

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Ingrid Rosian-Schikuta, Anja Laschhkolnig, Sarah Ivansits



Schriftenreihe
Health Technology Assessment (HTA)
in der Bundesrepublik Deutschland

Betriebliches
Gesundheitsmanagement

Ingrid Rosian-Schikuta¹, Anja Laschhkolnig¹, Sarah Ivansits¹

¹ Gesundheit Österreich GmbH,
Wien, Österreich

Wir bitten um Beachtung

Dieser HTA-Bericht ist publiziert in der DAHTA-Datenbank des DIMDI (www.dimdi.de – HTA).

Die HTA-Berichte des DIMDI durchlaufen ein unabhängiges, grundsätzlich anonymisiertes Gutachterverfahren. Potenzielle Interessenkonflikte bezüglich der HTA-Berichte werden dem DIMDI von den Autoren und den Gutachtern offengelegt. Die Literaturlauswahl erfolgt nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Die durchgeführte Literaturrecherche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts obliegt den jeweiligen Autoren.

Die Erstellung des vorliegenden HTA-Berichts des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erfolgte gemäß gesetzlichem Auftrag nach Artikel 19 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Das Thema stammt aus dem öffentlichen Vorschlagsverfahren beim DIMDI, durch das Kuratorium HTA priorisiert und vom DIMDI beauftragt. Der Bericht wurde mit Mitteln des Bundes finanziert.

Herausgegeben vom
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln

Das DIMDI ist ein Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Kontakt

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln

Tel.: +49 221 4724-525
Fax: +49 221 4724-340

E-Mail: dahta@dimdi.de
www.dimdi.de

Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 144
ISSN: 1864-9645
1. Auflage 2021
DOI: 10.3205/hta000144L
URN: urn:nbn:de:0183-hta000144I4

© BfArM, Köln 2021. Alle Rechte vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
Wissenschaftlicher Artikel	1
Gesundheitspolitischer Hintergrund	1
Wissenschaftlicher Hintergrund	1
Forschungsfragen	1
Methodik	2
Ergebnisse	2
Diskussion und Schlussfolgerung	3
Scientific article	4
Health political background	4
Scientific background	4
Research questions	4
Methods	5
Results	5
Discussion and Recommendations	6
Hauptdokument	7
1 Einleitung	7
2 Gesundheitspolitischer Hintergrund	8
3 Wissenschaftlicher Hintergrund	9
3.1 Medizinische, soziale und ethische Aspekte von Gesundheit am Arbeitsplatz	9
3.1.1 Gesundheitsbegriff	9
3.1.2 Determinanten der Gesundheit	9
3.1.3 Konzept der Arbeitsfähigkeit	11
3.1.4 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit	13
3.1.5 Arbeitsanforderungen und Belastungen erwerbstätiger Personen	15
3.1.5.1 Arbeitsunfähigkeitstage	15
3.1.5.2 Arbeitsbelastungen und Gesundheit – Ergebnisse aus Befragungen	15
3.2 Warum wird Betriebliche Gesundheitsförderung öffentlich gefördert?	18
3.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement	19
3.3.1 Begriffsbestimmung	19
3.3.2 Bereiche des BGM und ihre rechtliche Verankerung	22
3.3.2.1 Betriebliche Gesundheitsförderung	22
3.3.2.2 Arbeitsschutz	22
3.3.2.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	25
3.4 Rechtliche Regelungen	26
3.4.1 Überblick	26
3.4.2 Präventionsgesetz	28
3.5 Ökonomischer Hintergrund	29
3.5.1 Ökonomischer Nutzen	29
3.5.2 Ausgaben	29
4 Forschungsfragen	35
4.1 Zielsetzung des Berichts	35
4.2 Operationalisierung der Forschungsfragen	35

4.2.1	Domäne Organisation	35
4.2.2	Domäne Medizin	35
4.2.3	Domäne Sozialwissenschaft und Ethik	35
4.2.4	Domäne Ökonomie	35
4.3	Vorgeschlagener Berichtstitel	36
5	Methodik	37
5.1	Literaturrecherche	37
5.1.1	Domäne Organisation	37
5.1.2	Domäne Medizin	37
5.1.3	Domäne Sozialwissenschaft und Ethik	37
5.1.4	Domäne Ökonomie	37
5.2	Synthese der Evidenz	38
5.2.1	Domäne Medizin	38
5.2.2	Soziale, ethische, organisatorische und ökonomische Aspekte	38
6	Ergebnisse	39
6.1	Ergebnisse der Domäne Organisation	39
6.1.1	Maßnahmen und Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung	39
6.1.1.1	Gesetzliche Krankenversicherung	39
6.1.1.2	Unfallkassen und Berufsgenossenschaften	43
6.1.1.3	Deutsche Rentenversicherung	46
6.2	Ergebnisse der Domäne Medizin	48
6.3	Ergebnisse der Domänen Sozialwissenschaft und Ethik	65
6.3.1	Zugang zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	65
6.3.2	Auswirkungen von BGF auf Persönlichkeitsrechte	76
6.4	Ergebnisse der Domäne Ökonomie	77
7	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen	86
7.1	Domäne Organisation	86
7.2	Domäne Medizin	87
7.3	Domäne Sozialwissenschaft und Ethik	88
7.4	Domäne Ökonomie	90
8	Schlussfolgerung/Empfehlung	91
9	Literaturverzeichnis	94
10	Anhang	101
10.1	Suchstrategie	101
10.2	Tabellen der Studien der Domäne Medizin	108
10.2.1	Ergebnisse der Reviews – iga.report 28	108
10.2.2	Evidenz-Tabellen - Wirksamkeit auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit generell	149
10.2.3	Evidenz-Tabellen – Wirksamkeit auf Muskel-Skelett-Erkrankungen	160
10.2.4	Evidenz-Tabellen – Wirksamkeit auf psychische Gesundheit	168
10.3	Tabellen der Studien der Domäne Sozialwissenschaft	175

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufige Arbeitsbelastungen 18- bis 64-jähriger Erwerbstätiger	16
Tabelle 2: Überblick über wichtige rechtliche Regelungen in Deutschland in Bezug auf BGM	27
Tabelle 3: Präventions- und Gesundheitsschutzausgaben insgesamt in Deutschland 2013 nach Ausgabenträgern	31
Tabelle 4: Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung 2008 bis–2015	33
Tabelle 5: Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV für die Jahre 2013 bis 2018, Stand 2017	40
Tabelle 6: Anzahl berücksichtigter Studien zu arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung u. Prävention ¹	48
Tabelle 7: PICO-Schema für Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Betrieben	55
Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien zur Wirksamkeit	55
Tabelle 9: Anzahl der berücksichtigten Reviews (Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten) und Anzahl der Studien	56
Tabelle 10: Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allgemein - Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten ¹	57
Tabelle 11: Muskel-Skelett-Erkrankungen - Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten ¹	59
Tabelle 12: Psychische Gesundheit - Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten ¹	60
Tabelle 13: Art der Interventionen - Deutschland	62
Tabelle 14: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der sozialwissenschaftlichen Fragestellung	66
Tabelle 15: Synthese der Studienergebnisse nach Merkmalen	71
Tabelle 16: Ethische Gesichtspunkte die in Bezug auf BGF-Programme eine Rolle spielen können ..	76
Tabelle 17: Ökonomischer Nutzen – Übersicht systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen ¹	79
Tabelle 18: Suche nach Primärstudien für die Bereiche „Stress“, „Muskuloskeletale Erkrankungen“ sowie „Kosten“	101
Tabelle 19: Suche sozialwissenschaftliche und organisatorische Aspekte	104
Tabelle 20: Ergebnisse der systematischen Reviews zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der generellen Gesundheit und des Wohlbefindens ¹	108
Tabelle 21: Ergebnisse systematischer Reviews zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen gegen psychische Erkrankungen ¹	127
Tabelle 22: Rongen et al. ⁸⁴ - Primärprävention	149
Tabelle 23: Cancelliere et al. ³⁰	150
Tabelle 24: Cahill/Perera (2011)	152
Tabelle 25: Joyce et al. ⁶³	154
Tabelle 26: Bamba et al. ¹⁵	157
Tabelle 27: Hoe et al. ⁵⁷ : Muskel-Skelett-Erkrankungen, Primär- und Sekundärprävention	160
Tabelle 28: Aas et al. ⁴ : Muskel-Skelett-Erkrankungen, Sekundärprävention	162
Tabelle 29: Tullar et al. ¹⁰² : Muskel-Skelett-Erkrankungen, Primär- und Sekundärintervention	164
Tabelle 30: Bell/Burnett ¹⁸ : Muskel-Skelett-Erkrankungen, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention	166
Tabelle 31: Walter et al. ¹¹³ : Schwerpunkt Burn-out	168
Tabelle 32: Martin et al. ⁷² : Depression und Angstsymptome, Primär- und Sekundärprävention	171
Tabelle 33: Arends et al. ⁹ : Tertiärprävention	173
Tabelle 34: Evidenztablette Beck et al. 2010/2014 ¹⁶	175
Tabelle 35: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beck et al. ¹⁶	178
Tabelle 36: Evidenztablette Präventionsbericht 2016	179
Tabelle 37: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Präventionsbericht 2016	181
Tabelle 38: Evidenztablette Holleder/Wießner 2015 ⁵⁸	181
Tabelle 39: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Holleder/Wießner ⁵⁸	183
Tabelle 40: Evidenztablette Beck et al. ¹⁷	183
Tabelle 41: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beck et al. 2010/2014 ...	185

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit	10
Abbildung 2: Das Haus der Arbeitsfähigkeit	13
Abbildung 3: Arbeitsunfähigkeitsfälle und Dauer, AOK-Mitglieder 2015	15
Abbildung 4: Subjektive sehr starke/starke gesundheitliche Belastung durch die eigene Arbeit von 18- bis 64-jährigen Vollzeit-Erwerbstätigen, nach Wirtschaftsbereichen	17
Abbildung 5: Beschwerden, die während oder kurz nach der Arbeit auftreten, von Vollzeit-Erwerbstätigen ab 15 Jahren, nach Geschlecht (Anteile in Prozent)	18
Abbildung 6: Gesundheit in der Arbeitswelt (nur gesetzlich geregelte Bereiche)	21
Abbildung 7: Organisation des Arbeitsschutzes im Betrieb	25
Abbildung 8: Überblick über die Gesetzesstruktur, Stand: 2016	26
Abbildung 9: Übersicht über die nationale Präventionsstrategie (§ 20 d SGB V), Stand 2016	28
Abbildung 10: Verteilung der Gesundheitsförderungsausgaben insgesamt in Deutschland 2013, nach Ausgabenträgern, in Prozent	32
Abbildung 11: Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung	34
Abbildung 12: Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Aktivitäten, Berichtsjahr 2015 (Mehrfachnennungen möglich)	63
Abbildung 13: Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Aktivitäten, Berichtsjahr 2015 (Mehrfachnennungen möglich)	63
Abbildung 14: Inhalt der Erfolgskontrollen der von den Krankenkassen unterstützten Maßnahmen für das Berichtsjahr 2015 (Mehrfachnennungen möglich)	64

Abkürzungsverzeichnis

AGH	Arbeitskreis für Gesundheitsfördernde Hochschulen
AHRF	Assessment of Health Risks with Feedback
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BBGM	Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BKK	Betriebskrankenkassen
BMI	Body-Mass-Index
BPersVG	Bundespersonalvertretungsgesetz
BVPG	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DIN	Deutsches Institut für Normung e. V.
EK	Ersatzkassen
EPPI	Evidence for Policy and Practice Information
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HTA	Health Technology Assessment
KKU	Kleinst- und Kleinunternehmen
iga	Initiative für Gesundheit und Arbeit (Deutschland)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NPK	Nationale Präventionskonferenz
PrävG	Präventionsgesetz
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie, engl.: Randomised Controlled Trial
ROI	„Return on Investment“
SBU	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, dt.: Schwedische Agentur für die Bewertung von Gesundheitstechnologie und Sozialdienstleistungen
SGB	Sozialgesetzbuch
UVT	Unfallversicherungsträger

Fortsetzung Abkürzungsverzeichnis

vdEK	Verband der Ersatzkassen e. V.
WHO	World Health Organization, dt.: Weltgesundheitsorganisation

Wissenschaftlicher Artikel

Gesundheitspolitischer Hintergrund

Die Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts erfährt eine tiefgreifende Wandlung, die sich auf die Erwerbsarbeit und deren Anforderungen auswirkt. Gleichzeitig wird die deutsche Bevölkerung laut Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts Wiesbaden deutlich altern und schließlich schrumpfen, wodurch die Anzahl der Personen im Erwerbsalter sinkt. Diesen Herausforderungen ist zu begegnen und das Setting Betrieb ist dabei von besonderer Relevanz, da man hier eine große Anzahl an Personen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen erreichen kann: 2015 waren durchschnittlich rund 43 Millionen Menschen mit Wohnort in Deutschland erwerbstätig⁴⁰. Diese Personen sind somit grundsätzlich durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen am Arbeitsplatz erreichbar und es besteht die Möglichkeit, gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen direkt am Entstehungsort entgegen zu wirken.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Der Begriff Gesundheit wird vielfältig definiert und kann verschiedene Sichtweisen sowie Gesundheitsnormen beinhalten. Verschiedene Determinanten haben Einfluss auf unsere Gesundheit und auch der Aspekt der sozialen Ungleichheit als Einflussfaktor auf die Gesundheit gewinnt laufend an Bedeutung. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zielt darauf ab, die Gesundheit der Mitarbeitenden ganzheitlich zu verbessern, dabei wird auch hier der Begriff im wissenschaftlichen Diskurs sowie in der Praxis nicht immer einheitlich verwendet und insbesondere in Bezug auf Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) teilweise nicht klar abgegrenzt. Die in diesem Bericht verwendete Definition für BGM lehnt sich an jene der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an und beinhaltet die Integration der drei Bereiche Arbeits- und Gesundheitsschutz, BGF und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in einen Managementprozess auf Betriebsebene, der langfristig ausgerichtet ist und die Steuerung sowie die Integration aller gesundheitsrelevanten betrieblichen Prozesse umfasst. Dabei ist festzuhalten, dass der Blickpunkt der Studie der rechtlich definierten Bereiche und der entsprechenden Rollen der öffentlichen Träger ist –und nicht der auf Betriebsebene umzusetzenden Managementprozesse.

Forschungsfragen

Folgende Forschungsfragen wurden definiert:

- Welche Maßnahmen im Rahmen von BGM werden von der GKV, der Renten- und der Unfallversicherung in Deutschland gefördert? Wurden diese Maßnahmen auf Basis wissenschaftlicher Evidenz definiert?
- Liegen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die BGM-Bereiche der GKV, der Renten- und der Unfallversicherung in Deutschland vor? Werden diese Ziele evaluiert und wenn ja, wie erfolgreich ist ihre Umsetzung?
- Wie wirken sich die unterschiedlichen Zuständigkeiten in Deutschland auf eine effiziente Umsetzung und Förderung von BGM aus?
- Wie ist die Effektivität von Maßnahmen zu BGF internationaler Übersichtsarbeiten zu bewerten?
- Wie können diese Maßnahmen kategorisiert werden? (verhaltens- und verhältnisbezogen, kombinierte Interventionen)
- Liegen auch Publikationen oder Evaluationen hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen der deutschen GKV im Rahmen von deren Aktivitäten zu BGF vor? Falls ja, was sind die Ergebnisse?
- Bestehen Ungleichheiten im Zugang zu Maßnahmen der BGF in Unternehmen auf der Mikro- (bestimmte Bevölkerungsgruppen) bzw. Makroebene (Ungleichheiten zwischen Branchen)?
- Hat die Ausgestaltung des Angebots der GKV Einfluss auf die Zugangsgerechtigkeit von Maßnahmen zu BGF?

- Gibt es Hinweise darauf, dass die Persönlichkeitsrechte bei präventiven Gesundheitsmaßnahmen in Unternehmen beeinträchtigt werden?
- Welche Kosten-Nutzen-Relation hat eine öffentlich geförderte Maßnahme der BGF – dargestellt anhand eines Praxisbeispiels aus Deutschland?

Methodik

Es wurden sowohl eine **systematische Internetsuche** über die Suchmaschine Google durchgeführt als auch die Websites der Sozialversicherungen sowie weitere einschlägige Websites, z. B. von Bundesministerien, durchsucht (Suchzeitraum Januar/Februar 2016). Zum anderen wurden **systematische Literatursuchen** in ausgewählten Datenbanken (inklusive einschlägiger deutscher Fachzeitschriften) für die Fragestellungen der jeweiligen Domänen durchgeführt. Die Zusammenfassungen und Volltexte wurden selektiert und Inhalte der eingeschlossenen Literatur sowohl in Tabellenform und als auch deskriptiv dargestellt.

Ergebnisse

Ergebnisse zu organisatorischen Aspekten

Die GKV unterstützt Maßnahmen zu BGF während die gesetzliche Unfallversicherung Unternehmen vor allem bei der Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes unterstützt und berät. Die deutsche Rentenversicherung erbringt medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit.

Für die GKV liegen Ziele für die primärpräventiven und gesundheitsfördernden Aktivitäten vor. Für die Unfallkassen und Berufsgenossenschaften werden im Rahmen der gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) verschiedene Arbeitsschutzziele festgelegt, die prozessbegleitend und im Nachhinein evaluiert werden. Für die Rentenversicherung konnten auf Basis der gefundenen Literatur keine dezidierten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele identifiziert werden. Im Rahmenkonzept werden jedoch verschiedene Aspekte genannt, die die Leistungen vornehmlich abdecken sollen.

Bezüglich der Auswirkungen der unterschiedlichen Zuständigkeit in Deutschland auf die Umsetzung und Förderung von BGM konnte keine explizite Literatur identifiziert werden. Jedoch zielen das noch recht neue Präventionsgesetz und die darin festgehaltenen Regelungen unter anderem darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsträgern zu fördern und Maßnahmen besser zu verzahnen. Dies impliziert, dass das bisherige System nicht für ideal gehalten bzw. vom Gesetzgeber die Notwendigkeit einer Status-quo-Änderung gesehen wurde.

Ergebnisse zu medizinischen Aspekten

Es wurden zwei umfassende Umbrella-Reviews (Reviews of Reviews) identifiziert, die jeweils auf systematischen Literaturrecherchen beruhen. Diese enthielten insgesamt 86 systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen mit 2.006 Primärstudien. Sie untersuchten sehr verschiedene Interventionen des BGF und der betrieblichen Prävention sowie arbeitsweltbezogenen Maßnahmen im Setting Betrieb hinsichtlich ihrer Wirksamkeit. Bezüglich Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Allgemeinen zeigte sich, dass individuumbezogene Maßnahmen bezüglich Ernährung und Bewegung wie auch verhältnisorientierte Maßnahmen – wie etwa den Entscheidungsspielraum der Arbeitnehmer/innen zu erhöhen (z. B. Mitbestimmung bei Schichtenteilungen), Veränderung der Arbeitsorganisation, psychosoziales Umfeld) – positive Auswirkungen auf körperliche und seelische Gesundheit haben. Eine Verbesserung der körperlichen bzw. psychischen Verfassung wird von einem Großteil der Studien belegt.

Ergebnisse zu sozialwissenschaftlichen und ethischen Aspekten

Insgesamt wurden vier Studien, die sich mit Aspekten der sozialwissenschaftlichen Fragestellung beschäftigen, identifiziert. Diese zeigen Unterschiede im Zugang zu BGF-Maßnahmen in Deutschland sowohl in Bezug auf die Mikro- als auch auf die Makroebene, wobei sie untereinander schwer vergleichbar

sind. Studienübergreifend hat sich insbesondere eindeutig gezeigt, dass BGF-Maßnahmen in kleineren Betrieben deutlich seltener umgesetzt werden als in größeren.

In Bezug auf ethische Aspekte wurden zwei Studien identifiziert, die zwar nicht im deutschen Kontext verortet sind, aber Hinweise auf zu beachtende Punkte im Rahmen von präventiven Gesundheitsmaßnahmen in Unternehmen geben.

Ergebnisse gesundheitsökonomischer Aspekte

Es konnte kein Praxisbeispiel aus Deutschland identifiziert werden, für das eine vollständige ökonomische Evaluation vorliegt. Aus internationalen Übersichtsarbeiten, die ökonomische Evaluationen analysieren, ergibt sich, dass der ökonomische Nutzen überwiegend für Projekte untersucht und beziffert ist, die in den USA durchgeführt wurden. Die analysierten Reviews weisen auf einen insgesamt positiven „Return on Investment“ hin, insbesondere eine Modellrechnung veranschaulicht den potenziellen ökonomischen Nutzen aus unterschiedlichen Perspektiven. Allgemeingültige Schlussfolgerungen sind jedoch aufgrund der Heterogenität der Studien und der eingeschränkten Übertragbarkeit der Ergebnisse nur mit Vorsicht abzuleiten.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die öffentliche Hand hat über die Jahre die Stärkung und Verbreitung von BGM in Deutschland forciert. Mit dem 2015 beschlossenen Präventionsgesetz wurde ein weiterer gesetzlicher Rahmen – unter anderem in Bezug auf BGF – in Deutschland geschaffen. Zur Ausschöpfung des vollen Potenzials wird empfohlen, die Umsetzung des Präventionsgesetzes zu evaluieren, um die Zielerreichung zu überwachen und Transparenz zu schaffen. Dies betrifft insbesondere auch die Umsetzung der gesetzten Maßnahmen auf Länderebene.

Zur Wirksamkeit von Maßnahmen der BGF und der betrieblichen Prävention liegen zahlreiche wissenschaftliche Studien vor. Die den analysierten systematischen Reviews zugrundeliegenden Primärstudien kommen überwiegend aus den USA und in Europa vor allem aus Finnland, den Niederlanden, aus Dänemark und Norwegen. Für Deutschland konnte keine Primärstudie identifiziert werden. Für die meisten vorliegenden Primärstudien werden jedoch von den Autorinnen und Autoren der systematischen Reviews bzw. Metaanalysen methodische Limitationen und fehlende Nachvollziehbarkeit bemängelt. Aus der breiten Zusammenschau der wissenschaftlichen Evidenz kann festgehalten werden, dass es für BGF und betriebliche Prävention sowie Arbeitsschutz – trotz komplexer Wirkungsweisen und -prozesse – wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von bestimmten Maßnahmen vorliegt, wenngleich noch weiterer Forschungsbedarf besteht. Auf Basis der vorliegenden systematischen Reviews kann meistens jedoch nicht herausgearbeitet werden, welche spezifische Intervention bzw. welches Interventionsbündel für eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung ausschlaggebend ist.

In Bezug auf soziale Ungleichheiten zum Zugang zu BGF wird festgehalten, dass speziell kleine Unternehmen bei der Einführung von BGF unterstützt werden sollten. Hierfür sollte an der Entwicklung eines entsprechend gut umsetzbaren Modells gearbeitet werden, da in Kleinbetrieben sehr selten ein Betriebsrat vorhanden ist, der aber häufig ein Treiber der Gesundheitsförderungsagenden ist und laut der identifizierten Literatur einen positiven Effekt auf die Einführung von BGF in Betrieben hat. Empfohlen wird außerdem, die Verbreitung von BGF-Maßnahmen in Deutschland weiterhin zu evaluieren bzw. diese regelhaft auszubauen.

Zum ökonomischen Nutzen von BGF-Maßnahmen ist festzuhalten, dass dieser vor allem für Projekte in den USA untersucht und beziffert wurden. In diesen ergibt sich ein relativ hoher „Return on Investment“, der jedoch aufgrund der unterschiedlich strukturierten Gesundheitssysteme nur eingeschränkt auf Deutschland übertragbar ist. Weitere Übersichtsarbeiten zeigen positive Ergebnisse jedoch mit großen Spannbreiten. Aufgrund methodischer Schwächen in den Primärstudien können keine verlässlichen Schlussfolgerungen über das Ausmaß des Nutzens abgeleitet werden. Es wird empfohlen, begleitend zu den Evaluationen und Primärstudien zur Wirksamkeit von Maßnahmen auch methodisch gut durchgeführte ökonomische Evaluationen im deutschen Kontext vorzunehmen.

Scientific article

Health political background

Work in the 21 century is rapidly changing and so are the demands and requirements of working life. Simultaneously the federal statistical office is forecasting that the German population will age and eventually shrink leading to a decrease in the number of people of working age. To address these challenges occupational health programs are particularly important since these allow to reach a high number of persons. In 2015 around 43 million people in Germany are working on average and can benefit from health promotion at the workplace.

Scientific background

Health can be defined in several ways and a number of determinants can influence our health. Thereby, also the influence that social inequality may have on health gets more and more attention. Occupational health management aims to support and improve the health of the employees in a holistic way. However, the concept is not consistently defined in scientific research and practice and its differentiation to workplace health promotion is not always clear. Within this report the definition for occupational health management is based on the one given by the German national association of statutory health insurance funds and covers the areas of work safety and health protection, workplace health promotion and occupational integration management. Thereby, both the management and the integration of all health related processes within a company are addressed on a long-term basis. The perspective of this study is the one of public authorities their legally defined areas.

Research questions

The following questions were defined:

- Which measures are supported by statutory health insurance, pension insurance and accident insurance in the context of occupational health management?
- Are there goals for health and prevention with regard to the areas of occupational health management by the statutory health insurance, pension insurance and accident insurance? If so, are these goals evaluated and how successful is the implementation?
- How do the different responsibilities in Germany affect the efficient implementation and promotion of occupational health management?
- How effective are measures for workplace health promotion based on international systematic reviews?
- How can these measures be categorised (behavioural-oriented measures, condition-oriented measures, combined measures)?
- Are there evaluations on the effectiveness of measures for workplace health promotion offered by the German statutory health insurance? If yes, what are the results?
- Are there inequalities regarding the access to workplace health promotion on micro (specific parts of the population) – or macro-level (e. g. differences between sectors)?
- Do measures provided by the German statutory health insurance influence the equitability of access to workplace health promotion?
- Are there indications that workplace health promotion affect the personal rights of employees?
- Which cost-benefit relation do publicly promoted measures of workplace health promotion have - illustrated by a case example in Germany?

Methods

A systematic internet research was performed using the search engine google, moreover relevant websites of the social health insurance and government websites were searched (January/February 2016). Moreover, a systematic literature research for each domain was performed, applying individual search strategies per domain while using several databases. Both, abstracts and full texts were selected and the content of the included studies was displayed in tables and descriptively as appropriate.

Results

Organisational aspects

Statutory health insurance supports measures for health promotion at the workplace while the accident insurance mainly support and counsels companies regarding occupational health and safety. The pension insurance provides medical services to ensure the ability to work, thus support measures regarding prevention, rehabilitation and workplace health promotion.

Goals regarding the preventive and health promotional activities are defined for the statutory health insurance. With regard to the accident insurance, there are goals for occupational health and safety. For both the respective goals are evaluated both accompanying the process and in retrospect. For the pension insurance no defined goals for health promotion and prevention could be identified based on the detected literature.

Regarding the question how the different responsibilities in Germany affect the efficient implementation and promotion of occupational health management no explicit literature could be identified.

Medical aspects

Two comprehensive umbrella reviews (Reviews of Reviews) were identified which were based on systematic literature searches. They included in total 86 systematic reviews and meta-analyses with 2006 primary studies. These analysed the effectiveness of different intervention in the areas of workplace health promotion and prevention as well as occupational measures in companies. When it comes to measures for increasing health and the ability to work in general, individual measures for diet and exercise as well as condition-oriented measures, for example increasing the room for decision-making for employees, have positive effects on the physical and mental health. An increase in physical health and in psychological well-being was confirmed by the majority of the studies.

Social science and ethical aspects

Four studies that address social aspects were identified illustrating differences in access to measures for workplace health promotion in Germany for the micro- and the macro-level. However, these studies are not easily comparable between each other, for example due to different data sets. Across studies it was especially evident that workplace health promotion is less often available in smaller companies compared to larger ones.

Two studies were identified addressing ethical aspects in the context of workplace health promotion. While they not directly addressing the situation in Germany they still provide information about the fact which aspects should be considered in the framework of workplace health promotion.

Health economic aspects

No case example providing a full economic evaluation of workplace health promotion in Germany could be identified. Systematic reviews analysing economic evaluation show that the economic benefit of workplace health promotion is mostly investigated for projects that are performed in the USA. In general, these reviews indicate a positive return on investment, especially one model calculation shows the potential economic value from different perspective. However, it is not possible to draw general conclusions from these studies because of heterogeneity and the applicability of the results in the German context.

Discussion and Recommendations

The public sector has been promoting the spread of occupational health programs in Germany in recent years. In 2015 a prevention bill has been passed providing an institutional framework among others for workplace health promotion in Germany. To use its full potential it is suggested to evaluate the implementation of this prevention bill to observe whether its goals are achieved and to provide transparency. This is especially relevant for its implementation on a state level.

There are a number of scientific studies showing the effectiveness of workplace health promotion and prevention. However, the primary studies covered within the analysed reviews are mainly done in the USA and in Finland, Norway, Denmark or the Netherlands. No primary study addressing the question of effectiveness of workplace health promotion can be identified for Germany. Moreover, primary studies included in the systematic reviews and meta-analyses often have methodological limitations and are criticised due to a lack of transparency. Overall, it can be stated that certain measures in workplace health promotion and prevention as well as in occupational health are effectiveness although there are complex mechanisms underlying these positive effects. Based on the existing systematic reviews it was not possible to extract which interventions or combination of interventions are decisive for the effectiveness of workplace health promotion.

In the context of social disparities regarding the access to workplace health promotion it can be noted that especially small companies should be supported. Models to accomplish this should be developed, also since work councils, which have been recognised as drivers for workplace health promotion, are rare in small companies. Moreover, it is recommended to evaluate the diffusion of workplace health promotion in Germany continuously and expand its range.

The economic value of workplace health promotion is mostly evaluated for projects in the USA and thus not fully apply to the German context. Identified economic reviews, meta-analyses and model calculations however indicate that there is an economic value of workplace health promotion for companies and for the health sector, even though the methodological quality of these studies can be criticised and results are heterogeneous. Therefore, it is advisable to set up economic evaluations with a high methodological quality for the German context.

Hauptdokument

1 Einleitung

Auf Grundlage einer Eingabe in die öffentliche Themendatenbank der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) wurde das Thema „Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und soziale Bedeutung von BGM in Deutschland“ vom Kuratorium der DAHTA diskutiert und angenommen.

Angesichts der Relevanz des Themas Gesundheitsförderung in Betrieben hat dieser HTA-Bericht (HTA = Health Technology Assessment) zwei wesentliche Zielsetzungen:

1. Zum einen soll der Frage nachgegangen werden, ob wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) vorliegen.
2. Zum anderen wird ein Überblick über die unterschiedlichen Zuständigkeiten der öffentlichen Träger (gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Renten- und Unfallversicherung) in Deutschland gegeben und der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen diese haben.

Der inhaltliche Schwerpunkt dieses Berichts liegt gemäß Festlegung durch den Auftraggeber auf den Domänen Organisation, Medizin, Sozialwissenschaft und Ethik. Die rechtliche und ökonomische Domäne werden mit geringerer Tiefe bearbeitet.

Anmerkung: Es wird darauf hingewiesen, dass sich die Darstellung des wissenschaftlichen Hintergrunds sowie der Ergebnisdarstellung in den Domänen Ökonomie, Organisation, Ethik und Recht im Bericht auf das Jahr 2017 beziehen, die Literatursuche für die Ergebnisdarstellung der medizinischen Fragestellung wurde im Januar/Februar 2016 durchgeführt. Änderungen nach diesen Zeiträumen konnten im Bericht nur eingeschränkt berücksichtigt werden.

2 Gesundheitspolitischer Hintergrund

Die Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts erfährt eine tiefgreifende Wandlung, die sich auf die Erwerbsarbeit und deren Anforderungen auswirkt. Beispielsweise führen technischer Fortschritt und globaler Wettbewerb zur Beschleunigung aller Arbeits- und Herstellungsprozesse, erworbenes Wissen veraltet immer schneller und lebenslanges Lernen ist gefordert. Zudem ermöglichen die neuen Kommunikationstechnologien ständige Erreichbarkeit, sodass die Grenzen zwischen Arbeits- und Privatleben immer mehr verschwimmen. Diskontinuierliche und flexible Beschäftigungsformen sowie räumliche Mobilität nehmen zu und häufige betriebliche Umstrukturierungen führen zudem zu wachsender Instabilität sozialer Positionen und Beziehungen. Körperliche Anforderungen sind teilweise rückläufig (Entlastung von körperlicher Anstrengung), was jedoch gleichzeitig zu Bewegungsmangel beiträgt, der einen Risikofaktor für unterschiedliche chronische Erkrankungen darstellt. Psychische Anforderungen wie z. B. Termin- und Zeitdruck, Störungen und Unterbrechungen sowie die gleichzeitige Erledigung oder Überwachung unterschiedlicher Arbeitsvorgänge nehmen deutlich zu (Lohmann-Haislah (2012) zitiert in: GKV-Spitzenverband⁴⁸).

Gleichzeitig wird die deutsche Bevölkerung laut Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts Wiesbaden deutlich altern und schließlich schrumpfen, wodurch die Anzahl der Personen im Erwerbsalter sinkt. Vor dem Hintergrund dieser demografischen Entwicklung sowie der Tatsache, dass das Risiko einer chronischen Erkrankung und daraus möglicherweise folgender eingeschränkter Erwerbsfähigkeit ab dem mittleren Erwachsenenalter stark steigt, gewinnen Anstrengungen zum Erhalt von Gesundheit und Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit an Bedeutung.

Das Setting Betrieb ist dabei von besonderer Relevanz: 2015 waren durchschnittlich rund 43 Millionen Menschen mit Wohnort in Deutschland erwerbstätig⁴⁰. Diese Personen sind somit grundsätzlich durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen am Arbeitsplatz erreichbar und es besteht die Möglichkeit, gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen direkt am Entstehungsort entgegen zu wirken.

Ein Vorteil des Settings Betrieb ist zudem, dass durch die vorhandenen Unternehmensstrukturen Risikofaktoren und Handlungsfelder relativ eindeutig identifiziert sowie Teilnehmergruppen gebündelt angesprochen werden können. Dies ermöglicht unter Umständen, sonst nicht oder nur schwer erreichbare Zielgruppen für entsprechende Maßnahmen zu gewinnen²¹. Dies ist gerade im Kontext der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland sowie angesichts der unterschiedlichen Belastungen verschiedener Personengruppen im Arbeitsleben relevant¹².

3 Wissenschaftlicher Hintergrund

3.1 Medizinische, soziale und ethische Aspekte von Gesundheit am Arbeitsplatz

3.1.1 Gesundheitsbegriff

Der Begriff Gesundheit wird vielfältig definiert und kann verschiedene Sichtweisen und Gesundheitsnormen beinhalten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit folgendermaßen:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“

Mit dieser Definition richtete die WHO den Begriff „Gesundheit“ neu aus und zwar weg aus einer rein biomedizinischen, in engem Bezug zum Krankheitssystem stehenden Sichtweise. Gesundheit wird als multidimensional definiert: Sie umfasst körperliche, seelisch-geistige und soziale Anteile, die sich wechselseitig beeinflussen^{26, 48}.

Laut Badura ist Gesundheit einerseits die Voraussetzung, andererseits aber auch das Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen Personen, ihrem Verhalten und ihrer Umwelt. Diese Definition geht vom Grundgedanken aus, dass Gesundheit eine Kompetenz darstellt, zu der Menschen befähigt werden können. Es geht also darum, die salutogenen Potenziale der jeweiligen Person, ihres Verhaltens und ihrer Umwelt zu verstehen und zu erschließen¹³.

Der Begriff der Salutogenese geht auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zurück, der Gesundheit als ein mehrdimensionales Konstrukt betrachtet, das sich aus körperlichem Wohlbefinden, psychischem Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und erlebter Sinnhaftigkeit der verrichteten Arbeit zusammensetzt¹¹⁰. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass Gesundheit kein „Ist-Zustand“, sondern ein Kontinuum darstellt. Eine Person befindet sich, solange sie lebt, stets zwischen den nie erreichten Extremen von „völliger Gesundheit“ und „totaler Krankheit“ (= Tod). Wo sie sich auf diesem Kontinuum jeweils befindet, wird durch gesundheitsförderliche oder die Gesundheit negativ belastende Determinanten bestimmt¹⁹.

3.1.2 Determinanten der Gesundheit

Unter Gesundheitsdeterminanten versteht man jene Faktoren, die die Gesundheit von Menschen beeinflussen. Der Gesundheitszustand einzelner Personen oder ganzer Gemeinschaften wird neben wirtschaftlichen und umweltbedingten Faktoren auch maßgeblich durch persönliche und soziale Faktoren bestimmt. Diese Faktoren stehen miteinander in Wechselwirkung und beeinflussen einander gegenseitig.

Nachfolgende Grafik bietet eine Übersicht über verschiedene Determinanten der Gesundheit, wobei die übereinanderliegenden Schichten verdeutlichen, dass die Determinanten jeweils einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Gesundheit nehmen.

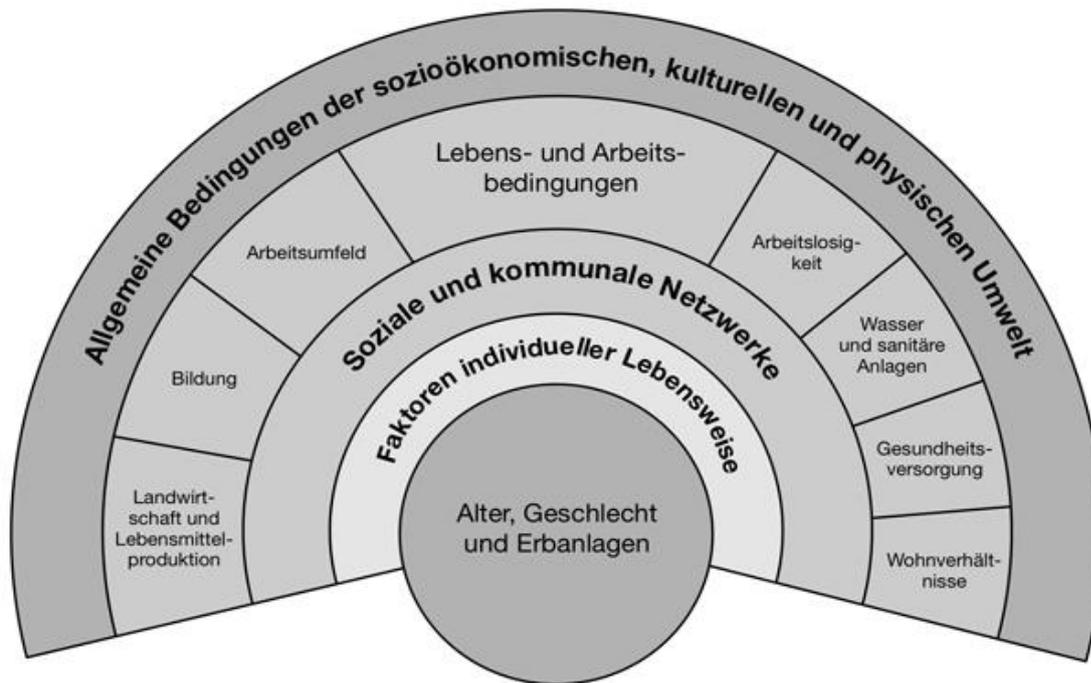


Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Quelle: Dahlgren/Whitehead (1993) nach Richter/Hurrelmann⁸².

Nach diesem Modell stellen die genetische Dispositionen, das Geschlecht sowie das Alter unbeeinflussbare Determinanten der Gesundheit dar. Alle weiteren Faktoren in den umgebenden Schichten können hingegen potenziell modifiziert werden:

- **Faktoren individueller Lebensweise:** Der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten beziehen sich primär auf gesundheitsförderliche wie -schädigende Verhaltensweisen (z. B. Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum oder Gewalt).
- **Soziale und kommunale Netzwerke:** Eine gute soziale Integration in unterschiedlichen sozialen Netzwerken (Freundeskreis, Familie, „Community“) unterstützt die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und senkt das Risiko externer gesundheitsschädigender Einflüsse. Diese Determinanten haben nicht nur direkten Effekt, sondern wirken auch indirekt über das Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit.
- **Individuelle Lebens- und Arbeitsbedingungen:** Beeinflusst werden diese sozialen und auf das Gemeinwesen bezogenen Faktoren durch die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie etwa die Belastung am Arbeitsplatz, die Bildung, die Wohnsituation oder das verfügbare Gesundheitssystem. Auch diese Einflussgrößen können einen eigenständigen und mittelbaren Effekt auf die Gesundheit haben.
- **Die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen** drücken sich beispielsweise in sozialen Ungleichheiten aus. Sie stellen als Makrofaktoren die komplexesten Determinanten der Gesundheit dar und sind in diesem Sinne die „Ursachen der Ursachen“ von eingeschränkter Gesundheit und Krankheit.⁸²

Welchen Beitrag die einzelnen Determinanten auf die Gesundheit des Individuums haben, ist schwer zu beziffern, da es überlagernde Effekte gibt.

Auf Bevölkerungsebene beziffern McGinnis et al. auf Grundlage der besten verfügbaren Schätzungen für die USA den Einfluss einzelner Faktoren auf vorzeitige Todesfälle folgendermaßen⁷⁴:

- Genetische Prädisposition: 30 %. Wengleich nur ungefähr 2 % der Todesfälle in den USA auf rein genetisch bedingte Erkrankungen zurückzuführen sind, haben etwa 60 % der späteren Formen von Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen und Krebs eine genetische Komponente.
- Faktoren individueller Lebensweise: 40 %. Unser täglicher Lebensstil (Ernährung, Bewegung, Umgang mit Drogen, Suchtverhalten, Sicherheitsverhalten, Stress) ist der größte einzelne Faktor. Insgesamt entfallen auf diese Kategorie in den USA 900.000 Tode jährlich, wovon etwas mehr als 40 % vorzeitige Tode sind.
- Soziale Faktoren: 15 %. Gesundheit wird stark durch Bildungssystem, Beschäftigungsstatus, Einkommensdisparitäten, Armut, Wohnverhältnisse, Kriminalität und sozialen Zusammenhalt beeinflusst. So haben beispielsweise sozial isolierte Menschen eine zwei- bis fünfmal höhere Todesrate als gut integrierte Personen; Menschen mit höchstem Bildungsstand weisen eine 2,5-mal niedrigere Todesrate auf als jene mit dem niedrigsten²⁰. Armut und Einkommensunterschiede zwischen Arm und Reich machen geschätzte 6 % der Sterbefälle in den USA aus.⁷⁸
- Umweltfaktoren: 5 %. Damit sind physisches Wohn- und Arbeitsumfeld gemeint, wo man potenziell toxischen Mitteln (z. B. giftige Inhaltsstoffe in Produkten) und mikrobiellen (infektiösen Erkrankungen) oder strukturellen Gefahren (z. B. Heim- und Arbeitsunfällen, Verkehr) ausgesetzt ist.
- Defizite in der Gesundheitsversorgung: 10 %. Ungefähr fünf der 30 im Lauf des 20. Jahrhunderts gewonnenen Lebensjahre können einer besseren medizinischen Versorgung zugeschrieben werden (DHHS (= Department of Health and Social Services), Public Health Service, For a Healthy Nation: Returns on Investments in Public Health 1994, zitiert nach ⁷⁵).

McGinnis et al. weisen aber auch darauf hin, dass die Determinanten sich in ihrem Einfluss überlagern und z. B. der Lebensstil auch wieder durch soziale Faktoren beeinflusst wird⁷⁴. Noch bedeutender als diese geschätzten Anteile der Einflussfaktoren ist laut McGinnis et al. die Tatsache, dass die Determinanten sich in ihrem Einfluss überlagern. Eine klare Abgrenzung ist nicht immer eindeutig möglich, da sie zusammenwirken (beispielsweise niedriger Bildungsstand und niedriges Einkommen, niedriges Einkommen und schlechte Wohnverhältnisse). Letztlich ist unser aller Gesundheit durch ein Bündel von interagierenden Faktoren bestimmt. Unser Lebensstil wird durch soziale Umstände beeinflusst, unsere genetische Disposition beeinflusst die benötigte Gesundheitsversorgung und unsere sozialen Lebensverhältnisse beeinflussen die beanspruchten Gesundheitsleistungen⁷⁴.

3.1.3 Konzept der Arbeitsfähigkeit

Basierend auf einer Langzeit-Beobachtungsstudie in Helsinki von 1981 bis 1992 mit 6.257 älteren Teilnehmern und Teilnehmerinnen aus verschiedenen Betrieben und Tätigkeitsbereichen wurden Prädiktoren und ein Modell für Arbeitsfähigkeit entwickelt, die sogenannte „Ilmarinenstudie“. Erforscht wurden die Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit sowie den Zusammenhang zwischen Arbeitsfähigkeit und Ergebnisparametern.

Folgende **Kategorien der Förderung der Arbeitsfähigkeit** (Erklärungsrate in Prozent) erweisen sich als stark:

- Arbeitsanforderungen (Menge), physische Umgebung, Ausstattung, Raum, Luft, Licht (28 %)
- Arbeitsorganisation, Führung, Entscheidungsfreiheit, Flexibilität und Betriebsklima (20 %)
- Gesundheitsverhalten und funktionelle Leistungsfähigkeit (13 %)
- Professionelle Kompetenzen bezüglich Anforderungen, Entwicklungsmöglichkeiten, Einsatzmöglichkeit für Erfahrungswissen (15 %)

Einzelne besonders starke unabhängige Variablen sind: Führung, Rollenklarheit, Arbeitsautonomie, Einsatzmöglichkeit für Erfahrungswissen.

