

1. Einführung

Die Gesundheit stellt ein hohes und schützenswertes Gut für alle Menschen dar. Aufgrund der zunehmenden Alterung der Gesellschaft in den westlichen Industrienationen wird vor allem die Gesundheit im Alter immer bedeutsamer. Die Überschreitung des 100. Lebensjahres oder gar ein noch höheres Lebensalter stellt mittlerweile nicht mehr die totale Ausnahme dar. Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zur Folge werden Jungen, die im Zeitraum 2015/2017 auf die Welt gekommen sind bei einer moderaten Schätzung durchschnittlich 78,4 Jahre alt werden, Mädchen können sogar mit 83,2 Jahren rechnen. Jungen, die im Jahr 2060 zur Welt kommen werden, werden selbst bei einer niedrigen Schätzung voraussichtlich 82,5 Jahre, Mädchen voraussichtlich 86,4 Jahre alt werden (Statistisches Bundesamt, 2019). Es besteht ein wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Konsens, dass die steigende statistische hohe Lebenserwartung eine intensivere Beachtung der physischen Fitness notwendig macht, da diese ein wichtiger Grundpfeiler für die Lebensqualität im hohen Alter ist (Klotz, 2002).

Das zunehmende Alter sowie die Art und Weise des Alterns spielen nicht nur auf individueller Ebene eine Rolle, sondern stellen auch die Gesellschaft, speziell in Bezug auf die Sozialsysteme, sowie die Arbeitswelt vor große Herausforderungen. So belastet der immer größer werdende Teil der Bevölkerung im Rentenalter zum einen die Renten- und Krankenversicherungen, zum anderen führt die regredierende Fertilitätsrate zu einem gravierenden Mangel an Arbeitskräften (Zoike et al., 2011). Neben dem 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz (PrävG) ist ein weiterer Ansatz dem Entgegenzuwirken die gesetzliche Anhebung des Renteneintrittsalters. So beschloss der Deutsche Bundestag im Jahr 2007 das Renteneintrittsalter von bisher 65 auf 67 Jahre zu erhöhen (SGB VI, §35).

Die Wirtschaft muss sich daher neben einer schrumpfenden Bevölkerung auch auf die größere Bedeutung der älteren Bevölkerung am beruflichen Alltag einstellen (Richter, Bode & Köper, 2012). Zwar ist das durchschnittliche Renteneintrittsalter seit 2013 weitestgehend konstant geblieben (Kaboth & Brussig, 2019), dennoch erhöhte sich seit 2012 die Zahl der über 65-Jährigen am Arbeitsmarkt. Zusätzlich steigt die Erwerbsquote der 55- bis unter 65- Jährigen seit 2008 stärker als die der 15- bis unter 65-Jährigen (Bundesagentur für Arbeit, 2019). Da das

gesundheitliche Risiko, und damit die Gefahr eines krankheitsbedingten Ausfalls, mit zunehmenden Alter steigt, ist es für Unternehmen wichtiger denn je die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu fördern, um so ein langes und produktives Arbeitsleben ihrer Mitarbeiter, sowie den Mitarbeitern selbst ein gesundes und glückliches Rentendasein ermöglichen zu können.

Neben der staatlichen Gesundheitsförderung hat sich auch die Betriebliche Gesundheitsförderung dieser Aufgabe verschrieben. Die Unternehmen profitierten durch die Einführung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung hauptsächlich durch die Senkung der krankheitsbedingten Kosten. Es entstehen jedoch auch weitere positive Nebeneffekte wie ein verbessertes Firmenimage, eine höhere Corporate Identity, eine gesteigerte Arbeitsmotivation sowie eine höhere Produktivität der Mitarbeiter (Barthelmes, Bödeker, Sörensen, Kleinhercher & Odoy, 2019; Kreis & Bödeker, 2003; Pieper et al., 2015). Die Betriebliche Gesundheitsförderung kann somit auch einen aktiven Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens leisten (Baicker, Cutler & Song, 2010; Chapman, 2012).

