

Vorwort

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist erwachsen geworden – das zeigt sich u. a. daran, dass das Thema in vielen Disziplinen von der Betriebswirtschaftslehre über die Psychologie bis hin zu den Gesundheits- und Arbeitswissenschaften vertreten ist. Gesellschaftliche und wirtschaftliche Herausforderungen wie der demografische Wandel oder der Fachkräftemangel erfordern ein strategisches Umdenken der Unternehmen als sozial-empathische Arbeitgeber. BGM kann einen wertvollen Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderungen leisten. In einer sich schnell verändernden Arbeitswelt nimmt das BGM eine zentrale Position im Management einer Organisation ein und definiert die Gesundheitsstrategie als Grundlage für eine gesunde Organisation, die das Human- und Sozialkapital stärkt, gesunde Arbeits- und Organisationsbedingungen schafft und Personalrisiken entgegenwirkt. BGM koordiniert die verschiedenen betrieblichen Gesundheitsakteure und stellt durch einen qualitätsorientierten Ansatz sicher, dass Strukturen, Prozesse und Ressourcen auf die Gesundheitsstrategie ausgerichtet sind und das organisationale Gesundheitshandeln effizient und effektiv fördern. In einem Lehrbuch, das Praxis und Theorie des BGM aus verschiedenen Perspektiven umfassend darstellen will, sind zahlreiche neue Regelungen, Themen und Trends zu berücksichtigen. Dazu gehören die zunehmende Bedeutung der psychischen Gesundheit, die Digitalisierung oder die sich verändernde Gesetzgebung, die das Anliegen des BGM unterstützt. Das Lehrbuch will die relevanten Handlungsfelder des BGM darstellen und beschränkt sich dabei nicht nur auf die Ansatzpunkte der Verhaltens- und Verhältnisprävention, sondern beschreibt auch Kontextfaktoren wie Gesundheitspolitik, Gesundheitskultur oder Gesundheitskommunikation. Entscheidend für ein erfolgreiches BGM ist auch, dass es sich legitimieren kann. Legitimation ist das Rückgrat des BGM. Das Lehrbuch widmet sich insbesondere dem Nachweis von Nutzen und Wirksamkeit, denn auch was plausibel erscheint, muss letztlich bewiesen werden. Um BGM adäquat umsetzen zu können, müssen Schlüsselfaktoren identifiziert werden, die helfen, das Haus der gesunden Organisation zu errichten und zu öffnen. Vor diesem Hintergrund vermittelt das Lehrbuch ein theoretisch und empirisch fundiertes, konzeptionell schlüssiges Bild eines zeitgemäßen BGM. Oberstes Ziel ist eine gesunde Arbeit, die von gesunden Mitarbeiter*innen in einer gesunden Organisation ausgeführt werden kann.

An dieser Stelle möchte ich allen, die an der Erstellung des Lehrbuchs mitgewirkt haben, meinen herzlichen Dank aussprechen. Mein besonderer Dank gilt auch den kritischen und zahlreichen Anregungen von Kolleg*innen und Studierenden, die sich die Zeit genommen haben, Auszüge aus dem Lehrbuch zu lesen. Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Angelika Schulz vom Springer Verlag für ihren fachlichen Rat und ihre Geduld bei der Erstellung des Lehrbuchs. Meiner Familie danke ich für die emotionale Unterstützung – meine Frau Mirjam Treier hat mich oft nur im Büro gesehen, was die Work-Life-Balance auf die Probe gestellt hat, aber insgesamt konnten wir die Arbeit aus familiärer Sicht gemeinsam gut schultern. Und genau diese soziale Ressource ist auch der Schlüssel für eine gesunde Organisation.

Hinweis: Die verwendeten Internetverweise beziehen sich auf den Aktualisierungsstand September 2023. Obwohl fast ausschließlich Internetreferenzen verwendet werden, die seit Jahren stabil sind, kann es aufgrund der inhärenten Dynamik zu Abweichungen kommen.

Michael Treier

Duisburg, Deutschland

September 2023

Über den Autor



Michael Treier

Prof. Dr. phil., ist Diplom-Psychologe und Diplom-Arbeitswissenschaftler. Er lehrt an der Hochschule für Polizei und öffentliche Verwaltung Nordrhein-Westfalen. Seine fachlichen Schwerpunkte liegen in den Bereichen Personal- und Gesundheitsmanagement. Nach einer Ausbildung zum examinierten Krankenpfleger und Tätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege absolvierte er Studiengänge in Psychologie, Arbeitswissenschaft, Wirtschaftspädagogik und Organisationsmanagement an den Universitäten Bochum, Hagen und Wuppertal. Weiterbildungen u. a. zum systemischen Organisationsberater und zum Qualitätsmanagement runden sein Kompetenzprofil ab. Vielfältige Tätigkeiten rund um das Betriebliche Gesundheitsmanagement als Unternehmensberater, als wissenschaftlicher Institutsleiter, als Angestellter in einem Konzern, als Beirat von Unternehmen und als Hochschullehrer prägen sein Erfahrungsspektrum.

Tab. 1.1 (Fortsetzung)

| Inhaltsposten | Themenfelder | Kernaussagen |
|-------------------------------------|---|--|
| <p>Qualität ▶ Kap. 7</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Grundsätze für qualitätsgesichertes BGM - Basiswissen zu Qualitätskonzepten im BGM - Erfolgsfaktoren im BGM als Prüfpunkte im Qualitätsmodell - Schritte zur gesunden Organisation - Konsolidierung als Zielgröße | <p>Anstelle eines Fazits werden in diesem Kapitel die aus den vorangegangenen Kapiteln abgeleiteten Schlüsselfaktoren dargestellt. Diese bilden die Grundlage für ein modernes, qualitätsgesichertes BGM. Das Qualitätsmanagement dient dabei als Referenzmodell. Zertifizierungskonzepte und Gesundheitswettbewerbe orientieren sich an diesen Prüfpunkten, um erfolgreiche BGM-Konzepte auszuzeichnen. Darüber hinaus eignen sie sich als Erfolgsfaktoren im Rahmen von Benchmarking und ermöglichen Vergleichsringe. Der Weg zur gesunden Organisation erfordert aber nicht nur die Berücksichtigung dieser Prüfpunkte, sondern auch einen Fahrplan, um die Etappen zur gesunden Organisation angemessen zu planen. Das Kapitel schließt mit der zentralen Forderung, dass BGM nur dann erfolgreich und nachhaltig sein kann, wenn es qualitätsgesichert in der Organisation verankert ist.</p> |

Eine Orientierungshilfe zu den Inhaltsposten des Lehrbuchs

- BGM zielt nicht auf die Korrektur des individuellen Gesundheitsverhaltens, sondern v. a. auf die allgemeine Präventionsarbeit.
- BGM unterscheidet nicht zwischen Gesundheit und Krankheit als Pole bzw. Antipoden.
- BGM bevormundet nicht den gesundheitsmündigen Beteiligten.
- BGM zielt auf aktive Teilhabe als Partizipationsanspruch.
- BGM versteht sich als ganzheitlicher Ansatz unter Berücksichtigung der Handlungsebenen Individuum, Arbeit, Organisation und Umwelt.
- BGM setzt auf die Zielgrößen Prävention und Gesundheitsförderung.
- BGM erstreckt sich zeitlich von der Verhütung über die Früherkennung bis zur Wiedereingliederung.
- BGM betont die Zielgruppenorientierung als maßgeschneidertes Konzept.
- BGM ist aktuell und passt sich den Veränderungen der Arbeits- und Lebenswelt an.
- BGM fokussiert die Lebenswelt der Menschen bzw. ihr Setting.