Dieses Modell bestätigt sich für Männer und Frauen gleichermaßen. Ein hoher Arbeitsfähigkeitsindex ist ein starker Prädiktor¹⁰³ für

- den Erhalt der (subjektiven) Arbeitsfähigkeit,
- das Pensionsantrittsalter,

- die Gesundheitsverfassung in der Pension,
- die Lebenszufriedenheit.

Arbeitsfähigkeit ist positiv assoziiert mit Lebensqualität, Verbleib im Erwerbsleben, Qualität des Arbeitsergebnisses und Produktivität, negativ assoziiert mit schlechter Führung und schlechter physischer Arbeitsumgebung.¹⁰³

Alkoholkonsum und Rauchen zeigten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Da oft physische Aktivität in der Freizeit positiv und Adipositas negativ mit der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit assoziiert waren¹⁰³, liegen Interventionen zur Steigerung der physischen Aktivität nahe (leicht machbar, weil verhaltensorientiert). Eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) wurde aufgesetzt, in dem die Interventionsgruppe ein einstündiges Trainingsprogramm pro Woche am Arbeitsplatz in der Arbeitszeit absolvierte. Trotz geringen Ausfalls war der Effekt auf die Arbeitsfähigkeit, die Arbeitszufriedenheit und die Krankenstände sehr gering.⁷⁶

An der Population der Studie von Ilmarinen et al.⁵⁹ konnten verschiedene Langzeitauswirkungen erforscht werden:

28 Jahre nach der ersten Erfassung des Arbeitsfähigkeitsindex zeigt sich, dass die ehemals selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit ein starker Prädiktor für Mortalität und Invalidität ist.¹¹¹

Die Mortalität ist bei Männern mit geringer Steuerungsmöglichkeit erhöht, bei Frauen mit hohen Job-Anforderungen niedriger (über verschiedene Berufsgruppen hinweg). Das Sterberisiko erhöht sich durch hohe Arbeitsbelastung (= hohe Anforderungen bei wenig Steuerungsmöglichkeit) für Männer in gehobenen Jobs und durch passive Jobs (= geringe Anforderungen bei wenig Steuerungsmöglichkeit) für männliche Arbeiter.¹¹²

Zusammenfassung nach 20 Jahren Studie: Prädiktoren für Arbeitsfähigkeit:

Die individuelle Arbeitsfähigkeit spiegelt das Verhältnis zwischen der Arbeit und den persönlichen Ressourcen wider: Wenn die Arbeit einer Person dem Produkt aus folgenden Faktoren entspricht, ist die Arbeitsfähigkeit hoch⁶⁰:

- Gesundheit und funktionelle Leistungsfähigkeit
- Professionelle Kompetenzen
- Werte, Einstellungen und Motivation
- Arbeitsumgebung und Führung

Gesundheitsförderung im engeren Sinne, die sich auf den ersten Punkt konzentriert, greift daher zu kurz.

Das Ilmarinen-Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“ verdeutlicht, welche Faktoren am Konzept der Arbeitsfähigkeit beteiligt sind und wie sie aufeinander wirken:

Es besteht aus vier Stockwerken (vgl. Abbildung 2): Physische, psychische und geistig-mentale Gesundheit bilden das Fundament. Gesundheitliche Einschränkungen bedrohen immer auch die Arbeitsfähigkeit. Umgekehrt wird Arbeitsfähigkeit verbessert, wenn man die Gesundheit fördert. Qualifikation meint das Wissen und Können eines Menschen: sowohl fachliche Qualifikationen sowie auch Schlüsselkompetenzen, Fertigkeiten und Fähigkeiten. Im Sinne von lebenslangem Lernen ist das ein bedeutendes Thema für alle Altersgruppen im Arbeitsprozess. Die Werte im nächsten Stockwerk bestehen aus Einstellungen und Motivationen. Erstere prägen unser gesamtes Verhalten und beeinflussen auch, was uns motiviert. Für eine gute Arbeitsfähigkeit ist es wichtig, dass die eigenen Einstellungen und Motivationen in Einklang mit der Arbeit stehen. Eine Arbeit, die man für sich als sinnvoll erachtet, wird längerfristig auch bei größeren Anstrengungen Arbeitsfähigkeit erhalten. Das oberste Stockwerk des Hauses ist das größte und bildet die Arbeit an sich ab, also Arbeitsinhalte, Arbeitsumgebung und Arbeitsplatz, Führung, Zusammenarbeit mit Kollegenschaft, Arbeitsprozesse usw. Alles, was hier passiert, hat deutliche Auswirkungen auf alle anderen Stockwerke. Dieses Stockwerk ist in seinem Aufbau sehr komplex, weil es sich aus ganz unterschiedlichen Aspekten zusammensetzt, die eng miteinander verwoben sind. Eine große Verantwortung in dieser Etage tragen die Vorgesetzten. Die Arbeitsfähigkeit ist umso höher, je besser die Abstimmung der einzelnen Bereiche ist, wenn die Arbeitsanforderungen mit den individuellen Ressourcen (Gesundheit, Qualifikation und Werte) zusammenpassen. Das ist kein

statischer Zustand, sondern ein ständiger Adaptierungsprozess, das Streben nach einer guten Arbeitsfähigkeit.⁶⁶

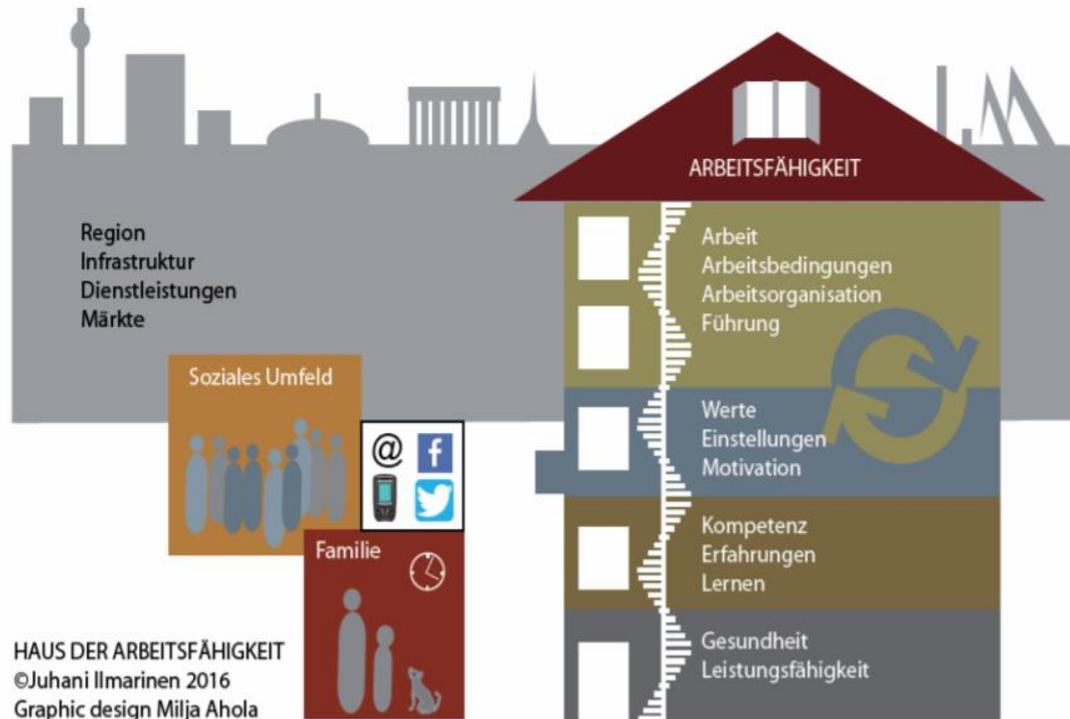


Abbildung 2: Das Haus der Arbeitsfähigkeit

Quelle: Entnommen aus Vortrag des Instituts für Mitbestimmung und Unternehmensführung und Ver.di⁶¹.

3.1.4 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

In den vergangenen Jahren trat das Thema „soziale Ungleichheit“ als ein wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit zunehmend in den Mittelpunkt der Forschung⁷⁰.

Unter sozialer Ungleichheit wird ganz allgemein die ungleiche Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen in einer Gesellschaft verstanden. Beispiele für diese Ressourcen sind Bildungsabschluss und Einkommen, es können aber auch andere vorteilhafte oder unvorteilhafte Lebensbedingungen, wie z. B. (un)gesunde Umweltbedingungen, (un)günstige Wohnbedingungen oder vorteilhafte/belastende Arbeitsbedingungen als Ressourcen gesehen werden.

Diese vorteilhaften bzw. unvorteilhaften Lebensbedingungen können in Dimensionen eingeteilt werden, die wiederum die wichtigsten Arten sozialer Vor- und Nachteile repräsentieren. Hierzu gehören Wohlstand und Macht, aber auch Bildung sowie Umwelt-, Arbeits- oder Gesundheitsbedingungen.

Von den Dimensionen abzugrenzen sind die Determinanten sozialer Ungleichheit, die an sich keine Vor- oder Nachteile darstellen, aber Kriterien oder Positionen sind, die mit großer Wahrscheinlichkeit zu Vor- oder Nachteilen führen. Beispiele für Statusdeterminanten sind das Alter, das Geschlecht, die Lebens- und Familienform sowie die ethnische Zugehörigkeit. In modernen Industriegesellschaften werden zudem der Beruf bzw. berufsnahen Dimensionen häufig als zentrale Statusdeterminanten gesehen. Soziale Schichten werden somit durch Personen gebildet, die jeweils ähnliche Stellungen in der Berufshierarchie bzw. ähnlich hohe Bildungsabschlüsse sowie denselben Grad an Wohlstand aufweisen.

Diese Schichtstruktur der Gesellschaft wird auch als vertikale Ungleichheit bezeichnet. Demgegenüber sind mit „horizontaler Ungleichheit“ Unterschiede hinsichtlich des Alters, des Geschlechts oder des Migrationshintergrunds gemeint.⁸¹

Noch immer hat die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht einen bedeutenden Einfluss auf die Lebenschancen von Menschen und damit auch auf ihre Gesundheit. Gesundheitliche Ungleichheiten

sind laut WHO definiert als Unterschiede im Gesundheitszustand bzw. Unterschiede in der Verteilung der Determinanten von Gesundheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen.¹¹⁴

Analog zur sozialen Ungleichheit werden sozioökonomische Determinanten wie Bildung und Einkommen, aber auch Alter, Geschlecht oder das Vorhandensein eines Migrationshintergrunds als Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit genannt. Gesundheitliche Ungleichheit kann dabei auch als Gradmesser der sozialen Ungleichheit gesehen werden.²⁸

Auch in Industriestaaten mit einem prinzipiell hohen Lebensstandard sowie einem gut ausgebauten sozialen Sicherungssystem besteht noch immer ein enger Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und dem Gesundheitszustand.⁶⁸

Personen, die über ein niedriges Einkommen, ein geringes Bildungsniveau oder einen geringen Berufsstatus verfügen, sind häufiger von Krankheiten betroffen und haben zudem eine geringere Lebenserwartung.⁶⁸

Arbeitslose Personen weisen im Vergleich zu Beschäftigten längere Fehlzeiten auf. Insbesondere bei psychischen Störungen und Muskel- und Skelett-Erkrankungen liegen die Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Mitgliedern weit über den Durchschnitt der Beschäftigten.⁴²

Für Deutschland zeigen dies Daten aus der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA), wobei nachfolgend der sozioökonomische Status als Beispiel dargestellt wird.

Der sozioökonomische Status bzw. Sozialstatus beschreibt zusammenfassend die Stellung eines Menschen innerhalb einer Gesellschaft und setzt sich meistens aus den Faktoren schulische und berufliche Bildung, berufliche Stellung und Einkommenssituation zusammen. Betrachtet man den Gesundheitszustand in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status, zeigt sich, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich häufiger als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einschätzen. Dabei bestehen sowohl zwischen Gruppen mit niedrigem und mittlerem als auch zwischen Gruppen mit mittlerem und hohem Status signifikante Unterschiede, und zwar für beide Geschlechter sowie alle Altersgruppen. Neben dem subjektiven Gesundheitszustand zeigen die GEDA-Daten auch für eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen einen Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischen Status und Erkrankungsrisiko. Dieser Zusammenhang zeigt sich nicht nur für körperliche, sondern auch für psychische Erkrankungen. Daten aus dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH), das im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) durchgeführt wurde, zeigen, dass die Zwölf-Monate-Prävalenz einer psychischen Störung bei Frauen und Männern aus der niedrigen Statusgruppe mit 43,3 % bzw. 32,3 % deutlich höher ist als bei jenen aus der hohen Statusgruppe mit 27,4 % bzw. 17,7 %.

Sozioökonomische Unterschiede im Krankheitsgeschehen können zum Teil auf das sozial bedingte Gesundheitsverhalten und die damit verbundenen Risikofaktoren zurückzuführen sein. Dabei spielen Einstellungen und Handlungskompetenzen sowie gesundheitsbezogenes Wissen eine wichtige Rolle, denn diese sind für die Ausprägung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster von Bedeutung.

Schichtspezifische gesundheitsrelevante Verhaltensmuster spiegeln sich unter anderem im Tabakkonsum wider: Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status rauchen geschlechterübergreifend und in fast allen Altersgruppen häufiger als Personen mit einem mittleren oder hohen sozioökonomischen Status. Die Bedeutung des sozioökonomischen Status ist zudem für die Verbreitung von Adipositas besonders ausgeprägt. Adipositas stellt einen bedeutenden Risikofaktor für Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus Typ 2 dar. Der Anteil adipöser Personen ist in den niedrigen Statusgruppen deutlich größer als bei höherem Status. Zudem wirkt sich der sozioökonomische Status bei Frauen stärker aus als bei Männern.

Neben verhaltensbezogenen Gesundheitsrisiken zeigen sich Unterschiede in der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, denn diese werden von Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status weniger in Anspruch genommen. Dieser Umstand wird sowohl bei Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung als auch bei verhaltenspräventiven Maßnahmen zur körperlichen Aktivität oder Entspannung ersichtlich.

Soziale Unterschiede beeinflussen auch das Wissen über spezifische Krankheitssymptome, zum Beispiel von Herzinfarkt oder Schlaganfall, sowie die Fähigkeit, eine Krankheit aktiv zu bewältigen. Diabe-

tikerinnen und Diabetiker mit niedriger Bildung nehmen beispielsweise seltener an Diabetikerschulungen teil und berichten über weitaus größere Schwierigkeiten, die Behandlung ihrer Erkrankung im Alltag umzusetzen.

Gerade diese Personen könnten also wichtige Zielgruppen für Gesundheitsförderung allgemein, aber auch speziell für BGM darstellen, da eine Wechselwirkung zwischen Schichtzugehörigkeit, Bildungsniveau und der beruflichen Tätigkeit bzw. den beruflichen Belastungen besteht. Für die Maßnahmenentwicklung im betrieblichen Setting wird deshalb geraten, zielgruppenspezifisch vorzugehen und Angebote für entsprechende Personengruppen zu gestalten¹².

3.1.5 Arbeitsanforderungen und Belastungen erwerbstätiger Personen

3.1.5.1 Arbeitsunfähigkeitstage

Eine umfangreiche Datenbasis für krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft liefern die regelmäßig erscheinenden Fehlzeiten-Reporte¹². Das Fehlzeitengeschehen der AOK-Versicherten (AOK = Allgemeine Ortskrankenkasse) – das sind rund 11 Millionen Erwerbstätige – wird Jahr 2015 hauptsächlich von sechs Krankheitsarten dominiert. Psychische Erkrankungen verursachen die längsten Ausfallzeiten, Atemwegserkrankungen kommen am häufigsten vor (siehe Abbildung 3).

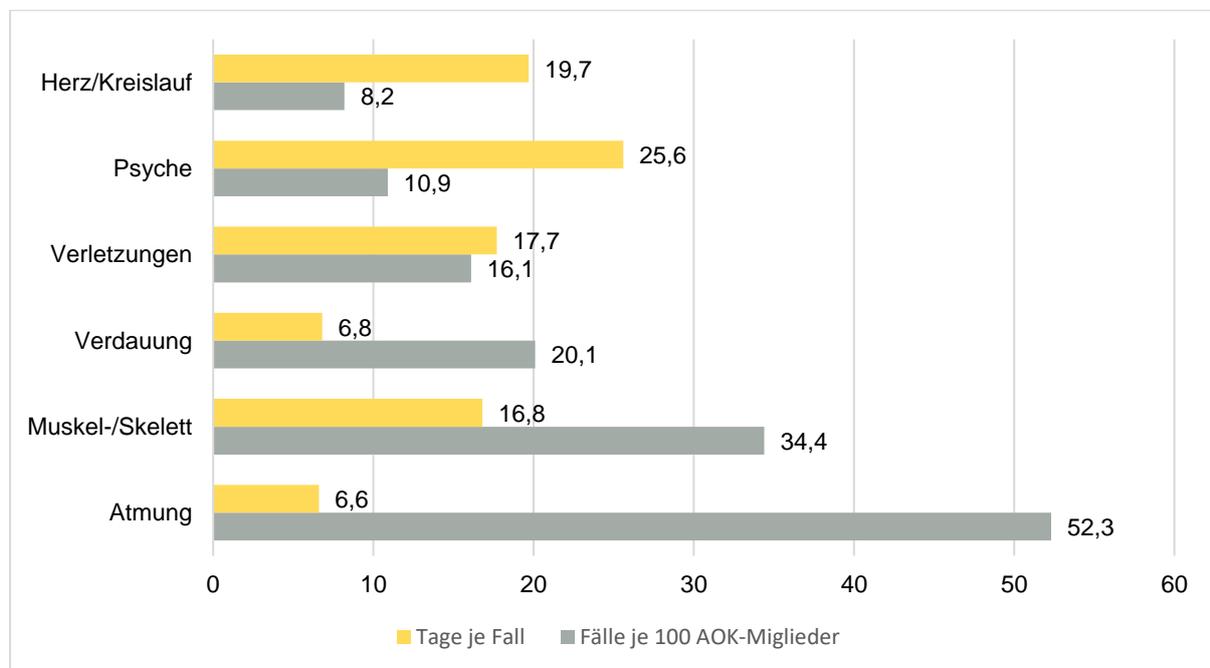


Abbildung 3: Arbeitsunfähigkeitsfälle und Dauer, AOK-Mitglieder 2015

AOK = Allgemeine Ortskrankenkasse.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2016)⁵, Darstellung: GÖ FP.

Bei Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitstage im Zeitverlauf ist besonders auffällig, dass die Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen kontinuierlich gestiegen sind.

3.1.5.2 Arbeitsbelastungen und Gesundheit – Ergebnisse aus Befragungen

Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ wurde als Interviewsurvey zwischen September 2009 und Juli 2010 im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts durchgeführt und basiert auf Daten von 22.050 erwerbstätigen Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Die Studie untersucht das Ausmaß von Arbeitsbelastungen und ihre gesundheitlichen Folgen. Sie ergibt folgende Kernaussagen⁶⁷:

- Etwa 14 % der Frauen und 20 % der Männer empfinden ihre Arbeitsbedingungen als stark oder sehr stark gesundheitsgefährdend.
- Als häufigste Arbeitsbelastung wird von Frauen und Männern „Arbeiten unter Zeit-/Leistungsdruck“ angeführt (siehe Tabelle 1).
- Beeinträchtigungen des Betriebsklimas werden im Vergleich zu anderen Belastungen von Frauen und Männern als besonders belastend für die Gesundheit wahrgenommen.
- Vollzeit-Erwerbstätige fühlen sich häufiger durch die Arbeit belastet als Teilzeit-Erwerbstätige.
- Die wahrgenommene Belastung durch die Arbeit variiert zwischen Branchen (siehe Abbildung 4) und Berufsgruppen. Von den Frauen fühlen sich Arbeiterinnen am stärksten beeinträchtigt (knapp 25 %), Selbständige mit 10 % am wenigsten. Von den Männern gaben etwas weniger als 30 % der Arbeiter an, sich gesundheitlich belastet zu fühlen, während Selbständige mit etwa 12 % den niedrigsten Wert aufweisen.

Tabelle 1: Häufige Arbeitsbelastungen 18- bis 64-jähriger Erwerbstätiger

Art der Belastung	Frauen	Männer	Gesamt
Heben/Tragen von schweren Lasten	23,3 %	30,7 %	27,3 %
Arbeiten in gebückter oder anderer unbequemer Stellung	23,6 %	28,0 %	26,0 %
Lärm, Kälte, Hitze usw.	25,2 %	41,7 %	34,2 %
Beeinträchtigungen im Arbeitsklima	5,3 %	5,8 %	5,6 %
Belastung durch Unsicherheit des Arbeitsplatzes	6,8 %	7,2 %	7,0 %
Überstunden, lange Arbeitszeiten und Arbeitswege	27,5 %	40,5 %	34,6 %
Schichtarbeit	20,1 %	21,5 %	20,8 %
Arbeit unter Zeit-/Leistungsdruck	35,9 %	44,1 %	40,4 %
Arbeit unter strengen Vorgaben	17,8 %	19,1 %	18,5 %

GEDA = Gesundheit in Deutschland aktuell. RKI = Robert Koch-Institut.

Quelle: Datenbasis: GEDA (2010) zitiert in Kroll et al., RKI⁶⁷; Darstellung: GÖ FP.

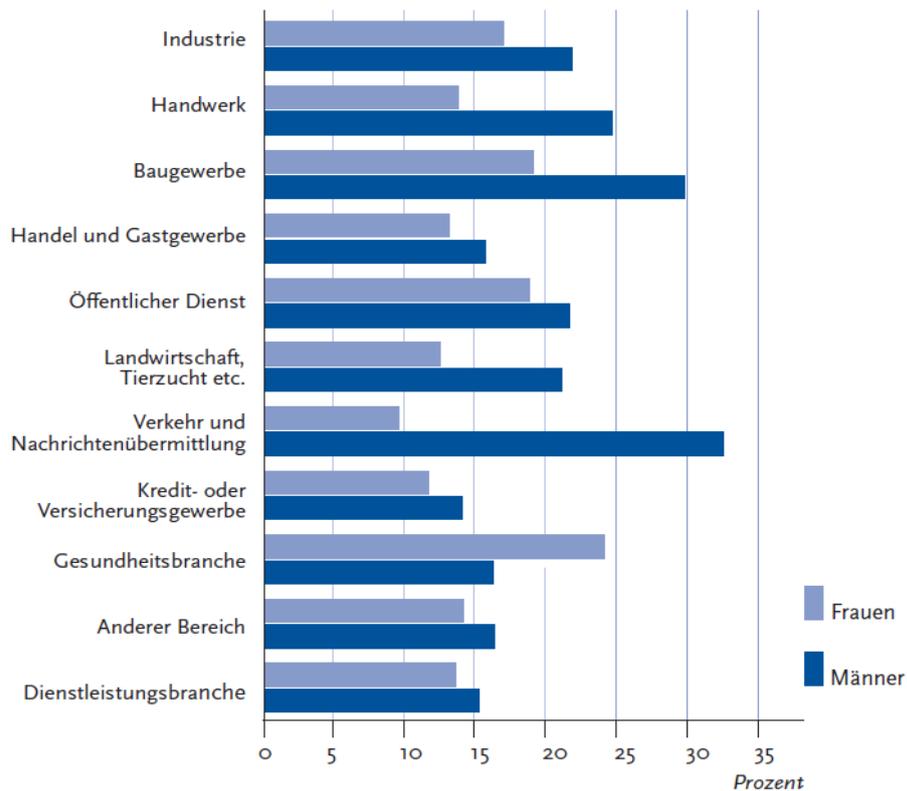


Abbildung 4: Subjektive sehr starke/starke gesundheitliche Belastung durch die eigene Arbeit von 18- bis 64-jährigen Vollzeit-Erwerbstätigen, nach Wirtschaftsbereichen

GEDA = Gesundheit in Deutschland aktuell. RKI = Robert Koch-Institut.

Quelle: Datenbasis: GEDA (2010), zitiert in Kroll et al., RKI⁶⁷.

Kroll et al. sehen auf Basis der GEDA-Studie (2010) daher ein beträchtliches Potenzial für Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, insbesondere hinsichtlich des hohen Anteils der Beschäftigten, die unter Termin- und Leistungsdruck arbeiten. Die zunehmende Bedeutung psychosozialer Belastungen im Rahmen der Erwerbsarbeit korrespondiert mit der zunehmenden Bedeutung psychischer Diagnosen für vorzeitige Renteneintritte.

Nach Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund gingen im Jahr 2009 80.702 Frauen und 90.427 Männer aufgrund einer krankheits- oder unfallbedingten Verminderung ihrer Erwerbsfähigkeit vorzeitig in Rente, dies entspricht etwa 14 % aller Rentenzugänge. Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Diagnosen, die zum vorzeitigen Renteneintritt führten, ist dabei im Zeitraum 2006 bis 2009 von 33 % auf 38 % gestiegen. Zusätzlich zu den vorzeitigen Renteneintritten gab es 2009 noch 16.657 anerkannte Fälle von Berufskrankheiten und etwa 975.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle, von denen nur ein kleiner Teil direkt zu einem Renteneintritt führte. Die Verteilung der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten konzentriert sich auf Branchen, in denen Frauen und Männer häufig manuelle Tätigkeiten ausüben¹¹⁶.

Eine Erwerbstätigenbefragung, die gemeinsam vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) durchgeführt wurde, ergab Beschwerden, die während oder kurz nach der Arbeit von Vollzeit-Erwerbstätigen auftraten (Abbildung 5). Es handelt sich dabei um eine telefonische Befragung von rund 20.000 Erwerbstätigen ab 15 Jahren mit einer Arbeitszeit von mindestens zehn Stunden pro Woche in Deutschland, wobei mit Erwerbstätigkeit eine mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit gemeint ist. Ehrenamtlich tätige Personen wurden nicht befragt, ebenso wenig wie Personen in einem Beschäftigungsverhältnis im Rahmen der ersten Ausbildung. Ausländerinnen bzw. Ausländer wurden nur bei hinreichenden Deutschkenntnissen in die Erhebung einbezogen. Obwohl ohne feste Vergütung beschäftigt, wurden jedoch mithelfende

Familienangehörige und Personen mit maximal dreimonatiger Unterbrechung der Tätigkeit in die Befragung eingeschlossen.¹¹⁶

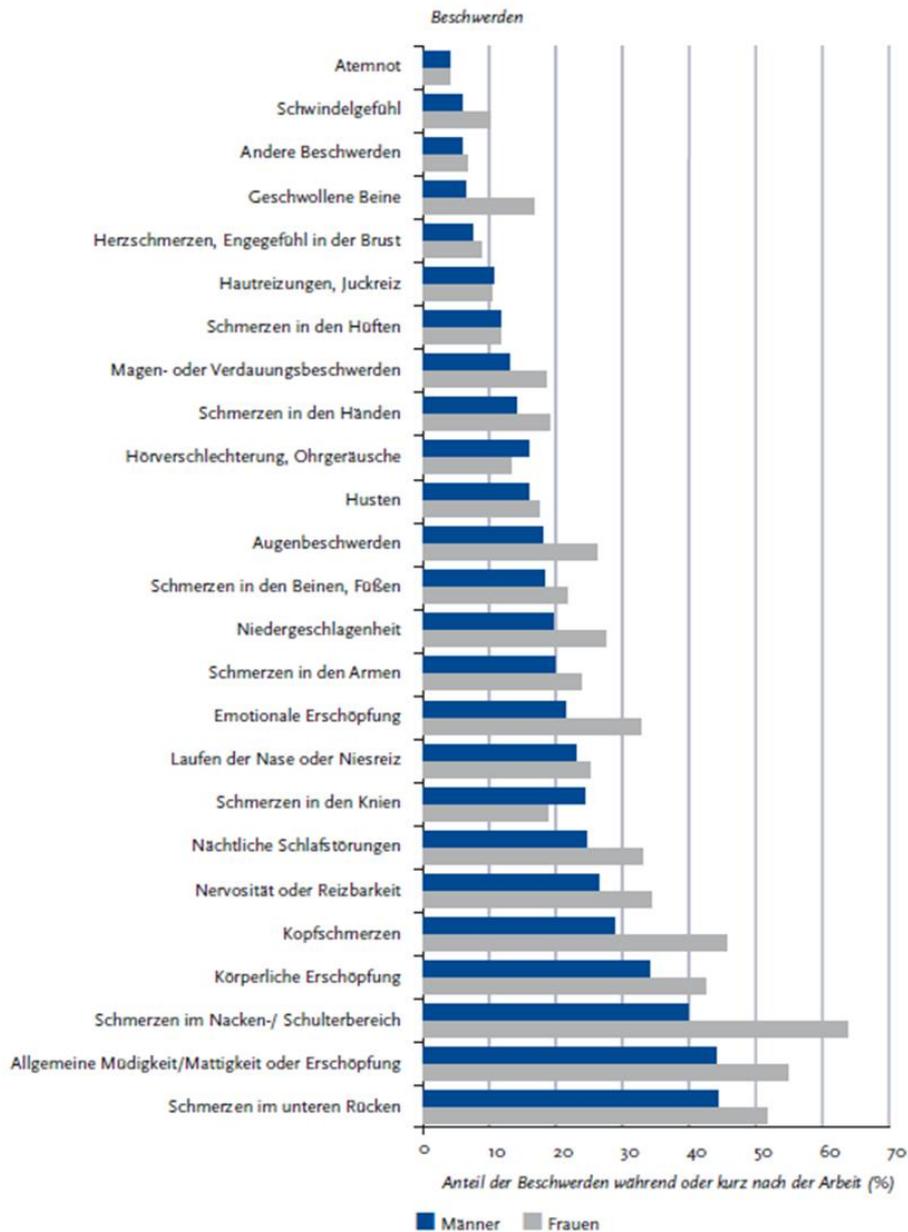


Abbildung 5: Beschwerden, die während oder kurz nach der Arbeit auftreten, von Vollzeit-Erwerbstätigen ab 15 Jahren, nach Geschlecht (Anteile in Prozent)

BAuA = Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BIBB = Bundesinstitut für Berufsbildung.

Quelle: Erwerbstätigenbefragung 2011/2012, BAuA sowie BIBB¹¹⁶.

3.2 Warum wird Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) öffentlich gefördert?

Nach dem Leitfaden für Prävention, der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) herausgegeben wird, erfährt die Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts eine tiefgreifende Wandlung, die sich auf die Erwerbsarbeit und deren Anforderungen auswirkt. Beispielsweise führen technischer Fortschritt und globaler Wettbewerb zur Beschleunigung aller Arbeits- und Herstellungsprozesse, erworbenes Wissen veraltet immer schneller und lebenslanges Lernen ist gefordert. Zudem ermöglichen die neuen Kommunikationstechnologien ständige Erreichbarkeit, sodass die Grenzen zwischen

Arbeits- und Privatleben immer mehr verschwimmen. Diskontinuierliche und flexible Beschäftigungsformen sowie räumliche Mobilität nehmen zu und häufige betriebliche Umstrukturierungen führen zudem zu wachsender Instabilität sozialer Positionen und Beziehungen. Körperliche Anforderungen sind teilweise rückläufig (Entlastung von körperlicher Anstrengung), was jedoch gleichzeitig zu Bewegungsmangel beiträgt, der einen Risikofaktor für unterschiedliche chronische Erkrankungen darstellt. Psychische Anforderungen wie z. B. Termin- und Zeitdruck, Störungen und Unterbrechungen sowie die gleichzeitige Erledigung oder Überwachung unterschiedlicher Arbeitsvorgänge nehmen deutlich zu.⁴⁷

Nach der letztverfügbaren Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts Wiesbaden wird die deutsche Bevölkerung deutlich altern und schließlich schrumpfen, was auch auf Personen im Erwerbsalter (von 20 bis 65 Jahren) zutrifft. Nach einer Modellrechnung mit einem hohen Wanderungssaldo (300.000 Personen) und einer durchschnittlichen Geburtenrate von 1,4 Kindern pro Frau kommen im Jahr 2013 auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 65 Jahre) 64,1 Personen, die unter 20 Jahre bzw. über 65 Jahre alt sind; im Jahr 2060 werden es 88,5 Personen sein. Die Bevölkerung wird in diesem Szenario von 80,8 Millionen im Jahr 2013 auf 73,1 Millionen im Jahr 2060 zurückgehen, die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter wird von 49,2 Millionen (2013) auf 37,9 Millionen im Jahr 2060 zurückgehen, das entspricht einer Reduktion von mehr als 11 Millionen potenziell erwerbstätiger Personen.⁹⁹

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sowie der Tatsache, dass das Risiko einer chronischen Erkrankung und daraus möglicherweise folgender eingeschränkter Erwerbsfähigkeit ab dem mittleren Erwachsenenalter stark steigt, gewinnen Anstrengungen zum Erhalt von Gesundheit und Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit an Bedeutung.

In der Gesundheitsförderung ist der Setting-Ansatz weit verbreitet und gilt seit der Ottawa-Charta der WHO von 1986 als Kernstrategie. Als Setting wird dabei ein soziales System mit einer Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse beschrieben, in dem die Bedingungen für Gesundheit und Krankheit einer bestimmten Personengruppe beeinflusst werden⁶⁹.

Betriebe stellen ein Beispiel für ein Setting dar, in dem viele Personen gleichzeitig erreicht werden können. 2015 waren durchschnittlich rund 43 Millionen Personen mit Wohnort in Deutschland erwerbstätig⁴⁰. Diese Personen sind somit grundsätzlich durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen am Arbeitsplatz erreichbar.

Ein Vorteil des Settings Betrieb ist zudem, dass durch die vorhandenen Unternehmensstrukturen Risikofaktoren und Handlungsfelder relativ eindeutig identifiziert sowie Teilnehmergruppen gebündelt angesprochen werden können. Dies ermöglicht unter Umständen, sonst nicht oder nur schwer erreichbare Zielgruppen für entsprechende Maßnahmen zu gewinnen²¹. Dies ist gerade im Kontext der zuvor beschriebenen sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland sowie angesichts der unterschiedlichen Belastungen verschiedener Personengruppen im Arbeitsleben relevant¹².

3.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

3.3.1 Begriffsbestimmung

Die Idee des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) hat zahlreiche Wurzeln und geht zum einen auf die Ottawa-Charta von 1986 zurück, die als Ziel die Befähigung der Bevölkerung zu einem selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit sowie die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt und der Gesundheitsdienste formulierte.

Zum anderen wurzelt sie im betrieblichen Arbeitsschutz, der in Deutschland auf eine lange Tradition zurückblicken kann, im Rahmen europäischer Gesetzesinitiativen in den letzten Jahren gestärkt wurde und eine hohe Professionalisierung und Institutionalisierung aufweist¹³.

Der Begriff BGM wird im wissenschaftlichen Diskurs sowie in der Praxis nicht immer einheitlich verwendet und ist insbesondere in Bezug auf BGF teilweise nicht klar abgegrenzt; häufig werden die beiden Begriffe synonym verwendet¹². Zudem sind auch der Umfang von BGM – also welche Elemente enthalten sind – sowie das Verhältnis zu Arbeitsschutz und zu weiteren betrieblichen Instrumenten wie Organisations- und Personalmanagement uneinheitlich definiert. Im Folgenden soll deshalb ein kurzer Überblick über die verschiedenen Definitionen gegeben werden. Zudem wird eine Arbeitsdefinition als

Grundlage für den vorliegenden Bericht festgelegt, auch wenn sich die Begriffe nicht ganz trennscharf abgrenzen lassen.

Badura versteht unter BGM „die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben“¹³.

Laut Jancik ist Gesundheitsmanagement „die gezielte und bewusste Einarbeitung gesundheitsfördernder, krankheitsvorbeugender und Heilung unterstützender Strategien, Strukturen und Prozesse in das allgemeine Management, in die Führungsstrategie und in den Führungsstil“⁶².

Nach den Definitionen des Deutschen Instituts für Normung e. V. (DIN) werden unter BGF Maßnahmen des Betriebs unter Beteiligung der Organisationsmitglieder zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen sowie Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen (Verhalten und Verhältnisse), zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden im Betrieb sowie zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit verstanden. BGM wird als systematische sowie nachhaltige Schaffung und Gestaltung gesundheitsförderlicher Strukturen und Prozesse einschließlich der Befähigung der Organisationsmitglieder zu einem eigenverantwortlichen, gesundheitsbewußten Verhalten definiert¹.

Eine weitere Definition lautet: „Betriebliches Gesundheitsmanagement beinhaltet die gezielte Steuerung und die koordinierte Integration aller betrieblichen Strukturen und Prozesse in der Absicht, die Gesundheit und das Wohlbefinden sowie die Leistungsfähigkeit und die Leistungsbereitschaft der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern“⁷⁷.

Aus diesen Definitionen wird deutlich, dass BGM eine Querschnittsaufgabe darstellt, die zum Ziel hat, die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern, und zwar in einem ganzheitlichen Ansatz, der langfristig in ein Unternehmen integriert und umfassend aufgebaut werden soll.

Integrierte Strukturen und Prozesse im Rahmen von BGM können dabei unter anderem folgende sein:

- Betriebs- und Dienstvereinbarungen zum Thema Gesundheit
- Strukturen, wie z. B. Lenkungskreis, Gesundheitszirkel, Gesundheitswerkstätten, Arbeitskreise
- Zeitregelungen wie z. B. Arbeitsfreistellungen für Maßnahmen der BGF
- Budgets
- Führungskräftebeteiligung
- klare Verantwortlichkeiten – Organigramm im BGM
- Zielvereinbarungen mit den inner- und außerbetrieblichen Akteuren
- Verknüpfung der BGF mit Bildungsmaßnahmen

Für den langfristigen Charakter des BGM ist zentral, dieses als strategische Managementmaßnahme zu sehen, die sowohl von den Führungskräften als auch den Mitarbeitenden getragen wird. Unter dem Begriffsteil „Management“ ist dabei der systematische Umgang mit einer Aufgabe zu sehen, der sich in die Teilprozesse Zielsetzung, Planung, Umsetzung und Kontrolle gliedert, was auch auf den BGM-Prozess übertragen werden kann.

Maßnahmen im Rahmen eines BGM sollten nach der Vorgehensweise des Projektmanagements mit den entsprechenden obligatorischen Phasen eines Projekts geplant und durchgeführt werden. Zudem sollten eingesetzte Maßnahmen sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert ausgerichtet sein und sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Aspekte berücksichtigen^{77, 105, 110}.

Nachfolgende Darstellung gibt einen Überblick über die Wirkungsebenen und Effekte verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen im Rahmen eines BGM:

Grundsätzlich stellt BGM laut Oppolzer eine Fortführung und Weiterentwicklung der BGF dar. BGF wird zu einem Teil des BGM, sie wird dabei jedoch durch ein integriertes Management ergänzt, das das Thema Gesundheit fortwährend mit einbezieht.⁷⁷

Zudem werden in einem umfassenden BGM die Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) kontinuierlich mit einbezogen. Das BGM fungiert somit als strukturelle Grundlage, um einen nachhaltigen Erfolg der gesetzten BGF-Maßnahmen zu unterstützen.⁶²

Die gesetzliche Unfallversicherung² beispielsweise definiert zudem Qualitätskriterien im Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“ auf drei Ebenen. Ebene 1, betrifft die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben des Arbeitsschutzes. Ebene 2 befasst sich mit den Prozessen (Gesundheitspolitik, Ziele, Strukturen, Ressourcen, Analyse, Maßnahmenplanung und Umsetzung, Evaluation, kontinuierliche Umsetzung und Verbesserung. Ebene 3 definiert die Umsetzungsprinzipien (Dokumentation, Qualifizierung, Information und Kommunikation, Partizipation, Marketing, Netzwerke, „Diversity“).

Von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden folgende Punkte als Grundlage für BGM festgehalten⁵⁰:

- Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel und Querschnittsaufgabe in allen Leitungsfunktionen mithilfe von Managementstrategien
- Abstimmung und Koordinierung der für die Gesundheit der Beschäftigten zuständigen inner- und außerbetrieblichen Dienste sowie Akteurinnen/Akteure
- Systematische Gestaltung von gesundheitsförderlichen innerbetrieblichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung zu gesundheitsbewusstem Verhalten

Nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über die Bereiche im Rahmen eines BGM und über ihre gesetzliche Verankerung.



Abbildung 6: Gesundheit in der Arbeitswelt (nur gesetzlich geregelte Bereiche)

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung.

Quelle: Abbildung entnommen aus Leitfaden Prävention der GKV³.

Die in diesem Bericht verwendete Definition für BGM lehnt sich an jene der GKV an und beinhaltet die Integration der drei Bereiche Arbeits- und Gesundheitsschutz, BGF und BEM in einen Managementprozess auf Betriebsebene, der langfristig ausgerichtet ist sowie die Steuerung und Integration aller gesundheitsrelevanten betrieblichen Prozesse umfasst. Dabei ist festzuhalten, dass der Blickpunkt der Studie die rechtlich definierten Bereiche und die entsprechende Rolle der öffentlichen Träger ist – und nicht die auf Betriebsebene umzusetzenden Managementprozesse.

3.3.2 Bereiche des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und ihre rechtliche Verankerung

3.3.2.1 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Der Begriff BGF wird nicht einheitlich definiert und häufig synonym zum Begriff BGM verwendet.

Laut der Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung umfasst BGF alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen

In der BGF als kontextorientierter Verhaltens- und Verhältnisprävention gibt es fließende Übergänge zwischen Gesundheitsförderung und Prävention. Rolf Rosenbrock und Susanne Hartung definieren die BGF „als systemische Interventionen in privaten und öffentlichen Betrieben, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen vermehrt werden sollen. Die primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Effekte werden durch gleichzeitige und aufeinander bezogene Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens erzielt“⁸⁵.

In dieser Definition kommt deutlich der sogenannte Setting-Ansatz zum Ausdruck. In der praktischen Umsetzung werden dabei sowohl das Erkennen von Problemen als auch die zu setzenden Maßnahmen partizipativ (also unter Einbindung der Betroffenen) erarbeitet. Partizipation ist ein Qualitätskriterium der BGF und war ein wesentliches Unterscheidungsmerkmale zwischen Gesundheitsförderung und Prävention. Die angewandten Methoden eines partizipativen Prozesses sind Belegschaftsbefragungen, betriebliche Gesundheitskonferenzen und vor allem Gesundheitszirkel. BGF kann von betriebsinternen oder -externen Akteurinnen und Akteuren initiiert und unterstützt werden.

Das Deutsche Institut für Normung e. V. (DIN)¹ definiert die BGF als Maßnahmen des Betriebs unter Beteiligung der Organisationsmitglieder zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen sowie Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen (Verhalten und Verhältnisse), zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden im Betrieb sowie zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit.

Die BGF ist eine freiwillige Leistung der Unternehmen, von Seiten der GKV ist diese jedoch in § 20 SGB V (SGB = Sozialgesetzbuch) verbindlich geregelt.

Darin ist festgelegt, dass Krankenkassen sowohl Leistungen zur Primärprävention (§ 20 SGB V Absatz 1 und 2) sowie zur BGF (§ 20 b und 20 c SGB V) erbringen müssen. Sie erbringen die Leistungen selbst oder beauftragen geeignete Dienstleistende mit der Umsetzung entsprechender Leistungen. Näheres zur Ausgestaltung dieses gesetzlichen Rahmens durch die Krankenkassen wird im Kapitel 6.1.1.1 erläutert.

3.3.2.2 Arbeitsschutz

Ziel des Arbeitsschutzes ist es, Arbeitnehmende gegen Gefahren während der oder durch die Arbeit sowie vor arbeitsbedingten Krankheiten zu schützen. In Deutschland stellt das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) hierfür die wichtigste gesetzliche Grundlage dar. Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber ist demnach dazu verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Gefahren an Maschinen, Geräten und Anlagen zu schützen sowie besondere Sicherheitsvorkehrungen in gefährlichen Arbeitsbereichen zu treffen. Zudem muss der Betriebs- bzw. Personalrat bei Fragen des Arbeitsschutzes hinzugezogen werden. Der Betriebs- bzw. Personalrat achtet auch auf die Einhaltung der Vorschriften zum Arbeitsschutz im jeweiligen Betrieb.

Traditionellerweise war der Arbeitsschutz vorrangig darauf ausgerichtet, den Einfluss negativer Belastungen zu reduzieren bzw. das Risiko einer Gesundheitsschädigung zu verringern. Diese auf die Krankheitsentstehung gerichtete Sichtweise, die die Gesundheit als bloße Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung definiert, gilt inzwischen als überholt. Dementsprechend hat sich der Umfang bzw. die Ausrichtung des Arbeitsschutzes mittlerweile geändert^{104, 115}.

Entwicklung des Arbeitsschutzes in Deutschland

Die Entwicklung des Arbeitsschutzes in Deutschland ist eng mit der Industrialisierung verbunden, denn die technischen Entwicklungen im ausgehenden 19. Jahrhundert führten auch zu Veränderungen der Arbeitsbedingungen. Die maschinelle Fertigung von Waren brachte neue Gefahren im Arbeitsleben mit sich und es kam häufig zu Unfällen, die aufgrund der fehlenden rechtlichen Absicherung der Arbeitnehmenden zusätzlich zum Verlust des Einkommens führten.

