



Thorsten Uhle
Michael Treier

Betriebliches Gesundheits- management

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

4. Auflage

EXTRAS ONLINE

 Springer

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Thorsten Uhle
Michael Treier

Betriebliches Gesundheits- management

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

4., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage

Thorsten Uhle
Gevelsberg, Deutschland

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

Ergänzendes Material zu diesem Buch finden Sie auf <http://extras.springer.com>.

ISBN 978-3-658-25409-4 ISBN 978-3-658-25410-0 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-25410-0>

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

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2011, 2013, 2015, 2019

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 allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

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. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Einbandabbildung: © New Africa, stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen), ID: 228896455

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

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!

Vorwort zur vierten Auflage

Herzlichen Dank für Ihre Anregungen und Rückmeldungen! Sie haben uns dazu bewogen, eine weitere Auflage unseres Buches zum betrieblichen Gesundheitsmanagement zu schreiben. Seit der dritten Auflage 2015 hat die Bedeutung der gesunden Arbeit und der gesunden Organisation als strategischer Erfolgsfaktor im Organisations- und Personalmanagement in Anbetracht der vielfältigen Herausforderungen wie demografischer Wandel oder Fachkräftemangel weiter an Fahrt aufgenommen. Dies äußert sich zum einen in der erhöhten Nachfrage im Hinblick auf gesundheitsbezogene Dienstleistungen im betrieblichen Kontext und zum anderen auch im Ausbildungs- und Weiterbildungsbereich – so nimmt beispielsweise die Anzahl der Studierenden, die sich für Gesundheitsfragen im Unternehmen interessieren, stetig zu. Auch zahlreiche neue Studien zu gesundheitsbezogenen Fragestellungen im betrieblichen Kontext unterstreichen die Relevanz. Als Autorenteam möchten wir mit der vierten Auflage weiterhin den **Erfolgskurs „Gesunde Arbeit in einer gesunden Organisation“** unterstützen und mit der vierten Auflage neue Akzente setzen.

Das vorliegende Buch wurde von uns umfassend aktualisiert und erweitert. Im Mittelpunkt unserer Aktualisierung steht ein neues Gliederungskonzept, um die bisherigen und neuen Inhalte für unsere Leserinnen und Leser zugänglicher zu machen, denn der Inhalt zum betrieblichen Gesundheitsmanagement wächst. Die vierte Auflage berücksichtigt entsprechende inhaltliche Erweiterungen beispielsweise zu zentralen Fragen wie *„Was geschieht nach der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements?“* oder *„Wie können wir Investitionen in das betriebliche Gesundheitsmanagement legitimieren?“*. Uns ist wichtig hervorzuheben, dass nur ein **ganzheitliches und systematisches Präventionsmanagement** effektiv ist – und die Betonung liegt hier auf einem Managementansatz als Brücke zwischen wirtschaftlichen und sozialen Interessen in Organisationen. Wir erfahren in unserer Praxis immer wieder, dass im Rahmen der Gesundheitsstrategie weniger um den Inhalt, sondern vielmehr um Ressourcen gerungen wird. Denn Investitionen in die gesunde Arbeit müssen gerechtfertigt werden. Deshalb kommen wir der Bitte vieler Leserinnen und Leser gerne nach, das Thema Gesundheitscontrolling mit evidenzbasierten Studien zu erweitern und eine entsprechende Argumentationsmatrix für Gesundheit zu erstellen.

Wie in den vorherigen Auflagen werden auch in der vierten Auflage neue Studien, Praxisbeispiele, Quellen und rechtliche Aspekte berücksichtigt. Die von vielen genutzte Link-Sammlung ist überarbeitet und erweitert worden.

Wir bedanken uns ganz herzlich bei den vielen Kolleginnen und Kollegen, den zahlreichen Gesprächspartnern, den kritischen Leserinnen und Lesern und den Freundinnen und Freunden und unseren Familien. Alle haben zum Entstehen der Viertaufgabe beigetragen.