Wechselwirkungen zwischen ökonomischen, sozialen und organisatorischen Umwelten einerseits und dem persönlichen Lebensstil und der individuellen Disposition andererseits (WHO, 1999, S. 82). Um dieser Komplexität gerecht zu werden, setzt der Setting-Ansatz eine konstruktive Gesundheitskultur als Grundlage voraus und versteht den Gesundheitsauftrag als Ansatz einer partizipativen Organisationsentwicklung. Sowohl im Präventionsgesetz (PrävG) als auch im § 20 SGB V wird der Setting-Ansatz für eine nachhaltige Gesundheitspolitik formuliert.

▶ <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>

■ **BGM als Managementmodell**

In ▶ Abschn. 3.2 werden verschiedene Akteure und ihr Zusammenwirken dargestellt – sie bestimmen die konkrete betriebpolitische Ausgestaltung des BGM. BGM ist an dieser Stelle abzugrenzen von BGF und AGS (vgl. Faller, 2008). BGM wird als **übergeordnetes Managementkonzept** verstanden, um der Komplexität des Setting-Ansatzes gerecht zu werden (vgl. Habermann-Horstmeier, 2019; Ulich & Wülser, 2018) (▶ Abschn. 3.1). Diese hierarchische Konzeption von **BGM als Dachstrategie** ist keineswegs unumstritten, denn zum einen entstehen bei einer Top-down-Strategie blinde Flecken durch die Nichtbeachtung von Gruppen und Bereichen, die nicht im Suchscheinwerfer der Strategie liegen, und zum anderen hängt es von der Breite des Begriffs ab, welche Interventionen auf der Verhaltens- oder Verhältnisebene der BGF, dem AGS oder

Setting-Ansatz als Fundament

Gesundheitsmaßnahmen auf individueller (Verhalten) und struktureller (Verhältnisse) Ebene benötigen einen Rahmen zur Einbettung und Verankerung. Dabei werden einerseits die Interventionen zielgruppenspezifisch übersetzt und andererseits die Lebenswelten der Mitarbeitenden unter Einbezug der vorhandenen Ressourcen berücksichtigt. Gesundheit ist das Ergebnis von

dem BGM zuzuordnen sind (Faller in Faller, 2017, S. 28 & 31 ff.). Darüber hinaus zeigt sich in den Entwicklungsstufen auch ein verändertes Verständnis im Kontext neuer Arbeits- und Lebenswelten (► Abschn. 1.2). Vereinfacht wird BGM als Managementmodell, BGF als Verhaltensmodell und AGS als Verhältnismodell der gesunden Organisation beschrieben. BGM steuert verhaltens- und verhältnispräventive sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen zur gesunden Organisation (s. ► Box „Aufgabenbeschreibung BGM“).

Definition BGM

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist die strategische, strukturelle und systematische Steuerung und Abbildung gesundheitsbezogener Maßnahmen auf der Verhaltens-, Verhältnis- und Kulturebene als koordiniertes Handeln in der Organisation. Der Managementzyklus von der Planung über die Umsetzung bis zum Controlling sichert Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Interventionen.

Aufgabenbeschreibung BGM

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) verankert Gesundheit als strategisches Ziel mit Hilfe von Managementinstrumenten. BGM versteht sich als **Führungsaufgabe**, um Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. In der Gesundheitsplanung werden auf Basis einer Standortbestimmung **Handlungsfelder** vom Arbeits- und Gesundheitsschutz über die Gesundheitsförderung bis zur Wiedereingliederung als ganzheitlicher Ansatz konzipiert und die abgeleiteten Inter-

ventionen im Setting aufeinander abgestimmt. **Betriebliche Strukturen und Prozesse** verankern die Gesundheitsbemühungen in den Handlungsfeldern, gewährleisten die Anschlussfähigkeit zu anderen Bereichen wie z. B. Personal und schaffen die Voraussetzungen für ein koordiniertes, systematisches und nachhaltiges Vorgehen. Als **Gestaltungsprinzipien** kristallisieren sich Ganzheitlichkeit, Partizipation, Integration und Evaluation heraus. Als **Leitmaxime** gilt, dass Gesundheitsgewinne wesentlich zur Leistungs- und Handlungsfähigkeit der Organisation beitragen.

■ BGF als Verhaltensmodell

BGF als Verhaltensmodell orientiert sich an den individuellen Gesundheitspotenzialen in den Bereichen Psyche, Bewegung und Ernährung und unterstützt die Beschäftigten in ihrem gesundheitsförderlichen Verhalten, indem die individuellen Gesundheitsressourcen gestärkt werden (Faller, 2017) (► Abschn. 4.2.4). BGF ist salutogenetisch geprägt (*Was hält den Menschen trotz vielfältiger Belastungen gesund?*) und fokussiert auf Partizipation und Selbstbestimmung (► Abschn. 2.2.4). Grundlage ist die Ottawa-Charta, die Umfang und Anforderungen an eine moderne BGF definiert (► Abschn. 1.2.2). Entscheidend ist, dass sich BGF angesichts der Verflechtung der Lebensbereiche nicht von der privaten Gesundheitsförderung (PGF) trennt. Je nach Verständnis können auch gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsbedingungen unter BGF subsumiert werden. Damit ergibt sich eine Schnittmenge zum AGS als Verhältnismodell.