1883 wurde das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ verabschiedet, das Krankengeld, ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Sterbegeld und Mutterschaftshilfe regelte. Ein Jahr später wurde das „Unfallversicherungsgesetz“ verabschiedet, das die Unfallrente, die medizinische Heilbehandlung und die Unfallverhütung regelte. Die neu gegründeten Berufsgenossenschaften wurden als Träger der Unfallversicherung eingesetzt. 1891 wurde dann erstmalig ein Arbeiterschutzgesetz verabschiedet, das unter anderem Sonntagsarbeit in der Industrie verbot. Die Unternehmen wurden damit in Bezug auf Unfall- und Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz verpflichtet, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Eine staatliche Gewerbeaufsicht sorgte für die Einhaltung der Schutzmaßnahmen.¹⁰⁴

Eines der wichtigsten Elemente des heutigen Arbeitsschutzes ist das 1973 verabschiedete Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), das die wesentlichen Regelungen über die betriebliche Arbeitsschutzorganisation enthält. Nach diesem sind Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber verpflichtet, Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen. Die allgemeinen Vorschriften des ASiG werden durch die Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV-Vorschrift) der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung konkretisiert.

Auf Ebene der Europäischen Union wurde bereits Ende der 1980er Jahre die Weiterentwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes forciert und es wurden mit dem europäischen Arbeitsschutzrecht einheitliche Mindeststandards für den Arbeitsschutz gesetzt. Diese Mindestvorschriften sind in allen Mitgliedstaaten umzusetzen und dürfen zwar auf nationaler Ebene verbessert, aber nicht unterschritten werden.

Mit dem 1996 in Kraft getretenen „Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit“ (ArbSchG) wurde europäisches Recht in nationales umgewandelt.

Das ArbSchG gab zudem neue Impulse, da es auf einem weiteren Gesundheitsbegriff basiert und eine Abkehr vom eher technisch ausgerichteten Arbeitsschutz darstellte. Nicht nur die Abwesenheit von Krankheit wird als Gesundheit definiert, sondern ein Zustand des „vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Dementsprechend wird auch nicht mehr nur von Arbeitsschutz, sondern von Arbeits- und Gesundheitsschutz gesprochen.⁷⁷

Psychische Belastungen sind seit Inkrafttreten des ArbSchG 1996 im Gesetz verankert, 2013 hat der Gesetzgeber eine Präzisierung vorgenommen und die psychischen Belastungen explizit im Gesetz erwähnt.¹⁰⁴ Nach dem neueren Verständnis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes werden sämtliche Belastungen im Arbeitsleben mit einbezogen, nicht nur technische Aspekte wie Lärm oder schlechte Lichtverhältnisse.

Zu einem ganzheitlichen Arbeitsschutz gehören demnach folgende Punkte¹¹⁵:

- Schutz vor Unfällen
- Schutz vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren
- Förderung der Gesundheit
- Menschengerechte Arbeitsgestaltung
- Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen und Verhütung von Berufskrankheiten

Zudem bezieht der Arbeitsschutz folgende Faktoren des Arbeitsprozesses ein¹¹⁵:

- Physikalische Faktoren
- Biologische Faktoren
- Chemische Faktoren

- Physische Faktoren
- Soziale Faktoren

Instrumente des Arbeitsschutzes

Gefährdungsbeurteilung

Das zentrale Instrument des Arbeitsschutzes ist die Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG. Diese dient dazu, die vorhandenen Gefährdungen am Arbeitsplatz zu erheben, um entsprechende Schutzmaßnahmen treffen zu können, und stellt somit die Handlungsgrundlage für weitere Schritte dar.

Die Gefährdungsbeurteilung orientiert sich dabei an der im Einzelfall vorliegenden Betriebsart und -größe mit den entsprechenden Gefährdungsfaktoren. Dies ist durch die verschiedenen Wirtschaftsbereiche und Branchen bedingt, die unterschiedliche Risiken für Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten aufweisen. Wie die Gefährdungsbeurteilung durchzuführen ist, ist im Gesetz nicht detailliert festgeschrieben, es werden allerdings Grundsätze für den Arbeitsschutz in § 4 ArbSchG genannt^{43, 115}.

Zudem besteht eine Dokumentationspflicht für die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber, der den gesamten Prozess der Gefährdungsbeurteilung dokumentieren muss. Diese Dokumentation kann als Grundlage verwendet werden für⁴³:

- die organisatorische Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung,
- die Kontrolle der notwendigen Arbeitsschutzmaßnahmen,
- zu erbringende Nachweise für Aufsichtsbehörden,
- Überarbeitungen, falls sich die Umstände ändern.

Arbeitsschutzausschuss

Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber hat nach § 11 ASiG in einem Betrieb mit über 20 Arbeitnehmenden die Pflicht, einen Arbeitsschutzausschuss einzurichten, der bei Anliegen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung berät. Vom Gesetzgeber ist vorgesehen, dass sich der Arbeitsschutzausschuss aus folgenden Personen zusammensetzt:

- Arbeitgeber/in oder eine von ihm beauftragte Person
- Zwei vom Betriebsrat bestimmte Betriebsratsmitglieder
- Betriebsärztin bzw. Betriebsarzt
- Fachkräfte für Arbeitssicherheit
- Sicherheitsbeauftragte nach § 22 SGB VII

Zudem können noch Schwerbehindertenvertretungen bzw. Sicherheitsbeauftragte hinzugezogen werden. Der Arbeitsschutzausschuss tritt mindestens einmal vierteljährlich zusammen.

Nachfolgende Grafik gibt eine Übersicht über die Organisation des Arbeitsschutzes im Betrieb.

Arbeitsschutz im Betrieb

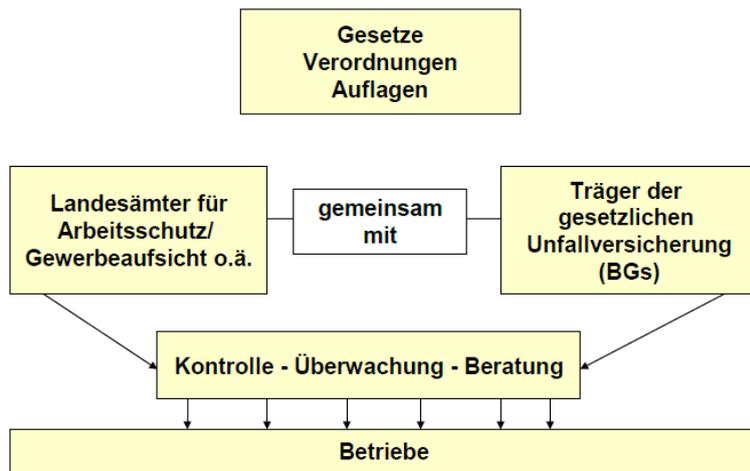


Abbildung 7: Organisation des Arbeitsschutzes im Betrieb

BG = Berufsgenossenschaft.

Quelle: Die Organisation des Arbeitsschutzes im Betrieb, Wittig-Goetz¹¹⁵.

Der Arbeitsschutz wird dabei durch außerbetriebliche Akteure überwacht und unterstützt. Hierzu gehören unter anderem die Ämter für Arbeitsschutz bzw. die Gewerbeaufsichtsämter sowie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

In den Bundesrahmenempfehlungen, die 2016 von der nationalen Präventionskonferenz verabschiedet wurden, ist festgehalten, dass Maßnahmen der BGF und des Arbeitsschutzes bedarfsgerecht aufeinander bezogen werden sollen und die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern forciert werden soll²⁷.

3.3.2.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

In Deutschland scheiden jährlich mehrere hunderttausend Beschäftigte aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben aus. Unternehmen verlieren dadurch wertvolle Fachkompetenz, zudem sind langjährige Mitarbeitende aufgrund ihrer Erfahrung oft nur schwer zu ersetzen. Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel tragen zur Verschärfung dieser Situation bei.³⁴

BEM ist ein Instrument, das zur Wiedereingliederung langfristig erkrankter Beschäftigter geschaffen wurde.

Ziel des BEM ist es, die Beschäftigten durch geeignete Unterstützung im Betrieb zu halten sowie die individuellen Chancen der Beschäftigten zu erhöhen und somit Entlassungen aufgrund von Erkrankung zu vermeiden. Das BEM dient somit dem Erhalt bzw. der Wiedererlangung der Beschäftigungsfähigkeit und soll helfen, den Folgen des demografischen Wandels zu begegnen.^{34, 115}

Seit 2004 sind Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber verpflichtet, länger erkrankten Beschäftigten ein BEM anzubieten; gesetzlich verankert ist das BEM in § 167 Absatz 2 SGB IX. Dort ist festgelegt, dass eine Arbeitgeberin bzw. ein Arbeitgeber allen Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein BEM anzubieten hat. Dies gilt auch für Kleinunternehmen, die Teilnahme des/der Beschäftigten ist jedoch freiwillig^{52, 115}.

Im SGB IX sind trotz der gesetzlichen Verpflichtung zu einem BEM keine rechtlichen Sanktionen für Arbeitgebende, die sich nicht daranhalten, vorgesehen. Allerdings werden krankheitsbedingte Kündigungen von Seiten des Bundesarbeitsgerichts erst als letztes Mittel gesehen. Zuvor muss eine Arbeitgeberin bzw. ein Arbeitgeber alle Mittel ausschöpfen, um den Mitarbeitenden im Betrieb zu halten, und zu diesen Mitteln zählt auch das BEM.³²

Für die Durchführung eines BEM muss zunächst geklärt werden, mit welchen Mitteln bzw. Leistungen eine Arbeitsunfähigkeit überwunden sowie wie einer erneut auftretenden Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann. Hierfür werden gesetzlich gesehen keine Vorgaben gemacht, sondern es ist die Aufgabe der einzelnen Betriebe und Dienststellen, angemessene individuelle Lösungen zu finden²⁴. Maßnahmen und Aktivitäten im Rahmen des BEM können z. B. die ergonomische Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder die Umgestaltung der Arbeitsorganisation sein¹¹⁵.

Gesetzlich vorgegeben ist jedoch – basierend auf der Zustimmung des Betroffenen – eine Beteiligung der zuständigen Interessenvertretungen (Betriebs- oder Personalrat). Zudem sollte, wenn es erforderlich ist, der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen werden. Auch kann man außerbetriebliche Unterstützungsleistungen, die z. B. durch die Rehabilitationsträger (die Renten- und Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Agentur für Arbeit) sowie die Integrationsämter angeboten werden, in Anspruch nehmen.

Die Rehabilitationsträger bieten bundesweite gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation, die auch im Zusammenhang mit BEM kontaktiert werden können, insbesondere in Bezug auf Leistungen zur medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation.

An verschiedenen Stellen wird darauf verwiesen, dass BEM am besten funktioniert, wenn es auf systematische Art und Weise durchgeführt wird. Zudem wird betont, dass die Schaffung eines BEM-Beauftragten von Vorteil sein kann.^{34, 52, 115}

3.4 Rechtliche Regelungen

3.4.1 Überblick

Bezogen auf BGM gibt es in Deutschland eine Fülle von rechtlichen Regelungen und Gesetzen, die für verschiedene interne und externe Akteure auf unterschiedlichen Ebenen gelten¹³.

Die nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über die Gesetzesstruktur in diesem Bereich, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

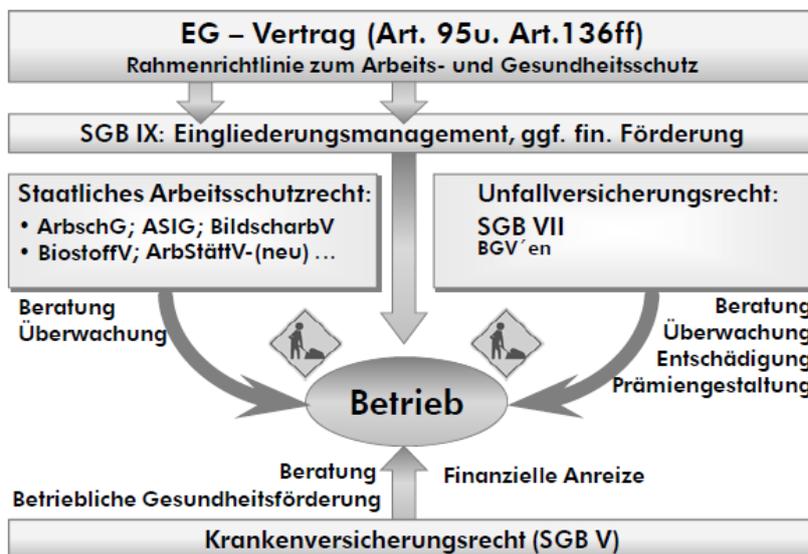


Abbildung 8: Überblick über die Gesetzesstruktur, Stand: 2016

ArbschG = Arbeitsschutzgesetz. ASiG = Arbeitssicherheitsgesetz. ArbStättV = Arbeitsstättenverordnung. BGV = Berufsgenossenschaftliche Vorschriften. BildscharbV = Bildschirmarbeitsverordnung. BiostoffV = Biostoffverordnung. EG = Europäische Gemeinschaft. SGB = Sozialgesetzbuch.

Quelle: Betriebliche Gesundheitspolitik in: Badura¹³.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen zusammenfassenden Überblick über die rechtlichen Regelungen im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der BGF und des BEM ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Tabelle 2: Überblick über wichtige rechtliche Regelungen in Deutschland in Bezug auf BGM

Gesetz	Kurzbeschreibung
Arbeits- und Gesundheitsschutz	
Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) ⁸	<ul style="list-style-type: none"> Regelt für alle Tätigkeitsbereiche die grundlegenden Arbeitsschutzpflichten der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers. Zudem werden die Pflichten und die Rechte der Beschäftigten sowie die Überwachung des Arbeitsschutzes nach diesem Gesetz durch die zuständigen staatlichen Behörden geregelt. Es setzt die europäische Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz 89/391/EWG in deutsches Recht um.
Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> Enthält die wesentlichen Regelungen über die betriebliche Arbeitsschutzorganisation. Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber hat nach dem ASiG Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen und in Betrieben mit mehr als zwanzig Beschäftigten einen Arbeitsschutzausschuss zu bilden.
§ 14 SGB VII ⁹⁷	<ul style="list-style-type: none"> SGB VII stellt die Rechtsgrundlage für die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland dar. Enthält Regelungen zur Verhütung und zur finanziellen Entschädigung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation von Versicherten und zur Organisation der Unfallversicherungsträger. Bestimmt, unter welchen Voraussetzungen Unternehmer, Kollegen oder Dritte für Arbeitsunfälle haften.
Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG)	<ul style="list-style-type: none"> Regelt, dass Arbeitnehmer/innen an Entscheidungen im Betrieb teilhaben, das heißt, dass die einzelnen Arbeitnehmer/innen und die betriebliche Arbeitnehmervertretung mitwirken und mitbestimmen dürfen. Im Rahmen der Betriebsverfassung erstrecken sich die Rechte der Gewerkschaften praktisch auf das gesamte betriebliche Geschehen und auf soziale, personelle und wirtschaftliche Angelegenheiten.
Bundespersonalvertretungsgesetz (BPersVG) ²²	<ul style="list-style-type: none"> Rechtsgrundlage für die Bildung und Tätigkeit von Personalräten sowie Jugend- und Auszubildendenvertretungen im öffentlichen Dienst des Bundes. Nicht bundeseinheitlich geregelt, aber die meisten Ländervorschriften (= Landespersonalvertretungsgesetze) orientieren sich an den Grundprinzipien des Bundespersonalvertretungsgesetzes (BPersVG).
Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention	
§ 20 SGB V ⁹⁵	<ul style="list-style-type: none"> Das SGB V regelt grundsätzlich die gesetzliche Krankenversicherung. § 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung § 20 a enthält die gesetzlichen Regelungen für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten § 20 b Betriebliche Gesundheitsförderung § 20 c enthält die gesetzlichen Regelungen zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, die Krankenkassen müssen demnach die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren unterstützen. § 20 d definiert, dass die Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine nationale Präventionsstrategie entwickeln. § 20 e regelt, dass die Entwicklung und Fortschreibung der Präventionsstrategie durch die Nationale Präventionskonferenz, die als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisation aufgesetzt ist, getragen wird. § 20 f regelt die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf Landesebene durch die Landesrahmenvereinbarungen.
§ 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI ⁹⁶	<ul style="list-style-type: none"> Das SGB VI regelt grundsätzlich die gesetzliche Rentenversicherung. § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI regelt medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben.
Betriebliches Eingliederungsmanagement	
§ 167 Absatz 2 SGB IX ⁹⁸	Verpflichtet die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements, wenn ein Beschäftigter im Laufe eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig war.

ASiG = Arbeitssicherheitsgesetz. BGM = Betriebliches Gesundheitsmanagement. EWG = Europäische Wirtschaftsgemeinschaft. SGB = Sozialgesetzbuch.

Quelle: GÖ FP-eigene Darstellung.

3.4.2 Präventionsgesetz (PrävG)

Mit dem Gesetz zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) wurde ein sektorenübergreifender gesetzlicher Rahmen für BGM in Deutschland geschaffen bzw. wurden bisher vorhandene Regelungen gestärkt sowie neue Strukturen geschaffen.

Das Ziel des am 25. Juli 2015 in wesentlichen Teilen in Kraft getretenen PrävG ist, eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung zu verankern. Dabei werden neben der GKV auch die gesetzliche Renten- und die gesetzliche Unfall-, die soziale Pflege- und auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung eingebunden.

Ein zentrales Element des Gesetzes ist die Entwicklung einer **nationalen Präventionsstrategie**, die im Rahmen der **nationalen Präventionskonferenz (NPK)** verabschiedet wird. Abbildung 9 zeigt die Struktur sowie den Ablauf der nationalen Präventionsstrategie im Überblick.



Abbildung 9: Übersicht über die nationale Präventionsstrategie (§ 20 d SGB V), Stand 2016

SGB = Sozialgesetzbuch.

Quelle: Präventionsbericht 2016⁹¹.

Nationale Präventionsstrategie: Bundesrahmenempfehlungen und Präventionsbericht

Die nationale Präventionsstrategie umfasst zum einen die Entwicklung von bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention (Bundesrahmenempfehlungen) und die Herausgabe eines trägerübergreifenden Präventionsberichts, erstmals am 01. Juli 2019.

Die **Bundesrahmenempfehlungen** wurden erstmals am 19. Februar 2016 im Rahmen der NPK verabschiedet und legen somit gemeinsame Ziele, Handlungsfelder und Zielgruppen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für die kommenden Jahre fest. Zudem wird definiert, welche Organisationen und Einrichtungen zu beteiligen sind, und Dokumentations- und Berichtspflichten festgehalten. Es sind drei übergreifende Zielbereiche definiert, die sich am Lebenslauf orientieren und Kinder („Gesund aufwachsen“), Erwachsene („Gesund leben und arbeiten“) sowie ältere Personen („Gesund im

Alter“) adressieren, sodass prinzipiell alle Personen mit Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden können. Im Rahmen des für BGM relevanten Ziels „Gesund leben und arbeiten“ werden insbesondere kleine und mittlere Unternehmen und ihre Beschäftigten als Zielgruppe genannt.

Die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie sowie die konkrete Ausgestaltung der Information, Abstimmung und Zusammenarbeit der jeweiligen Träger ist in den Landesrahmenvereinbarungen gemäß § 20 f SGB V geregelt.

Ein weiteres gesetzliches Element der nationalen Präventionsstrategie ist der trägerübergreifende Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention, kurz **Präventionsbericht**. Bereits seit 2008 wird vom GKV-Spitzenverband in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst Präventionsbericht herausgegeben, mit dem Ziel, den inhaltlichen und qualitativen Rahmen für die Primärpräventionsmaßnahmen und die BGF nach §§ 20, 20 a und 20 b SGB V zu geben (nicht-trägerübergreifend). Zudem soll der trägerübergreifende Präventionsbericht dieser der Dokumentation und der Erfolgskontrolle dienen und soll genutzt werden, um die Präventionsstrategie im Zeitverlauf zu evaluieren. Der GKV-Leitfaden Prävention wird zurzeit (Stand: 2017, neue Fassung erschien 2018) entsprechend den aus dem PräVG resultierenden Aufgaben (z. B. Festlegung weiterer Qualitätskriterien) unter Einbindung unabhängigen Sachverständigen weiterentwickelt.

NPK

Die NPK wird von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung getragen. Zudem haben Vertreter von Bundes- und Landesministerien, kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartnern, Patientinnen und Patienten sowie der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) an der Entwicklung der Bundesrahmenempfehlungen mitgewirkt.

3.5 Ökonomischer Hintergrund

3.5.1 Ökonomischer Nutzen

Aus ökonomischer Sicht wird von der BGF und Arbeitsschutz erwartet, dass sowohl Nutzen für die Unternehmen, für die öffentliche Hand sowie auch für die Beschäftigten entsteht.

Durch gesündere und motivierte Mitarbeitende profitieren die Unternehmen in Form von geringeren Krankenständen und erhöhter Produktivität sowie auch durch ein besseres Betriebsklima und – für viele auch relevant – eine Aufwertung des Firmenimages.

Die öffentliche Hand erwartet sich Einsparungen bei den Krankheitskosten (bei Medikamenten, Krankengeld etc.), eine Erhöhung der Erwerbsquote älterer Beschäftigter durch den Erhalt von Arbeitsfähigkeit und damit Steigerung der Erwerbszeiten und Vermeidung von Frühverrentungen.

Die Beschäftigten erzielen dadurch Vorteile, dass sich ihr Gesundheitszustand und Wohlbefinden verbessert, arbeitsbezogene Kompetenzen gefördert werden und insgesamt ihre Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit erhalten bleibt. Außerdem ersparen sie sich „Anfahrtswege“, wenn Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Betrieb angeboten werden.

3.5.2 Ausgaben

Leider gibt es keine amtliche Statistik darüber, wie hoch die Ausgaben aller öffentlichen Akteure für BGF sind. Nur von den gesetzlichen Krankenkassen liegt eine jährliche Dokumentation der Leistungen nach § 20 SGB V vor.

Eine Annäherung an globale Größenordnungen für Prävention und Gesundheitsförderung (nicht heruntergebrochen auf BGF) bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, wonach im Jahr 2013 (letzter verfügbares Jahr) in Deutschland für „Prävention und Gesundheitsschutz“ insgesamt 10,9 Milliarden Euro ausgegeben wurde. Diese Position beinhaltet die Kategorien: Allgemeiner Gesundheitsschutz,

Gesundheitsförderung, Früherkennung von Krankheiten, Gutachten und Koordination. Unter der Position Gesundheitsförderung werden rund 5,8 Milliarden Euro ausgewiesen, das sind etwas mehr als die Hälfte der gesamten Ausgaben.

Eine Unterkategorie, welcher Teil dieser Ausgaben auf BGF entfällt, ist der Gesundheitsberichterstattung leider nicht zu entnehmen.

Die Verteilung der Ausgaben in der Kategorie „Prävention und Gesundheitsschutz“ nach Ausgabenträgern zeigt Tabelle 3.

Tabelle 3: Präventions- und Gesundheitsschutzausgaben insgesamt in Deutschland 2013 nach Ausgabenträgern

	Prävention/Gesundheitsschutz		Allgemeiner Gesundheitsschutz		Gesundheitsförderung		Früherkennung von Krankheiten		Gutachten und Koordination	
	Mio. €	in %	Mio. €	in %	Mio. €	in %	Mio. €	in %	Mio. €	in %
Alle Ausgabenträger¹	10.906	100,00	2.307	100,00	5.767	100,00	1.667	100,00	1.165	100,00
Öffentliche Haushalte	2.085	19,12	1.252	54,27	771	13,37	10	0,60	51	4,38
Gesetzliche Krankenversicherung	4.869	44,65	-	-	2.936	50,91	1.481	88,84	453	38,88
Soziale Pflegeversicherung	358	3,28	-	-	-	-	-	-	358	30,73
Gesetzliche Rentenversicherung	206	1,89	-	-	18	0,31	-	-	188	16,14
Gesetzliche Unfallversicherung	1.172	10,75	1.055	45,73	44	0,76	-	-	73	6,27
Private Krankenversicherung	177	1,62	-	-	36	0,62	100	6,00	41	3,52
Arbeitgeber/in	935	8,57	-	-	878	15,22	57	3,42	0	0,00
Private Haushalte/Private Organisationen ohne Erwerbszweck	1.103	10,11	-	-	1.084	18,80	19	1,14	1	0,09

¹ Zu den Ausgabenträgern gehören sämtliche öffentliche und private Institutionen, die Leistungen für Gesundheit finanzieren. Dies sind die öffentlichen Haushalte, die gesetzliche Kranken-, die soziale Pflege-, die gesetzliche Renten-, die gesetzliche Unfall-, die private Krankenversicherung sowie, Arbeitgeber/in, private Haushalte und Organisationen ohne Erwerbszweck.

Quelle: Datenauswertung Gesundheitsberichterstattung Bund (www.gbe-bund.de, 23.0n Februar 2016); Berechnungen und Darstellung: GÖ FP.

Abbildung 10 veranschaulicht die prozentuelle Aufteilung der Gesundheitsförderungsausgaben nach den einzelnen Ausgabenträgern.

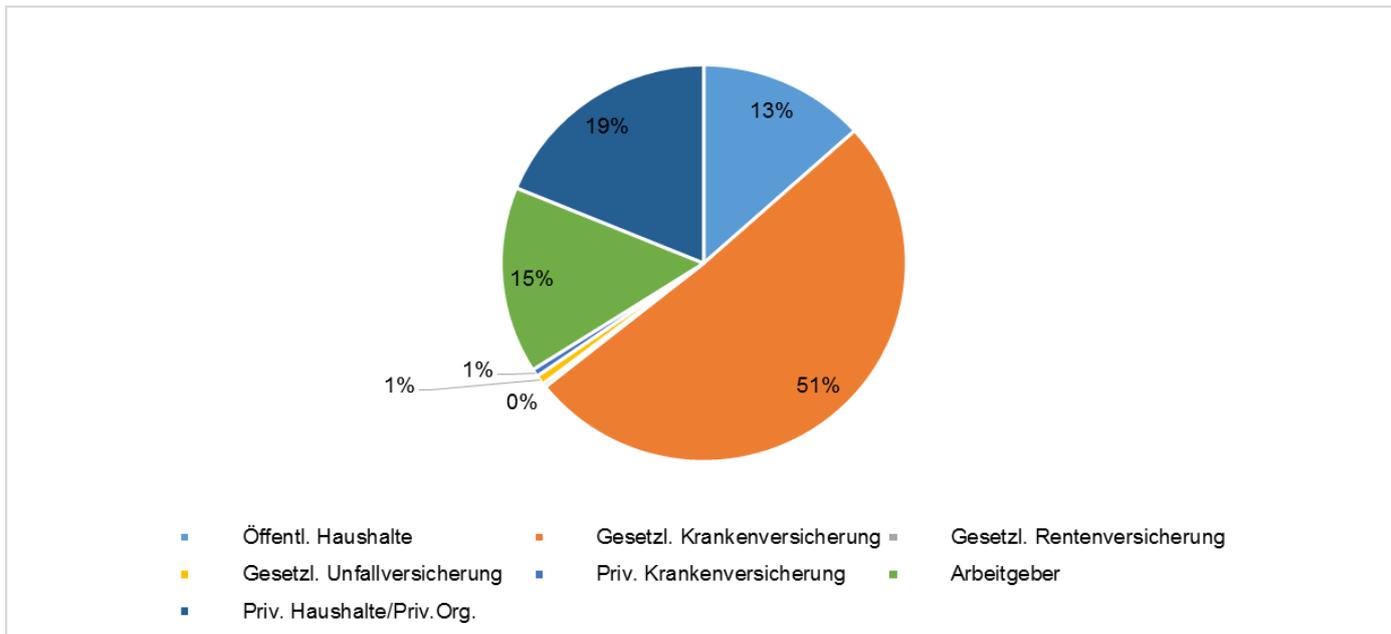


Abbildung 10: Verteilung der Gesundheitsförderungsausgaben insgesamt in Deutschland 2013, nach Ausgabenträgern, in Prozent

Quelle: Datenauswertung Gesundheitsberichterstattung Bund⁴⁶ (www.gbe-bund.de, 23.02.2016);
 Berechnungen und Darstellung: GÖ FP.

Hauptfinanzier aller Gesundheitsförderungsausgaben ist die GKV, gefolgt von öffentlichen und privaten Haushalten bzw. Organisationen ohne Erwerbszweck. Den gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungen kommt bei der Finanzierung der Gesundheitsförderungsausgaben nur eine untergeordnete Rolle zu.

Eine Aufstellung der Ausgaben der Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung gesamt sowie für BGF nach § 20 SGB V findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4: Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung 2008 bis–2015

Jahr	Ausgaben gesamt in Euro			Ausgaben Betriebliche Gesundheitsförderung in Euro		
	Je versicherter Person	Je direkt erreichter Person	Summe der Ausgaben	Je versicherter Person	Je direkt erreichter Person	Summe der Ausgaben
2008	4,84	71,53	339.786.312,00	0,51	67,09	35.930.186,00
2009	4,44	64,08	310.545.099,00	0,56	63,48	39.479.195,00
2010	4,33	59,45	302.514.000,00	0,60	63,43	42.156.000,00
2011	3,87	55,03	269.294.134,00	0,61	53,34	42.285.585,00
2012	3,41	50,02	237.968.748,00	0,66	51,75	46.124.474,00
2013	3,82	51,53	266.766.080,00	0,78	51,46	54.480.554,00
2014	4,16	57,51	292.543.505,00	0,96	55,80	67.788.825,00
2015	4,49	57,93	317.497.792,00	1,08	58,54	76.246.272,00

Quellen: Präventionsbilanzen – Tabellenbände 2010 bis 2016^{49, 87, 89, 93, 94, 117, 119}; Darstellung: GÖ FP.

Die Entwicklung der Ausgaben der GKV für Prävention und BGF zeigt Abbildung 11.

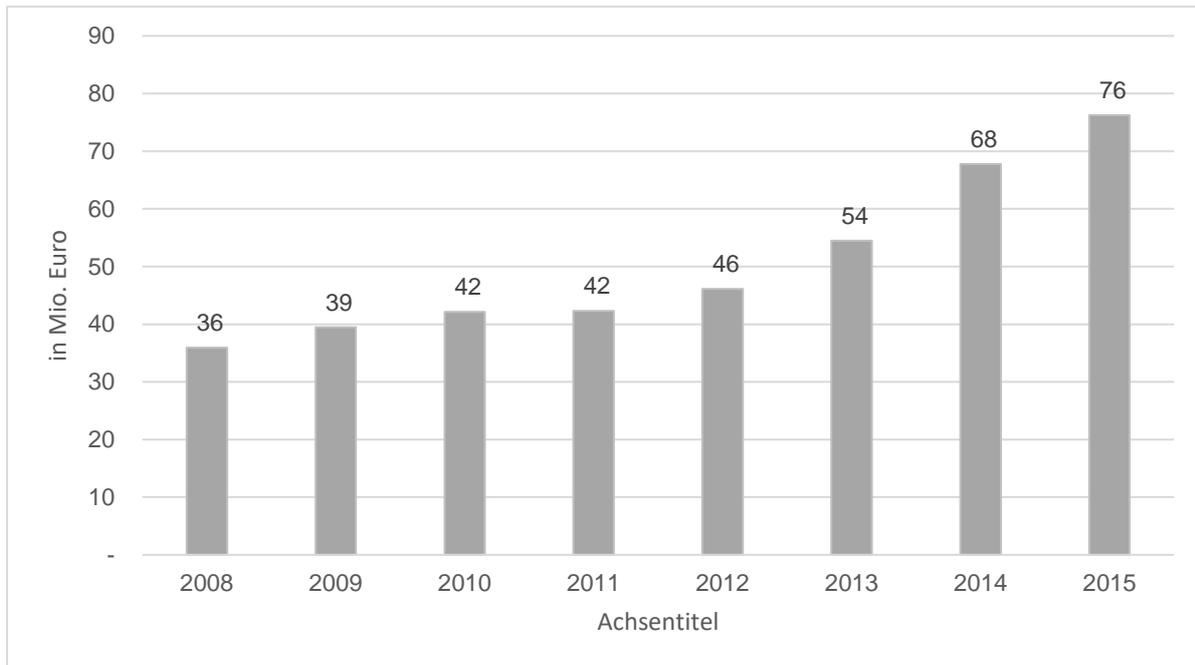


Abbildung 11: Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

Quellen: Präventionsbilanzen – Tabellenbände 2010 bis 2016^{49, 87, 89, 93, 94, 117, 119}; Darstellung: GÖ FP.

4 Forschungsfragen

4.1 Zielsetzung des Berichts

Der HTA-Bericht hat zwei wesentliche Zielsetzungen:

- Zum einen wird ein Überblick über die unterschiedlichen Zuständigkeiten der öffentlichen Träger in Deutschland gegeben und der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen diese haben.
- Zum anderen soll der Frage nachgegangen werden, ob wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit gesetzlich geförderter Maßnahmen zu BGF vorliegen.

Der inhaltliche Schwerpunkt dieses Berichts liegt gemäß Festlegung durch den Auftraggeber auf den Domänen Organisation, Medizin, Sozialwissenschaft und Ethik. Die Domänen Recht und Ökonomie werden mit geringerer Tiefe bearbeitet. Die Domäne Recht ist bereits in Kapitel 3.4 ausgeführt und wird nicht mehr weiter dargestellt.

4.2 Operationalisierung der Forschungsfragen

4.2.1 Domäne Organisation

1. Welche Maßnahmen im Rahmen von BGM werden von der GKV, der Renten- und der Unfallversicherung in Deutschland gefördert?
2. Liegen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die BGM-Bereiche der GKV, der Renten- und der Unfallversicherung in Deutschland vor? Werden diese Ziele evaluiert und wenn ja, wie erfolgreich ist ihre Umsetzung?
3. Wie wirken sich die unterschiedlichen Zuständigkeiten in Deutschland auf eine effiziente Umsetzung und Förderung von BGM aus?

4.2.2 Domäne Medizin

1. Wie ist die Effektivität von BGF-Maßnahmen laut internationalen Übersichtsarbeiten zu bewerten? 2. Wie können diese Maßnahmen kategorisiert werden? (verhaltens- und verhältnisbezogen, kombinierte Interventionen)
3. Liegen auch Publikationen oder Evaluationen hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen der deutschen GKV im Rahmen von deren Aktivitäten zu BGF vor? Falls ja, was sind die Ergebnisse?

4.2.3 Domäne Sozialwissenschaft und Ethik

1. Bestehen Ungleichheiten im Zugang zu BGF-Maßnahmen in Unternehmen auf der Mikro- (bestimmte Bevölkerungsgruppen) bzw. Makroebene (Ungleichheiten zwischen Branchen)?
2. Hat die Ausgestaltung des Angebotes der gesetzlichen Krankenversicherung Einfluss auf die Zugangsgerechtigkeit von Maßnahmen zu BGF?
3. Gibt es Hinweise darauf, dass die Persönlichkeitsrechte bei präventiven Gesundheitsmaßnahmen in Unternehmen beeinträchtigt werden?

4.2.4 Domäne Ökonomie

Die Domäne Ökonomie wird im gegenwärtigen HTA-Bericht nur rudimentär untersucht. Welche Kosten-Nutzen-Relation hat eine öffentlich geförderte Maßnahme der BGF – dargestellt anhand eines Praxisbeispiels aus Deutschland?

Sollte ein Praxisbeispiel aus Deutschland nicht gefunden werden, werden ökonomische Ergebnisse aus der internationalen Literatur dargestellt.

4.3 Vorgeschlagener Berichtstitel

Für den Bericht wird folgender Titel vorgeschlagen: „Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland. Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und soziale Bedeutung“

5 Methodik

5.1 Literaturrecherche

5.1.1 Domäne Organisation

Um Maßnahmen der jeweiligen Träger zu identifizieren, wurde eine **systematische Internetsuche** über die Suchmaschine Google durchgeführt (Suchwörter: gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Berufsgenossenschaften, betriebliches Gesundheitsmanagement, Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement). Außerdem wurden die Websites der Sozialversicherungen sowie weitere einschlägige Websites, z. B. von Bundesministerien, durchsucht (Suchzeitraum Januar/Februar 2016).

Für die noch offenen Fragestellungen wird zum einen auf die bereits im Modul A identifizierten Leitlinien und Unterlagen zurückgegriffen sowie eine **systematische Literatursuche** in ausgewählten Datenbanken durchgeführt (Suchstrategie siehe 10.1).

5.1.2 Domäne Medizin

Ziel der Literaturrecherchen für die Fragen 4 und 5 der Domäne Medizin (4.2.1) ist, einen möglichst breiten Überblick über Maßnahmen im Setting Betrieb sowie Wirksamkeitsnachweise dazu anhand internationaler wissenschaftlicher Evidenz zu gewinnen. Gesucht wird nach Reviews von Reviews, die auf systematischen Literaturrecherchen basieren. Neben Maßnahmen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands liegt ein Schwerpunkt auf Muskel-Skelett- und psychischen Erkrankungen. Es wird eine Internetrecherche (Suchmaschine Google, Schlagworte: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention, Arbeitsschutz, Wirksamkeit) durchgeführt, ergänzt durch eine systematische Recherche (Suchstrategie siehe 10.1).

Um praxisrelevante und kontextbezogene Ergebnisse für Deutschland zu erhalten (Frage 6), wird nach Evaluationsstudien aus Deutschland mit Wirkungsnachweisen für BGF gesucht. Dazu wurden Fragen an den Spitzenverband der Krankenkassen (GKV), den Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement e. V. (BBGM), die BVPg, den BKK-Dachverband (BKK = Betriebskrankenkasse), den Arbeitskreis für Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) und Internetrecherchen (u. a. AOK, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gerichtet und ergänzend eine Suche in MEDLINE und der Cochrane Library (Suchstrategie siehe Suchstrategie siehe 10.1 durchgeführt).

5.1.3 Domäne Sozialwissenschaft und Ethik

Zur Beantwortung der Fragestellungen aus den Domänen Sozialwissenschaft und Ethik wird eine **systematische Literatursuche** in ausgewählten Datenbanken (inklusive MEDLINE und Cochrane-Datenbanken) durchgeführt.

Es wird nach Literatur bzw. Studienergebnissen gesucht, die zeigen, welche Bevölkerungsgruppen durch BGF-Maßnahmen angesprochen werden. Bei dieser Analyse werden nur Leistungen der gesetzlichen Akteure betrachtet bzw. Leistungen, die von diesen gefördert wurden.

Für die Suche in Datenbanken wird je eine Schlagwortgruppe zur BGF/BGM, zu öffentlichen Akteuren (GKV, Unfall-, Rentenversicherung) und zur sozialen Dimension (soziodemografische Merkmale, Zugangsbeschränkungen, ethische Aspekte) gebildet. Der Block „BGF/BGM“ wird mit den Blöcken „Träger“ und „Soziales“ mit UND-verknüpft.

Ferner wird ergänzend eine **systematische Internetsuche** durchgeführt. Hierbei wird über die Suchmaschine Google sowie über einschlägige Websites, wie z. B. die Website www.gesundheitliche-chancengleichheit.de und www.health-inequalities.eu, gesucht. Die identifizierten Unterlagen werden auch hinsichtlich weiterführender Literaturangaben geprüft.

5.1.4 Domäne Ökonomie

Es wurden Fragen an den Spitzenverband der Krankenkassen (GKV), den BBGM, die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg), den BKK-Dachverband, den Arbeitskreis

für gesundheitsförderliche Hochschulen gerichtet und Internetrecherchen (u. a. AOK, (BZgA) sowie eine ergänzende Literatursuche in MEDLINE und der Cochrane Library durchgeführt (Suchstrategie siehe Suchstrategie siehe 10.1).

5.2 Synthese der Evidenz

5.2.1 Domäne Medizin

Die Synthese der Studienergebnisse erfolgt überwiegend tabellarisch. Die Studienergebnisse für die Beantwortung der Forschungsfragen werden qualitativ akkumuliert, relevante Daten werden in Tabellen extrahiert. Eine Klassifizierung der Stärke der Evidenz erfolgt – soweit möglich – qualitativ (Reviews of Reviews).

5.2.2 Soziale, ethische, organisatorische und ökonomische Aspekte

Die Inhalte der identifizierten Literatur werden sowohl in Tabellenform als auch deskriptiv dargestellt.

6 Ergebnisse

6.1 Ergebnisse der Domäne Organisation

In der Domäne Organisation wurde den folgenden Forschungsfragen nachgegangen:

Frage 1: Welche Maßnahmen im Rahmen von BGM werden von der GKV, der Renten- und der Unfallversicherung in Deutschland gefördert? Wurden diese Maßnahmen auf Basis von wissenschaftlicher Evidenz definiert?

Frage 2: Liegen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die BGM-Bereiche der GKV, der Rentenversicherung und der Berufsgenossenschaft in Deutschland vor? Werden diese Ziele evaluiert und wenn ja, wie erfolgreich ist ihre Umsetzung?

Frage 3: Wie wirken sich die unterschiedlichen Zuständigkeiten in Deutschland auf eine effiziente Umsetzung und Förderung von BGM aus?

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurden Artikel, Gesetze und Leitfäden herangezogen, die auf Basis einer umfassenden Handsuche identifiziert wurden.

6.1.1 Maßnahmen und Ziele der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung

BGM ist eine Querschnittsaufgabe, die verschiedene Akteure betrifft und deren Zusammenarbeit erfordert. Die öffentliche Hand hat über die Jahre die Stärkung und Verbreitung von BGM in Deutschland forciert. Mit dem 2015 beschlossenen PrävG wurde ein weiterer gesetzlicher Rahmen unter anderem in Bezug auf BGF in Deutschland geschaffen.

Arbeits- und Gesundheitsschutz, BGF sowie BEM stellen relevante Handlungsfelder für BGM dar. Jedes dieser Handlungsfelder beruht auf einer gesetzlichen Basis und wird von verschiedenen Institutionen und Akteuren entsprechend dieser Verpflichtung, darüber hinaus aber auch freiwillig getragen. Nachfolgend wird ein Überblick über die Aktivitäten der GKV, der Unfallversicherungsträger (UVT) sowie der Rentenversicherung im Bereich BGM gegeben.

6.1.1.1 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Eine zentrale Säule des deutschen Gesundheitssystems stellt die GKV dar, die auch der am längsten bestehende Zweig der Sozialversicherung ist. Die Krankenversicherung der Arbeiter wurde im Jahr 1883 geschaffen. Während damals rund 10 % der Bevölkerung pflichtversichert waren, sind heute rund 90 % der Bevölkerung in Deutschland gesetzlich krankenversichert.

Für die GKV gibt es keinen einheitlichen Versicherungsträger, sondern verschiedene Kassen, die aufgrund der historischen Entwicklung unterschiedliche Ausrichtungen hinsichtlich z. B. regionaler oder branchenspezifischer Faktoren aufweisen. 2016 gab es in Deutschland 123 verschiedene Krankenkassen, die sechs unterschiedlichen Kassenarten zugeordnet sind.

Von diesen sind – zahlenmäßig gesehen – die meisten sogenannten BKK, mit rund 38 % sind die meisten Personen jedoch in einer der Ersatzkassen (EK) bzw. mit rund 35 % in einer der AOK versichert. Den BKK gehören rund 17 % und den Innungskassen rund 8 % der Versicherten an. Seit 1996 können die Mitglieder ihre Krankenkasse grundsätzlich frei wählen.²⁵

Die GKV sowie die Pflegekassen werden sowohl innerhalb Deutschlands als auch auf europäischer und internationaler Ebene durch den GKV-Spitzenverband vertreten. Dessen Gründung geht auf die Gesundheitsreform 2007 zurück und ist in § 217 a SGB V geregelt. Vom GKV-Spitzenverband abgeschlossene Verträge und Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen und deren Landesverbände und somit auch für praktisch alle gesetzlich versicherten Personen. Die Krankenkassen und ihre Landesverbände werden durch den GKV-Spitzenverband bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt.⁵¹

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV

Die GKV entwickelt seit 2007 Ziele für die primärpräventiven und gesundheitsfördernden Aktivitäten, die auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlicher Grundlagen beruhen und Ziele-Initiativen von nationaler Bedeutung berücksichtigen.

Für die seit 2013 bis 2018 geltenden Ziele wurden dabei die Erfahrungen und Ergebnisse aus der vorherigen Ziele-Periode miteinbezogen.

Diese sind in arbeitsweltbezogene Präventions- sowie Gesundheitsförderungsziele untergliedert, wobei es verschiedene Teilziele gibt, die in Tabelle 5 dargestellt sind.

Tabelle 5: Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV für die Jahre 2013 bis 2018, Stand 2017

Arbeitsweltbezogene Präventionsziele
<u>Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 1: Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen</u>
Teilziel 1.1: Zahl und Anteil der durch Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung erreichten Betriebe sind erhöht.
<u>Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2: Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Teilziel 2.1: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht. • Teilziel 2.2: Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ sind erhöht. • Teilziel 2.3: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ sind erhöht.
Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderungsziele
<u>Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung: Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Teilziel 1: Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht. • Teilziel 2: Zahl und Anteil der Betriebe mit einem Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure sind erhöht. • Teilziel 3: Zahl und Anteil der Betriebe, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind erhöht. • Teilziel 4: Zahl und Anteil der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben sind erhöht.

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung.