Gevelsberg und Herdecke, im April 2019

Thorsten Uhle & Michael Treier

Inhaltsverzeichnis

Unser Einstieg	1
1 Die Ausgangslage: Empirische Herleitung	11
1.1 Gesundheitsstatus und Risiken	12
1.2 Standortbestimmung in Unternehmen	24
1.3 Zusammenfassung	29
2 BGM-Gerüst: Eckpfeiler der BGM	35
2.1 Der Klarheit geschuldet	35
2.1.1 Handlungsfelder „Gesunde Arbeit“	35
2.1.2 Begriffsunterscheidung zwischen BGF und BGM	38
2.2 Verständnis von BGM	40
2.2.1 Gesunder und humaner Arbeitsplatz	40
2.2.2 Gesundheitsförderung als ganzheitliche Strategie	44
2.2.3 Zusammenfassung	57
2.3 Entwicklungen und Trends im BGM	59
2.3.1 Veränderungen in der Arbeitswelt	60
2.3.2 Trends und Zukunftsszenarien im BGM	64
2.3.3 Gesundheitsdidaktik als Megatrend	73
2.3.4 Zusammenfassung	82
2.4 Im Spannungsfeld zwischen Gesetz und betrieblicher Realität	85
2.4.1 Anwaltschaft für eine gesunde Arbeitswelt	86
2.4.2 Von der Leitlinie zur Gestaltungsvorschrift	94
2.4.3 Zusammenfassung	103
2.5 BGM im Dialog: „Wohin geht die Reise?“	111
2.6 Basisaussagen zum BGM	114

3	Maxime: Risiken bestimmen + Ressourcen fördern	117
3.1	Ordnung im Begriffschaos schaffen	119
3.1.1	Unterschied zwischen Belastung und Beanspruchung	120
3.1.2	Theoretische Erklärungsmodelle	125
3.1.3	Doppelrolle der Beanspruchung	128
3.2	Risikofaktoren im Betriebsalltag bestimmen	130
3.2.1	Grundmodell zu den Risikofaktoren	130
3.2.2	Kategorien von Fehlbelastungen	133
3.3	Präventionsressourcen sichten und ausbauen	144
3.3.1	Wirkung von Ressourcen	144
3.3.2	Klassen von Ressourcen	146
3.4	BGM im Dialog: „Das Management der Arbeitsfähigkeit“	152
3.4.1	Interview zur Frage „Lohnt sich der Analyseaufwand?“	153
3.4.2	Interview zum Fragebogen WAI	155
3.5	Zusammenfassung	163
4	Präventionsauftrag: Auf die Richtung kommt es an!	165
4.1	Verhaltens- und Verhältnisprävention	166
4.1.1	Einführung zum Präventionsmanagement	166
4.1.2	Kombinationsstrategie als Erfolgsschlüssel	168
4.1.3	Gesunde Führung als Präventionsmanager	171
4.2	Alle Werkzeuge sind sortiert: Die Toolbox BGM	176
4.3	Werkzeuge für die Psyche: Stress, Konflikte ...	179
4.3.1	Abhängigkeitsstörungen und Suchtprävention	180
4.3.2	Depressionen und Angststörungen	190
4.3.3	Psychosoziale Konflikte	192
4.4	Werkzeuge für den Körper: Bewegung und Ernährung	197
4.4.1	Ausgangssituation zu den Lebensstilen	197
4.4.2	Präventionsprogramme zu den Klassikern	202
4.5	Werkzeuge für das Wissen: Gesundheitskommunikation	212
4.6	Werkzeuge für die Motivation: Empowerment	217

4.7 Werkzeuge für das Verhalten: Umgang mit Risiken	222
4.7.1 Risikoverhalten und Verhaltenspathogene	223
4.7.2 Gesundheitspsychologische Sicht	228
4.8 BGM im Dialog: „Kommunikation, Führung und Kultur“	237
4.8.1 Interview zur Gesundheitskommunikation	238
4.8.2 Interview zur gesunden Führung	244
4.8.3 Interview zur Gesundheitskultur	246
4.9 Zusammenfassung	254
5 Gesundheitscontrolling: Steuerung und Qualitätssicherung	257
5.1 Erfolgskriterien und Prüfpunkte	258
5.1.1 Erfolgsfaktoren im BGM	258
5.1.2 Qualitätsmanagement als Leitkonzept	261
5.1.3 Zusammenfassung	278
5.2 Gesundheitsmonitoring und Risikomanagement	279
5.2.1 Anforderungen an ein Gesundheitsmonitoring	279
5.2.2 Risikomanagement hinsichtlich Ausfall- und Gesundheitsrisiko	283
5.2.3 Health Balanced Scorecard als Steuerungsansatz	288
5.2.4 Zusammenfassung	294
5.3 Baustein 1: Kennzahlen	295
5.3.1 Anforderungen an Gesundheitskennzahlen	295
5.3.2 Ausgangsbasis im BGM: Treiber- und Indikatorenmodell	303
5.3.3 Aussagekraft der Fehlzeitenquote als Kennzahl	310
5.3.4 Zusammenfassung	330
5.4 Baustein 2: Wirtschaftlichkeitsmessung	332
5.4.1 Bedeutung der Wirtschaftlichkeitsmessung	332
5.4.2 Instrumente der Wirtschaftlichkeitsmessung	341
5.4.3 Zusammenfassung	351
5.5 Baustein 3: Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen	353
5.5.1 Bedeutung	354
5.5.2 Vorgehensweise und Inhalte	355
5.5.3 Methoden und Instrumente	362
5.5.4 Zusammenfassung	368