■ AGS als Verhältnismodell

AGS als Verhältnismodell orientiert sich an den Arbeits- und Organisationsbedingungen und zielt auf eine nach arbeitswissenschaftlichen Kriterien ausführbare, schädigungs- und beeinträchtigungsfreie sowie gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung

(vgl. Schlick et al., 2018) (► Abschn. 4.2.3). AGS ist pathogenetisch ausgerichtet (*Was schädigt den Menschen?*) und konzentriert sich v. a. auf die Verhütung und Beseitigung arbeitsbedingter Gefahren für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Hohe Standards definieren die Präventionsarbeit, die möglichst frühzeitig bzw. primär ansetzt. Bei den Beschäftigten steht das sicherheitsgerechte Verhalten im Mittelpunkt (► Abschn. 4.2.4.2.1). Grundlage ist das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), das nicht nur physische, sondern auch psychische Belastungen bei der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt (► Abschn. 1.4.3). Das moderne Verständnis des AGS ist auf die **menschengerechte Gestaltung** der Arbeitsbedingungen ausgerichtet (► Abschn. 4.2.1). Dabei geht es dann nicht nur um eine Defizitorientierung im Zusammenhang mit der Schutzbedürftigkeit des Menschen (Schutzschirmmetapher), sondern auch um gesundheitsförderliche und ressourcenaktivierende Belastungsformen (Potenzialorientierung). Hier besteht eine Schnittmenge zur BGF als Verhaltensmodell, da sich der Nutzen gesundheitsförderlicher Verhältnisse erst dann erschließt, wenn sie von den Beteiligten aktiv genutzt werden. Der Begriff der Gesundheitsförderung fungiert daher in der Fachliteratur häufig als gemeinsame Klammer sowohl für das Verhaltens- als auch für das Verhältnismodell (vgl. Michel & Hoppe, 2022).

■ Präventionsmanagement

Im **Präventionsmanagement** wird Nachhaltigkeit durch eine Verknüpfung des Verhaltens- und Verhältnismodells im Sinne des Leitsatzes „*Gesundheit und Ressourcen fördern sowie Risiken erkennen und minimieren*“ erzielt (► Abschn. 4.3) (Uhle & Treier, 2019, S. 117 ff.). BGM wird somit als **übergeordnetes Steuerungskonzept** beschrieben, um die Paradigmen der Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich der Handlungsebenen der Person, Arbeit und Organisation nicht als Konkurrenz, sondern in ihrer Synergie aufzugreifen und ihre Maßnahmen entsprechend zu synchronisieren. Diese **integrale Sichtweise** zeigt sich schrittweise auch in den Entwicklungsstufen des BGM mit den begleitenden Meilensteinen, die im folgenden Kapitel zur Verortung des BGM betrachtet werden.

1.2 Entstehung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die **Entwicklung des BGM** dient als **Spiegel für den Bedeutungswandel** von Gesundheit in Gesellschaft und Arbeitswelt (vgl. Singer, 2010; Kuhn in Faller, 2017, S. 39 ff.; Staut in Matusiewicz et al., 2021, S. 3 ff.). Es lassen sich Phasen und Meilensteine identifizieren, die diesen Wandel dokumentieren und offenbaren, dass das BGM kein statischer Ansatz ist, sondern sich mit seiner Herangehensweise den Anforderungen des jeweiligen sozioökonomischen Kontextes aus historischer Sicht stellen muss. Als genereller Trend lässt sich in Bezug auf die Phasen konstatieren, dass BGM nicht nur mit der Zeit geht, z. B. in Bezug auf die Digitalisierung, und sich ganzheitlicher im Sinne eines Systemansatzes positioniert, sondern insgesamt einen **Bedeutungsschub in den Organisationen** erfährt.

1.2.1 Phasen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die Redewendung „*Mens sana in corpore sano*“ des römischen Dichters Juvenal (60–140 n. Chr.) betont, dass ein gesunder Geist in einem gesunden Körper wohnt.

Ein BGM, das dieses Motto als *Maxime* verinnerlicht, würde vermutlich auf der Verhaltensebene v. a. Angebote zu Bewegung und Ernährung in sein Programm aufnehmen. *Ist dieses Motto noch zeitgemäß?* Ist Fitness das Breitbandantibiotikum für gesundheitliche Herausforderungen im Zeitalter von hohem Leistungsdruck und Arbeitsstress? Antworten zur inhaltlichen Ausprägung des BGM finden sich im ► Kap. 4. Die Entwicklungsstufen des BGM greifen diese inhaltlichen Schwerpunkte auf. Sie manifestieren, wie das BGM auf die Herausforderungen der jeweiligen Arbeits- und Lebenswelt antwortet (► Abschn. 1.3). Die Interpretation hängt vom jeweiligen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kontext ab.

► **BGM findet nicht im luftleeren Raum statt. Die Ausgestaltung des BGM orientiert sich an gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Trends.**

■ Phasen als Entstehungsgeschichte

► Tab. 1.2 stellt diese nicht überschneidungsfreien Phasen dar (vgl. Singer, 2010; Ternés et al., 2017, S. 1 ff.). Sie geben eine Orientierung über die leitenden **Paradigmen des BGM** und verdeutlichen, wie sich das BGM seit Mitte des 19. Jh. mit der aufkommenden Industrialisierung als Managementmodell entwickelt hat. Die **Eckpfeiler des BGM** sind teilweise bereits Ende des 19. Jh. definiert und spätestens seit den 80er-Jahren des 20. Jh. liegt das **Leitparadigma** zur Übersetzung des modernen BGM vor. Diesem Paradigma liegt ein **ganzheitliches Gesundheitsverständnis** zugrunde, das neben der körperlichen Fitness (Physical Health) auch psychische Gesundheit (Mental Health) und soziale Bedingungen nebst Umweltfaktoren (Social Health) berücksichtigt. Nicht nur Risikofaktoren, sondern auch Gesundheitspotenziale rücken in den Blick (► Abschn. 1.1.2). Das Leitparadigma offenbart sich v. a. in den Meilensteinen der WHO-Konferenzen als Spiegel des jeweiligen Zeitgeistes (► Abschn. 1.2.2), denn die WHO gilt als wichtiger Akteur und Impulsgeber im Gesundheitsbereich.

Diese Phasen werden durch entsprechende Meilensteine begleitet, die im folgenden Kapitel skizziert werden (vgl. auch Exkurs zu ► „**Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ – GESUNDHEIT21**“).

Tab. 1.2 Phasen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement als Entstehungsgeschichte

