

Gesundheitsreport 2010

Teil 1



Gesundheitskompetenz
in Unternehmen stärken,
Gesundheitskultur fördern

Impressum

Herausgeber:

BARMER GEK, Berlin

Versorgungsmanagement

Dieser Bericht wurde erstellt im Auftrag
der BARMER GEK von
Prof. Dr. Rainer Wieland
Kompetenzzentrum für Fortbildung und
Arbeitsgestaltung der
Bergischen Universität Wuppertal
www.komfor.uni-wuppertal.de

Campus Freudenberg
Rainer-Gruenter-Str. 21
Gebäude FD
42119 Wuppertal
Tel.: 02 02/4 39 22 91-17 01

Redaktion:

Werner Froese
Florian Karl
Thomas König
Marcel Premke
Ingrid Reich
Joachim Tepper-Hogrefe
Solveig Wessel

Inhalt

Vorwort

Ziele des BARMER GEK Gesundheitsreports	1
Zentrale Fragen und Antworten im Überblick	3
I Unternehmenserfolg durch gesunde Unternehmen	4
1 Fehlzeiten analysieren, bewerten und Maßnahmen ableiten	4
1.1 Ursachenfelder im Fokus der betrieblichen Arbeitsunfähigkeitsanalyse	5
1.2 Von der Analyse zur Ableitung von Maßnahmen	6
2 Mehr Erfolg im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit	7
II Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen 2009 – Überblick und Detailanalysen	10
3 Fakten und Gesetzmäßigkeiten des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens	10
3.1 Erwerbstätig Versicherte der BARMER im Jahr 2009 – Anzahl und Zusammensetzung	10
3.2 Die wichtigsten Kennzahlen und Erkenntnisse auf einen Blick	11
3.3 Krankenstand, Erkrankungsdauer und Fehlzeitenstruktur	14
3.4 Arbeitsunfähigkeits- oder Betroffenheitsquote	14
3.5 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Geschlecht und Alter	17
4 Fehlzeitenanalyse nach krankheits-, person- und berufsspezifischen Merkmalen	18
4.1 Krankheitsspezifische Perspektive: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten	18
4.2 Personenspezifische Perspektive	21
4.3 Die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen	23
4.4 Altersabhängige Befunde zu den vier wichtigsten Krankheitsarten	25
4.5 Krankenstand der zehn häufigsten Berufsgruppen der BARMER	28
4.6 Struktur und Dynamik krankheitsbedingter Fehlzeiten	29
5 AU-Datenanalyse nach Bundesländern	36
5.1 Krankenstand und AU-Tage	36
5.2 AU-Tage für die vier häufigsten Krankheitsarten	37

III Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern	39
6 Gesundheit als Ressource der Zukunft	39
7 Pyramide der Gesundheitskompetenz	40
8 Gesundheitskompetenz als Unternehmensressource	42
8.1 Organisationale Gesundheitskompetenz	44
8.2 Der Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU)	46
8.3 Exemplarische Befunde zur organisationalen Gesundheitskompetenz	48
9 Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Unternehmen und zur Förderung der Gesundheitskultur	52
9.1 Förderung der Gesundheitskultur	52
9.2 Förderung der Gesundheit durch Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheits- managements	54
10 Gesundheitskompetenz als personale Ressource	65
10.1 Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit	65
10.2 Gesundheitskompetenz und Bewältigung von Krankheit	66
10.3 Gesundheitstypen	68
11 Gesundheitstyp und Gesundheitskompetenz – Ausblick auf die BARMER GEK Gesundheitsstudie	75
Literaturhinweise	77
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	80
Abbildungen	80
Tabellen	81
Informationsboxen	82
Anhang	83
Tabelle der Krankenstandsdaten von 126 Berufen für das Jahr 2009	83
Datenerhebung und Methodik	87
Wichtige Begriffe und Kennzahlen	88

Vorwort

Gesundheit ist nicht nur für den Einzelnen ein hohes Gut. Gerade für Unternehmen stellt die Gesundheit der Beschäftigten einen unschätzbaren Wert dar: Gesunde und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind eine zentrale Voraussetzung für den Unternehmenserfolg. Gleichzeitig ist Gesundheit ein Wirtschafts- aber auch Kostenfaktor für die Gesellschaft. 10,6 Prozent beträgt der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt, Tendenz steigend.

Deshalb kommt es in Zukunft verstärkt darauf an, die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten in Unternehmen zu stärken. Dies mit dem Ziel, berufliche Anforderungen und Belastungen besser zu bewältigen. Kompetent in Sachen Gesundheit zu sein bedeutet, die eigene Gesundheit aktiv in die Hand nehmen zu können. Damit das gelingt, bedarf es einer Kultur in Unternehmen, die die Gesundheit der Beschäftigten unterstützt und fördert.

Der BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 „Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern“ greift diesen Sachverhalt auf und unterstützt Sie dabei. Das Besondere des Reports 2010 besteht darin, dass er das Thema Gesundheitskompetenz aus verschiedenen Blickwinkeln aufgreift:

Teil I, den Sie in Händen halten, führt in das Schwerpunktthema ein und beinhaltet die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der BARMER Versicherten des Jahres 2009.

Teil II folgt im Sommer 2010 mit der Veröffentlichung der Ergebnisse einer Internet-Studie zum Thema „Gesundheitskompetenz und Gesundheitskultur“, die die BARMER GEK im Frühjahr 2010 zusammen mit der Bergischen Universität Wuppertal durchführt.

Bisher gibt es keine vergleichbaren Studien, die umfassende Erkenntnisse über Gesundheitskompetenz und ihre psycho-sozialen Rahmenbedingungen liefern. Ziel dieser Studie ist es, Antworten auf folgende Fragen zu finden: Welche individuellen Kompetenzen haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Krankheiten zu bewältigen und ihre Gesundheit zu erhalten? Welchen Wert hat die Gesundheit für den Einzelnen im Vergleich zu anderen Gütern, wie Wohnen, Mobilität, Freizeitgestaltung? Welche Rolle spielen Geschlecht, Alter, Bildung, Berufstätigkeit und Arbeitssituation für die Gesundheitskompetenz des Einzelnen? Aus den Ergebnissen lassen sich wertvolle Erkenntnisse zur gezielten Ausrichtung präventiver Maßnahmen - auch im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements - gewinnen, um die Gesundheitskompetenz in Unternehmen zu stärken.

Deshalb meine herzliche Bitte: Beteiligen Sie sich aktiv an unserer Internetstudie, damit die BARMER GEK Gesundexpertinnen und Gesundexperten Sie noch besser bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement in Ihrem Unternehmen unterstützen können. Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne.

Mit herzlichen Grüßen



Berlin, im März 2010



Birgit Fischer
Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK

Ziele des BARMER GEK Gesundheitsreports

Der Gesundheitsreport gibt jedes Jahr einen Überblick über Fakten, Gesetzmäßigkeiten und Entwicklungen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aller bei der BARMER GEK erwerbstätig Versicherten. Er stellt Daten und Erkenntnisse zur Verfügung, die Aufschluss über Zusammenhänge zwischen Tätigkeit und Beruf der erwerbstätig Versicherten, dem Alter und Geschlecht, den Arbeitsbedingungen und -anforderungen sowie den am häufigsten auftretenden Krankheitsarten geben.

Die BARMER GEK liefert mit dem Gesundheitsreport 2010 eine systematische Analyse und Bewertung des Zusammenhangs von Gesundheit, Arbeit und Fehlzeiten. Der Gesundheitsreport richtet sich an Gesundheitsexperten in Politik, Wissenschaft und Verwaltung. Er stellt Führungskräften von Unternehmen, öffentlichen Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen Informationen und Handlungsanleitungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement und zum Umgang mit krankheitsbedingten Fehlzeiten zur Verfügung.

Schwerpunktthema: Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern

Ein tragfähiges Gesundheitssystem ist als Solidaraufgabe vielleicht die größte Herausforderung für die entwickelten Industrieländer überhaupt. Die meisten Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sind inzwischen auf dem Weg zur Gesundheitsgesellschaft. *Gesundheitskompetenz* - von Individuen, von Unternehmen, der Gesellschaft – wird deshalb eine der wichtigsten Ressourcen des 21. Jahrhunderts sein.

Was versteht man unter *Gesundheitskompetenz*? Wie können Unternehmen ihre Gesundheitskompetenz steigern und damit ihre Humanressourcen zur Sicherung ihrer Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit optimal nutzen? Welche Rolle spielt dabei die *Gesundheitskultur* in den Unternehmen? Wie lassen sich Werte und Leitbilder zur Etablierung einer positiven Gesundheitskultur nutzen? Unterscheiden sich Menschen in ihrer Gesundheitskompetenz, und welche Auswirkungen hat dies auf ihre Gesundheit? Gibt es bei Frauen und Männern unterschiedliche Gesundheitstypen?

Das Schwerpunktthema dieses Gesundheitsreports beschäftigt sich mit diesen Fragen und liefert Konzepte und Herangehensweisen zur Darstellung von Gesundheitskompetenz, sowie Lösungsansätze zu ihrer Verbesserung. Ausgehend von der „Pyramide der Gesundheitskompetenz“ werden Daten zur Gesundheitskompetenz von Unternehmen präsentiert und Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Unternehmen aufgezeigt.

Die Ergebnisse des diesjährigen Schwerpunktthemas verdeutlichen insgesamt: Gesundheitskompetenz ist ein Thema, dem wir uns in den nächsten Jahren verstärkt zuwenden sollten. Die vielfältigen Funktionen von Gesundheit in unserer Gesellschaft – hoher Kostenfaktor und zugleich Jobmotor Nummer Eins, Unternehmensressource und hohes individuelles Gut und Sinnbild für Lebensqualität – erfordern dabei innovative, die traditionellen Denk- und Handlungsmuster überschreitende Lösungskonzepte.

Die BARMER GEK geht mit ihrer Gesundheitsstudie einen ersten Schritt in diese Richtung, indem sie Daten sammelt, wie es um die Gesundheitskompetenz und Gesundheitskultur in der Bevölkerung steht, wie die eigene Gesundheitskompetenz erlebt wird und welche Bedeutung die Berufstätigkeit in diesem Kontext hat. Ziel ist dabei, nicht nur eine „Ist-Analyse“ abzuliefern, sondern auch Ursachenforschung zu betreiben.

Darüber wie die „Welt der Gesundheit“ aussieht, wissen wir inzwischen ziemlich viel – darüber wie wir sie gestalten können, leider noch immer zu wenig.

Nach den Schwerpunktthemen „Demografischer Wandel“ (Report 2006), „Führung und Gesundheit“ (Report 2007), „Rückengesundheit“ (Report 2008) und „Psychische Erkrankungen“ (Report 2009) wird mit dem Schwerpunkt „Gesundheitskompetenz im Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern“ in diesem Gesundheitsreport der BARMER GEK 2010 ein Thema angesprochen, das für den Einzelnen, die Unternehmen und das Gesundheitswesen in Zukunft zunehmende Bedeutung erlangen wird.

Vision – Leitbild – Strategie

Die *Vision* betrieblicher Gesundheitsförderung ist gesunde und erfolgreiche Arbeit. Gesunde und erfolgreiche Unternehmen fördern beides: Wohlbefinden und hohe Leistungsfähigkeit der Beschäftigten.

Leitbild betrieblicher Gesundheitsförderung sollte die prospektive Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeit sein. Gesundheitsförderung und Prävention müssen dazu in der Unternehmenskultur verankert, vom Management als Führungsaufgabe wahrgenommen, und fester Bestandteil des alltäglichen unternehmerischen Handelns werden. Die nachträgliche Bewältigung gesundheitlicher Probleme und ihrer negativen Folgewirkungen allein reicht nicht mehr aus, um die Wettbewerbsfähigkeit zu sichern. Der beste Garant für ein gesundes und erfolgreiches Unternehmen ist, Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe zu etablieren, für die sich alle Beschäftigten verantwortlich fühlen.

Strategien der betrieblichen Gesundheitspolitik müssen den unterschiedlichen Bedürfnissen und Interessen einzelner Branchen, Berufs-, Bildungs- und Altersgruppen Rechnung tragen und auf die Betriebsgrößen abgestimmt sein. Betriebliches Gesundheitsmanagement bietet Chancen zur Analyse von Stärken und Schwächen der Organisation, zur Optimierung von Arbeitsprozessen, zur Qualifizierung von Führungskräften, sowie zur Aktivierung und Motivierung der Beschäftigten. Dabei ist eine ganzheitliche Herangehensweise punktuellen Aktivitäten deutlich überlegen. Vor allem, wenn Maßnahmen der Verhaltensprävention und Verhältnisprävention in eine gesundheitsorientierte Unternehmens- und Führungskultur eingebettet werden, können nachhaltige Erfolge erreicht werden.

Die Wettbewerbsfähigkeit, der wirtschaftliche Erfolg und auch die Gesundheit von Unternehmen hängen wesentlich vom Wissen, den Fähigkeiten und dem Einsatzwillen ihrer Beschäftigten ab. Gesunde, qualifizierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich mit ihren Aufgaben und dem Unternehmen identifizieren, werden damit zu Schlüsselfaktoren, um im Wettbewerb zu bestehen.

Zentrale Fragen und Antworten im Überblick

Wie werden Fehlzeiten analysiert und bewertet?

- o Systematik der Fehlzeitenanalyse s. Seite 4 - 6
- o Von der Analyse zu Maßnahmen s. Seite 6

Wie sieht das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit aus?

- o Firmenfitness – Mehr Erfolg im BGM s. Seite 7 - 8
- o Betriebliches Gesundheitsmanagement s. Seite 8 - 9

Wie sieht das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Jahr 2009 aus?

- o Überblick: Kennzahlen, wichtigste Ergebnisse und Erkenntnisse s. Seite 11 - 18
- o Krankenstand und Betroffenheitsquote s. Seite 14 - 17
- o AU-Geschehen nach Geschlecht und Alter s. Seite 17 - 18

Welche krankheits-, person- und berufsspezifischen Unterschiede gibt es?

- o Die zehn wichtigsten Krankheitsarten s. Seite 18 - 21
- o Wechselwirkungen: Krankheit, Geschlecht und Alter s. Seite 21 - 23
- o Die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen s. Seite 23 - 25
- o Altersgruppenvergleiche s. Seite 25 - 28
- o Berufsspezifische Analysen s. Seite 28 - 29
- o Analyse kurzer und langer Fehlzeiten s. Seite 29 - 35
- o AU-Analyse nach Bundesländern s. Seite 36 - 38

Schwerpunktthema: Was liefert der Report zur Gesundheitskompetenz und Gesundheitskultur?

- o Gesundheit als Ressource der Zukunft s. Seite 39 - 40
- o Pyramide der Gesundheitskompetenz s. Seite 40 - 41
- o Gesundheitskompetenz als Unternehmensressource s. Seite 42 - 46
 - o - Gesundheitskultur s. Seite 44 - 46
 - o - BGM und sein Beitrag zur Gesundheitskompetenz s. Seite 46
- o Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen s. Seite 46 - 51
- o Maßnahmen: Gesundheitskultur und -kompetenz im Unternehmen s. Seite 52 - 65
- o Gesundheitskompetenz als personale Ressource s. Seite 65 - 75
- o Der psychologische Gesundheitstyp s. Seite 68 - 75
- o Ausblick auf die BARMER GEK Gesundheitsstudie s. Seite 75 - 76

I Unternehmenserfolg durch gesunde Unternehmen

1 Fehlzeiten analysieren, bewerten und Maßnahmen ableiten

Um mögliche Ursachen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens zu ermitteln, sollten grundsätzlich *drei Ursachenfelder* berücksichtigt werden: (1) die Person mit ihren individuellen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Gesundheitskompetenz), (2) die Berufstätigkeit (z.B. vorwiegend körperliche oder geistige Arbeit) sowie (3) das Krankheitsbild bzw. die spezifische Krankheit, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Erkrankungen des Atmungssystems haben z.B. eine andere Krankheitsdynamik und einen anderen Verlauf als Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Psychische Erkrankungen. Die Darstellung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens soll darüber hinaus aufzeigen, welche Informationen Ihnen die BARMER GEK als „Starker Gesundheitspartner für Unternehmen“ mit dem „Unternehmensreport Gesundheit“ als Unterstützung für ein wirksames Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zur Verfügung stellen kann.

Viele „models of good practice“ belegen: Gezielte Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung fördern nicht nur die Gesundheit der Beschäftigten. Sie senken überdies die krankheitsbedingten Kosten und steigern die Leistungsfähigkeit von Unternehmen (siehe u. a. IGA-Reports 13 und 16).

Die in den bisherigen Gesundheitsreports der BARMER (vgl. BARMER Gesundheitsreport 2004 bis 2009) dargestellten Befunde und Gesetzmäßigkeiten haben gezeigt, dass die Berücksichtigung der eingangs genannten drei Ursachenfelder sehr hilfreich dafür ist, gezielte Vorschläge für BGM-Maßnahmen zu entwickeln, da sie gleichzeitig auch Interventionsfelder darstellen. Den Zusammenhang zwischen Ursachen- und Interventionsfeldern veranschaulicht Abbildung 1.

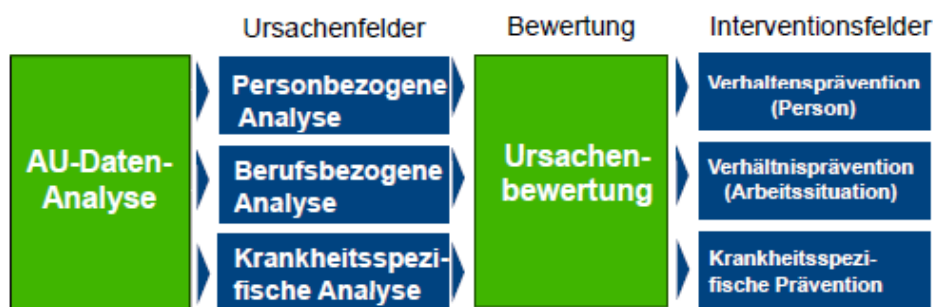


Abbildung 1: Von der AU-Datenanalyse zur gezielten Maßnahmenableitung

Verhaltensprävention zielt als personenbezogene Maßnahme darauf ab, die individuellen gesundheitsförderlichen Ressourcen zu stärken. Hier geht es insbesondere um die Stärkung der personalen bzw. individuellen Gesundheitskompetenz, die in diesem Report als Teil der Unternehmensressource Gesundheit (s. dazu weiter unten) ausführlicher beschrieben wird. Auch sind Stressbewältigung, Bewegung, gesunde Ernährung und die Art

und Weise, wie mit den alltäglichen Arbeitsanforderungen, Belastungen und Stressoren umgegangen wird, Themen, die hier von Bedeutung sind.

Verhältnisprävention zielt als berufs- bzw. tätigkeitsbezogenes Maßnahmenbündel darauf ab, gesundheitsförderliche Ressourcen zu stärken und gesundheitsbeeinträchtigende *Arbeitsbedingungen* zu vermeiden. Sie umfasst Maßnahmen wie die Neu- oder Umgestaltung von Arbeitsaufgaben, der Arbeitsorganisation (z.B. Arbeitszeit, Pausengestaltung) und von Arbeitsprozessen sowie ergonomische Maßnahmen am Arbeitsplatz. Ebenso sind die Gesundheitskultur, gesunde Führung und die Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen im Unternehmen und zu anderen Sozialversicherungsträgern, wie z. B. den Unfallversicherungsträgern, Ansatzpunkte verhältnis-orientierter Maßnahmen (vgl. Ulich & Wülser, 2009; Wieland, 2010). Im Schwerpunktthema dieses Reports wird darauf unter dem Kapitel „Organisationale Gesundheitskompetenz“ ausführlich eingegangen.

Krankheitsspezifische Prävention umfasst Maßnahmen, die sich für bestimmte Krankheitsbilder als wirksam erwiesen haben. Impfungen sind ein Beispiel, das jedem vertraut ist. Beispiele dafür, dass „Mehr Bewegung“ als Präventionsmaßnahme geeignet ist, sind Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck und Arthrose, die in engem Zusammenhang mit Übergewicht und Fettsucht stehen. Ebenso beugt Bewegung einem Herzinfarkt vor und hat sich auch als Präventionsmaßnahme für Suchtverhalten erwiesen (vgl. z.B. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR, 2001).

1.1 Ursachenfelder im Fokus der betrieblichen Arbeitsunfähigkeitsanalyse

Personenspezifische Analysen lassen Schlussfolgerungen darüber zu, welchen Einfluss demografische Daten wie Geschlecht, Alter und Schul- und Berufsausbildung oder regionale Besonderheiten (z.B. Stadt, Bundesland) auf das Fehlzeitengeschehen haben. Frauen hatten z.B. in den letzten Jahren stets mehr Fehltag als Männer aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) und sind in dieser Krankheitsgruppe im Durchschnitt jünger als Männer. Beschäftigte mit hoher Schul- bzw. Berufsbildung weisen in der Regel geringere krankheitsbedingte Fehlzeiten auf als Beschäftigte mit geringen Bildungsgraden. Bei Kenntnis von Personengruppen mit spezifischen krankheitsverursachenden Merkmalskonstellationen lassen sich Gesundheitsförderungsmaßnahmen gezielt darauf abstimmen.

Berufs- bzw. tätigkeitsspezifische Analysen geben Aufschluss darüber, welchen Stellenwert die mit der Arbeitstätigkeit alltäglich verbundenen (psychischen und körperlichen) Anforderungen und Belastungen für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben.

So zeigt z. B. die Forschung zur „Rückengesundheit“, dass Berufe mit einseitigen, sich oft wiederholenden Tätigkeiten und zugleich geringen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen ein hohes Risikopotenzial für Muskel-Skelett-Erkrankungen darstellen (vgl. z.B. Lundberg, 1994; Mühlpfordt & Richter, 2003; Wieland, 2008). Darüber hinaus sind es psychosoziale Anforderungen und Belastungen, die als Risikofaktor für MSE angesehen werden, sowie Tätigkeiten mit vorwiegend (schweren) körperlichen Belastungen und solche,

die vorwiegend im Stehen ausgeführt werden. VerkäuferInnen, deren Tätigkeit durch langes Stehen, wenig Abwechslung in den Arbeitsaufgaben und oft lange Phasen des Wartens gekennzeichnet ist, weisen beispielsweise mit 17,0 AU-Tagen eine überdurchschnittliche Krankheitsdauer auf (vgl. Tabelle 4, Seite 29).

Anhand **krankheitsspezifischer Analysen** können die Besonderheiten bestimmter Diagnosegruppen bzw. Krankheitsbilder festgestellt werden. So zeigt sich z.B., dass Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10, Diagnosegruppe Kapitel V) in den letzten Jahren in ihrer Dauer und Häufigkeit deutlich zugenommen haben sowie mit dem Alter der Beschäftigten kontinuierlich ansteigen. Für Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10, Diagnosegruppe Kapitel X) ist es genau umgekehrt: Sie sind im jüngeren Alter sehr häufig; mit zunehmendem Alter treten sie als Ursache von krankheitsbedingten Fehlzeiten dagegen immer weniger in Erscheinung (s. Abbildung 9, Seite 24). Krankheitsspezifische Analysen ermöglichen die Identifizierung von Krankheitsbildern und ihrer speziellen Fehlzeitematik und können so Hinweise auf bestimmte Risikokonstellationen am Arbeitsplatz liefern.

1.2 Von der Analyse zur Ableitung von Maßnahmen

Auswahl und Einsatz verhältnis-orientierter (Arbeitsgestaltung) oder verhaltens-orientierter (Qualifizierung) Maßnahmen richten sich nach den ermittelten Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen. Sind gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen (z.B. falsche Hebe-technik, zu wenig Bewegung etc.) ursächlich, wird man Qualifizierungsmaßnahmen in den Vordergrund stellen. Verhältnisorientierte Maßnahmen sind dann notwendig, wenn Merkmale der Arbeitssituation – Arbeitsorganisation und –aufgaben, Arbeitsmittel, physikalische Arbeitsumwelt, psycho-sozialer Stress – als primäre Ursachen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens identifiziert wurden.

Natürlich ist auch mit *Kombinationswirkungen von tätigkeits-, person- und krankheitsspezifischen Merkmalen* zu rechnen. Wechselwirkungen zwischen arbeits- und personbezogenen Merkmalen – z.B. Berufstätigkeit, Altersgruppe und Geschlecht – können Aufschluss über Risikogruppen liefern, für die dann geeignete Präventionsmaßnahmen ausgewählt oder entwickelt werden können.

Analog zu den häufig beobachtbaren Wechselwirkungen zwischen Person- und Arbeitsmerkmalen, bestehen die *wirksamsten Maßnahmen zur Verringerung des Krankenstandes* aus der Kombination von verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen, die zudem Maßnahmen zur Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Unternehmens- und Führungskultur einschließen. Die konsequente Verbindung von Fortbildung und Qualifizierung (Gesundheitszirkel, Seminare zur gesunden Führung) und die gleichzeitige Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Ergonomie, Aufgabenvielfalt, Spielräume usw.) sind dabei die effizientesten Strategien zur Entwicklung eines gesunden und erfolgreichen Unternehmens.

2 Mehr Erfolg im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit

Mit dem Gesundheitsreport setzt die BARMER GEK wichtige Impulse für die Personalpolitik in Unternehmen. Hierbei treten die Faktoren „Unternehmen und Organisation“, „Führungskräfte“ und „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ immer stärker in den Fokus. Aus diesem Grund entwickelt die BARMER GEK ihr Firmenangebot Gesundheit kontinuierlich weiter. Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit besteht aus einer Vielzahl von Modulen, die sich flexibel in bereits vorhandene Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements integrieren lassen oder zum Aufbau eines firmenspezifischen Gesundheitsmanagements genutzt werden können. Gleichzeitig eröffnen die Angebote neue Perspektiven rund um die Stärkung der eigenen Gesundheit und die Verbesserung der Motivation und Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz.

Ihre Ziele sind unsere Ziele:

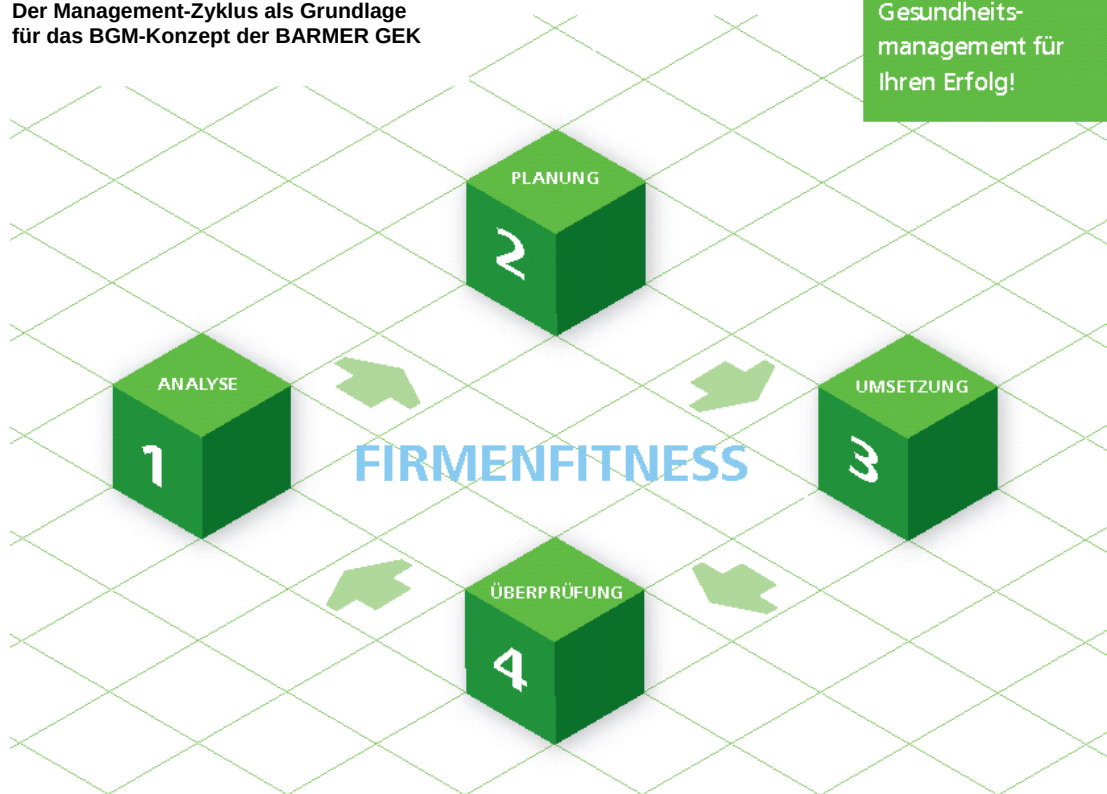
- Zufriedene und leistungsbereite Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Hohe Produktivität
- Geringe Fehlzeiten und Kosten

Um Sie auf dem Weg zum Ziel effizient und kompetent zu begleiten, basieren die Module des BARMER GEK Firmenangebots Gesundheit auf dem Management-Zyklus:

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Überblick.

Der Management-Zyklus als Grundlage
für das BGM-Konzept der BARMER GEK

Unsere Idee:
Betriebliches
Gesundheits-
management für
Ihren Erfolg!



„Firmenfitness“ steht für leicht umsetzbare Maßnahmen, welche die Belegschaft begeistern und für den Gesundheitsgedanken sensibilisieren sollen. Sie können auch dabei helfen, die eigenen Gesundheitspotenziale zu aktivieren und gesundheitsbewusstes Verhalten, wie beispielsweise regelmäßige Bewegung, in den beruflichen Alltag zu integrieren. Zugleich wird über unser besonderes Dienstleistungsangebot ein Einstieg in das Betriebliche Gesundheitsmanagement geschaffen.

Hierzu zählen zum Beispiel:

- **Gesundheitstag** – vor Ort kompakt und umfassend informieren
- **Aktive Mini-Pause** – Stress ab- und Konzentration aufbauen
- **Wake up-Energizer** – als Fundament für die tägliche Belastung von Führungskräften
- **Wassertag** – und vieles mehr...

Bei den ganzheitlichen Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wird durch die Phasen der Analyse, Planung, Umsetzung und Überprüfung sichergestellt, dass Ihr Unternehmen seinen maßgeschneiderten Weg zur Verbesserung der Gesundheit gehen kann. Durch unsere Beratung können Sie firmenspezifische Analyseinstrumente, wie z.B. den BARMER GEK Unternehmensreport Gesundheit oder die Beschäftigtenbefragung, nutzen und in Ihren Entwicklungsprozess einfließen lassen.

Der BARMER GEK Unternehmensreport Gesundheit beinhaltet speziell die AU-Datenanalyse der BARMER GEK Versicherten Ihres Unternehmens. Die BARMER GEK stellt Ihnen diesen Service kostenlos zur Verfügung.

Einzigste Voraussetzung: Um aussagefähige Daten zu gewinnen und um einen individuellen Datenschutz zu gewährleisten, müssen ausreichend BARMER GEK Versicherte beschäftigt sein.

Wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, liefern wir Ihnen innerhalb kurzer Zeit eine umfassende AU-Datenanalyse für die BARMER GEK Versicherten Ihres Unternehmens. Der Bericht dokumentiert in anonymer Form Gründe und Bedingungen von Fehlzeiten. Dabei differenziert der Unternehmensreport Gesundheit nach Alter, Geschlecht und Berufsgruppen. Wir unterstützen Sie anschließend bei der Auswertung und Ableitung geeigneter Maßnahmen.

Aufbauend auf die Analysephase bietet die BARMER GEK spezielle Angebote zu folgenden aktuellen Themen:

- | | |
|--|------------------------------------|
| ■ Führung und Gesundheit | ■ Demografie und Gesundheit |
| ■ Work-Life-Balance | ■ Ausbildung und Gesundheit |
| ■ Vereinbarkeit von Familie und Beruf | |
| ■ Vereinbarkeit von Pflegesituationen und Beruf | |

Zu den Angeboten des Themenfeldes „Führung und Gesundheit“ gehört unser Workshop „**FÜHRUNGAKTIV**“. Führungskräfte üben einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten aus. Indem sie an der Gestaltung betrieblicher Strukturen, Arbeitsinhalte und -abläufe beteiligt sind, entscheiden sie mit über die Arbeitsanforderungen und damit auch über die Entfaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der Beschäftigten. Von ihrem Verhalten hängt es häufig ab, wie eine Arbeitssituation erlebt wird und welche gesundheitlichen Folgen daraus möglicherweise resultieren.

Sie sind ihrerseits selbst vielfältigen Belastungen im Arbeitsalltag ausgesetzt, die gleichermaßen ihre Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen. Ein bewusster Umgang mit den Beanspruchungen in der Rolle als Führungskraft und die Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz sind zentrale Themen des Workshops. Ebenso die Realisierung eines gesundheitsgerechten Umgangs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Dem Themenfeld „Work-Life-Balance“, also der Balance zwischen Berufs- und Privatleben, widmet sich der neue Workshop „**WORK-LIFEAKTIV**“. Vielfältige Veränderungen in unseren Arbeits- und Lebenswelten bedeuten neue Herausforderungen, aber auch verstärkte Belastungen für den Einzelnen. Für viele Beschäftigte wird es zunehmend schwieriger, eine gesunde Balance zu finden. Ergebnis: Sie fühlen sich überfordert, ausgepowert und erschöpft.

Durch lösungsorientierte Kommunikation, die Erfahrung gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung und die Entdeckung individueller Ressourcen erlernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, wie Motivation, Engagement und Leistung dauerhaft erhalten werden können.

Zur Förderung eines gesundheitsgerechten Verhaltens bietet die BARMER GEK weitere Maßnahmen zu folgenden Themen an:

- Vorbeugung und Reduktion arbeitsbedingter körperlicher Belastungen
- Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz
- Kompetenzen zur Stressbewältigung
- Umgang mit Suchtmitteln, z. B. „Rauchfrei im Betrieb“

Sollte es zu längeren gesundheitlichen Ausfällen bei Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommen, unterstützt die BARMER GEK Sie ebenso bei der Umsetzung des Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX.

Über 100 Expertinnen und Experten der BARMER GEK stehen Ihnen bundesweit speziell zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement zur Verfügung.

II Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen 2009 – Überblick und Detailanalysen

3 Fakten und Gesetzmäßigkeiten des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens

3.1 Erwerbstätig Versicherte der BARMER im Jahr 2009 – Anzahl und Zusammensetzung

Der BARMER GEK Gesundheitsreport umfasst die Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) von 2.967.216 Fällen von 1.467.431 Personen, die im Jahr 2009 bei der BARMER versichert und aktiv erwerbstätig waren. Es werden nur AU-Daten erfasst, für die eine ärztliche Bescheinigung vorlag. Der ermittelte Krankenstand kann vom betrieblichen Krankenstand abweichen, da letzterer auch Kurzzeiterkrankungen bis zu drei Tagen berücksichtigt, für die oft keine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden muss.

