

Aus dem
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie
der Universität zu Köln
Direktor (beurlaubt):
Universitätsprofessor Dr. med. Dr. Sc. (Harvard) K. W. Lauterbach MdB
Kommissarische Direktorin:
Frau Universitätsprofessor Dr. med. S. A. K. Stock

Modellprojekte des
Betrieblichen Gesundheitsmanagements zur
gesundheitsgerechten Gestaltung eines
Veränderungsprozesses im Haus
eines Versicherungskonzerns

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der
Würde eines doctor rerum medicinalium
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Marco Burnus
aus Göttingen

promoviert am 20. Januar 2016

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln 2016

Die Erarbeitung des Konzeptes dieser Dissertation erfolgte unter der Betreuung von Frau Universitätsprofessor Dr. med. Stephanie Stock und Herrn Dr. rer. pol. Dirk Müller im Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Klinik der Universität zu Köln.

Bei der Erhebung und Auswertung der Daten, die der Studie 1 (S1) „Entwicklung eines Instruments zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) eines Versicherungskonzerns“ zugrunde liegen, erhielt ich folgende Unterstützung:

- Am internen Audit zur Beurteilung des Managementsystems nahmen neben mir teil: Frau Dr. rer. pol. Larissa Becker als Projektleiterin des Change-Management-Prozesses aus der Gothaer Konzernorganisation, Herr Dr. med. Volkmar Benner als Führungskraft und Leiter Gesundheitsmanagement der Gothaer Krankenversicherung AG (GKR) sowie Frau Duška Kirchner als Mitarbeiterin aus dem Gesundheitsmanagement der GKR.
- Die dem Teilindex Gesundheit zugrunde liegenden Daten entstammen der im dreijährigen Turnus durchgeführten Gothaer Mitarbeiterbefragung und wurden vom Meinungsforschungsinstitut infas im Auftrag der Gothaer ohne meine Beteiligung erhoben und unspezifisch ausgewertet.
- Die dem Teilindex Ausfall zugrunde liegenden Daten zu Fehlzeiten, Fluktuation und Produktivität wurden von den Bereichen Personal und Konzernorganisation der Gothaer ohne meine Beteiligung erhoben und unspezifisch ausgewertet.

Die der Studie 2 (S2) „Zusammenhang von Stressbefinden und Muskelverspannung am Bildschirmarbeitsplatz. Produktivitätseinbußen durch Präsentismus“ zugrunde liegenden medizinischen Mess- und Befragungsergebnisse wurden unter meiner konzeptionellen und organisatorischen Mitarbeit von Fachkräften eines externen Gesundheitsdienstleisters erhoben.

An der Auswertung der medizinischen Mess- und Befragungsergebnisse waren neben mir Frau Verena Steinhardt aus dem Gesundheitsmanagement der Gothaer Krankenversicherung (GKR) sowie Frau Anna Drabik als Statistikerin des IGKE (Mitautorinnen des Artikels) beteiligt.

Die der Studie 3 (S3) „Feldvergleich von zwei Zugangskonzepten zur betrieblichen Mitarbeiterberatung mit dem Ziel der Stressintervention im Haus eines Versicherungskon-

zerns“ zugrunde liegenden Daten wurden unter meiner konzeptionellen und organisatorischen Mitarbeit von Fachkräften eines externen Gesundheitsdienstleisters erhoben. An der Auswertung der Daten waren neben mir Frau Duška Kirchner aus dem Gesundheitsmanagement der GKR sowie Frau Anna Drabik als Statistikerin des IGKE (Mitautorinnen des Artikels) beteiligt.

Danksagung

Ich danke:

Frau Universitätsprofessor Dr. Stephanie Stock für die Betreuung dieser Arbeit und für die inhaltliche Unterstützung.

Herrn Dr. Dirk Müller und Herrn Dusan Simic für die inhaltliche Unterstützung.

Der Gothaer Krankenversicherung AG für den Zugriff auf und die Verwendungsmöglichkeit von Originaldaten.

Meinen Vorgesetzten Frau Ulrike Marmetschke und Herrn Dr. Volkmar Benner für die Möglichkeit einer berufsbegleitenden Promotion.

Meinen Kollegen aus dem Gesundheitsmanagement der Gothaer Krankenversicherung AG für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung meines Anliegens.

Meiner Partnerin Simone Pajonk, die, obwohl diese Arbeit in die Zeit unserer gemeinsamen Familiengründung fiel, immer Geduld und Zuspruch für mich parat hatte.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Arbeit und Gesundheit im Wandel	1
1.1.1	Phänomen Präsentismus.....	2
1.1.2	Gesundheitliche Situation in der Branche Finanzen und Versicherungen	3
1.1.3	Zusatzbelastung Restrukturierung	3
1.2	Veränderungsprozesse im Betrieb gesundheitsgerecht gestalten.....	5
1.2.1	Relevanz von Evaluation und Monitoring.....	10
1.2.2	Relevanz einer systematischen Analyse der Ausgangssituation.....	10
1.2.3	Relevanz der Mobilisierung von Mitarbeitern im Stressmanagement	11
1.3	Studienfragen im Rahmen eines Veränderungsprozesses bei einem Versicherer.....	12
2	Methodik und Ergebnisse	15
2.1	Studie 1 (S1): Entwicklung eines Instruments zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) eines Versicherungskonzerns	15
2.1.1	Zusammenfassung	15
2.1.2	Einleitung.....	16
2.1.3	Methodik bei der Entwicklung des Instruments	18
2.1.4	Studiendesign zur Verbesserung von Mitarbeiterzufriedenheit und -gesundheit	21
2.1.5	Definition der wesentlichen Teilindizes im BGM-Systemindex	24
2.1.6	Ergebnisse	28
2.1.7	Diskussion	30
2.1.8	Fazit und Ausblick	36
2.2	Studie 2 (S2): Zusammenhang von Stressbefinden und Muskelverspannung am Bildschirmarbeitsplatz. Produktivitätseinbußen durch Präsentismus.....	38
2.2.1	Zusammenfassung	38
2.2.2	Einleitung.....	39
2.2.3	Methodik.....	41

2.2.4	Ergebnisse	44
2.2.5	Diskussion	48
2.2.6	Fazit und Ausblick	52
2.3	Studie 3 (S3): Feldvergleich von zwei Zugangskonzepten zur betrieblichen Mitarbeiterberatung mit dem Ziel der Stressintervention im Haus eines Versicherungskonzerns	54
2.3.1	Zusammenfassung	54
2.3.2	Einleitung.....	55
2.3.3	Methodisches Vorgehen	56
2.3.4	Methoden zur Evaluation	59
2.3.5	Ergebnisse	60
2.3.6	Diskussion	64
2.3.7	Fazit	67
3	Diskussion.....	68
3.1	Einzelergebnisse der drei Studien	68
3.2	Übergreifende Analyse der Ausgangssituation	69
3.2.1	Stressbeschwerden	69
3.2.2	Zusammenhang von Stress- und Rückenbeschwerden	70
3.2.3	Präsentismus.....	71
3.2.4	Einfluss der Gesundheitsbeschwerden auf den BGM-Systemindex.....	72
3.2.5	Gewonnene Erkenntnisse aus der erweiterten Ausgangsanalyse.....	72
3.3	Erweiterte Diskussion der Ergebnisse der beiden Zugangskonzepte aus S3.....	73
3.4	Einfluss der Studienprojekte auf das Gesamtprojektergebnis	74
3.5	Übergreifende Betrachtung des BGM-Projektgesamtergebnisses	77
4	Fazit.....	79
5	Zusammenfassung	82
6	Literaturverzeichnis.....	83
7	Anhang	97
7.1	Abbildungsverzeichnis	97
7.2	Tabellenverzeichnis	97
8	Lebenslauf.....	99

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AG	Aktiengesellschaft
AGV	Arbeitgeberverband
AN	Arbeitnehmer
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAP	Bildschirmarbeitsplatz
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
betr.	betrieblich
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BKK	Betriebskrankenkasse
Bsp.	Beispiel
bspw.	beispielsweise
BVW	Betriebliches Vorschlagswesen
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DB	Deutsche Bank
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DIN	Deutsches Institut für Normung
DIN SPEC	Spezifikation des Deutschen Instituts für Normung
Dipl.	Diplom
EAP	Employee Assistance Program
sEMG	Oberflächen-Elektromyographie
ENBGF	Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion

EFQM	European Foundation for Quality Management
ERM	European Restructuring Monitor
EU	Europäische Union
EUR	Euro
Ges.	Gesundheit
getr.	getrieben
GKR	Gothaer Krankenversicherung AG
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HIRES	Health in Restructuring
IGA	Initiative Gesundheit & Arbeit
IGKE	Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
M	Mittelwert
M.	musculus
MA	Mitarbeiter
MAB	Mitarbeiterbefragung
µV	Mikrovolt
MSE	Muskel-Skelett-Erkrankungen
NAS	Numerische Analogskala
S	Studie
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SS	Sommersemester
ROI	Return on Investment
Tab.	Tabelle
TK	Techniker Krankenkasse
TQM	Total Quality Management
u. a.	unter anderem

USA	United States of America
USD	United States Dollar
VG	Vergleichsgruppe
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WLC	Work-Life Conflict
z. B.	zum Beispiel

„Health is a central challenge for all actors within the processes of (enterprise) restructuring [...but still] a widely neglected area of research, intervention and public concern.“
(aus dem Ergebnisbericht der Expertengruppe der Europäischen Union, EU Health in Restructuring, HIREs – Kieselbach et al., 2009a, 7).

1 Einleitung

1.1 Arbeit und Gesundheit im Wandel

Wachsende Verbreitung von Informationstechnologien, prekäre Beschäftigungsverhältnissen (bspw. befristet, Teilzeit- und Telearbeit), älter werdende Belegschaften, Personalabbau (Downsizing), Kundenorientierung und Qualitätsmanagement symbolisieren den globalen Wandel in der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts und stellen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar (EU-Kommission und ENWHP, 1997). Die damit einhergehende stetige Veränderung in der Organisation und Steuerung von Arbeit führt bei vielen Beschäftigten zu steigenden Belastungen, die eine deutliche Zunahme von Stress und Arbeitsdruck bedingen (Lohmann-Haislah, 2012; Siefer und Beermann, 2010; Dunkel et al., 2009).

Der Zusammenhang zwischen arbeitsbedingtem Stress und psychischen Gesundheitsstörungen wie Burnout, chronische Erschöpfung und depressive Störungen gilt als belegt (Siegrist und Rödel, 2005). So verwundert es nicht, dass psychische Störungen bei den Beschäftigten seit Jahren über das durch die demografische Entwicklung erklärbare Maß hinaus ansteigen. Von 2006 bis 2012 verzeichnete beispielsweise die Techniker Krankenkasse eine Zunahme von Fehlzeiten mit der Diagnose psychische Störungen um 76 Prozent (TK, 2014). Die mittel- bis langfristigen, chronischen Folgen von Stress spiegeln sich zusätzlich in psychosomatischen Erkrankungen und Beschwerden wieder (Uhle und Treier, 2013).

Ein Wandel des Krankheitspanoramas ergibt sich darüber hinaus aus der demografischen Entwicklung, die sich mit zunehmendem Lebensalter in einer steigenden Prävalenz subakuter und chronischer Störungen, wie Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE), Depressionen und Angststörungen niederschlägt (Bödeker et al., 2013). Dies spiegelt sich im Anstieg der fallbezogenen Krankschreibungsdauer mit zunehmendem

Alter wieder, die bei Arbeitnehmern über dem 60 Lebensjahr im Vergleich zur Gruppe der unter 20-Jährigen um vielfaches erhöht ist (TK, 2014; Bödeker et al., 2013). Beim Anstieg des Durchschnittsalters von Belegschaften sehen sich sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber mit zunehmenden gesundheitlichen Problemen, steigenden Krankenständen sowie sinkender Leistungs- und Arbeitsfähigkeit konfrontiert, ein Zusammenhang, den Tuomi et al. bereits 1999 in ihrer Längsschnittstudie belegten.

1.1.1 Phänomen Präsentismus

Vor dem Hintergrund dieser zunehmenden gesundheitlichen Beschwerden von alternenden Belegschaften sowie der damit in Zusammenhang stehenden Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern erlangt das Phänomen Präsentismus betriebliche Relevanz.

Burton et al. (1999) definieren Präsentismus als Einbußen der Arbeitsproduktivität, bedingt durch gesundheitliche Beschwerden der Mitarbeiter, vor allem in Form von chronischen Erkrankungen. Dieser aus den USA stammenden pathogenetische und kostenorientierte Perspektive steht laut Steinke und Badura (2011) ein alternatives Verständnis gegenüber, das die Präsentismus-Diskussion in Deutschland dominiert. Hierbei handelt es sich um das Verhalten von Mitarbeitern, trotz akuter Erkrankung zur Arbeit zu gehen.

Dieses letztgenannte Verständnis impliziert fälschlicher Weise, dass das Arbeiten mit Krankheit eine behebbare Fehlentwicklung darstellt. Dies entspricht jedoch angesichts der oben dargestellten Entwicklung des Krankheitspanoramas nicht der betrieblichen Realität. Arbeiten mit Erkrankung stellt heute eher die Regel denn die Ausnahme dar (ebenda). Aus diesem Grund wird der Begriff Präsentismus im weiteren Verlauf dieser Arbeit im Sinne der Definition von Burton et al. (1999) verwendet.

Präsentismus zu erheben stellt eine komplexe Herausforderung dar, wie Mattke et al. (2007) in ihrem Methoden-Review feststellten. Dies liegt darin begründet, dass Arbeitsergebnisse bei wissensbasierten Tätigkeiten oft nur schwer quantifizierbar sind, eine Schwierigkeit, die es bei der Validierung von Messinstrumenten zu überwinden gilt. Dies führt dazu, dass die im Rahmen von Studien eingesetzten Instrumente zwar bezüglich ihrer psychometrischen Qualität getestet wurden, der Prozess der Validierung jedoch zumeist noch nicht abgeschlossen ist (Steinke und Badura, 2011). Die mit Abstand gängigste Herangehensweise, um Präsentismus zu erfassen, stellt die Befragung der Mitarbeiter dar (Steinke und Badura, 2011, Mattke et al., 2007).

Einer Reihe von großangelegten Präsentismus-Studien (Riedel et al., 2009; Loeppke et al., 2009; Burton et al., 2005; Boles et al., 2004), welche aus den USA stammen, gelang es auf diese Weise den Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Risikofaktoren und/oder chronischen Erkrankungen sowie von Produktivitätsverlusten zu belegen und zu quantifizieren.

Studien aus Deutschland sind dagegen selten, besonders solche, die sich auf die in dieser Arbeit verwendete Präsentismus-Perspektive fokussieren.

Allerdings sollten Gesundheitsanalysen in Unternehmen diese „verdeckten Fehlzeiten“ (Uhle und Treier 2013, 223) aufgrund ihrer betrieblichen Relevanz nicht außen vor lassen, da die Kosten für Präsentismus in der Regel mindestens so hoch ausfallen wie für Absentismus und sehr wahrscheinlich darüber liegen, so dass Ergebnis zu dem Steinke und Badura (2011) in ihrem Review gelangen.

1.1.2 Gesundheitliche Situation in der Branche Finanzen und Versicherungen

Eine branchenspezifische Betrachtung des Finanz- und Versicherungsdienstleistungssektors belegt einen überdurchschnittlichen Anstieg der Arbeitsintensität (DGB-Index Gute Arbeit, 2010), die Zunahme von Stress sowie der Häufigkeit von Überforderung (Lohmann-Haislah, 2012, 91). Unterstrichen werden diese Aussagen von den folgenden Ergebnissen eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Hauser et al., 2007). Hier berichteten 60 % der Befragten aus der Branche von ansteigendem Stress, zudem 22 % von zunehmender Arbeitsplatzunsicherheit. Die Dimensionswerte zur Unternehmenskultur in der Finanzdienstleistungsbranche liegen dagegen zum Großteil über dem Branchendurchschnitt. Dies gilt gleichfalls für die Dimensionen allgemeine Arbeitszufriedenheit sowie Leistungsorientierung.

Die Arbeitsunfähigkeitsstatistik des Arbeitgeberverbandes AGV-Versicherungen verzeichnet seit 2007 stetig steigende Fehlzeiten im Innendienst (AGV-Versicherungen, 2013; AGV-Versicherungen, 2010). Hierbei weisen branchenspezifische Morbiditätsprofile Erkrankungen der Seele als Häufigste aller Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen aus (19,1 % aller Arbeitsunfähigkeitstage). MSE stehen in dieser Statistik mit 16,7 % aller Arbeitsunfähigkeitstage nach den Atemwegserkrankungen an dritter Stelle (Bödeker et al., 2013).

1.1.3 Zusatzbelastung Restrukturierung

Die beschriebene Ausgangssituation wird für Beschäftigte, die von Restrukturierungsprozessen in ihrem Unternehmen betroffen sind, zusätzlich verschärft (Lohmann-

Haislah, 2012; Siefer und Beermann, 2010). Diese stellen eine Herausforderung an die Anpassungsfähigkeit und Flexibilität besonders auch der älteren Beschäftigten dar, weshalb Gesundheitsexperten wie Köper und Richter (2012), Kieselbach et al. (2009a) sowie Dunkel et al. (2009) hierfür spezielle Aufmerksamkeit und gesundheitsgerechte Lösungen einfordern.

Der Begriff **Restrukturierung** (Synonyme: Umstrukturierung und Reorganisation) steht für wesentliche Veränderungsprozesse in Unternehmen und kennzeichnet heterogene Gegenstandsbereiche (Köper und Richter, 2012; IGA, 2012). Neben dem krisenverursachten Turn-around-Management zählt hierzu die geplante organisationale Restrukturierung, welche in diesem Beitrag Gegenstand ist. Darunter wird in Anlehnung an Jones (2013) die nicht krisenverursachte, geplante und zielgerichtete Veränderung von Organisationsstrukturen, -prozessen und -kultur verstanden, um die Effektivität zu steigern.

Restrukturierungen können laut Kieselbach (2009b, 62) „bedeutende schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Beschäftigten“ haben und besitzen angesichts ihrer Häufigkeit eine nicht zu unterschätzende Relevanz. Sie repräsentieren heute in Unternehmen „nicht mehr den Sondervorgang, sondern eine häufig auftretende Regelausprägung“ (Springer Gabler Wirtschaftslexikon, 2014). Diese Aussage belegen verschiedene Datenquellen: So dokumentiert der „European Restructuring Monitor“ (ERM) eine zunehmende Anzahl von Veränderungsprozessen während der ersten Dekade dieses Millenniums. Einen absoluten Spitzenwert meldete der ERM für 2009 nach Beginn der globalen Finanzkrise (vgl. Hurley et al., 2013). Bei einer repräsentativen Befragung des Deutschen Gewerkschaftsbundes zur Qualität der Arbeit (DGB-Index Gute Arbeit, 2010) berichteten 64 % der Beschäftigten von den Krisen betreffenden Veränderungen in ihrem Unternehmen.

Restrukturierungen als zusätzliche Quelle von Arbeitsverdichtung bilden die Ursache für erhöhten Stress, was längerfristig die Gesundheit der Beschäftigten beeinträchtigen kann. Zu diesem Ergebnis kommen die groß angelegten BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012 mit jeweils ca. 20.000 Probanden, welche vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gemeinsam durchgeführt wurden (Lohmann-Haislah, 2012; Siefer und Beermann, 2010). So berichteten 2012 in restrukturierten Unternehmen 52 % der Beschäftigten von einer Zunahme von Stress/Arbeitsdruck, im Vergleich zu

34 % in nicht restrukturierten Unternehmen. 2006 lag diese Differenz sogar noch um 3,3 % höher. Von Restrukturierung betroffene Mitarbeiter meldeten zudem signifikant höhere Belastungen durch starken Termin und Leistungsdruck, fühlten sich bei der Arbeit häufiger gestört/unterbrochen und gaben vermehrt an verschiedene Arbeiten parallel betreuen zu müssen (Lohmann-Haislah, 2012).

Die Auswirkungen dieser erhöhten Belastungen spiegeln sich in deutlich häufigerem Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden wieder. So lag der Prozentsatz der Beschäftigten, die in restrukturierten Unternehmen unter Nervosität und Reizbarkeit sowie allgemeiner Müdigkeit litten im Vergleich zu nicht restrukturierten Unternehmen um mehr als 10 Prozentpunkte höher. Auch beim Auftreten von Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Kopf- und Rückenschmerzen zeigten sich signifikante Unterschiede. Es gilt: je mehr von Überforderung und Stresszunahme berichtet wird, desto schlechter wird der subjektive Gesundheitszustand eingeschätzt und umso mehr Beschwerden und Erschöpfung treten auf (ebenda).

Als Folge dieser zunehmenden gesundheitlichen Beschwerden kann es bei den Beschäftigten zu einem Rückgang von Arbeitszufriedenheit, Motivation und Produktivität sowie zu einer Zunahme von Absentismus, Präsentismus und Fluktuation kommen (Köper und Richter, 2012). Da die Vermeidung von Veränderung per se keine Option darstellt, fordern Experten wie Kieselbach et al. (2009a) und Köper (2012) bei der Gestaltung von Restrukturierungsprozessen neben ökonomischen Wirkungen auch die individuellen, gesundheitlichen Auswirkungen auf die Mitarbeiter zu berücksichtigen. In der Branche Finanzen und Versicherungen waren 2011/2012 mehr als die Hälfte der Beschäftigten direkt von Restrukturierung betroffen (Lohmann-Haislah, 2012).

1.2 Veränderungsprozesse im Betrieb gesundheitsgerecht gestalten

Als Hindernis für ein erfolgreiches Veränderungsmanagement gelten auf Mitarbeiterebene neben den bereits oben angeführten Risikofaktoren fehlende Kontrolle über die Arbeit, fehlende Partizipation an Entscheidungsprozessen, zwischenmenschliche Konflikte, geringe soziale Unterstützung, intransparentes Management sowie Konflikte zwischen Anforderungen aus Arbeit und Familie (Michi und Williams, 2003).

Ressourcen, wie Qualifizierungen, Kompetenzen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress, soziale Unterstützung, gesundheitsgerechte Führung und eine ausgeprägte Gesundheitskultur wirken dagegen auf unterschiedliche Arten Stress

reduzierend und können die von außen wirkenden Fehlbelastungen teilweise kompensieren (Uhle und Treier, 2011). Als übergeordnete Gestaltungsgrundsätze für Reorganisationen empfiehlt das HIREs-Projekt deshalb Transparenz, Fairness und soziale Unterstützung für die Arbeitnehmer (Kieselbach et al., 2009a).

Um einen Restrukturierungsprozess erfolgreich zu gestalten gilt es diesen auf die im Fokus stehende Zielsetzung auszurichten. Bei branchenübergreifenden Befragungen (Roland Berger, 2012; Capgemini, 2010) wurde von Unternehmen als häufigstes Ziel für Veränderungen Wachstumssteigerung genannt, direkt gefolgt von Kostensenkung. Weitere Ziele stellen die Stärkung der Integration sowie Qualitätsverbesserung dar.

Die Berücksichtigung der von Gesundheitsexperten parallel geforderten Zielsetzung der Gesundheitsförderung und -erhaltung (Köper und Richter, 2012; Kieselbach et al., 2009a; Dunkel et al., 2009) mag im ersten Moment additiv oder teilweise sogar konträr zu den oben genannten Zielen von Restrukturierung erscheinen. Bei genauerer Betrachtung lässt sich jedoch eine Synchronität von ökonomischen und sozialen Zielsetzungen herstellen. So sind die oben genannten Ziele von Veränderungsprozessen gerade in der Dienstleistungsbranche Finanzen und Versicherungen nur mit gesunden und motivierten Mitarbeitern als Wissensträgern und damit wichtigstem Produktionsfaktor erreichbar (DB Research, 2005). Kommt es dagegen während des Reorganisationsprozesses zu Verunsicherungen und Widerständen bei den Beschäftigten, vermag dies kaum kalkulierbare Transmissionskosten nach sich zu ziehen, die im Gesamtergebnis zu einem ökonomischen Misserfolg führen können (Köper und Richter, 2012).

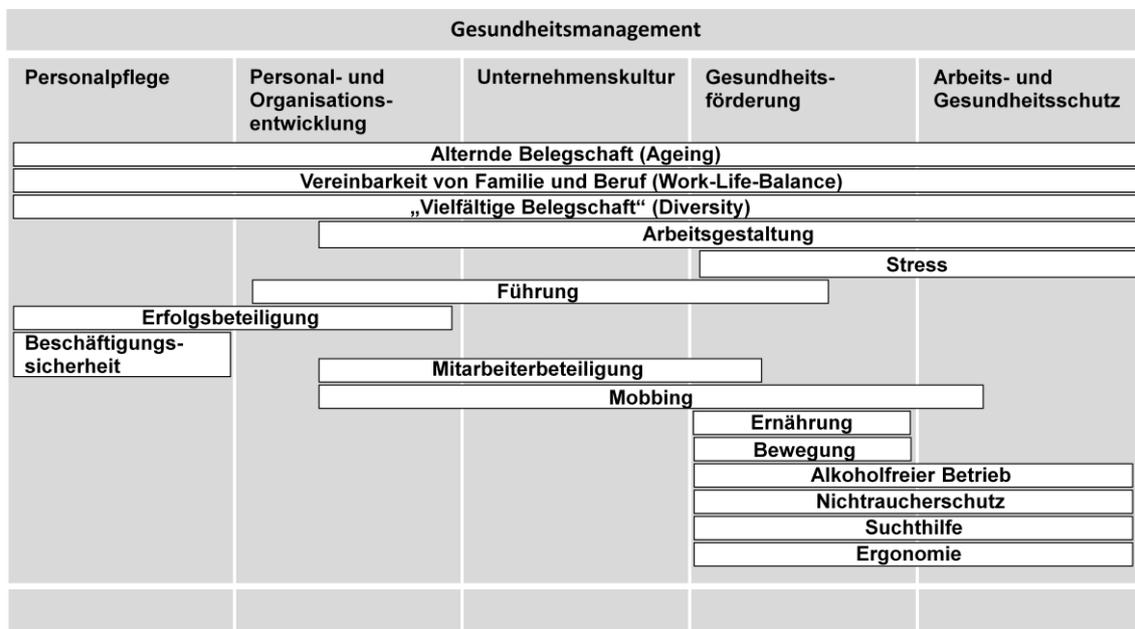
Die Parallelen zwischen der aktiven Gestaltung von Veränderungsprozessen mittels Veränderungsmanagement sowie gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen mittels Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) lassen sich durch den Abgleich der Definitionen konkretisieren.

So handelt es sich beim **Veränderungsmanagement** (englisch change management) um eine „laufende Anpassung von Unternehmensstrategien und -strukturen an veränderte Rahmenbedingungen“ (Springer Gabler Wirtschaftslexikon, 2014). Dieser spezielle Veränderungspfad ist langfristig angelegt, auf Nachhaltigkeit ausgerichtet und zeichnet sich durch Führung durch die Veränderung aus. Veränderungen werden dabei als Teil eines Managementprozesses begriffen (Köper und Richter, 2012). Beim Ansatz der Organisationsentwicklung wird ein Gleichklang der Zielsetzungen des Unternehmens und der betroffenen Mitarbeiter angestrebt (Springer Gabler Wirtschaftslexikon, 2014).

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) wird hingegen als Gestaltung, Lenkung und Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse definiert, um Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz gesundheitsförderlich zu gestalten. Sie sollen den Beschäftigten und dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen (vgl. Weinreich und Weigl 2011, Malik 2007, Badura 1999).

Dieser komplexe ganzheitliche Ansatz von Gesundheit als Managementaufgabe geht weit über die traditionellen Gesundheitsförderungsaktivitäten im Betrieb hinaus und erfordert in der Praxis eine integrative und koordinierte Betrachtung und Umsetzung von Arbeits- und Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderungsangeboten, Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung sowie zur Gestaltung einer gesundheitsgerechten Unternehmenskultur, wie in Abbildung 1 dargestellt. Zentral im BGM ist ein systematisches Controlling aller Maßnahmen (Uhle und Treier, 2013; DIN, 2012; BKK Bundesverband Europäisches Informationszentrum, 1999), das heißt ihre qualitäts- und bedarfsorientierte Auswahl, Dokumentation und Erfolgskontrolle (Uhle und Treier, 2013).

Abbildung 1: Themenübersicht und Handlungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements als übergreifende und interdisziplinäre Aufgabe



Quelle: BKK (2004,11)

Sowohl das Veränderungsmanagement, also auch das BGM verfolgen demnach einen strategischen Ansatz, um Arbeitsstrukturen und -prozesse weiter zu entwickeln. Das Vorgehen basiert jeweils auf Management-Grundsätzen, wie System- und Prozess-

orientierung, zielt auf den ökonomischen Nutzen des Unternehmens ab und ist auf ständige Verbesserung und Nachhaltigkeit ausgerichtet.

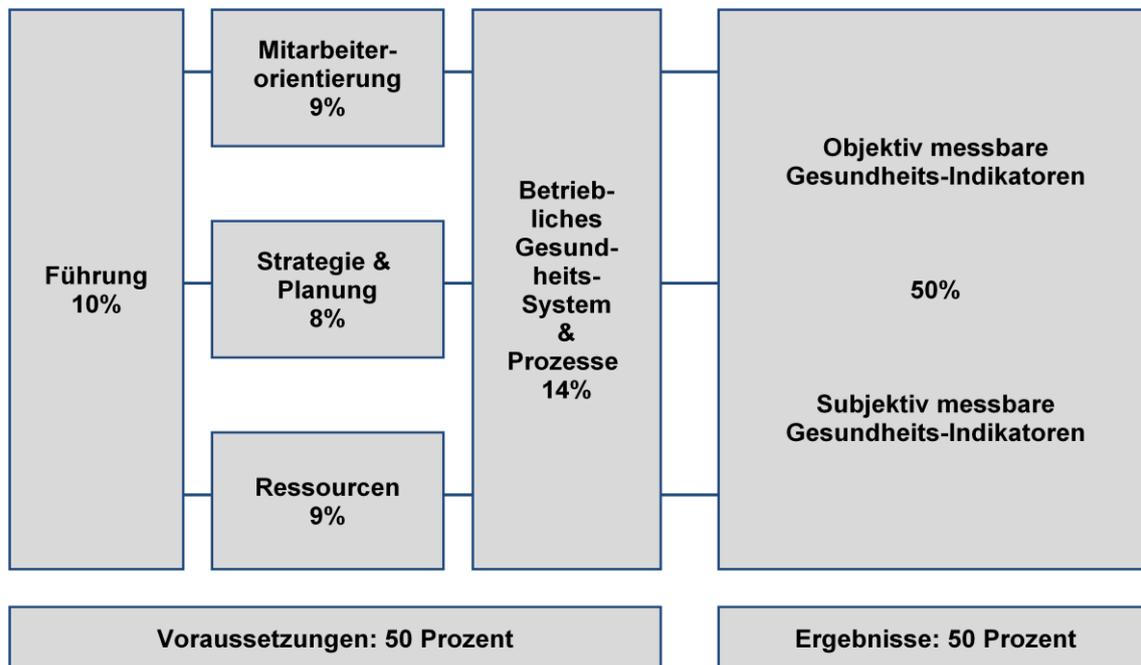
Vor dem Hintergrund, dass es bei Nichtberücksichtigung der gesundheitlichen Belange der Mitarbeiter in Restrukturierungsprozessen zu Resistenz gegen die Veränderung, Stress und Arbeitsverdichtung, verringerte Motivation und Einschränkungen in der Leistung aufgrund verschlechterter Gesundheit kommen kann (Köper und Richter, 2012), sollte BGM als relevanter Teilaspekt in Veränderungsprozessen Berücksichtigung finden.

Für die generelle Berücksichtigung der Zielsetzungen Gesundheitsförderung und -erhaltung in Restrukturierungsprozessen spricht zudem der unabhängig hiervon nachgewiesene ökonomische Nutzen von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). So wiesen Sockoll et al. (2008) in ihrer systematischen Meta-Studie unter Berücksichtigung von mehr als 1.000 Studien zur arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention nach, dass sich BGF rechnet und bereits per se einen wirtschaftlichen Nutzen generiert. Die Autoren gehen allein bei den positiven Auswirkungen von BGF auf Absentismus von einem Kosten-Nutzen-Verhältnis (Return on Investment, ROI) zwischen 1:2,5 und 1:10,1 aus.

