



EUROPA-UNIVERSITÄT
VIADRINA
FRANKFURT (ODER)

Band 34

Viadrina-Schriftenreihe zu Mediation und Konfliktmanagement

Antje Burmester

Zur Rolle des Betriebsrats bei Betrieblicher Gesundheitsförde- rung nach SGB V als Instrument der Konfliktprävention



Wolfgang Metzner Verlag

Band 34

Viadrina-Schriftenreihe zu Mediation und Konfliktmanagement

Viadrina-Schriftenreihe zu Mediation und Konfliktmanagement

Herausgegeben von

Prof. Dr. Ulla Gläßer, LL.M.

Dipl.-Psych. Kirsten Schroeter

Dr. Felix Wendenburg, M.B.A.

Antje Burmester

**Zur Rolle des Betriebsrats bei Betrieblicher
Gesundheitsförderung nach SGB V
als Instrument der Konfliktprävention**



Wolfgang Metzner Verlag

Master-Studiengang Mediation
und Konfliktmanagement
Masterarbeit
Studiengang 2018/2019



EUROPA-UNIVERSITÄT
VIADRINA
FRANKFURT (ODER)

© Wolfgang Metzner Verlag, Frankfurt am Main 2022

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der Freigrenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany
ISBN 978-3-96117-110-1
ISSN 2365-4155

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Inhalt

Vorwort **6**

Abstract **7**

1. Einleitung **9**

1.1. Fragestellung **9**

1.2. Begriffsklärung **11**

1.2.1. Betriebliche Gesundheitsförderung **11**

1.2.1.1. Begriffsverständnis **11**

1.2.1.2. Abgrenzung **13**

1.2.1.2.1. Betriebliches Gesundheitsmanagement **13**

1.2.1.2.2. Betrieblicher Arbeitsschutz **13**

1.2.1.2.3. Betriebliches Eingliederungsmanagement **14**

1.2.1.2.4. Konfliktmanagement **14**

1.3. Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V **15**

1.3.1. Einführung des § 20b Abs. 1 SGB V durch das Präventionsgesetz **15**

1.3.2. Umsetzung durch den GKV-Leitfaden Prävention **16**

1.3.3. Finanzierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung **17**

1.3.4. Erster Präventionsbericht vom 25.06.2019 **18**

2. Betriebliche Gesundheitsförderung als Instrument der
Konfliktprävention **19**

2.1. Präventionsprinzipien nach GKV-Leitfaden Prävention **19**

2.1.1. „Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und
-bedingungen“ **20**

2.1.1.1. Bedarf laut GKV-Leitfaden Prävention **20**

2.1.1.2. Inhalt des Angebots **20**

2.1.2. „Gesundheitsgerechte Führung“ **21**

2.1.2.1. Bedarf laut GKV-Leitfaden Prävention **21**

2.1.2.2. Inhalt des Angebots **21**

2.1.3. Stand der Umsetzung **22**

2.2. Einordnung als Instrumente der Konfliktprävention **23**

2.2.1. Aufgabe der Konfliktprävention **23**

2.2.2. Bewertung des Angebots gemäß GKV-Leitfaden Prävention	24
2.2.2.1. Konfliktprävention durch „Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen“	24
2.2.2.2. Konfliktprävention durch „gesundheitsgerechte Führung“	25
2.3. Zwischenresümee	26
3. Rolle des Betriebsrats bei Gesundheitsförderung und Konfliktprävention	27
3.1. Rechtsstellung des Betriebsrats bei Betrieblicher Gesundheitsförderung	27
3.1.1. Inhalt und Bedeutung des Mitbestimmungsrechts nach § 87 Abs. 1 BetrVG	27
3.1.2. Bestehen erzwingbarer Mitbestimmungsrechte nach § 87 Abs. 1 BetrVG	29
3.1.2.1. Erzwingbare Mitbestimmung nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG	29
3.1.2.1.1. Anknüpfungspunkt aus § 20b Abs. 1 SGB V	29
3.1.2.1.1.1. Normadressat des § 20b Abs. 1 SGB V	30
3.1.2.1.1.2. Handlungsspielraum des Arbeitgebers bei § 20b Abs. 1 SGB V	30
3.1.2.1.1.3. Reichweite des Mitbestimmungsrechts bei § 20b Abs. 1 SGB V	32
3.1.2.1.1.4. Inhalt des Mitbestimmungsrechts bei § 20b Abs. 1 SGB V	35
3.1.2.1.2. Anknüpfungspunkt aus § 3 Abs. 1 ArbSchG	35
3.1.2.2. Erzwingbare Mitbestimmung nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG	36
3.1.2.3. Zwischenergebnis	37
3.1.3. Weitereeteiligungsrechte nach Betriebsverfassungsgesetz	37
3.1.3.1. Abschluss freiwilliger Betriebsvereinbarungen nach § 88 Nr. 1 BetrVG	37
3.1.3.2. Beteiligung bei Arbeitsschutz und Unfallverhütung nach § 89 BetrVG	38
3.1.3.3. Allgemeine Beteiligungrechte mit Relevanz für Gesundheitsförderung	38
3.2. Rolle einzelner Mitglieder des Betriebsrats mit Bezug zu Konfliktprävention	39
3.2.1. Rechtsstellung des Betriebsratsmitglieds	39
3.2.2. Aufgaben einzelner Betriebsräte mit Bezug zu Konfliktprävention	39

3.3. Tatsächliche Bedingungen der Betriebsratsarbeit zur Gesundheitsförderung	41
3.3.1. Situation des Betriebs	41
3.3.2. Situation des Betriebsrats und seiner Mitglieder	42
3.4. Zwischenresümee	43
4. Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 1 SGB V	44
4.1. Beteiligte des Prozesses laut GKV-Leitfaden Prävention	44
4.1.1. Arbeitgeber	44
4.1.2. Betriebsrat	44
4.1.3. Weitere Beteiligte	45
4.1.4. Gesetzliche Krankenkassen	45
4.2. Ablauf des Prozesses laut GKV-Leitfaden Prävention	45
4.2.1. Überblick	45
4.2.2. Vorbereitungsphase	46
4.2.3. Nutzung bzw. Aufbau von Strukturen	46
4.2.4. Prozessschritte und ihre Inhalte	47
4.2.4.1. Analyse	47
4.2.4.2. Maßnahmenplanung	47
4.2.4.3. Umsetzung	48
4.2.4.4. Evaluation	48
4.2.4.5. Prozessbegleitende Aktivitäten im Betrieb	48
4.3. Zwischenresümee	48
5. Kritische Würdigung des Prozesses mit Blick auf die Rolle des Betriebsrats	50
5.1. Vorbereitungsphase	50
5.1.1. Information und Beratung des Betriebs	50
5.1.1.1. Konfliktpotential	50
5.1.1.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats	51
5.1.1.3. Lösungsvorschlag	51
5.1.2. Entscheidung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess	52
5.1.2.1. Konfliktpotential	52
5.1.2.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats	52
5.1.2.3. Lösungsvorschlag	52

5.2. Nutzung bzw. Aufbau von Strukturen	53
5.2.1. Nutzung bzw. Aufbau eines Steuerungsgremiums	53
5.2.1.1. Konfliktpotential	53
5.2.1.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats	54
5.2.1.3. Lösungsvorschlag	54
5.2.2. Entwicklung eines gemeinsamen Gesundheitsförderungs- verständnisses	56
5.2.2.1. Konfliktpotential	56
5.2.2.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats	56
5.2.2.3. Lösungsvorschlag	57
5.3. Analyse	58
5.3.1. Nutzung vorhandener Daten und Erkenntnisse	58
5.3.1.1. Konfliktpotential	58
5.3.1.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats	58
5.3.1.3. Lösungsvorschlag	59
5.3.2. Nutzung neu zu erhebender Daten	60
5.3.2.1. Konfliktpotential	60
5.3.2.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats	60
5.3.2.3. Lösungsvorschlag	61
5.4. Maßnahmenplanung	63
5.4.1. Interpretation und Diskussion der Analyse-Ergebnisse	63
5.4.1.1. Konfliktpotential	63
5.4.1.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats	63
5.4.1.3. Lösungsvorschlag	65
5.4.2. Systematische Ableitung von Maßnahmen	66
5.4.2.1. Konfliktpotential	66
5.4.2.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats	66
5.4.2.3. Lösungsvorschlag	68
5.5. Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen	70
5.5.1. Umsetzung von Maßnahmen	70
5.5.1.1. Konfliktpotential	70
5.5.1.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats	70
5.5.1.3. Lösungsvorschlag	72
5.5.2. Evaluation von Maßnahmen	72
5.5.2.1. Konfliktpotential	72

5.5.2.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats **72**

5.5.2.3. Lösungsvorschlag **73**

5.6. Zwischenresümee **73**

6. Fazit und Ausblick **75**

6.1. Fazit **75**

6.2. Ausblick **75**

Literaturverzeichnis **77**

Abkürzungsverzeichnis **85**

Anhang **91**

Über die Autorin **93**

Vorwort

Die vorliegende Arbeit untersucht den Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V. Danach haben Betriebe Anspruch auf finanzielle Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Für die Umsetzung ist der Leitfadens Prävention des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen maßgeblich. Gesetz und Leitfaden sehen zwar in diesem Prozess die Beteiligung des Betriebsrats vor. Sie lassen jedoch im Wesentlichen offen, wie dies erfolgen soll und betrachten Gesundheitsförderung als freiwillige Leistung des Arbeitgebers. Die Arbeit geht der Frage nach, welche Rahmenbedingungen bestehen bzw. geschaffen werden sollten, um durch die Beteiligung des Betriebsrats zu einem höheren Wirkungsgrad der Gesundheitsförderung als Konfliktprävention zu gelangen.

Nach dem Ergebnis der Arbeit ist das Engagement des Arbeitgebers bezüglich des untersuchten Präventionsangebots nicht freiwillig. Vielmehr kann sich der Betriebsrat gezielt in die Gestaltung einbringen. Er ist hier wichtige Stellschraube und Ressource zugleich und dadurch in der Lage, die Betriebliche Gesundheitsförderung als Instrument der Konfliktprävention gezielt voranzutreiben.

Die Veröffentlichung basiert auf meiner im Wintersemester 2019/2020 angefertigten Masterarbeit im berufsbegleitenden Master-Studiengang Mediation und Konfliktmanagement an der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder). Sie ist hinsichtlich des Leitfadens Prävention und des Präventionsberichts auf dem Stand vom 14.12.2020, hinsichtlich von Literatur und Rechtsprechung auf dem Stand vom 31.01.2020.

Ich danke meiner Betreuerin, Prof. Dr. Ulla Gläßer, für die stets wertschätzende Begleitung mit konstruktiv-kritischem Blick und schließe den Dank an meine Zweitkorrektorin, Kirsten Schroeter, für den wertvollen Austausch auf dem Weg zu dieser Veröffentlichung mit ein.

Allen Herausgebenden dieser Schriftenreihe sei versichert, dass in diese Arbeit die vielen positiven Impulse eingeflossen sind, für die der Master-Studiengang in meiner persönlichen und beruflichen Entwicklung steht.

Schließlich danke ich allen im Familien- und Freundeskreis, die mich mit Nachsicht und Humor zu jeder Zeit ge- und ertragen haben.

Antje Burmester, August 2021

Abstract

About the role of a works council as a means of conflict prevention within workplace health promotion according to SGB V

This predominantly literature-based paper examines the process of workplace health promotion according to § 20b SGB V, which states that businesses are entitled to financial funding from statutory health insurances. The law intend for the works council's participation; however, it does not specify how this should be realised and consider health promotion a voluntary benefit which the employers can offer. This paper pursues the question, which underlying circumstances already exist or yet need to be created, so that through the involvement of the works council a higher degree of effectiveness can be achieved when it comes to health promotion as a means of conflict prevention.

For this purpose, the thesis deals with both content and methods of prevention options created for improving work design and management, and subsequently confirms their suitability for conflict prevention. Furthermore, the works council's role in health promotion and conflict prevention is looked upon more thoroughly. With regard to the disputable legal issue whether its participation in the process could also be enforced or arranged against the employer's will, the paper reaches a conclusion which is works council friendly. This strong co-determination right derives from § 87 para.1 No. 7 BetrVG, in particular.

In critical appraisal of the individual steps of the operational processes according to SGB V, this work then describes the potential for conflict which might ensue between employer and works council. Deduced from both legal and actual interests, this paper submits a proposed solution and recommends that process owners use elements of mediation and conflict management.

The conclusion of this thesis is that the employer's involvement in the examined prevention options is nonvoluntary and instead, the works council can participate more actively in the structuring process. Thus, it represents an important regulating screw as well as a resource and is therefore able to deliberately facilitate workplace health promotion as a means of conflict prevention.

1. Einleitung

Als langjährige Praktikerin im Arbeitsrecht ist für mich der Zusammenhang zwischen Krankheit und Konflikt offensichtlich. Umso stärker ist mein Anliegen, Prozesse voran zu treiben, die unter Nutzung eigener Ressourcen des Unternehmens der Prävention von Krankheits- und damit Konfliktursachen dienen. In diesem Umfeld spielt der Betriebsrat nach meiner anwaltlichen Erfahrung aus der Gremienberatung eine erhebliche Rolle. Insofern war die durch das Präventionsgesetz vom 25.07.2015 gestärkte Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V ein willkommener Anlass, dessen Ansatz für Konfliktprävention im Betrieb mit Blick auf die Rolle des Betriebsrats zu untersuchen.

1.1. Fragestellung

Befragt man Arbeitgeber und Betriebsrat, hat das Thema „Gesundheit im Betrieb“ einen hohen Stellenwert¹. Empirische Befunde bestätigen, dass Betriebe vermehrt auf das Präventionsangebot nach § 20b SGB V mit erheblicher finanzieller Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen zugreifen². Doch das Potential der Betrieblichen Gesundheitsförderung scheint nicht ausgeschöpft. Dies könnte auch darin begründet liegen, dass die Betriebsräte die darin liegenden Chancen auf Mitgestaltung noch zu wenig zu nutzen wissen.

Die Arbeit geht der Frage nach, welche Rahmenbedingungen bestehen bzw. geschaffen werden sollten, um durch die Beteiligung des Betriebsrats zu einem höheren Wirkungsgrad der Gesundheitsförderung als Beitrag zur Konfliktprävention zu gelangen.

Dazu sind im weiteren Verlauf dieses einleitenden Teils 1 das Begriffsverständnis und das für die Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V relevante Umfeld darzulegen. In Teil 2 schließt sich die Untersuchung an, inwieweit die im

¹ So für Arbeitgeber z.B. iga.Report 20, 2010, 14 f.; für Betriebsrat siehe Teil 3.3.

² Siehe Teil 2.1.3.

GKV-Leitfaden Prävention³ zugrunde gelegten sog. „Präventionsprinzipien“ in ihrem Förderungsansatz geeignet sind, als Instrumente der Konfliktprävention zu dienen. Teil 3 geht der Frage nach, welche rechtlichen und tatsächlichen Faktoren die Rolle des Betriebsrats in Bezug auf Betriebliche Gesundheitsförderung und Konfliktprävention bestimmen.

Nachdem in Teil 4 der Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des GKV-Leitfadens Prävention⁴ zu beschreiben ist, widmet sich Teil 5 der kritischen Würdigung einzelner Prozessschritte. Hier steht der Betriebsrat im Fokus, wobei jeweils unter Darlegung des im Prozess und/oder im Inhalt angelegten Konfliktpotentials seine Rolle bewertet und ein Lösungsvorschlag unter Einbringung von Aspekten aus Mediation und Konfliktmanagement unterbreitet wird. Es ist zu zeigen, wie mithilfe der Beratung durch die Krankenkassen der Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung möglichst konfliktarm aufgesetzt, möglichst passgenau aufgesetzt und die danach vorgesehenen Maßnahmen möglichst zielgerichtet umgesetzt werden können. Ziel ist es, dadurch einen wahrnehmbaren Beitrag zur innerbetrieblichen Konfliktprävention zu leisten.

Der abschließende Teil 6 gibt neben einem Fazit auch einem Ausblick Raum, welche Impulse die Betriebliche Gesundheitsförderung zu diesem Zweck konkret stärken könnten.

Die Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand erfolgt in erster Linie auf Basis von Rechtsprechung und Literatur aus den Bereichen Recht, Mediation und Konfliktmanagement sowie Organisationsentwicklung. Soweit ergänzend empirisches Material herangezogen wird, gilt dies Befunden aus der Gesundheitsberichterstattung der Sozialversicherungsträger⁵ zum Stand der Umsetzung⁶ der gesetzlichen Regelung⁷ und Studien zur Rolle des Betriebsrats bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung⁸. Vereinzelt fließt auch die Erfahrung der Verfasserin als Fachanwältin für Arbeitsrecht und Mediatorin in die Darstellung ein.

³ Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V des GKV-Spitzenverbands vom 21.06.2000 in der Fassung vom 14.12.2020, nachfolgend zitiert als „Leitfaden“.

⁴ Siehe Leitfaden, 99, Abb. 7 (Anhang 1).

⁵ Isb. Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V der Träger der Nationalen Präventionskonferenz vom 25.06.2019, nachfolgend Erster Präventionsbericht.

⁶ Siehe Teil 2.1.3.

⁷ Überblick zum Forschungsstand im Übrigen bei G. Faller, Gesundheitswesen 2018, 80, 278–285.

⁸ Siehe Teil 3.3.

Was den Sprachgebrauch in dieser Masterarbeit anbelangt, werden männliche und weibliche Sprachformen in losem Wechsel gebraucht, wobei das nicht explizit benannte Geschlecht implizit jeweils mitgemeint ist.

1.2. Begriffsklärung

1.2.1. Betriebliche Gesundheitsförderung

Auf den ersten Blick mag unter dem Begriff der Betrieblichen Gesundheitsförderung allein die „Rückenschule“ oder „Massage“ am Arbeitsplatz, im günstigen Fall während der Arbeitszeit und auf Kosten des Arbeitgebers⁹, verstanden werden. Dies greift bei weitem zu kurz, so dass zunächst das hier zugrunde zu legende Verständnis des Begriffs und seine Abgrenzung sicherzustellen ist.

1.2.1.1. Begriffsverständnis

Weithin gilt die sog. Ottawa-Charta¹⁰ als konzeptionelle Geburtsstunde¹¹ der **Gesundheitsförderung**. Sie stellt das Schlussdokument der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dar, das am 21.11.1986 in Ottawa verabschiedet wurde. Danach zielt Gesundheitsförderung auf einen „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“¹². Sie konstatiert weiter, dass „die Verantwortung für Gesundheitsförderung (...) nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen“ liegt und „über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden“ zielt.

⁹ Zur steuerlichen Privilegierung bis zu 600 € pro Mitarbeiter ab 01.01.2020 siehe § 3 Ziff. 34 EStG; siehe dazu BFH vom 21.11.2018, VI R 10/17.

¹⁰ „Ottawa-Charter for Health Promotion“.

¹¹ Überblick bei Kuhn, in: G. Faller (Hrsg.), 39–56.

¹² § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der Fassung durch das Präventionsgesetz vom 25.07.2015 nimmt dieses Verständnis ausdrücklich auf und definiert – erstmals gesetzlich – „Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ als „Gesundheitsförderung“.

Die Teilnehmerstaaten verpflichteten sich darin u.a., gesundheitsförderliche Lebenswelten¹³, sog. „Settings“ zu schaffen. Dabei messen sie u.a. der Partizipation bei Setting-bezogenen Entwicklungsprozessen eine hohe Bedeutung bei¹⁴.

Was den Begriff der **Betrieblichen Gesundheitsförderung** anbelangt, greift der GKV-Leitfaden Prävention in Umsetzung des Präventionsgesetzes auf die sog. „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ zurück. Sie wurde anlässlich des Treffens der Mitglieder des „Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung“ am 27.11.1997 in Luxemburg verabschiedet und in den Jahren 2005, 2007 und 2014 aktualisiert. Das Netzwerk hat es sich zur Aufgabe gemacht, den Informationsaustausch und die Verbreitung vorbildlicher Praxisbeispiele in Europa zu koordinieren. Danach gilt:

„Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.“¹⁵

Die Deklaration bezeichnet u.a. eine „eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung verankert ist“¹⁶ als Faktoren, die die Gesundheit der Beschäftigten verbessern.

Der Begriff der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist danach also ebenso weit wie offen und bezieht den Gedanken der Partizipation ausdrücklich ein. Deutlich wird aber schon jetzt, dass im Zentrum der Betrieblichen Gesundheitsförderung das Streben nach einer gesunden¹⁷ und gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeit und weniger die Korrektur des individuellen Verhaltens steht¹⁸.

¹³ Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung für das Präventionsgesetz nimmt diesen Begriff ausdrücklich auf und nennt u.a. die „Lebenswelt Arbeit“, vgl. BT-Drucksache 18/4282, 35 vom 11.03.2015.

¹⁴ Siehe die deutsche Fassung der Ottawa-Charter for Health Promotion.

¹⁵ So der Wortlaut der Luxemburger Deklaration.

¹⁶ So der Wortlaut der Luxemburger Deklaration.

¹⁷ Der Begriff „Gesundheit“ ist in der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1948 ausdrücklich als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ definiert; dazu kritisch Hurrelmann/Richter, 2013, 139–146.

¹⁸ So ausdrücklich Faller in G. Faller, (Hrsg.), 25–38.

1.2.1.2. Abgrenzung

Das dargelegte offene Begriffsverständnis macht eine Abgrenzung zu weiteren betrieblich wirkenden Mechanismen erforderlich.

1.2.1.2.1. Betriebliches Gesundheitsmanagement

In der Unternehmenswirklichkeit erscheint der Begriff des „Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ als schillerndes Label für diverse Aktivitäten und Managementstrukturen¹⁹. Im arbeitsrechtlichen Zusammenhang hat sich die Definition etabliert, der zufolge das „Betriebliche Gesundheitsmanagement die systematische, zielorientierte und kontinuierliche Steuerung aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel umfasst, Gesundheit, Leistung und Erfolg für die Beschäftigten und damit auch für den Betrieb zu erhalten und zu fördern“²⁰. Das Engagement des Arbeitgebers gilt hier als freiwillig²¹.

Dieses Verständnis greift der GKV-Leitfaden Prävention auf und ordnet die Betriebliche Gesundheitsförderung ausdrücklich als *Bestandteil* des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ein²².

1.2.1.2.2. Betrieblicher Arbeitsschutz

Der betriebliche Arbeitsschutz ist für Arbeitgebende und Arbeitnehmende aufgrund einer Vielzahl gesetzlicher und diese ergänzender Regelungen verpflichtend. Sie dienen sowohl der Verhütung von Arbeitsunfällen und berufs- bzw. arbeitsbedingten Erkrankungen als auch der Erhaltung der Arbeitskraft. Dabei geht es ausdrücklich auch um die Vermeidung psychischer Belastungen²³. Der gesetzliche Arbeitsschutz wird flankiert durch die gesetzliche Unfallversicherung, deren Träger die überwiegend branchenbezogenen Berufsgenossenschaften sind. Die Kostenlast

¹⁹ Kritische Auseinandersetzung durch Thul, in G. Faller (Hrsg.), 295–308.

²⁰ Siehe OVG Berlin-Brandenburg vom 08.11.2012, OVG 62 PV 2.12, bestätigt durch BVerwG vom 14.02.2013, 6 PB 1/13; ähnlich Badura/Scherf/Ritter, 17.

²¹ May-Schmidt in vom Stein/Rothe/Schlegel, Kapitel 3, § 4 Rn. 8; dazu weitergehend Teil 3.1.2.1.1.

²² Siehe Leitfaden, 104–107 und die dortige Abb. 8 „Gesundheit in der Arbeitswelt (nur gesetzlich geregelte Bereiche)“.

²³ Siehe z.B. § 4 Abs. 1 Nr. 1 ArbSchG.

trifft allein den Arbeitgeber²⁴. Das Mitgestaltungsrecht des Betriebsrats in technischer, organisatorischer und personeller Hinsicht ist durch verschiedene Regelungen sichergestellt und in der Praxis etabliert²⁵.

1.2.1.2.3. Betriebliches Eingliederungsmanagement

Durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist die Arbeitgeberin nach § 167 Abs. 2 Satz 1 SGB IX verpflichtet, sich (nur) mit Zustimmung und Beteiligung des Beschäftigten unter Hinzuziehung des Betriebsrats und, bei vorhandener Schwerbehinderung, auch der Schwerbehindertenvertretung mit den individuellen Ursachen der Arbeitsunfähigkeit zu befassen. Dies gilt für jeden Arbeitgeber unabhängig von Größe und Rechtsform, sobald die Arbeitnehmerin „innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig“²⁶ ist. Ziel der nicht als einmaliges Gespräch, sondern als Prozess mit fakultativer Beteiligung weiterer interner oder externer Akteure angelegten Maßnahme ist es, die im Einzelfall bestehende Arbeitsunfähigkeit zu überwinden oder zumindest zu verringern. In der Praxis sind Prozessvereinbarungen mit dem Betriebsrat zwischenzeitlich²⁷ verbreitet.

1.2.1.2.4. Konfliktmanagement

Konfliktmanagement betrifft den „systematischen und institutionalisierten Umgang mit Konflikten, durch den der Verlauf eines Konflikts gezielt beeinflusst wird“²⁸. Ohne dies zu vertiefen, bezieht der GKV-Leitfaden Prävention neben der Sozialberatung das Konfliktmanagement, insoweit „bedarfsbezogen“, ausdrücklich in sein Verständnis jedenfalls des Betrieblichen Gesundheitsmanagements mit ein²⁹. Tatsächlich bestehen zum Gesundheitsmanagement – ausbaufähige³⁰ –

²⁴ Siehe nur § 3 Abs. 3 ArbSchG.

²⁵ Siehe dazu auch Teil 3.1.2.1.2.

²⁶ Siehe § 167 Abs. 2 Satz 1 SGB IX.

²⁷ Die Reichweite des erzwingbaren Mitbestimmungsrechts aus § 87 Abs. 1 Nr. 1 und 7 BetrVG wird vom BAG hier differenziert beurteilt, siehe BAG vom 22.03.2016, 1 ABR 14/14; Überblick bei Beck, NZA 2017, 81 f.

²⁸ So die durch den Round Table Mediation und Konfliktmanagement der deutschen Wirtschaft erarbeitete Begriffsdefinition, siehe Gläßer/Kirchhoff, in: EUV/PwC Studie 3, 2011, 17.

²⁹ Siehe Leitfaden, 104.

³⁰ Siehe Befund in EUV/PwC Studie 5, 2016, 71.

Schnittstellen. Überdies können einzelne Komponenten bzw. ein ganzes Konfliktmanagement-System gezielt zur Bearbeitung der aus dem Themenfeld Krankheit resultierenden Konflikte eingesetzt werden³¹.

1.3. Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V

Mit Blick auf den Fokus dieser Arbeit auf § 20b SGB V sind nun kurz die gesetzliche Regelung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung und ihr Umfeld vorzustellen.