5.6 Baustein 4: Konzept der Gesundheitsscores	369
5.6.1 Baustein 1: Work Ability Index	369
5.6.2 Baustein 2: Arbeitsanalyse	374
5.6.3 Integratives Konzept	385
5.6.4 Ergebnisse aus Fallbeispielen	396
5.6.5 Zusammenfassung	402
5.7 BGM im Dialog: „Erfolg durch Nachweis“	404
5.7.1 Interview zu Wirkungsmodellen	405
5.7.2 Interview zu Stolpersteinen bei der Gefährdungsbeurteilung	410
5.8 Zusammenfassung	417
6 Herausforderungen: Aktuelle Problemstellungen	419
6.1 Alternsgerechtes Arbeiten: Demografiemanagement	422
6.1.1 Ausgangssituation zur alternden Belegschaft	422
6.1.2 Handlungsfelder im Demografiemanagement	427
6.2 Gelassen bleiben: Stressmanagement	437
6.2.1 Ausgangssituation zur gestressten Belegschaft	437
6.2.2 Konzepte im Stressmanagement	440
6.2.3 Handlungsfelder im Stressmanagement	444
6.2.4 Praxisbeispiel für einen modernen Zugang	457
6.3 Qualifiziert sein: Gesundheitsbildung im Wandel	467
6.3.1 Weiterbildungsspektrum und Tendenzen	467
6.3.2 Interview zur Entwicklung an den Hochschulen	474
6.4 BGM im Dialog: „Fortschritt nach Implementierung“	478
6.5 Zusammenfassung	484
7 Am Ziel: Gesunder Mensch in gesunden Arbeitswelt	487
7.1 Unsere Kernaussagen zum BGM	488
7.2 Verantwortung tragen: Unsere Leitsätze	490
7.3 Unsere Legitimationsfaktoren im BGM	500
7.4 BGM im Dialog: „Warum ist Selbstbestimmung so wichtig?“	504
7.5 Abschließendes Statement der Autoren	510

Verzeichnisse	513
Abbildungsverzeichnis	515
Tabellenverzeichnis	519
Info-Boxen/Checklisten	521
Sachverzeichnis	525
Quellenverzeichnis	549
Literaturformate 	549
Kommentierte Internetquellen 	587
Glossar 	607

Ihre Ansprechpartner

Wir als Autoren stehen Ihnen gerne als Ansprechpartner zur Verfügung. Beim Schreiben dieses Buches haben wir uns **Schwerpunktkapitel** zugeteilt.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung ...		
	Dipl.-Psych. Thorsten Uhle	✉ ThorstenUhle@icloud.com
	Global Occupational Health & Human Performance	
	<p>Ich bin seit 2017 global verantwortlich für Entwicklung und Evaluation von Konzepten und Maßnahmen zum BGM und für psychologische Fragestellungen zu Gesundheit und Arbeitssicherheit für ein Großunternehmen der Chemischen und Pharmazeutischen Industrie. Davor war ich Abteilungsleiter bei einem Dienstleister für die Chemische Industrie und habe dort die Produkte ‚Organisationsberatung Gesundheit & Sicherheit‘ und ‚Psychosoziale Beratung‘ verantwortet. Vor diesen Tätigkeiten 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 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- und Gesundheitsmanagement. Nach einer Krankenpflegeausbildung absolvierte ich Studiengänge in Psychologie, Arbeitswissenschaften, Wirtschaftspädagogik und Organisationsmanagement. Weiterbildungen u. a. zum systemischen Organisationsberater und zum Qualitätsmanagement 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, dem Wirksamkeitsnachweis systematischer Programme zum ganzheitlichen Präventionsmanagement sowie den Chancen und Risiken des „digitalen“ Gesundheitsmanagements.</p>	
	Schwerpunktkapitel:	 2 ,  5 ,  7

WEB-Inhalte

Auf der Website finden Sie weitere Inhalte, bspw. Präsentationen zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements oder Fehlzeitenanalyse.