| Phase | Paradigma | Skizze |
|--|--|---|
| Vorphase <i>19. Jh. bis Nachkriegszeit</i> | Regularien zum Schutz der Beschäftigten | <ul style="list-style-type: none"> - v. a. bürokratisch geprägt - Gesundheit als verbindliches und geregeltes Orientierungsmuster (Legalitätsprinzip) - Aufklärung (Vernunftbasis) und aufstrebendes Bürgertum als Träger - Schwerpunkt auf Sozial- und Arbeitnehmerschutzgesetzgebung und flankierenden Verordnungen |
| Wendepunkt <i>Präambel zur Verfassung der WHO von 1946</i> | Förderung und Erhaltung der Gesundheit als umfassender Auftrag | <ul style="list-style-type: none"> - Einführung von New Public Health mit dem mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff der WHO, der Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder körperlicher Unversehrtheit definiert - Gesundheit als Ergebnis einer komplexen Wechselwirkung zwischen Arbeits- und Lebensbedingungen und dem Gesundheitsverhalten der Menschen - Förderung und Erhalt von Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe - <i>Berücksichtigung in allen weiteren Phasen</i> |
| Phase 1 <i>50er bis 60er-Jahre des 20. Jh.</i> | Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung auf der individuellen Ebene | <ul style="list-style-type: none"> - biomedizinische Gesundheitsaufklärung - „Gesundheitskatechismus“ mit dem Schwerpunkt auf Maßnahmen zur Gesundheitserziehung - paternalistische bzw. bevormundende Präventionskonzepte, z. B. in der Sozialhygiene - Annahme: Der Mensch ist durch kritische Verhaltensweisen für die Entstehung von Krankheiten mitverantwortlich. |
| Phase 2 <i>70er-Jahre des 20. Jh.</i> | Gesundheitsförderung aus ganzheitlicher Sicht | <ul style="list-style-type: none"> - zunächst Fortsetzung des paternalistischen Ansatzes, aber allmählicher Paradigmenwechsel von der Krankheitsverhinderung (Risikofaktoren) zur Gesundheitsförderung (Potenzialfaktoren) - zunehmend ganzheitliche Ausrichtung, d. h. Physis, Psyche und soziale Umwelt - Anerkennung der Arbeitswelt als wichtiges Setting der Gesundheitsförderung - Initiierung diverser Kampagnen, ausgelöst durch WHO-Konferenzen, zur Förderung eines gesunden Lebensstils in der Arbeitswelt |
| Phase 3 <i>80er-Jahre des 20. Jh.</i> | Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz als Humanisierungsauftrag | <ul style="list-style-type: none"> - Humanisierung der Arbeitswelt unter Verhältnisgesichtspunkten - umfassender Präventionsauftrag unter Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse - Vereinheitlichung der unterschiedlichen nationalen Rahmenbedingungen im Arbeitsschutz in der EU - gemäß der Ottawa-Charta Betonung der Selbstbestimmung als Maxime, d. h. die Beschäftigten sind aktiv Handelnde - Gesundheit als Basis für ein gutes Leben |
| Phase 4 <i>90er-Jahre bis etwa 2010</i> | Qualitätsanforderungen an das BGM – Initiativen auf dem Weg zur gesunden Organisation | <ul style="list-style-type: none"> - selbstbestimmtes und ganzheitliches Gesundheitsverständnis gemäß Phase 3 - von der Deklaration zur qualitätsorientierten Umsetzung und Festlegung von Qualitätskriterien für BGF und BGM - Netzwerke wie Enterprise for Health und Initiativen wie INQA bestimmen im Dialog den Fortschritt |
| Phase 5 <i>Beginn 21. Jh. bis heute</i> | Etablierung des Management- und Setting-Ansatzes als steuernde und ganzheitliche Konzeption im BGM | <ul style="list-style-type: none"> - Wirtschaftlichkeit und Legitimität als Zielgrößen - Managementmodell als Steuerungskonzept - Fokus auf Prozesse und Strukturen - Setting- oder Lebensweltansatz (gesellschaftliche Zusammenhänge im Blick) - WHO erklärt Gesundheit zur zentralen Strategie für alle (Rahmenkonzept GESUNDHEIT21) |

(Fortsetzung)

■ **Tab. 1.2** (Fortsetzung)

| Phase | Paradigma | Skizze |
|----------------------------------|--|--|
| Phase 6 2010 bis heute | Digitalisierung des BGM als Herausforderung und Trend zur Individualisierung | - überlappend mit Phase 5 - Vernetzung interner und externer Akteure als netzwerktheoretisches Konzept im BGM - Entstehung neuer Belastungsformen im Kontext von Arbeit 4.0 - Individualisierung von Gesundheit mit Verlagerung der Verantwortung auf das Individuum, jedoch mit der Gefahr ungleich verteilter Gesundheitsressourcen |

Die Phasen sind nicht trennscharf, sondern überlappen sich zeitlich.

Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ – GESUNDHEIT21

Das Rahmenkonzept der WHO für die Europäische Region wurde 1998 auf der 51. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet und fordert eine bessere Gesundheit für alle Menschen als grundlegendes Menschenrecht und die Sicherung gesundheitlicher Chancengleichheit durch solidarisches Handeln (WHO, 1999). Aus Sicht des Rahmenkonzeptes sind eine multisektorale Strategie zur Schaffung nachhaltiger Gesundheit über die gesamte Lebensspanne auf der Grundlage vielfältiger Gesundheitsdeterminanten

(Setting-Ansatz) und ein partizipativer Gesundheitsentwicklungsprozess unter Einbeziehung gesundheitsrelevanter Partner – dazu gehört auch die Arbeitswelt – von hoher Bedeutung (► Abschn. 2.1.4). „Hier sollte man das Ziel verfolgen, nicht nur die Expositionsrisiken zu verringern, sondern auch Arbeitgeber und Arbeitnehmer stärker in die Förderung eines sichereren und gesünderen Arbeitsumfelds und in den Abbau von Stress einzubeziehen.“ (WHO, 1999, S. 123)

1.2.2 Meilensteile zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Viele Meilensteine sind nicht so fest verankert, wie es den Anschein hat. Der § 20 SGB V und die Gesundheitsreformen stehen für eine wechselvolle Geschichte der Sozialgesetzgebung (vgl. Dörr, 2004) (► Abschn. 1.4). ■ Abb. 1.1 illustriert **zentrale Meilensteine** als Zäsuren, die die historische Entwicklung des BGM flankieren (vgl. Singer, 2010; Faller, 2017; Ternès et al., 2017). Meilensteine können Gesetze, Verordnungen, Konferenzen oder Deklarationen sein (Uhle & Treier, 2019, S. 85 ff.). Aktuelle Regelungen werden im ► Abschn. 1.4 dargestellt. Aus historischer Sicht sind v. a. vier **Marksteine als Grenzsteine** des modernen BGM hervorzuheben, die dazu beitragen, das Selbstbewusstsein des BGM zu stärken und es vor seiner Marginalisierung zu bewahren.

■ Marksteine des BGM

- A. **Ottawa-Charta** (1986) als wesentlicher Impuls für das BGM durch die explizite Übertragung der Gesundheitsförderung auf den Arbeitsbereich als Setting (intersektorale Zusammenarbeit).
- B. **EU-Rahmenrichtlinie zum Arbeitsschutz 89/391/EWG** (1989) und deren nationale Umsetzung als Arbeitsschutzgesetz zur Festlegung von Mindest-

standards im Arbeitsschutz (1996) und später die Novellierung des ArbSchG von 2013 in Bezug auf die Erfassung psychischer Belastungen.

- C. **Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie** (2007/2008) vereinbart von Bund, Ländern und Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf der Basis internationaler und europäischer Vorgaben mit dem Ziel, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten durch einen koordinierten Arbeitsschutz, flankiert durch Maßnahmen der BGF, zu erhalten und zu fördern.
- D. Die **Luxemburger Deklaration** (1997), die eine einheitliche und ganzheitliche Definition von BGF anstrebt und als Arbeitsdefinition des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) dient.
- E. **Präventionsgesetz** (2015), das die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge als Lebensweltansatz begreift und sowohl auf ein selbstbestimmtes gesundheitsorientiertes Handeln als auch auf die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen setzt und die Zusammenarbeit der Gesundheitsakteure im Präventionsanliegen stärkt.