1.3.1. Einführung des § 20b Abs. 1 SGB V durch das Präventionsgesetz

Mit dem Präventionsgesetz vom 25.07.2015 hat der Gesetzgeber die Sozialversicherungsträger einschließlich der Unternehmen der privaten Krankenversicherung in die Pflicht genommen, ihre Anstrengungen auf verschiedenen Feldern der Prävention zu bündeln und erheblich zu intensivieren³².

Durch das Artikelgesetz wurde u.a. die bisherige Regelung in § 20a SGB V a.F.³³ zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, (erst) seit 2007 Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen³⁴, zu § 20b SGB V und in Absatz 1 so geändert³⁵, dass es nun heißt:

„(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

³¹ Zu konkreten Vorschlägen Gläßer, ZKM 4/2019, 275, 281 f.

³² Siehe vor allem §§ 20d und 20f SGB V zur „Nationalen Präventionsstrategie“ und § 20e SGB V zur „Nationalen Präventionskonferenz“, die durch das jährliche „Präventionsforum“ beraten wird und die sog. Bundesrahmenempfehlungen verabschiedet; Überblick bei Grossmann, ASU 54 01/2019, 13 f.

³³ § 20a in der seit 01.04.2007 durch das sog. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geltenden Fassung lautete: *„Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen.“*

³⁴ Zu den Vorgängerregelungen Kuhn, in G. Faller (Hrsg.), 39 f., 43 f.

³⁵ Siehe Art. 1 Ziff. 6 des Präventionsgesetzes.

sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potentiale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.“

Ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs wird u.a. auf die „veränderten komplexen Arbeitsbedingungen in einer modernen Dienstleistungsgesellschaft mit steigenden Flexibilitäts- und Leistungsanforderungen“ Bezug genommen. Diese erforderten „bedarfsgerechte und wirksame betriebliche Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit“³⁶.

Ferner bieten die Krankenkassen nun nach dem neu eingefügten Passus³⁷ in § 20b Abs. 3 SGB V „Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an“; daran sollen „örtliche Unternehmensorganisationen“, gemeint sind u.a. die lokalen Vertreter der Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften³⁸, durch Kooperationsvereinbarungen beteiligt werden. Dieses als niederschwellig eingeordnete Angebot soll insbesondere kleine und mittlere Unternehmen ansprechen³⁹.

1.3.2. Umsetzung durch den GKV-Leitfaden Prävention

Was der Gesetzgeber unter dem „Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ im Sinne des § 20b Abs. 1 SGB V versteht, ist dem Gesetzeswortlaut nicht zu entnehmen. Vielmehr greift er insoweit auf die bewährte Methode zurück, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen⁴⁰ „einheitliche Handlungsfelder und Kriterien“ u.a. für die Leistungen der Gesundheitsförderung festlegt; dies gilt, gemäß neu gefasster Regelung in § 20 Abs. 2 SGB V, insbesondere hinsichtlich „Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele“⁴¹.

³⁶ Siehe Begründung des Gesetzentwurfs, BT-Drucksache 18/4282, 22.

³⁷ Siehe Art. 2 Ziff. 3 des Präventionsgesetzes.

³⁸ Nicht aber die Betriebsräte, siehe Leitfaden, 126.

³⁹ Siehe Begründung des Gesetzentwurfs, BT-Drucksache 18/4282, 45.

⁴⁰ Nachfolgend GKV-Spitzenverband, vgl. § 217a SGB V.

⁴¹ Die Neufassung durch das Präventionsgesetz ist mittels Unterstreichungen durch die Verfasserin kenntlich gemacht.

In dem GKV-Leitfaden Prävention in der Fassung vom 14.12.2020 sind die Neuregelungen durch das Präventionsgesetz umgesetzt⁴². Die gesetzlichen Krankenkassen sind bei der Leistungsgewährung an die vom GKV-Spitzenverband in diesem Leitfaden getroffenen Festlegungen gebunden. Leistungen, die nicht den dort beschriebenen Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von ihnen weder erbracht noch gefördert werden⁴³.

1.3.3. Finanzierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Die von den gesetzlichen Krankenkassen für den Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellenden Mittel wurden durch das Präventionsgesetz nicht nur maßgeblich erhöht⁴⁴, sondern auch dynamisiert⁴⁵. Entsprechend wurde in § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V festgelegt, dass die gesetzlichen Krankenkassen „ab dem Jahr 2016 (...) für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro (...) für Leistungen nach (...) § 20b SGB V“ aufzuwenden haben. Die nicht verausgabten Mittel sind dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen, der sie wiederum zur Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen bei der regionalen Gesundheitsförderung weiter zu reichen hat⁴⁶. Ab 01.01.2019⁴⁷ belief sich der Mindestbetrag auf 3,15 Euro je versicherter Person⁴⁸ und stieg über den Wert von 3,17

⁴² Siehe Leitfaden, 6.

⁴³ Siehe Leitfaden, 11.

⁴⁴ Laut Begründung des Gesetzesentwurfs beliefen sich die Ausgaben in 2013 auf 0,78 Euro je Versicherten, BT-Drucksache 18/4282, 34.

⁴⁵ Entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, siehe § 20 Abs. 6 Satz 5 SGB V.

⁴⁶ Siehe § 20b Abs. 4 i.V.m. Abs. 3 Satz 4 SGB V.

⁴⁷ Letzte Änderung durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11.12.2018, BGBl. I S. 2394.

⁴⁸ Zum Vergleich: Ausweislich des Ersten Präventionsberichts vom 25.06.2019 wendeten die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2017 pro Versichertem 2,19 Euro für Leistungen nach §§ 20b und 20c SGB V, die gemeinsam erfasst werden, auf und führten 0,05 Euro pro Versichertem als nicht verausgabte Mittel an den GKV-Spitzenverband zurück, siehe Erster Präventionsbericht, 226 und Tab. 15; ausweislich des Präventionsberichts des GKV-Spitzenverbands 2020 stieg dieser Wert in 2019 auf 3,28 Euro; insgesamt wurden danach 239.911.574 Euro aufgewandt, siehe Präventionsbericht 2020, 58.

Euro ab 01.01.2020 auf den Betrag von 3,27 Euro ab 01.01.2021 an⁴⁹. Für die privaten Krankenversicherungen gilt „durch die Hintertür“ entsprechendes⁵⁰.

1.3.4. Erster Präventionsbericht vom 25.06.2019

Im Präventionsgesetz ist die Evaluation bereits angelegt. So ist es regelmäßige Aufgabe der sog. „Nationalen Präventionskonferenz“⁵¹, alle vier Jahre einen (trägerübergreifenden) „Präventionsbericht“⁵² vorzulegen. Er soll verschiedene Aspekte der Umsetzung, etwa den Erfahrungs- und Ausgabenstand beleuchten, um ebenso einen Überblick wie Ausblick zu geben. Der Erste Präventionsbericht wurde am 25.06.2019 veröffentlicht und enthält „eine erste Bestandsaufnahme der im Jahr 2017 durchgeführten Aktivitäten zur Umsetzung der Präventionsstrategie und der gesammelten Erfahrungen“⁵³. Der Bericht fand, außerhalb der beteiligten Verfasser, kaum und dann ein sehr kritisches Echo⁵⁴. Er tritt neben die jährlichen Präventionsberichte (nur) des GKV-Spitzenverbands⁵⁵ und die Berichte der jährlichen Präventionsforen⁵⁶.

⁴⁹ Die monatliche Bezugsgröße nach § 18 SGB IV betrug in 2020 3.185 Euro und beträgt in 2021 3290 Euro; damit ergibt sich eine Erhöhung um 3,3 % auf 3,27 Euro pro Versichertem für 2021.

⁵⁰ Gemäß § 20e Abs. 1 Satz 3 SGB V erhält der Verband der privaten Krankenversicherungs-unternehmen e.V. nur dann einen Sitz in der Nationalen Präventionskonferenz, wenn die von den privaten Krankenversicherungen zur Gesundheitsförderung beigesteuerten finanziellen Mittel „mindestens“ dem für gesetzliche Kassen geltenden Niveau entspricht.

⁵¹ Siehe § 20e SGB V.

⁵² Siehe § 20d Abs. 4 SGB V mit konkreten Vorgaben zum Inhalt.

⁵³ Siehe Erster Präventionsbericht, 5; das Engagement zum Ziel Gesund leben und arbeiten ist in Abschnitt 5.3 dargestellt, 130-137.

⁵⁴ Staack in *Ärztzeitung* vom 25.06.2019: „Mehr Schein als Sein“; Pressemitteilung der Fraktion „Die Grünen“ im Deutschen Bundestag vom 25.06.2019: „Gesundheitsförderung kommt nicht von der Stelle“.

⁵⁵ Siehe zuletzt Präventionsbericht 2020.

⁵⁶ Siehe zuletzt Präventionsforum 2020.

2. Betriebliche Gesundheitsförderung als Instrument der Konfliktprävention

Auf den ersten Blick erschließt sich der Zusammenhang zwischen Betrieblicher Gesundheitsförderung und Konfliktprävention jedenfalls nicht – zumal sowohl das SGB V als auch der GKV-Leitfaden Prävention den Begriff „Konflikt“ vermeiden. Allerdings definiert letzterer u.a.⁵⁷ die „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“ als „Handlungsfeld“ und damit als „prioritären Aktivitätsbereich“⁵⁸, für den Arbeitgeber (finanzielle) Unterstützung erhalten sollen. Dieses Handlungsfeld befasst sich inhaltlich mit der Arbeitsumgebung, der Arbeitsorganisation, der Ausgestaltung der Aufgabe selbst und den sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz⁵⁹. In der Logik des GKV-Leitfadens werden damit drei „Präventionsprinzipien“ bearbeitet: die „gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen, die „gesundheitsgerechte Führung“ sowie die „gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen“⁶⁰. Da damit Aspekte der Bewegungsförderung, Verpflegung und Suchtprävention gemeint sind, wird dieses Präventionsprinzip mangels jedenfalls unmittelbaren Bezugs zu Konfliktprävention hier nicht behandelt.

Was sich hinter den beiden erstgenannten Präventionsprinzipien verbirgt und ob bzw. inwieweit diese als Instrumente der Konfliktprävention geeignet sind, soll nun weiter ausgeleuchtet werden.

2.1. Präventionsprinzipien nach GKV-Leitfaden Prävention

An den Präventionsprinzipien richtet sich Inhalt und Methodik des geförderten Angebots aus. Der GKV-Leitfaden Prävention geht dazu von einem bestimmten Bedarf aus und leitet daraus ein Angebot förderfähiger Leistungen ab. Daher sind zunächst sein Blickwinkel einzuschätzen und ein kurzer Blick auf den Stand der Umsetzung zu werfen.

⁵⁷ Weitere Handlungsfelder sind der „gesundheitsförderliche Arbeits- und Lebensstil“ und die „überbetriebliche Vernetzung und Beratung“, siehe Leitfaden, 123 f. bzw. 125 f.

⁵⁸ Siehe Leitfaden, 11.

⁵⁹ Siehe Leitfaden, 110 und Abb. 10 (Anhang 2).

⁶⁰ Misslich ist, dass die Terminologie der Handlungsfelder einerseits sowie der das Handlungsfeld „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“ andererseits betreffenden Präventionsprinzipien sehr ähnlich ist und zu Missverständnissen in der Abgrenzung zwischen verhältnisbezogener Beratung und verhaltensbezogener Maßnahmen führen kann; siehe dazu isb. Teil 5.5.1.

2.1.1. „Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen“

2.1.1.1. Bedarf laut GKV-Leitfaden Prävention

Auffällig ist, dass der laut GKV-Leitfaden Prävention bestehende Bedarf hierzu ausschließlich auf psychische Faktoren⁶¹ abstellt. Dabei bezieht er sich im Wesentlichen auf Quellen aus den Jahren 2011 und 2012⁶².

Die Darstellung macht sich die Ergebnisse einer Literaturanalyse der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zu eigen⁶³. Danach sind als „für die psychische Gesundheit der Beschäftigten zentrale Schlüsselfaktoren der Arbeitsgestaltung“ u.a. der „Tätigkeitsspielraum“, die „quantitativen Anforderungen/Arbeitsintensität“ sowie das „Führungsverhalten von Vorgesetzten“ identifiziert. Diese seien, so heißt es weiter, dann bei der Beratung zu berücksichtigen, „wenn sie im konkreten Fall gesundheitlich nachteilige Auswirkungen aufweisen“⁶⁴.

2.1.1.2. Inhalt des Angebots

Das Angebot der Krankenkassen soll die „betriebsspezifische Beratung“, die „analysebasierte Maßnahmenplanung“ und die „Evaluation“ umfassen und richtet sich als Zielgruppe grundsätzlich an alle Beschäftigten.

Dabei geht es vor allem um die „Initiierung und Implementierung von Strukturen und Prozessen der Gesundheitsförderung“ als „ganzheitliches unternehmensspezifisches BGF-Konzept“ unter Einbindung der Beschäftigten z.B. durch „Beschäftigtenbefragungen“ oder „Moderation von Arbeitssituationsanalysen“⁶⁵. Welche „Strukturen und Prozesse“ damit gemeint sind und was unter einem „ganzheitlichen Konzept“ zu verstehen ist, bleibt offen.

⁶¹ Siehe Leitfaden, 111 f.

⁶² Im Wesentlichen Lohmann-Haislah, Stressreport Deutschland, 2012; Kroll/Müters/ Dragano, Arbeitsbelastung und Gesundheit. Robert-Koch-Institut (Hrsg.), GBE kompakt 2, 2011, 5, siehe Leitfaden, 111 f., Fußnoten 163–171.

⁶³ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2017, 85 f.

⁶⁴ Leitfaden, 113.

⁶⁵ Leitfaden, 115.

Die Maßnahmen sollen interne Fachkräfte der Krankenkassen bzw. Externe in deren Auftrag mit Fachkompetenz „insbesondere zu den Bereichen Organisationsentwicklung, Organisationsberatung sowie Prozess- und Projektmanagement“⁶⁶ durchführen.

2.1.2. „Gesundheitsgerechte Führung“

2.1.2.1. Bedarf laut GKV-Leitfaden Prävention

Dem Verständnis des Bedarfs laut GKV-Leitfaden Prävention liegt das Bild der Führungskraft in „Sandwich-Position“ zugrunde. Selbst ge- bzw. überfordert, sei sie zwar Schlüsselfigur für Motivation und (psychische) Gesundheit der ihnen nachgeordneten Mitarbeiterinnen⁶⁷, bedürfe aber auch besonderer Unterstützung, um sie zur Führung zu befähigen⁶⁸. Breiten Raum nimmt dabei der systemische Blick auf die Führungskultur im Unternehmen ein. Anhand praxisnaher Beispiele wird erläutert, was genau an Rahmenbedingungen⁶⁹ gestaltet und wozu konkret befähigt⁷⁰ werden soll. Der Bogen wird weiter über das individuelle Führungs- zum persönlichen Gesundheitsverhalten im Sinne einer Vorbildfunktion gespannt. Auch hier wird lebensnah z.B. die „Förderung der Selbstreflexions- und Introspektionsfähigkeit“ der Führungskraft bzw. ihre „ausgeglichene Lebensführung unter Berücksichtigung von Arbeit und Privatleben“⁷¹ als Zielkompetenz hervorgehoben.

2.1.2.2. Inhalt des Angebots

So konkret das Zielbild der Führungskraft gezeichnet wird, so verhalten bleibt der GKV-Leitfaden Prävention bei Beschreibung des Inhalts und der Methodik des darauf fußenden und geförderten Beratungsangebots. In „systematischen und strukturierten Programmen, in der Regel in Gruppen“ sollen Führungskräfte theoretisch

⁶⁶ Leitfaden, 110.

⁶⁷ Siehe Leitfaden, 115; auch insoweit beziehen sich die Ausführungen auf ältere Befunde, isb. (ohne Autorennennung) auf Badura/Ducki/Schröder/Klose/Macco, 2011.

⁶⁸ Siehe Leitfaden, 116–118.

⁶⁹ Zum Beispiel „Zeitressourcen für Führungsarbeit“ oder „Schaffung von Routinen für den Umgang mit aus langer Krankheit“ zurückkehrenden Beschäftigten, Leitfaden, 117.

⁷⁰ Zum Beispiel „Bearbeitung von kontraproduktiven Schnittstellen“ oder „wertschätzende Kommunikation mit Beschäftigten“, Leitfaden, 117.

⁷¹ Siehe Leitfaden, 117.

und praktisch angeleitet werden. Dies soll u.a. „eine an den Beschäftigten orientierte Kommunikation und Gesprächsführung auch zur Verbesserung des Umgangs mit belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder bei Konflikten am Arbeitsplatz“ umfassen. Die Maßnahmen zielen allein auf das Führungspersonal ab, eine Einbindung der geführten Mitarbeitenden ist nicht vorgesehen. Sie sollen durch Fachkräfte „mit dadurch belegten fachwissenschaftlichen und fachpraktischen Kompetenzen im jeweiligen Themenbereich sowie in Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt“ werden.⁷²

2.1.3. Stand der Umsetzung

Was den Stand der Umsetzung dieses Angebots anbelangt, liegt ein Blick in den Ersten Präventionsbericht nahe, der methodisch im Wesentlichen auf einer Online-Erhebung beruht. Der Rücklauf aus den sog. Akteursgruppen⁷³ fiel unterschiedlich und mit Blick auf die hier besonders interessierenden Sozialpartner bei Arbeitgeberorganisationen mit einem Anteil von 60 % bzw. bei Gewerkschaften und Arbeitnehmerorganisationen mit einem Anteil von nur 18 % bereits grundsätzlich gering aus⁷⁴. Er bezieht sich zudem ausschließlich auf Aktivitäten des Jahres 2017.

Auch seine Aussagekraft ist für den hiesigen Betrachtungsgegenstand sehr eingeschränkt⁷⁵. Konkret haben die gesetzlichen Krankenkassen zwar 8.154 Aktivitäten in 17.700 Betrieben gemeldet⁷⁶. Doch diese Angaben können den einzelnen Angeboten des GKV-Leitfadens nicht eindeutig zugeordnet werden⁷⁷.

Als weitere Quelle bietet sich der jüngste jährliche Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbands 2020 an. Danach sind immerhin 23.221 durch Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2019 erreichte Standorte/Betriebe ausgewiesen⁷⁸. Dabei waren mit einem Anteil von 29 % Betriebe mit 100 bis 249

⁷² Siehe Leitfaden, 110.

⁷³ Eine Befragung von Einzelpersonen auf Angebots- (z.B. externe Berater) bzw. Nachfrageseite (z.B. Führungskraft bzw. Unternehmen) fand also nicht statt.

⁷⁴ Siehe Erster Präventionsbericht, Tab. 2, 19; zum Vergleich: bei den angefragten gesetzlichen Krankenkassen betrug die Rücklaufquote 96 %.

⁷⁵ Der Erste Präventionsbericht übt selbst Kritik am methodischen Vorgehen, 119–120.

⁷⁶ Siehe Erster Präventionsbericht, 134/136.

⁷⁷ Dies ist u.a. der Möglichkeit von Mehrfachnennungen geschuldet, siehe Erster Präventionsbericht, 135 (Fußnote 201) sowie Definition des Begriffs „Leistungen der GKV nach § 20b SGB V“ laut Anhang, 261.

⁷⁸ Siehe Präventionsbericht 2020, 59 und Abb. 18.

Beschäftigte am stärksten vertreten⁷⁹. Die Angaben beruhen auf Eintragungen der gesetzlichen Krankenkassen in insgesamt 10.170 erfassten, sog. Dokumentationsbögen⁸⁰. Davon enthielten 9.530 Bögen Angaben zu den hier relevanten Aktivitäten, wobei Mehrfachnennungen möglich gewesen sind. So bezogen sich 3.099 Aktivitäten (auch) auf die „gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen“ und 2.209 Aktivitäten (auch) auf „gesundheitsgerechte Führung“⁸¹. Ein Einblick, was genau mit welchem Ziel und welchem Erfolg von wem durchgeführt worden ist, ist aber auch hier nicht festzustellen. Die Aussagekraft auch des Präventionsberichts 2019 ist also stark eingeschränkt.

2.2. Einordnung als Instrumente der Konfliktprävention

Es ist nun zu hinterfragen, ob und in welchem Maße das vorgestellte und nach § 20b Abs. 1 SGB V geförderte Angebot als Instrument der Konfliktprävention geeignet ist.

2.2.1. Aufgabe der Konfliktprävention

Konfliktprävention soll dabei im Sinne der durch den Round Table Mediation und Konfliktmanagement der deutschen Wirtschaft erarbeiteten Definition als „gezielte Verhinderung (a) der Entstehung von Konflikten (Konfliktprävention im engeren Sinne oder Konfliktenstehungsprävention) bzw. (b) einer destruktiven Austragung oder Eskalation von Konflikten (Konfliktprävention im weiteren Sinne oder Konflikteskalationsprävention)“ mit dem hiesigen Fokus auf Konflikten und ihrer Prävention am Arbeitsplatz verstanden werden⁸². Das Verständnis ist mithin auf Organisationen auszurichten und erfordert somit auch eine systemische Sicht von Personen, Gruppen, Organisationen und Prozessen⁸³. *Ballreich* aufgrund seines anschaulichen Bilds folgend, kann eine Organisation in ein kulturelles, ein soziales

⁷⁹ Siehe Präventionsbericht 2020, 61 und ergänzend Abschnitt 5.3 des Tabellenbands zum Präventionsbericht 2020, 56 f.

⁸⁰ Siehe Präventionsbericht 2020, Anhang, 132; Angaben weiterer Akteure sind also nicht erfasst.

⁸¹ Siehe Abschnitt 5.1, Ziff. 7 „Intervention“ des Tabellenbands zum Präventionsbericht 2020, 46.

⁸² Gläßer/Kirchhoff, in: EUV/PwC Studie 3, 2011, 17.

⁸³ Königswieser/Hillebrand, 2019, 20.

und ein technisch-instrumentelles Subsystem untergliedert werden; diese Subsysteme verfügen danach jeweils über verschiedene Systemelemente mit dafür wiederum typischen Konfliktpotentialen⁸⁴.

Im Zusammenhang mit den dargelegten „Präventionsprinzipien“ liegt das hiesige Augenmerk auf dem sozialen Subsystem. Hierzu benennt *Ballreich* die Systemelemente „Aufbau-Struktur“, „Menschen, Gruppen, Klima“ und „Funktionen, Organe“⁸⁵.

Konfliktprävention setzt aber nicht nur bei der Bearbeitung solcher einzelner Elemente an. Sie ist auch Motivator⁸⁶ und, gerade in der Wahrnehmung der Verbindung von Konfliktbearbeitung und Gesundheit der Mitarbeitenden, Kernaufgabe von Konfliktmanagement als systematischem und institutionalisierten Umgang mit Konflikten⁸⁷.

Will es als Instrument der Konfliktprävention taugen, muss sich das nach § 20b Abs. 1 SGB V geförderte Angebot also sowohl auf Systemelemente als auch auf die Struktur des benannten „sozialen Subsystems“ insgesamt beziehen.

2.2.2. Bewertung des Angebots gemäß GKV-Leitfaden Prävention

2.2.2.1. Konfliktprävention durch „Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen“

Positiv hervorzuheben ist, dass die von den Krankenkassen finanzierte Beratungsleistung betont betriebsspezifisch und analysebasiert erfolgen soll. Dies ermöglicht es, die Organisation, konkret die Führenden wie die Mitarbeitenden dort abzuholen, wo sie sich aktuell befinden.

Auffällig ist die pauschale Beschreibung des Angebots. Sie lässt zwar die Offenheit für einen individuellen Ansatz statt des Prinzips „one size fits all“ zu und ist insoweit zu begrüßen. Ob dies umgekehrt als begrenzender Faktor wirkt, könnte nur anhand der tatsächlichen Handhabung im Einzelfall nachvollzogen werden. Wünschenswert wären hier eine Datenlage, die nachvollziehbar ist und eine Sprache, die den Inhalt der geförderten Leistungen verständlich macht.

⁸⁴ Ballreich, in: Trenczek/Berning/Lenz (Hrsg.), 528; weniger anschaulich die „Triade der systemischen Konfliktbearbeitung“ bei K. Faller, 3, 7.

⁸⁵ Ballreich, in: Trenczek/Berning/Lenz (Hrsg.), 528.

⁸⁶ Briem/Klowait, *Konfliktodynamik* 1/2012, 66, 71.

⁸⁷ Siehe den Überblick zu bestehenden betrieblichen Vereinbarungen bei Wellmann, *Konfliktmanagement*.

Kritisch ist zu betrachten, dass der skizzierte Bedarf nach der tatsächlichen Entwicklung in der Arbeitswelt nicht auf dem aktuellen Stand ist.

Phänomene wie etwa die noch zunehmende Flexibilisierung der Arbeitszeit⁸⁸ und des Arbeitsortes⁸⁹, die Überwachung am Arbeitsplatz⁹⁰, der „interessierten Selbstgefährdung“⁹¹ sowie der Umgang mit agilen Strukturen⁹² betreffen die für das „soziale Subsystem“ benannten Elemente und bedürften der Einbeziehung in einen konfliktpräventiven Ansatz. So entsteht zumindest der Eindruck, dass sie in ihren psychischen Auswirkungen auf die Arbeitnehmerinnen unberücksichtigt bleiben. Allerdings kann auch hier nicht beurteilt werden, ob sie dennoch Gegenstand der geförderten Beratung sind.

Trotz der inhaltlich offenen Beschreibung ist hingegen das Bekenntnis zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung⁹³ unter Einbeziehung partizipativer Elemente hervorzuheben. Indem mithilfe der Beratung Strukturen und Prozesse initiiert und implementiert werden sollen, steht die Struktur des „sozialen Subsystems“ im Fokus und kann insoweit präventiv insbesondere mit Blick auf die Entstehung von Konflikten wirken.

2.2.2.2. Konfliktprävention durch „gesundheitsgerechte Führung“

Gerade mit Blick auf die Bedeutung der Führungskraft im „sozialen Subsystem“ ist der differenzierenden Wahrnehmung ihrer Rollen und dem daraus sorgfältig abgeleiteten Bedarf ausdrücklich zuzustimmen. Auch der Ansatz, z.B. Gruppengespräche zum Erfahrungsaustausch zu moderieren oder Gesprächsstrategien „praktisch einzuüben“⁹⁴, wird in Kenntnis des Aus- bzw. Fortbildungsdefizits für „Führende“ in der Praxis⁹⁵ ausdrücklich geteilt. Insofern stellt das geförderte Angebot einen zielgerichteten Ansatz zur Bearbeitung des Führungsverhaltens mit präventiver Wirkung auf die Systemelemente dieses „sozialen Subsystems“ dar⁹⁶ und ist

⁸⁸ Etwa die Handhabung der ständigen Erreichbarkeit durch mobile Geräte.

⁸⁹ Etwa die besondere Situation bei Tätigkeit im Home Office, dazu Häcker, ArbRB 2019, 343–346.

