (ebd., S. 135). Über die Koordinierung der Kleinbetriebe in Netzwerken wird versucht, den hemmenden Faktor mangelnder zeitlicher und personeller Ressourcen bei der betrieblichen Prävention aufzulösen.

→ weitere Informationen unter www.offensive-mittelstand.de

Ganz. Sicher. Gesund.

Zu den Prämissen dieses Pilotprojektes gehört es, dass unterschiedliche Akteure „[v]oneinander wissen, miteinander handeln [und] Gesundheit managen“ (Erb et al. 2017, S. 262). Zu den Kooperationspartnerinnen und -partnern gehören die IG BCE, der Arbeitgeberverband Chemie Rheinland-Pfalz e.V., die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie, die BKK Pfalz, die pronova BKK, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, die Deutsche Rentenversicherung Saarland, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz und das Ministerium für Umwelt und Verbraucherschutz Saarland. Für ein gemeinsames Handeln wurden einzelne Bausteine bzw. Maßnahmen der Akteure zusammengeführt. Die Projektpartnerinnen und -partner verständigten sich über betriebliche Analysemöglichkeiten von Belastungen und Gesundheitsgefahren, den Einsatz von entsprechenden Maßnahmen und

deren Evaluation (Erb et al. 2017, S. 264). Die Verantwortung verblieb dabei auf der Ebene der innerbetrieblichen Akteure: Betriebsrat, Personalabteilungen, Schwerbehindertenvertretungen, Geschäftsführungen und/oder mittleres Management, Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit. Der Blick richtete sich sowohl auf die Primärprävention, als auch auf die berufliche und medizinische Rehabilitation, das BEM und die Reha-Fachberatung (Erb et al. 2017, S. 265). Eines der Maßnahmen aus dem Pilotprojekt ist die „Perspektive Gesundheit“. Dabei sollen in Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern die Beschäftigten über 18 Monate in der gesunden Gestaltung des beruflichen und privaten Alltags geschult werden. Die Betreuung erfolgt durch einen Präventionsmanager, der im Rahmen von Gruppen- und Einzelterminen und per Mail für die Beschäftigten erreichbar ist (Erb et al. 2017, S. 265).

Gesund und sicher im Kleinstbetrieb (GUSIK)

In dem 2005 gestarteten Modellvorhaben ist ein Tandem aus Betriebsärztin bzw. -arzt und einer Fachkraft für Arbeitssicherheit für ein homogenes Cluster von Kleinstbetrieben verantwortlich, das von einer Handwerksorganisation zusammengestellt worden ist. Die Präventionsaktivitäten sollen für die beteiligten Betriebe koordiniert werden. Ziel der Veranstaltungen ist es, eine Kommunikation zwischen den Akteuren zu ermöglichen. Erprobt wurde dieses Modellvorhaben in der Metallbranche in Rheinland-Pfalz und in Steinmetzbetrieben in Thüringen. Zwar wurden die Etablierung und die Entwicklung einer Instrumenten-Box dokumentiert, die Möglichkeiten, dieses Modell auf andere Branchen zu übertragen, jedoch nicht (Pröll/Ammon/Maylandt 2011, S. 119).

Handwerksbezogene Gesundheitsförderung – Entwicklung eines Praxismodells

Bereits Anfang der 1990er Jahre führten Innungskrankenkassen ein Modellprojekt unter dem Titel „Handwerksbezogene Gesundheitsförderung – Entwicklung eines Praxismodells“ durch (Riemann/Wagner 1995). Dabei sollte die kooperative Durchführung von Maßnahmen im Handwerk untersucht werden. Zentrale Partnerinnen und Partner waren auf lokaler Ebene die Berufsgenossenschaften und deren arbeitsmedizinischer Dienst, die Kfz-Innung und der Gewerbeverband auf der Arbeitgeberseite und der Gesellenausschuss und die IG Metall auf der Arbeitnehmerseite (ebd., S. 7). Eine dieser Maßnahmen im Rahmen des Praxismodells war die mobile Arbeitsplatzberatung. Das Team dazu setzte sich aus einem technischen und einem arbeitsmedizinischen Mitarbeiter der Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft sowie dem zuständigen Mitarbeiter der IKK Düsseldorf zusammen (ebd., S. 4). Aus