► Die **Ottawa-Charta** und die **Luxemburger Deklaration** sind die am häufigsten zitierten Meilensteine des BGM.

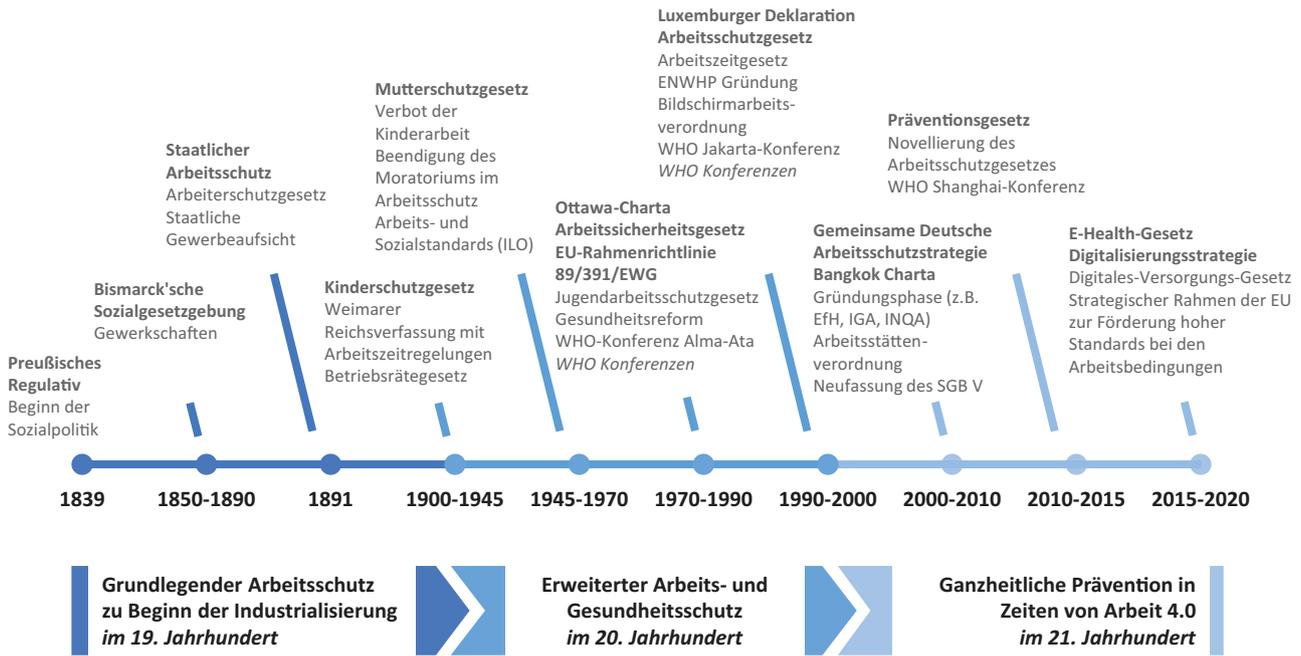


Abb. 1.1 Meilensteine zum BGM

Ära des Arbeitsschutzes

Das Zeitalter des Arbeits- und Gesundheitsschutzes begann mit der Verabschiedung des Arbeiterschutzgesetzes als Novelle zur Reichsgewerbeordnung im Jahre 1891, denn die Gewerbeordnung enthielt eine Verordnungsermächtigung zum Arbeitsschutz als Grundlage für das deutsche duale Arbeitsschutzsystem (Abschn. 1.4.1). Vorbereitend fand 1890 in Berlin eine internationale Arbeitsschutzkonferenz statt (zu weiteren Konferenzen

s. Exkurs „Konferenzen“). Vorläufer finden sich z. B. im Preußischen Regulativ von 1839 über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter. Die Chronologie als Erweiterung und Konkretisierung des AGS spiegelt den Weg von der Vorschrift zur aktiven und selbstbestimmten Gestaltung wider, denn eine moderne Präventionsarbeit, wie sie das BGM anstrebt, ist weit mehr als der Vollzug und die Überwachung des Arbeitsschutzrechts (Abb. 1.1).

Konferenzen

Weltkonferenzen, Kampagnen und Initiativen setzen Wendepunkte in der Entwicklung des allgemeinen Gesundheitsverständnisses und prägen damit auch die betriebliche Gesundheitsarbeit.

Die **Weltkonferenzen der WHO** von 1986 bis 2018 als schrittweise Proklamation eines umfassenden Gesundheitsverständnisses im Setting-Ansatz, beginnend mit der Deklaration von Alma-Ata 1978 (Sowjetunion) zur primären Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung, bestimmen auch die Leitlinien im BGM (Kaba-Schönstein, 2018).

1986 Ottawa (Kanada; Umsetzungsstrategie für das Programm „Gesundheit für alle“ und Schlüsselkonzept), **1988 Adelaide** (Australien; Empfehlung für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und Chancengleichheit), **1991 Sundsvall** (Schweden; Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten), **1997 Jakarta** (Indonesien; Gesundheitsförderung für das 21. Jh. und Determinanten von Gesundheit), **2000 Mexico Stadt** (Mexiko; Rahmen für nationale Aktionspläne), **2005 Bangkok** (Thailand; Gesundheitsförderung in einer globalen Welt, Empowerment und gesundheitliche Chancengleichheit), **2009 Nairobi** (Kenia; Förderung von Gesundheit und Entwicklung zur Überwindung von Umsetzungsdefiziten bspw. in Bezug auf Kapazitäten zur Gesundheitsförderung oder Erhöhung der Gesundheitskompetenz), **2013 Helsinki** (Finnland; intersektorale Gesundheitspolitik und Erfassung der Folgen politischen Handelns für Gesundheit, Health Impact Assessment als Gesundheitsverträglichkeitsprüfung), **2016 Shanghai** (China; Förderung von Gesundheit bei der Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung: Gesundheit für alle und alle für Gesundheit), **2018 Astana** (Kasachstan; anlässlich des 40. Jahrestages der Erklärung von Alma-Ata als Bekenntnis zur Stärkung der primären Gesundheitsversorgung).