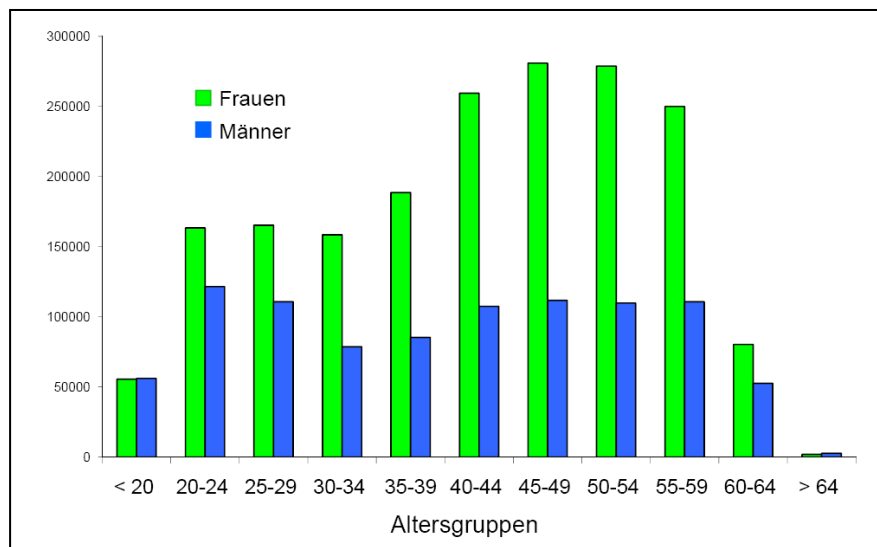


Abbildung 2: Zusammensetzung der erwerbstätigen BARMER Versicherten nach Geschlecht und Altersgruppen

Die bei der BARMER ganzjährig versicherten Personen setzten sich 2009 ähnlich wie in den vergangenen Jahren zu 66,6 % aus Frauen und zu 33,4 % aus Männern zusammen. Abbildung 2 zeigt die Zusammensetzung der BARMER Versicherten nach Geschlecht und Altersgruppen.

In allen *Altersgruppen* – ausgenommen unter 20-Jährige und über 64-Jährige – überwiegt der Frauenanteil deutlich, dies gilt insbesondere für die Altersgruppen zwischen 40 und 59 Jahren. Das *Durchschnittsalter* der Frauen ist mit 42,2 Jahren im Vergleich zu den Männern (39,7 Jahre) höher.

3.2 Die wichtigsten Kennzahlen und Erkenntnisse auf einen Blick

3.2.1 Die wichtigsten Kennzahlen

In der nachfolgenden Übersicht finden Sie die wichtigsten Kennzahlen zur Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens für die erwerbstätigen BARMER Versicherten.

Überblick über die wichtigsten AU-Daten der BARMER Versicherten insgesamt

Krankenstand	Der Krankenstand der BARMER Versicherten lag im Jahr 2009 bei 3,8 %.																		
Arbeitsunfähigkeits- oder Betroffenheitsquote	Die Betroffenheitsquote erreichte im Jahr 2009 einen Wert von 51,9 %. D.h. für 48,1 % der BARMER Versicherten lag für das Jahr 2009 keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vor.																		
Erkrankungshäufigkeit	Die Erkrankungshäufigkeit lag bei 99,4 Fällen pro 100 Versichertenjahre.																		
Erkrankungsdauer (AU-Tage) je Krankheitsfall:	Die mittlere Erkrankungsdauer je Krankheitsfall betrug 13,8 Tage.																		
Die wichtigsten Krankheitsarten	Im Jahr 2009 entfielen von allen krankheitsbedingten Fehltagen auf: <table> <tr> <td>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems:</td><td>23,0 %</td></tr> <tr> <td>Psychische und Verhaltensstörungen:</td><td>17,6 %</td></tr> <tr> <td>Erkrankungen des Atmungssystems:</td><td>16,0 %</td></tr> <tr> <td>Verletzungen und Vergiftungen:</td><td>8,0 %</td></tr> </table> Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug für: <table> <tr> <td>Neubildungen (Krebserkrankungen):</td><td>42,2 Tage</td></tr> <tr> <td>Psychische und Verhaltensstörungen:</td><td>40,5 Tage</td></tr> <tr> <td>Muskel-Skelett-Erkrankungen:</td><td>21,9 Tage</td></tr> <tr> <td>Krankheiten des Kreislaufsystems:</td><td>21,8 Tage</td></tr> <tr> <td>Verletzungen und Vergiftungen:</td><td>20,4 Tage</td></tr> </table>	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems:	23,0 %	Psychische und Verhaltensstörungen:	17,6 %	Erkrankungen des Atmungssystems:	16,0 %	Verletzungen und Vergiftungen:	8,0 %	Neubildungen (Krebserkrankungen):	42,2 Tage	Psychische und Verhaltensstörungen:	40,5 Tage	Muskel-Skelett-Erkrankungen:	21,9 Tage	Krankheiten des Kreislaufsystems:	21,8 Tage	Verletzungen und Vergiftungen:	20,4 Tage
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems:	23,0 %																		
Psychische und Verhaltensstörungen:	17,6 %																		
Erkrankungen des Atmungssystems:	16,0 %																		
Verletzungen und Vergiftungen:	8,0 %																		
Neubildungen (Krebserkrankungen):	42,2 Tage																		
Psychische und Verhaltensstörungen:	40,5 Tage																		
Muskel-Skelett-Erkrankungen:	21,9 Tage																		
Krankheiten des Kreislaufsystems:	21,8 Tage																		
Verletzungen und Vergiftungen:	20,4 Tage																		
Berufsgruppen	Von den zehn bei der BARMER am häufigsten vertretenen Berufsgruppen wiesen VerkäuferInnen mit 4,7 %, SozialarbeiterInnen mit 4,6 % sowie Krankenpflegepersonal mit 4,5 % die höchsten Krankenstandsdaten auf. Die niedrigsten Raten fanden sich bei Bankfachleuten mit 3,0 %, ErzieherInnen mit 3,2 %, SprechstundenhelferInnen sowie Groß- und Einzelhandelskaufleuten, EinkäuferInnen mit je 3,3 %. Im Anhang findet sich eine Tabelle, die einen Überblick über die Krankenstandsdaten von 126 Berufsgruppen gibt.																		

3.2.2 Die wichtigsten Erkenntnisse

Die **durchschnittliche Erkrankungsdauer** lag mit 13,8 Tagen (2008 = 13,6) geringfügig höher als im Vorjahr; dies gilt ebenso für den darauf beruhenden **Krankenstand** von 3,8 % (2008 = 3,7 %). Leicht zugenommen hat die **Betroffenheitsquote**, die den Anteil der Beschäftigten angibt, die wenigstens einmal im Jahr krankgemeldet waren: Sie stieg von 50,5 % im Jahr 2008 auf 51,9 % im Jahr 2009.

Krankheitsspezifische Befunde

Fast zwei Drittel (64,6 %) aller *AU-Fälle* wurden im Jahr 2009 durch die folgenden vier Krankheitsarten verursacht:

Muskel-Skelett-Erkrankungen:	23,0 % (2008 = 23,7 %)
Psychische und Verhaltensstörungen:	17,6 % (2008 = 16,8 %)
Erkrankungen des Atmungssystems:	16,0 % (2008 = 14,6 %)
Verletzungen und Vergiftungen:	8,0 % (2008 = 8,1 %).

Die durchschnittliche *Erkrankungsdauer* für Krebserkrankungen (Neubildungen) ist mit 42,2 Tagen gegenüber 2008 (42,2 Tage) gleichgeblieben.

Für Psychische und Verhaltensstörungen ist mit 40,5 Tagen eine weitere Steigerung gegenüber den beiden Vorjahren (2008 = 39,1 Tage; 2007 = 35,3 Tage) zu verzeichnen.

Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen mit 21,9 Tagen und Krankheiten des Kreislaufsystems mit 21,8 Tagen etwas höher als im letzten Jahr (2008 jeweils 21,2 Tage).

Berufsspezifische Befunde

In den *zehn häufigsten Berufsgruppen* der BARMER variieren der Krankenstand und die Krankheitsdauer zwischen 3,0 % und 4,7 % bzw. 11,1 bis 17,0 Fehltagen. Die *höchsten Werte* weisen wiederum Berufsgruppen mit eher monotonen und einseitigen Tätigkeiten auf (VerkäuferInnen) bzw. solche, die durch psychosoziale und physische Belastungen (Krankenpflegepersonal, SozialarbeiterInnen) stark beansprucht werden.

Geringe Fehlzeitenraten und eine kurze Krankheitsdauer finden sich dagegen wie im Vorjahr (2008) bei Berufsgruppen, die entweder relativ vielseitige Tätigkeiten (Groß- und Einzelhandel) oder einen hohen Anteil an sozialer Interaktion und Kommunikation (ErzieherInnen) haben. Darüber hinaus sind es die Beschäftigten in Kleinbetrieben bzw. Arztpraxen (z.B. SprechstundenhelferInnen), die vergleichsweise geringe Krankenstände aufweisen.

Für die zehn Berufsgruppen ergab sich im Einzelnen folgendes Bild:

Die *geringsten* Krankenstände haben wie im Vorjahr Bankfachleute (3,0 %), ErzieherInnen (3,2 %), SprechstundenhelferInnen (3,3 %), Groß- und Einzelhandelskaufleute (3,3 %) sowie Bürofachkräfte (3,4 %). HeimleiterInnen und SozialpädagogInnen (3,7 %), Stenographen, -typisten und MaschinenschreiberInnen (3,7 %) liegen im mittleren Bereich. Die *höchsten* Krankenstände fanden sich wiederum beim Krankenpflegepersonal (4,5 %), bei

VerkäuferInnen (4,7 %) und SozialarbeiterInnen (4,6 %). Diese Berufsgruppen liegen damit deutlich über dem mittleren Niveau von 3,8 % aller erwerbstätig Versicherten der BARMER.

Personenspezifische Befunde – Vergleich von Frauen und Männern

Frauen und Männer unterscheiden sich im Hinblick auf Muskel-Skelett-Erkrankungen: Frauen haben hier einen geringeren Anteil am Krankenstand (21,8 %) sowie einen geringeren Anteil an den AU-Fällen (13,4 %) als Männer mit 25,2 % bzw. 16,3 %.

Männer sind darüber hinaus in jüngerem Alter betroffen: Das Durchschnittsalter von Männern mit Muskel-Skelett-Erkrankungen ist mit 43,6 Jahren bedeutsam (statistisch hochsignifikant; $p < .001$) niedriger als bei Frauen mit 46,1 Jahren.

Obwohl sich der Krankenstand von *Frauen und Männern* bei *Erkrankungen des Atmungssystems* kaum unterscheidet, gibt es auch hier einen bedeutsamen Altersunterschied: Frauen sind mit 40,8 Jahren deutlich (statistisch hochsignifikant; $p < .001$) älter im Vergleich zu Männern mit 37,5 Jahren.

Für *Psychische und Verhaltensstörungen* ist der Anteil am Krankenstand für Frauen wie im Vorjahr mit 19,3 % deutlich höher als bei Männern (14,2 %).

Personenspezifische Befunde – Einfluss des Alters

Das Krankheitsspektrum unterscheidet sich in den Altersgruppen deutlich:

- Bei *jungen Erwerbstätigen* haben Erkrankungen der Atmungsorgane einen sehr hohen, Muskel-Skelett-Erkrankungen dagegen nur einen sehr geringen Anteil an den Fehlzeiten. Im Laufe des Erwerbslebens verändert sich dieses Verhältnis systematisch dahingehend, dass Erkrankungen des Atmungssystems mit zunehmendem Alter an Bedeutung verlieren. Im Gegensatz dazu steigt die Bedeutung von Muskel-Skelett-Erkrankungen.
- Bei den *unter 20-Jährigen* spielen Erkrankungen des Atmungssystems trotz ihrer relativ kurzen Dauer von 4,6 Tagen (2008 = 4,4 Tage) eine wesentliche Rolle im Fehlzeitengeschehen, da sie mit 39,2 % (2008 = 35 %) einen hohen Prozentanteil an der AU-Dauer haben.
- Für *ältere Erwerbstätige* (60 - 64 Jahre) sind Erkrankungen des Atmungssystems am Fehlzeitengeschehen trotz ihrer relativ langen Dauer von 9,9 Tagen (2008 = 10 Tage) anders zu beurteilen, da ihr prozentualer Anteil an der Erkrankungsdauer mit 24,3 % (2008 = 21,7 %) vergleichsweise gering ist.

Insgesamt wird deutlich: Der prozentuale Anteil an der Erkrankungsdauer hat für *Erkrankungen des Atmungssystems* gegenüber 2008 deutlich zugenommen. Welchen Beitrag dabei möglicherweise als „Vorlauseffekt“ die Grippewelle in 2009 hat, lässt sich nicht eindeutig ausmachen.

3.3 Krankenstand, Erkrankungsdauer und Fehlzeitenstruktur

Krankenstand. Im Jahr 2009 betrug der *Krankenstand* bei den erwerbstätig Versicherten der BARMER *im Durchschnitt* 3,8 %. Der *Median* liegt wie für das Jahr 2008 bei 1,4 %, d.h. 50 % der Betroffenen weisen eine Krankenstandsrate unter 1,4 % auf. Die Hälfte der Erwerbstätigen, die bei der BARMER versichert sind und mindestens einmal im Jahr krankgeschrieben sind, haben demnach wiederum einen sehr niedrigen Krankenstand.

Erkrankungsdauer. Die *durchschnittliche Erkrankungsdauer* betrug 13,8 Tage. Der Median liegt für das Jahr 2009 wie für 2008 bei 5 Tagen. Das bedeutet: 50 % der Betroffenen fehlten weniger als 5 Tage; 50 % der Betroffenen mehr als 5 Tage im Jahr. Den größten Anteil (50,0 %, s. dazu Abbildung 12, Seite 31) an der Erkrankungsdauer haben dabei im Jahr 2009 Erkrankungen, die mehr als 6 Wochen (Langzeitarbeitsunfähigkeit) andauern.

Fehlzeitenstruktur. Fehlzeiten werden nach ihrer Dauer üblicherweise in sechs Kategorien eingeteilt: 1 - 3 Tage, 4 - 7 Tage, 8 - 14 Tage, 15 - 28 Tage, 29 - 42 Tage und mehr als 42 Tage. Nach dieser Einteilung geht der *Hauptanteil der AU-Fälle im Jahr 2009* mit 34,7 % wiederum auf Krankheitsfälle mit 1 - 3 Fehltagen zurück.

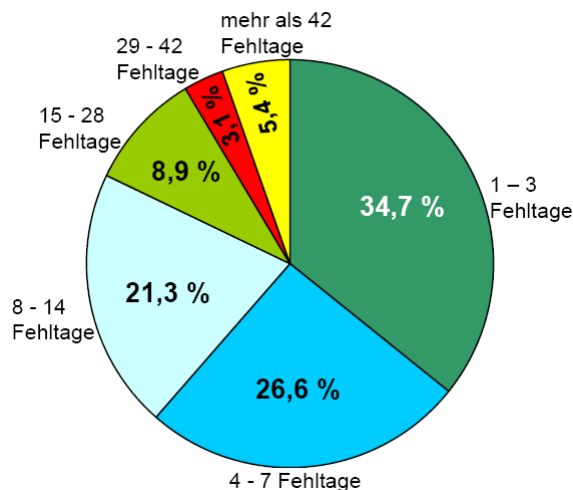


Abbildung 3: Prozentualer Anteil von sechs Fehlzeitengruppen an den AU-Fällen

Der Anteil der Krankheitsperioden von 4 - 7 Tagen beträgt 26,6 %, von 8 - 14 Fehltagen 21,3 % und von 15 bis 28 Tagen 8,9 %. AU-Fälle, die 29 bis 42 Tage bzw. mehr als 42 Tage andauern, haben dementsprechend mit 3,1 % und 5,4 % einen sehr geringen Anteil. Diese Fehlzeitenstruktur, die in Abschnitt 4.6 noch genauer untersucht wird, weist gegenüber dem Vorjahr (2008) keine nennenswerten Unterschiede auf.

3.4 Arbeitsunfähigkeits- oder Betroffenheitsquote

Die *Arbeitsunfähigkeitsquote* (Betroffenheitsquote) kennzeichnet den Prozentanteil der Versicherten mit mindestens einer Krankschreibung innerhalb eines Kalenderjahres. Im Jahr 2009 betrug sie 51,9 %, d.h. in diesem Jahr waren von den BARMER Versicherten 51,9 % wenigstens einmal aufgrund einer Krankheit *arbeitsunfähig*. Das heißt im Umkehrschluss,

dass für 48,1 % der BARMER Versicherten keine Arbeitsunfähigkeit vorlag. Gegenüber der AU-Quote von 50,5 % im Vorjahr 2008 ist diese somit um 1,4 Prozentpunkte gestiegen.

Daraus folgt:

Die Arbeitsunfähigkeits- bzw. Betroffenheitsquote ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen.

Die Höhe der AU-Quote sagt jedoch noch nichts darüber aus, ob die *Beschäftigten ohne Fehlzeiten* gesund und leistungsfähig sind. Neuere Analysen zum *Präsentismus* zeigen:

- Die Produktivitätsverluste aufgrund von Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz fehlender Gesundheit (Präsentismus) können deutlich höher ausfallen als Produktivitätsverluste aufgrund krankheitsbedingter Abwesenheit bzw. Absentismus (vgl. Ulich, 2005).
- Beschäftigte, die krank zur Arbeit gehen, tun dies insbesondere dann, wenn ihre Führungskräfte einen autoritären Führungsstil pflegen und die Arbeit gleichzeitig auch noch durch viele Störungen (Arbeitsunterbrechungen, unklare Aufgabenstellungen, keine Rückmeldung) gekennzeichnet ist (vgl. dazu Wieland, Winizuk & Hammes, 2009). Die Autoren bezeichnen diesen erstaunlichen Befund als „Paradoxie des Präsentismus“: Man würde ja gerade an Arbeitsplätzen mit solch negativer Charakteristik erwarten, dass die Beschäftigten hier lieber zu Hause bleiben, wenn sie krank sind.

Präsentismus ist ein Thema, das in den letzten beiden Jahren verstärkt im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements diskutiert wird. Zunehmend gibt es auch empirische Belege zur Wirkung von Präsentismus. Heraus zu heben ist hier die Whitehall II Study von Kivimäki et al. (2005): Die Forscher konnten in einer Langzeitstudie belegen, dass diejenigen männlichen Beamten (ohne Herzinfarkt in der Vorgeschichte), die während des drei Jahre langen Untersuchungszeitraumes nicht fehlten, ein doppelt so hohes Risiko hatten einen Infarkt zu erleiden wie Beamte mit moderaten Fehlzeiten.

3.4.1 Vergleich zwischen Frauen und Männern

Frauen haben für das Jahr 2009 mit 55 % (2008 = 53,3 %) eine deutlich höhere Arbeitsunfähigkeitsquote als *Männer* mit 46,9 % (2008 = 46 %). Sie liegen damit auch im Jahr 2009 wieder deutlich über dem Gesamtdurchschnitt von 51,9 % (2008 = 50,5 %) aller Versicherten.

Dieser Befund zeigt: Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal pro Jahr krankheitsbedingt fehlen, ist deutlich (signifikant; $p < .001$) höher als derjenige der Männer; wobei sich die Erkrankungsdauer mit jeweils 13,8 Tagen im Jahresdurchschnitt nicht unterscheidet. Eine mögliche Erklärung ist, dass Frauen häufiger zu Hause bleiben als Männer, z.B. aufgrund von Schwangerschaft, Erkrankungen ihrer Kinder oder weil sie Angehörige pflegen müssen. Generell sind berufstätige Frauen stärker belastet als Männer; sie tragen neben ihrer beruflichen Tätigkeit oft auch die alleinige Last des Haushaltes sowie der Betreuung

der Kinder und übernehmen zudem häufig Behördengänge etc. Insgesamt sind die hier berichteten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den vergangenen Jahren ziemlich stabil geblieben (vgl. die Gesundheitsreporte 2005, 2006, 2007, 2008 und 2009).

3.4.2 Vergleich nach Geschlecht und Alter

In jungen Jahren (Altersgruppe < 20 Jahre und 20 - 24 Jahre) ist die Arbeitsunfähigkeitsquote (AU-Quote) bei weiblichen und männlichen Beschäftigten sehr hoch und liegt weit über dem Gesamtdurchschnitt von 51,9 % aller BARMER Versicherten. Danach ist zunächst ein steiler Abfall der AU-Quote zu beobachten, dem ab 35 Jahren wieder ein kontinuierlicher Anstieg bis zur Altersgruppe 55 - 59 Jahre folgt.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen erreicht die Arbeitsunfähigkeitsquote in der Altersgruppe der 30 - 34-Jährigen mit 42,9 % bzw. 51,0 % ihren niedrigsten Stand. Männer weisen bis zum Alter von 34 Jahren einen deutlich stärkeren Abfall in der AU-Quote auf als Frauen. Dieser beträgt 14,2 Prozentpunkte (2008 = 12,3 Prozentpunkte) für Männer und 6,3 Prozentpunkte (2008 = 8,7 Prozentpunkte) für Frauen. Anschließend ist – bei insgesamt unterschiedlichem Niveau – bei Frauen und Männern ein ähnlicher Verlauf zu beobachten. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe 60 - 64 Jahre: Hier sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen wieder deutlich geringer.

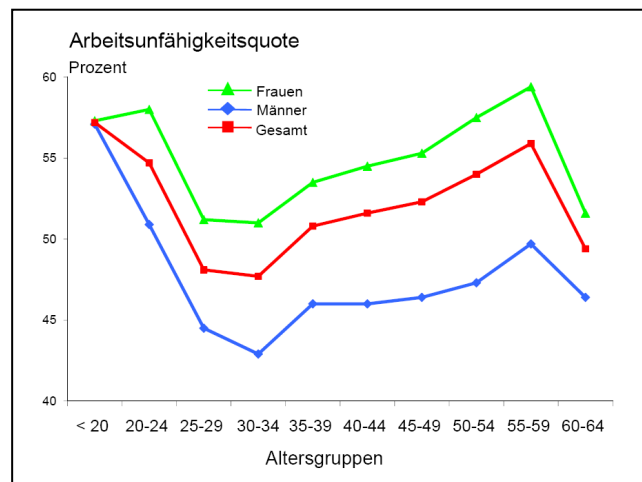


Abbildung 4: AU-Quote in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht

3.4.3 Vergleich der altersabhängigen Arbeitsunfähigkeits- bzw. Betroffenheitsquote

Die Arbeitsunfähigkeitsquoten der Jahre 2006 bis 2009 zeigen eine sehr ähnliche altersabhängige Verlaufsscharakteristik: Bis zum Alter von 25 - 29 Jahren bzw. 30 - 34 Jahren nimmt die AU-Quote deutlich ab, um dann wieder bis zum Alter von 59 Jahren kontinuierlich anzusteigen. Insgesamt steigt die Quote derjenigen, die krankheitsbedingt nicht zur Arbeit gehen, in den letzten Jahren kontinuierlich an.

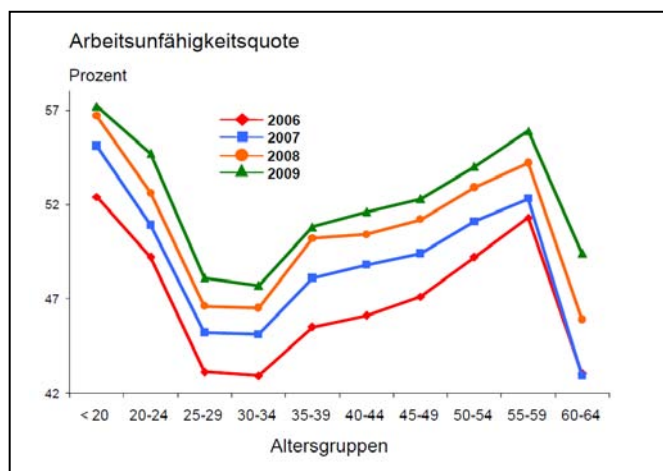


Abbildung 5: AU-Quote: Vergleich 2006 bis 2009 in Abhängigkeit vom Alter

Die gegenwärtig hohe Arbeitsintensität, der zunehmende Zeitdruck und der damit verbundene Arbeitsstress können als

Ursachen dafür angenommen werden, dass heute im Vergleich zu den Vorjahren in allen Altersgruppen mehr Beschäftigte eines Unternehmens mindestens einmal im Jahr krankgeschrieben sind.

Daraus folgt:

Die deutlich höheren AU-Quoten von Frauen lassen sich u. a. auf ihre insgesamt höheren Belastungen zurückführen: Die Erholungszeiten von Frauen sind oft verkürzt, weil sie in aller Regel zu Hause die Hauptverantwortung für Familie und Haushalt übernehmen. Die gesamte Zeitbindung durch die bezahlte und unbezahlte Arbeit zusammen ist bei Frauen mit 43 Stunden pro Woche durchschnittlich etwa eine Stunde höher als bei Männern. In Haushalten mit Kindern im Vorschulalter verrichten erwerbstätige Frauen wochentags knapp 11 ½ Stunden Arbeit (Erwerbs- plus Heim- und Familienarbeit). Erwerbstätige Mütter haben durch diese Doppelbelastung ungefähr 1 ¼ Stunden weniger Zeit zum Erholen (vgl. European Agency for Safety and Health at Work, 2003).

3.5 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Geschlecht und Alter

Die *Krankenstandsrate* beträgt für Frauen und Männer gleichermaßen 3,8 %; dies entspricht einer durchschnittlichen *Erkrankungsdauer* (AU-Tage) im Jahr von 13,8 Tagen. Zwischen den 11 Altersgruppen gibt es systematische Unterschiede: Die AU-Tage steigen von Altersgruppe zu Altersgruppe statistisch signifikant ($p < .01$) an; d.h. während des Berufslebens ist mit einem substantiellen altersabhängigen Anstieg der Erkrankungsdauer zu rechnen (vgl. Abbildung 6). *Wechselwirkung zwischen Alter und Geschlecht*. Genauere statistische Analysen zeigen, dass die Erkrankungsdauer bei Männern ab 50 Jahren im Vergleich zu Frauen statistisch bedeutsam ($p < .01$) stärker ansteigt. Männer ab 50 Jahren haben deshalb insgesamt mehr AU-Tage als Frauen.

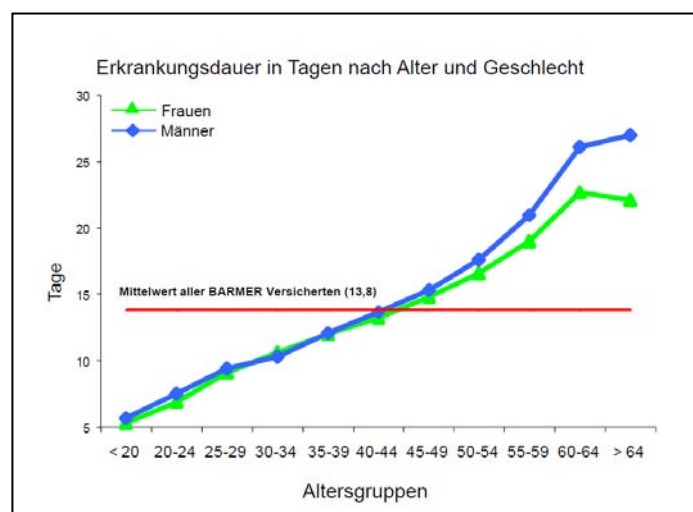


Abbildung 6: Erkrankungsdauer in Tagen der BARMER Versicherten in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht

Daraus folgt:

Die Daten zum geschlechts- und altersabhängigen Krankenstand und zur Erkrankungsdauer zeigen einen deutlichen altersabhängigen Verlauf, wobei ab dem 50. Lebensjahr männliche Erwerbstätige in ihrer Arbeitsfähigkeit stärker beeinträchtigt sind als weibliche Erwerbstätige. Ab dem 50. Lebensjahr sollten deshalb spezielle Präventionsstrategien für Männer entwickelt werden, da ihre gesundheitsbezogenen Ressourcen mit dem Alter offenbar stärker abnehmen, als dies bei Frauen der Fall ist (vgl. dazu auch Wieland & Hammes, 2008).

Da bei Männern höheren Alters eine aktive Auseinandersetzung mit ihrer Gesundheit wenig ausgeprägt ist, können gezielte Informationen und Angebote zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz hier sehr hilfreich sein. Vorsorgeuntersuchungen, gesunde Ernährung und Bewegung sind zentrale Ansatzpunkte, die auch am Arbeitsplatz alters- und altersgerecht kommuniziert werden können.

4 Fehlzeitenanalyse nach krankheits-, person- und berufsspezifischen Merkmalen

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wird in diesem Kapitel zunächst aus drei Perspektiven analysiert und bewertet:

- *Krankheitsspezifische Perspektive:* Hier werden die zehn wichtigsten Krankheitsarten und die Befunde zu den zehn wichtigsten Einzeldiagnosen nach den Hauptkapiteln des ICD-10 Diagnoseschlüssels dargestellt.
- *Personspezifische Perspektive:* Diese Analysen konzentrieren sich auf den Einfluss von Geschlecht und Alter auf das Fehlzeitengeschehen, sowie die Wechselwirkungen zwischen Geschlecht, Alter und Krankheitsarten.
- *Berufsspezifische Perspektive:* Anhand des Vergleichs der zehn bei der BARMER am häufigsten vertretenen Berufsgruppen wird der Einfluss der beruflichen Tätigkeit auf das Fehlzeitengeschehen untersucht.

Abschließend werden in diesem Kapitel Struktur und Dynamik krankheitsbedingter Fehlzeiten anhand des Verhältnisses von Fehlzeiten kurzer, mittlerer und langer Dauer analysiert.

4.1 Krankheitsspezifische Perspektive: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten

4.1.1 Anteil am Krankenstand

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, werden mehr als drei Viertel (77,0 %) aller *Arbeitsunfähigkeitstage* von nur sechs Krankheitsgruppen verursacht: Dabei entfallen auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 23,0 %, Psychische und Verhaltensstörungen 17,6 %, Krankheiten

des Atmungssystems 16,0 %, Verletzungen und Vergiftungen 8,0 %, Neubildungen (Kreislauferkrankungen) 6,3 % und Krankheiten des Verdauungssystems 6,1 %.

Tabelle 1: Die zehn Krankheitsarten mit dem höchsten Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Krankheitsart (ICD-10)	Anteil am Krankenstand in %	Erkrankungsdauer (Tage)	Anteil an AU-Fällen in %	Krankenstand in %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	23,0	21,9	14,3	6,0
Psychische und Verhaltensstörungen	17,6	40,5	5,9	11,1
Krankheiten des Atmungssystems	16,0	6,8	32,0	1,9
Verletzungen und Vergiftungen	8,0	20,4	5,4	5,6
Krankheiten des Verdauungssystems	6,1	6,5	12,9	1,8
Neubildungen	6,3	42,2	2,1	11,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,1	21,8	3,2	6,0
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,8	6,3	8,3	1,7
Symptome und abnorme klinische Befunde	3,5	9,6	5,0	2,6
Krankheiten des Urogenitalsystems	2,4	11,0	3,0	3,0
Übrige Krankheitsgruppen	8,2		7,9	
BARMER Insgesamt	100	13,8	100	3,8

4.1.2 Erkrankungsdauer (AU-Tage)

Neubildungen (Kreislauferkrankungen) und *Psychische Erkrankungen* stehen bei der Erkrankungsdauer mit 42,2 Tagen bzw. 40,5 Tagen wie in den vergangenen Jahren an vorderster Stelle. Krankheiten des Atmungssystems (6,8 Tage), des Verdauungssystems (6,5 Tage) und infektiöse Erkrankungen (6,3 Tage) haben durchschnittlich die geringste Erkrankungsdauer.

4.1.3 Anteil an AU-Fällen

Den höchsten prozentualen Anteil an den gesamten AU-Fällen haben mit 32,0 % *Erkrankungen des Atmungssystems* (2008 = 29,4 %), gefolgt von Erkrankungen des *Muskel-Skelett-Systems* mit 14,3 % (2008 = 15,2 %) und Erkrankungen des *Verdauungssystems* mit 12,9 % (2008 = 13,7 %). Neubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und des Urogenitalsystems liegen erwartungsgemäß in ihren Anteilen an den AU-Fällen wieder im unteren Bereich (vgl. Tabelle 1).

4.1.4 Krankenstandsrate

Neben Neubildungen mit 11,6 % tragen insbesondere folgende Krankheiten überdurchschnittlich zur Krankenstandsrate aller Erwerbstätigen bei: Psychische und Verhaltensstörungen (11,1 %), Muskel-Skelett-Erkrankungen (6,0 %) und Krankheiten des Kreislaufsystems

tems (6,0 %). Dagegen beeinflussen Erkrankungen des Atmungssystems (1,9 %), des Verdauungssystems (1,8 %) und infektiöse Krankheiten (1,7 %) nur im geringen Maße die Fehlzeitenrate der Unternehmen.

Daraus folgt:

Einerseits können Krankheitsarten identifiziert werden, die überdurchschnittlich an AU-Fällen, jedoch unterdurchschnittlich an der Erkrankungsdauer beteiligt sind. Dies sind in erster Linie Erkrankungen des Atmungs- und des Verdauungssystems. Andererseits gibt es Krankheiten mit überdurchschnittlich hoher Erkrankungsdauer und unterdurchschnittlicher Anzahl an AU-Fällen. Dies betrifft – abgesehen von den relativ seltenen Neubildungen (Krebserkrankungen) – folgende Krankheitsarten: Psychische Erkrankungen, Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Verletzungen und Vergiftungen.

4.1.5 Zusammenfassende Betrachtung der drei bedeutsamsten Krankheitsarten

Für die drei Krankheitsarten mit dem höchsten Anteil am Krankenstand – Muskel-Skelett-Erkrankungen, Psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Atmungssystems – ergibt sich bei der gemeinsamen Betrachtung der Kennzahlen *Anteil am Krankenstand*, *AU-Tage* und *AU-Fälle* folgendes Bild:

Psychische und Verhaltensstörungen. Der *Anteil am Krankenstand* liegt für Psychische und Verhaltensstörungen bei 17,6 % (2008 = 16,8 %), die Erkrankungsdauer bei 40,5 Tagen. Damit haben Psychische Erkrankungen (abgesehen von Krebserkrankungen mit 42,2 Tagen) deutlich mehr AU-Tage als alle anderen Krankheitsarten.

Die Daten des Jahres 2009 spiegeln den allgemeinen Trend wider: Psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahren als Ursachen arbeitsbedingter Fehlzeiten kontinuierlich zugenommen. Ihr *Anteil an den jährlichen Fehlzeiten* in den Unternehmen stieg von 11,1 % im Jahr 2003 auf 17,6 % im Jahr 2009. Dies entspricht einem Anstieg um 6,5 Prozentpunkte bzw. einem prozentualen Anstieg von 58,6 %.