⁹⁰ Etwa die „Beurteilung von Arbeitnehmern“ bei Zalando, vgl. SZ vom 20.11.2019, 2.

⁹¹ Etwa durch Ausdehnen der eigenen Arbeitszeit oder der Einnahme stimulierender Substanzen, dazu Krause/Dorsemagin, in: G. Faller (Hrsg.), 154–156.

⁹² Etwa der Verlust der Führungsrolle.

⁹³ So auch Grossmann, ASU 54 01/2019, 13, 15.

⁹⁴ Siehe Leitfaden, 118.

⁹⁵ Siehe dazu Bruhn/Reichwald, Zeitschrift Führung & Organisation, 3/2005, 132, 136.

⁹⁶ Für ein Konfliktcoaching Schreyögg, Konfliktodynamik 4/2017, 278 f.

grundsätzlich geeignet, sowohl der Entstehung als auch der Eskalation von Konflikten vorzubeugen.

Allerdings scheint die Effektivität dieses Ansatzes durch den Umstand in Frage gestellt, dass alle geförderten Programme „in der Regel“ in Gruppen stattfinden sollen.

Es entsteht ferner der Eindruck, dass die „Geführten“ dabei außer Betracht bleiben sollen. Mit Blick auf die Struktur des „sozialen Subsystems“ wäre aus meiner Sicht deren gezielte Einbindung z.B. durch Mitarbeiterbefragungen auch an dieser Stelle anzustreben. Deren Befund könnte dann gezielt in die Bearbeitung des gesamten „sozialen Subsystems“ im Sinne der Konfliktprävention im engeren wie im weiteren Sinne eingebracht werden.

2.3. Zwischenresümee

Es wäre nicht nur wünschenswert, dass der GKV-Leitfaden Prävention auf einem aktuelleren Bild der Belastungssituation im Betrieb beruhte. Gleichfalls ist die pauschale Beschreibung des inhaltlichen Angebots wie die „magere“ Datenlage eher hinderlich, um das Potential an konfliktpräventiver Wirkung auszumachen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass seine Ansatzpunkte bei Gestaltung von Arbeit und Führung ebenso wie sein Instrumentarium im Wesentlichen geeignet sind, einen Beitrag zur Konfliktprävention vor allem im engeren Sinne einer Konfliktentstehungsprävention im betrieblichen Umfeld zu leisten.

3. Rolle des Betriebsrats bei Gesundheitsförderung und Konfliktprävention

Nun gilt es, der rechtlichen und tatsächlichen Rolle des Betriebsrats und seiner Mitglieder in diesem betrieblichen Umfeld nachzugehen. Hierbei besteht die Herausforderung, dass der GKV-Leitfaden Prävention die Betriebliche Gesundheitsförderung als „freiwilligen Leistungskomplex“ für Arbeitgebende und Arbeitnehmende bezeichnet⁹⁷. Betriebsräte könnten also als „zahnlose“ Beteiligte einzuordnen sein – ein Befund, der die Attraktivität seines Engagements erheblich schmälern würde.

3.1. Rechtsstellung des Betriebsrats bei Betrieblicher Gesundheitsförderung

Für die Rechtsstellung des Betriebsrats ist das Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) maßgeblich. Es regelt in seinem 4. Teil die Mitwirkungsrechte der Betriebsräte und unterscheidet rechtstechnisch in Rechte auf Information, Erörterung und Mitbestimmung und inhaltlich in personelle, soziale und wirtschaftliche Angelegenheiten.

3.1.1. Inhalt und Bedeutung des Mitbestimmungsrechts nach § 87 Abs. 1 BetrVG

Der Bereich „Gesundheitsförderung“ ist den sozialen Angelegenheiten gemäß §§ 87 f. BetrVG zuzuordnen⁹⁸. Hier ist die Mitbestimmung freiwillig oder erzwingbar ausgestaltet und wird durch den Abschluss von Betriebsvereinbarungen umgesetzt. Erzwingbar ist eine Regelung, wenn sie unter den Katalog der in § 87 Abs. 1 Nr. 1 bis 13 BetrVG aufgeführten Tatbestände fällt und eine gesetzliche bzw. tarifliche Regelung dazu nicht besteht. Hier haben Arbeitgeber und Betriebsrat nicht nur das Zustimmungsrecht mit dem Effekt, eine Regelung verhindern, sondern auch das Initiativrecht mit dem umgekehrten Effekt, von der jeweils anderen Partei eine Regelung verlangen zu können⁹⁹.

⁹⁷ Siehe Leitfaden, 104.

⁹⁸ Wiebauer, RdA 2019, 41, 46.

⁹⁹ Richardi, BetrVG/Richardi, § 87 Rn. 9.

Wenn einer der Betriebspartner Verhandlungen von vorneherein ablehnt oder diese scheitern, können beide Seiten mit Anrufung der betrieblichen Einigungsstelle ein spezifisch betriebsverfassungsrechtliches Konfliktbearbeitungsverfahren¹⁰⁰ gemäß § 76 BetrVG einleiten. Hier kommt allerdings in bereits eskalierten Konflikten häufig keine einvernehmliche Regelung über Besetzung und Person des Vorsitzes zustande. Dann erfolgt auf Antrag einer Partei gemäß § 100 Arbeitsgerichtsgesetz im Zuge eines beschleunigten Verfahrens die gerichtliche Einsetzung der Einigungsstelle bereits, wenn diese nicht „offensichtlich unzuständig“, also z.B. ein Mitbestimmungstatbestand unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt in Frage kommt¹⁰¹.

Im Einigungsstellenverfahren bemüht sich der Vorsitzende um eine einvernehmliche Lösung. Gelingt dies nicht, erfolgt eine Entscheidung im Wege des sog. „Spruchs“¹⁰², d.h. durch Stimmenmehrheit, bei der auch die Vorsitzende Stimmrecht hat und in der Regel den Ausschlag gibt. Der Spruch hat den Charakter einer Betriebsvereinbarung und ist grundsätzlich für den Betrieb verbindlich¹⁰³. Allerdings besteht für Arbeitgeber und Betriebsrat die Möglichkeit, den Spruch der Einigungsstelle durch das Arbeitsgericht überprüfen zu lassen¹⁰⁴. Diese Überprüfung erfolgt „Punkt für Punkt“, also für jede einzelne Regelung daraufhin, ob mindestens eins oder mehrere Mitbestimmungsrechte aus dem Katalog des § 87 Abs. 1 BetrVG überhaupt und in der angenommenen Reichweite bestehen¹⁰⁵. Nicht selten führt dies, u.U. in letzter Instanz durch das Bundesarbeitsgericht (BAG) dazu, dass Teile des Spruchs¹⁰⁶ oder sogar der Spruch insgesamt für unwirksam erklärt wird¹⁰⁷.

¹⁰⁰ BAG vom 20.08.2014, 7 ABR 64/12, Rn. 22.

¹⁰¹ Siehe z.B. LAG Hamm vom 17.12.2013, 7 TaBV 91/13, LAG Düsseldorf vom 04.02.2013, 9 TaBV 91/13, jeweils zu Betriebsvereinbarungen zum BEM nach § 167 Abs. 2 SGB IX; im Verfahren nach § 100 ArbGG endet der Instanzenzug bei den Landesarbeitsgerichten.

¹⁰² Siehe § 76 Abs. 3 BetrVG; den Spruch ordnet das BVerfG als „Zwangsschlichtung“ ein, siehe Beschluss vom 18.10.1986, 1 BvR 1426/83.

¹⁰³ Siehe § 77 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 BetrVG.

¹⁰⁴ Siehe § 76 Abs. 5 Satz 4 BetrVG; so hat etwa das LAG Schleswig-Holstein mit Beschluss vom 25.04.2018, 6 Ta BV 21/17 (bestätigt durch BAG vom 19.11.2019, 1 ABR 22/18) den Spruch zur Mindestbesetzung im Pflegedienst einer Klinik mangels Mitbestimmungsrecht aus § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG für unwirksam erklärt.

¹⁰⁵ So etwa bei der Überprüfung von Compliance-Regelungen in einem „Code of Conduct“, BAG vom 22.07.2008, 1 ABR 40/07, NZA 2008, 1248, 1253, Rn. 48.

¹⁰⁶ Anschaulich wird dies etwa bei BAG vom 22.03.2016, 1 ABR 14/14 zur Reichweite des Mitbestimmungsrechts beim BEM.

¹⁰⁷ BAG vom 13.08.2019, 1 ABR 6/18 zu einem Spruch mit dem Regelungsauftrag „Gefährdungsbeurteilung“ nach § 5 ArbSchG.

Es ist mithin für die Betriebsparteien nicht nur inhaltlich, sondern auch strategisch von besonderer Bedeutung, ob Regelungen erzwingbar oder „nur“ freiwillig zustande kommen können.

3.1.2. Bestehen erzwingbarer Mitbestimmungsrechte nach § 87 Abs. 1 BetrVG

3.1.2.1. Erzwingbare Mitbestimmung nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG

Nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG ist die Mitbestimmung u.a. bei „Regelungen über den Gesundheitsschutz im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften“ erzwingbar.

Dabei ist unstreitig¹⁰⁸, aber aus dem Wortlaut des Gesetzes kaum ablesbar, dass der Betriebsrat bei Regelungen über den Gesundheitsschutz (nur dann) mitbestimmen darf, wenn der Arbeitgeber aufgrund einer öffentlich-rechtlichen Rahmenvorschrift Maßnahmen zu treffen hat und ihm bei der Gestaltung Handlungsspielraum verbleibt. Inhaltlich zielt der Mitbestimmungstatbestand auf die Umsetzung des öffentlich-rechtlichen Gesundheitsschutzes¹⁰⁹, dessen Dreh- und Angelpunkt das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) darstellt.

Nach „Jahrzehnten des Dornröschenschlafs“¹¹⁰ gehört die Frage der Reichweite des Gesundheitsschutzes derzeit zu den strittigsten Themen in der betrieblichen Praxis. Von manchen wird sie als „Supermitbestimmungsrecht“ in „vielfach ideologisch geführten Auseinandersetzungen“ gefürchtet¹¹¹. Doch ist gerade in Anbetracht der Gesundheit als wichtigster Ressource, die Arbeitnehmer in ihr Beschäftigungsverhältnis einbringen, eine Versachlichung der Diskussion geboten¹¹².

3.1.2.1.1. Anknüpfungspunkt aus § 20b Abs. 1 SGB V

Bereits die Regelung in § 20b Abs. 1 SGB V selbst könnte als Anknüpfungspunkt für das Mitbestimmungsrecht bei Gesundheitsschutz dienen. Rechtsprechung ist dazu nicht ersichtlich. Auch in der betriebsverfassungsrechtlichen Literatur findet sich dazu kein Hinweis.

¹⁰⁸ Siehe grundlegend BAG vom 28.03.2017, 1 ABR 25/15, zur Reichweite des Mitbestimmungsrechts bei Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG und BAG vom 22.03.2016, 1 ABR 14/14 beim BEM.

¹⁰⁹ Richardi, BetrVG/Richardi, § 87 Rn. 549.

¹¹⁰ So Dahl, BB 2018, 1972, 1972.

¹¹¹ So Lüders/Weller, BB 2016, 116/122.

¹¹² Entsprechend differenzierend Sasse/Schönfeld, RdA 2016, 346, 349; anders Bauer/Günther/Böglmüller, NZA 2016, 1361, 1365 unter Einbeziehung strategischer Aspekte.

Dies setzte voraus, dass der Arbeitgeber jedenfalls auch Normadressat der Regelung ist und diese ihm Handlungsspielraum bei Umsetzung seiner Verpflichtungen belässt.

3.1.2.1.1.1. Normadressat des § 20b Abs. 1 SGB V

Normadressat des § 20b Abs. 1 SGB V sind zunächst die gesetzlichen Krankenkassen. *Sie* sollen nach Satz 1 „mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (...) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen fördern“. Allerdings macht schon der Wortlaut in Satz 2 a.E. deutlich, dass die Krankenkassen „bei Umsetzung“ von Verbesserungsvorschlägen „unterstützen“ sollen. Die Unterstützung gilt dem Arbeitgeber. Auch der Zweck der Regelung, einerseits die gesundheitliche Situation im Betrieb einschließlich ihrer Risiken und Potentiale zu erheben und andererseits Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten bzw. zu unterstützen, bestätigt diese doppelte Ausrichtung¹¹³.

Schließlich ist der Gesetzesbegründung zu entnehmen, dass „der Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung“ hier „in einem Ergänzungsverhältnis zu den arbeitsschutzrechtlich begründeten Pflichten der Arbeitgeber und dem Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung steht“¹¹⁴. Es geht also um eine Unterstützung des Arbeitgebers bei Erfüllung seiner Verpflichtungen zur Prävention aus dem gesetzlichen Arbeitsschutz¹¹⁵. Die Aufgabe der Krankenkassen ist insoweit flankierend¹¹⁶ zu verstehen. Normadressat des § 20b Abs. 1 SGB V ist damit *auch* der Arbeitgeber.

3.1.2.1.1.2. Handlungsspielraum des Arbeitgebers bei § 20b Abs. 1 SGB V

Auf der Suche nach dem das Mitbestimmungsrecht eröffnenden Handlungsspielraum ist wiederum beim Wortlaut des § 20b Abs. 1 SGB V anzusetzen. Hier sieht der Gesetzgeber in Satz 2 bereits (u.a.) die „Beteiligung der Versicherten und der

¹¹³ So Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann/Joussen, SGB V, § 20b Rn. 1.

¹¹⁴ Siehe Begründung des Entwurfs des Präventionsgesetzes, BT-Drucksache 18/4282, 36; vgl. auch § 20c SGB V zur Unterstützung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung durch die Krankenkassen.

¹¹⁵ So KassKomm/Schifferdecker, SGB V, § 20b Rn. 3.

¹¹⁶ So BeckOK SozR/Geene/Heberlein, SGB V, § 20b Rn. 2.

Verantwortlichen für den Betrieb“ am Geschehen vor. Der dazu im GKV-Leitfaden Prävention hinterlegte „strukturierte Prozess“¹¹⁷ bezieht die „Beschäftigten und ihre gesetzlichen Vertretungen“ ausdrücklich ein¹¹⁸.

Die Frage, wie deren Beteiligung erfolgen soll, regelt § 20b Abs. 1 SGB V nicht. Dies lässt unterschiedliche Schlüsse zu. Einerseits könnte man bereits den klaren Wortlaut und seine Umsetzung durch den GKV-Leitfaden Prävention genügen lassen, um ein Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats zu bejahen¹¹⁹. Andererseits erfordert die aktuelle Kontroverse um § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG eine besonders sorgfältige Herleitung.

Nach der Rechtsprechung des BAG bezieht sich dieses Mitbestimmungsrecht „auf Maßnahmen des Arbeitgebers zur Verhütung von Gesundheitsschäden, die *Rahmenvorschriften* konkretisieren“¹²⁰. Es setze ein, wenn eine gesetzliche Handlungspflicht objektiv bestehe und mangels einer zwingenden gesetzlichen Vorgabe betriebliche Regelungen verlange, um das vorgegebene Ziel des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu erreichen. Dabei sei unerheblich, ob die Rahmenvorschriften dem Gesundheitsschutz mittelbar oder unmittelbar dienen¹²¹.

Rahmenvorschriften verpflichten mithin den Arbeitgeber zur Erreichung eines bestimmten Schutzziels, schreiben aber die Art und Weise, wie dies zu erreichen ist, nicht vor¹²². Über die Ausfüllung dieses Handlungsspielraums hat der Betriebsrat mitzubestimmen.

Dieses obligatorische Schutzziel liegt, ausgehend von § 20b Abs. 1 SGB V, in der Verpflichtung des Arbeitgebers zur Prävention, die in dem Katalog des § 4 ArbSchG als „eiserne Grundsätze“ ihren Ausdruck gefunden hat¹²³. Maßgeblich im Zusammenhang sowohl der Gesundheitsförderung als auch der Konfliktprävention sind vornehmlich § 4 Nr. 1, 4 und 5 ArbSchG. Danach hat der Arbeitgeber „die Arbeit so zu gestalten, dass eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird“ (Nr.1). Dazu sind „Maßnahmen mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen,

¹¹⁷ Siehe dazu Teil 4.

¹¹⁸ Siehe Leitfaden, 98.

¹¹⁹ So ohne nähere Begründung KassKomm/Schifferdecker, SGB V, § 20b Rn. 18.

¹²⁰ So ständige Rechtsprechung des BAG, siehe zuletzt BAG vom 13.08.2019, 1 ABR 6/18, Rn. 28, BAG vom 18.07.2017, 1 ABR 59/15, Rn. 13 sowie BAG vom 28.03.2017, 1 ABR 25/15, Rn. 18.

¹²¹ Siehe nur BAG vom 13.08.2019, 1 ABR 6/18, Rn. 28.

¹²² Fitting, § 87 BetrVG, Rn. 270.

¹²³ Kollmer/Klindt/Schucht/ Kohte, ArbSchG, § 4 Rn. 1.

soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen“ (Nr. 4). Dabei sind „individuelle Schutzmaßnahmen nachrangig zu anderen Maßnahmen“ (Nr. 5). Für die Frage, wie die Arbeitgeberin hier vorgeht, sieht das ArbSchG keine zwingende Vorgabe vor.

Damit ist das Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats aus § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG eröffnet.

3.1.2.1.1.3. Reichweite des Mitbestimmungsrechts bei § 20b Abs. 1 SGB V

Es stellt sich jedoch zugleich die Frage nach der Reichweite dieses Mitbestimmungsrechts. Hier sind zwei Konstellationen zu betrachten: in der ersten Variante entscheidet sich der Arbeitgeber von sich aus, das Förderangebot der Krankenkassen nach § 20b Abs. 1 SGB V in Anspruch zu nehmen. Da das Mitbestimmungsrecht besteht, hat er sich mit dem Betriebsrat auf die nähere Ausgestaltung zu verständigen.

Spannender ist die zweite Variante, in der nicht die Arbeitgeberin, sondern der Betriebsrat die Initiative ergreift¹²⁴. Sie kulminiert in der Frage, ob der Betriebsrat es letztlich über die Einigungsstelle erzwingen könnte, dass die Arbeitgeberin die Leistung der Krankenkassen nach § 20b Abs. 1 SGB V beansprucht.

Dies erscheint bedenklich, nachdem das SGB V die Betriebliche Gesundheitsförderung zwar als Pflichtleistung der Krankenkassen ausgewiesen hat, jedoch die Inanspruchnahme der Arbeitgeberin überlässt. Jedenfalls ist es weder unmittelbar noch mittelbar sanktioniert, wenn der Arbeitgeber dieses Angebot nicht annimmt.

Die Rechtsprechung des BAG bekennt sich zwar zu dem Initiativrecht des Betriebsrats auch im Gesundheitsschutz¹²⁵ und hat es explizit etwa für die Mitgestaltung der Regelungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)¹²⁶ oder der Gefährdungsbeurteilung¹²⁷ bejaht. Allerdings ist hier der Arbeitgeber nicht nur alleiniger Normadressat, sondern auch zur Gestaltung des Klärungsprozesses¹²⁸ bzw. des Ablaufs¹²⁹ gesetzlich verpflichtet.

¹²⁴ Hierzu besonders eng: Bauer/Günther/Böglmüller, NZA 2016, 1361, 1364.

¹²⁵ Dessen Reichweite wird jedoch ausdrücklich offen gelassen, siehe BAG vom 16.06.1998, 1 ABR 68/97, NZA 1999, 49, 51.

¹²⁶ BAG vom 22.03.2016, 1 ABR 14/14, Rn. 12.

¹²⁷ BAG vom 18.07.2017, 1 ABR 59/15, Rn. 17.

¹²⁸ Siehe § 167 Abs. 2 Satz 1 BetrVG.

¹²⁹ Siehe § 5 Abs. 1 und 2 ArbSchG.

Die betriebsverfassungsrechtliche Literatur bejaht einhellig¹³⁰ das Initiativrecht und betont, dass der Betriebsrat damit in die Lage versetzt werden soll, „im Interesse des Gesundheitsschutzes sachgerechte Schutzmaßnahmen zu erreichen“¹³¹. Mit Blick auf den konkreten Zusammenhang mit § 20b Abs. 1 SGB V fehlt es allerdings an einer Positionierung.

Den Bedenken, die an die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme anknüpfen, könnte entgegen gehalten werden, dass das Unterstützungsangebot nach § 20b Abs. 1 SGB V primär aus den Mitteln der Krankenkassen zu finanzieren ist. Dies greift aber aus hiesiger Sicht zu kurz, nachdem der dahinter stehende Prozess, wie in Teil D zu zeigen wird, jedenfalls personelle und finanzielle Ressourcen auch des Arbeitgebers beansprucht¹³².

Was den Aspekt der Freiwilligkeit im Kontext des Mitbestimmungsgeschehens anbelangt, gilt nach gefestigter Rechtsprechung zunächst Folgendes: Die Arbeitgeberin ist etwa im Rahmen des § 87 Abs. 1 Nr. 8 BetrVG bei der Frage der Sozialeinrichtungen wie z.B. der Kantine oder im Rahmen des § 87 Abs. 1 Nr. 10 BetrVG bei der Frage nicht gesetzlich oder tariflich geregelter Zuwendungen wie z.B. eines Krankengeldzuschusses frei in ihrer Entscheidung, „ob“ sie die Leistung einführen oder aufrechterhalten will. Sie hat jedoch hinsichtlich der Frage, „wie“ sie diese erbringt, die Mitbestimmung des Betriebsrats zu gewährleisten¹³³.

Allerdings besteht nach hiesiger Auffassung kein Anlass, diese Unterscheidung auf den vorliegenden Kontext zu übertragen. Damit wäre der Arbeitgeber zwar frei in seiner Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme, hätte jedoch den Betriebsrat dann zu beteiligen, wenn er mit den Krankenkassen nach § 20b Abs. 1 SGB V kooperiert, denn Wortlaut, Regelungszweck und Gesetzesmaterialien zeigen, wie ausgeführt¹³⁴, deutlich auf, in welchem engen Zusammenhang die Betriebliche Gesundheitsförderung zu der Verpflichtung des Arbeitgebers zur Prävention steht.

¹³⁰ D.h. isb. sowohl die als arbeitgeberfreundlich geltende Kommentierung bei Richardi, siehe Richardi BetrVG/Richardi, § 87 Rn. 578 als auch die als betriebsratsfreundlich geltende Kommentierung bei Fitting, BetrVG, § 87, Rn. 288.

¹³¹ So Wiebauer, RdA 2019, 41, 47.

¹³² Entsprechend hält der Leitfaden fest, dass „Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung ein finanzielles und/oder personelles Eigenengagement des Betriebs“ voraussetzen, 103.

¹³³ Vgl. nur ErfK/Kania, BetrVG § 87 Rn. 73 zur Kantine, Rn. 109 f. zu freiwilligen Geldleistungen.

¹³⁴ Siehe Teil 3.1.2.1.1.

Zudem stützt ein differenzierender Blick auf diese Präventionsaufgabe eine mitbestimmungsfreundliche Auslegung¹³⁵. Danach ist zwischen Verhältnisprävention und Verhaltensprävention zu unterscheiden¹³⁶. Ziel der Verhältnisprävention ist es, Gesundheitsrisiken, die sich aus der Gestaltung der Arbeitswelt (z.B. aus den Arbeitsinhalten, der Arbeitsorganisation oder den sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz) ergeben, zu beurteilen, zu kontrollieren, zu verringern und möglichst zu vermeiden. Sie findet in § 4 Nr. 4 ArbSchG ihren Ausdruck. Im Fokus der Verhaltensprävention steht dagegen der einzelne Arbeitnehmer, z.B. bei Unterweisung zur Arbeitssicherheit, aber auch bei individuellen Angeboten des Betriebssports. Sie soll die Gesundheitskompetenz jedes Einzelnen fördern¹³⁷. Durch § 4 Nr. 5 ArbSchG wird zudem der Vorrang der Verhältnisprävention vor der Verhaltensprävention deutlich.

Bei der Verhältnisprävention geht es mithin darum, situations- und verhältnisorientiert, technische, organisationale oder strukturelle Maßnahmen der menschengerechten Arbeitsgestaltung umzusetzen. Betroffen ist damit alles andere als „schmückendes Beiwerk“, das einer freiwilligen Betriebsvereinbarung zu überlassen wäre. Es geht um einen Kernbereich des Arbeitsschutzes. Somit ist bei betrieblicher Gesundheitsförderung ein Initiativrecht des Betriebsrats zu bejahen, wenn und soweit sie sich auf Verhältnisprävention bezieht.

Die in Teil 2 auf ihre Eignung zur Konfliktprevention untersuchten Präventionsprinzipien¹³⁸ und die dazu im GKV-Leitfaden vorgesehenen Maßnahmen gelten der Verhältnisprävention. So unterscheidet der GKV-Leitfaden Prävention explizit zwischen verhältnisbezogener Beratung im dazu gehörigen Handlungsfeld „gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung“ und verhaltensbezogenen Maßnahmen im hier mangels Bezug zur Konfliktprevention nicht betrachteten Handlungsfeld „gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“¹³⁹.

¹³⁵ Oberberg, RdA 2015, 180, 184 spricht hier von einer „holzschnittartigen Abgrenzung“: Danach können präventive Maßnahmen der Verhaltensprävention Gegenstand freiwilliger Betriebsvereinbarungen sein, präventive Maßnahmen der Verhältnisprävention sind dagegen mitbestimmungspflichtig.

¹³⁶ Dazu Balıkcıođlu, NZA 2015, 1424, 1426.

¹³⁷ Lohmann-Haislah, baua: Aktuell 2/2012, 6.

¹³⁸ Präventionsprinzip „gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen“ und „gesundheitsgerechte Führung“ aus dem Handlungsfeld „gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung“.

¹³⁹ Siehe Leitfaden, 99, Abb. 7; siehe dort auch die Erläuterung der Begriffe „Verhältnisse“ und „Verhalten“ sowie der Kombination von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen im Handlungsfeld „gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, 123 f.

Der Betriebsrat kann also insoweit den Arbeitgeber über den Weg der Einigungsstelle auch gegen seinen Willen zur Wahrnehmung des Angebots der Krankenkassen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 1 SGB V veranlassen.

3.1.2.1.1.4. Inhalt des Mitbestimmungsrechts bei § 20b Abs. 1 SGB V

Wie sich das Beteiligungsrecht des Betriebsrats im Einzelnen auswirkt, ist Gegenstand der kritischen Würdigung der Prozessschritte in Teil 5.

3.1.2.1.2. Anknüpfungspunkt aus § 3 Abs. 1 ArbSchG

Das dargelegte „Ergänzungsverhältnis“¹⁴⁰ zwischen § 20b SGB V und dem Arbeitsschutzgesetz eröffnet die Frage, ob sich aus § 3 Abs. 1 ArbSchG ein weiterer Anknüpfungspunkt für die Mitbestimmung des Betriebsrats ergibt. Danach ist der Arbeitgeber verpflichtet, „die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen“.