Der Public Health Ansatz, der seinen Ursprung in der Charta von Ottawa hat (siehe Kapitel 3.2.1), gilt als aktuelle Grundlage für die Durchführung von Präventionsmaßnahmen. Die leitende Idee ist das Angebot von unspezifischen Präventionsmaßnahmen, in der Hoffnung, dass die Gesundheit aller Teilnehmenden ein wenig verbessert wird (Koplan et al., 2009). Diese Vorgehensweise hat in einigen Bereichen, wie den Reihenschutzimpfungen, der Prävention von Aids, etc. durchaus seine berechtigten Anwendungsbereiche, jedoch werden dadurch häufig die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen vernachlässigt, so dass dieser Ansatz in seiner Pauschalität oftmals zu einer ineffizienten und damit nicht optimal genutzten Gesundheitsförderung führt (Klein, 2014).

In dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass sich entgegen des allgemein als Standard geltenden Public Health Ansatzes eine individuell ausgerichtete Betriebliche Gesundheitsförderung effektiver auf die Gesundheit der Probanden ausgewirkt. Um diesen Nachweis zu erbringen wurde das spezifische Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erkranken, untersucht. Das kardiovaskuläre Risiko wird dabei durch den PROCAM-Score ermittelt und dokumentiert (siehe Kapitel 4.2).

2. Zielsetzung der Arbeit

Der dieser Arbeit zu Grunde liegende individuelle Ansatz soll speziell durch eine Erhöhung der intrinsischen Motivation der Probanden zu einer nachhaltigen gesundheitlichen Verbesserung führen. Der individuelle Ansatz wird an Mitarbeitern am Standort München der IT-Firma Nokia getestet.

2.1. Ansatz in vier Handlungsschritten

Die Realisierung dieses Ansatzes erfolgt in vier Handlungsschritten:

1. Gesundheitscheck der Belegschaft

Hierbei werden, wie bei einem in der Betrieblichen Gesundheitsförderung üblichen Gesundheitstag, Gesundheitsdaten der Mitarbeiter auf freiwilliger Basis erhoben. Das verwendete Maß ist dabei der PROCAM-Score (siehe Kapitel 4.2).

2. Klassifizierung der Mitarbeiter anhand des PROCAM-Scores in drei Risikogruppen:

a) Low Risk Gruppe:

Die Personen der Low Risk Gruppe verfügen über ein sehr geringes Risiko in den nächsten zehn Jahren einen Herzinfarkt zu erleiden.

b) Medium Risk Gruppe:

Die Mitarbeiter, die der Medium Risk Gruppe zugeordnet werden, verfügen über ein leicht erhöhtes Risiko in den nächsten zehn Jahren einen Herzinfarkt zu erleiden. Zwar sind diese Personen noch gesund, haben jedoch beispielsweise erhöhte Blutwerte (Blutzucker, Bluthochdruck, Cholesterin, etc.), was in einem erhöhten Herzinfarktrisiko resultiert.

c) High Risk Gruppe:

Die Beschäftigten der High Risk Gruppe besitzen im Vergleich zur Medium Risk Gruppe ein erhöhtes Risiko einen Herzinfarkt in den nächs-

ten zehn Jahren zu erleiden. Nicht selten klagen diese Personen bereits über erste Anzeichen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, wie z.B. Bluthochdruck, oder befinden sich im Frühstadium einer Erkrankung.

Den Testgruppen T2 und T3 werden die Kontrollgruppen K2 und K3 gegenübergestellt. Da die Low Risk Gruppe ohnehin keine Interventionen erhält wird hier auf eine Kontrollgruppe K1 verzichtet (siehe Kapitel 5.7)

