



Thorsten Uhle
Michael Treier

Betriebliches Gesundheits- management

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt –
Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten,
Erfolge messen

3. Auflage

EXTRAS ONLINE

 Springer

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Thorsten Uhle • Michael Treier

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gesundheitsförderung in der
Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden,
Prozesse gestalten, Erfolge messen

3., überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit 101 Abbildungen und 32 Tabellen

Thorsten Uhle
Currenta GmbH & Co. OHG
Leverkusen, Deutschland

Michael Treier
Abteilung Duisburg
Fachhochschule für öffentliche
Verwaltung NRW
Duisburg, Deutschland

Ergänzendes Material finden Sie unter <http://extras.springer.com/>

ISBN 978-3-662-46723-7 ISBN 978-3-662-46724-4 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-46724-4

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

Springer

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011, 2013, 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © SerrNovik / iStockphoto

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Berlin Heidelberg ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
(www.springer.com)

Für meinen Bruder Ralf Uhle † (1959-2002) – Du fehlst!

Für meine Familie – Sophia, Linda und Mirjam Treier – Danke für alles!

Für meine Eltern – Resi und Peter Treier – Bleibt gesund!

Inhaltsverzeichnis

Unser Einstieg	5
1 Die Ausgangslage: Empirische Herleitung	15
1.1 Gesundheitsstatus und Risiken	16
1.2 Standortbestimmung in Unternehmen	25
2 BGM-Gerüst: Eckpfeiler der BGM	35
2.1 Der Klarheit geschuldet	35
2.2 Unser Verständnis von BGM	40
2.3 Entwicklungen und Trends im BGM	57
2.4 Im Spannungsfeld zwischen Gesetz und betrieblicher Realität	78
2.5 BGM im Dialog: „Wohin geht die Reise?“	100
3 Maxime: Risiken bestimmen + Ressourcen fördern	105
3.1 Ordnung im Begriffschaos schaffen	107
3.2 Risikofaktoren im Betriebsalltag bestimmen	117
3.3 Präventionsressourcen sichten und ausbauen	129
3.4 BGM im Dialog: „Ein Fragebogen erobert die Welt.“	136
4 Präventionsauftrag: Auf die Richtung kommt es an!	147
4.1 Verhaltens- und Verhältnisprävention	148
4.2 Alle Werkzeuge sind sortiert: Die Toolbox BGM	154
4.3 Werkzeuge für die Psyche: Stress, Konflikte ...	157
4.4 Werkzeuge für den Körper: Bewegung und Ernährung	169
4.5 Werkzeuge für das Wissen: Gesundheitskommunikation	181
4.6 Werkzeuge für die Motivation: Empowerment	184
4.7 Werkzeuge für das Verhalten: Umgang mit Risiken	188
4.8 BGM im Dialog: „Kommunikation, Führung und Kultur“	198

5	Gesundheitscontrolling: Steuerung und Qualitätssicherung	215
5.1	Erfolgskriterien und Prüfpunkte	216
5.2	Gesundheitsmonitoring und Risikomanagement	234
5.3	Baustein 1: Kennzahlen	248
5.4	Baustein 2: Wirtschaftlichkeitsmessung	282
5.5	Baustein 3: Gefährdungsbeurteilung psychischer Faktoren	301
5.6	Baustein 4: Konzept der Gesundheitsscores	314
5.7	BGM im Dialog: „Erfolg beim Nachweis“	344
6	Herausforderungen: Aktuelle Problemstellungen	359
6.1	Alternsgerechtes Arbeiten: Demografiemanagement	361
6.2	Gelassen bleiben: Stressmanagement	373
6.3	Qualifiziert sein: Gesundheitsbildung im Wandel	393
6.4	BGM im Dialog: „Neue Wege gehen“	404
7	Am Ziel: Der gesunde Mensch in einer gesunden Arbeitswelt	411
7.1	Unsere Kernaussagen zum BGM	411
7.2	Verantwortung tragen: Unsere Leitsätze	412
7.3	BGM im Dialog: „Warum ist Selbstbestimmung so wichtig?“	418
	Ein paar Worte zum Schluss	425
	Verzeichnisse	429

Ansprechpartner

Wir als Autoren stehen Ihnen gerne als Ansprechpartner zur Verfügung. Beim Schreiben dieses Buches haben wir uns **Schwerpunktkapitel** zugeteilt. Falls Sie Fragen, Anmerkungen oder Anregungen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung ...		
	Dipl.-Psych. Thorsten Uhle	✉ ThorstenUhle@icloud.com
	Leiter „Gesunde Arbeitswelt“ bei der Currenta GmbH & Co. OHG	
	<p>Ich bin mit meinem Team verantwortlich für die Psychosoziale Beratung, die Psychologie der Arbeitssicherheit und das Betriebliche Gesundheitsmanagement – im eigenen Haus, bei Bayer, Lanxess und CHEMPARK-Kunden. Für mehr als 50.000 Beschäftigte bieten wir Unterstützung bei Konflikten, psychischen Erkrankungen, der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen oder beim Implementieren von BGM-Prozessen an. Vor meiner Tätigkeit bei Currenta war ich Geschäftsführer eines Beratungsunternehmens und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Arbeit- und Organisationspsychologie an der Ruhr-Universität Bochum. Zuvor hatte ich Klinische und Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Wuppertal studiert. Meine Schwerpunkte sind Gesundheitsförderliche Führung, Stressmanagement und die Entwicklung neuer Wege im Umgang mit psychischen Belastungen in der Arbeitswelt.</p>	
Schwerpunktkapitel:		 3,  4,  6
	Prof. Dr. Michael Treier	✉ KlausMichael.Treier@fhoev.nrw.de
	Professor für Psychologie, Personal und Organisation an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung NRW	
	<p>Meine Schwerpunkte liegen in den Bereichen Personal-, Gesundheits- und Qualitätsmanagement. Nach einer Krankenpflegeausbildung absolvierte ich Studiengänge in Psychologie, Arbeitswissenschaften, Wirtschaftspädagogik und Organisationsmanagement. Weiterbildungen zum systemischen Organisationsberater, Coach, zum Qualitätsmanagement und zur Psychotraumatologie ergänzen mein Kompetenzprofil. Vielfältige Aktivitäten rund um Gesundheitsmanagement in der Praxis als Unternehmensberater, als Angestellter in einem Konzern, als Beirat von Unternehmen und als Hochschullehrer kennzeichnen mein Erfahrungsspektrum. Derzeit widme ich mich der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen und dem Arbeitsfähigkeitsmanagement.</p>	
Schwerpunktkapitel:		 2,  5,  7

WEB-Inhalte

Auf der Website finden Sie weitere Inhalte, bspw. eine umfassende Präsentation zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Präsentationen	Toolbox	Information	Multimedia
Konzept für BGM	Seminarpläne	Glossar	Grafiken als PDF-Portfolio integriert und kommentiert
Fehlzeitenanalyse	Self-Checks	BGM Barometer	Film zum FAGS
Umgang mit Mitarbeitern	Fragen zu Gesundheitsscores	Skizze zur Fehlzeitenanalyse	Multimedia-PDF Stressmanager
Burnout	Instrumente der Arbeitsanalyse und Hinweise zur Gefährdungsbeurteilung	<i>Inhalte werden nach Bedarf aktualisiert</i>	Film zu „Mission against Stress“
Gesundes Führen			Film zum Stressmanager

Unser Tipp: Die Portfolio-Datei „Abbildungen“ bietet Ihnen nicht nur den Download der Grafiken als hochauflösende JPEG-Dateien (300 dpi, A4-Format), sondern jede Grafik ist zusätzlich *kommentiert* und per TAG zugeordnet.

Portfolio der Abbildungen: eine kommentierte Zusammenstellung

Name: Abbildung05.jpg
Anzeigenname: Standortbestimmung am Beispiel der Verwaltungstätigkeiten
Schriftgröße: 590,8 KB
Erstellt: 14.03.2015
Geländert: 13.03.2015
Tags:
 Kapitel 1.2, Seite 27

Beschreibung:
 Die Abbildung 5 zeigt Daten eigener Studien (bei Fragen bitte an den Autor Michael Treier wenden) am Beispiel von administrativen Aufgaben auf (mindestens 50 %). Dabei verwenden wir das Grundmodell der Abbildung 4. Die Abbildung stellt das Haus einer Organisation dar (analog zum Haus der Arbeitsfähigkeit). Pipelines münden in das Haus und versorgen das Haus. Unterschieden werden dabei externe Ressourcen wie Führungskultur, persönliche Ressourcen wie Gesundheitsverhalten und Anforderungen aus der Arbeitstätigkeit wie Arbeitsinhalte. Zudem werden die Folgen (Arbeitsfähigkeit in Zukunft, physischer und psychischer Gesundheitszustand) aufgezeigt. In diesem Fall wird sichtbar, dass es auf die Verknüpfung der „Kennzahlen“ in Organisationsanalysen ankommt. Es lassen sich eindeutig die Risikobereiche Erholungsfähigkeit, Führungskultur und psychosoziale Belastungen identifizieren, die nicht unabhängig voneinander sind. Eine Interventionsstrategie sollte diese Ergebnisländerschaft beachten und gezielt Maßnahmen zur Optimierung der gesundheitsrelevanten Kennzahlen ansetzen.

Wie kommen Sie an die Web-Inhalte?

Gehen Sie bitte im Web-Browser <http://extras.springer.com> ein! Sie brauchen nur noch unsere ISBN-Nummer einzugeben. *Viel Spaß beim Durchstöbern!*

Unser Einstieg

Um die Lesbarkeit des Buches zu steigern, weist unsere Avatarin *Sunny* als Maskottchen unserer Ideen Sie auf wichtige Inhalte im Buch hin. Zudem haben wir für Sie ein  Glossar ( S. 503) und ein kommentiertes  Internetverzeichnis ( S. 487) erstellt.

Folgende Positionen nehme ich ein ...

	Hinweis auf eine wichtige Informationen		Kommentierte Kernaussage
	Offene Frage oder Übersicht zu den Leitfragen		Kommentierte Web-Adresse (siehe auch Internetverzeichnis)
	Literaturempfehlung		Zusammenfassung
	Hinweis auf Materialien im WEB-Bereich Springer http://extras.springer.com		Check-Listen und Inhaltsübersichten am Ende eines Kapitels
	Übungs- oder Reflexionsaufgabe		Transfer oder Praxisbeispiel
	Problematische Fragestellung bzw. Baustelle		Informations-Box (zum Beispiel Definitionen)
	BGM im Dialog – Interviews mit Fachexpertinnen und Fachexperten		

Die Grundlage für nahezu jedes Buch zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) oder zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) ist die  [Definition der Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](#) von Gesundheit. Jeder kennt sie, und niemand würde sie ernsthaft hinterfragen. Dies käme einem Sakrileg oder jedenfalls einer Verfehlung gleich, denn sie ist „*Common Sense*“.

WHO Gesundheitsbegriff

Oder würden Sie die folgende *positive* Definition ablehnen?



WHO Definition

Gesundheit wird als Zustand des *vollkommenen* körperlichen, sozialen und geistigen/seelischen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit/Gebrechen beschrieben.

☑ Box 0-1: WHO-Definition von 1946

Frage nach der Umsetzung

Stellt man in der Praxis aber die Frage, wie sich diese allmächtige Definition operationalisieren bzw. in konkrete Maßnahmen umsetzen lässt, dann tritt betretendes Schweigen ein. Der ganzheitliche Blick eröffnet ein faszinierendes Spektrum an denkbaren Gestaltungswegen. Dieser Umfang lähmt uns aber zugleich, denn wo soll der konkrete **Angriffspunkt zur Gesundheitsförderung** sein? Wir haben Angst, uns zu verzetteln. Abwesenheit von Krankheit reicht nicht aus, um Gesundheit zu verstehen, denn es geht nicht nur um den körperlichen Zustand sowie die physiologische und psychische Funktionalität, sondern Lebensqualität und Zufriedenheit treten in den Vordergrund (Mayring in Jerusalem & Weber, 2003, S. 1 ff.). *An welchen Indikatoren können wir uns orientieren, um dem erweiterten Gesundheitsbegriff im Rahmen der BGM gerecht zu werden?* Die **Bandbreite von Gesundheitsindikatoren** offenbart das Handlungsspektrum des BGM (Ulich & Wülser, 2015, S. 25 ff.):

- Einstellungen wie ein positives Selbstwertgefühl,
- physische Indikatoren wie Fitness,
- psychische Indikatoren wie Motivation,
- verhaltensbezogene Indikatoren wie Engagement und
- Leistungsindikatoren wie Produktivität.

Die **arbeitswissenschaftliche Reflexion** ist in Bezug auf die Arbeitsperson ganzheitlich ausgerichtet und berücksichtigt neben konstitutionellen Aspekten wie Geschlecht auch dispositionelle Aspekte wie Persönlichkeit, Gesundheit oder Intelligenz. Zudem wird die Bedeutung von Kompetenzen und Anpassungsmerkmalen wie Motivation aufgezeigt (Schlick et al., 2010, S. 87 ff.).

Rechtliche Ebene

Auf die **rechtliche und Richtlinienenebene** hat diese Definition von 1946 jedenfalls nachhaltig abgefärbt. Sie finden Elemente aus dieser Definition im Arbeitsschutzgesetz (ArSchG), im Arbeitssicherheitsgesetz (AsiG), im Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) oder im Sozialgesetzbuch (SGB) (☞ Kap. 2.4, S. 78). Viele flankierende Verordnungen, Vorschriften und Normungen greifen auf diese Definition zurück. Die Gesetze und Richtlinien konzentrieren sich jedoch auf die **Abwehr**, Bekämpfung und Vermeidung von Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten erhöhen. Wegweiser für eine aktive Umsetzung des umfassenden WHO Gesundheitsbegriffs sind sie aber nicht. Jedoch zeichnet sich in der jüngsten Geschichte des Ordnungs- und Regelwerks Ar-

beits- und Gesundheitsschutz ein **Paradigmenwechsel** ab. So konkretisiert die seit dem 01.01.2011 geltende Unfallverhütungsvorschrift DGUV V2 die Aufgaben einer **reformierten und integrierten Gesundheitsförderung**, die bspw. klassische Gefährdungsfaktoren, psychische Fehlbelastungen, Gesundheitsressourcen und den demografischen Wandel als gemeinsame Aufgabe betrachtet (DGUV, 2010). Integrierte **Arbeitsschutz-Managementsysteme** berücksichtigen zwar die Facetten des erweiterten Gesundheitsbegriffes (Schmager, 1999), faktisch aber oft nur in einer homöopathischen Dosierung oder als Randphänomene des klassischen Arbeitsschutzgesundheitsschutzes.

Lässt sich Gesundheit in dieser breit gefächerten Abbildung wirklich noch betrieblich erfassen und gestalten? Zeigt nicht schon die Indikatorenvielfalt, dass Gesundheit kaum objektiv zu fassen und positiv zu beeinflussen ist?



Bei der BGM verhält es sich ähnlich wie bei der **Bekämpfung von Malware** durch Virens Scanner und Anti-Spam-Filtern in der EDV. Hier und dort kämpfen wir gegen Windmühlen. Signaturen alleine reichen bei der Virenbekämpfung nicht mehr zur Identifizierung der wandlungsfähigen Malware aus. Neuere Systeme bemühen sich, den Ansturm der Malware u. a. durch Heuristiken und verhaltensbasierten Analysen im Sinne von „Deep Guard“ abzuwehren. Damit sollen die **Schwächen der reaktiven Vorgehensweisen**, die stets den Angriffen hinterherhinken, durch proaktive, den Gefahren vorausschauende Techniken kompensiert werden. Doch der **technische Healthcheck** allein reicht nicht aus. Eine wichtige Rolle spielen dabei der **Nutzer** und sein Risikobewusstsein. Analog sieht es in der betrieblichen Gesundheitspolitik aus: Gesundheitsbedrohende Einflüsse sind so vielfältig, dass eine Gefahrenabwehr nach „Schema F“ nicht funktioniert. Auch hier rückt der Nutzer, also der Mitarbeiter, ins Zentrum: Er sollte der **Dreh- und Angelpunkt** betrieblicher Gesundheitspolitik und gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung sein (Meifert & Kesting, 2004).

