

# Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland

## Ausgangspunkte und Entwicklungen

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst der Luxemburger Deklaration (1997) zufolge „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“. Sie zielt auf ein gesundheitsgerechtes und gesundheitsförderliches Verhalten der Mitarbeiter, auch über die betriebliche Arbeitssituation hinaus, und auf die Herstellung gesundheitsgerechter und gesundheitsförderlicher Arbeitsverhältnisse. Betriebliche Gesundheitsförderung ist grundsätzlich partizipativ ausgerichtet, d. h. die Beschäftigten werden aktiv in die Veränderungsprozesse einbezogen und an ihnen beteiligt. Sie folgt von der datengestützten Bedarfsermittlung, der Maßnahmekonzeption bis hin zur Maßnahmeumsetzung und Erfolgskontrolle dem Handlungszyklus für Business Excellence bzw. Qualitätsentwicklung (nach EFQM) [1]. Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik hat mehrere Wurzeln.

1. Ein Ausgangspunkt lag ab Mitte der 1970er-Jahre in der Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit den Grenzen des gesetzlich normierten Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Das Arbeits- und Gesundheitsschutzsystem hatte seinen Schwerpunkt und seine Erfolge in der Unfall- und Berufskrankheitenverhütung. Es fehlten ihm ein verbindlicher Auftrag und

geeignete Verfahren für die Prävention der zunehmenden Zahl muskuloskeletaler und kardiovaskulärer Erkrankungen, die vordere Plätze bei den Ursachen der Arbeitsunfähigkeit und krankheitsbedingten Frühberentungen einnahmen (Wandel des Krankheitspanoramas). Auch die in der Arbeitswelt an Bedeutung gewinnenden psychomentalen und psychosozialen Belastungen sowie die muskulären Arbeitsanforderungen ohne eine kausalspezifische Gesundheitsgefährdung lagen außerhalb des Handlungsrahmens des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (z. B. [2, 3, 4, 5]).

2. Ein wesentlicher Anstoß zum Ausbau des Arbeits- und Gesundheitsschutzsystems war 1973/74 mit dem Arbeitssicherheitsgesetz erfolgt. Mit ihm fand die neue Kategorie der „arbeitsbedingten Erkrankungen“ Eingang in das Sozialrecht. Die Auslegung des Begriffs schloss die mehr oder minder „arbeitsmitbedingten“ Erkrankungen ein. Damit kamen Erkrankungen in das Blickfeld, deren Verursachung nicht wesentlich auf eine spezifische Arbeitseinwirkung zurückzuführen war, an deren multifaktorieller Genese Arbeitsbedingungen jedoch einen Anteil hatten. An die Stelle des semantisch mehrdeutigen Begriffs der arbeitsbedingten Erkrankungen trat in späteren Gesetzen (z. B. § 20 SGB V; ArbSchG) die Kategorie der „arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren“. Deren Verhütung wurde mit dem Arbeitsschutzgesetz 1996 zur verbindlichen Aufgabe von Unternehmen erklärt. Gleichwohl aber hatte die Katego-

rie der „arbeitsbedingten Erkrankungen“ ab Mitte der 1970er-Jahre ein Forschungsfeld für wissenschaftliche Studien, insbesondere gestützt durch das BMFT-Förderprogramm zur Humanisierung des Arbeitslebens, eröffnet. Methodisch hielten damit Verfahren der Epidemiologie Eingang in die Gesundheitsschutzforschung, wie z. B. das Integrierte Verfahren zur Analyse arbeitsbedingter Erkrankungen [6]. Es wurden Grundlagen für Verfahren und Instrumente erarbeitet, die später zu Standardansätzen in der betrieblichen Gesundheitsförderung reüssierten: betriebliche Arbeitsunfähigkeitsberichte, Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitszirkel (z. B. [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]) – im Einzelnen dargestellt in der verdienstvollen Aufarbeitung von Müller [4].

3. Ausgehend von der Ottawa-Charta der WHO (1986) verbreitete sich ein neues Paradigma für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Unter dem Begriff der Gesundheitsförderung proklamierte die Charta eine Sicht von positiver Gesundheit im Sinne von körperlich-psychisch-geistigem Wohlbefinden, von Teilhabe, Gesundheitsressourcen sowie von Handlungsstrategien der Zielverfolgung [15]:

— An vorderster Stelle der Zielhierarchie standen bzw. stehen die Stärkung der Kompetenz der Bevölkerung zu gesundheitsförderlichem Handeln, zur Problembewältigung und zu sozialem Engagement (Empowerment) sowie die Entwicklung gesundheitsförder-

- licher sozialer und natürlicher Lebens- und Arbeitsumwelten.
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung verbinden dabei unterschiedliche Strategien und Methoden, z. B. Verhaltensprävention und Organisationsentwicklung.
  - Der ganzheitliche Ansatz der Ottawa-Charta impliziert zudem eine sektorenübergreifende Vernetzung der relevanten Akteure und Institutionen.
  - Mit dem Settingansatz wurden zentrale Handlungsfelder der Gesundheitsförderung benannt: Betriebe, Krankenhäuser, Schulen u. a.

Die Ottawa-Charta verband eine konzeptionelle, paradigmatische Innovation mit einem politischen Impact. Es bedurfte jedoch einer Verankerung in staatlichen Regelungssystemen.

4. In der Bundesrepublik nahm die Verankerung der BGF im Sozialrecht einen wechselhaften Verlauf. Im Jahr 1989 eröffnete das Gesundheitsreformgesetz in § 20 Abs. 2 und 3 SGB V (Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung) den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, „bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken“ sowie „Ermessensleistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten vorzusehen“. Im Zuge des Kostendrucks im Gesundheitswesen und unter dem Argument der ungesicherten Qualität bisheriger BGF-Maßnahmen wurde 1996/97 im Beitragsentlastungsgesetz und im 2. GKV-Neuordnungsgesetz den Kassen die Möglichkeit für Gesundheitsförderungsleistungen weitgehend genommen und ihnen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nur noch ein stark begrenztes Handlungsfeld gelassen; erweiterte Möglichkeiten erhielten hingegen im SGB VII die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung [16]. Im Jahr 2000 schuf das GKV-Gesundheitsreformgesetz in § 20 Abs. 2 SGB V (Prävention und Selbsthilfe) für die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen“ sowie den Auftrag, „bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung“

zusammenzuarbeiten. Dies bedeutete im Grunde eine Reinstallierung des früheren § 20 Abs. 2 [17]. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz vom Frühjahr 2007 wurde im SGB V § 20a (Betriebliche Gesundheitsförderung) die bisherige Kann-Bestimmung zur betrieblichen Gesundheitsförderung in eine Pflichtaufgabe umgewandelt: „Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben, um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen.“ Der Geist der Ottawa-Charta ist in diesen Formulierungen unverkennbar.