Hier ist Normadressat unzweifelhaft die Arbeitgeberin; die Regelung gilt allgemein auch als ausfüllungsbedürftige Rahmenvorschrift. Es handelt sich allerdings um eine sog. Generalklausel¹⁴¹. Diese sind abstrakt formuliert, um eine unbestimmte Vielzahl an Sachverhalten zu erfassen¹⁴².

Insoweit entsprach es langjähriger Rechtsprechung des BAG, dass ein Mitbestimmungsrecht zusätzlich voraussetzt, dass eine „unmittelbare, objektive Gesundheitsgefahr“ besteht¹⁴³. Nunmehr fordert das BAG nicht mehr eine konkrete Gefahrenlage, wohl aber eine „konkret benannte Gesundheitsgefährdung“. Ob eine solche vorliegt, ist vorab zwingend durch – mitbestimmte – Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG festzustellen¹⁴⁴. Was für Nichtjuristen wie Wortklauberei wirkt, dient wiederum der Abgrenzung zwischen nach § 87 BetrVG mitbestimmten und nach § 88 BetrVG nur freiwillig zu erzielenden Vereinbarungen zum Gesundheitsschutz¹⁴⁵.

¹⁴⁰ Siehe Begründung des Entwurfs des Präventionsgesetzes, BT-Drucksache 18/4282, 36.

¹⁴¹ Dazu eingehend Richardi BetrVG/Richardi, § 87 Rn. 570 f.

¹⁴² Lüders/Weller, BB 2016, 166, 117.

¹⁴³ So zuletzt BAG vom 11.12.2012, 1 ABR 81/11, Rn. 20.

¹⁴⁴ BAG vom 28.03.2017, 1 ABR 25/15, Rn. 22 f.; weitergehend: Fieseler/Berger, NZA 2018, 1520, 1524.

¹⁴⁵ Wiebauer, RdA 2019, 41, 47; Bauer/Günther/Böglmüller, NZA 2016, 1361, 1364.

Das Mitbestimmungsrecht besteht also nur über den „Umweg“ einer vorweg – mitbestimmt – durchgeführten Gefährdungsbeurteilung. Dies eröffnet gleichwohl Anknüpfungspunkte für die in Teil 5 näher auszuleuchtenden Prozessschritte.

3.1.2.2. Erzwingbare Mitbestimmung nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG

Nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG hat der Betriebsrat auch „in Fragen der Ordnung des Betriebs und des Verhaltens der Arbeitnehmer im Betrieb“ ein starkes, weil im Konfliktfall erzwingbares Mitbestimmungsrecht. Es zielt darauf ab, dass die Mitarbeitenden an der Gestaltung des betrieblichen Zusammenlebens gleichberechtigt teilnehmen¹⁴⁶. Es besteht stets, aber auch nur dann, wenn ein Bezug zur Gestaltung des Zusammenlebens der Arbeitnehmer im Betrieb hergestellt werden kann. Mit der Rechtsprechung des BAG ist also zwischen nicht mitbestimmtem Arbeitsverhalten und mitbestimmungspflichtigem Ordnungsverhalten zu unterscheiden. Mitbestimmungsfrei sind Maßnahmen des Arbeitgebers, mit denen er die Arbeitspflicht der Arbeitnehmerin konkretisiert. Dies betrifft etwa die Anordnung, das überlassene Mobiltelefon nicht in der Freizeit für dienstliche Zwecke einzusetzen¹⁴⁷. Über Regelungen zu den Modalitäten der rein privaten Nutzung des Mobiltelefons hat der Betriebsrat dagegen mitzubestimmen¹⁴⁸.

Wirkt sich eine Maßnahme zugleich auf das Ordnungs- und auf das Arbeitsverhalten aus, kommt es darauf an, welcher Regelungszweck überwiegt¹⁴⁹.

Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 1 SGB V will im ersten Schritt die gesundheitliche Situation im Betrieb ermitteln und Verbesserungsvorschläge erarbeiten. Insofern knüpft sie nur an die betriebliche Ordnung an. Hier will sie das Verhalten der Beschäftigten im Betrieb steuern, koordinieren oder beeinflussen¹⁵⁰. Daraus folgt zugleich, dass sich der Betriebsrat auf ein Mitbestimmungsrecht nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG stützen kann¹⁵¹.

Erst im zweiten Schritt geht es der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne des § 20b Abs. 1 SGB V um die Unterstützung bei Umsetzung einzelner

¹⁴⁶ BAG vom 23.02.2016, 1 ABR 18/14, Rn. 20

¹⁴⁷ BAG vom 22.08.2017, 1 ABR 52/14, Rn. 26.

¹⁴⁸ ErfK/Kania, BetrVG, § 87 Rn. 19.

¹⁴⁹ BAG vom 17.01.2012, 1 ABR 45/10, Rn. 22.

¹⁵⁰ So BAG bei Abgrenzung des Mitbestimmungsrechts beim BEM, Beschluss vom 22.03.2016, 1 ABR 14/14, Rn. 16.

¹⁵¹ Zustimmend Fröhlich in vom Stein/Rothe/Schlegel, Kapitel 4, § 9 Rn. 13; BeckOK SozR/Geene/Heberlein, SGB V, § 20b Rn. 8.

Maßnahmen. Hier könnten sich Beschränkungen daraus ergeben, dass ggf. nur das Arbeitsverhalten oder der private Bereich des Arbeitnehmers betroffen ist. Dieser ist jedoch für die Betriebsparteien mitbestimmungsrechtlich tabu. Regelungen, die in die private Lebensführung eingreifen, sind unwirksam¹⁵².

In Teil 5 wird darzustellen sein, ob und ggf. wie sich dies auswirkt.

3.1.2.3. Zwischenergebnis

Eine genauere Analyse der Mitbestimmungstatbestände aus § 87 Abs. 1 Nr. 1 und 7 BetrVG zeigt, dass im Umfeld der Regelung in § 20b Abs. 1 SGB V die landläufige Bewertung, der Arbeitsschutz sei für die Betriebspartner „Pflicht“, die Betriebliche Gesundheitsförderung dagegen „Kür“¹⁵³, nicht aufrecht erhalten werden kann. Vielmehr ergibt sich bei einer normzweck-orientierten Auslegung der handfeste Befund, dass der Betriebsrat hier zwingend mitzugestalten hat.

3.1.3. Weitere Beteiligungsrechte nach Betriebsverfassungsgesetz

3.1.3.1. Abschluss freiwilliger Betriebsvereinbarungen nach § 88 Nr. 1 BetrVG

Ungeachtet der Diskussion der Reichweite erzwingbarer Mitbestimmungsrechte bleibt es den Betriebspartnern unbenommen, sich auf freiwillige Betriebsvereinbarungen zu verständigen. Dazu hebt § 88 Nr. 1 BetrVG „zusätzliche Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Gesundheitsschädigungen“ als Regelungsgegenstand hervor. Auf dieser freiwilligen Basis sind also Vereinbarungen im Umfeld der Betrieblichen Gesundheitsförderung allemal möglich¹⁵⁴.

Kommt eine solche Regelung zustande, können sich wiederum aus Betriebsratssicht attraktive – und erzwingbare – Gestaltungsrechte bei deren Umsetzung ergeben: Hat sich der Arbeitgeber festgelegt, eine Maßnahme einzuleiten, hat der Betriebsrat bei deren Umsetzung mitzubestimmen, sobald diese mitbe-

¹⁵² BAG vom 22.08.2017, 1 ABR 52/14, Rn. 25.

¹⁵³ So ausdrücklich Balıkcıoğlu, NZA 2015, 1424.

¹⁵⁴ Allgemeine Meinung, siehe nur z.B. Wiebauer, RdA 2019, 41, 46; weitergehend Oberberg, RdA 2015, 180, 184: nur für präventive Maßnahmen der Verhaltensprävention, da ansonsten mitbestimmungspflichtig.

stimmungspflichtiges Terrain betritt. Hieraus können sich etwa Anknüpfungspunkte für eine Mitbestimmung nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG ergeben, wenn sich die Umsetzung auf das Zusammenleben im Betrieb bezieht¹⁵⁵.

3.1.3.2. Beteiligung bei Arbeitsschutz und Unfallverhütung nach § 89 BetrVG

Für die Beteiligung des Betriebsrats beim Arbeitsschutz und beim betrieblichen Umweltschutz sieht § 89 BetrVG eine differenzierte Regelung¹⁵⁶ zu Information, Hinzuziehung und Austausch mit weiteren Akteuren vor. Insbesondere soll er „bei der Bekämpfung von Unfall- und Gesundheitsgefahren“ u.a. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung¹⁵⁷ durch „Anregung, Beratung und Auskunft“ unterstützen. Der hier erfasste Bereich des Arbeitsschutzes ist zwar weit zu verstehen und erfasst alles, was der Gesunderhaltung dient¹⁵⁸. Eine weitergehende Verknüpfung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 1 SGB V ist jedoch nicht erkennbar.

3.1.3.3. Allgemeine Beteiligungsrechte mit Relevanz für Gesundheitsförderung

Das Betriebsverfassungsrecht sieht auch in weiterem Kontext noch Rechte des Betriebsrats auf Beteiligung vor. Diese beziehen sich jedoch „nur“ auf Information¹⁵⁹ bzw. Erörterung¹⁶⁰ und entbehren damit des in der Praxis entscheidenden zwingenden Charakters. Lediglich § 91 Satz 1 BetrVG enthält ein „korrigierendes Mitbestimmungsrecht“¹⁶¹. Es greift jedoch nicht präventiv, sondern erst dann, wenn die konkreten Arbeitsbedingungen „gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen über die menschengerechte Gestaltung der Arbeit offensichtlich widersprechen“¹⁶².

¹⁵⁵ Siehe z.B. BAG vom 24.03.1981, 1 ABR 32/78, AP BetrVG 1972 § 87 Arbeitssicherheit Nr. 2 zur Durchführung eines „Sicherheitswettbewerbs“.

¹⁵⁶ § 89 Abs. 1 BetrVG statuiert hier sogar eine Pflicht des Betriebsrats, sich für Einhaltung und Durchführung der einschlägigen Vorschriften einzusetzen.

¹⁵⁷ Siehe § 89 Abs. 1 Satz 2 BetrVG; die Krankenkassen werden weder im Gesetz noch in der Kommentarliteratur erwähnt.

¹⁵⁸ ErfK/Kania, BetrVG, § 89 Rn. 2.

¹⁵⁹ Siehe § 80 Abs. 1, insbesondere Nr. 2 und 9, aber auch Nr. 4 und 6 BetrVG.

¹⁶⁰ Siehe § 90 BetrVG.

¹⁶¹ So Wiebauer, RdA 2019, 41, 46.

¹⁶² Dazu eingehend in Abgrenzung zu § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG Oberberg, RdA 2015, 185-186.

3.2. Rolle einzelner Mitglieder des Betriebsrats mit Bezug zu Konfliktprävention

Bislang stand „der Betriebsrat“ im Fokus der Betrachtung. Nun ist der Blick nicht auf das Gremium, sondern auf seine einzelnen Mitglieder zu lenken.

3.2.1. Rechtsstellung des Betriebsratsmitglieds

Betriebsräte üben ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt und neben ihrer eigentlichen Arbeit aus. Mit dem Amt darf weder eine Begünstigung noch eine Benachteiligung einhergehen¹⁶³. Sie werden von der Belegschaft in unmittelbarer Wahl für die Dauer von vier Jahren gewählt und genießen besonderen Kündigungsschutz¹⁶⁴.

Ihre Anzahl richtet sich nach der Betriebsgröße¹⁶⁵. Ab 200 Beschäftigten hat der Betriebsrat Anspruch auf die Freistellung eines seiner Mitglieder von seiner beruflichen Tätigkeit. Auch deren Anzahl steigt mit der Betriebsgröße an¹⁶⁶.

3.2.2. Aufgaben einzelner Betriebsräte mit Bezug zu Konfliktprävention

Betriebsräte sind in vielfältiger Weise in betriebliche Aufgaben eingebunden. Diese stehen häufig im Zusammenhang mit der Prävention von Krankheits- und/oder Konfliktgeschehen. Ohne Anspruch auf Vollzähligkeit sind nun die Aufgaben einzelner Mitglieder des Betriebsrats unter kurzem Hinweis auf ihre (rechtliche) Verortung aufzuzählen. Damit soll der Status Quo des Wirkens der Amtsträgerinnen mit Bezug zu Konflikt- und/oder Krankheitsprävention in den Betrieben veranschaulicht werden¹⁶⁷.

Betriebsräte sind hier involviert als

¹⁶³ Siehe § 78 Satz 2 BetrVG.

¹⁶⁴ Siehe § 15 KSchG.

¹⁶⁵ Siehe § 9 BetrVG.

¹⁶⁶ Siehe § 38 Abs. 1 BetrVG.

¹⁶⁷ Überblick zu Konfliktanlaufstellen im Unternehmen bei Gramm in: Gläßer/Kirchhoff/Wendenburg (Hrsg.), 73, 80.

- Begleiter in Personalgesprächen¹⁶⁸ sowie darüber hinaus als informelle Bezugsperson in Konfliktlagen
- Unterstützung bei Beschwerden einzelner Beschäftigter nach § 84 Abs. 1 Satz 2 BetrVG¹⁶⁹
- Konfliktlotsen¹⁷⁰ oder Konflikthanlaufstellen im Zuge von Betriebsvereinbarungen zum Konfliktmanagement¹⁷¹
- Interne Mediatoren¹⁷²
- Mitglieder von Integrations-Teams im Zuge des betrieblichen Eingliederungsmanagements¹⁷³
- Teilnehmende an Arbeitskreisen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement¹⁷⁴
- Mitglieder des Arbeitsschutzausschusses¹⁷⁵
- Mitbestimmende bei Ausgestaltung der betriebsärztlichen Versorgung¹⁷⁶
- Mitglieder einer Beschwerdestelle nach § 13 AGG¹⁷⁷ bei Diskriminierung
- Beisitzer in betrieblichen Einigungsstellen¹⁷⁸.

Darüber hinaus sind einzelne Betriebsrätinnen häufig als Schnittstellen in der Zusammenarbeit mit weiteren Funktionsträgern¹⁷⁹ bzw. Institutionen¹⁸⁰ exponiert.

Aus der Wahrnehmung dieser Aufgaben resultiert ein hohes Maß an Fachwissen, unternehmensspezifischer Erfahrung¹⁸¹ und nicht zuletzt Sensibilisierung und

¹⁶⁸ Siehe z.B. §§ 81 Abs. 4, 82 Abs. 1 und 2, § 83 Abs. 1 BetrVG; darüber hinaus ist der Rechtsanspruch i.E. streitig, das Teilnahmerecht in der Praxis aber die Regel.

¹⁶⁹ Siehe § 85 BetrVG zur fakultativen ergänzenden Behandlung durch den Betriebsrat und sein Recht, die Einigungsstelle anzurufen.

¹⁷⁰ Insoweit kritisch: Troja/Stubbe, ZKM 4/2006, 121; Küchler, Konfliktodynamik 2012, 244–249.

¹⁷¹ So z.B. bei der Deutschen Bank, vgl. Thiesen, Konfliktodynamik 2012, 16–21.

¹⁷² Budde in: Pühl, Mediation in Organisationen (Hrsg.), 3. Aufl. 2006, Berlin, 97–113.

¹⁷³ Zur Entwicklung Beck, NZA 2017, 81, 83; überdies ist die Hinzuziehung des Betriebsrats bei Personalgesprächen i.R.d. BEM bei Einverständnis des Betroffenen zwingend, siehe BAG vom 17.04.2019, 7 AZR 292/17, Rn. 40.

¹⁷⁴ Im Sinne eines freiwilligen Angebots des Arbeitgebers, Teil 1.2.1.2.1.

¹⁷⁵ Nach § 11 ASiG zwingend in Betrieben mit mehr als 20 Beschäftigten zu bilden.

¹⁷⁶ Siehe insb. § 9 Abs. 3 ASiG, dazu LAG Berlin-Brandenburg, 21 TaBV 195/16, NZA-RR 2016, 644 f.

¹⁷⁷ Im Sinne einer freiwilligen Regelung, da die personelle Zusammensetzung der Beschwerdestelle nicht nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG mitbestimmungspflichtig ist, siehe BAG vom 21.07.2009, 1 ABR 42/08, Rn. 27 f.

¹⁷⁸ Siehe § 76 Abs. 2 Satz 1 BetrVG.

¹⁷⁹ So z.B. die Schwerbehindertenvertretung nach §§ 177 f. SGB IX oder die Gleichstellungsbeauftragte, insbesondere im Umfeld des öffentlichen Dienstes z.B. nach § 19 Bundesgleichstellungsgesetz.

¹⁸⁰ Dies gilt maßgeblich für Gewerkschaften, siehe auch § 2 BetrVG.

¹⁸¹ So Ahlers, WSI-Report Nr. 33, 12/2016, 2.

damit ein Gut, das in die Prozessschritte der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 1 SGB V in wertvoller Weise eingebracht werden kann.

3.3. Tatsächliche Bedingungen der Betriebsratsarbeit zur Gesundheitsförderung

Nach meiner Erfahrung hängt die Wahrnehmung der Rechte und Aufgaben durch den Betriebsrat und seine Mitglieder auch und gerade im Bereich der Gesundheitsförderung von den tatsächlichen Bedingungen im Betrieb ab. Dazu ist, unter weitest möglichem Rückgriff auf einschlägige empirische Befunde und Studienergebnisse¹⁸², wie folgt zu differenzieren:

3.3.1. Situation des Betriebs

Die Situation im Betrieb wird zunächst dadurch bestimmt, ob überhaupt ein Betriebsrat besteht. Nach dem jüngsten IAB-Betriebspanel¹⁸³ ist im Bundesdurchschnitt¹⁸⁴ ein Anteil von 41 % der Beschäftigten in Betrieben mit einem Betriebsrat tätig. Die Existenz von Betriebsräten ist stark von der Betriebsgröße abhängig. Je größer der Betrieb, desto höher ist ihr Verbreitungsgrad¹⁸⁵.

Ergebnisse jüngerer Forschung zeigen, dass die Größe des Betriebs mit Betriebsrat das systematische Vorhandensein einer Betrieblichen Gesundheitsförderung begünstigt. Bereits aus dem iga.Report 20 aus dem Jahr 2010 ergibt sich, dass die größeren Betriebe zwischen 200 und 499 Mitarbeitenden mit entsprechenden Aktivitäten zu 54 % über einen Betriebsrat verfügen¹⁸⁶. Dies wird durch die im

¹⁸² Überblick bei Bauer/Jenny in: G. Faller (Hrsg.), 102-107; ferner setzt sich G. Faller kritisch mit dem Forschungsstand zur Betrieblichen Gesundheitsförderung auseinander, *Gesundheitswesen* 2018; 80: 278 f., 283.

¹⁸³ Das IAB-Betriebspanel ist eine repräsentative Arbeitgeberbefragung zu betrieblichen Bestimmungsgrößen der Beschäftigung. Sie beruhte 2019 auf einer Befragung von 15.500 Betrieben; dazu eingehend: Ellguth/Kohaut, *WSI-Mitteilungen* 4/2020, 278–285.

¹⁸⁴ In Westdeutschland zwischen 48% und 32 %, in Ostdeutschland zwischen 37 % und 29 % (Berlin).

¹⁸⁵ Siehe Ellguth/Kohaut, *WSI-Mitteilungen* 4/2020, 282 und Tab. 6. In Betrieben bis 50 Beschäftigten beträgt der Deckungsgrad 5 %, in solchen mit mehr als 500 Beschäftigten 87 %.

¹⁸⁶ Bei der „iga“ handelt es sich um eine Kooperation des BKK Dachverbands, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des AOK-Bundesverbands und des Verbands der Ersatzkassen, siehe iga.Report 20; hierzu wurden, ausgehend von einer nach Branchen und Betriebsgrößen geschichteten Zufallsstichprobe aus der Betriebsdatei der Bundesagentur für Arbeit, 500 Interviews in vier Branchen in Betrieben zwischen 50 und 499 Beschäftigten geführt, zur Methodik 9.

Jahr 2015 veröffentlichte Studie von Beck et al.¹⁸⁷ bestätigt, die überdies die Abhängigkeit der Umsetzung von der wirtschaftlichen Lage der Betriebe belegt¹⁸⁸.

Auch eine Betriebsrätebefragung in 2015 hat ermittelt, dass in 50,4 % der einbezogenen Betriebe, davon in 42,1 % der befragten kleinen Betriebe ab 20 Beschäftigten und in 82,9 % der befragten Betriebe mit mehr als 500 Mitarbeitenden Betriebliche Gesundheitsförderung stattfindet¹⁸⁹.

Zudem erscheint es fast als „Binsenweisheit“, dass die Unterstützung durch die Führungskräfte als wesentlicher Erfolgsfaktor für die Betriebliche Gesundheitsförderung identifiziert ist¹⁹⁰. Dies gilt nicht nur für die Hierarchiespitze, sondern gerade auch für die Führungskräfte auf mittlerer bzw. unterer Ebene¹⁹¹.

3.3.2. Situation des Betriebsrats und seiner Mitglieder

Für Betriebsräte gilt nach der o.g. Befragung aus 2015 das Thema „Arbeitsschutz/Gesundheitsförderung“ als „Top-Thema“ ihrer Arbeit und rangiert noch vor „Dauerbrennern“ wie „Überstunden“ (76 %) und Mitarbeitergespräche (76 %) bzw. „zu geringe Personalstärke“ (73 %)¹⁹². Dabei haben gerade in kleinen Betrieben mit 20 bis 49 Beschäftigten 79 % der Befragten das Thema als das ihnen wichtigste identifiziert¹⁹³.

Nach dortigem Befund haben nicht nur die gesundheitlichen – und dabei vor allem die psychischen – Probleme bei den Beschäftigten zugenommen; der Themenkomplex wird auch besonders häufig mit dem Arbeitgeber verhandelt bzw. auf Betriebsversammlungen diskutiert¹⁹⁴.

¹⁸⁷ Beck/Lehnhardt/Schmitt/Sommer in: BMC Public Health, 15:343 2015; die Studie basiert auf Sekundäranalysen von Daten aus einer repräsentativen Arbeitgeberbefragung (N=6.500), durchgeführt in 2011; zur Methodik 2.

¹⁸⁸ Beck/Lehnhardt/Schmitt/Sommer in: BMC Public Health, 15:343 2015, Tab. 1, 4.

¹⁸⁹ Siehe Ahlers, WSI-Report Nr. 33, 12/2016, 11 und Abb. 12; hierzu wurden, ausgehend von einer nach Branchen und Betriebsgrößen geschichteten Zufallsstichprobe aus der Betriebsdatei der Bundesagentur für Arbeit, 4.125 Betriebsräte interviewt; zur Methodik S. 4; die darin angekündigte Anschlusshebung ist jedenfalls noch nicht veröffentlicht.

¹⁹⁰ iga.Report 40; es handelt sich um ein Meta-Review mit definierten Qualitätskriterien, zur Methodik S. 18 f. und Anhang, S. 89 f.

¹⁹¹ Guter Überblick bei Lenhardt, in G. Faller (Hrsg.), 207; siehe auch iga.Report 20, 22 f.

¹⁹² Ahlers, WSI-Report Nr. 33, 12/2016, 11 und Abb. 1.

¹⁹³ Ahlers, WSI-Report Nr. 33, 12/2016, 5.

¹⁹⁴ Ahlers, WSI-Report Nr. 33, 12/2016, 6 und Abb. 3.

Den empirischen Daten sind bewusst folgende Aspekte aus meiner Erfahrung in der Begleitung von Gremien hinzu zu fügen: die Arbeitsbelastung aktiver Betriebsräte ist enorm. Das Petitem der Nähe zum Geschehen auf Kolleginnen- und Arbeitgeberseite sowie die Organisation der inhaltlichen Arbeit in diversen Gremien¹⁹⁵ führt zu einer nur arbeitsteilig zu bewältigenden Termin- und Aufgabendichte. Dabei ist praktisch wichtig, ob und wie viele Mitglieder nach § 38 BetrVG für ihr Amt freigestellt sind. Unternehmenskultur wie Betriebsklima können die Wahrnehmung ihrer Aufgaben erheblich erleichtern oder aber erschweren¹⁹⁶.

Zudem müssen Betriebsräte – nicht nur mit Blick auf ihre Sichtbarkeit und Wiederwahl¹⁹⁷ – strategisch vorgehen und ihre Kapazitäten zielführend einsetzen.

3.4. Zwischenresümee

Der Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz ist nicht nur tatsächlich „Top-Thema“ in der Betriebsratsarbeit. Es erweist sich im Zusammenhang mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 1 SGB V auch als belastbarer Mitbestimmungstatbestand. Damit besteht für Betriebsräte ein attraktives Handlungsfeld. Engagieren sie sich für die Betriebliche Gesundheitsförderung, stärken sie diese als Instrument der Konfliktprävention und beugen zugleich Krankheit als Ausdruck, Gradmesser und Folge von Konflikt vor.

¹⁹⁵ Häufig findet die Sacharbeit in Ausschüssen statt, siehe §§ 27, 28 BetrVG; zudem werden die Rechte nach § 50 BetrVG in Unternehmen auch vom Gesamtbetriebsrat, im Konzern nach § 58 BetrVG auch vom Konzernbetriebsrat wahrgenommen.

¹⁹⁶ Siehe z.B. Fall 5 bei Ade in: Gläßer/Kirchhoff/Wendenburg (Hrsg.), 267, 271.

¹⁹⁷ Siehe Thomas, ZKM 3/2015, 80, 82.

4. Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 1 SGB V

Der GKV-Leitfaden Prävention begreift die Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 1 SGB V als einen Prozess¹⁹⁸. Er basiert auf dem sog. „Public Health Action Cycle“ als „Idealtypus“¹⁹⁹ und soll nun hinsichtlich der vorgesehenen Beteiligten sowie der einzelnen Phasen und Prozessschritte skizziert werden.

4.1. Beteiligte des Prozesses laut GKV-Leitfaden Prävention

4.1.1. Arbeitgeber

Laut GKV-Leitfaden Prävention sind auf Arbeitgeberseite die Betriebsleitung, Führungskräfte und Personalabteilung involviert, die „ggf.“ weitere Beauftragte, z.B. für BEM, Gleichstellung, Sucht und Konflikt hinzuziehen²⁰⁰. Nach dem Wortlaut handelt es sich um (unverbindliche) Empfehlungen²⁰¹; Kriterien, nach denen die Personen z.B. aus der „Betriebsleitung“ oder aus dem Kreis der Führungskräfte auszuwählen sind, sind nicht erwähnt.

4.1.2. Betriebsrat

Der Betriebsrat wird ebenso explizit als Beteiligter erwähnt²⁰². „Ggf.“ ist auch die Schwerbehindertenvertretung hinzu zu ziehen. Aus dem Wortlaut wird deutlich, dass in der Beteiligung des Betriebsrats in erster Linie ein partizipatives Element gesehen wird. So „sollte“ für den geförderten Prozess sichergestellt sein, dass „die Beschäftigten *bzw.* deren gewählte Vertretungen (Betriebs- bzw. Personalrat) am gesamten Prozess des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen beteiligt“²⁰³ sind.