Über die Auswirkungen auf Absentismus hinaus gelang es Fritz (2006) und Hauser et al. (2007) den speziellen ökonomischen Nutzen von BGF zu belegen, der durch die Verbesserung weicher Kennzahlen, wie Unternehmenskultur, Arbeitszufriedenheit und Führung entsteht.

Leitlinien für die Ausgestaltung von BGM liefert die bereits eingangs zitierte Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (EU-Kommission und ENWHP, 1997). Ihre Konkretisierung folgte 1999 in den vom Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) erarbeiteten Qualitätskriterien für BGF (BKK Bundesverband Europäisches Informationszentrum, 1999). Bei der Zusammenstellung der Kriterien orientierte sich das ENBGF an dem von der European Foundation of Quality Management (EFQM) entwickelten europäischen Modell des Total Quality Management (TQM), dem „EFQM-Modell“ für Excellence (vgl. Abbildung 2, Seite 9). Dieses Modell berücksichtigt und gewichtet Voraussetzungs- und Ergebniskriterien, die in Summe jeweils zu 50 % zum Gesamtergebnis beitragen und ableitbare Prüf- und Erfolgspunkte für ein modernes und qualitätsorientiertes BGM darstellen (Uhle und Treier, 2011).

Abbildung 2: EFQM-Modell für Excellence als Kriterienmodell für ein integratives betriebliches Gesundheitsmanagement



Quelle: modifiziert nach Thul (1999) und BKK Bundesverband Europäisches Informationszentrum (1999)

Verschiedene Dokumente tragen zur Konkretisierung der im EFQM-Modell abgebildeten Qualitätskriterien bei (DIN, 2012; EuPD, 2012; Muylaert et al., 2007; BKK Bundesverband Europäisches Informationszentrum, 1999). Eine detaillierte Darstellung dieser Kriterien folgt im weiteren Verlauf dieser Arbeit (siehe Abbildung 5, Seite 21 sowie Tabelle 7, Seite 75).

Das EFQM-Modell spiegelt den ganzheitlichen Ansatz von BGM wieder. Dies bezieht sich sowohl auf die Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen, als auch auf die Integration der Gesundheitsförderung in den betrieblichen und privaten Alltag sowie in das Management (Uhle und Treier, 2013). Die Luxemburger Deklaration zur BGF (EU-Kommission und ENWHP, 1997) hebt die Einbeziehung der gesamten Belegschaft in den Prozess als ein grundlegendes Qualitätsmerkmal hervor.

Aus den bereits angeführten Merkmalen sind folgende Faktoren zur Gestaltung gesundheitsgerechter Veränderungsprozesse hervorzuheben, da hier die Forschung besonders auf branchenspezifischer Ebene Lücken aufweist.

1.2.1 Relevanz von Evaluation und Monitoring

Um in Veränderungsprozessen Risiken erkennen und verhindern, Ergebnisse nachhaltig sowie Erfolge identifizieren und verankern zu können sind Evaluation und Monitoring eine Grundvoraussetzung, so das Ergebnis einer branchenübergreifenden Befragung von Change Managern (Capgemini, 2010).

Im Mittelpunkt des betrieblichen Vorgehens im Veränderungs- und Gesundheitsmanagement steht ein Lernzyklus, der eine Bedarfsanalyse und Zieldefinition, die Planung und Ausführung geeigneter Maßnahmen sowie die kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse umfasst. Evaluation und Monitoring von Aktivitäten, Partizipation der Mitarbeiter und Resultaten bilden hierbei die Grundlage für Prozesssteuerung, Qualitätsmanagement sowie letztendlich die kontinuierliche Weiterentwicklung der Interventionen (DIN, 2012; Capgemini, 2010; Muylaert et al., 2007). Obwohl Experten (Uhle und Treier, 2013; Kieselbach et al., 2009a; EU-Kommission und ENWHP, 1999) zu diesem Zweck ein kennzahlenbasiertes Gesundheitsmanagementsystem einfordern, fehlen für die Branche Finanzen und Versicherungen hierzu in der Literatur fundierte und öffentlich zugängliche Best-Practice-Beispiele, die sich ohne große Aufwände adaptieren lassen. Demnach gilt es im Vorfeld unter anderem die grundlegende Frage nach Anforderungen und Qualitätsstandards für ein entsprechendes Kennzahlensystem zu beantworten. Zudem mangelt es mit Ausnahme weniger Quellen an Vergleichsdaten für Benchmarkings. Die dargelegten Defizite gilt es auszugleichen, um gesundheitsgerechte Veränderungsprozesse zukünftig aktiv steuern und gestalten zu können.

1.2.2 Relevanz einer systematischen Analyse der Ausgangssituation

Auf die Frage nach den Faktoren für erfolgreiches Veränderungsmanagement hoben Change Manager die Analyse und das Verständnis von Situation und Umfeld als einen der beiden mit Abstand wichtigsten Punkte hervor (Capgemini, 2010). Dies verwundert nicht, stellt doch die Statuserfassung der Ausgangssituation ein wesentliches Qualitätsmerkmal für eine bedarfsgerechte Interventionsplanung und -durchführung dar. Zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Veränderungsprozessen gilt es die gesundheitliche Situation des Unternehmens mit seinen Beschäftigten systematisch zu erfassen (DIN, 2012; Muylaert et al., 2007). Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung fordert in seinen BGF-Qualitätskriterien zu diesem Zweck neben anderen Gesundheitsindikatoren, die subjektiv wahrgenommenen Beschwerden der Belegschaft sowie Berufskrankheiten zu erheben (BKK Bundesverband Europäisches Informationszentrum, 1999).

Während die Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeit (Absentismus) in der Branche Finanzen und Versicherungen in Deutschland bekannt sind (siehe oben), existieren bisher keinerlei branchenspezifische Studien zu Einschränkungen von anwesenden Mitarbeitern bei der Arbeit durch gesundheitliche Beschwerden (Präsentismus). Es besteht Bedarf diese Lücke durch eine Untersuchung zur Prävalenz und zum Zusammenhang der beiden Hauptbeschwerdebilder am Bildschirmarbeitsplatz, Rücken und Stress zu schließen und somit Vergleichsdaten für zukünftige Benchmarkings zu generieren.

1.2.3 Relevanz der Mobilisierung von Mitarbeitern im Stressmanagement

Mobilisierung und Commitment sicherzustellen steht bei Change Managern an erster Stelle der Ansätze für erfolgreiches Veränderungsmanagement. Dies schließt glaubwürdiges Commitment der obersten Führungsriege zum Veränderungsprozess, die Einbeziehung der Mitarbeiter sowie die Förderung der Identifikation mit dem Veränderungsprozess bzw. dem Unternehmen mit ein (Capgemini, 2010).

Um den von der Restrukturierung ausgehenden Gefährdungen für die Gesundheit der Beschäftigten entgegenzuwirken und psychischen Erkrankungen effektiv vorzubeugen empfiehlt die Literatur eine Kombination aus Interventionen auf der individuellen und organisatorischen Ebene. Dieser Ansatz verspricht zum einen den größten gesundheitlichen und ökonomischen Nutzen und sorgt zum anderen für eine höhere Nachhaltigkeit der Effekte (Sockoll et al., 2008).

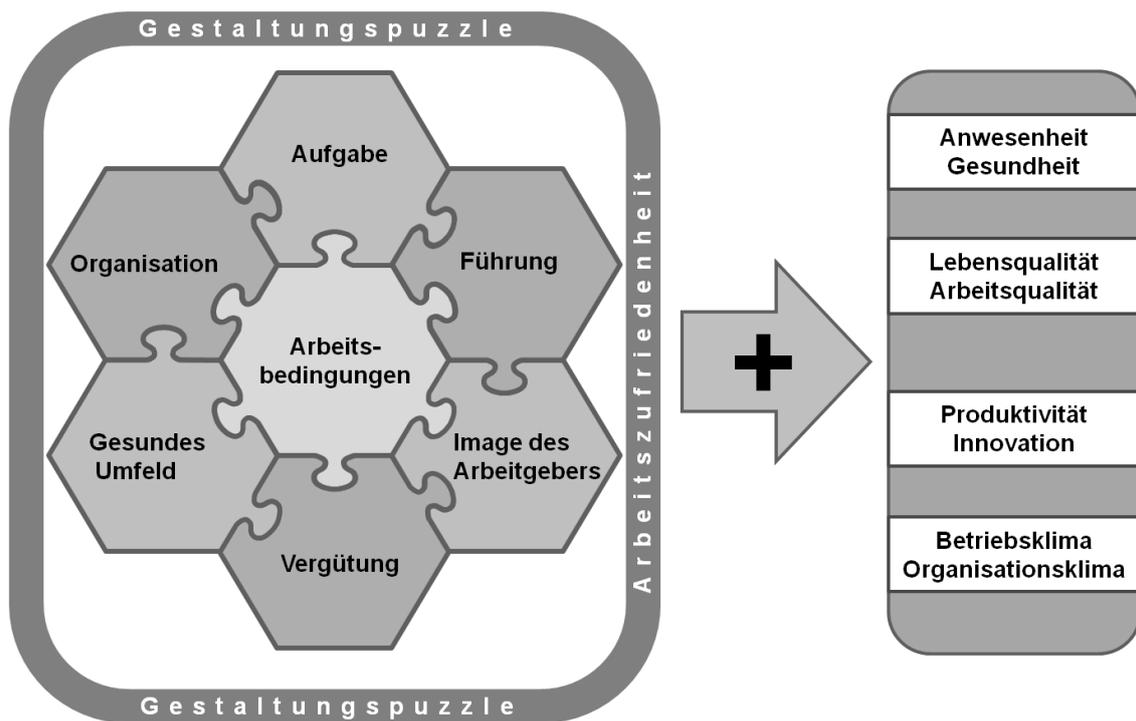
Doch gerade bei individuellen Interventionen im Betrieb im Bereich Stressmanagement stellt die Rekrutierung der Mitarbeiter die zentrale Herausforderung dar. Dunkel et al. (2009) haben dieses Phänomen unter anderem am Beispiel eines Finanzdienstleistungsunternehmens untersucht und festgestellt, dass die Beschäftigten speziell in diesem Handlungsfeld Angst vor Stigmatisierung haben. Trotz Bedarf werden demnach von den Mitarbeitern Angebote zur Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit ausgeschlagen und erreichen damit nicht die gewünschten Effekte. Hieraus leitet sich die Fragestellung nach geeigneten Strategien ab, um Mitarbeiter mit Bedarf zu erreichen und zu mobilisieren, eine Grundvoraussetzung für den Erfolg von Maßnahmen. Dunkel et al. (2009) fordern in diesem Zusammenhang sich mit der Motivlage und Wegen zur Einbindung der Mitarbeiter auseinanderzusetzen, sollen Möglichkeiten der Prävention psychischer Belastungen und Erkrankungen gefunden und betrieblich umgesetzt werden.

1.3 Studienfragen im Rahmen eines Veränderungsprozesses bei einem Versicherer

2005/2006 startete in einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung ein mehrstufiger umfassender Restrukturierungsprozess mit der Zielsetzung die Effektivität der Organisation zu steigern.

Ende 2008 wurde im Rahmen einer umfassenden Mitarbeiterbefragung Handlungsbedarf bei der Arbeitszufriedenheit erkennbar. Vor dem Hintergrund, dass durch Einführung eines neuen Bestandsführungssystems eine zusätzliche Beanspruchung der Mitarbeiter unmittelbar bevorstand war dies Anlass, im Frühjahr 2009 ein BGM-Projekt mit Change-Management-Charakter zu starten, mit dem Primärziel eine nachhaltige Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit herbeizuführen. Das Projekt sollte innerhalb eines Zeitraums von zunächst zweieinhalb Jahren erste Ergebnisse erzielen und endete mit der folgenden Mitarbeiterbefragung Ende 2011.

Abbildung 3: Modell Wirkungszusammenhänge von Arbeitszufriedenheit



Quelle: modifiziert nach Uhle und Treier (2011, 192)

Bewusst wurde die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit als primäres Projektziel fixiert, um über diesen Hebel einen Beitrag zur Verbesserung von Gesundheit, Wohlbefinden, Motivation und somit zur Produktivität der Mitarbeiter zu leisten. Die theoretische Grundlage hierfür liefert das Modell der Wirkungszusammenhänge von

Arbeitszufriedenheit (Uhle und Treier, 2011), welches in Abbildung 3 auf Seite 12 dargestellt ist. Dieses zeigt den Einfluss verschiedener Faktoren der Arbeitsgestaltung in Synergie auf die Arbeitszufriedenheit, deren Verbesserung wiederum positive Auswirkungen auf verschiedene Aspekte rund um Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Qualität nach sich zieht.

Eine ausführliche Beschreibung der Projektinhalte folgt in Abschnitt 2.1, Studie 1 (S1).

Das Projekt im Hause der Gothaer setzte auf ein bereits bestehendes BGM-Mehrkomponentenprogramm mit vorhandenen Strukturen auf, das nach ersten erfolgreichen Pilotprojekten (vgl. Burnus et al., 2008; Benner et al., 2007) für die Mitarbeiter installiert wurde. Allerdings fokussierte sich die Intervention im Vorfeld zum Großteil auf verhaltenspräventive Bewegungs- und Entspannungsmaßnahmen auf der Individualebene in Form von Kursen. Geringe Resonanz erzielte der vorausgegangene Versuch im Handlungsfeld Stressmanagement Seminarangebote für Mitarbeiter und Führung zu implementieren.

Auf dieser Ausgangsbasis ergaben sich für das BGM-Projekt folgende drei Fragestellungen mit übergeordneter wissenschaftlicher Relevanz:

1. Wie muss ein Steuerungsinstrument gestaltet werden, um Bedarfserhebung und Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement eines Versicherers zu gewährleisten?
2. Wie sieht die Ausprägung der beiden Hauptbeschwerdebilder Stress- und Rückenbeschwerden in der Belegschaft aus sowie die damit verbundenen Produktivitätsausfälle anwesender Mitarbeiter?
3. Wie lassen sich Mitarbeiter zur Teilnahme an Stressmanagement-Angeboten motivieren?

Diesen Fragestellungen wurde im genannten Kontext jeweils in Form einer der folgenden Studien nachgegangen, die in Publikationsform den Methodik- und Ergebnisteil bilden.

1. **Studie 1 (S1):** Entwicklung eines Instruments zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) eines Versicherungskonzerns.

2. **Studie 2 (S2):** Zusammenhang von Stressbefinden und Muskelverspannung am Bildschirmarbeitsplatz. Produktivitätseinbußen durch Präsentismus.

3. **Studie 3 (S3):** Feldvergleich von zwei Zugangskonzepten zur betrieblichen Mitarbeiterberatung mit dem Ziel der Stressintervention im Haus eines Versicherungskonzerns.

Der Einfachheit halber werden die Studien im Folgenden mit den Bezeichnungen S1, S2 und S3 abgekürzt. Die Reihenfolge der Studien ist bewusst umgekehrt zur Chronologie ihres Erscheinens gewählt. Dies liegt darin begründet, dass die zuletzt erschienene S1 das BGM-Projekt in Gänze beschreibt und mit den BGM-Systemindex-Vergleichswerten im Längsschnitt zu Projektbeginn und Projektende die Klammer um den Change-Management-Prozess bildet.

Mit der umfassenden Darstellung und Evaluation von gesundheitlichen Aspekten des Veränderungsprozesses will diese Arbeit einen Beitrag zur Beantwortung der aktuellen Forschungsfrage nach kompensierenden Faktoren in gelungenen Restrukturierungsprozessen leisten (Best-Practice-Begleitforschung), welche die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Köper und Richter, 2012) in ihrem Review stellt.

2 Methodik und Ergebnisse

2.1 Studie 1 (S1): Entwicklung eines Instruments zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) eines Versicherungskonzerns

Versicherungsmedizin 2014. 66(2): 79-87

Erstautor: Marco Burnus¹

Coautoren: Volkmar Benner^{1,2}

Larissa Becker³

Dirk Müller⁴

Stephanie Stock⁴

¹Gothaer Krankenversicherung AG, Gesundheit Betrieb und Leistung, Köln;

²MediExpert Gesellschaft für betriebliches Gesundheitsmanagement mbH;

³Gothaer Finanzholding AG, Konzernorganisation;

⁴Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Klinikum der Universität zu Köln

2.1.1 Zusammenfassung

Um die gesundheitsrelevanten Effekte eines Change-Management-Projekts in einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung nachhalten und Verbesserungspotential für Folgeaktivitäten zur Mitarbeitergesundheit identifizieren zu können, wurde ein unternehmensspezifisches Gesundheitscontrolling-Instrument mit Benchmarking entwickelt. Dieses orientiert sich an wissenschaftlichen Qualitätsstandards und bildet den organisationalen Gesundheitswert in Form eines Index (BGM-Systemindex) ab.

Das Instrument verdeutlicht in vier Teilindizes – Managementsystem, Maßnahmen, Gesundheit und Ausfall – Kausalzusammenhänge und ermöglicht so eine qualitative Betrachtung des betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems und seiner Effekte im Verlauf.

Die Ausgangslage für das Projekt bildet das Ergebnis einer Mitarbeiterbefragung, die bei der Arbeitszufriedenheit Handlungsbedarf aufzeigte. Dies nahm die Geschäftsleitung zum Anlass, ein ganzheitliches Change-Management-Projekt zu starten. Dieses wies etliche Schnittstellen zum BGM auf, so dass hier konsequent und evaluierbar eingegriffen werden konnte. Das Ziel lautete, innerhalb von drei Jahren bis zur nächsten Mitarbeiterbefragung erste positive Ergebnisse zu erzielen.

Insgesamt kann das Projekt als Erfolg eingestuft werden, da das primäre Projektziel „Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit“ im Projektzeitraum deutlich erreicht wurde. Der BGM-Systemindex hat sich zudem beim umfassenden Monitoring von Mitarbeitergesundheit bewährt. So konnte eine Optimierung der gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen nachgewiesen werden, daneben die Verbesserung von Qualität, Akzeptanz und Effizienz der Interventionsmaßnahmen sowie auf der Ergebnisseite eine positive Entwicklung der gesundheitlichen Früh- und Spätindikatoren. Damit hebt das Projekt sich positiv von der Literatur ab, in der bei unzureichendem oder fehlerhaftem Change-Management von einer deutlichen Verschlechterung der im Fokus stehenden weichen und harten Kennzahlen berichtet wird. Das entwickelte Instrument soll zukünftig weiterhin zum Einsatz kommen.

2.1.2 Einleitung

Die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert befindet sich in einer Phase stetigen Wandels. Die vom Markt vorgegebene Veränderungsgeschwindigkeit nimmt zu. Dies erfordert von Unternehmen, sich häufiger, schneller und umfassender zu restrukturieren als jemals zuvor (BCG, 2012). Restrukturierungsprozesse gehören heute zum alltäglichen Geschäft in Unternehmen. Es handelt sich dabei in der Regel um komplexe Prozesse, die neben wirtschaftlichen Herausforderungen auch umfassende organisatorische Veränderungen und Auswirkungen auf das soziale Miteinander mit sich bringen. In Abhängigkeit von der Planung und Gestaltung des Veränderungsprozesses bieten Umstrukturierungen zum einen Chancen und bergen zum anderen Risiken für Betriebe und deren Beschäftigte (IGA, 2012).

Ein Review der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Köper und Richter, 2012) kommt auf der Risikoseite zu dem Ergebnis, dass Restrukturierungen eine Quelle von Arbeitsverdichtung und erhöhtem Stress darstellen, was Motivation, Zufriedenheit und längerfristig auch die Gesundheit der Beschäftigten beeinträchtigen kann. Auf der anderen Seite können optimierte Arbeitsprozesse durch positive Veränderungen von Arbeitsbedingungen und -aufgaben individuell als bereichernde Chance

erlebt werden und so einen positiven Gesundheitseinfluss nach sich ziehen (IGA, 2012). Es stellt demnach eine zentrale Herausforderung dar, Veränderungsprozesse so zu gestalten, dass Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten erhalten bleiben.

Um Restrukturierungsprozesse gesundheitsförderlich oder zumindest gesundheits-schützend zu gestalten, empfiehlt die europäische Expertengruppe zu „health in restructuring/HIRES“ (Kieselbach et al., 2009) transparente und faire Entscheidungsprozesse sowie soziale Unterstützung der Beschäftigten. HIREs regt an, dem betrieblichen Gesundheitsschutz sowohl während als auch nach einer Restrukturierung eine größere Rolle einzuräumen und neben Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung eine Risikoabschätzung („Monitoring und Evaluation“) durchzuführen.

Daraus ergibt sich die Frage nach Qualitätsanforderungen an gesundheitsförderliche Veränderungsprozesse im Allgemeinen sowie Risikokriterien und Kennzahlen zur Prozesssteuerung und Erfolgskontrolle im Speziellen. Gemäß Definition ist Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) die Gestaltung, Lenkung und Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, um Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz gesundheitsförderlich zu gestalten. Sie sollen den Beschäftigten und dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen (vgl. Weinreich und Weigl, 2011; Malik, 2007; Badura, 1999). Diesen ganzheitlichen BGM-Ansatz verfolgte bereits das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) als es in den Jahren 1997 bis 1999 Qualitätsanforderungen für betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen erarbeitete (BKK, 1999). Die weitere Ausgestaltung der Qualitätskriterien mündete in einem Normungsverfahren, welches zur DIN Spec 91020 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (DIN, 2012) führte.

Um für Unternehmen einen Quantensprung in der Steuerung und Qualitätssicherung im BGM zu erzielen, bedarf es laut Uhle und Treier (2011) einer erweiterten Strategie: Das integrative Konzept der Gesundheitsscores, welches sich auf eine Kombination aus qualitativen und quantitativen, harten und weichen Kennzahlen stützt. Durch die Auswahl geeigneter Themenfelder für die Gesundheitsanalyse und inhaltlich passender Zielkriterien resultieren aus Gesundheitsscores direkte Gestaltungshinweise.

Diese Feldstudie stellt die Entwicklung eines Instruments zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im BGM der Gothaer Krankenversicherung AG dar. 2008 wurde in einem operativen Bereich im Rahmen einer umfassenden Mitarbeiterbefragung Handlungsbedarf bei der Arbeitszufriedenheit erkennbar. Dies war der Anlass für die Ge-

schäftsleitung im Frühjahr 2009 ein ganzheitliches BGM-Projekt mit Change-Management-Charakter zu starten, das bis zur nächsten Mitarbeiterbefragung 2011 erste positive Ergebnisse erzielen sollte. Um die Effekte des Projekts nachhalten und gegebenenfalls Verbesserungsbedarf für Folgeaktivitäten identifizieren zu können, wurde in diesem Rahmen ein unternehmensspezifisches Gesundheitscontrolling entwickelt. Dieses sollte laut Vorgaben...

1. zum angestrebten Zweck die wichtigsten gesundheits- und systemrelevanten betrieblichen Kennzahlen auf einen Blick („one page only“) in Form eines Index abbilden
2. sich an gängigen Qualitätsstandards orientieren
3. möglichst Datensysteme verwenden, die im Unternehmen vorliegen, um keine großen Extraaufwände und Datenfriedhöfe zu produzieren.

Mit der umfassenden Darstellung und Evaluation des Restrukturierungsprozesses will diese Studie zudem einen Beitrag zur Beantwortung der aktuellen Forschungsfrage „Was zeichnet gelungene Transition aus (Best-Practice-Begleitforschung) bzw. was sind die Faktoren für das Scheitern von Restrukturierungsbemühungen?“ leisten, welche die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin formulierte (Köper und Richter, 2012, 8).

2.1.3 Methodik bei der Entwicklung des Instruments

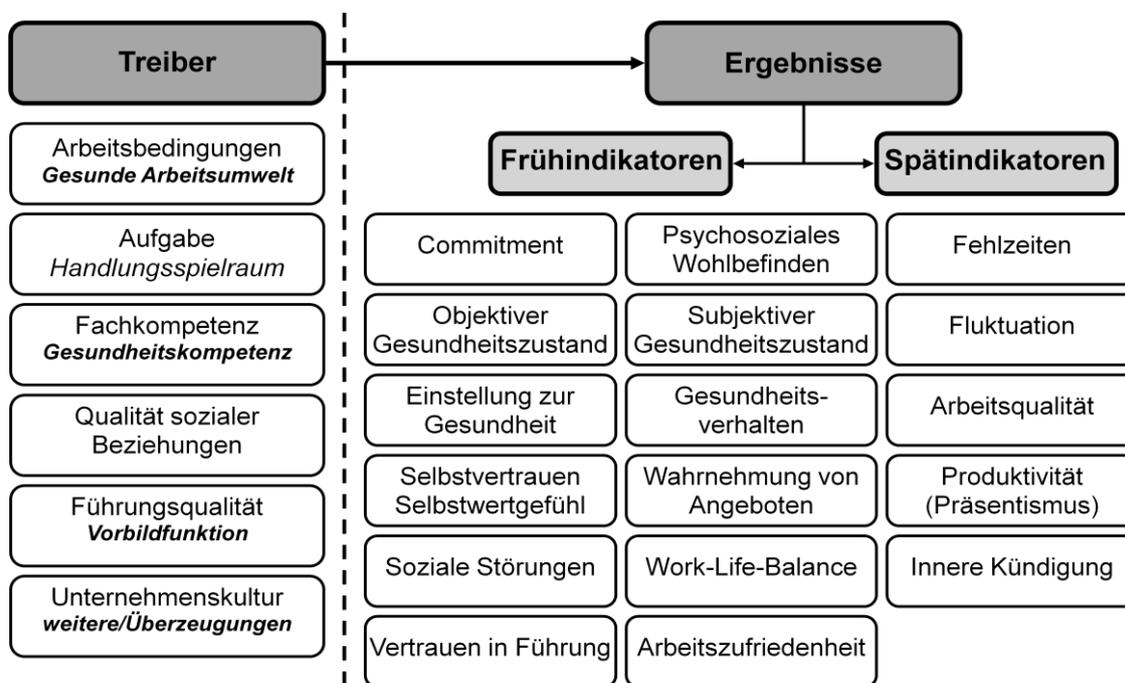
Gemäß Badura (2004) besteht zwischen Total-Quality-Management (TQM) und Betrieblichem Gesundheitsmanagement eine „Wahlverwandtschaft“. Diese liegt sowohl in konzeptionellen Gemeinsamkeiten, als auch in Gemeinsamkeiten in der Methodik bzw. dem Vorgehen begründet. Aus diesem Grund empfiehlt sich das Ende der achtziger Jahre von der European Foundation for Quality Management (EFQM) entwickelte, europäische TQM-Umsetzungsmodell „EFQM-Modell“ als normative Rahmung für das geplante Steuerungsinstrument. Dieses Qualitätsmanagement-System ist ganzheitlich ausgerichtet und berücksichtigt neben Ergebniskriterien auch Befähigerkriterien (Voraussetzungen), die jeweils hälftig gewichtet zum Gesamtergebnis beitragen. Es reflektiert damit die Mittel und Wege zum Erfolg bzw. zur anvisierten Exzellenz (Uhle und Treier, 2011).

Die ersten Adaptionen des EFQM-Modells im Bereich BGM (vgl. Zink et al., 2008 und BKK Bundesverband Europäisches Informationszentrum, 1999) beurteilt Walter (2007,

58) insgesamt positiv. Allerdings „bleibt anzumerken, dass es sich bei den von AOK und BKK vorgeschlagenen Modellen um allgemeine Qualitätsmodelle zur Organisationsentwicklung handelt, die keine klare Konzeption von Gesundheit und ihren Einflussgrößen erkennen lassen. Darüber hinaus weisen die Modelle eine relativ komplizierte Systematik auf, die in der Umsetzung und Bewertung für Unternehmen (und Krankenkassen) zeitlich und organisatorisch aufwändig erscheint, und sie bieten wenig Handwerkszeug für das konkrete Vorgehen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit.“

Diese Kritikpunkte galt es bei der Entwicklung des Steuerungsinstruments der Gothaer zu beseitigen, sollen die in Abschnitt 2.1.2 aufgelisteten Vorgaben erfüllt werden.

Abbildung 4: Das Treiberfaktoren- und Indikatoren-Modell als zentrale Ausgangsbasis zur Auswahl geeigneter Inhaltsfelder für den BGM-Systemindex



Quelle: Uhle und Treier (2011)

Eine Konzeption von Gesundheit und ihren Einflussgrößen bietet das Treiberfaktoren- und Indikatoren-Modell (siehe Abbildung 4 nach Uhle und Treier, 2011, 190; vgl. Badura et al., 2008). Die Kausalsequenz dieses Modells beschreiben Uhle und Treier (2011) in Anlehnung an Craes und Mezger (2001): Arbeits- und Organisationsbedingungen (Treiber) → Gesundheitszustand (Früh- und Spätindikatoren) → Arbeitsverhalten (Spätindikatoren). Die im Modell dargestellten Themenfelder wurden in vielen Metaanalysen eindeutig als relevante Inhaltsfelder des BGM identifiziert; ihre

Wechselwirkung ist empirisch fundiert (Uhle und Treier, 2011). Aus diesem Grund wird das Modell als zentrale Ausgangsbasis zur Auswahl geeigneter Inhaltsfelder und Kennzahlen herangezogen.

Da sich inhaltliche Schwerpunkte sowie kulturelle Besonderheiten von Unternehmen stark unterscheiden, kann es für ein betriebliches Managementsystem laut Zink et al. (2008) kein standardisiertes Konzept geben. Vielmehr muss ein solches Managementsystem auf die individuellen Bedürfnisse und Rahmenbedingungen einer Organisation und ihrer Mitarbeiter zugeschnitten werden.

Zur Erfassung des organisationalen Gesundheitswerts in Form eines Index empfehlen Uhle und Treier (2011) die Summe aus ausgewählten Gesundheitsscores zu bilden. Diese Scores müssen standardisiert erfasst und mit einem festen Algorithmus im Sinne des Controllings errechnet werden. Sie empfehlen, die Scores auf dem Wertebereich von 1 bis 100 zu transformieren, damit sie später in der Gesundheits-Scorecard optimal balanciert (Gewichtungen betreffend) und bilanziert werden können.

Um die Daten zu einem Index verrechnen zu können, bieten sich laut Zink et al. (2008) mehrere Möglichkeiten an: Hält man alle Variablen a priori für gleich bedeutsam für bestimmte Zielgrößen, wie z.B. die Gesundheit der Mitarbeiter, so kann man diese gleichgewichtig in den Index eingehen lassen. Ein alternatives Vorgehen besteht darin, die Gewichtung aus Expertensicht oder aus der Perspektive der Leitlinien zu bestimmen (vgl. Uhle und Treier, 2011).

Als Vorlage für das zu entwickelnde Instrument wurde das von Weber (2011) vorgestellte Modell der „Gesundheits-Scorecard aus vorhandenen Daten & Betriebsklimauntersuchungen“ herangezogen. Dieses Modell bildet gesundheitsrelevante Ergebnisse im Betrieb in mehreren Teilindizes ab. Durch den Abgleich von Ist-Werten mit vorgegebenen Soll-Werten (Benchmarks) nimmt das Instrument verschiedene Funktionen wahr. Zum einen lassen sich auf diese Weise kurz- bis mittelfristige Ziele für das BGM konkret fest- und fortschreiben sowie ihre Zielerreichung im Sinne eines Monitorings nachhalten (Längsschnittanalysen). Zum anderen führt es qualitätsrelevante Evaluationsdaten zusammen, die es den Gesundheitsverantwortlichen im Unternehmen ermöglichen, das Interventionsprogramm im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) zu optimieren.