Ob die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV regelhaft umfassend evaluiert werden, konnte aus der identifizierten Literatur jedoch nicht klar abgeleitet werden. Allerdings wird erwähnt, dass die Erfahrungen aus den vorherigen Ziele-Perioden in die Entwicklung der neuen Ziele einfließen.

Maßnahmen der GKV – BGF

Im § 20 SGB V wird der GKV gesetzlich vorgeschrieben, sich für BGF zu engagieren. Diese Pflichtleistung existiert seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007, wobei sich die Krankenkassen teilweise auch schon zuvor freiwillig im Bereich BGF engagiert hatten¹³. Welche Methoden und Instrumente bei der Umsetzung von BGF-Maßnahmen eingesetzt werden und wie das Angebot der GKV organisiert wird, ist im § 20 SGB V jedoch nicht explizit geregelt. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, die Angebote zielorientiert und flexibel zu gestalten.

Für den Bereich der BGF wird vom GKV-Spitzenverband der „Leitfaden Prävention“ herausgegeben, der unter anderem abgestimmte Leistungen der verschiedenen Krankenkassen für BGF hinsichtlich Inhalt, Methodik und Qualität sichern soll und somit den inhaltlichen und qualitativen Rahmen für BGF nach §§ 20 SGB V gibt. Der Leitfaden Prävention legt Handlungsfelder und Kriterien als Grundlage für

die Leistungen der Krankenkassen für Primärprävention und BGF fest. Diese sind für die Leistungserbringer vor Ort verbindlich und Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht durchgeführt oder gefördert werden.⁴⁷

Laut Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbands vom 09. Dezember 2017⁴⁷ ist im Kapitel 6 „Betriebliche Gesundheitsförderung, das noch in der Fassung vom 10. Dezember 2014 gültig ist⁴⁸, folgendes geregelt: Die Krankenkassen erbringen Unterstützungsleistungen in verschiedenen Prozessabschnitten der BGF. Für welchen dieser Prozessabschnitte aber tatsächlich Beratungsleistungen der einzelnen Kassen angeboten werden, ist jedoch krankenkassenspezifisch und auch regional unterschiedlich.

Prozessabschnitte der BGF

Im ersten Schritt können die Krankenkassen bei der Erhebung und Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb inklusive der Erfassung der vorhandenen Risiken und Potenziale unterstützen.

Auf Grundlage dieser Analyse werden Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickelt und das Unternehmen wird bei der Umsetzung unterstützt. Im Leitfaden wird betont, dass in allen Phasen sowohl die Verantwortlichen im Betrieb als auch die Beschäftigten die Gesundheitsförderungsaktivitäten unterstützen und gemeinsam weiterentwickeln sollen.

Nach der Umsetzungsphase sollen die Ergebnisse der Maßnahmen bewertet werden. Diese stellen eine wichtige Grundlage für den nächsten Projektschritt dar, da so die Qualität der Maßnahmen verbessert werden kann und eine nachhaltige Verankerung im Betrieb forciert wird.

Mögliche Leistungen der Krankenkassen für BGF sind:

- Analyse-Leistungen (z. B. Arbeitsunfähigkeits-, Arbeitssituations- und Altersstrukturanalysen, Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Durchführung von Workshops und anderen Verfahren) zur Bedarfsermittlung
- Beratung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen
- Beratung zur Ziel- und Konzeptentwicklung sowie zu allen Themen der Beschäftigtengesundheit einschließlich Unterstützungsmöglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- Unterstützung beim Aufbau eines Projektmanagements
- Moderation von Arbeitsgruppen, Gesundheitszirkeln und ähnlichen Gremien
- Qualifizierung/Fortbildung von Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung
- Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen
- Interne Öffentlichkeitsarbeit
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung

Inhaltlich sind die Leistungen einem oder mehreren Handlungsfeldern zugeordnet:

1. Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung

- Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsablauf und -bedingungen
- Gesundheitsgerechte Führung
- Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen
 - Bewegungsförderliche Umgebung
 - Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag
 - Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb

2. Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil

- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
- Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
- Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb

3. Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

- Verbreitung und Implementierung von BGF durch überbetriebliche Netzwerke

Die GKV setzt im Interesse hoher Wirksamkeit auf die Kombination von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen.

Interessierte Betriebe können sich an jede Krankenkasse ihrer Wahl wenden, bei der ein Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versichert ist. Grundsätzlich ist die Förderung der Krankenkassen zeitlich befristet, nach Beendigung der GKV-Förderung sollen die Betriebe BGF in eigener Verantwortung weiterführen. Zur Förderung der Nachhaltigkeit gibt es auch die Möglichkeit einer bedarfsorientiert – auch wiederholten – Förderung von Analyse- und Beratungsleistungen sowie die Einkommenssteuerbefreiung nach § 3 Nr. 34 Einkommenssteuergesetz. Die Förderung der Krankenkassen kann in persönlicher, sächlicher und/oder finanzieller Form erfolgen.

Von der Förderung ausgeschlossen sind dagegen:

- Aktivitäten, die zu den Pflichtaufgaben eingebundener oder anderer Akteure und Partner gehören
- Isolierte, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene Maßnahmen externer Anbieter und deren individuumsbezogene Abrechnung
- Forschungsprojekte/Screenings ohne Interventionsbezug
- Aktivitäten von politischen Parteien sowie parteinahen Organisationen und Stiftungen

Die Unterstützungsleistungen der Krankenkassen sind jedoch an Vorgaben geknüpft, die sich auf den Umfang und die Inhalte der BGF im Unternehmen beziehen.

Als Förderkriterien werden genannt:

- Vorhandensein einer Unternehmensleitlinie zu BGF bzw. die Bereitschaft, im Laufe des Prozesses eine solche oder ein Äquivalent zu schaffen
- Einbindung der Beschäftigten bzw. deren gewählter Vertreterinnen und Vertreter
- Durchführung von regelmäßigen Ist-Analysen
- Steuerung der Maßnahmen durch ein Gremium, in dem auch der Arbeitsschutzausschuss nach § 11 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vertreten ist
- Regelmäßige Auswertung der Maßnahmen und Ergebnisse sowie Dokumentation derselben, die den an BGF beteiligten Partnern zugänglich ist

Die GKV sind laut § 20 Absatz 2 SGB V (gültig bis 2015) dazu verpflichtet, für das Wahrnehmen ihrer Aufgaben nach Absatz 1 (Prävention und Selbsthilfe) und nach den §§ 20 a (Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung) und 20 b (betriebliche Gesundheitsförderung) SGB V monetäre Unterstützung zu leisten. Im Jahr 2006 müssen diese Leistungen für jeden ihrer Versicherten 2,74 Euro betragen; die Beträge sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen⁹⁵. Der Orientierungswert im Jahr 2014 war 3,09 Euro pro Versicherten⁹⁰.

Durch die Einführung des neuen PräVG in Deutschland wurde § 20 überarbeitet, nun sind Leistungen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung in § 20 Absatz 3 SGB V festgelegt. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20 a bis 20 c müssen insgesamt 2015 für jeden ihrer Versicherten 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 7 Euro betragen. Ab 2016 wenden die Krankenkassen von diesem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach den § 20 a (Leistungen in nicht-betrieblichen Lebenswelten) und 20 b (Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung) auf. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20 a, so stellt die Krankenkasse diese nicht-ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20 a zur Verfügung. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen.⁸⁰

Zur weiteren monetären Unterstützung bieten die Krankenkassen auch Bonusmodelle an, die laut § 65 a SGB V in ihrer Satzung vorgesehen sein können. Bei BGF-Maßnahmen durch Arbeitgebende können dabei sowohl die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Über die Gestaltung der Bonusprogramme und Zielkriterien zur Ausschüttung eines Bonus können die Kassen dabei unabhängig entscheiden.

Die tatsächliche Umsetzung von Maßnahmen durch die einzelnen Krankenkassen ist jedoch von verschiedenen Faktoren abhängig. Dies sind z. B. die Kassengröße, das Interesse der Entscheidungsträger am Thema sowie die Bedeutung, die dem Thema in Bezug auf den Wettbewerb und die jeweilige Position der Kasse zukommt.

Eine Kooperation einzelner Kassen gestaltet sich – unter anderem wegen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes – häufig schwierig, da die Kassen auch im Bereich des BGM/BGF miteinander konkurrieren. Für Unternehmen bedeutet dies, dass sie verschiedenen Kassen mit unterschiedlichen Beratungsangeboten gegenüberstehen, da die Belegschaft häufig bei vielen verschiedenen Kassen versichert ist.¹³

Aktivitäten im BEM

Neben Leistungen zu BGF unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Rolle als Rehabilitationsträger auch Unternehmen bei der Einführung bzw. Durchführung von BEM. Die GKV nimmt für die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber eine Vermittlerrolle bei der Entwicklung des BEM ein und kann gleichzeitig Initiator im Prozess des jeweiligen Einzelfalles sein.⁵²

Hierzu laufen auf Ebene der einzelnen Kassen Aktivitäten, z. B. werden von einzelnen Kassen Informationsbroschüren herausgegeben; auf Ebene der GKV konnte jedoch keine kassenübergreifende Strategie identifiziert werden.

Aktivitäten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz

Laut § 20 c müssen die Krankenkassen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren unterstützen. Hierfür sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.

Im Besonderen sollten die Krankenkassen die gesetzliche Unfallversicherung über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen in Kenntnis setzen. Falls bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem UVT mitzuteilen.⁹⁵

6.1.1.2 Unfallkassen und Berufsgenossenschaften

Unfallkassen und Berufsgenossenschaften sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die bereits 1884 eingerichtet und seitdem kontinuierlich erweitert wurde. Die 19 Unfallkassen sind dabei für die öffentliche Hand, z. B. für Behörden und Betriebe des Bundes, zuständig, während die neun Berufsgenossenschaften den Teil der gewerblich Beschäftigten abdecken. Die Berufsgenossenschaften sind nach Gewerbebranchen gegliedert und decken das jeweilige Gewerbe z. B. Metall, Bau, Handel, Transport, Verwaltung oder Gesundheits- und Wohlfahrtswesen ab. Die Unfallversicherung der öffentlichen Hand setzt sich aus bundesweit zuständigen Unfallkassen, solchen im Landesbereich, Gemeindeunfallversicherungsverbänden und Feuerwehr-Unfallkassen zusammen³⁶.

Unfallkassen und Berufsgenossenschaften sind im Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) organisiert. Dieser übernimmt unter anderem zahlreiche Querschnittsaufgaben der Prävention³³, z. B.:

- Strategische Kooperationen mit Ministerien, Behörden und Arbeitsschutz-Institutionen auf nationaler wie internationaler Ebene
- Aufbereitung und Erstellung von Informationen zur Prävention aus allen Bereichen
- Koordination und Verwaltung der Vorschriften-, Regel- und Informationsschriftenwerke der UVT
- Ausbildung und Prüfung von Aufsichtspersonen
- Ausbildung von Sicherheitsfachkräften

- Einrichtung und Koordination von Expertengremien zu Arbeitsschutzfragen und verschiedenen Fachgebieten

Ziele der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften

Die UVT halten als Träger im Rahmen der gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) verschiedene Arbeitsschutzziele fest.

Für den Zeitraum von 2013 bis 2018 wurden die folgenden Arbeitsschutzziele festgelegt³⁷:

- Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes
- Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich
- Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung

Zur Umsetzung der Ziele wurden von den GDA-Trägern drei verschiedene Arbeitsprogramme aufgesetzt, wobei die GDA-Träger für die Umsetzung der Arbeitsprogramme eng mit verschiedenen Sozial- und Kooperationspartnern, z. B. Krankenkassen, Fachverbänden und Netzwerken, zusammenarbeiten.

Die Zielerreichung der Arbeitsschutzstrategie wird sowohl prozessbegleitend als auch im Nachhinein evaluiert, wobei die Basis ein einheitliches Bewertungsschema mit entsprechenden Indikatoren ist³⁷.

Laut dem Evaluationsbericht zur Strategieperiode 2008 bis 2012⁷¹ hat das GDA-Arbeitsprogramm positive Effekte auf den betrieblichen Arbeitsschutz. Die Ergebnisse einer im Rahmen der Evaluation durchgeführten repräsentativen Betriebsbefragung zeigen, dass Betriebe, die in die GDA-Arbeitsprogramme eingebunden waren, signifikant bessere Ergebnisse bei zentralen Aspekten des Arbeitsschutzes (Gefährdungsbeurteilung, Unterweisung, sicherheitstechnische und betriebsärztliche Betreuung) aufweisen als Betriebe, die nicht eingebunden waren.

Maßnahmen der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften – Arbeitsschutz und BEM

Der Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung ist im (SGB VII geregelt und umfasst Prävention, Rehabilitation und Entschädigung.

Nach § 1 SGB VII ist die Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung⁹⁷:

- Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und
- bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen sowie die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.

Dabei ist die Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung nicht die Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Betrieben, sondern die Beratung und Unterstützung der Betriebe bei der Umsetzung. Hierfür wurden geeignet Maßnahmen und Instrumente entwickelt.¹³

Die übergreifende strategische Zielsetzung der Präventionsleistungen der UVT ist es, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen. Aufgrund der verschiedenen Träger der Unfallversicherung wurde von der DGUV eine Übersicht über die Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger herausgegeben, die als Rahmenkonzept dienen soll³³.

Um dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, bieten die UVT demnach verschiedene Präventionsleistungen in den folgenden zehn Kategorien an¹⁰⁶:

1. Anreizsysteme

Ziel dieser Präventionsleistung ist es, Anreize für die Förderung von präventivem Verhalten zu setzen und zur eigeninitiierten Gestaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Betrieben anzuregen. Dazu werden in Abhängigkeit von der Durchführung bestimmter Präventionsmaßnahmen bzw. der Realisierung eines bestimmten Schutzniveaus Vorteile monetärer oder auch nicht-monetärer Art gewährt. Hierunter fallen Prämienmodelle, Wettbewerbe und Auszeichnungen für Unternehmen.

2. Beratung (auf Anforderung)

Unternehmen oder Versicherte werden in Bezug auf die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten oder arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren beraten. Dies kann vor Ort, telefonisch oder schriftlich geschehen und kann z. B. die Beratung zum Thema Organisation von Sicherheit und Gesundheit, die Beratung von Unternehmen bei der Anschaffung neuer Maschinen oder auch Beratung zum BEM beinhalten.

3. Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung

Hierbei werden dem Unternehmen Hilfsmittel zur Umsetzung einer qualifizierten Betreuung zur Verfügung gestellt. Die Umsetzung des ASIG in Unternehmen durch eine qualitativ hochwertige betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung wird unterstützt. Ziel ist es, die Mindeststandards des Arbeitsschutzes sicherzustellen und Synergieeffekte durch eine enge fachliche Verknüpfung mit der Präventionsarbeit des UVT zu schaffen.

4. Ermittlung

Bei dieser Präventionsleistung geht es darum, die möglichen Ursachen und Begleitumständen von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten oder arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu ermitteln. Ziel ist dabei eine möglichst zeitnahe Ermittlung, um die für die Rehabilitations- und Entschädigungsleistungen notwendigen Ergebnisse bereitzustellen. Zudem sollen die Ergebnisse für zukünftige Prävention verfügbar sein.

5. Forschung, Entwicklung und Modellprojekte

Forschung und Entwicklung auf dem Gebiet der Sicherheit und Gesundheit sollen betrieben werden, um verschiedene gesundheitsrelevante Fragestellungen, wie z. B. die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen, zu klären. Diese Forschungsergebnisse können in der Praxis genutzt werden. Ziele sind dabei zudem, eine übergreifende Planung, Durchführung und den Austausch von Arbeitsergebnissen zu gewährleisten und Gefährdungen, Gefährdungsschwerpunkte und deren Ursachen systematisch zu ermitteln, um diese Informationen als Handlungsgrundlage für anderen Präventionsleistungen verwenden zu können. Beispiele dafür sind Forschungsprojekte wie „CCall – Erfolgreich und gesund arbeiten im Call Center“ und „Optimierung konstruktiver Explosionsschutz – Maßnahmen an Elevatoren“.

6. Information und Kommunikation

Ziel dieser Präventionsleistung ist es, die Öffentlichkeitsarbeit auszubauen, um Wissen über Prävention zu verbreiten und dabei auch die Zielgruppen systematisch zu erreichen. Außerdem soll der Aufbau von Kooperationen mit anderen Partnern gefördert werden. Hierfür werden verschiedene Informationsmaterialien (z. B. Informationsschriften oder Online-Angebote) bereitgestellt und Messen und Kongresse besucht. Weitere Leistungen sind die Durchführung von Kampagnen oder das Organisieren von Veranstaltungen. Ein Beispiel dafür ist die Entwicklung eines Internetportals für die Branche Zeitarbeit, ein weiteres die Erstellung einer Informationsbroschüre zum Thema „Verminderung des Überfallrisikos in Tankstellen“.

7. Prüfung/Zertifizierung

Die Einhaltung von Sicherheits- und Gesundheitsanforderungen an Arbeitsmittel und Systeme wird beurteilt, Produktprüfungen und Zertifizierungen für Mitgliedsbetriebe und andere Kunden werden durchgeführt. Zudem werden Personen für die Durchführung bestimmter Arbeitstätigkeiten zertifiziert und Managementsysteme auditiert und zertifiziert. Im Rahmen dieser Präventionsleistung werden z. B. Staub beseitigende Maschinen geprüft, zertifiziert und ein Prüfzeichen vergeben.

8. Regelwerk

Diese Präventionsleistung bezieht sich auf Vorschriften, Regeln und Normen, die der Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren dienen und von der gesetzlichen Unfallversicherung erarbeitet, überprüft und aktualisiert werden.

9. Qualifizierung

Unter diese Präventionsleistung fällt die Durchführung von beruflichen Weiterbildungen zur Qualifizierung jener Personen, die in Betrieben mit Sicherheits- und Gesundheitsaufgaben beauftragt sind. Hierbei werden Wissen und Fertigkeiten zum Erkennen von Sicherheits- und Gesundheitsrisiken vermittelt und es wird zur Umsetzung von Maßnahmen motiviert. Ziele sind unter anderem die systematische

Qualifizierung von Multiplikatoren und die systematische Kontaktpflege zu den Mitgliedsunternehmen. Ein Beispiel für diese Präventionsleistung ist die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit.

10. Überwachung einschließlich anlassbezogener Beratung

Es werden betriebliche Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren angeboten, die Sicherstellung der Ersten Hilfe in Unternehmen wird überwacht und Besichtigungsberichte erstellt. Zudem wird die Beseitigung von Mängeln angeordnet und die Mängelbeseitigung verfolgt. Werden die Mängel nicht beseitigt, wird ggf. ein entsprechendes Verwaltungsverfahren eingeleitet. Ein Beispiel stellt die Überwachung der Arbeitsschutzvorschriften für Arbeitsplätze mit Absturzgefahr dar.

BEM

Neben Präventionsleistungen bietet die gesetzliche Unfallversicherung als Rehabilitationsträger auch Unterstützung im BEM an. Ein Leitfaden zum BEM, der als Praxishilfe für die Beratung der UVT in den Betrieben dienen soll, wurde von deren DGUV herausgegeben. Darin werden auch die Unterstützungsmöglichkeiten beschrieben, die die UVT bieten³⁸.

Im Leitfaden zum BEM werden die Einzelfall- sowie die Strukturberatung zur Einführung oder Weiterentwicklung eines BEM beschrieben. Bei der Einzelfallberatung unterstützen die UVT die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in der Durchführung des BEM nach Arbeitsunfällen, die eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Wochen zur Folge haben. Dabei wird neben einer optimalen medizinischen Rehabilitation auch die Sicherung des vorhandenen Arbeitsplatzes durch technische, organisatorische oder persönliche Maßnahmen forciert. Hierzu gehören z. B. die stufenweise Wiedereingliederung oder die Anpassung des Arbeitsplatzes durch Hilfsmittel oder Umbauten.

6.1.1.3 Deutsche Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung ist ein weiterer Sozialversicherungsträger in Deutschland und unter anderem mit der Altersvorsorge von Beschäftigten sowie der Rentenzahlung bei verminderter Erwerbsfähigkeit und Leistungen zur Rehabilitation betraut. Sie besteht seit rund 120 Jahren und versichert mehr als 57 Millionen Personen in Deutschland. Die gesetzliche Rentenversicherung setzt sich aus 16 eigenständigen Trägern zusammen, die seit 2005 als „Deutsche Rentenversicherung“ gemeinsam auftreten³⁵.

Die gesetzlichen Grundlagen sind im SGB VI geregelt. Neuversicherte Arbeitnehmer/innen werden seit dem 01. Januar 2005 automatisch einem dieser Träger zugeordnet.

Auf Basis des § 31 Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI erbringt die deutsche Rentenversicherung medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, also zur Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung⁹⁶. Diese Zuordnung beruht auf der Überlegung, „dass medizinische und multiprofessionelle Interventionen bereits im Vor- oder Frühstadium bei vielen verhaltens-, aber insbesondere auch lebensstilbedingten Gesundheitsstörungen die Gesunderhaltung fördern bzw. die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Beschäftigungsfähigkeit begrenzen können“⁴⁴.

Hierzu wurde 2012 ein Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI verabschiedet und inzwischen auch aktualisiert⁴⁴. Auf Basis dessen wurde ein Leitfaden erstellt mit dem Ziel, Leistungserbringer, Leistungsträger und beteiligte Berufsgruppen über Inhalte, Ziele und Verfahrensabläufe von Präventionsleistungen des Rentenversicherungsträgers zu informieren⁴⁵.

Das Rahmenkonzept beschrieb erstmals eingehend Inhalt, Ablauf und Form der Präventionsleistungen der Rentenversicherung. Es bildete damit eine gemeinsame Grundlage für die unterschiedlichen Präventionsleistungen, die von den regionalen Rentenversicherungsträgern angeboten werden, und wurde offen gestaltet, um eine Weiterentwicklung und Optimierung des Leistungsangebots zu ermöglichen.

Ziele der deutschen Rentenversicherung

Aufgrund der gefundenen Literatur konnten keine dezidierten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele identifiziert werden. Im Rahmenkonzept werden jedoch verschiedene Aspekte genannt, die von den Leistungen vornehmlich abgedeckt werden sollen.

Die Leistungen sollen laut Rahmenkonzept insbesondere⁴⁴:

- die Kompetenz und die Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten erhöhen,
- Informationen und Fähigkeiten zu den Themen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung vermitteln,
- der Entwicklung einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (insbesondere Alkohol und Medikamenten) vorbeugen,
- den Tabakkonsum reduzieren sowie
- die Zusammenhänge zwischen Lebensführung und Entstehung und/oder Verschlimmerung von Krankheiten anschaulich und mit Bezügen zum Lebensalltag der Versicherten vermitteln.

Ob die Ausgestaltung der Leistungen regelhaft evaluiert wird, konnte aufgrund der identifizierten Quellen nicht festgestellt werden.

Maßnahmen der deutschen Rentenversicherung

Grundsätzlich werden Leistungen zur Verhaltensprävention angeboten, wobei auch eine Kombination mit verhältnispräventiven Leistungen möglich ist.

Um Leistungen zu erhalten, müssen Versicherte bestimmte persönliche Voraussetzungen erfüllen. Diese liegen vor, wenn sie einer Beschäftigung nachgehen, die ihre Erwerbsfähigkeit negativ beeinflusst und sich dies in ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen niederschlägt, die aber an sich noch keinen Krankheitswert haben. Beispiele für solche erste gesundheitliche Beeinträchtigungen sind beginnende Funktionsstörungen der Bewegungsorgane oder der inneren Organe sowie psychische Beeinträchtigungen.

Als gesundheitlich bedeutsame arbeitsbedingte Einflussfaktoren zählen dabei z. B.:

- Arbeitsinhalte (Art und Umfang der Tätigkeit, zum Beispiel starke körperliche Belastungen, psychische Belastungen, Verantwortung für Personen und Sachwerte)
- die Arbeitsumgebung (zum Beispiel Lärm)
- die Arbeitsorganisation (zum Beispiel Arbeitsverdichtung, Wechselschichtarbeit)
- psychosoziale Komponenten (zum Beispiel Führungsstil, Betriebsklima)
- Arbeitsmittel (zum Beispiel Bildschirmtätigkeit)

Das Präventionsangebot richtet sich gezielt an aktuell Beschäftigte, die aus gesundheitlichen Gründen Bedarf für frühzeitig einsetzende Leistungen zur Sicherung ihrer Beschäftigungsfähigkeit haben. Dabei steht die Förderung der Eigenverantwortung des Beschäftigten zur Gestaltung eines gesundheitsgerechten Lebensstils im Alltag und am Arbeitsplatz im Vordergrund. Die seelische und körperliche Gesundheit soll mit dem Ziel verbessert werden, eine individuelle Verhaltensmodifikation und die Stabilisierung von Lebensstiländerungen zu initiieren.

Die Präventionsleistungen der Rentenversicherung sind grundsätzlich modular aufgebaut und umfassen verschiedene, aufeinander aufbauende Phasen: die Initial-, die Trainingsphase, die Auffrischungstage und die Eigenaktivitätsphase. Dabei sind die jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen sowohl für die organisatorische als auch für die inhaltliche Umsetzung verantwortlich.

In der Initialphase werden der individuelle Gesundheitsstatus erfasst und ein berufsbezogenes und individuelles Anforderungs- und Fähigkeitsprofil der Teilnehmenden erstellt. Zudem werden ein theoretischer und praktischer Einstieg in das Präventionsprogramm (zum Beispiel durch Impulsvorträge) gegeben sowie ein individueller Trainingsplan für die nachfolgende Phase erstellt. Die Initialphase wird in stationärer oder ganztägig ambulanter Form erbracht.

Die Trainingsphase bildet ein berufsbegleitendes Intensivtraining, das auf die Inhalte der Initialphase aufbaut. Dabei wird Handlungs- und Effektwissen über einen nachhaltig gesunden Lebensstil vermittelt.

Trägerübergreifende Kooperationen (z. B. gemeinsam mit Krankenkassen) sind möglich, auch in Hinblick auf eine wirksame Verhältnisprävention^{44, 45}.

BEM

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat sich unter anderem zum Ziel gesetzt, Unternehmen und Betriebe bei der Einführung eines BEM zu unterstützen. Hierfür wurden Handlungsempfehlungen entworfen und diese in Form eines unverbindlichen Wegweisers herausgegeben. Darin wird darauf hingewiesen, dass es sich nur um Empfehlungen handelt; welche Vorgaben im Rahmen der Durchführung eines BEM im Einzelfall einzuhalten und welche Maßnahmen durchzuführen sind, hängt von den jeweiligen individuellen Umständen ab³⁴.

6.2 Ergebnisse der Domäne Medizin

Frage 4: Wie ist die Effektivität von Maßnahmen zu BGF laut internationalen Übersichtsarbeiten zu bewerten?

Frage 5: Wie können diese Maßnahmen kategorisiert werden? (verhaltens- und verhältnisbezogen, kombinierte Interventionen)

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen konnten zwei umfassende Umbrella-Reviews (Reviews of Reviews) identifiziert werden, die jeweils auf systematischen Literaturrecherchen beruhen:

- iga.Report 28, Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention, 2015²³
- Institutionelle betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. Internationale Evidenz. Bestandsaufnahme Österreich. Perspektiven (Rosian-Schikuta et al., 2016)⁸⁶

In der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) kooperieren gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung. Ziel der Initiative ist es, arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durch Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung vorzubeugen. Getragen wird iga vom BKK Dachverband e. V., der DGUV, dem AOK-Bundesverband und dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek).

Der iga.Report basiert auf einer systematischen Literatursuche (MEDLINE via PubMed, EMBASE, Cochrane Library, NelH, High Wire Press, Google, Google Scholar und Zentrales Informationssystem der gesetzlichen Unfallversicherung, Hessisches Bibliotheks- und Informationssystem, World CAT) und Handrecherchen. Er umfasst den Zeitraum August 2006 bis März 2012. Der iga.Report 28 beinhaltet sowohl Studien zur Wirksamkeit und zum Nutzen von arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention sowie auch zu Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Arbeitsschutzes. Einschlusskriterien waren:

- Publikationssprache Deutsch oder Englisch
- Systematische Übersichtsarbeiten: Metaanalysen und Reviews
- Veröffentlichung in internationalen Fachzeitschriften oder Magazinen mit Peer-Review-Verfahren
- Arbeitsweltbezogene Interventionen
- Erhebung allgemeiner Gesundheitsindikatoren oder Risikofaktoren
- Erhebung krankheitsspezifischer Zielgrößen bei Muskel-Skelett und psychischen Erkrankungen

Mit Ausnahme von Erkrankungen von Muskeln, Skelett oder Psyche wurden Arbeiten mit krankheitsspezifischen Zielgrößen aus Kapazitätsgründen nicht berücksichtigt.

Tabelle 6: Anzahl berücksichtigter Studien zu arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung u. Prävention¹

Interventionsbereich		Anzahl Reviews	Anzahl Studien
Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens	Bewegungsförderung	6	281
	Gesunde Ernährung	3	76
	Nikotinentwöhnung	4	98
	Alkoholprävention	1	10
	Gewichtskontrolle	5	180
	Mehrkomponenteninterventionen	12	294
	Partizipative Ergonomie	1	23
	Total	32	962

Fortsetzung Tabelle 6

Prävention psychischer Erkrankungen	Total	20	468
Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen	Allgemeine Prävention	4	89
	Pflegekräfte	2	32
	Bildschirmarbeit	2	> 27
	Spezifische Krankheitsbilder	14	247
	Total	22	> 395
	Gesamt	74	1.825

¹ Tabelle teilweise entnommen aus iga.Report 28²³.

Für die Beurteilung der Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention wurden insgesamt 74 Übersichtsarbeiten mit mehr als 1.825 Studien im iga.Report²³ berücksichtigt.

In Tabelle 20 sind die Ergebnisse des iga.Reports 28²³ zusammenfassend für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens dargestellt (Synthese der Evidenz). Dabei wurde die Evidenz nach sieben Programmen unterschieden. Die wesentlichen Ergebnisse nach diesen Programmen sind:

1. Programme zur Förderung der physischen Aktivität

Es wurden sechs Übersichtsarbeiten mit 281 Studien identifiziert. Primär handelt es sich um Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität (Fitness-Programme, Krafttraining, Schrittzähler, Treppensteigen, Beratung zur Bewegungsförderung etc.).

In der Metaanalyse von **Abraham & Graham-Rowe** (2009, zitiert in iga.Report 28²³), die RCT und quasi-experimentelle Studien beinhaltet, konnte für die meisten Interventionen kein oder nur ein geringer Effekt zur Verbesserung der körperlichen Aktivität festgestellt werden; einen höheren Effekt zeigten Laufen und Schrittzähler. Die insgesamt 55 untersuchten Interventionen bezogen sich auf **verhaltenspräventive** Maßnahmen. Untersuchte Endpunkte können dem iga.Report nicht entnommen werden.

In der systematischen Übersichtsarbeit von **Barr & Anderson et al.** (2011, zitiert in iga.Report 28²³) werden primär verhältnispräventive Maßnahmen zur Förderung der **körperlichen Aktivität** untersucht, wobei kurze Bewegungseinheiten in den Arbeitsalltag eingebaut werden (kurze Bewegungseinheiten sind z. B. zehn Minuten Aerobic oder aktive Meetings, eingeschränkte Nutzung von Aufzügen). Die Studien wurden großteils in den USA durchgeführt, nur eine Studie wies ein randomisiertes kontrolliertes Design auf. Das Autorenteam kommt zu dem Schluss, dass die körperliche Aktivität gesteigert wird (in einigen Studien verbesserten sich der Body-Mass-Index (BMI) und das Gewicht und verringerten sich Depression und Stress), sie empfehlen **aktive Pausen in den Arbeitsalltag** zu integrieren. Die Studienqualität wird von iga teilweise als schlecht eingestuft.

Das systematische Review von **Brown et al.** (2011, zitiert in iga-Report 28²³) untersucht die Auswirkungen **körperlicher Aktivität auf Präsentismus** und psychosoziale Faktoren. Eingeschlossene Studiendesigns waren RCT und Beobachtungsstudien. Die eingeschlossenen Interventionen sind Seminare, Stretching, Entspannung, Beratung, Fitness-Coaching. Es wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass **verschiedene Interventionen sich positiv** auf das Wohlbefinden auswirken, **eine** bestimmte **Maßnahme kann nicht identifiziert** werden, unter anderem auch deshalb, weil mehrere gleichzeitig angewendet wurden. Von iga wird bemerkt, dass es oftmals keine Kontrollgruppen gab und mehrere Interventionen gleichzeitig durchgeführt wurden, sodass die erfolgreichen Strategien nicht identifiziert werden können.

Conn et al. (2009, zitiert in iga.Report 28²³) versuchen in einer Metaanalyse, die Effekte von Bewegungsförderung auf Bewegungsverhalten, Gesundheit, Lebensqualität, Stress, Fehltage und Zufriedenheit zu quantifizieren. Die untersuchten Interventionen waren primär erzieherische und motivationssteigernde Maßnahmen sowie Sportinterventionen, eingeschlossenes Studiendesign waren RCT. Das Autorenteam zieht den Schluss, dass sich einige Maßnahmen zur Bewegungsförderung **positiv auf das Bewegungsverhalten** von Beschäftigten und dadurch auf deren Gesundheit auswirken. Die **Aussagekraft** der Metaanalyse ist aber durch die große **Heterogenität** der Primärstudien und durch methodische Mängel **eingeschränkt**. Kausale Zusammenhänge sollten in weiteren Studien mit qualitativ hochwertigem Studiendesign und umfassender Datenlage geklärt werden.

Das systematische Review von **Dugdill et al.** (2008, zitiert in iga.Report 28²³) untersucht im Auftrag des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Maßnahmen zur Bewegungsförderung. 14

von 33 eingeschlossenen Studien weisen eine gute oder sehr gute Qualität auf. Für Maßnahmen zur Förderung des **Treppensteigens** wurden nur **kurzfristige Effekte** identifiziert; das Autorenteam fand **Evidenz für die Wirksamkeit** von **Schrittzählern und Beratung** am Arbeitsplatz. Einschränkend ist zu vermerken, dass es kaum Evidenz für Maßnahmen in kleinen und mittleren Betrieben gibt.

Wong et al. (2012, zitiert in iga.Report 28²³) untersuchten bewegungsfördernde Maßnahmen, die ausschließlich **Männer** adressieren. Dabei handelte es sich meistens um Mehrkomponentenprogramme wie Bewegungsförderung und Maßnahmen zum Gewichtsmanagement oder zur Nikotinentwöhnung. In fünf von 13 untersuchten Studien (Studiendesigns waren RCT, quasi-experimentelle Studien und Prä-Post-Vergleichsstudien) konnte das Autorenteam einen statistisch signifikanten Einfluss auf das Bewegungsverhalten identifizieren. In den Studien mit signifikanter Verbesserung kamen folgende Interventionen zum Einsatz: **Ermutigung zu freiwilliger Bewegung, Trainerstunden, Bewegungsberatung, Einbezug der Familie in das Bewegungsprogramm, Veränderungen des Arbeitsumfelds** (z. B. gesündere Menüs), **kombinierte Maßnahmen** mit organisatorischen und edukativen Elementen und ein webbasiertes Programm zur Erhöhung der Motivation. Relevante Zielgrößen in den Studien waren: Wochenstunden, die für Bewegung aufgewendet wurden, wöchentlicher Kalorienverbrauch, wöchentlicher Leistungsumsatz, Teilnahmequote von Männern an Bewegungsprogrammen. Die Art der Intervention und die Messung der Zielparameter variierte beträchtlich zwischen den Studien. Eine eindeutige **Identifikation einer Maßnahme** war **nicht möglich**. Das Autorenteam empfiehlt objektive Messmethoden und Zielparameter in die Studiendesigns zu integrieren.

2. Programme zur Förderung gesunder Ernährung

Die Metaanalyse von **Adriaanse et al.** (2011, zitiert in iga.Report 28²³), die überwiegend Fall-Kontroll-Studien mit Eigenangaben der Befragten zu ihrem Ernährungsverhalten nach motivationsbasierten Maßnahmen zur Förderung von gesunder **Ernährung** untersuchte, kommt zu dem Schluss, dass **positive Effekte** hinsichtlich des Ernährungsverhaltens erkennbar sind, aber **keine harten Daten** abgeleitet werden können, und dass zukünftig kontrollierte Studien mit **Zielparametern erforderlich** seien.

Die systematische Übersichtsarbeit von **Jensen et al.** (2011, zitiert in iga.Report 28²³) konzentrierte sich auf **ökonomische Aspekte** von betrieblichen Interventionen zur Ernährungsverbesserung (Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitskosten, Absentismus, Krankenstandstage, Präsentismus, Blutfettwerte, BMI-Veränderung, Anzahl gesundheitlicher Risikofaktoren, gesundheitsbezogenes Verhalten). Die untersuchten Strategien waren vielfältig, z. B. Förderung gesunder Ernährung, teilweise in Kombination mit Nikotin- und Alkoholprävention und/oder Aktivitätsförderung. Zudem wurden Gewichtswettkämpfe, Belohnung und Kostenerstattung untersucht. In 13 von 30 eingeschlossenen Studien (Studiendesigns: sieben RCT, 20 quasi-experimentelle Studien, drei Querschnittstudien) befassen sich mit direkten ökonomischen Aspekten, es konnten in allen 13 Studien **positive Effekte auf Absentismus und Produktivität** festgestellt werden.

Weitere untersuchte Strategien in den verbleibenden 17 Studien umfassen Schulungen, Informationskampagnen, Änderung des Kantinenangebots hinsichtlich der gesundheitlicher Effekte und zeigen auch überwiegend **positive Effekte**, insbesondere wenn **edukative** Maßnahmen beinhaltet sind. Insgesamt verbesserten die Programme die Ernährungsweise durch eine leichte Zunahme des Obst- und Gemüseverzehrs um 0,3 bis 0,5 tägliche Portionen, eine ein- bis zweiprozentige Erhöhung der Einnahme von Ballaststoffen und eine Reduktion der Fettaufnahme um 1 bis 10 %. Auf gesundheitlicher Ebene führten diese Ernährungsumstellungen zu einer leichten Reduktion des durchschnittlichen BMI um 0,5 BMI-Punkte und zu einer deutlichen Reduktion der Blutfettwerte um 15 bis 20 %.

Ni Mhurchu et al. (2010, zitiert in iga.Report 28²³) betrachten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit 16 Studien unterschiedlichster Studiendesigns (kontrollierte und nicht-kontrollierte Interventionsstudien). Acht Studien untersuchen Verhaltensänderungen durch Einzel- und Gruppenberatung, e-Mails, elektronisches Diätfeedback; zwei eingeschlossene Studien betrachten organisatorische Maßnahmen wie Veränderung des Kantinenangebots und der Menüpläne, Etikettierung von Lebensmitteln, sechs Studien untersuchen eine Kombination von individuellen und organisatorischen Maßnahmen. Die **organisatorischen und die kombinierten Maßnahmen zeigen leicht positive Effekte** (weniger Fettverzehr, mehr Obst- und Gemüse). Einschränkend ist zu bemerken, dass der Großteil der Studien auf Erhebung objektiver Parameter verzichtet (selbstberichtete Änderung der Teilnehmenden sind die über-

wiegenden Zielparameter). Zukünftig sollten laut dem Autorenteam objektive Zielparameter wie Körpergewicht oder Cholesterinspiegel einbezogen werden. Viele Studien weisen methodische Mängel wie Fehlen einer Kontrollgruppe auf.

3. Programme zur Rauchentwöhnung und Tabakkontrolle

Dazu wurden acht systematische Reviews mit unterschiedlichen Schwerpunkten im iga.Report 28²³ identifiziert.

Albertsen et al. (2006, zitiert in iga.Report 28²³) untersuchen den **Einfluss des Arbeitsumfelds** auf **Rauchverhalten**, Aufhorraten und Rückfälle, eingeschlossen sind 22 Kohorten- und Interventionsstudien. Es konnte bestätigt werden, dass das **Arbeitsumfeld** die Anzahl der gerauchten Zigaretten wesentlich beeinflusst, für Aufhorraten und Rückfälle konnte keine Evidenz gefunden werden. Hohe Anforderungen im Beruf führen zu mehr gerauchten Zigaretten.

Der Cochrane Review von **Cahill & Perrera** (2009, zitiert in iga.Report 28²³) konzentriert sich auf Interventionen am Arbeitsplatz zum Rauchstopp (Anreize, auch finanzielle). Die 17 untersuchten Studien beinhalten RCT und nicht-randomisierte Studien. **Anreize und Wettbewerbe** wirken sich **nicht langfristig (> 6 Monate)** auf die Aufhorraten aus, die Teilnahmeraten werden erhöht. Es besteht ein großer Unterschied zwischen der Eigenaussage der Teilnehmenden und dem tatsächlichem Rauchstopp.

Im Cochrane Review von **Cahill et al.** (2008, zitiert in iga.Report 28²³) werden verschiedene **Nikotinentwöhnungsprogramme** (Beratung, Bereitstellung von Selbsthilfematerial, pharmakologische Interventionen wie die Nikotinersatztherapie, soziale Unterstützung, Wettbewerbe, betriebliche Gesundheitsprogramme) untersucht. Aufhorraten und Rauchprävalenz nach mindestens sechs Monaten waren die Zielparameter. Starke **Evidenz** für die Wirksamkeit von **Gruppeninterventionen, individuellen Beratungsangeboten** und **pharmakologischen** Interventionen wurde festgestellt. Die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Rauchentwöhnung sei für die genannten Maßnahmen doppelt so hoch wie für Maßnahmen auf der Basis von Selbsthilfematerial. Für letztere besteht nach Cahill et al. weiterhin keine Evidenz.

Leeks et al. (2010, zitiert in iga.Report 28²³) untersuchen ebenfalls **Anreize und Wettbewerbe** zum Rauchstopp anhand von 14 Reviews, wovon zwölf in den USA durchgeführt wurden. Anreize als alleinige Maßnahme wurden nur in einer Studie untersucht, die aus methodischen Gründen ausgeschlossen wurde. Für **kombinierte Interventionen** (finanzielle Anreize und zusätzliche Maßnahmen wie Schulungen, Beratung, Netzwerke, soziale Unterstützung, Nikotinersatztherapie) schließt das Autorenteam auf **starke Evidenz**. Zum Beispiel zeigte eine Studie mit Mehrkomponentenprogramm eine signifikante Reduktion der Rauchprävalenz um 2 %. 13 Studien fanden heraus, dass Interventionen zu einer veränderten Abstinenzrate führen: Die Abstinenzrate stieg durch Interventionen im Durchschnitt um 4 %, wobei die Nacherhebung im Mittel im Abstand von zwölf Monaten nach der Intervention erfolgte.

Troxel und Volpp (2012, zitiert in iga.Report 28²³) beschäftigen sich ebenfalls mit der Wirkung von **finanziellen Anreizen**, dazu untersuchen sie neun Studien aus dem Cochrane Review von Cahill & Perrera (2009) und ergänzen sie durch zwei weitere Studien. Beurteilt wird die langfristige Aufhorraten (zwölf Monate nach Studienbeginn). Das Autorenteam zieht die Schlussfolgerung, dass die im Cochrane Review eingeschlossenen Studien nur auf kleinen Studienpopulationen beruhen und dass die finanziellen Anreize gering waren. Aus diesem Grund könne **nicht von einer bewiesenen Ineffektivität von Anreizsystemen** zur Nikotinentwöhnung gesprochen werden. Es sollte noch genauer die Art und Höhe der finanziellen Anreize untersucht werden.

4. Programme zur Alkoholprävention

Die Datenlage ist hier sehr eingeschränkt, es konnte nur ein Review gefunden werden: **Webb et al.** (2009, zitiert in iga.Report 28²³) mit zehn Studien unterschiedlichen Studiendesigns (RCT, randomisierte Studien ohne Kontrollgruppe, Zeitreihen) mit methodologischen Problemen. Als Gesamtbewertung stellen Webb et al. fest, dass Arbeitnehmer-Assistenz-Programme, Gesundheitsberatungen und Informationsveranstaltungen zu **einem geringeren Alkoholkonsum** und zu weniger problematischem Verhalten im Arbeitsleben führen.

5. Programme zur Gewichtskontrolle

Im iga.Report 28²³ finden sich dazu acht systematische Reviews. In der Zusammenschau der Ergebnisse zeigt sich, dass die erzielten Gewichtsabnahmen eher bescheiden ausfallen. **Moderate Evidenz**

besteht für die Wirksamkeit **von kombinierten Interventionen** (Ernährung, Bewegung, organisatorische Maßnahmen). Verweij et al. (2009, zitiert in iga.Report 28²³) verweisen in ihrer Metaanalyse darauf, dass größere Effekte in Studien mit geringerer Studienqualität im Vergleich zu Studien mit höherer methodischer Qualität beobachtet wurden.

6. Mehrkomponentenprogramme

Insgesamt wurden zwölf systematische Übersichtsarbeiten mit 294 Studien im iga.Report 28²³ gefunden, die typischerweise Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention verknüpfen. Ein Vergleich der Ergebnisse ist wegen der Vielzahl der Maßnahmen, Messinstrumente und erhobenen Zielparameter nicht möglich.

