

Gesundheit und Arbeit: ein Überblick

Holger Pfaff und Sabrina Zeike

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft,
Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

Einleitung

Das Themenfeld „Gesundheit und Arbeit“ rückt verstärkt in den Fokus der Betrachtung von Gesundheitswissenschaften und betrieblicher Praxis. In den Gesundheitswissenschaften beschäftigt man sich mit Faktoren, die die Gesundheit wesentlich beeinflussen können. Dazu zählen, neben Umwelteinflüssen, Bildung und sozialer Schicht, auch die Arbeitsbedingungen. Diese beeinflussen die Gesundheit in starkem Maße, wie zahlreiche empirische Studien zeigen.

Aus diesem Grund gewinnen in der betrieblichen Praxis die Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung. Für die Praxis besteht Handlungsbedarf aus mindestens drei Gründen: Eine beeinträchtigte Gesundheit der Mitarbeiter/innen führt über Absentismus und/oder Präsentismus nachgewiesenermaßen zu Produktivitäts- und Leistungseinbußen. Zweitens wird es im Kampf um die jungen Talente immer wichtiger, gesunde, attraktive Arbeitsplätze mit hoher Work-Life-Balance anzubieten. Ein dritter Grund ist, dass die psychischen Beeinträchtigungen der Mitarbeiter stetig zunehmen. Seit Mitte der 1990er-Jahre verzeichnen alle Krankenkassen eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen [2]. Psychische Arbeitsbelastungen wie Stress und Burn-out werden daher auch in den Medien breit diskutiert und sind stärker präsent als früher [3]. Die Zunahme der Arbeitsverdichtung hat zudem dazu geführt, dass das Thema psychische Erkrankungen stärker thematisiert wird [4, 5]. Seit Ende 2013 sind durch die Neuerungen des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) Unternehmen in Deutschland dazu verpflichtet, neben den physischen Risiken eines Arbeitsplatzes auch die psychischen Gefährdungen für ihre Mitarbeiter zu beurteilen und festzuhalten [6].

Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

So ist der Anteil dieser Diagnosegruppe an allen Arbeitsunfähigkeitstagen in den letzten Jahren beständig gestiegen (III Kapitel 1). Lag der Anteil 2005 noch bei 8,5%, so beträgt er im aktuellen Berichtsjahr 15,1%, die Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen hat sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt.

Individuelle Gesundheit, kollektive Gesundheit und Gesundheitsförderung

Im betrieblichen Kontext sind zwei Begriffe von Gesundheit relevant, die individuelle Gesundheit und die kollektive Gesundheit. Nach der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation ist individuell gesund, wer keine Krankheit oder kein Gebrechen hat und sich zusätzlich körperlich, geistig und sozial wohlfühlt [7]. Entsprechende Gesundheitsindikatoren sind z.B. Blutdruck oder Werte auf der Wohlbefindensskala der WHO.

Es können drei Ebenen der Gesundheit unterschieden werden:

1. individuelle Gesundheit (Mikroebene)
2. kollektive Gesundheit im Betrieb (Mesoebene) und
3. kollektive Gesundheit der Gesellschaft (Makroebene)

Unter kollektiver Gesundheit hingegen wird – im einfachsten Fall – die Addition der individuellen Gesundheitszustände eines Kollektivs (wie z.B. der Mitarbeiter eines Betriebes) verstanden. Entsprechende Indikatoren sind die Gesundheitsquote bzw. die Arbeitsunfähigkeitsrate. Während der individuelle Gesundheitszustand für den einzelnen Mitarbeiter interessant ist, ist der kollektive Gesundheitszustand von primärem Interesse für den Betrieb.

Die dritte Ebene der Gesundheit – die kollektive Gesundheit auf der Gesellschaftsebene (Gemeinde, Landkreis, Bundesland, Staat) – ist für die Gesellschaft als Ganzes interessant und relevant.

Der Gesundheitszustand eines Individuums beeinflusst auf der Mikroebene nicht nur die Lebensqualität des Einzelnen, sondern wirkt sich über die individuelle Produktivität und die Ausfallzeiten auch auf die Mesoebene des Betriebs aus (vgl. ►►► Abbildung 1).

Auf Betriebsebene sind die individuelle Mitarbeitergesundheit und die sich daraus durch Aggregation (z.B. Aufsummierung) ergebende kollektive Gesundheit des Betriebes wichtige Determinanten der Produktivität und der Attraktivität eines Unternehmens.