Konferenzen, Grundsatzdokumente, Kampagnen und Initiativen im Umfeld des ENWHP (► www.enwhp.org) wie die Luxemburger Deklaration als Arbeitsgrundlage des Netzwerks (1997), das Cardiff-Memorandum (1998) und die Lissabonner Erklärung (2001) zur Integration kleiner und mittlerer Unternehmen, die Barcelona-Deklaration (2002) zur Verbreitung guter Praxis mit den Prinzipien Partizipation, Integration, Systematik und Ganzheitlichkeit und der Vision „*Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen*“, die Linzer Konferenz (2006) zum demografischen Wandel oder die Berliner Konferenz

(2010) zur psychischen Gesundheit. Maßgeblich sind die Qualitätskriterien für BGF als Erfolgsfaktoren von 1999. Seit 2002 widmet sich das ENWHP dem Aufbau nationaler Plattformen bzw. Netzwerke für die BGF – in Deutschland seit 2002 das Deutsche Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). Darüber hinaus sind verschiedene Initiativen wie Move Europe (Gesunde Lebensstile im Fokus der Arbeitswelt) oder die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) mit dem erklärten Ziel, Mensch und Arbeit in Einklang zu bringen, aus den Anliegen des ENWHP hervorgegangen.

1.3 Herausforderungen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Der **Unfallverhütungsbericht Arbeit** (BAuA & BMAS, 2022) als datengestützter Überblick zum AGS gibt seit Anfang 2000 vielfältige Hinweise auf sich verändernde Anforderungen und Bedingungen, die Einfluss auf das BGM haben und sich zeitversetzt in den Regularien niederschlagen (► www.baua.de/suga) (► Abschn. 1.4). BGM kann sich daher nicht auf Routinen verlassen. So steht bspw. das BGM in den Jahren 2020 bis 2022 im Zeichen der Pandemiebewältigung (COVID-19) hinsichtlich Fragen der Sozialhygiene über Mehrbelastungen bis hin zur massiven Ausweitung von Homeoffice (vgl. Badura et al., 2021). In der Praxis sieht sich das BGM mit vielfältigen **Herausforderungen** konfrontiert, die nicht nur episodischer Natur sind, z. B. dem demografischen Wandel mit der Folge einer sinkenden Arbeitsfähigkeit, dem Wandel des Krankheitspektrums mit der Dominanz psychischer und chronischer Erkrankungen, dem Fachkräftemangel mit der Notwendigkeit eines gesundheitsorientierten Retentionsmanagements, der Digitalisierung mit der Entstehung neuer Belastungsformen im Kontext von New Work oder der zunehmenden sozialen Verarmung mit der Gefahr der Ausdünnung sozialer und familiärer Netzwerke als Gesundheitsressource (Treier & Uhle, 2019, S. 1 ff.). V. a. die Veränderung des Krankheitspanoramas (► Abschn. 1.3.1), der Wandel der Arbeitswelt (► Abschn. 1.3.2) und der Bedeutungszuwachs von Gesundheit als gesellschaftlichem Wert (► Abschn. 1.3.3) bestimmen das aktuelle Geschehen im BGM.

1.3.1 Veränderung des Krankheitspanoramas

Gesundheitsberichte wie z. B. der BKK Gesundheitsreport (Knieps & Pfaff, 2021), der Psych-Report der DAK (2022) oder der DKV Report (2021) bestätigen

unisono den **Wandel des Krankheitspanoramas** aus empirischer Sicht. Schwerpunkte sind psychische, lebensstil- und altersbedingte Erkrankungen. Die Zahlen zeigen sich dynamisch und werden von episodischen Ereignissen wie der Pandemie beeinflusst. V. a. langfristig werden die neue Normalität der Digitalisierung und der Klimawandel das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen beeinflussen. Aus Sicht der Lehrbuchdidaktik sind jedoch nicht kurzlebige absolute Zahlen von Bedeutung, sondern **stabile Trends**, die sich in Langzeitanalysen zeigen und die Arbeitswelt prägen.

■ Stabile Trends im Krankheitspektrum

1. **Tendenz: Psychische Störungen sind auf der Überholspur.** Die Steigerungsraten der psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren fordern das BGM zum Handeln auf. So weist der Psych-Report (DAK, 2022) darauf hin, dass Gesundheitskompetenz und psychische Gesundheit zentrale Anliegen im BGM sein sollten, denn die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen erreichen seit Jahren regelmäßig Höchststände. Angststörungen, Depressionen, Suchterkrankungen und andere psychische und Verhaltensstörungen nehmen zu. Das Spektrum psychischer Erkrankungen ist breit. Bevor es zu einer Erkrankung kommt, weisen häufig Vorboten auf die Problematik hin, wie das gehäufte Auftreten von Erschöpfungszuständen oder Schlafstörungen bis hin zu funktionellen Störungen wie Herzschmerzen und Magenbeschwerden.
2. **Tendenz: Wohlstandskrankheiten sind prägend.** Der DKV-Report (2021) macht deutlich, dass es ebenso wichtig ist, den Lebensstil in den Fokus der Maßnahmen zu rücken, denn die Sitzzeiten in der modernen Arbeitswelt nehmen zu, die körperliche Aktivität nimmt ab, das Essverhalten am Arbeitsplatz, z. B. bei Schichtarbeit, erschwert ein gesundes Gewichtsmanagement und gleichzeitig fühlen sich immer mehr Menschen am Arbeitsplatz gestresst – eine Kakophonie aus Sicht des Gesundheits- und Krankheits-

geschehens. Zivilisationskrankheiten im Zusammenhang mit den modernen Lebensgewohnheiten prägen das Gesamtbild, das v. a. durch Kreislauf- und Stoffwechselstörungen, Rückenschmerzen bis hin zu Stresserkrankungen gekennzeichnet ist. Bewegungsmangel ist eine der bekannten Ursachen. Studien belegen, dass Bewegung eine der wirksamsten Präventionsmaßnahmen ist, die auch die Psyche stärkt (► Abschn. 4.2.4.2.2).

3. **Tendenz: Alters- und altersbedingte Leiden nehmen zu.** Die Belegschaften werden aufgrund der demografischen Entwicklung immer älter. Umso wichtiger ist es, sich mit dem Verhältnis von Altern und Arbeit zu befassen (vgl. Richter, 2021). Das Alter als demografischer Faktor hat einen erheblichen Einfluss auf das Krankheitspektrum, wobei das Altern nach den Berliner Altersstudien in seinen Facetten heterogen verläuft und einige klassische Annahmen auf den Prüfstand zu stellen sind (► <https://www.base2.mpg.de/de>). Die altersbedingte Zunahme von chronischen Erkrankungen wie Diabetes (Chronifizierung), von körperlichen Einschränkungen durch degenerative Muskel-Skelett-Erkrankungen wie Arthrose und bandscheibenbedingte Rückenschmerzen, von psychischen Störungen wie Depressionen sowie von Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) erfordert zielgruppengerechte Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und in der Verhältnisprävention eine alters- und altersgerechte Arbeitsgestaltung. Mit zunehmendem Alter steigt das langfristige Ausfallrisiko und die Arbeitsfähigkeit nimmt ab (► Abb. 2.10). Viele Krankheiten treten im Alter häufiger und gleichzeitig auf. Demografie-Fitness als

Zielgröße einer gesunden Organisation zielt darauf ab, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit älter werdender Belegschaften langfristig zu erhalten (Treier, 2019b, S. 434 ff.).