5. Die eingangs skizzierte wissenschaftliche und sozialpolitische Diskussion um einen präventiv erweiterten betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, die Entwicklung hierfür geeigneter Praxiskonzepte durch Modellprojekte sowie Überlegungen zur Weiterentwicklung der GKV (z. B. [18, 19]) trugen bereits im Laufe der 1980er-Jahre bei einigen Krankenkassen zu einem sich erweiternden Ziel- und Rollenverständnis bei. Waren über lange Zeit die Kassenleistungen im Wesentlichen auf die Vergütung von Krankheitsbehandlungskosten, Versichertenberatung und Krankengeldzahlung begrenzt, übernahmen zunächst der BKK-Bundesverband, gefolgt von einigen Landes-AOKn und IKKn eine wichtige Rolle beim Angebot von Serviceleistungen für die Gesundheitsförderung in Betrieben. Dies ging mit dem Aufbau entsprechend qualifizierter Mitarbeiterstäbe einher. Auch nach der Streichung des § 20 Abs. 2 SGB V im Jahr 1996 blieben einige Kassenverbände weiterhin im Segment der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv. Ausgelöst durch die im Jahr 2000 erneut geschaffene gesetzliche Handlungsgrundlage, ist seither eine erhebliche Steigerung des Engagements der gesetzlichen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verzeichnen, wie die jährlich vorgelegten Dokumentationen belegen [20]. Die Forderung des Gesetzgebers an die

Spitzenverbände der Krankenkassen, zur Gewährleistung der Qualität und Effektivität der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung prioritäre Handlungsfelder sowie Kriterien des Bedarfs, der Wirksamkeit, der Zielgruppen, der Maßnahmeziele, -inhalte, -methodik und der Anbieterqualifikation festzulegen, wurde im Jahr 2000 umgesetzt. Der Leitfaden der Spitzenverbände benennt 4 prioritäre Handlungsfelder mit folgenden Spezifizierungen (Präventionsprinzipien) [21]:

- Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates,
- gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung,
- Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz,
- gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung,
- Prävention gegen Suchtmittelkonsum: rauchfrei im Betrieb; „Punktnüchternheit“ (Nullpromille) bei der Arbeit.

Dies trägt zum einen dem starken Anteil von muskuloskelettalen, kardiovaskulären und zunehmend auch psychischen Erkrankungen an den Ursachen von Arbeitsunfähigkeit, Reha-Leistungen und vorzeitiger Berentung Rechnung, zum anderen den sozialegpidemiologisch herausragenden Gesundheitsrisiken durch Fehlernährung, Rauchen und Alkoholkonsum in der Erwerbs- und Allgemeinbevölkerung sowie ferner der besonderen Bedeutung des Führungsverhaltens in Betrieben für die psychische Gesundheit und Mitarbeitermotivation (■ **Tabelle 1**).

6. Die ursprüngliche Skepsis der Unternehmen gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung begann sich allmählich zu wandeln aufgrund des Bekanntwerdens gelungener Praxisbeispiele, der Serviceangebote gesetzlicher Krankenkassen und der zunehmenden Bewusstwerdung der Zusammenhänge zwischen Krankheit, arbeitsbedingten Fehlbelastungen der Mitarbeiter, Führungsverhalten, Kommunikationskultur, Betriebsklima, Mitarbeitermotivation und betrieblicher Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit [25]. Die Großbetriebe vorweg erkannten

Tabelle 1

**Anteil ausgewählter Krankheitsgruppen an der Arbeitsunfähigkeit (AU) [22], der medizinischen Rehabilitation und der vorzeitigen Berentung [23, 24] im Jahr 2005**

	AU-Fälle (in %)	AU-Tage (in %)	Langzeit-AU (in %)	Med. Reha (in %)	Vorzeitige Berentung (in %)
Muskel/Skelett	17,7 <sup>a</sup>	24,0 <sup>b</sup>	20 <sup>c</sup>	34,6 <sup>d</sup>	18,1 <sup>e</sup>
Herz/Kreislauf	4,5	7,1	9	9,2	11,0
Psyche	4,1	7,7	9	18,2	32,3
Ernährung/ Stoffwechsel	–	–	7	3,7	2,1

<sup>a</sup> Anteil (in %) an allen AU-Fällen; <sup>b</sup> an allen AU-Tagen; <sup>c</sup> an allen Langzeit-AU-Fällen (>6 Wochen); <sup>d</sup> an allen stationären medizinischen Reha-Leistungen der Rentenversicherung; <sup>e</sup> an allen vorzeitigen Berentungen.

in der Gesundheitsförderung mehr als eine betriebliche Sozialleistung, d. h., sie nahmen sie als einen entscheidenden Produktivitätsfaktor für den Unternehmenserfolg wahr. Gesunde Mitarbeiter und Mitarbeitermotivation avancierten in größeren Unternehmen zu Zielgrößen des Managements, die Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung für die „Ressource Mensch“ erfordern – insbesondere bei Produktionskonzepten wie Lean Production, Toyota-System sowie unter dem Globalisierungsdruck. Belastungen, die vermeidbar wären, stellen sich, hart betriebswirtschaftlich argumentiert, so als Verschwendung von Humanvermögen und der Leistungs- und Loyalitätsbereitschaft der Mitarbeiter dar, betriebliche Gesundheitsförderung als eine Strategie der mehrdimensionalen Optimierung, als ein Win-win-Prozess für Mitarbeiter und Unternehmen. Ein häufiges primäres Interesse von Unternehmen an BGF verbindet sich mit dem Ziel der Krankenstandsverringerung.

Frühere Ängste und Vorbehalte in Unternehmen vor unerfüllbaren Mitarbeiterwünschen, möglichen Enttäuschungen und u. U. konflikthafter Eskalationen im Gesundheitsförderungsprozess haben sich aufgrund der zahlreichen vorliegenden Beispiele gelungener Gesundheitsförderungspraxis erheblich reduziert. Die Steuerbarkeit und Berechenbarkeit auch komplexer Gesundheitsförderungsinterventionen ist belegt. Einschränkend ist jedoch die hier skizzierte Entwicklung als ein Trend zu verstehen, der in den Unterneh-

men sehr unterschiedlich weit fortgeschritten ist und in unterschiedlichem Grade authentisch und nachhaltig praktiziert wird; auch sind die meisten Betriebe bisher noch nicht BGF-aktiv.