3. Bedarfsorientierte betriebsinterne und externe Förderung sowie Betreuung der Mitarbeiter

- a) Die Mitarbeiter der Low Risk Gruppe werden in einem Einzelgespräch über ihre persönlichen Ergebnisse informiert und ermutigt ihren gesunden Lebensstil weiter fortzuführen.
- b) Die Mitarbeiter der Medium Risk Gruppe werden in einem Einzelgespräch über ihren aktuellen persönlichen Gesundheitszustand informiert und gleichzeitig dahingehend beraten, mit Hilfe welcher Maßnahmen ihr Gesundheitszustand verbessert werden kann. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf Maßnahmen, die leicht in den Alltag integrierbar sind.
- c) Wie in den vorangegangenen Gruppen werden auch den Mitarbeitern der High Risk Gruppe in Einzelgesprächen die persönlichen Ergebnisse mitgeteilt. Anschließend erhalten die Mitarbeiter eine individuelle Beratung, welche sie zu einem gesünderen Lebensstil motivieren soll. Dabei muss beachtet werden, dass diese Mitarbeiter meist bereits über einen längeren Zeitraum einen ungesunden Lebensstil verfolgen, der sich in vielen Fällen manifestiert hat. Geringe Änderungen sind daher nicht mehr ausreichend, vielmehr muss der Lebensstil von Grund auf verändert werden. Besonders wichtig für das Gelingen ist hierbei ein hohes Maß an Durchhaltevermögen und intrinsischer Motivation. Diese soll auf Basis des Motivationalen Interviews sowie des Transtheoretischen

Modells nach Prochaska und DiClemente erreicht werden (siehe Kapitel 4.6).

4. Kontinuierliche Evaluation der Wirksamkeit

Die Evaluation erfolgt durch erneute Check-Ups (Re-Checks), die je nach Präventionsgruppe in unterschiedlichen Zeitabständen durchgeführt werden.

- a) Die Low Risk Gruppe erhält einen Re-Check nach 2 Jahren, da davon ausgegangen werden kann, dass der bestehende gesunde Lebensstil beibehalten oder sogar ausgebaut wird.
- b) Die Medium Risk Gruppe erhält einen jährlichen Re-Check.
- c) Bei der High Risk Gruppe wird ein Re-Check alle sechs Monate durchgeführt, um die Veränderungen am Gesundheitszustand kontrollieren zu können, sowie die Motivation der Probanden beizubehalten. Der Zeitabstand der Check-Ups wurde dabei zum einen so kurz wie möglich gewählt, um den Mitarbeitern die möglichen Verbesserungen anschaulichen zu können, was im Idealfall zu einer weiteren Steigerung der Motivation führt. Auf der anderen Seite wurde das Zeitintervall so lang wie nötig gewählt um die Nachhaltigkeit der Ergebnisse gewährleisten zu können.

2.2. Hypothesen

Folgenden Hypothesen wird in dieser Arbeit nachgegangen:

1. Das Herz-Kreislauf-Risiko (PROCAM-Score) der Testgruppe T1 zeigt keine signifikanten Änderungen über den Beobachtungszeitraum von zwei Jahren.
2. Der PROCAM-Score der Testgruppe T2 zeigt signifikante Verbesserungen über den zweijährigen Beobachtungszeitraum.
3. Der PROCAM-Score der Testgruppe T3 zeigt signifikante Verbesserungen über den zweijährigen Beobachtungszeitraum.
4. Es wird von einem gleichbleibenden oder leicht verschlechterten PROCAM-Score in der Kontrollgruppe K2 ausgegangen.
5. Es wird von einem gleichbleibenden oder leicht verschlechterten PROCAM-Score in der Kontrollgruppe K3 ausgegangen.

3. Forschungsstand, Gegenstandskonstruktion und Theorie

In den folgenden Abschnitten wird der für diese Arbeit relevante und aktuelle Forschungsstand dargestellt.

3.1. Abgrenzung Betriebliches Gesundheitsmanagement und Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Begriffe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) werden häufig synonym verwendet. Nach Mißler & Stephan (2004) schafft und gestaltet das BGM die Strukturen und Bedingungen zur BGF. BGF lässt sich daher als Teil des BGM verstehen. Die folgenden Definitionen verdeutlichen den Unterschied der Begrifflichkeiten.

3.1.1. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Der Begriff des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist zwar hinlänglich bekannt, dennoch soll hier kurz erklärt werden, worum es dabei geht. Diese Klärung ist notwendig, da der Begriff regelmäßig mit neuen Inhalten gefüllt wird. So wird der Begriff des BGMs häufig als ein Sammelsurium verschiedener Begriffe des

Arbeits- und Gesundheitsschutzes, des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie der BGF betrachtet (Esslinger, 2018). Zusätzlich werden immer wieder Begriffe wie Freizeitmanagement, Bewegungsmanagement, Emotionsmanagement, Mind-Management, Ernährungsmanagement, Gesundheitscoaching sowie Selbstmanagement, etc. (Lauterbach, 2008; Meifert & Kesting, 2004) unter dem Begriff des BGMs genannt. Alle diese Bausteine sind durch das betriebliche Management beeinflussbar und zeigen die vielen Facetten der Gesundheit im Betrieb (Esslinger, 2018).