Gefahrenabwehr durch den Nutzer

Demnach interessiert man sich nicht nur für die Gefahrenreduktion, sondern v. a. auch für die **Präventions- oder Schutzfaktoren**, die wie Puffer wirken und schädigende Umweltagenzien in ihren negativen Auswirkungen dämpfen können. *Der wichtigste Puffer ist der Mensch!* 1988 hat auch die WHO das Verständnis von Gesundheit vom Objektcharakter befreit und das **Subjekt als Träger** und Verantwortlicher für Gesundheit in den Vordergrund gestellt. Gesundheit wird als die **Kompetenz des Individuums** verstanden, die eigenen Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und zu erweitern sowie angemessen auf die Herausforderungen der Umwelt zu

Vom Objekt- zum Subjektcharakter

reagieren. Diese \curvearrowright **Selbstregulationskompetenz** wird zur Kernkompetenz der modernen Arbeitswelt (Wiese, 2004). Sie passt im Argumentationsschema zum „flexiblen Menschen“ in Bezug auf die **Erhöhung der \curvearrowright Employability** (Beschäftigungsfähigkeit) (Sennett, 2006), die mehr und mehr in die Eigenverantwortung gelegt wird (Kaschube, 2006; Böhne & Breutmann, 2009) (\curvearrowright Kap. 7.2, S. 412). Der damit assoziierte **Algorithmus** klingt auf dem ersten Blick verlockend und verheißungsvoll (vgl. Loß et al., 2009), jedoch sind vorprogrammierte Konflikte zwischen den Faktoren zu beachten:

**Erfolgreiches Arbeiten =
Qualifizierter & Motivierter & Flexibler & Gesünder**



Fördern und Fordern sind nur im Verbund Garantien für eine erfolgreiche BGM! Mitarbeiter müssen im Hinblick auf ihre gesundheitliche Kompetenz zugleich gefördert und gefordert werden. *Das bedeutet:* Einerseits muss der jeweilige Betrieb durch verschiedene Maßnahmen Gesundheit fördern (\curvearrowright Empowerment oder Gesundheitsbildung), andererseits fordern, dass sich die Mitarbeiter hilfreiche Kompetenzen aneignen und auf Verhaltenspathogene im weiteren Sinne verzichten.

Ottawa Charta

Diese Denkweise passt zur **Ottawa Charta von 1986**, die den Begriff der Gesundheitsförderung als Prozess der Befähigung erklärt.



Ottawa-Charta

Gesundheit wird hier als die Fähigkeit bzw. Kompetenz des Individuums beschrieben, die eigenen Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und damit angemessen auf die Herausforderungen der Umwelt zu reagieren.

\checkmark **Box 0-2:** Gesundheitsverständnis der Ottawa Charta von 1986

Selbstbestimmung

Das Individuum ist also der Träger und Gestalter von Gesundheit, das heißt: Hier geht es um **Selbstbestimmung**. Selbstbestimmung kann sich jedoch nur dann entfalten, wenn die **Rahmenbedingungen** dies ermöglichen. Aber diese Umfeldbedingungen wie Wohnbedingungen, Einkommen, stabiles Öko-System etc. sind nicht einfach nur gegeben, sondern Menschen gestalten selbst Gesundheit in ihrer Umwelt. Sie ändern selbst ihre Rahmenbedingungen, also das Setting. Dieses Setting bezieht sich nicht nur auf die Arbeits-, sondern auch auf die Freizeit- und Familienwelt im Sinne der vielversprechenden, aber trügerischen Terminologie einer konzilianter \curvearrowright **Work-Life-Balance** (Esslinger & Schobert, 2007).

Die Maxime „Fördern und Fordern“ klingt plausibel und für alle Beteiligten gerecht. Aber sie verkappt ein gewaltiges Problem im Bereich BGM/BGF: **Ist Gesundheit eine Privatangelegenheit?** Darf sich der Arbeitgeber hier überhaupt einmischen? Sollte der Arbeitgeber im Sinne der Gesundheitsbildung lediglich den pädagogischen Mahnfinger erheben und Gestaltungsangebote machen oder darf er auch richtiges Verhalten einfordern? So kann der Arbeitgeber bspw. Informationen zur Bildschirmarbeitsverordnung geben. Hat er aber auch das Recht, die Einhaltung derselben zu erzwingen? Eine analoge Problematik findet sich in der Teleheimarbeit wieder, wo sich der Arbeitsplatz in Privaträumen befindet.



Das System LIFE

Was ist LIFE? Das System LIFE der STEAG GmbH baut konsequent auf den **Gedanken der Selbstbestimmung** auf und integriert bestehende Angebote, Möglichkeiten und Handlungsfelder im Unternehmen und in Netzwerken, um eine **nachhaltige Gesundheitspolitik** im Unternehmen zu erzielen. Die Abkürzung LIFE steht für **Langfristige, Individuelle Förderung der Eigenverantwortung**. Denn ☞ Gesundheitsprävention und Gesundheitsschutz funktionieren nach LIFE nur dann, wenn der Mensch verantwortlich für sein Handeln ist. *Worum geht es in LIFE?* Persönliche Kompetenzen sollen entwickelt, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützt, gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitswelten geschaffen werden als ein Bündel von Maßnahmen, die den Weg der Zukunft kennzeichnen.



Box 0-3: Das System LIFE

Mit dem klassischen arbeitsmedizinischen sequenziellen Ansatz der Feststellung von Symptomen, Diagnose, Therapie und zusätzlich begleitender ☞ Prävention in den verschiedenen Stufen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) werden wir nicht auskommen. *Warum?* Faktisch vernachlässigt der Präventionsfokus die **Innenperspektive der selbstverantwortlichen Personen**. Auch wäre es eine Illusion anzunehmen, dass es sich „nur“ um Wohlbefinden handelte, welches gefördert werden sollte. Die Unternehmen fordern vielmehr **Leistungsfähigkeit** in Verbindung mit einer psychisch stabilen Konstitution, die heute gerne mit dem Begriff ☞ **Resilienz** umschrieben wird (Belastbarkeit und Flexibilität) (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2014). Die Anforderungen steigen stetig, divergierende Erwartungen bilden sich in unterschiedlichen Rollensystemen ab, und der **Erholungsbegriff** wandelt sich zum Eventbegriff ohne Regenerationskraft. Es geht also immer

Zweifel an
klassischer
Vorgehensweise

mehr darum, die Widerstandskraft gegenüber Belastungen zu unterstützen – ein neues Handlungsfeld im Bereich BGM/BGF (Sommer et al., 2014).



Demnach muss die BGF nicht nur das Wohlbefinden der Mitarbeiter fördern, sondern auch ihre Leistungsfähigkeit sichern und gleichzeitig vor Überlastung schützen. Damit rückt die Frage nach der **psychischen Gesundheit** in den Fokus der BGF. Die Synergismen zwischen psychischer Gesundheit und gesunder Arbeitswelt sind hier Erfolg versprechend.

E



Was verbinden Sie mit Gesundheit?

Wie kann der Mensch gesund bleiben (oder werden), wenn es gar keine Erholungsphasen mehr gibt? Wie kann seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit gesichert werden? Wer setzt überhaupt den Maßstab, was gesund bedeutet?

Psychische Gesundheit als Regulationsphänomen

In unserem Buch setzen wir auf die **psychische Gesundheit** als individuelle „Widerstandskraft“, ohne den betrieblichen Kontext außer Acht zu lassen. Wir verstehen psychische Gesundheit aber nicht als eine Liste persönlichkeitsbezogener Merkmale der angemessenen Gesundheitseinstellung und des konstruktiven Gesundheitsverhaltens wie Autonomie, Lebensbejahung, Vertrauen, ☞ Selbstwirksamkeit oder erfolgreicher sozialer Integration (Jerusalem & Weber, 2003; Schwarzer, 2004). Für uns handelt es sich vielmehr um einen kybernetischen handlungsorientierten Begriff: Das Kernkonstrukt der Gesundheit ist die erfolgreiche **Regulation des Menschen in und mit seiner Umwelt** (Wieland-Eckelmann, 1996; Wieland, 2004). Die dynamische und komplexe Umwelt mit ihren in qualitativer und quantitativer Hinsicht wachsenden Arbeitsanforderungen, Qualifikationserfordernissen und Belastungsstrukturen kann nicht allein durch Richtlinien geregelt werden, denn diese sind zu statisch. Die Kunst des aktiven Steuerns liegt beim Menschen und wird als **Selbstmanagement** verstanden (Kanfer et al., 2005; Kesting, 2004). Analog einem Thermostat muss der Mensch es schaffen, die eigene Gesundheit trotz vieler ☞ Belastungen und Anforderungen auf ein stabiles Soll-Niveau einzupendeln. Es geht u. a. um den ☞ **salutogenetischen Begriff der Kohärenz** mit den Komponenten der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit (Antonovsky, 1987).

Gesundheit

Gesundheit ist die Fähigkeit, sich und seine Umwelt selbst zu regulieren (personale Gesundheitskybernetik). Wir benötigen Vertrauen in die eigene  **Regulationskompetenz** beim un-aufhörlichen Gegensteuern in komplexen Systemen. Komplex sind die Systeme der Mitarbeiter deshalb, weil nicht nur die Arbeitswelt, sondern viele weitere gesellschaftlich-kulturelle Determinanten zu berücksichtigen sind. Das Vertrauen in seiner Regulationskompetenz sollte durch Maßnahmen der BGM gestärkt werden.

 **Box 0-4:** Gesundheitsbegriff als Regulationskompetenz



**Was können die Unternehmen machen?
Welche Hilfen wollen wir in diesem Buch anbieten?**

Das Wort Kybernetik drückt Komplexität aus, und psychische Gesundheit lässt sich nicht einfach so erfassen und verstehen wie biologische Erkrankungsbilder. *Entrückt damit das Thema für die Praxis im Sinne überbordender theoretischer Gesundheitsmodelle?* Wir sagen: *Nein*, der Transfer ist möglich und auch notwendig. Er verlangt eine Kehrtwende im traditionellen Denken. Die Regenschirmmentalität als Gefahrenabwendung reicht jedenfalls hier definitiv nicht mehr aus.



Das Unternehmen hat nunmehr den Auftrag, diesen kybernetischen Prozess zu unterstützen und förderliche Gestaltungsbedingungen zu schaffen. In den Foren des  **Deutschen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)** wird auf die Problematik der noch zu geringen **Verbreitung von BGM/BGF** aufmerksam gemacht. Der aktuelle Bericht (Dezember 2014) zum Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (SUGA, 2014, S. 161) unterstreicht die Notwendigkeit, denn im Jahr 2013 ergeben sich nach Schätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) immerhin etwa **568 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage** – davon anbei fast 79 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage allein in der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“. Arbeitsunfähigkeit als Spitze des Eisberges verursachte damit 2013 einen Produktionsausfall anhand der Lohnkosten von etwa 59 Milliarden Euro. Der volkswirtschaftliche Verlust lässt sich auf rund **103 Milliarden Euro** an Bruttowertschöpfung beziffern. Die Finanzkrisen und die überbordenden Defizite in den Staatshaushalten in der Eurozone haben uns an solche unvorstellbaren Zahlen schon gewöhnen und abstumpfen lassen. Dennoch hoffen wir, dass diese Zahlen nachdrücklich den Bedarf signalisieren.

Auftrag an die Unternehmen

Die horrenden Zahlen sprechen für sich!



Auftrag
an das Buch

Wir stellen uns in diesem Buch immer wieder die Fragen, wie diese \curvearrowright **Regulationskompetenz** im Bereich Gesundheit im betrieblichen Kontext aufrechterhalten und gefördert werden kann und welche Rahmenbedingungen diese Aufgabe unterstützen. Im Zusammenhang mit der Demografie-Fitness der Organisation oder auch mit der Bedeutungszunahme des Personals stellt dieser Auftrag kein „Sozialklimbim“ dar. Der gesunde und sich selbstregulierende Mensch ist die Voraussetzung für eine **gesunde Arbeitswelt**. Die gesunde Organisation ist ein **Asset**, das in Anbetracht der Herausforderungen niemand bestreiten wird. In diesem Zusammenhang und im Hinblick auf die oben genannten Zahlen lohnt sich die Investition in das BGM. Dieses Buch soll dazu einen Beitrag leisten.

E



*Wir behaupten, dass Arbeit nicht krank, sondern reich macht. Reich aber nicht im finanziellen Sinne, sondern v. a. im Hinblick auf Gesundheit und Selbstbewusstsein (Selbstheilungskraft der Arbeit). Unser Anliegen ist nicht die Reparaturergonomie einer anonymisierten Arbeits- und Lebenswelt, sondern die **Personalisierung von Arbeit** als Grundrecht, als Würde und als Vision. Die Anamnese des Arbeitsgesundheitsschutzes zeigt, dass es nicht nur um die Minimierung von Expositionen schädlicher Agenzien gehen kann, sondern wir müssen uns v. a. um die **Nabe Mensch** im Speichenradmodell der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften kümmern (im Sinne von Prof. Dr. Claus Piekarski, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (\mathcal{D} DGAUM) (\mathcal{D} Kap. 2.5, S. 100). Das Schmiermittel ist hier die \curvearrowright **Regulationskompetenz**. Identifiziert sich der Mensch mit seiner Arbeit, dann gewinnen die Deklarationen an sichtbarer Bedeutung. Es geht nicht mehr nur um das Aufschweißen, um weitere Brüche zu verhindern, sondern wir befassen uns mit einem neuen **kunstvollen Schmiedestück**:*

DER GESUNDEN ARBEITSWELT

- Abbildung 1 illustriert unseren Weg zur gesunden Arbeitswelt.



Abbildung 1: Unser Weg zur gesunden Arbeitswelt

1 Die Ausgangslage: Empirische Herleitung

KAPITEL 1 beginnt mit einer empirischen Herleitung, um die Notwendigkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu verdeutlichen. Auf Basis zugänglicher Daten wird ein Risikokataster definiert, der durch eigene Studien untermauert wird. Am Ende werden relevante „Grundgesetze“ aus Evidenzsicht abgeleitet.

K1

Unsere Leitfragen ...

- ▶ **Kap. 1.1: Gesundheitsstatus und Risiken** (Seite 16)
Wie stellt sich der allgemeine Gesundheitsstatus dar?
Welche Risiken bestimmen die gegenwärtige Gesundheitssituation?
- ▶ **Kap. 1.2: Standortbestimmung in Unternehmen** (Seite 25)
Wie sieht die Lage in Unternehmen aus?
Welche Handlungsfelder lassen sich bestimmen?

In den letzten Jahren erweitern deutsche, europäische und internationale **Studien** stetig unseren Kenntnisstand im Hinblick auf Gesundheitsstatus und Risiken in der Bevölkerung. Die Studien zeichnen sich aus methodologischer Sicht nicht nur durch zunehmende Repräsentativität, sondern v. a. durch Aussagekraft und (prognostische) Validität im Sinne der inhaltlichen Gültigkeit aus.

Wir wissen es!

Diese Qualität erfordert neue Zugänge, indem bspw. auf standardisierte Instrumente und auf eine Mehrfacherhebungstechnik zurückgegriffen wird. Bei der **Triangulation** werden verschiedene Methoden wie medizinische Untersuchungen, subjektive Befragungen oder Dokumentenanalysen und somit unterschiedliche Sichtweisen auf das zu untersuchende Phänomen angewendet. Auch beschränkt man sich nicht mehr ausschließlich auf Querschnittsdaten. Vielmehr ist man trotz der Erhebungs- und Zugangsprobleme sowie der Panelsterblichkeit der Teilnehmer (Ausfälle) bemüht, **Längsschnittdaten** zu gewinnen. Ein **Panel** ist eine Stichprobe, die im Rahmen der gleichen Fragestellung wiederholt untersucht wird. Neben Zeitreihendaten sind Untersuchungsdesigns aus Panel- und Mehrebenenstrukturen beliebt, um Antworten auf sozioökonomische und demografische Zusammenhänge in Bezug auf Gesundheitsstatus und Risikofaktoren zu gewinnen. So lassen sich das Verhalten, die Gesundheitsentwicklung und die Einstellungen der Befragten über mehrere Messzeitpunkte beobachten und damit nicht „nur“ Prävalenzen bestimmen, sondern auch **kausale Fragestellungen** ableiten und bearbeiten.

Qualität durch
Methodenmix

1.1 Gesundheitsstatus und Risiken

Wir haben für Sie geschürft!