¹⁹⁸ Siehe Leitfaden, 98 f. und Abb. 7 (Anhang 1).

¹⁹⁹ Erläuterung durch Rosenbrock/Hartung in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention.

²⁰⁰ Dies gilt explizit für die Mitarbeit in dem „Steuerungsgremium“, siehe Leitfaden, 100.

²⁰¹ Deutlich anhand der steten Verwendung der Formulierung „sollte/n“.

²⁰² Alternativ nennt der Leitfaden „Personalrat/Vertretung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Betrieben ohne institutionalisierte Beschäftigtenvertretung“, 100; zur Verbreitung anderer Beschäftigtenvertretungen als Betriebs-/Personalräte siehe Ellguth/Kohaut, WSI-Mitteilungen 4/2020, 282.

²⁰³ So Leitfaden, 103.

4.1.3. Weitere Beteiligte

Ergänzend sind Betriebsärztin bzw. Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit als Beteiligte genannt²⁰⁴. Sie genießen nach ASiG eine vom Arbeitgeber unabhängige Stellung²⁰⁵.

4.1.4. Gesetzliche Krankenkassen

Am Förderungsprozess sind schließlich eine oder mehrere Krankenkassen und/oder die regionalen BGF-Koordinierungsstellen²⁰⁶ beteiligt²⁰⁷. Die Krankenkassen haben dabei mit der für den Betrieb zuständigen Berufsgenossenschaft als Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen zu arbeiten und können auch mit anderen Krankenkassen oder deren Institutionen kooperieren²⁰⁸.

4.2. Ablauf des Prozesses laut GKV-Leitfaden Prävention

4.2.1. Überblick

Interessierte Betriebe können sich wahlweise an die Arbeitgeberportale oder Firmenkundenberater der in ihrem Betrieb vertretenen gesetzlichen Krankenkassen oder an die regionalen BGF-Koordinierungsstellen wenden. Hier erhalten sie Information und Beratung, die sich an dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe orientiert. Entsprechend erfolgt die Förderung von Maßnahmen durch die Krankenkassen stets zeitlich befristet und im Wiederholungsfall bedarfsorientiert. Die Krankenkassen erbringen die (Beratungs-)Leistungen durch eigenes Personal oder ziehen externe Dienstleister hinzu. Die konkrete Förderung kann „in persönlicher, sächlicher und/oder finanzieller Form“ erfolgen. Dabei setzen die Maßnahmen „ein finanzielles und/oder Eigenengagement“ des Betriebs voraus. Sie „*müssen*“ allen Mitarbeitenden „unabhängig von ihrem arbeitsrechtlichen Status“²⁰⁹ und von ihrer Mitgliedschaft in der finanzierenden Krankenkasse offenstehen.

²⁰⁴ Siehe Leitfaden, 100.

²⁰⁵ Siehe § 8 Abs. 1 ASiG.

²⁰⁶ Siehe § 20b Abs. 3 SGB V; zum Stand der Umsetzung siehe Erster Präventionsbericht, 212 f.

²⁰⁷ Siehe Leitfaden, 103.

²⁰⁸ Die Zusammenarbeit mit den Berufsgenossenschaften ist verpflichtend, siehe § 20b Abs. 2 SGB V.

²⁰⁹ Damit sind explizit auch prekär Beschäftigte gemeint, z.B. in Leiharbeit; dazu eingehend: Seiler/Splittgerber, in: G. Faller (Hrsg.), 413–424.

Über die konkrete Förderung wird „vorab eine Vereinbarung zwischen den/der Krankenkasse(n) und dem Betrieb“ geschlossen. Dabei besteht die Möglichkeit, zwischen den beteiligten Krankenkassen den zu finanzierenden Anteil, z.B. nach Mitgliederanteil, aufzuteilen. Mögliche Leistungsarten und konkrete Ausschlusskriterien einer Förderung sind im GKV-Leitfaden Prävention explizit aufgeführt.

Nach einer Phase der Vorbereitung und des Aufbaus bzw. der Nutzung von (bestehenden) Strukturen zur Steuerung gliedert sich der eigentliche Gesundheitsförderungsprozess als Aktionszyklus in die Schritte „Analyse“, „Maßnahmenplanung“, „Umsetzung“ und „Evaluation“. Der GKV-Leitfaden Prävention sieht dazu folgendes vor:

4.2.2. Vorbereitungsphase

Die Vorbereitung beginnt mit „Information und Beratung“ mit dem Ziel, „Betrieb und Belegschaft für betriebliche Gesundheitsförderung zu sensibilisieren“. Dabei zielt die Information auf die Belegschaft, die persönliche Beratung durch Krankenkasse bzw. regionale BGF-Koordinierungsstelle auf die „betrieblich Verantwortlichen“²¹⁰ ab. Einzelheiten oder Empfehlungen sind dem GKV-Leitfaden nicht zu entnehmen²¹¹.

Die Phase endet mit der „Grundsatzentscheidung der betrieblich Verantwortlichen, in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten“.

4.2.3. Nutzung bzw. Aufbau von Strukturen

Hierzu „empfiehlt“²¹² der GKV-Leitfaden Prävention zunächst, unter Vernetzung der internen und externen Akteure ein Steuerungsgremium zu etablieren bzw. eine bereits bestehende Einrichtung²¹³ zu nutzen, um den „Gesamtprozess zu steuern und zu koordinieren“. Als kontinuierlich Mitwirkende dieses Gremiums sind die bereits vorgestellten Beteiligten vorgesehen.

²¹⁰ Um wen es sich dabei handelt, führt der Leitfaden nicht aus.

²¹¹ Es geht auch anders: So werden die von den LVR und LWL herausgegebenen „Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement“ hier sehr konkret.

²¹² In demselben Abschnitt 6.4 des Leitfadens wird deutlich, dass bei Förderung durch die Krankenkassen ein entsprechendes Gremium vorausgesetzt wird, es sei denn, es handelt sich um einen „Kleinbetrieb“, 102, 107.

²¹³ Explizit der Arbeitsschutzausschuss nach § 11 ASiG, siehe Leitfaden, 100.

Auch hier sind weitere Hinweise für einen Strukturaufbau nicht enthalten. Der GKV-Leitfaden Prävention bezeichnet ihn dann als erfolgreich, wenn nach Auftragsklärung²¹⁴ Einvernehmen über das Grundverständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung, deren Zielsetzung und grundsätzlich über das weitere Vorgehen erzielt worden ist.

4.2.4. Prozessschritte und ihre Inhalte

4.2.4.1. Analyse

Der Prozess der eigentlichen Gesundheitsförderung beginnt mit einer Analyse bereits erhobener und zweckgebunden neu zu erhebender Daten. Dabei sollen die gesundheitliche Situation sowie die relevanten Belastungen und Ressourcen systematisch nicht nur für den Betrieb als Ganzes, sondern auch für einzelne Beschäftigtengruppen und Betriebsteile ermittelt werden.

Als im Betrieb vorhandene Datenquellen erwähnt der GKV-Leitfaden hier Ergebnisse von Gefährdungsbeurteilungen oder, anonymisiert, von BEM-Verfahren sowie, ebenfalls anonymisiert, „Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorge und betriebsärztlichen Tätigkeit“²¹⁵. Für neu zu erhebende Daten werden beispielhaft neben Arbeitsplatzbegehungen und Altersstrukturanalysen auch „beteiligungsorientierte Verfahren“, explizit Mitarbeiterbefragungen, Arbeitssituationsanalysen und Gesundheitszirkel genannt.

4.2.4.2. Maßnahmenplanung

In diese Phase fällt die Auswertung, Interpretation und Diskussion der gesammelten Informationen. Ihr Ziel besteht in der gemeinsamen Aufstellung eines Maßnahmenplans für Arbeitsbereiche bzw. Personengruppen durch das Steuerungsgremium. Es hat die einzelnen Aktivitäten „nach Dringlichkeit und verfügbaren Ressourcen“ in eine Reihenfolge zu bringen und für die Umsetzung auch „Verantwortlichkeiten und Fristen“ festzulegen.

²¹⁴ So der in der Abb. 7 des Leitfadens verwandte Begriff, 99 (Anhang 1).

²¹⁵ Die Abb. 7 (Anhang 1) im Leitfaden, 99, erwähnt zusätzlich ohne Erläuterung im Text „KK-Routinedaten“; ihr ist durch * zu entnehmen, dass darüber hinaus die nicht förderungsfähige Eigenleistung der Betriebe vorausgesetzt wird.

4.2.4.3. Umsetzung

Die Umsetzung differenziert zwischen verhältnis- und verhaltensbezogener Prävention²¹⁶. Konkret erfolgt – verhältnisbezogene – *Beratung* zur „gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“ und – verhaltensbezogene – *Unterstützung* bzw. *Durchführung* von individuellen Maßnahmen für einen „gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil“²¹⁷. Die Einbeziehung weiterer Leistungen oder Veränderungen ist möglich, eine Finanzierung durch die GKV erfolgt insoweit jedoch nicht.

4.2.4.4. Evaluation

Der Zyklus der Prozessschritte ist durch ihre Evaluation abzuschließen²¹⁸. Hierzu sollen sowohl prozess- als auch ergebnisrelevante Indikatoren auf der Grundlage objektiver Daten und subjektiver Einschätzung betrachtet werden.

4.2.4.5. Prozessbegleitende Aktivitäten im Betrieb

Als „prozessschrittübergreifende“ Aktivitäten nennt der GKV-Leitfaden Prävention ausdrücklich, aber nur als Schlagworte, die jeweils kontinuierliche „Sensibilisierung“, „Partizipation“, das „Empowerment“ und die „interne Öffentlichkeitsarbeit“ im Betrieb. Auch hier fehlt eine „Regieanweisung“ ebenso wie die Angabe, ob die Arbeitgeberin insoweit geförderte Beratung der Krankenkassen erwarten darf.

4.3. Zwischenresümee

Die Prozessbeschreibung im GKV-Leitfaden Prävention ist einerseits offen genug, um sie mit betrieblichem Leben zu erfüllen. Andererseits wäre ein höherer Konkretisierungsgrad mancher Schritte wünschenswert. Dies hätte nicht nur einen werbenden Effekt, sondern könnte auch zu einem besseren Verständnis des darin liegenden Potentials beitragen. Dies gilt nicht nur für Betriebsräte. Auch Arbeitgeber

²¹⁶ Siehe Teil 3.1.2.1.1.3.

²¹⁷ Dieser betrifft – schlagwortartig – die Bereiche Stressbewältigung, Bewegungsförderung, Ernährung und Suchtprävention, siehe Leitfaden, 111.

²¹⁸ Evaluation und Qualitätssicherung standen im Fokus des Präventionsforums 2019, siehe Teil 1.3.4.

sollten dadurch besser in die Lage versetzt werden, die Vorteile des für sie kostengünstigen Engagements für Gesundheit im Allgemeinen und Konfliktprävention im Besonderen zu erkennen.

5. Kritische Würdigung des Prozesses mit Blick auf die Rolle des Betriebsrats

Der vorgestellte Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung birgt in meinem täglichen Erleben des realen Mit- oder Gegeneinanders der vorgesehenen Akteure auf Arbeitgeber- wie Betriebsratsseite einiges an Konfliktpotential. Dieses soll nun anhand der einzelnen Phasen und Schritte des Prozesses²¹⁹ aufgezeigt und mit konkreten Lösungsvorschlägen versehen werden. Bezugspunkt der Betrachtung ist mithin sowohl der Gegenstand des Prozesses als auch der Prozess selbst. Die Lösungsvorschläge orientieren sich zum einen an der betriebsverfassungsrechtlichen und tatsächlichen Ausgangssituation im Betrieb und beziehen zum anderen Aspekte aus Mediation und Konfliktmanagement ein.

Ziel ist die Konfliktprävention im engeren, seine Entstehung betreffenden und im weiteren, seine Eskalation betreffenden Sinne mit doppelter Wirkung²²⁰. Denn nur ein funktionierender Prozess²²¹ und möglichst passgenaue Ergebnisse sind geeignet, über Gesundheitsförderung Konflikten tatsächlich vorzubeugen.

5.1. Vorbereitungsphase

5.1.1. Information und Beratung des Betriebs

5.1.1.1. Konfliktpotential

Nach GKV-Leitfaden Prävention ist nicht erkennbar, wann die Krankenkassen auf welche „betrieblichen Verantwortlichen“ zwecks Information und Beratung zugehen. Wenn nicht der Betriebsrat selbst den Kontakt zur Krankenkasse gesucht hat, spielt der tatsächliche Ablauf in der Praxis eine in der Außenbetrachtung häufig unterschätzte Rolle.

²¹⁹ Nur die „prozessschrittübergreifenden Aktivitäten“ bleiben hier unberücksichtigt, siehe Teil 4.2.4.5., da sie einerseits nicht einer Phase/einem Prozessschritt konkret zugeordnet sind, andererseits dem Leitfaden keine weiteren inhaltlichen Informationen zu entnehmen sind, siehe Leitfaden, 101.

²²⁰ Gläßer/Kirchhoff, in: EUV/PwC Studie 3, 2011, 17; siehe auch oben Teil 2.2.1.

²²¹ Dazu grundlegend: Grossmann/Scala, in: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.), 73–86.

5.1.1.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats

In rechtlicher Hinsicht bestimmt § 80 Abs. 2 Satz 1 BetrVG, dass der Betriebsrat „rechtzeitig und umfassend“ zu unterrichten ist. Der Arbeitgeber soll den Betriebsrat nach Zeitpunkt und Inhalt der Informationen in die Lage versetzen, seine Rechte ordnungsgemäß wahrzunehmen²²².

Auch tatsächlich wird die vorgesehene „Sensibilisierung“ der Betriebsöffentlichkeit ohne die Einbeziehung der Betriebsratsmitglieder von Anfang an nicht funktionieren. Sie dienen hier gleichermaßen als „Übersetzende“ und Promotoren²²³ und können eigene Kanäle des Zugangs zu den Mitarbeitenden²²⁴ nutzen.

5.1.1.3. Lösungsvorschlag

Es wäre praxisfern, bereits für den Erstkontakt zwischen Arbeitgeber und Krankenkasse die Einbindung des Betriebsrats vorzusehen. Umgekehrt wäre die erste Chance für die unerlässliche Vertrauensbildung zwischen den Beteiligten des Gesundheitsförderungsprozesses vertan, wenn der Austausch zwischen Arbeitgeberin und Krankenkasse schon über den Erstkontakt hinaus fortgeschritten wäre. Insofern sollten die angesprochenen Krankenkassen bzw. regionalen Koordinierungsstellen schon in diesem frühen Stadium auf die Hinzuziehung des Betriebsrats achten und mit dem Arbeitgeber einen „Fahrplan“ für die dem Erstkontakt folgenden Gespräche abstimmen. Je nach Ausgangssituation kann auch Bedarf für einen Termin bestehen, der ausschließlich dazu dient, den Betriebsrat zu informieren und dort bestehende Fragen und Bedenken zu klären²²⁵.

Sobald die beteiligten Krankenkassen die konkret tätigen, eigenen oder extern hinzugezogenen Berater bestimmt haben, sollten sie mit der Verfahrensgestaltung unter Berücksichtigung der konkreten betrieblichen Verhältnisse beginnen²²⁶.

²²² Ob konkret ein Mitbestimmungsrecht besteht, ist zunächst irrelevant; laut BAG muss aber überhaupt eine Aufgabe des Betriebsrats gegeben sein, siehe Beschluss vom 12.03.2019, 1 ABR 48/17, Rn. 23 zum Informationsanspruch über Arbeitsunfälle von Fremdpersonal.

²²³ Mit dieser Rolle im Konfliktmanagement befasst sich eingehend von Oertzen, in: Gläßer/Kirchhoff/Wendenburg (Hrsg.), 171–187.

²²⁴ Z.B. den Newsletter des Betriebsrats oder die Betriebsversammlung nach § 43 BetrVG.

²²⁵ Ade ordnet dies dem „Verhandeln auf Augenhöhe“ zu, in: Gläßer/Kirchhoff/Wendenburg (Hrsg.), 267, 276.

²²⁶ Wertvolle Hinweise dazu finden sich im Skript „Verfahrensgestaltung“ von Becker/Winter, Stand August 2018.

5.1.2. Entscheidung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess

5.1.2.1. Konfliktpotential

Die die Vorbereitungsphase abschließende Entscheidung, den Gesundheitsförderungsprozess aufzunehmen, kann insoweit konfliktbehaftet sein, als dass Arbeitgeber und Betriebsrat hierzu konträre Auffassungen vertreten. Diese können nicht nur aus der unterschiedlichen Sichtweise auf die mitbestimmungsrechtliche Situation rühren²²⁷. Festzustellen ist auch, dass „unterschiedliche Alltagstheorien, professionelle Zugänge und Interessen der Beteiligten im Betrieb“ den Blick auf das Thema Gesundheitsförderung formen²²⁸.

Zudem können sich die Angst vor Kosten und der Zweifel am Nutzen auf Arbeitgeberseite wie überzogene Erwartungen aller Beteiligten als Stolpersteine bereits bei der Grundsatzentscheidung erweisen²²⁹.

5.1.2.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats

Nach der in Teil 3.1.2. hergeleiteten Auffassung der Verfasserin unterliegt die Betriebliche Gesundheitsförderung der erzwingbaren Mitbestimmung des Betriebsrats. Im Zweifel könnte er also über sein Initiativrecht den Einstieg gegen den Willen des Arbeitgebers durchsetzen. Der Betriebsrat muss sich aber auch hier mit den Fragen auseinandersetzen, wie sich ein entsprechend konfrontatives Vorgehen auf den Gestaltungswillen des Arbeitgebers und die Wahrnehmung in der Belegschaft auswirkt.

5.1.2.3. Lösungsvorschlag

Gerade in der Vorbereitungsphase wird für die beteiligten Krankenkassen und die konkret Beratenden erkennbar, in welchem Maß die Akteure im Betrieb für die Gesundheitsförderung nicht nur sensibilisiert sind, sondern auch über den erforderlichen Kenntnisstand zu Zielen, Inhalten, Abläufen und Regelungsumfeld verfügen. Informationslücken oder gar -gefälle sollten durch gezielten Wissenstransfer seitens der Krankenkassen geschlossen werden. Ggf. ist darüber hinaus auch

²²⁷ Siehe *isb*, Teil 3.1.2.1.

²²⁸ Dazu eingehend Pieck, in: G. Faller (Hrsg.), 179, 180–181.

²²⁹ So die „Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement“ von LVR und LWL, 61–62.

eine Schulung nur der Betriebsräte notwendig²³⁰. Darauf besteht nach Maßgabe der Regelung in § 37 Abs. 6 BetrVG auf Kosten des Arbeitgebers unabhängig von den Leistungen der Krankenkasse nach § 20b Abs. 1 SGB V ein Anspruch. Gezielte Information sollte hier also beiderseits zu einem erhöhten „Sicherheitsgefühl“ in der Einschätzung durch die betrieblichen Kontrahenten führen. Ggf. wird dem Arbeitgeber an dieser Stelle zu verdeutlichen sein, dass die Inanspruchnahme der Förderleistungen nach § 20b Abs. 1 SGB V die Einbindung der Arbeitnehmersvertretung bedingt²³¹.

Auch bei gutem Kenntnisstand können jedoch unterschiedliche Interessenlagen von Arbeitgeber und Betriebsrat schon zu Beginn erkennbar sein. Dann bietet sich ein durch den bzw. die Prozessverantwortlichen im Auftrag der Krankenkassen zu moderierendes Gespräch, ggf. mit mediativen Elementen zur Erhellung der Hintergründe an²³². Bereits hier kann ihre Fachlichkeit als Konfliktvermittlerinnen²³³ gefordert sein. Aus Sicht der Verfasserin wäre es daher von Vorteil, wenn die Beratenden auch über die Kompetenz eines Mediators verfügten²³⁴. Dann könnten sie ihre Kenntnisse und Erfahrungen in der Strukturierung eines Verfahrens, der Gesprächsmoderation unter Einsatz mediationsspezifischer Kommunikation²³⁵ sowie Klärungshilfe einsetzen.

5.2. Nutzung bzw. Aufbau von Strukturen

5.2.1. Nutzung bzw. Aufbau eines Steuerungsgremiums

5.2.1.1. Konfliktpotential

Schon in der Alternative Nutzung oder Aufbau eines Steuerungsgremiums liegt Zündstoff, wenn Arbeitgeber oder Betriebsrat meint, insoweit z.B. auf den Arbeitsschutzausschuss²³⁶ zurückgreifen zu wollen.

²³⁰ Ahlers, WSI-Report Nr. 33, 12/2016, 15, mahnt mehr und bessere Schulungen für systematisches Arbeitsschutzhandeln und ganzheitliche Prävention an.

²³¹ Leitfaden, 103.

²³² Dazu Troja/Stubbe in Abgrenzung zur Mediation, ZKM 4/2006, 121, 122.

²³³ Einen guten Überblick gibt dazu Trenczek, ZKM 1/2008, 16–19.

²³⁴ Zu den Anforderungen an die Qualifikation siehe Teil 2.1.2.2. und Leitfaden, 110.

²³⁵ Dazu Kessen/Troja, in: Haft/Schlieffen (Hrsg.), 303–305.

²³⁶ Dieser tagt mindestens einmal pro Quartal, § 11 ASiG.

Auch die Besetzung kann hinsichtlich Anzahl²³⁷ und/oder der persönlichen wie fachlichen Eignung der von Arbeitgeber²³⁸- bzw. Betriebsratsseite dafür vorgesehenen Mitglieder streitig werden.

5.2.1.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats

Die Frage, in welcher Struktur die Betriebliche Gesundheitsförderung umzusetzen ist, betrifft nicht deren Inhalt, sondern deren Organisation. Auch bei der hier vertretenen mitbestimmungsfreundlichen Auslegung ergibt sich daher kein inhaltlicher Anknüpfungspunkt aus dem Mitbestimmungsrecht für Gesundheitsschutz aus § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG. Anderes könnte für das Mitbestimmungsrecht aus § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG für Ordnung und Verhalten im Betrieb gelten. Allerdings hat das BAG bereits mehrfach klargestellt, dass die „Ordnung des Betriebs“ nicht gleichbedeutend mit dessen Organisation ist. Zur mitbestimmungsfreien Organisation des Arbeitgebers gehört danach auch seine „Befugnis zu bestimmen, welche Personen oder Stellen für ihn im Verhältnis zu den Arbeitnehmern Rechte wahrzunehmen und Pflichten zu erfüllen haben“²³⁹.

Der Betriebsrat ist hier also einerseits auf eine einvernehmliche Lösung mit dem Arbeitgeber angewiesen, welche Struktur konkret mit wie vielen Personen aufgebaut bzw. genutzt werden soll. Andererseits sind für die personelle Auswahl in der betrieblichen Praxis Regelungen zur Besetzung von Gremien²⁴⁰ etabliert, die für beide Seiten die Autonomie in dieser Personalentscheidung gewährleisten.

5.2.1.3. Lösungsvorschlag

Die „Unterstützung beim Aufbau eines Projektmanagements“ dürfte der GKV-Leitfaden nicht ohne Grund als geförderte Leistungsart ausweisen²⁴¹. Die formelle

²³⁷ Soweit das Betriebsratsmitglied nicht nach § 38 BetrVG freigestellt ist, besteht Anspruch auf bezahlte Arbeitsbefreiung nach § 37 Abs. 2 BetrVG.

²³⁸ Grossmann/Scala heben die soziale Kompetenz der Arbeitgebervertreter hervor, in: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.), 73, 82.

²³⁹ So etwa für die Einrichtung einer Beschwerdestelle nach § 13 AGG BAG vom 21.07.2009, 1 ABR 42/08, Rn. 23; mit abweichender, aus der Organisation des Betriebsrats folgender Begründung auch ablehnend für das BEM-Integrationsteam, BAG vom 22.03.2016, 1 ABR 14/14, Rn. 17 f.; zur weitergehenden Mitbestimmung bei Be- und Zusammensetzung des Arbeitssicherheitsausschusses Kollmer/Klindt/Schuch/Leube, ArbSchG, Arbeitssicherheitsgesetz, Rn. 36 f.

²⁴⁰ Dies gilt für den Arbeitssicherheitsausschuss nach § 11 ASiG oder die Einigungsstelle nach § 76 Abs. 2 BetrVG.

²⁴¹ Siehe Leitfaden, 102.

Einrichtung einer an den konkreten Entscheidungsstrukturen ausgerichteten Zuständigkeit für Gesundheitsförderung kann zu Recht als „Startrampe“ angesehen werden, für die die Kooperation von „internen change facilitators mit externen Organisationsberatern“²⁴² ausdrücklich empfohlen wird.

Aus dem Blickwinkel des Konfliktmanagements betrachtet, ist dieser Prozessschritt aus dem Systemdesign vertraut; dieses gilt dem Veränderungsprozess und dient der unternehmensspezifischen Konzeption und Implementierung eines integrierten Konfliktmanagementsystems und der insoweit unterstützenden Strukturen im Unternehmen²⁴³.

Insofern sollten die im Auftrag der Krankenkassen tätigen Berater zunächst sorgsam ausloten, ob tatsächlich die Nutzung eines bestehenden Gremiums wie des Arbeitssicherheitsausschusses eine günstige Lösung darstellt. Dabei wird auch die Größe und Leistungsfähigkeit des Betriebs eine Rolle spielen²⁴⁴. Was Rolle, Beteiligte und nicht zuletzt die Fokussierung auf den technischen Arbeitsschutz angeht, bietet sich die Wahl des „eingefahrenen“ Arbeitssicherheitsausschusses aus Sicht der Verfasserin gerade nicht an. Vielmehr ist jedenfalls zum Einstieg in den Prozess die Einführung in Gestalt eines Projekts vorzuziehen²⁴⁵.

Dies birgt wertvolle Chancen. Projekte folgen, wie *Grossmann/Scala* feststellen, „anderen Prinzipien als Organisationen: Interdisziplinarität, Teamarbeit, Selbststeuerung und Problemorientierung treten gegenüber Hierarchie, berufsständischen Ordnungsprinzipien und Vereinzelung in den Vordergrund“²⁴⁶.

Ferner ist auf Entscheidungsfähigkeit der Mitglieder sowohl auf Arbeitgeber²⁴⁷- als auch auf Betriebsratsseite²⁴⁸ Wert zu legen und sollte beiderseits Auswahlkriterium für die konkreten Personen sein. In der Praxis gelten zudem bestimmte Personen aus oft langjähriger Zusammenarbeit in Gremien beiderseits etwa aufgrund ihrer Qualifikation, ihres Charakters und ihres Auftretens als „besetzt“ oder „verbraucht“. Gerade die externe Beratung sollte hier gute Aufklärungsarbeit leisten. Ein Anhaltspunkt für die persönlich/fachliche Eignung kann in der Wahrnehmung

²⁴² So *Grossmann/Scala*, in: *Dierks/Walter/Schwartz* (Hrsg.), 73, 83.