Präsentationen	Toolbox	Information	Multimedia
Konzept für BGM (Hauptpräsentation)	Seminarpläne	Online-Glossar (im Buch abgedruckt)	Grafiken als PDF-Portfolio integriert
Von der Fehlzeitenanalyse zum Fehlzeitenlotsen	Self-Checks Fragen zu Gesundheitsscores	Skizze zur Fehlzeitenanalyse	<u>Filme</u> <ul style="list-style-type: none">○ FAGS○ Mission against Stress○ Stressmanager
<u>Kurzpräsentationen</u> <ul style="list-style-type: none">○ Umgang mit Mitarbeitern○ Burn-out○ Gesundes Führen	Instrumente der Arbeitsanalyse und erweiterte Ansätze	<i>Inhalte werden nach Bedarf aktualisiert</i>	

Unser Tipp: Die [Portfolio-Datei „Abbildungen“](#) bietet Ihnen den Download der Grafiken als hochauflösende JPEG-Dateien (300 dpi, A4-Format). Die umfassende [Hauptpräsentation BGM-Konzept](#) eignet sich für alle diejenigen, die Impulse für eigene Präsentationen im Bereich BGM benötigen.

Unter Springer Extras Online können Sie alle Abbildungen als hochauflösende JPEG-Dateien (300 dpi, A4-Format) herunterladen. Jede Grafik ist in der Adobe Portfolio als integrierte PDF-Einheit per TAG den Kapiteln und Inhalten zugeordnet. Je nach Systemkonfiguration sind die Zusatzfunktionen (TAG und Suchindizes) nur nutzbar, wenn Sie den Adobe Flash Player installiert haben. Bei Aufruf der Datei wird Ihnen, falls Ihre Systemkonfiguration einen Flash Player erfordert, eine entsprechende URL zum Download angezeigt. Die Installation erfolgt auf eigenes Risiko.

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 [978-3-658-25409-4] einzugeben.

Viel Spaß beim Durchstöbern!

Hinweis zur Sprachwahl: Im Fließtext erfolgt keine Differenzierung zwischen den Geschlechtsformen, um die Lesbarkeit nicht einzuschränken. Es sind stets alle Geschlechter adressiert. Wo eine Geschlechtsunterscheidung aus inhaltlichen Gründen erforderlich ist, wird dies entsprechend berücksichtigt.

Unser Einstieg

Um die Lesbarkeit des Buches zu steigern, weist unser Avatar *Sunny* als Maskottchen Sie auf wichtige Inhalte im Buch hin. Zudem haben wir für Sie ein  Glossar ( S. 607) und ein kommentiertes  Internetverzeichnis ( S. 587) 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		Informationsbox (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?



Frage nach der Umsetzung

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

E

Stellt man in der Praxis aber die Frage, wie sich diese umfassende Definition operationalisieren bzw. in konkrete Maßnahmen umsetzen lässt, dann tritt Schweigen ein. Der ganzheitliche Blick eröffnet ein faszinierendes Spektrum an denkbaren Gestaltungswegen. Dieser definitorische Umfang wirft aber folgende Frage auf: Wo soll der konkrete **Angriffspunkt zur Gesundheitsförderung** sein? Es besteht die Gefahr, dass man sich im betrieblichen Kontext regelrecht verzettelt. 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. *An welchen Indikatoren können wir uns orientieren, um dem erweiterten Gesundheitsbegriff im Rahmen des BGM gerecht zu werden?* Die **Bandbreite von Gesundheitsindikatoren** offenbart das Handlungsspektrum des BGM (Ulich & Wülser, 2018, S. 30):

- Einstellungen wie ein positives Selbstwertgefühl,
- Erscheinungsbild und physische Indikatoren wie Fitness,
- psychische Indikatoren wie Motivation oder Stimmung,
- soziale und verhaltensbezogene Indikatoren wie Engagement und Teamverhalten,
- Leistungsindikatoren wie Produktivität oder Flexibilität.

Die **arbeitswissenschaftliche Reflexion** ist in Bezug auf die Arbeitsperson ganzheitlich ausgerichtet und berücksichtigt neben konstitutionellen Aspekten wie Geschlecht auch dispositionale Aspekte wie Persönlichkeit, Gesundheit oder Intelligenz. Zudem wird die Bedeutung von Kompetenzen und Anpassungsmerkmalen wie Motivation aufgezeigt (Schlick et al., 2018, S. 75 ff.). Gesundheitsförderung bedeutet hier aber mehr als Verhaltensänderung.