Eine eindeutige Definition des BGM ist somit quasi nicht möglich und auch kaum in der Lage die Komplexität und Vielfalt abzudecken. Dennoch haben zwei der führenden Wissenschaftler auf diesem Gebiet eine jeweilige Definition gefunden, welche hier kurz beschrieben werden.

Bernhard Badura definiert das BGM folgendermaßen: „Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement (...) [wird] die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse [verstanden], die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben.“ (Badura, Walter & Hehlmann, 2010b, S.33)

Seine Definition verdeutlicht, dass das BGM ein flexibles System ist, das sowohl den Beschäftigten als auch dem Unternehmen dienen soll.

Die Definition von Rudow (2010) stellt hingegen die Gesundheit der Mitarbeiter in den Vordergrund und grenzt die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung deutlicher voneinander ab. Ihm zufolge ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement „ein System von Programmen, Maßnahmen und Methoden des Arbeitsschutzes und der Personalpflege im Unternehmen, das der Gesundheit der Beschäftigten dient. Im Fokus stehen die Vorbeugung von arbeitsbedingten Erkrankungen sowie vor allem die Erhaltung und die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit.“ (Rudow, 2010, S.11).

Auch wenn eine eindeutige Definition des Betrieblichen Gesundheitsmanagements schwierig ist, da wie oben erwähnt immer wieder neue Begriffe hinzugefügt werden, so wird in dieser Arbeit von dem häufig beschriebenen drei Säulen-System des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ausgegangen (Kiesche,

2013), BGM-ein Erfolgsfaktor für Unternehmen (Barth, 2018; Hartung, Faller & Rosenbrock, 2021)

In diesem Modell bildet das Betriebliche Gesundheitsmanagements das übergeordnete „Dach“, dessen Säulen aus der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), dem Arbeitsschutz sowie dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) bestehen. Abbildung 1 stellt die drei Säulen grafisch dar:

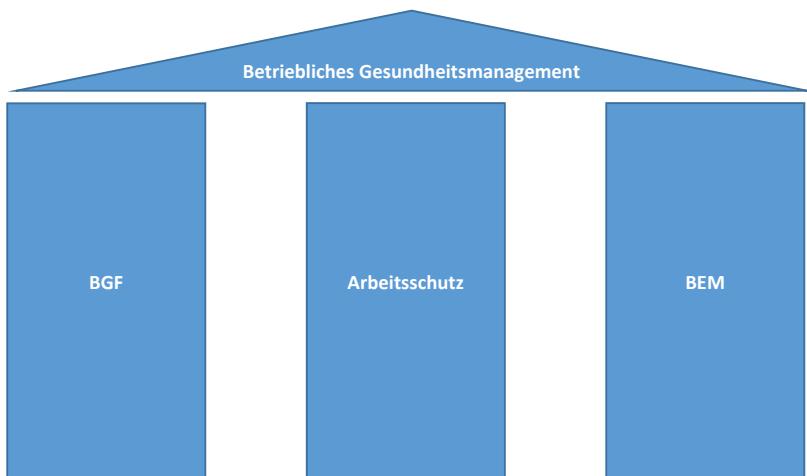


Abbildung 1: Drei Säulenmodell des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, eigene Darstellung

Ein entscheidender Faktor für ein erfolgreiches Gelingen des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die glaubwürdige und glaubhafte Unterstützung durch die oberste Ebene des Managements (Badura, Walter & Hehlmann, 2010a). Ein erfolgreiches BGM muss vom obersten Management als Führungsaufgabe erkannt, wahrgenommen und dauerhaft vorangetrieben werden. Die Bereitstellung adäquater Ressourcen, eine aus den Unternehmenszielen inhaltlich abgeleitet Zielsetzung, die Einrichtung eines zentralen Lenkungsausschusses, sowie schriftlich formulierte Vereinbarungen unterstreichen und unterstützen die notwendige Glaubhaftigkeit.