**Grundlagen und Verfahren betrieblicher Gesundheitsförderung**

Grundlegende Ansätze und Verfahren der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden in Modellprojekten in größeren Unternehmen entwickelt. Hierzu zählen: Arbeitskreis Gesundheit, Partizipation der Mitarbeiter, Gesundheitsbericht, Gesundheitszirkel.

**Arbeitskreis Gesundheit und Gesundheitsmanagement**

Aufbau und Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung erfordern eine entsprechende organisatorische Zuständigkeit im Unternehmen. Von einer gewissen Betriebsgröße an bildet ein „Arbeitskreis Gesundheit“, öfter auch als „Steuerkreis“ bezeichnet, eine bewährte organisatorische Plattform für betriebliche Gesundheitsförderung. Ein Arbeitskreis Gesundheit führt unter dem Ziel „Gesundheitsförderung“ Vertreter der dafür relevanten betrieblichen Gruppen und Positionen des Betriebs mit ihren Kompetenzen, Erfahrung und Interessen zusammen. Der Teilnehmerkreis besteht zumindest aus einem Repräsentanten der Geschäftsleitung und/oder der Personal-

leitung, des Betriebs-/Personalrats, dem Betriebsarzt, einer Fachkraft für Arbeitssicherheit und einem externen BGF-Experten (meist aus einer betriebsnahen Krankenkasse), ggf. auch der Schwerbehindertenvertretung, dem Suchtbeauftragten u. a. Die Hinzuziehung weiterer betriebsinterner und -externer Personen, z. B. aus einer Berufsgenossenschaft, ist möglich.

Der Arbeitskreis nimmt Aufgaben der Vorbereitung und Steuerung des Gesundheitsförderungsprozesses wahr. Hierzu zählen die datengestützte Identifizierung von Belastungs-/Gesundheitsproblemen und Maßnahmebedarf, die konsensuale Auswahl von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und die Bewertung der Maßnahmeergebnisse. Zur Erreichung von Längerfristigkeit und Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderungsaktivitäten bedarf es ihrer Verankerung im Unternehmenskonzept (z. B. im Leitbild) und im Management, am günstigsten in einem Gesundheitsmanagementsystem. Betriebliches Gesundheitsmanagement soll die Zuständigkeiten für Arbeits- und Gesundheitsschutz, Eingliederungsmanagement (nach SGB IX) und betriebliche Gesundheitsförderung bündeln und diese Aufgaben und Prozesse im Kontext der Unternehmensabläufe, Produktionsziele und anderen Managementprozessen gestalten und koordinieren [26, 27]. Eine unzureichende Einbindung von betrieblicher Gesundheitsförderung in die Managementstrukturen hat sich in mehreren Projekten als Achillesferse erwiesen, da die Unterstützung und Verbindlichkeit für Umsetzungsmaßnahmen fehlte und die z. T. mit viel Emphase begonnenen Gesundheitsförderungsaktivitäten abbrachen oder einschlugen.

**Partizipation der Mitarbeiter**

Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine Form der Organisationsentwicklung. Die aktive Einbeziehung der Mitarbeiter bildet eine Maxime (Betroffene zu Beteiligten machen). Die Partizipation der Mitarbeiter am betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess kann z. B. über Mitarbeiterbefragungen, Teilnahme an Gesundheitszirkeln oder über eine themenbezogene Mitwirkung im Arbeits-

kreis Gesundheit erfolgen. Damit wird das Erfahrungswissen der Beschäftigten über Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen, über betrieblich-organisatorische Schwachpunkte, über gesundheitliche Verbesserungsmöglichkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung nutzbar gemacht und zugleich die Motivation der Mitarbeiter für Gesundheitsförderung und Veränderungsprozesse erschlossen. Oft legen die Belastungs-, Beanspruchungs- und Beschwerdenschilderungen der Beschäftigten erhebliche Defizite der Arbeitsplatz- und Arbeitsmittelgestaltung, der Arbeitsorganisation, des Führungsstils, der Kommunikationskultur etc. offen – alles Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und für die Organisationsentwicklung des Unternehmens. Entsprechende Verbesserungsmaßnahmen erbringen daher nicht nur positive gesundheitliche Effekte für Mitarbeiter und indirekt für den Betrieb, sondern haben häufig auch Verbesserungen der Arbeitsorganisation, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsqualität mit greifbaren, direkten Kostenvorteilen für den Betrieb zur Folge. Erfolgreiche Gesundheitsförderung setzt aber auch die Bereitschaft des Managements voraus, konsensual erarbeitete Verbesserungsanregungen im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten umzusetzen.

### Betriebliche Gesundheitsberichte

Gesundheitsberichte informieren über gesundheitliche Aspekte der Belegschaft, den Krankenstand und gesundheitlich bedeutsame betriebliche Faktoren. Der Bericht kann enthalten:

- Den Arbeitsunfähigkeits-(AU)-Bericht einer Krankenkasse: Er informiert anhand anonymisierter Krankenkassendaten über die Häufigkeit und über Schwerpunkte von Krankheiten (ICD-Hauptgruppen) im Betrieb, in Betriebsabteilungen und betrieblichen Berufsgruppen [28]. In den vergangenen Jahren wurden erste kassenartenübergreifende AU-Berichte sowie sozialversicherungsträgerübergreifende Berichte erstellt (z. B. [29, 30]). Sie beziehen sich auf die gesamte Belegschaft und nicht ausschnitthaft auf den Versicherten-

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008 · 51:296–304  
DOI 10.1007/s00103-008-0460-6  
© Springer Medizin Verlag 2008

W. Slesina

### Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland

#### Zusammenfassung

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst der Luxemburger Deklaration zufolge „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“. Sie zielt auf ein gesundheitsgerechtes und gesundheitsförderliches Verhalten der Mitarbeiter, auch über die betriebliche Arbeitssituation hinaus, und auf die Herstellung gesundheitsgerechter und gesundheitsförderlicher Arbeitsverhältnisse. BGF ist durch die aktive Einbeziehung und

Beteiligung der Beschäftigten an den Veränderungsprozessen grundsätzlich partizipativ ausgerichtet. Sie folgt dem Handlungszyklus für Business Excellence. Der vorliegende Beitrag informiert über Entwicklung, Methoden, Projekte, Evaluation und Qualitätssicherung der BGF.