Erfreulicherweise muss man nicht aufwendige Recherchen betreiben, um an relevante Daten zu gelangen. Für den ersten Schritt einer [Evidenzbegründung](#) reicht es, auf allgemein zugängliche und oftmals gut kommentierte Datensysteme zu rekurrieren. Zur Bestimmung eignen sich für Deutschland v. a. folgende Quellen:

- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:** Hier interessieren uns v. a. die Umfragen zu verschiedenen Gesundheitsthemen wie Suchtvorbeugung, AIDS, Drogenaffinität, Gesundheitsverhalten und Einstellung zu Gesundheitsfragen sowie Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Diese Studien und weitere Fachpublikationen sind auch beim Datenarchiv für Sozialwissenschaften abrufbar. [[↗ BZgA](#)]
- **Deutsche Krebsforschungszentrum:** Neben vielen spezifischen Studienergebnisse sind hier aus Sicht der Arbeitswelt die umfassenden Analysen zum Zusammenhang zwischen Lebensstilfaktoren und Lebenserwartung von Interesse. Ungute Lebensstilkombinationen (Rauchen, Adipositas, Bewegung, Alkoholkonsum usw.) führen zu signifikanten Verlusten an Lebenszeit. So büßen Männer bei einer ungünstigen Kombination bis zu 17 und Frauen bis zu 14 Lebensjahren ein. Die Daten stammen aus einer gesamteuropäischen Studie zum Zusammenhang von Ernährung, Lebensstilfaktoren und Krebs (EPIC) – seit über 20 Jahren werden die Lebensstilfaktoren von einer halben Million Europäer dokumentiert. Das EPIC-Zentrum im DKFZ betreut fast 26.000 Teilnehmer (Li et al., 2014). [[↗ DKFZ](#)]
- **Drogen- und Suchtbericht:** Suchtkrankheiten sind in der Arbeitswelt noch ein Tabuthema, obwohl das Suchtphänomen regelrecht grassiert – vom Alkohol am Arbeitsplatz über Glücksspiel bis zur exzessiven Internetnutzung. BGM muss sich daher mit diesem Thema in Bezug auf Prävention und Beratung auseinandersetzen. Der jährlich aktualisierte Drogen- und Suchtbericht von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung bietet aktuelle Daten zu stoff- und nichtstoffgebundenen Suchterkrankungen. [[↗ Drogenbeauftragte](#)]
- **Europäische Erhebungen über die Arbeitsbedingungen:** Die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen als Agentur der Europäischen Union führt regelmäßig im Fünfjahreszyklus umfangreiche Untersuchungen (derzeit 44.000 Erwerbstätige) zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen nach Branchen bzw. Sektoren in derzeit 34 europäischen Ländern durch und liefert damit wichtige Erkenntnisse über Schlüsselaspekte der Arbeitswelt wie bspw. Arbeitszeit, -organisation und -zufriedenheit, Gesundheit und Wohlbefinden (Eurofound, 2012). [[↗ Eurofound](#)]

- **Fehlzeitenberichte des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO):** Wer nach umfassenden Daten und Analysen zu krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft sucht, wird hier gewiss fündig. Das AOK-Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld präsentiert jährlich Statistiken zum Krankenstand der Arbeitnehmer nach Branchen, Betriebsgrößen, Berufsgruppen und Ländern. [[🔗 WIdO](#)]
- **Gesundheitsberichte der Krankenkassen:** Die Gesundheitsberichte der Krankenkassen (hier v. a. Techniker Krankenkasse, Barmer GEK, AOK und Bundesverband der Betriebskrankenkassen) stellen Auswertungen der Arbeitsunfähigkeits- und Arzneverordnungsdaten zu sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern der jeweiligen Krankenkassen vor. Diagnosekapitel, Bundesländer, Berufsfelder, Geschlecht und Alter sind relevante Gruppierungsvariablen. Viele dieser Berichte enthalten Schwerpunktthemen. Sie lassen sich kostenlos bestellen oder im Internet downloaden. So stellt die TK hochauflösende illustrierende Grafiken zu den Datenlandschaften zur Verfügung. Aktuell erhalten Sie im Internet die TK-Gesundheitsreports von 2008 bis 2014. Das BKK Gesundheitsreport-Archiv bietet Berichte ab 2004 an, was eine „quasilängsschnittliche“ Betrachtung ermöglicht. [[🔗 TK](#)]
- **Gesundheitsberichterstattung des Bundes:** Diese Quelle hat sich in den letzten Jahren als regelrechte Fundgrube für Gesundheitsdaten erwiesen. Sie bietet viele Informationen zu Krankheiten und Gesundheitsproblemen, zu Rahmenbedingungen, zum Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen sowie zur Gesundheitsversorgung und zu finanziellen Aspekten. Dabei wird eine Breite von Gesundheitsindikatoren verwendet, aufbereitet nach den Definitionen des Europäischen Gesundheitsindikatorensatzes (ECHI). [[🔗 GBE-Bund](#)]
- **Nationale Verzehrstudie:** Das Max Rubner-Institut als Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel liefert aktuelle Daten zum Aktivitäts- und Ernährungsverhalten sowie Ernährungsstatus und Körperdaten wie Gewicht in Abhängigkeit von soziodemografischen Basisdaten. Dazu wurden 2005/06 etwa 20.000 Menschen in Deutschland im Alter zwischen 14 und 80 Jahren befragt. Zur Weiteranalyse der Daten kann man ein Scientific-Use-File anfordern. [[🔗 NVS](#)]
- **PROCAM-Studie:** Bei der PROCAM Studie (Prospective Cardiovascular Münster Study) handelt es sich um eine Beobachtungsstudie mit Schwerpunkt auf Herz- und Gefäßerkrankungen. Vom Design präsentiert sie sich als eine Prospektivstudie. Die Daten ermöglichen die individuelle Risikobestimmung, innerhalb der nächsten zehn Jahre einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden. Im Internet kann man an einem

Schnell-, Gesundheits- oder Schlaganfalltest teilnehmen – ein interessanter Ansatz für Self-Checks in der Arbeitswelt. Über 50.000 Personen im Alter zwischen 16 und 78 Jahren haben bislang an dieser Untersuchung teilgenommen. [[🔗 PROCAM](#)]

- **Robert Koch-Institut:** Das Robert Koch-Institut als Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit ist für die wachsende Gesundheitsberichterstattung des Bundes (siehe oben) zuständig. Es liefert bundesweit repräsentative Gesundheitsinformationen (KiGGS = Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; DEGS = Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland; GEDA = Gesundheit in Deutschland aktuell). Daneben gibt es aber auch weitere Daten zum Gesundheitsmonitoring, bspw. die Daten des Krebsregisters (Zentrum für Krebsregisterdaten, ZfKD) oder epidemiologische Forschungen zu spezifischen Gesundheitsfaktoren wie Bluthochdruck, Allergien, psychische Gesundheit. Aus Forschungssicht ist wichtig, dass Datensätze zur Verfügung gestellt werden (Public Use Files). [[🔗 RKI](#)]
- **Statistisches Bundesamt:** Für das Thema Gesundheit sind hier v. a. die Daten des Mikrozensus von Interesse. Der Mikrozensus ist eine repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland. Er liefert sozio-ökonomische Informationen, aber auch Informationen zu Fragestellungen wie Gesundheit und Freizeitgestaltung. Diese Daten lassen sich zur Stichprobenplanung und zur Ermittlung von Strukturdaten für Quotenstichproben von Studien verwenden. [[🔗 DeStatis](#)]



Die Initiative Gesundheit und Arbeit [[🔗 IGA](#)] veröffentlicht regelmäßig Informationen zu ausgewählten Krankheitsschwerpunkten und Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt. Die Broschüre iga-Fakten Nr.3 (IGA, 2012) präsentiert wichtige Fakten im Hinblick auf **lebensstilbezogene Gesundheitsrisiken** wie Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung sowie Stress und psychosoziale Belastungen. Zu empfehlen ist hier auch der Unfallverhütungsbericht „**Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit**“ (SUGA, 2014). Sie können auf der Website der [🔗 BAuA](#) die Unfallverhütungsberichte ab 2001 downloaden. [www.baua.de/suga]

Eine Ikone – die DEGS-Studie

Die **Studie zur Gesundheit Erwachsener** in Deutschland des Robert Koch-Instituts hat aufgrund ihrer methodologischen Qualität und im Hinblick auf die Facettenbreite der Inhaltsfelder eine herausragende Bedeutung – v. a. für die Kalibrierung eigener Gesundheitsdaten in Organisationen (Kurth, 2009). Sie ist ein wesentlicher Bestandteil eines **systematischen Gesundheitsmonitorings** (Kurth et al., 2009) (🔗 Kap. 5.2, S. 234).

Gesundheitsmonitoring

Die **Herausforderungen** in Bezug auf die Gesunderhaltung der Bevölkerung wachsen. Dies steht im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel, der Globalisierung und der Veränderung der Umweltbedingungen. So wandelt sich u. a. das Krankheitspanorama. Chronifizierung, Stoffwechselerkrankungen, psychische Störungen, Multiresistenzen in Bezug auf Infektionskrankheiten, Multimorbidität sind nur einige nennenswerte Aspekte. Die **Auswirkungen auf das Gesundheitssystem** sind frühzeitig zu bestimmen, um präventiv den Herausforderungen zu begegnen. Das Gesundheitsmonitoring beobachtet systematisch und objektiv diese Entwicklungen unter Berücksichtigung der Arbeits- und Lebensbedingungen, um **Krankheitsrisiken und Krankheitshäufigkeiten zu identifizieren** und ihre Entwicklung im Sinne einer epidemiologischen Herangehensweise vorherzusagen. Das Gesundheitsmonitoring ist **daten- und indikatorengetrieben** und greift auf sich ständig aktualisierende Datenlandschaften zurück.

☑ Box 1-1: Gesundheitsmonitoring

Es handelt sich um einen **repräsentativen Gesundheitssurvey** sowohl im Querschnitt- als auch Längsschnittdesign als Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Sie ist als **Kohortenstudie** angelegt, um über die Studienwellen hinweg Veränderungen und Trends bestimmen zu können. Dies erfordert einen systematisches Design und ausgeprägte Kontinuität der eingesetzten Instrumente und der zu berücksichtigenden **Fragestellungen** unter Beachtung soziodemografischer Faktoren und des Sozialstatus:

- Gesundheitsstatus (breites Spektrum an Gesundheitsfaktoren)
- Subjektiv erlebte Gesundheit und Lebensqualität
- Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems
- Gesundheitsrelevanter Lebensstil und Gesundheitsverhalten
- Lebens- und Umweltbedingungen

Die DEGS-Studie wird begleitet durch weitere Studien u. a. zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Im Erhebungszeitraum von 2008 bis 2011 sind je nach Untersuchungsansatz etwa zwischen 7000 und 8000 Teilnehmern erfasst worden. Dabei ist das **standardisierte Vorgehen** hervorzuheben. Die geschichtete **Stichprobenerhebung** erfolgt in zwei Stufen. Zunächst findet eine Schichtung nach Bundesland und Gemeindegrößenklassen statt. Dabei sind die 120 Studienorte der Vorstudie um weitere 60 Orte ergänzt worden. Anschließend ist aus den Melderegistern der Einwohnermeldeämter eine neue Personenstichprobe gezogen worden. Zudem lassen sich aufgrund der fast 4000 **gematchten Datenpaare** zwischen Teilnehmern der Vorstudie BGS 98 (Bundesgesund-



Skizze zur
DEGS-Studie

heitssurvey) und der ersten DEGS-Studie Veränderungen aufzeigen. Schließlich erfolgt ein Vergleich der Indikatoren mit der amtlichen Statistik und dem Mikrozensus. Ferner erfolgt eine Kurzbefragung der Nonresponder. Aufgrund der **Methodenvielfalt** lassen sich gesundheitsrelevante Informationen aus Befragungen (Fragebögen zum Selbstausfüllen, ärztliche Interviews), medizinischen Untersuchungen (körperlichen Untersuchungen wie Blutdruck, Fahrradergometrie, Lactatschnelltest, Schilddrüsenultraschall sowie anthropometrischen Messungen wie Körpergewicht) und Laboranalysen (Blut-/Urinproben) verknüpfen (⇨ Triangulation).



Die DEGS-Studie schafft eine **verlässliche Datenlandschaft** für das Gesundheitsmonitoring in Deutschland. Die Repräsentativität der Daten ist hoch und bietet aufgrund der Methodenvielfalt die Chance, umfassende Aussagen zum jetzigen und künftigen Gesundheitszustand zu treffen.

1

Zum Design der Studie

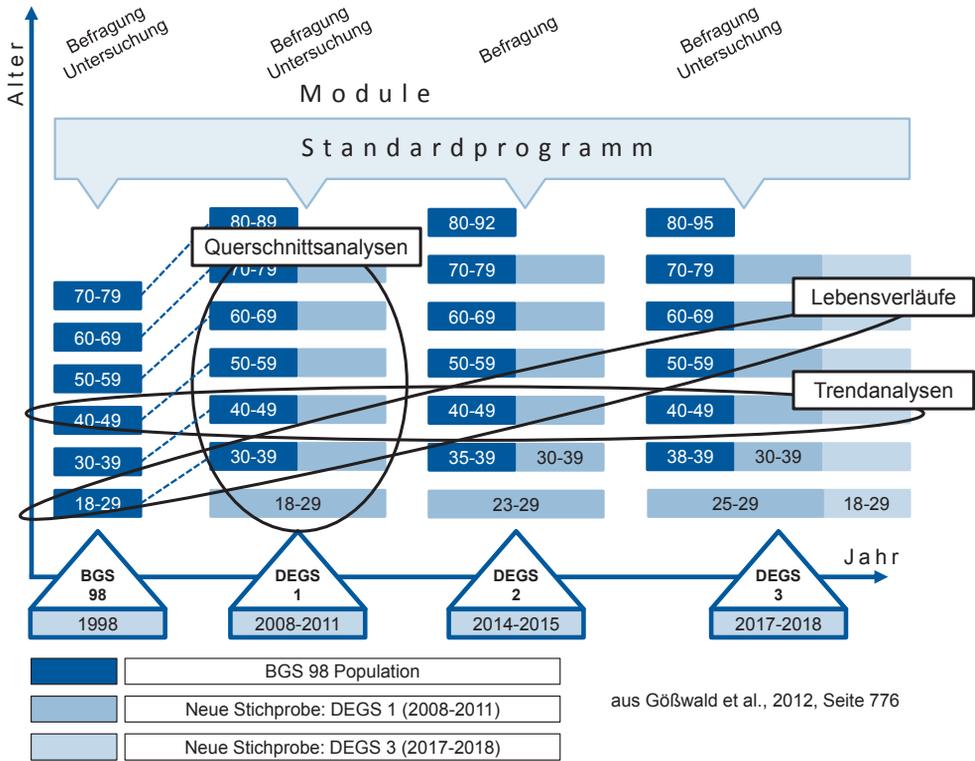
● Abbildung 2 illustriert das **Design der Studie** (aus Gößwald et al., 2012, S. 776). Mit diesem komplexen Aufbau erlaubt die Studie verschiedene Analysestrategien von ⇨ Prävalenz- und Inzidenzschätzungen über Zusammenhangsanalysen bis zu Kausalbetrachtungen und Lebenslaufanalysen:

1. **Querschnittanalyse:** Analyse bestimmter Merkmale bei verschiedenen Teilnehmern bzw. Teilnehmergruppen in ein und derselben Zeitperiode → Abschätzung von Prävalenzen.
2. **Trendanalyse:** Aufzeigen der zeitlichen Entwicklung von relevanten Gesundheitsgrößen von der Vergangenheit bis in die prognostizierte Zukunft in Bezug auf die Teilnehmergruppen bei entsprechender Adjustierung (Beispiel: Altersgruppe) → Darstellung von Trends.
3. **Lebenslaufanalyse:** Verfolgung der Entwicklung der Teilnehmer im Hinblick auf die erhobenen Merkmale (Längsschnitt), also Untersuchung bestimmter Merkmale bei ein und demselben Merkmalsträger → Aussagen zu Inzidenzraten, Bedingungen und Kausalitäten.



www.degs-studie.de

Auf dieser Website finden Sie alle **Informationen zur Studie**. Um eigene Daten bspw. aus einer Standortbestimmung (⇨ Kap.1.2, S. 25) mit den bevölkerungsrepräsentativen Daten der DEGS-Studie zu verknüpfen, wird künftig ein Public Use File für wissenschaftliche Analysen angeboten. Gelungen ist die nach Filtern (gesundheitsrelevanten Themen) sortierbare Literaturrecherche. Link: www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/literatur.html



● **Abbildung 2:** Aufbau der DEGS-Studie des Robert Koch-Instituts aus Gößwald et al. (2012, S. 776)

Die Gesundheitsdiebe: In einem Symposium am 14. Juni 2012 sind erste Ergebnisse der DEGS-Studie der Phase 1 veröffentlicht worden (Kurth, 2012). Die Basispublikationen DEGS Phase 1 lassen sich als PDF-Dateien auf der DEGS-Website downloaden. Als gebündelte Zusammenfassung sind die Ergebnisse in der Zeitschrift „Bundesgesetzblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz“ erschienen. Aktuell ist die zweite Phase der DEGS-Studie eingeläutet. Erste Vergleichsergebnisse sind hier 2016 zu erwarten.