- Die zunehmende Bedeutung der Psyche, des Lebensstils und des Alterns beschreibt den Wandel des Krankheitspektrums. Das BGM muss sich in seinem Angebotsportfolio an diesen Trends orientieren.

Krankheitspanorama im Wandel

Eine **Zunahme der Prävalenz chronisch-degenerativer und psychosozialer Störungs- und Krankheitsbilder** steht im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung, der Verlängerung der Lebensarbeitszeit und der zunehmenden Arbeitsverdichtung. Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spiegelt sich die Verschiebung der Schwerpunkte des Krankheitspektrums *von akuten zu chronischen* und *von somatischen zu psychischen Erkrankungen* u. a. auch in der Relation des Anteils der Fälle zum Anteil der Tage in Prozent wider, denn dieses Verhältnis bei der Langzeitarbeitsunfähigkeit (mehr als 42 Tage) schwankt je nach untersuchter Kohorte zwischen 4:40 und 6:55, d. h. 6 % der Fälle verursachen 55 % der Ausfalltage, wobei die uneinheitliche Meldepflicht für AU-Meldungen mit einer Dauer von bis zu drei Tagen zu einer Unterschätzung der Kurzzeiterkrankungen führen kann (vgl. auch Exkurs zu ► „Zunahme psychischer Erkrankungen“).

Zunahme psychischer Erkrankungen

Der **relative Anteil psychischer Erkrankungen** gemäß der Diagnosegruppe F00-F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) nach ICD 10 am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nimmt zu – der aktualisierte ICD 11 hat die Kodierung auf Basis digitaler Anforderungen modernisiert. Psychische und Verhaltensstörungen sind je nach Berufsabhängigkeit und Altersgruppe die zweit- bis vierthäufigste Diagnosegruppe bei Krankschreibungen bzw. Arbeitsunfähigkeit. Sie liegen nahe am Krankheitsgeschehen bei Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes, bei akuten Atemwegserkrankungen und bei Erkrankungen des Kreislaufsystems. Laut DAK-Report (2022) haben die Fehlzeiten im Jahr 2021 bei den psychischen und Verhaltensstörungen mit 276 Fehltagen je 100 Versicherte einen Höchststand erreicht – ein Anstieg um 41 % im Vergleich zu vor 10 Jahren (► Abschn. 4.2.4.1). Ähnliche Zahlen finden sich auch in anderen Gesundheitsberichten wie

z. B. TK (2021), wo festgestellt wird, dass im Vergleich zum Jahr 2000 die Fehlzeiten mit der Diagnose psychische Störungen bei Erwerbstätigen im Jahr 2020 um 109 % höher liegen. Ein psychisch bedingter Krankheitsfall dauert im Durchschnitt zwischen 32 und 40 Tagen. Der Bedeutungszuwachs der Psyche lässt sich auch am relativen Anteil psychischer Erkrankungen am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ablesen, der je nach Gesundheitsberichterstattung bei etwa 15 bis 17 % liegt und damit geschätzte Produktionsausfallkosten von 12 bis 15 Mrd. Euro verursacht (vgl. bspw. Knieps & Pfaff, 2021). Laut SUGA-Bericht (BAuA & BMAS, 2022, S. 163) sind im Jahr 2021 von 697,9 Mio. Ausfalltagen 123,3 Mio. auf die „Psyche“ zurückzuführen mit Produktionsausfallkosten von 15,8 Mrd. € und einem Verlust an Bruttowertschöpfung von 27,1 Mrd. €. Zudem sind psychische Erkrankungen laut dem Info-Portal der Deutschen Rentenversicherung

(► www.ihre-vorsorge.de) die häufigste Ursache für eine vorzeitige Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit – im Jahr 2020 mit 41,5 % an der Spitze. Seit zwei Jahrzehnten ist trotz Schwankungen ein deutlicher Anstieg der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen als Trend zu beobachten. Damit das BGM das Handlungsfeld Psyche gezielt aufgreifen kann, muss

der Zusammenhang zwischen Arbeit und psychischer Gesundheit ermittelt werden (vgl. Rothe et al., 2017a) (► Abschn. 4.2.4).

Die Website der psyGA als Angebot der INQA bietet aktuelle und verlässliche Informationen zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt.

► www.psyga.info

■ Gesundheitsmonitoring als kontinuierliche Beobachtung

Eine verlässliche Datenlandschaft zur Veränderung des Krankheitspanoramas findet sich in den DEGS-Studien des RKI auf Basis eines **systematischen Gesundheitsmonitorings** (► www.degs-studie.de) oder in den Nachfolgestudien wie der NAKO Gesundheitsstudie (Nationale Kohorte, ► <https://nako.de>) (vgl. Jaeschke et al., 2020). Die wachsende und öffentlich zugängliche **Gesundheitsberichterstattung** ermöglicht eine valide empirische Herleitung der Ausgangslage und entsprechende Ableitung von Implikationen für ein zeitgemäßes BGM (Uhle & Treier, 2019, S. 12 ff.). **Abb. 1.2** stellt markante Eckpunkte dar, die die aktuelle Gesundheitssituation beschreiben. Das BGM muss sich des **veränderten Risikokatasters** bewusst sein, um gezielt und nachhaltig auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten und der Organisation einzuwirken und einen wertvollen Beitrag zur sektoralen Präventionsarbeit im Sinne der WHO Strategie „*Health in All Policies*“ zu leisten, denn Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung finden nicht nur im Gesundheitssektor, sondern insbesondere auch in der Arbeitswelt statt.

Gesundheitsmonitoring

Das **Monitoring der öffentlichen Gesundheit** erfasst systematisch, kontinuierlich und repräsentativ den Gesundheitszustand und die Risikofaktoren der Bevölkerung oder bestimmter Kohorten und ermittelt Trends und Veränderungen der gesundheitlichen Lage. Zentrales Instrument sind Befragungen (Gesundheitssurveys). Diese Datenlandschaft dient als Grundlage für epidemiologische Forschungsarbeiten, für die Dokumentation von Risikokatastern und für Risikoabschätzungen. Für Deutschland hat das Robert Koch-Institut (RKI) ein bundesweites Gesundheitsmonitoringsystem aufgebaut, das auf den drei Komponenten KiGGS (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey), DEGS (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) und GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) basiert.