Was im Modell nach Weber (2011) jedoch fehlt, sind die Befähigerkriterien zur Erfassung der gesundheitlichen Verhältnisse von Arbeit und Organisation im Betrieb. Um

Qualität und Effektivität eines integrierten BGM-Managementsystems erfassen zu können, gilt es das Modell in Anlehnung an das EFQM-Modell um die Befähigerkriterien zu erweitern und die Gewichtung anzupassen (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Gothaer BGM-Systemindex als erweitertes Modell der Gesundheits-Scorecard mit unternehmensspezifischen Kennzahlen und Gewichtung in Anlehnung an das EFQM-Modell

Modell-ebene		BGM-Systemindex Gewichtung Teilindizes in Anlehnung an EFQM-Modell	Kennzahlen (1. Ebene)
Erweiterung gemäß EFQM-Modell	Befähigerkriterien (Voraussetzungen)	Managementsystem	Führung
		50%	Strategie und Planung
			Ressourcen
			Mitarbeiterorientierung Betr. G.-System & Prozesse
Modell Gesundheits-Scorecard (modifiziert nach Weber 2011)	Ergebniskriterien	BGF-Maßnahmen	Maßnahmenumsetzungsquote
		10%	Zertifizierungsquote Trainer
			Teilnahmequote
			Teilnehmerzufriedenheit
			Transferquote Berufsalltag
		Gesundheit	Mitarbeiterzufriedenheit
		25%	Führungsverhalten
			Entwicklungsmöglichkeiten
			Arbeitsplatzsicherheit
			Kommunikation
			Commitment
			Leistungsbereitschaft
	Ausfall	Fluktuationsquote	
	15%	Fehlzeitenquote	
		Produktivität	
	100%		

Quelle: eigene Darstellung

2.1.4 Studiendesign zur Verbesserung von Mitarbeiterzufriedenheit und -gesundheit

In einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung mit 401 Mitarbeitern, davon 68,8 % Frauen und 31,2 % Männer mit einem Durchschnittsalter von 41,1 Jahren (Stand Projektstart), ließ eine Mitarbeiterbefragung Ende 2008 im Konzernvergleich

(Kerngesellschaften mit 3.225 Mitarbeiter, Durchschnittsalter 44,4 Jahre) Handlungsbedarf bezüglich der Arbeitszufriedenheit erkennen. Vor dem Hintergrund, dass durch Einführung eines neuen Bestandsführungssystems eine zusätzliche Beanspruchung der Mitarbeiter unmittelbar bevorstand, war dies Anlass, im Frühjahr 2009 ein Projekt mit dem Primärziel nachhaltiger Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit zu starten. In dem Bewusstsein, dass dies nur über eine Weiterentwicklung der Unternehmenskultur und der zielgerichteten Implementierung von BGM-Maßnahmen realisierbar sein würde, setzten die Verantwortlichen auf ein ganzheitlich orientiertes Change-Management. Ganz bewusst strebt man eine ganzheitliche Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Mitarbeiter/Innen an, stellt Becker (2011, 122) in ihrer ausführlichen Projektbeschreibung klar und ergänzt dies mit Maßnahmen zum Stressmanagement und zur gesunden Führung. Es folgt eine komprimierte Kurzbeschreibung des Projekts mit Kernpunkten und Eckdaten.

Frühzeitig wurden neben den Führungskräften der Personalbereich in das Projekt eingebunden, der maßgeblich bei der Planung, Steuerung und Umsetzung unterstützte, zudem waren Vertreter des Betriebsrats involviert, der Arbeitsmedizinische Dienst sowie der konzerninterne Gesundheitsdienstleister MediExpert.

Im ersten Schritt erfolgte die Ursachenforschung unter Einbeziehung aller Beschäftigten in Form von Qualitäts-/Gesundheitszirkeln auf Gruppenebene. Hierbei ergaben sich mehr als 260 Rückmeldungen, die nach Konsolidierung in 84 konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen mündeten. Weitere Ansätze, in erster Linie zur Verbesserung von Strukturen, Arbeitsabläufen und Prozessen, kamen aus einer eigens gebildeten „Taskforce“ der Betriebsorganisation sowie dem Kreis der Führungskräfte. „Anhand ihres Bezugsbereichs wurden die Vorschläge einzelnen Gruppen, Abteilungen oder dem gesamten Bereich zugeordnet und dorthin zur Bearbeitung delegiert. Das Gesamtprojekt konnte sich damit neben der Steuerung des Maßnahmenportfolios den übergreifenden Vorschlägen widmen, die mehrere Abteilungen oder den gesamten Bereich betrafen. Parallel hierzu wurden die Handlungsbedarfe inhaltlich geclustert, woraus sich fünf zentrale Handlungsfelder ergaben: Kommunikation, Organisation, Arbeitsmittel, Führung sowie Mitarbeiter/Innen.“ (Becker, 2011)

Als eine der ersten Maßnahmen erfolgte die Gleichstellung der Mitarbeiterzufriedenheit mit den drei bisher für die strategische Steuerung relevanten ökonomischen Orientierungsgrößen Ertrag, Produktivität und Service.

Die Handlungsbedarfe in den zentralen Handlungsfeldern stellten sich wie folgt dar:

So beinhaltete das **Handlungsfeld Kommunikation** beispielsweise diverse Strategien und Maßnahmen zur Beseitigung der typischen Stressfaktoren: Intransparenz und Informationsmangel. Neben der Optimierung des Kommunikationsflusses mit Hilfe der bestehenden Instrumente (bspw. durch den Einsatz benutzerfreundlicher Grafiken und dem bewussten Verzicht auf Fremdwörter) wurden neue etabliert. Exemplarisch sei an dieser Stelle die Schaffung eines neuen Informationsmagazins zur Vermittlung übergreifender Informationen genannt, das alle zwei bis drei Monate erscheint. Die Führung setzte dabei auf allen Ebenen auf mehr Offenheit, Klarheit und Partizipation und strebte so eine neue Kommunikationskultur an.

Im **Handlungsfeld Organisation** wurden Steuerungskreise etabliert, die sich nach inhaltlichen Schwerpunkten untergliederten während und über den Projektzeitraum hinaus mit der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse (KVP) befassen. Hierbei standen Prozessoptimierungen zur Arbeitsentlastung im Fokus, die nach Abschluss der Analysephase angegangen wurden. Die Bearbeitung eines großen Anteils der im Rahmen der Qualitäts-/Gesundheitszirkel gesammelten Vorschläge erfolgte auf Ebene der Steuerungskreise.

Im **Handlungsfeld Arbeitsmittel** bestand ein wichtiges Ziel darin die Arbeitsbedingungen zu optimieren. Hier wurde beispielsweise die Stabilität der genutzten Systeme (Drucker, Fax, etc.) verbessert, modernere, ergonomische Arbeitsausstattung (Stühle, Bildschirme etc.) angeschafft und im Rahmen eines Ergo-Coachings, bei dem Fachkräfte von Büro zu Büro gingen, individuell nach ergonomischen Gesichtspunkten angepasst. Bei medizinischer Notwendigkeit erfolgte die Einbindung der Arbeitsmedizin.

Die Zielsetzung im **Handlungsfeld Führung** bestand darin, die Führungskräfte zur Unterstützung ihrer Mitarbeiter in belastenden Arbeitssituationen zu befähigen. Hierzu diente zum einen das verpflichtende Training „Gesunde Führung“, zum anderen ein Tagesseminar zur Identifikation und zum Umgang mit stressbelasteten Mitarbeitern. Ein Projekt „Wertschätzung“ sollte einen Wandel der Führungskultur anstoßen.

Zum Ausbau der Präventionsangebote im Themengebiet Stress- und Gesundheitsmanagement kam es im **Handlungsfeld Mitarbeiter/Innen**. Die bereits vor dem Projekt etablierten Angebote, wie beispielsweise Rückenfitness- und Entspannungskurse im Unternehmen sowie Betriebssport, wurden dabei um mehrere Unterstützungsmaßnahmen zur Stressbewältigung erweitert. So auch ein Angebot „Stress-Blitz“, in dessen

Rahmen ein Stress-Coach die Mitarbeiter in ihren Büros aufsuchte und einfache Übungen zum Innehalten und Auftanken vermittelte. Neben dieser Sofort-Hilfe fungierte der Coach als „Türöffner“ für intensivere Folgemaßnahmen, wie Stressbewältigungsseminare und individuelle Stress-Coachings. Auch hier bestand eine Schnittstelle zur Arbeitsmedizin. Das speziell für dieses Projekt entwickelte Konzept und die mit seiner Hilfe erzielten Ergebnisse stellten Burnus et al. (2012a) in einem separaten Fachartikel vor (siehe Abschnitt 2.3). Geschlossenen Gruppen stand bei Bedarf zur Verbesserung der Zusammenarbeit zudem die Teamentwicklungsmaßnahme „Starkes Team – auch im Stress“ offen.

2.1.5 Definition der wesentlichen Teilindizes im BGM-Systemindex

Allen Beteiligten war klar, dass die Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit nur durch langfristige und nachhaltige Anstrengung erreicht werden kann. Daher wurden Steuerungsinstrumente etabliert, um den Fortschritt zu messen und die Nachhaltigkeit des Projekts zu sichern (Becker 2011, 126).

Hierzu diente im Projektgeschäft zum einen ein monatlicher Statusbericht, der sämtliche Maßnahmen beinhaltete und sowohl Führungskräften als auch der Mitarbeitervertretung offen stand. Zum anderen wurde quartalsweise mit Hilfe einer Online-Mitarbeiterbefragung (Voting), die Wirkung der umgesetzten Maßnahmen gemessen. Des Weiteren erfolgte jeweils im Anschluss an einzelne Maßnahmen eine Qualitätsbewertung durch die Teilnehmer.

Um die übergeordnete Entwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems in seiner Gesamtheit, den damit verbundenen Zusammenhängen und letztendlich des Projekterfolges nachhalten zu können, fiel der Entschluss zur Entwicklung des spezifischen Controlling-Instruments.

Nach Abschluss der in Abschnitt 2.1.3 dargestellten Überlegungen auf der Modellenebene galt es diese theoretischen Ansätze in die Praxis zu übertragen und das Instrument an die Spezifika der Organisation zu adaptieren. Hierfür mussten geeignete Datensysteme und gesundheitssystemrelevante Kennzahlen im Unternehmen identifiziert werden. Gemäß Vorgaben (siehe Abschnitt 2.1.2) griff man hierbei soweit wie möglich auf vorliegende und bekannte Erhebungsverfahren zurück.

Abbildung 5 auf Seite 21 zeigt die oberste Ebene (Ebene 1) des Instruments mit seinen vier Teilindizes sowie der an das EFQM-Modell angelehnten Gewichtung. Welche Überlegungen, Fragestellungen und Zielwerte den einzelnen Kennzahlen zugrunde gelegt wurden, wird im Folgenden für jeden Teilindex einzeln dargestellt.

Teilindex Managementsystem

Die Beurteilung der im Teilindex Managementsystem dargestellten Befähigerkriterien erfolgte über eine qualitative Selbstbewertung im Rahmen eines internen Audits. Dieser Prozess ist im Unternehmen bereits durch die regelmäßige Teilnahme an externen Zertifizierungen und Audits im BGM (Move Europe/BKK Bundesverband, Corporate Health Award/EuPD Research) etabliert. Um die Qualitätskriterien für die fünf Kennzahlen auf der obersten Ebene (Ebene 1) „Führung“, „Strategie und Planung“, „Ressourcen“, „Mitarbeiterorientierung“ und „Betriebliches Gesundheitssystem & Prozesse“ zu definieren, wurden die gängigen Qualitätsstandards im BGM (DIN, 2012; EuPD, 2012; Muylaert et al., 2007; BKK, 1999) von den Autoren im Rahmen eines Review erhoben, die Kriterien mit den meisten Übereinstimmungen zusammengefasst und die dazugehörigen Fragestellungen auf der Ebene 2 formuliert. Die Einschätzung der Qualitätsausprägung erfolgte mittels einer fünfstufigen Antwortskala (0-25-50-75-100 %) in Anlehnung an den BKK Bundesverband (2011). Die Bewertungsaspekte gehen dabei stufenweise von „keine Maßnahmen“ (Erfüllungsgrad 0 %) bis hin zu einer „vollständigen Umsetzung“ (100 %), die sich durch uneingeschränkten Zugang und/oder Relevanz für alle Mitarbeiter sowie die kontinuierliche Umsetzung bei stetiger Verbesserung, unter Beteiligung der Beschäftigten, auszeichnet. Am internen Audit waren Führungskräfte, Experten des Gesundheitsmanagements und Mitarbeiter beteiligt. Als Ziel-/Sollwert wurde die anvisierte Exzellenz (100 %) festgelegt.

Zur Bewertung des Zielerfüllungsgrads zum Zeitpunkt des Projektstarts, Anfang 2009 (t0) wurden die Zertifizierungsunterlagen der Kampagne „Move Europe“ („Best-Practice-Fragebogen“ des BKK Bundesverbands) aus dem betreffenden Jahr herangezogen und im Rahmen eines retrospektiven Audits vervollständigt. Zudem erfolgte die Festlegung, Begründung und Dokumentation der Zielerfüllungsgrade zum Zeitpunkt Projektende (t1), Ende 2011. Die Gewichtung der Kennzahlen im Index auf Ebene 1 richtet sich nach dem EFQM-Modell. Auf Ebene 2 wurden die der Bewertung zugrunde liegenden Fragestellungen jeweils gleichgewichtet. So flossen beispielsweise die fünf Qualitätskriterien zur Kennzahl „Führung“ jeweils zu 20 % in die Bewertung ein.

Teilindex Maßnahmen

Evaluationsdaten zu den in den fünf Handlungsfeldern durchgeführten Maßnahmen werden in diesem Teilindex zusammengeführt und erlauben eine qualitative und quantitative Bewertung der Intervention. Auf Ebene 1 wurden als Quantitäts- und Qualitätsmerkmale die Kennzahlen „Maßnahmenumsetzungsquote“, „Zertifizierungsquote Trainer“, „Teilnahmequote“, „Teilnehmerzufriedenheit“ und „Transferquote Berufsalltag“ festgelegt. Diese Kennzahlen sind relevant für den Erfolg von Interventionsmaßnahmen, wie Hüttscher (2012) in ihrem Review darlegt.

Die Gewinnung der Daten erfolgte zum einen aus der Projektmanagementstatistik, bspw. Anzahl geplanter und umgesetzter Maßnahmen, Anzahl der durch die GKV nach §20 SGB V zertifizierten Trainer sowie Teilnehmerzahlen, zum anderen aus Teilnehmerbefragungen (Zufriedenheit und Transfer).

Die Kennzahlen auf der obersten Ebene (Ebene 1) setzt sich gleich gewichtet aus den Zielerfüllungsgraden in den fünf genannten Handlungsfeldern (siehe Abschnitt 2.1.4) zusammen. Diese Kennzahlen wiederum ergeben sich für Teilnahmequote, Teilnehmerzufriedenheit und Transferquote Berufsalltag aus den Zielerfüllungsgraden der jeweiligen Einzelmaßnahmen (Ebene 3). So werden beispielsweise die Teilnahmequoten von Einzelmaßnahmen (Stress-Coaching, Stressbewältigungsseminar etc.) auf Ebene 3 des Instruments mit spezifischen BGF-Benchmarks aus deutschen Unternehmen abgeglichen (EuPD, 2011 und 2010) und auf Ebene 2 zu einer Teilnahmequote für jedes Handlungsfeld aggregiert (bspw. „Teilnahmequote Mitarbeiter/Innen“).

Die Zielwerte für Maßnahmenumsetzungsquote und Zertifizierungsquote Trainer wurden dabei auf 100 % festgelegt. Für die Kennzahlen Teilnehmerzufriedenheit und Transferquote Berufsalltag wurde in Abstimmung mit den Projektverantwortlichen jeweils ein Zielwert von ≥ 90 % festgelegt.

Teilindex Gesundheit

Die Daten zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden entstammen der umfassenden Mitarbeiterbefragung, die standardisiert alle drei Jahre im Gothaer Konzern durchgeführt wird. Die Befragungen Ende 2008 (t0) sowie Ende 2011 (t1) bilden die Klammer für das dargestellte Projekt. Bei einer Beteiligungsquote im beobachteten Bereich von 55 % (2008) und 72 % (2011), gegenüber 67 % (2008) und 74 % (2011) im Konzern, kann von einem repräsentativen Ergebnis ausgegangen werden.

Die aus der rund 100 Items umfassenden Befragung ausgewählten bzw. verdichteten weichen Kennzahlen stellen Frühindikatoren dar, die in direktem Bezug zur Projektziel-

erreichung stehen. Hüttscher (2012) hat in Ihrem Review die Wirkungszusammenhänge der ausgewählten Kennzahlen aufgezeigt. Als Benchmarks (Soll-Wert) zu den Befragungsergebnissen in besagtem operativem Bereich bieten sich die Konzernergebnisse an, wie in der Auswertung standardmäßig vorgesehen.

Bei der Gewichtung der Kennzahlen im Teilindex wurde der Mitarbeiterzufriedenheit von den Experten besondere Bedeutung beigemessen (siehe Tabelle 1, Seite 29). Dies liegt zum einen darin begründet, dass die nachhaltige Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit das primäre Projektziel darstellt, zum anderen ist dies der nachgewiesenermaßen sehr starken Korrelation zwischen der Mitarbeiterzufriedenheit und mentaler sowie physischer Gesundheit geschuldet (Faragher et al., 2005).

Teilindex Ausfall

Die ökonomischen Kennzahlen und Spätindikatoren „Fluktuation“ (arbeitnehmergetrieben), „Fehlzeiten“ und „Produktivität“ werden im Ausfallindex dargestellt. Wie im Teilindex Maßnahmen bildet der Mittelwert der Jahreskennzahlen aus 2006-2008 den Vergleichswert (t0) zum Mittelwert aus den Projektjahren 2009-2011 (t1). Während so bei der Kennzahl Produktivität verfahren wurde, standen für Fehlzeiten und Fluktuation auf Grund einer IT-Systemumstellung im Personalcontrolling im Jahre 2007 nur vergleichbare Daten des Jahres 2008 ohne zusätzlichen Aufwand (siehe Vorgabe) zur Verfügung. Demnach wurde in diesen beiden Fällen der 2008er Wert zum Vergleich herangezogen.

Als Soll-Werte für Fehlzeiten und Fluktuation wurden die Benchmarks der Gothaer Kerngesellschaften (z.B. Sachversicherung, Lebensversicherung, Krankenversicherung) definiert. Dieses Vorgehen ermöglicht den Abgleich der Interventionsgruppe mit dem Gesamtergebnis der Kerngesellschaften als Vergleichswert. Da diese in der Gothaer ähnlichen Verhältnissen unterliegen und sich von den demografischen Strukturen und Arbeitsbedingungen her weitestgehend decken, kann dies Hinweise auf Interventionseffekte geben.

Die Kennzahl Produktivität ist hingegen auf Grund unterschiedlicher Tätigkeiten und systemischer Unterstützung über Gesellschaftsgrenzen hinaus nur schwer vergleichbar. Deshalb wurde der Sollwert sowohl für t0 als auch für t1 wie folgt definiert: Wenn der Zeitaufwand, der laut Personalbedarfsrechnung zur Erledigung der Geschäftsvorgänge notwendig ist, der eingesetzten (anwesenden) Kapazität entspricht, liegt die Produktivität bei 100 %.

Bei der Gewichtung der Kennzahlen im Teilindex wurde der Fehlzeitenentwicklung von den Experten eine wichtigere Rolle zugewiesen als der Fluktuation (siehe Tabelle 1, Seite 29), die bei der Gothaer Krankenversicherung traditionell eher niedrig ist. Die Produktivität wurde dazwischen angesiedelt.

2.1.6 Ergebnisse

Das Gesamtergebnis weist im Projektverlauf eine deutliche Verbesserung auf. Der BGM-Systemindex des operativen Bereichs steigt um 19 Prozentpunkte von 72,20 % auf 91,35 % an (siehe Tabelle 1, Seite 29). Dies liegt in der positiven Entwicklung in allen vier Teilindizes begründet.

Beim **Teilindex Managementsystem** spiegelt sich diese deutliche Steigerung im Projektverlauf in allen Kennzahlen der Ebene 1 wider.

Bei der Kennzahl „Führung“ lässt sich dieser Qualitätsanstieg beispielsweise an dem nachhaltigen Bekenntnis der obersten Führung zu den Zielen des BGM festmachen, die sich zum einen in der Aufnahme der Mitarbeiterzufriedenheit in die operationalen Steuerungsgrößen darstellt und zum anderen in regelmäßigen mündlichen und schriftlichen Bekräftigungen ausdrücken. Mitarbeiterzufriedenheit und -gesundheit wurden als förderungswerte Unternehmensressource in der Personalstrategie und als Führungsaufgabe verankert sowie in den Zielvereinbarungen aller Führungskräfte fixiert. Die Befähigung, ihre Zielerreichung aktiv angehen zu können, erhielten alle Führungskräfte durch die verpflichtenden Trainings- und Schulungsmaßnahmen. Die strukturelle Verbesserung des BGM-Managementsystems setzt sich bei Strategie und Planung, der Bereitstellung von Ressourcen, Mitarbeiterorientierung sowie dem Betrieblichen Gesundheitssystem & Prozesse fort. An der einen oder anderen Stelle bleibt jedoch zum Zeitpunkt t1 der letzte Schritt zur Exzellenz (100 %) offen. So müsste beispielsweise zur Nachjustierung von Gesundheitsaspekten in Zielvereinbarungen im letzten Schritt ein systematischer KVP definiert und fixiert werden.

Tabelle 1: Zielerreichungsgrad BGM-Systemindex im Projektverlauf: Projektbeginn (t0) vs. Projektende (t1)

BGM-Systemindex Gewichtung Teilindizes in Anlehnung an EFQM-Modell	Kennzahlen (1. Ebene)	Gewichtung im Index (1. Ebene) in %	Ziel- errei- chung 2008 (1=100%)	Erreichte Punktzahl "Index 2008"	Ziel- errei- chung 2011 (1=100%)	Erreichte Punktzahl "Index 2011"
Managementsystem	Führung	10%	0,50	5,00	0,90	9,00
	50% Strategie und Planung	8%	0,65	5,20	0,95	7,60
	Ressourcen	9%	0,75	6,75	1,00	9,00
	Mitarbeiterorientierung	9%	0,70	6,30	0,90	8,10
	Betr. G.-System & Prozesse	14%	0,83	11,67	0,96	13,42
		50%	68,7%	34,92	94,2%	47,12
Maßnahmenindex	Maßnahmenumsetzung	2%	0,93	1,86	0,93	1,87
	10% Teilnahmequote	3%	0,31	0,93	0,99	2,96
	Teilnehmerzufriedenheit	2%	0,94	1,89	0,96	1,92
	Transferquote Berufsalltag	2%	0,92	1,83	0,98	1,96
	Zertifizierungsquote Trainer	1%	0,60	0,60	0,79	0,79
		10%	74,0%	7,11	93,0%	9,50
Ausfall	Fluktuationsquote (AN-getr.)	4%	1,00	4,00	1,00	4,00
	15% Fehlzeitenquote	6%	0,82	4,92	0,83	5,00
	Produktivität	5%	0,77	3,87	0,97	4,87
		15%	86,5%	12,79	93,5%	13,86
Gesundheit	Mitarbeiterzufriedenheit	7%	0,72	5,04	0,90	6,31
	25% Führungsverhalten	3%	0,85	2,55	0,92	2,75
	Entwicklungsmöglichkeiten	3%	0,74	2,21	0,74	2,22
	Arbeitsplatzsicherheit	3%	0,60	1,80	0,69	2,06
	Kommunikation	3%	0,68	2,05	0,84	2,52
	Commitment	3%	0,69	2,06	0,75	2,25
	Leistungsbereitschaft	3%	0,94	2,83	0,93	2,78
100%		25%	74,5%	18,53	82,3%	20,89
Gesamt Index		100%		73,35		91,36

Quelle: eigene Darstellung

Der **Teilindex Maßnahmen** legte ebenfalls deutlich zu. Die höchste Steigerungsrate zeigte sich hier bei der „Teilnahmequote“, die von einem im Benchmark weit unterdurchschnittlichen Zielerreichungsgrad von 31 % bei Projektbeginn (t0) im Verlauf bis auf einen Zielerreichungsgrad von annähernd 100 % (99 %) anstieg. Auffällig sind zudem die verbesserte Zertifizierungsquote von Trainern und die gestiegenen Transfermöglichkeiten der Interventionsinhalte in den Arbeitsalltag, bei hoher Teilnehmerzufriedenheit.

Im **Teilindex Gesundheit** basiert die Steigerung in erster Linie auf einer Verbesserung im zweistelligen Prozentbereich von Mitarbeiterzufriedenheit (+18 %) und Kommunika-

tion (+16 %) in Relation zum Konzernergebnis. Einher gehen hiermit leichte Verbesserungen von Arbeitsplatzsicherheit (+9 %), Führungsverhalten (+7 %) und Commitment (+6 %); während sich die Kennzahlen Entwicklungsmöglichkeiten und Leistungsbereitschaft nahezu unverändert darstellen.

Geringer fällt die Verbesserung im **Teilindex Ausfall** aus. Während die arbeitnehmergetriebene Fluktuationsquote bereits seit Jahren auf einem im Konzernvergleich unterdurchschnittlichen Stand liegt, zeigt sich die Fehlzeitenquote im Benchmark nahezu unverändert. Der Anstieg in diesem Teilindex wird durch die deutliche Produktivitätssteigerung (+20 %) realisiert.

2.1.7 Diskussion

„Ob eine Reorganisation erfolgreich war, ist an den Zielen zu bemessen, die zu Beginn des Prozesses definiert wurden.“ (Köper und Richter, 2012, 5). Mit Hilfe von geeigneten Messsystemen gelang es in einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung eine Erfolgskontrolle im BGM durchzuführen. Das primäre Projektziel „Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit“ wurde mit einem Plus von 18 Prozentpunkten erreicht.

Zum Einstieg in die Interpretation von Kennzahlen und deren Zusammenhängen im BGM-Systemindex bietet sich die genaue Betrachtung der Teilindizes an, die hier ausgeführt werden.

Im **Teilindex Managementsystem** wird eine positive Entwicklung dargestellt, welche die Vermutung nahelegt, dass die gesundheitsgerechte Weiterentwicklung von Strukturen, Systemen und Prozessen im Rahmen des Projekts als gelungen bezeichnet werden kann. Die Zielerreichungsgrade bei den einzelnen Kennzahlen von 90 % und höher zum Zeitpunkt t1 weisen auf eine hohe Qualitätsausprägung hin, die sich dem Zielwert 100 % („vollständigen Umsetzung“) annähert. Da sich dieser durch die Kriterien „kontinuierliche Umsetzung bei stetiger Verbesserung, unter Beteiligung der Beschäftigten“, auszeichnet, kann davon ausgegangen werden, dass die umgesetzten Veränderungen von nachhaltiger Natur sind und über den Projektzeitraum hinaus ihre Wirkung entfalten. Zudem sollte bedacht werden, dass kulturelle Veränderungen in Organisationen einige Zeit benötigen, um sich zu etablieren und Effekte zu erzielen. Gemäß dem zugrunde liegenden Modell (siehe Abbildung 4, Seite 19) stellt die Optimierung der Voraussetzungen (Treiber) nach dem Prinzip von Ursache und Wirkung (Kausalität) die Grundlage für positive Veränderungen auf der Ergebnisseite dar.

Die Entwicklung der Ergebniskriterien im **Teilindex Maßnahmen** steht demnach in direkter Abhängigkeit zu den im Teilindex Managementsystem abgebildeten Befähigungskriterien. Bei den hier dargestellten Kennzahlen handelt es sich um Indikatoren, die direkte Aussagen zu Quantität, Qualität, Akzeptanz und Nutzen der Intervention aus Sicht der Beschäftigten ermöglichen. Eine deutliche Verbesserung auf dieser Ebene ist in erster Linie durch ein funktionierendes Qualitätsmanagement zu erreichen, das sich auf eine kontinuierliche systematische Weiterentwicklung von Konzepten und Maßnahmen (KVP) auf Basis von Evaluationsdaten stützt.

Am eindrucklichsten lässt sich diese Entwicklung am Beispiel sozialer Unterstützungsangebote zum Stressmanagement darstellen. Trotz systematischer Planung und Umsetzung wurde mit Einzelmaßnahmen im 3-Jahreszeitraum vor Projektbeginn (2006-2008) nur ein Bruchteil der Mitarbeiter erreicht, da die Maßnahmen weder bei den Führungskräften noch bei den Mitarbeitern große Akzeptanz fanden, was der Indikator (niedrige) „Teilnahmequote“ belegt.

Im Projektzeitraum (2009-2011) hingegen wählte das Projektteam einen ganzheitlichen Ansatz, der sowohl Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeits- und Organisationsgestaltung als auch zur Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens miteinander verknüpfte. Aktive Unterstützung durch die Geschäftsführung, die Schulung aller Führungskräfte, nebst Eingang von Gesundheitszielen in die Zielvereinbarungen, sorgten für eine hohe Akzeptanz der Maßnahmen auf Führungsseite. Durch das neu entwickelte Konzept „Stress-Blitz“ gelang es daneben die Akzeptanz der Mitarbeiter zu gewinnen. Diese Optimierung der Voraussetzungen mündete auf der Ergebnisseite in beträchtlichen Teilnahmequoten, welche die Benchmarks aus anderen Unternehmen (vgl. EUPD Research, 2011) deutlich übertrafen und mit hoher Teilnehmerzufriedenheit und Sinnhaftigkeit einhergingen (vgl. Burnus et al., 2012).

Das nächste Glied in der Kausalkette stellen die Frühindikatoren im **Teilindex Gesundheit** dar, welche Ergebnischarakter besitzen und in Wechselbeziehung zueinander stehen (vgl. Hüttscher, 2012). Weiche Kennzahlen spiegeln den Entwicklungsstatus einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur wider, die sich für Unternehmen auch in ökonomischem Nutzen niederschlägt, wie im Rahmen eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales empirisch belegt wurde (vgl. Hauser et al., 2007).

Frühindikatoren bilden die biopsychosoziale Sichtweise von Individuen ab und sind damit steuerungsrelevanter als die Spätindikatoren (Uhle und Treier, 2011). Ihre Entwicklung gilt es in Restrukturierungsprozessen nachzuhalten, da es auf dieser Ebene bei unzureichendem oder fehlerhaftem Change-Management zu deutlichen Verschlechterungen kommen kann. Die Übersicht in Tabelle 2 auf Seite 35, welche unter anderem auf den Ergebnissen eines Review (Köper und Richter, 2012) zu Restrukturierung in Organisationen und möglichen Auswirkungen auf die Mitarbeiter basiert, stellt diese Zusammenhänge mit Gesundheit, Motivation und Arbeitsverhalten dar. Entgegen den negativen Ergebnissen aus der Literatur ergaben sich im Rahmen des Projekts zum Teil deutliche Verbesserungen der Indikatoren (vgl. Tabelle 2, Seite 35). Dies lässt im Umkehrschluss auf ein erfolgreiches Change-Management schließen.

Ergänzend zur positiven Einschätzung der Entwicklung im Teilindex Gesundheit muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die dargestellten Kennzahlen auch nach Projektende alle unterhalb der internen Benchmarks liegen. Demnach kann das Projekt nur als erster Schritt zu einer mitarbeiter- und gesundheitsorientierten Unternehmenskultur bewertet werden.

Eine Herausforderung stellt die Interpretation der Spätindikatoren im **Teilindex Ausfall** im Verlauf dar. Diese bilden laut Uhle und Treier hochverdichtete Informationen multi-kausaler Prozesse ab, sind deskriptiv und reaktiv. „Die Wirkung von Treibern und Frühindikatoren auf Spätindikatoren ist vielfach nachgewiesen“ (Uhle und Treier, 2011, 191).

Während die niedrige arbeitnehmergetriebene Fluktuationsquote in einem Unternehmen mit durchschnittlicher Betriebszugehörigkeit von mehr als 20 Jahren nicht überrascht, erfüllt die neutrale Entwicklung der Kennzahl Fehlzeitenquote die Erwartungshaltung nicht vollständig. Basierend auf dem in einer Metaanalyse von Faragher et al. (2005) mit annähernd 500 Studien empirisch belegten Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit, mentaler und physischer Gesundheit legte der im Projektrahmen nachgewiesene deutliche Anstieg der Zufriedenheit auch die Vermutung einer Fehlzeitenreduzierung nahe.

Zumal weitere Studien, wie die zum Bielefelder Sozialkapital-Modell von Rixgens (2008), belegen, dass ein gestärktes Überzeugungs- bzw. Wertekapital und eine positivere Bewertung der immateriellen Arbeitsbedingungen in Korrelation zu einer positiven Gesundheitsentwicklung der Beschäftigten stehen. Sowohl eine Verbesserung des Wertekapitals, in anderen Zusammenhängen auch als „Unternehmenskultur“

bezeichnet (Rixgens 2008, 34), lässt sich anhand der Entwicklung der entsprechenden Kennzahlen im Teilindex Gesundheit belegen, als auch die Optimierung der immateriellen Arbeitsbedingungen (bspw. „Klarheit und Eindeutigkeit der Arbeitsaufgaben“ auf Grundlage eines verbesserten Führungsverhaltens sowie einer verbesserten Kommunikation).