Risikokataster nach DEGS

🌐 **Werden wir immer dicker?** Deutschland hat ein Gewichtsproblem. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland auch im internationalen Vergleich ist weiterhin als hoch einzustufen (vgl. Nationale Verzehrstudie, 📺 NVS). Auch wenn das Übergewicht $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ auf hohem Niveau im Vergleich zur BGS 98 stagniert oder sogar nach Adjustierung in Bezug auf die veränderte Altersstruktur rückgängig ist, schwerwiegender ist ein deutlicher Anstieg der Adipositasprävalenz $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Dabei sind keineswegs nur ältere Menschen betroffen, sondern gerade auch Jüngere!

- **Wie sieht es mit der Volksgeißel Zucker aus?** Der bekannte Diabetes tritt aktuell bei 7,2 Prozent der Bevölkerung auf. Dies bedeutet eine statistisch signifikante Zunahme der Lebenszeitprävalenz um rund zwei Prozentpunkte, bei entsprechender Altersadjustierung im Schnitt um 1,4 Prozentpunkte. Jedoch ist die Dunkelziffer hoch, denn der unbekannt Diabetes oder Vorstufen des Diabetes wie die Insulinresistenz oder Glucosetoleranz im Rahmen des metabolischen Syndroms (bedrohliches Risiko-Quartett: Bluthochdruck, veränderte Blutfettwerte, Insulinresistenz, abdominelle Fettleibigkeit) lauern im Hintergrund. Diese Stoffwechselkrankheit ist auf dem Vormarsch. Neben anderen Faktoren führen v. a. die hochkalorische Ernährung und körperliche Inaktivität zur schleichenden Überlastung des Stoffwechselhaushalts. *Tipps:* Mit dem  Diabetes FINDRISK können Sie Ihr Diabetes-Risiko bestimmen.
- **Wie aktiv sind wir?** Hier zeichnet sich ein positiver Trend ab, denn die Deutschen bewegen sich mehr als früher. Aber laut WHO-Definition ist die Bewegungsmenge noch nicht ausreichend. Die WHO empfiehlt eine Aktivitätszeit von wöchentlich mindestens 2,5 Stunden. Jedoch erreichen laut der Studie nur etwa 25 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen die Empfehlungen der WHO (ergo, vier Fünftel der Erwachsenen nicht). Zudem ist das Aktivitätsniveau bei jüngeren stärker als bei älteren Menschen ausgeprägt. Frauen sind im Vergleich zu Männern eher bereit, an Maßnahmen zur Bewegungsförderung teilzunehmen und ihr Gewichtsmanagement aktiv anzugehen.
- **Welche Rolle spielen Funktionseinschränkungen im Alter?** Der demografische Wandel hat das Bewusstsein für die Gesundheit im Alter geschärft. Im Rahmen der Studie werden alltagsrelevante Funktionsfähigkeiten mit Hilfe standardisierter Testverfahren (isometrische Handgreifkraft, Mobilität, Beinkraft, statisches Gleichgewicht und kognitive Leistung) erfasst. Damit erhält man alters- und geschlechtsspezifische Referenzwerte auch zum Thema Arbeitsfähigkeit. Hier geht es auch um das nationale Gesundheitsziel: *Gesund älter werden* ( [gesundheitsziele.de](https://www.gesundheitsziele.de)). Gerade bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes ist im Kontext des demografischen Wandels zukünftig mit Problemen zu rechnen.
- **Wie belastet sind wir?** Psychische Antworten wie Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burnout sind bekannte Klassiker. Die Ergebnisse der Studie bestätigen die hohe Bedeutung der psychischen Gesundheit. Dies wird auch vom aktuellen Stressreport der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin bestätigt (Lohmann-Haislah, 2012). Allein fast 27 Prozent der Befragten geben an, an einer *Schlafstörung* von mindestens dreimal pro Woche zu leiden. Der Wert nimmt mit dem Alter zu. Aber auch andere Faktoren sind teilweise hoch ausgeprägt. Eine aktuelle *Depression* bzw. ein depressi-

ves Syndrom weisen acht Prozent der Teilnehmer auf. Gerade junge Leute sind betroffen – dort ist die Prävalenz bei den 18 bis 29 Jährigen mit fast zehn Prozent am höchsten. Betrachtet man eine jemals diagnostizierte Depression, erreichen die Werte teilweise schwindelerregende Ausprägungen: bspw. über 20 Prozent bei Frauen im Alterssegment von 45 bis 64 Jahre. Neben depressiven Syndromen ist *Burnout* in aller Munde. Hier kristallisiert sich jedoch als Problem heraus, dass keine anerkannte Diagnose existiert, wohl aber das Burnout eine versorgungspolitische Realität darstellt, da anhaltende Erschöpfung und Leistungsminderung gerade aus arbeitsweltbezogener Sicht große Probleme aufwerfen. Zudem erwartet man auch dauerhafte psychische und biologische Veränderungen. In Bezug auf Burnout zeichnet sich die höchste Zwölfmonatsprävalenz von 2,5 Prozent bei den 40 bis 49 Jährigen ab. Bei über vier Prozent der Befragten ist ein Burnout Syndrom festgestellt worden, wobei hier auf die diagnostische Definitionsbreite hinzuweisen ist. *Chronischer Stress* als starke und überdauernde Stressbelastung erfolgt in subjektiver Einschätzung (Bezugszeitraum: letzte drei Monate). Hier zeichnet sich ein eindeutiger Gender-Effekt ab, denn Frauen überwiegen in allen Altersklassen. So geben über 16 Prozent der Frauen im Alterssegment von 18 bis 29 Jahren an, starke Stressbelastungen zu haben. *Vielleicht sind Frauen hier aber auch nur ehrlicher als Männer*. Man sollte an dieser Stelle bedenken, dass psychische Beeinträchtigungen wie depressives Syndrom, Burnout-Syndrom oder Schlafstörungen gerade gehäuft bei Menschen mit chronischem Stress auftreten.

- **Sind wir psychisch krank?** Eine Zusatzuntersuchung zur psychischen Gesundheit (DEGS-MHS) als klinische und diagnostisch differenzierte Beurteilung psychischer Störungen und ihrer Folgen zeigt auf, dass fast jeder vierte Männliche und jede dritte weibliche Person im Erhebungsjahr zumindest zeitweilig unter einer voll ausgeprägten psychischen Störung gelitten hat. Meistens handelt es sich um Angst- und depressive Störungen, gefolgt von Substanz- und somatoformen Störungen (vgl. Wittchen & Hoyer, 2011). Relativ selten (< 3 Prozent) sind posttraumatische Belastungsstörungen, bipolare, psychotische, Zwangs- und Essstörungen. Problematisch sind die ausgeprägte ☞ Komorbidität, eine hohe Anzahl an Ausfalltagen und eine relativ niedrige Behandlungsrate sowie die Neigung zur Chronifizierung bei psychischen Krankheitsbildern.
- **Verändert sich die Lebensqualität?** Im Rahmen der DEGS-Studie sind Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit einem normierten Instrument erfasst worden (Ellert & Kurth, 2013). Dort zeigt sich, dass Männer generell über eine bessere Lebensqualität als Frauen berichten. Auch resultieren in vielen Bereichen erwartungskonforme Alterseffekte. Zudem

verschlechtern sich die Werte bei einem niedrigeren sozialen Status. Kritisch ist das Ergebnis, dass chronische Krankheiten maßgeblich auf die erlebte Lebensqualität einwirken. In Anbetracht der Zunahme chronischer Erkrankungen im Kontext des demografischen Wandels wird dies eine zentrale Herausforderung der Zukunft sein. Auffällig ist, dass bei den älteren Altersgruppen (ab 40 Jahre) die allgemeine Gesundheit im Vergleich zur BGS Studie (1998) deutlich besser eingestuft wird.



[psyga.info](http://www.psyga.info)

Viele suchen nach Studien zur „Psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt“. ☞ [psyGA](http://www.psyga.info) unter Projektleitung des BKK Dachverbandes als Angebot der Initiative Neue Qualität der Arbeit (☞ INQA) bietet hier auf ihrer Website eine verlinkte Übersicht zu aktuellen Studien rund um psychische Gesundheit. Die Studien werden vorgestellt. Download-Links reduzieren die weitere Rechercharbeit. Es lohnt sich, hier länger zu verweilen. Direkter Link zu den Studien: <http://psyga.info/ueber-psyga/materialien/studien/>

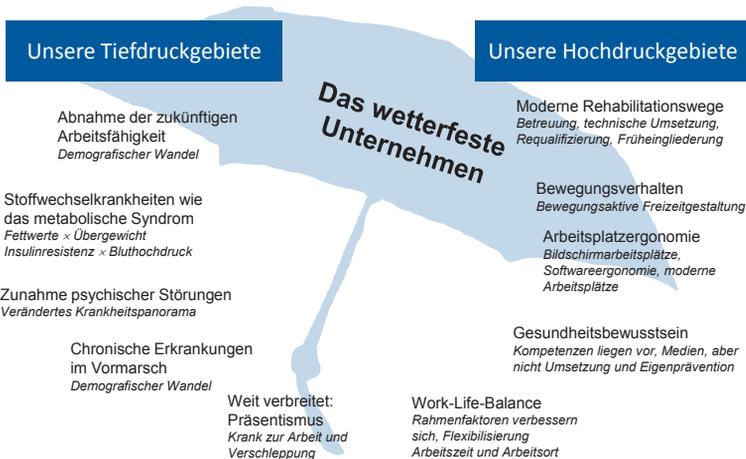
1

Tief- und Hochdruckgebiete aus der Perspektive der Arbeitswelt

Die fünfte [Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen](#) (2012) belegt, dass die Arbeitswelt sowohl in Bezug auf klassische als auch psychische Faktoren belastet ist. In den Vergleichsstudien zeichnet sich moderate Bewegung in den Datenverläufen ab, wenn man alte mit neuen Ergebnissen vergleicht:

- *Arbeitsinhalt*: Eintönige Tätigkeiten scheinen etwas stärker verbreitet zu sein. Ansonsten sind die mentalen Anforderungen gleichbleibend ausgeprägt.
- *Arbeitsintensität*: Diese ist nach wie vor hoch, hat sich aber in den letzten beiden Jahrzehnten stabilisiert.
- *Arbeitszeit*: Die Zahl der Wochenarbeitsstunden sinkt weiter. Normalarbeitszeitregelungen dominieren weiterhin.
- *Work-Life-Balance*: Ein leichter Rückgang im Vergleich zu den Daten von 2000 ist festzustellen. Dennoch geben fast ein Fünftel an, Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit zu haben.
- *Gesundheit*: Weniger Erwerbstätige sorgen sich um ihre Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit, obwohl sie weiterhin in unverändert hohem Maße physischen Risiken exponiert sind. Dies hängt teilweise mit der verbesserten Informationspolitik zum Arbeits- und Gesundheitsschutz zusammen.
- *Psychosoziale Risiken*: Hohe Anforderungen, Arbeitsintensität, Emotionsarbeit, geringe Selbstbestimmung, ethische Konflikte, schlechte soziale Beziehungen sowie Arbeitsplatzunsicherheit wirken verstärkt negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden. Diese Faktoren werden auch in der ☞ Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen erfasst (☞ Kap. 5.5, S. 301).

Auch die jährlichen Fehlzeiten-Reports des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) verzeichnen hohe Krankenstände und erlauben keine Entwarnung. Also „aufgewacht aus dem Dornröschenschlaf“! Die Arbeitswelt muss sich warm anziehen, denn es nähern sich einige **Tiefdruckgebiete**. Aber auch Hochdruckgebiete zeichnen sich im Wetterbarometer ab. Die ● Abbildung 3 illustriert einige wichtige Tief- und Hochdruckgebiete.



● Abbildung 3: Tief- und Hochdruckgebiete

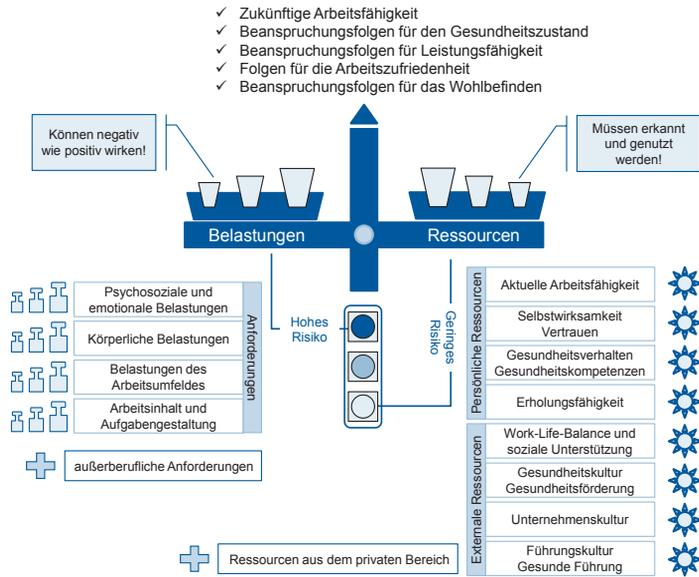
Aus Sicht der Arbeitswelt sind v. a. die Gesundheitsthemen Rücken, Nacken, Übergewicht, Stress, Müdigkeit, Stoffwechselerkrankungen wie Zucker und Vorstufen sowie Blutdruck im Rahmen der gesundheitlichen Entwicklungen der älter werdenden Mitarbeiter (Methusalem-Falle) zu beachten.



1.2 Standortbestimmung in Unternehmen

Die allgemeinen Studien können aber nicht eine eigene **Standortbestimmung** ersetzen (Treier, 2012) (☞ Kap. 5.6, S. 314). Diese ist ein wichtiger Ansatzpunkt, um das **Risikopotenzial der eigenen Organisation** einzuschätzen sowie im Sinne der Prävention gezielte Maßnahmen zu definieren, die knappen Ressourcen angemessen zuzuweisen und mit Nachhaltigkeit umzusetzen (Treier, 2012). Damit überlassen wir es nicht dem Zufall, ob BGM Ernte einfährt oder ob BGM vor sich hin dümpelt (Treier, 2013a). Die Standortbestimmung greift auf ein **ressourcenorientiertes Belastungsbeanspruchungsmodell** zurück (● Abbildung 4).

Wer sind wir?
Wie gesund sind wir?



● **Abbildung 4:** Grundmodell der Standortbestimmung

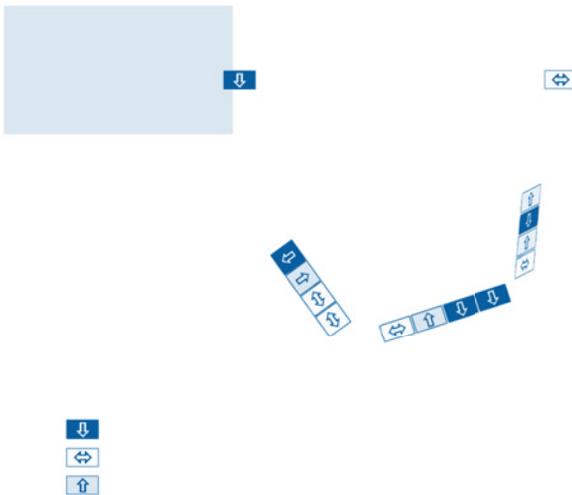
Auf Basis **eigener Gesundheitsbefragungen** der Autoren in der chemischen und chemienahen Industrie, Softwareindustrie, Energiewirtschaft, metallverarbeitenden Industrie, Verwaltungen sowie bei Dienstleistern (Gesamtstichprobe: > 17.500 Teilnehmer, Stand 12/14), die sowohl Querschnitt- als auch Längsschnittdaten enthalten, zeichnen sich **Stärken und Schwächen** ab, wobei hier branchenspezifische Unterschiede zu beachten sind. Unterschiede finden sich hier im Bereich der Arbeitsumfeldbelastungen und dort v. a. das Thema Arbeitszeit betreffend. Auch Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit in Zukunft variieren in Abhängigkeit von der vorliegenden Personalstruktur.