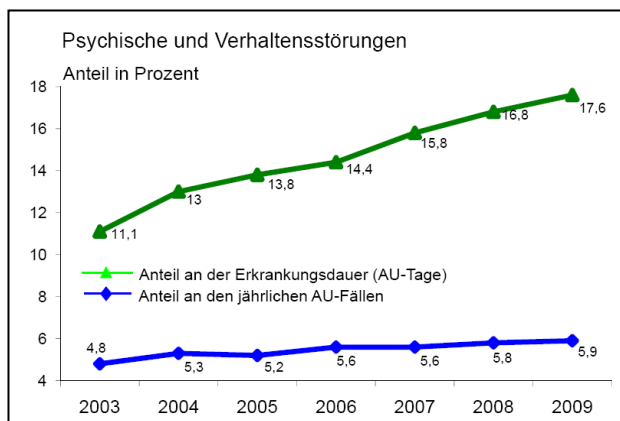


Abbildung 7: Anteil an AU-Fällen und Erkrankungsdauer für Psychische und Verhaltensstörungen für die Jahre 2003 bis 2009

Für das Jahr 2009 liegt der Anteil am Krankenstand für Psychische Erkrankungen mit 17,6 % damit wiederum an zweiter Stelle und wird nur von Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 23,0 % übertroffen. Welche Einzeldiagnosen dabei eine besondere Rolle spielen, wurde im Gesundheitsreport 2009 innerhalb des Schwerpunktthemas „Psychische Gesundheit und psychische Belastungen“ ausführlich behandelt. Insbesondere waren es dort die „Depressiven Episoden“ (ICD 10, F 32) mit einem Anteil von 29,2 % sowie „Reaktionen auf schwere Belastungen“ mit einem Anteil von 22,3 %, die die höchsten Anteile an

den AU-Fällen innerhalb der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ aufwiesen.

Muskel-Skelett-Erkrankungen. Sie haben den höchsten *Anteil am Krankenstand* (23,0 %), weisen eine überdurchschnittliche *Erkrankungsdauer* (21,9 Tage) und einen hohen *Anteil an den AU-Fällen* (14,3 %) auf. Die Fehlzeitenrate (Krankenstand) liegt mit 6,0 % deutlich über der Gesamtrate von 3,8 % aller erwerbstätig bei der BARMER Versicherten.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat nicht ohne Grund das Jahrzehnt 2000 bis 2010 als das „Jahrzehnt der Knochen und Gelenke“ („bone and joint decade“) ausgerufen und richtet damit besonderes Augenmerk auf eine arbeitsbezogene Erkrankung, die einen sehr hohen Anteil an krankheitsbedingten volkswirtschaftlichen Kosten hat (vgl. dazu auch den Gesundheitsreport 2008 mit dem Schwerpunktthema „Rückengesundheit“).

Insbesondere für Muskel-Skelett-Erkrankungen lassen sich empirisch gesicherte Zusammenhänge zwischen psycho-sozialen Belastungen (z.B. autoritäre Führung, mangelnde Kommunikation, häufige Arbeitsstörungen) und dem Ausmaß von Rückenbeschwerden nachweisen (vgl. BARMER Gesundheitsreport, 2008; Wieland, 2008; Zimolong, Elke und Bierhoff, 2008). Als verhältnis-orientierte Intervention werden deshalb auch häufig Maßnahmen gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung und die Unterstützung von Führungskräften in gesunder Führung vorgeschlagen (vgl. dazu Wieland, Winizuk & Hammes, 2009).

Erkrankungen des Atmungssystems. Sie haben den dritthöchsten Anteil am Krankenstand (16,0 %) und den höchsten Anteil an den AU-Fällen (32,0 %) bei einer vergleichsweise geringen Erkrankungsdauer von 6,8 Tagen. Bei Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich häufig um Erkältungskrankheiten, die ein Fernbleiben vom Arbeitsplatz nicht unbedingt erforderlich machen. Deshalb spielen bei der Entscheidung sich krank zu melden oft nicht nur krankheitsbezogene Gründe eine Rolle. Da der Anteil vor allem bei jüngeren Erwerbstätigen sehr hoch ist und mit dem Alter kontinuierlich abnimmt (vgl. dazu Abbildung 10, S. 26), sollten sich Präventionsmaßnahmen in Bezug auf Atemwegserkrankungen vor allem auf die jungen Erwerbstätigen konzentrieren, da bei dieser Altersgruppe mit einem hohen Wirkungsgrad präventiver Maßnahmen zu rechnen ist.

4.2 Personenspezifische Perspektive

4.2.1 Die zehn wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Der geschlechtsspezifische Vergleich der zehn wichtigsten Krankheitsarten weist einige bemerkenswerte Besonderheiten für *Erkrankungen mit hoher Erkrankungsdauer* bzw. mit einem *hohen Anteil am Gesamt Krankenstand* auf.

Muskel-Skelett-Erkrankungen haben bei Frauen einen geringeren Anteil am Krankenstand (21,8 %) und einen geringeren Anteil an den AU-Fällen (13,4 %) im Vergleich zu Männern mit 25,2 % bzw. 16,3 %. Männer sind zudem im Durchschnitt in jüngerem Alter betroffen, wobei der mittlere *Altersunterschied* zwischen Frauen (46,1 Jahre) und Männern (43,6 Jahre) bei Muskel-Skelett-Erkrankungen statistisch hochsignifikant ($p < .001$) ist.

Tabelle 2: Die zehn Krankheitsarten mit dem höchsten Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Geschlecht

Krankheitsart (ICD-10)	Anteil am Krankenstand in %		Anteil an AU-Fällen in %		Erkrankungsdauer in Tagen		Ø-Alter in den Krankheitsgruppen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Muskel-Skelett-System	25,2	21,8	16,3	13,4	21,2	22,4	43,6	46,1
Atmungssystem	15,2	16,4	31,2	32,4	6,7	6,9	37,5	40,8
Psychische Störungen	14,2	19,3	4,6	6,6	42,1	40,0	42,4	44,3
Verletzungen	10,4	6,8	7,2	4,4	19,8	20,9	35,5	42,8
Verdauungssystem	7,0	5,6	13,8	12,4	7,0	6,2	38,8	41,6
Neubildungen	4,5	7,2	1,6	2,3	38,5	43,6	49,1	47,9
Kreislaufsystem	7,3	3,9	3,6	2,9	27,6	18,2	48,6	46,9
Infektionen	4,0	3,7	8,9	8,1	6,2	6,3	36,2	39,8
Symptome	3,2	3,7	4,5	5,3	9,8	9,6	38,8	41,0
Urogenitalsystem	1,3	2,9	1,4	3,7	12,4	10,7	44,2	41,0
Übrige Krankheiten	7,7	8,7	6,9	8,5				
Summe	100	100	100	100				

Für **Erkrankungen des Atmungssystems** ergeben sich in den Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nur geringe Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Auffällig ist jedoch, dass der Altersdurchschnitt bei dieser Erkrankungsart bei Frauen mit 40,8 Jahren deutlich höher liegt als bei Männern mit 37,5 Jahren; d.h. Männer sind hier in jüngerem Alter betroffen als Frauen.

Für **Psychische und Verhaltensstörungen** ist der Anteil am Krankenstand für Frauen mit 19,3 % deutlich höher als bei Männern (14,2 %). Bei den restlichen Kennwerten sowie in Bezug auf das Durchschnittsalter finden sich nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

4.2.2 Wechselwirkungen zwischen Alter und Geschlecht

Bisher wurde deutlich: Geschlecht und Alter haben Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen. Dabei ist nicht zu erwarten, dass die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in allen Altersgruppen bzw. für alle Krankheiten ähnlich sind. Vielmehr ist mit spezifischen Wechselwirkungen zwischen Geschlecht, Alter und Krankheitsart zu rechnen. Für die Entwicklung und Auswahl von Präventionsmaßnahmen können solche Wechselwirkungen wichtige Hinweise liefern.

Am *Beispiel von Krankheiten des Kreislaufsystems und Psychischen Erkrankungen* wird im Folgenden exemplarisch verdeutlicht, welche Wechselwirkungen dabei auftreten können. Auffällig ist, dass sowohl für eine auf vorwiegend psychischen Faktoren basierende Erkrankung als auch eine Erkrankung, die sich vorwiegend in körperlichen Symptomen manifestiert (Kreislauferkrankungen), Männer und Frauen sich erst ab der Altersgruppe 40 - 44 Jahre

unterscheiden. Offenbar sind Frauen ab dieser Altersgruppe besser in der Lage, Erkrankungen in diesen Diagnosegruppen zu bewältigen. Diese Schlussfolgerung liegt zumindest dann nahe, wenn man die Erkrankungsdauer für *Krankheiten des Kreislaufsystems* betrachtet. Hier ist der Anstieg hinsichtlich der Erkrankungsdauer ab der Altersgruppe 35 - 39 Jahre bei Männern deutlich steiler als bei Frauen ($p < .001$; vgl. Abbildungen 8 und 9).

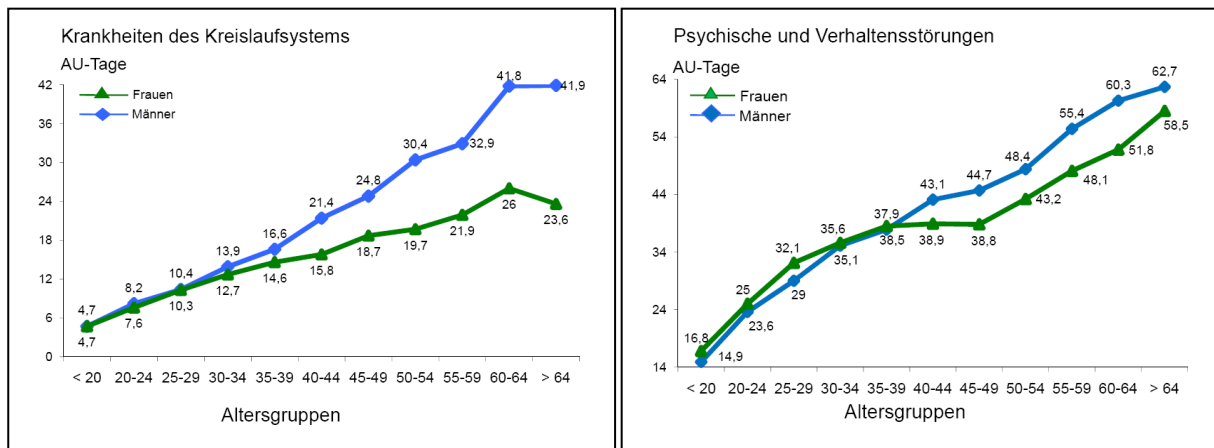


Abbildung 8 und Abbildung 9: Dauer der Erkrankung bei Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Psychischen und Verhaltensstörungen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht

Daraus folgt:

Berufliche Anforderungen und Belastungen und der Umgang damit wirken sich auf Krankheiten des Kreislaufsystems und Psychische Erkrankungen bei Männern im Verlauf der Lebensspanne offenbar anders aus als bei Frauen. Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sollten deshalb je nach Krankheitsart geschlechterspezifische Unterschiede berücksichtigen, da ab der Altersgruppe 40 - 44 Jahre mit geschlechtsspezifischen Effekten zu rechnen ist. Auch Hausärzte bzw. die entsprechenden Fachärzte sollten solche Daten zur Kenntnis nehmen, um ihre medizinischen bzw. therapeutischen Maßnahmen diesen Bedingungen anzupassen.

4.3 Die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen

Die Analyse der zehn wichtigsten Einzeldiagnosen ergab wie im Vorjahr, dass *Rückenschmerzen* als Einzeldiagnose mit 6,5 % den höchsten *Anteil an den AU-Tagen* aufweisen; in Bezug auf den *Anteil an AU-Fällen* liegen sie nach akuten Infektionen an zweiter Stelle (vgl. Tabelle 3). Betrachtet man zudem Diagnosen mit ähnlicher Symptomatik (Sonstige Bandscheibenschäden und Schulterläsionen), dann zeigt sich auch bei den Einzeldiagnosen die enorme Bedeutung, die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zukommt. Insbesondere Bandscheibenschäden fallen durch ihre lange Erkrankungsdauer (45,6 Tage) ins Gewicht.

Tabelle 3: Die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen, die die höchsten Anteile an den AU-Tagen haben sowie deren Anteile an den AU-Fällen

ICD-10 Diagnose		Anteil an AU-Tagen in %	Anteil an AU-Fällen in %	Erkrankungsdauer in Tagen
M54	Rückenschmerzen	6,5	5,7	15,7
F32	Depressive Episoden	6,2	1,6	54,1
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	5,3	11,8	6,1
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,9	1,4	29,0
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,2	0,7	45,6
J20	Akute Bronchitis	2,1	4,0	7,4
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,6	4,4	4,9
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,7	3,2	7,2
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	1,4	0,6	32,1
M75	Schulterläsionen	1,4	0,7	29,8
Summe		31,3	34,1	

Sehr hohen Anteil an den AU-Tagen haben mit 6,2 % auch *Depressive Episoden*; ihr Anteil an den AU-Fällen ist mit 1,6 % vergleichsweise gering. Sie gehen jedoch mit einer extrem langen Erkrankungsdauer von durchschnittlich 54,1 Tagen einher. Dies entspricht einer Zunahme von 3,4 Tagen gegenüber dem Vorjahr (siehe dazu BARMER Gesundheitsreport 2009) bzw. einer prozentualen Steigerung von 6,7 %. Bei den typischen *Depressiven Episoden* leidet die betroffene Person unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Außerdem sind die Fähigkeit, Freude zu empfinden, das Interesse an der Umwelt und die Konzentration vermindert. Der Schlaf ist meist gestört, ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten, der Appetit ist vermindert und Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt.

Laut einer Studie der WHO (Murray & Lopez, 1997) werden depressive Störungen bereits im Jahre 2020 an erster Stelle jener Krankheiten stehen, die für eine psychische Behinderung oder sogar vorzeitige Sterblichkeit verantwortlich sind.

Daraus folgt:

Da Rückenschmerzen sehr oft ohne identifizierbare anatomische oder neurophysiologische Ursachen auftreten und mangelnde Bewegung inzwischen als wichtige Ursache von Rückenschmerzen identifiziert wurde (vgl. dazu auch das Schwerpunktthema „Rückengesundheit“ des BARMER Gesundheitsreports 2008), kann durch entsprechende Trainings- und Übungsprogramme viel erreicht werden. Dabei hängt, wie die umfangreichen Meta-Analysen von Lühmann et al. (2006) zeigen, „...die Wirksamkeit körperlicher Übungsprogramme weniger von der Art und Intensität des Programms ab, als vielmehr von der regelmäßigen und ununterbrochenen Weiterführung der Übung“ (Lühmann et al., 2006, S. 80). Das Ausmaß des Ge-

sundheitsproblems „Rückenschmerzen“ wird anhand der Tatsache deutlich, dass ca. 4 % der gesamten Arbeitskraft bzw. Produktivität in Deutschland aufgrund von Rückenschmerzen verloren geht (vgl. Göbel, 2001).

Bewegung ist alles – aber regelmäßig!

4.4 Altersabhängige Befunde zu den vier wichtigsten Krankheitsarten

Die Krankheitsarten – und damit auch die möglichen Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen – unterscheiden sich je nach Altersgruppe deutlich. *Ältere Erwerbstätige* weisen für Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie Verletzungen und Vergiftungen z.B. eine sehr hohe Anzahl an AU-Tagen auf; Erkrankungen des Atmungssystems im Vergleich dazu nur eine sehr geringe Anzahl.

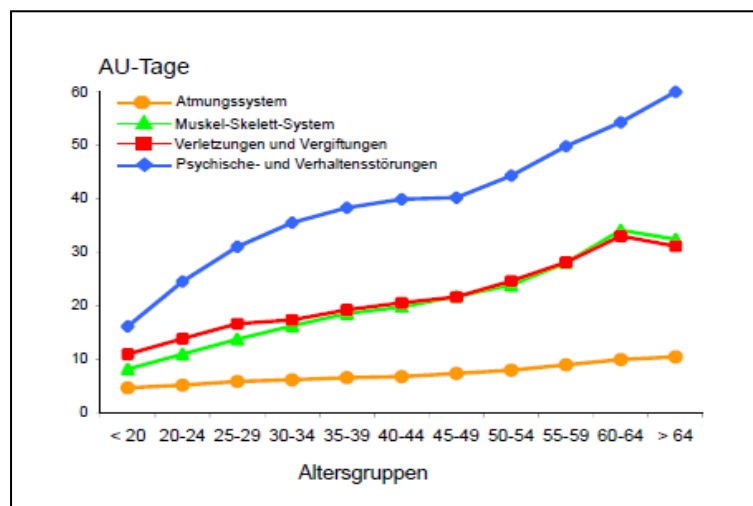


Abbildung 10: Erkrankungsdauer (AU-Tage) für die vier wichtigsten Erkrankungsarten und differenziert nach Altersgruppen

Im Laufe des Erwerbslebens verändert sich dieses Verhältnis dahingehend, dass Psychische und Verhaltensstörungen mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen. Im Einzelnen fanden sich die nachfolgend dargestellten Befunde.

4.4.1 Erkrankungsdauer (AU-Tage)

Betrachtet man den altersabhängigen Verlauf der Erkrankungsdauer (AU-Tage) der vier wesentlichen Krankheitsarten, dann sind *Erkrankungen des Atmungssystems* eher günstig einzustufen: Sie verändern sich mit zunehmendem Alter nicht wesentlich. Ein gegenläufiger Trend findet sich dagegen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen und insbesondere für Psychische Störungen.

Die Erkrankungsdauer nimmt bei *Muskel-Skelett-Erkrankungen* von 8,1 Tagen in der jüngsten Altersgruppe auf 32,4 AU-Tage bei den Ältesten kontinuierlich zu. Ein ähnliches Bild zeigen *Verletzungen und Vergiftungen*. Hier steigt die Erkrankungsdauer bei unter 20-Jährigen von 10,9 bis hin zu 31,1 AU-Tagen bei Erwerbstätigen über 64 Jahre an. Die

ungünstigste Prognose im Alter haben *Psychische Erkrankungen*: Sie zeigen nicht nur einen ziemlich starken Anstieg mit dem Alter, sondern weisen schon bei jungen Leuten unter 20 Jahren ein hohes Niveau auf.

In Abbildung 10 wird deutlich, dass die Erkrankungsdauer mit dem Alter dramatisch zunimmt: Von 16,1 Tagen im jüngsten Alter bis hin zu 60 Tagen bei Erwerbstätigen ab 64 Jahre. Hinzukommt, dass sich der „Ausgangswert“ bei unter 20-Jährigen schon deutlich von den anderen Krankheitsarten abhebt. Welch enorme Bedeutung Psychische Erkrankungen für die Arbeitswelt haben, zeigt Informationsbox 1.

Informationsbox 1

Bedeutung Psychischer Gesundheit für die Arbeitswelt in Deutschland

Eine aktuelle Bestandsaufnahme über die Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland liefert ein im Jahr 2008 vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) veröffentlichter Bericht. Er gibt einen Überblick über die psychischen Belastungen und die Krankheitslast in Verbindung mit dem Arbeitsleben. In diesem Bericht gibt Eberhard Ulich einen Gesamtüberblick, der verdeutlicht:

- Psychische Erkrankungen stehen hinsichtlich der AU-Tage mit 44,1 Millionen Tagen nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (97,8 Mio. Tage), Krankheiten des Atmungssystems (60,9 Mio. Tage) und Verletzungen und Vergiftungen (53,5 Mio. Tage) an vierter Stelle.
- Der durch Psychische Erkrankungen bedingte Produktionsausfall wird mit 4 Milliarden Euro angenommen.
- Der Ausfall an der Bruttowertschöpfung wird auf 7 Milliarden Euro geschätzt (vgl. dazu auch Friemel, Bernert, Angermeyer & König, 2005).

Weitergehende Analysen zeigen dabei, dass die auf die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ entfallenden Abwesenheitstage im Zeitraum 2001 bis 2005 von 33,6 Mio. auf 44,1 Mio. Abwesenheitstage zugenommen haben. Dies entspricht einer Zunahme von 31,3 %.

Der Bericht macht deutlich, dass es heute nicht mehr allein Arbeitslosigkeit ist, die zu erheblichen psychischen Belastungen führt, sondern darüber hinaus auch schon die permanente Sorge um den Arbeitsplatz. Arbeitsüberlastung, hoher Erfolgsdruck und Mangel an sozialer Anerkennung führen unter den Personen, die um ihren Arbeitsplatz fürchten, zu sozialen Spannungen, psychischen Beanspruchungen und chronischem Stress. Der Kostendruck in Unternehmen und die daraus resultierende stärkere Arbeitsbelastung führen aber nicht nur zu einer höheren Zahl von Krankentagen aus psychischen Gründen, sondern auch zu einem ungünstigen Arbeitsklima, das durch Intrigen und Mobbing geprägt ist (vgl. dazu auch den BARMER Gesundheitsreport 2009).

Mit Nachdruck wird deshalb vom BDP ein nachhaltiges Betriebliches Gesundheits-

management gefordert. Die zukünftigen Arbeitsbedingungen, so heißt es, verlangen von den Beschäftigten neue Fähigkeiten und Kompetenzen, z.B. die, widerstandsfähiger gegenüber psychischen Belastungen und Krisensituationen zu sein. Dieser Herausforderung hat sich die BARMER GEK durch eine entsprechende Schwerpunktsetzung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement gestellt.

4.4.2 Anteil an AU-Tagen

Ein gänzlich anderes Bild ergibt sich bei Betrachtung der vier Krankheitsarten bezüglich ihres prozentualen Anteils an den AU-Tagen (vgl. Abbildung 11). Bei *jungen Erwerbstätigen* haben Erkrankungen der Atmungsorgane einen sehr hohen Anteil an den Fehlzeiten, Muskel-Skelett-Erkrankungen dagegen nur einen sehr geringen Anteil. Im Laufe des Erwerbslebens verändert sich dieses Verhältnis dahingehend, dass Erkrankungen des Atmungssystems mit zunehmendem Alter an Bedeutung verlieren. Im Gegensatz dazu steigt die Bedeutung von Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Psychische Erkrankungen haben nur einen geringen Anteil an den AU-Fällen, der sich auch mit dem Alter nicht wesentlich ändert. Berücksichtigt man die kontinuierliche *altersabhängige Zunahme der Erkrankungsdauer* bei Psychischen Erkrankungen, so wird folgendes deutlich: Die Anzahl der durch Psychische Erkrankungen bedingten AU-Fälle ändert sich im Altersverlauf nicht wesentlich; allerdings nimmt die Erkrankungsdauer pro Fall dramatisch zu (vgl. Abbildung 10).

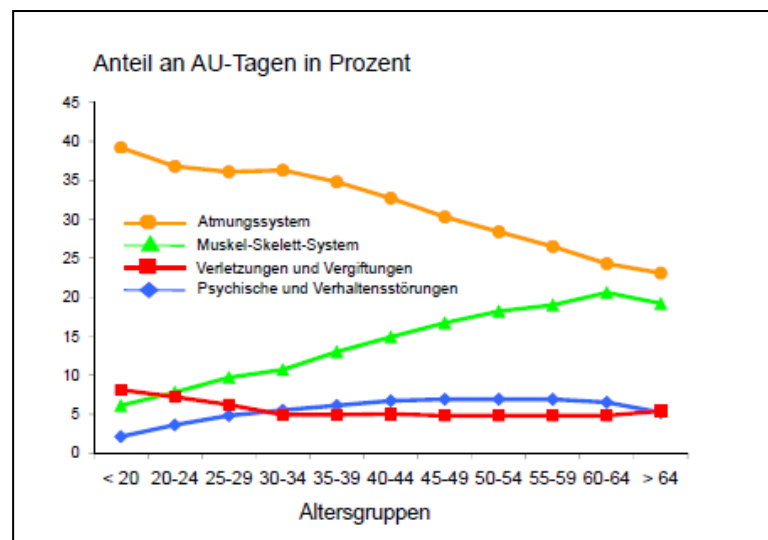


Abbildung 11: Anteil an den AU-Tagen in Prozent für die vier wichtigsten Erkrankungsarten und differenziert nach Altersgruppen

Prognostisch sind *Erkrankungen des Atmungssystems* günstig einzustufen: Ihr Anteil an den AU-Fällen verringert sich mit zunehmendem Alter. Ältere Erwerbstätige gehen offenbar auch häufiger mit einer Erkältung zur Arbeit bzw. lassen sich deshalb nicht gleich „krankschreiben“. Einen gegenläufigen Trend weisen dagegen die durch *Muskel-Skelett-Erkrankungen* verursachten AU-Fälle auf. Sie nehmen mit dem Alter kontinuierlich zu: Von

6,1 % in der jüngsten Altersgruppe bis auf einen Anteil von 19,2 % in der Gruppe der Ältesten (> 64 Jahre). Das zeigt, dass *Muskel-Skelett-Erkrankungen* im Verlauf des Arbeitslebens sowohl hinsichtlich ihrer Erkrankungsdauer als auch hinsichtlich der Anzahl der AU-Fälle kontinuierlich zunehmen.

Daraus folgt:

Programme betrieblicher Gesundheitsförderung sollten alters- und krankheitstypische Besonderheiten unbedingt beachten. Die unterschiedlichen altersabhängigen Verläufe der Krankheitsarten legen nahe, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung so auszuwählen bzw. zu konzipieren, dass sie diesen Besonderheiten – z.B. einem starken Anstieg der AU-Tage bei Psychischen Erkrankungen gerade bei jüngeren Berufstätigen – Rechnung tragen. Präventive Maßnahmen, wie Mitarbeitergespräche, können für die Altersgruppen von < 20 Jahren bis 30 - 34 Jahre dazu beitragen, dass der weitere Anstieg Psychischer Erkrankungen (vgl. dazu Abbildung 10) verhindert wird.

4.5 Krankenstand der zehn häufigsten Berufsgruppen der BARMER

In Tabelle 4 ist der Krankenstand der zehn bei der BARMER am häufigsten vertretenen Berufsgruppen aufgeführt. In diesen Berufsgruppen variieren der Krankenstand und die Krankheitsdauer zwischen 3,0 % und 4,7 % bzw. 11,1 bis 17,0 Fehltagen.

Tabelle 4: Krankenstand der zehn häufigsten Berufsgruppen der BARMER

Berufsgruppe	Krankenstand	AU-Tage
Bankfachleute	3,0 %	11,1
ErzieherInnen	3,2 %	11,7
SprechstundenhelferInnen	3,3 %	12,0
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	3,3 %	12,1
Bürofachkräfte	3,4 %	12,6
Stenographen, -typisten, MaschinenschreiberInnen	3,7 %	13,5
HeimleiterInnen, SozialpädagogInnen	3,7 %	13,4
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	4,5 %	16,4
VerkäuferInnen	4,7 %	17,0
SozialarbeiterInnen und -pflegerInnen	4,6 %	16,8
BARMER insgesamt	3,8 %	13,8
Im Anhang ist der Krankenstand von 126 Berufen aufgeführt, die jeweils mindestens 2.000 bei der BARMER versicherte Erwerbstätige aufweisen. Unternehmen können somit die bei ihnen vorhandenen Berufsgruppen bzw. Arbeitstätigkeiten mit den durchschnittlich auftretenden Fehlzeitenraten vergleichen und entsprechende Schlüsse daraus ziehen.		

Die höchsten Werte weisen Berufsgruppen mit eher monotonen und einseitigen Tätigkeiten auf (VerkäuferInnen) und solche, die durch psychosoziale und physische Anforderungen und Belastungen (Krankenpflegepersonal, SozialarbeiterInnen) stark beansprucht werden.

Geringe Fehlzeitenraten und eine vergleichsweise kurze Krankheitsdauer finden sich dagegen wie im Vorjahr (2008) bei Berufsgruppen, die entweder relativ vielseitige Tätigkeiten (Groß- und Einzelhandel) und/oder einen hohen Anteil an sozialer Interaktion und Kommunikation (ErzieherInnen) haben. Darüber hinaus sind es Beschäftigte in Kleinbetrieben wie z.B. SprechstundenhelferInnen in Arztpraxen, die einen vergleichsweise geringen Krankenstand aufweisen.

Genauere statistische Analysen zeigen, dass die folgenden Berufsgruppen aus Tabelle 4 hinsichtlich der Krankenstandsdaten bzw. der AU-Dauer jeweils eine homogene Untergruppe mit ansteigenden Werten bilden, die sich statistisch signifikant ($p < .05$) voneinander unterscheiden:

- *Berufe mit unterdurchschnittlichen Krankenstandsdaten:* Bankfachleute (3,0 %), ErzieherInnen (3,2 %), SprechstundenhelferInnen (3,3 %), Groß- und Einzelhandelskaufleute (3,3 %) und Bürofachkräfte (3,4 %).
- *Berufe mit mittleren Krankenstandsdaten:* HeimleiterInnen und SozialpädagogInnen (3,7 %) und Stenographen, -typisten und MaschinenschreiberInnen (3,7 %).
- *Berufe mit hohen Krankenstandsdaten:* Krankenpflegepersonal (4,5 %), SozialarbeiterInnen und -pflegerInnen (4,6 %) und VerkäuferInnen (4,7 %).

Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sind sehr stabil, d.h. sie haben sich in den letzten Jahren kaum verändert (vgl. dazu z.B. die BARMER Gesundheitsreports 2006 - 2009).

Daraus folgt:

Die in den oben aufgeführten Berufen vorhandenen psychischen, sozialen und körperlichen Anforderungen und Belastungen haben sich offenbar in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert, da die Beschäftigten in diesen Berufen stets ähnlich hohe Krankenstandsdaten aufweisen.

4.6 Struktur und Dynamik krankheitsbedingter Fehlzeiten

4.6.1 Verhältnis von kurzen und langen Fehlzeiten

Im Folgenden wird die in Abschnitt 3.3 bereits beschriebene Fehlzeitenstruktur genauer analysiert. Unterschieden wurden dort sechs Fehlzeitenkategorien: 1 - 3 Tage, 4 - 7 Tage, 8 - 14 Tage, 15 - 28 Tage, 29 - 42 Tage und mehr als 42 Tage. In Abbildung 12 ist der prozentuale Anteil in den sechs Kategorien für die AU-Fälle und die AU-Tage dargestellt.

Geht man davon aus, dass vor allem Fehlzeiten zwischen 1 - 3 Tagen eher motivational bedingt sein können, dann wird deutlich, dass dies potenziell für den größten Anteil der AU-Fälle zutreffen kann: Etwas mehr als ein Drittel aller AU-Fälle (34,7 %) dauerten weniger als

4 Tage; 61,3 % der AU-Fälle erstreckten sich über einen Zeitraum von maximal einer Woche bzw. sieben Tagen.

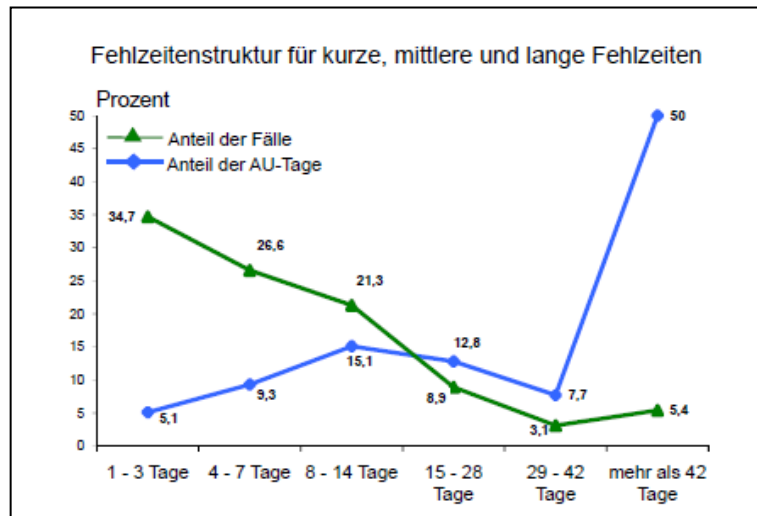


Abbildung 12: Struktur des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens: Anteil der AU-Fälle und AU-Tage

Fehlzeiten bis zu einer Woche haben jedoch nur einen Anteil von 14,4 % an der Gesamtarbeitsunfähigkeitsdauer, während auf die 5,4 % Krankmeldungen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen mit 50,0 % die Hälfte der durch Krankheit verursachten Fehlzeiten entfallen.

Vergleich von Frauen und Männern. Die in Abbildung 12 dargestellte Struktur krankheitsbedingter Fehlzeiten gilt für Frauen und Männer gleichermaßen, d.h. es gibt keine wesentlichen Geschlechtsunterschiede.

Daraus folgt:

Da sich 61,3 % der AU-Fälle über einen Zeitraum von maximal einer Woche bzw. sieben Tagen erstrecken, sollten Maßnahmen zur Fehlzeitenreduktion insbesondere auf diese vergleichsweise große Anzahl von AU-Fällen bzw. Beschäftigten ausgerichtet werden.

4.6.2 Krankheitsspezifische Fehlzeitenstruktur

Die krankheitsbedingte Dauer der Abwesenheit vom Arbeitsplatz ist auch abhängig von der Krankheitsart. Deshalb ist mit einer *krankheitsspezifischen Dynamik des Fehlzeitengeschehens* zu rechnen. Im Folgenden wird dies für vier häufig auftretende Erkrankungen genauer betrachtet: Erkrankungen des Kreislaufsystems, des Atmungssystems und des Muskel-Skelett-Systems sowie für Psychische Erkrankungen.

Die sechs Fehlzeitenkategorien der Abbildung 13 werden dazu zu drei Krankheitsepisoden zusammengefasst: (1) Kurzzeitepisoden (ein bis sieben Tage), (2) Episoden mittlerer Dauer (acht bis vierzehn Tage) und Langzeitepisoden (fünfzehn und mehr Tage).

Kurzzeitepisoden: In dieser Fehlzeitenkategorie dominieren Erkrankungen des Atmungssystems (67,4 %). An zweiter Stelle finden sich Erkrankungen des Kreislaufsystems

(49,9 %), an dritter Muskel-Skelett-Erkrankungen (46,0 %) und an vierter Stelle liegen Psychische Erkrankungen mit 30,1 %.

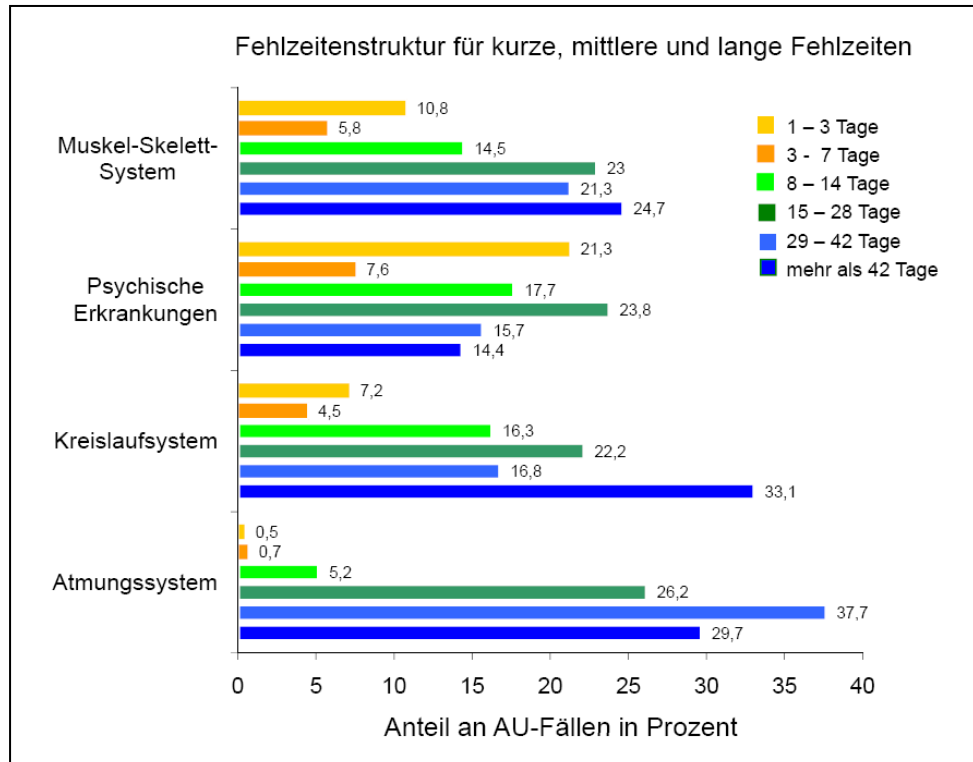


Abbildung 13: Struktur und Dynamik des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens: Anteil der gemeldeten AU-Fälle für vier zentrale Krankheitsarten in sechs Fehlzeitenkategorien

Erkrankungen des Atmungssystems bieten aufgrund des hohen Anteils an den AU-Fällen in dieser Fehlzeitenkategorie einen wichtigen Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen, da immerhin 67,4 % der Fälle hier anfallen. Ursache von Fehlzeiten kurzer Dauer sind häufig nicht allein körperliche Krankheitssymptome. Auch die persönliche Einstellung zur Krankheit und zur Arbeit hat oft einen nicht unerheblichen Anteil an der Entscheidung, der Arbeit fern zu bleiben oder nicht. Dies wird u. a. auch deutlich an dem altersbedingten Verlauf der AU-Fälle bzw. des prozentualen Anteils an der Erkrankungsdauer, wie er weiter oben in Abbildung 11 dargestellt wurde: Beschäftigte jüngeren Alters fehlen wesentlich häufiger aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems als ältere Beschäftigte; so liegt der Anteil in der Altersgruppe unter 20 Jahren bei 39,2 %; in der Altersgruppe der 60 - 64-Jährigen dagegen nur bei 24,3 %.