Auf der Makroebene der Gesellschaft kann die kollektive Gesundheit als eine Determinante von Lebensstandard und Wohlfahrt einer Gesellschaft angesehen werden. Ein hoher kollektiver Gesundheitszustand wirkt sich über höhere (Arbeits-)Produktivität, geringere Arbeitsausfallzeiten und Verhinderung von Frühberentung volkswirtschaftlich positiv auf Einkommen und Wohlfahrt einer Gesellschaft aus. Aus diesen Gründen stellt z.B. Gesundheit in ärmeren Ländern eine zentrale Determinante der wirtschaftlichen Entwicklung dar [8]. Gesundheit ist somit nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftliches Potenzial, das es durch Gesundheitsförderung weiter zu stärken und auszubauen gilt.

Die Gesundheitsförderung wird in der Ottawa-Charta als ein Prozess definiert, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll [9]. Gesundheitsförderung ist aus dieser Sicht weitgehend gleichzusetzen mit der Förderung der Gesundheitskompetenz [10]. Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist jedoch mehr. Sie umfasst alle Maßnahmen des Betriebes zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz [11]. Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen können den einzelnen Mitarbeiter (z.B. Gesundheitsverhalten), seine Arbeitssituation (z.B. Arbeits- und Gesundheitsschutz), das gesamte Unternehmen (z.B. Unternehmenskultur) und das beeinflussbare Unternehmens-

umfeld in den Blickpunkt nehmen [12]. Die Präventions- und Gesundheitsmaßnahmen lassen sich in verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen unterteilen [13].

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) umfasst die Planung, Durchführung und Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und dient damit der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Setting ist dabei der Betrieb als Initiator für die Entwicklung und Realisierung individueller, struktureller und prozessbezogener Gesundheitsmaßnahmen [14].

Einflüsse von Arbeit auf Gesundheit

In der Wissenschaft ist der Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit schon seit längerem Gegenstand der Forschung. Die grundsätzliche Frage ist, ob Arbeit gesund oder krank macht. Die Studienlage zeigt, dass Arbeit in erster Linie gesund macht. Darauf deuten beispielsweise Ergebnisse von Studien zum Effekt von Arbeitsplatzverlust hin [15, 16]. Arbeit macht nach dem Belastung-Beanspruchungsmodell allerdings dann eher krank, wenn bestimmte Arbeitsbedingungen einen belastenden oder ressourcengefährdenden Charakter annehmen und dieser Zustand vom betroffenen Individuum auch als belastend wahrgenommen und bewertet wird.

►►► Arbeit wirkt in erster Linie gesundheitsförderlich. Bestimmte Arbeitsbedingungen können jedoch einen gesundheitsgefährdenden Charakter annehmen.

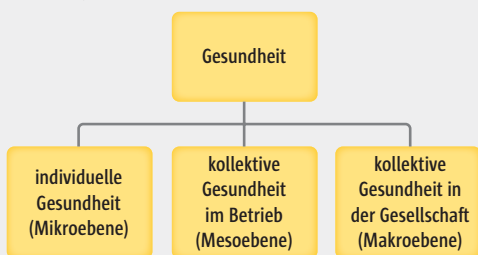
Es konnte in zahlreichen Studien ein negativer Einfluss bestimmter Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit nachgewiesen werden. Wissenschaftlich nachgewiesene gesundheitsgefährdende Risikobereiche sind vor allem zwei Arten von Faktoren:

- Stressoren (Belastungen) und
- Mangel an Ressourcen.

Zu den Stressoren, die die Gesundheit gefährden, zählen vor allen Dingen: hohe Arbeitsintensität, Arbeitsplatzunsicherheit, Überstunden und Schichtarbeit. Zu den Ressourcen, die im Mangelzustand gefährdend sind, zählen unter anderem: Handlungsspielraum (Autonomie), soziale Unterstützung und materielle wie immaterielle Belohnung [12].

Besondere Bedeutung für die Gesundheit haben verschiedene Kombinationen aus Belastungen und Ressourcenmangel. Die drei wichtigsten sind: die

Abbildung 1 Die drei Dimensionen der Gesundheit



Kombination von geringem Handlungsspielraum und hoher Arbeitsintensität, ein Ungleichgewicht zwischen hoher Arbeitsintensität und geringer Belohnung sowie die Kombination aus hoher Anforderung und geringer sozialer Unterstützung [17–19].