Beispiel einer Standortbestimmung

Die ● **Abbildung 5** fasst einige Ergebnisse am Beispiel der **Untersuchung von Verwaltungstätigkeiten** zusammen (kombinierter Datensatz eigener und externer Studien: 4.853 Teilnehmer in der Querschnittsuntersuchung, 514 Teilnehmer im Längsschnitt, präsentiert vom Autor Treier an der 6. Personalfachtagung in Münster des Studieninstituts Westfalen-Lippe). Auffällig sind die kritischen Werte im Bereich der Führungskultur bei den externen Ressourcen sowie die psychosozialen Belastungen bei den Anforderungen aus den Arbeitstätigkeiten. Verknüpft mit den grenzwertigen Ergebnissen hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens und der Erholungsfähigkeit bei den persönlichen Ressourcen sind zukünftig negative Veränderungen der Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustands zu erwarten. Aktuell fallen die Ergebnisse im Folgenbereich Gesundheit jedoch vergleichsweise unkritisch aus. Zu beachten ist

aber, dass hier noch keine Differenzierung zwischen physischer und psychischer Gesundheit erfolgt ist. Positive Ressourcen findet man in Bezug auf die klassischen Belastungsfaktoren. Auch wird die Work-Life-Balance positiv eingestuft. Selbstwirksamkeit als eine wichtige personale Gesundheitsressource kann sich ebenfalls aussichtsreich in dieser Stichprobe behaupten. Betrachtet man im Vergleich einen **Produktionsbetrieb** mit geringem Anteil an Verwaltungsaktivitäten, ändern sich v. a. die Werte im Bereich Anforderungen aus der Arbeitstätigkeit. Dort liegen die psychosozialen Belastungen noch im unkritischen Bereich, dagegen nehmen die Belastungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsinhalt und insbesondere die Belastungen Arbeitsumfeld (Schichttätigkeit) zu. Schichttätigkeit wirkt sich kritisch auf die Erholungsfähigkeit und auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit aus. Auch fällt die zukünftige Arbeitsfähigkeit als Folgegröße vergleichsweise kritischer aus (eine Angleichung der altersbezogenen Daten ist erfolgt).

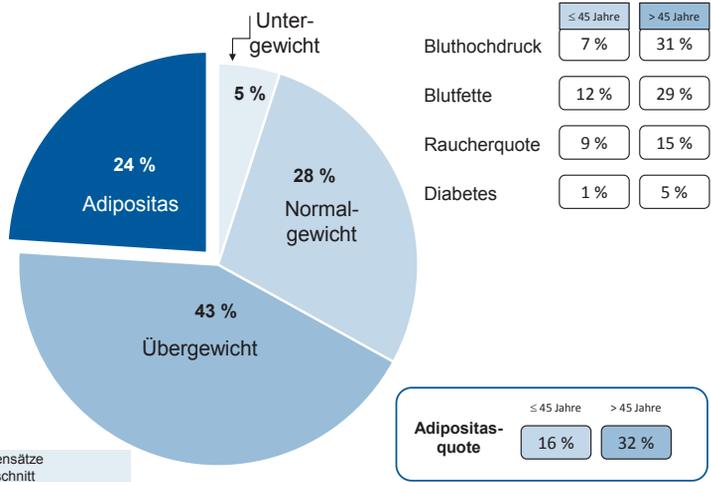


● **Abbildung 5:** Standortbestimmung am Beispiel Verwaltungstätigkeiten

Im Rahmen der Untersuchung werden auch Beschwerden und Risiken bestimmt. Bei der **Erfassung von Risiken** fällt auf, dass nicht nur ältere Mitarbeiter (> 45 Jahre) betroffen sind, sondern ebenfalls jüngere Mitarbeiter (≤ 45 Jahre). Demografie- und Gesundheitsmanagement sollten sich daher nicht auf die ältere Zielgruppe einseitig fokussieren. Der hohe Anteil der Befragten, die über Müdigkeit und Zerschlagenheit berichten, verweist auf mögliche psychische Belastungsfaktoren. Im Bereich der Beschwerdematrix zeigen sich auch die für Bildschirmarbeitsplätze oftmals erhöhten Ausprägungen im Bereich Rücken-/Kreuz- und Nackenbeschwerden. Auch ist der Anteil der als adipös gemäß BMI-Index einzustu-

Risiken belasten

fenden Teilnehmer mit bis zu 32 Prozent vergleichsweise hoch. Weitere Risikofaktoren sind Blutfett, Rauchen, Zucker und Bluthochdruck. Hinsichtlich dieser Risikofaktoren ergeben sich bei einigen Organisationseinheiten bedenkliche Wertkonstellationen. Bspw. finden sich Angaben zum vom Arzt diagnostizierten Bluthochdruck bei Mitarbeitern älter als 45 Jahre bis zu 34 Prozent sowie bei Blutfettwerten bis zu 39 Prozent. Manche Befragungseinheiten weisen Raucherquoten bis zu 36 Prozent auf. Die **Abbildung 6** illustriert beispielhaft ein Risikobild für verwaltungsorientierte Befragungseinheiten in der Gesamtstudie – die Ergebnisse variieren je nach Befragungseinheit. Solche Zahlen sind erschreckend. Aus der empirischen Herleitung sind aber die Solisten der Risiken nur eine Größe. Maßgeblich ist der **Risikokombinationsindex**, denn multiple Risikoprofile ergeben ein exponentielles Risiko laut epidemiologischer Studien. So zeigen die Daten, dass schon bei unter 45 Jährigen bei den Teilnehmern bis zu 45 Prozent Mehrfachrisiken (also zwei und mehr Risiken) vorliegen. Im Durchschnitt liegt dieser Wert in den eigenen Studien bei knapp 24 Prozent. Wenn man bedenkt, dass im Schnitt ein Risikofaktor v. a. im Altersbereich zwischen 40 bis 60 Jahren in einer Dekade dazu kommt, ist dies ein alarmierender Tatbestand.



N = 2258 Datensätze
 Design: Querschnitt
 Berufsschicht: überwiegend
 Verwaltungstätigkeiten
 Stand 12/2014

Abbildung 6: Risikoprofil verwaltungsorientierter Standorte (Beispiel)

Der Akku wird leer.

Viele Faktoren wirken darauf, dass der **Akku der Mitarbeiter** zu Neige geht. Es sind nicht nur Belastungen in der Arbeitswelt wie im Bereich Führung oder Arbeitszeit, sondern auch Defizite in der eigenen Auseinandersetzung mit der Gesundheit. Viele Mitarbeiter bringen eine relativ geringe psychische Widerstandsfähigkeit

(☞ Resilienz) mit und realisieren nicht, dass die Erholungsfähigkeit eine zentrale Voraussetzung ist, um der veränderten Arbeitswelt gesund und arbeitsfähig zu begegnen. Eine zunehmende Emotionsarbeit ohne ausreichende Ventilfunktion beschleunigt den Abbau der letzten Energiereserven (Uhle & Detering, 2012).

Gewiss sind keine Quick-Wins zu erwarten, aber dafür steht ein nachhaltiger Gewinn in Aussicht, wenn sich Unternehmen auch als Aufladestation im Bereich Gesundheit analog zum Bereich Wissen begreifen (☞ Kap. 5.4, S. 282). Die **Präventionsbilanz** ist positiv, wie aktuelle Studien belegen (ISSA, 2011). In unserer eigenen Längsschnittstudie resultieren innerhalb von 12 Monaten schon signifikante positive Hinweise auf **Veränderungen im subjektiv erlebten Beschwerdebild**. Die **Abbildung 7** zeigt bei einer gemischten Tätigkeitsgruppe (N=411) den Wandel im Beschwerdebild (Stand 11/13). Verschlechterungen in den adressierten Gesundheitsthemen liegen im Durchschnitt bei kleiner fünf Prozent. 81 Prozent der Befragten nehmen eine **Zunahme der Lebensqualität** im Zusammenhang mit der Einführung eines Multikomponenten-Programms im Bereich BGM nach sechs Monaten wahr. Nach 12 Monaten erzielen wir immerhin noch eine Stabilisierungsquote von knapp 70 Prozent. Jedoch nimmt der Wert signifikant ab, wenn das Programm nicht fortgesetzt wird („Jojo-Effekt“).

Es lohnt sich!

Das „**Rauf-Runter-Rauf-Prinzip**“ im BGM ist für den Erfolg die kritischste Baustelle, die wir in der Praxis häufig erleben. **Kurzatmigkeit** ist es geschuldet, dass oftmals die Programme aus Evaluationssicht keinen Erfolg nachweisen können. Nur nachhaltige Ansätze erzielen positive Effekte.

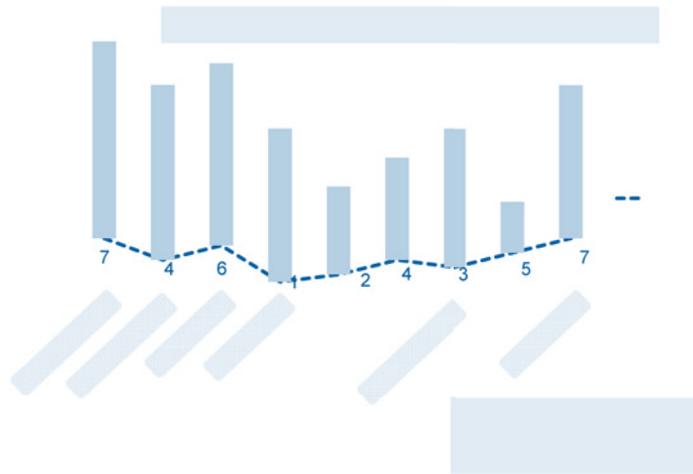


In der Längsschnittstudie zeichnet sich weiterhin ab, dass die Eigenverantwortung und die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Gesundheit zunehmen. Die Effekte auf die allgemeine Lebenszufriedenheit sind indes nicht stark ausgeprägt, was zeigt, dass BGM nicht alle Themen rund um Lebenszufriedenheit adressiert.

Allgemeine Tendenzen zeichnen sich ab, die in der Checkliste zu diesem Kapitel als **ableitbare Grundgesetze** hinterlegt sind. Dennoch ergeben sich stets aus den Standortbestimmungen **eigene Risikoprofile**, die bei einer systematischen Gesundheitsförderung zu beachten sind. Das Wissen um organisationsspezifische Risikoprofile im Hinblick auf gesundheitsrelevante Themen sowohl aus der personen- als auch arbeits-/umweltbezogenen Perspektive ermöglicht eine angemessene Verhaltens- und Verhältnisprävention.



Ergo: Eine systematische, gezielte und nachhaltige Gesundheitsförderung im Sinne des BGM ist erst auf Basis einer umfassenden Standortbestimmung möglich. Man kann und darf nicht allgemeine Erkenntnisse auf den eigenen Standort übertragen, sondern es erfordert stets eine eigene Analyse.



● **Abbildung 7:** Nachhaltigkeitsmessung – Veränderungen sind möglich!

Unsere Handlungsfelder

Die folgenden **handlungsbezogenen „Gesetze“**, die auch die Inhalte des Buches bestimmen, erheben weder den Anspruch auf Vollständigkeit noch sind sie für alle Arbeitsplätze in Deutschland repräsentativ. Sie basieren auf den Ergebnissen der Gesundheitshebungen der Autoren in unterschiedlichen Organisationen. Größtenteils werden sie durch andere Studien bestätigt.

☐ **Empirische Herleitung als „Grundgesetze“:**

§ 1 Bei den Arbeitsbelastungen menschtelt es mehr.

Die Studien zeigen unisono, dass in den vergangenen Jahren die klassischen ergonomischen Belastungen (Hitze, Kälte, Lärm, Heben und Tragen schwerer Lasten etc.) immer mehr in den Hintergrund getreten sind und die psychosozialen und arbeitsaufgabenbezogenen Belastungen (Arbeitsdichte, Verantwortung, Konflikte etc.) die Top-Plätze erklimmen. Damit muss sich auch ein modernes BGM umorientieren und einen Paradigmenwechsel einläuten.

§ 2 Wandelprozesse im Großen wie im Kleinen.

Die gesamte Arbeitswelt ist dynamischer und anspruchsvoller geworden. Die Wandelprozesse betreffen ganze Organisationen über Arbeitsgruppen bis hin zum einzelnen Beschäftigten und seinen Arbeitsplatz. Flexibilität und Anpassungsfähigkeit



sind keine Modebegriffe, sondern überlebenswichtige Attribute – zumindest, was den Erhalt des eigenen Arbeitsplatzes anbelangt. Das Delta zwischen Ursprungsqualifikation und den aktuellen Berufsanforderungen wird immer größer. Wer hier nicht am Ball bleibt und sich mit den Wandelprozessen mitentwickelt, wird letzten Endes über Bord gehen.

§ 3 Der Einzelne im Team ist oft allein.

Soziale Unterstützung stellt eine der wichtigsten und effektivsten Präventionsressourcen dar. Sich auf Kollegen und Vorgesetzte verlassen zu können, wenn es mal bei der Arbeit eng und stressig wird und im Bedarfsfall auch Hilfe anzunehmen, ist in der modernen Arbeitswelt ein wesentlicher Schutzfaktor und Puffer. Dieser jedoch wird immer seltener, denn der übermächtige Wunsch nach Individualisierung lässt die Probleme anderer in den Hintergrund treten oder sogar lästig werden oder konterkariert alle Bemühungen um positives organisationales Sozialverhalten (Organizational Citizenship Behavior). Zudem blockiert dieser ausufernde Individualismus auch die eigene Inanspruchnahme fremder Hilfen. Das wirkt sich auf das Betriebsklima und die Lösung von Konflikten aus – wo früher zwei Streithähne die Köpfe zusammengesteckt und den Konflikt vom Tisch gekehrt haben, wird so etwas schnell und gerne nach oben eskaliert. In den Studien zeigt sich auch, dass sich der einzelne Mitarbeiter immer weniger mit seinem Unternehmen identifiziert, was sich nicht nur im Fehlzeitenmanagement manifestiert.

§ 4 Führungskräfte sind in einer schwierigen Position.

Viele Führungskräfte werden in kurzzyklischen Abständen mit immer neuen Themen oder alten Themen in neuen Gewändern in Schulungen konfrontiert. Effektives Führen, erfolgreiches Führen, mitarbeiter- und aufgabenorientiertes Führen, Führen von „schwierigen“ Mitarbeitern, das gute Führungsgespräch, wertorientiertes Führen, ... und jetzt auch noch gesundes respektive gesundheitsgerechtes Führen. Die Komplexität der Führungsaufgabe wächst rasant, allerdings ohne dass mehr Zeit zum Führen an sich als Ressource zur Verfügung gestellt würde. Mitarbeiter zu motivieren, sie zu partizipieren, gemeinsam Ziele zu definieren und die Zielerreichung auch unterstützend zu begleiten – all das ist gesundheitsförderlich, braucht aber Zeit! Gesundes Führen ist daher in den meisten Unternehmen eher selten zu finden.

§ 5 Frauen sind die besseren Gesundheitsmanagerinnen.

Frauen zeigen im Vergleich zu Männern ein größeres Interesse und eine höhere Sensibilität für alle Gesundheitsthemen. Sie nehmen eher fachliche Unterstützung in Anspruch und sind auch mehrheitlich in gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu finden. Hinsichtlich der eigenen Gesundheitskompetenzen

sind Frauen (selbst)bewusster als ihre männlichen Kollegen, d. h., sie formulieren für sich selbst mehr Gesundheitsziele und versuchen diese auch zu erreichen, gehen proaktiv mit gesundheitsrelevanten Informationen um, nehmen körperliche und psychische Signale achtsamer wahr und trauen sich im Falle eines Falles eher eine erfolgreiche Bewältigung zu.

§ 6 Es brennt immer öfter.

Gereiztheit, Belastetheit, Ruppigkeit im Umgang mit anderen, nach der Arbeit nicht abschalten können und über arbeitsbezogene Probleme auch in der Freizeit grübeln – all das sind Indikatoren für mittelfristige negative Beanspruchungsfolgen, für ein Zuviel an Arbeit und ein ineffektives Coping. Und das hat in den vergangenen Jahren beschleunigt zugenommen. Aus den mittelfristigen negativen Beanspruchungsfolgen können sich mit der Zeit langfristige Stressbeschwerden aus dem psychischen und psychosomatischen Bereich ergeben. Einige unserer Studienergebnisse zeigen, dass ein sehr großes Risiko für Stressbeschwerden bei älteren Mitarbeitern in Vollkonti-Schicht vorliegt.

§ 7 Die Volkskrankheiten sind im Vormarsch.

Fragt man Beschäftigte, wie häufig in den vergangenen zwölf Monaten stressinduzierte Beschwerden auftreten, geben durchschnittlich 47 Prozent der Befragten an, dreimal pro Woche bis fast täglich unter Müdigkeit, Zerschlagenheit, Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten („mangelnde Erholungsfähigkeit“), 34 Prozent unter Rücken-, Kreuz-, Nacken- und Schulterschmerzen („Rücken“) und 32 Prozent unter depressiver Verstimmung und emotionaler Erschöpfung („Psyche“) zu leiden. Diese „Top 3“ korrespondieren mit den Gesundheitsberichten der Krankenkassen auf Basis ärztlicher Diagnosen.