Episoden mittlerer Dauer: Hier gibt es nur vergleichsweise geringe Unterschiede: Für die vier Krankheitsarten ergibt sich ein AU-Tage-Anteil von 22,2 % bis 26,2 % in der Fehlzeitenkategorie 8 - 14 Tage. D.h., wenn eine dieser vier Erkrankungen vorliegt, dann hat sie in ca. einem Viertel aller Fälle eine Erkrankungsdauer von acht bis vierzehn Tagen.

Langzeitepisoden: Hier liegen Psychische Erkrankungen mit 46,6 % an vorderster Stelle, gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 31,0 %, Kreislauferkrankungen mit 28,0 % und Erkrankungen des Atmungssystems mit einem Anteil von nur 6,4 %.

Psychische Erkrankungen haben für die Fehlzeitenproblematik bzw. für Präventionsmaßnahmen deshalb große Bedeutung, weil ihr prozentualer Anteil an AU-Fällen mit 46,6 % für die langen Fehlzeitenperioden von 29 - 42 Tagen bzw. mehr als 42 Tagen überdurchschnittlich hoch ist.

Präventionsindex. Die krankheitsspezifische Fehlzeitenstruktur lässt sich auch noch aus einer anderen Perspektive betrachten. Sie besteht darin, die AU-Fälle einer Krankheitsart mit der Erkrankungsdauer (AU-Tage) in Beziehung zu setzen bzw. zu gewichten. Multipliziert man die Erkrankungsdauer mit der Fallhäufigkeit, so erhält man einen Index, der etwas darüber aussagt, welche (ökonomische) Bedeutung eine Krankheitsart im Vergleich zu einer anderen hat. Die Verringerung von Fehlzeiten für eine Krankheitsart mit einem hohen „Präventionsindex“ hat deshalb einen weitaus größeren Nutzen als für eine Krankheit mit einem geringen Index. Der in Tabelle 5 dargestellte Präventionsindex sagt aus, wie dringlich Maßnahmen bei bestimmten Krankheitsbildern sind: Je höher der Index, desto dringlicher (und wahrscheinlich auch wirksamer) sind Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, haben Muskel-Skelett-Erkrankungen einen sehr hohen, Krankheiten des Kreislaufsystems dagegen einen sehr niedrigen Index.

Tabelle 5: Vier Krankheitsarten mit hohem Beitrag zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Erkrankungsdauer, Anteil an AU-Fällen und Präventionsindex

Krankheitsart (ICD-10)	Erkrankungs-Dauer in Tagen	Anteil an AU-Fällen in %	Präventions-Index: AU-Tage x AU-Fälle-Anteil
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	21,9	14,3	313,2
Psychische und Verhaltensstörungen	40,5	5,9	238,9
Krankheiten des Atmungssystems	6,8	32,0	217,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	21,8	3,2	69,8

Die Fehlzeitenanalyse auf der Grundlage des Präventionsindex gibt ökonomisch gesehen ein Präventionspotenzial und ein mögliches Nutzenpotenzial an. Je höher der Präventionsindex bzw. das Präventionspotenzial, desto höher ist der potenzielle Nutzen gesundheitsförderlicher Maßnahmen einzuschätzen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich der Krankenstand nicht beliebig senken lässt. So lassen sich z.B. Krankenstandsdaten im Bereich von 2% naturgemäß kaum noch verringern; im Bereich von 7 oder 8 Prozent sind die Chancen dagegen vergleichsweise hoch.

4.6.3 Vergleich der Fehlzeitenstruktur von Frauen und Männern

Die krankheitsspezifische Fehlzeitenstruktur von Frauen und Männern unterscheidet sich nicht bedeutsam. In Abbildung 14 sind exemplarisch dafür die geschlechtsspezifischen Fehlzeitenstrukturen für Muskel-Skelett-Erkrankungen und Erkrankungen des Atmungssystems dargestellt. Danach finden sich für Frauen und Männer sehr große Übereinstimmungen. Diese Ähnlichkeit korrespondiert mit den Kennzahlen zum Krankenstand bzw. zur Erkrankungsdauer: Frauen und Männer weisen mit jeweils 13,8 Tagen und einer Krankensandsrate von 3,8 % identische Werte auf.

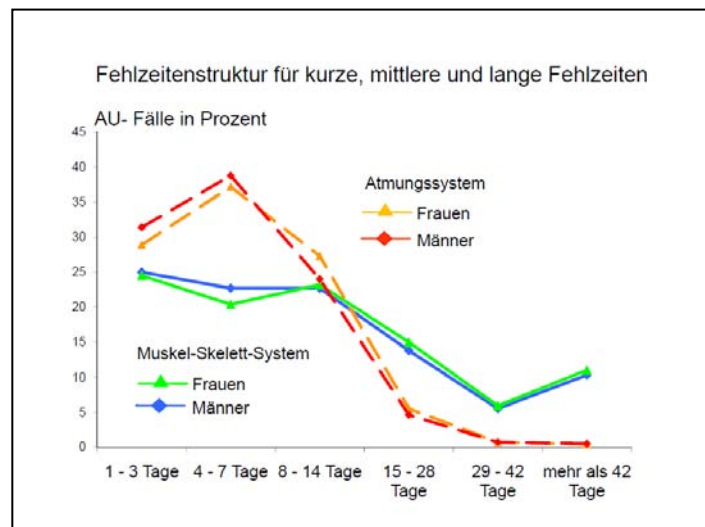


Abbildung 14: Krankheitsspezifische Fehlzeitenstruktur bei Frauen und Männern für Muskel-Skelett-Erkrankungen und Erkrankungen des Atmungssystems

4.6.4 Tätigkeitsspezifische Fehlzeitenstruktur

Im Folgenden wird die Fehlzeitenstruktur für zwei Berufsgruppen mit unterschiedlichen Anforderungs- und Belastungsstrukturen und entsprechend unterschiedlichen Fehlzeiten verglichen: (a) Bankfachleute, deren Tätigkeit durch Büroarbeiten, Kundenkontakte und wenig körperliche Belastungen gekennzeichnet ist, und (b) Krankenpflegepersonal, deren Tätigkeit sowohl hohe soziale als auch körperliche Anforderungen aufweist.

Die hier exemplarisch ausgewählten Berufsgruppen unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der ersten drei Fehlzzeitengruppen. Das Pflegepersonal im Krankenhaus weist dabei eine fast gleiche Verteilung in den Fehlzzeitengruppen bis 14 Tage auf.

Bankfachleute fehlen dagegen am häufigsten aufgrund von kurzzeitigen Erkrankungen. Bei ihnen entfallen 40,1 % der AU-Fälle – bei einem Krankenstand von 3 % und 11,1 Fehltagen (siehe dazu auch Tabelle 4) – auf die Fehlzzeitenkategorie 1 bis 3 Tage. Sie liegen damit deutlich über dem Durchschnitt der bei der BARMER versicherten Erwerbstätigen, die einen Anteil von 34,7 % in dieser Fehlzzeitenkategorie aufweisen. Beim *Krankenpflegepersonal* sind es – bei einem deutlich höheren Krankenstand von 4,5 % und 16,4 Fehltagen – dagegen nur 25,0 % der AU-Fälle in der Kategorie 1 bis 3 AU-Tage. Untersucht man, welche

Krankheiten innerhalb der Fehlzeitengruppen dabei die meisten AU-Fälle verursachen, so zeigt sich folgendes Bild (s. dazu Tabelle 6):

In den *ersten drei Fehlzeitenkategorien* (1 - 3, 4 - 7 und 8 - 14 Tage) verursachen *Erkrankungen des Atmungssystems* von allen Krankheitsarten in beiden Berufsgruppen die meisten AU-Fälle.

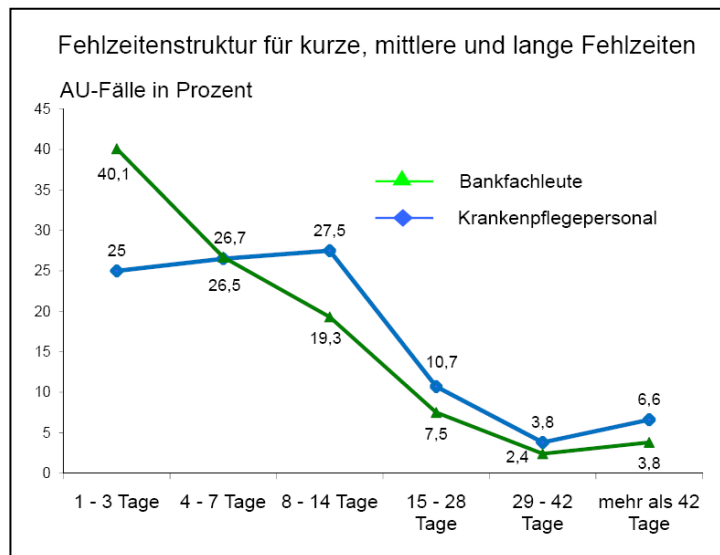


Abbildung 15: Bankfachleute und Krankenpflegepersonal: Prozentanteil der gemeldeten AU-Fälle in Abhängigkeit von sechs Fehlzeitengruppen.

Erkrankungen des Verdauungssystems haben in der „Kurzzeitkategorie“ 1 bis 3 Tage einen sehr hohen Anteil der AU-Fälle im Vergleich zu den restlichen in Tabelle 6 aufgeführten Krankheitsarten. Diese Systematik gilt dabei sowohl für Krankenpflegepersonal als auch für Bankfachleute.

Eine gänzlich andere Systematik zeigt sich für beide Berufsgruppen in Bezug auf *Muskel-Skelett-Erkrankungen* und *Psychische und Verhaltensstörungen*. Hier sind es die *langen Fehlzeitenperioden* (15 bis 42 Tage und mehr als 42 Tage), in denen im Vergleich zu den anderen vier Krankheitsarten die höchsten Anteile an AU-Fällen auftreten. Auch hier finden sich für beide Berufsgruppen ähnliche Muster.

Erkrankungen des Verdauungssystems haben nur in der Fehlzeitenkategorie 1 bis 3 Tage mit 22,1 % bzw. 21,0 % einen relativ großen Anteil an den AU-Fällen; in den anderen Kategorien sind ihre Anteile dagegen vergleichsweise gering ausgeprägt.

Tabelle 6: Prozentanteil an AU-Fällen für Erkrankungen des Atmungs- und des Muskel-Skelett-Systems sowie des Verdauungssystems und Psychischer Erkrankungen in sechs Fehlzeitengruppen für die Berufsgruppen „Krankenpflegepersonal“ und „Bankfachleute“. Blau unterlegt sind jeweils die Fehlzeitengruppen mit sehr hohem bzw. sehr geringem Anteil an AU-Fällen.

Krankheitsart (ICD-10)	Anteil an AU-Fällen in Prozent											
	Krankenpflegepersonal						Bankfachleute					
	1-3 Tage	4-7 Tage	8-14 Tage	15-28 Tage	29-42 Tage	> 42 Tage	1-3 Tage	4-7 Tage	8-14 Tage	15-28 Tage	29-42 Tage	> 42 Tage
Atmungssystem	25,8	43,1	38,9	18,0	6,5	2,2	30,3	49,3	43,4	21,4	7,9	3,0
Verdauungs- system	22,1	10,7	6,3	5,7	6,3	3,5	21,0	9,0	6,9	6,7	7,1	4,1
Muskel-Skelett- System	10,4	12,6	16,6	24,5	28,3	31,9	9,3	9,0	11,4	19,7	25,3	24,0
Psychische Erkrankungen	2,8	3,7	7,1	12,6	15,1	24,9	2,1	3,6	6,4	11,2	15,2	26,5
Übrige Krankheitsarten	38,9	29,9	31,1	39,2	43,8	37,5	37,3	29,1	31,9	41,0	44,5	43,0
Insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Bei *Psychischen Erkrankungen* fällt auf, dass nur in der Fehlzeitenkategorie „mehr als 42 Tage“ der Anteil an AU-Fällen hoch ausgeprägt ist; dies gilt dabei für Krankenpflegepersonal (24,9 %) und für Bankfachleute (26,5 %) trotz ihres unterschiedlichen Anforderungs- und Belastungsprofils gleichermaßen.

Daraus folgt:

Tätigkeiten mit unterschiedlichen Anforderungs- und Belastungsstrukturen unterscheiden sich einerseits hinsichtlich der Fehlzeitenstruktur (vgl. Abbildung 15). Die exemplarisch ausgewählten Ergebnisse verdeutlichen für die vier, das AU-Geschehen wesentlich mitbestimmenden Krankheitsarten (vgl. Tabelle 6), dass innerhalb dieser Berufsgruppen mit einer ähnlichen „Krankheitsdynamik“ zu rechnen ist: So haben z.B. Erkrankungen des Atmungssystems in der Fehlzeitenkategorie 4 bis 7 Tage jeweils die höchsten Anteile an den AU-Fällen. Erkrankungen des Verdauungssystems weisen dagegen nur in der Fehlzeitenkategorie 1 bis 3 Tage hohe Anteile auf. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Abwesenheit vom Arbeitsplatz aufgrund von Erkrankungen des Verdauungssystems stark von der subjektiven Bewertung des Erkrankungsgrades abhängt. Für Psychische Erkrankungen ist es dagegen umgekehrt; hier sind es die langen Fehlzeiten (Kategorie > 42 Tage), die stark zu Buche schlagen. Dies gilt ebenso für Muskel-Skelett-Erkrankungen.

5 AU-Datenanalyse nach Bundesländern

5.1 Krankenstand und AU-Tage

Die Analyse nach Bundesländern erfolgt auf der Basis der Zuordnung der BARMER Versicherten zu dem jeweiligen Bundesland. Das Saarland weist mit 4,4 % den höchsten, Baden-Württemberg und Bayern mit jeweils 3,5 % den niedrigsten Krankenstand auf. Letztere liegen damit unter dem Gesamtdurchschnitt aller BARMER Versicherten von 3,8 %. Frauen und Männer unterscheiden sich in den Bundesländern insgesamt erwartungsgemäß nur wenig.

Tabelle 7: Krankenstand und AU-Tage nach Bundesländern. Die Länder mit dem höchsten bzw. niedrigsten Krankenstand sind blau bzw. dunkelgrün unterlegt.

Bundesland	Krankenstand 2009	AU-Tage	AU-Tage	
			Frauen	Männer
Baden-Württemberg	3,5	12,9	13,0	12,7
Bayern	3,5	12,8	12,8	12,9
Berlin	4,1	15,1	15,3	14,4
Brandenburg	3,9	14,1	14,1	14,0
Bremen	3,8	13,9	14,2	13,3
Hamburg	4,0	14,6	14,5	14,9
Hessen	3,6	13,0	12,9	13,2
Mecklenburg-Vorpommern	3,7	13,5	13,4	13,7
Niedersachsen	3,7	13,6	13,6	13,6
Nordrhein-Westfalen	3,9	14,2	14,3	14,1
Rheinland-Pfalz	3,8	13,8	13,7	13,9
Saarland	4,4	15,9	15,7	16,3
Sachsen	3,8	13,8	13,6	14,2
Sachsen-Anhalt	3,7	13,4	13,2	13,9
Schleswig-Holstein	3,8	13,9	14,0	13,7
Thüringen	3,8	14,0	13,7	14,5
Kennwerte für die BARMER gesamt	3,8	13,8	13,8	13,8

Den Vergleich der Bundesländer hinsichtlich der vier Krankheitsarten mit hoher Fallhäufigkeit bzw. langer Erkrankungsdauer zeigt Tabelle 8.

5.2 AU-Tage für die vier häufigsten Krankheitsarten

Für die vier häufigsten Krankheitsarten gibt es zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede. Sie weisen jedoch keine erkennbare Systematik auf:

- *Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems* verursachen im Saarland mit 24,4 AU-Tagen die meisten, in Hessen mit 20,9 Tagen die wenigsten AU-Tage.
- Bei *Erkrankungen des Atmungssystems* hat das Land Berlin die meisten (8,2 Tage), Bayern (6,0 Tage) die wenigsten Fehltage.

Tabelle 8: Erkrankungsdauer (AU-Tage) nach Bundesländern für Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, des Atmungssystems, Psychische und Verhaltensstörungen sowie Verletzungen und Vergiftungen. Blau unterlegt sind die Bundesländer mit den meisten-, dunkelgrün mit den wenigsten AU-Tagen.

Bundesland	Muskel-Skelett-System	Atmungssystem	Psychische und Verhaltensstörungen	Verletzungen und Vergiftungen
Baden-Württemberg	21,4	6,2	40,6	20,0
Bayern	21,8	6,0	39,8	20,8
Berlin	22,7	8,2	41,1	22,9
Brandenburg	21,3	8,1	35,3	21,7
Bremen	22,0	6,5	45,7	20,0
Hamburg	21,9	6,5	48,3	21,1
Hessen	20,9	6,7	38,0	19,2
Mecklenburg-Vorpommern	21,7	7,7	34,4	21,6
Niedersachsen	22,4	6,3	39,3	19,9
Nordrhein-Westfalen	21,8	6,6	45,0	19,8
Rheinland-Pfalz	22,6	6,5	41,1	20,3
Saarland	24,4	7,2	42,3	22,2
Sachsen	22,9	7,7	35,6	21,8
Sachsen-Anhalt	21,1	8,0	33,0	19,7
Schleswig-Holstein	22,6	6,3	40,4	19,3
Thüringen	22,0	7,9	36,6	21,4
BARMER Durchschnittswerte (s. o. Tabelle 1)	21,9	6,8	40,5	20,4

- *Psychische Erkrankungen* heben sich im Bundesland Hamburg mit 48,3 Tagen in negativer Hinsicht deutlich von den anderen Bundesländern ab. Die geringste Erkrankungsdauer findet man in Sachsen-Anhalt (33,0 Tage).
- Die Unterschiede bei *Verletzungen und Vergiftungen* sind dagegen zwischen den Bundesländern vergleichsweise gering. Berlin liegt hier mit 22,9 AU-Tagen vorn; die wenigsten hat Hessen mit 19,2 mit Tagen.

Bei *Atemwegserkrankungen* liegt Berlin mit 8,2 AU-Tagen deutlich über dem Durchschnittswert der BARMER Versicherten von 6,8 Tagen. *Psychische Erkrankungen* liegen in Hamburg (48,3 AU-Tage) 7,8 Tage über dem BARMER Durchschnitt von 40,5 Tagen (s. dazu Tabelle 2). Damit liegt Hamburg 19,3 Prozent über dem Gesamtdurchschnitt aller bei der BARMER versicherten Erwerbstätigen.

III Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern

6 Gesundheit als Ressource der Zukunft

Gesundheit erscheint in vielfältigen, oft miteinander konkurrierenden und in Konflikt stehenden Kontexten: Sie stellt einerseits einen hohen gesellschaftlichen Kostenfaktor mit steigender Tendenz dar – ca. 10,6 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) entfallen auf die Gesundheitskosten. Andererseits ist gerade die Gesundheitswirtschaft gegenwärtig der Wachstumsfaktor Nummer Eins und eröffnet damit vielen Arbeitssuchenden neue Chancen. Mit 4,5 Millionen Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft derzeit nicht nur die größte Branche, sondern auf sie entfallen auch ein Zehntel aller Unternehmensgründungen. Bis zum Jahr 2020 sind nach Schätzungen des Instituts für Arbeit und Technik (IAT Gelsenkirchen) bis zu 800.000 neue Jobs in der Branche möglich.

Gesundheit als Humanressource für Unternehmen wird immer mehr zu einem entscheidenden Faktor zur Sicherung ihrer Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit. Insbesondere in der Diskussion um den „Demografischen Wandel“ und die Alterung von Belegschaften gewinnt in vielen Unternehmen das Ziel an Bedeutung, die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und durch geeignete Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) zu fördern. Die Gesunderhaltung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wird in Zukunft aufgrund knapper werdender junger Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt zunehmend in den Focus des strategischen Managements von Unternehmen rücken. Hochqualifizierte Arbeits- und Führungskräfte – sogenannte „High Potentials“ – sind auf dem Arbeitsmarkt rar; sie sind heute oft nur noch zu gewinnen, wenn ihnen neben attraktiver Arbeit auch ein gesundheitsförderliches betriebliches Umfeld – familienfreundliche Angebote wie z.B. Betriebskindergarten, flexible Arbeitszeiten, Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit ohne Karriereeinbußen – geboten wird.

Unternehmen, die in ihrer strategischen Ausrichtung neben ihren klassischen Managementaufgaben auch die Gesundheit und Leistungsfähigkeit ihrer Beschäftigten als Unternehmensziel in den Vordergrund stellen, werden zukünftig entscheidende Wettbewerbsvorteile haben.

Gesundheit ist ebenso ein hohes individuelles Gut und Sinnbild für Lebensqualität. Auch der persönliche und konsumtive Nutzen, den man aus seinem Einkommen erzielen kann, hängt vom Gesundheitszustand des Einzelnen ab.

Die Kompetenz zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit entwickelt sich nicht in einem isolierten persönlichen Rahmen. *Gesundheitskompetenz* entsteht vielmehr in einem sozialen bzw. sozioökonomischen Kontext. Der persönliche Zugang zu Gesundheit und der Umgang mit ihr, die individuellen Möglichkeiten zur Bewältigung von Krankheit, das soziale Umfeld, der Arbeitsplatz, das Gesundheitssystem, die Politik sind Bereiche, die den Aufbau von Gesundheitskompetenz mitgestalten.

Das Bildungssystem (Aus- und Weiterbildung) kann dabei als wichtiger Katalysator zum Aufbau derselben dienen (vgl. Spycher, 2006). Hier sind insbesondere auch die Universitäten als wichtige Bildungsträger und Forschungsinstitutionen gefragt. Sie können entscheidend dazu beitragen, dass Gesundheit bzw. Gesundheitskompetenz als zentrales Thema der Zukunft mit dem notwendigen Nachdruck aufgegriffen und weiterentwickelt wird.

Es genügt jedoch nicht, Gesundheitskompetenz allein in der Bevölkerung zu fördern. Auch bei den Sozialversicherungsträgern, Gesundheitsdienstleistern, der Gesundheitswirtschaft und -politik müssen die dafür notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Wir leben heute gewissermaßen in einer Gesundheitsgesellschaft, in der Gesundheitskompetenz eine zentrale Rolle spielt. Die meisten Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sind nach Kickbusch (2004) *Gesundheitsgesellschaften* oder auf dem Weg dorthin. Nach Kickbusch weisen sie folgende Merkmale auf:

- Bevölkerungen, die zunehmend älter werden (demografischer Wandel)
- Wachsende Komplexität eines immer expansiveren Gesundheits- und Krankheitsversorgungssystems
- Rapide anwachsender privater Gesundheitsmarkt (Informationen, Produkte, Dienstleistungen)
- Gesundheit als bestimmendes Thema im sozialen und politischen Diskurs
- Gesundheit als wichtiges, individuelles Gut und Lebensziel
- Gesundheit als Bürgerrecht

Insgesamt stellt das Thema Gesundheit aus gesellschaftspolitischer, wirtschaftlicher und bildungspolitischer Perspektive Herausforderungen, für die die Gesellschaft von morgen Lösungen bereit stellen muss. Isoliertes Spezialwissen und traditionelle Versorgungskonzepte reichen dabei nicht mehr aus, um den vielfältigen und komplexen Anforderungen, die das Thema Gesundheit an unsere Gesellschaft gegenwärtig stellt, gerecht zu werden.

Was mit dem Begriff „Gesundheitskompetenz“ je nach Kontext und Betrachtungsebene verbunden und wie der Begriff definiert wird, darüber herrscht allerdings noch wenig Einigkeit. Im Folgenden erläutern wir genauer, was wir unter Gesundheitskompetenz verstehen.

7 Pyramide der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist ein umfassendes Konzept, das in den letzten Jahren im Gesundheitswesen zunehmende Bedeutung erlangt hat. Je nach Blickwinkel und Betrachtungsebene wird darunter allerdings etwas anderes verstanden.

Allgemein betrachtet ist Gesundheitskompetenz die Fähigkeit, Krankheiten zu vermeiden oder zu bewältigen sowie die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Gesundheitskompetenz entsteht durch lebenslange Lern- und Sozialisationsprozesse in verschiedenen Handlungsfeldern: Familie, Schule, Ausbildung und Arbeitsplatz, soziales Umfeld (soziale Schicht, sozioökonomischer Kontext) sowie regionales (Stadt, Region, Bundesland) und auch nationales Umfeld.

Faktoren und Bedingungen, die die Entwicklung der Gesundheitskompetenz fördern oder beeinträchtigen, lassen sich auf verschiedenen Ebenen beschreiben. Wir können *einzelne Personen* betrachten und untersuchen, wie sie mit Krankheit, mit körperlichen und seelischen Belastungen und dem Erhalt ihrer Gesundheit umgehen. *Unternehmen* lassen sich danach beurteilen, welchen Wert für sie die Gesundheit ihrer Beschäftigten haben (Gesundheitskultur) und was sie dafür tun (Betriebliches Gesundheitsmanagement). *Regionen* (z.B. Städte oder Bundesländer) unterscheiden sich hinsichtlich der Möglichkeiten, die sie ihren Bewohnern an Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsdienstleistungen sowie an Versorgungsangeboten bieten. Auf *nationaler Ebene* kennzeichnen neben der Ausgestaltung des Gesundheits- bzw. Versorgungssystems z.B. Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Bevölkerung sowie die Gesundheitskultur des Landes Bedingungen, die als Merkmale nationaler Gesundheitskompetenz angesehen werden können.

Zwischen den vier oben genannten Kompetenzebenen – Person, Unternehmen, Region und Nation – bestehen vielfältige Beziehungen und Wechselwirkungen. Die „Pyramide der Gesundheitskompetenz“ in Abbildung 16 veranschaulicht dieses Beziehungsgefüge.



Abbildung 16: Pyramide der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist – auf welcher Ebene wir uns auch immer bewegen – keine Fähigkeit oder Qualifikation, die einmal erlernt und erworben und dann automatisch erfolgreich angewendet werden kann.

Kompetenz beschreibt – z.B. im Unterschied zur (beruflichen) Qualifikation – die Befähigung/Kapazität einer Person zur Bewältigung von Aufgaben in einem konkreten Kontext. Dies schließt auch die Motivation und Befähigung einer Person zur selbständigen Weiterentwicklung von Wissen und Können auf einem Gebiet, z.B. der Bewältigung einer Krankheit, ein (vgl. dazu Bergmann, 2000; S. 21). Kompetenz zeigt sich darin, dass wir in der Lage sind, zuvor nicht Bekanntes (z.B. eine Krankheit) zu meistern. Sie ist das, „was ein Mensch kann, weiß und zeigt“ (Kauffeld, 2000). Kompetenzen sind „Fähigkeiten und Willenspotentiale, die angesichts ungewöhnlicher Herausforderungen entsprechend ungewöhnliches Handeln möglich machen“ (Weinberg, 2001, S. 65). Das folgende Kapitel erweitert diesen Kompetenzbegriff auf die Fähigkeiten und Potenziale von Organisationen.

8 Gesundheitskompetenz als Unternehmensressource

Der aktuelle Wandel der Arbeitswelt von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft bedingt grundlegende Veränderungen von Organisationsformen, Arbeitsstrukturen sowie Produktions- und Arbeitsprozessen. Angesichts dieser Veränderungen und des ständig wachsenden Bedarfs an Dienstleistungen, die hauptsächlich von Menschen erbracht werden, müssen sich Unternehmen stärker in der Verantwortung sehen, für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu sorgen. Der Wandel in den Organisations-, Arbeits- und Beschäftigungsstrukturen der Erwerbsarbeit verändert die Anforderungs- und Belastungsmerkmale der Arbeit und damit die Qualität und Quantität psychischer Beanspruchungen. Ein Ausdruck dafür ist die Zunahme krankheitsbedingter Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen, wie sie im BARMER Gesundheitsreport 2009 dokumentiert ist.

„Die Arbeitswelt und die Art, wie das Arbeitsleben in unseren Gesellschaften heutzutage organisiert ist, sind ein wesentlicher, vielleicht sogar der stärkste einzelne Bestimmungsfaktor für Gesundheit“ (ENWHP, European Network Workplace Health Promotion; Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung).

Die Kompetenz eines Unternehmens, die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern und die Gesundheit beeinträchtigende psychische Fehlbeanspruchungen zu vermeiden, wird zunehmend über die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens entscheiden. Kosten, die mittel- und langfristig aus psychischen Fehlbeanspruchungen entstehen, belaufen sich nach Röttger, Friedel & Bödeker (2003) auf zehn bis vierzehn Milliarden Euro pro Jahr.

Im Rahmen des Schwerpunktthemas dieses BARMER GEK Gesundheitsreports „Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern“ werden wir Gesundheitskompetenz im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) auf der personalen und organisationalen Ebene der Pyramide der Gesundheitskompetenz betrachten.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) umfasst die Entwicklung integrierter und nachhaltiger betrieblicher Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen, die die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitstätigkeit und Arbeitsorganisation, die Entwicklung der Gesundheitskultur sowie der Gesundheitskompetenz der Führungskräfte und Beschäftigten zum Ziel haben. Dabei sollten Unternehmen so geführt werden, „...dass Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit als unternehmenspolitische Zielsetzungen dem vorrangigen, ertragsorientierten Unternehmensziel zugeordnet und mindestens gleichwertig neben anderen Zielsetzungen, wie Umsatz, Qualität und Umweltschutz gestellt und konsequent umgesetzt werden“ (Zimolong, Elke & Bierhoff, 2008, S. 181).

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) basiert auf der Vorstellung, dass Gesundheit nicht als statischer Zustand, sondern als Entwicklungsprozess zu verstehen ist. „Gesundsein“ ist das Ergebnis eines Prozesses der Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung, in

dem Gesundheit vom Organismus ständig hergestellt werden muss (vgl. Udris, 2006). Daraus abgeleitet ist die Vorstellung, dass Gesundheit auch entwickelt werden kann. Nach der sogenannten „Ottawa-Charta“ der WHO (1986) wird dabei der Organisation der Arbeit und der Gestaltungen der Arbeitsbedingungen ein besonderer Stellenwert zugeschrieben (vgl. dazu Ulich, 2005; Ulich & Wülser, 2009). Nach der Ottawa-Charta zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, „... allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen [...]. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können [...]. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“.

Was bedeutet „Gesundheitskompetenz eines Unternehmens“? Wie lässt sie sich bestimmen und welche Komponenten und Merkmale weist sie auf? In den nachfolgenden Abschnitten werden die verschiedenen Ebenen und die sie konstituierenden Merkmale (s. dazu Abbildung 17) ausführlich beschrieben.



Abbildung 17: Gesundheitskompetenz als Unternehmensressource

Zunächst beschäftigen wir uns mit der *Gesundheitskompetenz auf organisationaler Ebene*. Diese umfasst die Gesundheitskultur eines Unternehmens (kulturelle Prävention) sowie die Gestaltungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), d.h. die Verhaltens- und Verhältnisprävention. Anhand exemplarischer Befunde aus praxisnahen Studien wird erläutert, welche Wirkungen und positiven Effekte eine hohe Gesundheitskompetenz eines Unternehmens hat. Bei der *personalen Gesundheitskompetenz* stehen zwei unterschiedliche Zugangswege im Vordergrund: (a) die individuelle Fähigkeit, Krankheiten zu bewältigen und die eigene Gesundheit zu erhalten, sowie (b) gesundheitsbezogene Werte,

Einstellungen, Verhaltens- und Erlebnisweisen, die durch fünf Gesundheitstypen gekennzeichnet werden (s. dazu Kapitel 10).

8.1 Organisationale Gesundheitskompetenz

Im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wird ein systematischer und konsequenter Umgang mit der Ressource Gesundheitskompetenz immer mehr zu einem entscheidenden Faktor bei der Sicherung der Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit eines Unternehmens (vgl. Badura & Hehlmann, 2003; Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung, 2004; Ulich & Wülser, 2009; Wieland, 2010). Dadurch rückt die *gesundheitsförderliche Qualität der Arbeit* in den Vordergrund (vgl. dazu Richter, 2002).

Organisationale Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit einer Organisation, durch systematisches Management der Bedingungen und Ressourcen die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten und zu fördern.

8.1.1 Gesundheitskultur

Der Einfluss der Unternehmenskultur auf die Gesundheit ist bisher noch vergleichsweise wenig erforscht. Wie einer der besten Kenner der Unternehmenskultur, Edgar Schein (1997) feststellt, ist die „Kultur der Arbeiter“ und einfachen Angestellten eine „terra incognita“ im Unterschied zur „Kultur der Führungskräfte“ und der „Kultur der technischen Experten“ (vgl. dazu auch Badura et al., 2008). Unstrittig ist jedoch inzwischen die Bedeutung der Gesundheitskultur eines Unternehmens für das betriebliche Gesundheitsmanagement (vgl. Scherrer, 2007; Wilde, Hinrichs & Schülpach, 2008; Ulich & Wülser, 2009). Im Folgenden beschäftigen wir uns mit der Gesundheitskultur als *einen* Aspekt organisationaler Gesundheitskompetenz.

Die Gesundheitskultur eines Unternehmens wird maßgeblich durch die Einstellungen, Werte, Denkmuster, Gefühle, Regeln und Verhaltensweisen geprägt, die der Unternehmensleitung und der Mehrheit der Führungskräfte zum Thema Gesundheit gemeinsam sind. Häufig werden diese Einstellungen jedoch nicht explizit formuliert, sondern sie verstecken sich in „heimlichen Spielregeln“. Als nicht direkt beobachtbare und zumeist auch unbewusste Basisannahmen bilden sie oft den Kern der (Gesundheits-) Kultur eines Unternehmens (Elke, 2000, S. 185; Schein, 2003). Die Elemente einer Kultur können nach Schein (1995) je nach ihrer Sichtbarkeit in drei verschiedene Ebenen unterteilt werden: (a) Grundprämissen; (b) öffentlich bekundete Werte und (c) beobachtbare Artefakte.