Die gesundheitlichen Folgen von hohen Arbeitsbelastungen und Mangel an Ressourcen reichen von psychischen Beeinträchtigungen bis hin zu körperlichen Erkrankungen. Es konnte überzeugende Evidenz dafür gefunden werden, dass unter anderem muskuloskelettale Beschwerden, Depression, Angst und kardiovaskuläre Erkrankungen durch psychische Arbeitsbelastungen mitverursacht werden [20].

Evidenzbasiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement

Drei Strategien haben sich zur Verminderung der negativen Folgen ungünstiger Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit des Menschen bewährt:

- der gesetzliche Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- die Durchführung von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und
- die Steuerung dieser Aktivitäten durch ein professionelles Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität dieser drei Strategien rückt dabei immer mehr in den Vordergrund der Bemühungen betrieblicher Akteure. Dies liegt vor allem daran, dass Unternehmen ihre finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen bestmöglich einsetzen wollen. Der Bedarf an guten, d.h. effizienten und nachweislich wirkungsvollen Maßnahmen (evidenzbasierte Maßnahmen) ist deshalb groß. Dazu müssen in Zukunft allerdings mehr experimentelle Maßnahmenstudien und systematische Übersichtsarbeiten über diese Maßnahmenstudien durchgeführt werden. Auf diese Weise kann man dem Ziel, ein evidenzbasiertes Gesundheitsmanagement aufzubauen, einen wesentlichen Schritt näherkommen.

Das evidenzbasierte Betriebliche Gesundheitsmanagement (EbBGM) beschäftigt sich in erster Linie mit der Frage, welche Maßnahmen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit wirksam sind und welche nicht. In zweiter Linie geht es auch um die Frage, ob im Rahmen des BGM wirksame Managementmethoden eingesetzt werden. Das EbBGM hat zwei Ziele: Es sollen erstens nur nachweislich wirksame Maßnahmen im Rahmen des BGM zum Einsatz kommen. Zweitens sollen unnötige, unwirksame und/oder gar

schädliche Maßnahmen aus dem Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung genommen werden. Daher kann das evidenzbasierte Vorgehen eine wichtige Entscheidungshilfe für die Praxis sein, denn oftmals werden Betriebe mit Angeboten externer Gesundheitsdienstleister regelrecht „überschüttet“. Bei der Auswahl der „richtigen“, sprich der wirksamen und effizienten Maßnahme zur Gesundheitsförderung hilft dann das EbBGM [21]. Das EbBGM gliedert sich in drei Teilbereiche: evidenzbasierte Verhaltensprävention, evidenzbasierte Verhältnisprävention und evidenzbasiertes Gesundheitsmanagement. Im Bereich der evidenzbasierten Verhaltensprävention gibt es bereits viel Evidenz [22]. Diese fehlt in den übrigen zwei Bereichen weitgehend. Um diesen Mangel auszugleichen, benötigt man mehr experimentelle Forschungsarbeiten zur Wirkung der Verhältnismaßnahmen im Betrieb. Solche Studien werden eher in den anglo-amerikanischen und skandinavischen Ländern durchgeführt als in Deutschland. Deutschland ist in dieser Hinsicht noch ein Entwicklungsland. Es fehlt in Deutschland und in den deutschen Betrieben insbesondere an einer Kultur des wissenschaftlichen Praxisexperiments. Viel zu oft scheitern Versuche, die Wirksamkeit einer gesundheitsfördernden Maßnahme zu belegen, an den zu hohen Hürden auf der betrieblichen Ebene, die z.B. mit der Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien verbunden sind. Gelingt es nicht, den Goldstandard der randomisierten kontrollierten Studie im Praxisfeld zu verwirklichen, kann es sich lohnen, quasi-experimentelle Designs anzuwenden wie z.B. kontrollierte Studien mit Propensity Score Matching, Zeitreihenanalysen etc. Diese Designs sind besser als reine Beobachtungsstudien, aber von der internen Validität her gesehen nicht so gut wie randomisierte kontrollierte Studien. Die Anwendung quasi-experimenteller Designs würde für die Arbeitsforschung bereits einen großen Fortschritt bedeuten.