„Im Zentrum der Betrieblichen Gesundheitsförderung steht eine gesunde und gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeit und weniger die Korrektur des individuellen Verhaltens.“
(Faller in Faller, 2017, S. 26)

Rechtliche Ebene Auf die **rechtliche und Richtlinienenebene** hat diese Definition von 1946 jedenfalls nachhaltig abgefärbt. Elemente aus dieser Definition findet man im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), im Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG)

oder im Sozialgesetzbuch (SGB) (☞ Kap. 2.4, S. 85). 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 Arbeits- 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). Auch die Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes 2013 betont die Bedeutung des ganzheitlichen Gesundheitsbegriff durch die explizite Berücksichtigung psychischer Belastungen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung (ArbSchG § 5). Integrierte **Arbeitschutz-Managementsysteme** berücksichtigen zwar Facetten des erweiterten Gesundheitsbegriffes, faktisch aber oft nur als Randphänomene des klassischen Arbeitsgesundheitsschutzes.

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



Beim BGM verhält es sich ähnlich wie bei der **Bekämpfung von Malware** durch Virens Scanner und Anti-Spam-Filtern in der EDV. Hier und dort kämpft man 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 verhaltensbasierte 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 Health-Check** 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. Es reicht aber nicht aus, dass der Mitarbeiter sein persönliches Gesundheitsverhalten ändert, sondern das

Gefahrenabwehr durch den Nutzer

gesunde Verhalten muss durch eine gesunde Arbeitswelt flankiert werden (vgl. Faller, 2017) (☞ Kap. 7, S. 487).

Vom Objekt- zum Subjektcharakter

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. *Die wichtigsten Puffer sind der Mensch selbst und die Arbeitsaufgabe.* 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 reagieren. Diese ☞ **Selbstregulationskompetenz** wird zur Kernkompetenz der modernen Arbeitswelt, verlangt aber im Umkehrschluss auch entsprechend gestaltete Arbeitsaufgaben. Sie passt im Argumentationsschema zum „flexiblen Menschen“ in Bezug auf die **Erhöhung der ☞ Employability** (Beschäftigungsfähigkeit) (vgl. Sennett, 2006), die mehr und mehr in die Eigenverantwortung gelegt wird (vgl. Kaschube, 2006) (☞ Kap. 7.4, S. 504). Der damit assoziierte **Algorithmus** klingt auf dem ersten Blick verheißungsvoll (vgl. Loß et al., 2010), jedoch sind vorprogrammierte Konflikte zwischen den Faktoren auf jeden Fall zu beachten.

E

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



Fördern und fordern sind nur im Verbund **Garanten** für ein erfolgreiches 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 (☞ Empowerment, Gesundheitsbildung, Aufgabengestaltung), andererseits fordern, dass sich die Mitarbeiter hilfreiche Kompetenzen aneignen und auf Verhaltenspathogene und Risikoverhalten verzichten (☞ Kap. 4.7.1, S. 223).

Ottawa Charta

Diese Denkweise passt zur **Ottawa Charta von 1986**, die den Begriff der Gesundheitsförderung als Prozess der Befähigung erklärt und damit die statische durch eine dynamische Sicht des Gesundheitsbegriffs ablöst. Gesundheit ist ein **Kontinuum**, und kein dichotomes Konzept mit den diskreten Zuständen krank oder gesund im Sinne einer binären Gesundheitslogik. Demnach ist aus ☞ salutogenetischer Sicht Gesundheit nicht gleichzusetzen mit Abwesenheit von Krankheit.

„Es geht mithin nicht nur um Verhütung und Abwehr körperlicher und psychischer Beschwerden, sondern um die Steigerung des Wohlbefindens, der Vitalität und Handlungskompetenz...“

(Treier, 2019a, S. 216, in Anlehnung an Rudow, 2014)

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.

☑ Box 0-2: Gesundheitsverständnis der Ottawa Charta von 1986

Das Individuum ist also 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 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 konziliannten **Work-Life-Balance** (vgl. Collatz & Gudat, 2011).



Selbstbestimmung

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 der Arbeitgeber hier intervenieren? Sollte der Arbeitgeber im Sinne der Gesundheitsbildung lediglich den pädagogischen Mahnfinger erheben und Gestaltungsangebote machen oder darf er auch richtiges Verhalten einfordern bzw. riskantes Verhalten sanktionieren? 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 zur gesunden Organisation kennzeichnen (Interview mit dem LIFE-Entwickler: ☞ Kap. 7.4, S. 504).

☑ **Box 0-3:** Das System LIFE

E

Zweifel an
klassischer
Vorgehensweise

Der klassische arbeitsmedizinisch-sequenzielle Ansatz der Feststellung von Symptomen, Diagnose, Therapie und zusätzlich begleitender ☞ Prävention in den verschiedenen Stufen von der Primär- über Sekundär- bis zur Tertiärprävention reicht nicht aus (☞ Kap. 4.1.1, S. 166). *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 mit dem Begriff ☞ **Resilienz** umschrieben wird (Belastbarkeit und Flexibilität) (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2015). 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 mehr darum, die Widerstandskraft und damit Biagsamkeit gegenüber Belastungen zu steigern – ein herausforderndes Handlungsfeld im Bereich BGM/BGF (vgl. 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.