Grundprämissen sind als Grundgerüst der Unternehmenskultur zu verstehen; sie sind der Ursprung aller Handlungen, Prozesse und Strukturen des Unternehmens. Sie enthalten dominante, bei der Mehrheit vorherrschende Wertorientierungen, die, soweit sie verinnerlicht sind, nicht mehr hinterfragt werden, sondern als unbewusste selbstverständliche Anschauungen, Wahrnehmungsgewohnheiten, Gedanken und Gefühle hingenommen werden.

Bekundete Werte sind der Beobachtung näher. Sie sind auf den Grundprämissen aufbauende Wertvorstellungen, die in der Unternehmenspolitik, in Unternehmensstrategien

und -zielen sowie Leitbildern zum Ausdruck kommen. Bekundete Werte (z.B. die Gesundheit unserer Beschäftigten ist uns wichtig) haben den Status der Selbstverständlichkeit wie diese Grundprämissen noch nicht erreicht. Wenn sich ein bekundeter Wert jedoch mit der Zeit als erfolgreich erweist, kann er zu einer Grundprämisse werden.

Die *Ebene der Artefakte* lässt sich als unmittelbarer Bestandteil der Unternehmenskultur betrachten. Artefakte beziehen sich auf alle sichtbaren Strukturen (z.B. Hierarchien), Prozesse und Objekte (z.B. Corporate Design, Unternehmensleitbild). Sie verkörpern die in der Unternehmenskultur verinnerlichten Grundprämissen in Form von Architektur, Sprache, Technologie oder Unternehmensstilen wie Kleidung, Sprechweise, Gefühlsäußerungen, Legenden, Geschichten oder Verlautbarungen über Unternehmenswerte, Rituale oder Zeremonien. In der nachfolgenden Abbildung haben wir das für die Unternehmenskultur wohl einflussreichste Modell von Schein auf den Bereich der Gesundheitskultur übertragen.

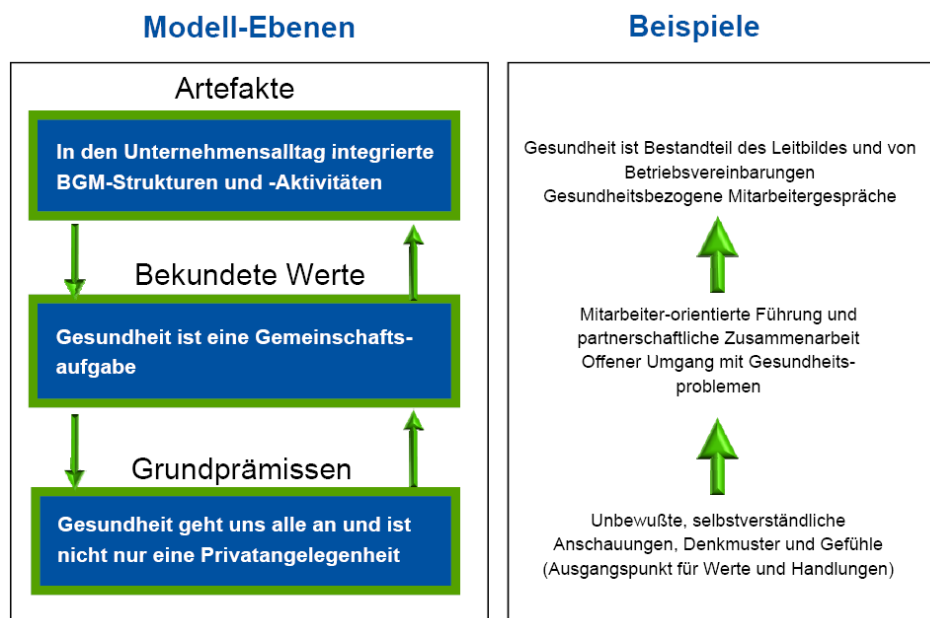


Abbildung 18: Drei Ebenen-Modell einer positiven Gesundheitskultur (in Anlehnung an das Modell der Unternehmenskultur von Schein, 1995)

Welche Bedeutung gesundheitsbezogene Grundprämissen und Werte haben, zeigt eine Studie von Schulte und Bamberg (2002). Danach betrachtet ein großer Teil von Führungskräften in Deutschland den Aufwand für gesundheitsförderliche Maßnahmen als inkompatibel mit einer auf Wirtschaftlichkeit und Leistungssteigerung ausgerichteten Unternehmenskultur. Häufig ist Führungskräften auch nicht bewusst, wie viel Einfluss sie auf die Gesundheit ihrer Abteilung und deren Krankenstand haben (vgl. Wilde et al., 2008). Ebenso wenig, dass sie im umgekehrten Fall viel zur Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beitragen können (vgl. Scherrer, 2007; BARMER Gesundheitsreport, 2007). Scherrer (2007, S. 509) verweist zudem auf die Notwendigkeit eines „Minimums an kultureller Toleranz“ gegenüber BGF-Maßnahmen, da spöttische Bemerkungen über „Weicheier“ negative Effekte nach sich ziehen, mit der Folge, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die

vom Unternehmen angeboten werden, nicht genutzt werden. Maßnahmen, die sich für die Betriebliche Gesundheitsförderung aus dem „Drei Ebenen-Modell einer positiven Gesundheitskultur“ ableiten lassen, finden sich in Abschnitt 9.1.

8.1.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) als Beitrag zur organisationalen Gesundheitskompetenz

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) umfasst, wie weiter oben bereits ausgeführt, die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen, die die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen, der Gesundheitskultur sowie der Gesundheitskompetenz der Führungskräfte und Beschäftigten zum Ziel haben.

Wesentliche *Potenztiale organisationaler Gesundheitskompetenz* liegen in der beanspruchungsoptimalen Gestaltung der Arbeitsaufgaben, in möglichst störungsfreien Arbeitsabläufen, gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen, einer unterstützenden Führungskultur sowie in der sozialen Unterstützung durch Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte. Störungen und ihre Ursachen zu identifizieren und durch geeignete Maßnahmen zu beseitigen, ist von doppeltem Interesse: Zum einen werden dadurch Arbeitsprozesse effektiver; zum anderen verbessern sich das Wohlbefinden und die Gesundheit. Wenn die innere Steuerung der Arbeitstätigkeit – die Regulation und gedankliche Planung – weitgehend flüssig und störungsfrei ablaufen kann, werden Ärger, zusätzlicher Zeitaufwand und negative Beanspruchungen wie z.B. körperliches Unwohlsein oder Nervosität vermieden (vgl. dazu auch den BARMER Gesundheitsreport 2009). Als spezifisches Merkmal organisationaler Gesundheitskompetenz kann die alters- und altersgerechte Gestaltung der Arbeitsaufgaben und -bedingungen, die die spezifischen Fähigkeiten und Möglichkeiten älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer berücksichtigt, betrachtet werden.

8.2 Der Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU)

Zur Erfassung organisationaler Gesundheitskompetenz wurde von der Forschungsgruppe Wirtschaftspsychologie der Schumpeter School of Business and Economics der Bergischen Universität Wuppertal der Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU) entwickelt. Der Index bewertet das Gesundheitspotenzial von Unternehmen oder Organisationseinheiten (z.B. einzelner Abteilungen) und leitet daraus Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ab (Details zu dem Index, s. Hammes, Wieland & Winizuk, 2009). Der Index ist ressourcenorientiert, d.h. er beschreibt und bewertet die Verfügbarkeit gesundheitsrelevanter Ressourcen in Form entsprechender Kennzahlen. Die *Gesundheitsressourcen* eines Unternehmens werden mittels wissenschaftlich geprüfter und praktisch erprobter Fragebogen erfasst und beziehen sich auf die folgenden vier Merkmalsgruppen:

- Störungsfreies Arbeiten
- Mitarbeiter-orientierte Führung
- Personale Gesundheitskompetenz
- Positive Beanspruchungsbilanz

Für die hier verwendeten Kennwerte und ihre Erhebungsinstrumente ergeben sich die minimalen, maximalen und bestmöglichen Ausprägungen der Ressourcen wie in Tabelle 1 angegeben. Die Werte entsprechen den Ausprägungen, die die Kennwerte aufgrund der Fragebogenwerte erreichen können.

Tabelle 9: Minimale, maximale und bestmögliche Ausprägungen der Kennwerte des Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen

Ressource	Ausprägung			Gewichtung
	Optimal	Minimal	Maximal	
Positive Beanspruchungsbilanz	7	-7	7	50 %
Personale Gesundheitskompetenz	4	0	4	25 %
Störungsfreies Arbeiten	6	0	6	15 %
Mitarbeiter-orientierte Führung	4	0	4	10 %
				100 %

Jede Ressource sollte gemäß ihrem Anteil am Gesundheitspotenzial eines Unternehmens gewichtet werden (vgl. dazu auch Fritz 2009). Die Summe der gewichteten Kennzahlen ergibt dann das Gesundheitspotenzial des betrachteten Unternehmens. Je weiter der Gesundheitsindex vom möglichen Maximalwert abweicht, desto geringer ist das Gesundheitspotenzial des Unternehmens bzw. die Verfügbarkeit der Humanressource Gesundheit (vgl. dazu auch Abbildung 19).

Die vier Ressourcenbereiche tragen, wie die Bergische Universität Wuppertal in umfangreichen Studien und betrieblichen Projekten zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement auf der Grundlage statistischer Analysen feststellen konnten, in unterschiedlichem Ausmaß dazu bei, wie die Gesundheit der Beschäftigten, ihre Fehlzeiten und ihre Arbeitsleistungen aussehen (vgl. dazu Hammes, Wieland & Winizuk, 2009). Entsprechend wurden deshalb die in Tabelle 9 aufgeführten Gewichtungen vorgenommen.

Abbildung 19 veranschaulicht die WGU-Vorgehensweise: Die gewichteten Ressourcen werden zunächst zu einem Index zusammengefasst. Im Anschluss daran wird ermittelt, welche Zusammenhänge zwischen der Höhe des Indexes und für das Unternehmen wichtigen Kennzahlen – Gesundheit bzw. körperliche Beschwerden, Fehlzeiten, Präsentismus oder Arbeitsleistung – bestehen. Finden sich als Ergebnis dann z.B. bedeutsame Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsindex bzw. der Unternehmensgesundheit und Fehlzeiten, kann der Blick auf die Verfügbarkeit einzelner Ressourcen Auskunft darüber geben, wo der dringlichste Gestaltungsbedarf vorliegt. Ist beispielsweise die Ressource „Störungsfreies Arbeiten“ nur gering ausgeprägt, dann sind verhältnis-orientierte Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsprozesse vordringlich. Bei geringer Ausprägung der Ressource „Gesundheitskompetenz“ sind es dagegen verhaltensorientierte Maßnahmen, wie z.B. gesunde Ernährung oder Stressbewältigungstrainings, die zuallererst eingeleitet werden sollten. Hinweise dafür, wann der Kennwert für eine Ressource eher als hoch oder eher als niedrig eingestuft werden kann, liefern Vergleiche mit Unternehmen der gleichen Branche und Größe.

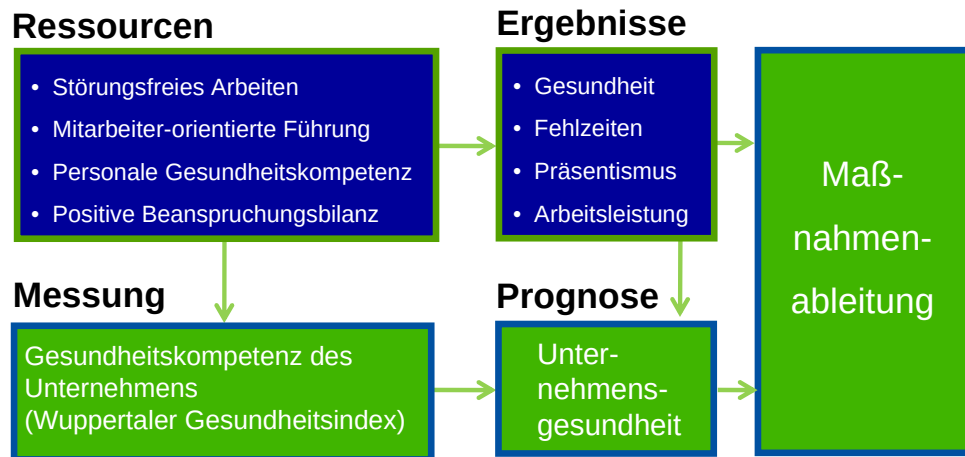


Abbildung 19: Ressourcenpotenzial eines Unternehmens und davon abhängige Ergebnisse

Der Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU) eignet sich sowohl dafür, den aktuellen Stand der organisationalen Gesundheitskompetenz eines Unternehmens wiederzugeben (Ist-Analyse) als auch die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu beurteilen. Dabei zeichnet er sich durch seine ökonomische Durchführbarkeit aus. Die Ermittlung des WGU erfolgt als Mitarbeiterbefragung, die Beantwortung der eingesetzten Fragebogen dauert ca. 15 bis 20 Minuten. Die Auswertung und Interpretation der Daten sollte durch Experten erfolgen. Die Befragung und Auswertung kann demnächst auch internetbasiert bzw. computergestützt erfolgen, sodass die Handhabung des WGU und seine Anwendung in betrieblichen Projekten zur Gesundheitsförderung stark vereinfacht werden.

Welche Anwendungsmöglichkeiten und Vorteile bietet der Einsatz dieses Instrumentes für Unternehmen? Der praktische Nutzen dieses unternehmensbezogenen Gesundheitsindex erweist sich dann, wenn sich auf seiner Grundlage Prognosen zur Gesundheit der Beschäftigten, sowie gezielte und wirksame Gesundheitsförderungsmaßnahmen ableiten lassen.

8.3 Exemplarische Befunde zur organisationalen Gesundheitskompetenz

Im Folgenden wird an ausgewählten Befunden exemplarisch verdeutlicht, welchen Nutzen der Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU) haben kann. Der WGU unterscheidet vier Stufen der Gesundheitskompetenz eines Unternehmens:

- | | |
|-----------|--------------|
| ■ Stufe 1 | sehr niedrig |
| ■ Stufe 2 | niedrig |
| ■ Stufe 3 | hoch |
| ■ Stufe 4 | sehr hoch |

Je höher der Index, desto größer ist das Ressourcenpotenzial eines Unternehmens bzw. seine organisationale Gesundheitskompetenz (Details dazu, s. Hammes, Wieland & Winiuk, 2009).

Vorhersage körperlicher Beschwerden. In zwei von der Bergischen Universität Wuppertal durchgeführten Studien in einem Unternehmen der Versicherungsbranche und in mehreren Versorgungsbetrieben wurden insgesamt 1322 Arbeitsplätze nach den WGU-Stufen in vier Kategorien aufgeteilt. Danach wiesen von den untersuchten Arbeitsplätzen 14,2 % eine sehr hohe, 34,5 % eine hohe, 35,8 % eine niedrige und 15,5 % eine sehr niedrige WGU-Stufe auf.

Beschäftigte an *Arbeitsplätzen mit hohen gesundheitsförderlichen Ressourcen* (sehr hohe und hohe WGU-Stufe) leiden deutlich (signifikant; $p < .001$) seltener unter körperlichen Beschwerden. Bei ihnen ist die Wahrscheinlichkeit, „2 Mal im Monat“ unter Unspezifischen Beschwerden zu leiden mit 19,7 %, und „3 Mal die Woche“ darunter zu leiden mit 27,7 % sehr gering ausgeprägt. An *Arbeitsplätzen mit geringen Ressourcen* dagegen ist die Wahrscheinlichkeit häufiger Unspezifischer Beschwerden für Beschäftigte mit niedriger bzw. sehr niedriger WGU-Stufe mit 53,6 % bzw. 85,5 % sehr hoch. Unspezifische Beschwerden sind Kopfschmerzen, Schlaf-, Konzentrationsstörungen, Nervosität und schnelle Ermüdbarkeit. Analoge Befunde ergaben sich für Muskel-Skelett-Beschwerden (u. a. Rücken- und Nackenschmerzen) sowie Herz-Kreislaufbeschwerden.

Mit dem Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen lassen sich als Indikator für die organisationale Gesundheitskompetenz demnach bedeutsame und hochsignifikante Zusammenhänge zu der Effektgröße „Körperliche Beschwerden“ nachweisen.

Fehlzeiten und Präsentismus. In einer Studie wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt, an wie vielen Tagen sie *krankheitsbedingt* nicht zur Arbeit gegangen sind (Absentismus) und an wie vielen Tagen sie *trotz Krankheit* zur Arbeit gegangen sind (Präsentismus). Die Anzahl der Tage, an denen die Beschäftigten krank zur Arbeit gingen, betrug im Durchschnitt 6,5 Tage. Im Durchschnitt fehlten die Beschäftigten 11,2 Tage im Jahr; diese Fehlzeiten-Werte liegen etwas niedriger als die Fehlzeiten der erwerbstätigen BARMER Versicherten des Jahres 2008 mit 13,6 Tagen (vgl. BARMER Gesundheitsreport 2009).

Tabelle 10: Absentismus und Präsentismus für Beschäftigte an Arbeitsplätzen mit niedrigem bzw. hohem (jeweils Medianhalbierung) Gesundheitsindex. Angegeben sind die Prozentanteile der Arbeitsplätze, die in die jeweilige Kategorie fallen.

Wuppertaler Gesundheitsindex (WGU)	Absentismus		Präsentismus	
	niedrig	hoch	niedrig	hoch
hoch	80,2 %	19,8 %	74,1 %	25,9 %
niedrig	65,1 %	34,9 %	58,5 %	41,5 %

Aus Tabelle 10 wird deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit an gesunden Arbeitsplätzen (WGU-hoch) überdurchschnittliche Fehlzeiten (Absentismus-hoch) zu haben, sehr viel geringer ist als an gesundheitsgefährdenden (WGU-niedrig) Arbeitsplätzen.

Paradoxie des Präsentismus. Für die Anzahl der Tage, an denen die Beschäftigten krank zur Arbeit gehen (Präsentismus) würde man eigentlich folgendes erwarten: Beschäftigte gehen vor allem an Arbeitsplätzen mit hohem gesundheitsgefährdenden Potenzial (WGU-niedrig) seltener krank zur Arbeit. Wie aus Tabelle 10 ersichtlich, ist jedoch genau das Gegenteil der Fall: Beschäftigte an Arbeitsplätzen mit geringem Ressourcenpotenzial bzw. niedrigem WGU gehen im Durchschnitt häufiger krank zur Arbeit, als Beschäftigte an gesunden Arbeitsplätzen (WGU-hoch).

Abbildung 20 veranschaulicht dieses Ergebnis noch einmal, wobei auch die eigentlich erwarteten Reaktionen (Balken mit gestrichelter Linie) eingezeichnet sind. In absoluten Fehltagen ausgedrückt bedeutet dies für die Gruppe „WGU-hoch“ im Durchschnitt 19,75 Fehltage und für die Gruppe „WGU-niedrig“ 25,81 Fehltage.

Dieser Befund ist insofern paradox, da nicht zu erwarten ist, dass Beschäftigte gerade dann krank zur Arbeit gehen, wenn sie eine Arbeitssituation haben, die durch viele Arbeitsstörungen, einen wenig mitarbeiter-orientierten Führungsstil und eine negative Beanspruchungsbilanz geprägt ist. Letztere liegt dann vor, wenn negative Beanspruchungen wie Nervosität und körperliches Unwohlsein deutlich stärker ausgeprägt sind als positive Beanspruchungen wie Konzentration, Gefühl von Energie und Leistungsbereitschaft. Diese Merkmale sind, wie oben beschrieben, charakteristisch für Arbeitsplätze mit geringem Gesundheitsindex bzw. WGU.

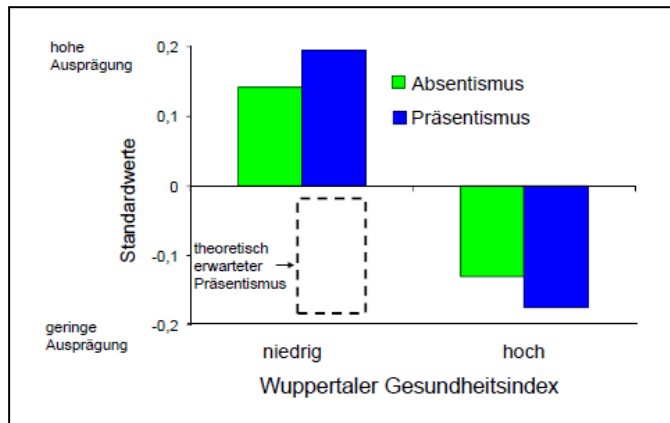


Abbildung 20: Absentismus und Präsentismus an Arbeitsplätzen mit hohem (WGU-hoch) bzw. niedrigem Gesundheitspotenzial (WGU-niedrig)

Geschlechtsspezifische Einflüsse des Ressourcenpotenzials. Arbeitsbelastungen und Stress bei der Arbeit werden weniger negativ erlebt, wenn genügend Ressourcen zu ihrer Bewältigung vorhanden sind. Dies trifft insbesondere für Frauen zu; sie reagieren z.B. auf einen autoritären Führungsstil mit deutlich mehr negativen Emotionen als Männer (vgl. BARMER Gesundheitsreport 2007).

Inwieweit dies auch für Arbeitsplätze mit hohem bzw. niedrigem Ressourcenpotenzial zutrifft, zeigen Ergebnisse einer Studie, in der 300 Mitar-

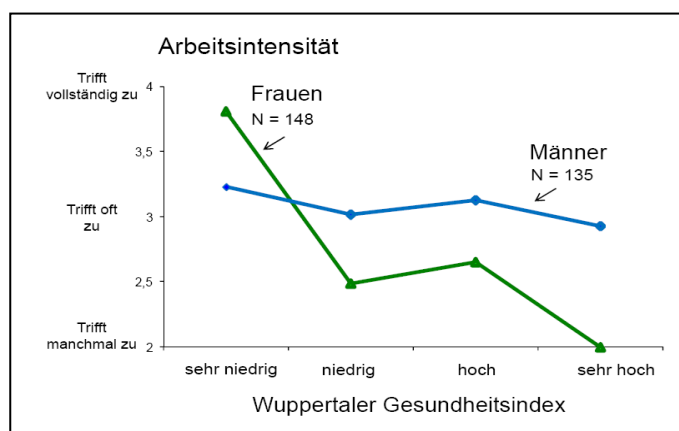


Abbildung 21: Arbeitsintensität in Abhängigkeit vom Ressourcenpotenzial (Wuppertaler Gesundheitsindex)

beiterinnen und Mitarbeiter aus fünf verschiedenen Betrieben (IT-Branche, öffentliche Verwaltung, Altenpflege, Fachhochschule, Hochschulsozialwerk) befragt wurden, die an einem Projekt zur gender-orientierten betrieblichen Gesundheitsförderung teilnahmen. Die Beschäftigten sollten hier u.a. die von ihnen an ihrem Arbeitsplatz erlebte Arbeitsintensität beurteilen. Ebenso wie in den anderen beiden Studien, wurden die Arbeitsplätze hier nach dem WGU-Index in die vier Kategorien eingeteilt (Details dazu, s. Wieland & Latocha, in Vorb.).

Wie Abbildung 21 verdeutlicht, gibt es zwischen Männern und Frauen bemerkenswerte Unterschiede. Frauen erleben das Ausmaß der Arbeitsintensität in Abhängigkeit vom Ressourcenpotenzial ihres Arbeitsplatzes. Je günstiger dieses ist – hoher Gesundheitsindex –, desto weniger stark wird ein hohes Arbeitsaufkommen offensichtlich erlebt. Männer beurteilen dagegen die erlebte Arbeitsintensität unabhängig davon, ob ihr Arbeitsplatz ein hohes (hoher WGU) oder ein niedriges (niedriger WGU) Ressourcenpotenzial aufweist. Die hier dargestellten Befunde lassen darauf schließen, dass Frauen einen gesunden Arbeitsplatz eher positiv erleben als Männer.

Der Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU) ist somit ein zuverlässiges Instrument, um das Gesundheitspotenzial eines Unternehmens zu ermitteln. Er liefert Daten über den Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz eines Unternehmens und Effektgrößen wie z.B. körperliche Beschwerden, Absentismus und Präsentismus, die als wichtige Indikatoren der Humanressourcen eines Unternehmens angesehen werden können. Wie der Wuppertaler Gesundheitsindex in eine gesundheitsbezogene Gesamtstrategie betrieblicher Gesundheitsförderung integriert werden kann, wird im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

Bei Interesse, den Wuppertaler Gesundheitsindex im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements einzusetzen, wenden Sie sich bitte an die BGM Expertinnen und Experten der BARMER GEK oder an das Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung der Bergischen Universität Wuppertal (KomFor / wieland@uni-wuppertal.de).

9 Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Unternehmen und zur Förderung der Gesundheitskultur

Das Verhalten von Menschen in Organisationen und somit auch das Führungsverhalten wird von den organisationalen Verhältnissen (Strukturen, Systeme, Programme, Instrumente, Verfahren) unterstützt oder eingeengt. Die Kontextbedingungen, die das Fühlen, Denken und Handeln der Mitglieder einer Organisation beeinflussen, sind das Resultat des komplexen Beziehungsgefüges zwischen den (organisationalen) Verhältnissen, dem Verhalten und den (Wert-) Haltungen der Organisationsmitglieder. Das Schema geht in Anlehnung an Neuberger (1998) von dem Grundgedanken aus, „...dass Handlung und Struktur einander erzeugen und konditionieren“:

Verhältnisse in einer Organisation bzw. ihre Strukturmerkmale (Hierarchie, Strukturierung, Entscheidungscentralisation, Arbeitsteilung, Entgeltsysteme etc.) bedingen bzw. ermöglichen ein bestimmtes *Verhalten* (z.B. Ausführen vorgeschriebener Handlungen, die überwacht und ergebnisabhängig entlohnt werden; Pfeil 1). Zugleich bestätigen oder konstituieren die wiederholt ausgeführten Handlungen die Strukturen, die es hervorrufen (Pfeil 2). Stets wiederholtes Verhalten prägt personale, gruppenspezifische und organisationale (Wert-) Haltungen (Pfeil 3), die als Handlungsbereitschaften bzw. Einstellungen wiederum entsprechendes Verhalten hervorrufen (Pfeil 4).

Die in Abbildung 22 dargestellte Organisationsdynamik verdeutlicht, dass Maßnahmen der Verhältnisprävention, der Verhaltensprävention und der kulturellen Prävention stets gleichzeitig zu berücksichtigen sind. Die nachfolgend beschriebenen Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sind deshalb nicht isoliert, sondern unter dem Blickwinkel dieser Dynamik in Organisationen zu betrachten.

9.1 Förderung der Gesundheitskultur

Gesundheit als Wert und integraler Bestandteil der Unternehmensziele. Die Gesundheit der Beschäftigten sollte integraler Bestandteil der Unternehmenspolitik und -philosophie sein. Ebenso sollte es für Führungskräfte selbstverständlich sein, sich für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (mit-) verantwortlich zu fühlen und dementsprechend Gesundheit als Teil ihrer Führungsaufgaben zu betrachten.

Dynamik in der Organisation



Abbildung 22: Beziehungsgefüge zwischen Verhältnissen, Verhalten und (Wert-) Haltungen (in Anlehnung an Neuberger, 1998)

Grundprämisse: Gesundheit geht uns alle an, sie ist nicht nur eine Privatangelegenheit

Um eine wirksame betriebliche Gesundheitspolitik und -kultur zu etablieren, reicht die Erarbeitung und Verabschiedung von Leitlinien allein allerdings nicht aus – sie müssen von der Unternehmensleitung und den Führungskräften auch glaubwürdig vertreten und gelebt werden. Hilfreich dazu sind turnusmäßig wiederkehrende gesundheitsbezogene Veranstaltungen (z.B. Gesundheitstage), die von den Führungskräften initiiert und getragen werden, Erfahrungen der Beschäftigten verarbeiten und somit Grundlagen für gemeinsame Regeln und Vorgehensweisen schaffen. Allerdings sind es oft weniger die offiziellen Verlautbarungen, sondern die informelle Kommunikation („Flurfunk“), die das Werte- und Normsystem der Beschäftigten beeinflusst.

Bekundete (Gesundheits-)Werte: Gesundheit ist eine Gemeinschaftsaufgabe

Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe zu etablieren bedeutet, diese Aufgabe als erstrebenswertes und gleichwertiges Ziel zu erklären und diese Botschaft innerhalb des Unternehmens eindeutig zu kommunizieren. Gesundheit sollte ein in die allgemeine Unternehmenskommunikation integriertes Thema sein, dass gleichrangig neben den anderen Unternehmenszielen rangiert. Der offene Dialog zwischen verschiedenen Unternehmensebenen – Leitung, Führungskräfte in verschiedenen Hierarchieebenen und Funktionen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – über das Thema Gesundheit ist dabei eine wesentliche Voraussetzung. Hindernisse bestehen oft darin, dass Führungskräfte Gesundheitserhaltung und Förderung als lästige Zusatzaufgabe betrachten, die sie von ihrem Tagesgeschäft abhält. Dass die Gesundheit der Beschäftigten auch ein lohnendes Tagesgeschäft sein kann, diese Haltung in Führungskräfteworkshops durch Wissen über die Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit zu vermitteln, hat sich in vielen betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten als wirksame Maßnahme herausgestellt (vgl. dazu auch den BARMER Gesundheitsreport 2007).

Qualifizierungsangebote für Führungskräfte sowie Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch über die Bedeutung von Gesundheit im Arbeitsprozess können dazu beitragen, Gesundheit nicht nur als persönliches Anliegen des Einzelnen zu betrachten, sondern als Gemeinschaftsaufgabe, deren Ziel eine gesunde Organisation ist. Vielen Vorgesetzten ist nicht bewusst, wie viel sie zum Krankenstand ihrer Abteilung beitragen und umgekehrt wie viel sie zur Gesundheit und damit zugleich zur Arbeitsmotivation, Leistungsfähigkeit und auch zur positiven Zusammenarbeit tun können.

Artefakte: In den Unternehmensalltag integrierte BGM-Strukturen und -Aktivitäten

Um das Thema Gesundheit im Unternehmen „sichtbar“ zu machen, sollte Gesundheitsförderung Bestandteil der Unternehmensgrundsätze sein, im Unternehmensleitbild einen zentralen Platz einnehmen, sowie in einer Betriebsvereinbarung verankert sein.

Die Wirksamkeit von Leitbildern hängt u. a. davon ab, wie sie entstanden und wie sie formuliert sind. Aussagen wie „Die Gesundheit unserer Beschäftigten ist für uns ein vorrangiges Ziel“ werden von den Beschäftigten weniger beachtet und ernst genommen als z.B. die Formulierung eines Ziels wie „Gesundheitsförderung wird durch entsprechende Maßnahmen einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung und einer gesundheitsbezogenen Führungsphilosophie von der Betriebsleitung und dem Management im Arbeitsalltag unterstützt“. Eine partizipative, hierarchieübergreifende Entwicklung eines Unternehmensleitbildes stößt in der Regel auf eine deutlich höhere Akzeptanz als ein „von oben verordnetes“ Leitbild. Dieser Prozess ist aufwendiger aber wirksamer. Er schafft eine Vertrauenskultur, die in einem von Vielen gemeinsam akzeptiertem Leitbild ihren Ausdruck findet.

Eine nachhaltige und gesundheitswirksame Veränderung der Gesundheitskultur eines Unternehmens ist eine der schwierigsten Aufgaben – sie braucht Zeit und Durchhaltevermögen, aber der Aufwand lohnt sich.

Wenn es um Veränderung von Werten, Einstellungen und gewohnten Verhaltensweisen geht, dann erweist sich die Psyche als der „härteste Faktor“.

9.2 Förderung der Gesundheit durch Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

9.2.1 Fünf Ansatzpunkte betrieblichen Gesundheitsmanagements

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung lassen sich danach unterscheiden, wo ihr Hauptansatzpunkt liegt: In (a) der Unternehmens- und Führungskultur (kulturelle Prävention), (b) der Um- oder Neugestaltung der Verhältnisse (Verhältnisprävention) oder (c) der Veränderung des Verhaltens (Verhaltensprävention). Erfolgreich sind Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dann, wenn diese drei Ansatzpunkte betrieblicher Gesundheitsförderung gleichermaßen berücksichtigt werden.

Um die gesundheitsförderliche *Qualität des Arbeitslebens* zu steigern, bietet das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) wirksame und nachhaltige Konzepte, Instrumente und Umsetzungsstrategien. Fünf Aspekte der Organisation, der Arbeitstätigkeit und der Beschäftigten stehen dabei im Zentrum betrieblicher Gesundheitsförderung:

1. die Gesundheits- und Führungskultur eines Unternehmens,
2. die Integration von Gesundheitsförderung in betriebliche Managementaktivitäten,
3. gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung,
4. gesunde Führung sowie
5. Gesundheitsförderung durch Stärkung eigenverantwortlichen Handelns.

1. Die Gesundheits- und Führungskultur eines Unternehmens

In Abschnitt 9.1 wurde bereits ausführlich beschrieben, dass die Gesundheit der Beschäftigten integraler Bestandteil der Unternehmenspolitik und -philosophie sein sollte und damit Teil der betrieblichen Gesundheitskultur. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich deshalb nur auf die vier letztgenannten Aspekte.

2. Integration von Gesundheitsförderung in betriebliche Managementaktivitäten

Gesundheitsförderung in die alltäglichen Management- und Arbeitsprozesse zu integrieren bedeutet zunächst, die gesetzlichen Vorschriften zum Arbeits- und Gesundheitsschutz zu berücksichtigen und entsprechend umzusetzen. Der Arbeitgeber ist nach dem *Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)* verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit gewährleisten. Das *Arbeitssicherheitsgesetz (Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG))* vom 12. Dezember 1973, zuletzt geändert am 25. November 2003) regelt die Pflichten der Arbeitgeber zur Bestellung von Betriebsärzten, Sicherheitsingenieuren und Fachkräften für Arbeitssicherheit sowie zur Bildung von Arbeitsschutzausschüssen.

Die *DIN EN ISO 10075 – Ergonomische Grundlagen für die psychische Arbeitsbelastung* – definiert die Begriffe „Belastung“, „Beanspruchung“ und „Beanspruchungsfolgen“ und legt die „Prinzipien und Anforderungen für die Messung und Erfassung psychischer Arbeitsbelastung“ fest. Darüber hinaus wurden Gestaltungsgrundsätze zur Vermeidung bzw. zum Abbau psychischer Fehlbelastungen (ISO-Normen 10075, Teil 2) entwickelt. Obwohl seit 1996 im Rahmen der Gefährdungsanalyse erforderlich, wird das Thema „Psychische Belastung“ meistens vernachlässigt (vgl. dazu auch Wieland, 2000).

Trotz der Tatsache, dass *Psychische Erkrankungen* in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen haben, sind Psychische Belastungen am Arbeitsplatz immer noch ein Tabuthema.