²⁴³ Eingehend: *Steinbrecher*, 79 f.

²⁴⁴ Zu den einschlägigen Studienergebnissen siehe Teil 3.3.1. und 3.3.2.

²⁴⁵ So die „Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement“ von LVR und LWL, 61.

²⁴⁶ *Grossmann/Scala*, in: *Dierks/Walter/Schwartz* (Hrsg.), 73, 81.

²⁴⁷ So die „Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement“ von LVR und LWL, 30.

²⁴⁸ Das BAG weist allerdings für die Frage der personellen Besetzung des BEM-Integrationsteams zu Recht darauf hin, dass die Willensbildung dennoch im gesamten Gremium des Betriebsrats erfolgt, siehe BAG vom 22.03.2016, 1 ABR 14/14, Rn. 18 f.

von Aufgaben der Konflikt-/Krankheitsprävention liegen²⁴⁹. Ggf. ist hier auf einer oder beiden Seiten in moderierend-mediierender Rolle auf eine andere Personalentscheidung hinzuwirken. Die Mediation könnte hier Hilfestellung insbesondere bei der Erhellung des Hintergrunds des personellen Konflikts leisten. Gerade in größeren Einheiten sollte beiderseits im Zweifel eine Alternative bestehen.

Die Anzahl der Vertreterinnen aus dem Betriebsrat sollte sich ebenfalls an den konkreten betrieblichen Verhältnissen orientieren, aber, bereit aus Gründen der wechselseitigen Vertretung, nicht weniger als zwei Entsendungen vorsehen.

5.2.2. Entwicklung eines gemeinsamen Gesundheitsförderungsverständnisses

5.2.2.1. Konfliktpotential

Der GKV-Leitfaden Prävention verlangt den Akteuren der Betrieblichen Gesundheitsförderung vor Einstieg in den eigentlichen Prozess nach Auftragsklärung die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Gesundheitsförderung ab. So klar der Begriff „Auftragsklärung“ im Setting einer Mediation²⁵⁰ ist, so unklar ist seine Einordnung in den hiesigen Kontext: die Vorgabe, (bereits) an dieser Stelle ein „Grundverständnis“ bzw. ein „grundsätzliches Einvernehmen über das weitere Vorgehen“²⁵¹ zu erzielen, lädt zu dogmatischen Diskussionen und Verwerfungen in diesem frühen Stadium geradezu sein.

5.2.2.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats

Der Betriebsrat wird sich an dieser Stelle seine Rechtsposition vergegenwärtigen und die damit verbundenen Chancen auf Mitgestaltung bewerten. Was die hier ausgeleuchteten Präventionsprinzipien²⁵², gerade der „gesundheitsgerechten Führung“ anbelangt, werden aber auch Grenzen erkennbar werden. So wird die zur Konfliktprävention grundsätzlich geeignete Gesundheitsförderung niemals unmittelbar dazu führen, dass eine in den Augen der Betriebsräte ungeeignete bzw. missliebige Führungskraft abgelöst werden wird. Auch im Übrigen wird er sich den

²⁴⁹ Siehe Teil 3.2.2.

²⁵⁰ Siehe insb. Freitag/Schroeter in: Freitag/Richter (Hrsg.), 137–146; Troja, Konfliktodynamik 1/2015, 72–77; K. Faller, 3, 8.

²⁵¹ Siehe Leitfaden, 100.

²⁵² Siehe Teil 2.1.1. und 2.1.2.

unterschiedlichen Grad seiner Einflussmöglichkeit bei Verhältnisprävention gegenüber Verhaltensprävention bewusst machen. Wichtig ist an dieser Stelle auch der Blick auf die Organisation, wie sich der angestrebte Prozess mit weiteren Instrumenten bzw. Prozessen²⁵³ verzahnen soll.

Der Blick auf die rechtliche wie tatsächliche Durchsetzbarkeit der Vorstellungen der Betriebsrätinnen wird gerade an dieser Stelle stark von ihrer Wahrnehmung der Organisationskultur²⁵⁴ geprägt und die Grundlage von Vertrauen oder Misstrauen in den Prozess bilden. Zu betonen ist auch, dass in der Praxis häufig nicht von einer einheitlichen, sondern vielmehr von einer heterogenen Sichtweise innerhalb des Gremiums ausgegangen werden muss. Unabhängig davon, dass der Betriebsrat im Steuerungsgremium nur durch eine begrenzte Anzahl von Mitgliedern vertreten ist, wird diese Willensbildung im gesamten Gremium erfolgen.

5.2.2.3. Lösungsvorschlag

Hier ist auf den Lösungsvorschlag zu Konflikten bei der Entscheidung über den Einstieg in den Prozess aufzusetzen²⁵⁵.

Wesentlich ist darüber hinaus, dass sich die für die Krankenkassen beratenden Personen in die Kultur der konkreten Organisation²⁵⁶ hinein denken und die in der Mediation vorausgesetzte²⁵⁷ Allparteilichkeit bewahren²⁵⁸. Auch insoweit wäre nicht nur die Qualifikation als Mediatorin, sondern darüber hinaus eine mediationsadäquate Haltung²⁵⁹ der Beratenden wünschenswert. All das befähigt sie, innerhalb einer möglichen „Grundsatzdebatte“ vor dem eigentlichen Prozessstart zu vermitteln.

Des Weiteren sollten sie die beteiligten Akteure ermutigen, zunächst in die „Sacharbeit“ einzusteigen, bevor in einem Einigungsstellenverfahren bzw. im Vorgriff dazu über die Reichweite konkreter Mitbestimmungsrechte gerungen wird.

²⁵³ Beispielhaft mit Blick auf das BEM bzw. ein Konfliktmanagementsystem.

²⁵⁴ Dazu Wien/Franzke, 29-45; siehe auch von Oertzen/Nöldeke, in: EUV/PwC Studie 3, 2011, 66.

²⁵⁵ Siehe Teil 5.1.1.3.

²⁵⁶ Nach Grossmann/Scala zutreffend definiert als „nicht nur die äußeren technischen Bedingungen wie Organigramme und Ablaufstrukturen, sondern auch Regeln, Normen, Erwartungshaltungen, etablierte Denkweisen und tragende Verhaltensmuster“, in: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.), 73, 76.

²⁵⁷ Siehe § 1 Abs. 2 Mediationsgesetz.

²⁵⁸ So zutreffend Grossmann/Scala, in: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.), 73, 78.

²⁵⁹ Dazu illustrieren Ade/Schroeter die „Balance zwischen Empathie und Professionalität“ in: Freitag/Richter (Hrsg.), 187, Abb. 27.

Auch in Anbetracht der Diversität vieler Betriebsratsgremien empfiehlt es sich unbedingt, hier über das Gespräch mit den Vertreterinnen in dem Steuerungsgremium hinaus den Austausch mit dem gesamten Gremium zu suchen, um das gemeinsame Grundverständnis abzusichern.

5.3. Analyse

5.3.1. Nutzung vorhandener Daten und Erkenntnisse

5.3.1.1. Konfliktpotential

Bei bereits vorhandenem Material kann die Frage konfliktbehaftet sein, inwieweit der Arbeitgeber es mit dem Betriebsrat zu teilen hat. Hierbei kann es sich um eigene Erkenntnisse des Arbeitgebers, aber auch um Daten der beteiligten Krankenkassen bzw. der zuständigen Berufsgenossenschaft handeln.

Dabei spielt naturgemäß der beiderseits zu gewährleistende Datenschutz eine wichtige Rolle.

5.3.1.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats

Gesundheitsdaten²⁶⁰ jedweder Herkunft sind nicht nur in der tatsächlichen, sondern auch in der rechtlichen Wahrnehmung besonders schützenswert.

Sie gelten als sensitiv und dürfen im Zusammenspiel mit den jüngst reformierten europäischen und deutschen Vorgaben zum Datenschutz²⁶¹ nur dann für Zwecke des Beschäftigungsverhältnisses verarbeitet werden, wenn dies „zur Ausübung von Rechten oder zur Erfüllung von rechtlichen Pflichten aus dem Arbeitsrecht, dem Recht der sozialen Sicherheit und des Sozialschutzes erforderlich ist“.

Der Betriebsrat kann hier zwar geltend machen, das vorhandene Datenmaterial zur Ausübung der dargelegten Mitbestimmungsrechte nach § 87 Abs. 1 BetrVG zu benötigen. Die Anforderungen gehen aber noch weiter. Es darf auch „kein Grund zu der Annahme bestehen, dass das schutzwürdige Interesse der betroffenen Person an dem Ausschluss der Verarbeitung überwiegt“. Damit eine solche „Annahme“

²⁶⁰ Gemäß Legaldefinition in Art. 4 Nr. 15 DS-GVO sind dies Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

²⁶¹ § 26 Abs. 3 Satz 1 und 3 BDSG i.V.m. Art. 9 Abs.2b DS-GVO in der ab 26.05.2018 geltenden Fassung.

gar nicht erst entsteht, sind zur Wahrung der Interessen Betroffener „angemessene und spezifische Maßnahmen“ vorzusehen²⁶². Nicht nur der Arbeitgeber, sondern auch der Betriebsrat muss daher geeignete Vorkehrungen treffen, um die Vertraulichkeit der Daten sicherzustellen. Anderenfalls darf ihm der Arbeitgeber den Zugriff begründet verwehren²⁶³. Das BAG nennt dazu beispielhaft „das zuverlässige Sicherstellen des Verschlusses der Daten, die Gewähr begrenzter Zugriffsmöglichkeiten oder deren Beschränkung auf einzelne Betriebsratsmitglieder sowie die Datenlöschung nach Beendigung“²⁶⁴. Ist entsprechendes gewährleistet, kommt es nicht darauf an, ob die einzelne Arbeitnehmerin der Weitergabe an den Betriebsrat widersprochen hat²⁶⁵.

5.3.1.3. Lösungsvorschlag

Es liegt hier im eigenen Interesse des Betriebsrats, sich mit dem Arbeitgeber zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben auf eine entsprechend gesicherte Vorgehensweise zu verständigen. Diese sollte alle Daten, unabhängig von ihrer Quelle, erfassen und bereits im Sinne der innerbetrieblichen Transparenz²⁶⁶ in Gestalt einer (freiwilligen) Betriebsvereinbarung abgeschlossen werden²⁶⁷.

Dabei ist im Kontext der zum Zwecke der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu erhebenden Daten auch eine Regelung dazu zu treffen, wie innerhalb des Gremiums mit den Daten umgegangen wird. Insbesondere die Mitglieder im Steuerungsgremium müssen wissen, ob und unter welchen Voraussetzungen sie auf Gesundheitsdaten beruhende Erkenntnisse in das Gremium tragen dürfen²⁶⁸.

²⁶² Siehe die differenzierte Regelung in § 22 Abs. 2 Nr. 1–10 BDSG.

²⁶³ Eingehend zur Situation nach BDSG: Jacobi, ArbRB 2019, 375–378.

²⁶⁴ Siehe BAG vom 09.04.2019, 1 ABR 51/17, Rn. 48.

²⁶⁵ So das BAG ausdrücklich: Beschluss vom 09.04.2019, 1 ABR 51/17, Rn. 49; hier hatte die Arbeitnehmerin verlangt, dass der Betriebsrat von dem Umstand ihrer Schwangerschaft keine Kenntnis erhält.

²⁶⁶ Nach § 77 Abs. 2 Satz 3 BetrVG hat der Arbeitgeber „Betriebsvereinbarungen an geeigneter Stelle im Betrieb auszulegen“; heute ist die Veröffentlichung im Intranet weit verbreitet.

²⁶⁷ So Jacobi, ArbRB 2019, 375, 377.

²⁶⁸ Jacobi, ArbRB 2019, 375, 377, will hier mit Blick auf Art. 5 Abs. 1 DS-GVO und das daraus folgende „need to know“-Prinzip die Verpflichtung ableiten, sensible Daten von vorneherein nur bestimmten Mitgliedern des Betriebsrats bekannt zu machen; mit Blick auf die vom BAG in seinem Beschluss vom 09.04.2019, 1 ABR 51/17, Rn. 48 alternativ benannten Schutzmaßnahmen ist dies aber abzulehnen.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann der Betriebsrat vom Arbeitgeber Information sowie Zugang zu vorhandenen eigenen oder von Dritten zur Verfügung gestellten Daten²⁶⁹ verlangen.

Auch aus Sicht des Konfliktmanagements ist dieses Vorgehen empfehlenswert. Gerade der wechselseitige Umgang mit Daten kann nach Erfahrung der Verfasserin aus Sicht der Betriebspartner, aber auch der Beschäftigten, Anlass für Misstrauen sein. Um zu vermeiden, dass sich dieses Misstrauen vom Prozess auf den Inhalt der Betrieblichen Gesundheitsförderung überträgt, haben derartige Verfahrensstandards²⁷⁰ eine hohe Bedeutung²⁷¹.

5.3.2. Nutzung neu zu erhebender Daten

5.3.2.1. Konfliktpotential

Die Interessen, welche Daten als Grundlage konkreter Maßnahmenplanung neu zu erheben sind, können zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat erheblich und vielfältig differieren. So kann es ein Anliegen des Betriebsrats sein, in Anbetracht der explizit auch auf einzelne Betriebsteile bzw. Beschäftigtengruppen²⁷² ausrichtbaren Ermittlungen, eine bestimmte Reihenfolge²⁷³ bzw. einen bestimmten Schwerpunkt²⁷⁴ zu setzen.

Auch können zur Erhebungstiefe unterschiedliche Auffassungen bestehen.

5.3.2.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats

Der Betriebsrat verfügt hier über eine starke Rechtsposition, wenn es darum geht, auch gegen den Willen des Arbeitgebers Daten zu erheben. Diese rührt aus seinem erzwingbaren Recht auf Beteiligung nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG mit Bezug auf

²⁶⁹ Z.B. auf die „Routinedaten der Krankenkassen“, siehe Leitfaden, 99 Abb. 7 (Anhang 1).

²⁷⁰ Verfahrensstandards dieser Art sind eine Komponente des Viadrina-Komponentenmodells eines Konfliktmanagement-Systems, EUV/PwC, Studie 4, 2013, 18.

²⁷¹ Gläßer, Konfliktodynamik 4/2019, 275, 282.

²⁷² Siehe Leitfaden, 101.

²⁷³ Etwa zur Ermittlung besonderer Beschwerden i.S.d. Präventionsprinzips „gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen“.

²⁷⁴ Etwa zur Bearbeitung wahrgenommener Mängel i.S.d. Präventionsprinzips „gesundheitsgerechte Führung“.

die wiederum für den Arbeitgeber nach § 5 ArbSchG obligatorisch durchzuführende Gefährdungsbeurteilung²⁷⁵. Dabei sind betriebliche Rahmenbedingungen wie etwa Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Arbeitsintensität hinsichtlich möglicher Gefährdungen zu analysieren²⁷⁶. Dies gilt seit 2013 explizit unter Einbeziehung der psychischen Gefährdungssituation²⁷⁷ und unabhängig vom Arbeitsort, d.h. auch im Home Office bzw. bei mobiler Arbeit und unabhängig vom Status des Beschäftigten, d.h. auch zugunsten der Leiharbeiterin²⁷⁸.

In diesem Zusammenhang werden regelmäßig Fragebögen eingesetzt, die sich an die betroffenen Mitarbeitenden wenden²⁷⁹. Deren Inhalt, also z.B. die Anzahl, Ausrichtung, Themen der Fragen und der befragte Personenkreis unterliegt der vollen Mitbestimmung²⁸⁰. Stellen sich konkrete Gefährdungen heraus, muss der Arbeitgeber Abhilfe schaffen²⁸¹.

Tatsächlich lösen die Forderungen nach gezielter Gefährdungsbeurteilung sowohl Ängste exponierter Führungskräfte²⁸² als auch Erwartungen der Mitarbeitenden²⁸³ aus. Beidem wird der Betriebsrat durch entsprechend behutsame Vorgehensweise nicht nur, aber insbesondere in den dargelegten Belangen des Datenschutzes Rechnung zu tragen haben.

5.3.2.3. Lösungsvorschlag

Die Frage der gezielten Datenerhebung als Grundlage für die sich anschließende Maßnahmenplanung könnte den Betriebsrat insgesamt bzw. seine Vertreterinnen

²⁷⁵ Dazu Wiebauer, RdA 2019, 47–48. Bemerkenswert ist, dass der GKV-Leitfaden Prävention insoweit nur Ergebnisse bereits erfolgter Gefährdungsbeurteilungen erwähnt, 101.

²⁷⁶ Ahlers, WSI-Report Nr. 33, 12/2016, 11–12, zeigt den Verbreitungsgrad auf.

²⁷⁷ Siehe § 5 Abs. 3 Nr. 6 ArbSchG; in den von Ahlers, WSI-Report Nr. 33, 12/2016, 11–12 betrachteten Betrieben hatten weniger als 1/3 die psychischen Belastungen in der Gefährdungsbeurteilung tatsächlich ermittelt.

²⁷⁸ Dahl, BB 2018, 1972, 1974.

²⁷⁹ Dazu eingehend mit Praxisbeispiel Balıkcıoğlu, NZA 2015, 1424, 1427 f.

²⁸⁰ Wiebauer, RdA 2019, 41, 43; nach LAG Hamburg vom 14.06.2016, 2 TaBV 2/16 erfasst das Mitbestimmungsrecht aus § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG auch eine unabhängig von einer Gefährdungsbeurteilung erfolgende Mitarbeiterbefragung mit einzelnen Fragen mit Gesundheitsbezug aufgrund des Charakters als „unauflösliches Gesamtwerk“, aufgehoben durch BAG vom 21.11.2017, 1 ABR 47/16; dazu ablehnend Lüders/Weller, BB 2016, 116, 120.

²⁸¹ Dazu wird der Arbeitgeber gemäß der „Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz“ auch kontrolliert.

²⁸² Dazu Zepke/Stieger in: G. Faller (Hrsg.), 223–232, 227.

²⁸³ Dahl fordert hier eine höhere Sensitivität der steuernden Personen bei Herausarbeitung konkreter Belastungssituationen, BB 2018, 1972, 1974.

im Steuerungsgremium zu einem ersten „Muskelenspiel“ im Prozessablauf veranlassen. Hier sollte durch eine gezielte Vorgehensweise verhindert werden, dass sich die beteiligten Akteure daran „festbeißen“. So bieten sich bereits für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung unterschiedliche methodische Ansätze und Szenarien an. Die Hinzuziehung externer Experten bei Durchführung einer Mitarbeiterbefragung kann etwa Bedenken hinsichtlich der Wahrung der Anonymität vorbeugen²⁸⁴.

Darüber hinaus ist – wiederum mit Blick auf die Mediation als Format der Konfliktbearbeitung – Expertise mit Blick auf Verhandlungsprozesse gefordert²⁸⁵. So ist es ratsam, den Blick der Kontrahenten mit Hilfe der Fachkompetenz der konkret Beratenden über das Instrument der Gefährdungsbeurteilung hinaus gezielt zu weiten.

Dies gilt einerseits den partizipativen Elementen wie z.B. „Beschäftigtenbefragungen, Moderation von Arbeitssituationsanalysen und Gesundheitszirkeln²⁸⁶, Durchführung von Interviews“, die der GKV-Leitfaden als methodisches Angebot zur Verfolgung des Präventionsprinzips „gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und –bedingungen“ aufführt²⁸⁷. Dies gilt andererseits der gezielten Erhebung der Beschäftigungssituation der im Betrieb tätigen Führungskräfte auf der aktiv führenden und der passiv geführten²⁸⁸ Seite zur Vorbereitung zielgenauer Maßnahmen in Verfolgung des Präventionsprinzips „gesundheitsgerechte Führung“.

Dabei kommt der Vernetzung der involvierten Funktions- und Wissensträger eine erhebliche Bedeutung zu²⁸⁹. Beiden Parteien sollte hier deutlich gemacht werden, dass Partizipation der Betrieblichen Gesundheitsförderung wesensimmanent ist²⁹⁰.

Je nach Betriebsgröße und Zuschnitt, etwa als Familien- oder Konzernunternehmen, werden für den Beratenden an dieser Stelle unterschiedliche Befindlichkeiten

²⁸⁴ So die Empfehlung von Balıkcıođlu, NZA 2015, 1424, 1427.

²⁸⁵ Eingehend zur Funktion von Verhandlungen als Mittel der Konfliktprevention: Schwartz/Troja, ZKM 2016, 186, 187.

²⁸⁶ Dazu näher Friczewski, in: G. Faller (Hrsg.), 243–252.

²⁸⁷ Siehe Leitfaden, 115.

²⁸⁸ Deren Einbeziehung erscheint gerade zum Zweck der Konfliktprevention unerlässlich, siehe Teil 2.2.2.2.

²⁸⁹ Darauf verweisen Grossmann/Scala, in: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.), 73, 78.

²⁹⁰ Siehe Teil 1.2.1.1.

offenbar werden, die zu erheblichen, auch persönlich motivierten²⁹¹ Widerständen führen können. An dieser Stelle würde sich die Fähigkeit, eine Interessenermittlung durchzuführen, wie sie als Mittel u.a. der Verständnisförderung die Mediation kennzeichnet²⁹², als wertvoll erweisen.

Damit sich der Betriebsrat auch als Gremium darauf einlassen kann, ist weiterhin zu empfehlen, für die geplanten Erhebungen gemeinsam einen konkreten Ablaufplan zu Reihenfolge und Inhalt festzulegen²⁹³ und das Bekenntnis aller Akteure einzufordern, diesen entsprechend umzusetzen.

5.4. Maßnahmenplanung

5.4.1. Interpretation und Diskussion der Analyse-Ergebnisse

5.4.1.1. Konfliktpotential

In der „Interpretation“ der Analyse-Ergebnisse werden unterschiedliche Perspektiven und Rückschlüsse der Beteiligten im Steuerungsgremium feststellbar sein, die insbesondere zwischen Arbeitgeber- und Betriebsratsvertretern divergieren. Zusätzlich kann nicht nur die Fülle der zu bearbeitenden Informationen, sondern auch die Offenheit des Beratungsansatzes der Krankenkassen in Umsetzung des Präventionsprinzips „gesundheitsförderliche Arbeitstätigkeit und -bedingungen“²⁹⁴ zu Konflikten führen. Zudem mögen sich die Vertreter des Betriebsrats in ihrem Kenntnisstand und Deutungsvermögen gegenüber den übrigen Akteuren unterlegen fühlen.

5.4.1.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats

Die Analysephase bringt die unternehmensinterne Wirklichkeit ans Licht. Die Akteure dringen gleichsam in den „Maschinenraum“ der betrieblichen Einheit vor.

²⁹¹ Wie etwa Machtverlust; siehe dazu „Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement“ von LVR und LWL, 64.

²⁹² Dazu Gläßer/Kirchhoff, ZKM 4/2005, 130, 131.

²⁹³ Diese Empfehlung besteht nach GKV-Leitfaden Prävention erst für die Maßnahmenplanung, 97; auch Grossmann/Scala raten von „abgekürzten“ Verfahren ab, in: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.), 73, 79.

²⁹⁴ Z.B. die „Entwicklung und Umsetzung ganzheitlicher unternehmensspezifischer BGF-Konzepte“ laut Methodik des Angebots nach Leitfaden, 115; siehe auch Teil 2.1.1.2. und 2.2.2.1.

Um das Recht auf Mitgestaltung gezielt ausüben zu können, müssen die Betriebsratsvertreter wie das Gremium in der Lage sein, die Erkenntnisse richtig einzuordnen zu können. Denn im Regelfall entscheidet nur der Betriebsrat als Ganzes über die Ausübung der Mitbestimmungsrechte durch Beschluss²⁹⁵. Nach Erfahrung der Verfasserin benötigt das Gremium in einer solchen Situation häufig sachverständige Unterstützung. Dafür stehen neben den Beratern der Krankenkassen insbesondere die weiteren Mitglieder des Steuerungsgremiums, z.B. der Betriebsarzt, zur Verfügung. Über die Regelung in § 89 BetrVG besteht auch unmittelbarer Zugriff auf „die für den Arbeitsschutz zuständige Behörden“ und die Berufsgenossenschaften²⁹⁶. Ferner stehen den Betriebsräten oft Vertreter der zuständigen Gewerkschaft mit ihrem Fach- und Erfahrungswissen zur Seite.

Überdies kann der Betriebsrat gemäß § 80 Abs. 3 BetrVG die Hinzuziehung externer Sachverständiger beanspruchen, soweit dies zur Aufgabenwahrnehmung „erforderlich“ ist. Diese Personen können und sollen mit ihrem fachlichen Knowhow den Betriebsrat bei der Geltendmachung seiner Interessen unterstützen, ohne dazu eine neutrale Haltung einnehmen zu müssen²⁹⁷. Sie sind „erforderlich“, wenn dem Betriebsrat keine internen bzw. institutionellen²⁹⁸ Quellen zur Verfügung stehen oder diese ausgeschöpft sind²⁹⁹. Die Kosten der Inanspruchnahme sind dann nach Maßgabe einer näheren Vereinbarung durch den Arbeitgeber zu tragen³⁰⁰. Auf diese Weise kann sich der Betriebsrat ergänzenden Sachverstand vor allem in arbeitswissenschaftlicher, aber auch in arbeitsrechtlicher Hinsicht verschaffen.

Der Prozessteilschritt der Interpretation bzw. Diskussion der Analyse-Ergebnisse birgt für den Betriebsrat nicht nur die wertvolle Chance, Erkenntnisse der „Röntgenaufnahme“ auch in anderem Zusammenhang, z.B. in der Mitarbeit im BEM-Integrationsteam oder als Konfliktlotse, einzubringen. Die Erkenntnisse versetzen ihn auch in die Lage, ein etwaiges Initiativrecht zur Geltendmachung von

²⁹⁵ Siehe § 33 BetrVG; unter den Voraussetzungen der §§ 28 und 28a BetrVG können zwar Aufgaben auf Ausschüsse bzw. Arbeitsgruppen übertragen werden; deren Bildung und Willensbildung unterliegt jedoch besonderen Voraussetzungen.

²⁹⁶ Siehe Teil 3.1.3.2.

²⁹⁷ ErfK/Kania, BetrVG, § 80 Rn. 32.

²⁹⁸ Z.B. Betriebsarzt oder Fachkraft für Arbeitssicherheit nach ASiG bzw. die in § 89 BetrVG aufgeführten Institutionen für Arbeitsschutz.

²⁹⁹ BAG vom 25.06.2014, 7 ABR 70/12, Rn. 22.

³⁰⁰ Siehe § 80 Abs. 3 i.V.m. § 40 Abs. 1 BetrVG.

konkreten Mitbestimmungsrechten in sozialen Angelegenheiten aus dem Katalog des § 87 Abs. 1 BetrVG zu prüfen.