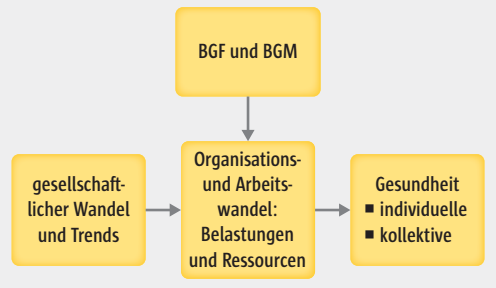
Es gibt schon eine Reihe von Fallstudien zum BGM. In der Literatur sind viele solcher Fallbeispiele im Sinne „Beispiele guter Praxis“ zu finden. Eine Sammlung solcher Beispiele findet sich in Badura et al. (2014), im Corporate Health Jahrbuch und vor allem in den Publikationen der *Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)* [23–25], an der auch der BKK Dachverband maßgeblich beteiligt ist. Bei diesen Fallstudien handelt es sich allerdings – folgt man der Einordnung der Cochrane Collaboration [26] – um die Stufe mit der geringsten Evidenz. Es muss das Ziel im EbBGM sein, den Evidenzgrad der Studien zu erhöhen und es nicht nur bei reinen Fallbeschreibungen zu belassen.

Trends im Bereich Gesundheit und Arbeit

Es gibt eine ganze Reihe von gesundheitsrelevanten Trends im Bereich Arbeit, die Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesundheitsförderung haben können. Der **demografische Wandel** mit den Subtrends der Überalterung der Erwerbspersonen und der Verknappung der Arbeitskräfte führt u. a. zur Arbeitsintensivierung bei den weniger werdenden Arbeitskräften und macht Aktivitäten zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der älteren Arbeitnehmer zu einem Muss. Der **kulturelle Wandel** mit dem Trend zu interkultureller Vielfalt und raschem Wertewandel (z.B. Work-Life-Balance-Trend; Generation Y und Z) stellt die betriebliche Gesundheitsförderung vor große konzeptionelle Herausforderungen. Der **technische Wandel** mit den sich zum Teil überlappenden Subtrends Digitalisierung, Internet der Dinge und digitale Vernetzung der Arbeit (Arbeit 4.0) [27] führt zu einer Komplexitätszunahme in der Arbeitswelt. Zusätzlich führt dies zu einer Spaltung der Arbeitnehmerschaft in einen Teil, der in der standardisierten Welt relativ monoton und mit wenig Handlungsspielraum arbeitet, und einen anderen Teil, der in einer nicht standardisierten Welt in privilegierter Position die Standardisierung der übrigen Arbeitswelt vorantreibt und dabei viel Handlungsspielraum und Belohnungen erlebt [28].

Diese technische Entwicklung wird massiv vorangetrieben durch den **wissenschaftlichen Fortschritt**, der mit einem enormen Wissenszuwachs und einer starken Wissensentwertung (Halbwertszeit des Wissens) einhergeht. Dieser Fortschritt bringt eine hohe Dynamik und eine starke professionelle Spezialisierung zur Bewältigung des Wissenszuwachses mit sich. In der Folge steigt der Aufwand, diese Spezialisten zielgerichtet zu koordinieren (z.B. im Rahmen von Tumorboards in der Onkologie) [29]. Damit einher geht der **berufspolitische Wandel** mit dem Trend zu mehr Spezialisierung und Professionalisierung und der daraus resultierenden Herausforderung der Führung von autonomen Experten in Expertenorganisationen [30]. Der **ökonomische Wandel** mit den Phänomenen Globalisierung der Wirtschaft, weltweite Konkurrenz, steigende Marktdynamik und Wandel als Dauerzustand führt zu einer hohen Flexibilisierung der Arbeitswelt und einem Aufstieg des Organisationstyps der Adhocracy (Ad hoc-Arbeitsgruppen statt feste Abteilungen) [31]. Durch den ökonomischen Wandel nimmt die Arbeitsintensivierung, Unvorhersagbarkeit und Arbeitsplatzunsicherheit zu, und es eröffnen sich auf der anderen Seite zusätzliche Optionen, die für mehr Gesundheit genutzt werden können.

Abbildung 2 Gesellschaftlicher Wandel, Arbeitswandel und Gesundheit: BGF und BGM als Moderatoren



nen. Diese verschiedenen Kräfte des Wandels lösen **organisatorischen Wandel** in der Arbeitswelt aus. Ein wichtiges Phänomen in den modernen Organisationen ist nicht nur der Trend zum Abbau der Bürokratie (z.B. Adhocracy), sondern auch der zur stärkeren Vernetzung und Koordination der Spezialisten innerhalb einer Wertschöpfungskette. Dies erhöht den Abstimmungsaufwand und kann zu Koordinations-, Konsens- und Verständigungsstress führen.