In der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA, vgl. <http://www.baua.de/gda>) und einer Vielzahl von mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz befassten Gremien und Institutionen wird das Thema „Psychische Belastung am Arbeitsplatz“ diskutiert, ohne dass bisher eine allgemein akzeptierte Lösung für die Erfassung und Behandlung psychischer Belastung am Arbeitsplatz gefunden wurde.

Informationsbox 2

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)

Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie ist eine von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern gemeinsam getragene, bundesweit geltende Strategie im Bereich

der Sicherheit und Gesundheit. Sie bildet die Grundlage für ein abgestimmtes Handeln zur Erreichung gemeinsam festgelegter Arbeitsschutzziele.

Die Zusammenarbeit der Aufsichtsdienste der gesetzlichen Unfallversicherungen und der Arbeitsschutzbehörden der Länder bei der Beratung und Überwachung der Betriebe soll verbessert und das Vorschriften- und Regelwerk im Arbeitsschutz anwenderfreundlicher und transparenter werden.

Mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie berücksichtigt Deutschland auch europäische und internationale Entwicklungen.

Die gesetzlichen Grundlagen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie und des Zusammenwirkens ihrer Träger sind seit November 2008 im Arbeitsschutzgesetz und Sozialgesetzbuch VII festgeschrieben (s. <http://www.baua.de/gda>).

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) unterstützt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) als einen Träger der GDA durch Bereitstellung und Vermittlung von Wissen bei den Entwicklungs-, Steuerungs-, und Fortschreibungsaufgaben zur Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Weiterhin nimmt die BAuA die Geschäftsstellenfunktion für die Nationale Arbeitsschutzkonferenz und das Arbeitsschutzforum wahr.

3. Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung

Das Fünf x Fünf Wirkungsmodell als Ausgangspunkt und Rahmenmodell

Im BARMER Gesundheitsreport 2009 wurden die betrieblichen Rahmenbedingungen gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung anhand des Fünf x Fünf Wirkungsmodells beschrieben. Das Modell beschreibt und erklärt Wirkungszusammenhänge zwischen fünf wesentlichen Merkmalsbereichen der Arbeit: Arbeitsbedingungen und -aufgaben; Führungsverhalten, Personmerkmale bzw. Eigenschaften der Beschäftigten (z.B. Gesundheitskompetenz), psychische Beanspruchung und Erleben während der Arbeit sowie langfristige Auswirkungen, wie z.B. körperliche Beschwerden und Fehlzeiten (s. Abbildung 23).

Die im Modell mit den Ziffern 1 bis 5 dargestellten Wirkzusammenhänge, die im BARMER Gesundheitsreport 2009 ausführlich beschrieben wurden, sind in den Kontext der jeweiligen Unternehmens-, Führungs- und Gesundheitskultur eingebettet. Die Gesundheitskultur eines Unternehmens hat wesentlichen Einfluss auf die Qualität und damit auch Wirksamkeit von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. dazu Abschnitt 9.1).

Das Fünf x Fünf Wirkungs- und Interventionsmodell ist ein Instrument für die Unternehmensleitung, das Management, die Führungskräfte sowie auch die Beschäftigten zur Entwicklung einer gemeinsamen Ziel- und Aufgabenorientierung im Unternehmen. Die gemeinsam zu bewältigende Aufgabe heißt hier: Gesundheitsförderliche Ressourcen erkennen und durch Gestaltung beanspruchungsoptimaler Arbeitsbedingungen und Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufbauen, sowie Fehlbeanspruchungen, Stressoren und unzumutbare Belastungen vermeiden.

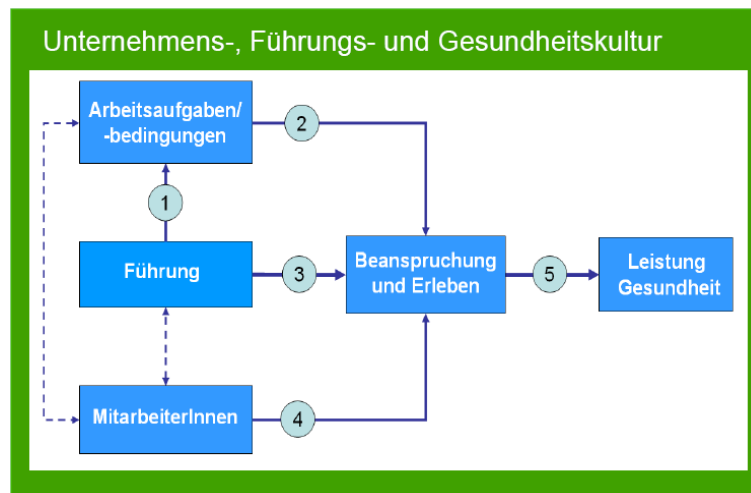


Abbildung 23: Fünf x Fünf Wirkungs- und Interventionsmodell zur Gestaltung gesunder und effektiver Arbeit im Kontext Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte hat das Modell für das Betriebliche Gesundheitsmanagement vier wesentliche Funktionen, die im Folgenden näher beschrieben werden:

- Instrument zur Wissensvermittlung und zur Herstellung einer gemeinsamen Ziel- und Aufgabenorientierung
- Leitlinie für die Analyse
- Orientierungsrahmen zur Prozesssteuerung und zur Auswahl geeigneter Interventionsmaßnahmen.
- Leitlinie für die Evaluation.

Instrument zur Wissensvermittlung und zur Herstellung einer gemeinsamen Ziel- und Aufgabenorientierung

Gemeinsam entwickelte und festgelegte Ziele haben eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit. Dies gilt vor allem dann, wenn sie auch zu einer *gemeinsamen Aufgabenorientierung* führen. Die *gemeinsame Aufgabe* heißt im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung: Neben den Primäraufgaben des Unternehmens wird auch *Gesundheit als Aufgabe* betrachtet, zu der jede/r in Abhängigkeit seiner/ihrer betrieblichen Funktion einen (eigenverantwortlichen) Beitrag leistet. Insbesondere sollten Führungskräfte Gesundheit auch als eine Führungsaufgabe betrachten. Das Modell dient somit dazu, das Denken und Handeln von Menschen mit oft sehr unterschiedlichen Zielen, Aufgaben, Interessen und Bedürfnissen auf ein gemeinsames Ziel hin zu organisieren. Erfahrungsgemäß haben Beschäftigte verschiedener betrieblicher Positionen zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung unterschiedliche (Vor-)Einstellungen, die einen konstruktiven Austausch und erfolgreichen Projektablauf nicht selten behindern.

Leitlinie für die Analyse

Welche Daten sollten warum und mit welchem Ziel erhoben werden? Die im Modell beschriebenen Wirkungszusammenhänge verdeutlichen den am BGM-Prozess Beteiligten

(Unternehmensleitung, Führungskräften, Steuerungsgruppe, Beschäftigte), warum eine ganzheitliche und umfassende Analyse betrieblicher Daten notwendig ist. Ohne Kenntnis der „verursachenden Faktoren“ (Arbeitsbedingungen, Führung, Merkmale der Beschäftigten) und ihrer Wirkungen auf den Arbeitsprozess, lassen sich begründete Entscheidungen über passgenaue und nachhaltige Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität oder zur Reduzierung von Fehlzeiten nicht treffen.

Orientierungsrahmen zur Prozesssteuerung und Auswahl geeigneter Interventionsmaßnahmen

In welchen Bereichen/Abteilungen finden sich die meisten gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren; welchen Stellenwert haben dabei die Arbeitsbedingungen, das Verhalten der Führungskräfte und/oder der Beschäftigten? Welchen Einfluss hat die Gesundheitskultur? Welche Vorgehensweise ist für die Maßnahmendurchführung Erfolg versprechend? Informationen zur Beantwortung dieser Fragen stammen in der Regel aus der Analysephase. Je nachdem, in welchen Bereichen Veränderungen aufgrund der Analyse am dringlichsten sind, stellt sich der notwendige Veränderungsprozess schwerpunktmäßig als Qualifizierungsproblem (MitarbeiterInnen), als Führungsproblem oder als strategisches bzw. Arbeitsgestaltungsproblem dar. Für die Prozesssteuerung ist dabei zu klären, wie BGM-Maßnahmen in die sonstigen betrieblichen Managementaktivitäten (z.B. Arbeitsschutz) und Arbeitsprozesse integriert werden können.

Leitlinie für die Evaluation

Analyse, Bewertung der Ergebnisse und Gestaltung sind im Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung wechselseitig aufeinander bezogen; sie bilden eine (konzeptuelle) Einheit. Das bedeutet zum einen, dass für die fünf Merkmalsbereiche des Modells aussagefähige Messwerte existieren, anhand derer sich der Erfolg von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ablesen lässt. Zum anderen kann so überprüft werden, welche Effekte mit Veränderungsmaßnahmen (z.B. Schulungsprogramme zur gesunden Führung) tatsächlich erreicht werden können. Voraussetzung dafür sind wissenschaftlich geprüfte und zuverlässige Messinstrumente. Der Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU; s. Abschnitt 8.2) bietet dafür z.B. geeignete Kennzahlen.

Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung

Wichtige Ziele gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung bzw. verhältnisorientierter Maßnahmen sind die Optimierung psychischer Belastungen, die Stärkung organisationaler und personaler Ressourcen durch Um- oder Neugestaltung der Arbeitsaufgaben und -organisation. Die *Arbeitsaufgabe* ist dabei als wichtigste Schnittstelle zwischen Person und Organisation eine zentrale Ansatzstelle. Die aus den Arbeitsaufgaben resultierenden psychischen Anforderungen und Beanspruchungen können sich als Stressfaktor oder Krankheitsrisiko, aber auch als Ressource bzw. gesundheitsförderlicher Faktor erweisen. Arbeitsaufgaben und ihre Ausführungsbedingungen sind in den betrieblichen Gesamtkontext eingebunden.

Inzwischen gibt es eine Reihe von Vorschlägen zur Aufgaben- und Arbeitsgestaltung, die sich in der betrieblichen Praxis zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeit gut bewährt haben (vgl. dazu den BARMER Gesundheitsreport 2009). Für die nachfolgend in Tabelle 11 aufgeführten Gestaltungsmerkmale, die Maßnahmen zu ihrer Umsetzung sowie deren Wirkungen ist hinreichend bekannt, dass sie positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

Um den Zusammenhang zwischen diesen Gestaltungsmerkmalen und der Gesundheit der Beschäftigten herzustellen, sollte man sich vor Augen halten, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, sondern, dass „gesund sein“ auch körperliches und psychisches Wohlbefinden bedeutet. Die Arbeitspsychologie geht als Gestaltungswissenschaft von Arbeitsprozessen noch einen Schritt weiter und begreift Gesundheit „...als umfassende Handlungsfähigkeit und -bereitschaft, persönliche und berufliche Ziele zu erreichen, Aufgaben und Belastungen erfolgreich zu bewältigen, vorhandene psychische und körperliche Ressourcen zu mobilisieren, zu erhalten und weiterzuentwickeln“ (BARMER Gesundheitsreport 2009, S. 9).

An vielen Arbeitsplätzen lassen sich Tätigkeits- und Aufgabenzusammenhänge finden, die den Beschäftigten vielfältige und anspruchsvolle Arbeitsaufgaben mit Handlungs- und Entscheidungsspielräumen bieten. Je nach Arbeitstätigkeit und den individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Beschäftigten, gibt es nicht *den* richtigen Weg einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung. Die Umsetzung der in Tabelle 11 aufgeführten Gestaltungsmerkmale im Rahmen eines BGM-Projektes kann deshalb auch nicht nach „Schema F“ erfolgen, sondern muss die jeweiligen Besonderheiten der in Frage kommenden Arbeitsplätze berücksichtigen.

„Störungsfreies Arbeiten“ als zentraler Ansatz der Gesundheitsförderung

Elementar für die Gesundheit der Beschäftigten ist „Störungsfreies Arbeiten“. Im Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU; s. Abschnitt 8.2) wurde dieses Merkmal bereits hervorgehoben und auch im BARMER Gesundheitsreport 2009 unter der Zielstellung „Störungen in den Arbeitsprozessen reduzieren“, um Psychische Erkrankungen zu vermeiden ausführlicher beschrieben. Die dort beschriebenen Maßnahmen werden hier nochmals wegen ihrer generellen Bedeutung für den Arbeitsprozess und die Gesundheit der Beschäftigten aufgegriffen.

Ständige Störungen und Unterbrechungen von Arbeitsabläufen gehören zu den wichtigsten Stressfaktoren (vgl. Wieland, 2006). Behinderungen der Arbeitsprozesse haben die stärkste Wirkung auf den allgemeinen Gesundheitszustand (gemessen mit Beschwerdehäufigkeit) und senken die Belastbarkeit dauerhaft. Sie belasten auf Dauer selbst die besten und motiviertesten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, führen zu Burnout und innerer Kündigung. Daten aus betrieblichen Untersuchungen zeigen, dass gerade die Gruppe der „unspezifischen Beschwerden“ wie Schlaf- und Konzentrationsstörungen zunimmt (vgl. Wieland, 2008; Wieland & Hammes, 2008). Dies sind auch die ersten Symptome psychischer Dauerbelastung und Depression.

Tabelle 11: Arbeitsgestaltungsmerkmale und ihnen zugeordnete Maßnahmen (in Anlehnung an Ulich & Wülser, 2009).

Gestaltungsmerkmale	Maßnahmen	Angenommene Wirkungen
Vollständige Arbeitsaufgaben bzw. Tätigkeiten	Kombination von planenden-, vorbereitenden- und kontrollierenden Tätigkeiten mit unmittelbar ausführenden Tätigkeiten (vollständige Tätigkeit), Mischarbeitsplätzen durch Um- oder Neuverteilung von Arbeitsaufgaben	■ MitarbeiterInnen erkennen Stellenwert und Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit ■ MitarbeiterInnen erhalten Rückmeldung über den eigenen Arbeitsfortschritt aus der Tätigkeit selbst
Anforderungs-/Aufgabenvielfalt	Aufgaben mit unterschiedlichen geistigen und körperlichen Anforderungen Aufgabenanreicherung und -erweiterung	■ Unterschiedliche Fähigkeiten, Fertigkeiten müssen eingesetzt und können entwickelt werden ■ Einseitige Beanspruchungen und Monotonie werden vermieden
Autonomie und Entscheidungsspielraum	Aufgaben mit Handlungs- und Entscheidungsspielräumen und der Möglichkeit, Einfluss zu nehmen auf das Arbeitsgeschehen	■ Stärkt das Selbstwertgefühl und die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung ■ Erhöht das Kontrollerleben und vermittelt das Gefühl nicht einfluss- und bedeutungslos zu sein
Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten	Anregende und herausfordernde Aufgaben, zu deren Bewältigung vorhandene Qualifikationen erweitert bzw. neue Qualifikationen angeeignet werden müssen	■ Allgemeine geistige Flexibilität und Arbeitsfreude bleibt erhalten ■ Berufliche Qualifikationen werden erhalten und weiterentwickelt
Möglichkeiten der sozialen Interaktion	Arbeitsaufgaben, deren Erfüllung Kommunikation, Kooperation und Koordination nahe legt oder erfordert	■ Gemeinsame Aufgabenorientierung und Verantwortung ■ Probleme können gemeinsam bewältigt werden
Sinnhaftigkeit	Aufgabeninhalte / Produkte in Gesamtzusammenhang stellen; durch Zusammenfassen von Aufgaben in Organisationseinheiten Sinnbezug schaffen	■ Vermittelt das Gefühl, an der Erstellung nützlicher Produkte beteiligt zu sein ■ Gibt Sicherheit der Übereinstimmung persönlicher und unternehmerischer Interessen
Störungsfreies Arbeiten	Vermeidung von Arbeitsstörungen durch klare Aufgabenstellungen, Rückmeldungen und Vermeidung von belastenden Umwelteinflüssen (z.B. Lärm)	■ Zusätzliche psychische Belastungen werden verringert ■ Arbeitsmotivation, -zufriedenheit und Arbeitseffektivität werden erhöht
Pausengestaltung	Mitarbeitergerechte Pausengestaltung durch Kurzpausensysteme und Möglichkeiten zur individuellen Pausengestaltung	■ Optimierung des Arbeits-Erholungs-Zyklus ■ Aufrechterhaltung und Schonung der Humanressourcen

Es ist im Grunde von doppeltem Interesse, Störungen und ihre Ursachen zu identifizieren, weil dann die Prozesse effektiver werden *und* das Wohlbefinden steigt. Wenn die innere Steuerung der Tätigkeit – die Regulation und gedankliche Planung – weitgehend flüssig ablaufen kann, wird Ärger und zusätzlicher (Zeit-) Aufwand vermieden. Dabei sollten alle Schnittstellen im Arbeitsalltag betrachtet werden:

Mensch-Aufgabe: Passt die Arbeitsaufgabe zu dieser/diesem Beschäftigten, ist sie oder er ausreichend qualifiziert, kann die Aufgabe anspruchsvoller sein und können Entwicklungsmöglichkeiten angeboten werden?

Bei der Benennung und Diskussion von Zeitdruck und Arbeitsverdichtung als Ursachen von Stress und Belastung werden oft wichtige Merkmale der „eigentlichen“ Arbeitstätigkeit vernachlässigt. Für das Denken und die Psyche ist es von großer Bedeutung, ob die tägliche Arbeit aus kurzzyklischen, sich oft wiederholenden Teilprozessen besteht oder aus größeren Schritten, die zu Ergebnissen mit Rückmeldung von Kunden oder Vorgesetzten führen und deren Sinn gut zu erkennen ist.

In früheren BARMER Gesundheitsreports wurde bereits die Bedeutung gut gestalteter Tätigkeiten in ihrer Wirkung auf die Beanspruchung und Beschwerden analysiert. Die Daten belegen, dass sich eine ganzheitliche Anlage von Arbeitsaufgaben und Freiheitsgrade in der Ausführung günstig auf den menschlichen Organismus auswirken. Damit wird Monotonie und Sättigungseffekten sowie Burnout entgegengewirkt, das Interesse aufrechterhalten und Eigenverantwortung ermöglicht.

Nicht alle Beschäftigten möchten gleich viel Verantwortung übernehmen. Es ist Aufgabe der Führungskraft, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fordern, ohne sie zu überfordern.

Mensch-Arbeitsmittel: Sind die Arbeitsumgebung und die Arbeitsmittel nach ergonomischen Standards gestaltet? Ist die Software den Aufgaben angemessen und fehlertolerant? Können überflüssige Arbeitsschritte vermieden werden? Gibt es Hilfen für schwere körperliche Arbeit? Passen die Werkzeuge und Methoden zu den Aufträgen?

Arbeitsmittel, Möbel und Räume sind die tagtägliche Umgebung und der Hintergrund des eigenen Befindens. Oft lassen sich mit geringem Aufwand gute Veränderungen erreichen, vielleicht auch mit der Beteiligung der Belegschaft. Pausenzeiten und Pausenräume sollten bewusst in die Betrachtung und Optimierung mit aufgenommen werden, sie sorgen für die Mobilisierung von Kräften und das Wohlbefinden zwischendurch (vgl. Wieland, 2007).

Mensch-Mensch: Wenn Zuständigkeiten und Kompetenzen klar definiert sind, ist die Basis für eine gesunde Kommunikation geschaffen. Darüber hinaus führen folgende Fragen zu fruchtbaren Überlegungen: Wie ist der Umgang und die Kommunikation im Unternehmen? Gibt es ein Klima der Wertschätzung oder werden nur negative Sachverhalte thematisiert? Welche Führungsroutinen bestehen? Gibt es eine lebendige Unternehmenskultur und Führungskräfte, die nicht nur die Funktion und Leistung der Beschäftigten, sondern den „ganzen“ Menschen in seiner Individualität sehen? Werden Entwicklungsgespräche geführt und die Beschäftigten an der Gestaltung der Arbeit beteiligt?

Merkmale der Arbeitsgestaltung, wie sie in Tabelle 11 aufgeführt sind, werden dann als gesundheitsförderliche Ressourcen wirksam, wenn sie von den Beschäftigten richtig

genutzt werden. Die Nutzung vorhandener Spielräume bei der Arbeit hängt jedoch auch in starkem Maße davon ab, inwieweit eine Person sich die „Arbeitsaufgaben zu eigen“ macht bzw. für ihren Arbeitsauftrag Verantwortung übernimmt. Die Arbeitspsychologie spricht in diesem Zusammenhang von der "Redefinition" des Arbeitsauftrags bzw. der daraus zu erfüllenden Aufgabe durch die/den Beschäftigte/n (vgl. dazu Informationsbox 3).

Informationsbox 3

Redefinition von Arbeitsaufträgen

Das, was in der Arbeitspsychologie mit der „Redefinition von Arbeitsaufträgen“ gemeint ist, hat weitreichende Konsequenzen. Diese beziehen sich zum einen auf die Art und Weise, wie Arbeitsaufträge ausgeführt werden, und zum anderen darauf, wie die Beziehung zwischen Führungskräften und ihren Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern aussieht.

Das Ergebnis dieses *Redefinitionsprozesses* bestimmt u. a. darüber, wie motiviert, mit welcher Intensität und Ausdauer, Geschwindigkeit und Qualität Arbeitsaufträge ausgeführt werden. Nach Hackman (1970) sind es vor allem vier Aspekte, die Verhältnis der arbeitenden Person zu ihrem Arbeitsauftrag bestimmen:

1. *das Ausmaß des Verstehens bzw. Missverstehens des Arbeitsauftrags.* Oft ist zu beobachten, dass die (oft nicht explizit geäußerten) Vorstellungen, die eine Führungskraft von den Ergebnissen eines Arbeitsauftrags (z.B. Folien für einen Vortrag für den Vorstand zu erstellen), überhaupt nicht mit der aus diesem Auftrag von dem/der Mitarbeiter/in „redefinierten“ Aufgabe übereinstimmt.
2. *das Ausmaß des Akzeptierens des Auftrags und der Bereitschaft, ihn auszuführen.* Wird eine Aufgabe als nicht sinnvoll oder illegitim wahrgenommen (vgl. dazu Semmer, Jacobshagen & Meier, 2006), dann sinkt oft die Bereitschaft, ihn auch auszuführen bzw. es wird „Dienst nach Vorschrift“ gemacht.
3. *Bedürfnisse, Ansprüche und Wertvorstellungen, die der Arbeitende in die Aufgabensituation einbringt,* bestimmen wesentlich die Höhe des Anspruchsniveaus, sowie die Art und Weise der Aufgabenausführung.
4. *der Einfluss früherer Erfahrungen mit ähnlichen Aufgaben.* Wenn eine Person oft die Erfahrung gemacht hat, dass gute Arbeit nicht belohnt wird, dann wird sie auch wenig Lust verspüren, sich über das notwendige Maß hinaus anzustrengen.

Die dargestellten Prinzipien der Arbeitsgestaltung verdeutlichen, in welcher Weise nach arbeitspsychologischen Grundsätzen gestaltete Arbeitstätigkeiten und -bedingungen dazu beitragen, die Ressourcen der Mitarbeiter optimal einzusetzen, zu fördern und zu erhalten. Mitarbeitergerechte Arbeitsgestaltung wird so sowohl zu einem Mittel des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der Persönlichkeitsförderlichkeit als auch des ökonomischen Einsatzes der personellen Ressourcen, die dem Unternehmen zur Verfügung stehen.

Teamorientierte Gesundheitsförderung

Nach einer aktuellen Studie der Unternehmensberatung Kienbaum halten 70 % der Führungskräfte hierzulande Teamgeist und Kollegialität für den *wirtschaftlichen Erfolg* eines Unternehmens für „wichtig“ und „sehr wichtig“, und von 94 % der Führungskräfte wird die zukünftige Bedeutung entsprechender Werte und Leitbilder als „hoch“ und „sehr hoch“ ein-

geschätzt. Jedoch: Nur ein Drittel (34 %) hält die Umsetzung dieser Werte derzeit in seinem Unternehmen für gelungen; ein Fünftel (19 %) sieht in dieser Hinsicht deutliche Schwächen.

Bei der Teamorientierten Gesundheitsförderung stehen zwei Zielbereiche im Vordergrund: (1) Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe von Arbeitsteams auf verschiedenen Unternehmensebenen zu etablieren, und (2) die Ziele, Bedürfnisse und Aufgaben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Führungskräften und Unternehmensleitung soweit miteinander zu verzahnen und zur Überlappung zu bringen, dass sich daraus eine gemeinsame Ziel- und Aufgabenorientierung entwickeln kann, in der Gesundheit nicht mehr nur als Privatsache, sondern als Gemeinschaftsaufgabe gesehen und angenommen wird (vgl. dazu Wieland & Görg, 2009).



Abbildung 24: Das Konzept „Teamorientierte Gesundheitsförderung“

Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe zu etablieren erfordert, Methoden der Teamentwicklung und gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung zu verbinden. Zwei Aspekte sind dabei besonders wichtig: Die Arbeit im Team, die durch das Teamklima und die Art der gemeinsam zu bewältigenden Arbeitsaufgaben gekennzeichnet ist, und die Unterstützung, die das Team durch die unmittelbaren Vorgesetzten und die Unternehmensleitung bekommt (vgl. dazu auch van Dick & West, 2005).

Durch die Arbeit im Team wird die kollektive Übernahme von Verantwortung (gemeinsame Zielorientierung) gefördert. Durch das gemeinsame Erlernen und Einüben von Strategien zur Aufgaben- und Stressbewältigung entsteht im Team die Motivation und Bereitschaft zur gemeinsamen Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen (gemeinsame Aufgabenorientierung).

Erreicht werden kann dies dadurch, dass zunächst Workshops mit Vertretern der einzelnen Ebenen (s. Abbildung 24) durchgeführt werden. Bestandteile dieser Workshops sind Wissensvermittlung, Problemsammlung und -analyse sowie die erste Erarbeitung von Lösungsansätzen. Die in den Workshops gesammelten Erkenntnisse werden im Bedarfsfall durch geeignete vertiefende Analysemethoden (Tätigkeitsbeobachtungen, Experteninterviews, zusätzliche Fragebogenerhebungen) vertieft. Die Ergebnisse aller Workshops wer-

den der jeweils anderen Ebene zurückgemeldet sowie möglichst auch allen Beschäftigten zur Kenntnis gebracht, um den Gesamtprozess in allen Phasen für alle Beschäftigten transparent zu halten. Die zunächst für die einzelnen Ebenen getrennt gesammelten Erkenntnisse und Lösungsansätze werden anschließend in sog. Kombi-Workshops gemeinsam mit der Unternehmensleitung, der mittleren Führungsebene und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bearbeitet. Ein wichtiger Schritt dazu ist die Abklärung der vorhandenen Handlungs- und Gestaltungsspielräume (s. dazu weiter oben) für die Umsetzung der gesammelten Lösungsvorschläge mit der Unternehmensleitung sowie die Erarbeitung der Ziele, die mit der Intervention erreicht werden sollen. Die Absteckung und klare Kommunikation des Rahmens, in dem sich die Beteiligten bei der Umsetzung der Maßnahmen bewegen werden, sind wichtig, um „Pseudo-Partizipation“ und unrealistische Erwartungen („das Machbare tun“) zu vermeiden.

Die Vorgehensweise bei der teamorientierten Gesundheitsförderung weist naturgemäß viele Überschneidungen zu dem nachfolgend geschilderten Konzept der „Gesunden Führung“ auf. Beides sollte entsprechend miteinander verzahnt werden.

4. Gesunde Führung

Das Thema „Gesunde Führung“ wurde im BARMER Gesundheitsreport 2007 als Schwerpunktthema ausführlich behandelt. Auch im BARMER Gesundheitsreport 2009 wurden Fortbildungen für Führungskräfte als gesundheitsförderliche Maßnahme thematisiert. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass Führungskräfte zur „gesunden Führung“ aus- und fortgebildet werden sollten, da gesunde Führung immer auch effektive Führung im Sinne produktiver Arbeit und guten Ergebnissen ist.

Als (Mit-)Gestalter der Gestaltungsmerkmale von Arbeitsaufgaben und -bedingungen, wie sie weiter oben beschrieben wurden, beeinflussen Führungskräfte wesentlich das Verhalten, die Arbeitsmotivation, das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten. Arbeitsbedingungen, die in diesem Kontext eine herausragende Rolle spielen, sind die *Art der Arbeitsanforderungen* und das Ausmaß von *Arbeitsstörungen*.

Voraussetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens sind Information und Wissen über die wichtigsten Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit, wie sie im Fünf x Fünf Wirkungs- und Interventionsmodell beschrieben wurden (vgl. dazu auch den BARMER Gesundheitsreport 2009). Darüber hinaus sind Fortbildungen dann wirkungsvoll, wenn sie nicht nur theoretische „Sollwerte“ vermitteln, sondern eng am Erfahrungshintergrund der Führungskräfte und ihren Aufgaben orientiert sind. Gesundes Führen muss „vor Ort“, im Kontext der eigenen Führungsaufgaben erprobt und verfestigt werden. „Gesunde Führung“ ist ein Thema, das bisher noch relativ selten integrativer Teil des Führungsverhaltens ist. Gesundheit als Führungsaufgabe im betrieblichen Führungsalltag zu verankern, erfordert deshalb wie alle Innovations- und Veränderungsprozesse eine Vorgehensweise, die durch drei Phasen gekennzeichnet ist: Auftauen (unfreezing), ändern (moving) und Wiederherstellen der Stabilität (refreezing).

Auftauen bedeutet, Führungskräfte für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren; *Ändern* erfordert ihre Bereitschaft, Energie und Kosten zur Analyse der Ist-Situation, zur Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu investieren; *Wiederherstellen der Stabilität* bedeutet, die gesundheitsbezogenen Veränderungsprozesse so zu gestalten, dass sie schließlich als „Alltagshandeln“ zur Selbstverständlichkeit werden (siehe auch BARMER GEK Workshop „FÜHRUNGAKTIV“, Kapitel 2).

5. Gesundheitsförderung durch Stärkung eigenverantwortlichen Handelns

Für die eigenverantwortliche Gesundheitsfürsorge sind insbesondere die individuellen Fähigkeiten zur Erhaltung der Gesundheit und zur Bewältigung von Krankheiten bedeutsam. Dabei sollten insbesondere Führungskräfte Vorbild im Umgang mit ihrer Gesundheit sein.

Menschen unterscheiden sich darin, wie *kompetent* sie damit umgehen, gesund zu bleiben oder Krankheiten zu bewältigen. Diese Fähigkeit, gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen aktiv und wirksam zu begegnen und die Gesundheit durch geeignete Maßnahmen zu erhalten, bezeichnen wir als personale Gesundheitskompetenz. In Kapitel 10 wird auf diesen zweiten Schlüsselfaktor der Unternehmensressource Gesundheitskompetenz (vgl. dazu auch weiter oben, Abbildung 17) ausführlich eingegangen.

10 Gesundheitskompetenz als personale Ressource

10.1 Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit

Gesundheit bedeutet nicht nur Abwesenheit von Krankheit. „Gesund sein“ bedeutet auch psychisches und körperliches Wohlbefinden. Nach der Ottawa-Charta der WHO (1986) zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, „... allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen [...]. Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können [...]“.

Die *Arbeitspsychologie* geht noch einen Schritt weiter und begreift *Gesundheit als umfassende Handlungsfähigkeit* persönliche und berufliche Ziele zu erreichen, Aufgaben und Belastungen erfolgreich zu bewältigen und die eigenen psychischen und körperlichen Ressourcen zu mobilisieren, zu erhalten und weiter zu entwickeln (Ulich & Wülser, 2009; Wieland, 2010).

Es geht also nicht nur um die Frage der *Pathogenese*, also darum, wie wir Krankheiten vermeiden können, sondern auch um die Frage, wie Gesundheit erhalten und gefördert werden kann. Die moderne Gesundheitsforschung benutzt den Begriff der *Salutogenese*, wenn sie sich damit beschäftigt, herauszufinden, warum und wie Menschen trotz vielfältiger Anforderungen, Belastungen und Stressoren gesund bleiben.

10.2 Gesundheitskompetenz und Bewältigung von Krankheit

Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie mit ihrer Gesundheit umgehen und wie viel Vorsorge sie betreiben sowie darin, welche Strategien sie zur Bewältigung von körperlichen Beschwerden und Krankheiten entwickelt haben. Dabei haben psychische Aspekte und Funktionen großen Einfluss darauf, wie diese Strategien aussehen und wie erfolgreich sie sind. Die Gesundheit fördernde Werte, Einstellungen und Gewohnheiten (z.B. Ernährung, Bewegung), das Verantwortungsgefühl für sich selbst und andere Bezugspersonen, das Vertrauen in die Wirksamkeit des eigenen Handelns (Selbstwirksamkeitserwartung) und die Fähigkeit, Krankheiten aktiv und wirksam zu begegnen, sind Persönlichkeitsmerkmale, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.

Gut erforscht ist insbesondere der Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartung (Vertrauen in die Wirksamkeit des eigenen Handelns) auf die Gesundheit. Nach amerikanischen (Bandura, 1992) und deutschen Forschungsgruppen (Schwarzer, 2002) gibt es bedeutsame Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartung und der Fähigkeit zur Bewältigung von Stress, dem Ertragen von Schmerzen und der Bewältigung von Krankheiten. In der Rehabilitation von Herzinfarkten konnten z.B. durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung die allgemeine körperliche Fitness sowie die Herzfunktion verbessert werden (vgl. Schwarzer, 2002, S. 523). Aufbauend auf diesen Erkenntnissen haben wir personale Gesundheitskompetenz wie folgt definiert:

Personale Gesundheitskompetenz beruht auf individuellen Erfahrungen, Erwartungen und Fähigkeiten, gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen aktiv und wirksam zu begegnen und die Gesundheit durch geeignete Maßnahmen zu erhalten und zu fördern.

Um die Gesundheitskompetenz einer Person zu ermitteln, wurde am Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie der Bergischen Universität Wuppertal der *Fragebogen zur Gesundheitskompetenz* (GKF; Wieland & Hammes, 2008) entwickelt, der drei Facetten der Gesundheitskompetenz erfasst: (1) Gesundheitsziele, (2) die persönliche Kompetenzerwartung, sowie (3) die Erwartung, Krankheiten auch erfolgreich bewältigen zu können (Erfolgserwartung). Der Fragebogen enthält Fragen wie: „Wenn ich Vorsätze und Pläne bezüglich meiner Gesundheit mache, halte ich mich auch daran“ und „Gesundheitlichen Problemen sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann“.

10.2.1 Gesundheitskompetenz, Geschlecht und Alter

Welchen Einfluss haben Geschlecht und Alter auf die Gesundheitskompetenz? Aus bisherigen Studien wissen wir: Bei Frauen nimmt die Gesundheitskompetenz mit dem Alter zu, bei Männern verringert sie sich dagegen mit dem Alter. Dies zeigt sich auch darin, dass insbesondere ältere Frauen (über 60 Jahre) verstärkt Präventionsangebote in Anspruch nehmen (vgl. BARMER Gesundheitsreport 2008, S. 7). Gesundheitskompetent zu sein, bedeutet u.a., die eigene Gesundheit aktiv „in die Hand zu nehmen“.