Sicht der Innungskrankenkassen wird der Kooperationsversuch zusammenfassend als erfolgreich eingestuft. Die Untersuchung der Kooperation zeigt, dass alle Akteure das übergreifende Ziel, sich für „die Verbesserung der Gesundheit von Kollegen/Mitarbeiter/Versicherten einzusetzen“ (ebd., S. 66), verfolgten. Daneben können Einzelinteressen identifiziert werden. So lag das Interesse der Gewerkschaft (IG Metall) in einer Sensibilisierung des bisher im Handwerk vernachlässigten Gesundheitsthemas. Die Berufsgenossen sahen in den Maßnahmen die Möglichkeit, die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu erproben und gleichzeitig ihr Image einer Aufsichtsbehörde loszuwerden (ebd., S. 66f.).

3Q-Studie

Die 3Q-Studie umfasst die Arbeitssituation von Pflegenden. Sie wurde in Zusammenarbeit der Bergischen Universität Wuppertal und der Johanner Seniorenhäuser durchgeführt (Schmidt et al. 2012). Hintergrund ist eine Befragung der Einrichtung zu Arbeitsbedingungen. Die jeweiligen einrichtungsspezifischen Rückmeldungen sollten die Pflegeeinrichtungen dazu anregen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern (ebd., S. 46). In der Folge konnte ein „weitgehend hohes Engagement zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen“ (ebd., S. 47) festgestellt werden, das sich in sechs Maßnahmenfelder der Einrichtungen niederschlägt: Gesundheitsförderung, Teambildung, Mitarbeiterförderung, Führung, Arbeitsorganisation und Umgang mit den Bewohnern. An dieser Stelle werden nur die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und der Arbeitsorganisation dargestellt.

Es zeigt sich, dass in den Einrichtungen der primärpräventive Fokus insbesondere auf die Rückengesundheit und auf die psychische Gesundheit gelegt worden ist. Die entsprechenden Präventionskonzepte wurden in den Einrichtungen in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und mit den hausinternen Physiotherapeuten ausgearbeitet (ebd., S. 52f.). Zum einen wurde auf verhaltenspräventive Maßnahmen gesetzt (Rückengesundheit). Zum anderen wurden zur Verbesserung der psychischen Arbeitsbelastungen Veränderungen in der Arbeitsorganisation vorgenommen, die zu einer Entlastung der Pflegekräfte beitragen sollte. Entsprechend der Einschätzung der Beschäftigten, dass zu wenig Zeit sei, um mit den Bewohnerinnen und Bewohner zu sprechen, wurden Maßnahmen entwickelt, die mehr Freiräume für Gespräche schaffen sollten (ebd., S. 58). Dieses Projekt zeigt, wie durch die Analyse von Belastungsfaktoren das Gesundheitsthema unterschiedlichen Akteuren in der Einrichtung bewusst gemacht werden kann und darauf aufbauend

Maßnahmen, auch unter Einbindung von eigenen, innerbetrieblichen fachlichen Experten entwickelt werden kann.

Zusammenfassend zeigen die Kooperationsbeispiele, dass die betriebliche Prävention bereits von vielen Kooperationen getragen wird. Dennoch fehlen weitestgehend Erkenntnisse darüber, wie unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Erwartungen die einzelnen Akteure mit anderen Akteuren auf betrieblicher oder außerbetrieblicher Ebene zusammenarbeiten und wie sich im Einzelnen die Ergebnisse dieser Kooperationen auf die Einführung und Wirksamkeit betrieblicher Prävention niederschlagen.

5. Fazit

Das Forschungsmonitoring hat zum Ziel, den aktuellen Forschungsstand zu neuen Allianzen für den Erhalt der betrieblichen Beschäftigungsfähigkeit zu beschreiben. Der hier vorgelegte erste Monitor konzentriert sich auf den Forschungsstand über Allianzen betrieblicher und überbetrieblicher Akteure in der *Primärprävention*, also zu Aktivitäten, die darauf gerichtet sind, Krankheiten und gesundheitliche Einschränkungen aufgrund beruflicher Belastungen zu vermeiden.