Das Cochrane Review von Goldgruber & Ahrens (2009, zitiert in iga.Report 28²³), das 17 Studien umfasst (Metaanalysen und systematische Reviews), findet **starke Evidenz** für **Stressmanagement, Gruppentherapie, individuelle Beratung** und **Nikotinersatztherapie** zur Rauchentwöhnung und **Informationen über gesunde Ernährung**. Verhaltenspräventive Maßnahmen weisen einen deutlich höheren Evidenzgrad auf, was von dem Autorenteam auf forschungsmethodische Gründe zurückgeführt wird. Aus Sicht des Autorenteam werden die besten Ergebnisse von Multikomponentenprogrammen aus einer **Kombination mit verhaltens- und verhältnispräventiven Elementen** erzielt.

Groeneveld et al. (2010, zitiert in iga.Report 28²³) analysieren in ihrer systematischen Übersichtsarbeit Lebensstilinterventionen in Bezug auf den Risikofaktor Herz-Kreislaufkrankungen anhand von 31 RCT. Bezüglich der Zielparameter **Körpergewicht und BMI** weisen 14 von 20 Studien eine hohe methodische Qualität auf. Es liegen jedoch **widersprüchliche Ergebnisse** vor (sieben RCT fanden einen signifikanten Effekt, sechs RCT dagegen nicht), daher konnte keine Aussage getroffen werden. Der **Körperfettanteil** wurde in sechs Studien untersucht, wovon drei methodisch hochwertig sind und einen signifikanten Effekt für die **Wirksamkeit von Beratungen, Gruppenschulungen und Trainings** zeigen. Zu den Zielparametern Blutdruck, Blutfette und Blutzucker konnte keine Evidenz gefunden werden, dies sei laut dem Autorenteam auch auf die fehlende Vergleichbarkeit der Studien zurückzuführen. Eine Subgruppenanalyse für Personen mit höherem Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen zeigt, dass diese eine höhere Gewichtsreduktion erzielten.

Kuoppala et al. (2008, zitiert in iga.Report 28²³) untersuchen in ihrem Review den Zusammenhang von Maßnahmen der BGF mit Jobzufriedenheit, Arbeitsfähigkeit, Absentismus und Frühberentung anhand von 46 Studien (RCT, cluster-randomisierte Studien, Kohorten- und Querschnittstudien). Das Autorenteam findet nur für Krankentage eine schwache Evidenz und können **keine allgemeinen Empfehlungen**, abgesehen von weiterer Forschung, ableiten.

McDermott et al. (2010, zitiert in iga.Report 28²³), die aktives Altersmanagement (Verbesserung der Gesundheit, Lebensstil, Arbeitsfähigkeit, Prävention von chronischen Erkrankungen) anhand von 21 Studien mit unterschiedlichen Interventionen untersuchen, können auch **keine allgemeine Empfehlung** – ausgenommen weiterer Forschungsbedarf – abgeben, da die Anzahl verfügbarer Studien begrenzt ist.

Novak et al. (2007, zitiert in iga.Report 28²³), die vier Studien aus Neuseeland (drei RCT und ein Review) zusammenfassen, die betriebliche Maßnahmen zur Förderung der **kardiovaskulären Gesundheit** untersuchten, folgern, dass **gute Evidenz** für arbeitsplatzbezogene Maßnahmen zur kardiovaskulären Primärprävention in Gewerbebetrieben besteht. Dabei handelt es sich mehrheitlich um **Multikomponentenprogramme** (Beratung, Schulung, Modifikation der Arbeitsumgebung, Stressmanagement, Screening von Risikofaktoren, Ernährungsberatung, Betreuung durch ärztliches Personal, Fitness-Trainer).

Osilla et al. (2012, zitiert in iga.Report 28²³) analysieren betriebliche **Wellness-Programme** in Bezug auf Bewegung, Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum, körperlichen und geistigen Gesundheitszustand, Gesundheitskosten und Absentismus. Eingeschlossen sind insgesamt 33 Interventionsstudien, wovon die Hälfte RCT sind. Aus Sicht des Autorenteam besteht insgesamt ein Mangel an Studien mit robustem Design, **drei Viertel der eingeschlossenen Observationsstudien fanden positive Resultate, wohingegen nur etwa die Hälfte der RCT zu positiven Ergebnissen** kam. Weitere Mängel betreffen kleine Teilnahmezahlen, kurze Follow-up-Zeiten und auf Selbstangaben basierende Zielparameter. Nach Osilla et al. steht der weiten Verbreitung betrieblicher Programme zur Gesundheitsförderung noch eine **geringe Anzahl qualitativ hochwertiger** Forschung gegenüber.

Das systematische Review **von Palmer et al.** (2012, zitiert in iga.Report 28²³) untersucht die Effektivität von gemeinde- und arbeitsplatzbasierten Interventionen zum Erhalt des Arbeitsplatzes und zur Verringerung von krankheitsbedingten Fehlzeiten bei Beschäftigten mit **Muskel-Skelett-Erkrankungen**. 42 Studien, darunter 34 RCT, werden herangezogen. Die Hälfte der Studien legt ihren Fokus auf Patienten und Patientinnen mit Rückenschmerzen. Eingesetzte Maßnahmen umfassen Verhaltensänderungen, kognitive Verhaltenstherapie, Physiotherapie, Rückenschule, körperliches Training (Stretching, Ausdauer- sowie Krafttraining) und Informationen zu sicherer Haltung und Arbeitstechnik, aber auch Veränderungen auf organisatorischer Ebene (z. B. Adaption des Arbeitsplatzes, Integration von Sportprogrammen in den Arbeitsalltag, partizipative ergonomische Maßnahmen, Verringerung von Belastung und Arbeitsstunden). In den meisten Studien wurden mehrere Strategien aus verschiedenen Bereichen zu einem Mehrkomponentenprogramm kombiniert, die Mehrheit der Interventionen **führte zu positiven Ergebnissen** hinsichtlich der Zielparameter Rückkehr zur Arbeit, Dauer der Krankentage, Häufigkeit des Jobverlusts wegen einer Muskel-Skelett-Erkrankungen. Durchschnittlich konnten die Dauer der Krankenstände um einen Tag pro Monat reduziert werden und die Wahrscheinlichkeit zur Rückkehr an den Arbeitsplatz und zum Erhalt des Arbeitsplatzes erhöht werden. Zwischen den Interventionsformen gibt es keine Unterschiede, die durchschnittliche Teilnehmerzahl ist jedoch gering. Mit zunehmender Größe der Studienpopulation und Qualität der Studien werden die Effekte geringer. Eine Subgruppenanalyse der qualitativ hochwertigen Studien ergab insgesamt eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, nach einer Muskel-Skelett-Erkrankung an den Arbeitsplatz zurückzukehren, um 10 %. Monatlich wurden die Krankentage um 0,3 bis 0,5 Tage reduziert. Die **Evidenz wird als schwach eingeschätzt** und weitere Forschung empfohlen.

Die Metaanalyse von **Parks et al.** (2008, zitiert in iga.Report 28²³) hinsichtlich der Zielparameter Absentismus, Jobzufriedenheit, Partizipation und Durchführung von Wellness-Programmen anhand von 17 kontrollierten Studien stellt **positive Auswirkungen** auf die Zielparameter **in geringem bzw. moderatem** Ausmaß fest. Laut den Autorinnen sind Beschäftigte, die an betrieblichen Wellness-Programmen teilnehmen, tendenziell gesünder und zufriedener sind als Nicht-Teilnehmende. Die Ergebnisse ihrer Metaanalyse unterstützen somit den weiteren Einsatz von betrieblichen Wellness-Programmen. Weiterer Forschungsbedarf besteht nach Parks und Steelman insbesondere zu der Frage, aus welchen Gründen Beschäftigte an betrieblichen Programmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen oder nicht teilnehmen und inwieweit Veränderungen auf organisatorischer Ebene die Teilnahmebereitschaft von Beschäftigten erhöhen können.

Pelletier (2009, zitiert in iga.Report 28²³) untersucht in seinem systematischen Review Maßnahmen der **BGF und das Management von Erkrankungen** anhand von Multikomponentenprogrammen anhand von 16 Studien aus den USA. In allen Studien werden Kosteneffektivität und klinische Wirksamkeit **nachgewiesen**, da aber nur ein RCT verfügbar war, ist das Ergebnis **mit Vorbehalt** zu sehen.

Anhand eines systematischen Reviews über 32 Einzelstudien untersuchen **Soler et al.** (2010, zitiert in iga.Report 28²³) die Effektivität von BGF-Interventionen, die teilweise oder ausschließlich auf dem Konzept „assessment of health risks with feedback“ (AHRF) basieren. AHRF bezeichnet ein **biometrisches Screening**, das in den USA zu den am häufigsten eingesetzten Maßnahmen innerhalb der BGF zählt. Anhand von Fragebögen und teilweise unterstützt durch Laborparameter werden Risiken für wichtige Krankheiten und für einen frühzeitigen Tod ermittelt. Die Risiken werden im Rahmen einer Schulung oder Beratung kommuniziert. Dies kann sowohl elektronisch via E-Mail als auch mündlich durch ärztliches Personal oder Betriebsangehörige erfolgen. Zielparameter sind gesundheitsbezogenes Verhalten (Alkoholkonsum, Rauchen, Ernährung, Bewegung, Sicherheitsgurtnutzung), Laborparameter (Blutdruck, Blutfettwerte, körperliche Fitness, Körperzusammensetzung) und die weiteren Indikatoren Absentismus, Gesundheitskosten und Produktivität. Für die meisten Zielparameter können **positive Ergebnisse, jedoch meistens mit geringen Effekten** eruiert werden, basierend auf jedoch auf Studien mit schwachen Studiendesigns (Vorher-Nachher-Studien). In 51 Studien war AHRF eine Zusatzstrategie zu anderen BGF-Maßnahmen wie Wettkämpfen, Ernährungsberatung und Sportangeboten. Das Ergebnis zeigt einen Rückgang von Alkoholkonsum und einen sinkenden Prozentsatz von Beschäftigten mit riskantem Trinkverhalten. Auch der Fettverzehr wurde signifikant geringer. Eine Erhöhung des Obst- und Gemüseverzehrs konnte dagegen nur in einem nicht-signifikanten Ausmaß erreicht werden. In Bezug auf das Rauchverhalten zeigt sich AHRF als Zusatzmaßnahme besonders effektiv, der Anteil der rauchenden Beschäftigten konnte gesenkt werden (relative Reduktion um 13 %). Zudem scheinen sich

AHRF-Plus-Maßnahmen günstig auf den Blutdruck und die Cholesterinwerte auszuwirken. Acht von neun Studien zur körperlichen **Fitness** zeigen ebenfalls positive Resultate, allerdings in **geringem Ausmaß**, moderate Effekte wurden hinsichtlich **Risikostatus**, Inanspruchnahme von **Gesundheitsdiensten** und **Absentismus** festgestellt. Soler et al. empfehlen AHRF als nützliches und wirksames Instrument in der BGF.

Van Oostrom et al. (2009, zitiert in iga.Report 28²³) untersuchen Maßnahmen zur Rückkehr am Arbeitsplatz anhand von sechs RCT. Primärpräventive Maßnahmen wurden ausgeschlossen. Bei den Maßnahmen handelte es sich um **Veränderungen organisatorischer Strukturen** (Arbeitsplatz, Equipment, Arbeitsbedingungen, Arbeitsumfeld) oder Fall-Management unter Beteiligung der Unternehmensleitung (insbesondere Gespräche über die Gestaltung der Rückkehr an den Arbeitsplatz). Primärer Zielparameter war die **krankheitsbedingte Abwesenheit**. Die Analyse zeigt eine signifikante Reduktion der krankheitsbedingten Abwesenheiten. Das Autorenteam schließt daraus, dass Veränderungen des Arbeitsplatzes einen **positiven** Einfluss auf arbeitsrelevante Parameter wie die **Rückkehr an den Arbeitsplatz** haben.

Hutchinson und Wilson (2011, zitiert in iga.Report 28²³) analysieren anhand einer Metaanalyse die Wirksamkeit von Mehrkomponentenprogrammen zur **Prävention von Übergewicht und chronischen Erkrankungen** mit dem Ziel, jene Interventionen zu identifizieren, die mit einer längerfristigen Verhaltensänderung einhergehen. Dazu werden 29 kontrollierte Interventionsstudien herangezogen mit den Interventionen Motivationssteigerung, Edukation, kognitive Verhaltenstherapie, soziale Einflussnahme und Bewegung. Die Metaanalyse zeigte eine große Variabilität der Ergebnisse. Es wurde nur eine kleine Anzahl von Studien identifiziert, die Veränderungen über einen längeren Zeitraum nachbeobachteten. Die erreichten Effekte sind hier deutlich ausgeprägter als bei jenen Studien, die die Effekte gleich nach der Intervention messen; die größten Effekte werden durch Methoden zur **Motivationssteigerung** (Belohnungen oder Prämien) erzielt. Randomisierung wirkt sich ebenfalls auf das Ausmaß des nachgewiesenen Effekts aus: RCTweisen im Vergleich zu kontrollierten Studien ohne Randomisierung größere Effekte nach. Die Veränderung nur **einer Verhaltensmaßnahme ist effektiver** als eine gleichzeitige Veränderung **mehrerer** Verhaltensmaßnahmen. Da ein Nachbeobachtungszeitraum von drei Monaten laut dem Autorenteam relativ kurz ist, empfehlen sie die Durchführung weiterer Studien.

7. Partizipative ergonomische Maßnahmen

Rivilis et al. (2008, zitiert in iga.Report 28²³) untersuchen anhand von 23 Studien mit einem Vorher-Nachher-Design partizipative ergonomische Maßnahmen, bei denen die Beschäftigten in die Planung und Evaluierung von Arbeitsprozessen und -zielen einbezogen werden. Das Autorenteam vermerkt, dass sich diese Maßnahmen auf gesundheitsbezogene Parameter (Schmerz, Beschwerden aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen positiv auswirken; für Verletzungen und Krankenstandstage finden sie teilweise positive Evidenz. Die Aussagekraft ist aufgrund der Qualität der Studien (keine RCT) eingeschränkt.

Die Zusammenstellung der Ergebnisse des iga.eports 28²³ bezüglich Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychischer Erkrankungen finden sich in Tabelle 21 im Anhang (Kapitel 10.2.1).

Im Rahmen der GÖG-Studie (Rosian-Schikuta et al.⁸⁶) wurde ebenfalls eine systematische Suche nach Reviews und Metaanalysen zu BGF-Maßnahmen bzw. primärpräventiven Maßnahmen in Betrieben durchgeführt (Schwerpunkte: Allgemeine Gesundheit, Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Erkrankungen; Zeitraum: 2007 bis 2014). Die Literatursuche erfolgte in MEDLINE, EMBASE, Cochrane DSR, DARE, CCTR, HTA, NHSEED, ERIC und Pascal. Zudem wurde eine Handsuche auf folgenden Internetseiten durchgeführt: „The effective public health project“ (Kanada), Community Guide (USA), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, USA), The Institute of Health Economics (Kanada), NICE (Großbritannien), Evidence for Policy and Practice Information and Coordination Centre (EPPI-Centre, Großbritannien), Center for Disease Control and Prevention (USA), National Institute for Health and Welfare (Finnland), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, Schweden), WHO.

Als Studientypen wurden nur Systematische Reviews und Metaanalysen, die auf randomisierten kontrollierten Studien (RCT), kontrollierten Studien ohne Randomisierung (CT) und quasi-experimentellen Studien beruhen, eingeschlossen (siehe

Tabelle 7 und Tabelle 8).

Tabelle 7: PICO-Schema für Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Betrieben

Population	Arbeitnehmer/innen in Betrieben
Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen der Gesundheitsförderung (vor allem Multikomponenteninterventionen) oder primärpräventive Interventionen in Betrieben • Verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen • Maßnahmen allgemeiner Förderung von Gesundheit/Wohlbefinden • Maßnahmen zur Verhinderung von Muskel-Skelett- und psychischen Erkrankungen
Control	Keine Intervention
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Gesundheit/Verringerung von Morbidität/Mortalität • Verbesserung der Arbeitsfähigkeit • Verringerung von Krankenständen/Fehlzeiten/Präsentismus • Verbesserung der Lebensqualität • Beseitigung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen • Verringerung von Risikofaktoren (Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung ...)
Beobachtungszeitraum	Follow-up von mindestens drei Monaten
Studientyp	Systematische Reviews und Metaanalysen über folgende Arten von Interventionsstudien: <ul style="list-style-type: none"> • RCT • CT ohne Randomisierung, quasi-experimentelle Studien (natürliche, nicht-kontrollierte Ereignisse)
Sprachen	Deutsch, Englisch

CT = Kontrollierte Studie. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Darstellung übernommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien zur Wirksamkeit

<p>Einschlusskriterien zusammengefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachvollziehbare Qualitätsbewertung der Primärstudien wurde durchgeführt, entweder mit einem Qualitätstool oder einer Checkliste • Extraktionstabellen der Primärstudien sind verfügbar • Einstufung des Evidenzgrads bzw. qualitative Summierung der Stärke der Evidenz • Europäische Länder sind eingeschlossen • Deutsch oder Englisch • Setting Betrieb • Volltext verfügbar • Zeitraum: 2007 bis Januar 2014 	<p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rein methodische Studien • Leitlinien • Konferenzabstracts • Studien-/Registerprotokolle • Epidemiologische Studien • Nur Studien aus nicht-europäischen Ländern eingeschlossen (z. B. USA, Asien) • Studien zur Bewertung von Risikofaktoren • Impfmaßnahmen • Systematische Reviews und Metaanalysen bzw. Teile daraus, die bereits mit aktuelleren eingeschlossenen Überblicksarbeiten abgedeckt sind • Thematisch nicht-passende Fragestellungen
---	--

Darstellung übernommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

In der Literatursuche wurden zuerst die rezentesten verfügbaren systematischen Reviews und Metaanalysen herangezogen. Im „Schneeballverfahren“ wurden weitere Studien identifiziert und in die Analyse aufgenommen, wenn sie z. B. weitere Endpunkte oder weitere Interventionen untersuchen. Ausgeschlossen wurden jene systematischen Übersichtsarbeiten, die sich (größtenteils) auf die gleichen Primärstudien stützen wie schon einbezogene Reviews, um Verzerrungen zu vermeiden. Da zur Prävention von Muskel-Skelett- und psychischen Erkrankungen die GÖG-Suche zum einen aktueller waren und es zum anderen einige Überlappungen mit den im iga.Report aufgenommen Studien gibt, werden hier die Ergebnisse der GÖG-Studie⁸⁶ dargestellt (siehe Tabelle 10 und Tabelle 11).

Insgesamt wurden zwölf Reviews mit 181 Einzelstudien analysiert (

Tabelle 9).

Tabelle 9: Anzahl der berücksichtigten Reviews (Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten) und Anzahl der Studien

	Anzahl der Reviews	Anzahl der Studien
Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allgemein	5	68
Muskel-Skelett-Erkrankungen	4	54
Psychische Gesundheit	3	59
Gesamt	12	181

Darstellung: GÖ FP.

Tabelle 10: Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allgemein – Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten¹

Autor/in, Jahr Studien-design	Eingeschlossene Studien	Interventionen	Primäre Endpunkte	Primäre (positive) Ergebnisse	Evidenzstärke
Rongen et al. (2013) ⁸⁴ Metaanalyse	18 randomisierte kontrollierte Interventionsstudien	Individuumbezogene Maßnahmen: Bewegung und Ernährung	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand Krankenstandstage Produktivität Arbeitsfähigkeit	Statistisch signifikante Ergebnisse für alle Endpunkte, jedoch von geringem Ausmaß; qualitativ hochwertigere Studien zeigen geringere Effekte; mindestens wöchentlich durchgeführte Maßnahmen sind effektiver, Effekte in jüngeren Personengruppen höher	Moderat
Cancelliere et al. (2011) ³⁰ SR	14 Interventionsstudien	Individuumsbezogene und Multikomponentenprogramme	Präsentismus, gemessen mit diversen Fragebögen zu Arbeits-einschränkungen	Zehn von 14 Studien zeigen positive Effekte, davon waren sieben auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden zugeschnitten. Präsentismus schwierig und neu – daher Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren, mehr Anwendungsforschung nötig. Risikofaktoren für Präsentismus: Übergewicht, schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Stress, schlechte Beziehungen zu Kollegen/Kolleginnen und Management	Moderat
Cahill/Perera (2011) ²⁹ SR	19 Interventionsstudien	Anreizsysteme zur Raucherentwöhnung	Einstellung des Rauchens und Abstinenz für mindestens sechs Monate ab Beginn der Intervention	Nur eine (Volpp (2009)) von 19 Studien zeigte, dass Anreize langfristig Raucherentwöhnung fördern. Insgesamt wurden 750 USD für das Absolvieren eines Raucherentwöhnungsprogramms und anhaltende Abstinenz nach neun oder zwölf Monaten gewährt. Sechs Monate nach der letzten Zahlung hatte die Interventionsgruppe eine höhere Entwöhnungsrate als die Kontrollgruppe. Anmerkung: Das Raucherentwöhnungsprogramm wurde mit öffentlichen Mitteln finanziert bzw. die Teilnehmenden an dieses verwiesen. Die weiteren Studien wiesen diverse Schwächen auf (z. B. geringe Teilnehmendenzahl) bzw. wirkten sie nicht über einen längeren Zeitraum. Der Erfolg des Raucherentwöhnungsprogramms ist vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass die Teilnehmenden bei General Electrics vor allem Weiße mit höherer Bildung und Einkommen waren.	Moderat

Fortsetzung Tabelle 10

<p>Joyce et al. (2010)⁶³ SR</p>	<p>Zehn kontrollierte Vorher-Nachher-Studien, Follow-up > 6 Monate</p>	<p>Selbstbestimmter Arbeitseinsatz Flexible Arbeitszeit (meistens mit Kernzeit) Überstunden Stufenweiser Eintritt in den Ruhestand Unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung Befristete Arbeitszeit</p>	<p>Körperliche Gesundheit Geistige Gesundheit Gesundheit allgemein</p>	<p>Selbstbestimmte Schichtenteilung und selbstgewählter stufenweiser Eintritt in den Ruhestand verbesserten den Gesundheitszustand (inklusive Blutdruck, Müdigkeit, psychische Gesundheit, Schlafdauer und -qualität). Die Studien – es lag jeweils nur eine vor – zu freier Arbeitseinteilung, Überstunden, unfreiwilliger Teilzeitbeschäftigung und befristeten Arbeitsverträgen fanden keinen statistisch signifikanten Effekt bezogen auf den Gesundheitszustand. Die Studie zu „Überstunden“ berichtete nicht über das Ausmaß der Überstunden und deren Dauer - daher sind keine Schlussfolgerungen möglich. Die wenigen vorliegenden Studien zeigen, dass Wahlmöglichkeiten der AN einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben.</p>	<p>Niedrig (wenige Studien)</p>
<p>Bambra et al. (2009)¹⁵ Review of Reviews</p>	<p>Sieben SR</p>	<p>Psychosoziales Arbeitsumfeld: Mitbestimmung AN (Arbeitsbedingungen, -stunden, -aufgaben) Veränderung der Arbeitsorganisation (Schichtarbeit, gesetzliche Regelungen)</p>	<p>Gesundheit Wohlbefinden Gesundheitliche Ungleichheit</p>	<p>Verstärkter Fokus auf Veränderungen der psychosozialen Arbeitsbedingungen kann positive Effekte auf die Gesundheit haben. Selbstbestimmung der AN hat positive Wirkung auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden, kann auch gesundheitliche Ungleichheit reduzieren. Fünf von sieben Reviews untersuchen Gesundheitseffekte nach sozioökonomischen oder demografischen Kriterien. Die Effekte der Interventionen sind bei Männern größer als bei Frauen. Gesundheit von ethnischen Minderheiten und älteren AN wird stärker verbessert (vermutlich auch, weil deren Gesundheitsstatus vor Intervention schon schlechter war)</p>	<p>Niedrig (wenige Studien)</p>

AN = Arbeitnehmer/innen. SR = Systematisches Review.

¹ Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Tabelle 11: Muskel-Skelett-Erkrankungen – Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten¹

Autor/in, Jahr Studiendesign	Eingeschlossene Studien	Interventionen	Primäre Endpunkte	Primäre (positive) Ergebnisse	Evidenzstärke
Hoe et al. (2012) ⁵⁷ Systematisches Review	13 kontrollierte Interventionsstudien	Ergonomische Hilfsmittel (Armstützen, alternativer Computermaus) Pausen, Schulungen zur Prävention von Beschwerden der oberen Extremitäten und des Nackens	Neuerkrankungen Beschwerden Verlorene Arbeitstage Arbeitsunfähigkeit	Armstützen und alternative Maus reduzieren Inzidenz auch längerfristig, Rückgang von Beschwerden; Alternative Maus oder Armstützen alleine sind nicht effektiv, Pausen keine statistisch signifikantes Ergebnis, kein Ergebnis für verlorene Arbeitstage/Arbeitsunfähigkeit	Moderat für Inzidenz/niedrig Rückgang für der Beschwerden
Aas et al. (2011) ⁴ Systematisches Review, Metaanalyse	Zehn kontrollierte Interventionsstudien	Kombinierte Interventionen und Einzelinterventionen zur Reduzierung von Nackenbeschwerden	Schmerzprävalenz Krankenstände Wiederaufnahme Arbeit Änderung Erwerbsstatus (Frühpension, Teilzeit)	Für jeweilige Endpunkt meistens nur eine Studie verfügbar, es können keine Empfehlungen abgeleitet werden, welche Interventionen tatsächlich wirken.	Evidenz nicht eindeutig, qualitativ hochwertige Studien fehlen
Tullar et al. (2010) ¹⁰² Systematisches Review	16 kontrollierte und nicht-kontrollierte Interventionsstudien im Gesundheitswesen	Kombinierte und einzelne Interventionen zur Primär-/Sekundärprävention gegen Beschwerden im Bewegungsapparat	Beschwerden Bewegungsapparat	Moderate Evidenz für die Wirksamkeit von Multikomponentenprogrammen (Unterstützung Organisation, mechanische Hilfen, Schulungen) Moderate Evidenz für Training Ergonomische Schulungen allein zeigen keinen Effekt.	Moderat für Multikomponententraining
Bell/Burnett (2009) ¹⁸ Systematisches Review	15 kontrollierte Interventionsstudien (Primär-/Sekundär- und Tertiärprävention)	Diverse Trainingsmaßnahmen gegen Rückenbeschwerden (Einzel- und Mehrkomponentenmaßnahmen)	Anzahl Neuerkrankungen Schmerzintensität Krankenstände Arbeitsfähigkeit	Beschränkte Evidenz für Reduzierung der Neuerkrankungen (nur eine hochwertige Studie) Starke Evidenz für Reduzierung der Schmerzen Beschränkte Evidenz für Reduktion von Krankenständen: Starke Evidenz für Verbesserung der Arbeitsfähigkeit: Kurzes tägliches Training ist effektiv, welches genau, konnte nicht eruiert werden.	Hoch bis moderat

¹ Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Tabelle 12: Psychische Gesundheit - Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten¹

Autor/in, Jahr Studiendesign	Eingeschlossene Studien	Interventionen	Primäre Endpunkte	Primäre (positive Ergebnisse)	Evidenzstärke
Walter et al. (2012) ¹¹³ Systematisches Review	Insgesamt 33 kontrollierte Interventionsstudien mit 34 Publikationen				Moderat
	24 Studien zu individuumsbezogenen Interventionen (Verhalten)	Individuumsbezogen: unter anderem kognitives Verhaltenstraining, Kommunikationstraining, Beratung, Supervision, soziale Unterstützung, Entspannungsübungen	Burn-out (gemessen mit Burn-out-Skalen)	In 18 von 24 Studien (75 %) positive Veränderung nach der Intervention (Interventionsdauer zwischen zwei Tagen und acht Monaten); in sechs von elf Studien mit einem Follow-up innerhalb von sechs Monaten und in zwei von fünf Studien mit einem Follow-up nach über einem Jahr Reduktion von Burn-out nachgewiesen Burn-out-Komponenten Depersonalisierung und persönliche Leistungsfähigkeit: positive Veränderung, jedoch überwiegend nicht längerfristig (> 6 Monate). Eine Studie mit Auffrischkursen zum Training mit Stressoren zeigte auch nach 2½ Jahren positive Wirkung	
			Arbeitsbezogene Stressoren	Nur in 2 von 24 Studien untersucht, davon eine Studie mit Training zum Umgang mit Stressoren mit Nachbefragung nach einem Monat zeigte keine signifikante Veränderung bei der Arbeitsbelastung; die zweite Studie (Peterson et al. (2008)), mit einer Selbsthilfegruppe im Setting Krankenhaus und Reflexion der Arbeitssituation zeigte positive Veränderung hinsichtlich Arbeitsbelastung und Partizipation	
	Zehn Studien zu kombinierten (individuums- und arbeitsorganisationsbezogene Interventionen (Verhältnisse))	Kombinierte Interventionen: unter anderem Veränderung der Arbeitsorganisation bzw. -abläufe, -zeiten, Supervision, Coaching, soziale Unterstützung, Managementtraining	Burn-out (gemessen mit verschiedenen Burn-out-Skalen) Angst/Depression/Ermüdung	In sieben von zehn Studien (70 %) signifikante Reduktion nach der Intervention; acht Studien hatten ein Follow-up von sechs und mehr Monaten, davon in fünf Studien (63 %) längerfristig positive Wirkung. Eine Studie (Bourbonnais et al. (2006)/(2010)) im Setting Krankenhaus (Personen mit direktem Patientenkontakt) mit einem partizipativen Ansatz zeigte auch drei Jahre nach der Intervention eine Reduktion von Burn-out. Psychologische Effekte wie Ängstlichkeit, Depression, Ermüdung, negative Emotionen: überwiegend positive Veränderung, jedoch kaum Langzeitstudien (> 6 Monate) vorliegend	

Fortsetzung Tabelle 12

			Arbeitsbezogene Stressoren	In fast allen Studien untersucht, jedoch nur wenige mit eindeutig positiven Ergebnissen. Dazu zählt die Studie von Bourbonnais, die auch nach drei Jahren eine Verringerung des Anforderungs-/Belohnungsungleichgewichts und Zunahme des Entscheidungsspielraums nachweist.	
Martin et al. (2009) ⁷² Metaanalyse	17 kontrollierte Interventionsstudien, Primär- und Sekundärprävention	Individuelle, organisationsbezogene und kombinierte Interventionen	Depression Angst	Das Autorenteam differenzierte nicht nach Interventionsart; Depression: kleiner statistischer Effekt, auch im Follow-up (eine Studie mit großem Effekt) Angst: kleiner statistischer Effekt, auch im Follow-up	Moderat
Arends et al. (2012) ¹⁰ Systematisches Übersichtsarbeit, Metaanalyse	Neun kontrollierte Interventionsstudien (Tertiärprävention – Teilnehmende in Krankenstand)	Psychologische Interventionen	Verringerung der Krankenstandstage bis Rückkehr zur Arbeit in Teilzeit; Verringerung Krankenstandstage bis Rückkehr zur Arbeit in Vollzeit	Kognitive Verhaltenstherapie: bei Teilzeit: Reduktion der Krankenstandsdauer um neun Tage, auch im Follow-up; bei Vollzeit: statistischer Rückgang, jedoch kein signifikanter Rückgang im Follow-up von einem Jahr; Problemlösungstherapie: Reduktion der Krankenstandstage um 17 Tage (bei Teilzeit) im Follow-up von einem Jahr (nur eine Studie)	Moderat

¹ Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Die Detailergebnisse zu vorgenannten Studien finden sich im Anhang (Kapitel 10.2.2, 10.2.3, 10.2.4) in Tabelle 22, Tabelle 23, Tabelle 24, Tabelle 25, Tabelle 26, Tabelle 27, Tabelle 28, Tabelle 29, Tabelle 30, Tabelle 31, Tabelle 32 und

Tabelle 33.

Die ergänzende Suche in MEDLINE und Cochrane nach systematischen Übersichtsarbeiten ab dem Zeitraum 2014 bis 2017 (Suche durchgeführt September 2017) wurde zusätzlich noch eine Übersichtsarbeit identifiziert zu „Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review“⁷⁹ identifiziert. Das Autorenteam kommt zu dem Schluss, dass die Evidenz zu Gesundheitsförderung für ältere Menschen am Arbeitsplatz gering und die Studien von mangelhafter Qualität wären. Die Evidenz der 18 ausgewerteten Studien (von 299 potenziell relevanten Studien) kann nicht eindeutig belegen, dass BGF für ältere Arbeitnehmer/innen sich auf die Arbeitsfähigkeit, Produktivität bzw. Arbeitsplatzhaltung positiv auswirken. Es gibt moderate Evidenz, dass Interventionen den Taillenumfang, das Körpergewicht, den BMI- und andere Komponenten des metabolischen Syndroms reduzieren und eingeschränkte Evidenz, dass webbasierte Programme möglicherweise sinnvoll im Zusammenhang mit Verhaltensänderungen zu sehen sind. Es besteht Bedarf nach weiteren gut aufgesetzten Studien, damit die Wirksamkeit und das Kosten-Nutzen-Verhältnis von BGF ordnungsgemäß untersucht werden können⁷⁹.

Ergebnisse zu Frage 5: Wie können diese Maßnahmen kategorisiert werden? (verhaltens- oder verhältnisbezogene Interventionen, kombinierte Interventionen)

Basierend auf den Auswertungen der vorgenannten internationalen Reviews kann eine quantitative Zuordnung der Interventionen nach kombinierten bzw. verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen nicht erfolgen. Es zeigt sich in der Gesamtschau, dass Studien zur individuellen bzw. Verhaltensprävention überwiegen; organisationsbezogene Multikomponenteninterventionen bzw. die Verhältnisse adressierende Studien sind derzeit noch in der Minderzahl bzw. eher im Bereich der psychischen Gesundheit vorzufinden.

Zudem wird die Mehrzahl der Primärstudien in den USA durchgeführt, in Europa vor allem in Finnland, den Niederlanden, Dänemark und Norwegen.

Die GKV gibt gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. jährlich einen Präventionsbericht zur Dokumentation der Leistungen der Krankenkassen in Deutschland heraus. Hier wird unter anderem auch die Verhaltens- oder Verhältnisbezogenheit von Aktivitäten in den Betrieben erhoben.

Tabelle 13: Art der Interventionen - Deutschland

Art der Aktivitäten	Anzahl 2015	In Prozent
Sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten	2.776	52 %
Verhaltensbezogene Aktivitäten	2.199	41 %
Nur verhältnisbezogene Aktivitäten	360	7 %
Ausgefüllte Dokumentationsbögen gesamt	5.335	100 %

Quelle: Präventionsbericht Tabellenband 2016⁴⁹, Darstellung GÖ FP.

Im Zeitverlauf 2008 bis 2015 hat sich die Verteilung der Art der Interventionen nicht wesentlich geändert, kombinierte Interventionen (verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten) beliefen sich in den Jahren 2011 und 2012 auf 58 % (Maximum) und mit 50 % (Minimum) 2014; Verhaltensbezogene Aktivitäten schwankten im genannten Zeitraum zwischen 35 % (2012) und 44 % (2014) und nur verhältnisbezogene Aktivitäten zwischen 6 % (2010 und 2011) und 13 % (2008)^{56, 64, 65, 88, 90, 92, 118, 120}.

Zudem wurden im Berichtsjahr 2015 bei 23 % der Programme wurden sogenannte Gesundheitszirkel eingerichtet. Gesundheitszirkel können eines oder mehrere Treffen umfassen. Bei rund 60 % der durchgeführten Gesundheitszirkel gab es mehrere Sitzungen⁴⁹.

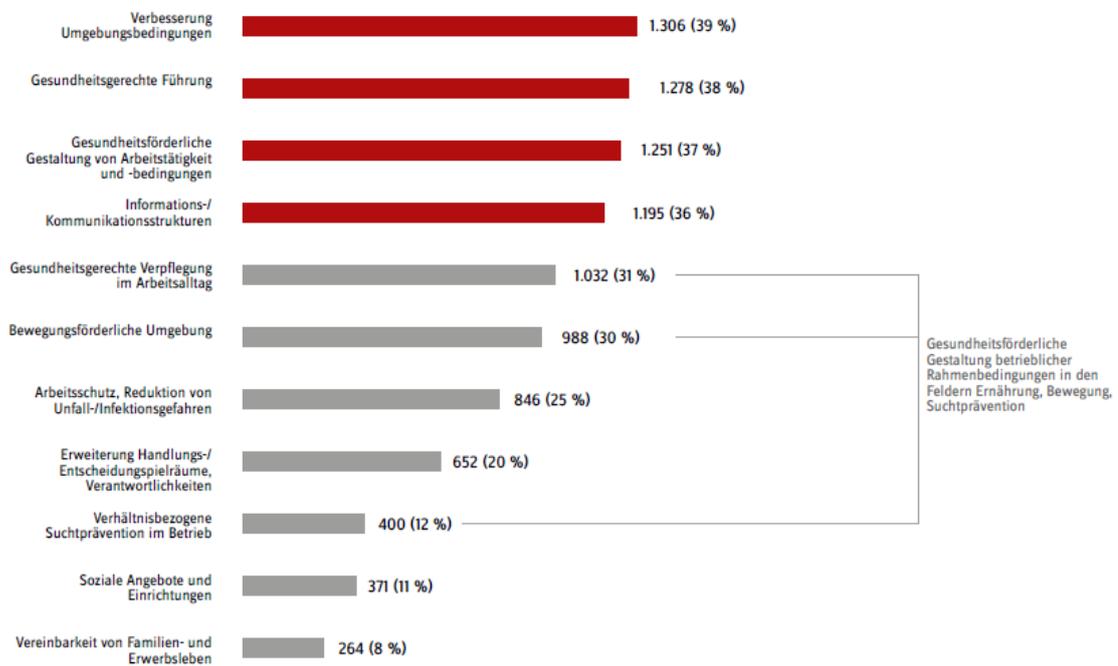


Abbildung 12: Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Aktivitäten, Berichtsjahr 2015 (Mehrfachnennungen möglich)

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung.

Quelle: GKV-Präventionsbericht 2016⁴⁹.

Zu den am häufigsten durchgeführten verhältnisbezogenen Maßnahmen zählen die Verbesserung der Umgebungsbedingungen, gesundheitsgerechte Führung und die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen.

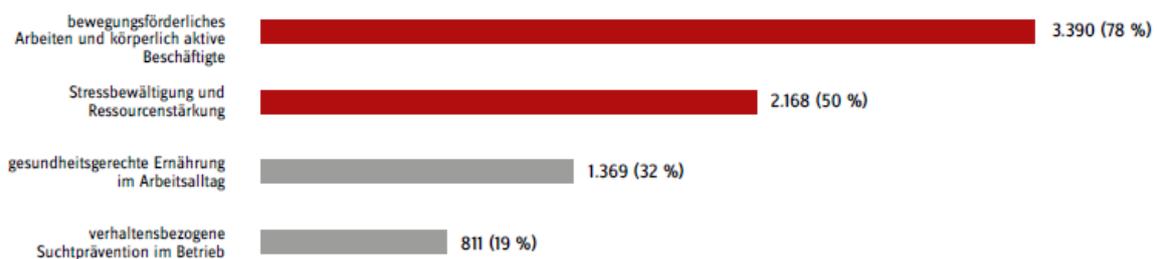


Abbildung 13: Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Aktivitäten, Berichtsjahr 2015 (Mehrfachnennungen möglich)

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung.

Quelle: GKV-Präventionsbericht 2016⁴⁹.

Bei den verhaltensbezogenen Aktivitäten dominieren bewegungsförderliche Maßnahmen das Geschehen gefolgt von Maßnahmen zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung und Ernährungsmaßnahmen.

Ergebnisse zu Frage 6: Liegen auch Publikationen oder Evaluationen hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen der deutschen GKV im Rahmen von deren Aktivitäten zu BGF vor?

Die Recherchen und Literatursuche hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen der GKV geförderten Leistungen erbrachten keine publizierte Evaluationsstudie. Es wurde zum einen auf den iga.Report 28 „Wirksamkeit und Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung“ verwiesen²¹, dieser enthält jedoch keine Primärstudien von Maßnahmen, die in Deutschland umgesetzt werden. Zum anderen wurde auf das gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren nach § 20 SGB V, der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen⁶ hingewiesen. Auf Basis dieser Vorgaben werden die Aktivitäten in den Betrieben einheitlich erfasst (Dokumentationsbögen). Es handelt sich dabei um eine **Meta-Evaluation**, die dann jährlich in die Präventionsberichte der GKV eingehen. Für das Berichtsjahr 2015 wurde in den Dokumentationsbögen von 4.031 Betrieben angegeben, dass sie eine Erfolgskontrolle durchgeführt haben oder planen, 1.415 Betriebe gaben an, keine Erfolgskontrolle durchzuführen, 382 füllten die diesbezügliche Frage nicht aus⁴⁹.

Die inhaltliche Ausrichtung jener 74 % der Betriebe, die eine Erfolgskontrolle durchführten bzw. planten, ist in Abbildung 14 dargestellt. Im Zeitverlauf hat sich der Anteil jener Betriebe die eine Erfolgskontrolle durchführten nicht wesentlich geändert, der niedrigste Wert war 71 % im Jahr 2009, der höchste 74 % im Jahr 2015 (Quellen: GKV-Präventionsberichte - Tabellenbände 2008 bis 2015^{7, 49, 87, 117, 119}).

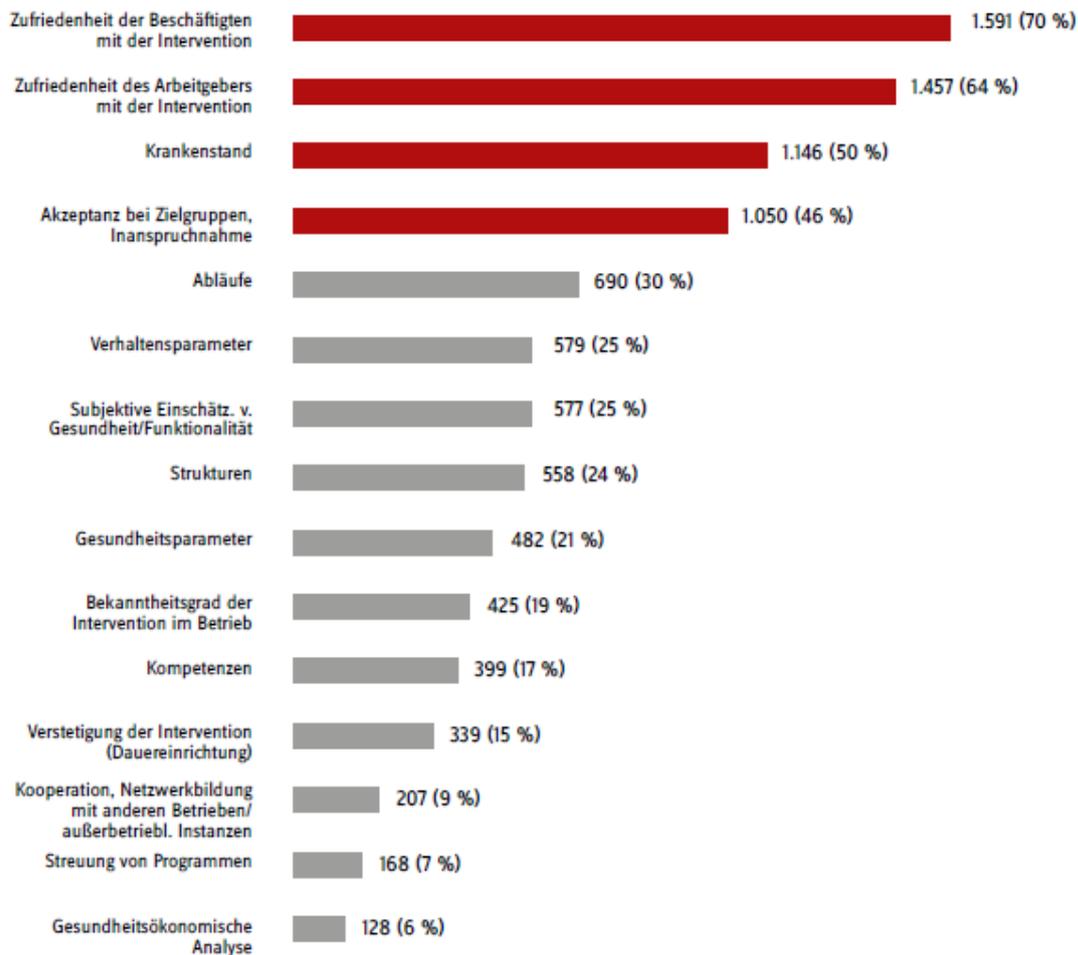


Abbildung 14: Inhalt der Erfolgskontrollen der von den Krankenkassen unterstützten Maßnahmen für das Berichtsjahr 2015 (Mehrfachnennungen möglich)

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung.

Quelle: GKV-Präventionsbericht 2016⁴⁹.

Wie aus Abbildung 14 ersichtlich bezieht sich der Großteil der Evaluationen auf die Zufriedenheit der Beschäftigten, der Zufriedenheit der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers und der Auswertung von Krankenständen. Die Evaluation von Gesundheitsparametern nur in 482 Dokumentationsbögen angegeben.

6.3 Ergebnisse der Domänen Sozialwissenschaft und Ethik

In der Domäne Sozialwissenschaft und Ethik wurde den nachfolgenden Forschungsfragen nachgegangen:

Frage 7: Bestehen Ungleichheiten im Zugang zu BGF-Maßnahmen in Unternehmen auf der Mikro- (bestimmte Bevölkerungsgruppen) bzw. Makroebene (Ungleichheiten zwischen Branchen)?