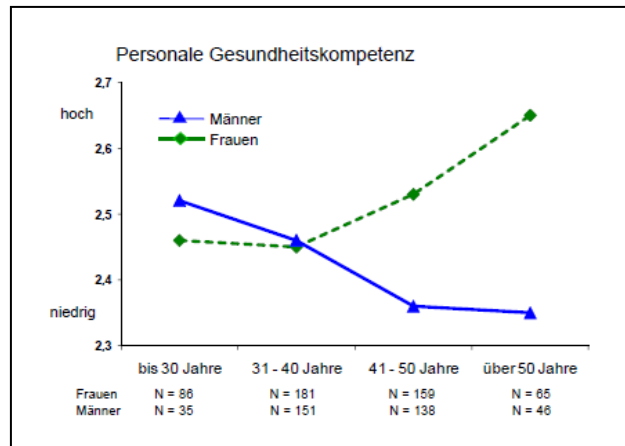


Abbildung 25: Personale Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter. Daten der Stichprobe „Versicherungsbranche“. Für Stichproben anderer Branchen liegen ähnliche Ergebnisse vor (aus Wieland & Hammes, 2008)

Nach den in Abbildung 25 dargestellten Befunden können wir davon ausgehen, dass die Gesundheitskompetenz von Frauen mit dem Alter zunimmt, während es bei Männern umgekehrt ist. Je älter die Männer werden, desto weniger kompetent fühlen sie sich, ihre Gesundheit zu erhalten bzw. Krankheiten zu bewältigen.

10.2.2 Gesundheitskompetenz und Häufigkeit körperlicher Beschwerden

Bekannt ist aus einer Reihe von Studien der Bergischen Universität Wuppertal in Unternehmen verschiedener Branchen auch, dass die Gesundheitskompetenz einen engen Zusammenhang zu körperlichen Beschwerden wie z.B. Muskel-Skelett-, Magen-Darm-, Herz-Kreislauf-Beschwerden sowie Unspezifischen Beschwerden (Kopfschmerzen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Nervosität) aufweist. Exemplarisch dafür sind die in Abbildung 26 dargestellten Befunde. Personen mit geringer Gesundheitskompetenz berichten deutlich (statistisch signifikant) häufiger von körperlichen Beschwerden im Vergleich zu Personen mit hoher Gesundheitskompetenz.

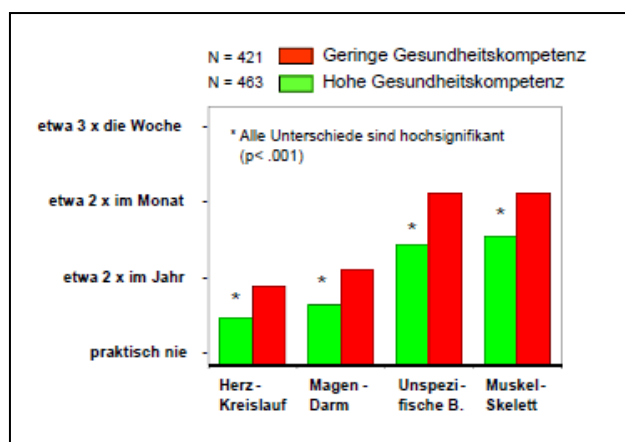


Abbildung 26: Längerfristig andauernde körperliche Beschwerden in Abhängigkeit von der personalen Gesundheitskompetenz (nach Wieland, 2008)

Wenn wir davon ausgehen, dass längerfristig auftretende körperliche Beschwerden wie z.B. Muskel-Skelett-Beschwerden ein hohes Chronifizierungsrisiko besitzen, dann wird individuelle Gesundheitskompetenz in Zukunft aufgrund des demografischen Wandels eine bedeutsame Rolle bei der Entwicklung *chronischer Erkrankungen* spielen.

Diese Betrachtungen verdeutlichen: Gesundheitskompetenz ist ein Merkmal von Personen, dem eine wichtige Rolle im Entstehungsprozess von Krankheiten bzw. bei der Erhaltung der Gesundheit zukommt.

Welche Kompetenz haben die Bundesbürger, Krankheiten zu bewältigen und ihre Gesundheit zu erhalten und auch zu fördern? Was wissen die Bundesbürger über Gesundheit, welchen Wert hat sie für die Lebensqualität des Einzelnen im Vergleich zu anderen Gütern (Familie, soziale Kontakte, Wohnen, Auto, Freizeitgestaltung)?

Welche Rolle spielen Geschlecht, Alter, Bildung und Berufstätigkeit für die Gesundheitskompetenz des Einzelnen? Gibt es regionale Unterschiede? Können Unternehmen zur Gesundheitskompetenz des Einzelnen beitragen? Lassen sich fördernde und hindernde Faktoren feststellen? Welche Vorteile hätte das „Wissen über die Gesundheitskompetenz in einer repräsentativen Stichprobe“ für die gezielte Entwicklung von präventiven, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen?

Um diese Fragen zu beantworten, wird die BARMER GEK in den nächsten Monaten eine Internetstudie durchführen. Ziel der Studie ist, durch die Erfassung der personalen Gesundheitskompetenz, des Gesundheitsverhaltens, gesundheitsbezogener Werthaltungen und Einstellungen, der Gesundheitskultur sowie wesentlicher demografischer Merkmale (Geschlecht, Alter, Bildung, Berufstätigkeit) erstmals umfassende Informationen zur personalen Gesundheitskompetenz und ihren psycho-sozialen Rahmenbedingungen zu erhalten.

Über die Ergebnisse dieser Internetstudie wird der BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 - Teil II ausführlich berichten.

10.3 Gesundheitstypen

Der strukturelle Wandel des Gesundheitswesens und des Gesundheitsmarktes hat zu einer steigenden Gesundheitsorientierung der Bevölkerung geführt. Daneben ist es vor allem die demografische Entwicklung, die die Nachfrage nach Gesundheits- und Präventionsdienstleistungen in Zukunft erheblich forcieren wird.

Wie verhalten sich Menschen in sich verändernden sozio- und gesundheitsökonomischen Umfeldern? Wie sieht der persönliche Umgang mit der sukzessiv steigenden finanziellen Eigenbeteiligung aus? Wie viel organisierte Gesundheit, wie viel Eigeninitiative/Eigenverantwortung wird in Zukunft nötig sein? Welche Personen kennzeichnet eher eine passive, welche eine aktive Versorgungsmentalität? Antworten auf diese Fragen lassen sich finden, wenn wir uns mit gesundheitsrelevanten Einstellungen, Mentalitäten und Verhaltensmustern beschäftigen. Im Laufe des Lebens bilden sich beim Menschen Verhaltensgewohnheiten heraus, die sich zusammenfassend durch sog. „Typen“ beschreiben lassen.

Beispielsweise gibt es in der Psychologie ein einflussreiches Persönlichkeitsmodell, das fünf Hauptmerkmale der Persönlichkeit – die sogenannten „Big Five“ – beschreibt:

- Neurotizismus
- Extraversion
- Offenheit für Erfahrungen
- Verträglichkeit
- Gewissenhaftigkeit

Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht die Annahme, dass sich Persönlichkeitsunterschiede zwischen Individuen, die sich dann in bestimmten Verhaltens- und Erlebnisweisen manifestieren, vor allem auf diese fünf Persönlichkeitsmerkmale zurückführen lassen (vgl. Borkenau & Ostendorf, 1993). Da Menschen sehr unterschiedliche Ausprägungen in diesen Persönlichkeitsmerkmalen haben, gibt es auch unterschiedliche „Big Five Typen“, die sich durch typische Verhaltensorientierungen und Handlungsweisen im sozialen Verhalten und persönliche Unterschiede in Einstellungen, im Erleben, Fühlen und Denken auszeichnen.

Es gibt einige wenige Studien, die sich mit Gesundheitstypen befassen, da der Gesundheitsmarkt als einer der Wachstumsmärkte der Zukunft zunehmend an Attraktivität gewinnt (vgl. z.B. Health Care Monitoring, psychonomics AG, 2007; oder Health Styles; die Trendstudie von healthy living, 2008; Bock & Schweitzer, 2009).

10.3.1 Merkmale des psychologischen Gesundheitstyps

Die menschliche Persönlichkeit ist komplex, vielschichtig und nicht einfach erfassbar. Trotzdem hat es sich bewährt, Personen nach bestimmten Verhaltens- und Erlebnisweisen zu befragen und aufgrund typischer Merkmalskombinationen in voneinander abgrenzbare Gruppen einzuteilen. Das weiter oben beschriebene Persönlichkeitsmodell der „Big Five“ ist ein Beispiel dafür. Welche Merkmale sind für den psychologischen Gesundheitstyp relevant? Die bisherigen Erkenntnisse dazu legen folgende Bereiche nahe, die für gesundheitsbezogene Einstellungen, Verhaltens- und Erlebnisweisen im Kontext von Gesundheit, Krankheit und dem Umgang damit bedeutsam sind:

- Gesundheitsverhalten
- Vorsorgeorientierung bzw. -verhalten
- Individueller Beratungs- bzw. Angebotsanspruch
- Orientierung am Gesundheitsmarkt
- Versicherungsmentalität (Involvement)
- Vertrauen gegenüber der eigenen Krankenversicherung
- Offenheit bzgl. Naturheilverfahren

Für diese sieben Merkmalsbereiche wurden eine Reihe von Aussagen zu gesundheitsbezogenen Einstellungen, Verhaltens- und Erlebnisweisen formuliert, die den jeweiligen oben genannten Merkmalsbereich treffend charakterisieren.

So bezieht sich *Gesundheitsverhalten* auf Aspekte wie „Ich halte mich in Fragen rund um die Gesundheit stets auf dem Laufenden“; *Vorsorgeorientierung* liegt dann vor, wenn die Frage „Ich lasse mich beim Arzt regelmäßig durchchecken“ positiv beantwortet wird; ein *individueller Beratungs- und Angebotsanspruch* umfasst Aussagen wie „Ich würde es begrüßen, wenn mir meine Krankenkasse im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge mit Rat und Tat zur Seite stünde“; *Orientierung am Gesundheitsmarkt* ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Person „in der Vergangenheit schon einmal die Beiträge unterschiedlicher Kassen miteinander verglichen hat“; eine hohe *Versicherungsmentalität* (Involvement bzgl. Krankenversicherung) ist dann gegeben, wenn „jemand sich regelmäßig um seinen Krankenversicherungsschutz kümmert“; *Vertrauen gegenüber der eigenen Krankenversicherung* hat jemand, der „sich bei seiner Krankenversicherung rundum abgesichert fühlt“; und *Offenheit bzgl. Naturheilverfahren* kennzeichnet eine Person, die „schon häufiger Naturheilmittel ausprobiert hat“.

10.3.2 Studie zur empirischen Ermittlung der fünf Gesundheitstypen

Einer repräsentativen Stichprobe von BARMER Versicherten (N = 4000) wurden insgesamt 32 Fragen vorgelegt, die die oben genannten sieben Merkmalsbereiche hinreichend abdecken. Anschließend wurden, ausgehend von diesen sieben Merkmalsbereichen, mittels statistischer Methoden (faktoren- und clusteranalytische Verfahren) fünf Gesundheitstypen extrahiert.

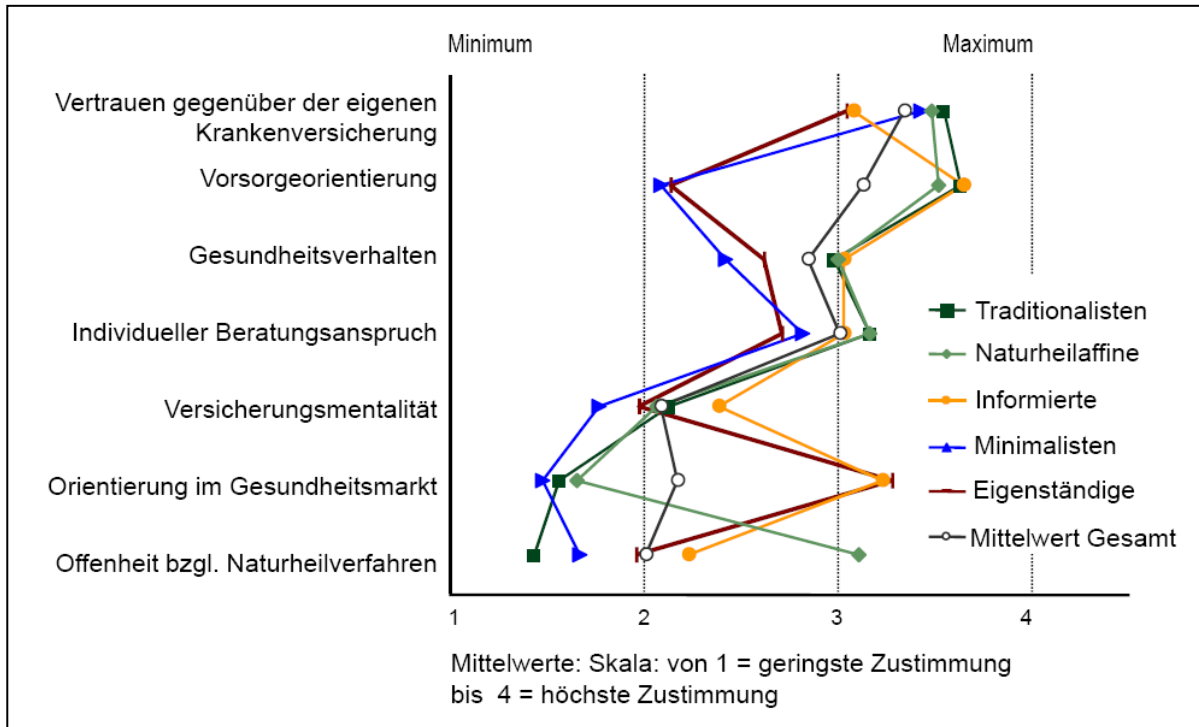


Abbildung 27: Position der fünf Gesundheitstypen auf den sieben Merkmalsdimensionen

Die charakteristischen Ausprägungen der sieben Merkmalsdimensionen für die fünf Gesundheitstypen zeigt Abbildung 27. Entsprechend ihrer Ausprägungen in den sieben Merkmalsbereichen lassen sich die folgenden fünf Typen unterscheiden:

Traditionalisten. Sie nehmen regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil und haben großes Vertrauen in ihre eigene Krankenversicherung. Sie haben ein aktives Gesundheitsverhalten und einen hohen Beratungsanspruch bzw. wünschen sich kostenlose Angebote für Präventionsmaßnahmen von ihrer Versicherung. Für formale Dinge der Krankenversicherung (z.B. Krankenversicherungsschutz) oder alternative Heilverfahren (z.B. Naturheilverfahren) interessieren sie sich wenig.

Naturheilauffine. Dieser Gesundheitstyp weist in sechs Merkmalsbereichen sehr ähnliche Ausprägungsgrade wie die Traditionalisten auf: Großes Vertrauen in die eigene Krankenkasse, hohe Vorsorgeorientierung, aktives Gesundheitsverhalten und hoher Beratungs- und Angebotsanspruch. Ebenso interessiert er sich wenig für formale Aspekte der Krankenversicherung und Angebote anderer Krankenkassen am Markt. Sein einziges Unterscheidungsmerkmal zu den Traditionalisten ist die Offenheit gegenüber Naturheilverfahren.

Minimalisten. Auch sie haben großes Vertrauen in ihre eigene Krankenkasse. Sie nehmen jedoch Vorsorgeuntersuchungen nur wenig in Anspruch; ihre Aktivitäten in Bezug auf Gesundheitsverhalten sind mittelmäßig ausgeprägt, ebenso ihr Beratungsanspruch. Sie interessieren sich kaum für formale Dinge ihrer Krankenversicherung und stehen auch Naturheilverfahren weniger offen gegenüber.

Die beiden restlichen Gesundheitstypen – *Informierte* und *Eigenständige* – grenzen sich dadurch ab, dass sie weniger Vertrauen in ihre eigene Krankenkasse haben, sie liegen hier unter dem Gesamtmittelwert (vgl. Abbildung 27).

Informierte. Neben dem vergleichsweise geringeren Vertrauen in die eigene Krankenkasse hat dieser Gesundheitstyp mit die höchste Vorsorgeorientierung. Auch das aktive Gesundheitsverhalten und der individuelle Beratungsanspruch sind hoch ausgeprägt. Das Interesse der Informierten an formalen Aspekten ihrer Krankenversicherung sowie an Naturheilverfahren ist mittelmäßig. Sie weisen aber eine sehr hohe Marktorientierung auf.

Eigenständige. Dieser Gesundheitstyp hat ebenso wie die Informierten ein vergleichsweise geringeres Vertrauen in die eigene Krankenkasse; seine Vorsorgebereitschaft ist eher gering ausgeprägt, das Gesundheitsverhalten weist ein unterdurchschnittliches Aktivitätsniveau auf, ebenso ist der individuelle Beratungsanspruch unterdurchschnittlich ausgeprägt. Das Interesse der Eigenständigen an formalen Aspekten ihrer Krankenversicherung sowie an Naturheilverfahren ist wie bei den Informierten mittelmäßig. Insgesamt ist das Merkmalsprofil sehr ähnlich wie das der Informierten, der wesentliche Unterschied besteht gegenüber diesen in der geringen Vorsorgeorientierung.

Deutlich wird: Die fünf Gesundheitstypen unterscheiden sich durch charakteristische Ausprägungsmuster in den sieben Merkmalsbereichen. Dabei sind in einigen Merkmalsbereichen große Ähnlichkeiten zu beobachten, denen andererseits extreme Unterschiede in anderen Bereichen gegenüberstehen.

Wie hängen diese Gesundheitstypen mit demografischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter und Bildung zusammen? Gibt es bedeutsame Unterschiede zwischen Frauen und Männern? Im Folgenden werden wir diesen Fragen anhand einiger empirischer Befunde aus der Studie, die auf den Gesamtbestand der bei der BARMER erwerbstätig Versicherten hochgerechnet wurde, nachgehen.

10.3.3 Geschlechts- und Altersverteilung der Gesundheitstypen

Die fünf Gesundheitstypen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Durchschnittsalters: Eigenständige und Minimalisten sind mit 34,9 und 35,1 Jahren deutlich jünger als Traditionalisten mit 47,1 und Informierte mit 43,4 Jahren. Naturheilaffine liegen mit 40 Jahren im mittleren Bereich. Es gibt dabei allerdings deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Abgesehen von den Minimalisten, bei denen die Frauen deutlich älter sind, finden wir nur Altersunterschiede in entgegen gesetzter Richtung: Männer sind im Durchschnitt älter (vgl. Abbildung 28), wobei Informierte, Naturheilaffine und Traditionalisten deutlich über dem Durchschnitt von 41,4 Jahren aller erwerbstätigen BARMER Versicherten liegen.

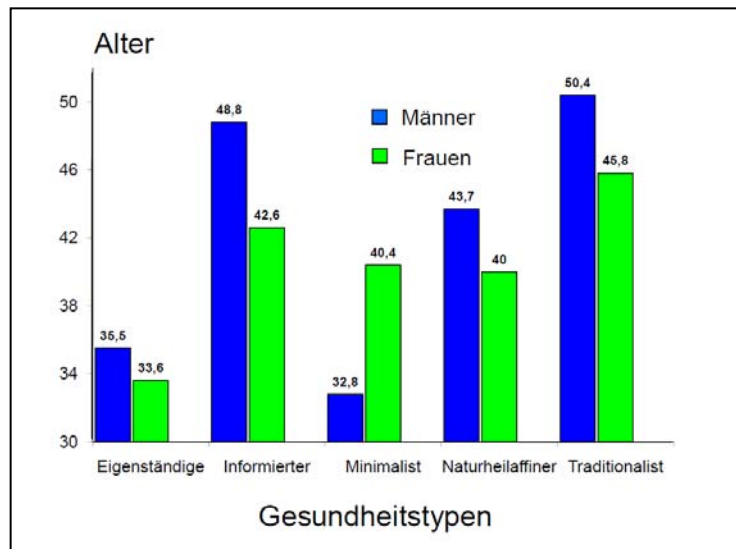


Abbildung 28: Alter und Geschlecht für die fünf Gesundheitstypen

Aufschlussreich sind die prozentualen Anteile der Gesundheitstypen *innerhalb der Gruppe* der Frauen bzw. Männer. Erfahrungsgemäß sind z.B. Naturheilaffine eher weiblichen und Minimalisten eher männlichen Geschlechts. Wie aus Abbildung 28 ersichtlich, gibt es deutliche Unterschiede. Bei den *Frauen* dominieren eindeutig die Traditionalisten (35,7 %) und die Informierten (36,4 %). Im mittleren Bereich liegen mit 15,2 % Naturheilaffine; sehr wenige konnten mit 7,9 % den Minimalisten bzw. mit nur 4,8 % den Eigenständigen zugeordnet werden. Männer weisen eine gänzlich andere prozentuale Verteilung auf. Hier dominieren eindeutig die Minimalisten mit 36,8 %, die bei den Frauen nur einen Anteil von 4,8 % aufweisen. Recht groß sind auch die Anteile der Traditionalisten (28,3 %) und der Eigenständigen (21,9 %); kaum oder wenig vertreten sind dagegen bei den Männern Naturheilaffine (1,2 %) und Informierte (11,7 %).

Gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen unterscheiden sich für Frauen und Männer beträchtlich. Beim Gesundheitstyp „Eigenständige“ finden sich nur 4,8 % gegenüber 21,9 % bei den Männern. Die Bereitschaft, sich über Gesundheitsbelange zu in-

formieren, ist dagegen mit 36,4 % bei mehr als dreimal so vielen Frauen vorhanden als bei Männern (11,7 %).

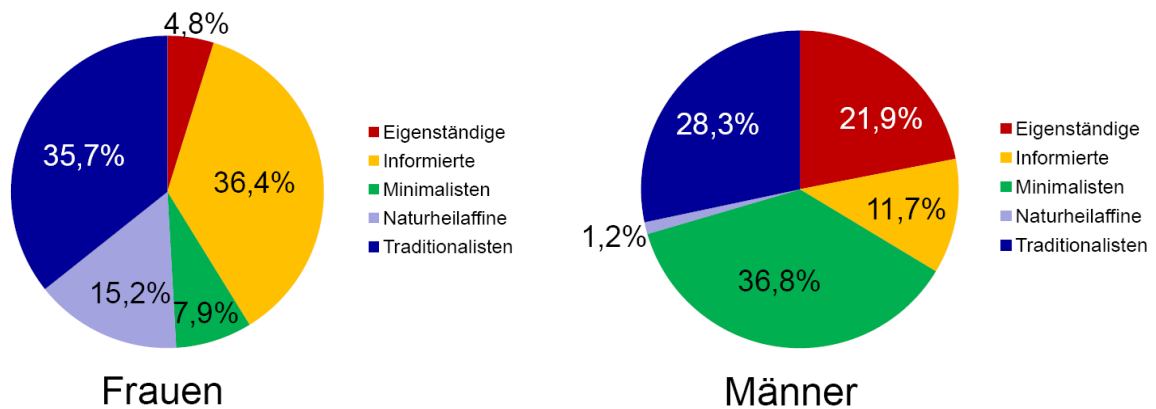


Abbildung 29: Prozentuale Verteilung der Gesundheitstypen bei Frauen und Männern

Daraus folgt:

Die Verteilung der Gesundheitstypen unterscheidet sich für Frauen und Männer in der erwarteten Weise. Mehr als ein Drittel der *Männer* (36,8 %) sind Minimalisten: Sie verlassen sich vertrauensvoll auf ihre Krankenkasse. Vorsorgeorientierung, Gesundheitsverhalten, Beratungsanspruch, Versicherungsmentalität, Orientierung am Markt sowie Offenheit für Naturheilverfahren sind für sie „keine Themen“. Naturheilaffine Männer gibt es nur selten; es sind gerade mal 1,2 %, die dazu gerechnet werden können; im Gegensatz zu 15,2 % bei den Frauen.

Frauen sind erfahrungsgemäß besser informiert, wenn es um die Gesundheit geht: 36,4 % gehören zur Gruppe der Informierten oder sind einem Gesundheitstyp zuzuordnen, der sich auch durch aktives Gesundheitsverhalten auszeichnet; dies sind die Traditionalisten sowie die Naturheilaffinen.

10.3.4 Bildung und Gesundheitstyp

Aktives Gesundheitsverhalten, Vorsorgeorientierung, individueller Beratungs- und Angebotsanspruch sowie Orientierung am Markt setzt zumindest Fähigkeiten und Kompetenzen voraus, die in der Regel an die Schul- und Berufsausbildung gekoppelt sind. Im Folgenden haben wir untersucht, inwieweit sich die fünf Gesundheitstypen in dieser Hinsicht unterscheiden (s. Abbildung 30).

Wie aus Abbildung 30 ersichtlich, dominiert bei allen Gesundheitstypen die „*Volksschulbildung*“ (Volks-/Hauptschule, mittlere Reife, mit abgeschlossener Berufsausbildung). Allerdings gibt es hier deutliche Unterschiede.

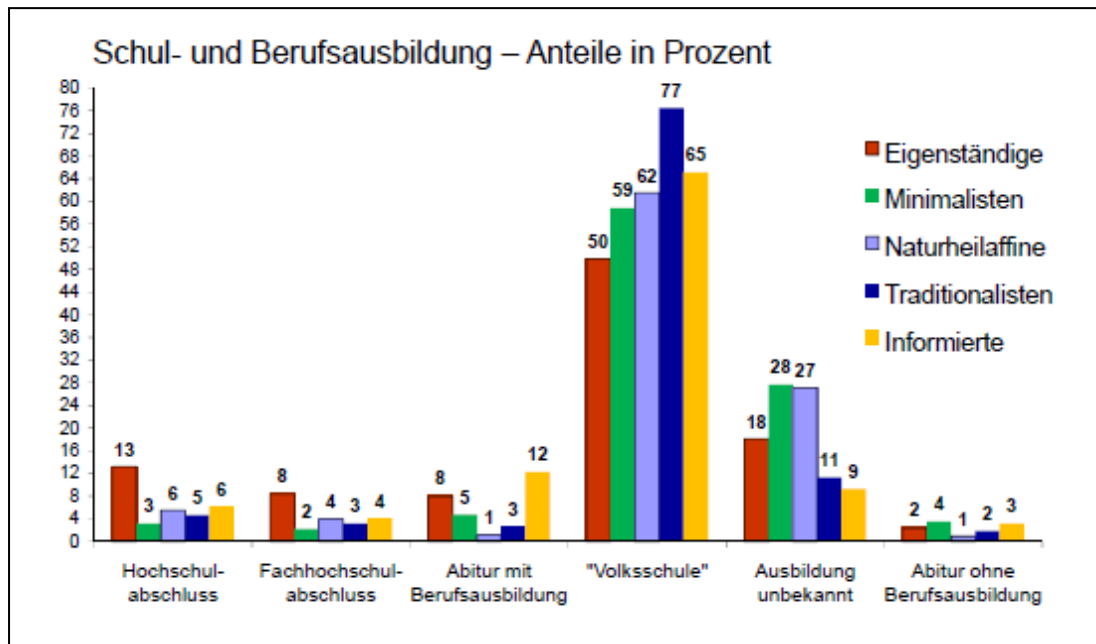


Abbildung 30: Gesundheitstyp und Bildung

Eigenständige haben hier nur einen Anteil von 50 %, *Minimalisten* von 59 %, *Naturheilaffine* von 62 % und *Informierte* von 65 %. Deutlich abgehoben davon sind *Traditionalisten* mit 77 %. Insgesamt betrachtet ist bei den Eigenständigen der Anteil an Hochschul- und Fachhochschulabschlüssen am höchsten, gefolgt von den Informierten.

Der Zusammenhang zwischen *Bildung und Gesundheitskompetenz* wird im Bereich des Gesundheitswesens (Public Health) häufig unter dem Begriff „Health Literacy“ thematisiert und im deutschsprachigen Raum mit „Gesundheitskompetenz“ übersetzt. Der zunächst als „Gesundheits-Alphabetisierung“ übersetzte Begriff „Health Literacy“, der u. a. Grundfertigkeiten wie Lesen, gesundheitsbezogene Information verarbeiten und verstehen umfasst, wurde von der WHO 1998 um den aktiven und erfolgreichen Umgang mit gesundheitlicher Information erweitert und dementsprechend definiert als „kognitive und soziale Fertigkeiten, die die Motivation und Fähigkeit von Menschen bestimmt, Zugang zu Informationen zu erhalten, diese zu verstehen und dazu zu nutzen, die eigene Gesundheit zu fördern und aufrecht zu erhalten“ (Übersetzung, R.W.).

Informationsbox 4

Gesundheitskompetenz im Sinne von Health Literacy und Bildung

Studien zeigen: Je höher die Gesundheitskompetenz im Sinne von Health Literacy ist, desto besser sind Personen in der Lage, ihren eigenen Körper und ihre psychische Verfassung wahrzunehmen, Krankheitssymptome schneller zu erkennen und aktiv zu handeln. Personen mit geringer Gesundheitskompetenz können ihre Bedürfnisse und Leiden oft nicht adäquat formulieren und bekommen deshalb vom

Arzt oft nicht entsprechende Medikamente oder Maßnahmen verschrieben. Des Weiteren gehen Personen mit geringer Gesundheitskompetenz seltener zu Vorsorgeuntersuchungen, werden dadurch schneller krank und haben somit auch höhere Einlieferungsraten ins Krankenhaus, was beispielsweise in den USA enorme Kosten verursacht (AMA, 2003). Geringe Gesundheitskompetenz ist nach einer Studie von Baker, Wolf, Feinglass et al. (2007) der zweitwichtigste Prädiktor für einen vorzeitigen Tod; Sudore et al. (2006) weisen nach, dass ältere Menschen mit geringerer Gesundheitskompetenz ein zweifach erhöhtes vorzeitiges Todesrisiko haben. Überdies sind die volkswirtschaftlichen Kosten beträchtlich. Geringe Gesundheitskompetenz verursacht pro Person Kosten in Höhe von 7.850 Euro im Jahr, wohingegen die Kosten bei Personen mit höherer Gesundheitskompetenz nur bei 2.189 Euro liegen (Weiss & Palmer, 2004). Laut CAS werden durch mangelnde Gesundheitskompetenz Kosten von 57 Milliarden Euro jährlich erzeugt (Center of an Aging Society, CAS, 1998). Personen mit hoher Gesundheitskompetenz können sich auch besser für gesundheitserhaltende und -fördernde Arbeitsbedingungen einsetzen. So können sowohl direkte als auch indirekte Kosten eingespart werden (Spycher, 2006).

Aus der Perspektive „Health Literacy“ betrachtet, deuten die in Abbildung 30 dargestellten Zusammenhänge von Bildungsniveau und Gesundheitstyp darauf hin, dass auch die Art der Ausbildung mitbestimmend für den Gesundheitstyp ist: Personen mit Abitur und Hochschulbildung informieren sich vermutlich mehr und gezielter über Gesundheitsbelange als Personen mit „Volksschulbildung“.

11 Gesundheitstyp und Gesundheitskompetenz – Ausblick auf die BARMER GEK Gesundheitsstudie

Welche Kompetenz haben die Bundesbürger, Krankheiten zu bewältigen und ihre Gesundheit zu erhalten und auch zu fördern? Was wissen die Bundesbürger über Gesundheit, welchen Wert hat sie für den Einzelnen im Vergleich zu anderen Gütern (Wohnen, Autos, Freizeitgestaltung)? Verändert sich die Gesundheitskompetenz mit dem Alter? Welche Konsequenzen hätte dies für präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen?

Welche Rolle spielen Geschlecht, Alter, Bildung, Berufstätigkeit und Arbeitssituation für die Gesundheitskompetenz des Einzelnen? Gibt es regionale Unterschiede? Können Unternehmen zur Gesundheitskompetenz des Einzelnen beitragen? Lassen sich fördernde und hindernde Faktoren feststellen? Gibt es Gesundheitstypen, die sich durch gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen, Verhaltens- und Erlebnisweisen unterscheiden? Dies sind einige Fragen, die mit der BARMER GEK Gesundheitsstudie, die in den nächsten Monaten per Internet durchgeführt wird, beantwortet werden sollen.

Als Bonus für die Teilnahme an dieser Studie erhält jeder nach Beantwortung des in der Studie verwendeten Fragebogens ein Feedback darüber, wie es um die eigene Gesund-

heitskompetenz bestellt ist. Liegt diese verglichen mit Altersgruppe und Geschlecht im Trend, oder ist die Gesundheitskompetenz geringer oder höher ausgeprägt?

Die Studie basiert auf wissenschaftlich begründeten und überprüften Konzepten, die vom Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung der Bergischen Universität Wuppertal in den letzten Jahren entwickelt und in der Praxis erprobt wurden.

Die BARMER GEK Gesundheitsstudie baut auf dem Schwerpunktthema dieses Gesundheitsreports auf und untersucht weitere Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz, Gesundheitskultur und Gesundheitstyp. Außer Daten zur Gesundheitskompetenz und zum Gesundheitszustand des Einzelnen werden bei Erwerbstätigen auch wichtige, gesundheitsrelevante Daten zur Branche, zur Berufstätigkeit und zu krankheitsbedingten Fehlzeiten – verbunden mit Geschlecht und Alter – erhoben. Dadurch wird die Studie interessante Ergebnisse über den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit und ihren psycho-sozialen Rahmenbedingungen liefern.

Literaturhinweise

- AMA (American Medical Association) (2003). Hidden Problem Named as National Health Literacy. Press Release on January 9th 2003: Overview of the AMA Foundation Health Literacy Campaign.
- Badura, B. Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Springer Verlag, Heidelberg.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (Hrsg.) (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J. Thompson, J. A. & Gazmararian, J. A. & Huang, J. (2007). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Arch Intern Med.*;167 (14). S. 1503-1509.
- BARMER Gesundheitsreport (2004). Betriebliches Gesundheitsmanagement. BARMER Ersatzkasse (Hrsg.). Wuppertal.
- BARMER Gesundheitsreport (2005). Genderorientierte (geschlechtergerechte) Gesundheitsförderung. BARMER Ersatzkasse (Hrsg.). Wuppertal.
- BARMER Gesundheitsreport (2006). Demografischer Wandel. Wuppertal: BARMER Ersatzkasse (Hrsg.). Wuppertal.
- BARMER Gesundheitsreport (2007). Führung und Gesundheit. BARMER Ersatzkasse (Hrsg.). Wuppertal.
- BARMER Gesundheitsreport (2008). Rückengesundheit – Rückhalt für Arbeit und Alltag. BARMER Ersatzkasse (Hrsg.). Wuppertal.
- BARMER Gesundheitsreport (2009). Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. BARMER GEK Ersatzkasse (Hrsg.). Wuppertal.
- Bergmann, B. (2000). Kompetenzentwicklung im Arbeitsprozess. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 42, 2, 138 - 144.
- Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). (2004). Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen BDP (Hrsg.) (2008). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland, Berlin: Bundesgeschäftsstelle#
- Bock, C. & Schweitzer, A. (2009). Marktsegmentierung und ihre Chancen für die zielgruppengerichtete Kommunikation. In Roski, R.: Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure-Audience Segmentation-Anwendungsfelder. Wiesbaden.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.
- Elke, G. (2000). Management des Arbeitsschutzes. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- CAS (Center of an Aging Society) (1998). Low Health Literacy Skills Increase Annual Health Care Expenditures by \$73 Billion. <http://hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/healthlit.html>
- DIN EN ISO 10075-1. Ausgabe: 2000-11. Einsehbar u.a. in: DIN e.V. (Hrsg.) (2005). DIN Taschenbuch 352: Anwendung von Ergonomie-Normen bei der Gestaltung von Maschinen (CD-ROM). Berlin: Beuth.
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Zum Stand der Erforschung von arbeitsbedingtem Stress. Luxemburg 2005.
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M.C. & König, H.-H. (2005). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. *Psychiat Prax*; 32;113-121.
- Fritz, S. (2009). Wie lassen sich Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung in Euro abschätzen? – Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen in drei Unternehmen. In: Fehlzeiten - Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.). S. 111- 120. Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Göbel, H. (2001). Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. Spezifische und unspezifische Rückenschmerzen. *Schmerz*; 15, 92-98.
- Hackman, R. (1970). *Tasks and task performance in research on stress*. In: Social and psychological factors in stress; Hrsg. von McGrath, J.; New York: Holt, Rinehart & Winston, S. 202-237.
- Hammes, M., Wieland, R. & Winizuk, S. (2009). Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU). In: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, Schwerpunktthema: Beschäftigungsfähigkeit.
- healthy living (Hrsg.). Teichert, Th. (2008). Die Trendstudie von health living. Ergebnisbericht der Studie zum Deutschen Gesundheitsmarkt. Universität Hamburg.
- Hilbert, J. (2007). Gesundheitswirtschaft – Innovationen für mehr Lebensqualität als Motor für Arbeit- und Wettbewerbsfähigkeit. Gelsenkirchen: Institut für Arbeit und Technik (www.iatge.de).
- IGA Report 13 (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006.
- IGA Report 16 (2008). Return on Investment im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention.