5.4.1.3. Lösungsvorschlag

Den an dieser Stelle auftretenden Konflikten kann zielgerichtet durch Leitplanken für das gemeinsame Arbeiten begegnet werden. Je nach betrieblicher Ausgangssituation und Ausprägung können derartige, aus dem Konfliktmanagement vertraute „Verfahrensstandards“³⁰¹ implizit oder explizit festgelegt werden. So kann es sich anbieten, dazu eine eigene „Prozessvereinbarung“ abzuschließen. Darin könnten etwa Regelungen zum Datenschutz, zum Ablaufplan für die Erhebung neuer Daten und zum Zugriff auf externen Sachverstand einfließen.

Inhaltlich sollte an dieser Stelle die Informiertheit aller Parteien als Leitlinie stehen, die auch die Mediation kennzeichnet und den Mediator stets zu einer entsprechend umsichtigen Vorgehensweise anhält³⁰². Dadurch sollten sich alle Beteiligten der vollen Transparenz und der Wahrung der Vertraulichkeit sicher sein können. Transparenz steht hier im Verhältnis von Arbeitgeber zu Betriebsrat dafür, dass alle Erkenntnisse im Steuerungsgremium diskutiert und eine einseitige Vorauswahl bzw. eine einseitige Auswertung mit der von den Krankenkassen zu stellenden Beratung weder durch den Arbeitgeber noch durch den Betriebsrat erfolgt. Vertraulichkeit hinsichtlich der aus dem Datenbestand ableitbaren tatsächlichen Verhältnisse ist das unerlässliche Gegengewicht, um das Vertrauen der Belegschaft gerade nach einer partizipativ angelegten Analysephase zu erhalten.

Darüber hinaus sollte es Aufgabe des von den Krankenkassen gestellten Beraters sein, alle Akteure darin zu unterstützen, die gewonnenen Erkenntnisse auch zur näheren Verzahnung mit weiteren Instrumenten, sei es etwa der technische Arbeitsschutz, ein Konfliktmanagementsystem oder einzelner Komponenten, das betriebliche Gesundheitsmanagement oder das betriebliche Vorschlagswesen bei Verbesserungsvorschlägen zu nutzen.

³⁰¹ Dazu Erläuterungen bei Gläßer/Kirchhoff, in: EUV/PwC Studie 3, 2011, 20.

³⁰² Kessen/Troja, in: Haft/Schlieffen (Hrsg.), 302.

5.4.2. Systematische Ableitung von Maßnahmen

5.4.2.1. Konfliktpotential

Die Notwendigkeit, nach der Analysephase Maßnahmen „systematisch nach spezifischer Zielsetzung, Dringlichkeit und verfügbaren Ressourcen“³⁰³ abzuleiten, führt zum Kern des in dem Prozess liegenden Konfliktpotentials. Hier geht es nicht nur um Inhalte, sondern auch um deren Priorisierung.

5.4.2.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats

Mit Blick auf die Maßnahmenplanung steht nun die konkrete Ausgestaltung des Mitbestimmungsrechts des Betriebsrats im Fokus, das nach der in Teil 3.1.2. hergeleiteten Auffassung der Verfasserin nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG das mitbestimmungspflichtige Ordnungsverhalten betrifft bzw. nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG für die verhältnisbezogene Prävention besteht. Im Unterschied zur Verhaltensprävention werden bei der Verhältnisprävention die Veränderungspotentiale nicht dem Individuum, sondern den jeweiligen Rahmenbedingungen zugerechnet.

Der Betriebsrat hat sich hier als Gremium in mehrfacher Hinsicht zu positionieren:

Er hat zu klären, ob Maßnahmen mit **Pilot- oder Dauercharakter** zu verfolgen sind. Dabei steht der Pilotcharakter für eine Maßnahme, die einen zeitlich und meist auch inhaltlich begrenzten, klar definierten Bereich betrifft. Darauf greifen die Betriebspartner im Alltag häufiger zurück, wenn es z.B. um die Testphase einer Software zur Erfassung von Arbeitszeit oder Betriebsdaten geht. Hier ist klar, dass der Arbeitgeber die Mitbestimmung aus § 87 Abs. 1 Nr. 6 BetrVG beim Einsatz von Software mit Überwachungseignung zu wahren hat. Es wird dann eine Vereinbarung über den „Pilot“ geschlossen, die die Mitbestimmung wahrt und dem Arbeitgeber noch Spielraum für die endgültige Entscheidung über den Einsatz gibt. Im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung hätte die Auswahl eines solchen „Piloten“ den Vorteil, dass auch der Betriebsrat die Evaluation zur Prüfung nutzen kann, inwieweit die vereinbarte Maßnahme zielgenau und effizient ansetzt. Dies käme auch der Wirkungsweise des Prozesses als „Zyklus“³⁰⁴ zugute, die der GKV-Leitfaden Prävention zugrunde legt.

³⁰³ So die Formulierung in Abb. 7 des Leitfadens, 99 (Anhang 1).

³⁰⁴ Siehe Leitfaden, 98.

Ferner muss sich der Betriebsrat positionieren, ob und ggf. welche **Schritte** er mit welchem **Bezugspunkt** anstrebt. Dies wird stark nicht nur von der konkreten betrieblichen Situation, sondern auch von den Ergebnissen der Analysephase abhängen. So ist vorstellbar, dass er in der betrieblichen Organisation nicht ganzheitlich, sondern schrittweise an Unternehmensbereichen (z.B. „Einkauf“ oder „Vertrieb“) oder an Führungsebenen (z.B. Bereichs-, Abteilungs- oder Teamleiter), jeweils in bestimmter Reihenfolge, ansetzen möchte. Ebenso könnte er themenbezogen vorgehen wollen und ein übergreifendes, aus seiner Sicht aktuell besonders dringliches Thema, z.B. die Entgrenzung von Arbeit und Freizeit³⁰⁵, mit Blick auf die gesamte Organisation bearbeiten wollen.

Des Weiteren hat er sich mit dem **Schwerpunkt** der von ihm angestrebten Maßnahmen verhältnisbezogener Prävention auseinander zu setzen. Die geförderte verhältnisbezogene Beratung durch/für die Krankenkassen zur „gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“ umfasst mit Arbeitsumgebung, Ausgestaltung der Aufgabe selbst, Arbeitsorganisation und soziale Beziehungen am Arbeitsplatz vier Ansatzpunkte. Zudem bietet der GKV-Leitfaden Prävention gerade mit Bezug zum Präventionsprinzip „gesundheitsgerechte Führung“ einen ganzen „Strauß“ von Inhalten an. Mit Blick auf Konfliktprävention kommt z.B. ein Fokus auf „Kommunikation und Gesprächsführung auch zur Verbesserung des Umgangs mit belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder bei Konflikten am Arbeitsplatz“³⁰⁶ in Betracht. Auch das Förderungsangebot, die Ressource „wertschätzende Unternehmenskultur zu vertiefen und Einflussmöglichkeiten durch das Führungsverhalten zu entwickeln“³⁰⁷, beinhaltet die Chance auf Stärkung positiver Ressourcen und wird manchen „wunden Punkt“ im betrieblichen Zusammenleben treffen.

Schließlich hat sich der Betriebsrat mit den auszuwählenden **Methoden** zu befassen. Er muss für sich ein klares Bild dafür entwickeln, wo etwa mit gezielter Schulung von „Peer-Mentoren“³⁰⁸ gearbeitet werden sollte bzw. wie eine „Führungswerkstatt“³⁰⁹ als moderiertes Gruppengespräch zum Erfahrungsaustausch organisational bzw. hierarchisch zugeschnitten werden sollte.

³⁰⁵ Die damit verbundenen psychischen Belastungen können Gegenstand einer vorangegangenen Gefährdungsbeurteilung sein, siehe Balickioglul, NZA 2015, 1424, 1426.

³⁰⁶ Siehe Leitfaden, 117.

³⁰⁷ Siehe Leitfaden, 117.

³⁰⁸ Siehe Leitfaden, 115.

³⁰⁹ Siehe Leitfaden, 118.

Die Position, die der Betriebsrat zu den aufgeführten Punkten einnimmt, dürfte kaum vollständig mit der Sichtweise des Arbeitgebers übereinstimmen. Hinzu treten erwartbare Meinungsunterschiede zur Einschätzung der Dringlichkeit der Umsetzung und zu den dafür „verfügbaren Ressourcen“³¹⁰.

Das Betriebsverfassungsrecht bietet in dieser Situation die Durchführung eines Einigungsstellenverfahrens an; wird hier durch sog. „Spruch“ entschieden, ist deren Entscheidung durch ein im Zweifel über drei Instanzen geführtes arbeitsgerichtliches Beschlussverfahren überprüfbar³¹¹.

Tatsächlich dürfte das Betriebsratsgremium an dieser Stelle jedoch unter „Erfolgsdruck“ stehen; die Entscheidung für ein zeitaufwändiges Einigungsstellenverfahren mit dem zeitlichen und inhaltlichen Risiko einer nachfolgenden arbeitsgerichtlichen Überprüfung würde zu einem Schwebestand führen. Jedenfalls in der betrieblichen Wahrnehmung hat dies nach auf entsprechender Erfahrung beruhender Einschätzung der Verfasserin nicht selten zur Folge, dass sich der Gegenstand der Mitbestimmung – hier die Ausgestaltung von Betrieblicher Gesundheitsförderung – von dem Verfahren – hier in der Einigungsstelle bzw. „vor Gericht“ – entkoppelt. Es besteht mithin (auch) für den Betriebsrat die Gefahr, die zuvor im Sinne der Partizipation z.B. im Wege von Befragungen einbezogene Belegschaft zu verunsichern, wenn nicht gar zu enttäuschen³¹².

5.4.2.3. Lösungsvorschlag

Hier sind die von bzw. für die Krankenkassen agierenden Berater aufgefordert, den Eskalationsgrad des zu Tage tretenden Konflikts bei Inhalt und Priorisierung des Maßnahmenkatalogs richtig einordnen zu können.

Dazu bietet sich ein Rückgriff auf Theorie und Praxis der Konfliktbearbeitung an. Hier hat *Glasl* ein weithin bekanntes und angewendetes „kontingenztheoretisches Modell der Konfliktbehandlung“ entwickelt³¹³. Es bezieht verschiedene Ansätze und Rollen für eine Drittparteiintervention primär auf den aktuellen Eskala-

³¹⁰ Was damit konkret gemeint ist, lässt der Leitfaden bedauerlicherweise offen; Konflikte, die sich hinsichtlich der Kostenlast des Arbeitgebers ergeben können, werden daher hier mit Blick auf die klare Regelung in § 3 Abs. 3 ArbSchG und die Förderung durch die Krankenkassen im Rahmen eben dieses Leitfadens ausgeklammert; siehe dazu auch Teil 1.2.1.2.2. und Teil 1.3.3.

³¹¹ Siehe dazu Teil 3.1.

³¹² Auf diesen Aspekt verweist überzeugend Faller, *Gesundheitswesen* 2018; 80: 278, 284.

³¹³ Glasl, in: *Metha/Rückert*, 103.

tionsgrad eines Konflikts. Dies geschieht in der Annahme, dass das „richtige Erkennen und Einschätzen des Eskalationsgrads bzw. der Eskalationsstufen für die situationsgerechte Auswahl des Konfliktbehandlungsansatzes entscheidend ist“³¹⁴. Konkret ordnet *Glasl* neun Eskalationsstufen zunehmend direktive Interventionsansätze zu, die dem Konfliktbearbeitenden unterschiedliche Rollen abverlangen³¹⁵. Je stärker der Konflikt ausgehend von einer Verhärtung und ersten Spannungen auf der ersten Stufe eskaliert, desto mehr sollten die prozessbegleitenden Berater demzufolge die Rolle des „Moderators“ zugunsten eines „klassischen Vermittlers“ aufgeben.

Dabei sollten sie aus eigenem, theoretischen wie praktischem Wissen die Betriebspartner anleiten können, einen sachgerechten Kompromiss zum weiteren Vorgehen zu finden. Dazu sind zu jedem der oben aufgeführten Punkte einer inhaltlichen Positionierung Varianten denkbar, die eine Annäherung zulassen und den geschilderten tatsächlichen Druck abzubauen helfen. Hier kann der Umstand, dass nach GKV-Leitfaden Prävention die Maßnahmen nicht nur hinsichtlich ihrer Reihenfolge, sondern auch unter Festlegung von „Verantwortlichkeiten und Fristen“ festgelegt werden sollen, gleichfalls unterstützen. Der Betriebsrat wird umso eher einem Kompromiss zustimmen können, umso klarer die Maßnahme einvernehmlich und vorzugsweise nach der SMART-Methode³¹⁶ bestimmt werden kann.

Auch hier böte die Qualifikation und besser noch die Erfahrung als Mediator einen Mehrwert, um mediative Elemente, z.B. die Vorgehensweise bei der Interessenermittlung³¹⁷, die Handhabung von Einzelgesprächen³¹⁸ oder die Hilfestellung bei Formulierung des Verhandlungsergebnisses³¹⁹ gezielt einsetzen zu können.

Für den Fall, dass dies für die Herstellung des Einvernehmens nicht ausreicht, sollte darüber hinaus Klarheit an der Schnittstelle zwischen Mediation und Einigungsstellenverfahren hergestellt werden³²⁰. Auch hier dürfte zunächst eine Einordnung des tatsächlichen Konfliktgeschehens in die vorgestellte Skala der Eskalationsstufen eine Entscheidungshilfe sein. Je mehr in dem bisherigen Beratungs-

³¹⁴ Glasl, in: Metha/Rückert, 103.

³¹⁵ Glasl, in: Metha/Rückert, 107/110; Abb. 3 und 4.

³¹⁶ Kessen/Troja, in: Haft/Schlieffen (Hrsg.), 318–319.

³¹⁷ Kessen/Troja, in: Haft/Schlieffen (Hrsg.), 303–310.

³¹⁸ Eingehend dazu: Gläßer/Kublik, ZKM 3/2011, 89–92.

³¹⁹ Kessen/Troja, in: Haft/Schlieffen (Hrsg.), 316–319.

³²⁰ Lukas empfiehlt bei Veränderungsprozessen in Unternehmen allgemein eine „institutionalisierte mediative Begleitung“, in: Klowait/Gläßer (Hrsg.), Teil 3, D. Rn. 51.

verlauf mediative Elemente bereits ohne den gewünschten Erfolg der Sprechfähigkeit und inhaltlichen Annäherung eingesetzt worden sind, desto klarer bietet sich das Einigungsstellenverfahren an.

Alternativ zu diesem verlaufsbezogenen und situativen Ansatz könnte eine Lösung auch darin bestehen, bereits in einer vorab zu schließenden Prozessvereinbarung festzuhalten, dass vor Anrufung der Einigungsstelle eine Mediation zumindest zu versuchen ist.

5.5. Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen

5.5.1. Umsetzung von Maßnahmen

5.5.1.1. Konfliktpotential

Mit Blick auf die in Teil 3.1.2. hergeleitete Auffassung der Verfasserin zur Mitbestimmungspflicht bei verhältnisbezogener Beratung sind in der betrieblichen Wirklichkeit Konflikte vorprogrammiert, die deren Inhalt und Abgrenzung zu Maßnahmen der Verhaltensprävention betreffen.

Zudem können sich Förderungsbedarfe herausgestellt haben, die entweder mangels Erfüllung der Förderkriterien nicht durch die Krankenkassen finanziert werden oder inhaltlich ausschließlich der Verhaltensprävention dienen, deren Umsetzung dennoch vom Betriebsrat angestrebt wird.

5.5.1.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats

Die aus juristischer Sicht klare Konturierung des Mitbestimmungsrechts bei verhältnisbezogener Prävention wird praktisch dadurch getrübt, dass einerseits zum Inhalt des Mitbestimmungsrechts nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG eine „vielfach ideologische“ Diskussion³²¹ geführt wird. Andererseits empfiehlt der GKV-Leitfaden Prävention im Handlungsfeld der „gesundheitsförderlichen Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen“³²² explizit „Interventionsstrategien, die verhältnis- und verhaltensbezogene Angebote kombinieren“³²³. In einem Konflikt um die Mit-

³²¹ Lüders/Weller, BB 2016, 116/122.

³²² Dieses Handlungsfeld zielt auf Bewegungsförderung, Verpflegung und Suchtprävention ab und wird mangels Bezug zur Konfliktprävention hier nicht behandelt, siehe Teil 2.1.

³²³ Siehe Leitfaden, 124.

gestaltung bei Umsetzung muss hier also genauer betrachtet werden, ob eine derartige Kombination vorliegt und jedenfalls auch die verhältnisbezogene Prävention betrifft. Anderenfalls würde man jeder verhältnisbezogenen Maßnahme, z.B. in Bearbeitung des Präventionsprinzips „gesundheitsgerechte Führung“, bereits dann die Mitbestimmungspflicht nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG absprechen können, wenn diese auch ein verhaltensbezogenes Element enthält, indem sie etwa der „Stressbewältigung und Ressourcenstärkung“ der einzelnen Führungskraft dient. Hier tritt die praktische Schwierigkeit hinzu, dass die im GKV-Leitfaden verwendeten Begrifflichkeiten sprachlich ähnlich klingen, inhaltlich aber mit Blick auf den hier relevanten Präventionsansatz Unterschiedliches meinen.

Betriebsverfassungsrechtlich reicht es dem Betriebsrat aus, sich zumindest auf *ein* erzwingbares Mitbestimmungsrecht aus dem Katalog der § 87 Abs. 1 BetrVG berufen zu können. Er kann hier zusätzlich auf die mitbestimmungspflichtige Gestaltung von Ordnungsverhalten im Sinne des § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG verweisen. Dem könnte zwar entgegen gehalten werden, dass das Angebot zur Förderung der „gesundheitsgerechten Führung“ auch private Belange, z.B. „persönliches Gesundheitsverhalten und Vorbildfunktion“ thematisiert und daher der Mitbestimmung durch die Betriebspartner von vorneherein entzogen ist³²⁴. Das Förderangebot besteht jedoch in der „Beratung“, verlangt also niemandem unmittelbar ab, etwa zu tun oder zu unterlassen.

Betrifft der Konflikt die Förderfähigkeit durch die Krankenkassen³²⁵, ist aufzuklären, ob es sich nicht um eine „aus anderen Töpfen“ zu fördernde Maßnahme handelt. Dies gilt insbesondere mit Blick auf den auf Kosten des Arbeitgebers umzusetzenden Arbeitsschutz. Geht es ansonsten um Maßnahmen ausschließlich aus dem Bereich der Verhaltensprävention und ohne Bezug zum Ordnungsverhalten, bleibt dem Betriebsrat nur der Weg, sich einvernehmlich³²⁶ mit dem Arbeitgeber auf die Inanspruchnahme von nach § 20b Abs. 1 SGB V geförderten Leistungen zu verständigen³²⁷. Dem einzelnen Beschäftigten verschafft diese Regelung gleichfalls keinen Leistungs-, sondern nur einen Teilhabeanspruch³²⁸.

³²⁴ Siehe Teil 3.1.2.1.

³²⁵ Siehe dazu die Förderkriterien im Leitfaden, 102.

³²⁶ Siehe Teil 3.1.3.1.

³²⁷ Wiebauer, RdA 2019, 41, 46.

³²⁸ KassKomm/Schifferdecker, SGB V, § 20b Rn. 9.

5.5.1.3. Lösungsvorschlag

Da sich in der betrieblichen Praxis die Konflikte bei der „systematischen Ableitung von Maßnahmen“ und ihrer Umsetzung überlagern werden, ist hier auf den dazu unterbreiteten Lösungsvorschlag aufzusetzen. Hinzu kommt, dass die Prozessverantwortlichen gezielt für ergänzenden Sachverstand in arbeitswissenschaftlicher Hinsicht sorgen sollten. So sollten die betrieblichen Akteure in die Lage versetzt werden, die Wirkungsweise der Maßnahmen gerade mit Blick auf psychische Belastungssituationen richtig einschätzen zu können³²⁹. Darüber hinaus bedarf es hier konkreter Informationen und Hinweise zu weiteren oder alternativen Förderungsmöglichkeiten der Krankenkassen oder anderer Sozialversicherungsträger³³⁰. Aus beiden Aspekten lassen sich Optionen ableiten, die die Lösungsfindung zur konkreten Umsetzung erleichtern sollten.

5.5.2. Evaluation von Maßnahmen

5.5.2.1. Konfliktpotential

Vor allem die Frage, wie evaluiert werden soll, kann Konflikte auslösen. Schließlich lässt auch das Ergebnis einer durchgeführten Evaluation Rückschlüsse zu, die unterschiedlich interpretiert werden können.

5.5.2.2. Bewertung der Rolle des Betriebsrats

Der Betriebsrat hat sich hier vor Augen zu führen, dass die Evaluation verpflichtend zum geförderten Prozess dazu gehört, an dem er zu beteiligen ist. Dies ist Chance und Verpflichtung zugleich. Er kann dadurch Erkenntnisse gewinnen und gezielt in den als Zyklus angelegten Prozess einbringen. Soweit erforderlich, kann er sich dabei auf sein mit den Mitbestimmungsrechten korrespondierendes Initiativrecht³³¹ stützen. Die Ermittlung konkret messbarer Ergebnisse versetzt ihn weiter in die Lage, mit seiner Rolle in der Belegschaft konkret zu werben.

Umgekehrt verpflichtet ihn die Evaluation auch, Auge und Ohr genau auf die betriebliche Situation zu legen. Es ist aus der Sicht Beschäftigten enttäuschend,

³²⁹ Ahlers mahnt eine bessere Schulung z.B. auch der Betriebsärzte an: WSI-Report Nr. 33, 12/2016, 14.

³³⁰ Nach Leitfaden explizit erwünscht, 98.

³³¹ Siehe Teil 3.1.1.

befragt, analysiert, geschult und in anderer Weise involviert zu werden, wenn sich danach niemand mehr für ihre Meinung und ihre Erfahrung interessiert³³².

5.5.2.3. Lösungsvorschlag

Die Evaluation ist für die Qualitätssicherung des Prozesses zwingend und aus dem Blickwinkel des Konfliktmanagements vertraut³³³. Um Konflikten über das „wie“ vorzubeugen, bieten sich zwei sich ggf. ergänzende Wege an: Einerseits können die konkret Beratenden bereits in der Analysephase bei der Abstimmung der Vorgehensweise zu neu zu erhebenden Daten Vorsorge treffen³³⁴. So könnten sich die Akteure nicht nur auf die Vorgehensweise bei Erhebung, sondern auch bereits bei Evaluation verständigen. Sie könnten z.B. vereinbaren, welche konkreten Fragen an wen zur späteren Auswertung der Zielgenauigkeit und Effektivität der Maßnahmen gerichtet werden sollen.

Andererseits besteht die Möglichkeit, parallel zur Maßnahmenplanung und Umsetzung in der bereits vorgestellten Prozessvereinbarung³³⁵ konkret messbare Kriterien zur Evaluation der konkret realisierten Maßnahmen festzulegen.

5.6. Zwischenresümee

Der Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung versetzt den Betriebsrat in die Lage, sich passgenau einzubringen und zielgerichtet auf eine Verbesserung der Gestaltung von Arbeit und Führung hinzuwirken. So kann er mit seinen fachlichen und persönlichen Ressourcen zur Verminderung von Krankheit und Konflikt einschließlich der hier bestehenden Wechselwirkungen beitragen. Allerdings können die einzelnen Prozessschritte auf der Inhalts- wie auf der Prozessebene konfliktbehaftet sein. Diese Konfliktsituationen sind unter Rückgriff auf die (betriebsverfassungs-)rechtlichen und tatsächlichen Rahmenbedingungen zu bearbeiten. Dazu bieten Ansätze aus Mediation und Konfliktmanagement eine wertvolle Hilfestellung. Ein gut gestalteter und geführter Prozess bietet dem Betriebsrat wertvolle

³³² G. Faller, Gesundheitswesen 2018, 80, 278, 284.

³³³ Siehe nur Gläßer/Kirchhoff, in: EUV/PwC Studie 3, 2011, 20.

³³⁴ Siehe Teil 5.3.2.

³³⁵ Siehe Teil 5.4.1.3.

„Leitplanken“, erleichtert ihm den Einstieg in dieses praktisch wichtige Handlungsfeld und ermöglicht es, Arbeitgeber wie Betriebsrat einen nachhaltigen Beitrag zur Konfliktprevention in ihrem betrieblichen Alltag zu leisten.

6. Fazit und Ausblick

6.1. Fazit

Das Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V greift im Sinne der Konfliktprävention bedeutsame Ursachen von Belastungssituationen auf. Es bietet Unternehmen die Chance, mithilfe finanzieller und sachlicher Hilfe der Krankenkassen Anpassungsbedarf und Schwachstellen zu bearbeiten, um sich zukunftsfähig aufzustellen. Das der Gesundheitsförderung wesensimmanente Element der Partizipation erfordert nicht nur die Einbindung der Belegschaft, sondern auch des Betriebsrats. Ihm stehen hier nach Betriebsverfassungsrecht erzwingbare Mitbestimmungsrechte zu. Er ist für den Prozess wichtige Stellschraube und Ressource zugleich.

Für die Zukunft gilt es, das Potential der Betrieblichen Gesundheitsförderung auszubauen. Dazu muss sich ihr Konzept den verändernden Herausforderungen der Arbeitswelt stetig anpassen. Auch zeigt sich ihre Qualität nicht in der schematischen Umsetzung der dafür vorgesehenen Prozessschritte, sondern in der individualisierten Anpassung auf die konkreten betrieblichen Verhältnisse. Hier tragen Arbeitgeber und Betriebsrat gemeinsam Verantwortung. Es wäre förderlich, dazu ideologische Scheuklappen ablegen zu können und die Aufmerksamkeit in demselben Umfang der Entwicklung von Strukturen und Personen aufzubringen. Der Veränderungsprozess im Großen wie die einzelnen Prozessschritte im Kleinen können mithilfe mediativer Elemente gezielt erleichtert und unterstützt werden.

6.2. Ausblick

Es bleibt, einige Impulse aufzuzählen, die nach meiner Einschätzung den Wirkungsgrad der Betrieblichen Gesundheitsförderung verstärken können:

Die Arbeitsgrundlage in Gestalt des GKV-Leitfadens Prävention bedarf neben einer Aktualisierung der vereinfachten Darstellung und **Klarstellung** des Leistungsangebots zur Bearbeitung der hier untersuchten Präventionsprinzipien. Den Akteuren sollte vorab ein klares Bild des Erreichbaren vermittelt werden können. Die Umsetzung eines „ganzheitlichen unternehmensspezifischen BGF-Konzepts“ oder die „Durchführung systematischer Programme“ für Führungskräfte erscheint zu abstrakt und zu blass, um Überzeugungsarbeit zu leisten.

Die **Anbieterqualifikation** für die konkreten Beratungsleistungen sollte um die Anforderung der Ausbildung, besser noch der Erfahrung als Mediator erweitert werden.