#### Schlüsselwörter

Verhältnisprävention · Verhaltensprävention · Gesundheitszirkel · Evaluation · Krankenkassen

### Workplace health promotion in the Federal Republic of Germany

#### Abstract

The Luxembourg Declaration defines workplace health promotion (WHP) as the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work. WHP aims at encouraging personal development and healthy lifestyle, improving work organisation and the working environment by a wide range of measures, and at promoting active participation of employees in WHP processes.

The procedure of WHP is oriented on the Cycle of Business Excellence. This article presents the development, methods, projects, evaluation and quality control of WHP.

#### Keywords

workplace modification · behaviour modification · health circles · evaluation · sickness insurance funds

Tabelle 2

Mitarbeiterbefragung in einem Call-Center: häufigste Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden [32]			
Arbeitsbelastungen	Oft/sehr oft n=88 (%)	Gesundheitliche Beschwerden	Oft/sehr oft n=88 (%)
Das Fehlen von Informationen	70,1	Schulterschmerzen	47,5
Die fehlende Anerkennung	56,7	Nackenschmerzen	46,3
Die Qualität der Stühle	44,9	Kreuzschmerzen	44,9
Das Fehlen von Einweisungen	41,3	Kopfschmerzen	41,6
Der Geräuschpegel/Nebengeräusche	41,0	Gereiztheit, Genervtsein	35,9
Das Raumklima	38,2	Müdigkeit oder Zerschlagenheit	35,4
Die Zugluft	35,1	Augenbeschwerden	27,8
Der Zeit-, Leistungsdruck	34,2	Magen- oder Bauchschmerzen	16,9
Das Sitzen	33,3		
Die Qualität der Bildschirme	27,6		

kreis einer bestimmten Krankenkasse.

- Die Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung: Sie informieren anhand des Belastungs- und Beanspruchungserlebens der Beschäftigten über Schwerpunkte von Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen, über die Häufigkeit gesundheitlicher Beschwerden und Ressourcenprobleme in den betrieblichen Abteilungen oder betrieblichen Berufsgruppen (Beispiel in **■ Tabelle 2**). Standardinstrumente für Mitarbeiterbefragungen liegen vor, über eine sinnvolle Auswahl beraten z. B. die Krankenkassen [31]. Informationen über gesundheitliche Aspekte der Belegschaft werden in Großbetrieben zunehmend auch in routinemäßigen Mitarbeiterbefragungen zur Unternehmens- und Führungskultur erhoben, die u. a. der Analyse und Steigerung der Leistungsfähigkeit und Produktivität dienen.
- Informationen aus betriebsärztlichen Dokumentationen, aus Belegschafts-Screenings o. a.

Die Daten bilden eine Grundlage für die Konzipierung konkreter Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Arbeitskreis Gesundheit.

### Betriebliche Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind Projektgruppen zur Unterstützung des Gesundheits-

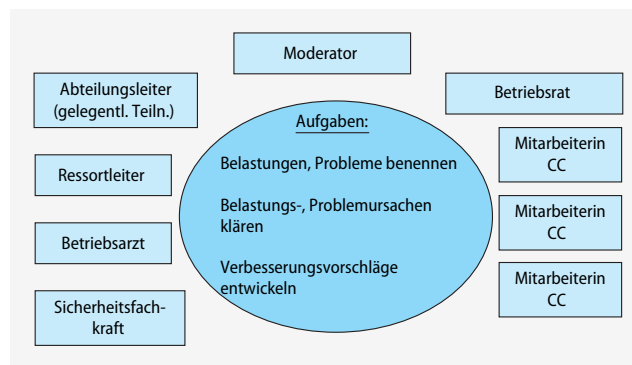


Abb. 1 ◀ **Gesundheitszirkel in einem Call-Center, Großunternehmen der Kommunikationsbranche**

schutzes und der Gesundheitsförderung in Betrieben. Bisher noch nicht erkannte oder bearbeitete Arbeitsbelastungen sowie defizitäre oder ungenutzte Gesundheitsressourcen sollen identifiziert und Lösungsansätze bzw. -vorschläge im Zirkel entwickelt werden. Unter der Bezeichnung „Gesundheitszirkel“ finden sich unterschiedliche Struktur- und Prozesskonzepte. In den beiden am häufigsten praktizierten Formen weisen Gesundheitszirkel folgende Merkmale auf [13, 14, 28, 33] (Beispiel in **■ Abb. 1**).

- Partizipation von Beschäftigten: Das Erfahrungswissen der Beschäftigten über ihre Arbeitsbelastungen, -beanspruchungen und über mangelnde Ressourcen bildet die wesentliche Grundlage der Erörterungen im Gesundheitszirkel.
- Heterogene oder zunächst homogene Zusammensetzung: Eine heterogene Zusammensetzung des Teilnehmerkreises beruht auf der Maxime, im Gesundheitszirkel die für den Ge-

sundheitsschutz und die Gesundheitsförderung maßgeblichen betrieblichen Positionen zu repräsentieren. Zum Teilnehmerkreis zählen in der Regel: 5 oder mehr Beschäftigte eines bestimmten Arbeitsbereichs, der unmittelbare Vorgesetzte, ein Betriebsrats-/Personalratsmitglied, Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, ggf. auch Mitarbeiter aus einem vor-/nachgelagerten Produktionsbereich oder einer Fachabteilung [34]. Bei homogener Zusammensetzung sind im Gesundheitszirkel nur Beschäftigte repräsentiert, was eher selten praktiziert wird. Ein häufiges Vorgehen besteht darin, die Zirkelarbeit mit einigen Treffen im homogenen Kreis (nur Beschäftigte) zu beginnen und nach der Phase der Problemsammlung die weiteren Zirkeltreffen mit Vorgesetzten- und Expertenbeteiligung durchzuführen (z. B. Konzept der AOK Niedersachsen [33]).



- In gemeinsamer Erörterung werden im Gesundheitszirkel, ausgehend von den Belastungserfahrungen der Beschäftigten, die belastenden Arbeitsaspekte in ihren Ursachen detailliert geklärt und konkrete Verbesserungsmöglichkeiten entwickelt.
- Gesundheitszirkel zählen zu den Formen moderierter Gruppenarbeit. Kommunikationsregeln dienen der themen- und sachoffenen, sanktionsfreien Problemerkörnung.
- Adressat der Verbesserungsvorschläge des Gesundheitszirkels ist zunächst der Arbeitskreis Gesundheit und ggf. das weitere Management, bei dem die Zuständigkeit der Vorschlagsumsetzung liegt.