Zur Primärprävention gibt es eine reichhaltige Forschungsliteratur und eine ausdifferenzierte Forschungslandschaft. Sie konzentriert sich aber, soweit sie einen Bezug zu verantwortlichen Akteuren herstellt, auf einzelne Akteure und Risiko-Konstellationen und weniger auf Allianzen von unterschiedlichen Akteuren und Mechanismen ihrer Koordination in der Primärprävention. Insgesamt lässt sich die aktuelle Forschung in ihrem erreichten Stand und in ihren erkennbaren Lücken wie folgt zusammenfassen:

Es gibt erhebliche Unterschiede in der Verbreitung und Handhabung präventiver Maßnahmen zwischen den Betrieben. Präventive Maßnahmen sind in größeren Betrieben verbreiteter als in kleinen und mittleren Betrieben und in Betrieben mit einer starken Beschäftigtenvertretung als in Betrieben ohne. Vor diesem Hintergrund bestehen auch unterschiedliche Zugänge zu präventivtätigen Akteuren und Bedarfen an Netzwerkstrukturen. In der zugrunde gelegten Forschungsliteratur bleibt darüber hinaus offen, inwiefern sich durch moderne Arbeitsformen innerhalb der Betriebe (z. B. Homeoffice, flexible Arbeitsorte) Lücken in der Prävention ergeben und wie sie von betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren aufgefangen werden können.

Weiterhin wird anhand der bestehenden Forschung deutlich, dass die Beschäftigten selbst starke Akteure für die erfolgreiche Implementierung von Präventionsmaßnahmen sein können. Die Prävention zielt nicht nur auf die Beschäftigten, die Beschäftigten können zugleich Netzwerkpartner sein. Welche Beteiligungsmöglichkeiten genutzt werden, hängt insbesondere von strukturellen, aber auch kulturellen Bedingungen des Betriebes ab. Inwiefern durch die Einbindung von Beschäftigten als Netzwerkpartner in die Entwicklung und Etablierung präventiver Maßnahmen getroffene Regelungen eingehalten werden, bleibt ungeklärt.

Die in diesem Bericht vorgenommene Bestandsaufnahme zeigt, dass es bereits viele Netzwerke gibt, die als Vernetzungsmöglichkeit, Wissensplattform oder Beratungsinstrument fungieren können. Es scheint

also nicht an Akteuren zu mangeln, die im Rahmen betrieblicher Prävention aktiv werden können. Die Vielfalt der Netzwerke und mehr oder weniger pilothaften bzw. experimentellen Allianzen zeigt, dass in den Allianzen Stärken vermutet werden, die einzelne Akteure der Prävention allein nicht aufweisen. Es fehlt bislang jedoch an Untersuchungen über die Wirksamkeit dieser Allianzen im Vergleich zur konventionellen Prävention.

Die aktuelle Forschung konzentriert sich auf eine Beschreibung der Allianzen. Es fehlen jedoch wissenschaftlich fundierte Erklärungen oder „middle range theories“, die über die Logik einzelner Akteure hinausgehen und die Chancen und Restriktionen der Kooperation thematisieren. Dadurch könnte eine Grundlage geschaffen werden, wodurch die bestehenden Kooperationen und Koordinationsmechanismen für die breite Praxis anschlussfähig werden. Darüber hinaus können auf dieser Grundlage weitergehende Anforderungen an die betriebliche Gesundheitsvorsorge, die sich aus der Digitalisierung oder einem Normverlust des Normalarbeitsverhältnisses, auf eine systematische Grundlage gestellt werden.

Literatur

- Ahlers, Elke (2011): Belastungen am Arbeitsplatz und betrieblicher Gesundheitsschutz vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (WSI-Diskussionspapier, 175).
- Ahlers, Elke (2015): WSI-Betriebs- und Personalrätebefragung. Arbeits- und Gesundheitsschutz hat Konjunktur. Düsseldorf: WSI (Survey News, 03/2015).
- Badura, B./Ritter, W./Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin.
- Beckmann, Olaf/Meschede, Miriam/Zok, Klaus (2016): Unternehmenskultur und Gesundheit: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Erwerbstätigen. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen. Berlin, Heidelberg: Springer (Fehlzeiten-Report, 2016), S. 43–70.
- Beermann, Beate (2008): Nacht- und Schichtarbeit – ein Problem der Vergangenheit? Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Beermann, Beate/Brenscheidt, Frank/Siefer, Anke (2008): Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und -belastungen von Frauen und Männern. In: Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit; Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Heidelberg: Springer (Fehlzeiten-Report, 2007), S. 69–82.
- Beermann, Beate/Kretschmer, Veronika (2015): Schichtarbeit und Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer (Fehlzeiten-Report, 2015), S. 205–214.
- Beutel, Manfred/Kayser, Egon/Kehde, Sonja/Dommer, Thomas/Bleichner, Franz/Schlüter, Kristina/Baumann, Jörg (2000): Berufliche Belastungen, psychosomatische Beschwerden und Lebenszufriedenheit in der zweiten Hälfte des Berufslebens. Vergleich von 3 Altersgruppen in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Psychotherapeut, H. 45, S. 72–81.
- Blume, Andreas/Walter, Uta/Bellmann, Ralf/Wellmann, Holger (2011): Betriebliche Gesundheitspolitik – eine Chance für die Mitbestimmung.