Frage 8: Hat die Ausgestaltung des Angebots der GKV Einfluss auf die Zugangsgerechtigkeit von BGF-Maßnahmen?

Frage 9: Gibt es Hinweise darauf, dass die Persönlichkeitsrechte bei präventiven Gesundheitsmaßnahmen in Unternehmen beeinträchtigt werden?

Zur Fragestellung 7 konnten vier Studien identifiziert werden, für die Fragestellung 8 wurden zwei Studien herangezogen. Für die Beantwortung der Fragestellung 9 konnten zwei einschlägige Studien identifiziert werden.

6.3.1 Zugang zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)

In Bezug auf die gesundheitliche Chancengerechtigkeit stellt sich die Frage, ob verschiedene Bevölkerungsgruppen in Deutschland in unterschiedlichem Umfang Zugang zu BGF-Maßnahmen bzw. ob es systematische Unterschiede auf der Makroebene gibt.

Es konnten im Rahmen der Literaturrecherche insgesamt fünf Studien identifiziert werden, die sich mit potenziellen Einflussfaktoren auf die Einführung von BGF in Deutschland beschäftigen. Diese werden im Folgenden als Datenquelle für die Beantwortung der Fragestellung herangezogen und vergleichend dargestellt.

In Tabelle 14 sind die Ergebnisse zur Fragestellung 7 zusammenfassend dargestellt, die Synthese der Evidenz (Ergebnisse) findet sich in Tabelle 15. Die ausführliche Extraktionstabellen finden sich im Anhang unter Kapitel 10.3.

Tabelle 14: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der sozialwissenschaftlichen Fragestellung

Autor/in (Jahr)	Studiendesign	Studiengröße	Zielgruppe	Endpunkte	Ergebnis	Biasrisiko
Beck et al. (2014)/Beck et al. (2010)	Beobachtungsstudie; Befragung	n1 = 17.870; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 n2 = 17.803; BIBB/BAuA – Erwerbstätigenbefragung 2005/2006	Erwerbstätige ab 15 Jahren mit einer Arbeitszeit von mindestens zehn Stunden/Woche; lediglich Angaben von Arbeitern/innen, Angestellten, Beamten/innen und mithelfenden Familienangehörigen wurden miteinbezogen; Selbstständige, Freiberufler/innen und freie Mitarbeiter/innen wurden nicht berücksichtigt.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung von BGF-Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Betriebsgröße ○ Wirtschaftsbereich ○ Wirtschaftliche Lage • Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Betriebsgröße ○ Wirtschaftsbereich ○ Wirtschaftliche Lage ○ Geschlecht ○ Alter 	<p>Zwischen 2006 und 2012 hat sich der Anteil der Beschäftigten, die von BGF-Maßnahmen in ihrem Betrieb berichteten, von 38 % auf 44 % erhöht.</p> <p>Verbreitung von BGF-Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Betriebsgröße:</u> Vorhandensein von BGF-Maßnahmen nach Betriebsgröße (Werte von 2011/2012): Bis neun Beschäftigte: 18 % der Unternehmen Zehn bis 49 Beschäftigte: 29 % der Unternehmen 50 bis 249 Beschäftigte: 45 % der Unternehmen 250 und mehr Beschäftigte: 67 % der Unternehmen Die Wahrscheinlichkeit für das Fehlen von BGF steigt mit abnehmender Betriebsgröße, unabhängig von Wirtschaftsbereich und wirtschaftlicher Situation. Sowohl 2006 als auch 2012 war die Quote für die BGF-Häufigkeit in großen Betrieben fast viermal höher als in Kleinstbetrieben. • <u>Wirtschaftsbereich:</u> BGF war sowohl im Jahr 2006 als auch 2012 am häufigsten im öffentlichen Dienst anzutreffen, gefolgt von der Industrie. Im Handel, im Handwerk und in sonstigen Dienstleistungsbetrieben lagen in der Befragung 2005/2006 die Anteile der Beschäftigten, die eine BGF-Maßnahme bestätigten, deutlich unter dem Durchschnitt von 38 %. Selbiges zeigte sich auch für die Befragung von 2011/2012. Diese Unterschiede zwischen den Wirtschaftsbereichen bestehen auch innerhalb der einzelnen Betriebsgrößenklassen. Die Chance, dass ein Beschäftigter eines Betriebs aus dem Handel das Fehlen von BGF konstatiert, ist auch unter statischer Kontrolle der Betriebsgröße und der wirtschaftlichen Lage mehr als doppelt so hoch wie bei einem Beschäftigten aus einem Industriebetrieb. • <u>Wirtschaftliche Lage:</u> Die Befragung 2005/2006 ergab, dass 39 % der Befragten aus Betrieben, deren wirtschaftliche Lage als sehr gut oder gut eingeschätzt wird, die Umsetzung von BGF bestätigten. Nur 28 % der Befragten aus wirtschaftlich weniger gut oder schlecht gestellten Betrieben bestätigten selbiges. 	Gering

Autor/in (Jahr)	Studiendesign	Studiengröße	Zielgruppe	Endpunkte	Ergebnis	Biasrisiko
					<p>Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen: Unter jenen, die eine BGF-Maßnahme in ihrem Unternehmen bestätigten, gaben 65 % 2006 an, daran auch teilzunehmen. Im Jahr 2012 lag diese Quote 3 Prozentpunkte niedriger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Betriebsgröße</u> In beiden Befragungswellen war die Teilnahmequote bei Beschäftigten aus kleinen Betrieben deutlich höher als bei Beschäftigten aus großen Betrieben. Diese Diskrepanz fiel 2012 mit 18 Prozentpunkten noch größer aus als 2006, da die Teilnahmequote in Betrieben mit einem bis neun Beschäftigten weniger stark zurückging als in Großbetrieben, während sie in der Größenklasse zehn bis 49 Beschäftigte anstieg. 2006 machten die Befragten aus Handwerksbetrieben eine Ausnahme, für sie wurden in großen sowie in kleinen Betrieben überdurchschnittlich hohe Teilnahmequoten ermittelt. Es konnte weiterhin festgestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Beschäftigte an BGF-Maßnahmen teilnehmen, unabhängig vom Wirtschaftsbereich ist. • <u>Wirtschaftsbereich</u> Sowohl 2006 als auch 2012 zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den Wirtschaftsbereichen, mit Ausnahme von Befragten aus Handwerksbetrieben. Bei allen Betriebsgrößen lagen die Teilnahmequoten der Beschäftigten in Handwerksbetrieben jeweils deutlich über dem Durchschnitt. • <u>Alter</u> 2012 variierten die altersspezifischen Quoten nur in geringem Maße. 2006 lag die Teilnahmequote der 15- bis 24-Jährigen bei 59 %, der 55- bis 64-Jährigen bei 72 %. Während sich die Teilnahmequote der jüngsten Beschäftigtengruppe im Zeitverlauf um zwei Prozentpunkte leicht erhöht hat, sank sie bei den 45- bis 54-Jährigen um sieben und bei den 55- bis 65-Jährigen sogar um 9 Prozentpunkte im Vergleich zu 2006. • <u>Geschlecht</u> Die Teilnahmequoten von Männern und Frauen unterscheiden sich nicht substantiell. • <u>Berufliche Statusgruppen</u> Die Teilnahmequoten der beruflichen Statusgruppen unterschieden sich nicht substantiell. In allen Beschäftigungsgruppen ist die Inanspruchnahme von BGF-Angeboten von 2006 auf 2012 gesunken. 2006 lag die Teilnahmequote von Arbeitern noch bei 69 %, 2012 bei 64 %. 	

Fortsetzung Tabelle 14

<p>Präventionsbericht 2016</p>	<p>Beobachtungsstudie; Datenanalyse</p>	<p>Beschäftigte in Betrieben mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung: n1 = 1.302.383 in 10.922 Betrieben. Teilnehmende Beschäftigte an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen n2 = 1.665.209</p>	<p>Beschäftigte in Betrieben mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung von BGF-Maßnahmen nach <ul style="list-style-type: none"> ○ Branche ○ Betriebsgröße ○ Zielgruppe • Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen nach <ul style="list-style-type: none"> ○ Alter ○ Geschlecht ○ Handlungsfeld 	<p>Verbreitung von BGF-Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Branche</u> Am häufigsten werden BGF-Maßnahmen im verarbeitenden Gewerbe durchgeführt (37 %). Im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen liegt der Prozentanteil bei 17 % und im Bereich der wirtschaftlichen, sonstigen bzw. öffentlichen/persönlichen Dienstleistungen bei 15 %. • <u>Betriebsgröße</u> Das Engagement der Betriebe für gesundheitsfördernde Aktivitäten ist je nach Betriebsgröße unterschiedlich stark ausgeprägt. Am häufigsten wurde BGF in mittleren und größeren Betrieben mit 100 bis 500 Mitarbeitenden durchgeführt (43 %). Kleinere Unternehmen mit unter 50 Beschäftigten sind mit 20 % und große Unternehmen mit über 500 Mitarbeitenden mit 22 % vertreten. Auf Unternehmen mit 50 bis 99 Mitarbeitenden entfallen 15 % der berichteten BGF-Maßnahmen. • <u>Zielgruppe</u> 35 % der Maßnahmen waren nicht auf die Beschäftigten insgesamt, sondern auf spezifische Zielgruppen bezogen. Am häufigsten war die mittlere Führungsebene Zielgruppe der Maßnahmen. 28 % der zielgruppenspezifischen Maßnahmen richteten sich an Personen, die während ihrer Arbeitszeit spezifischen Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind. Nur wenige BGF-Maßnahmen richteten sich speziell an Frauen (4 %) oder an Männer (3 %), die meisten an beide Geschlechter. Allerdings findet die krankenkassengeforderte BGF verstärkt in Betrieben mit höherem Männeranteil statt und somit werden insgesamt mehr Männer erreicht. 	<p>Gering</p>
--------------------------------	---	---	---	--	--	---------------

Fortsetzung Tabelle 14

<p>Hollederer/ Wießner (2015)</p>	<p>Beobachtungs- studie; Datenanalyse</p>	<p>Unternehmen mit mindestens einem Angestellten, der sozialversichert ist, und die im Unternehmens- register registriert sind; n = 15.556</p>	<p>Zufällig ausgewählte Stichprobe des Unternehmens- registers der Be- schäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit mit 2 Millionen registrierten Unternehmen</p>	<p>Verbreitung von BGF-Maßnah- men</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bundesland ○ Wirtschaftsbereich ○ Betriebsgröße ○ Betriebsrat ○ Betriebsrat und Betriebsgröße 	<p>Verbreitung von BGF-Maßnahmen: 2012 boten 27 % der befragten Unternehmen BGF-Maßnahmen an. 64 % aller Angestellten in Westdeutschland und 63 % aller Angestellten in Ostdeutschland können BGF-Maßnahmen in Anspruch nehmen. Die Anzahl jener Unternehmen, die BGF-Maßnahmen anbieten, ist von 2002 auf 2012 um 8 Prozentpunkte gestiegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Bundesland</u> Die Verteilung von Unternehmen, die BGF-Maßnahmen anbieten, bezogen auf die Bundesländer, variieren sehr stark; Minimum: 19 % in Berlin, Maximum: 46 % im Saarland • <u>Wirtschaftsbereich</u> Der Anteil an Unternehmen mit BGF ist in allen Sektoren vom Jahr 2002 auf 2012 gestiegen. Im Bereich der öffentlichen Verwaltung zeigt sich die höchste Anzahl an Unternehmen mit BGF-Maßnahmen mit 60 % (2004: 44 %), gefolgt von Bergbau, Energie- und Wasserversorgung mit 47 %, Ausbildung und Gesundheit mit jeweils 43 % und dem Hotelsektor mit 18 %. • <u>Betriebsgröße</u> Der Anteil der BGF-Maßnahmen steigt mit der Größe des Unternehmens. Nur 16 % der Unternehmen mit weniger als fünf sozialversicherten Angestellten haben BGF, Unternehmen mit fünf bis neun Angestellten haben zu 30 % BGF, Unternehmen mit 100 bis 199 Angestellten zu 83 %. Fast alle Unternehmen mit mehr als 200 Angestellten bieten BGF-Maßnahmen an. • <u>Betriebsrat</u> In 70 % der Unternehmen mit einem Betriebsrat wird BGF angeboten. In Unternehmen ohne Betriebsrat liegt die Quote nur bei 23 %. 	<p>Gering</p>
---	---	--	---	--	--	---------------

Fortsetzung Tabelle 14

<p>Beck et al. (2015)</p>	<p>Beobachtungsstudie; Sekundärdatenanalyse</p>	<p>Befragung einer Person (Managementebene bzw. Sicherheitsfachkraft – bzw. Gesundheitsbeauftragter), die an der Befragung der GDA teilgenommen hat; Stichprobe: n = 6.500</p>	<p>Unternehmen mit mindestens einem Angestellten im Jahr 2011</p>	<p>Verbreitung von BGF-Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Betriebsgröße ○ Wirtschaftssektor ○ Wirtschaftliche Situation ○ Betriebsrat ○ Sicherheitsfachkräfteauftragte ○ Arbeitsmediziner 	<p>Verbreitung von BGF-Maßnahmen: 44 % der befragten Unternehmen (6.550) gaben an, keine BGF-Maßnahme in ihrem Unternehmen zu haben. 29 % hatten nur eine Maßnahme implementiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Betriebsgröße</u> Die Betriebsgröße ist ein Prädiktor für BGF-Maßnahmen in Unternehmen. Die Chance auf eine BGF-Maßnahme ist dabei höher, je mehr Mitarbeitende das Unternehmen hat. • <u>Wirtschaftssektor</u> 46 % der Firmen im privaten Sektor bieten keine BGF-Maßnahmen an, dies gilt für 22 % der Unternehmen im öffentlichen Sektor; 45 % im Sektor „Service“ und 41 % im Sektor „Produktion und Agrikultur“ bieten keine BGF-Maßnahmen an. Der Wirtschaftssektor ist kein Prädiktor für BGF-Maßnahmen. • <u>Wirtschaftliche Situation</u> 52 % der Unternehmen, die eine schlechte wirtschaftliche Situation angeben, haben keine BGF-Maßnahmen. 47 % der Unternehmen mit befriedigender wirtschaftlicher Situation und 41 % der Unternehmen mit einer guten wirtschaftlichen Situation gaben keine BGF-Maßnahmen an. Die wirtschaftliche Situation ist ein Prädiktor für BGF-Maßnahmen, aber nicht so ausgeprägt wie die Betriebsgröße. • <u>Betriebsrat</u> 42 % der Unternehmen ohne Betriebsrat bieten keine BGF-Maßnahmen an, Unternehmen mit Betriebsrat bieten nur zu 11 % keine BGF-Maßnahmen an. • <u>Sicherheitsschutzbeauftragte</u> 60 % der Unternehmen ohne Sicherheitsfachkräfte bieten keine BGF-Maßnahmen an, 33 % der Unternehmen mit Sicherheitsschutzbeauftragten bieten keine BGF-Maßnahmen an. Der Sicherheitsschutzbeauftragte ist auch ein Prädiktor für BGF-Maßnahmen. • <u>Arbeitsmediziner</u> 58 % der Unternehmen ohne Arbeitsmediziner bieten keine BGF-Maßnahmen an, während nur 30 % der Unternehmen mit Arbeitsmediziner keine BGF-Maßnahmen anbieten. 	<p>Gering</p>
---------------------------	---	--	---	---	--	---------------

BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung. BAuA = Bundesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BIBB = Bundesinstitut für Berufsbildung. GDA = Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. Quelle: Beck et al.^{16, 17}; Präventionsbericht 2016; Holleder/Wießner⁵⁸.

Tabelle 15: Synthese der Studienergebnisse nach Merkmalen

Endpunkt	Studien, die den Endpunkt untersuchen, Studiendesign, Gesamtstudienteilnehmer/innen und Biasrisiko	Gesamteffekt (Synthese der Einzelergebnisse)	Limitationen, Anmerkungen	Stärke der Evidenz
Gesamtzugang				
Verbreitung der BGF/BGM-Maßnahme	<p><i>Hollederer/Wießner (2015)</i> Beobachtungsstudie; Datenanalyse Unternehmen mit mindestens einem Angestellten, der sozialversichert ist, und die im Unternehmensregister registriert sind; n = 15.556 Biasrisiko: gering</p> <p>Beck et al. (2015) Beobachtungsstudie; Sekundärdatenanalyse Befragung einer Person (Managementebene bzw. Sicherheitsschutz- bzw. Gesundheitsbeauftragter), die an der Befragung der GDA teilgenommen hat; Stichprobe: n = 6.500 Biasrisiko: gering</p>	Zwei Beobachtungsstudien kommen zu dem Ergebnis, dass mehr als 60 % der Angestellten in Deutschland Zugang zu einer BGF/BGM-Maßnahme hätten.	Sehr große Studienpopulationen und geringes Biasrisiko bei allen betrachteten Studien.	Hoch

Fortsetzung Tabelle 15

Zugang nach Betriebsgröße				
Verbreitung der BGF/BGM-Maßnahme	<p>Beck et al. (2014)/Beck et al. (2010) Beobachtungsstudie; Befragung n1 = 17.870; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 n2 = 17.803; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 Biasrisiko: gering</p> <p>Präventionsbericht 2016 Beobachtungsstudie; Datenanalyse Beschäftigte (Auszubildende sowie Ausgebildete) in Betrieben mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung: n1 = 1.302.383 in 10.922 Betrieben Teilnehmende Beschäftigte an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen: n2 = 1.665.209 Biasrisiko: gering</p> <p><i>Hollederer/Wießner (2015)</i> Beobachtungsstudie; Datenanalyse Unternehmen mit mindestens einem Angestellten der sozialversichert ist und die im Unternehmensregister registriert sind; n = 15.556 Biasrisiko: gering</p> <p>Beck et al. (2015) Beobachtungsstudie; Sekundärdatenanalyse Befragung einer Person (Managementebene bzw. Sicherheitsschutz- bzw. Gesundheitsbeauftragter), die an der Befragung der GDA teilgenommen hat; Stichprobe: n = 6.500 Biasrisiko: gering</p>	<p>Vier Beobachtungsstudien zeigen, dass der Anteil an Unternehmen, die BGF/BGM-Maßnahmen umgesetzt haben, mit steigender Betriebsgröße zunimmt. Die Wahrscheinlichkeit für das Fehlen von BGF steigt mit abnehmender Betriebsgröße unabhängig vom Wirtschaftsbereich und der wirtschaftlichen Situation. Fast alle Unternehmen mit mehr als 200 Angestellten bieten BGF-Maßnahmen an. Wenn man davon ausgeht, dass rund 90 % aller Unternehmen in Deutschland weniger als 20 Angestellte haben und nur rund 30 % aller Angestellten in Unternehmen mit weniger als 20 Angestellten arbeiten, kann festgestellt werden, dass die Mehrheit der Unternehmen in Deutschland zwar keine BGF-Maßnahmen anbieten, jedoch trotzdem die Mehrheit der Angestellten Zugang haben.</p>	<p>Sehr große Studienpopulationen und geringes Biasrisiko in allen betrachteten Studien.</p>	<p>Hoch</p>
Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen	<p>Beck et al. (2014)/Beck et al. (2010) Beobachtungsstudie; Befragung n1 = 17.870; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 n2 = 17.803; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 Biasrisiko: gering</p>	<p>Eine Beobachtungsstudie konnte feststellen, dass die Teilnahmequote bei Beschäftigten aus kleinen Betrieben deutlich höher ist als bei Beschäftigten aus großen Betrieben.</p>	<p>Sehr große Studienpopulationen und geringes Biasrisiko, nur eine Studie</p>	<p>Moderat</p>

Fortsetzung Tabelle 15

Zugang nach Wirtschaftsbereich				
Verbreitung der BGF/BGM-Maßnahme	<p>Beck et al. (2014)/Beck et al. (2010) Beobachtungsstudie; Befragung n1 = 17.870; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 n2 = 17.803; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 Biasrisiko: gering</p> <p>Präventionsbericht 2016 Beobachtungsstudie; Datenanalyse Beschäftigte (Auszubildende sowie Ausgebildete) in Betrieben mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung: n1 = 1.302.383 in 10.922 Betrieben Teilnehmende Beschäftigte an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen: n2 = 1.665.209 Biasrisiko: gering</p> <p><i>Hollederer/Wießner (2015)</i> Beobachtungsstudie; Datenanalyse Unternehmen mit mindestens einem Angestellten, der sozialversichert ist, und die im Unternehmensregister registriert sind; n = 15.556 Biasrisiko: gering</p> <p>Beck et al. (2015) Beobachtungsstudie; Sekundärdatenanalyse Befragung einer Person (Managementebene bzw. Sicherheitsschutz- bzw. Gesundheitsbeauftragter), die an der Befragung der GDA teilgenommen hat; Stichprobe: n = 6.500 Biasrisiko: gering</p>	<p>Drei der betrachteten Beobachtungsstudien sowie die Datenbankrecherche zeigen in Bezug auf diesen Endpunkt, dass BGF/BGM-Maßnahmen im öffentlichen Wirtschaftsbereich am weitesten verbreitet sind.</p> <p>Eine Beobachtungsstudie schlussfolgert, dass der Wirtschaftsbereich kein Prädiktor für BGF-Maßnahmen darstellt.</p> <p>Eine weitere Beobachtungstudie kommt zu dem Ergebnis, dass BGF/BGM-Maßnahmen in Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes am stärksten verbreitet sind.</p>	<p>Sehr große Studienpopulationen und geringes Biasrisiko bei sechs betrachteten Studien</p>	Hoch
Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen	<p>Beck et al. (2014)/Beck et al. (2010) Beobachtungsstudie; Befragung n1 = 17.870; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 n2 = 17.803; BIBB/BAuA –Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 Biasrisiko: gering</p>	<p>Eine Beobachtungsstudie zeigt keine Unterschiede im Wirtschaftsbereich mit Ausnahme der bei Befragten aus Handwerksbetrieben.</p>	<p>Sehr große Studienpopulationen und geringes Biasrisiko, nur eine Studie</p>	Moderat

Fortsetzung Tabelle 15

Zugang nach wirtschaftlicher Lage				
Verbreitung der BGF/BGM-Maßnahme	<p>Beck et al. (2014)/Beck et al. (2010) Beobachtungsstudie; Befragung n1 = 17.870; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 n2 = 17.803; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 Biasrisiko: gering</p> <p>Beck et al. (2015) Beobachtungsstudie; Sekundärdatenanalyse Befragung einer Person (Managementebene bzw. Sicherheitsschutz- bzw. Gesundheitsbeauftragter), die an der Befragung der GDA teilgenommen hat; Stichprobe: n = 6.500 Biasrisiko: gering</p>	<p>Betriebe mit als sehr gut oder gut eingeschätzter wirtschaftlicher Lage bestätigten die Durchführung von BGF/BGM-Maßnahmen im Gegensatz zu Unternehmen mit schlechter wirtschaftlicher Lage. Die wirtschaftliche Situation ist ein Prädiktor für BGF-Maßnahmen, aber nicht so ausgeprägt wie die Betriebsgröße.</p>	<p>Große Studienpopulationen und in allen Studien ein geringes Biasrisiko</p>	<p>Moderat</p>
Zugang nach Vorhandensein einer Sicherheitsfachkraft/Arbeitsmediziner				
Verbreitung der BGF/BGM-Maßnahme	<p>Beck et al. (2015) Beobachtungsstudie; Sekundärdatenanalyse Befragung einer Person (Managementebene bzw. Sicherheitsschutz- bzw. Gesundheitsbeauftragter), die an der Befragung der GD teilgenommen hat; Stichprobe: n = 6.500 Biasrisiko: gering</p>	<p>Die Sicherheitskraft/der Arbeitsmediziner kann auch als ein Prädiktor für BGF-Maßnahmen gesehen werden.</p>	<p>Große Studienpopulationen und in allen Studien ein geringes Biasrisiko</p>	<p>Moderat</p>
Zugang nach Betriebsrat				
Verbreitung der BGF/BGM-Maßnahme	<p><i>Hollederer/Wießner (2015)</i> Beobachtungsstudie; Datenanalyse Unternehmen mit mindestens einem Angestellten, der sozialversichert ist, und die im Unternehmensregister registriert sind; n = 15.556 Biasrisiko: gering</p> <p>Beck et al. (2015) Beobachtungsstudie; Sekundärdatenanalyse Befragung einer Person (Managementebene bzw. Sicherheitsschutz- bzw. Gesundheitsbeauftragter), die an der Befragung der GDA teilgenommen hat; Stichprobe: n = 6.500 Biasrisiko: gering</p>	<p>In den zwei Beobachtungsstudien konnte ein Zusammenhang zwischen Betriebsrat und der Verbreitung von BGF/BGM-Maßnahmen festgestellt werden, das Vorhandensein eines Betriebsrats erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass das Unternehmen BGF-Maßnahmen anbietet.</p>	<p>Sehr große Studienpopulationen und in allen Studien ein geringes Biasrisiko</p>	<p>Hoch</p>

Fortsetzung Tabelle 15

Alter				
Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen	Beck et al. (2014)/Beck et al. (2010) Beobachtungsstudie; Befragung n1 = 17.870; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 n2 = 17.803; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 Biasrisiko: gering	Eine Beobachtungsstudie zeigt, dass die Mehrheit der Teilnehmenden an BGF/BGM-Maßnahmen sich in der Altersgruppe der ab 35-Jährigen befindet.		Moderat
Geschlecht				
Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen	Beck et al. (2014)/Beck et al. (2010) Beobachtungsstudie; Befragung n1 = 17.870; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 n2 = 17.803; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 Biasrisiko: gering	Eine Beobachtungsstudie kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Teilnahmequoten zwischen Männern und Frauen nicht substantiell unterscheiden.		Moderat
Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen	Präventionsbericht 2016 Beobachtungsstudie; Datenanalyse Beschäftigte (Auszubildende sowie Ausgebildete) in Betrieben mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung: n1 = 1.302.383 in 10.922 Betrieben Teilnehmende Beschäftigte an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen: n2= 1.665.209 Biasrisiko: Gering	Eine Vielzahl der BGF/BGFM-Maßnahmen war nicht auf die Beschäftigten insgesamt, sondern auf spezifische Zielgruppen bezogen. Am häufigsten war die mittlere Führungsebene Zielgruppe von BGF-Maßnahmen. Eine weitere Gruppe die häufig gezielt angesprochen wurde waren Personen, die während der Arbeitszeit spezifischen Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind. Nur wenige BGF-Maßnahmen richten sich speziell an Frauen oder an Männer die meisten an beide Geschlechter.		Moderat

BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung. BGM = Betriebliches Gesundheitsmanagement. BAuA = Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BIBB = Bundesinstitut für Berufsbildung. GDA = Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie.

Quelle: Beck et al.^{16; 17}; Präventionsbericht 2016; Holleder/Wießner⁵⁸.

6.3.2 Auswirkungen von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) auf Persönlichkeitsrechte

In Bezug auf die Frage, ob präventive Gesundheitsmaßnahmen in Unternehmen die Persönlichkeitsrechte von Mitarbeitenden beeinträchtigen, konnten keine auf Deutschland bezogene Literatur identifiziert werden. Es wurden jedoch zwei niederländische Studien identifiziert, die sich mit moralischen bzw. ethischen Aspekten in Bezug auf BGF beschäftigen. Auch wenn der organisatorische Rahmen von BGM in den Niederlanden anders ist, können die Ergebnisse einen Einblick in die Fragestellung bieten.

Die Studie von Robroek et al. (2012)⁸³ beschäftigt sich mit moralischen Beweggründen in Bezug auf BGF und der Frage, inwieweit Arbeitgeber/in in den Lebensstil sowie die Gesundheit der Arbeitnehmenden eingreifen dürfen. Die Studie ist in einem umfangreichen Werk zu BGF eingebettet, das sich wiederum mit der Effektivität eines BGF-Programms beschäftigt. Hierfür wurden die Mitarbeitenden von sechs Unternehmen eingeladen, an einem BGF-Programm teilzunehmen. Anschließend wurden sowohl die teilnehmenden als auch die nicht-teilnehmenden Personen hinsichtlich soziodemografischer Charakteristika, lebensstilbezogener Indikatoren, ihrem aktuellem Gesundheitszustand sowie ihrer Meinung über BGF befragt. Auch die Gründe für eine Nicht-Teilnahme am Programm wurden abgefragt. Insgesamt beantworteten 513 Personen aus der Gruppe der BGF-Teilnehmenden und 205 Personen aus der Gruppe der Nicht-Teilnehmenden den Fragebogen. Die Antworten wurden mithilfe von Chi²-Tests ausgewertet und zudem wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt, um die Relation zwischen den erhobenen Faktoren und der Einstellung hinsichtlich BGF zu analysieren.

Die befragten Personen nahmen aus verschiedenen Gründen nicht am BGF-Programm teil: 41 % gaben an, dass sie gesund sind, während 9 % zu dem Zeitpunkt wegen gesundheitlicher Probleme in Behandlung waren und deshalb nicht teilnahmen. Etwas über ein Viertel (27 %) der Befragten gab an, dass sie keine Zeit für das Programm hatten, nicht daran gedacht haben oder nichts davon wussten. Allerdings gaben auch 13 % der Befragten an, dass sie nicht am BGF-Programm teilnahmen, weil sie ihr Privatleben von ihrem Arbeitsleben getrennt halten möchten. 19 % der Befragten möchten sich entsprechende Programme selbst organisieren. 6 % der Befragten hatten Angst, dass ihre Ergebnisse der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber bzw. den Kolleginnen und Kollegen bekannt werden, während 2 % der Befragten generell der Meinung sind, dass es nicht die Aufgabe der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers ist, gesundheitsförderliche Programme anzubieten.

Zudem zeigte sich, dass 26 % der nicht am Programm Teilnehmenden sowie 21 % der am Programm teilnehmenden Befragten der Meinung sind, dass eine Einmischung in die Gesundheit von Seiten der Arbeitgeber eine Verletzung der Privatsphäre darstellt. Mitarbeitende über 50 Jahre stimmten dieser Aussage signifikant häufiger zu.

Insgesamt kommt das Autorenteam zu dem Schluss, dass moralische Aspekte nur eine geringe Rolle hinsichtlich der Entscheidung spielen, an einem BGF-Programm teilzunehmen. Jedoch gibt es Mitarbeitende, die in diesem Zusammenhang Bedenken hinsichtlich der Rolle der Arbeitgeber in Bezug auf die Mitarbeitergesundheit sowie hinsichtlich möglicher Verletzungen der Privatsphäre haben.

Das Ziel der Studie von van Berkel et. al. (2014)¹⁰⁷ ist es, ethische Gesichtspunkte in Bezug auf BGF aus der Perspektive verschiedener Stakeholder zu identifizieren. Hierfür wurden zunächst in der Literatur bestehende potenzielle ethische Aspekte in Zusammenhang mit BGF gesammelt, die kurz in der nachfolgenden Tabelle dargestellt sind.

Tabelle 16: Ethische Gesichtspunkte die in Bezug auf BGF-Programme eine Rolle spielen können

Ethischer Gesichtspunkt	Erläuterung
Loyalitätskonflikt	Damit ist das potenzielle moralische Dilemma für die Durchführenden von BGF-Maßnahmen gemeint, wenn die Ziele des Unternehmens im Konflikt mit den Gesundheitsbedürfnissen und Zielen des Angestellten stehen.
Schuldübertragung auf die Mitarbeiter/innen	Potenzielle Individualisierung von organisationsbezogenen oder kollektiven Problemen, da sich BGF-Maßnahmen häufig auf individuelle bzw. Lebensstilfaktoren beschränken und somit den Mitarbeitenden die Schuld für Krankheit bzw. die Verantwortung für Gesundheit übertragen wird.
Medikalisierung	Gesundheit und Krankheit sind komplex und multifaktoriell, durch Gesundheitsförderung werden immer mehr Aspekte des täglichen Lebens auf Gesundheit bzw. Krankheit bezogen, was eventuell auch das Vertrauen in die eigene Gesundheit verringert.

Fortsetzung Tabelle 16

Freiwilligkeit	Generell sind BGF-Programme freiwillig, jedoch kann diese Freiwilligkeit durch die Abhängigkeitsbeziehung zwischen Arbeitgeber/in und Arbeitnehmer/in sowie durch Gruppenzwang eingeschränkt sein.
Unbeabsichtigte Konsequenzen	Hierbei geht es darum, dass BGF-Programme möglicherweise nicht gewünschte Auswirkungen haben können, z. B. kann ein Screening nach gesundheitsbezogenen Risikofaktoren zu Diskriminierung am Arbeitsplatz beitragen.

BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung.

Neben einem Überblick über potenzielle ethische Gesichtspunkte wurden Fokusgruppendifkussionen mit jeweils verschiedenen Stakeholder-Gruppen durchgeführt, um deren Sichtweisen in Bezug auf ethische Aspekte in der BGF zu sammeln. Die Fokusgruppen wurden jeweils für eine Stakeholder-Gruppe durchgeführt, um sozial erwünschte Antworten zu minimieren. Die Teilnehmenden wurden mithilfe einer stratifizierten Zielstichprobe ausgewählt, wobei versucht wurde, je Stakeholder-Gruppe eine möglichst ausbalancierte Teilnehmerzusammensetzung zu erreichen. Die Fokusgruppen bestanden aus vier bis neun Teilnehmenden mit Ausnahme der Regierungsvertreter/innen (n = 3) sowie der Versicherungsbranche (n = 2), wobei mit Vertretenden der Versicherungsbranche noch zwei zusätzliche Interviews durchgeführt wurden.

In den semistrukturierten Fokusgruppen wurden folgende Themenbereichen abgedeckt:

- Perspektive auf die Arbeitsmedizin
- Perspektive auf BGF
- Perspektive auf die eigene Rolle in BGF
- Perspektive auf die Rolle anderer Stakeholder-Gruppen in BGF

Die Diskussionen in den Fokusgruppen dauerten 1,5 Stunden, wurden aufgenommen und anschließend transkribiert. Zusammenfassend weisen die Ergebnisse der Studie darauf hin, dass die verschiedenen Stakeholder unterschiedliche Perspektiven auf die gegenseitigen Verantwortlichkeiten im Bereich BGF haben, was sich wiederum auf die ethischen Überlegungen bzw. Bedenken in Bezug auf BGF auswirkt.

6.4 Ergebnisse der Domäne Ökonomie

Die Domäne Ökonomie beschäftigt sich mit folgender Forschungsfrage:

Frage 10: Welche Kosten-Nutzen-Relation hat eine öffentlich geförderte BGF-Maßnahme – dargestellt anhand eines Praxisbeispiels aus Deutschland?

Ein Praxisbeispiel aus Deutschland mit einer ökonomischen Evaluierung konnte *nicht identifiziert* werden. Rasch und Greiner (zitiert in iga.Report 28²³) versuchten ebenfalls, ökonomische Studien zur Kosteneffektivität von Nikotinentwöhnungskursen aus dem Angebot der GKV in ihr Review einzuschließen. Das war nicht möglich, da keine entsprechenden Evaluationsstudien bzw. Untersuchungen zur Wirtschaftlichkeit vorliegen.

Durch die Internetsuche konnten auf der Website der AOK (<http://www.aok-business.de/gesundheit/praxisbeispiele/>, abgefragt am 16. Oktober 2017) erfolgreiche BGF-Praxisbeispiele gefunden werden. Aus der Analyse der beschriebenen erfolgreichen Praxisbeispiele konnte – hinsichtlich ökonomischer Ergebnisse – Folgendes entnommen werden:

Praxisbeispiele für kleine Unternehmen bis 100 Mitarbeitende: Von insgesamt 21 publizierten Praxisbeispielen unterschiedlichster Unternehmen berichteten drei Unternehmen rudimentär über ökonomische Aspekte und zwar beispielsweise in dieser Form: „... der Krankenstand ist im Bereich der kurzfristigen Erkrankungen um 70 % zurückgegangen. Es ist also kein Zufall, dass das vergangene Jahr das erfolgreichste des Hauses war. Der Umsatz stieg um vier Prozent, die Zufriedenheit der Gäste, die sich mit dem Gäste-Score messen lässt ...“ oder „Der Krankenstand geht auf jeden Fall in die richtige Richtung“ oder „...sank der Anteil der Mitarbeiter/innen mit Ausfallzeiten von 69 auf aktuell 46 Prozent“.

Praxisbeispiele für mittlere Unternehmen mit 101 bis 500 Mitarbeitern/innen: Von den insgesamt 45 publizierten Praxisbeispielen in dieser Kategorie wurden bei sieben Unternehmungen – ebenfalls nur

sehr kursorisch – ökonomische Aspekte angesprochen, z. B. nur als Ziel formuliert: „... die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen, den Krankenstand auf Bundesbranchenschnitt zu reduzieren“ oder „Der Krankenstand konnte gesenkt werden und lag 2015 2,1 % unter dem Branchenvergleichswert ...“ oder „messbare Ergebnisse, indem sich der Krankenstand dauerhaft reduzierte“, oder in dieser Form: „durch eine leichte Verringerung des Krankenstandes entsteht für XY ein hohes Kosteneinsparvolumen ...“ oder „... die Abwesenheitsquote um 50 % reduziert.“

Praxisbeispiele für große Unternehmen über 500 Mitarbeiter/innen: Von insgesamt 39 Praxisbeispielen berichten hier zwei Unternehmen mehr oder weniger ökonomische Aspekte. Die zwei Beispiele führen an: „Das Ergebnis dieses Engagements ist eine seit Jahren niedrige Krankheitsquote. 2015 lag sie bei 3,2 % ...“ bzw. „Der Erfolg ließ nicht lange auf sich warten. Krankenstand und Fluktuationsquote sind gesunken“.

Insgesamt kann bezüglich der Beschreibung der „erfolgreichen“ Praxisbeispiele konstatiert werden, dass Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit und ökonomischer Nutzen selten quantitativ berichtet werden und wenn, dann nur sehr diffus, oft ist das Projekt noch in der Umsetzungsphase und es wird über Ziele berichtet und nicht über Ergebnisse, zudem sind die Beschreibungen nicht einheitlich strukturiert.

Da keine vollständigen ökonomischen Evaluationen für Deutschland vorliegen, werden Ergebnisse internationaler ökonomischer Übersichtsarbeiten in Tabelle 17 zusammenfasst.

Tabelle 17: Ökonomischer Nutzen – Übersicht systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen¹

Autor/in, Jahr Studiendesign Eingeschlossene Studien/Region	Interventionen/Dauer	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen
Chapman (2012)³¹ Metaanalyse¹ 62 Studien mit Kontrollgruppen oder Vorher-Nachher-Vergleich USA	Kombination von mindestens drei Interventionen wie Raucherprävention, Fitness, Ernährung, Stressmanagement, Blutdruckkontrollen, Cholesterinreduktion, Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen, Prävention von Rückenproblemen, Gewichtsmanagement, Ernährungsberatung	Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2012 Update Fehlzeiten: in 26 Studien berichtet: <ul style="list-style-type: none"> • Ø Verringerung • -25,10 % (Streuung -9,3 bis -68,2 %) Medizinische Kosten: in 32 Studien berichtet: <ul style="list-style-type: none"> • Ø Verringerung • 24,5 % (Streuung -3,7 bis -50,10 %) ROI: in 25 Studien berichtet <ul style="list-style-type: none"> • 5,56 USD (Streuung 2,51 bis 19,41) 	Keine einheitliche Methodik, verschiedene Messmethoden etc.; neuere Studien zeigen bessere methodische Qualität; Fehlzeiten und Gesundheitskosten sind die häufigsten Indikatoren. Betriebliche Gesundheitsförderung ist die effektivste Strategie, um Gesundheitskosten und Kosten für Fehlzeiten zu reduzieren.
van Dongen et al. (2012)¹⁰⁸ Systematisches Review	A systematic review of the cost-effectiveness of worksite physical activity and/or nutrition programs		
Zehn Interventionsstudien, sieben RCT, drei NRS; USA 5, NL 3, DK 1, AUT 1	Ernährungsprogramme Ernährungs- und Bewegungsprogramme	Ernährungsprogramme: vier Studien, davon haben zwei nur Interventionskosten ermittelt, zwei Studien haben einen Kosten-Wirksamkeitsvergleich mit 43 USD bzw. 20 USD pro kg Gewichtsverlust ermittelt; Ernährungs- und Bewegungsprogramme: sechs Studien, davon betrachten drei nur Interventionskosten. Eine Studie ermittelte die Kosten/QALY (Perspektive Gesellschaft) für Telefonintervention mit 311.523 USD und für internetbasierte Intervention mit 1.698 USD. Ergebnisse konnten nicht gepoolt werden (unterschiedliche Outcomes, verschiedene Follow-up-Dauer, unterschiedliche ökonomische Perspektiven).	Sowohl diverse Ernährungsprogramme sowie auch die Kombination von Ernährungs- und Bewegungsprogrammen zeigen, dass Interventionen am Arbeitsplatz teurer, aber auch effektiver als „Usual Care“ sind. Die Interventionskosten lagen zwischen 20 USD und 43 USD. Diese werden teilweise durch medizinische Kostenreduktion und Verringerung von Fehlzeiten aufgewogen (dies wurde offenbar nicht ermittelt). Studien < 3 Jahre eingeschlossen, Nutzen entsteht oft erst später; daher möglicherweise Unterschätzung des ökonomischen Nutzens. Ergebnisse sind nicht einfach auf andere Länder übertragbar; z. B. tragen in den USA die AG einen Großteil der medizinischen Kosten für ihre AN, in Europa zumeistens Versicherungen oder das öffentliche Gesundheitswesen.

Fortsetzung Tabelle 17

Baicker (2010) ¹⁴ Metaanalyse	Workplace wellness programs can generate savings		
<p>22 Interventionsstudien, davon neun RCT bzw. mit Kontrollgruppen; sechs Studien mit Kontrollgruppen (nicht-randomisiert); sieben Vorher-Nachher-Vergleiche USA</p>	<p>Informationsmaterial, individuelle Beratung, Gruppenaktivitäten, Seminare, Anreize für Teilnahme an Gewichtsabnahmeprogramme, Fitness, Raucherentwöhnung, multiple Risikofaktoren</p>	<p>Medizinische Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ø Ersparnis pro AN/Jahr: 358 USD • Ø Kosten für AG/AN und Jahr: 144 USD • ROI: 3,27 USD <p>Fehlzeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ø Ersparnisse pro AN/Jahr: 294 USD • Ø Kosten für AG pro AN/Jahr: 132 USD • ROI: 2,73 USD 	<p>Methodisch profundere und glaubwürdigeren ROI als Chapman (2005). Limitation: in Studien überwiegend Firmen mit mehr als 1.000 Beschäftigten (höhere Economies of scale). Publikationsbias nicht ausgeschlossen, d. h. Vermutung, dass vermehrt Studien mit positiven Ergebnissen publiziert werden. Studie zeigt, dass beträchtliche Ersparnisse in kurzer Frist (zwei bis drei Jahre) möglich sind. Ersparnisse könnten noch höher sein, da Programmkosten im Zeitverlauf sinken und der Nutzen ansteigt. Neben medizinischen Kosten und Kosten für Fehlzeiten weiterer Nutzen (verbesserter Gesundheitszustand, niedrigere Fluktuation, geringere Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen oder bei Invaliditätsversicherungen) sind in den Studien zumeistens nicht berücksichtigt.</p>

Fortsetzung Tabelle 17

EAHC, Matrix share our insight (2013) ⁷³ Modellrechnung	Matrix share our insight. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives		
Modellrechnung basierend auf ausgewählten Primärstudien mit hohen Effekten zur Verminderung von Depression	Arbeitsplatzverbesserung basierend auf Erhebung von Risikofaktoren für Depression; Training, Workshops (Effekt bei Depression –34 %). Zugrundliegende Studie: Tsutsumi et al. (2009) ² Zielgruppe: universell	ROI: Gesundheitswesen: 2,94 Sozialsystem: 0,47 Wirtschaft: 5,03 AG: 3,36 Insgesamt: 11,79 Programmkosten pro Person Euro 16	Für jeden Sektor, ausgenommen das Sozialwesen, ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis größer als 1. Die meisten Daten des Modells beziehen sich auf Großbritannien. Annahme: Übertragbarkeit auf die EU-27 Länder. Im Modell sind keine Rückfallquoten enthalten.
	AACT; zugrundliegende Studie: Bond et al. (2000) ³ : Zielgruppe: universell	ROI: Gesundheitswesen: 1,60 Sozialsystem: 0,28 Wirtschaft: 2,73 AG: 5,66 Insgesamt: 10,25 Programmkosten pro Person Euro 68	Annahme: Eine Reduktion von Depression um 80 % ist sehr hoch, auch Programmkosten sind höher als bei Arbeitsplatzverbesserungsprogramm, weil bei diesem Programm auch Psychotherapeuten herangezogen werden. Insgesamt ergibt sich aber für jeden investierten Euro ein Nutzen von Euro 10,25.
	Kognitive Verhaltenstherapie per E-Mail-Kommunikation mit Therapeuten; zugrundliegende Studie: Ruwaard et al. (2007) ⁴ Zielgruppe: selektiv	ROI: Gesundheitswesen: 0,11 Sozialsystem: 0,02 Wirtschaft: 0,21 AG: 0,47 Insgesamt: 0,81 Programmkosten pro Person Euro 478	Das Programm richtet sich an Personen mit Risikofaktoren für Depression, daher intensivere Intervention und geringerer ROI. Konservative Schätzung, da der Zeitraum nur ein Jahr beträgt.