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?

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 erfolgreiche soziale Integration (vgl. 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** (vgl. 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 (vgl. Kanfer et al., 2012). 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, 1997).

Psychische
Gesundheit als
Regulations-
phänomen

Gesundheit

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



☑ Box 0-4: Gesundheitsbegriff als Regulationskompetenz

Verhindert Komplexität nicht die praktische Umsetzung?

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 Gefahrenabwehrung reicht jedenfalls hier definitiv nicht mehr aus.



Auftrag an die Unternehmen

Die horrenden Zahlen sprechen für sich!



E

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 zum Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (SUGA, 2018, S. 117) unterstreicht die Notwendigkeit, denn im Berichtsjahr 2016 ergeben sich nach Schätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) immerhin etwa **669 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage** bzw. 1,8 Millionen ausgefallene Erwerbsjahre – davon anbei 107 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage allein in der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“. Arbeitsunfähigkeit als Spitze des Eisberges verursachte damit 2017 einen Produktionsausfall anhand der Lohnkosten von etwa 76 Milliarden Euro. Der volkswirtschaftliche Verlust lässt sich auf rund **136 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 abstupfen lassen. Dennoch hoffen wir, dass diese Zahlen nachdrücklich den Bedarf signalisieren (☞ Kap. 1, S. 11).

Auftrag an das Buch

Wir stellen uns in diesem Buch immer wieder die Fragen, wie diese ☞ **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 (☞ Kap. 7.3, S. 500).



*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 Claus Piekarski, ehemaliger Präsident der Deut-*

schen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) (Kap. 2.5, S. 111). Das Schmiermittel ist hier die **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, evidenzbasierte Grundgesetze abgeleitet.

K1

Unsere Leitfragen ...

- ▶ **Kap. 1.1: Gesundheitsstatus und Risiken** (Seite 12)
 - Wie stellt sich der allgemeine Gesundheitsstatus dar?
 - Welche Risiken bestimmen die gegenwärtige Gesundheitssituation?
- ▶ **Kap. 1.2: Standortbestimmung in Unternehmen** (Seite 24)
 - 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 werden Panel- und Mehrebenen-Designs präferiert, um Antworten auf sozioökonomische und demografische Zusammenhänge in Bezug auf Gesundheitsstatus und Risikofaktoren zu gewinnen. So lassen sich Verhalten, Gesundheitsentwicklung und Einstellungen der Befragten über mehrere Messzeitpunkte beobachten und damit nicht „nur“ **Prävalenzen** bestimmen, sondern auch **kausale Fragestellungen** ableiten und bearbeiten. **Kurzum:** Die **Anamnese** des (betrieblichen) Gesundheitszustands bietet ein scharfes Bild.

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 im GESIS abrufbar. [[🔗 BZgA](#) & [🔗 GESIS](#)]
- **Der DKV-Gesundheitsreport „Wie gesund lebt Deutschland?“:** In Zusammenarbeit mit der Deutschen Sporthochschule Köln unter der Ägide von Ingo Froböse, Leiter des Zentrums für Gesundheit durch Sport und Bewegung (ZfG), werden im Report der Deutschen Krankenversicherung repräsentativ Bundesbürger nach ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden und ihren Lebensgewohnheiten befragt. Da dieser Report fast jährlich seit 2010 wiederholt wird, beschreibt er Trendentwicklungen im Lebensstilbereich. [[🔗 DRV](#)]
- **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 (vgl. Li et al., 2014). [[🔗 DKFZ](#)]
- **Ernährungsberichte:** Die Ernährungsberichte der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. bieten fundierte Informationen zum Essverhalten und zu vielen ernährungsbezogenen Themen. Aktuell liegt der 13. Bericht vor. [[🔗 DGE](#)]
- **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 (Suchtprävention). Der jährlich aktua-

lisierte Drogen- und Suchtbericht von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung bietet aktuelle Daten zu stoff- und nicht-stoffgebundenen Suchterkrankungen. [[↗ Drogenbeauftragte](#)]