## Aktivitäten, Beispiele

Die Dokumentation der GKV weist für das Jahr 2005 insgesamt 2531 gemeldete Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung aus, was einer ungefähr gleichen Zahl einbezogener Betriebe entspricht. Daraus gehen folgende Schwerpunkte der Gesundheitsförderungsmaßnahmen seitens der gesetzlichen Krankenkassen hervor [20]:

- 59 % der Projekte wurden in Betrieben mit mindestens 100 Mitarbeitern durchgeführt; diese Betriebsgröße erreichen jedoch nur 1,9 % aller Betriebe in der Bundesrepublik. Weitere 31 % der Projekte bezogen sich auf Betriebe mit weniger als 50 Mitarbeitern, die in der Grundgesamtheit aber mit 96 % vertreten sind.
- Überproportional hoch war auch der Anteil von Betrieben aus der Ernährungsbranche und Metallerzeugung/-bearbeitung, während Betriebe aus der Dienstleistungsbranche unterrepräsentiert waren. Die Zahl der Projekte in Betrieben des Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesens und des Baugewerbes entsprach ungefähr dem Anteil der Betriebe an der Grundgesamtheit.
- Als Datenbasis für die Identifizierung von Maßnahmebedarf und für die Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen dienten am häufigsten AU-Berichte, Betriebs-/Arbeitsplatz-

begehungen und Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragungen.

- In der überwiegenden Zahl der Projekte wurden Steuerungsgremien (Arbeitskreis Gesundheit u. Ä.) gebildet. Gesundheitszirkel kamen in 26 % der Projekte zum Einsatz.
- In den Projekten waren die meisten Änderungsmaßnahmen auf die Reduktion körperlicher Belastungen gerichtet (77 %), gefolgt von Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung (35 %), zu Stressmanagement (33 %), gesundheitsgerechter Gemeinschaftsverpflegung/Ernährung (30 %), zum Genuss-/Suchtmittelkonsum (23 %).
- In den meisten Projekten kamen sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Maßnahmen zum Einsatz (53 %), seltener waren Projekte mit ausschließlich verhaltensbezogenen (32 %) oder nur verhältnisbezogenen Aktivitäten (15 %).
- Inhaltlich bezog sich die überwiegende Zahl der Änderungsmaßnahmen auf die Verbesserung von physikalischen Umgebungsbedingungen/Arbeitsmitteln/Technik (67 %), auf die Verbesserung persönlicher Schutzausrüstung/anderer Arbeitsschutzmaßnahmen (55 %), auf Veränderungen der Arbeits-/Betriebsorganisation (Arbeitszeit-, Urlaubs-, Pausenregelung, Teambildung, Jobrotation u. a.) (50 %), auf Verbesserung der Informations-, Kommunikationsstrukturen (38 %), die Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen bei der Arbeit (30 %).
- Maßnahmen der Erfolgskontrolle wurden aus 59,5 % der Projekte gemeldet. Die Evaluation basierte insbesondere auf der Befragung von Beschäftigten und Arbeitgebern sowie auf den Daten zur Krankenstandsentwicklung.

## Klein- und Mittelunternehmen

Klein- und Mittelunternehmen (KMU) bilden seit einigen Jahren, auch vor dem Hintergrund der Gemeinschaftsinitiative des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen, verstärkt eine Ziel-

gruppe betrieblicher Gesundheitsförderung. Schon der Umstand, dass in Betrieben der Größenordnung bis 250 Mitarbeiter ca. 68,7 % der sozialversicherungspflichtig Erwerbstätigen in der Bundesrepublik beschäftigt sind (Statistisches Bundesamt, Unternehmensregister), verleiht diesen Arbeitsorganisationen eine besondere Wertigkeit. Aufgrund ihrer im Vergleich zu Großbetrieben knapperen finanziellen und zeitlichen Ressourcen, einer geringen betriebsinternen Arbeitsteiligkeit und fehlender interner Spezialisten für Gesundheitsschutz, -förderung und Organisationsentwicklung sind sie bei der Gestaltung und Durchführung der Gesundheitsförderung in besonderer Weise auf externe Unterstützung angewiesen. Krankenkassen, Handwerksinnungen, Kreishandwerkerschaften u. a. bilden mit ihren fachlichen und organisatorischen Potenzialen unentbehrliche Kooperationspartner [35]. Auf Klein- und Mittelbetriebe sind die Standardinstrumente betrieblicher Gesundheitsförderung nur partiell und in modifizierter Form anwendbar. Die hierfür entwickelten Ansätze orientieren sich insbesondere an den folgenden Aspekten (z. B. [36, 37]):

- ressourcenschonendes Vorgehen sowohl für die Betriebe als auch die kooperierenden externen Institutionen, um Überforderungen zu vermeiden,
- Gewährleistung des Persönlichkeitsschutzes, z. B. Erstellung eines AU-Innungsberichts statt eines einzelbetrieblichen AU-Berichtes durch eine Krankenkasse,
- Einsatz eines pragmatisch reduzierten Diagnoseinstrumentariums, z. B. Kompaktfragebogen für die Mitarbeiterbefragung, eine stark begrenzte Anzahl von Zirkeltreffen, ferner Integration gesundheitlicher Themen in betriebliche Routinebesprechungen,
- kooperative und betriebsübergreifende Projektgestaltung, die mehrere externe Kooperationspartner wie Krankenkasse, Berufsgenossenschaft u. a. einbezieht und möglichst zahlreich die Betriebe einer Innung, Kreishandwerkerschaft u. a. einbindet. Nur hierdurch lassen sich Kompetenzbündelung, Breitenwirksamkeit und vertretbare Relationen von Betreuungsaufwand und Ergebnis erzielen,

Tabelle 3

**Mitarbeiterbefragung in einem Call-Center: häufigste Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden vor und nach dem Gesundheitszirkel [32]**

Arbeitsbelastungen	Erstbefragung oft/sehr oft n=88 (%)	Schlussbefragung oft/sehr oft n=44 (%)	Gesundheitliche Beschwerden	Erstbefragung oft/sehr oft n=88 (%)	Schlussbefragung oft/sehr oft n=44 (%)
Das Fehlen von Informationen	70,1	29,5	Schulterschmerzen	47,5	37,2
Fehlende Anerkennung	56,7	34,9	Nackenschmerzen	46,3	30,2
Qualität der Stühle	44,9	16,3	Kreuzschmerzen	44,9	30,3
Fehlen von Einweisungen	41,3	18,6	Kopfschmerzen	41,6	34,1
Geräuschpegel/ Nebengeräusche	41,0	47,7	Gereiztheit, Genervtsein	35,9	31,8
Raumklima	38,2	40,9	Müdigkeit oder Zerschlagenheit	35,4	32,6
Zugluft	35,1	29,5	Augenbeschwerden	27,8	20,9
Zeit-, Leistungsdruck	34,2	29,5	Magen- oder Bauchschmerzen	16,9	11,7
Sitzen	33,3	25,0			
Qualität der Bildschirme	27,6	4,7			

Die im Vergleich zur Erstbefragung geringere Teilnahme an der Schlussbefragung 3 Monate nach Ende der Zirkelarbeit ist auf den Befragungszeitpunkt (Dezember/Vorweihnachtszeit) und die geringere Öffentlichkeitsarbeit zurückzuführen; es ergaben sich keine Hinweise auf eine systematische Verzerrung.