Gemäß Brandenburg und Nieder (2009) lassen sich Fehlzeiten grob differenzieren in medizinisch bedingte Arbeitsunfähigkeit und motivationsbedingten Absentismus. Die einen von den anderen zu unterscheiden stellt eine Identifikationsproblematik dar. Zur Erklärung der Krankenstandsentwicklung im Fall der Projektgruppe könnten zwei von Brandenburg und Nieder genannte Theorien zutreffend sein, die auch als „medizinisches Modell“ bezeichnet werden: Zum einen ist die Belastungstheorie naheliegend, die von einem Zusammenhang von Arbeitsbedingungen, Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit ausgeht. Kieselbach et al. (2009) stellten im Rahmen des EU-Projekts Health in Restructuring (HIRES) bei Beschäftigten in restrukturierten Organisationen eine signifikant höhere Arbeitsintensität fest, welche sich wiederum in stärkeren psychosozialen Belastungen manifestierte.

Darüber hinaus wiesen Weber und Breucker (2009) auf Datengrundlage des BKK Gesundheitsreports 2008 auf eine auffällig hohe Zahl von psychischen Erkrankungen bei Beschäftigten hin, die durch ihre Arbeit ständig mit Problemen und Beschwerden von Kunden sowie mit menschlichem Leid konfrontiert werden. Als Beispiele für entsprechende Profile nennen die Autoren Krankenversicherungsexperten sowie Mitarbeiter in Call-Centern.

Letztgenannte Tätigkeiten zeichnen sich zudem durch geringen Handlungsspielraum, wenig Kontrolle über die eigene Tätigkeit sowie geringe Selbstbestimmung aus, alles Faktoren, welche allgemein zu psychischer Beanspruchung führen.

In diesem Zusammenhang steht ein weiterer möglicher Grund für den Fehlzeitenverlauf, der in der Veränderung des Tätigkeitsprofils der Beschäftigten im Projektzeitraum liegt. So wurde im Rahmen der Maßnahmen im Handlungsfeld „Organisation“ eine Verbesserung von Servicequalität und Erreichbarkeit durch systematische Intensivierung der Telefonie angeschoben. Dies spiegelt sich in einem deutlichen Anstieg der Telefonate im 3-jährigen Projektzeitraum um 16,6 % wieder. Gemäß BKK Gesundheitsreport 2012 (BKK, 2012) weisen „Telefonisten“ in Relation zu „Bürofachkräften“ einen um den Faktor 2,2 erhöhten Krankenstand auf.

Zum anderen bietet die Coping-Theorie eine weitere Erklärung für die Verringerung der Fehlzeiten im vorletzten und dem Anstieg der Fehlzeiten im letzten Projektjahr. Diese Theorie geht von reduzierten Fehlzeiten in Krisenzeiten aus. So neigen Beschäftigte, die ihren Arbeitsplatz als unsicher einstufen dazu, diesen trotz Erkrankung aufzusuchen (Präsentismus). Lassen die Krisenzeiten nach, was sich im Projektzeitraum an einer Verbesserung der Indikatoren „Arbeitsplatzsicherheit“ (+9 %) und „Mitarbeiterzufriedenheit“ (+18 %) bei den Beschäftigten festmachen lässt, treten vermehrt Fehlzeiten auf. Brandenburg und Nieder (2009) liefern eine mögliche Erklärung hierfür, indem sie diese als Ausgleich für die Mehrbelastung interpretieren. Der Beschäftigte nehme so bewusst Erholungspausen zur Verbesserung seines Gesundheitszustands (Verschiebungsproblem).

Vor dem Hintergrund der Verschiebung im Tätigkeitsprofil der Beschäftigten im Projektzeitraum, der nachgewiesenen negativen Wirkung von Restrukturierungen auf die Fehlzeiten (siehe Tabelle 2, Seite 35) und der zusätzlichen Beanspruchung der Belegschaft durch florierendes Neugeschäft kann eine neutrale Fehlzeitenentwicklung im Verlauf durchaus als positiv bewertet werden.

Die Verbesserung der Produktivität lässt sich in erster Linie mit den vielfältigen KVP-Aktivitäten, der Optimierung der Ablauf- und Aufbaustruktur und dem deutlichen Mengenwachstum der Geschäftsvorgänge auf Grundlage der positiven Geschäftsentwicklung der Gothaer Krankenversicherung ab dem Jahr 2007 begründen. Dennoch ist eine so deutliche Steigerung nicht ohne ein hohes Engagement der Beschäftigten realisierbar, das wiederum in Abhängigkeit zu einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur steht (Hauser et al., 2007). Als Haupt-Treiber für Engagement wurden Identifikation, Teamorientierung, Fairness sowie verschiedene Aspekte von Führung und Kommunikation ausgemacht. Demnach kann gemutmaßt werden, dass die im Teilindex Gesundheit abgebildete Entwicklung der Unternehmenskultur einen Beitrag zum Erhalt des Engagements der Beschäftigten geleistet hat, was wiederum eine Grundvoraussetzung für die Produktivitätssteigerung in diesem Ausmaß darstellt.

Tabelle 2: Zusammenhänge von Restrukturierung mit der Entwicklung gesundheitlicher Früh- und Spätindikatoren: Gegenüberstellung der Auswirkung bei unzureichendem Change-Management mit den Projektergebnissen

Indikator	Auswirkung von Restrukturierung* bei unzureichendem/fehlerhaftem Change-Management	Projektergebnis
Arbeitszufriedenheit	Verringerung der Arbeitszufriedenheit (Wanberg & Banas, 2000; Richter et al., 2010)	Verbesserung Mitarbeiterzufriedenheit (+18 %)
Commitment	Negative Auswirkungen auf die Bindung an die Organisation (Bennet & Durkin, 2000)	Verbesserung Commitment (+7 %)
Ehrliche und verbindliche Kommunikation	Steigende Unsicherheit führt zu einem Verlust an Vertrauenswürdigkeit und Aufrichtigkeit der Organisation (Schweiger & de Nisi, 1991)	Verbesserung Kommunikation (+16 %)
Arbeitsmotivation	Verringerung der erlebten Aufgabenvielfalt, Abnahme des Engagements und Zunahme von Resignationstendenzen (Richter et al., 2010)	Leistungsbereitschaft bleibt stabil
Arbeitsplatzunsicherheit	Zunahme subjektiv wahrgenommener Unsicherheit bezüglich des eigenen Arbeitsplatzes als einer der Hauptstressoren (Kieselbach et al., 2009)	Verbesserung Arbeitsplatzsicherheit (+9 %)
Fluktuation	Nicht gewollter Anstieg der Fluktuation um durchschnittlich 11 Prozentpunkte (Cappgemini, 2010, 80-83)	Kein ungewollter Anstieg der Fluktuation
Fehlzeiten	Negative Wirkung auf die Fehlzeiten (Kowalski 2012, 141)	Fehlzeiten entwickeln sich neutral
Produktivität	Im Durchschnitt 25 % weniger Produktivität (Cappgemini, 2010, 80-83)	Anstieg der Produktivität (+20 %)

* = als Oberbegriff für bedeutsame Veränderungen in einer Organisation (Greif et al., 2004);

Quelle: eigene Darstellung

Abschließend muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass Gesundheit ein multifaktorielles und dynamisches System ist, welches von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird und in starker Abhängigkeit zu den Rahmenbedingungen und der Persönlichkeit des Mitarbeiters steht (vgl. Uhle und Treier, 2011). Daher kann der Versuch, das komplexe Geschehen „Gesundheit“ so weit zu vereinfachen, dass es mit einem auf

Kennzahlen basierten Modell darstellbar ist, nur bis zu einem bestimmten Grad gelingen (vgl. Hüttscher, 2012). Andererseits sind Steuerung und Qualitätsmanagement von komplexen Prozessen nur über auf Kennzahlen basierte Modelle realisierbar, um so kausale Zusammenhänge und Wirkungsketten erschließen zu können. Hierbei kann das von der Gothaer auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelte Instrument Hilfestellung leisten.

2.1.8 **Fazit und Ausblick**

Im Rahmen eines Change-Management-Projekts wurde in einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung auf wissenschaftlicher Grundlage ein Instrument zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im BGM entwickelt. Dieses erfüllt die im Projektrahmen gestellten Vorgaben, indem es die wichtigsten gesundheits- und systemrelevanten betrieblichen Kennzahlen auf einen Blick in Form eines Index abbildet (siehe Tabelle 1, Seite 29), sich an gängigen Qualitätsstandards (vgl. EFQM-Modell) orientiert und größtenteils auf im Unternehmen vorhandene Datensysteme zurückgreift. Durch den Abgleich von Ist-Werten (Benchmarks) mit Soll-/Ziel-Werten im Längsschnitt gibt das Ergebnis die Entwicklung des BGM-Managementsystems auf dem Weg zur Exzellenz wieder. So ergeben sich direkte Gestaltungshinweise für die Zuständigen im BGM.

Im „Tagesgeschäft“ des operativen Bereichs lässt sich das Instrument zukünftig zum einen durch Fortschreibung und Anpassen der Soll-/Ziel-Werte weiterentwickeln. So wäre beispielsweise eine Anpassung (Anhebung) der Soll-/Ziel-Werte im Teilindex Maßnahmen an gesammelte Erfahrungswerte sinnvoll, anstatt weiterhin die deutlich niedriger angesiedelten Benchmarks aus der Literatur zu verwenden. Zum anderen kann das Instrument bei Bedarf, auf der dargestellten methodischen Grundlage (siehe Abschnitt 2.1.3), durch Ergänzung/Modifikation des Kennzahlensystems verfeinert werden.

Um das Vorliegen und die Entwicklung von gesundheitlichen Beschwerden und der subjektiven Arbeitsbelastung nachhalten zu können, soll im beschriebenen Bereich zukünftig regelmäßig zusätzliches Datenmaterial im Rahmen eines anonymen Online-Votings erhoben werden. Hierzu zählen sowohl die Häufigkeit gesundheitlicher Beeinträchtigungen der Mitarbeiter, wie Stress-Symptome und Rückenbeschwerden, als auch die „Stimmungslage“, welche durch Bewertung von Führung und Arbeitsbelastung abgebildet wird. Diese Erweiterung ist der Tatsache geschuldet, dass vor-

handene Beschwerden und Erkrankungen langfristig in chronischen Krankheitsbildern münden und so zu einer Erhöhung von Fehlzeiten und Produktivitätsverlusten führen können, wie das Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA.NRW, 2012) warnt. Durch kurze Analyseintervalle soll hier ein Frühwarnsystem zur Risikoüberwachung und -steuerung entstehen, das zukünftig kurze Reaktionszeiten bei Handlungsbedarf ermöglicht.

Eine Adaption des Instruments für andere Gesellschaften im Gothaer Konzern und in der Branche Finanzdienstleistungen/Versicherungen ist möglich.

2.2 Studie 2 (S2): Zusammenhang von Stressbefinden und Muskelverspannung am Bildschirmarbeitsplatz. Produktivitätseinbußen durch Präsentismus

Präv Gesundheitsf 2012. 7(3):182–189 (Online publiziert: 27. April 2012)

Manuelle Medizin 2013. 51(3):230–237 (publiziert mit Hinweis auf Erstpublikation)

With permission of Springer

Erstautor: Marco Burnus^{1,2}

Coautoren: Verena Steinhardt^{1,2}

Volkmar Benner^{1,2}

Anna Drabik³

Stephanie Stock³

¹Gothaer Krankenversicherung AG, Gesundheit Betrieb und Leistung, Köln;

²MediExpert Gesellschaft für betriebliches Gesundheitsmanagement mbH;

³Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Klinikum der Universität zu Köln

2.2.1 Zusammenfassung

Hintergrund: Zunehmende Belastungen im Arbeitsleben führte in den vergangenen Jahren in der Branche Banken und Versicherungen zu einem kontinuierlichen Zuwachs von Stressbeschwerden und psychischen Erkrankungen. Die Bewegungsarmut am Bildschirmarbeitsplatz schlägt sich zudem in muskulären Verspannungen und Rückenleiden nieder. Kumuliert kann dies Produktivitätsverluste bedingen.

Ziel: Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements bot ein großer deutscher Versicherungskonzern seinen Beschäftigten ein Projekt zur Prävention von Rückenbeschwerden an. Per Befragung erfolgte im ersten Schritt die Erhebung des subjektiven Stress- und Verspannungsbefindens, im zweiten Schritt wurde die Muskelspannung im Schulter-Nackengebiet (M. trapezius) mittels Oberflächen-Elektromyografie objektiviert.

Ergebnis: Während die Mitarbeiter von einem direkt anschließenden Biofeedback mit Coaching profitierten, nutzte der Arbeitgeber die anonym gesammelten Daten

(n=1.270) zu einer Statusanalyse. Die Auswertung belegte signifikante Zusammenhänge zwischen subjektivem Befinden und objektiven Ergebnissen. Stress- und Verspannungsbeschwerden nahmen zudem mit steigendem Alter zu und erreichten die höchsten Werte bei den 44- bis 50-Jährigen. Eine ökonomische Modellrechnung ermittelte Produktivitätseinbußen und Präsentismuskosten durch vorliegende Risikofaktoren in Millionenhöhe. Auf dieser Datenbasis kann der Arbeitgeber seinen Beschäftigten weiterführende, bedarfsgerechte Maßnahmen anbieten.

2.2.2 Einleitung

Die zunehmenden Belastungen im Arbeitsleben lassen sich nach empirischen Befunden auf stetige Veränderungen in der Organisation und Steuerung von Arbeit zurückführen. Diese stellen steigende Anforderungen an die Mitarbeiter bei gleichzeitiger Verknappung von Ressourcen (Dunkel et al., 2009). Laut Fehlzeiten-Report 2010 führte dies in den vergangenen Jahren zu einem kontinuierlichen Zuwachs von Stressbeschwerden und psychischen Erkrankungen in der Branche Banken und Versicherungen (Badura et al., 2010). Die zunehmende Bewegungsarmut am Bildschirmarbeitsplatz schlägt sich zudem in muskulären Verspannungen und Rückenleiden nieder. Besonders dem Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle auf Grund von Muskel- und Skeletterkrankungen und psychischen Störungen mit steigendem Alter muss vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung Beachtung geschenkt werden (Zoike et al., 2010). Aus ökonomischer Perspektive betrachtet, können bereits akute, temporäre Krankheiten und Befindungsstörungen bei der Arbeit zu merklichen Verlusten an Produktivität führen und Arbeitgebern dadurch erhebliche Kosten verursachen (Loeppke et al., 2009; Hilton et al., 2008; Boles et al., 2004; Burton et al., 2005). Dabei ist zu beobachten, dass das Arbeiten mit einer Erkrankung eher die Regel als die Ausnahme darstellt, was empirische Daten zur Prävalenz von Krankheiten verdeutlichen (Steinke und Badura, 2011).

Um der dargestellten Entwicklung Einhalt zu gebieten, fordern Europäische Kommission und Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung von Unternehmen ein aktives Engagement zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Beschäftigten (Europäische Kommission, European Network for Workplace Health Promotion ENWHP, 1997). Die Gothaer Versicherungen haben 2010 im eigenen Konzern ein entsprechendes Projekt realisiert. Den Mitarbeitern sollte auf diese Weise eine aktive Hilfestellung bei der Prävention von Rückenbeschwerden

geboden werden. Im Sinne der Nachhaltigkeit knüpft die Maßnahme an bereits abgeschlossene Projekte an (Benner et al., 2007; Burnus et. al, 2012b).

Eine ergonomische Fehlhaltung am Arbeitsplatz kann zur Verkrampfung der Schultermuskulatur führen, welche sich in vielen Fällen als überhöhte Muskelspannung und Rechts-Links-Asymmetrie manifestiert. Aber auch in Angst- und Stresssituationen kommt es häufig zu einer unwillkürlichen Anhebung der Schultern. Laut Cram (1990) sowie Bruns und Praun (2002) ist die Schulterregion ein wichtiger Indikator für die emotionale Stimmungslage eines Menschen.

Mittels Oberflächen-Elektromyographie (sEMG) lässt sich die Muskelspannung in der Schulterregion (M. trapezius) mit geringem Zeitaufwand direkt am Bildschirmarbeitsplatz (BAP) erheben. Im Abgleich mit Normwerten sowie dem subjektiven Wohlbefinden liefert dies dem Probanden ein Biofeedback. Während der einzelne Mitarbeiter im Rahmen des Projekts zudem von einem anschließenden Coaching direkt am Arbeitsplatz profitierte, bietet die Gesamtstichprobe der anonym erhobenen Daten dem Arbeitgeber die Möglichkeit, die gesundheitliche Situation im Unternehmen zu analysieren. Auf dieser Grundlage lassen sich weiterführende bedarfsgerechte Maßnahmen ableiten.

Der Zusammenhang zwischen objektiv messbarer Muskelspannung in der Schulterregion (M. trapezius) im Ruhetonus und dem Vorliegen subjektiver Stress- und Rücken-/ Nackenbeschwerden wurde bereits in mehreren Studien untersucht. So wiesen Cram und Engstrom mittels sEMG unter Laborbedingungen nach, dass bei Studenten mit chronischen Rücken-/Nackenbeschwerden (n=61) im Verhältnis zu Rückengesunden (n=104) ein signifikant höheres sEMG-Aktivierungslevel vorliegt (Cram und Engstrom, 1986). Leonard et al. (2010) bestätigten dieses Ergebnis im betrieblichen Umfeld am BAP anhand einer kleinen Stichprobe (n=50).

Den Zusammenhang zwischen hohem emotionalem Stress und erhöhtem Muskeltonus im M. trapezius am BAP belegten Wahlström et al. (2003) und Schleifer et al. (2008). Was die beiden letztgenannten Studien mit der Studie von Leonard et al. (2010) gemeinsam haben, sind relativ kleine Stichproben mit nur 57 bzw. 23 Probanden.

Aufgrund der unzureichenden Datenlage fordern Cram (1998) und Criswell (2011) eine Ausweitung der wissenschaftlichen Forschung auf unterschiedliche Settings und die Verwendung statistisch aussagekräftiger Stichproben.

Die vorliegende Feldstudie setzt hier an und erweitert die Fragestellungen wie folgt:

1. Lassen sich Zusammenhänge zwischen objektiven Messdaten (sEMG-Aktivierungslevel im M. trapezius) und subjektiven Beschwerden (Stress- und Verspannungsbefinden) bei einer Stichprobe (n=1.270) im Setting Versicherungsbetrieb nachweisen?
2. Existieren bei den erhobenen Daten altersspezifische Zusammenhänge?
3. Welche Kosten durch Produktivitätsverlust entstehen dem Unternehmen auf Grund der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen annäherungsweise?

2.2.3 Methodik

Die Daten der dieser Arbeit zugrunde liegenden Stichprobe stammen aus einer Erhebung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements der Gothaer Versicherungen. Zur Rekrutierung der Probanden gingen Fachkräfte, zum Beispiel Sportwissenschaftler mit Zusatzqualifikation Rückenschullehrer, systematisch von Büro zu Büro und offerierten allen Mitarbeitern das Angebot zur Teilnahme an einer sEMG-Messung mit Biofeedback. Die Basis der Stichprobe bilden 1.270 Probanden im Alter zwischen 18 und 63 Jahren. Das Durchschnittsalter liegt bei 43 Jahren ($\pm 9,46$). Der Anteil der männlichen Probanden beträgt 48 % (n=608), der der weiblichen 52 % (n=662). Dies entspricht annähernd dem Geschlechterverhältnis der Belegschaft.

Die Aufbereitung und statistische Auswertung der Daten erfolgte mit der Software Excel 2007 (Microsoft GmbH, Unterschleißheim, Deutschland) und IBM SPSS 19 Statistics (SPSS GmbH Software, München, Deutschland).

Zur deskriptiven Beschreibung der Daten wurden der Mittelwert (M) und die Standardabweichung (SD) angegeben. Korrelationen zwischen subjektiven und objektiven Projektdaten wurden mit Hilfe des Rangkorrelationskoeffizienten nach Kendall-Tau-b bestimmt ($\alpha=0,05$).

Die Datenerhebung erfolgte durch die Fachkräfte, welche mit den Beschäftigten ein, im Folgenden dargestelltes, Screening mit vorgeschalteter Befragung und anschließendem Coaching am Arbeitsplatz durchführten. Die Teilnahme war freiwillig und nahm pro Proband ca. 10-15 Minuten in Anspruch.

Im ersten Schritt wurde das subjektive Verspannungsbefinden im Bereich der Nacken-/Rückenpartie sowie das Stressbefinden mittels der Numerischen Analogskala (NAS) erhoben. Die NAS hat sich als valides und reliables Instrument in der psychologischen Forschung und Schmerztherapie vielfach bewährt (Williamson und Hoggart, 2005). Auf einer Skala von 1 bis 10 beurteilten die Probanden jeweils ihr aktuelles Befinden. Dabei steht der Wert „NAS 1“ für „nicht verspannt/gestresst“, der Wert „NAS 10“ für „maximal verspannt/gestresst“.

Bei der anschließenden Datenauswertung wurden die Ergebnisse vier Kategorien zugeordnet (vgl. Downie et. al, 1978): „kein Stress/keine Verspannung“ (NAS 1), „leichter Stress/leichte Verspannung“ (NAS 2-4), „mäßiger Stress/mäßige Verspannung“ (NAS 5-6) oder „hoher Stress/starke Verspannung“ (NAS 7-10).

Zur Erhebung objektiver Messdaten kam im zweiten Schritt das mobile Oberflächen-EMG-System „Norodyn 2000 EMG“ der Firma Myotronics-Noromed, INC. aus Tukwila in Washington, USA zum Einsatz. Dieses arbeitet im Frequenzbereich 20-400 Hertz und gibt die Messdaten in der Einheit Mikrovolt (μV) aus.

Erhoben wurde die Muskelspannung im Schulter-Nacken-Bereich in sitzender Ruheposition am Bildschirmarbeitsplatz. Hierzu wurden vier Elektroden zur beidseitigen Ableitung des oberen M. trapezius platziert, wie bei Cram (1998) beschrieben. Bei der Messung wurde der Ruhetonus sowohl der linken, als auch der rechten Muskelpartie in einmaliger Messung erhoben.

Bei der Auswertung der Ergebnisse fand nach Rief und Birbaumer (2006) sowie Criswell (2011) sowohl die Höhe der Amplitude Berücksichtigung, als auch der Grad der Links-Rechts-Asymmetrie.

Zur Beurteilung des Aktivitätsniveaus erfolgte, wie vom System vorgegeben, der Abgleich der Testdaten mit spezifischen Referenzdaten nach Cram (1998). Hierbei wurde die Einteilung in vier Kategorien vorgenommen:

„Normaler Muskeltonus“ ($<5,1 \mu\text{V}$), „leicht erhöhter Muskeltonus“ (5,1 bis 7,6 μV), „erhöhter Muskeltonus“ (7,7 bis 10,2 μV) oder „stark erhöhter Muskeltonus“ ($>10,2 \mu\text{V}$). Eine medizinische Indikation des M. trapezius in statischer Sitzposition ist laut Cram ab der Kategorie „erhöhter Muskeltonus“ ($>7,6 \mu\text{V}$) gegeben.

Bei der Beurteilung des Grades der Links-Rechts-Asymmetrie wurde untersucht, ob eine paraspinale Asymmetrie vorliegt, was eine Indikation für eine muskuläre

Dysbalance darstellt (Criswell, 2011). Dies ist laut Tosh (1990) der Fall bei einer Differenz von einer Standardabweichung ($SD=2,5 \mu V$) oder mehr.

Auf eine differenzierte Auswertung nach Geschlecht wurde verzichtet, da laut Cram (1998) ein Nachweis geschlechtsbedingter Unterschiede mittels sEMG-Ruhemessung nicht möglich ist.

Die qualitative Evaluation des Projekts erfolgte per Feedback-Befragung über das Intranet. Eine spezielle Voting-Software gewährleistete dabei die Anonymität der Teilnehmer. Es wurde eine Frage zur Beurteilung der Qualität der Aktion gestellt, sowie eine weitere zum Transfer der (Coaching-) Inhalte in den Arbeitsalltag. Die Antwortmöglichkeiten rangierten in vier Abstufungen zwischen „stimmt voll und ganz“ und „stimmt gar nicht“. Der Aufruf zur Mitwirkung an der Qualitätsbefragung erfolgte per E-Mail.

Um eine Analyse der Testdaten unter demografischen Aspekten vornehmen zu können, wurde die Stichprobe nach Alter in vier annähernd gleich große Gruppen (Quartile) unterteilt: Gruppe 1 „bis 37 Jahre“ ($n=327$), Gruppe 2 „38 bis 44 Jahre“ ($n=337$), Gruppe 3 „45 bis 50 Jahre“ ($n=298$) und Gruppe 4 „ab 51 Jahren“ ($n=308$). Zur Untersuchung, ob es altersspezifische Unterschiede in der gemessenen Verspannung und dem Stress gibt, wurde eine Varianzanalyse durchgeführt mit anschließendem Post-Hoc-Test (Tukey-HSD).

Eine ökonomische Bewertung der vorliegenden Daten erfolgte auf Grundlage des Präsentismus-Konzepts. Präsentismus wird in diesem Zusammenhang definiert als durch gesundheitliche Beschwerden der Mitarbeiter am Arbeitsplatz bedingte Produktivitätseinbußen (Burton et al., 1999). Dass bereits das Vorliegen von Risikofaktoren, wie zum Beispiel „Nacken-/Rückenbeschwerden“ und „Hoher Stress“, zu merklichen Verlusten an Arbeitsproduktivität führt, belegen diverse Studien. Diese Verluste nehmen mit jedem Risikofaktor zu, den ein Mitarbeiter zusätzlich aufweist (Steinke und Badura, 2011; Loeppke et al., 2009; Riedel et al., 2009; Hilton et al., 2008; Burton et al., 2005; Boles et al., 2004).

Die monetäre Bezifferung der Produktivitätseinbußen innerhalb dieser Studie wird mittels des laut Steinke und Badura am häufigsten angewendeten Humankapitalansatzes durchgeführt (Steinke und Badura, 2011). Bei diesem Ansatz werden die gesamten unproduktiven Zeiten mit einem Jahresdurchschnittslohn der Beschäftigten

multipliziert (Brouwer et al., 2002; Berger et al., 2001). Dieser lag 2010 in der Privaten Versicherungswirtschaft laut Arbeitgeberverband der Versicherungsunternehmen in Deutschland (AGV) bei 57.743 EUR.

Um eine Modellrechnung für die beiden, mittels Befragung erhobenen, Risikofaktoren „Hoher Stress“ und „Nacken-/Rückenbeschwerden“ vornehmen zu können, wurde im ersten Schritt der zusätzliche (Zeit-) Verlust an Arbeitsproduktivität durch das Vorliegen des einen und/oder des anderen Risikofaktors beziffert. Hierbei orientieren sich die Autoren an der Literatur. Aus Ermangelung einer Metastudie wurden die Ergebnisse einer großangelegten Studie von Riedel et al. (2009) mit 772.750 Beschäftigten aus 106 Unternehmen als Referenzwerte herangezogen. Diese basieren auf Selbsteinschätzungen von Mitarbeitern. Für Mitarbeiter mit dem Risikofaktor „Hoher Stress“ liegen die Arbeitsproduktivitätseinbußen demnach isoliert betrachtet um 4,8 % höher, als für Personen mit niedrigem Risiko. Beim Risikofaktor „Nacken-/Rückenbeschwerden“ machen diese Einbußen sogar 13,0 % aus. Der Produktivitätsverlust wurde jeweils in Prozent von der Gesamtarbeitszeit (100 %) beziffert.

2.2.4 Ergebnisse

Die Befragungsergebnisse zum Verspannungs- und Stresszustand wurden zum Zweck der Trenddarstellung gemittelt. Der Mittelwert der Gesamtstichprobe liegt für den Stresszustand bei $M=5,1 (\pm 2,20)$ und für den Verspannungszustand bei $M=5,2 (\pm 2,19)$.

Tabelle 3: Zuordnung der Befragungsergebnisse zum Verspannungs- und Stressbefinden in vier Kategorien, in absoluten Zahlen sowie prozentual

	-		0		+		++	
	NAS 1 (n)	%	NAS 2-4 (n)	%	NAS 5-6 (n)	%	NAS 7-10 (n)	%
Stress	46	3,6	483	38,0	371	29,2	370	29,1
Verspannung	64	5,0	440	34,7	354	27,9	412	32,4

- = kein Stress/keine Verspannung; 0 = geringer Stress/geringe Verspannung;
 + = mäßiger Stress/mäßige Verspannung; ++ = hoher Stress/starke Verspannung;
 Quelle: eigene Darstellung

Die Zuordnung der Daten zu den vier genannten Kategorien ergab, dass 3,6 % der Probanden keinerlei Stress (NAS 1) verspürten, 5,0 % fühlten sich nicht verspannt.

Unter geringem Stress (NAS 2-4) litten bereits 38,0 % der Stichprobe, mehr als 1/3 (34,7 %) gaben eine geringe Verspannung an. Mäßiger Stress (NAS 5-6) lag bei 29,2 % vor, mäßige Verspannung bei 27,9 %. Mit hohem Stress (NAS 7-10) sahen sich 29,1 % konfrontiert, nahezu 1/3 (32,4 %) der Probanden klagten über starke Verspannung (siehe Tabelle. 3, Seite 44).

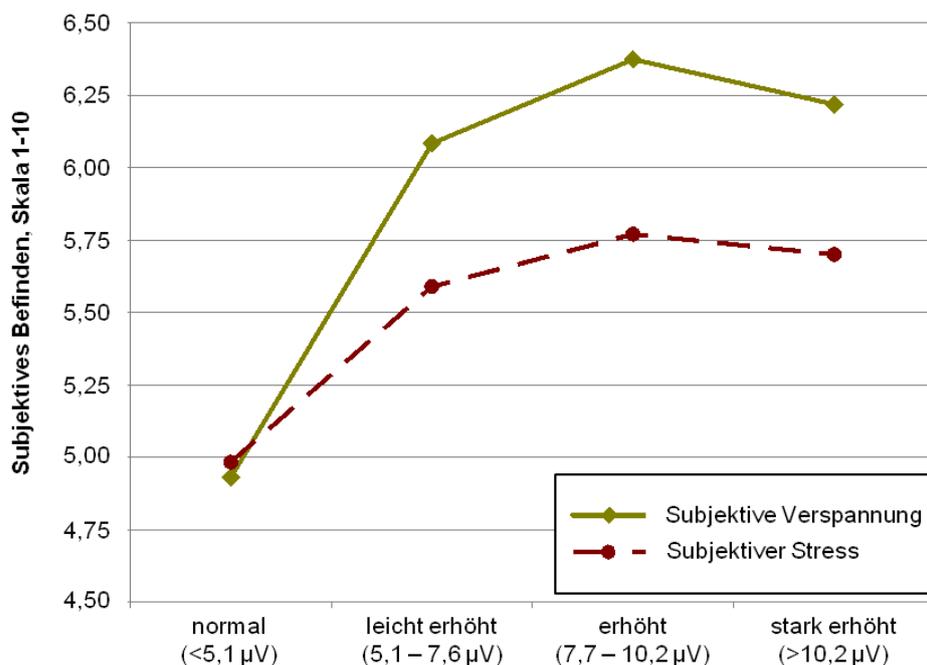
Die beiden Variablen subjektive Verspannung und subjektiver Stress sind signifikant ($p < 0.001$) miteinander positiv korreliert ($r = 0.266$).

Die Daten der sEMG-Messung ergeben für die Stichprobe ($n=1.270$) einen Mittelwert von $4,1 \mu V (\pm 4,69)$ auf der linken und $3,7 \mu V (\pm 4,93)$ auf der rechten Seite.

Werden die sEMG-Ergebnisse den oben genannten vier Kategorien zugeordnet, liegen sowohl für die linke, als auch für die rechte Seite 82 % der Probanden im Normbereich. 7 % weisen jeweils einen „leicht erhöhten Muskeltonus“ auf. Einen „erhöhten Muskeltonus“ zeigen jeweils 4 % der Probanden, einen „stark erhöhten Muskeltonus“ 7 %. Damit liegt nach Cram (1998) bei den letztgenannten 11 % der Stichprobe eine Indikation für eine weiterführende Intervention vor.

Unabhängig davon weisen 18,4 % ($n=234$) der Probanden eine Rechts-Links-Asymmetrie auf.