- **Epidemiologische Suchtsurvey:** Seit den 1980er erfasst das Institut für Therapieforschung (IFT, München) regelmäßig und bevölkerungsrepräsentativ als Monitoring den Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen sowie Medikamenten. Die Datenlandschaft ermöglicht die Ableitung von Trends. [[↗ ESA](#)]
- **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 (letzte Erhebung 2015; derzeit 44.000 Erwerbstätige) zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen nach Branchen bzw. Sektoren in derzeit 35 europäischen Ländern durch und liefert damit wichtige Erkenntnisse über Schlüsselaspekte der Arbeitswelt wie bspw. Arbeitszeit, -organisation und -zufriedenheit, Gesundheit und Wohlbefinden (Eurofound, 2017). [[↗ Eurofound](#)]
- **Fehlzeitenberichte des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIÖ):** Wer nach umfassenden Daten und Analysen zu krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft sucht, wird hier fündig. Das AOK-Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld präsentiert jährlich Statistiken zum Krankenstand der Arbeitnehmer nach Branchen, Betriebsgrößen, Berufsgruppen und Ländern. [[↗ WIÖ](#)]
- **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 wie der Depressionsatlas der Techniker Krankenkasse von 2015. 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 2018. 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 Gesundheitsindikatorenensatzes (ECHI) (zu den Gesundheitsindikatoren in Europa vgl. Fehr et al., 2017). [[🔗 GBE-Bund](#)]

- **Nationale Verzehrstudie:** Das Max Rubner-Institut als Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel liefert Daten zum Aktivitäts- und Ernährungsverhalten sowie Ernährungsstatus und Körperdaten wie Gewicht in Abhängigkeit von soziodemografischen Basisdaten. Dazu wurden 2005 bis 2007 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 bspw. wichtige Fakten im Hinblick auf **lebensstilbezogene Gesundheitsrisiken** wie Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung sowie Stress und psychosoziale Belastungen. Der Bericht iga-Faktoren Nr. 10 befasst sich mit Psyche und Arbeit (IGA, 2016a). Interessant aus empirischer Sicht sind hier v. a. die Berichte zum iga.Barometer, eine regelmäßig stattfindende repräsentative Erwerbstätigenbefragung (aktuell fünfte Erhebung; IGA, 2017). Zu empfehlen ist hier auch der Unfallverhütungsbericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (SUGA, 2018). Sie können auf der Website der  BAuA die Unfallverhütungsberichte ab 2001 downloaden. [www.baua.de/suga]



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** (vgl. Kurth et al., 2009; Kurth, 2013) ( Kap. 5.2, S. 279). Die Ergebnisse werden regelmäßig aktualisiert und in verschiedenen Organen publiziert. Auf der Webseite [ <https://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/literatur.html>] kann man mit einem Filter gezielt nach Themen suchen.

Eine Ikone – die DEGS-Studie

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 oder Allergien 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** ( Prävalenz und Inzidenz) und ihre Entwicklung epidemiologisch vorherzusagen. Das Gesundheitsmonitoring ist **datengetrieben** (Indikatoren) und greift auf sich ständig aktualisierende Datenlandschaften zurück.



Skizze zur DEGS-Studie

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 als Langzeitstudie (KiGGS; Basiserhebung 2003-2006, erste Welle 2009-2012, zweite Welle 2014-2017) oder die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA; letzte Welle 2014-2015 mit 24.016 Personen). Im Erhebungszeitraum der DEGS-Studie 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. 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 (Bundesgesundheitsurvey) 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 (körperliche Untersuchungen wie Blutdruck, Fahrrad Ergometrie, Lactatschnelltest, Schilddrüsensonografie, anthropometrische 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.

Abbildung 2 illustriert das **Design der Studie** (aus Gößwald et al., 2012, S. 776). Unklar ist die Umsetzung zu den anvisierten *Wellen DEGS 2 und 3* (Stand 02/19). Parallel etabliert sich eine bundesweite Gesundheitsstudie NAKO mit etwa 200.000 Teilnehmern (<https://nako.de>). Mit diesem komplexen Aufbau erlaubt die Studie verschiedene Analysestrategien von Prävalenz- und Inzidenzschätzungen über Zusammenhangsanalysen bis zu Kausalbetrachtungen und Lebenslaufanalysen:

- Querschnittsanalyse:** Analyse bestimmter Merkmale bei verschiedenen Teilnehmern bzw. Teilnehmergruppen in derselben Zeitperiode → Abschätzung von Prävalenzen.
- 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.
- Lebenslaufanalyse:** Verfolgung der Entwicklung der Teilnehmer im Hinblick auf die erhobenen Merkmale (Längsschnitt), also Untersuchung bestimmter Merkmale bei demselben Merkmalsträger → Aussagen zu Inzidenzraten, Bedingungen und Kausalitäten.