§ 8 Die Arbeitsfähigkeit nimmt ab.

Diese Erkenntnis ist seit den umfassenden Studien rund um den \curvearrowright Work Ability Index keine wirkliche Neuigkeit. Überraschend ist aber, dass die bislang beobachtete Korrelation zwischen Alterszunahme und Abnahme der Arbeitsfähigkeit kein zementiertes Gesetz darstellt. Im Gegenteil zeigen sich in unseren Studien Hinweise, dass die Arbeitsfähigkeit junger Mitarbeiter in Abhängigkeit von spezifischen Belastungsprofilen teilweise schneller abfällt als die von älteren Mitarbeitern. Die aktuelle und zukünftige Arbeitsfähigkeit zu messen ist wichtig, sollte aber an dieser Stelle nicht einseitig betrachtet werden. Eine moderne Gesundheitsbewertung setzt nicht nur defizitorientiert an den Belastungen an und orientiert sich an den vorliegenden oder zu erwartenden Beschwerden bzw. Krankheiten, sondern forciert einen \curvearrowright salutogenetischen Ansatz, in der es auch um Ressourcen und Stärken geht.

§ 9 Die Wohlstandskrankheit: das metabolische Syndrom.

Aus Präventionssicht bereitet der Bedeutungszuwachs des  metabolischen Syndroms Kummer (Bluthochdruck, veränderte Blutfettwerte, Insulinresistenz und stammbetonte Fettleibigkeit als tödliches Quartett). Primär handelt es sich um eine Kohlenhydrat- und Fettstoffwechselstörung, die sich schleichend entwickelt und im Zusammenhang mit einer zunehmenden Fehlernährung und körperlichen Inaktivität in den Industrieländern grassiert. Manche Menschen scheinen eine Art Disposition zu haben. Man vermutet, dass etwa 25 Prozent aller Bundesbürger vom metabolischen Syndrom betroffen sind. Wenn der Anstieg der Prävalenz nicht gestoppt wird, drohen hier dramatische Zunahmen beim Diabetes und bei arteriosklerotischen Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt oder arteriellen Verschlusskrankheiten. Präventiv ist eine radikale Umstellung der Lebens- und Ernährungsgewohnheiten unerlässlich. Aber gerade hier setzen die typischen Verhaltenspathogene an – nämlich den inneren Schweinehund zu besiegen. Daher betrachten wir in diesem Buch auch als wesentliche Aufgabe des BGM, das Gesundheitsverhalten zu optimieren und das Gesundheitsbewusstsein zu steigern.

 **Check-Liste 1:** Empirische Herleitung – unsere Ausgangslage

Unsere persönliche Meinung: Wenn man alle Bedrohungen und Problembereiche der Empirie zusammenführt, sieht es so aus, als ob unser Gesundheitsstatus nahe am Abgrund stünde. Dies ist nicht der Fall, aber es macht bewusst, dass wir nicht so weiter machen können wie bisher. Jedes Darlehen muss irgendwann auch getilgt werden. In diesem Buch werden auch nicht nur Risiken und Beschwerden dramatisiert, sondern v. a. auch Chancen und Stärken kommuniziert. Im salutogenetischen Modell ist Vertrauen eine zentrale Stärke.

**Wir als Autoren haben Vertrauen in ein modernes BGM.**

BGM kann den aktuellen und künftigen Herausforderungen angemessen begegnen und Mehrwert für die Unternehmen schaffen. Dazu benötigt man aber Geduld und darf nicht in die Falle des kurzatmigen Aktionismus geraten.

2 BGM-Gerüst: Eckpfeiler der BGM

KAPITEL 2 stellt eine Einführung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) dar. Wir machen Sie mit unseren Vorstellungen, mit Perspektiven und Handlungsansätzen, mit Trends und Visionen vertraut. Auch diskutieren wir das Spannungsfeld zwischen Gesetz und betrieblicher Realität, denn Regularien haben einen besonderen Stellenwert im Bereich BGM.

K2

Unsere Leitfragen ...

- ▶ **Kap. 2.1: Der Klarheit geschuldet**
 - Seite 35: Was sind unsere Handlungsfelder „Gesunde Arbeit“?
 - Seite 38: Ist aus Praxissicht eine Begriffsunterscheidung sinnvoll?
- ▶ **Kap. 2.2: Unser Verständnis von BGM**
 - Seite 40: Was ist ein gesunder und humaner Arbeitsplatz?
 - Seite 43: Was ist für uns Gesundheitsförderung?
 - Seite 50: Benötigen wir überhaupt Gesundheitsmanagement?
 - Seite 55: Welche Perspektiven sind zu beachten?
- ▶ **Kap. 2.3: Entwicklung und Trends im BGM**
 - Seite 58: Benötigen wir ein Konjunkturprogramm für die Gesundheitsförderung?
 - Seite 60: Weshalb brauchen wir Visionen?
 - Seite 61: Welche Trends bestimmen die Gesundheitsförderung der Zukunft?
 - Seite 70: Was bedeutet der Trend zur konstruktivistischen Gesundheitsdidaktik?
 - Seite 73: Warum ist Gesundheitskompetenz der zentrale Stellhebel?
- ▶ **Kap. 2.4: Im Spannungsfeld zwischen Gesetz und betrieblicher Realität**
 - Seite 78: Warum benötigen wir Gesetze und Leitlinien?
 - Seite 85: Wie kommen wir von der Leitlinie zur Gestaltungsvorschrift?
- ▶ **Kap. 2.5: BGM im Dialog mit Prof. Dr. Claus Piekarski**
 - Seite 100: Wohin geht die Reise?

2.1 Der Klarheit geschuldet

Was sind unsere Handlungsfelder „Gesunde Arbeit“?

Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, ob es Unterschiede in den Handlungsfeldern der „Gesunden Organisation“ gibt (Tabelle 2-1 nach Treier, 2015a, S. 37). Sie werden verschiedene mögliche Antworten auf diese Frage finden:

Eine häufige Nachfrage

- ⇒ **Antwort (1):** BGM ist quasi die Dachorganisation aller Handlungsfelder rund um die gesunde Arbeit. Es integriert verschiedene Bereiche und setzt dabei auf Managementinstrumente sowie auf nachhaltige Verankerung in Strukturen und Prozesse. Bestandteile des BGM sind die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), der Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS), das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), die Personalpflege sowie spezifische Bereiche der Personal- und Organisationsentwicklung.
- ⇒ **Antwort (2):** Die gesundheitsbezogenen Handlungsfelder sind in ihren Schwerpunkten größtenteils eigenständig unterwegs und greifen teilweise auf verschiedene gesetzliche Grundlagen zur Legitimation zurück. Sie sollten aber in enger Abstimmung gemeinsam das Ziel der gesunden Organisation vorantreiben.
- ⇒ **Antwort (3):** Die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen wie Arbeitsmedizin, Personal oder Arbeitssicherheit hängt von den Zielgrößen der „Gesunden Organisation“ ab. Entsprechend bilden sich Task Forces, die sich bspw. mit dem Demografiethema, mit Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz oder mit spezifischen Themen wie psychische Störungen oder Sucht befassen. Dabei dominieren projektähnliche Strukturen.
- ⇒ **Antwort (4):** Managementmodelle wie BGM und neuerdings auch AFM (Arbeitsfähigkeitsmanagement) lassen sich zur Integration der Bemühungen um Mitarbeitergesundheit implementieren. Sie bündeln und koordinieren diejenigen Aufgaben, die *nicht* im klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz und in der Arbeitssicherheit schon abgebildet sind. Dadurch entsteht jedoch auch ein Wettbewerb zwischen BGM und dem klassischen etablierten Arbeits- und Gesundheitsschutz.

□ **Tabelle 2-1:** Handlungsfelder der gesunden Arbeitswelt

Betriebliches Gesundheitsmanagement	
	<i>Abkürzung: BGM</i>
Ansatzpunkt: Verankerung in Strukturen und Prozesse	
Kurzdefinition: Steuerungsmodell der Gesundheitsförderung	
Aspekte: nachhaltige und systematische gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen, Maßnahmen der Arbeitsorganisation, Bewertung und Steuerung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung	
Betriebliche Gesundheitsförderung	
	<i>Abkürzung: BGF</i>
Ansatzpunkt: Stärkung individueller Gesundheitsressourcen	
Kurzdefinition: Interventionen am Menschen (Fokus auf Verhalten)	
Aspekte: Steigerung der funktionellen Kapazität, Verhaltensprävention, Steigerung der Stressresistenz und psychischen Widerstandskraft sowie Optimierung der Erholungsfähigkeit	

Arbeits- und Gesundheitsschutz, Arbeitssicherheit	
	<i>Abkürzung: AGS/AS</i>
Ansatzpunkt: Unfallverhütung und Schutz der Beschäftigten	
Kurzdefinition: Identifikation unfall-/gesundheitsgefährdender Faktoren	
Aspekte: Identifizierung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, Ermittlung von Unfallrisiken und deren Vermeidung, Reduktion körperlicher und psychischer Belastungen, Ergonomie und Verhältnisorientierung	
Arbeitsfähigkeitsmanagement	☞ siehe Glossar
	<i>Abkürzung: AFM</i>
Ansatzpunkt: Schlüssel zum Haus der Arbeitsfähigkeit	
Kurzdefinition: Handlungskonzept zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit	
Aspekte: Integration der Bemühungen zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit, Berücksichtigung der Stockwerke des Hauses der Arbeitsfähigkeit (Gesundheit, Kompetenz, Werte, Arbeit), Blick auf Umgebungsfaktoren	
Arbeitsmedizinische Betreuung	
	<i>Abkürzung: AM</i>
Ansatzpunkt: Prävention und Diagnostik	
Kurzdefinition: Fachmedizinische Beratung in der Arbeitswelt	
Aspekte: Prävention, dabei Beachtung der Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Gesundheit, Diagnostik arbeits- und umweltbedingter Gesundheitsschäden, Berufskrankheiten, Rehabilitation, Anamnese	
Betriebliches Eingliederungsmanagement	☞ siehe Glossar
	<i>Abkürzung: BEM</i>
Ansatzpunkt: von der Arbeitsunfähigkeit zur Beschäftigungsfähigkeit	
Kurzdefinition: Wiedereingliederung und berufliche Rehabilitation	
Aspekte: Einschätzung der Rückkehrperspektive nach Langzeiterkrankungen, Vorbeugung erneuter Arbeitsunfähigkeit (Rückfallschutz), Arbeitsfähigkeitscoaching, Stufenkonzept der schrittweisen Wiedereingliederung, Wandel von der gesetzlichen zu einer aktiven und gestaltenden Rolle	
Demografie- und AGE-Management	☞ siehe Glossar
	<i>Abkürzung: AGE</i>
Ansatzpunkt: Erhalt und Förderung der Arbeits-/Beschäftigungsfähigkeit	
Kurzdefinition: Demografiefitness und altersgerechte Förderung	
Aspekte: Senkung der Arbeitslast, altersgerechte Führung, altersgemischte Teams, Job Rotation, Wissensmanagement, altersorientierte Personalstrategien, altersgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen	
Work-Life-Balance	☞ siehe Glossar
	<i>Abkürzung: WLB</i>
Ansatzpunkt: Flexibilisierung von Ort und Zeit	
Kurzdefinition: Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	
Aspekte: Balance von Privatleben und Beruf, Modelle zur Flexibilisierung des Arbeitsortes und der Arbeitszeit, angepasste Arbeitsorganisation, Führungsrichtlinien und unternehmenskulturelle Akzeptanz, gesundheitspräventive Leistungen im Kontext zunehmender Rollenkonflikte	

Im Diskurs wird v. a. zwischen BGF und BGM differenziert. Eine erste konsensfähige Formulierung von Standards (Spezifikationen) zur Einführung eines BGM bietet die DIN SPEC 91020 (☑ Box 2-1,

Definitionen der
DIN SPEC 91020

S. 39). Dort finden Sie auch die klassische Unterscheidung zwischen BGF und BGM, der man oft im Diskurs begegnet.



BGF: „Maßnahmen des Betriebes unter Beteiligung der Organisationsmitglieder zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen sowie Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen (Verhalten und Verhältnisse), zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden im Betrieb sowie zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit.“ (DIN SPEC 91020, 2012:7)

BGM: „Systematische sowie nachhaltige Schaffung und Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung der Organisationsmitglieder zu einem eigenverantwortlichen gesundheitsbewussten Verhalten.“ (DIN SPEC 91020, 2012:7)

Ist aus Praxissicht eine Begriffsunterscheidung sinnvoll?

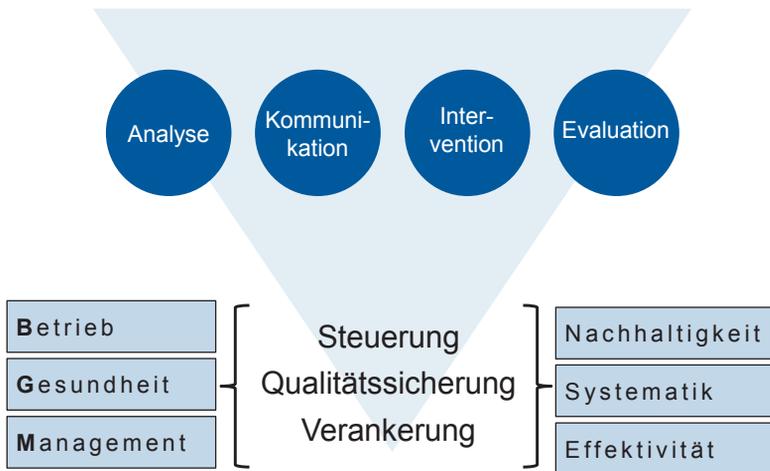
2

Keine klaren Trennlinien

In vielen Workshops und Meetings wird deutlich, dass die bewusste Trennung zwischen den Handlungsfeldern in der Praxis sowohl inhaltlich als auch sprachlich zunehmend aufgehoben wird. Die **Trennlinien verschwimmen** in Anbetracht der komplexen Herausforderungen, denen Insellösungen nicht mehr gerecht werden.

Bekenntnis zur Ganzheitlichkeit

Wir haben uns als Autoren für BGM als Kernbegriff entschieden, um die **Ganzheitlichkeit** hervorzuheben. Gesundheit ist ein strategischer Faktor und benötigt daher systematische Zugänge. Um Gesundheit in der Arbeitswelt zu fördern, bedarf es der Analyse (Risiken und Bedarf), gezielter Maßnahmen (Intervention auf Verhaltens- und Verhältnissebene) sowie der Kommunikation (🔗 Abbildung 8). In Anlehnung an das Qualitätsmanagement (🔗 Kap. 5.1, S. 216) lassen sich Nachhaltigkeit, Systematik und Effektivität der Maßnahmen nur durch Koordination, Verankerung und Qualitätssicherung gewährleisten. Zwar gibt es noch nicht ein allgemein anerkanntes **Managementsystem BGM**, aber es lassen sich schon die ersten Vorboten identifizieren. Dazu gehört bspw. die **DIN SPEC 91020**, die einen Beitrag zur Standardisierung des BGM leisten kann (Kaminski, 2013). Die Spezifikationen bestimmen Minimalanforderungen in Anlehnung an Tools zur Standardisierung wie 🔄 SCOHS (Social Capital and Occupational Health Standards) und offenbaren den Weg zu einem nachhaltigen Gesamtkonzept, in der bewährte Einzelmaßnahmen zielgerichtet in entsprechende Prozesse und Strukturen verankert sind (🔗 Box 5-4, S. 229).



• **Abbildung 8:** BGM ist mehr als ein Maßnahmenpool.

Der Weg muss letztlich in ein zertifiziertes und qualitätsgesichertes Gesundheitsmanagement enden. **Gesundheitspreise** wie der Corporate Health Award, der Haward® Health Award oder der Deutsche Unternehmenspreis Gesundheit können aufzeigen, wie BGM zum Schlüsselfaktor des Organisationserfolgs aufsteigen kann. Die Bereitschaft, an Awards teilzunehmen, ist sprunghaft gestiegen – allein beim Corporate Health Award von 158 (2009) auf 323 Teilnehmern (2013) (EuPD Research, 2014, S. 22). Im Kapitel 5.1 (S. 216) werden die Erfolgskriterien dargestellt.