Abbildung 6: Zusammenhang subjektives Stress- und Verspannungsbefinden mit den objektiven sEMG-Ergebnissen, die nach Cram (1998) vier Muskelamplituden-Kategorien zugeordnet wurden



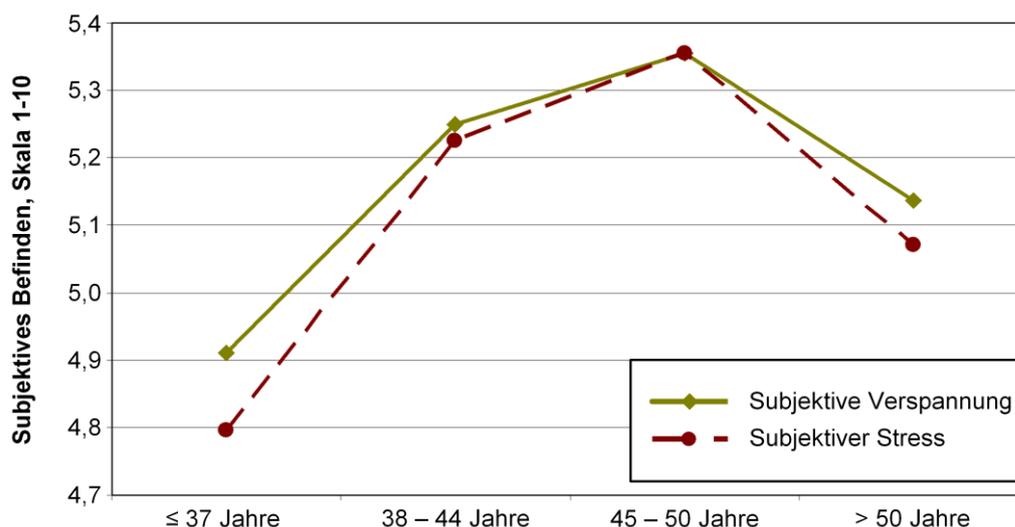
Quelle: eigene Darstellung

Die Untersuchung des Zusammenhangs von objektiven und subjektiven Ergebnissen, wie in Abbildung 6 auf Seite 45 dargestellt, zeigt einen Anstieg von Stress- und Verspannungsbefinden mit Erhöhung des Muskeltonus. In der Gruppe der Probanden mit Muskeltonus „erhöht“ ist das Maximum erreicht, anschließend fallen beide Kurven leicht ab.

Die Zusammenhangsanalyse ergab, dass sowohl die subjektive Verspannung als auch der empfundene Stress signifikant ($p < 0.001$) positiv mit den objektiven Messdaten korrelieren ($r = 0.214$ bei gefühlter und gemessener Verspannung, $r = 0.128$ bei gefühltem Stress und gemessener Verspannung).

An der qualitativen Evaluation des Projekts per Online-Voting beteiligten sich 559 Probanden aus der Stichprobe ($n=1.270$). Das entspricht einer Antwortquote von 44,0 %. Die überwiegende Mehrzahl der Probanden bestätigte die hohe Qualität der Maßnahme (96,6 %), ebenso die Transfermöglichkeit (86,1 %) der Inhalte in den Berufsalltag.

Abbildung 7: Demografische Verlaufsbeurteilung von Stress- und Verspannungsbefinden nach Altersgruppen



Quelle: eigene Darstellung

Die Ergebnisse der demografischen Analyse ergeben, dass Stress- und Verspannungsbefinden in den Altersgruppen 1-3 mit zunehmendem Alter im Mittel ansteigt

(siehe Abbildung 7, Seite 46). Erst die Altersgruppe 4 (ab 51 Jahren) zeigt wieder niedrigere Werte. Allein beim Stressbefinden zwischen der jüngsten Altersgruppe 1 (bis 37 Jahre) und der Altersgruppe 3 (45 bis 50 Jahre) ist ein statistisch signifikanter Unterschied ($p < 0.008$) vorhanden.

Für die ökonomische Modellrechnung werden die in Tabelle 3 auf Seite 44 aufgeführten Probanden herangezogen, auf welche der Risikofaktor „Hoher Stress“ (n=370) oder „Starke Nacken-/Rückenverspannung“ (n=412) zutrifft. Nach dem oben dargestellten Humankapitalansatz wird die zusätzliche unproduktive Zeit von 4,8 % (Hoher Stress), bzw. 13,0 % (Nacken-/Rückenbeschwerden) mit einem Branchendurchschnittslohn der Beschäftigten (100 % = 57.743 EUR bzw. 1 % = 577 EUR) multipliziert. Hieraus ergeben sich pro Betroffenen durchschnittlich zusätzliche Produktivitätseinbußen in Höhe von 2.770 EUR (Hoher Stress) und 7.501 EUR (Rücken-/Nackenbeschwerden). Werden die jeweiligen Werte mit der Anzahl der Personen mit Risikofaktor multipliziert, ergeben sich jeweils Verluste in Millionenhöhe (siehe Tabelle 4).

Die zusätzlichen Produktivitätseinbußen bei Präsentismus lassen sich mit 3.240 EUR pro Beschäftigtem beziffern, wenn die ermittelten Kosten durch Produktivitätsverluste auf den einzelnen Mitarbeiter der Stichprobe (n=1.270) herunter gebrochen werden. Dieser Betrag entspricht einem Präsentismus von 5,6 % der Arbeitslohnkosten (brutto) in der Versicherungsbranche.

Tabelle 4: Modellrechnung zur Ermittlung der zusätzlichen Produktivitätsverluste durch die Risikofaktoren „Hoher Stress“ und „Schulter-/Nackenbeschwerden“

	Produktivitätsverlust [%]	Produktivitätsverlust [EUR/Betroffenem]*	Anzahl Betroffene mit NAS-Wert 7-10	Produktivitätsverlust gesamt [EUR]
Hoher Stress	4,8	2.770	370	1.024.900
Rücken-/Nackenbeschwerden	13,0	7.501	412	3.090.412

* = Die Produktivität eines Beschäftigten wird mit dem Branchendurchschnittslohn/Jahr (brutto) beziffert (s. Text);

Quelle: eigene Darstellung (vgl. Tabelle 3, Seite 44)

2.2.5 Diskussion

Sowohl zwischen den subjektiven Befragungsergebnissen (Stress- und Spannungsbefinden), als auch im Verhältnis zu den objektiven Messdaten (sEMG-Aktivierungslevel im M. trapezius) konnten die Autoren statistisch signifikante Zusammenhänge nachweisen. Die Korrelation war hierbei zwar signifikant, aber eher schwach, was sich auf die große Stichprobe zurückführen lässt. Somit wurden Ergebnisse von Vorgängerstudien mit kleineren Stichproben im Setting Versicherungsbetrieb mit der zugrundeliegenden statistisch aussagekräftigen Stichprobe (n=1.270) bestätigt (Leonard et al., 2010; Schleifer et al., 2008; Wahlström et al., 2003; Ekberg et al., 1995; Cram und Engstrom, 1986).

Werden die Befragungsergebnisse isoliert betrachtet, zeigt sich anhand der Mittelwerte (Stressbefinden: M=5,1; Spannungsbefinden: M=5,2), dass der Trend bei beiden Variablen zur zentralen Mitte geht.

Ein Vergleich der Befragungsergebnisse zum Stressbefinden mit der Literatur ergibt, dass die ermittelten 29,1 % Beschäftigten mit „hohem Stress“ sich annähernd mit dem Bundesdurchschnitt decken. Eine repräsentative Forsa-Befragung (n=1.014) kam zu dem Ergebnis, dass 32 % der Bürger im erwerbstätigen Alter unter hohem, dauerhaftem Stress leiden (F.A.Z.-Institut und TK, 2009). 66 % dieser Menschen verspürten zudem Muskelverspannungen und Rückenschmerzen und damit deutlich mehr als die „nur gelegentlich“ oder „nie“ gestressten Personen (48 %). Die Studie kam zum Ergebnis „je größer der Stress, desto kränker“, wobei der Zusammenhang von Stress mit Muskelverspannungen und Rückenschmerzen von allen gesundheitlichen Beeinträchtigungen am stärksten ausgeprägt war.

Auch die Befragungsergebnisse zum Spannungsbefinden im Bereich des Rückens bewegen sich mit 32,4 % der Beschäftigten mit „starken Verspannungen“ im Rahmen des Bundesdurchschnitts. So ergab eine repräsentativen Umfrage unter Menschen im erwerbstätigen Alter (n=6.013), dass 31 % der Probanden angaben, „mehrmals in der Woche“ oder sogar „täglich“ unter Rückenschmerzen zu leiden (BKK Bundesverband, 2008). Von diesen Betroffenen suchte aber nur rund ein Drittel einen Arzt auf.

Bei Betrachtung der objektiven Messergebnisse verwundert, dass nur bei 11 % der Probanden, ein „erhöhter-“ oder „stark erhöhten Muskeltonus“ vorliegt und damit eine Indikation für eine weiterführende Intervention. Und dies, obwohl jeweils beinahe 1/3 der Probanden angaben, unter hohem Stress oder starker Verspannung zu leiden und zudem ein signifikanter Zusammenhang zwischen diesen Faktoren nachgewiesen

werden konnte. Auch der Prozentsatz der Probanden mit Rechts-Links-Asymmetrie ist mit 18,4 % deutlich höher.

Eine mögliche Erklärung liefert die These von Rief und Birbaumer (2006), dass Rechts-Links-Asymmetrien oft klinisch bedeutsamer sind, als die alleinige Abweichung der Muskelanspannung von einem Normwert. Diese Aussage wird durch Crams Untersuchung untermauert, der für die normative Gruppe, ohne Beschwerden (n=104), keinen signifikanten Unterschied des sEMG-Aktivierungsniveaus zwischen rechter und linker Körperpartie feststellen konnte (Cram, 1990). Weitere Gründe für den niedrigen Wert von 11 % könnten in den Norm-/Vergleichswerten nach Cram begründet liegen, nach denen die Kategorisierung in dieser Auswertung vorgenommen wurde (Cram, 1998). Diese wurden mittels einer Stichprobe von Universitätsstudenten erhoben, was Cram zu der Frage veranlasst, ob die Muskeln von Menschen aus anderen Tätigkeitsbereichen mit diesen „Normwerten“ vergleichbar sind. Er lässt die Antwort offen und verweist stattdessen auf den Bedarf an weiterführenden Studien. Die vorliegende Studie leistet hierzu ihren Beitrag und stellt den Querschnitt in einem deutschen Versicherungskonzern dar. Anhand der Ergebnisse dieser Studie muss die Sinnhaftigkeit einer isolierten Betrachtung und Interpretation des sEMG-Aktivierungsniveaus in Frage gestellt werden.

Bei der demografischen Analyse zeigt sich die Tendenz, dass Stress- und Verspannungsbefinden mit steigendem Alter zunehmen (siehe Abb. 7). Am stärksten belastet ist die Altersgruppe 3 (44 bis 50 Jahre) die ein signifikant höheres Stressniveau vorwies, als die Altersgruppe 1 (bis 37 Jahre) mit den jüngsten Beschäftigten. In Gruppe 4 mit den ältesten Beschäftigten (ab 51 Jahren) stellen sich subjektiver Stress und Verspannung dann wieder geringer dar.

Um dieses Ergebnis interpretieren zu können, müssen neben beruflichen auch nicht-berufliche Faktoren mit einbezogen werden. So besteht laut Hämming et al. (2009) zwischen der Ausprägung des sogenannten „Work-Life Conflict“ (WLC) einerseits und hohem Arbeitsstress sowie verschiedenen physischen und psychischen Gesundheitsbeschwerden andererseits ein direkter Zusammenhang. Die Schweizer Studie, welche 4.371 Arbeitnehmer zwischen 20 und 64 Jahren befragte, kam zu dem Ergebnis, dass der WLC-Wert bei der mittleren Altersklasse (40 bis 49 Jahren) am höchsten lag. Die Studie Kelly Services beleuchtete die Situation von 19.000 Angestellten in 12 europäischen Ländern und fand heraus, dass gerade ältere Erwerbstätige einem enormen Druck verspüren (Kelly Services, 2005). Während sich nur 22 Prozent der 15- bis 24-Jährigen in ihrem Arbeitsalltag überlastet fühlten, traf dies bei Befragten über 45 Jahren auf 45 Prozent zu. Dies lässt sich zum einen mit der von Altersgruppe 1 (bis

37 Jahren) zu Gruppe 2 (38 bis 43 Jahre) zunehmenden Doppelbelastung von Familie und Beruf erklären. So stellte die Elternrolle im Zusammenleben mit minderjährigen Kindern ein signifikanter Einflussfaktor auf den WLC-Wert dar (Hämming et al., 2009). Zum anderen werden in Altersgruppe 2 die Weichen für die Karriere gestellt, verbunden mit dem entsprechenden intrinsischen und extrinsischen Erwartungsdruck.

Bei den Beschäftigten in Altersgruppe 3 (44 bis 50 Jahre) mag das Stressempfinden, wie bei Kelly Services (2005) dargestellt, den Höhepunkt erreicht haben. Ein Grund hierfür könnte in den mit steigendem Alter zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen durch chronische Erkrankungen liegen (vgl. Zoike et al., 2010). Hinzu kommt die nachlassende Fähigkeit, sich auf immer wieder neue Veränderungen in der Organisation und Steuerung von Arbeit einzustellen. Laut des sechsten Altenberichts des Deutschen Bundestages (2010) verringert sich „mit dem Alter (...) die geistige Beweglichkeit und Umstellungsfähigkeit“.

Die leicht verbesserten Werte in Altersgruppe 4 lassen sich zum einen mit der Entspannung der Doppelbelastung Beruf und Elternrolle erklären, durch das Erreichen der Volljährigkeit von Kindern. Zum anderen spielt sich laut Lazarus und Folkman (1984) der ganz persönliche Umgang mit Stress und hoher Belastung auf der Arbeit mit der Zeit ein und führt zu einem schnelleren und effektiveren Umgang damit. Sie sprechen vor diesem Hintergrund von einem Bewältigungs-Prozess. Andere Personen, die nicht dauerhaft mit der Arbeitsbelastung umzugehen wissen, mögen zudem bereits aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden sein, zum Beispiel durch Frühverrentung. Das durchschnittliche Frühberentungsalter liegt laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006) bei den Männern bei 50,91 Jahren und bei den Frauen bei 49,28 Jahren. Die Hauptgruppe der Frühberentungsursachen liegt in psychischen Erkrankungen. Auf Platz zwei folgen Krankheiten des Muskel-Skelett-Apparates.

Im Gegensatz zu den subjektiven Ergebnissen (Stress- und Verspannungsbefinden) lässt sich bei den objektiven Ergebnissen kein statistischer Zusammenhang zwischen Alter und sEMG-Aktivitätsniveau in neutraler Ruheposition belegen. Dieses Ergebnis deckt sich mit Studienergebnissen aus der Literatur (Criswell, 2011; Cram und Steger, 1983; Kendall et al., 1983).

Bei der ökonomischen Betrachtung der Studienergebnisse wurden mittels einer Modellrechnung die zusätzlichen Produktivitätsverluste in der Stichprobe bei Präsentismus berechnet, welche sich durch die beiden Risikofaktoren „Hoher Stress“ und „Nacken-

/Rückenbeschwerden“ bedingen. So entstehen Kosten, die dem Arbeitgeber durch Einschränkung der Arbeitsproduktivität von anwesenden Mitarbeitern entstehen. Dieser Aspekt „Kosten von Präsentismus“ stützt sich laut des Reviews von Steinke und Badura (2011) auf eine breite Evidenz (85 Studien).

Die verwendeten Rechnungsgrundlagen (vgl. Tabelle 4, Seite 47) werden von weiteren Studienergebnissen untermauert. So existieren drei breit angelegte Studien mit 2.264 bis 60.556 Probanden zu den Auswirkungen von Risikofaktoren, welche die Arbeitsproduktivitätseinbußen durch „Hoher Stress“ zwischen 4,2 % und 6,1 % beziffern (Hilton et al., 2008; Burton et al., 2005; Boles et al., 2004). Für den Risikofaktor „Nacken-/Rückenbeschwerden“ existiert eine Vergleichsstudie von Loeppke et al. (2009) mit 51.647 Probanden, welche den Produktivitätsverlust mit 9,7 % angibt.

Auch die in dieser Studie ermittelten zusätzlichen Präsentismuskosten in Höhe von 3.240 EUR pro Beschäftigtem, was 5,6 % der Arbeitslohnkosten (brutto) in der Branche entspricht, erscheinen vor dem Hintergrund der Literatur plausibel. So beziffern zwei ältere Studien die zusätzlichen Präsentismuskosten pro Mitarbeiter zwischen 1.392 USD und 2.592 USD (Burton et al., 2005) sowie 2.000 USD und 2.800 USD (Ozminskowski et al., 2004). Nach dem Umrechnungskurs vom 29.09.2011 (1 USD=0,7 EUR) entspricht dies zwischen 974 EUR (1.392 USD) und 1.969 EUR (2.800 USD). Riedel et al. (2009) untersuchten in einer sehr breit angelegten Studie (n=772.750) unter Beteiligung von 106 Unternehmen zehn Risikofaktoren. Beim Durchschnitt der Beschäftigte fanden sich 2,4 Risikofaktoren, so das Ergebnis. Das Vorliegen von zwei Risikofaktoren bezifferte die Studie durchschnittlich mit zusätzlichen Präsentismuskosten in Höhe von 2.986 USD (2.090 EUR), von drei Risikofaktoren mit 4.480 USD (3.136 EUR).

Der Vergleich des zusätzlichen Präsentismus von 5,6 % pro Beschäftigtem aus der vorliegenden Studie mit der Literatur ergab folgendes. Burton et al. (2005) ermittelten pro Beschäftigtem (n=28.375) ein zusätzlicher Präsentismus von 5,18 %. Bei Boles et al. (2004) ergab sich in ihrer Studie (n = 2.264) einen durchschnittlichen Präsentismus von 6,6 % für die vergangene Arbeitswoche bedingt durch Risikofaktoren gegenüber einem Absentismus (motivationsbedingte Fehlzeiten) von 1,8 %.

Alle Vergleiche lassen das Ergebnis für zwei der drei stärksten Wirkungsvariablen auf Produktivitätsverluste durch Präsentismus realistisch erscheinen (Riedel et al., 2009).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass es sich bei den ökonomischen Ergebnissen der Studie um Näherungswerte handelt, die auf einer Modellrechnung basieren.

Rechnungsgrundlagen und die genannten Vergleichsstudien stammen dabei nahezu ausschließlich aus den USA. Steinke und Badura (2011) haben mit ihrem Review amerikanischer Untersuchungen 2011 einer Übertragung der Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Produktivität auf die europäische Arbeitssituation angestoßen.

Zudem muss erwähnt werden, dass es sich um eine retrospektive Studie handelt, die vom Studiendesign in erster Linie auf betriebliche Praktikabilität und Effizienz ausgerichtet ist. Das Ergebnis ist aus Sicht der Autoren dennoch repräsentativ für das Unternehmen und verfügt damit über eine hohe Aussagekraft. Dies lässt sich zum einen darin begründen, dass sich Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung der Stichprobe mit den Personalstrukturdaten des Konzerns weitestgehend decken. Zum anderen umfasst die Stichprobe einen Mitarbeiterquerschnitt von zwei Standorten, aus verschiedenen Konzerngesellschaften, Hierarchieebenen sowie mit unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen. Die Datenerhebung erfolgte zudem über die gesamte Kernarbeitszeit verteilt, sowie an verschiedenen Wochentagen, wobei der gesamte Zeitraum der Datenerhebung sich auf Grund der Stichprobengröße über mehrere Monate hinzog.

2.2.6 Fazit und Ausblick

Aus den Studienergebnissen lassen sich folgende Rückschlüsse ziehen:

1. Zwischen der objektiv messbaren muskulären Spannung in der Schulter-Nackenpartie, dem subjektiven Verspannungsbefinden sowie dem Stressbefinden besteht ein signifikanter Zusammenhang. Die beschriebene Methodik scheint demnach geeignet, eine entsprechende Korrelation im betrieblichen Umfeld aufzuzeigen.
2. Das Stressbefinden steigt mit zunehmendem Alter der Arbeitnehmer bis zur fünften Lebensdekade hin an. Diesem Trend sollte deshalb frühzeitig mit gezielten Maßnahmen zur Stärkung der persönlichen Ressourcen Einhalt geboten werden.
3. Durch die im Rahmen dieser Studie ermittelten Risikofaktoren und die damit verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz entstehen dem Arbeitgeber Produktivitätsverluste in Millionenhöhe. Dies ergab die Präsentismus-Modellrechnung auf Basis wissenschaftlicher Vergleichsstudien.

Als Folgerung aus den Studienergebnissen lässt sich folgendes ableiten: Um Stressbefinden und muskulären Verspannungen im oberen Rücken bei den Betroffenen zu reduzieren empfehlen sich Lockerungs- und Entspannungsübungen am Arbeitsplatz. Diese sind laut diverser Studienergebnissen geeignet, um die Muskelaktivität zu reduzieren und der Psyche eine Pause zu gönnen (Burnus et al., 2008; Dragano, 2007). Diese Effekte mittels sEMG-Messung im Schultergürtel (M. trapezius) zu belegen gelang bereits Bao et al. (1995) und Samani et al. (2009).

Zur Realisierung und Konsolidierung positiver Effekte im Sinne der Nachhaltigkeit spielen neben regelmäßigen, bedarfsgerechten und zielgerichteten Maßnahmen zur Verhaltensprävention auch die Weiterentwicklung einer motivations- und ressourcenförderlichen Personal- und Unternehmenskultur eine maßgebliche Rolle (Verhältnisprävention). Durch den Abbau von physischen und psychischen Belastungen und die Stärkung des Sozial- und Humankapitals können das Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten der Beschäftigten nachhaltig gefördert und somit Betriebsergebnisse und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen gesteigert werden (Badura et al., 2010). So kann die Spirale aus Stress, Verspannung und Rückenschmerzen dauerhaft durchbrochen und gesundheitsbedingte Produktivitätseinbußen am Arbeitsplatz reduziert werden. Die Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz von Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention von Sockoll et al. (2008) stellt hierfür ebenfalls eine Auswahl von geeigneten Maßnahmen vor.

Um das Studiendesign weiter zu optimieren wäre eine Wiederholung von Befragung und Testung mit derselben Stichprobe in regelmäßigen Zeitabständen wünschenswert. So ließen sich mittels einer Längsschnittanalyse Aussagen zu den Verläufen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, chronischen Erkrankungen sowie Interventionseffekten treffen.

2.3 Studie 3 (S3): Feldvergleich von zwei Zugangskonzepten zur betrieblichen Mitarbeiterberatung mit dem Ziel der Stressintervention im Haus eines Versicherungskonzerns

Steigerung der Inanspruchnahme durch Direktansprache der Mitarbeiter am Arbeitsplatz

Versicherungsmedizin 2012. 64(1): 17-22

Erstautor: Marco Burnus¹

Coautoren: Volkmar Benner²

Duška Kirchner²

Anna Drabik³

Stephanie Stock³

¹Gothaer Krankenversicherung AG, Gesundheit Betrieb und Leistung, Köln;

²MediExpert Gesellschaft für betriebliches Gesundheitsmanagement mbH;

³Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Klinikum der Universität zu Köln

2.3.1 Zusammenfassung

Im Haus der Gothaer Versicherungen wurden in zwei Fachbereichen mit zusammen mehr als 650 Mitarbeitern unabhängig voneinander Unterstützungsangebote zur Stressbewältigung durchgeführt. Beide Bereiche, die Vergleichsgruppen 1 und 2 (VG1 und VG2), entschieden sich für eine betriebliche Mitarbeiterberatung in Form von Einzelgesprächen.

Der Zugang zu den Mitarbeitern erfolgte in beiden Vergleichsgruppen über die Kommunikationskanäle Belegschaftsversammlung, Führungskräfte und E-Mail. In VG2 suchte der Mitarbeiterberater alle Beschäftigten zusätzlich am Arbeitsplatz auf und vermittelte ihnen eine kurze Entspannungstechnik zur Sensibilisierung. Gleichzeitig sollte dieser persönliche Kontakt die Hemmschwelle der Mitarbeiter senken, Einzelgespräche in Anspruch zu nehmen. Diese wurden in VG2 als Face-to-face-Variante angeboten, während VG1 sich zum Einsatz der telefonischen Variante entschloss.

Über den neuen Zugangsweg mit zusätzlicher persönlicher Kontaktaufnahme am Arbeitsplatz gelang es in VG2, einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Mitarbeiter zur Teilnahme an der anschließenden Beratung zu motivieren. Die Teilnahmequote lag hier mehr als fünf Mal so hoch wie in VG1, bei gleichzeitig niedrigeren Beratungskosten im Einzelfall.

2.3.2 Einleitung

Öffentlichkeit und Fachkreise sind sich einig, dass die Erhaltung und Wiederherstellung der seelischen Gesundheit im Arbeitsleben zu den wichtigsten Präventionsthemen der Zukunft zählen. Während „klassische“ chronische körperliche Schäden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Neubildungen in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik der letzten Jahre deutlich rückläufig sind, sind psychische Erkrankungen heute eine der Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeit (Badura et al., 2010; BKK Bundesverband, 2009).

Die zunehmenden Belastungen im Arbeitsleben lassen sich nach empirischen Befunden auf stetige Veränderungen in der Organisation und Steuerung von Arbeit zurückführen (Dunkel et al., 2009). So steht arbeitsbedingter Stress mit psychischen Gesundheitsstörungen wie Burnout, chronischer Erschöpfung und depressiven Störungen im Zusammenhang (Siegrist und Rödel, 2005). Zudem schlägt er sich in somatischen Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen nieder – etwa in Rückenleiden oder inneren Erkrankungen (Techniker Krankenkasse, 2009; BKK Bundesverband, 2009).

Um diese Entwicklung aufzuhalten, fordern Europäische Kommission und Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2007) von Unternehmen ein aktives Engagement zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Beschäftigten. Betriebliche Angebote, die speziell auf psychische Belastungen zielen, werden allerdings nur von wenigen Mitarbeitern angenommen, auch wenn der Bedarf deutlich größer ist (Dunkel et al., 2009). Der Grund hierfür liege darin, dass viele Beschäftigte befürchten, durch eine Teilnahme Zweifel an der eigenen Leistungsfähigkeit aufkommen zu lassen.

Die zweiteilige Fragestellung, die sich daraus ergibt, lautet:

1. Wie kann bei Mitarbeitern die Hemmschwelle zur Teilnahme an betrieblichen Maßnahmen zur Förderung von psychischer Gesundheit gesenkt werden?
2. Wie muss der Zugang zu betrieblichen Angeboten zur Stressprävention und -intervention für die Beschäftigten gestaltet werden, um dies zu gewährleisten?

Hiermit soll ein Beitrag zu dieser Fragestellung geleistet werden.

Diese Feldstudie vergleicht zwei Projekte zur Stressintervention, die in den Jahren 2009/2010 bei den Gothaer Versicherungen an den Standorten Köln und Göttingen durchgeführt wurden. Hier wurden in den letzten Jahren Prozesse in zwei Kerngesellschaften des Konzerns standardisiert und automatisiert. Diese Umstrukturierungen gingen mit Personalverknappung einher. Gleichzeitig musste die Produktivität erhöht werden.

Unabhängig voneinander trat in beiden Fällen der Wunsch der Mitarbeiter nach Unterstützungsangeboten zur besseren Bewältigung von psychischen Belastungen auf. So wurden von den Fachbereichsleitungen in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung und den jeweiligen Arbeitnehmervertretern selbstständig nebeneinander zwei Unterstützungsprojekte zur Stressintervention und Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit ausgestaltet und durchgeführt.

Den wesentlichen Unterschied in den beiden Vergleichsgruppen stellten die Zugangswege zum Mitarbeiter dar. Während in einer Vergleichsgruppe ein vielfach bewährtes Standardkonzept (Jaepfelt und Görcke, 2009; Oher, 1999) zum Einsatz kam, wurde in der anderen Gruppe ein neuer Ansatz entwickelt.

2.3.3 Methodisches Vorgehen

Zur Unterscheidung der Vergleichsgruppen wird dem Fachbereich mit 250 Mitarbeitern die Bezeichnung „Vergleichsgruppe 1“ (VG1) zugeordnet, dem mit 401 Mitarbeitern die Bezeichnung „Vergleichsgruppe 2“ (VG2).

Der Bedarf der Mitarbeiter an Beratungsangeboten bei psychischen Belastungen wurde in VG1 durch die Arbeitnehmervertreter an die Fachbereichsleitung kommuniziert. In VG2 wurde dieser im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung sichtbar. Daraufhin wurden Mitarbeiter-Workshops in Form von Qualitäts-/Gesundheitszirkeln durchgeführt

(vgl. Burnus et al., 2008). In diesen wurden persönliche Belastungen und arbeitsplatzspezifische Probleme erkannt, gemeinsam mit den Beschäftigten zusammengefasst und in übergeordneten Handlungsfeldern bearbeitet. Ein wichtiges Themenfeld stellte dabei ein verbesserter Umgang mit psychischen Belastungen dar.

Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in VG1 wie auch in VG2 entschieden sich für die betriebliche Mitarbeiterberatung, ein Unterstützungsangebot auf individueller Ebene. Alle Mitarbeiter haben dabei die Möglichkeit, diskret und direkt mit einem professionellen externen Berater in Kontakt zu treten (Poppelreuter, 2009).

Solche Programme sind in den USA unter dem Begriff „Employee Assistance Program“ (EAP) schon seit vielen Jahren etabliert. In Deutschland hingegen beschränken sich qualifizierte, individuelle Beratungsangebote zurzeit noch auf wenige Großunternehmen (Jaepfelt und Görcke, 2009; Poppelreuter, 2009), obwohl ihr mehrdimensionaler Nutzen hinreichend dokumentiert ist (LaMontagne, 2006; Seymore und Grove, 2005; Attridge, 2005; Slavik et al., 2004). Als individueller Nutzen wurde die Stärkung der persönlichen Bewältigungsfertigkeiten genannt, sowie das Gefühl, zukünftig Stress besser meistern zu können (Jordan et al., 2003; Seymore und Grove, 2005). Der ökonomische Nutzen wird in einer Steigerung der Produktivität, einer Verbesserung der Arbeitsqualität und der Reduzierung von Absentismus gesehen (Slavik et al., 2004; Attridge, 2005).

In beiden Vergleichsgruppen kamen unterschiedliche Zugangskonzepte zu den Beschäftigten zum Einsatz (vgl. Abbildung 8, Seite 58):

In VG1 wurden die „klassischen“ Kommunikationskanäle in Unternehmen genutzt. Zunächst informierte die Fachbereichsleitung im Rahmen einer Betriebsversammlung über das geplante Angebot, anschließend wurden die Inhalte allen Mitarbeitern per E-Mail dargestellt. Der externe Berater wendete sich ebenfalls per E-Mail an die Mitarbeiter und stellte sein Konzept darüber hinaus persönlich den Führungskräften vor. Er bat sie, das Angebot ihren Mitarbeitern zu erläutern. Für die Beratung wurde in VG1 eine „Mitarbeiterhotline“ mit festen telefonischen Sprechzeiten eingerichtet. Im Anschluss bestand die Möglichkeit, einen persönlichen Folgetermin (Face-to-face) anzusetzen. Dieses Angebot stand den Beschäftigten sechs Monaten offen.

In VG2 wurde, neben den bereits bei VG 1 dargestellten „klassischen“ Maßnahmen und einem zusätzlichen Informationsblatt, ein neuartiges Konzept entwickelt. Hierbei suchte der Berater die Mitarbeiter nacheinander an ihren Arbeitsplätzen auf. In dieser,

pro Büro circa 15 Minuten dauernden, Aktion „Stress-Blitz“ führte er mit ihnen eine praktische Entspannungsübung zur Hilfestellung in akuten Krisensituationen durch. Weitere Tipps zur Verringerung von Stress-Situationen bei der Arbeit rundeten das Training ab. Zum Schluss bot der Berater ein persönliches Gespräch zu einem gesonderten Termin von 45 bis 60 Minuten Dauer an. Die Teilnahme am Stress-Blitz war nicht obligatorisch für die Teilnahme an einem Beratungsgespräch. Die Zielsetzung des Stress-Blitzes lag zum einen in der Sensibilisierung aller Mitarbeiter für das Thema psychischer Belastungen. Zum anderen wurde ein persönlicher Kontakt zum Berater hergestellt, um die Hemmschwelle zu einem Beratungsgespräch zu senken. Das Angebot stand den Mitarbeitern insgesamt vier Monaten offen.