- Nutzung des vernetzten Vorgehens für den Erfahrungsaustausch und für Lernprozesse zwischen den mitwirkenden Betrieben.

### Zur Qualität betrieblicher Gesundheitsförderung

Darstellungen über Projekte betrieblicher Gesundheitsförderung liegen inzwischen in größerer Zahl vor. Teils handelt es sich um Fallbeschreibungen oder Beispielsammlungen guter Praxis [37, 38, 39, 40, 41], teils um Prüfungen der Prozess- und Ergebnisqualität. Diese Literatur zeichnet ein grundsätzlich sehr positives Bild des Verlaufs und der Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung. Es bedarf jedoch einer näheren Betrachtung.

Über die Prozess- und Ergebnisqualität betrieblicher Gesundheitszirkel liegen einige systematische Auswertungen vor [42, 43], deren Ergebnisse auch durch zahlreiche Fallbeschreibungen gestützt werden. Gesundheitszirkel haben sich für die Identifizierung gesundheitsrelevanter Belastungen/Probleme und für die Lösungsfindung als sehr produktiv erwiesen. Sie duplizieren nicht die Arbeit der Gesundheitsschutzexperten, sondern erschließen ein Feld der Arbeiterschwernisse, vermeidbaren Belastungen, Beanspruchungen und Ressourcendefizite, die in

der Arbeit des betrieblichen Gesundheitsschutzes oft unbeachtet bleiben. Der Grad der Umsetzung der konsensual erarbeiteten Verbesserungsvorschläge variiert zwischen den Betrieben je nach Änderungsbereitschaft und -möglichkeiten erheblich. Mit Blick auf die realisierten Maßnahmen werden verbreitet Belastungsverringerungen und Ressourcenverbesserungen berichtet, ferner auch verringerte arbeits(mit)bedingte Beschwerden und höhere Zufriedenheitswerte (Beispiel in **■ Tabelle 3**). Die Abschätzung des Beitrags zur Krankenstandssenkung bereitet methodisch große Probleme, wenngleich Betriebe öfter die Auffassung einer positiven Krankenstandsentwicklung vertreten.

Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist es, für die qualitätsgerechte Auswahl der von ihr getragenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen Sorge zu tragen. Über die Wirksamkeit spezifischer Interventionsinstrumente wie Bewegungsprogramme, multidimensionale ergonomische Programme, Stressbewältigungstraining u. a. gibt es eine größere internationale Literatur mit handlungsrelevanten Erkenntnissen [44, 45, 46, 47, 48]. Mehrdimensionale Interventionsmaßnahmen, die verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente verbinden, scheinen die besten Effekte zu zeitigen. Doch be-

steht in diesem Bereich der Interventionsbausteine noch weiterer Bedarf an hochwertigen Evaluationsstudien, um Auswahlentscheidungen noch gezielter zu basieren. Hohe Evidenzstufen der wissenschaftlichen Erkenntnis durch randomisierte experimentelle Designs sind hier möglich und zu fordern. – Lenhardt et al. [49] verweisen insbesondere auf den positiven Stellenwert ergonomischer und arbeitsorganisatorischer Gestaltungsmaßnahmen sowie partizipativer und supportiver Elemente für die Verringerung von Rückenschmerzen und Arbeitsunfähigkeit.

Ein weiter reichendes Ziel der Krankenkassen liegt darin, auf die Verstärkung der BGF-Aktivitäten durch den Aufbau eines funktionierenden Gesundheitsmanagementsystems in den Betrieben hinzuwirken. In welcher Weise Qualitätskriterien in Anlehnung an das EFQM-Modell systematisch in die betriebliche Gesundheitsförderung und das betriebliche Gesundheitsmanagement integriert werden können, zeigen Initiativen und Modellprojekte einiger gesetzlicher Krankenkassen (z. B. Bonusprojekte), wobei ein „langer Atem“ benötigt wird [50, 51, 52]. Ein Beispiel für den Aufbau eines ganzheitlichen, organisationsübergreifenden Gesundheitsmanagementsystems mit intra- und interorganisatorischer Vernet-

zungsstruktur in einer regionalen Finanzverwaltung findet sich bei Elke/Zimolong [53].

Eine im Sinne der evidenzbasierten Medizin (EBM) methodisch hochwertige Wirksamkeitsprüfung ganzer betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte trifft aus Sach- und Aufwandsgründen auf erhebliche Schwierigkeiten: a) betriebliche Gesundheitsförderung umfasst ein betriebspezifisches, komplexes Bündel unterschiedlicher verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen, b) der „normale“ Organisationswandel im Rahmen der betrieblichen Ziel- und Anpassungsdynamik vermischt sich mit den BGF-induzierten Veränderungen, c) es fehlt die Möglichkeit der Randomisierung, meist auch die Möglichkeit eines Kontrollgruppendesigns, hinzu kommt der Aufwand für Panelbefragungen [43, 54, 55, 56]. All dies steht einer nach EBM hochstufigen Evaluation von Nettoeffekten der BGF entgegen, sollte aber nicht als Mangel gelten. Es kommt auf die methodisch erreichbare Evidenz an. Ein zentraler Prüfstein für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderungsaktivitäten sind die betrieblichen Akteure selbst, d. h. Beschäftigte und Management/Fachdienste, mit ihrem Erfahrungs- und fachlichen Expertenwissen. Ihre Urteile zur Wirksamkeit – wissenschaftlich korrekt erhoben – haben Gewicht im Sinne einer ökologischen Validität. Allerdings sollte eine hinreichende Konsistenz der Urteile bestehen. In diesem Sinne können auch geringere Evidenzstufen nach EBM wertvolle Erkenntnisse über die Wirksamkeit komplexer BGF-Projekte vermitteln. Die von Lenhardt [56] vorgenommene Auswertung über die Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung hinsichtlich der Reduktion von Rückenbeschwerden kommt „auf einem Niveau relativ weicher Evidenz zu dem Fazit, dass betriebliche Gesundheitsförderung einen relevanten Beitrag zur Verminderung epidemiologisch bedeutsamer Krankheits- und Beschwerdebilder wie z. B. Rückenleiden sowie damit verbundener Arbeitsunfähigkeit leisten kann“.