[Zum zertifizierten BGM-Modell](#)

Die DIN SPEC 91020

Wichtig: Die DIN SPEC ist keine DIN-Norm!

Die DIN SPEC 91020 als Initiative der B-A-D GmbH ist von verschiedenen Akteuren wie Universität Bielefeld, TÜV NORD CERT GmbH oder dem Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement e. V. in einem Arbeitskreis, vom Fraunhofer IAO geleitet, entwickelt worden. Das Motto lautet: „**Mitarbeitergesundheit ist ein strategischer Erfolgsfaktor.**“ Sie liegt seit 2012 im Beuth Verlag in veröffentlichter Form vor. Trotz ihres noch schwebenden Status kann sie als Hilfe zur Einführung eines BGM und auch als Zertifizierungsgrundlage verwendet werden. **DIN SPEC** stellt eine Art Vorstufe zu einer entwicklungsbegleitenden Normung für konsensbasierte Normungsvorhaben dar. Spezifikationen gelangen damit schneller auf dem Markt (PAS-Verfahren). Der Entwicklungsprozess wird von der DIN als Organisation begleitet und professionalisiert. Hier ist zu betonen, dass die DIN SPEC 91020 keine Standards für Arbeitsschutzmanagementsysteme enthält.

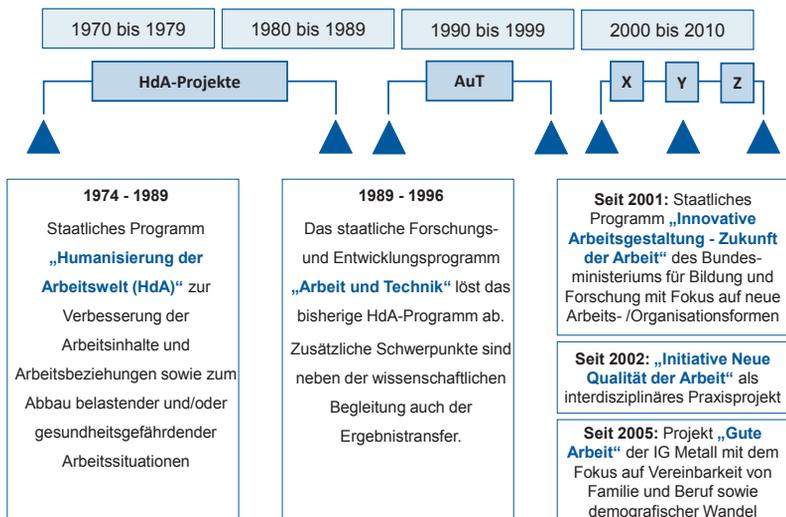


2.2 Unser Verständnis von BGM

Was ist ein gesunder und humaner Arbeitsplatz?

Unser Anspruch:
*Humanisierung
der Arbeitswelt*

„Menschlichkeit gewinnt“ (Mohn in Craes et al., 2002, S. 13 f.) ist ein Bekenntnis für den Menschen in einer zunehmend anonymisierter und indifferenten Arbeitswelt. In unserem Buch ist der Mensch nicht nur Objekt, sondern erklärtes **Subjekt des BGM**. Das staatliche Programm „Humanisierung der Arbeitswelt (HdA)“ von 1974 bis 1989 zur Verbesserung der Arbeitsinhalte und -beziehungen sowie zum Abbau belastender bzw. gesundheitsgefährdender Arbeitssituationen sowie die Folgeprogramme bemühen sich redlichst um den **humanen Arbeitsplatz** und damit um den Faktor Mensch in der Arbeitswelt. Dieser Dienst ist nicht nur wirtschaftsethisch begründet, sondern erklärt sich zunehmend aus einer wirtschaftlichen Unumgänglichkeit. Die  Abbildung 9 stellt wichtige **deutschsprachige Projekte** vor (Treier, 2009a, S. 31). Wir werden v. a. auf die Ergebnisse der  **Initiative Neue Qualität der Arbeit** (INQA) zurückgreifen, um die aktuellen Herausforderungen rund um BGM zu verdeutlichen. Das Ziel ist Nachhaltigkeit.



 **Abbildung 9:** Der Weg zum humanen Arbeitsplatz

Wertschätzung
und Erholung

Solange wir Menschlichkeit als Fremdkörper der Arbeitswelt begreifen, werden wir keinen Paradigmenwechsel im Bereich der „Gesunden Arbeitswelt“ erzielen, der die Parole „Gesundheit ist ein zentraler Lebenswert“ fördert (Rudow, 2014, S. 1). Damit rücken Erholung und Wertschätzung in Bezug auf die Arbeit in den Fokus. Gerade in unserer **Nonstop-Gesellschaft** ist es jedoch ab-

surd anzunehmen, dass wir durch Regularien wie Arbeitszeitgesetz kontrollierbare Erholungs- und Gesundheitszeiten als Kompensation für krankmachende Arbeitswelten festlegen können (vgl. Kadritzke in Meifert & Kesting, 2004, S. 321 ff.). **Erholung** ist nicht einfach mehr Freisein von Arbeit zur Rekonvaleszenz. So ist unsere Arbeitstätigkeit zunehmend fragmentiert und reicht unverhohlen in die Privatsphäre – Freisein von Arbeit ist eher eine Illusion trotz Work-Life-Balance. Auch unsere Freizeitaktivitäten sind selten Ausdruck von physischer Erholung. Meistens weisen sie einen Event-Charakter auf. Erholung ist daher aus unserer Sicht erfahrene Menschlichkeit, die sich v. a. in der **Wertschätzung unserer Tätigkeit** ausdrückt und einen positiven Widerhall in unseren **↻ Ressourcen** findet. Nach dem **↻ Arbeits-Erholungs-Zyklus** geht es um das sensible **Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Kapazitäten** (Wieland-Eckelmann et al., 1994).

Der Weg zum humanen Arbeitsplatz sollte nicht den Dualismus zwischen krank und gesund machenden Faktoren frönen, sondern **Erholung als Humanisierungsfaktor** in bestehenden Arbeitsprozesse integrieren. In gewisser Weise verhält es sich analog in der Wirtschaft. Die Erhöhung des Bruttoinlandsprodukts als konservative Wirtschaftsstrategie ist nur zu verkraften, wenn sie sich im **ökologischen Fußabdruck** einpasst. Mehr zu beanspruchen als die vorhandene Biokapazität führt zur Grenzüberziehung bzw. zu untilgbaren Ökoschulden.



Wie könnte diese Einbeziehung aussehen? Wenden wir uns kurz der Personalpsychologie zu (Treier, 2009a), dann stoßen wir auf das **↻ Flow-Konstrukt** als höchste Form der Eigenmotivation nach Csikszentmihalyi (1991). Wenn wir mit unserer Arbeit ein positives Erleben verknüpfen, dann induziert diese **autotelische Aktivität** einen Zustand der Erholung oder des optimalen Erlebens. Im Zustand des Flows ist der Mensch Handlung, denn die Aktivität ist selbst das Ziel des Handelns. Jeder von uns kennt diesen Zustand: Wenn uns eine Tätigkeit Spaß macht, merken wir nicht, wie die Zeit vergeht. Es läuft alles glatt. Man ist selbstvergessen und muss regelrecht aufgeschreckt werden, um seine Arbeit aufzuhören. Nach der Tätigkeit ist man nicht ermüdet, sondern hat im Gegenteil Energie zu weiteren Aktivitäten.

Flow als Modell

„Wenn jemand eine Situation als herausfordernd wahrnimmt und seine Fähigkeiten für die Bewältigung der Situation als hoch einschätzt, dann wird die Situation sehr positiv erlebt – unabhängig davon, ob die Aktivität als Arbeit oder Freizeit bezeichnet wird.“ (Nerdinger, 1995, S. 56)

Psychophysische Sichtweise

Mit den Stärken und Schwächen des Konstrukts \curvearrowright Flow aus empirischer und methodischer Sicht können wir uns hier nicht befassen (Rheinberg et al., 2007; Treier, 2009a, S. 215 ff.). Flow ist auf jeden Fall Ausdruck eines Gesundheitsverständnisses, das sich von der physischen zur **psychophysischen Reflexion von Gesundheit** als Ausdruck eines Paradigmenwechsels verlagert. Durch entsprechende Tätigkeitsanreize wie klare Zielvorgaben, optimalen Handlungsspielraum oder konstruktives Feedback kann die Situation flow-orientiert gestaltet werden und damit die Arbeit selbst als Schlüssel für Lernen, Wachstum und Motivation avancieren. Die Arbeitspsychologen sprechen hier vom \curvearrowright **arbeitsorientierten Lernen** (Sonntag & Stegmaier, 2007). Gesundheitsförderung ist also nicht ausschließlich das Pflaster mit Wundsalbe, das nach einer Verletzung zur Heilung aufgetragen wird, sondern eine **Kräftigung von Innen** durch Wertschätzung und durch eine humane Gestaltung der Arbeit in Bezug auf Inhalte, Beziehungen und Bedingungen (Ulich & Wülser, 2015). Die \bullet Abbildung 10 illustriert hier das Ineinandergreifen von situativen und personalen Faktoren.

2



Paradigmenwechsel

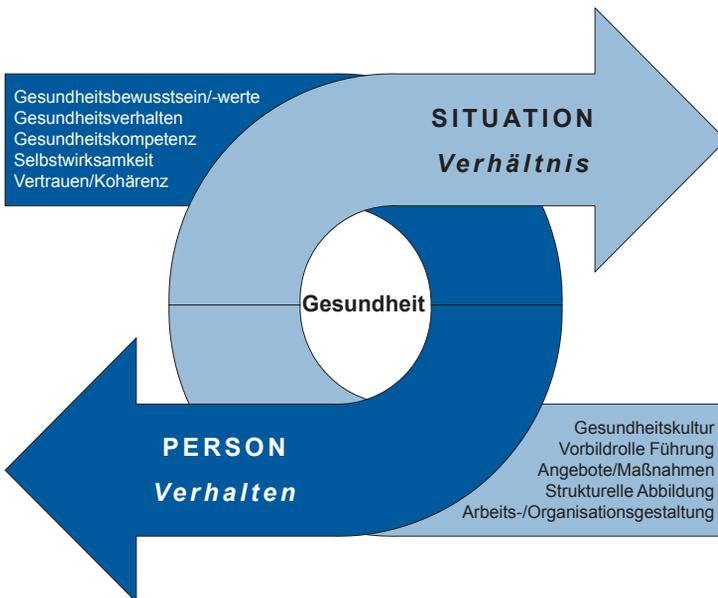
Menschlichkeit, Wertschätzung und Vertrauen sind die Grundpfeiler für eine moderne Gesundheitspolitik, die das Subjekt wieder anerkennt und in den Mittelpunkt der Maßnahmen rückt. Eine Kultur der Reparaturergonomie als Kompensationsstrategie ist obsolet, wenn wir einen Neuanfang im Bereich BGM anstreben. Auch gilt es sich von der Denkweise, die Arbeit als krankmachend und Freizeit als erholend bestimmt, zu verabschieden. Vielmehr wird es wichtig sein, Erholung und Arbeit in ihrer positiven Wechselwirkung zu begreifen. In unserem Buch werden wir Ihnen Wege von der Gestaltung bis zum Controlling aufzeigen, die diesem Paradigmenwechsel Rechnung tragen. Dabei ist stets zu bedenken, dass der Mitarbeiter nicht nur irgendeine Ressource ist, sondern er ist die Nabe der Organisation, mit der das Rad auf der Welle sitzt. *Was passiert, wenn diese Nabe zerbricht?*

\checkmark **Box 2-2:** Menschlichkeit und Wertschätzung als Grundpfeiler

**Gesund durch die Arbeit und gesund in der Arbeit
ist das Motto unseres Denkens und Handelns!**



Der angedeutete **Paradigmenwechsel** wird noch deutlicher, wenn wir uns im Kap. 2.3 (\curvearrowright S. 57) mit den Trends auseinandersetzen. Doch bevor wir den Blick in die Zukunft wagen und das Orakel befragen, sind wir Ihnen noch eine Antwort schuldig geblieben.



● **Abbildung 10:** Gesundheit in der Arbeit

Was ist für uns Gesundheitsförderung?

Gleichviel, ob wir von BGF oder BGM sprechen, für uns ist Gesundheitsförderung nicht nur Verhütung und Abwehr, sondern ein **Anspruch der Betroffenen** an sich selbst. Das impliziert keineswegs Privatisierung der Gesundheit, denn damit düpierten wir uns selbst. Im Gegenteil sind gerade die Unternehmen aufgerufen, der Verwirklichung dieses Anspruches nicht nur keine Steine im Weg zu legen, sondern fördernde und fordernde Maßnahmen zu ergreifen. Diese Maßnahmen betreffen sowohl die **internalen Ressourcen** wie Selbstwirksamkeit und Gesundheitsbewusstsein als auch die **externalen Ressourcen** wie Führung, Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung (Zimolong & Stapp in Zimolong, 2001, S. 141 ff.). Es gilt, ein **gesundes Unternehmen** im Sinne des salutogenetischen Ansatzes aufzubauen (Fröschle-Mess, 2005). Dazu benötigen wir eine Politik des Vertrauens (☞ Kohärenz). Dabei ist zu bedenken, dass die Arbeitswelt nicht von der Lebenswelt abzukapseln ist. Denn es liegt eine **totale Verflechtung** vor!

Anspruch der Gesundheitsförderung

Auftrag der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt auf die **Stärkung positiver Kräfte** sowohl in Bezug auf die Arbeits- und Lebenswelt als auch auf den einzelnen Menschen und auf Gruppen (Demmer, 1995, S. 8). *Positive Kräfte* sind Lebens- und Arbeitsqualität, ge-



sunde Lebensweise, Wahrnehmung der Eigenverantwortung für Gesundheit, Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen, Hoffnung und Vertrauen in das eigene Handeln, Lebens- und Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsfreude. Gesundheitsförderung ist dabei **nicht nur präventiv** auszurichten, sondern ausdrücklich auch in den Phasen der Therapie, Rehabilitation und der Begleitung chronischer Erkrankungen im Sinne eines **☞ Disease Management Programms (Chronikerprogramme)** anzuwenden (Pfaff et al., 2003).

☑ **Box 2-3:** Aktivierung positiver Kräfte als BGM-Auftrag

Verantwortung
für unser Ge-
sundheitssystem

Im Kontext des Damoklesschwertes Demografieverschiebung ist BGM aus unternehmerischer Sicht eine titanische Herausforderung (Badura et al., 2007). Dabei wird der Unternehmer durch die Verknappung der Ressourcen aus Sicht der Gesundheitssysteme künftig selbst ein Teil des **☞ Managed Care Systems** (Amelung, 2012) – eines sowohl kommerziell als auch solidarisch finanzierten Versorgungssystems, das um effiziente und effektive Allokation von Ressourcen unter Berücksichtigung hoher Qualitätsstandards ringt.

2

BGF findet nicht
im Vakuum statt!