- Kauffeld, S. (2000). Das Kasseler-Kompetenz-Raster (KKR) zur Messung der beruflichen Handlungskompetenz. In Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.), *Flexibilität und Kompetenz: Schaffen flexible Unternehmen kompetente und flexible Mitarbeiter?* (S. 33-48). Münster: Waxmann.
- Kickbusch, I. (2004). Gesundheit als globales öffentliches Gut: eine politische Herausforderung im 21. Jahrhundert. <http://www.ilonakickbusch.com/global-health-governance/kickbuschgesundheitgut2005.pdf>.
- Kickbusch, I. & Maag, D. (2005). Health literacy: Towards an active health citizenship. In: Sprenger, M. (Hrsg.). *Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack PhD*, Lengreich: Papst Science Publishers.
- Kienbaum-Studie: Unternehmenskultur 2009/2010? Rolle und Bedeutung. Kienbaum Consultants.
- Kivimäki, M., Ferrie, J., Brunner, E., Head, J., Shipley, M., Vahtera, J. & Marmot, M. (2005). Justice at work and reduced risk of coronary heart disease among employees; in: *Archives of international Medicine*, 165; 2245-2251.
- Lühmann, S., Burkhardt-Hammer, T., Stoll, S. & Raspe, H. (2006). Prävention rezidivierender Rückenschmerzen. Präventionsmaßnahmen in der Arbeitsplatzumgebung. In: *Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. DAHTA & DIMDI*; 38.
- Lundberg, U., Kadefors, R., Melin, B., Palmerud, R., Hassmén, P., Engström, M., & Elfsberg Dohns, I. (1994). Psychophysiological stress and EMG activity of the trapezius muscle. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1, 354-370.
- Mühlpfordt, S. & Richter, P. (2003). Evaluation eines orientierenden Verfahrens zur Erfassung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz. 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverband NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2003. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 995).
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
- Nachreiner, F. (2001). DIN EN ISO Normen zur psychischen Belastung verabschiedet. *Zeitschrift für Arbeits- & Organisationspsychologie*, 45 (NF19), 53.
- Neuberger, O. (1998). Strategische Kooperation (Mikropolitik). In: Spieß, E. (Hrsg.). *Formen der Kooperation: Bedingungen und Perspektiven*. (S. 37 – 52). Göttingen: Hogrefe
- psychonomics AG (2006, 2007). *Health Care Monitoring*. Eigenverlag.Köln.
- Richter, P. (2002). Belastung und Belastungsbewältigung in der modernen Arbeit- Konsequenzen für einen Wandel der psychischen Belastungen. In J. Schumacher, K. Reschke & H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung* (s.44-65). Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Röttger, C., Friedel, H. & Bödeker, W. (2003). Arbeitsbelastungen und gesellschaftliche Kosten – Fokus und Perspektiven der Prävention. In: *WSI Mitteilungen*, 56. Jhrg., Frankfurt 10/2003, S. 591-596.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR, 2001).
- Schein, E. (1995). *Unternehmenskultur: Ein Handbuch für Führungskräfte*. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Schein, E. (1997). *Organisationsberatung für die neunziger Jahre*. In G. Fatzer (Hrsg.). *Organisationsentwicklung für die Zukunft*. Köln: Moll und Eckhardt Verlag.
- Schein, E. (2003): *Organisationskultur*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Scherrer, K. (2007). Versöhnung von Struktur und Kultur- die Aktivierung von Führungskräften als notwendige Voraussetzung für betriebliche Gesundheitsförderung. In: Rausch, K. *Organisation gestalten*. Band 13. zur wissenschaftlichen Fachtagung für Angewandte Wirtschaftspsychologie (S. 508- 514). Pabst Science Publishers.
- Schulte, M. & Bamberg, E. (2002). Ansatzpunkte und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Führungskräften. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 33 (4), 369-384.
- Schwarzer, R. (2002). Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem, & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 521-524). Göttingen: Hogrefe.
- Semmer, N. K., Jacobshagen, N., & Meier, L. L. (2006). Arbeit und (mangelnde) Wertschätzung. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 87-95.
- Sockoll, I., Kramer, I. Bödeker, W. (2008). IGA Report 13. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher. Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006.
- Spycher, S. (2006). *Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen*. Konzeptpapier im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit Schweiz.
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., et al. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study. *J Gen Intern Med.*;21(8):806-812.
- Stadler, E. & Spieß, E. (2002). Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*
- Statistisches Bundesamt (2007). *Bevölkerung Deutschlands nach Bundesländern bis 2050, Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung nach Ländern*, elektronische Publikation, Wiesbaden.
- Udris, I. (2006): Salutogenese in der Arbeit- ein Paradigmenwechsel?. *Wirtschaftspsychologie. Sonderheft zur Salutogenese in der Arbeit*; 8 (2/3), 4-13
- Ulich, E. (2001, 2005, 6te Auflage). *Arbeitspsychologie*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Ulich, E. (2005). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen aus arbeitspsychologischer Perspektive*. Vortrag: 4. Tagung der Fachgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie der DGPs, 19.09.2005 an der Universität Bonn.

- Ulich, E. & Wülser, M. (2009, 3te Auflage). Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Wiesbaden: Gabler.
- van Dick, R. & West, M.A. (2005). Teamwork, Teamdiagnose, Teamentwicklung. Reihe: Praxis der Personalpsychologie - Band 8, VI. Hogrefe.
- WHO (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. Ottawa: WHO.
- Weinberg, J. (2001). Weiterbildung, Kompetenzentwicklung und innovatorische Lernkulturen für morgen, in: Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V., Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hg.): Arbeiten und Lernen. Lernkultur Kompetenzentwicklung und Innovative Arbeitsgestaltung. Referate auf dem 3. Zukunftsforum. QUEM-report, Heft 68, Berlin, S. 55-75.
- Weiss, B. D. & R. Palmer (2004). "Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population." J Am Board Fam Pract 17(1): 44-7.
- Wieland, R. (2000). Verfahren zur Ermittlung psychischer Belastung nach DIN EN ISO 10075, Teil 3 – eine Betrachtung aus arbeitspsychologischer Perspektive. Vortrag: Workshop „Normung im Bereich der psychischen Arbeitsbelastung“, Sankt Augustin, 2000.
- Wieland, R. (2006). Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung – Ziele, Konzepte und Maßnahmen. In: Wieland, R. (Hrsg.) Wuppertaler Beiträge zur Arbeits- und Organisationspsychologie, Heft 1/2006, Themenheft: Gesundheitsmanagement, S. 2 - 44.
- Wieland, R. (2007). Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. In: U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.). Arbeitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Wieland, R. (2008). Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Rückengesundheit. Beitrag zur Fachtagung „Rückengesundheit fördern und Versorgung verbessern“. Ein Gesundheitsziel im Land NRW, Düsseldorf, Haus der Ärzteschaft, 14.04.2008
- Wieland, R. (2010). Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. In: U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.). Enzyklopädie der Psychologie. Sonderdruck. Serie Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie. S. 869- 919. Hogrefe Verlag.
- Wieland, R. & Hammes, M. (2008). Gesundheitskompetenz als personale Ressource. In: K. Mozygemba, S. Mümken, U. Krause et. al (Hrsg.), *NutzerInnenorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* Bern: Huber-Verlag.
- Wieland, R. & Görg, P. (2009). Gesundheitskompetenzentwicklung in der Finanzverwaltung durch gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung. In K. Henning, I. Leisten & F. Hees (Hrsg.): Aachener Reihe Mensch und Technik, Band 60 Innovationsfähigkeit stärken- Wettbewerbsfähigkeit erhalten. Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz als Treiber; Aachen: Wissenschaftsverlag Mainz, 207-225.
- Wieland, R. Winizuk, S. & Hammes, M. (2009). Führung und Arbeitsgestaltung – Warum gute Führung allein nicht gesund macht. Arbeit, 4; 18. S 282-297.
- Wilde, B; Hinrichs, S. & Schüßpach, H. (2008). Der Einfluss von Führungskräften und Kollegen auf die Gesundheit der Beschäftigten- Zwei empirische Untersuchungen in einem Industrieunternehmen, Wirtschaftspsychologie, 1, S. 100-106.
- Zimolong, B. Elke, G. & Bierhoff, R. (2008). Den Rücken stärken. Grundlagen und Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung. Göttingen/Bern: Hogrefe Verlag.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Von der AU-Datenanalyse zur gezielten Maßnahmenableitung.....	4
Abbildung 2: Zusammensetzung der erwerbstätigen BARMER Versicherten nach Geschlecht und Altersgruppen	10
Abbildung 3: Prozentualer Anteil von sechs Fehlzeitengruppen an den AU-Fällen	14
Abbildung 4: AU-Quote in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht.....	16
Abbildung 5: AU-Quote: Vergleich 2006 bis 2009 in Abhängigkeit vom Alter	16
Abbildung 6: Erkrankungsdauer in Tagen der BARMER Versicherten in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht.....	17
Abbildung 7: Anteil an AU-Fällen und Erkrankungsdauer für Psychische und Verhaltensstörungen für die Jahre 2003 bis 2009.....	20
Abbildung 8 und Abbildung 9: Dauer der Erkrankung bei Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Psychischen und Verhaltensstörungen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht	23
Abbildung 10: Erkrankungsdauer (AU-Tage) für die vier wichtigsten Erkrankungsarten und differenziert nach Altersgruppen.	25
Abbildung 11: Anteil an den AU-Tagen in Prozent für die vier wichtigsten Erkrankungsarten und differenziert nach Altersgruppen	27
Abbildung 12: Struktur des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens: Anteil der AU-Fälle und AU- Tage	30
Abbildung 13: Struktur und Dynamik des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens: Anteil der gemeldeten AU-Fälle für vier zentrale Krankheitsarten in sechs Fehlzeitenkategorien	31
Abbildung 14: Krankheitsspezifische Fehlzeitenstruktur bei Frauen und Männern für Muskel-Skelett-Erkrankungen und Erkrankungen des Atmungssystems.....	33
Abbildung 15: Bankfachleute und Krankenpflegepersonal: Prozentanteil der gemeldeten AU-Fälle in Abhängigkeit von sechs Fehlzeitengruppen.....	34
Abbildung 16: Pyramide der Gesundheitskompetenz	41
Abbildung 17: Gesundheitskompetenz als Unternehmensressource	43
Abbildung 18: Drei Ebenen-Modell einer positiven Gesundheitskultur (in Anlehnung an das Modell der Unternehmenskultur von Schein, 1995)	45
Abbildung 19: Ressourcenpotenzial eines Unternehmens und davon abhängige Ergebnisse	48
Abbildung 20: Absentismus und Präsentismus an Arbeitsplätzen mit hohem (WGU-hoch) bzw. niedrigem Gesundheitspotenzial (WGU-niedrig)	50
Abbildung 21: Arbeitsintensität in Abhängigkeit vom Ressourcenpotenzial (Wuppertaler Gesundheitsindex)	50
Abbildung 22: Beziehungsgefüge zwischen Verhältnissen, Verhalten und (Wert-) Haltungen (in Anlehnung an Neuberger, 1998)	52

Abbildung 23: Fünf x Fünf Wirkungs- und Interventionsmodell zur Gestaltung gesunder und effektiver Arbeit im Kontext Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	57
Abbildung 24: Das Konzept „Teamorientierte Gesundheitsförderung“	63
Abbildung 25: Personale Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter. Daten der Stichprobe „Versicherungsbranche“. Für Stichproben anderer Branchen liegen ähnliche Ergebnisse vor (aus Wieland & Hammes, 2008)	67
Abbildung 26: Längerfristig andauernde körperliche Beschwerden in Abhängigkeit von der personalen Gesundheitskompetenz (nach Wieland, 2008).....	67
Abbildung 27: Position der fünf Gesundheitstypen auf den sieben Merkmalsdimensionen .	70
Abbildung 28: Alter und Geschlecht für die fünf Gesundheitstypen	72
Abbildung 29: Prozentuale Verteilung der Gesundheitstypen bei Frauen und Männern.....	73
Abbildung 30: Gesundheitstyp und Bildung.....	74

Tabellen

Tabelle 1: Die zehn Krankheitsarten mit dem höchsten Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	19
Tabelle 2: Die zehn Krankheitsarten mit dem höchsten Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Geschlecht	22
Tabelle 3: Die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen, die die höchsten Anteile an den AU-Tagen haben, sowie deren Anteile an den AU-Fällen	24
Tabelle 4: Krankenstand der zehn häufigsten Berufsgruppen der BARMER	28
Tabelle 5: Vier Krankheitsarten mit hohem Beitrag zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Erkrankungsdauer, Anteil an AU-Fällen und Präventionsindex	32
Tabelle 6: Prozentanteil an AU-Fällen für Erkrankungen des Atmungs- und des Muskel-Skelett-Systems sowie des Verdauungssystems und Psychischer Erkrankungen in sechs Fehlzeitengruppen für die Berufsgruppen „Krankenpflegepersonal“ und „Bankfachleute“	35
Tabelle 7: Krankenstand und AU-Tage nach Bundesländern. Die Länder mit dem höchsten bzw. niedrigsten Krankenstand sind blau bzw. dunkelgrün unterlegt.	36
Tabelle 8: Erkrankungsdauer (AU-Tage) nach Bundesländern für Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, des Atmungssystems, Psychische und Verhaltensstörungen sowie Verletzungen und Vergiftungen. Blau unterlegt sind die Bundesländer mit den meisten, dunkelgrün mit den wenigsten AU-Tagen ...	37
Tabelle 9: Minimale, maximale und bestmögliche Ausprägungen der Kennwerte des Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen	47
Tabelle 10: Absentismus und Präsentismus für Beschäftigte an Arbeitsplätzen mit niedrigem bzw. hohem (jeweils Medianhalbierung) Gesundheitsindex. Angegeben sind die Prozentanteile der Arbeitsplätze, die in die jeweilige Kategorie fallen.	49
Tabelle 11: Arbeitsgestaltungsmerkmale und ihnen zugeordnete Maßnahmen (in Anlehnung an Ulich & Wülser, 2009).	60

Informationsboxen

Informationsbox 1	Bedeutung Psychischer Gesundheit für die Arbeitswelt in Deutschland	26
Informationsbox 2	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)	55
Informationsbox 3	Redefinition von Arbeitsaufträgen	62
Informationsbox 4	Gesundheitskompetenz im Sinne von Health Literacy und Bildung	74

Anhang

Tabelle der Krankenstandsdaten von 126 Berufen für das Jahr 2009

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über 126 Berufsgruppen der bei der BARMER erwerbstätig Versicherten. Damit erhalten Unternehmen die Möglichkeit, die Daten ihrer eigenen AU-Analysen mit dem durchschnittlich auftretenden Krankenstand bzw. der mittleren Anzahl der AU-Tage zu vergleichen.

Krankenstandsdaten und mittlere Dauer der AU-Tage von 126 Berufen für das Jahr 2009

	Tätigkeitsbezeichnung/Berufsgruppe	Krankenstand in %	AU-Tage
1.	ÄRZTE	3,7	13,3
2.	APOTHEKENHILFSPERSONEN	3,3	12,1
3.	APOTHEKER	3,8	14,0
4.	ARBEITS-, BERUFSSBERATER	3,8	13,7
5.	ARBEITSKRÄFTE OHNE NÄHERE TÄTIGKEITSANGABE	5,4	19,8
6.	ARCHITEKTEN, BAUINGENIEURE	3,0	11,0
7.	AUGENOPTIKER	2,2	8,1
8.	BACKWARENHERSTELLER	4,1	15,1
9.	BANKFACHLEUTE	3,0	11,1
10.	BAUSCHLOSSER	3,1	11,3
11.	BETRIEBSSCHLOSSER, REPARATURSCHLOSSER	3,3	12,0
12.	BIBLIOTHEKARE, ARCHIVARE, MUSEUMSFACHLEUTE	3,4	12,2
13.	BILDENDE KÜNSTLER, GRAPHIKER	3,0	10,9
14.	BIOLOGISCH-TECHNISCHE SONDERFACHKRÄFTE	3,0	10,9
15.	BUCHHALTER	3,8	13,6
16.	BÜROFACHKRÄFTE	3,4	12,6
17.	BÜROHILFSKRÄFTE	4,2	15,4
18.	CHEMIEBETRIEBSWERKER	3,6	13,1
19.	CHEMIELABORANTEN	2,6	9,6
20.	DACHDECKER	3,6	13,1
21.	DARSTELLENDEN KÜNSTLER	3,6	13,3
22.	DATENTYPISTEN	3,8	14,0
23.	DATENVERARBEITUNGSFACHLEUTE	2,8	10,3
24.	DIÄT- UND PHARMAZEUTISCH-TECHNISCHE ASSISTENTEN	3,1	11,3
25.	DREHER	3,0	10,8
26.	ELEKTROGERÄTE-, ELEKTROTEILEMONTIERER	4,0	14,6
27.	ELEKTROGERÄTEBAUER	2,4	8,9
28.	ELEKTROINGENIEURE	2,7	9,9
29.	ELEKTROINSTALLATEURE, -MONTEURE	3,0	11,1
30.	ERZIEHERINNEN	3,2	11,7
31.	FACHSCHUL-, BERUFSSCHUL-, WERKLEHRER	3,7	13,3
32.	FEINBLECHNER	2,9	10,4
33.	FEINMECHANIKER	2,4	8,9
34.	FLEISCHER	4,9	18,0

	Tätigkeitsbezeichnung/Berufsgruppe	Krankenstand in %	AU-Tage
35.	FLORISTEN	3,2	11,6
36.	FREMDEVERKEHRSFACHLEUTE	3,1	11,2
37.	FRISEURE	2,7	10,0
38.	GÄRTNER, GARTENARBEITER	3,4	12,3
39.	GASTWIRTE, HOTELIERS, GASTSTÄTTENKAUFLEUTE	3,3	11,9
40.	GEISTESWISSENSCHAFTLER, A.N.G.	3,3	12,0
41.	GLAS-, GEBÄUDEREINIGER	4,8	17,4
42.	GROSS- UND EINZELHANDELSKAUFLEUTE, EINKÄUFER	3,3	12,1
43.	GYMNASIALLEHRER	3,3	11,9
44.	HANDELSVERTRETER, REISENDE	4,4	16,0
45.	HAUSWIRTSCHAFTLICHE BETREUER	4,8	17,7
46.	HAUSWIRTSCHAFTSVERWALTER	4,5	16,5
47.	HEIMLEITER, SOZIALPÄDAGOGEN	3,7	13,4
48.	HELFER IN DER KRANKENPFLEGE	5,3	19,5
49.	HILFSARBEITER OHNE NÄHERE TÄTIGKEITSANGABE	4,0	14,4
50.	HOCHSCHULEHRER, DOZENTEN AN HÖHEREN FACHSCHULEN UND AKADEMIEN	3,2	11,7
51.	INDUSTRIEMEISTER, WERKMEISTER	4,2	15,2
52.	INGENIEURE DES MASCHINEN- UND FAHRZEUGBAUES	2,6	9,5
53.	KALKULATOREN, BERECHNER	3,9	14,1
54.	KASSIERER	4,9	17,9
55.	KELLNER, STEWARDS	4,0	14,8
56.	KÖCHE	4,4	16,1
57.	KRAFTFAHRZEUGFÜHRER	5,6	20,5
58.	KRAFTFAHRZEUGINSTANDSETZER	2,9	10,4
59.	KRANKENSCHWESTERN, -PFLEGER, HEBAMMEN	4,5	16,4
60.	KRANKENVERSICHERUNGSFACHLEUTE (NICHT SOZIALVERSICHERUNG)	3,8	14,0
61.	KÜNSTLERISCHE UND ZUGEORDNETE BERUFE DER BÜHNEN-, BILD- UND TONTECHNIK	4,0	14,6
62.	KUNSTSTOFFVERARBEITER	3,7	13,5
63.	LAGER-, TRANSPORTARBEITER	3,9	14,2
64.	LAGERVERWALTER, MAGAZINER	4,0	14,6
65.	LANDARBEITSKRÄFTE	4,6	16,9
66.	LEBENS-, SACHVERSICHERUNGSFACHLEUTE	3,3	12,1
67.	LEHRER FÜR MUSISCHE FÄCHER, A.N.G.	3,2	11,7
68.	LEHRLINGE MIT NOCH NICHT FESTSTEHENDEM BERUF	1,7	6,1
69.	LEITENDE UND ADMINISTRATIV ENTSCHEIDENDE VERWALTUNGSFACHLEUTE	3,5	12,7
70.	MALER, LACKIERER (AUSBAU)	3,4	12,5
71.	MASCHINENBAUTECHNIKER	3,3	11,9
72.	MASCHINENSCHLOSSER	3,1	11,3
73.	MASSEURE, KRANKENGYMNASTEN UND VERWANDTE BERUFE	3,4	12,3
74.	MAURER	4,2	15,4
75.	MEDIZINALLABORANTEN	3,7	13,5
76.	METALLARBEITER O.N.A.	4,0	14,5

	Tätigkeitsbezeichnung/Berufsgruppe	Krankenstand in %	AU-Tage
77.	MUSIKER	4,5	16,3
78.	NATURWISSENSCHAFTLER, A.N.G.	2,6	9,4
79.	PFÖRTNER, HAUSWARTE	5,0	18,1
80.	POSTVERTEILER	4,2	15,1
81.	PRAKTIKANTEN, VOLONTÄRE MIT NOCH NICHT FESTSTEHENDEM BERUF	2,0	7,4
82.	PUBLIZISTEN	3,1	11,3
83.	RAUM-, HAUSRATREINIGER	4,8	17,5
84.	REAL-, VOLKS-, SONDERSCHULLEHRER	3,4	12,3
85.	RECHTSVERTRETER, -BERATER	3,2	11,7
86.	ROHRINSTALLATEURE	3,5	12,8
87.	SCHLOSSER	3,5	12,9
88.	SCHWEISSER, BRENNSCHNEIDER	4,2	15,4
89.	SOLDATEN, GRENZSCHUTZ-, POLIZEIBEDIENSTETE	3,7	13,5
90.	SONSTIGE BAUHILFSARBEITER, BAUHELPER, A.N.G.	4,8	17,6
91.	SONSTIGE INGENIEURE	3,2	11,7
92.	SONSTIGE LEHRER	4,0	14,7
93.	SONSTIGE MECHANIKER	2,7	9,8
94.	SONSTIGE MONTIERER	3,9	14,3
95.	SONSTIGE TECHNIKER	3,6	13,0
96.	SOZIALARBEITER, SOZIALPFLEGER	4,6	16,8
97.	SPEDITIONSKAUFLEUTE	3,3	12,1
98.	SPORTLEHRER	3,7	13,6
99.	SPRECHSTUNDENHELPER	3,3	12,0
100.	STAHLBAUSCHLOSSER, EISENSCHIFFBAUER	3,3	11,9
101.	STENOGRAPHEN, STENOTYPISTEN, MASCHINENSCHREIBER	3,7	13,5
102.	STRASSENBAUER	3,6	12,9
103.	STRASSENREINIGER, ABFALLBESEITIGER	3,7	13,7
104.	TECHNIKER DES ELEKTROFACHES	3,2	11,6
105.	TECHNISCHE ZEICHNER	2,7	9,9
106.	TELEFONISTEN	3,7	13,7
107.	TISCHLER	3,1	11,3
108.	TRANSPORTGERÄTEFÜHRER	4,4	15,9
109.	ÜBRIGE GÄSTEBETREUER	4,2	15,1
110.	UNTERNEHMENSBERATER, ORGANISATOREN	3,3	11,9
111.	UNTERNEHMER, GESCHÄFTSFÜHRER, GESCHÄFTSBEREICHSLEITER	4,9	17,8
112.	VERKÄUFER	4,7	17,0
113.	VERLAGSKAUFLEUTE, BUCHHÄNDLER	3,2	11,5
114.	VERMIETER, VERMITTLER, VERSTEIGERER	4,4	16,0
115.	WÄCHTER, AUFSEHER	5,2	18,8
116.	WÄSCHER, PLÄTTER	5,6	16,7
117.	WARENAUFMACHER, VERSANDFERTIGMACHER	4,1	14,9
118.	WARENMALER, -LACKIERER	3,3	12,0
119.	WARENPRÜFER, -SORTIERER, A.N.G.	4,1	14,9

	Tätigkeitsbezeichnung/Berufsgruppe	Krankenstand in %	AU-Tage
120.	WERBEFACHLEUTE	3,1	11,4
121.	WERKSCHUTZLEUTE, DETEKTIVE	4,0	14,7
122.	WERKZEUGMACHER	2,5	9,3
123.	WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLER, A.N.G., STATISTIKER	3,1	11,3
124.	WIRTSCHAFTSPRÜFER, STEUERBERATER	2,5	9,1
125.	ZAHNTECHNIKER	3,3	12,1
126.	ZIMMERER	3,1	11,4

Datenerhebung und Methodik

Allgemeine Hinweise

Datenerhebung. Der BARMER GEK Gesundheitsreport basiert wie bei vergleichbaren Reports der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aller erwerbstätigen BARMER Versicherten¹. Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder nicht unterbrochene Zeitraum der Abwesenheit vom Arbeitsplatz aufgrund der gleichen Krankheitsdiagnose gezählt. Kurzzeiterkrankungen bis zu drei Tagen, für die i.d.R. keine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden muss, werden jedoch nur dann berücksichtigt, wenn eine ärztliche Bescheinigung vorliegt. Der Anteil an Kurzzeiterkrankungen kann daher im Betrieb höher liegen als dies in Krankenkassendaten zum Ausdruck kommt. Insgesamt ist der Einfluss dieser Kurzzeiterkrankungen auf die in diesem Report berichteten Kennwerte jedoch als gering einzustufen.

Die an die Krankenkassen übermittelten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen beinhalten eine oder mehrere Krankheitsdiagnosen. Die vom Arzt diagnostizierten Krankheiten werden ärztlicherseits unter Verwendung eines standardisierten Diagnoseschlüssels (ICD-9 bzw. ICD-10)² kodiert; da diese Vorgehensweise für alle Krankenkassen gilt, sind die Daten verschiedener Krankenkassen vergleichbar bzw. können für die Erstellung von Bundesstatistiken genutzt werden. Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalles wird jeweils die erste vom Arzt angegebene (Haupt-)Diagnose ausgewertet. Weitere Diagnosen zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Datenauswertung. Die Berechnung der verschiedenen Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen erfolgt auf der Basis von Kalendertagen und nicht von Arbeitstagen. Wochenenden und Feiertage gehen somit in die Berechnungen mit ein. Aus diesem Grund kann es zu Unterschieden bei einem Vergleich mit den betrieblichen Krankheitsdaten kommen, sofern diese auf Arbeitstagen beruhen. Von den Fehlzeiten, die jahresübergreifend sind, werden nur diejenigen einbezogen, die auch in das Auswertungsjahr fallen, unabhängig vom Fallbeginn oder Fallende.

Vergleichbarkeit der Daten aus verschiedenen Stichproben (z.B. Betrieben)

Art, Häufigkeit und Dauer von Erkrankungen weisen eine ausgesprochene Abhängigkeit vom Alter der Betroffenen auf. Viele Erkrankungen treten bspw. bei Jugendlichen sehr selten (z.B. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems), mit zunehmendem Alter bzw. bei Erwachsenen dagegen sehr viel häufiger auf. Ebenso ist häufiger zu beobachten, dass der Krankenstand bei Männern geringer ausfällt als bei Frauen. Wenn das Krankheitsgeschehen (Häufigkeit, Dauer und Erkrankungsarten) von der Zusammensetzung einer Stichprobe bzw. der Beschäftigten in einem Betrieb beeinflusst werden kann, dann werden z.B. Betriebe gleicher Wirtschaftszweige bzw. Branchen mit einem höheren Anteil älterer Beschäftigter in der Regel beim Krankenstand schlechter abschneiden.

¹ Ein Report auf gemeinsamer Datengrundlage mit dem Versichertenbestand der ehemaligen GEK wird ab dem Gesundheitsreport 2011 erscheinen.

² ICD = International Classification of Diseases/Internationale Klassifikation von Krankheiten

Wichtige Begriffe und Kennzahlen

Die wichtigsten Begriffe und Kennzahlen, die das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen beschreiben, werden im Folgenden kurz erläutert. Die Kennzahlen werden dabei immer auf ein Versicherungsjahr bezogen, d.h. auf die Anzahl der durchgängig versicherten Erwerbspersonen innerhalb eines Jahres.

Statistische Kennzahlen

Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle), Fallhäufigkeit	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten AU-Fälle bzw. von Krankmeldungen innerhalb eines Versicherungsjahres, wobei 365 Tage einem Versicherungsjahr entsprechen. Als ein AU-Fall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der BARMER nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.
Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre (AU-Tage)	Die Kennzahl gibt an, wie viele Fehltage auf 100 ganzjährig bei der BARMER versicherte Beschäftigte entfallen. Da nicht immer alle Erwerbstätigen das ganze Jahr über beschäftigt bzw. bei der BARMER versichert waren, ist die Umrechnung auf „100 ganzjährig versicherte Beschäftigte“ zur Bestimmung der durchschnittlichen Zahl der gemeldeten AU-Tage genauer.
AU-Tage je Versichertenjahr	Die durchschnittliche Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen je Versichertenjahr ergibt sich aus der Division der Gesamtanzahl der AU-Tage durch die Anzahl der Versicherten.
Krankenstand	Der Krankenstand wird in der Regel in Prozent angegeben. Er beschreibt den Anteil der erkrankungsbedingten Fehltage an allen 365 Kalendertagen in Prozent: Dies entspricht dem Anteil der an einem durchschnittlichen Tag krankgemeldeten Erwerbspersonen. Ein Krankenstand von 3% bedeutet dann z.B., dass an einem durchschnittlichen Tag von 100 Erwerbspersonen 3 Personen krankheitsbedingt fehlen. Die Kennzahl „Krankenstand“ wird berechnet, indem die Anzahl der AU-Tage je 100 Versichertenjahre durch die Zahl der Kalendertage (365) geteilt wird (Beispiel: $1.136 \text{ AU-Tage} / 365 = 3,10$, d.h. der Krankenstand beträgt im Durchschnitt 3,1%).
AU-Tage je Krankheitsfall (AU-Dauer)	Die durchschnittliche Dauer einer einzelnen Krankschreibung errechnet sich, indem die Anzahl der AU-Tage durch die Anzahl der auftretenden AU-Fälle dividiert wird.
Arbeitsunfähigkeits- oder Betroffenheitsquote	Die Arbeitsunfähigkeitsquote ist der Prozentanteil der Versicherten mit mindestens einem Arbeitsunfähigkeitsfall innerhalb eines Kalenderjahres. Liegt diese z.B. bei 45%, so bedeutet dies umgekehrt, dass 55% der Beschäftigten im Versicherungsjahr gar nicht krank gemeldet waren.
Statistische Signifikanz	In einigen Ergebnisdarstellungen werden Unterschiede zwischen Gruppen (z.B. zwischen Frauen und Männern) daraufhin überprüft, ob sie <i>signifikant</i> , d.h. auch statistisch <i>bedeutsam</i> sind und nicht durch <i>Zufall</i> zustande gekommen sind. Im Text wird dies z.B. durch die Angabe „ $p < .01$ “ ausgedrückt. Das bedeutet, die <u>Wahrscheinlichkeit</u> des zufälligen Zustandekommens eines Unterschiedes ist mit einer <u>Irrtumswahrscheinlichkeit</u> von 1% sehr gering.

Begriffsbestimmungen

Verhaltens- prävention	Bezieht sich auf verhaltensorientierte bzw. personenbezogene Interventionen, d.h. Maßnahmen, die darauf abzielen, die Gesundheit durch Änderung des Verhaltens zu fördern.
Verhältnis- prävention	Bezieht sich auf verhältnisorientierte bzw. bedingungsbezogene Interventionen, d.h. Maßnahmen, die darauf abzielen, durch Änderung der Arbeitsbedingungen (Anforderungen und Belastungen, Ergonomie) krankheitsbedingte Fehlzeiten zu verringern und die Gesundheit zu fördern.
Kulturelle Prävention	Bezieht sich auf wertorientierte bzw. führungsbezogene Interventionen, d.h. Maßnahmen, die durch Änderung von Werthaltungen und Einstellungen zur Etablierung einer gesunden Unternehmenskultur beitragen.
Betriebliches Ge- sundheitsmanage- ment (BGM)	BGM umfasst die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen, die die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen, der Gesundheitskultur sowie der Gesundheitskompetenz der Führungskräfte und Beschäftigten zum Ziel haben.
Betriebliche Ge- sundheitsförderung (BGF)	BGF basiert auf der Vorstellung, dass Gesundheit nicht als statischer Zustand, sondern als Entwicklungsprozess zu verstehen ist. „Gesundsein“ ist das Ergebnis eines Prozesses der Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung, in dem Gesundheit vom Organismus ständig hergestellt werden muss..

Die BARMER GEK Partner für Unternehmen



Mit mehr als 8,5 Millionen Versicherten ist die BARMER GEK eine der führenden deutschen Krankenkassen.

19.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an über 1.000 Standorten garantieren, dass Unternehmen immer vor Ort die erstklassige Beratung und Betreuung bekommen, die sie erwarten. Nehmen Sie uns beim Wort! Lassen Sie sich von der Servicestärke der BARMER GEK überzeugen. Unsere Beraterinnen und Berater nehmen sich Zeit und helfen in allen Fragen qualifiziert weiter.



Ihre BARMER GEK – Partner für Unternehmen

Betriebliche Gesundheitsförderung bewegt was...

Der Einfluss von Umwelt und Arbeitsleben auf die Gesundheit des Menschen rückt zunehmend in den Blick von Politik, Wirtschaft und Akteuren des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Die BARMER GEK liefert mit ihrem Gesundheitsreport eine systematische Analyse über die Stärken und Schwächen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens in Unternehmen und Fakten zum Zusammenhang von Arbeit, Gesundheit und Fehlzeiten.

Der BARMER GEK Gesundheitsreport richtet sich an Gesundheitsexperten und Führungskräfte von Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen.