Abbildung 8: Gegenüberstellung der Zugangskonzepte zur Mitarbeiterberatung von Vergleichsgruppe 1 (VG1) und Vergleichsgruppe 2 (VG2)

	Vergleichsgruppe 1	Vergleichsgruppe 2
Zugang zum Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation der Leitung an Führungskräfte sowie auf Belegschaftsversammlung und per E-Mail an die Mitarbeiter • Persönliche Kommunikation der Führungskräfte an ihre Mitarbeiter in Gruppenmeetings • Persönliche Vorstellung des Angebots durch den Beratungsdienstleister vor den Führungskräften sowie per E-Mail an die Mitarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation der Leitung an Führungskräfte sowie auf Belegschaftsversammlung und per E-Mail an die Mitarbeiter • Persönliche Kommunikation der Führungskräfte an ihre Mitarbeiter in Gruppenmeetings • Persönliche Vorstellung des Angebots durch den Beratungsdienstleister vor den Führungskräften sowie per E-Mail an die Mitarbeiter • Information der Mitarbeiter über Informationsblatt • Mitarbeiterberater sucht alle Beschäftigten persönlich am Arbeitsplatz auf („Stress-Blitz“)
Mitarbeiterberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonische Beratung • Face-to-face-Beratung (nur nach Vereinbarung im Nachgang) 	<ul style="list-style-type: none"> • Face-to-face-Beratung

Quelle: eigene Darstellung

Bei beiden Vergleichsangeboten war es wichtig, Diskretion und Anonymität der Teilnehmer zu gewährleisten. In VG1 musste der Anrufer der Hotline daher seinen Namen nicht nennen. In VG2 konnten die Mitarbeiter entweder über ein Postfach bei der Deutschen Post, zu dem nur der Berater einen Zugang hatte, oder einer externen E-Mailadresse einen Termin vereinbaren. Die Face-to-face-Beratungen konnten in firmeninternen oder externen Räumlichkeiten wahrgenommen werden.

Der Plan einer gesundheitlichen Projekt-Evaluation auf anonymer Datenbasis wurde von Arbeitnehmervertretern abgelehnt und konnte somit nicht umgesetzt werden.

2.3.4 Methoden zur Evaluation

Um die Ergebnisse von VG1 und VG2 untereinander und Daten aus der Literatur abzugleichen, wurden verschiedene Kennzahlen ausgewählt:

Hierzu zählt die Teilnahmequote, auch „People Use Rate“ oder Fallrate. Nach Ameral (1999) ist sie der am häufigsten angewandte Benchmark für die betriebliche Mitarbeiterberatung. Dabei wird, unabhängig von Gründen und Indikationen, die Anzahl der Nutzer durch die Anzahl der Mitarbeiter mit Zugang zum Angebot dividiert (Attridge et al., 2009; Csiernik, 2003). Amaral (1999) weist darauf hin, dass auch qualitative Faktoren und die Zugangswege berücksichtigt werden sollten.

Auf die qualitative Evaluation durch die Teilnehmer wurde in VG1 aus Datenschutz-Gründen verzichtet. In VG2 erfolgte diese per Feedback-Befragung über das Intranet. Eine spezielle Voting-Software gewährleistete dabei die Anonymität. In beiden Vergleichsgruppen nahmen die Berater die Zuordnung der Gesprächsinhalte zu Problemfeldern vor. Auf eine detaillierte Aufgliederung wurde mit Rücksicht auf die Anonymität der Befragten verzichtet.

Als Methode zur ökonomischen Evaluation diente der „cost-per-unit“ Ansatz. Dieser gibt über die Programm-Effizienz Auskunft (Chambers et al., 1992). Dabei werden die Programmaktivitäten monetarisiert, nicht die erzielten Wirkungen. Die monetäre Bemessung erfolgt über die Berechnung der eingesetzten Ressourcen pro Beratungseinheit.

Die Entscheidung sowohl eine telefonische als auch eine Face-to-face-Beratung mit teils unterschiedlicher Dauer als vergleichbare „Einheit“ zu definieren, basiert auf den

Ergebnissen von Vergleichsstudien, die für beide Beratungsformen nahezu identische Effekte belegen (Slavik et al., 2004; Stephenson et al., 2004; Attridge, 2002; Spizman, 2001).

Daneben wurden die Kosten pro zugangsberechtigtem Mitarbeiter ermittelt und mit der Literatur abgeglichen.

2.3.5 **Ergebnisse**

Die Untersuchungspopulation VG1 umfasst 250 Beschäftigte, davon 68,8 % Frauen und 31,2 % Männer mit einem Durchschnittsalter von 44,1 Jahren.

Die VG2 mit 401 Beschäftigten setzt sich aus 69 % Frauen und 31 % Männern mit einem Durchschnittsalter von 40,8 Jahren zusammen.

Über unterschiedliche Kommunikationswege zu den Beschäftigten wurden folgende Ergebnisse erzielt (vgl. Tabelle 5, Seite 61): Sowohl in VG1 als auch in VG2 wurden 60 bis 70 % der Mitarbeiter auf Betriebsversammlungen über das Angebot informiert. Des Weiteren unterrichteten die Fachbereichsleitung sowie der Berater per E-Mail. Dieser informierte die Führungskräfte zudem im Rahmen einer Versammlung.

In VG2 wurde zusätzlich ein speziell für den Unternehmensbereich erstelltes Mitarbeiter-Informationsblatt flächendeckend ausgeteilt. Die Stress-Blitz-Maßnahme in VG2 bildet einen wesentlichen Unterschied: Indem ein Berater sie direkt aufsuchte, erreichte er 67,1 % (n=269) der Mitarbeiter.

Die anschließende Inanspruchnahme der Mitarbeiterberatung stellte sich folgendermaßen dar: In VG1 wurden insgesamt 13 telefonische Kontakte zur Mitarbeiterhotline gezählt, die in einem Beratungsgespräch mündeten. Somit ergibt sich eine Teilnahmequote von maximal 5,2 % der Beschäftigten. Eine exakte Angabe der Fallrate ist leider nicht möglich, da der Berater bei der Auswertung nicht zwischen Erst- und Folgegespräch unterschieden hat.

Tabelle 5: Gegenüberstellung von Projektkommunikation und Zugangswegen zur Mitarbeiterberatung von VG1 und VG2

		Vergleichsgruppe 1 (n = 250 MA)	Vergleichsgruppe 2 (n = 401 MA)
Projektkommunikation und Sensibilisierungsmaßnahmen	Auf Betriebsversammlung erreichte Mitarbeiter	60-70 %	60-70 %
	Per E-Mail informierte Mitarbeiter, jeweils 1x durch die Leitung und 1x durch den Beratungsdienstleister	flächendeckend x 2	flächendeckend x 2
	Persönlich Vorstellung des Angebots durch den Beratungsdienstleister vor den Führungskräften	erfolgt	erfolgt
	Persönliche Kommunikation der Führungskräfte an ihre Mitarbeiter in Gruppenmeetings	erfolgt	erfolgt
	Information der Mitarbeiter über Mitarbeiter-Informationsblatt	-	flächendeckend
	Persönlich durch den Berater im Rahmen der "Stress-Blitz-Maßnahme" am Arbeitsplatz erreichte Mitarbeiter	-	67,1 %
	Persönlicher Kontakt zum Berater im Rahmen der "Stress-Blitz-Maßnahme"	-	20,2 %
Zugangswege zur Mitarbeiterberatung	Kontaktaufnahme per Telefon	5,2 %	-
	Kontaktaufnahme per E-Mail oder über Anrufbeantworter	0,8 %	7 %
	Kontaktaufnahme über Betriebsrat	-	0
	Kontaktaufnahme über Postfach	-	0

- = kein Angebot;

Quelle: eigene Darstellung

In VG2 meldeten sich 20,2 % (n=81) der Mitarbeiter im Rahmen der Stress-Blitz-Maßnahme direkt beim Berater für einen individuellen Termin an. Diese Anmelde-möglichkeit war im Vorfeld aus Gründen der Anonymität nicht vorgesehen worden. Weitere 7 % (n=28) nahmen anschließend per E-Mail Kontakt zum Berater auf, über den Betriebsrat und über das eigens eingerichtete Postfach blieb die Kontaktaufnahme aus. So wurden in VG2 insgesamt 151 individuelle Mitarbeiterberatungen verzeichnet,

davon 109 Erstgespräche sowie 42 Folgegespräche. Es ergibt sich somit eine Teilnahmequote von 27,2 % (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Gegenüberstellung der Teilnahme an der individuellen Mitarbeiterberatung sowie der Projektkosten von VG1 und VG2

		Vergleichsgruppe 1 (n = 250 MA)	Vergleichsgruppe 2 (n = 401 MA)
Teilnahme Mitarbeiterberatung	Anzahl durchgeführter Beratungen:		
	Telefonisch	13	-
	Face-to-face	0*	151
	Anzahl erreichte Personen (n)	13**	109
	Teilnahmequote (%)	5,2	27,2
Projektkosten	Projektkosten für Sensibilisierung und individuelle Beratung (EUR)	11.154	28.692
	Kosten pro Beratungseinheit (EUR)	858	190
	Kosten pro zugangsberechtigtem Mitarbeiter (EUR)	44,62	71,55

- = kein Angebot, * = optionales Angebot nach telefonischer Beratung, ** = Annahmewert für maximal erreichte Personenzahl, da aus Datenschutzgründen lediglich die Anzahl der Beratungen vorliegt;

Quelle: eigene Darstellung

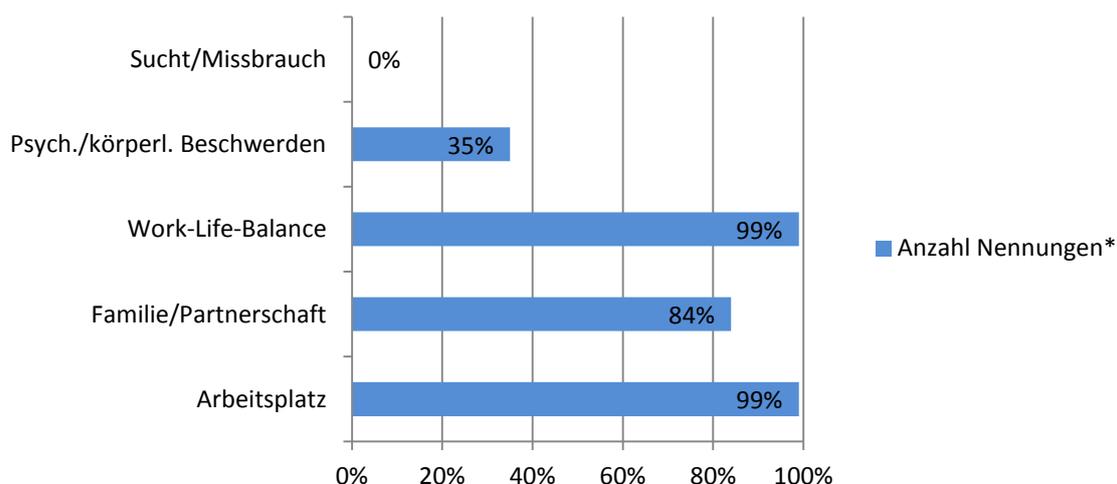
Die Evaluation der Beratungsqualität in VG2 ergab mittels Online-Voting bei insgesamt 109 Teilnehmern eine Rücklaufquote von rund 47 %. Die überwiegende Mehrzahl der Befragten bestätigte die hohe Qualität und Sinnhaftigkeit der Maßnahme, ebenso die Transfermöglichkeit der Inhalte in den Berufsalltag.

Die Evaluation der Beratungsinhalte stellt sich wie folgt dar: In VG1 wurden die fünf Problemfelder „Fragen zum Umgang mit dem Verhalten des Vorgesetzten“, „Zusätzliche Belastung durch die Umstrukturierung“, „Persönliche Probleme, die sich auf die Arbeitsleistung auswirken“, „Belastungen am Arbeitsplatz“ und „Vereinbarkeit von Arbeit und Familie“ als Kernthemen der telefonischen Gespräche genannt.

In VG2 erfolgte durch den Berater die thematisierte Zuordnung der Erstgespräche zu den fünf Problemfeldern „Sucht/Missbrauch“, „Psychische/körperliche Beschwerden“, „Work-Life-Balance“, „Familie/Partnerschaft“ sowie „Arbeitsplatz“. Bei dieser Zu-

ordnung wurden auch Mehrfachnennungen berücksichtigt (vgl. Abbildung 9). Insgesamt kam es zu 346 Nennungen, das bedeutet bei 109 Teilnehmern durchschnittlich 3,2 Nennungen. 99 Prozent nannten Probleme am Arbeitsplatz sowie mit der Work-Life-Balance, 84 Prozent mit Familie/Partnerschaft und 35 Prozent nannten psychische und körperliche Beschwerden. Das Thema Sucht/Substanzmissbrauch wurde nicht genannt.

Abbildung 9: Evaluation der Mitarbeiterberatung (n=109) nach Problemfeldern in VG2



* = Die Dokumentation erfolgte anonymisiert durch den Coach; Mehrfachnennungen sind berücksichtigt;

Quelle: eigene Darstellung

Die Gegenüberstellung der Kosten im Rahmen des ökonomischen Controllings ergab, dass der Aufwand pro Beratungseinheit in VG1 bei 858 EUR lag, in VG2 bei 190 EUR (vgl. Tabelle 6, Seite 62).

In VG1 entstanden die überwiegenden Kosten in Höhe von 11.154 EUR durch eine Pauschale für die Bereitstellung der Hotline und die damit verbundene Bereithaltung von qualifiziertem Personal.

In VG2 beruhte ein Großteil der Kosten von 28.692 EUR auf Beratungsleistungen nach erbrachter Beratungszeit. Bei der Projektkostenaddition in VG2 wurden die Kosten für die Sensibilisierungsmaßnahme „Stress-Blitz“ mit eingerechnet.

Ausgerechnet auf den zugangsberechtigten Mitarbeiter ergeben sich in VG1 Kosten in Höhe von 44,62 EUR, in VG2 von 71,55 EUR.

2.3.6 Diskussion

Im Fokus dieser Feldstudie stehen zwei unterschiedliche Zugangskonzepte zu betrieblichen Angeboten zur individuellen Stressintervention im Hause eines Versicherungskonzerns. Dabei wurden Projektkommunikation und Ansprache der Beschäftigten gegenübergestellt, quantitative und qualitative Aspekte der Beratung, sowie die Kostenperspektive berücksichtigt.

Der zentrale Aspekt beim Abgleich und der Effektivitätsbeurteilung der beiden Zugangskonzepte bildet die Teilnahmequote. Im Rahmen dieser Studie wurden Quoten von maximal 5,2 % (VG1) und 27,2 % (VG2) erreicht. In VG1 muss dabei herausgestellt werden, dass es sich bei der Quote von maximal 5,2 % um eine Überschätzung handelt, da bei der statistischen Auswertung der zugrunde liegenden Kontakte (n=13) durch externe Fachkräfte nicht nach Erst- oder Follow-up-Kontakten unterschieden wurde. Die Fallrate liegt demnach zwischen 0,4 % (13 Anrufe von derselben Person) und 5,2 % (13 Anrufe von unterschiedlichen Personen). Die Quote in VG2 stellt dagegen die exakte Fallrate dar. Diese Quoten decken sich mit diversen anderen Studien (Csiernik, 2003; Baumgartner, 2003; Ameral, 1999; McClellan, 1990).

Für eine Übersichtsstudie erhob Csiernik (2003) branchenübergreifende Daten aus Projekten von betrieblicher Mitarbeiterberatung in 102 kanadischen Unternehmen und berechnete die durchschnittliche Teilnahmequote mit 9,2 %.

Im Rahmen einer standardisierten Befragung der 54 umsatzstärksten Unternehmen in Deutschland lag die durchschnittliche Teilnahmequote bei 11,4 % (Hoehner et al., 2010).

Bei der Bewertung dieser Studie fällt auf, dass es sich bei der Quote in VG1 um einen Wert im unteren Durchschnittsbereich handelt, während sich die mehr als fünfmal so hohe Quote in VG2 als weit überdurchschnittlich darstellt. Da sich die Angebote in VG1 und VG2 hauptsächlich durch verschiedene Zugangswege zum Mitarbeiter unterscheiden (vgl. Abbildung 8, Seite 58 und Tabelle 5, Seite 61), kann das in VG2 angewandte Zugangskonzept als erfolgreich eingestuft werden (siehe unten).

Allerdings bestehen aufgrund unterschiedlicher Herangehensweisen von Unternehmen prinzipielle Schwierigkeiten beim Vergleich von Teilnahmequoten. In dieser Studie wurden in VG1 nur die Anzahl der Kontakte zum Mitarbeiterberater ausgewertet und nicht zusätzlich die Anzahl der Fälle/Probanden wie in VG2. Dies resultierte unter anderem daraus, dass die beiden voneinander unabhängigen Projekte vom Grunddesign nicht als wissenschaftliches Forschungsprojekt konzipiert und kommuniziert wurden. Doch selbst bei der Annahme, dass in VG1 die Anzahl der Kontakte gleichzu-

setzen ist mit der Anzahl der Fälle, bleibt die Differenz der Teilnahmequoten beträchtlich. Die Frage, ob grundsätzliche Unterschiede bei den Teilnahmequoten von telefonischen und Face-to-face-Programmen existieren, kann nicht abschließend beantwortet werden (vgl. Attridge et al., 2009a; Stephenson, 2004; Attridge et al., 2002).

Ein wesentlicher Grund für die abweichenden Quoten ist die unterschiedliche Bewerbung des Angebots und der Zugang zu den Beschäftigten. Zarkin et al. (2001) gelang es mit einer zielgruppenspezifischen Werbekampagne im Rahmen eines betrieblichen Projekts die Teilnahme signifikant zu steigern. Csiernik (2003) verglich in seiner Übersichtstudie die Teilnahmequoten von Programmen, die mittels einer Kommunikationskampagne publiziert wurden mit denen, die auf eine solche verzichteten. Wie erwartet lag die durchschnittliche Fallrate von Programmen inklusive Werbekampagne mit 9,6 % über der von Programmen ohne strukturierte Werbung (7,8 %).

Werden Projektkommunikation und -bewerbung von VG1 und VG2 gegenübergestellt, zeigen sich wesentliche Unterschiede (vgl. Abbildung 8, Seite 58). Neben den klassischen Kommunikationskanälen die sowohl von VG1 als auch VG2 genutzt wurden, erfolgten in VG2 zwei zusätzliche Maßnahmen: ein Mitarbeiter-Informationsblatt und die Stress-Blitz-Maßnahme. Da die Mitarbeiter der VG2 bereits mehrfach, auch schriftlich, zum Programm informiert wurden, ist es unwahrscheinlich, dass ein zusätzliches Informationsblatt einen Unterschied bei der Teilnahmequote in diesem Ausmaße bewirkt haben könnte (Weiss, 2003).

Einen schlüssigen Erklärungsansatz bietet dagegen die Sensibilisierungsmaßnahme Stress-Blitz. Die Effektivität dieser Maßnahme lässt sich dadurch belegen, dass sich über diesen persönlichen Zugangsweg 74,3 % der Mitarbeiter anmeldeten (vgl. Tabelle 5, Seite 61). Die hohe Anmeldequote lässt zudem vermuten, dass es durch den persönlichen Kontakt zwischen Mitarbeiter und Berater gelungen ist, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und damit die nach Dunkel et al. (2009) bestehende Hemmschwelle zur Anmeldung zu senken.

Ein weiterer Grund für die überdurchschnittliche Fallrate in VG2 mag die einfache Möglichkeit zur direkten Anmeldung über den Berater gewesen sein. In VG1 mussten die Beschäftigten selbst die Initiative zur Kontaktaufnahme über die Hotline ergreifen. Auch die Möglichkeit eines wesentlich höheren Bedarfs der Mitarbeiter in VG2 an Beratungsleistungen sollte als Grund für die überdurchschnittliche Teilnahmequote in Betracht gezogen werden. Dies ist jedoch unwahrscheinlich: Zum einen stellten sich

die Rahmenbedingungen, die als Ursache für den Interventionsbedarf angesehen werden können, für beide Vergleichsgruppen nahezu identisch dar. Zum anderen äußerten die Mitarbeiter beider Gruppen konkreten Bedarf an Maßnahmen zur Stressbewältigung gegenüber der jeweiligen Bereichsleitung.

Die Gründe zur Teilnahme an der persönlichen Mitarbeiterberatung lassen sich anhand der qualitativen Ergebnisse in VG1 und VG2 beleuchten. Die fünf in VG1 identifizierten Problemfelder (siehe Ergebnisteil) thematisieren in erster Linie Probleme am Arbeitsplatz, wie es von einer zur Stressintervention verabschiedeten Maßnahme zu erwarten war. Die Punkte „Persönliche Probleme, die sich auf die Arbeitsleistung auswirken“ und „Vereinbarkeit von Arbeit und Familie“ weisen zudem auf einen bestehenden Zusammenhang von beruflichen und privaten Problemen hin.

Auch in VG2 wiesen die Ergebnisse primär auf Konflikte am Arbeitsplatz sowie Konflikte durch das Zusammenspiel von Beruf und Privatleben hin (vgl. Abbildung 9, Seite 63). Substanzmissbrauch wurde von keinem der 109 Teilnehmer thematisiert. Dabei praktiziert laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung allein jeder achte Deutsche einen riskanten Alkoholkonsum. Hier lässt sich vermuten, dass der Grund der Maßnahme – Stressintervention am Arbeitsplatz auf Wunsch/Anforderung der Mitarbeiter – einen entscheidenden Einfluss auf die Schwerpunkte ausübte.

Ein Vergleich der qualitativen Ergebnisse von VG1 und VG2 mit der Literatur zeigt, dass auch in anderen Studien arbeitsplatzbezogene mit privaten Problemen korrelieren (Müller, 2001/2002; Baumgartner, 2003).

Der im Rahmen der ökonomischen Evaluation durchgeführte Abgleich der Projektkosten mit der Literatur ergab folgendes Ergebnis: Sowohl die in VG1 angefallenen Kosten pro zugangsberechtigtem Mitarbeiter in Höhe von 44,62 EUR, als auch die von 71,55 EUR in VG2 liegen innerhalb des Kostenrahmens einer Vergleichsstudie (Bray et al., 1996). Die größten Kostenfaktoren stellten die Ausgestaltung von Angeboten sowie die Inanspruchnahme dar. Dies erklärt die um 60,4 % höheren Kosten in VG2 im Vergleich zu VG1. Das aufwändigere Angebot der Sensibilisierungsmaßnahme Stress-Blitz sowie die überdurchschnittliche Inanspruchnahme in VG2 erhöhten die Projektkosten, da die Abrechnung hier nach durchgeführten Beratungseinheiten erfolgte.

Werden hingegen die Kosten pro Beratungseinheit betrachtet, stellt sich der Vergleich anders dar (vgl. Tabelle 2). Hier stehen den 190 EUR (VG2) mit 858 EUR (VG1) mehr als viermal so hohe Kosten gegenüber. Dieser Kostenunterschied wird bedingt durch die Anwendung von zwei unterschiedlichen Kosten-Modellen. Auf der einen Seite das in VG1 zum Einsatz gekommene „Capitated Pricing“ oder Pauschalkosten-Modell, bei

dem der wesentliche Teil der Kosten im Vorfeld für die Bereitstellung der telefonischen Beratungshotline festgeschrieben wurde. Auf der anderen Seite das „Pay for Performance Pricing“ oder Modell der leistungsbezogenen Kostenabrechnung in VG2, bei dem die Dienstleistung nach tatsächlich durchgeführten Beratungseinheiten abgerechnet wurde.

Beide Modelle haben Vor- und Nachteile, welche vor dem Einsatz genau abgewogen werden sollten (Attridge et al., 2010). Das in der betrieblichen Praxis am häufigsten angewendete Pauschalkosten-Modell bietet als Vorteil für den Arbeitgeber Budget-Planungssicherheit. Das finanzielle Risiko wird zwischen Arbeitgeber und Beratungsdienstleister geteilt. Kommt nur eine geringe Teilnahme zustande ist der Arbeitgeber im Nachteil, bei hoher ist er im Vorteil. Beim Modell der leistungsbezogenen Kostenabrechnung zahlt der Arbeitgeber dagegen nur für tatsächlich erbrachte Leistungen, was für beide Seiten eine genaue Abrechnung ermöglicht. Nachteilig ist dabei für viele Arbeitgeber die Budget-Planungsunsicherheit.

Die mehr als viermal höheren Kosten pro Beratungseinheit in VG1 sind demnach bedingt durch die relativ niedrige Teilnahmequote im Rahmen des Pauschalkosten-Modells. Hierdurch entstand dem Arbeitgeber ein Nachteil. Ein Rechenexempel zeigt, dass ab der 59. Beratungseinheit die Kosten pro Einheit unter den Satz in VG2 von 190 EUR pro Einheit gefallen wären. Bei einem Anruf pro Mitarbeiter würde dies in VG1 einer Teilnahmequote von 23,6 % entsprechen. Dafür hätte sich die tatsächliche Inanspruchnahme in VG1 von maximal 5,2 % (n=13) allerdings mehr als vervierfachen müssen.

2.3.7 Fazit

Als Fazit lässt sich abschließend sagen, dass die direkte Ansprache von Mitarbeitern am Arbeitsplatz laut vorliegenden Studienergebnissen einen vielversprechenden neuen Zugangsweg darstellt, um Beschäftigte mit betrieblichen Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit zu erreichen.

3 Diskussion

Im Rahmen eines BGM-Projekts mit Change-Management-Charakter in einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung wurde verschiedenen Fragestellungen nachgegangen. Jede der drei übergeordneten Fragestellungen (siehe Abschnitt 1.3) stand im Fokus einer wissenschaftlichen Studie, welche anschließend publiziert wurden.

3.1 Einzelergebnisse der drei Studien

S1 ging der Frage nach, wie ein Steuerungsinstrument gestaltet werden muss, um Bedarfserhebung und Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement eines Versicherers zu gewährleisten. Diese Aufgabestellung wurde durch die Entwicklung eines organisationalen Gesundheitswerts in Form eines Index gelöst. Dieser BGM-Systemindex bildet die wichtigsten gesundheits- und systemrelevanten, betrieblichen Kennzahlen auf einen Blick ab, orientiert sich an wissenschaftlichen Qualitätsstandards und greift größtenteils auf im Unternehmen vorhandene Datensysteme zurück. Durch den Abgleich von Ist-Werten mit Soll-/Ziel-Werten (Benchmarks) gibt das Ergebnis im Längsschnitt die Entwicklung des BGM-Managementsystems auf dem Weg zur Exzellenz wieder. So ergeben sich direkte Gestaltungshinweise für die Zuständigen im BGM (S1).

Eine Adaption des Instruments sowohl für andere Gesellschaften innerhalb des Versicherungskonzerns, als auch in der Branche Finanzen und Versicherungen ist möglich. Dies liegt darin begründet, dass nicht nur die Qualitätsstandards (u.a. EFQM-Modell, DIN SPEC für BGM), die dem Instrument als normativer Rahmen zugrunde liegen, sondern auch das Treiberfaktoren- und Indikatoren-Modell als zentrale Ausgangsbasis zur Auswahl geeigneter Inhaltsfelder und Kennzahlen branchenübergreifend Gültigkeit besitzen. So bietet sich jedem Unternehmen je nach Spezifika und Datenlage die Möglichkeit, den Index entsprechend anzupassen.

S2 beantwortete die Frage nach der Ausprägung der beiden Hauptbeschwerdebilder Stress- und Rückenbeschwerden in der Belegschaft zu Projektbeginn und konkretisierte so die gesundheitliche Ausgangssituation sowie die damit verbundenen Produktivitätsausfälle anwesender Mitarbeiter. Die erhobenen Beschwerden bewegten sich jeweils im Bereich des Benchmarks, zeigten jedoch erhebliche Handlungsbedarfe auf, nicht zuletzt auf Grund der gefundenen signifikanten Zusammenhänge zwischen subjektivem Befinden und objektiven Ergebnissen, einem stetigen Anstieg der Präva-

lenz von Beschwerden mit zunehmendem Alter und der ermittelten Produktivitätseinbußen und Präsentismuskosten durch vorliegende Risikofaktoren in Millionenhöhe.

S3 beantwortete die Frage nach einem Ansatz zur Motivation von Mitarbeitern zur Teilnahme an Stressmanagement-Angeboten. Laut dargelegter Studienergebnisse stellt die direkte Ansprache von Mitarbeitern am Arbeitsplatz einen vielversprechenden neuen Zugangsweg dar, um Beschäftigte mit betrieblichen Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit zu erreichen.

Während im Rahmen der drei Studien bereits eine ausführliche Interpretation und Diskussion der Einzelergebnisse erfolgte, führt ihre übergreifende Betrachtung zu weiterem Erkenntnisgewinn.

3.2 Übergreifende Analyse der Ausgangssituation

Die in S1 erhobenen und im BGM-Systemindex zum Zeitpunkt t0 dargestellten Daten erlauben grundsätzlich bereits eine Betrachtung der gesundheitlichen Ausgangssituation. S2 und S3 lieferten zusätzliche Erkenntnisse und Gestaltungshinweise aus der Anfangsphase des BGM-Projekts, welche anschließend bereits zur Optimierung der Intervention herangezogen wurden.

So bilden die Ergebnisse von S2 und S3 weitere Früh- und Spätindikatoren gemäß Treiberfaktoren- und Indikatoren-Modell ab (vgl. Abbildung 4, Seite 19). Diese sind den Teilindizes „Gesundheit“ und „Ausfall“ im BGM-Systemindex zuzuordnen. Hierzu zählen aus S2 zum einen Teilaspekte der Frühindikatoren „Objektiver Gesundheitszustand“ (Muskelverspannung im Schulter-Nackengebiet) und „Subjektiver Gesundheitszustand“ (Stress- und Rückenbeschwerden) sowie des Spätindikators „Präsentismus“. Zudem wurde in S2 ein Zusammenhang zwischen objektiven und subjektiven Gesundheitsdaten hergestellt und eine Analyse nach Altersgruppen vorgenommen. Erkenntnisse zu den Frühindikatoren „Psychosoziales Wohlbefinden“ und „Work-Life-Balance“ lieferte ergänzend die S3.

3.2.1 Stressbeschwerden

Die Ausprägung von Stressbeschwerden in der Belegschaft lässt sich durch die in S2 und S3 erhobenen Daten quantifizieren und qualifizieren. Ein Abgleich der Ergebnisse aus den beiden genannten Studien zur Quantität der gestressten Mitarbeiter zeichnet ein homogenes Bild. So gaben in S2 bei der konzernweiten Befragung zum Stressbefinden 29,1 % der Mitarbeiter an unter „hoher Stress“ zu leiden; nahezu übereinstim-

mend meldeten sich in S3 aus der Projektgruppe der Gothaer Krankenversicherung 27,2 % für eine individuelle Mitarbeiterberatung zur Stressintervention an. Letztgenannte Teilnahme an einem Face-to-face Termin über 45-60 Minuten legt grundsätzlich die Vermutung nahe, dass bei den Probanden Handlungsbedarf auf Grund von hoher Stressbelastung vorliegt. Das Evaluationsergebnis der Maßnahme untermauert diese Vermutung, da pro Proband durchschnittlich mehr als drei Problemfelder angesprochenen wurden (vgl. Abschnitt 2.3.5). Die Anzahl der Mitarbeiter mit hohem Stress lag in beiden Fällen trotz mutmaßlicher negativer Beeinflussung durch den Restrukturierungsprozess (vgl. Abschnitt 1.1.3) knapp unter dem Benchmark des Bundesdurchschnitts in Höhe von 32 % (TK 2009). Dennoch zeigte die Datenlage einen erheblichen Handlungsbedarf auf.