■ Lebensstile im Fokus der Gesundheitsziele

Der Sektor Arbeitswelt zielt nicht auf die Therapie von Krankheiten ab, kann aber durch **lebensstilfördernde Maßnahmen** der Prävalenz und dem Schweregrad von Krankheiten entgegenwirken. Die Bedeutung von **Lebensstilrisikofaktoren** bspw. im Bereich der Ernährung oder Bewegung für die Entstehung chronischer Erkrankungen bis hin zu Krebs ist unbestritten und empirisch belegt (Li et al., 2014). Informationen finden sich beim Deutschen Krebsforschungszentrum (► www.dkfs.de). Die NAKO-Gesundheitsstudie als Langzeitstudie mit etwa 200.000 Teilnehmenden greift als Kohortenstudie die Erkenntnisse der EPIC-Studie (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) und die Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI auf und will den Ursachen von Volkskrankheiten wie Diabetes, Herzinfarkt oder Krebs auf die Spur kommen. **Risikofaktoren** für kardiovaskuläre (Herz-Kreislauf) und metabolische (Stoffwechsel) Erkrankungen sollen identifiziert werden, um die Präventionsarbeit gezielt darauf auszurichten. Sowohl der jährliche DKV-Report und als auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (► www.gbe-bund.de) zeigen die Bedeutung des Lebensstils auf. Im Mittelpunkt stehen das Ernährungs-, Bewegungs- und Stressverhalten sowie der Umgang mit Suchtmitteln wie Alkohol. Die **nationalen Gesundheitsziele**, die von einem Kooperationsverbund zentraler Akteure des Gesundheitswesens nach dem Grundsatz „*Health in All Policies*“ verfolgt werden (► www.gesundheitsziele.de), fokussieren diese Lebensstile. So sollte der allgemeine Grundsatz „*Gesund aufwachsen und gesund älter werden*“ in der Lebensdomäne Arbeitswelt aufgegriffen und weitergeführt werden, insbesondere vor dem Hintergrund der Entgrenzung der Lebensbereiche. Dieser Wandel wird im ► Abschn. 1.3.2 thematisiert.

🔍 Wenn BGM an Lebensstilen ansetzt, wird automatisch die Grenze zwischen Arbeits- und Lebenswelt überschritten. BGM in der Moderne kann sich nicht nur auf die klassischen „Berufskrankheiten“ konzentrieren, weil die moderne Arbeitswelt per se zu Entgrenzungen führt und weil lebensstilbedingte Erkrankungen für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit entscheidend sind.

Zunahme psychischer Störungen

- o Rund ein Sechstel bei Arbeitsunfähigkeit
- o Etwa 40 % Ursache für Frühverrentungen
- o Ca. 5% Burnout-Quote (große Grauzone)
- o Etwa jeder 15. Erwerbstätige erhält mind. einmal ein Rezept für ein Antidepressivum
- o Psychische Störung bei jedem Vierten ♂ und jeder Dritten ♀ bekannt

Multimorbidität und Chroniker

- o Demenzielle und neurovegetative Erkrankungen auf dem Vormarsch
- o Bewegungsapparat und Rücken als Hotspot (Arthrose, Rheuma, Osteoporose)
- o Zunahme von Krebserkrankungen
- o Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vormarsch
- o Chronifizierung als Herausforderung

PSYCHISCHE GESUNDHEIT**ALTERNSBEDINGTE LEIDEN****ZIVILISATIONSKRANKHEITEN****UNGÜNSTIGE LEBENSSTILE**

- o Metabolisches Syndrom = Übergewicht, Bluthochdruck, Störung des Zucker- und Fettstoffwechsels als „tödliches Quartett“
- o 7-8 % manifester Diabetes, große Grauzone bei nicht erkannten Vorstufen (Prädiabetes)
- o Zunahme an Allergien und Multiresistenzen
- o Adipositas und Übergewicht weit verbreitet, z. B. Übergewicht bei fast zwei Drittel ♂ (davon ca. 30-40 % Adipositas) und etwa ein Drittel ♀ (davon ca. 20-30 % Adipositas)

- o Knapp die Hälfte glaubt, gesund zu leben, aber nur etwa 10 % leben tatsächlich gesund
- o Etwa ein Drittel leidet unter Schlafstörungen
- o Hohe Stressbelastung bei fast jedem Zweiten
- o Sitzdauer bei Bildschirmarbeit bis zu 8-10 Stunden täglich, einschließlich Pendeln
- o Hochverarbeitete Lebensmittel mit wenig Ballaststoffen und vielen Zusatzstoffen
- o Laut WHO erreicht nur ein Viertel ein ausreichendes Aktivitätsniveau

Stoffwechsel, Infektionen & Co.**Bewegungsarmut und Fast Food**

▣ **Abb. 1.2** Eckdaten zum Gesundheitszustand

1.3.2 Wandel der Arbeitswelt

» „Der Dialogprozess hat einerseits gezeigt, dass es mit dem digitalen und technologischen Wandel der Arbeitswelt in Zukunft besser gelingen könnte, nicht nur gesunde und sichere Tätigkeiten zu gestalten, sondern insbesondere auch Gute Arbeit zu schaffen. Gute Arbeit, die dem Ideal einer humanen Tätigkeit nahekommt, für mehr Menschen als bisher. ... Andererseits wurde im Dialogprozess auch deutlich, dass sich mit der zunehmenden Digitalisierung die Anforderungen an die Beschäftigten gravierend verändern. Denn die Anzahl der Tätigkeiten, bei denen kognitive, informatorische sowie emotionale Faktoren dominieren, steigt stetig. In vielen Berufen findet somit eine Verschiebung von vormals physischen zu überwiegend psychischen Anforderungen statt. Hinzu kommen tätigkeitsübergreifende Entwicklungen wie Entgrenzung, Verdichtung, Flexibilisierung und mobiles Arbeiten.“ (BMAS, 2017, S. 135)

Die Janusköpfigkeit der modernen Arbeitswelt offenbart sich im obigen Zitat aus dem Weißbuch Arbeiten 4.0 des BMAS (2017, S. 42 ff.). Die moderne Arbeitswelt birgt Chancen und Risiken für Gesundheit und Sicherheit in Abhängigkeit von Kompetenzen, Führungsqualität und der organisationalen Resilienz des Unternehmens, wie Studien belegen (vgl. Studie Social Health@Work, 2022; Backhaus et al., 2021; Hartwig et al., 2016). Aus Sicht des BGM gilt es, diesen Spannungsfeldern durch einen **Arbeits- und Gesundheitsschutz 4.0** zu begegnen (vgl. Matusiewicz et al., 2021; Prümper & Hornung, 2016). Aber nicht nur die Digitalisierung bestimmt den Wandel der Arbeitswelt mit neuen Belastungsformen wie bspw. der Zunahme der Mental Workload durch Multitasking oder der Entgrenzung zwischen den Lebensdomänen durch flexible Arbeitsmodelle, sondern auch der demografische Wandel sowie eine dezidierte Anspruchshaltung der Beschäftigten an „Gute Arbeit“ wie gesunde Arbeitsbedingungen, Work-Life-Balance oder mehr Selbstbestimmung (► Abschn. 1.3.3). Dieser Anspruch auf eine gesunde Gestaltung drückt sich nicht nur im