Die methodischen Grenzen für eine exakte Analyse der Nettowirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte gelten auch für die Effizienzbetrach-

tung. Aus den Angaben einiger Betriebe errechnete sich ein Return of Invest von 1:3 bis 1:4 [25]. Eine Fülle qualitativer Einschätzungen aus den Betrieben verweist zudem auf ein breites Nutzensspektrum der durchgeführten Maßnahmen: geringerer Krankenstand, geringere Fluktuation, verbesserte Arbeitsabläufe, Senkung der Fehlerquote, Produktivitätssteigerung u. a. [57].

## Ausblick

BGF-Projekte haben in unterschiedlichste Organisationswelten Eingang gefunden: in Wirtschaftsbetriebe, öffentliche Verwaltungen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Kitas, Schulen, Universitäten u. a. – doch nur begrenzt, d. h. bei einem Teil der Betriebe und zumeist in Form zeitlich begrenzter Projekte. Um die Verbreitung von BGF zu fördern und den Transfer aktueller Erkenntnisse zu erhöhen, wurden auf europäischer und nationaler Ebene Netzwerke geschaffen wie ENWHP, DNBGE, INQA, GiGA [50, 58, 59].

Der ökonomische Wandel seit den 1990er-Jahren im Zeichen der Globalisierung erzeugt insbesondere in Wirtschaftsunternehmen neben neuen Marktchancen einen erhöhten Wettbewerbsdruck. Damit einher gehen verstärkte Rationalisierungsbemühungen, die teils in Richtung eines neuen Taylorismus, teils in Richtung „entgrenzter Arbeit“ und „Arbeitskraftunternehmer“ weisen. Die zunehmenden Formen der Kontingentarbeit (befristete Arbeit, geringfügige Beschäftigungsverhältnisse, Formen der Leiharbeit), die Formen neuer Selbstständigkeit (Selbstbeschäftigung, Einperson-Unternehmen, Freelancing), die Flexibilisierung der Arbeitszeiten, die verstärkten Unsicherheiten und Probleme in Bezug auf die berufliche Perspektive implizieren neue bzw. veränderte gesundheitliche Belastungen und für die BGF z. T. veränderte Interventionsbedingungen. Wo bleibt der Mensch? Nur mit leistungsfähigen und hoch motivierten Mitarbeitern können die „schlanken“, outgesourceten Betriebe im Zuge der demografischen Alterung der Erwerbsbevölkerung bestehen. Es bedarf integrierter Antworten. Die BGF und ihre Verfahren leisten hier einen unverzichtbaren Beitrag.

Es besteht aber auch verstärkter Bedarf an Forschungs- und Entwicklungsarbeit für die betriebliche Gesundheitsförderung.

## Danksagung

Ich danke Herrn Dr. Dipl.-Ök. Reinhold Sochert für wichtige Informationen zu diesem Beitrag.

## Korrespondierender Autor

### Wolfgang Slesina

Sektion Medizinische Soziologie  
Medizinische Fakultät  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Harz 42a  
06097 Halle (Saale), BRD  
E-Mail: wolfgang.slesina@medizin.uni-halle.de

## Literatur

1. Radtke P, Wilmes D (2000) Praktische Tipps zur Anwendung des EFQM-Modells. Carl Hanser, München Wien
2. Hauss F, Kühn H, Rosenbrock R (1981) Betrieblicher Gesundheitsschutz als gesundheitspolitische Strategie? In: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes (Hrsg) Sozialpolitik und Produktionsprozess. Bund-Verlag, Köln. S 83–116
3. Ferber C v, Standfest E (1981) Gesundheitsvorsorge gegen arbeitsbedingte Krankheiten. Zur Zusammenarbeit von Betriebsärzten, Sicherheitsbeauftragten, Betriebsräten mit dem System sozialer Sicherheit. In: Badura B, Ferber Cv (Hrsg) Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. R. Oldenbourg, München Wien, S 165–183
4. Müller R (2001) Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und arbeitsbedingte Erkrankungen als Aufgaben des Arbeitsschutzes. Gesundheit – Arbeit-Medizin, Band 25. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
5. Slesina W, Schröer A (1986) Selektivitäten im Arbeitsschutzrecht und Arbeitsschutz – aus medizinsoziologischer Sicht. In: Bauer R, Leibfried S (Hrsg) Sozialpolitische Bilanz II. Tagung der Sektion Sozialpolitik der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Bremen, S 239–250
6. Ferber Lv, Slesina W (1981) Integriertes Verfahren zur Analyse arbeitsbedingter Krankheiten. Z Arbeitswissenschaft 35:112–113
7. Volkholz V (1977) Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn
8. Georg A, Stuppardt R, Zoike E (1981–1983) Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen, Band 1–3. Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
9. Müller R (1981) Die Möglichkeit des Nachweises arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse. In: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes (Hrsg) Sozialpolitik und Produktionsprozess. Bund-Verlag, Köln, S 15–35