- Potenziale, Hemmnisse und Unterstützungsmöglichkeiten. Berlin: edition sigma (Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, 136).
- Bolm, Kerstin/Pieck, Nadine/Wartmann, Anja (2012): Betriebliches Gesundheitsmanagement fällt nicht vom Himmel. Handlungsanleitung zum Einstieg ins Betriebliche Gesundheitsmanagement. 2. Aufl., Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Edition der Hans-Böckler-Stiftung Gesundheit und Arbeit, 257).
- Brandl, Sebastian/Stelzl, Bernhard (2013): Arbeitsbedingungen und Belastungen im Öffentlichen Dienst. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Arbeitspapier, 290).
- Brucks, Ursula/Schmidt, Christine/Wahl, Wulf B./Scheuch, Klaus/Haufe, Eva/Dietze, Johannes/Neumann, Maren/Dzuck, Monika (2002): Erwartungen von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Betriebsräten an Betriebsärzte. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Forschung, Fb 966).
- Brussig, Martin/Ahlers, Elke (2007): Krankheitsbedingte Fehlzeiten älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im betrieblichen Kontext. In: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 14, H. 4, S. 357–378.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2015. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in Zusammenarbeit mit Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Busch, Klaus (2016): Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen. Berlin, Heidelberg: Springer (Fehlzeiten-Report, 2016), S. 455–466.
- Cernavin, Oleg (2017): Gemeinsam kleine Betriebe wirkungsvoller unterstützen: Offensive Mittelstand. In: Giesert, Marianne/Reuter, Tobias/Liebrich, Anja (Hrsg.): Arbeitsfähigkeit 4.0. Eine gute Balance im Dialog gestalten. Hamburg: VSA Verlag, S. 130–142.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband (2016): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2015.
- Elke, Gabriele/Gurt, Jochen/Möltner, Hannah/Externbrink, Kai (2015): Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung – vergleichende Analyse der Prädiktoren und Moderatoren guter Praxis. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

- Erb, Andreas/Hoffmann, Anika/Linnemann, E./Lomb, M. (2017): „Ganz. Sicher. Gesund.“. Ein (Pilot-)Projekt als regionales Netzwerk. In: Giesert, Marianne/Reuter, Tobias/Liebrich, Anja (Hrsg.): Arbeitsfähigkeit 4.0. Eine gute Balance im Dialog gestalten. Hamburg: VSA Verlag, S. 256–271.
- Georg, Arno/Barkholdt, Corinna/Frerichs, Frerich (2005): Modelle alternsgerechter Arbeit aus Kleinbetrieben und ihre Nutzungsmöglichkeiten. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- GKV-Spitzenverband (2017): Betriebliche Gesundheitsförderung. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/bgf/BGF_s.jsp (Abruf am 17.7.2017).
- Grimm, S./Wagemann, T. (2016): Regionale Koordinierungsstelle für betriebliche Gesundheitsförderung. In: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V./GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2015. Berlin, Essen, S. 18–19.
- Hamacher, Werner/Eickholt, Clarissa/Riebe, Sebastian (2015): Betriebliche und überbetriebliche Einflussgrößen auf die Tätigkeit und Wirksamkeit von Fachkräften für Arbeitssicherheit. Ergebnisse der Sifa-Langzeitstudie und der GDA-Betriebsbefragung 2011 (Gutachten). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hasselhorn, Hans-Martin/Bosselmann, Thomas/Hofmann, Friedrich/Michaelis, Martina/Scheuch, Klaus (2003): Psychosoziale Faktoren und betriebsärztliche Tätigkeit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Forschung Arbeitsmedizin, 1005).
- Hillert, Andreas/Schmitz, Edgar/Christ, Oliver (Hrsg.) (2004): Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern. [Ursachen, Folgen, Lösungen. Stuttgart: Schattauer.
- Höldke, Birgitt/Szych, Lothar (2006): Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Ergebnisse und Perspektiven der Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit 55, H. 7, S. 230–237.
- Iseringhausen, Olaf (2010): Psychische Belastungen und gesundheitliches Wohlbefinden von Beschäftigten im Krankenhaus. In: Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Macco, Katrin (Hrsg.): Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin,

- Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Fehlzeiten-Report, 2009), S. 117–127.
- Janetzke, Hanna (2018): Treiber und Getriebene. Die Rolle des mittleren Managements im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung psychosozialer Belastungen und mögliche Unterstützungsansätze (Study der Hans-Böckler-Stiftung).
- Janetzke, Hanna/Ertel, Michael (2016): Gefährdungsbeurteilung psychosozialer Belastungen im europäischen Vergleich. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Forschungsförderung Working Paper, 16).
- Kirchberg, Siegfried/Kittelmann, Marlies/Matschke, Barbara (2016): Hinweise zur Vorbereitung und Durchführung der Gefährdungsbeurteilung. In: Adolph, Lars/Beermann, Beate/Brenscheidt, Frank/Brockt, Georg/Bux, Kersten/Caffier, Gustav/Dieterich, Frank/Fischer, Hugo/Gabriel, Stephan/Görner, Bettina/Hentschel, Klaus/Hinz, Barbara/Hofert, Regina/Heubach, Nancy/Hopf, Silke/Jäckel/Jäckel, Regina/Janßen, Marco/Janßen, Winfried/Jeschke, Peter/Karl, Matthias/Kirchberg, Siegfried/Kittelmann, Marlies/Krastel, Detlef/Kurtz, Patrick/Lafrenz, Bettina/Lange, Peter/Lee, Doo-Ung/Lepenies, Ingeborg/Liebers, Falk/Linsel, Gunter/Lohse, Gabriele/Matschke, Barbara/Mössner, Thomas/Müller-Arnecke, Heiner/Nagel, Jelena/Neuschulz, Hannelore/Ott, Günter/Richter, Gabriele/Romanus, Erik/Ruppe, Ingeburg/Schatte, Martin/Schöneich, Rüdiger/Schust, Marianne/Schweitzer-Karababa, Iris/Steinberg, Ulf/Tschöcke, Evelyn/Wiechen, Katharina/Weißgerber, Barbara/Wilmes, Annette/Windberg, Hans-Jörg/Windel, Armin/Wischniewski, Sascha/Wolf, Torsten/Otto, Joachim/Nolde, Moana/Schwarz, Silke/Eckhardt, Dietrich/Barth, Christof/Grzech-Sukalo, H./Hänecke, Kerstin/Pieper, Ralf (Hrsg.): Ratgeber zur Gefährdungsbeurteilung – Handbuch für Arbeitsschutzfachleute. 3. Aufl., Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 1–12.
- Kliemt, Gundolf/Voullaire, Ellen (2003): Tätigkeitsspektrum und Rollenverständnis von Betriebsärzten in Deutschland. Ergebnis einer bundesweiten Befragung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Forschung Arbeitsmedizin, 1000).
- Kohstall, T./Mehnert, K./Reschner, C. (2005): Qualität in der Prävention. Beispiele erfolgreicher Prävention. Teilprojekt 4. Dresden: Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung.
- Köper, Birgit/Richter, Gabriele (2016): Restrukturierung und Gesundheit. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Unternehmenskultur und Gesundheit