Hinweise auf Ursachen für erhöhtes Stressbefinden in der Projektgruppe liefert das Evaluationsergebnis der Mitarbeiterberatung zur Stressintervention in S3. Die von nahezu allen Beratungsteilnehmern (99 %) genannten Probleme am Arbeitsplatz gingen in den meisten Fällen mit dem Vorliegen von Problemen in Familie/Partnerschaft als Stressor einher (84 %). Dies lässt vermuten, dass erst die Summe der Beanspruchungen, also die Doppelbelastung von Berufs- und Privatleben, zu einer besonderen Belastungssituation für viele der Beratungsteilnehmer führt. Diese Vermutung wird vom Ergebnis einer Befragung von Arbeitsschutzexperten (Paridon et al., 2004) gestützt. Die Autoren kamen dabei zum Resultat, dass der Arbeitsplatz als eine Quelle psychischer Fehlbelastung nur ca. 40 % Prozent der Gesamtbelastung ausmacht, während die Quellen „Nicht-Arbeitsplatz“ (Summe aus gesellschaftlicher Entwicklung, Familie und Freizeit) 1,5 mal so bedeutsam sind. Demnach sollte die isolierte Betrachtung von arbeitsplatzbezogenen versus nicht-arbeitsplatzbezogenen Fehlbelastungen nach Möglichkeit einer ganzheitlichen Betrachtung weichen. Einen weiteren Hinweis auf die Doppelbelastungs-These liefern die in S3 von fast allen (99 %) Probanden genannten Probleme mit der Work-Life-Balance (vgl. Abbildung 9, Seite 63).

3.2.2 Zusammenhang von Stress- und Rückenbeschwerden

Die in S3 ermittelten psychischen oder körperlichen Beschwerden gingen bei etwas mehr als 1/3 der Probanden (35 %) über das rein subjektive Befinden hinaus. Da im Rahmen der Mitarbeiterberatungen keine systematische Abfrage von Beschwerdebildern erfolgte, sondern das primäre Ziel in der Analyse von Stressoren sowie der Erarbeitung von individuellen Lösungsansätzen lag, kann nur gemutmaßt werden, dass

die tatsächliche Beschwerdequote höher liegen dürfte. Einen Hinweis hierauf liefert die Ausprägung der in S2 ermittelten Rückenbeschwerden in Form von „starken Verspannungen“, die in der Gesamtbelegschaft allein 32,4 % der Mitarbeiter betrafen. Dieser Wert liegt im Bereich des Benchmarks (31 %) und wurde in S2 bereits hinreichend diskutiert.

Besondere Aufmerksamkeit erfordern die signifikanten Zusammenhänge zwischen objektiven Ergebnissen und subjektivem Befinden, wie in S2 festgestellt. Diese konnten sowohl zwischen den subjektiven Befragungsergebnissen (Stress- und Verspannungsbefinden), als auch im Verhältnis zu den objektiven Messdaten (sEMG-Aktivierungslevel im M. trapezius) nachgewiesen werden. Dass die Ursachen-Wirkungskette nicht ausschließlich in der Richtung von hohem Stressbefinden zu erhöhtem Muskeltonus mit Verspannungsbefinden funktioniert, sondern auch in der anderen Richtung belegt eine neue Studie von Baumeister und Munzinger (2013). Die Autoren wiesen in ihrem Review nach, dass MSE einen Risikofaktor für psychische Komorbidität darstellen und damit eine Wechselwirkung zwischen MSE und psychischen Störungen besteht. Das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln ist demnach durch chronische somatische Beeinträchtigungen wie MSE deutlich erhöht, bedingt durch die damit einhergehende langjährige körperliche, berufliche und psychosoziale Belastung. Die dargestellte Wechselbeziehung zu durchbrechen erfordert einen ganzheitlichen, beschwerdeübergreifenden Interventionsansatz.

Auch dem Anstieg von Stress- und Rückenbeschwerden mit steigendem Alter sollte in Hinblick auf die demografische Entwicklung gezielt begegnet werden. Während dieses Ergebnis bereits ausführlich in S2 diskutiert wurde, stellen die Studienergebnisse von Ilmarinen und Louhevaara (1999) eine wichtige Ergänzung auf der Suche nach einem erfolgsversprechenden Interventionsansatz dar. Den Autoren gelang es in mehreren Längsschnittstudien Erfolgsfaktoren zu identifizieren, um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von älteren Beschäftigten zu erhalten. Die Lösung bildet eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen, wie bereits in anderen Zusammenhängen dargestellt.

3.2.3 Präsentismus

Auf der Suche nach Ursachen für die reduzierte Produktivität im BGM-Systemindex (vgl. Tabelle 1, Seite 29) zum Zeitpunkt t0 (77 %) lassen sich unter anderem die in S2

nachgewiesenen zusätzlichen Produktivitätsverluste durch Präsentismus in Höhe von 5,6 % pro Beschäftigtem anführen.

Neben systemischen Lösungen zur Produktivitätssteigerung stellen somit die Reduktion von Stress- und Rückenbeschwerden und die damit einhergehende Verbesserung der Präsentismusquote einen weiteren Lösungsansatz dar.

3.2.4 Einfluss der Gesundheitsbeschwerden auf den BGM-Systemindex

Wird der Einfluss der in S2 und S3 ermittelten Gesundheitsbeschwerden auf die Ergebniskriterien im BGM-Systemindex (vgl. S1) untersucht, lässt sich auf Grundlage der Literatur ein negativer Effekt auf mehrere Kennzahlen herleiten.

So besteht ein in diversen Studien (TK, 2013; Lohmann-Haislah, 2012; Siefer und Beermann, 2010; TK, 2009) belegter starker Zusammenhang zwischen hoher Stressbelastung der Mitarbeiter sowie Beeinträchtigungen der mentalen und physischen Gesundheit. Diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen stehen wiederum in negativer Korrelation zur Kennzahl „Mitarbeiterzufriedenheit“ im Teilindex „Gesundheit“ des BGM-Systemindex, wie Faragher et al. (2005, 107) in ihrer Metastudie unter Einbeziehung von annähernd 500 Einzelstudien nachwies. Einen ähnlichen Zusammenhang belegen die Autoren zudem für den Zusammenhang von MSE und Mitarbeiterzufriedenheit.

Beeinträchtigungen der mentalen und physischen Gesundheit schlagen sich daneben auf die Kennzahlen „Fehlzeitenquote“ und „Produktivität“ im Teilindex „Ausfall“ nieder. Letztgenannter Zusammenhang lässt sich bei höherem Absentismus durch das Fehlen von Mitarbeiterkapazitäten am Arbeitsplatz erklären, der Zusammenhang für Präsentismus wurde in S2 im Rahmen der Modellrechnung explizit anhand der Auswirkungen von Stress- und Rückenbeschwerden auf die Produktivität von anwesenden Mitarbeitern dargelegt. Weitere Wirkungszusammenhänge von Arbeitszufriedenheit stellt Abbildung 3 auf Seite 12 in Abschnitt 1.3 dar.

3.2.5 Gewonnene Erkenntnisse aus der erweiterten Ausgangsanalyse

Aus den dargestellten Erkenntnissen ließen sich für das BGM-Projekt in der Gothaer Krankenversicherung folgende Gestaltungshinweise und Handlungsempfehlungen ableiten, die im weiteren Projektverlauf bereits umgesetzt wurden:

I. Senkung des Stressbelastung bildet Hebel für Projekterfolg

Vor dem Hintergrund der Erkenntnis „je größer der Stress, desto kränker“ (TK, 2013; Lohmann-Haislah, 2012; Siefer und Beermann, 2010; TK, 2009) sowie dem nachge-

wiesenen starken Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Gesundheit (Faragher et al., 2005) war das primäre Projektziel nachhaltige Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit nur über eine Senkung der subjektiven Stressbelastung in der Belegschaft realisierbar.

II. Multiple Stressbelastung erfordert ganzheitliche Interventionsstrategie

Der Doppelbelastung der Mitarbeiter in Berufs- und Privatleben musste mit einer ganzheitlichen Interventionsstrategie begegnet werden. Das hieß zum einen, die Intervention aus der erfolgsversprechenden Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen zu gestalten (Uhle und Treier, 2013; Sockoll et al., 2008), zum anderen den Beschäftigten neben Hilfestellungen am Arbeitsplatz auch Unterstützung bei der Lösung von privaten Problemen zukommen zu lassen.

III. Besonderes Augenmerk auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit älterer Mitarbeiter

Dem Anstieg von Stress- und Rückenbeschwerden in der Belegschaft mit zunehmendem Alter musste vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung im Unternehmen mit umfassenden Lösungen begegnet werden (Ilmarinen und Louhevaara, 1999), um Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit älterer Mitarbeiter zu erhalten.

3.3 Erweiterte Diskussion der Ergebnisse der beiden Zugangskonzepte aus S3

Der ausschlaggebende Wert für die Effektivitätsbeurteilung der beiden Zugangskonzepte zur betrieblichen Mitarbeiterberatung in S3 bildete die Teilnahmequote. Diese erreichte in der Vergleichsgruppe (VG) 1, bei der das Angebot „klassisch“ kommuniziert wurde, einen maximalen Wert von 5,2 %. In VG2, in der zusätzlich eine direkte Ansprache der Mitarbeiter am Arbeitsplatz erfolgte, lag der Wert dagegen bei 27,2 %. Während diese Werte in S3 mit branchenübergreifenden Daten aus dem In- und Ausland abgeglichen wurden, fehlten zum Zeitpunkt der Publikation Vergleichsdaten zur Prävalenz von hoher Stressbelastung im eigenen Unternehmen.

Mit der Erhebung und Evaluation der Daten aus der konzernweiten Querschnittstudie S2 gelang es entsprechende interne Vergleichsdaten zu generieren. Diese bezifferten die Prozentzahl der Mitarbeiter mit dem Merkmal „Hoher Stress“ und damit potenziellem Bedarf für eine Beratung zur Stressintervention mit 29,1 %.

Werden die beiden oben genannten Teilnahmequoten an der betrieblichen Mitarbeiterberatung mit diesem Wert abgeglichen fällt auf, dass in VG1 mit maximal 5,2 % nur ein Bruchteil der Beschäftigten mit potenziellem Bedarf erreicht wurden. In VG2, dem

operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung, gelang es mit dem neuen Zugangskonzept und 27,2 % dagegen einen bedarfsgerechten Prozentsatz von Mitarbeitern zur Teilnahme zu motivieren. Auch wenn an dieser Stelle angemerkt werden muss, dass eine völlige Deckungsgleichheit zwischen der Gruppe der Mitarbeiter mit dem Merkmal hoher Stress und der Gruppe der Teilnehmer an der Mitarbeiterberatung unwahrscheinlich sein dürfte.

Sowohl das Ergebnis der VG1 im Haus der Gothaer, als auch das branchenübergreifende Ergebnis der umsatzstärksten Unternehmen in Deutschland (EuPD, 2010) mit einer durchschnittlichen Teilnahmequote von 11,4 % legen den Schluss nahe, dass klassische Beratungsangebote ohne spezielle Zugangskonzepte nur einen geringen Prozentsatz der bedürftigen Beschäftigten erreichen. Neuartige Zugangskonzepte bieten dagegen eine wirksame Möglichkeit, die Teilnahmequote zu erhöhen, wie in S3 dargelegt.

3.4 Einfluss der Studienprojekte auf das Gesamtprojektergebnis

Die im Rahmen der drei Studien S1-S3 erfolgten Interventionen (siehe Abschnitt 2) leisteten im Projektzeitraum einen Beitrag zur Verbesserung des Gesamtprojektergebnisses, gemäß BGM-Systemindex (vgl. Tabelle 1, Seite 29). Im Folgenden wird dargelegt, in welcher Form sich die Interventionen bis zum Projektende zum Zeitpunkt t1 sowohl bei den Rahmenbedingungen (Befähigerkriterien) als auch auf der Ergebnisseite (Ergebniskriterien) niedergeschlagen haben.

S1 leistete mit der Entwicklung des Instruments zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring einen Beitrag zur Optimierung der Befähigerkriterien im Teilindex „Managementsystem“. Hierbei beeinflusste das Instrument wie folgend dargelegt die Erfolgsfaktoren der ersten Ebene „Strategie und Planung“, „Ressourcen“ sowie „Betriebliches Gesundheitssystem & Prozesse“.

Im Bereich Strategie und Planung erfolgte dies durch Verbesserung der Situation beim Subkriterium der zweiten Ebene „Strategie wird regelmäßig auf Erfüllung geprüft und stetig angepasst/verbessert“ (vgl. Tabelle 7, Seite 75). Dieser Prozess erreichte erst durch den Einsatz des Instruments eine Professionalisierung und Standardisierung.

Eine vermehrte Bereitstellung von Ressourcen resultierte zum einen aus dem Bedarf zur Entwicklung des Steuerungsinstruments, zum anderen hilft dieses zukünftig bei der bedarfsgerechten Anpassung und Weiterentwicklung der Interventionsmaßnahmen (KVP) und der jeweils damit verbundenen Ressourcenplanung.

Tabelle 7: Konkretisierung der relevanten Fragestellungen/Qualitätskriterien im BGM-Systemindex, Teilindex Managementsystem auf Literaturlbasis

Kennzahlen BGM-Teilindex Managementsystem (1. Ebene)	Fragestellungen/Qualitätskriterien im Rahmen der Kennzahlenbewertung (2. Ebene)	Quellen*
Führung	Bekanntnis der obersten Führung zu den Zielen des BGM	29,54,61,101
	Mitarbeitergesundheit als Führungsaufgabe	29,54,61,101
	Gesundheitsaspekte in Zielvereinbarungen	29,54,61,127
	Schulung Führungskräfte zu Gesundheitsthemen	29,54,61,101,127
	Aktive Einbindung der obersten Führung	29,54,61,101,127
Strategie und Planung	Gesundheit als Bestandteil Unternehmensleitbild/-philosophie	29,54,61,101,127
	Definition strategische Ausrichtung und herunterbrechen dieser auf messbare BGM-Ziele	29,54,61,101,127
	Integration BGM in Unternehmensstrategie, Systeme und Prozesse	29,54,61,101,127
	Handlungsanleitung/Leitlinie/Betriebsvereinbarung für BGM	29,54,61,101
	Strategie wird regelmäßig auf Erfüllung geprüft und stetig angepasst/verbessert	29,54,61,101
Ressourcen	Bereitstellung erforderlicher Ressourcen (personell, budgetär und infrastrukturell)	29,54,61,101,127
Mitarbeiterorientierung	Mitwirkung der Mitarbeiter bei Weiterentwicklung des BGM	29,54,61,101,127
	Mitarbeiter stehen Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung offen	29,54,61,127
	Beteiligungsansätze (z.B. MAB, Ideenmanagement/BVW) liegen vor	29,54,61,101,127
	Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf	29,54,61,101
	Teilnehmer an BGF-Maßnahmen werden nach Zufriedenheit befragt	29,54,61,101
Betr. Ges.-System & Prozesse	Steuerungsgremium mit Vertretern aller gesundheitsbezogenen Schlüsselfunktionen	29,61,127
	Identifikation/Festlegung geeigneter Methoden zur Diagnose	29,54,61,101
	Intervention: Verknüpfung von Maßnahmen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention	29,54,61,101
	Gesundheitscontrolling: Evaluationskonzept zur Qualitätssicherung/-verbesserung (KVP)	29,54,61,101
	Dokumentation und Berichtswesen	29,54,61,101
	Kommunikations- und Informationssystem	29,54,61,101

* = Ziffern entsprechen den Nummerierungen im Literaturverzeichnis;

Quelle: eigene Darstellung

Im Bereich Betriebliches Gesundheitssystem & Prozesse erfüllte das neu entwickelte Instrument die Subkriterien der zweiten Ebene „Gesundheitscontrolling: Evaluationskonzept zur Qualitätssicherung/-verbesserung (KVP)“ sowie „Dokumentation und Berichtswesen“.

Ein direkter Einfluss des Steuerungsinstruments auf die Ergebniskriterien lässt sich nicht herleiten. Ein indirekter Einfluss ist dagegen gemäß EFQM-Modell wahrscheinlich.

S2 und S3 wiesen bei ihrer Einflussnahme auf die Erfolgskriterien im BGM-Systemindex Parallelen auf. So beeinflussten die Interventionen aus beiden Studien im Teilindex „Managementsystem“ die Kennzahlen der ersten Ebene „Strategie und Planung“, „Ressourcen“, „Mitarbeiterorientierung“ sowie „Betriebliches Gesundheitssystem & Prozesse“.

Dies liegt bei der Strategie und Planung darin begründet, dass es sich bei den in S2 und S3 beschriebenen Interventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz um eine neu entwickelte Strategie zur Verbesserung von Erreichbarkeit und Motivation der Beschäftigten handelt, die im Rahmen des Veränderungsprozesses systematisch zum Einsatz kam (vgl. S1).

Daneben schlugen sich beide Studienprojekte auf der Ressourcenseite (personell, budgetär und infrastrukturell) nieder. Der Einsatz dieser sogenannten arbeitsplatzzentrierten Maßnahmen, der auch im Anschluss an das Change-Management-Projekt turnusmäßig fortgesetzt wird, stellt gelebte Mitarbeiterorientierung dar. Die neue Strategie diene hierbei der Optimierung der Subkriterien der zweiten Ebene „Beteiligungsansätze liegen vor“ und „Mitwirkung der Mitarbeiter bei Weiterentwicklung des BGM“ (vgl. Tabelle 7, Seite 75). Letzteres lässt sich durch die dargestellte regelmäßige Erhebung und Auswertung anonymisierter Gesundheitsdaten im Rahmen dieser speziellen Maßnahmen begründen (vgl. S2 und S3), welche die Grundlage bildeten für eine bedarfsgerechte Anpassung der Interventionsplanung (KVP).

Zudem zahlte die Strategie durch ihre regelmäßige Umsetzung auf das Erfolgskriterium „Betriebliches Gesundheitssystem & Prozesse“ ein. Unter anderem dadurch, dass die Maßnahmen durch Direktansprache dem Subkriterium der zweiten Ebene „Kommunikations- und Informationssystem“ dienlich waren, wie das Ergebnis der VG2 in S3 belegt.

Neben der dargestellten positiven Einflussnahme seitens der Befähigerkriterien spiegelten sich S2 und S3 auch auf Seiten der Ergebniskriterien wieder. Im Teilindex „BGF-Maßnahmen“ steigerten die erfolgreich geplanten und durchgeführten Interventi-

onen die „Maßnahmenumsetzungsquote“. Die Evaluationsdaten der Maßnahmen flossen zudem in die Kennzahlen „Teilnahmequote“, „Teilnehmerzufriedenheit“ und „Transferquote Berufsalltag“ ein.

Im Teilindex „Gesundheit“ kann allgemein von einem positiven Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit durch beide Teilprojekte ausgegangen werden. Dies liegt darin begründet, dass die überwiegende Zahl der Probanden bei der Feedbackbefragung die hohe Qualität und Sinnhaftigkeit der Maßnahmen bestätigte, ebenso wie die Transfermöglichkeit der Inhalte in den Berufsalltag.

Zudem dürfte sich die Reduzierung des Stressbefindens bei den Teilnahmen der Mitarbeiterberatung zur Stressintervention (vgl. S3) positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit ausgewirkt haben. Dies lässt sich mit dem von Faragher et al. (2005) nachgewiesenen Zusammenhang allgemeiner psychischer Verfassung und der Mitarbeiterzufriedenheit begründen.

Im Teilindex „Ausfall“ ist gemäß Literatur (Attridge, 2005; Selvik et al., 2004) ausschließlich durch die Folgemaßnahme Mitarbeiterberatung in S3 von einer Reduzierung der Fehlzeitenquote sowie einer positive Beeinflussung der Produktivität auszugehen.

Eine direkte Beeinflussung dieser Kennzahlen mittels einer einzigen arbeitsplatz-zentrierten Maßnahme, wie sie in S2 ausschließlich durchgeführt wurde, ist unwahrscheinlich und nicht ableitbar.

Eine indirekte Einflussnahme der Interventionen aus S2 und S3 auf weitere Kriterien lässt sich hingegen gemäß Treiberfaktoren- und Indikatoren-Modell unterstellen. So tragen beide Maßnahmen auf der Treiberseite zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten und der Unternehmenskultur bei, was sich somit auf der Ergebnisseite widerspiegelt.

3.5 Übergreifende Betrachtung des BGM-Projektgesamtergebnisses

Eine übergreifende Betrachtung des BGM-Projektgesamtergebnisses, an dem die Interventionen im Rahmen der drei Studien wie dargelegt ihren Anteil hatten (siehe Abschnitt 3.4), zeigt eine positive Entwicklung bei nahezu allen Kennzahlen, dokumentiert durch die Entwicklung des BGM-Systemindex im Verlauf (vgl. Tabelle 1, Seite 29). Dieser bildete sowohl eine Optimierung der gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen ab, als auch eine Verbesserung von Qualität, Akzeptanz und Effizienz

der Interventionsmaßnahmen. Auf der Ergebnisseite zeigte sich zudem eine positive Entwicklung der gesundheitlichen Früh- und Spätindikatoren. Damit hebt sich das Projekt positiv von der Literatur ab, in der bei unzureichendem oder fehlerhaftem Change-Management von einer deutlichen Verschlechterung der im Fokus stehenden weichen und harten Kennzahlen berichtet wird (vgl. Tabelle 2, Seite 35).

Auf der Suche nach Erfolgsfaktoren, die mutmaßlich zum Gelingen des Gesamtprojekts beigetragen haben, lassen sich auf Grundlage der positiven Entwicklung der Indikatoren im BGM-Systemindex (Tabelle 1, Seite 29) und in Anlehnung an die Literatur folgende hervorheben:

- Ganzheitlicher Projektansatz: Parallele Optimierung der Rahmenbedingungen (Befähigerkriterien) und des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter auf der Individualebene (vgl. DIN, 2012; Sockoll et al., 2008; Tuomi und Ilmarinen, 1999; EU-Kommission und ENWHP, 1997)
- Systematisches Vorgehen in Form eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, inkl. Evaluation und Monitoring (vgl. DIN, 2012; Capgemini 2010; Kieselbach et al., 2009a; Muylaert et al., 2007; EU-Kommission und ENWHP, 1997)
- Partizipation der Mitarbeiter von Anfang an, bei der Planung und Analyse der Ausgangssituation in Form von Qualitätszirkeln sowie in den Steuerungskreisen (vgl. DIN, 2012; Capgemini, 2010; Muylaert et al., 2007; EU-Kommission und ENWHP, 1997)
- Offene Kommunikation und transparente Entscheidungsprozesse (vgl. DIN, 2012; Kieselbach et al., 2009a; Muylaert et al., 2007; Schweiger und Denisi, 1991)
- Gezielte Einbindung und Förderung von Führung (vgl. DIN, 2012; Capgemini, 2010; Dunkel et al., 2009; Muylaert et al., 2007)
- Kein paralleles Downsizing (vgl. Capgemini, 2010)

Letzt genannter Punkt mag im Hinblick auf die Ergebnisse der Change-Management-Studie von Capgemini (2010) ein entscheidender Erfolgsfaktor für das Gelingen des Projekts im Haus des Versicherers gewesen sein. Capgemini (2010) stellte fest, dass die beiden Ziele „Wachstum erhöhen“ und „Kosten senken“ jeweils entsprechende Transformationsprogramme verlangen. „Inzwischen wird beides vielerorts sogar parallelisiert und hinterlässt nicht selten eine paralysierte Organisation.“ (Capgemini, 2010, 16)

4 Fazit

Im Rahmen eines BGM-Projekts mit Change-Management-Charakter in einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung wurde drei Fragestellungen in Studienform erfolgreich nachgegangen.

So stellt der in S1 entwickelte organisationale Gesundheitswerts in Form eines Index eine Lösung dar, um Bedarfserhebung und Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement eines Versicherers nach wissenschaftlichen Qualitätsstandards zu gewährleisten. Damit lässt sich das Instrument zur Steuerung des betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems einsetzen. Eine Adaption des entwickelten BGM-Systemindex für andere Gesellschaften und Organisationseinheiten in der Branche Finanzen und Versicherungen ist möglich.

S2 ermittelte die Ausprägung der beiden Hauptbeschwerdebilder Stress- und Rückenbeschwerden in der Belegschaft eines Versicherers. Obwohl die Studie nicht den Anspruch erhebt, repräsentativ für die Branche Finanzen und Versicherungen zu stehen, legte sie erstmals am Standort Deutschland anhand einer größeren, branchenspezifischen Stichprobe (n=1.270) Einschränkungen von anwesenden Mitarbeitern bei der Arbeit durch gesundheitliche Beschwerden (Präsentismus) dar und monetarisiert diese. Ihre Ergebnisse stehen anderen Unternehmen zukünftig als Vergleichsdaten zur Verfügung. Zudem können die mittels einer Modellrechnung ermittelten Präsentismuskosten als betriebswirtschaftliche Argumentationshilfe für die Implementierung zielgerichteter Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Unternehmen herangezogen werden.

In S3 gelang es ein neu entwickeltes Zugangskonzept zur Ansprache und Motivation von Beschäftigten im Bereich der betrieblichen Förderung psychischer Gesundheit zu evaluieren. Anhand der durchgeführten Vergleichsstudie erwies sich die direkte Ansprache von Mitarbeitern am Arbeitsplatz als ein vielversprechender neuer Ansatz, um das Problembewusstsein der Beschäftigten im Umgang mit psychischen Belastungen zu steigern. S3 erfüllte damit die Forderung aus dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt PARGEMA, sich mit der Motivlage von Beschäftigten auseinanderzusetzen, wenn Möglichkeiten der Prävention psychischer Belastungen und psychischer Erkrankungen gefunden und betrieblich umgesetzt werden sollen (Dunkel et al., 2009, 60).

Eine übergreifende Betrachtung des BGM-Projektgesamtergebnisses, an dem die Interventionen im Rahmen der drei Studien wie dargelegt ihren Anteil hatten, zeigte eine positive Entwicklung bei nahezu allen Kennzahlen, dokumentiert durch die Entwicklung des BGM-Systemindex im Verlauf (vgl. Tabelle 1, Seite 29). Damit hebt das Projekt sich positiv von der Literatur ab, in der bei unzureichendem oder fehlerhaftem Change-Management von einer deutlichen Verschlechterung der im Fokus stehenden weichen und harten Kennzahlen berichtet wird (vgl. Tabelle 2, Seite 35).

Ansätze zur Fortführung und Weiterentwicklung der dargelegten Studien bieten sich auf verschiedenen Ebenen. So lässt sich die Datenlage zur Bedarfserhebung und zum Monitoring beispielsweise durch Verkürzung der Zeitintervalle von einer Datenerhebung zur nächsten optimieren und so ein Frühwarnsystem zur Risikoüberwachung und -steuerung erschaffen, das zukünftig eine schnellere Reaktion bei Handlungsbedarf ermöglicht (vgl. S1).

Daneben bietet sich die Erhebung von Vergleichsdaten zu allen drei Studien aus anderen Unternehmen der Branche Finanzen und Versicherungen an, um so einen repräsentativen branchenspezifischen Datenpool für Benchmarkings zu erschaffen.

Ein abschließender Ausblick auf die Entwicklung des Stellenwerts gesundheitlicher Belange von Mitarbeitern und von BGM in Restrukturierungsprozessen legt die Vermutung nahe, dass dieser wie von HIREs (Kieselbach et al., 2009a) gefordert an Bedeutung gewinnt, von der systematischen Umsetzung in der Breite jedoch noch weit entfernt ist. Diese Aussage lässt sich auf der einen Seite damit begründen, dass das Thema durch das Erscheinen diverser Studien und Übersichtsarbeiten (Köper und Richter, 2012; IGA, 2012; LIA.NRW, 2012; Lohmann-Haislah, 2012; DGB, 2010; Kieselbach et al., 2009a) an Relevanz gewinnt, da diese die Problematik ins öffentliche Interesse und in den Fokus von Unternehmen und Akteuren des Gesundheitsschutzes rücken, wie geschehen beim in dieser Arbeit genannten Versicherer. Auf der anderen Seite beschränkt sich jedoch auf Nachhaltigkeit ausgerichtetes, systematisches BGM in der Empirie aktuell auf vergleichsweise wenige Best-Practice-Fälle (Uhle und Treier 2013, 330). Diese These wird durch das Ergebnis einer aktuellen Studie zu BGM in Deutschland von EuPD Research (2014) bestätigt. Zwar entwickelt sich BGM demnach bei einer steigenden Anzahl von Unternehmen zur Pflichtaufgabe, andererseits führten von den befragten Unternehmen (n=323) nach eigenen Angaben nur 50 Prozent den Managementzyklus im BGM bis zu einer systematischen Ergebnisevaluation zu Ende. Und das, obwohl es sich bei den befragten Unternehmen größtenteils um Unter-

nehmen mit etabliertem BGM und damit bereits um die Best-Practice-Beispiele handeln.

Was in deutschen Unternehmen zur Berücksichtigung gesundheitlicher Belange der Mitarbeiter bei Restrukturierung zurzeit noch fehlt ist sowohl das Wissen über grundlegende Zusammenhänge als auch eine prägende Gesundheitskultur, die als Führungsaufgabe verstanden wird (Uhle und Treier, 2013; Badura, 2008). Die Gestaltung gesundheitsgerechter Veränderungsprozesse setzt zum einen den Ausgleich der genannten Defizite im Unternehmen voraus, zum anderen die Berücksichtigung aller Stakeholder-Interessen, inklusive der der Arbeitnehmer. Nur dann steigt die Wahrscheinlichkeit, dass in Veränderungsprozessen die Gesundheit des Unternehmens im doppelten Sinne erhalten bleibt. Zum einen im ökonomischen Sinne auf Basis wirtschaftlicher Indikatoren (Reduzierung von Transaktionskosten), zum anderen im Sinne der Mitarbeitergesundheit auf Basis individueller Indikatoren wie dem Erhalt von Gesundheit, Motivation und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten (vgl. Kieselbach et al., 2009a).

Diese Arbeit leistet mit den dargelegten Erkenntnissen einen Beitrag zur Beantwortung der aktuellen übergreifenden Forschungsfrage „Was zeichnet gelungene Transition aus (Best-Practice-Begleitforschung) bzw. was sind die Faktoren für das Scheitern von Restrukturierungsbemühungen?“, welche die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin formulierte (Köper und Richter, 2012, 8).

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit drei relevanten Fragestellungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Kontext der gesundheitsgerechten Gestaltung eines betrieblichen Veränderungsprozesses im Haus eines Krankenversicherers. Jeder der Fragen wurde in Form einer wissenschaftlichen Studie nachgegangen und diese publiziert.

Studie 1 beantwortete die Fragestellung nach den Merkmalen eines Steuerungsinstruments zur Bedarfserhebung und Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement der Organisation. Durch Entwicklung eines organisationalen Gesundheitswerts in Form eines Index gelang es die wichtigsten gesundheits- und systemrelevanten betrieblichen Kennzahlen auf einen Blick abzubilden. Dieser „BGM-Systemindex“ orientiert sich an wissenschaftlichen Qualitätsstandards und greift größtenteils auf im Unternehmen vorhandene Datensysteme zurück. Durch den Abgleich von Ziel- und Ist-Werten relevanter Indikatoren ergeben sich direkte Gestaltungshinweise für die Zuständigen im BGM.

Studie 2 beantwortete die Frage nach der Ausprägung der beiden Hauptbeschwerdebilder Stress und Rücken in der Belegschaft zu Projektbeginn und konkretisiert so die damit verbundenen Produktivitätsausfälle anwesender Mitarbeiter (Präsentismus). Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen den subjektiven und objektiven, mittels EMG-Messung erhobenen Ergebnissen, ein stetiger Anstieg der Prävalenz von Beschwerden mit zunehmendem Alter sowie Produktivitätseinbußen und Präsentismuskosten durch vorliegende Risikofaktoren in Millionenhöhe.

Studie 3 beantwortete die Frage nach einem Motivationsansatz für Mitarbeiter zur Teilnahme an betrieblichen Stressmanagement-Angeboten. Laut der Ergebnisse der Vergleichsstudie stellt die direkte Ansprache von Mitarbeitern am Arbeitsplatz einen vielversprechenden neuen Zugangsweg dar, um Beschäftigte mit betrieblichen Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit zu erreichen.

Eine übergreifende Betrachtung der Ergebnisse des Veränderungsprozesses zeigte eine positive Entwicklung bei nahezu allen gesundheitsrelevanten Kennzahlen, dokumentiert durch die Entwicklung des BGM-Systemindex im Verlauf. Anhand dieser und in Anlehnung an die Literatur wurden Erfolgsfaktoren identifiziert, die mutmaßlich zum Gelingen des Gesamtprojekts beigetragen haben. Damit leistet diese Arbeit als Best-Practice-Begleitforschung einen Beitrag zur Beantwortung der aktuellen Forschungsfrage „Was zeichnet gelungene Transition aus“.