10. Ferber L v, Slesina W, Renner A, Schröder A (1983) Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung. Sozial-epidemiologische Untersuchung in einem Stahlwerk. In: Ferber C v, Badura B (Hrsg) Laienpotenzial, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe. R. Oldenbourg, München Wien, S 237–254
11. Friczewski F, Maschewsky W, Naschold F, et al. (1982) Arbeitsbelastungen und Krankheit bei Industriearbeitern. Campus, Frankfurt/M. New York
12. Slesina W (1987) Arbeitsbedingte Erkrankungen und Arbeitsanalyse. Enke, Stuttgart
13. Slesina W (1987) Gesundheitszirkel – eine präventive Strategie in Betrieben. Drogalkohol 11: 203–222
14. Friczewski F, Jenewein R, Lieneke A, et al. (1990) Primärprävention mit arbeitsplatzbezogenen Gesundheitszirkeln. In: Brandenburg U, Marschall B, Schmidt T, Schwartz FW (Hrsg) Prävention im Betrieb. K.G. Saur-Verlag, München, S 107–119
15. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1989) Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Fränkische Nachrichten-, Druck- und Verlags-GmbH, Tauberbischofsheim
16. Priester K (1998) Betriebliche Gesundheitsförderung. Mabuse-Verlag, Frankfurt/M.
17. Kohte W (2001) Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung. In: Pfaff H, Slesina W (Hrsg) Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim München, S 53–62
18. Ferber C v (1985) Sozialpolitik. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg) Handbuch zur Humanisierung der Arbeit, Band II. Wirtschaftsverband NW, Bremerhaven, S 969–997
19. Schmidt A (1985) Innovationen für die Versicherten: Herausforderungen an die Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen. In: Ferber C v, Reinhardt UE, Schaefer H, Thiemeyer T (Hrsg) Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. R. Oldenbourg, München, S 507–519
20. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2007) Dokumentation 2005. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände, Essen
21. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006) Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006
22. Vetter C, Küsgens I, Madaus C (2007) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2005. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
23. Deutsche Rentenversicherung Bund (2006) Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2005. Eigenverlag, Berlin, Abteilung Statistik
24. Deutsche Rentenversicherung Bund (2006) Rentenzugänge 2005, Renten nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Eigenverlag, Berlin, Abteilung Statistik
25. Eberle G (2006) Erfolgsfaktor Betriebliches Gesundheitsmanagement – betriebswirtschaftlicher Nutzen aus Unternehmenssicht. In: Kirch W, Badura B (Hrsg) Prävention. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 325–338
26. Badura B, Hehlmann T (2003) Betriebliche Gesundheitspolitik. Springer, Berlin Heidelberg New York
27. Brandenburg U, Nieder P, Susen B (2000) Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Juventa, Weinheim München
28. Schröder A, Sochert R (1997) Gesundheitszirkel im Betrieb. Modelle und praktische Durchführung. Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden
29. BKK-Bundesverband/Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften (1998) Erkennen und Verhüten arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Ergebnisse aus dem Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG). Wirtschaftsverband NW, Bremerhaven
30. Bellwinkel M (1998) Kooperation von Krankenversicherungen und Unfallversicherungsträgern. Ein erster Erfahrungsbericht. In: Müller R, Rosenbrock R (Hrsg) Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung. – Bilanz und Perspektiven. Asgard-Verlag, Sankt Augustin, S 265–283
31. Gröben F, Freigang-Bauer I, Bös K (2004) Leitfadens für erfolgreichen Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund u. a.
32. Slesina W, Gerbecks B (1998) Gesundheitszirkel in einer Niederlassung eines Telekommunikationsunternehmens: Projektbericht. Univ. Halle-Wittenberg
33. Westermayer G, Bähr B (1994) Betriebliche Gesundheitszirkel. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen Stuttgart
34. Slesina W, Beuels FR, Sochert R (1998) Betriebliche Gesundheitsförderung. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Juventa, Weinheim München
35. Breucker G, Sochert R (2001) Klein, gesund und wettbewerbsfähig. Der Beitrag betrieblicher Gesundheitsförderung zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in Klein- und Mittelunternehmen (KMU). In: Pfaff H, Slesina W (Hrsg) Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim München, S 123–227
36. Gieseke O (2005) Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Ein Modellprojekt der AOK Bayern. In: Meggeneder O, Pelster K, Sochert R (Hrsg) Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Hans Huber, Bern, S 51–60
37. Meggeneder O, Pelster K, Sochert R (2005) Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Hans Huber, Bern
38. BKK-Bundesverband (2001) Kriterien und Beispiele guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen (KMU). Eigenverlag, Essen
39. Sochert R (2002) Models of good practice for workplace health promotion in the public administration sector. European Information Centre (BKK Bundesverband). Essen
40. Busch R, AOK Berlin (2004) Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Bilanz und Perspektiven, Band 22. Rainer Hampp, München
41. AOK-Bundesverband (2007) Das macht sich bezahlt! Betriebliche Gesundheitsförderung – Firmen, Fakten, Erfolge. Eigenverlag, Bonn
42. Sochert R (1998) Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. Wirtschaftsverband NW, Bremerhaven
43. Slesina W (2000) Evaluation von Gesundheitszirkeln. In: Badura B, Litsch M, Vetter C (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 199–212
44. Stößel U, Michaelis M (2001) Interventionsstrategien und evaluierte Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung zur Verhütung arbeitsbedingter Muskel- und Skelett-Erkrankungen. In: Pfaff H, Slesina W (Hrsg) Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim München, S 63–73
45. Lühmann D, Zimolong B (2007) Prävention von Rückenerkrankungen in der Arbeitswelt. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 63–97
46. O'Donnell MP (2001) Health promotion in the workplace, 3rd edn. Thomson Delmar Learning, London
47. Lowe GS (2000) The quality of work. A people-centred agenda. Oxford University Press, Toronto
48. Williams S, Cooper L (1999) Dangerous waters. Strategies for improving wellbeing at work. John Wiley & Sons, Chichester (Sussex, UK)
49. Lenhardt U, Elkeles T, Rosenbrock R (1997) Betriebsproblem Rückenschmerz. Juventa, Weinheim München
50. Breucker G (2001) Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung. Ergebnisse aus dem Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. In: Pfaff H, Slesina W (Hrsg) Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim München, S 127–144
51. Drupp M, Osterholz U (2001) Das Bonusprojekt der AOK Niedersachsen. Kontext, Grundzüge, Möglichkeiten und Grenzen. In: Pfaff H, Slesina W (Hrsg) Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim München, S 145–160
52. Drupp M (2004) Betriebliche Gesundheitsförderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Dtsch Ärztebl 101:A1881–A1885
53. Elke G, Zimolong B (2007) Betriebliche Kompetenz- und Gesundheitsförderung durch Integrierte Netzwerk-, Organisations- und Personalentwicklung INOPE. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (Hrsg) Kompetenzentwicklung in realen und virtuellen Arbeitssystemen. GfA Press, Dortmund
54. Pfaff H (2001) Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Pfaff H, Slesina W (Hrsg) Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim München, S 27–49
55. Bödeker W, Kreis J (2006) Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. Wirtschaftsverband NW, Bremerhaven
56. Lenhardt U (2005) Wie ist die Effektivität betrieblicher Gesundheitsförderung einzuschätzen? In: Meggeneder O, Pelster K, Sochert R (Hrsg) Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Hans Huber, Bern, S 209–221
57. AOK-Bundesverband (2005) Wirtschaftlicher Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen. Teil: Beteiligte Unternehmen. Eigenverlag, Bonn
58. BKK-BV, HVBG, AOK-BV, AEV (2007) Gesundheit und soziale Sicherheit im Lebenszyklus
59. AOK-BV (2007) Gesundheitsmanagement. Netzwerke für Betriebe. G+G SPEZIAL, 10, Heft 5