- Herausforderungen und Chancen. Berlin, Heidelberg: Springer (Fehlzeiten-Report, 2016), S. 159–170.
- Köpke, Karl-Heinz (2012): Betriebliche Gesundheitsförderung als mögliche Vorstufe wirksamer Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 51, H. 01, S. 2–9.
- Lempert-Horstkotte, Jürgen/Wellmann, Holger (2010): Mehr als Arbeitsunfälle vermeiden. Die Präventionsarbeit der gesetzlichen Unfallversicherung im Wandel. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Michaelis, Martina (2008): Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung von Berufskraftfahrern. Forschung Projekt F 2038. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Montano, Diego/Reeske-Behrens, Anna/Franke, Franziska (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Führung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua: Bericht).
- Pröll, Ulrich/Ammon, Ursula/Maylandt, Jens (2011): Gesundheit bei der Arbeit als Thema von Kammern. Kleinbetriebliches Gesundheitsmanagement auf der Agenda beruflicher und wirtschaftlicher Selbstverwaltung. Wiesbaden: Springer.
- Riemann, Klaus/Wagner, Alexander (1995): Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Evaluation eines Modellvorhabens zur handwerksbezogenen Gesundheitsförderung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz Forschung, 718).
- Rixgens, P. (2010): Kernkompetenzen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Mitarbeiterbefragung. In: Badura, Bernhard/Walter, Uta/Hehlmann, Thomas (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl., Heidelberg: Springer, S. 205–212.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3. Aufl., Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Schmidt, Sandra (2009): Ansätze für die betriebliche Gesundheitsförderung in flexiblen Arbeitsstrukturen: Eine konzeptionelle Bestandsaufnahme. In: Becke, Guido/Bleses, Peter/Schmidt, Sandra (Hrsg.): Nachhaltige Arbeitsqualität: eine Perspektive für die Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie. Zwischenbericht des Projekts PRÄWIN – Prävention in Unternehmen der Wissensökonomie, T. 1. Bremen (158).
- Schmidt, Sascha G./Palm, Rebacca/Dichter, Martin/Müller, Bernd Hans/Hasselhorn, Hans-Martin (2012): 3Q-Studie. Zusammen erfassen, was zusammen gehört. Abschlussbericht. Wuppertal.
- Sczesny, Cordula/Keindorf, Sophie/Droß, Patrick/Jasper, Gerda (2014): Kenntnisstand von Unternehmen auf dem Gebiet des Arbeits- und

Gesundheitsschutzes in KMU. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

- Sommer, Sabine (2014): Gemeinsam den Arbeitsschutz stärken: Ausgewählte Ergebnisse der GDA im Zeitraum 2008 bis 2012. In: Sicherheitsingenieur 45, H. 10, S. 8–14.
- Trimpop, Rüdiger/Hamacher, Werner/Lenartz, Norbert/Ruttke, Tobias/Riebe, Sebastian/Höhn, Katrin/Kahnwald, Nina./Schmauder, Martin/Köhler, Thorsten (2012): Sifa-Langzeitstudie. Tätigkeiten und Wirksamkeit von Fachkräften für Arbeitssicherheit. Dresden: Technische Universität.
- Wagner, R. (2016): Überbetriebliche Vernetzung und Beratung. In: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V./GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2015. Berlin, Essen, S. 46–81.
- Wellmann, Holger/Lempert-Horstkotte, Jürgen (2009): Die präventiven Potentiale der Unfallversicherung. Zwischen Good Practice und verpassten Reformchancen. Berlin: edition sigma (Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, 107).
- Winter, W./Orthmann, A./Reichel, W. (2015): BGM mit System: Zertifizierung erfolgreicher Unternehmenspraxis. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer (Fehlzeiten-Report, 2015), S. 273–282.

Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BASI e. V.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DNBGF	Deutsches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
IDA	Institut für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt
IFA	Institut für Arbeitsschutz der GUV
IGA	Initiative Gesundheit und Arbeit
IG BCE	Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
IPAG	Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit
KOPAG	Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
WHO	World Health Organization

Es ist bekannt, dass sich unter anderem betriebliche Interessenvertretungen, Betriebsärzte, Krankenkassen, Personalabteilungen, Führungskräfte und auch die Beschäftigten selbst für gesundheitliche Prävention im Betrieb einsetzen. Aber wie sollten diese Akteure mit ihrer jeweiligen Fachkompetenz zusammenarbeiten, damit Beschäftigten-gesundheit erhöht und gesichert wird? Der Forschungsmonitor gibt einen breiten Überblick über die inner- und außerbetrieblichen Akteure der gesundheitlichen Prävention, berichtet von Kooperationsbeispielen und weist auf Wissenslücken zu gelingenden Allianzen und Netzwerken hin.