Im Rahmen dieses Buches können wir uns nicht mit dem Gesundheitssystem als solchem befassen. Die Frage der Verantwortung ist aber auf jeden Fall nicht nur im **Solidarsystem** zu verorten, v. a., wenn man an die gesundheitsökonomischen Herausforderungen denkt (Breyer et al., 2013). Die Unternehmen sind wesentlicher Bestandteil, vielleicht sogar künftig der wichtigste Faktor im Gesundheitssystem. Damit die Einführung zu den Eckpfeilern BGM nicht zu langatmig wird, illustrieren wir Ihnen anhand von Info-Grafiken die für das Verständnis **grundlegenden Wissens Elemente**:

- Einflussfaktoren ● Abbildung 11, S. 45
- Portfolio der Maßnahmen ● Abbildung 12, S. 46
- Angebotsportfolio ● Abbildung 13, S. 47
- Vernetzte Akteure ● Abbildung 14, S. 48

Doppelgesichtig-
keit als Problem

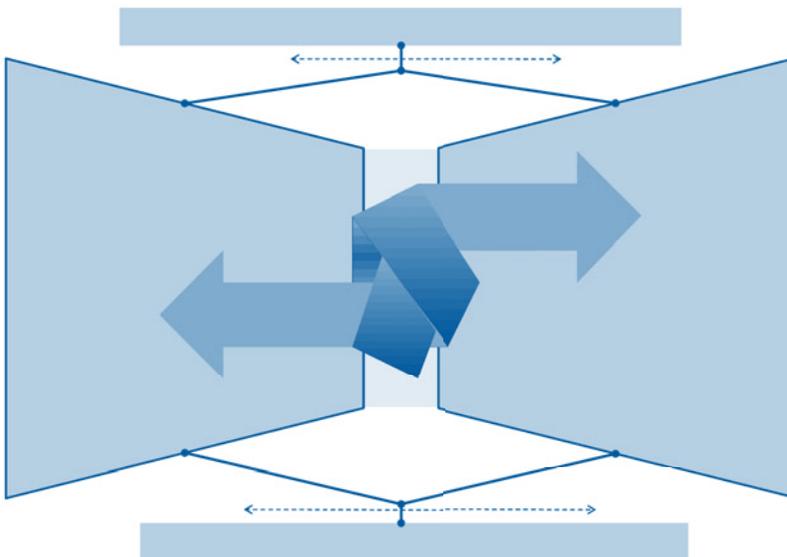


In gewisser Weise stellen die Info-Grafiken das **Gerüst BGM** dar, denn BGM findet nicht im Vakuum statt. Diverse **hemmende und fördernde Faktoren** lassen sich in der Praxis konstatieren. Was jedoch wirklich hemmend oder fördernd ist, erschließt sich aufgrund der komplexen Wechselwirkungen oft nicht direkt. Die meisten Einflussmomente sind **janusköpfig** und weisen zwei Gesichter auf. So ist das Demografieproblem ein Katalysator, der Unternehmen erkennen lässt, dass Investitionen in BGM unerlässlich sind (Beispiel: Demografiefond der Gewerkschaft IG BCE). Auf der anderen Seite darf man nicht verhehlen, dass das Ausmaß des Demografieproblems mehr eine Gefahr als eine Herausforderung

impliziert. *Warum?* Die demografische Verschiebung gekoppelt mit der Lebensarbeitszeitverlängerung stellt definitiv ein **Risiko für die Fitness der Organisationen** dar. Wir reagieren überschnell mit unabgestimmten Instrumenten wie Implementierung von Demografie-Beauftragten, altersgerechte Arbeitsgestaltung, BGM, flexible Arbeitszeitmodelle, Weiterbildung für ältere Mitarbeiter, Altersstrukturanalyse. Dabei missachten wir aber die Notwendigkeit einer fundierten Einflussanalyse (☞ Kap. 6.1, S. 361).

Jede Grafik zu den **Einflussmomenten** ist entweder zur Unvollständigkeit oder zur unbegreifbaren Komplexität verurteilt. Daher stellt die **●** Abbildung 11 nur die traditionellen Faktoren auf der Umwelt- und auf der Personenebene dar. Auf der **Umweltseite** lassen sich noch die Wissenschaft und der Globalisierungstrend als Einflussfaktoren ergänzen. Auf der **Personenebene** wird nicht nur die physische, sondern v. a. auch die psychische Fitness berücksichtigt. Zudem kristallisieren sich Einstellungen und Werte, die sich in Lebensstilen verdichten, als zentrale Faktoren heraus. Die Verbindung zwischen Umwelt und Person wird durch das **Bewältigungsverhalten** im Sinne der ☞ transaktionalen Stresstheorie nach Lazarus bestimmt (Lazarus & Folkmann 1994) (☞ Kap. 6.2, S. 373; **●** Abbildung 87, S. 376). Das Coping ist hier nicht nur defensiv, sondern bewusst präventiv ausgerichtet. Bedeutende ☞ Moderatoren sind Arbeits- und Lebensbedingungen sowie Netzwerke, die als soziale Ressourcen, aber auch als Belastungen fungieren können.

Zu den Einflussmomenten

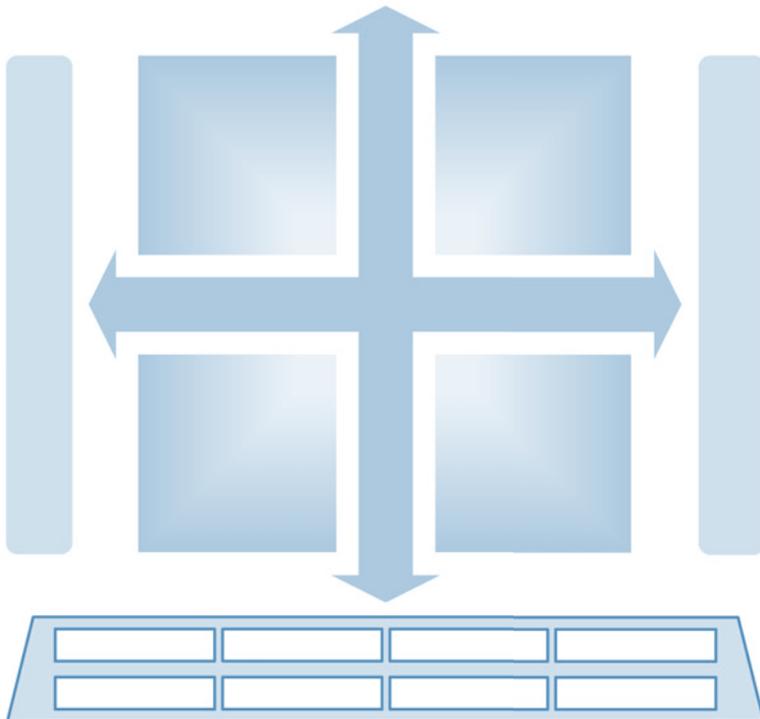


● Abbildung 11: Infografik zu den Einflussfaktoren

Portfolio der Maßnahmen



Viele Einflussfaktoren erschweren zielgerichtetes Handeln. *Was tun wir nun in Sachen BGM?* ● Abbildung 12 (S. 46) illustriert die **Bandbreite der Maßnahmen**, die in allen Phasen zur Geltung kommen können. Wir müssen uns von der Utopie verabschieden, dass die ☞ Prävention den Mainstream darstellt. Durch die demografische Verschiebung werden die **Phasen** der Therapie, der Rehabilitation und der Begleitung gleichermaßen ihren Tribut fordern. Wir wissen, dass das gesundheitsgerechte Handeln nicht nur vom Wissen abhängt, sondern v. a. von Bewusstwerdung und Sensibilisierung in einer erschöpften Organisation (Achtsamkeit). Auf der individuellen Ebene sollten daher Maßnahmen der **Kompetenzentwicklung und Sensibilisierung** ineinandergreifen. Bisweilen sind die Maßnahmen nicht eindeutig der Wissens- oder Handlungskomponente zuzuordnen. Aber damit allein erreicht man nicht **Kontinuität und Nachhaltigkeit**, denn wir müssen ferner eine **Gesundheitsstruktur** gewährleisten, die das individuelle Bemühen fordert und fördert. Auf der Wissensebene geht es um die gesunde Organisation. Auf der Handlungsebene spielen Werte, Vorbilder, Anerkennung und Wertschätzung eine bedeutsame Rolle. Der **Nachweis der Wirksamkeit** der Maßnahmen ist dabei nicht Kür, sondern Gebot! Eine begleitende Evaluation ist vonnöten (☞ Kap. 5, S. 215).



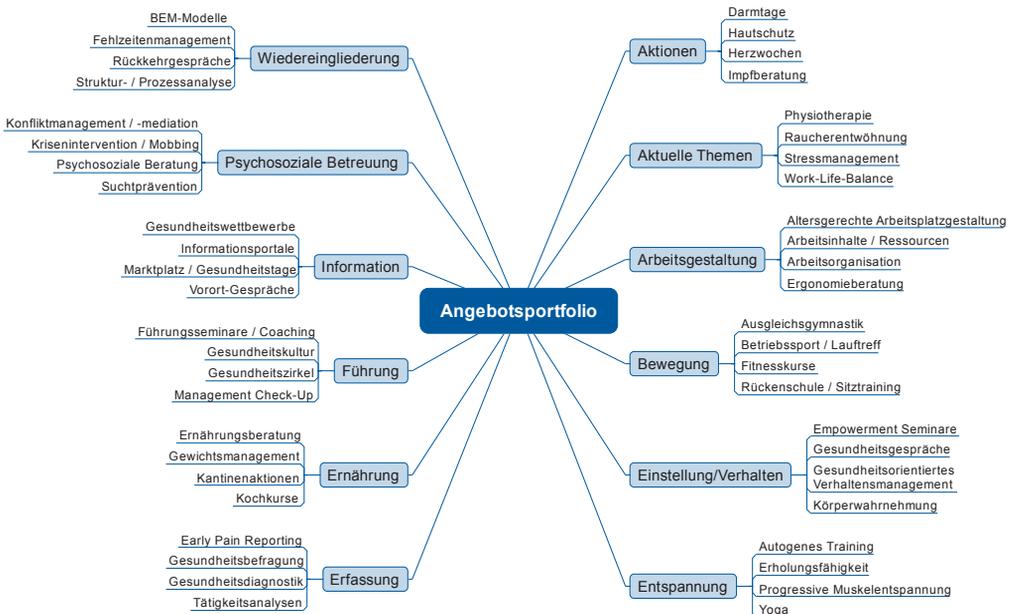
● Abbildung 12: Infografik zum Portfolio der Maßnahmen

Die Phasen (Prävention, Therapie, Rehabilitation und Begleitung) und die Attribute (Wirksamkeit, Evaluation, Kontinuität und Nachhaltigkeit) bilden den **Sockel der Maßnahmen**. Die Phasen und Attribute eignen sich später als Struktur für eine **Health Balanced Scorecard** (↳ Kap. 5.6, S. 314), um die Synergien und Wirkmechanismen der einzelnen Maßnahmen als Auftrag des Gesundheitscontrollings optimal zu koordinieren und in ihrer Wirksamkeit zu evaluieren (↳ **Wirkungsmodell BGM** → ● Abbildung 85, S. 349).

Sockel der Maßnahmen

Auf Basis einer **Benchmarkstudie** haben wir Einzelprogramme von 63 Unternehmen analysiert. Die ● Abbildung 13 zeigt das facettenreiche **Angebotsportfolio** rund um BGF/BGM. Die Gefahr besteht jedoch, dass sich die Wirksamkeit dieser Angebote nicht voll entfalten kann, weil die Angebote teilweise „aktionistisch“ und kurzatmig abgebildet werden und nicht in einem Gesamtkonzept verknüpft sind. Aus Gründen der Übersichtlichkeit zeigen wir jeweils vier typische Angebote pro Themenfeld.

Konkrete Angebote gemäß Benchmarkstudie



● Abbildung 13: Thematisch strukturiertes Angebotsportfolio

Favoriten sind weiterhin Ernährung und Bewegung. Zunehmend spielen auch Angebote rund um Entspannung eine Rolle – dies ist u. a. dem medialen Hype Burnout geschuldet. Im öffentlichen Sektor sind Gesundheitstage eine beliebte Herangehensweise, um Gesundheitsthemen in der Organisation zu lancieren.

Was tun wir?

Vernetzte Akteure

Kommen wir zur letzten Frage: *Wer macht was?* Die Expertenkommission der Bertelsmann und Hans-Böckler-Stiftung (2004) differenziert zwischen internen und externen Stakeholdern bei den **Kooperationsebenen und -strängen**:

- **Interne Stakeholder** sind Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte, Betriebsrat, Personalreferenten, Demografie- und Frauenbeauftragte, Schwerbehindertenvertretung, Sozial- und Suchtberatung. Teilweise sind diese Anspruchsgruppen in Ausschüssen/Arbeitskreisen organisiert (Arbeitsschutzausschuss, ASA).
- **Externe Stakeholder:** Die  Abbildung 14 stellt den Kranz wichtiger externer Stakeholder dar. Staatliche Arbeitsschutzbehörden wie die Gewerbeaufsicht, Unfallversicherungsträger wie die Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, die Verbände der Sozialpartner (hier v. a. die Gewerkschaften, Tarifparteien und Arbeitgeberverbände), die Bundesagentur für Arbeit, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Innungen sowie die Handwerks- und Industrie- und Handelskammern bilden ein Netzwerk, das in seinen Wechselwirkungen kaum zu ergründen ist. Zu ergänzen wären hier noch die vielen kommunalen Einrichtungen wie Gesundheitsämter und andere Körperschaften wie Kassenärztliche Vereinigungen, Landesvereine für Gesundheitsförderung etc. – *also ein Dschungel an Akteuren.*

2

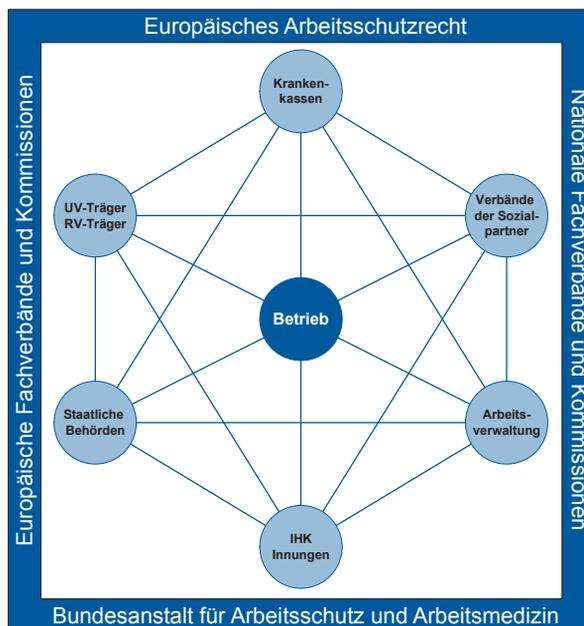


 Abbildung 14: Infografik zu den Akteuren des BGM

Berücksichtigt man noch zusätzlich die Fachverbände und Kommissionen auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene, nimmt die Komplexität der Zuständigkeiten explosionsartig zu. Aus Erfahrung sind für die **Pilotisierung, Refinanzierung und fachliche Begleitung von betrieblichen Maßnahmen** im Bereich der Gesundheitsförderung maßgebende Ansprechpartner die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften (EuPD-Research, 2007). Sie kennen die Netzwerke und pflegen die jeweiligen Kooperationsstränge. Zudem sind die **Krankenkassen und Berufsgenossenschaften** an innovativen Konzepten interessiert und beteiligen sich aktiv an der Umsetzung im Unternehmen laut Gesetzgebung. Bei hoher gewerkschaftlicher Sozialisation des Betriebes kann auch die Gewerkschaft ein interessanter Partner der Umsetzung sein. Dies gilt v. a. für das **Demografiemanagement**. Keiner spricht es aus bzw. es wird dazu nur verschämt Stellung bezogen: Die externen Anspruchs- und Interessengruppen bilden ein **kompetitives Netzwerk**, deren Dynamik man gezielt für die Modernisierung und Aktualisierung des BGM nutzen kann. Der Erfolgsdruck, etwas zu tun, ist hoch. Institutionen wollen sich durch ihre Arbeit voneinander abgrenzen und damit ihre Existenz legitimieren. Also bestehen genügend Ansatzpunkte, um Refinanzierungen und Pilotisierungen zu starten. *Sie müssen lediglich fragen!*

Wer ist der beste Adressat für Betriebe?



Wie gestalte ich nun konkret BGM als Teil dieses komplexen Systems? Wir empfehlen den Einstieg durch das pragmatische **Lernen von anderen**. Es gibt hervorragende **Best Practice**, die sich zum Glück nicht verstecken. Startfenster für eine Recherche sind bspw. die Preisträger der renommierten Awards wie der **Deutsche Unternehmenspreis Gesundheit**. Zugegeben sind viele Beispiele aus dem Erfolgsmilieu der Großunternehmen entnommen. Aber nicht alle „Größen“ sind groß im BGM. Nach einer Studie von 2007/08 des Marktforschungsinstitut EuPD Research (2007) schreiben sich lediglich 258 der 800 größten deutschen Konzerne BGM auf ihre Fahne. Die zwei Spitzenreiter (DaimlerChrysler und Post) implementieren ein institutionell fest verankertes und ganzheitliches Gesundheitsmanagementsystem mit integriertem Controlling. Die **Leitbilder der Prävention** der großen Konzerne mit einer ausgefeilten Infrastruktur sind nicht ohne weiteres auf den Klein- und Mittelstand übertragbar. Aber auch hier zeichnen sich zunehmend **Beispiele guter Praxis** ab, wie auch das aktuelle „Corporate Health Jahrbuch“ offenbart, denn immerhin sind mittlerweile mehr als 36 Prozent der Bewerber um den **Corporate Health Award** kleine oder mittelständische Organisationen bzw. Unternehmen (EuPD Research, 2014, S. 23). Dieser Anteil ist aber weiterhin hinsichtlich der realen Anzahl KMUs als gering einzustufen.

Bewältigbarkeit durch Best Practice

Eingangssäulen nach CHA		
Strukturelle Abbildung	Strategie & Controlling	Maßnahmen in der BGF