Die Akteure im Bereich der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung versuchen auf diese Entwicklungen mit verschiedenen Neuerungen zu reagieren (vgl. ►►► Abbildung 2). Die wichtigsten Entwicklungen sind der Trend zur Digitalisierung, der Trend zur Verbindung von Gesundheits- und Versorgungsmanagement und der bereits erwähnte Trend zur Evidenzbasierung der verhaltens- und verhältnisbezogenen Prävention. Die Digitalisierung der Gesundheitsförderung mittels E-Health, wearables und Gesundheits-Apps und die Bereitstellung sowie der Austausch von Gesundheitswissen im Netz bieten neue Nutzungsmöglichkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung. Viele Angebote, von der Stressprävention bis zur Ernährungsberatung, können virtuell und interaktiv mit neuen Medien gestaltet werden. Lernformen wie das blended learning werden durch die Digitalisierung erst möglich. Befragungen in Unternehmen haben ergeben, dass die Bereitschaft zur Nutzung solcher Medien groß ist. So gaben in einer Umfrage nur 8% der Unternehmen an, kein Interesse an gesundheitsbezogenen Web 2.0-Anwendungen zu haben. Die Akzeptanz der Belegschaft, diese zu nutzen, fällt ebenfalls sehr positiv aus [32].

►►► Um langfristig die Mitarbeitergesundheit steigern zu können, müssen Gesundheitsmanagement und Versorgungs-

management zu einem ganzheitlichen „Gesundheits- und Versorgungsmanagement“ verknüpft werden.

Ein weiterer neuer Trend ist die Verbindung des Gesundheits- und Versorgungsmanagements im Betrieb. Bei dem Betrieblichen Gesundheits- und Versorgungsmanagement (BGVM) geht es darum, Prävention, Kuration und Rehabilitation zu verbinden. Ziel des BGVM ist es, Krankheiten zu verhüten und kranke Mitarbeiter durch Koordination der externen und internen Hilfen bestmöglich zu versorgen und wieder zu reintegrieren [33].



Das evidenzbasierte BGM erhöht die Effektivität und Effizienz von betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen und stellt deshalb einen wichtigen Zukunftstrend dar.

Ein dritter Trend ist die bereits erwähnte Verbesserung der Evidenzbasis der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Evidenzbasis soll es ermöglichen, das Expertenwissen des Gesundheits- und Arbeitswissenschaftlers mit dem Expertenwissen des Mitarbeiters zu verknüpfen und in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zusammenzuführen [21].

Forschungsbedarf

Der Forschungsbedarf im Bereich von Gesundheit und Arbeit ist erheblich. Dabei ist der Forschungsbedarf im Bereich der Ermittlung der Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeit geringer als der im Bereich des Gesundheitsmanagements. Der Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit ist exzellent und inzwischen durch mehrere Übersichtsarbeiten gut zusammengefasst worden. Allerdings ergeben sich durch die beschriebenen Wandlungen in der Arbeitswelt immer neue Formen der Arbeitsbelastung und des Ressourcenmangels, deren Wirkungen auf die Gesundheit unklar sind und zukünftig stärker erforscht werden müssen. Neue Konzepte zu mobilen Arbeitsplätzen, zur Digitalisierung der Arbeitswelt oder zu flexiblen Arbeitszeiten erzeugen laufend neuen Forschungsbedarf. Zu den neuen, in Bezug auf die Gesundheit noch nicht ausreichend untersuchten Arbeitsbelastungen zählen beispielsweise: ständige Erreichbarkeit außerhalb der regulären Arbeitszeit, neue Formen der Zeitarbeit, prekäre Arbeit, Leiharbeit, Führen über Zielvereinbarungen und Fragen der Definierbarkeit von Belastungsgrenzen [12].

Der Forschungsbedarf im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ist um einiges höher als im Forschungsbereich Gesundheit und Arbeit. Es existieren – mangels entsprechender Experimentkultur – wenig Studien, die die betriebliche Gesundheitsförderung einer experimentellen Wirksamkeitsanalyse unterzogen haben. Außerdem gibt es einen Mangel an Interventionsstudien zur Verbesserung der Belastungs- und Ressourcensituation in der betrieblichen Praxis, die die Wirksamkeit dieser Intervention testen. Es wird die große Aufgabe der Zukunft sein, in der Arbeits- und Gesundheitsforschung die Evidenzbasierung weiter voranzutreiben und letztlich methodisch hochwertige Studien in der deutschen Arbeits- und Gesundheitsforschung als Standard zu etablieren.