Die Anforderungen an die **Erhebung empirischer Daten** durch die Präventionsberichterstattung der Krankenkassen sollten nachgeschärft werden. Dazu wäre die Vorgabe von Definition und einheitlichem Schema für Erfassung und Kategorisierung der Maßnahmen, differenziert nach Verhältnis- und Verhaltensprävention unter Ausschluss der Möglichkeit von Mehrfachnennungen vorteilhaft.

Es bedarf deutlicher Anstrengungen zur **Schulung** der im Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung vorgesehenen Akteure. Sie sollten in ihrer jeweiligen Rolle und darüber hinaus befähigt werden, die psychischen Gefährdungsfaktoren besser einzuschätzen. Die Kosten müssten über die Träger von Kranken- und Unfallversicherung abgebildet werden.

Arbeitgeber sollten den eigenen Wert betrieblicher Gesundheitsförderung als **Imagefaktor** erkennen, der abseits von Hochglanzbroschüren Ausdruck von Wertschätzung gegenüber den Mitarbeiterinnen ist.

Insbesondere Gewerkschaften sollten sich als **Multiplikatoren** erweisen und die Betriebsräte ermutigen, die betriebliche Gesundheitsförderung als ebenso attraktives wie effizientes Feld ihres Engagements stärker zu erschließen.

Literaturverzeichnis

Vorbemerkungen:

Den Quellenangaben sind Hyperlinks hinzugefügt, soweit es sich um Richtlinien o.ä. ohne individualisierte Autorenschaft handelt; hier erfolgte der letzte Aufruf jeweils am 30.01.2020.

Betreffen die Quellen im Schwerpunkt nicht juristische Sammelwerke, werden hier, soweit bekannt, nur die bearbeitenden Autorinnen genannt und die Herausgeber des Sammelwerks durch Fettdruck hervorgehoben; anderenfalls bezieht sich die Angabe auf die Herausgeber.

- Ade**, Juliane, Vor- und parallelgerichtliche Mediation im Bereich Arbeit/Wirtschaft, in: **Gläßer**, Ulla/**Kirchhoff**, Lars/**Wendenburg**, Felix (Hrsg.), Konfliktmanagement in der Wirtschaft: Ansätze, Modelle, Systeme, Baden-Baden, 2014, 267–282
- Ade**, Juliane/**Schroeter**, Kirsten, Ein Balanceakt: Haltung in der Mediation, in: **Freitag**, Silke/**Richter**, Jens (Hrsg.), Mediation – das Praxisbuch. Denkmotive, Methoden und Beispiele, Basel, 2015
- Ahlers**, Elke, Arbeit und Gesundheit im betrieblichen Kontext, WSI-Report Nr. 33, 12/2016, 1–17
- Badura**, Bernhard/**Scherf**, Wolfgang/**Ritter**, Michael, Betriebliches Gesundheitsmanagement: Ein Leitfaden für die Praxis, Baden-Baden, 1999
- Badura**, Bernhard/**Ducki**, Antje/**Schröder**, Helmut/**Klose**, Joachim/**Macco**, Karin (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit, Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin, 2011
- Balikioglu**, Julia, Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz, NZA 2015, 1424–1433
- Ballreich**, Rudi, Grundlagen der Organisationsmediation, in: **Trenczek**, Thomas/**Berning**, Detlev/**Lenz**, Christina (Hrsg.), Praxishandbuch Mediation und Konfliktmanagement, Baden-Baden, 2012, 527–532
- Bauer**, Georg/**Jenny**, Gregor, Anspruch und Wirklichkeit: Zum aktuellen Stand der Betrieblichen Gesundheitsförderung, in: **Faller**, Gudrun (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern, 3. Auflage, 2017, 97–107.
- Bauer**, Jobst-Hubertus/**Günther**, Jens/**Böglmüller**, Matthias, Keine entgrenzte Mitbestimmung im Arbeits- und Gesundheitsschutz, NZA 2016, 1361–1368
- Beck**, Thorsten, Betriebliches Eingliederungsmanagement – Eine Zwischenbilanz nach zehn Jahren Rechtsprechung des BAG, NZA 2017, 81–86

- Beck, David/Lehnhardt, Uwe/Schmitt, Britta/Sommer, Sabine**, Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany, in: *BMC Public Health*, 15:343 2015
- Becker, Nicole/Winter, Helen**, Verfahrensgestaltung, Stand August 2018, Masterstudiengang Mediation und Konfliktmanagement EUV Frankfurt (Oder), nicht veröffentlichtes Fernstudienmaterial
- Briem, Jürgen/Klowait, Jürgen**, Der Round Table Mediation und Konfliktmanagement der deutschen Wirtschaft – Wegweiser für einen Paradigmenwechsel im unternehmerischen Konfliktmanagement, *Konfliktdynamik* 1/2012, 66–73
- Bruhn, Manfred/Reichwald, Ralf**, Führung, Organisation und Kommunikation, *Zeitschrift Führung & Organisation* 3/2005, 132–138
- Budde, Andrea**, Betriebliche Konfliktlotsen. Der Einsatz interner Mediatoren bei einem Integrierten Konfliktmanagementsystem, in: **Pühl** (Hrsg.), *Mediation in Organisationen*, 3. Aufl. 2006, Berlin, 97–113
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin** (Hrsg.), *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt- Wissenschaftliche Standortbestimmung*, Dortmund/Berlin/Dresden 2017, abrufbar unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Psychische-Gesundheit.pdf?__blob=publication-file
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, abrufbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>
- Dahl, Holger**, Mitbestimmung des Betriebsrats bei Maßnahmen des Gesundheitsschutzes, *BB* 2018, 1972–1977
- Ellguth, Peter/Kohaut, Susanne**, Tarifbindung und betriebliche Interessenvertretung: Ergebnisse aus dem IAB-Betriebspanel 2019, *WSI Mitteilungen* 4/2020, 278–285
- Erster Präventionsbericht** nach § 20d Abs. 4 SGB V der Träger der Nationalen Präventionskonferenz vom 25.06.2019, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_npk/praeventionsbericht_1/NPK-Präventionsbericht_2019_WEB_barrierefrei.pdf
- EUV/PwC Studie 4**, *Konfliktmanagement als Instrument wertorientierter Unternehmensführung*, Frankfurt (Oder), 2013, abrufbar unter https://www.ikm.europa-uni.de/de/publikationen/PwC_EUV_KMS-Studie-IV_131010_final.pdf

- EUV/PwC Studie 5**, Konfliktmanagement in der deutschen Wirtschaft – Entwicklungen eines Jahrzehnts, Frankfurt (Oder), 2016, abrufbar unter https://www.ikm.europa-uni.de/de/publikationen/PwC_EUV_KMS-Studie-V_161014_final.pdf
- Faller**, Gudrun, Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung/Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland: Stand und Entwicklungsbedarfe der einschlägigen Forschung, *Gesundheitswesen* 2018, 80, 278–285
- Faller**, Gudrun, Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung? in: **Faller**, Gudrun (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, Bern, 3. Auflage, 2017, 25–38
- Faller**, Kurt/**Heidbrecher**, Bärbel, *Systemdesign- die Entwicklung von Konfliktmanagementsystemen in Unternehmen, Organisationen und Verwaltungen*, Bochum, 2012
- Fieseler**, Martin/**Berger**, Thomas, Mitbestimmung von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes, *NZA* 2018, 1520–1526
- Fitting**, Karl/**Engels**, Gerd, **Schmidt**, Ingrid/**Trebinger**, Yvonne/**Linsenmaier**, Wolfgang, *Betriebsverfassungsgesetz, Kommentar*, 29. Auflage, München, 2018
- Freitag**, Silke/**Schroeter**, Kirsten, *Auftragsklärung mit der Führungskraft*, in: **Freitag**, Silke/**Richter**, Jens (Hrsg.), *Mediation – das Praxisbuch. Denkmotive, Methoden und Beispiele*, Basel, 2015
- Friczewski**, Franz, Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co, in: **Faller**, Gudrun (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, Bern, 3. Auflage, 2017, 243–252
- Giesen**, Richard/**Kreikebohm**, Ralf/**Rolfs**, Christian/**Udsching**, Peter (Hrsg.), *BeckOK Sozialrecht*, München, 54. Auflage, 2019
- Gläßer**, Ulla, Krankheit und Konflikt(management) in Organisationen, *Konfliktstudien* 4/2019, 275–284
- Gläßer**, Ulla/**Kirchhoff**, Lars, Konfliktmanagement – Elemente, Komponenten, Systeme, in: **EUV/PwC** (Hrsg.), *Konfliktmanagement- von den Elementen zum System*, Frankfurt (Oder), 2011, 15–24; abrufbar unter https://www.ikm.europa-uni.de/de/publikationen/EUV_PwC_Studie_Konfliktmanagement-Systeme_2011_DRUCK-V15.pdf
- Gläßer**, Ulla/**Kublik**, Joanna, Lehrmodul 17: Einzelgespräche in der Mediation, *ZKM* 3/2011, 89–92
- Gläßer**, Ulla/**Kirchhoff**, Lars, Lehrmodul 2: Interessenermittlung, *ZKM* 4/2005, 130–133

- Glasl**, Friedrich, Das Anwendungsspektrum unterschiedlicher Mediationsformen: Ein kontingenztheoretisches Modell, in: **Metha**, Gerda/**Rückert**, Klaus (Hrsg.), Mediation und Demokratie. Neue Wege des Konfliktmanagements in größeren Systemen, Heidelberg, 2003, 102–119
- Gramm**, Helmuth, Innerbetriebliche Mediatoren und Mediatorenpools–nicht nur eine Konfliktbearbeitungsinstanz, in: **Gläßer**, Ulla/**Kirchhoff**, Lars/**Wendenburg**, Felix (Hrsg.), Konfliktmanagement in der Wirtschaft: Ansätze, Modelle, Systeme, Baden-Baden, 2014, 73–92
- Grossmann**, Beate, Umsetzung des Präventionsgesetzes- viel getan, viel zu tun, ASU 54 01/2019, 13–15.
- Grossmann**, Ralph/**Scala**, Klaus, Professionelle Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung, in: **Dierks**, Marie-Luise/**Walter**, Ulla/**Schwartz**, Friedrich Wilhelm (Hrsg.), Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Grundsätze, Methoden, Anforderungen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2001
- Häcker**, Franziska, Schöne neue Arbeitswelt?, ArbRB 2019, 343–346
- Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement** der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe, Stand November 2018, abrufbar unter https://publi.lvr.de/publi/PDF/309-BEM_LWL_LVR_2018.pdf
- Hurrelmann**, Klaus/**Richter**, Matthias, Gesundheits- und Medizinsoziologie, 8. Auflage, Weinheim, 2013
- iga.Report 20**, **Bechmann**, Sebastian/**Jäckle**, Robert/**Lück**, Patricia/**Herdegen**, Regina: Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)-Umfrage und Empfehlungen, 2010
- iga.Report 40**, **Barthelmes**, Ina/**Bödeker**, Wolfgang/**Sörensen**, Jelena/**Kleinlerchner**, Kai-Michael/**Odoy**, Jennifer, Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018, 2019
- GKV-Leitfaden Prävention** – siehe Leitfaden Prävention
- Jacobi**, Jessica, Der Schutz von sensiblen Daten in der Arbeit des Betriebsrats, ArbRB 2019, 373–378
- Kessen**, Stefan/**Troja**, Markus, § 13 Die Phasen und Schritte der Mediation als Kommunikationsprozess, in: **Haft**, Fritjof, **Schlieffen**, Katharina (Hrsg.), Handbuch Mediation, München, 3. Auflage, 2016, 301–319
- Knickrehm**, Sabine/**Kreikebohm**, Ralf/**Waltermann**, Raimund (Hrsg.), Kommentar zum Sozialrecht, München, 6. Auflage, 2019

- Körner, Anne/Leitherer, Stephan/Mutschler, Bernd/Rolfs, Christian** (Hrsg.), Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht 106. Ergänzungslieferung, München, Stand September 2019
- Kollmer, Norbert/Klindt, Thomas/Schucht, Carsten**, Arbeitsschutzgesetz, Kommentar, München, 3. Auflage, 2016
- Königswieser, Roswitha/Hillebrand, Martin**, Einführung in die systemische Organisationsberatung, Heidelberg, 10. Auflage, 2019
- Krause, Andreas/Dorsemag, Cosima**, Neue Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung durch indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung, in: **Faller, Gudrun** (Hrsg.) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern, 3. Auflage, 2017, 153–164.
- Kroll, Lars Eric/Müters, Stephan/Dragano, Nico**, Arbeitsbelastung und Gesundheit. Robert-Koch-Institut (Hrsg.), GBE kompakt 2 (5), Berlin 2011
- Kuhn, Karl**, Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung, in: **Faller, Gudrun** (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Auflage, Bern, 2017, 39–56
- Kühler, Simone**, Ombudsstelle und Konfliktlotsen als Beitrag zur Konfliktkultur bei der E-Plus-Gruppe, Konfliktkultur 3/2012, 244–249
- Lenhardt, Uwe**, Akteure der Betrieblichen Gesundheitsförderung: Interessenlagen-Handlungsbedingungen-Sichtweisen, in: **Faller, Gudrun** (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Auflage, Bern, 2017, 203–213
- Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention**, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Köln, abrufbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>
- Leitfaden Prävention** – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20 b SGB V des GKV-Spitzenverbands vom 21.06.2000 in der Fassung vom 14.12.2020, abrufbar unter Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI (gkv-spitzenverband.de)
- Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz**, Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, Stand 11.01.2018, abrufbar unter http://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Leitlinie-Psych-Belastung.pdf?__blob=publicationFile
- Lukas, Roland**, Innerbetriebliche Mediation, in: **Klowait, Jürgen/Gläßer, Ulla** (Hrsg.), Mediationsgesetz, Handkommentar, Baden-Baden, 2. Auflage, 2018, 635–646

- Lohmann-Haislah**, Andrea, Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden, 2012
- Lohmann-Haislah**, Andrea, Verhältnisprävention geht vor Verhaltensprävention, Psychische Belastung – was tun? baua: Aktuell 2/2012, S. 6–7
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung** vom 27.11.1997, Stand 2014, abrufbar unter <https://www.bkk-dachverband.de/gesundheit/gesundheitsfoerderung-selbsthilfe/betriebliche-gesundheitsfoerderung-bgf/luxemburger-deklaration.html>
- Lüders**, Holger/**Weller**, Bernd, Erzwingbare Mitbestimmungsrechte des Betriebsrats bei Fragen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsprävention, BB 2016, 116–122
- Müller-Glöge**, Rudi/**Preis**, Ulrich/**Schmidt**, Ingrid (Hrsg.), Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht, München, 20. Auflage, 2020
- Oberberg**, Max, Besetzungsregel – Gesundheitsschutz oder die Verselbständigung von Zitatens – Besprechung des Beschlusses des BAG vom 11.12.2012, 1 ABR 81/11, RdA 2015, 180–186
- Ottawa-Charter for Health Promotion** vom 21.11.1986, deutsche Fassung abrufbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- Oertzen**, Jürgen von, Promotoren des Konfliktmanagements, in: **Gläßer**, Ulla/**Kirchhoff**, Lars/**Wendenburg**, Felix (Hrsg.), Konfliktmanagement in der Wirtschaft: Ansätze, Modelle, Systeme, Baden-Baden, 2014, 171–187
- Oertzen**, Jürgen von, **Nöldeke**, Marion, Konfliktmanagement – Etablierungsprozesse und –strategien, in: **EUV/PwC** (Hrsg.), Konfliktmanagement – von den Elementen zum System, Frankfurt (Oder), 2011, 15–24; abrufbar unter https://www.ikm.europa-uni.de/de/publikationen/EUV_PwC_Studie_Konfliktmanagement-Systeme_2011_DRUCK-V15.pdf
- Pieck**, Nadine, Betriebliche Gesundheitsförderung umsetzen – ein Überblick, in: **Faller**, Gudrun (Hrsg.) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern, 3. Auflage, 2017, 179–188
- Präventionsbericht 2020**, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung/Leistungen der privaten Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, Berichtsjahr 2019, herausgegeben vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und GKV-Spitzenverband, abrufbar unter [Präventionsbericht 2020 \(Berichtsjahr 2019\) \(gkv-spitzenverband.de\)](https://www.praeventionsbericht.de); ergänzend: **Tabellen-**

- band zum Präventionsbericht 2020**, abrufbar unter Microsoft Word - Deckblatt_Titelseite_Impressum_Inhaltsverzeichnis_Tabellenband_2020_01 (gkv-spitzenverband.de)
- Präventionsforum 2019**, Dokumentation abrufbar unter https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/3_praeventionsforum/praeventionsforum_2019_dokumentation_01.pdf
- Richardi**, Reinhard (Hrsg.), Betriebsverfassungsgesetz, München, 16. Aufl., 2018
- Sasse**, Stefan/**Schönfeld**, Julia, Rechtliche Aspekte psychischer Belastungen im Arbeitsverhältnis, RdA 2016, 346–357
- Schreyögg**, Astrid, Warum ist Konfliktcoaching- besonders für neu ernannte Führungskräfte- oft besser als Konfliktmanagement?, Konfliktodynamik, 4/2017, 278–285
- Schwartz**, Hansjörg/**Troja**, Markus, Lehrmodul 16: Verhandeln, ZKM 6/2010, 186–190
- Seiler**, Kai/**Splitzgerber**, Bettina, Ein strukturelles Problem? Herausforderungen der Gesundheitsförderung für prekär Beschäftigte, in: **Faller**, Gudrun (Hrsg.) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern, 3. Auflage, 2017, 413–424
- Steinbrecher**, Alexander, Systemdesign. Grundlagen, Konzeption und Implementierung von Integrierten Konfliktmanagementsystemen in Unternehmen, Baden-Baden, 2008.
- vom Stein**, Jürgen/**Rothe**, Isabel/**Schlegel**, Rainer (Hrsg.), Gesundheitsmanagement und Krankheit im Arbeitsverhältnis, München, 2015
- Thiesen**, Ute, db fairness@work- von der Mobbingberatung zum Konfliktmanagement in der Deutschen Bank, Konfliktodynamik 1/2012, 16–21
- Thomas**, Holger, Umgang mit (Interessen-)Vertretern bei innerbetrieblichen Konflikten – Teil 1, ZKM 3/2015, 80–83
- Thul**, Martin, J., Qualitäts- und Betriebliches Gesundheitsmanagement: Integration, Ergänzung oder Gegensatz? in **Faller**, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern, 3. Auflage, 2017, 295–308
- Trenczek**, Thomas, Gute Mediatoren- zur Fachlichkeit von Konfliktvermittlern, ZKM 1/2008, 16–19
- Troja**, Markus, Erfolg auch Misserfolg. Auftragsgestaltung in hierarchischen Strukturen, Konfliktodynamik 1/2015, 72–77
- Troja**, Markus/**Stubbe**, Christian, Lehrmodul 5: Konfliktmanagementsysteme, ZKM 4/2006, 121–126
- Wellmann**, Holger, Konfliktmanagement, Düsseldorf, 2015

- Wiebauer**, Bernd, Die Mitbestimmung des Betriebsrats bei Gefährdungsbeurteilung und Arbeitsschutzmaßnahmen, RdA 2019, 41–49
- Wien**, Andreas/**Franzke**, Normen, Unternehmenskultur. Zielorientierte Unternehmensethik als entscheidender Erfolgsfaktor, Wiesbaden, 2014
- Zepke**, Georg/**Stieger**, Clemens, Kein Ersatz für Kommunikation: Die Mitarbeiterbefragung als Element im Diagnoseportfolio der BGF, in: **Faller**, Gudrun (Hrsg.) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern, 3. Auflage, 2017, 223–232

Abkürzungsverzeichnis

Vorbemerkungen zur Abkürzungs- und Zitierweise:

Rechtsprechung wird mit der abgekürzten Bezeichnung des Gerichts, des Datums und Aktenzeichens und, soweit vorhanden, unter Hinzufügung der einschlägigen Randnummer zitiert; soweit nicht anders angegeben, sind die Entscheidungen mit diesen Angaben in der Datenbank „juris“ auffindbar.

Die im Text regelmäßig in Bezug genommenen **Gesetze** werden abgekürzt benannt und zitiert; die Abkürzungen werden in diesem Verzeichnis erläutert.

A

a.a.O.	am angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
a.E.	am Ende
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
al.	alii (lat. „andere“)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbGG	Arbeitsgerichtsgesetz
ArbRB	Arbeitsrechtsberater
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
Art.	Artikel
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
ASU	Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin
Aufl.	Auflage

B

BAG	Bundesarbeitsgericht
baua:	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BB	Betriebsberater
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung

BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BFH	Bundesfinanzhof
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkasse(n)
BMC	BioMed Central
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BT	Deutscher Bundestag
bzw.	beziehungsweise

D

d.h.	das heißt
DS-GVO	Datenschutz-Grundverordnung

E

EStG	Einkommensteuergesetz
e.V.	eingetragener Verein
EU	Europäische Union
EUV	Europa-Universität Viadrina

F

f.	folgende
ff.	fortfolgende

G

ggf.	gegebenenfalls
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

H

Hrsg.	Herausgeber/Herausgeberin
-------	---------------------------

I

IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit)
i.d.F.	in der Fassung
i.E.	im Einzelnen
iga	Initiative Gesundheit und Arbeit (Kooperation des BKK Dachverbands, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des AOK-Bundesverbands und des Verbands der Ersatzkassen)
i.R.d.	im Rahmen des/des
isb.	insbesondere
i.V.m.	in Verbindung mit

K

KSchG	Kündigungsschutzgesetz
-------	------------------------

L

LAG	Landesarbeitsgericht
Lat.	Latein
Leitfaden	GKV-Leitfaden Prävention in der Fassung vom 14.12.2020
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe

M

m.E.	meines Erachtens
------	------------------

N

Nr.	Nummer
NZA	Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht
NZA-RR	Rechtsprechungs-Report

O

OK	Online Kommentar
----	------------------

OVG	Oberverwaltungsgericht
P	
PwC	PricewaterhouseCoopers GmbH
R	
RdA	Recht der Arbeit
Rn.	Randnummer
S	
SGB IV	Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
sog.	sogenannte/r
SZ	Süddeutsche Zeitung
T	
Tab.	Tabelle
U	
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
V	
vgl.	vergleiche
W	
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WSI	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (angegliedert an die Hans-Böckler-Stiftung)

Z

z.B.

zum Beispiel

Ziff.

Ziffer

ZKM

Zeitschrift für Konfliktmanagement

Anhang

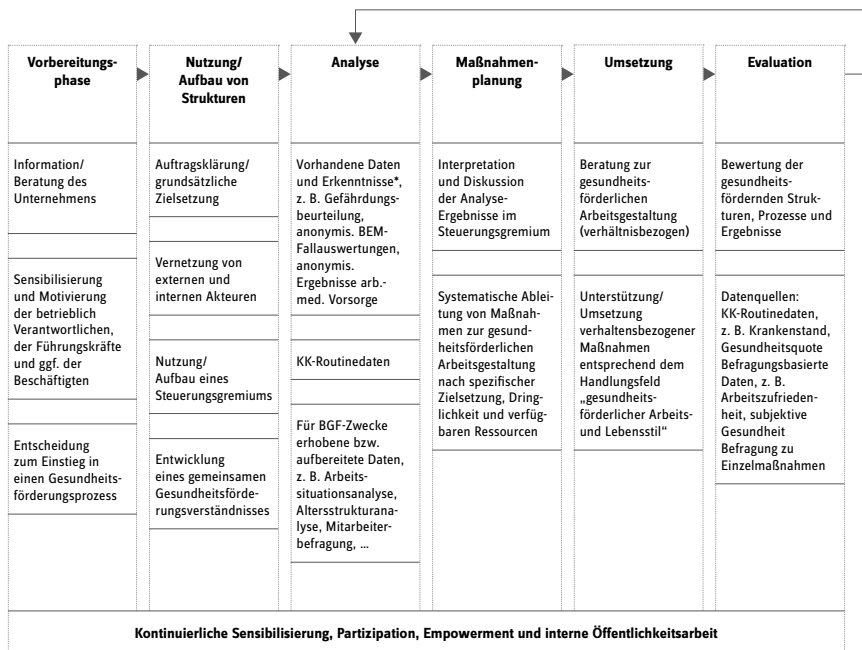
Anhang 1

Abb. 7 Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess aus:

Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V des GKV-Spitzenverbands vom 21.06.2000 in der Fassung vom 14.12.2020

Quelle: Modifiziert nach Mahltig, G. & S., Voermans (2011). Vernetzung und Qualität – Vernetzung als Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen. In: Klusen, N., A. Meusch & E. Thiel (Hrsg.). Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Baden-Baden (Nomos). S. 29–56

Abb. 7: Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess

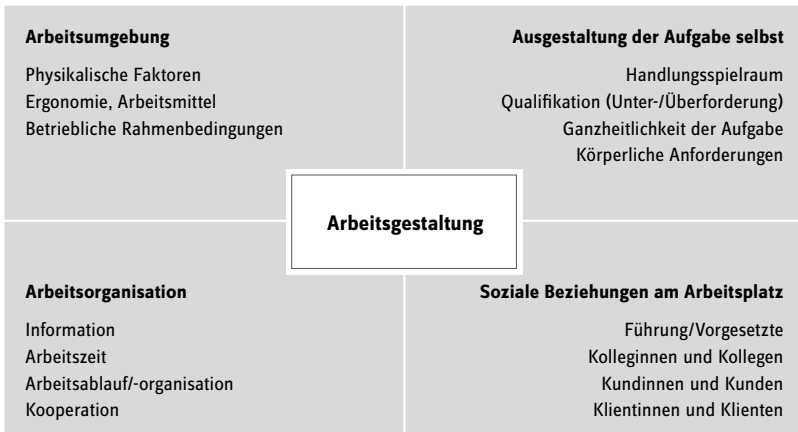


Anhang 2

Abb. 10 Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Themen) aus:

Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V des GKV-Spitzenverbands vom 21.06.2000 in der Fassung vom 14.12.2020

Abb. 10: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Themen)



Über die Autorin

Antje Burmester ist als Rechtsanwältin und zertifizierte Mediatorin in eigener Kanzlei in Köln tätig. Als Fachanwältin für Arbeitsrecht verfügt sie über langjährige Erfahrung in der Betreuung von Mandaten aus dem individuellen und kollektiven Arbeitsrecht. Sie vertritt Mitarbeitende auf allen Hierarchieebenen, Betriebsräte und Unternehmen und greift dabei gezielt auf Wissen und Kompetenz aus Mediation und Konfliktmanagement zurück.

Vorliegende Arbeit ist im Rahmen des berufsbegleitenden Masterstudiums Mediation und Konfliktmanagement an der Europa-Universität Viadrina in Frankfurt (Oder) entstanden und bot ihr Gelegenheit, an einer wichtigen Schnittstelle des betrieblichen Miteinanders auch ihre Erfahrungen aus der Praxis einfließen zu lassen.

Kontakt: mail@burmester-arbeitsrecht.de