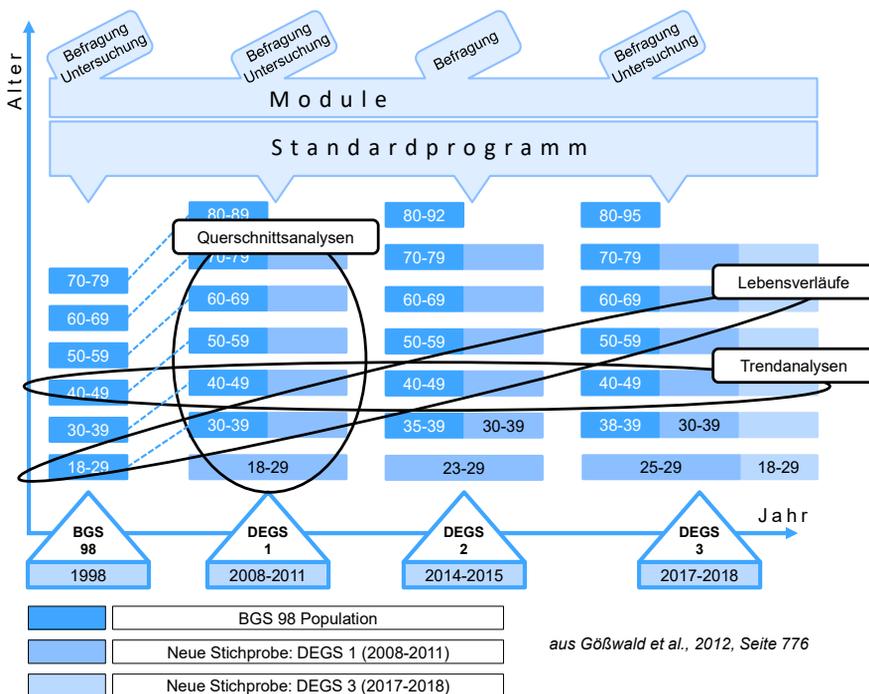


Abbildung 2: Aufbau DEGS-Studie aus Gößwald et al. (2012, S. 776)



Auf dieser Website finden Sie alle [Informationen zur Studie](#). Um eigene Daten (↪ Kap.1.2, S. 24) mit den bevölkerungsrepräsentativen Daten der DEGS-Studie zu verknüpfen, wird ein Public Use File für wissenschaftliche Analysen angeboten (Surveydaten).

🔗 https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Surveydaten/Surveydaten_node.html (Stand 02/19)

Gelungen ist die nach Gesundheitsthemen sortierbare Recherche:

🔗 www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/literatur.html

Risikokataster nach DEGS

Die Gesundheitsdiebe: In einem Symposium am 14. Juni 2012 sind erste Ergebnisse der DEGS-Studie der Phase 1 veröffentlicht worden (Kurth, 2012). Der hier abgebildete [Risikokataster](#) berücksichtigt zum einen die publizierten DEGS-Ergebnisse, zum anderen die Ergebnisse aus weiteren Datenquellen (siehe oben):

- 🔗 **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 $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Nach dem Ernährungsbericht (DGE, 2016) sind 59 Prozent der Männer und 37 Prozent der Frauen übergewichtig. Besonders bedenklich stimmt der wachsende Anteil adipöser Menschen, denn dieser nahm von 1999 bis 2013 bei Männern um 40 % und bei Frauen um 24 % zu. Das Fazit des Berichts ist dementsprechend kritisch: „So dick war Deutschland noch nie.“ (Presseinformation: DGE aktuell, Heft 3 vom 01.02.2017). Man könnte von einer Adipositasepidemie sprechen. Die Zahlen signalisieren hohen Handlungsbedarf. Dabei sind keineswegs nur ältere Menschen betroffen, sondern ebenfalls Jüngere. Jedoch ist die Aussagekraft des Body-Mass-Index eingeschränkt, denn wichtiger als das Gesamtgewicht ist die Menge und Verteilung des Fetts im Verhältnis zum Muskelanteil. Die Alternative stellt der WhtR (Waist-to-height-Ratio = Wert aus dem Taillenumfang geteilt durch Körpergröße) dar. Da es aber hier immer wieder zu Fehlern bei der Taillenmessung kommt, wird immer noch der BMI als Gradmesser für Normalgewicht verwendet.
- 🔗 **Wie sieht es mit der Volksgeißel Zucker aus?** Der bekannte Diabetes tritt gemäß dem Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes (2018), der u. a. bei der epidemiologischen Einschätzung auf den Diabetes-Atlas der International Diabetes Federation (IDF) rekurriert, bei etwa 7 bis 8 Prozent der Bevölke-