Laut Badura et al. (2010a) verfolgt der Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements drei strategische Ziele:

1. Stärkung des Sozial- und Humankapitals (Treiber)

Die Investitionen in die Gesundheit sollten schnelle und spürbare positive Auswirkungen haben, wie zum Beispiel ein gesteigertes Vertrauen, eine auf Mitarbeiter ausgerichtete Unternehmenskultur sowie eine verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit unter den Beschäftigten. Diese Effekte können durch persönliche Gesundheitspotenziale gefördert werden, um gesundheitsförderndes Verhalten zu ermöglichen. Besonders wichtig sind jedoch Investitionen in das Sozialkapital, wie die Stärkung interner Vernetzung, gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln sowie Steigerung der Qualität der Mitarbeiterführung (Badura, Greiner, Rixgens, Ueberle & Behr, 2013; Badura et al., 2010a), um Akzeptanz und Unterstützung für laufende Arbeit zu erhöhen.

2. Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit (Ergebnisse)

Das übergeordnete Ziel des BGMs, die Stärkung der Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter, dient als maßgebliche Voraussetzung für die Motivation und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Das Ziel des BGMs geht somit konform mit den Unternehmenszielen der Gewinnmaximierung sowie der Wettbewerbsfähigkeit. Diese Ziele werden durch ein erhöhtes gesundheitliches Wohlbefinden sowie der Arbeitszufriedenheit und einer Reduzierung der psychischen Belastungen sowie anderer individueller Risikofaktoren nachweislich positiv beeinflusst (Badura et al., 2013)

3. Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit

Oftmals geraten die Ziele des BGMs durch veränderte Rahmenbedingungen oder durch einen hohen Wettbewerbsdruck in Konkurrenz zu anderen Unternehmenszielen. Um die Maßnahmen des BGMs zu rechtfertigen müssen die positiven Effekte über die Ebene der einzelnen Mitarbeiter hinausgehen und mittel- bis langfristig einen Beitrag zum unternehmerischen Erfolg beitragen. Somit zählt eine höhere Produktivität der Beschäftigten, eine Qualitätssteigerung der produzierten Produkte oder Dienstleistungen sowie die Senkung von Krankheitskosten ebenfalls zu den Zielsetzungen des BGM (Badura et al., 2010a).

3.1.2. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Im Gegensatz zum Begriff des BGM findet sich in der Luxemburger Deklaration (1997) eine eindeutige Definition der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die durch das European Network for Workplace Health Promotion, kurz ENWHP, festgelegt wurde (Luxemburger Deklaration, 1997):

Zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zählen „... alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaften zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen“ (Luxemburger Deklaration, 1997, S.2)

Somit werden alle Maßnahmen im Unternehmen welche gesundheitsrelevante Belastungen senken und Gesundheitsressourcen vermehren sollen (Hartung et al., 2021) der BGF zugeordnet. „Die Auswahl und Gestaltung dieser Interventionen sind das Ergebnis eines möglichst partizipationsorientierten Kommunikationsprozesses mit allen betrieblichen Akteuren einschließlich der Beschäftigten.“ (Hartung et al., 2021, S.1). Dies soll durch den Einsatz von geeigneten verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen aus den Präventionsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Entspannung und Suchprävention erreicht werden.

So trägt die BGF als entscheidender Teil des BGMs zur langfristigen Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten bei (Barth, 2018). Die BGF ist kein verpflichtend geregelter Bestandteil des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) oder des Sozialgesetzbuches (Barth, 2018). Daher wird häufig kommuniziert, dass es sich bei der Implementierung von BGF-Maßnahmen um rein freiwillige Maßnahmen handelt. Bei genauerer Betrachtung kann diese Behauptung jedoch durchaus bezweifelt werden. Laut Hartung et al. (2021) gibt es hierbei Bedarf für eine nähere Klärung, für wen welche Vorschriften freiwillig oder verpflichtend sind. So verpflichtet § 20b SGB V die gesetzlichen Krankenkassen dazu, Leistungen zur BGF in Betrieben anzubieten und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen bei-