Fortsetzung Tabelle 17

	<p>Stressmanagementprogramm; zugrundliegende Studie: Mino et al. (2006)⁵ Zielgruppe: selektiv</p>	<p>ROI: Gesundheitswesen: 0,20 Sozialsystem: 0,03 Wirtschaft: 0,37 AG: 0,81 Insgesamt: 1,41 Programmkosten pro Person Euro 488</p>	<p>Für jeden Sektor ergibt sich ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von weniger als 1, d. h. die Kosten übersteigen den Nutzen. Gemeinsame Investition aller Sektoren ergäbe ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis von Euro 1,41. Die Teilnehmenden erhielten in der zugrundeliegenden Primärstudie einen Stressmanagementkurs, einen Muskelentspannungskurs zu jeweils zwei Stunden, im Anschluss individuelle Beratung via E-Mail mit Therapeutinnen/en. Der Effekt war mit –45 % größer als bei kognitiver Verhaltenstherapie (–25 %).</p>
	<p>Fitness-Programm; zugrundliegende Studie: Eveline et al. (2010)⁶ Zielgruppe: indiziert</p>	<p>ROI: Gesundheitswesen: 1,80 Sozialsystem: 0,29 Wirtschaft: 3,12 AG: 8,42 Insgesamt: 13,62 Programmkosten pro Person Euro 723</p>	<p>Das der Modellrechnung zugrundeliegende Programm beinhaltete zwei Mal wöchentlich persönliche Trainingsprogramme für Personen mit minimalen Depressionssymptomen, Dauer zehn Wochen (am Arbeitsplatz), Reduktion der Depression –72 % aus Primärstudie. Für alle Sektoren außer Sozialsystem ein positiver ROI.</p>
	<p>Problemlösungs- und kognitive Verhaltenstherapie; zugrundliegende Studie: Lexis et al. (2011)⁷ Zielgruppe: indiziert</p>	<p>ROI: Gesundheitswesen: 0,64 Sozialsystem: 0,10 Wirtschaft: 1,12 AG: 3,04 Insgesamt: 4,91 Programmkosten pro Person Euro 1.205</p>	<p>Das der Modellrechnung zugrundeliegende Programm beinhaltete sieben Einheiten à 45 Minuten Therapie, durchgeführt in einer Bank in den Niederlanden für Personen mit hohem Risiko für zukünftige Krankenstände und mit milder bis schwerer Depression (basierend auf zuvor durchgeführtem Screening). Alle Sektoren – außer Gesundheits- und Sozialwesen – weisen positiven ROI auf.</p>
<p>Hamberg-van Reenen et al. (2012)⁵⁵, Systematisches Review</p>	<p>Worksite mental health interventions: a systematic review of economic evaluations</p>		
<p>Zehn Studien (keine Einschränkung hinsichtlich Studiendesign) USA: 4; NL: 5; DK: 1</p>	<p>1. Interventionen für Prävention/Behandlung psychischer Beschwerden 2. Interventionen für krankgeschriebene AN mit dem Ziel RTW</p>	<p>Alle Studien zeigen positive ökonomische Ergebnisse, davon haben drei Studien schlechte methodische Qualität. Ergebnisse der Studie Lo Sasso et al. 2006 (gute Studienqualität): Nettonutzen/Jahr 1: 30 USD/AN, Jahr 2: 257 USD/AN; ROI 4,02 USD (große Spannweite)In fünf von sechs Studien keine Evidenz für günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis; eine Studie zeigt Nettonutzen pro Jahr von 15 USD/AN, Wahrscheinlichkeit Kosteneffektivität 76 %.</p>	<p>Nur zehn Studien gefunden mit mehrheitlich methodischen Schwächen. Keine sicheren Schlussfolgerungen möglich.</p>

Fortsetzung Tabelle 17

<p>Tompa et al. (2010)¹⁰⁰, Systematisches Review</p>	<p>A systematic review of workplace ergonomic interventions with economic analyses</p>		
<p>16 Studien, alle Studiendesigns USA: 10, CAN 2, AUT 2, SW 1, NL 1</p>	<p>Ergonomische Maßnahmen (partizipative Teams, Schulungen, ergonomische Möbel etc.)</p>	<p>Starke Evidenz, dass ergonomische Interventionen finanzielle Vorteile für die Unternehmen bringen (insbesondere in Produktion und Lagerwesen); für partizipative Verfahren – vier Studien – moderate Evidenz, für finanzielle Vorteile Quantifizierung nicht möglich.</p>	<p>Wenige ökonomische Studien, unterschiedlicher Qualität und Methoden. Keine guten Evaluations- studien vorliegend. Bedarf nach standardisierten Methoden. Ergonomische Interventionen ökonomisch positiv.</p>

ACT = Akzeptanz- und Commitment-Therapie. AG = Arbeitgeberin und Arbeitgeber. AN = Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. AUT = Australien. CAN = Kanada. DK = Dänemark. NL = Niederlande. NRS = Nicht-randomisierte Studie. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. ROI = Return on investment. RTW = Return to work. QALY = Quality-Adjusted Life Year. SW = Schweden. USA = United States of America.

¹ Systematisches Review von Pelletier (2011), enthält einige Primärstudien, die auch in Chapman (2012) eingeschlossen sind, daher wird Pelletier (2011) nicht in der Übersichtstabelle zusammengefasst.

² Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers. A cluster randomized controlled Study. Journal of Occupational and Environmental Medicine/2009, May Vol 51, pp 554-63).

³ Mediators of change in emotion focused and problem-focused worksite stress management interventions. J Occup Health Psychol.2000, Jan; 5 (1).

⁴ E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work related stress. A randomized clinical trial. Int. J Behav Med.2009, 16 (3).

⁵ Can stress management at the workplace prevent depression. A randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2006; 75 (3).

⁶ Workplace exercise intervention to prevent depression: A pilot randomized controlled trial. In: Mental Health and Physical Activity, Vol. 3, Issue 2, Dec 2010.

⁷ Prevention of long-term sickness absence and major depression in high risk employees: a randomised controlled trial. Occup. Environ. Med.2011, Jun; 68 (6).

Darstellung übernommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Es wurden zwei Metaanalysen (mit 84 eingeschlossenen Primärstudien), drei systematische Übersichtsarbeiten (mit 36 eingeschlossenen Primärstudien) und eine Modellrechnung (mit sechs eingeschlossenen Primärstudien) analysiert.

Die Metaanalyse von Chapman³¹ enthält insgesamt 62 Studien mit Multikomponentenprogrammen (mindestens drei Maßnahmen, Dauer der Intervention mehr als zwölf Monate). Die Metaanalyse zeigt eine beträchtliche Reduktion der Fehlzeiten und der medizinischen Kosten, der durchschnittlichen „Return on Investment“ (ROI) wird mit 5,56 USD (Bandbreite zwischen 2,5 und 19,4 USD) beziffert. In der Metaanalyse waren verschiedene Studiendesigns eingeschlossen, jene Studien mit höherer Qualität wurden stärker bewertet.

Einschränkend ist zu dieser Studie zu bemerken, dass methodisch anfechtbare Studiendesigns (meistens Vorher-Nachher-Vergleiche ohne Kontrollgruppen) eingeschlossen sind und alle Primärstudien aus den USA stammen. Das Gesundheitssystem in den USA ist anders organisiert als in Europa. Dort haben Arbeitgeber ein größeres Interesse, die Gesundheitsausgaben zu senken, da ihre Angestellten meistens über eine betriebliche Krankenversicherung versichert sind. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse der Metaanalyse von Chapman³¹ auf Europa ist daher nur eingeschränkt gegeben. Cherniak (2013, zitiert in⁵³) zwölf Studien mit dem höchsten ROI aus der Studie Chapman (2012) kritisch analysiert und dabei den ROI deutlich nach unten korrigiert (ROI zwischen 1,5 und 8,0). Die wesentliche Einflussgröße auf den ROI war die Kalkulationsgröße „Produktivität“ (über 50 %-Anteil am ROI), und sie basierte meistens auf Selbst- bzw. Fremdeinschätzungen.

Außerdem wurde die Mehrzahl der Primärstudien in großen Betrieben mit mehr als 1.000 Angestellten (41 von den 62 Studien in Chapman (2012)) durchgeführt; diese Betriebe haben im Vergleich zu Klein- und Mittelbetrieben höhere Skaleneffekte (Economies of Scale) für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme.

Baicker et al.¹⁴, die in ihrer Metaanalyse qualitativ bessere Studiendesigns eingeschlossen haben, beziffern auch Ersparnisse bei medizinischen Kosten sowie Fehlzeiten und schätzen die ROI-Werte niedriger als Chapman et al. (vgl. Tabelle 17). Auch in Baicker et al. (2010) sind überwiegend große Unternehmen und lediglich Studien aus den USA eingeschlossen.

Van Dongen et al.¹⁰⁸ haben in ihrem systematischen Review Ernährungs- und Bewegungsprogramme analysiert und schließen dabei randomisierte und nicht-randomisierte Studien ein. Der überwiegende Teil der Studien stammt aus den USA, nur drei Studien stammen aus den Niederlanden sowie jeweils eine aus Dänemark und Australien. Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Maßnahmen zur Gewichtsreduktion am Arbeitsplatz teurer, aber effektiver als herkömmliche Abnehmprogramme („Usual Care“) sind. Anzumerken ist hier, dass die Programmkosten auf die Kilos Gewichtsverlust umgelegt wurden, während Fehlzeiten und allgemeine medizinische Kostenreduktionen keine Berücksichtigung fanden.

Eine ökonomische Beurteilung auf Basis von Modellrechnungen – **EAHC Matrix Share**³⁹ zur Verhinderung bzw. Verminderung von Depressionen kommt auf positive ROI-Werte für die Betriebe je nach Intervention und Zielgruppe (ob gesunde bzw. bereits erkrankte Menschen) zwischen 8,40 und 0,47 Euro. Auch für alle weiteren betroffenen Sektoren (Gesundheitswesen, Sozialsystem, Wirtschaft) wurde der ROI ermittelt, wobei das Sozialsystem offenbar am wenigsten profitiert (vergleiche Tabelle 17). Der Modellrechnung liegen grundsätzlich gute Studiendesigns zur Ermittlung der Wirksamkeit zugrunde, jedoch ist zu berücksichtigen, dass nur Primärstudien mit relativ geringen Teilnehmerzahlen ausgewählt wurden, die einen hohen Wirksamkeitseffekt erbrachten. Da sich die meisten Daten des Modells auf Großbritannien beziehen, kann eine Übertragbarkeit auf Europa angenommen werden. Der Modellrechnung ist leider nicht zu entnehmen, ob eine Qualitätsbewertung der Primärstudien vorgenommen wurde.

Hamberg-van Reenen et al.⁵⁴, die ebenfalls eine ökonomische Analyse von Interventionen für die Primär- bzw. Sekundärprävention psychischer Erkrankungen auf Basis einer systematischen Übersichtsarbeit durchführten, kommen zu positiven Ergebnissen mit großen Spannbreiten. Aufgrund methodischer Schwächen der zugrundeliegenden Studien können die Autorinnen und Autoren keine verlässlichen Schlussfolgerungen über das Ausmaß des Nutzens ableiten.

Ergonomische Maßnahmen (inklusive Partizipation) beurteilen Tompa et al.¹⁰¹ hinsichtlich des ökonomischen Nutzens als positiv, insbesondere in bestimmten Bereichen wie Produktion und Lagerwesen; eine Quantifizierung der Effekte war nicht möglich.

Der iga.Report 28²³ enthält großteils die bereits in Tabelle 17 dargestellten ökonomischen Übersichtsarbeiten, bezogen auf den Zeitraum 2006 bis 2012. Die iga-Autoren/innen fassen zusammen, dass in den ökonomischen Studien „vorwiegend der ROI, medizinische Kosten, Kosten infolge krankheitsbedingter Abwesenheit (Absentismus) sowie Produktivitätsverluste bei Anwesenheit (Präsentismus) bewertet wurden, wenngleich dies nicht alle Studien machen. Die Studien berücksichtigen verschiedene Erhebungsmethoden und diverse Zielparameter. Daher könnten keine allgemeingültigen Schlüsse gezogen werden. Die untersuchten Reviews wiesen jedoch insgesamt auf einen positiven ROI hin.

Durch die ergänzende Literatursuche für den Zeitraum 2014 bis 2017 in MEDLINE und der Cochrane Library konnten noch zwei ökonomische Primärstudien identifiziert werden:

1. **Fitzgerald et al.**⁴¹ untersuchen die Kosten aus Sicht des Arbeitgebers für Interventionen zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens. Es handelt sich dabei um eine Cluster-randomisierte Studie in Produktionsbetrieben in Irland in der Dauer eines Jahrs. Es wurden die Kosten für Ernährungsberatung allein (individuelle und Gruppenberatung und Information über Ernährung) und Änderung des Angebots/der Umwelt (Menüänderung, Änderung des Ballaststoffgehalts und mehr Obst und Gemüse; Preissenkung für Obst, gesundes Essen wird besser positioniert, Kontrolle der Portionsgröße) sowie eine Kombination beider Interventionen untersucht. Die Kosten für die Multikomponentenintervention beliefen sich im Durchschnitt auf 62 Euro pro Person, die Ernährungsberatung belief sich im Durchschnitt auf 57 Euro pro Person und Änderung des Angebots/Umwelt auf 7 Euro pro Person. Hauptkostenfaktor mit 53 bis 73 % der Gesamtkosten war die Bezahlung der Ernährungsberatung. Es handelt sich hierbei um keine vollständige ökonomische Evaluation, da der Nutzen der Intervention nicht bewertet wurde.
2. **Berry van Holland et al.**¹⁰⁹ untersuchte in einem Fleischverarbeitungsunternehmen in Holland zwischen Februar 2012 und März 2015 anhand einer Cluster-randomisierten Studie die Wirksamkeit eines umfassenden Screening-Programms, das Arbeitnehmer/innen mit dem Risiko für eine verringerte Arbeitsfähigkeit identifizieren sollte. Basierend auf den Ergebnissen des Screening-Tests erhielten die Teilnehmenden eine Beratung von einem Physiotherapeuten, der sie zu möglichen weiteren Therapien (Ernährungsberatung, Physiotherapie, Allgemeinmedizin) weiterverwies. Bezüglich der Krankenstandstage, der Arbeitsfähigkeit und Produktivität konnten keine positiven Resultate erzielt werden, lediglich hinsichtlich psychosozialer Faktoren war das Ergebnis gegenüber der Kontrollgruppe besser. Da keine Intervention am Arbeitsplatz stattfand, wird diese ökonomische Evaluation nicht eingeschlossen.

7 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

7.1 Domäne Organisation

Frage 1: Welche Maßnahmen werden von der GKV, der Renten- und der Unfallversicherung in Deutschland gefördert?

Die GKV unterstützt BGF-Maßnahmen z in Betrieben. Die gesetzliche Unfallversicherung unterstützt und berät Unternehmen bei der Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Betrieben, um Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu verhüten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu reduzieren.

Die deutsche Rentenversicherung erbringt medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, also zur Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung⁹⁶. Sowohl die GKV und die Unfall- sowie auch die deutsche Rentenversicherung unterstützen beim BEM im Rahmen bundesweiter gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation. Eine detaillierte Darstellung der Maßnahmen von GKV, Renten- und Unfallversicherung findet sich in 6.1.1.

Frage 2: Liegen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die BGM-Bereiche der GKV, der Rentenversicherung und der Berufsgenossenschaft in Deutschland vor? Werden diese Ziele evaluiert und wenn ja, wie erfolgreich ist ihre Umsetzung?

Für die **GKV** liegen Ziele für die primärpräventiven und gesundheitsfördernden Aktivitäten vor, diese bauen auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen auf und berücksichtigen Ziele-Initiativen von nationaler Bedeutung. Der Zielereichungsgrad bezüglich der Anzahl der erreichten Betriebe mit bestimmten Maßnahmen wird regelmäßig evaluiert (eingeschränkte Evaluierung).

Für die **Unfallkassen und Berufsgenossenschaften** werden im Rahmen der gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) verschiedene Arbeitsschutzziele festgelegt, die prozessbegleitend und im Nachhinein evaluiert werden. Die Basis ist dabei ein einheitliches Bewertungsschema mit entsprechenden Indikatoren.

Laut dem Evaluationsbericht zur Strategieperiode 2008 bis 2012⁷¹ hat das GDA-Arbeitsprogramm positive Effekte auf den betrieblichen Arbeitsschutz. Die Ergebnisse einer im Rahmen der Evaluation durchgeführten repräsentativen Betriebsbefragung zeigen, dass Betriebe, die in die GDA-Arbeitsprogramme eingebunden waren, signifikant bessere Ergebnisse bei zentralen Aspekten des Arbeitsschutzes (Gefährdungsbeurteilung, Unterweisung, sicherheitstechnische und betriebsärztliche Betreuung) aufweisen als Betriebe, die nicht eingebunden waren.

Für die Rentenversicherung konnten auf Basis der gefundenen Literatur keine dezidierten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele identifiziert werden. Im Rahmenkonzept werden jedoch verschiedene Aspekte genannt, die die Leistungen vornehmlich abdecken sollen.

Frage 3: Wie wirken sich die unterschiedlichen Zuständigkeiten in Deutschland auf eine effiziente Umsetzung und Förderung von BGM aus?

Zur Frage, wie sich die unterschiedlichen Zuständigkeiten in Deutschland auf die Umsetzung und Förderung von BGM auswirken, konnte keine explizite Literatur identifiziert werden. Jedoch zielen das noch recht neue PrävG und die darin festgehaltenen Regelungen unter anderem darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsträgern zu fördern und Maßnahmen besser zu verzahnen. Dies impliziert, dass das bisherige System nicht für ideal gehalten bzw. vom Gesetzgeber die Notwendigkeit einer Status-quo-Änderung gesehen wurde. Ob das Ziel der besseren Zusammenarbeit und Vernetzung im Bereich BGM mit dem PrävG erreicht wird, kann aufgrund der Aktualität des Gesetzes jedoch noch nicht festgestellt werden. Allerdings lässt sich festhalten, dass z. B. für die gesetzlichen Krankenkassen bereits neue Strukturen geschaffen wurden: Seit Mai 2017 gibt es regionale BGF-Koordinierungsstellen, die das Ziel haben, Unternehmen unabhängig von Branche und Beschäftigtenzahl sowie krankenkassenübergreifend eine professionelle Anlaufstelle in Sachen BGF zu bieten. Die entsprechende Website <https://www.bgf-koordinierungsstelle.de> informiert über BGF sowie BGM und bietet eine zentrale Anlaufplattform für Unterstützungsleistungen der GKV in ganz Deutschland.

7.2 Domäne Medizin

Frage 4: Wie ist die Effektivität von BGF-Maßnahmen laut internationalen Übersichtsarbeiten zu bewerten?

Es wurden zwei umfassende Umbrella-Reviews (Reviews of Reviews) identifiziert, die jeweils auf systematischen Literaturrecherchen beruhen. Diese enthielten insgesamt 86 systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen mit 2.006 Primärstudien. Diese untersuchen verschiedene Interventionen der BGF und der betrieblichen Prävention sowie arbeitsweltbezogene Maßnahmen im Setting Betrieb hinsichtlich ihrer Wirksamkeit.

Bezüglich Maßnahmen zur Verbesserung der **Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Allgemeinen** zeigte sich, dass individuumsbezogene Maßnahmen bezüglich **Ernährung** und **Bewegung** sowie auch **verhältnisorientierte Maßnahmen** – wie etwa den Entscheidungsspielraum der Arbeitnehmer/innen zu erhöhen (z. B. Mitbestimmung bei Schichtenteilungen), Veränderung der Arbeitsorganisation, psychosoziales Umfeld – **positive Auswirkungen** auf körperliche und seelische Gesundheit haben. Eine Verbesserung der körperlichen bzw. psychischen Verfassung wird von einem Großteil der Studien belegt. Häufig ist der Nutzen höher, wenn Programme verschiedene Maßnahmen beinhalten, sei es, dass sie die Betroffenen darin unterstützen, ihr Verhalten zu verändern und/oder ein gesundheitsförderndes Umfeld schaffen. Besonders deutlich wird dies in der Prävention psychischer Erkrankungen. Es gibt jedoch auch Felder mit begrenzter Datenlage. Hierzu zählen insbesondere die Alkoholprävention und die Evaluierung von Gesundheitszirkeln oder partizipativen Maßnahmen. Insbesondere in diesen Bereichen der allgemeinen Gesundheitsförderung besteht weiterhin hoher Forschungsbedarf, um evidenzbasierte Handlungsempfehlungen generieren zu können²³.

Laut iga.Report 28²³ führten ernährungsbezogene Maßnahmen zu einer Verbesserung des **Ernährungsverhaltens** der Beschäftigten. Sowohl klassische Schulungen über eine gesunde Ernährung als auch das Schaffen eines gesundheitsförderlichen Umfelds durch Produktkennzeichnung und gesunde Angebote in Kantinen und Automaten führten zu einer gesünderen Ernährungsweise der Beschäftigten. Darüber hinaus konnten – bezogen auf das Gewicht oder die Körperzusammensetzung (Körperfettanteil) – allerdings keine Effekte gefunden werden. Allerdings zeigten sich in den Studien zum Ernährungsverhalten methodische Mängel, wie das Fehlen einer Kontrollgruppe oder objektiver Parameter.

Bei, die speziell auf den **Muskel-Skelett-Apparat** abzielen, zeigte sich, dass Armstützen an Bürostühlen in Kombination mit alternativer Mausbedienung längerfristig die Inzidenz von Muskel- und Skelett-Erkrankungen verringern kann⁵⁷ und dass diverse Trainingsmaßnahmen und die Arbeitsfähigkeit erhöhen (tägliches Training)¹⁸. Das sogenannte Multikomponentenprogramm (mechanische Hebehilfen, organisatorische Maßnahmen, Schulungen etc.) kann Beschwerden verringern (Aas et al. (2001), Bell/Burnett (2009), Hoe et al. (2012), Tullar et al. (2010) zitiert in Rosian-Schikuta et al. (2016)²³). Der iga.Report 28²³ kommt zu dem Schluss, dass bei Maßnahmen für den Bewegungsapparat verhaltenspräventive Maßnahmen überwiegen und die Studienergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind. Die Ergebnisse der Studien weisen darauf hin, dass rein edukative Präventionsmaßnahmen uneffektiv sind, ebenso die klassischen Rückenschulen. Körperliche Bewegungs- und Kräftigungsprogramme zur Steigerung der physischen Belastbarkeit, Verbesserung der Beweglichkeit und Erhöhung der Fitness zeigten die deutlichsten Effekte. Mithilfe von Sport- und Bewegungsprogrammen lassen sich Fehlzeiten infolge von Muskel-Skelett-Erkrankungen reduzieren als auch deren Inzidenz und Prävalenz senken. Die Heterogenität der Studien erlaube jedoch keine Rückschlüsse, welcher Inhalt oder welche zeitliche Dauer der Maßnahmen oder welche Intensität der Übungen hinsichtlich Wirksamkeit von Bedeutung ist. Zu verhältnispräventiven Maßnahmen (technische Hilfsmittel, Stützgürtel) gibt es begrenzte Evidenz, dass Interventionen mit Training und Schulungen keinen Zusatznutzen in der Prävention von Rückenschmerzen gegenüber Bewegung und Rückengurten haben. Ein Review (Williams et al. (2007), zitiert in iga.Report 28) belegt die Wirksamkeit der Neugestaltung des Arbeitsplatzes sowie auch des Tragens eines Lumbalgurts bezüglich Schmerzen. Kombinierte Ansätze (Multikomponentenprogramme) zeigen eine nur geringe Evidenz (Aas et al. (2001), zitiert in iga.Report 28²³).

Bei der Förderung der **psychischen Gesundheit** zeigen sehr unterschiedliche Interventionen (individuelle sowie auch kombinierte) überwiegend positive und längerfristige Auswirkungen im Sinne einer **Burn-out-Reduktion**. Für die Reduktion von **Angst und Depression** gibt es Hinweise auf positive Wirkungen, hier liegen aber kaum Langzeitstudien vor. Die Verringerung von Krankenstandstagen und

früherer Rückkehr zur Arbeit durch psychologische Interventionen war nachweisbar⁸⁶. Interventionen, die ein kognitives Verhaltenstraining enthalten, zeigten sämtlich positive Effekte, Entspannungstrainings meistens nur kurzfristige. Hervorzuheben ist eine Studie von Bourbonnais et al. (2006)/(2010) (zitiert in Rosian et al. (2016)⁸⁶), die nach einer kombinierten Intervention in einem Krankenhaus auch nach drei Jahren zu einer Reduktion von Burn-out führte. Dabei handelte es sich um einen partizipativen Ansatz, um negative psychosoziale Faktoren zu reduzieren: Ein Interventionsteam, bestehend aus Gesundheitspersonal und weiteren Akteuren des Krankenhauses, erarbeitete in regelmäßigen Sitzungen Vorschläge für Veränderungen und deren Implementierung. Im Mittelpunkt standen dabei die bekannten negativen Faktoren: hohe psychische Anforderungen, geringer Entscheidungsspielraum, geringe soziale Unterstützung und geringe Honorierung. Ein Manko ist z. B., dass sehr verschiedene Zielparameter und Erhebungsinstrumente verwendet werden, auch im iga.Report 28 wird festgehalten, dass im Bereich der psychischen Gesundheit die Anzahl der Studien angestiegen ist und vielfach positive Effekte auf die psychische Gesundheit von Beschäftigten berichtet werden, insbesondere Interventionen, die auf das Verhalten und auf die Veränderung der Arbeitsorganisation abzielen.²³

Insgesamt kann festgehalten werden, dass für arbeitsweltbezogene Maßnahmen und Maßnahmen der BGF und der betrieblichen Prävention positive Wirkungen nachweisbar sind. Die Ergebnisse sind jedoch nicht immer konsistent, auch können die Effekte nur in den seltensten Fällen in Form von Metaanalysen **quantifiziert** werden. Die Gründe dafür liegen darin, dass vielfach in den Primärstudien unterschiedliche Zielparameter sowie Endpunkte und verschiedene Instrumente für die Messung des Grads der Zielerreichung zum Einsatz kommen und dass das eine Quantifizierung erschwert.

Auf Basis der Analyse von systematischen Übersichtsarbeiten kann vielfach nicht herausgearbeitet werden, welche Interventionen bzw. welche spezifischen Elemente für wirksame Prävention bzw. Gesundheitsförderung verantwortlich sind, insbesondere wenn es sich um kombinierte Maßnahmen handelt.

Die Autorentams der systematischen Reviews vermerken überwiegend methodische Mängel in den vorliegenden Primärstudien (z. B. eingeschränkte Nachvollziehbarkeit des Studiendesigns, eingeschränkte Vergleichbarkeit der eingeschlossenen Gruppen, Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente für Outcomes etc.) und fordern qualitativ bessere Primärstudien ein.

Frage 5: Wie können diese Maßnahmen kategorisiert werden? (Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen, kombinierte Interventionen)

Aus der Zusammenschau der internationalen Übersichtsarbeiten kann eine genaue Quantifizierung der Art der Maßnahmen nicht abgeleitet werden. Bei den Maßnahmen zur Förderung der allgemeinen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (Bewegung, Ernährung etc.) sowie Maßnahmen zur Reduktion von Muskel-Skelett-Beschwerden scheinen individuelle verhaltensorientierte Maßnahmen zu überwiegen. Im Bereich der Stärkung der psychischen Gesundheit kommen kombinierte Interventionen (Verhalten- und verhältnisbezogene Maßnahmen) stärker zum Einsatz.

Nach der Auswertung der von der GKV geförderten Maßnahmen in Deutschland überwiegen (etwas über 50 %) kombinierte Interventionen (verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen), gefolgt von rein verhaltensbezogenen Maßnahmen. Maßnahmen, die nur die Verhältnisse adressieren, sind in der Minderzahl.

Frage 6: Liegen auch Publikationen oder Evaluationen hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen der deutschen GKV im Rahmen von deren Aktivitäten zu BGF vor?

Es konnte keine Publikation zur Evaluation der Effektivität von GKV-geförderten Leistungen identifiziert werden. Einschränkend ist zu bemerken, dass die durchgeführten Suchen und Anfragen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Auf Anfrage wurde auf den iga.Report verwiesen²³, der jedoch keine Primärstudie zu Maßnahmen, die in Deutschland umgesetzt wurden, enthält. Auf Seiten der Spitzenverbände wird regelmäßig eine Meta-Evaluation durchgeführt (vgl. Kapitel 6.2 Ergebnisse der Domäne Medizin), die jedoch keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit oder den ökonomischen Nutzen bestimmter Maßnahmen erlauben.

7.3 Domäne Sozialwissenschaft und Ethik

Frage 7: Bestehen Ungleichheiten im Zugang zu BGF-Maßnahmen in Unternehmen auf der Mikro- (bestimmte Bevölkerungsgruppen) bzw. Makroebene (Ungleichheiten zwischen Branchen)?

Insgesamt konnten vier Studien, die sich mit Aspekten dieser Fragestellung beschäftigen, identifiziert werden. Sie zeigen Unterschiede im Zugang zu BGF-Maßnahmen sowohl in Bezug auf die Mikro- als auch auf die Makroebene.

Zugang zu BGF-Maßnahmen für verschiedene Bevölkerungsgruppen

Hinsichtlich des **Alters** zeigt sich in Beck et al. (2015)¹⁷, dass sich die Mehrheit der Teilnehmenden an BGF-/BGM-Maßnahmen in der Altersgruppe der ab 35-Jährigen befindet.

In Bezug auf **geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Teilnahmeraten** liegen keine eindeutigen Ergebnisse vor. In einer Studie von Beck et al.¹⁶ zeigt sich, dass die Teilnahmequoten an BGF-Maßnahmen zwischen Männern und Frauen nicht substantiell unterschiedlich sind. Aus dem Präventionsbericht 2016⁹¹ ergibt sich dagegen, dass Frauen BGF-/BGM-Maßnahmen vermehrt in Anspruch nehmen.

Nur wenige BGF-Maßnahmen richten sich speziell an Frauen oder an Männer, die meisten adressieren beide Geschlechter in gleichem Maße. Allerdings zeigt sich auch, dass krankenkassengeforderte BGF-Maßnahmen besonders in Betrieben mit höherem Männeranteil stattfindet, wodurch möglicherweise insgesamt mehr Männer erreicht werden⁹¹.

In Bezug auf besondere **Zielgruppen**, die insbesondere von BGF-Maßnahmen profitieren, zeigt sich laut dem Präventionsbericht 2016⁹¹, dass in 65 % der Fälle die BGF-Maßnahmen nicht auf besondere Zielgruppen bezogen sind. Bei den 35 % der zielgruppenspezifischen BGF-Maßnahmen profitieren insbesondere Führungskräfte sowie von Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen.

Zugang zu BGF-Maßnahmen in Bezug auf Branchen bzw. unternehmensspezifische Aspekte

Betrachtet man die Verbreitung von BGF-Maßnahmen nach unternehmensspezifischen Aspekten, zeigt sich in allen eingeschlossenen Studien^{16, 17, 58, 91}, dass die **Betriebsgröße** der stärkste Einflussfaktor ist. BGF-Maßnahmen sind auch unter Kontrolle des Wirtschaftsbereiches und der wirtschaftlichen Lage der Betriebe in Kleinst- und Kleinunternehmen (KKU) deutlich weniger verbreitet als in größeren Unternehmen. Wenn man davon ausgeht, dass rund 90 % aller Unternehmen in Deutschland weniger als 20 Angestellte haben, jedoch nur rund 30 % aller Angestellten in Unternehmen mit weniger als 20 Angestellten arbeiten, kann festgestellt werden, dass die Mehrheit der Unternehmen in Deutschland zwar keine BGF-Maßnahmen anbietet, aber dennoch die Mehrheit der Angestellten erreicht wird. Aus dem Blickwinkel der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit wäre eine Ausweitung von BGF-/BGM-Maßnahmen auf kleine Unternehmen allerdings wünschenswert.

Ein interessantes Ergebnis von Beck et al.¹⁶ ist, dass die Teilnahmequote von Beschäftigten aus kleinen Betrieben deutlich höher ist als von Beschäftigten aus großen Betrieben.

Des Weiteren zeigen sich in allen betrachteten Studien^{16, 17, 58, 91} Unterschiede in Bezug auf die Verbreitung von BGF-Maßnahmen je nach **Branche bzw. wirtschaftlichem Bereich**. Da die Kategorisierung von Unternehmen in einzelne Branchen jedoch nicht einheitlich ist, sind die Ergebnisse schwer vergleichbar und es kann keine übergreifende Schlussfolgerung formuliert werden.

Betriebe mit als sehr gut oder gut eingeschätzter **wirtschaftlicher Lage** bestätigten laut einer Studie von Beck et al.¹⁶ häufiger die Durchführung von BGF-/BGM-Maßnahmen, verglichen mit Unternehmen, die sich in einer schlechten wirtschaftlichen Lage befinden. Insofern wird die wirtschaftliche Situation als Prädiktor für BGF-Maßnahmen identifiziert, dieser Prädiktor ist aber nicht so ausgeprägt wie die Betriebsgröße.

Das Vorhandensein eines **Sicherheitsfachkraft/Arbeitsmediziners** sowie eines **Betriebsrats** kann auf Basis von zwei Studien^{17, 58} als Prädiktor für die Durchführung von BGF-Maßnahmen gesehen werden. Somit haben Personen in Unternehmen, die einen Sicherheitsschutzbeauftragten/Arbeitsmediziner oder einen Betriebsrat haben, häufiger Zugang zu BGF-Maßnahmen, wobei dies höchstwahrscheinlich auch im Zusammenhang mit der Betriebsgröße steht.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass die Datenlage zum Zugang zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen am Arbeitsplatz hinsichtlich mancher Indikatoren (z. B. Branche) eher heterogen ist. Zudem stehen höchstwahrscheinlich unterschiedliche Definitionen von BGM/BGF hinter den Ergebnissen der vier identifizierten Studien.

Frage 8: Hat die Ausgestaltung des Angebots der GKV Einfluss auf die Zugangsgerechtigkeit von BGF-Maßnahmen?

Es konnte keine Literaturquelle identifiziert werden, die sich explizit damit auseinandersetzt, ob die Ausgestaltung des Angebots der GKV Einfluss auf die Zugangsgerechtigkeit von BGF-Maßnahmen hat. Betrachtet man die Einflussfaktoren auf das Vorhandensein von BGF in Betrieben, ist die Unternehmensgröße der am stärksten belegte Indikator^{16, 17, 58, 91}. Hier können gezielte Programme zur Förderung von BGF in kleinen und mittleren Unternehmen von Seiten der GKV unter Umständen Einfluss nehmen.

Frage 9: Gibt es Hinweise darauf, dass die Persönlichkeitsrechte durch präventive Gesundheitsmaßnahmen in Unternehmen beeinträchtigt werden?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage konnten zwei Studien identifiziert werden, die zwar nicht im deutschen Kontext verortet sind, aber Hinweise auf zu beachtende Punkte im Rahmen von präventiven Gesundheitsmaßnahmen in Unternehmen geben^{83, 107}. Festzuhalten ist, dass moralische Aspekte laut Robroek et al. (2012)⁸³ nur eine geringe Rolle hinsichtlich der Entscheidung, an einem BGF-Programm teilzunehmen, spielen. Trotzdem gibt es Mitarbeitende, die in diesem Zusammenhang Bedenken hinsichtlich der Rolle der Arbeitgeber in Bezug auf die Mitarbeitergesundheit sowie hinsichtlich möglicher Verletzungen der Privatsphäre haben. Van Berkel et. al. (2014)¹⁰⁷ führen verschiedene ethische Gesichtspunkte an, die in Bezug auf BGF-Programme eine Rolle spielen können (siehe 7.3) und die bei der Ausgestaltung eines BGF-Programms gegebenenfalls beachtet werden sollten.

7.4 Domäne Ökonomie

Frage 10: Welche Kosten-Nutzen-Relation hat eine öffentlich geförderte BGF-Maßnahme – dargestellt anhand eines Praxisbeispiels aus Deutschland?

Es konnte kein Praxisbeispiel aus Deutschland identifiziert werden, für das eine vollständige ökonomische Evaluation vorliegt, die Recherchen erheben jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Aus internationalen Übersichtsarbeiten, die ökonomische Evaluationen analysieren, ergibt sich, dass der ökonomische Nutzen überwiegend für Projekte untersucht und beziffert ist, die in den USA durchgeführt wurden und aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme nicht ohne Weiteres auf Deutschland umgelegt werden können.

Erst in den letzten Jahren werden einige wenige ökonomische Evaluierungen in Europa durchgeführt – vor allem in den Niederlanden, in Schweden und Dänemark.

Die methodische Qualität vorliegender ökonomischer Studien ist noch sehr heterogen. Dies liegt auch daran, dass zu den nun doch verstärkt realisierten RCT zur Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting offenbar selten begleitende ökonomische Evaluationen durchgeführt werden. Die Nachvollziehbarkeit der Bewertung des Nutzens (z. B. wie die Produktivität bewertet wurde) ist meistens nicht gegeben. Auch ist nicht klar ersichtlich, welche Kosten in die ökonomischen Evaluationen Eingang gefunden haben. Häufig werden nur Fehlzeiten bewertet, meistens nur aus der Perspektive der Betriebe und nicht auch aus der Perspektive des Gesundheits- und Sozialwesens/der Gesellschaft.

Die analysierten Reviews weisen auf einen insgesamt positiven ROI hin, insbesondere eine Modellrechnung veranschaulicht den potenziellen ökonomischen Nutzen aus unterschiedlichen Perspektiven. Allgemeingültige Schlussfolgerungen lassen sich jedoch aufgrund der Heterogenität der Studien und der eingeschränkten Übertragbarkeit der Ergebnisse nicht ableiten.

8 Schlussfolgerung/Empfehlung

BGM ist eine Querschnittsaufgabe sowohl innerhalb von Unternehmen als auch auf gesetzlicher Ebene. Dementsprechend sind in Deutschland verschiedene Akteure eingebunden. Die öffentliche Hand hat über die Jahre die Stärkung und Verbreitung von BGM in Deutschland forciert. Mit dem 2015 beschlossenen PräVG wurde ein weiterer gesetzlicher Rahmen – unter anderem in Bezug auf BGF – in Deutschland geschaffen. Arbeits- und Gesundheitsschutz, BGF sowie BEMstellen relevante Bereiche für BGM dar. Jedes dieser Handlungsfelder beruht auf einer gesetzlichen Basis und wird von verschiedenen Institutionen und Akteuren getragen, diese sollen laut dem neuen PräVG enger zusammenarbeiten. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Rahmenbedingungen für BGF/BGM sowie deren Stärkung in Deutschland.

- Zur Ausschöpfung des vollen Potenzials wird empfohlen, die Umsetzung des PräVG zu evaluieren, um die Zielerreichung zu überwachen und Transparenz zu schaffen. Dies betrifft insbesondere auch die Umsetzung der gesetzten Maßnahmen auf Länderebene.
- Es wurde festgestellt, dass für die GKV sowie die Unfallversicherung Ziele für ihre Aktivitäten in Bezug auf BGM vorliegen. Da nichts Entsprechendes für die Rentenversicherung identifiziert werden konnte, wird auch für diesen Sozialversicherungsträger empfohlen, transparente Zielsetzungen für die gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu definieren.
- Darüber hinaus wird empfohlen, an einer einheitlichen Definition der Begriffe BGM und BGF zu arbeiten, um ein einheitliches Verständnis zu fördern und die Qualität der Maßnahmen zu erhöhen.

Zur Wirksamkeit von Maßnahmen der BGF und der betrieblichen Prävention liegen zahlreiche wissenschaftliche Studien vor. Die den analysierten systematischen Reviews zugrundeliegenden Primärstudien kommen überwiegend aus den USA und in Europa vor allem aus Finnland, den Niederlanden, aus Dänemark und Norwegen. Für Deutschland konnte keine Primärstudie identifiziert werden. Für die meisten vorliegenden Primärstudien werden jedoch von den Autoren/innen der systematischen Reviews bzw. Metaanalysen methodische Limitationen und fehlende Nachvollziehbarkeit bemängelt.

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), die vom BKK Dachverband e.V., der (DGUV), dem AOK-Bundesverband und dem vdek getragen wird, publizierte bereits dreimal eine Zusammenstellung systematischer Übersichtsarbeiten zu Wirksamkeit und Nutzen der BGF (iga.Report 3, iga.Report 13 und iga.Report 28). Im iga.Report 28²³, der u. a. dem konkreten Bericht zugrundeliegt, wurde erstmals auch der betriebliche Arbeitsschutz behandelt. Diese Untersuchungen sind offenbar auch eine Basis für die Akteure der BGF.

Aus der breiten Zusammenschau der wissenschaftlichen Evidenz kann festgehalten werden, dass für BGF und betriebliche Prävention sowie Arbeitsschutz – trotz komplexer Wirkungsprozesse – wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von bestimmten Maßnahmen vorliegt, wenngleich noch weiterer Forschungsbedarf besteht. Auf Basis der vorliegenden systematischen Reviews kann jedoch meistens nicht herausgearbeitet werden, welche spezifische Intervention bzw. welches Interventionsbündel für eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung ausschlaggebend ist. Für komplexe Interventionen ist ein Wirksamkeitsnachweis oft schwieriger zu führen als für Einzelinterventionen, da Interaktionen zwischen den Komponenten (z. B. Veränderung Arbeitsabläufe, individuelle Maßnahmen, Beratung, partizipative Prozesse) bestehen. Zudem hängt die Wirkung der Interventionen vom jeweiligen Setting, der „richtigen Diagnose“ (was ist die Problemlage im jeweiligen Betrieb bzw. für die jeweilige Berufsgruppe, der Ausgangssituation der Teilnehmenden etc.) und von der konkreten Umsetzung im Betrieb ab. Partizipative Programme und Verfahren, in die die Belegschaft und die Führung eingebunden sind, sind daher ein wichtiger Bestandteil für ein Interventionsprogramm.

- Empfehlenswert wäre es, zusätzlich zu den systematischen Übersichtsarbeiten (Anmerkung: Für das Jahr 2018 ist ein Update des iga.Reports Nr. 28 geplant) jene Primärstudien näher zu analysieren, die von hoher methodischer Qualität sind sowie eine positive Wirkung der Maßnahmen über einen längeren Zeitraum zeigen, um von ihnen zu lernen und konkrete wirkungsvolle Interventionen für die praktische Umsetzung abzuleiten.

- Darüber hinaus wäre es sinnvoll, auch methodisch gut durchgeführte Primärstudien sowie Prozess- und Ergebnisevaluationen in Deutschland durchzuführen, insbesondere, wenn Forschungslücken bzw. -unsicherheit hinsichtlich der Wirksamkeit bestehen.
- Empfohlen wird auch, dass die Best-Practice-Beispiele der BGF, die von den Krankenkassen publiziert werden, nach einem standardisierten Format berichten und unter anderem auch Erfolgsparameter sowie eine Beschreibung des Umsetzungsprozesses beinhalten, damit andere Betriebe von ihnen besser lernen können.
- Zudem wird in den Primärstudien nur in seltenen Fällen auch nach Subgruppen (sozioökonomische Merkmalen wie Einkommen, Geschlecht, Bildung) differenziert und analysiert. Es wird empfohlen, bei Evaluationen und Primärstudien zukünftig auch nach sozioökonomischen Merkmalen auszuwerten, da für bestimmte Gruppen auch höhere Effekte zu erwarten sind.

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich zudem mit potenziell ungleichem Zugang zu BGF-Maßnahmen sowie möglichen ethischen Implikationen. Hinsichtlich der Verbreitung von BGM in Deutschland liegen verschiedene Studien vor, die jedoch aufgrund unterschiedlicher Kategorisierung, z. B. in Bezug auf die Branche, teilweise schwer vergleichbar sind. Studienübergreifend hat sich jedoch eindeutig gezeigt, dass BGF-Maßnahmen in kleineren Betrieben deutlich seltener umgesetzt werden als in größeren. Dies zeigt sich auch unter Kontrolle des Wirtschaftsbereichs und der wirtschaftlichen Lage der Betriebe. Dementsprechend können folgende Empfehlungen gegeben werden, um Ungleichheit im Zugang zu BGF-Maßnahmen abzumildern:

- Speziell kleine Unternehmen sollten bei der Einführung von BGM/BGF unterstützt werden. Hierfür sollte an der Entwicklung eines entsprechend gut umsetzbaren Modells gearbeitet werden, da in Kleinbetrieben sehr selten ein Betriebsrat vorhanden ist, der aber häufig ein Treiber der Gesundheitsförderungsagenden ist und laut der identifizierten Literatur einen positiven Effekt auf die Einführung von BGF in Betrieben hat.
- Empfohlen wird außerdem, die Verbreitung von BGF-Maßnahmen in Deutschland weiterhin zu evaluieren bzw. diese regelhaft auszubauen.
- Anzumerken ist, dass dies auch im Rahmen der Bundesrahmenempfehlungen erkannt wurde, die kleine Betriebe als gesonderte Zielgruppe ausweisen.