Zusammenfassung

Die Ausführungen haben gezeigt, dass Arbeit sowohl krank als auch gesund machen kann. Wir wissen relativ genau, welche Formen der Arbeit besonders gesundheitsgefährdend sind. Zudem wissen wir, welche präventiven Verhaltensmaßnahmen besonders wirksam sind. Weniger Wissen ist darüber vorhanden, wie man die Verhältnisse im Betrieb – wissenschaftlich belegt – gesundheitswirksam verändern kann. Es muss das Ziel sein, das insgesamt vorhandene Wissen zu bündeln und so die Grundlagen für eine rationale betriebliche Gesundheitspolitik zu legen. Diese Grundlagen in Zukunft stärker zielgerichtet zur Verbesserung der individuellen und kollektiven Gesundheit zu nutzen und diesen Nutzen wissenschaftlich zu belegen, stellt eine wesentliche Zukunftsaufgabe für Forschung und Praxis dar.

Literatur

1. BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.). Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit. Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten. Essen, 2004
2. Kramer I, Oster S, Blum M. Der iga-Report 29. Führungskräfte sensibilisieren und Gesundheit fördern – Ergebnisse aus dem Projekt „iga.Radar“
3. Spiegel Online. So gestresst sind deutsche Angestellte. (26.08.2016). <http://www.spiegel.de/karriere/berufslieben/stress-bei-der-arbeit-jeder-zweite-hat-rueckenschmerzen-a-1095569.html> (Zugriff am 07.10.2016)
4. Du Prel J, March S, Schröder H, Peter R. Berufliche Gratifikationskrisen und Arbeitsunfähigkeit in Deutschland. Querschnittsergebnisse aus der liDA (leben in der Arbeit)-Studie. Bundesge-

- sundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2015; 58: 996–1004
5. Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M. Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren. Berlin: Springer; 2012
 6. Hahnzog S. Psychische Gefährdungsbeurteilung: Impulse für den Mittelstand. Springer, 2015
 7. World Health Organization (WHO). Constitution of the world health organization; 1946
 8. Görlinger M, Stöver J, Vöpel H, Hungerland W-F, Koller C, Quitzau J. Gesundheit. <http://www.hwwi.org/fileadmin/hwwi/Publikationen/Partnerpublikationen/Berenberg/Strategie-2030-Gesundheit.pdf> (Zugriff am 26.08.2016)
 9. World Health Organization (WHO) (Hrsg.). The Ottawa Charter for Health Promotion. Erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, 21. November 1986. Ottawa: World Health Organization; 1986
 10. Lenartz N. Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Göttingen: V&R Unipress, 2012
 11. Horváth P, Gamm N, Möller K, Kastner M, Schmidt B, Iserloh B, Liesch G, Otte R, Braun M, Matter M, Pennig S, Vogt J, Köper B. Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009
 12. Rau R. Der iga-Report 31. Risikobereiche für psychische Belastungen. 1. Aufl. Berlin, 2015
 13. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). Kein Stress mit dem Stress. Eine Handlungsalternative für Betriebs- und Personalräte. Dortmund: Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), 2013
 14. Baumanns R. Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement. Stuttgart: ibidem-Verlag, 2009
 15. Gallo WT, Teng HM, Falba TA, Kasl SV, Krumholz HM, Bradley EH. The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: A 10 year follow up using the health and retirement survey. *Occup Environ Med* 2006; 63: 683–687
 16. Kasl SV, Jones BA. The impact of job loss and retirement on health. In: Berkman LF, Kawachi I (Hrsg.). *Social epidemiology*. New York: Oxford Univ. Press 2000: 118–136
 17. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285–308
 18. Siegrist J. Effort-reward imbalance model. In: Fink G (Hrsg.). *Encyclopedia of Stress*. San Diego: Academic Press 2007: 893–896
 19. Pfaff H. Streßbewältigung und soziale Unterstützung. Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens. Weinheim: Dt. Studien-Verl, 1989
 20. Paridon H. Der iga-Report 32. Psychische Belastung in der Arbeitswelt – Eine Literaturanalyse zu Zusammenhängen mit Gesundheit und Leistung. BKK DV, DGUV, AOK-BV, vdek, 2016
 21. Pfaff H, Huber M. Praxis braucht Wissenschaft. Evidenzbasiertes BGM erhöht die Effektivität und Effizienz von Gesundheitsmaßnahmen im Betrieb. *Personalmagazin* 2016; 16
 22. Pieper C. Der IGA-Report 28. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung – eine Darstellung der wissenschaftlichen Evidenz. Essen, 2013
 23. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Top 100 – Impulse aus der Praxis. <http://www.inqa.de/DE/Angebote/Top-100-Impulse-aus-der-Praxis/inhalt.html;jsessionid=09953F444B97D396D8E9A9461F91F774> (Zugriff am 01.09.2016)
 24. Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin: Springer, 2014
 25. EuPD Research Sustainable Management (Hrsg.). *Corporate Health Jahrbuch 2016*. Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland. Bonn, 2016
 26. The Cochrane Collaboration. *Literaturbewertung*. <http://www.cochrane.de/de/literaturbewertung#sys> (Zugriff am 13.09.2016)
 27. Europäische Kommission. Generaldirektion Beschäftigung und Soziales. Europäische Rahmenbedingungen für die soziale Verantwortung der Unternehmen. Grünbuch. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäische Gemeinschaften, 2001
 28. Pfaff H. Optionsstress und Zeitdruck. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Junghanns G, Morschhäuser M (Hrsg.). *Immer schneller, immer mehr: Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden: Springer VS; 2013, S. 113–143
 29. Abenhardt W. Tumorboards: bessere Kooperation erforderlich. *Dtsch Ärztebl* 2012; 109: 1547–1550
 30. Schmitz C, Berchtold P. Managing Professionals – Führung im Krankenhaus. In: Amelung VE, Sydow J, Windeler A (Hrsg.) *Netzwerk im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer, 2009, S. 167–179
 31. Mintzberg H, McHugh A. Strategy formation in an adhocracy. *Adm Sci Q* 1985; 30: 160–197
 32. Brodersen S. BGF im Web 2.0. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_aktuell/Dokumente/iga-aktuell_02_2015_web.pdf (Zugriff am 07.10.2016)
 33. Pfaff H. Betriebliches Gesundheits- und Versorgungs-Management (BGVM): eine Zukunftsaufgabe. In: Trittin C (Hrsg.). *Versorgungsforschung. zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung*. Siegburg: Asgard Verlagsservice, 2015, S. 273–280



Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften an den Universitäten Erlangen-Nürnberg, Konstanz und University of Michigan (Ann Arbor/USA). Habilitation im Fach Soziologie an der TU Berlin (1995). Seit 1997 Professor für „Medizinische Soziologie“ an der Universität zu Köln und seit 2002 Sprecher bzw. Direktor des Zentrums für Versorgungsforschung Köln. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (2002–2010), Sprecher der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW (2004–2009), erster und stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (2006–2014). Seit 2009 Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln und seit 2013 Kollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft. 2011 Visiting Scholar und Executive in Residence an der University of Michigan, Ann Arbor, und Visiting Researcher an der Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio. In 2014 und 2015 Visiting Research Fellow an der University of Aberdeen (European Visiting Research Fellowship der Royal Society of Edinburgh). Im Januar 2016 wurde Prof. Pfaff von Bundesminister Hermann Gröhe zum Vorsitzenden des Expertenbeirats Innovationsfonds berufen. Der Expertenbeirat hat zur Aufgabe, Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen zu erarbeiten, Anträge auf Förderung zu begutachten und Empfehlungen zur Förderentscheidung zu erstellen.



Sabrina Zeike, M.A.

Nach einem gesundheitswissenschaftlichen Bachelor in den Niederlanden folgte das Studium der Rehabilitationswissenschaft an der Universität zu Köln (Master of Arts) mit den Studienschwerpunkten Organisations- und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Von 2013 bis 2015 Tätigkeit bei der 37 Grad Analyse und Beratung GmbH. Wesentliche Aufgaben lagen dort in der Koordinierung und Betreuung von gesundheitswissenschaftlichen Publikationen und Projekten, unter anderem für die Bertelsmann Stiftung und die BARMER GEK. Seit 2015 persönliche wissenschaftliche Assistentin von Prof. Pfaff am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitation (IMVR), Universität zu Köln.