6 Literaturverzeichnis

- (1) AGV-Versicherungen (2013) (Hrsg.). Sozialstatistische Daten Versicherungswirtschaft. Arbeitgeberverband der Versicherungsunternehmen in Deutschland. München.
www.agv-vers.de/statistiken/statistikbroschueren/sozialstatistische-daten.html?no_cache=1&cid=1614&did=7802&sechash=2ab0c73e
(Zuletzt abgerufen am 17.06.2014)
- (2) AGV-Versicherungen (2010) (Hrsg.). Sozialstatistische Daten der Versicherungswirtschaft. Arbeitgeberverband der Versicherungsunternehmen in Deutschland. München.
http://www.agv-vers.de/statistiken/statistikbroschueren/sozialstatistische-daten.html?no_cache=1&cid=1614&did=694&sechash=08eaba71
(Zuletzt abgerufen am 17.06.2014)
- (3) Ameral T (1999). Benchmarks and performance measure for employee assistance programs. In: Oher JM (Hrsg.). The employee assistance handbook. Hoboken, NJ: John Wilkey & Sons, p. 161-178
- (4) Attridge M, Herlihy P, Sharar D, Amaral T, McPherson T, Stephenson D, Bjornson T, Paul R, Teems L, Goplerud E, Routledge S (2010). Pricing Options for EAP Services. Easna Research Noten. 1(6): 1-4
- (5) Attridge M, Herlihy P, Sharar D, Amaral T, McPherson T, Stephenson D, Bjornson T, Paul R, Teems L, Goplerud E, Routledge S (2009a). EAP Services, Programs and Delivery Channels. Easna Research Noten. 1(4): 1-6
- (6) Attridge M, Herlihy P, Sharar D, Amaral T, McPherson T, Stephenson D, Bjornson T, Paul R, Teems L, Goplerud E, Routledge S (2009b). Utilization of EAP Services. Easna Research Noten. 1(5): 1-3
- (7) Attridge M (2005). The Business Case for the Integration of Employee Assistance, Work-Life and Wellness Services: A Literature Review. In: Attridge M, Herlihy P, Maiden P (Hrsg.). The Integration of Employee Assistance, Work/Life, and Wellness Services has been co-published simultaneously as Journal of Workplace Behavioral Health. 20(1/2 and 3/4)
- (8) Attridge M (2002). Employee assistance program outcomes similar for counselor (phone and inperson) and legal/finance consultation clients. Presented at the American Psychological Society Annual Conference. New Orleans, LA.
- (9) Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (2010a). Fehlzeiten-Report 2010, Vielfalt managen: Gesundheit fördern - Potenziale nutzen. Berlin: Springer, S v-439

- (10) Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg.) (2010b). Fehlzeiten-Report 2009. Berlin: Springer Verlag.
- (11) Badura B, Greiner W, Rixgens P, Ueberle M, Behr M (2008). Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin: Springer Verlag
- (12) Badura, B (2004). Auf dem Weg zu gesunden Schulen: Was Schulen dabei von Unternehmen lernen können. Bielefeld: Gutachten für die Landesregierung NRW. <http://www.bug-nrw.de/cms/upload/pdf/Badura.pdf> (Zuletzt abgerufen am 09.08.2013)
- (13) Badura B, Ritter W, Scherf M (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis. 1. Ed. Berlin: Sigma
- (14) Bao S, Mathiassen SE, Winkel J (1995). Normalizing Upper Trapezius EMG Amplitude: Comparison of Different Procedures. J Electromyogr Kinesiol. 5(4): 251-7
- (15) Barann T., Dick P (2014). Der demografische Wandel und die daraus resultierenden Change Erfordernisse für die Personalarbeit – Beispiel Gothaer. In: Zimmermann G (Hrsg.). Change Management in Versicherungsunternehmen. Wiesbaden: Springer Gabler (in Vorbereitung)
- (16) Baumgartner E (2003). Der Nutzen betrieblicher Sozialarbeit - Eine Kosten-Nutzen-Analyse in zwei Unternehmen. Reihe A: Discussion Paper 2003-S02. Fachhochschule Solothurn.
- (17) Baumeister H, Munzinger M (2013). Muskuloskelettale Erkrankungen: Risikofaktor psychische Komorbidität. In: Bödeker W, Kliner K, Wilhelmi S (Red.), Bungard S, Hertle D, Kliner K, Luken F, Tewes C, Trumner A (Aut.). BKK Gesundheitsreport 2013. BKK Dachverband e. V. (Hrsg.). Berlin, p. 72-76
- (18) BCG Boston Consulting Group (2012) (Hrsg.). Flipping the Odds for Successful Reorganisation. Organization of the Future – Designed to win. The Boston Consulting Group.
<http://www.managers.org.uk/sites/default/files/u54973/Org%20of%20the%20Future-report2-May2012.pdf> (Zuletzt abgerufen am 25.06.2014)
- (19) Becker L (2011). Projekt zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit: Maßnahmen zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit in einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung. In: EuPD Research (Hrsg.). Corporate Health Jahrbuch 2011: Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland. Bonn: EuPD Research, p. 57-62
- (20) Benner V, Burnus M, Ochs S (2007). Ergebnisse eines Interventionsprogrammes zur betrieblichen Gesundheitsfürsorge: Signifikante Reduktion von Rü-

- ckenbeschwerden, subjektive Abnahme von Stress- Symptomen und Reduzierung von Fehlzeiten. Ergo-Med. 31(6): 162-167
- (21) Bennett H, Durkin M (2000). The effects of organizational change on employee psychological attachment: An exploratory study. Journal of Managerial Psychology. 15(2): 126–147
- (22) Berger ML, Murray JF, Xu J & Pauly M (2001). Alternative valuations of work loss and productivity. J Occup Environ Med. 43(1): 18-24
- (23) Berger Roland (2012) (Hrsg.). Restrukturierungsstudie Deutschland 2012. Staatsschuldenkrise – Auswirkung auf Finanzierung und Realwirtschaft. Düsseldorf
http://www.rolandberger.de/media/pdf/Roland_Berger_Restrukturierungsstudie_Deutschland_20120518.pdf (Zuletzt abgerufen am 21.11.2014)
- (24) BKK Bundesverband (2012) (Hrsg.). BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben. Essen, p. 154
- (25) BKK Bundesverband (2011) (Hrsg.). Kein Stress mit dem Stress. Selbsteinschätzung für das betriebliche Gesundheitsmanagement im Bereich der psychischen Gesundheit. Essen, p. 6-7
- (26) BKK Bundesverband (2009) (Hrsg.). BKK Gesundheitsreport 2009. Berlin.
- (27) BKK Bundesverband (2008) (Hrsg.). BKK Faktenspiegel Schwerpunktthema Rückengesundheit. Essen, p. 1-4
- (28) BKK Bundesverband (2004) (Hrsg.). Auf dem Weg zum gesunden Unternehmen. Argumente und Tipps für ein modernes betriebliches Gesundheitsmanagement. Essen.
http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2006/Auf_dem_Weg_zum_gesunden_Unternehmen2.pdf (Zuletzt abgerufen am 01.07.14)
- (29) BKK Bundesverband Europäisches Informationszentrum (1999) (Hrsg.). Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen. Erfolgreiche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa – Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen
- (30) BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010) (Hrsg.). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft.
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zuletzt abgerufen am 07.09.11)
- (31) Böcken J, Braun B, Landmann J (2009) (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2009. Gütersloh: Bertelsmann Verlag

- (32) Bödeker W, Kliner K, Wilhelmi S (Red.), Bungard S, Hertle D, Kliner K, Luken F, Tewes C, Trumner A (Aut.) (2013). BKK Gesundheitsreport 2013. BKK Dachverband e. V. (Hrsg.). Berlin.
- (33) Boles M, Pelletier B, Lynch W (2004). The Relationship Between Health Risks and Work Productivity. *Journal of occupational and environmental medicine*. 46(7): 737-45.
- (34) Brandenburg U, Nieder P (2009). Betriebliches Fehlzeiten-Management. Instrumente und Praxisbeispiele für ein erfolgreiches Anwesenheits- und Vertrauensmanagement. 2nd ed. Wiesbaden: Gabler Verlag
- (35) Bray JW, French MT, Bowland BJ, Dunlap LJ (1996). The cost of employee assistance programs: Findings from seven case studies. *Employee Assistance Quarterly*. 11(4): 1–19
- (36) Brouwer WB, Van Exel NJ, Koopmanschap MA & Rutten FF (2002). Productivity costs before and after absence from work: as important as common? *Health Policy*. 61(2): 173-87
- (37) Bruns T, Praun N, (2002). Biofeedback – Ein Handbuch für die therapeutische Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- (38) Burnus M, Benner V, Becker L, Müller D, Stock S (2014). Entwicklung eines Instruments zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) eines Versicherungskonzerns. *Versicherungsmedizin*. 66(2): 79-87
- (39) Burnus M, Steinhardt V, Benner V, Drabik A, Stock S (2012a). Zusammenhang von Stressbefinden und Muskelverspannung am Bildschirmarbeitsplatz. Produktivitätseinbußen durch Präsentismus. *Präv Gesundheitsf* (7)3: 182–189
- (40) Burnus M, Benner V, Kirchner D, Drabik A, Stock S (2012b). Feldvergleich von zwei Zugangskonzepten zur betrieblichen Mitarbeiterberatung mit dem Ziel der Stressintervention im Haus eines Versicherungskonzerns. *Versicherungsmedizin*. 64(1): 17-22
- (41) Burnus M, Benner V, Gutmann B, Steinke U (2008). Ergebnisse eines Modellprojekts zur Prävention branchenspezifischer Erkrankungen in einem Kunden-Service-Center. *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed*. 43(8): 386-393
- (42) Burton WN, Chen CY, Conti DJ, Schultz AB, Pransky G, Edington DW (2005). The Association of Health Risks With On-the-Job Productivity. *J Occup Environ Med*. 47(8): 769-77
- (43) Burton WN, Conti DJ, Chen CY, Schultz AB & Edington DW (1999). The role of health risk factors and disease on worker productivity. *J Occup Environ Med*. 41(10): 863-77

- (44) Capgemini Consulting (2010) (Hrsg.). Change-Management S2010. Business Transformation – Veränderungen erfolgreich gestalten. München: Capgemini Deutschland
- (45) Chambers D, Wedel K, Rodwell M (1992). Evaluation social programs. Boston: Allyn and Bacon. p. 243
- (46) Craes, U., Mezger, E., Badura, B. (2001) (Hrsg.). Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement: Beispiele aus der Arbeitswelt. 2. Auflage. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, p. 25
- (47) Cram JR (1998). Introduction to Surface Electromyography. Maryland: Aspen Publishers, Inc.
- (48) Cram JR (1990). EMG Muscle Scanning and Diagnostic Manual for Surface Recordings. In: Cram JR. Clinical EMG for surface recordings. Volume 2. Nevada City: Clinical Resources, p. 1-142
- (49) Cram JR, Engstrom D (1986). Patterns of neuromuscular activity in pain and non-pain patients. Clinical Biofeedback and Health. 9(2): 106-15
- (50) Cram JR, Steger JC (1983). Muscle scanning and the diagnosis of chronic pain. Biofeedback Selfregul. 8(2): 229-241.
- (51) Criswell E (2011). Cram's introduction to surface electromyography. 2. Auflage. Boston: Jones and Bartlett Publishers
- (52) Csiernik R (2003). Employee Assistance Program Utilization: Developing a Comprehensive Scorecard. Employee Assistance Quarterly. 18(3): 45-60
- (53) DB Research (2005) (Hrsg.). Humankapital wichtigster Wachstumstreiber. Erfolgsmodelle 2020. Frankfurt a.M.: Selbstverlag. (324): 1-20
http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000188568.PDF (Zuletzt abgerufen am 30.06.2014)
- (53a) DGB-Index Gute Arbeit (2010) (Hrsg.). Der Report 2010, Wie die Beschäftigten die Arbeitswelt in Deutschland beurteilen. Berlin, München: Selbstverlag
- (54) DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (2012) (Hrsg.). DIN SPEC 91020 Betriebliches Gesundheitsmanagement. Berlin: Beuth Verlag
- (55) Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Brankco JA, Anderson JA (1978). Studies with pain rating scales. Annals of the Rheumatic Diseases. 37(4):378-381
- (56) Dragano N (2007). Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten. Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, p. 1-262

- (57) Dunkel W, Kratzer N, Menz W (2009). Arbeit und Gesundheit in Zeiten des Umbruchs – Ergebnisse aus dem Projekt PARGEMA. In: BKK Bundesverband (Hrsg.). BKK Gesundheitsreport 2009. Essen, p. 57-61
- (58) Ekberg K, Karlsson M, Axelson O, Malm P (1995). Cross-sectional study of risk factors for symptoms in the neck and shoulder area. *Ergonomics*. 38(5): 971-980
- (59) EuPD Research Sustainable Management, Jonas P, Henssler OT, Henssler S (2014) (Hrsg.). *Corporate Health Jahrbuch 2014. Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland*. Bonn: EuPD Research
- (60) EuPD Research Sustainable Management (2012a) (Hrsg.). *Qualitätsanforderungen an ein Employee Assistance Program (EAP) aus Praxissicht – Studienergebnisse*. Bonn.
http://www.corporate-health-award.com/fileadmin/templates/downloads/EAP_Studie.pdf (Zuletzt abgerufen am 18.06.2014)
- (61) EuPD Research (2012b) (Hrsg.). *Corporate Health Audit 2012. Erhebungsbogen*. Bonn: EuPD Research
- (62) EuPD Research (2011) (Hrsg.). *Corporate Health Jahrbuch 2011: Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland*. Bonn: EuPD Research
- (63) EuPD Research (2010) (Hrsg.). *Gesundheitsmanagement 1/2010: Strukturen, Strategien und Potenziale deutscher Unternehmen*. Bonn: EuPD Research
- (64) Europäische Kommission, European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (2007): *Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. Aktualisierte Fassung von Januar 2007. Luxemburg
- (65) Europäische Kommission, European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (1997). *Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. Luxemburg
- (66) Faragher EB, Cass M, Cooper CL (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med*. 62(2): 105-112
- (67) F.A.Z.-Institut, Techniker Krankenkasse (2009). *TK Kundenkompass Stress. Aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmaß, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland*.
http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/164766/Datei/18738/TK_Pressemappe.pdf (Zuletzt abgerufen am 14.03.11).

- (68) Fritz S (2006). Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen: (Geld-) Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit. Zürich: Vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich
- (69) Froböse I, Wellmann H, Weber A (2008). Betriebliche Gesundheitsförderung: Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Bewertung. Wiesbaden: Universum Verlag
- (70) Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006). Erwerbsminderungsrenten der gesetzlichen Rentenversicherung.
http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_aid=13132566&p_uid=gast&p_sprache=D&p_knoten=FID&p_suchstring=9818 (Zuletzt abgerufen am 14.03.11)
- (71) Hämming O, Gutzwiller F, Bauer G (2009). Work-life conflict and associations with work- and nonwork-related factors and with physical and mental health outcomes: a nehmen (WGU). Zeitschrift für Arbeitswissenschaft. 4: 303-314
- (72) Hapke U, Maske UE, Scheidt-Nave C, Bode L, Schlack R, Busch MA (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl. 56(5/6): 749-754
- (73) Hauser F, Schubert A, Aicher M (2007). Abschlussbericht Forschungsprojekt Nr. 18/05: Unternehmenskultur, Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement in den Unternehmen in Deutschland. Ein Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Durchführung: psychonomics AG in Kooperation mit dem Institut für Wirtschafts- und Sozialpsychologie der Universität zu Köln. Köln
- (74) Hilton MF, Scuffham PA, Sheridan J, Cleary CM, Whiteford HA (2008). Mental ill-health and the differential effect of employee type on absenteeism and presenteeism. J Occup Environ Med. 50(11): 1228-1243
- (75) Hüttscher T (2012). Analyse eines Kennzahlen basierten Modells zur Darstellung und Steuerung von Gesundheit im Unternehmen – am Beispiel des Gothaer Gesundheitsindex. Bachelorarbeit. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaft
- (76) Hurley J, Storrie D, Mandl I, Riso S, Gerogiannis E, Vacas C, Broughton A (2013). Monitoring and managing restructuring in the 21st century. ERM annual report 2013. The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (ed.). Luxembourg: Publications Office of the European Union

- (77) IGA Initiative Gesundheit und Arbeit (2012) (Hrsg.). iga-Fakten 4: Restrukturierung: Gesunde und motivierte Mitarbeiter im betrieblichen Wandel. 1. Auflage. http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Fakten_Praeventionsempfehlungen/iga-Fakten_4_gesunde_Restrukturierung.pdf (Zuletzt abgerufen 25.06.2014)
- (78) Ilmarinen J, Louhevaara V (1999) (ed.). FinnAge – Respect for the aging: Action programme to promote health, work ability and well-being of aging workers in 1990-96. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health
- (79) Jaepfelt A, Görcke M (2009). Die neue Generation der betrieblichen Sozialarbeit. Berlin: Lit Verlag.
- (80) Jensen MP, Karoly P, Braver S (1986). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*. 27(1): 117-126
- (81) Jones G (2013). *Organizational Theory, Design and Change*, 7th ed., Upper Saddle River
- (82) Jordan J, Gurr E, Tinline G, Giga S, Faragher B, Cooper C (2003). Beacons of excellence in stress prevention. Robertson Cooper Ltd and UMIST. Research Report 133. HSE Books. <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr133.pdf> (Zuletzt abgerufen 11.06.2014)
- (83) Kelly Services (2005) (Hrsg.). Kelly World at Work Survey: Stress am Arbeitsplatz - mehr als ein Viertel der deutschen Angestellten ist betroffen. Hamburg
- (84) Kendall FP, Kendall E, McCreary BA (1983). *Muscle Testing and Function*. 3. ed. Baltimore: Williams&Wilkins
- (85) Kieselbach T, Armgarth E, Bagnara S, Elo AL, Jefferys S, Joling C, Kuhn K, Nielsen K, Pompa J, Rogovsky N, Sahler B, Thomson G, Triomphe CE, Widerszal-Bazyl M (2009a). *Health in Restructuring. Innovative Approaches and Policy Recommendations*. European Expert Group on Health in Restructuring. München: Hampp Verlag
- (86) Kieselbach T (2009b). *Gesundheit in der Unternehmensrestrukturierung – Empfehlungen der EU-Expertengruppe HIRES (Health in Restructuring)*. In: BKK Bundesverband (Hrsg.). *BKK Gesundheitsreport 2009*. Essen: p. 62-64
- (87) Köper B, Richter G (2012). *Restrukturierung in Organisationen und mögliche Auswirkungen auf die Mitarbeiter*. BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel27.html (Zuletzt abgerufen am 05.06.2013)
- (88) Köper B (2012). *Restrukturierung*. In: Lohmann-Haislah A. *Stressreport Deutschland 2012, Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*.

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Dortmund/Berlin/Dresden, p. 143-155
- (89) Kowalski H (2012). Change-Management stets mit BGF und Resilienz verknüpfen. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2012 – Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, p. 139-146
- (90) Kreis J, Bödeker W (2003). IGA-Report 3: Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – HVBG, Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit – BGAG (Hrsg.). Essen/Dresden
- (91) LaMontagne A, Louie A, Keegel T, Ostry A, Shaw A (2006). A Comprehensive Review of the Job Stress Intervention Evaluation Literature: Assessing the Evidence of Effectiveness for a Systems Approach. In: LaMontagne A, Louie A, Keegel T, Ostry A, Shaw A. Workplace stress in Victoria: Developing a systems approach. Victorian Health Promotion Foundation, p. 20-46.
- (92) Lazarus R, Folkman S (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Verlag
- (93) Leonard JH, Kok KS, Ayiesha R, Das S, Roslizawati N, Vikram M, Baharudin O (2010). Prolonged writing task: comparison of electromyographic analysis of upper trapezius muscle in subjects with or without neck pain. Clin Ter. 161(1):29-33
- (94) LIA.NRW Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (2012) (Hrsg.). Den Wandel gesund gestalten – langfristig erfolgreich restrukturieren. Ein Leitfaden für Personalverantwortliche und Führungskräfte. Düsseldorf, p. 11
- (95) Loeppke R, Taitel M, Haufle V, Parry T, Kessler RC, Jinnett K (2009). Health and Productivity as a Business Strategy: A Multiemployer Study. JOEM. 51(4):411- 428
- (96) Lohmann-Haislah A (2012). Stressreport Deutschland 2012, Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Dortmund/Berlin/Dresden
- (97) Mains D, Fairchild T, René A (2006). An employee assistance program for caregiver support. Journal of gerontological social work. 47(1-2): 157-73
- (98) Malik F (2007). Management. Das A und O des Handwerks. Frankfurt: Campus Verlag

- (99) Michie S, Williams S (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med.* 60(1): 3-9
- (100) Müller S (2001/2002). Betriebliche Sozialarbeit – Geschichtliche Entwicklung, Schwerpunkte der derzeitigen Situation und zukünftige Perspektiven sozialer Dienste in Unternehmen. Diplomarbeit an der Fachhochschule Düsseldorf, p. 57
- (101) Muylaert K, Op De Beeck R, Van den Broek K (2007). Company Health Check: an instrument to promote health at the workplace. Review Paper and Catalogue of Quality Criteria. ENWHP – Move Europe (Hrsg.).
http://www.move-europe.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Review_and_Catalogue_CHC.pdf (Zuletzt abgerufen am 05.09.2012)
- (102) Oher JM (Hrsg.) (1999). The employee assistance handbook. Hoboken, NJ: John Wilkey & Sons, p. 161-178
- (103) Ozminkowski RJ, Goetze IRZ, Chang S, Long S (2004). The application of two health and productivity instruments at a large employer. *J Occup Environ Med.* 46(7): 635-648.
- (104) Paridon H, Bindzius F, Windemuth D, Hanßen- Pannhausen R, Boege K, Schmidt N, Bochmann F (2004). IGA-Report 5: Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit – Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – HVBG, Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit – BGAG, BKK Bundesverband (Hrsg.). 1. Auflage 2004. Dresden/Essen
http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_5_Textband_psychische_Belastungen_Arbeit_Befragung_Arbeitsschutzexperten.pdf (Zuletzt abgerufen am 20.06.2014)
- (105) Poppelreuter S (2009). Soziale Verantwortung in Organisationen – Mitarbeiterberatung in Wirtschaft und Verwaltung. In: Die BG. Berlin: Erich Schmitt Verlag
- (106) Poverny L, Dodd S (2000). Differential Patterns of EAP Service Utilization. *Employee Assistance Quarterly.* 15(4): 29-42
- (107) Riedel JE, Grossmeier J, Haglund- Howieson L, Buraglio C, Anderson DR, Terry PE (2009). Use of a Normal Impairment Factor in Quantifying Avoidable Productivity Loss Because of Poor Health. *JOEM.* 51(3): 283-295

- (108) Rief W, Birbaumer N (2006). Biofeedback. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag, p. 41-42
- (109) Richter P, Nebel C, Wolf S (2010). Ja, mach nur einen Plan! Gesundheitsinterventionen in turbulenten Zeiten. In: Rigotti T, Korek S, Otto K (Hrsg.). Gesund mit und ohne Arbeit. Lengerich: Pabst Science Publishers, p. 73–90
- (110) Rixgens P (2009). Betriebliches Sozialkapital, Arbeitsqualität und Gesundheit der Beschäftigten – Variiert das Bielefelder Sozialkapital-Modell nach beruflicher Position, Alter und Geschlecht? In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2008 – Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Heidelberg: Springer-Verlag, p. 33-42
- (111) Samani A, Holtermann A, Sjøgaard K, Madeleine P (2009). Effects of eccentric exercise on trapezius electromyography during computer work with active and passive pauses. *Clinical biomechanics*. 24(8): 619-25
- (112) Schleifer L u.a. (2008). Mental stress and trapezius muscle activation under psychomotor challenge: A focus on EMG gaps during computer work. *Psychophysiology*. 45(3): 356-365
- (113) Schweiger DM, DeNisi AS (1991). Communication with employees following a merger: A longitudinal field experiment. *Academy of Management Journal*. 34(1): 110-135
- (114) Selvik R, Stephenson D, Plaza C, Sugden B (2004). EAP Impact on Work, Relationship, and Health Outcomes (Research Report). *The Journal of Employee Assistance*. 2nd Quarter.
<http://www.foh.dhhs.gov/nycu/outcomepaper.pdf> (Zuletzt abgerufen am 11.06.2014)
- (115) Seymour L, Grove B (2005). Workplace interventions for people with common mental health problems: Evidence review and recommendations. London: British Occupational Health Research Foundation.
- (116) Siefer A, Beermann B (2010). Grundausswertung der BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 mit den Schwerpunkten Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Dortmund/Berlin/Dresden
- (117) Siegrist J, Rödel A (2005). Chronischer Distress im Erwerbsleben und depressive Störungen: epidemiologische und psychobiologische Erkenntnisse und ihre Bedeutung für die Prävention. In: Junghans G, Ullsperger P (Red.). Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen. Zur Bedeutung arbeitsbedingter Faktoren für das Auftreten depressiver Störungen. Workshop vom 1. Juli 2004 in Berlin.

- Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Tb 138): p. 27-37
- (118) Sockoll I, Kramer I (2010). Heute Stress im Job, morgen Depression? In: Die BKK 2010 (02): 112-118
- (119) Sockoll I, Kramer I, Bödeker W (2008). IGA-Report 13: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. BKK Bundesverband (Hrsg.). Essen.
- (120) Spizman P (2001). Is counseling by telephone effective? Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering. 61: 6723
- (121) Springer Gabler Verlag (2014) (Hrsg.). Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Change Management.
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/2478/change-management-v9.html>
 (Zuletzt abgerufen am 15.04.2014)
- (122) Steinke M, Badura B (2011). Präsentismus - Ein Review zum Stand der Forschung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Dortmund, p. 1-128
- (123) Stephenson D, Bingaman D, Plaza C, Selvik R, Sudgen B, Ross C (2004). Implementation and Evaluation of a Formal Telephone Counseling Protocol in an Employee Assistance Program. Employee Assistance Quarterly. 19(2): 19-33
- (123a) TK Techniker Krankenkasse (2014) (Hrsg.). Gesundheitsreport 2014, Risiko Rücken. Hamburg: Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 29.
<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/644772/Datei/121848/Gesundheitsreport-2014.pdf> (Zuletzt abgerufen am 04.08.2014)
- (124) TK Techniker Krankenkasse (2013) (Hrsg.). Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation. Hamburg: TK-Hausdruckerrei
- (125) TK Techniker Krankenkasse (2009) (Hrsg.). Kundenkompass Stress. Berlin: F.A.Z.-Institut
- (126) Thul MJ (2003). Psycho-soziale Gesundheit als Managementaufgabe. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Tagungsband Tb 135. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag. S. 50-74
- (127) Thul MJ, Zink KJ (1999). Konzepte und Instrumente eines integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 49(8): 274-284

- (128) Tosh RW (1990). Surface Electrode Electromyography Static and Dynamic Muscle Assessments. In: Cram (ed.). J. Clinical EMG for surface recordings: Volume 2. Nevada City: Clinical Resources, p. 303-328
- (129) Tuomi K, Ilmarinen J, Seitsamo J, Huuhtanen P, Martikainen R, Aalto L, Nygård CH, Klockars M (1999). Work, life-style, health and work ability among ageing municipal workers in 1981 - 1992. In: Ilmarinen J, Louhevaara V (ed.). FinnAge – Respect for the aging: Action programme to promote health, work ability and well-being of aging workers in 1990-96. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. p. 220-233
- (130) Uhle M, Treier M (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse Gestalten, Erfolge messen. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- (131) Uhle M, Treier M (2011). Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse Gestalten, Erfolge messen. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- (132) Wahlstöm, J. u.a. (2003). Perceived muscular tension, emotional stress, psychological demands and physical load during VDU work. International archives of occupational and environmental health. International archives of occupational and environmental health. (76): 584-590.
- (133) Walter U (2007). Qualitätsentwicklung durch Standardisierung – am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
- (134) Wanberg CR, Banas JT (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. Journal of Applied Psychology. 85(1): 132-142
- (135) Weber T (2011). Qualitätsmanagement und Kennzahlen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Präsentation auf der Preisverleihung zum Corporate Health Award 2011, Folie 22, Frankfurt am Main, 03. November 2011. http://www.corporate-health-award.de/uploads/media/Vortrag_Weber.pdf (Zuletzt abgerufen am 26. Juli 2013)
- (136) Weber V, Breucker G (2009). Erste Hilfe für Führungskräfte. Personal. 61(7/8): 21-24
- (137) Weinreich I, Weigl C (2011). Unternehmensratgeber betriebliches Gesundheitschutzmanagement: Grundlagen - Methoden - personelle Kompetenzen. Berlin: Erich Schmidt Verlag
- (138) Williamson A, Hoggart B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs. 14(7): 798-804

- (139) Weiss RM (2003). Effects of Program Characteristics on EAP Utilization. *Employee Assistance Quarterly*. 18(3): 61-70
- (140) Zarkin GA, Bray JW, Karuntzos GT, Demiralp B (2001). The effect of an enhanced employee assistance program (EAP) intervention on EAP utilization. *J Stud Alcohol*. 62(3): 351-358
- (141) Zink KJ, Thul MJ, Hoffmann J, Fleck A (2009). Integratives Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Kooperationsprojekt des Instituts für Technologie und Arbeit und der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen: Umsetzung und Evaluation unter Berücksichtigung einer Stakeholderperspektive. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2008 – Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Heidelberg: Springer-Verlag, p. 171-186
- (142) Zoike E (2010) (Red.): *BKK Gesundheitsreport 2010. Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft*. BKK Bundesverband (Hrsg.). Essen.
<http://www.bkk.de/arbeitgeber/bkk-finder/bkk-gesundheitsreport/> (Zuletzt abgerufen am 14.03.11).

7 Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Themenübersicht und Handlungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements als übergreifende und interdisziplinäre Aufgabe	7
Abbildung 2: EFQM-Modell für Excellence als Kriterienmodell für ein integratives betriebliches Gesundheitsmanagement.....	9
Abbildung 3: Modell Wirkungszusammenhänge von Arbeitszufriedenheit.....	12
Abbildung 4: Das Treiberfaktoren- und Indikatoren-Modell als zentrale Ausgangsbasis zur Auswahl geeigneter Inhaltsfelder für den BGM-Systemindex	19
Abbildung 5: Gothaer BGM-Systemindex als erweitertes Modell der Gesundheits-Scorecard mit unternehmensspezifischen Kennzahlen und Gewichtung in Anlehnung an das EFQM-Modell.....	21
Abbildung 6: Zusammenhang subjektives Stress- und Verspannungsbefinden mit den objektiven sEMG-Ergebnissen, die nach Cram (1998) vier Muskelamplituden-Kategorien zugeordnet wurden	45
Abbildung 7: Demografische Verlaufsbeobachtung von Stress- und Verspannungsbefinden nach Altersgruppen.....	46
Abbildung 8: Gegenüberstellung der Zugangskonzepte zur Mitarbeiterberatung von Vergleichsgruppe 1 (VG1) und Vergleichsgruppe 2 (VG2)	58
Abbildung 9: Evaluation der Mitarbeiterberatung (n=109) nach Problemfeldern in VG2	63

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zielerreichungsgrad BGM-Systemindex im Projektverlauf: Projektbeginn (t0) vs. Projektende (t1).....	29
Tabelle 2: Zusammenhänge von Restrukturierung mit der Entwicklung gesundheitlicher Früh- und Spätindikatoren: Gegenüberstellung der Auswirkung bei unzureichendem Change-Management mit den Projektergebnissen.....	35
Tabelle 3: Zuordnung der Befragungsergebnisse zum Verspannungs- und Stressbefinden in vier Kategorien, in absoluten Zahlen sowie prozentual	44
Tabelle 4: Modellrechnung zur Ermittlung der zusätzlichen Produktivitätsverluste durch die Risikofaktoren „Hoher Stress“ und „Schulter-/Nackenschmerzen“	47

Tabelle 5: Gegenüberstellung von Projektkommunikation und Zugangswegen zur Mitarbeiterberatung von VG1 und VG2.....	61
Tabelle 6: Gegenüberstellung der Teilnahme an der individuellen Mitarbeiterberatung sowie der Projektkosten von VG1 und VG2	62
Tabelle 7: Konkretisierung der relevanten Fragestellungen/Qualitätskriterien im BGM- Systemindex, Teilindex Managementsystem auf Literaturbasis	75

8 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.