Zum ökonomischen Nutzen von BGF-Maßnahmen ist festzuhalten, dass dieser vor allem für Projekte in den USA untersucht und beziffert wurde. In diesen ergibt sich ein relativ hoher ROI, der jedoch aufgrund der unterschiedlich strukturierten Gesundheitssysteme nur eingeschränkt auf Deutschland übertragbar ist. Weitere Übersichtsarbeiten kamen zu dem Schluss, dass es positive Ergebnisse jedoch mit großen Spannbreiten gibt und aufgrund methodischer Schwächen in den Primärstudien keine verlässlichen Schlussfolgerungen über das Ausmaß des Nutzens abgeleitet werden kann. Eine europäische ökonomische Modellrechnung zur Verhinderung bzw. Verminderung von Depressionen kommt je nach Intervention und Zielgruppe (ob gesunde bzw. bereits erkrankte Menschen) zu einem positiven ROI vor allem für Betriebe und das Gesundheitswesen. Zu bedenken ist, dass der Modellrechnung Primärstudien mit hohen Wirksamkeitseffekten zugrundeliegen. Zur Bewertung des ökonomischen Nutzens liegen relativ wenige Studien mit heterogener Qualität vor, sodass keine allgemeingültige Schlussfolgerung über das Ausmaß des ökonomischen Nutzens gezogen werden können. Zudem werden in den ökonomischen Studien oft nur Interventionskosten und Fehlzeiten berücksichtigt, Produktivitätsausfälle, Arbeitszufriedenheit, Gesundheitszustand etc. hingegen kaum.

- Es wird empfohlen, begleitend zu den Evaluationen und Primärstudien zur Wirksamkeit von Maßnahmen auch methodisch gut durchgeführte ökonomische Evaluationen im deutschen Kontext vorzunehmen.

Angesichts der von Erwerbstätigen geäußerten häufigen Arbeitsbelastungen, wonach rund 40 % an Zeit- und Leistungsdruck und 34,6 % an Überstunden sowie langen Arbeitszeiten und -wegen leiden – wobei es hier geschlechtsspezifische Unterschiede gibt (vergleiche Tabelle 1) – und da Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen kontinuierlich ansteigen, sind weitere Überlegungen und Untersuchungen anzustellen, welche konkreten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb einer Betriebs-/Branchen-/Berufsgruppe erfolgreich sind. Untersucht werden sollte auch, ob allenfalls ergänzende Maßnahmen, die nicht in der Gestaltungsmacht eines Betriebs liegen, zusätzlich

erforderlich sind (kollektivvertragliche/rechtliche Regelungen, z. B. Überstunden oder Digitalisierungsauswirkungen entgegenzuwirken).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die BGM-Landschaft in Deutschland durch das PräVG gestärkt wurde und die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Trägern forciert wird. Wichtig ist nun zu beobachten, wie die Umsetzung der im PräVG festgehaltenen Instrumente und Maßnahmen vorangeht und wo gegebenenfalls nachjustiert werden muss.

9 Literaturverzeichnis

1. (2012): Betriebliches Gesundheitsmanagement - DIN_SPEC 91020:2012-07 (D) [Online] [Zugriff am 20.2.2019]
2. (DGUV), Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014): Qualitätskriterien im Präventionsfeld "Gesundheit im Betrieb" der gesetzlichen Unfallversicherungsträger und der DGUV, Berlin
3. (Hrsg.), GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V.
4. Aas, R. W.; Tuntland, H.; Holte, K. A.; Roe, C.; Lund, T.; Marklund, S.; Moller, A. (2011): Workplace interventions for neck pain in workers. Cochrane Database of Systematic Reviews, Bd. CD008160. 4. Aufl.: Cochrane Library
5. AOK, WIdO (2016): Pressemappe. Pressekonferenz zum Fehlzeiten-Report 2016 12. September 2016, Berlin: AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Ausgabe vom, S.
6. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008): Anwenderhandbuch Evaluation Teil 2: Evaluation von betrieblicher Gesundheitsförderung Fassung. Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen, Hg. v. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen/ IKK Bundesverband. Bergisch Gladbach
7. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen; MDS; GKV-Spitzenverband; Handschuch, Mandy (2009): Tabellenband zum Präventionsbericht 2008. Dokumentation von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung – Berichtsjahr 2007 Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Essen
8. ArbSchG: Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG). BGBl. I S. 1246, BGBl. I S. 1474, Zuletzt geändert durch Art. 427 V v. 31.8.2015 I 1474
9. Arends, I; Bruinvels, DJ; Rebergen, DS; Nieuwenhuijsen, K; Madan, I; Neumeyer-Gromen, A; Bültmann, U; Verbeek, JH (2012): Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, Bd. CD006389. Hg. v. The Cochrane Collaboration. 12. Aufl.: JohnWiley & Sons, Ltd.
10. Arends, I.; Bultmann, U.; van Rhenen, W.; Groen, H.; van der Klink, J. J. (2013): Economic evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. In: PLoS One 8/8:e71937
11. ASiG: Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit. BGBl. I S. 1885, Zuletzt geändert durch Art. 3 Abs. 5 G v. 20.4.2013 I 868
12. Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (2015): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin-Heidelberg: Springer
13. Badura, Bernhard; Walter, Uta; Hehlmann, Thomas (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Zweite, vollständig überarbeitete Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer
14. Baicker, K.; Cutler, D.; Song, Z. (2010): Workplace wellness programs can generate savings. In: Health Affairs (Millwood) 29/2:304-311
15. Bambra, C.; Gibson, M.; Sowden, A. J.; Wright, K.; Whitehead, M.; Petticrew, M. (2009): Working for health? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organisational changes to the psychosocial work environment. In: Prev Med 48/5:454-461
16. Beck, D; Lenhardt, U (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. In: Gesundheitswesen 2016/78: 56-62
17. Beck, David; Lenhardt, Uwe; Schmitt, Britta; Sommer, Sabine (2015): Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany. In: BMC Public Health 15343-343
18. Bell, J. A.; Burnett, A. (2009): Exercise for the primary, secondary and tertiary prevention of low back pain in the workplace: a systematic review. In: J Occup Rehabil 19/1:8-24

19. Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage, Bd. 6, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
20. Berkman, Lisa F. ; Glass, Thomas A.; Brissette, Ian; Seeman, Teresa. E. (2000): From social integration to health: Durkheim in the new millenium. Adopted from L.F. Berkman und T. Glass: Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health“, 1998. In: Social Science and Medicine 2000/51: 843-857
21. Bindzius, Fritz; Bödeker, Wolfgang; Eberle, Gudrun; Jahn, Frauke; Kreis, Julia; Wetzstein, Annekatrin; Wolters, Jürgen (2005): Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. iga-Report 8, Hg. v. BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – HVBG, Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit – BGAG, AOK-Bundesverband. 1. Aufl. Essen
22. BPersVG: Bundespersonalvertretungsgesetz. BGBl. I S. 693, Zuletzt geändert durch BGBl. I S. 1978 (Art. 3 Abs. 2 G v. 3.7.2013 I 1978)
23. Bräunig, Dietmar; Haupt, Jessy; Kohstall, Thomas; Kramer, Ina; Pieper, Claudia; Schröer, Sarah (2015): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. igaReport 28, Hg. v. AOK-Bundesverband / BKK Dachverband e. V. / Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV / Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). 1. Aufl. Berlin
24. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement [Online]. www.bmas.de [Zugriff am 04.03.2016]
25. Bundesministerium für Gesundheit (2015): Aufgaben und Organisation der GKV [Online]. www.bmg.bund.de [Zugriff am 29.02.2016]
26. Bundesministerium für Gesundheit (2016): Gesundheit und Gesundheitsförderung [Online]. www.bmg.gv.at [Zugriff am 04.03.2016]
27. Bundesrahmenempfehlungen (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V.
28. BZgA (2010): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung [Online]. Andreas Mielk., www.leitbegriffe.bzga.de [Zugriff am 11.1.2016]
29. Cahill, K.; Perera, R. (2011): Competitions and incentives for smoking cessation. In: Cochrane Database Syst Rev/4: Cd004307
30. Cancelliere, Carol; Cassidy, David; Ammendolia, Carlo; Cote, Pierre (2011): Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. In: BMC Public Health 11/395:
31. Chapman, Larry S. (2012): Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2012 Update. In: The Art of Health Promotion 1-13
32. Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2014): Leitfaden zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Praxishilfe für die Beratung der UV-Träger in den Betrieben. Berlin
33. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2016): Grundlage der Prävention [Online]. www.dguv.de [Zugriff am 29.02.2016]
34. Deutsche Rentenversicherung Bund (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Handlungsleitfaden und Wegweiser. Berlin
35. Deutsche Sozialversicherung (2016): Rentenversicherung [Online]. www.deutsche-sozialversicherung.de [Zugriff am 29.02.2016]
36. Deutsche Sozialversicherung (2016): Unfallversicherung [Online]. www.deutsche-sozialversicherung.de [Zugriff am 29.02.2016]
37. DGUV (2017): Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), [Online]. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), <http://www.dguv.de/de/praevention/gda/index.jsp> [Zugriff am 16.10.2017]
38. DGUV (o.J.): Leitfaden zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement: Praxishilfe für die Beratung der UV-Träger in den Betrieben Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Fachbereich „Gesundheit im Betrieb“, Sachgebiet „Beschäftigungsfähigkeit“
39. EAHC (2013): Matrix share our insight. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives. Executive Agency for Health and Consumers
40. Erwerbstätigenrechnung (2016): Erwerbstätige in Deutschland [Online]. DESTATIS, Statistisches Bundesamt. www.destatis.de [Zugriff am 18.02.2016]

41. Fitzgerald, Sarah; Kirby, Ann; Murphy, Aileen; Geaney, Fiona; Perry, Ivan J. (2017): A cost-analysis of complex workplace nutrition education and environmental dietary modification interventions. In: BMC Public Health 17/1:49-49
42. Franz Knieps, Holger Pfaff (Hrsg.) (2017): Digitale Arbeit - Digitale Gesundheit. Zahlen, Daten, Fakten. Hg. v. B. G. 2017, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
43. Gefährtingsbeurteilung (2016): Was ist eine Gefährtingsbeurteilung? [Online]. www.gefaehrdungsbeurteilung.de [Zugriff am 04.03.2016]
44. Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (2014): Prävention und Gesundheitsförderung, Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI Berlin
45. Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (o.J.): Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin
46. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2016): Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [Online]. <http://www.gbe-bund.de/> [Zugriff am 23.2.2016]
47. GKV-Spitzenverband (vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 9. Januar 2017): Kapitel 1: Präambel aus dem Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V
48. GKV-Spitzenverband (vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014): Kapitel 6: Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a [neu: 20b] SGB V aus dem Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V.
49. GKV-Spitzenverband; MDS; Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene (2016): Tabellenband zum Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung - Berichtsjahr 2015. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Essen
50. GKV Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Berlin
51. GKV Spitzenverband (2016): Wir über uns [Online]. www.gkv-spitzenverband.de
52. Gödecker-Geenen, Norbert; Keck, Thomas; Knoche, Karsten; Koch, Bernhard; Koletzko, Wilfried; Kröger, Christoph; Leineweber, Birgit; Marquardt, Bernd; Mehrhoff, Friedrich; Niehaus, Mathilde; Seel, Helga; Sochert, Reinhold; Tilling, Werner; Vater, Gudrun; Vieregge, Dagmar; Winterstein, Sabine (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. iga-Report 24, Hg. v. AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),. 1. Aufl. Berlin, Essen
53. Grillich, L.; Hahn, C. (2014): Betriebswirtschaftliche Kennzahlen betrieblicher Gesundheitsförderung -Rapid Review. Krems: Donau Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie. Forschungsbericht
54. Hamberg-van Reenen, H. H.; Proper, K. I.; van den Berg, M. (2012): Worksite mental health interventions: a systematic review of economic evaluations. In: Occupational & Environmental Medicine 69/11:837-845
55. Hamberg-van Reenen, H. H.; Proper, K. I.; van den Berg, M. (2012): Worksite mental health interventions: a systematic review of economic evaluations. In: Occup Environ Med 69/11:837-845
56. Handschuch, Mandy; Strippel, Harald; MDS (2008): Präventionsbericht 2008. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2007. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Düsseldorf
57. Hoe, V. C.; Urquhart, D. M.; Kelsall, H. L.; Sim, M. R. (2012): Ergonomic design and training for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck in adults. In: Cochrane Database Syst Rev 8CD008570
58. Hollederer, A.; Wiessner, F. (2015): Prevalence and development of workplace health promotion in Germany: results of the IAB Establishment Panel 2012. In: Int Arch Occup Environ Health 88/7:861-873
59. Ilmarinen, J.; Tuomi, K.; Klockars, M. (1997): Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. In: Scand J Work Environ Health 23 Suppl 149-57

60. Ilmarinen, Juhani (2012): Förderung des aktiven Alterns am Arbeitsplatz. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
61. Institut für Mitbestimmung und Unternehmensführung, Ver.di (2018): Die Methode "Haus der Arbeitsfähigkeit". Alexander Frevel in Abstimmung mit Juhani Ilmarinen,
62. Jancik, Jürgen (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement: Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken, Wiesbaden: Gabler Verlag
63. Joyce, K.; Pabayo, R.; Critchley, J. A.; Bambra, C. (2010): Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. In: Cochrane Database Syst Rev/2:CD008009
64. Jung, Caroline; Seidel, Jan; MDS (2013): Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)/ GKV-Spitzenverband Körperschaft des öffentlichen Rechts. Korschbroich
65. Jung, Caroline; Seidel, Jan; Strippel, Harald; MDS (2014): Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2013. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)/ GKV-Spitzenverband Körperschaft des öffentlichen Rechts. Korschbroich
66. Kloimüller, Irene (2010): Das Haus der Arbeitsfähigkeit bauen. „Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten“ - ein Programm von AUVA und PVA. Hg. v. P. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.
67. Kroll, L.E.; Müters, S.; Dragano, N. (2011): Arbeitsbelastungen und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut, GBE kompakt 2/5:
68. Lampert, Thomas; Mielck, Andreas (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit, Eine Herausforderung für Forschung und Politik. In: GGW 2008/2: 7-16
69. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (2015): Settingansatz / Lebensweltenansatz [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. www.leitbegriffe.bzga.de
70. Leoni, T. (2015): Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. In: WIFO-Monatsberichte 2015/88 (8):
71. Lothar Lißner, Carsten Brück, Andreas Stautz, Arnold Riedmann, Alexandra Strauß, (2014): Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie., Hg. v. Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz. Berlin
72. Martin, A.; Sanderson, K.; Cocker, F. (2009): Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. In: Scand J Work Environ Health 35/1:7-18
73. MATRIX (2013): Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives. MATRIX - Executive Agency for Health and Consumers
74. McGinnis, J Michael; Williams-Russo, Pamela; Knickman, James R (2002): The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. In: Health Affairs 22/2: 78-93
75. McGinnis, J Michael; Williams-Russo;P; Knickman, J (2002): Was beeinflusst die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung? 1
76. Nurminen, E.; Malmivaara, A.; Ilmarinen, J.; Ylostalo, P.; Mutanen, P.; Ahonen, G.; Aro, T. (2002): Effectiveness of a worksite exercise program with respect to perceived work ability and sick leaves among women with physical work. In: Scand J Work Environ Health 28/2:85-93
77. Oppolzer, Alfred (2010): Gesundheitsmanagement im Betrieb: Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit, Hamburg: VSA-Verlag
78. Pappas, G.; Queen, S.; Hadden, W.; Fisher, G. (1993): The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. In: N Engl J Med 329/2:103-109
79. Poscia, Andrea; Moscato, Umberto; La Milia, Daniele Ignazio; Milovanovic, Sonja; Stojanovic, Jovana; Borghini, Alice; Collamati, Agnese; Ricciardi, Walter; Magnavita, Nicola (2016): Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. In: BMC Health Services Research 16 Suppl 5329-329
80. Präventionsgesetz – PräVG: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). BGBl. Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31
81. Richter, M.; Hurrelmann, K. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven: VS Verlag für Sozialwissenschaften
82. Richter, Mathias; Hurrelmann, Klaus (2010): Determinanten von Gesundheit [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). www.bzga.de [Zugriff am 21.1.2014]

83. Robroek, S. J.; van de Vathorst, S.; Hilhorst, M. T.; Burdorf, A. (2012): Moral issues in workplace health promotion. In: *Int Arch Occup Environ Health* 85/3:327-331
84. Rongen, A.; Robroek, S. J.; van Lenthe, F. J.; Burdorf, A. (2013): Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. In: *Am J Prev Med* 44/4:406-415
85. Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (2010): Gesundheitsförderung und Betrieb. Leitbegriffe A - Z [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [Zugriff am 21.1.2014]
86. Rosian-Schikuta, Ingrid; Horvath, Ilonka; Juraszovich, Brigitte; Renner, Anna-Theresa; Langmann, Hubert; Atzler, Beate (2016): Institutionelle Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. Internationale Evidenz. Bestandsaufnahme Österreich. Perspektiven. Hg. v. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
87. Schempp, Nadine; GKV-Spitzenverband; MDS (2015): Tabellenband zum Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2014. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Essen
88. Schempp, Nadine; Jung, Caroline; Seidel, Jan; Strippel, Harald; MDS (2012): Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)/ GKV-Spitzenverband Körperschaft des öffentlichen Rechts. Korschbroich
89. Schempp, Nadine; Seidel, Jan; GKV-Spitzenverband; MDS (2012): Tabellenband zum Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Essen
90. Schempp, Nadine; Strippel, Harald; MDS (2015): Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2014. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Korschbroich
91. Schempp, Nadine; Strippel, Harald; MDS (2016): Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015. Hg. v. G.-S. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Essen
92. Schempp, Nadine; Zelen, Katja; Strippel, Harald; MDS; GKV (2012): Präventionsbericht 2011. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2010. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) / GKV-Spitzenverband Körperschaft des öffentlichen Rechts. Düsseldorf
93. Seidel, Jan; GKV-Spitzenverband; MDS (2013): Tabellenband zum Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Essen
94. Seidel, Jan; GKV-Spitzenverband; MDS (2014): Tabellenband zum Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2013. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Essen
95. SGB 5: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). BGBl. I S. 2477, 2482, BGBl. I S. 1722, Zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 17.7.2015 I 1368,
96. SGB 6: Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989). BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337, Zuletzt geändert Art. 7 G v. 21.12.2015 I 2517
97. SGB 7: Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254). BGBl. I S. 1254, BGBl. I S. 1474), Zuletzt geändert durch Art. 451 V v. 31.8.2015 I 1474
98. SGB 9: Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001). BGBl. I S. 1046, 1047, Zuletzt geändert durch Artikel 452 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474)
99. Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden

100. Tompa, E.; Dolinschi, R.; de Oliveira, C.; Amick, B. C., 3rd; Irvin, E. (2010): A systematic review of workplace ergonomic interventions with economic analyses. In: *J Occup Rehabil* 20/2:220-234
101. Tompa, E.; Dolinschi, R.; de Oliveira, C.; Amick, B. C., 3rd; Irvin, E. (2010): A systematic review of workplace ergonomic interventions with economic analyses. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* 20/2:220-234
102. Tullar, J. M.; Brewer, S.; Amick, B. C., 3rd; Irvin, E.; Mahood, Q.; Pompeii, L. A.; Wang, A.; Van Eerd, D.; Gimeno, D.; Evanoff, B. (2010): Occupational safety and health interventions to reduce musculoskeletal symptoms in the health care sector. In: *J Occup Rehabil* 20/2:199-219
103. Tuomi, K.; Huuhtanen, P.; Nykyri, E.; Ilmarinen, J. (2001): Promotion of work ability, the quality of work and retirement. In: *Occup Med (Lond)* 51/5:318-324
104. TÜV Rheinland (2016): Arbeitsschutz gestern und heute - Die Geschichte des Arbeitsschutzes in Deutschland [Online]. www.tuv.com [Zugriff am 04.03.2016]
105. Ulich, Eberhard; Wülser, Marc (2004): *Gesundheitsmanagement in Unternehmen, Arbeitspsychologische Perspektiven*, Wiesbaden: Gabler Verlag
106. Unfallversicherung, BGAG - Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen (2009): *Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger*. Dresden
107. Van Berkel, J.; Meershoek, A.; Janssens, R. M.; Boot, C. R.; Proper, K. I.; van der Beek, A. J. (2014): Ethical considerations of worksite health promotion: an exploration of stakeholders' views. In: *BMC Public Health* 14458
108. Van Dongen, J. M.; Proper, K. I.; van Wier, M. F.; van der Beek, A. J.; Bongers, P. M.; van Mechelen, W.; van Tulder, M. W. (2012): A systematic review of the cost-effectiveness of worksite physical activity and/or nutrition programs. In: *Scand J Work Environ Health* 38/5:393-408
109. Van Holland, Berry J.; Reneman, Michiel F.; Soer, Remko; Brouwer, Sandra; de Boer, Michiel R. (2017): Effectiveness and Cost-benefit Evaluation of a Comprehensive Workers' Health Surveillance Program for Sustainable Employability of Meat Processing Workers. In: *Journal Of Occupational Rehabilitation*
110. VDBW (o.J.): *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen. Betriebliche Gesundheitsförderung als betriebsärztliche Aufgabe. Ein Leitfaden für Betriebsärzte und Führungskräfte*. Hg. v. Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner.
111. von Bonsdorff, M. B.; Seitsamo, J.; Ilmarinen, J.; Nygard, C. H.; von Bonsdorff, M. E.; Rantanen, T. (2011): Work ability in midlife as a predictor of mortality and disability in later life: a 28-year prospective follow-up study. In: *Cmaj* 183/4:E235-242
112. von Bonsdorff, M. B.; Seitsamo, J.; von Bonsdorff, M. E.; Ilmarinen, J.; Nygard, C. H.; Rantanen, T. (2012): Job strain among blue-collar and white-collar employees as a determinant of total mortality: a 28-year population-based follow-up. In: *BMJ Open* 2/2:e000860
113. Walter, U.; Krugmann, C. S.; Plaumann, M. (2012): Burn-out Wirksam Prävenieren?: Ein Systematischer Review zur Effektivität Individuumbezogener und Kombinerter Ansätze. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55/2:172-182
114. WHO (2015): *Health Impact Assessment (HIA) - Glossary of Terms used* [Online]. www.who.int [Zugriff am 11.1.2016]
115. Wittig-Goetz, Ulla (2015): *Die Organisation des Arbeitsschutzes im Betrieb*. Hg. v. Hans-Böckler-Stiftung.
116. Wittig, Peter; Nöllenheidt, Christoph; Brenscheidt, Simone (2013): *Grundauswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 mit den Schwerpunkten Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden*. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden
117. Zelen, Katja; GKV-Spitzenverband; MDS (2010): *Tabellenband zum Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009*. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Essen
118. Zelen, Katja; Kimmel, Andrea; Strippel, Harald; MDS (2009): *Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2008*. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)/ GKV-Spitzenverband Körperschaft des öffentlichen Rechts. Düsseldorf

119. Zelen, Katja; Schempp, Nadine; GKV-Spitzenverband; MDS (2012): Tabellenband zum Präventionsbericht 2011. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2010. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Essen
120. Zelen, Katja; Strippel, Harald; MDS (2010): Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)/ GKV-Spitzenverband Körperschaft des öffentlichen Rechts. Düsseldorf

10 Anhang

10.1 Suchstrategie

Tabelle 18: Suche nach Primärstudien für die Bereiche „Stress“, „Muskuloskelettale Erkrankungen“ sowie „Kosten“

Search Terms	Search Options	Actions		
S35	S30 AND S34	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (83)	
			View Details	
			Edit	
S34	S31 OR S32 OR S33	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (159,001)	
			View Details	
			Edit	
S33	TI cost*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (102,774)	
			View Details	
			Edit	
S32	(MH "Cost-Benefit Analysis")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (69,536)	
			View Details	
			Edit	
S31	(MH "Cost Allocation/EC") OR (MH "Cost-Benefit Analysis") OR (MH "Health Expenditures+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (86,677)	
			View Details	
			Edit	
S30	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (973)	
			View Details	
			Edit	
S29	S8 AND S21	Limiters – Publication Type: Clinical Trial, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Evaluation Studies, Multicenter Study, Randomized Controlled Trial	View Results (17)	
			Narrow by Language: – german	View Details
			Narrow by Language: – english	Edit
			Search modes – Boolean/Phrase	
S28	S8 AND S27	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (16)	
			View Details	
			Edit	
S27	S23 OR S24 OR S25 OR S26	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (62,519)	
			View Details	
			Edit	

Fortsetzung Tabelle 18

S26	(MH "Musculoskeletal Pain+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (3,008)	
			View Details	
			Edit	
S25	(MH "Back Pain+") OR (MH "Low Back Pain")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (33,734)	
			View Details	
			Edit	
S24	back pain	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (51,968)	
			View Details	
			Edit	
S23	musculoskeletal system	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (8,049)	
			View Details	
			Edit	
S22	S8 AND S21	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (123)	
			View Details	
			Edit	
S21	S17 OR S18 OR S19 OR S20	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (562,117)	
			View Details	
			Edit	
S20	stress management	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (3,834)	
			View Details	
			Edit	
S19	AB stress	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (542,442)	
			View Details	
			Edit	
S18	(MH "Stress, Psychological+PX/PC")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (35,147)	
			View Details	
			Edit	
S17	(MH "Burnout, Professional/PC/PX")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (6,046)	
			View Details	
			Edit	
S16	S8 AND S14	Limiters – Date of Publication: 20140101 - current	View Results (63)	
			Narrow by Language: – german	View Details
			Narrow by Language: – english	Edit
			Search modes – Boolean/Phrase	

Fortsetzung Tabelle 18

S15	S8 AND S14	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (260)
			View Details
			Edit
S14	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (440,942)
			View Details
			Edit
S13	AB effectiveness	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (311,454)
			View Details
			Edit
S12	program evaluation	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (57,777)
			View Details
			Edit
S11	process evaluation	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (2,425)
			View Details
			Edit
S10	AB outcome assessment	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (2,595)
			View Details
			Edit
S9	(MH "Outcome Assessment (Health Care)") OR (MH "Outcome and Process Assessment (Health Care)") OR (MH "Process Assessment (Health Care)")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (87,637)
			View Details
			Edit
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (973)
			View Details
			Edit
S7	betriebliches gesundheitsmanagement	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (5)
			View Details
			Edit
S6	betriebliche gesundheitsförderung	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (16)
			View Details
			Edit

Fortsetzung Tabelle 18

S5	health promotion at the workplace	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (78)
			View Details
			Edit
S4	promotion of occupational health	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (28)
			View Details
			Edit
S3	company health promotion	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (5)
			View Details
			Edit
S2	worksite health promotion*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (442)
			View Details
			Edit
S1	workplace health promotion*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (450)
			View Details
			Edit

Tabelle 19: Suche sozialwissenschaftliche und organisatorische Aspekte

S36	S8 AND S17	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (59)
			View Details
			Edit
S35	S27 AND S34	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (112)
			View Details
			Edit
S34	S8 OR S33	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (3,118)
			View Details
			Edit
S33	health promotion N15 work*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (3,097)
			View Details
			Edit
S32	health promotion N15 workplace	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (725)
			View Details
			Edit
S31	S27 AND S30	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (2,714)
			View Details
			Edit
S30	S8 OR S29	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (93,073)
			View Details
			Edit

Fortsetzung Tabelle 19

S29	health promotion	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (93,063)
			View Details
			Edit
S28	S8 AND S27	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (14)
			View Details
			Edit
S27	S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (185,008)
			View Details
			Edit
S26	ethics	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (158,605)
			View Details
			Edit
S25	social justice	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (12,476)
			View Details
			Edit
S24	gesundheitliche ungleich- heit*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (6)
			View Details
			Edit
S23	fair access	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (93)
			View Details
			Edit
S22	(MH "Healthcare Dispari- ties")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (11,627)
			View Details
			Edit
S21	health inequalit*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (4,313)
			View Details
			Edit
S20	equal chances	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (50)
			View Details
			Edit
S19	(MH "Health Equity")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (295)
			View Details
			Edit
S18	health equity	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (4,250)
			View Details
			Edit
S17	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (40,600)
			View Details
			Edit

Fortsetzung Tabelle 19

S16	pensionsversicherung*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (31)
			View Details
			Edit
S15	krankenversicherung*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (577)
			View Details
			Edit
S14	unfallversicherung*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (335)
			View Details
			Edit
S13	krankenversicherung	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (534)
			View Details
			Edit
S12	accident insurance	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (1,131)
			View Details
			Edit
S11	retirement insurance	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (24)
			View Details
			Edit
S10	pension insurance	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (312)
			View Details
			Edit
S9	health insurance	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (38,841)
			View Details
			Edit
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (978)
			View Details
			Edit
S7	betriebliches gesundheitsma- nagement	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (5)
			View Details
			Edit
S6	betriebliche gesundheitsför- derung	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (16)
			View Details
			Edit
S5	health promotion at the work- place	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (78)
			View Details
			Edit
S4	promotion of occupational health	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (28)
			View Details
			Edit

Fortsetzung Tabelle 19

S3	company health promotion	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (5)
			View Details
			Edit
S2	worksite health promotion*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (445)
			View Details
			Edit
S1	workplace health promotion*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (453)
			View Details
			Edit

10.2 Tabellen der Studien der Domäne Medizin

10.2.1 Ergebnisse der Reviews – iga.report 28

Tabelle 20: Ergebnisse der systematischen Reviews zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der generellen Gesundheit und des Wohlbefindens¹

Autor/in (Jahr)	Datenquellen	Datenbasis	Population	Studiendesign	Evaluierte Maßnahmen	Methodologische Probleme	Berichtete Effekte	Gesamtbewertung
3.1 Programme zur Förderung physischer Aktivität								
Abraham & Graham-Rowe (2009)	PsycINFO, Web of Science, SPORTDiscus Sprache: Englisch Zeitraum: 1997 bis 2007	37 Studien	Berufstätige ohne Grunderkrankungen Standorte: USA, Australien, Kanada, Japan, Finnland, Norwegen, Niederlande, Belgien	Design: RCT, quasi-experimentelle Studien Zielparameter: körperliche Aktivität oder Fitness	Maßnahmen: Aerobic, Krafttraining, Laufen, Edukation, Beratung, Informationsmaterial, aktiver Arbeitsweg, Fitness-Test, interaktive Webseiten und E-Mail-Feedback, kostenloses Training in einem Fitness-Center, Interventionen basierend auf theoretischen Modellen, Ernährungsberatung, aktive Arbeitspausen		Die meisten Interventionen führten zu kleinen Effekten oder zu gar keinem Effekt. Einige Interventionen hatten kleine bis mittlere Effekte auf die körperliche Aktivität und Fitness. Der mittlere gewichtete Effekt war 0.20 → insgesamt kleiner positiver Effekt auf die körperliche Aktivität. Interventionen, die nach 1997 durchgeführt wurden, waren tendenziell erfolgreicher.	Laufen und Schritte zählen führen zu den besten Ergebnissen.
Barr-Anderson et al. (2011)	PubMed, MEDLINE, Google Scholar Sprache: Englisch Zeitraum: 1960 bis 2010	40 Studien, davon elf mit Setting Arbeitsplatz	Insbesondere Angestellte mit Bürojob Settings: Schule, Arbeitsplatz Standorte: hauptsächlich USA; weiterhin Mexiko, das Vereinigte Königreich, Spanien, Australien	Design: RCT, quasi-experimentelle Studien, Cluster-RCT Zielparameter: Ernährung, psychosoziale Faktoren, Arbeitsleistung, Arbeitsumgebung, soziale Unterstützung	Integration von kurzen aktiven Pausen (< 10 Minuten, „short activity bouts“) in die organisatorische Routine → Aerobic, Stretching, Förderung der Treppennutzung Ebene: Organisatorisch	Unterschiedliche Studienqualität: Teilweise schlechte methodische Qualität	In allen Studien wurde der Umfang der körperlichen Aktivität durch die Interventionen gesteigert. In einigen Studien verbesserten sich körperliche Parameter signifikant, wie zum Beispiel der BMI oder das Gewicht. Arbeitsleistungen: gemischte Ergebnisse. Einige Studien fanden Verbesserungen von körperlichen Fähigkeiten. Psychosoziale Faktoren: Verbesserung von Selbstbewusstsein, Verringerung von Depressionen oder Stress.	Kleine, aber signifikante Erhöhung der körperlichen Aktivität → aktive Pausen sollten in den Arbeitsalltag integriert werden.

Fortsetzung Tabelle 20

<p>Brown et al. (2011)</p>	<p>PsycINFO, PubMed, Science direct, Web of science, The Cochrane Library, MEDLINE</p> <p>Sprache: Englisch</p>	<p>20 Artikel</p>	<p>Erwerbstätige</p>	<p>Design: acht RCT, Beobachtungsstudien</p> <p>Zielparameter: psychische sowie körperliche Gesundheit, Zufriedenheit am Arbeitsplatz, Präsentismus</p>	<p>Ziel: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen körperlicher Aktivität und Präsentismus bzw. Zufriedenheit am Arbeitsplatz</p> <p>Maßnahmen: Sport, geleitete Aerobic-Einheiten, Seminare zur Verhaltensänderung, webbasierte Einheiten zur Erhöhung der Aktivität, Fitness-Coaching, Stretching und Entspannung am Arbeitsplatz, Beratung zu Aktivität und Ernährung, Health-Management-Programme, Informationen</p>	<p>Sehr unterschiedliche Strategien zur Verbesserung der körperlichen Aktivität → schwer vergleichbar</p> <p>Fehlende Kontrollgruppen, Untersuchung mehrerer Interventionen gleichzeitig</p> <p>In Zukunft könnten eine einheitliche Definition und ein einheitliches Evaluationsinstrument die Vergleichbarkeit verbessern.</p>	<p>Es wurde eine positive Assoziation zwischen körperlicher Aktivität und der psychosozialen Gesundheit (insbesondere der Lebensqualität) der Angestellten festgestellt.</p> <p>Die Ergebnisse waren uneinheitlich hinsichtlich der Auswirkung von körperlicher Aktivität auf die Zufriedenheit am Arbeitsplatz.</p> <p>Interventionsstudien: positive Auswirkung auf Lebensqualität, allgemeine Gesundheit, emotionales Wohlbefinden. Aerobic allein oder kombiniert mit Entspannungsübungen reduziert Angst und Burnout bei den Beschäftigten.</p> <p>Der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Absentismus/Präsentismus muss weiter erforscht werden.</p>	<p>Viele verschiedene Interventionsansätze wirken sich positiv auf das Wohlbefinden der Beschäftigten aus. Einer bestimmten Maßnahme können die positiven Effekte allerdings bedingt durch das Studiendesign der Einzelstudien nicht zugeschrieben werden.</p>
<p>Conn et al. (2009)</p>	<p>MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, Cochrane Library, Dissertation Abstracts International</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: 1969 bis 2007</p>	<p>138 Studien</p>	<p>Erwerbstätige ohne chronische Vorerkrankungen, aus den Bereichen Bildung, Gesundheit, Regierung, Fabrik</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Zielparameter: Aktivität, Gesundheit (BMI, Lipide, Diabetes-Risiko) Wohlbefinden, Lebensqualität, Stimmungslage, Fitness, Fehltag, Absentismus</p>	<p>Maßnahmen: überwachte Sporteinheiten, motivationale oder edukative Maßnahmen</p>	<p>Große Unterschiede in den Primärstudien führten zu heterogenen Ergebnissen.</p> <p>Ausmaß von Effekten konnte in der Metaanalyse nur begrenzt bestimmt werden.</p>	<p>Metaanalyse: signifikant positive Effekte auf Aktivitätsverhalten, Blutlipide, Fitness, anthropometrische Daten, Anwesenheit bei der Arbeit und Jobstress wurden gefunden.</p> <p>Kausale Zusammenhänge müssen in weiteren Studien mit qualitativ hochwertigem Studiendesign und umfassender Datenlage geklärt werden.</p>	<p>Sowohl gesundheitliche Zielparameter als auch arbeitsrelevante Faktoren können durch Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität entscheidend beeinflusst werden.</p>

Fortsetzung Tabelle 20

<p>Dugdill et al. (2008)</p>	<p>Zwölf Datenbanken (keine weiteren Detailinformationen)</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: 1996 bis 2007</p>	<p>33 Studien</p>	<p>Erwerbstätige</p> <p>Standorte: Europa, i/Australien, Neuseeland, Kanada</p>	<p>Zielparameter: Aktivität, Fitness, Gesundheit</p>	<p>Ziel: Verbesserung der körperlichen Aktivität am Arbeitsplatz durch vom Arbeitgeber initiierte Maßnahmen</p> <p>Maßnahmen: Treppensteigen (Hinweise, Poster), Pedometer, Walking, aktives Zur-Arbeit-Bewegen, andere (Beratung, Checks und Screening, Multikomponentenprogramme, geleitete Aktivitätseinheiten)</p>	<p>Schlechte methodische Qualität einiger Primärstudien</p> <p>Kleine und mittlere Betriebe wurden in der Forschung bislang vernachlässigt → keine Übertragung der Ergebnisse möglich.</p>	<p>Keine beweiskräftige Evidenz: kurze Effektdauer, begrenzte Wirksamkeit von Treppensteigen. Drei Studien belegen, dass Pedometer die zurückgelegte Stufenzahl erhöhen können. Starke Evidenz für die Beeinflussung des Aktivitätsverhaltens durch Beratung am Arbeitsplatz.</p>	<p>Wachsende Evidenz, dass sich Interventionen am Arbeitsplatz positiv auf die körperliche Aktivität von Beschäftigten auswirken.</p>
<p>Wong et al. (2012)</p>	<p>PubMed, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, Central</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: bis Oktober 2010</p>	<p>13 Studien</p>	<p>Männliche Arbeitnehmer ohne bestehende Vorerkrankung (Angestellte und Arbeitende) aus Fabriken oder Büros</p>	<p>Design: RCT (5), quasi-experimentelle Studien (CT), Prä-Post-Studien</p> <p>Zielparameter: körperliche Aktivität (erhoben meistens über Fragebogen)</p>	<p>Ziel: Förderung der körperlichen Aktivität von männlichen Angestellten</p> <p>Maßnahmen: spezifisch auf Männer zugeschnittene Interventionen → Gesundheitsförderung, Multikomponentenprogramme, überwachte Fitness-Programme, edukative Maßnahmen, Informationsmaterial</p>	<p>Mangelhafte Datelage: wenige Studien konzentrieren sich auf Männer. Insgesamt kaum methodisch hochwertige Studien verfügbar.</p> <p>Oft wurden Multikomponentenprogramme untersucht, bei denen nicht eindeutig geklärt werden kann, welche Komponente den Effekt erzielt hat.</p>	<p>Fünf der 13 Studien (40 %) zeigten eine signifikante Steigerung der körperlichen Aktivität (drei davon beinhalteten Maßnahmen mit theoretischem Rahmen).</p>	<p>Aufgrund der wenigen Studien nur begrenzte Evidenz. Weitere Forschung ist nötig.</p>

Fortsetzung Tabelle 20

3.2 Programme zur Förderung gesunder Ernährung								
Adriaanse et al. (2011)	PsycINFO, PubMed, and Web of Science	26 Studien	Studenten, Männer, Frauen, Zufallsstichprobe, Herzinfarktpatienten, Erwachsene, Arbeiter	Metaanalyse mit Homogenitätstest Design: Fall-Kontroll-Studien, selbstberichtete Ernährung – Obst- und Gemüseverzehr	Maßnahmen: motivationsbasierte Förderung gesunder Ernährung Dauer: eine Woche bis neun Monate	Heterogene Datenlage, unterschiedliche Zielgruppen, Insgesamt kaum methodologisch hochwertige Studien verfügbar.	Einige Studien zeigen positive Effekte für die Umsetzung der Motivation in tatsächliche gesunde Ernährung. Keine „harten“ Zielparameter, keine längerfristigen Daten.	Die Metaanalyse zeigt, dass künftige Studien kontrollierten Bedingungen unterliegen sollten, um Zielparameter verlässlich messen zu können.
Jensen (2011)	MEDLINE, PubMed, Google Scholar, Science direct, Web of science, The Cochrane Library, Social science research network Sprache: Englisch Zeitraum: 1988 bis 2009	30 Studien	Erwerbstätige aus den Bereichen Hotel, Industrie, Fabrik, Finanzwesen, Gesundheitsbranche; Angestellte (nicht näher bezeichnet) Standorte: USA, Europa	Design: RCT, quasi-experimentelle Studien, Querschnittsstudien Zielparameter: Absentismus, Präsentismus, biomedizinische Variablen wie Blutfettwerte, BMI-Veränderungen, Anzahl gesundheitlicher Risikofaktoren, täglicher Prozentsatz krankgeschriebener Beschäftigter, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsquotienten	Ziel: Verbesserung der Produktivität durch gesunde Ernährung Maßnahmen: motivationsbasierte Förderung von Obst- und Gemüseverzehr, Diätwettbewerb, Änderung von Lebensstilfaktoren, körperliche Aktivität, Edukation	Heterogene Datenlage, unterschiedliche Zielgruppen	Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen wirkten sich positiv auf das Wissen der Angestellten über Ernährung, ihre Gesundheit und ihre Ernährungsweise aus. Prävalenz und Schweregrad von Adipositas konnten verringert werden.	Durch zielgerichtete Interventionen kann die Produktivität um 1 bis 2 % gesteigert werden.

Fortsetzung Tabelle 20

<p>Maes et al. (2012)</p>	<p>PubMed, Web of Science, CINAHL, The Cochrane Library, MD Consult</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: 1990 bis 2010</p>	<p>30 Studien</p>	<p>Erwerbstätige über 18 Jahren</p> <p>Standort: Europa</p>	<p>Zielparameter: Körperzusammensetzung, BMI, Ernährungsverhalten</p>	<p>Ziel: Förderung gesunder Ernährung am Arbeitsplatz → Primärprävention von Übergewicht und Adipositas und adipositasbezogenen Krankheiten</p> <p>Maßnahmen: Förderung einer gesunden Ernährung (allein oder kombiniert mit Steigerung der körperlichen Aktivität), Edukation</p> <p>Ebenen: individuell, organisatorisch</p>	<p>Große Unterschiede in der Qualität der eingeschlossenen Studien (die meisten Studien wiesen eine moderate oder geringe methodische Qualität auf). Auch Zielparameter, Design und Interventionstypen waren sehr unterschiedlich → Effektgrößen konnten daher nicht berechnet werden.</p>	<p>Moderate Evidenz für die Effektivität von edukativen Maßnahmen und Multikomponenten-Interventionen zur Ernährungsumstellung hinsichtlich Ernährungsweise und ernährungsbezogenen Problemen.</p> <p>Kombinierte Maßnahmen zeigten weniger positive Resultate.</p> <p>Ein Effekt auf die Körperzusammensetzung konnte bislang nicht festgestellt werden.</p>	<p>Die Evidenzlage reicht, um Ernährungsmaßnahmen im Arbeitsumfeld zu implementieren</p>
<p>Ni Mhurchu et al. (2010)</p>	<p>MEDLINE, The Cochrane Library, PsycINFO, EMBASE, LexisNexis</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: 1995 bis 2009</p>	<p>16 Studien</p>	<p>Erwerbstätige</p>	<p>Design: RCT, quasi-experimentelle Studien ohne Randomisierung, unkontrollierte Prä-Post-Studien</p> <p>Zielparameter: Energieaufnahme, Verzehr von Obst oder Gemüse, Fettaufnahme</p>	<p>Ziel: Förderung der gesunden Ernährung am Arbeitsplatz</p> <p>Maßnahmen: Edukation (8), dazu zählen Einzel- und Gruppenberatung, gemeinsames Einkaufen, Erstellen von Ernährungsplänen, E-Mail-Erinnerungen Veränderung des Arbeitsumfelds wie zum Beispiel der Ernährungspolitik, Angebot in Automaten, Umstrukturierung des Menüplans (2), Kombination (6)</p> <p>Ebenen: individuell, organisatorisch</p>	<p>Biasrisiko</p> <p>Keine Studie hat robuste Zielparameter gemessen: Absentismus, Produktivität, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.</p> <p>Suboptimale Studienqualität</p> <p>Wirtschaftliche Aspekte wurden nicht mit einbezogen.</p> <p>Geringe Anzahl an Studien mit Interventionen auf organisatorischer Ebene</p>	<p>Die Interventionen führten zu einer Verbesserung der Ernährung: erhöhte Aufnahme von Obst und Gemüse, geringere Fettaufnahme.</p> <p>Organisatorische Interventionen waren wirksam, zeigten allerdings nur kleine Effekte. Insgesamt schienen Interventionen auf individueller Ebene zu größeren Effekten zu führen.</p>	<p>Moderate Verbesserung des Ernährungsverhaltens aufgrund der Interventionen</p> <p>Zukünftige Studien sollten sich mehr auf die organisatorische Ebene konzentrieren.</p>

Fortsetzung Tabelle 20

3.3 Programme zur Rauchentwöhnung und Tabakkontrolle								
Albertsen et al. (2006)	PubMed, PsycINFO Sprachen: Englisch, Deutsch, skandinavische Sprachen Zeitraum: 1980 bis 2004	22 Studien		Design: Kohorten-, Interventions-, Zeitreihenstudien	Ziel: Vorhersagen von Aufhören, Rückfall etc. Faktoren: Anforderungen, Ressourcen, soziale Unterstützung	Kleine Studiengrößen (sechs hatten weniger als 100 Teilnehmende), geringer Rücklauf, in einigen Studien wurde das Arbeitsumfeld nur teilweise gemessen.	Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass das Rauchverhalten von der Arbeitsumgebung beeinflusst wird.	Starke Evidenz für die Wirkung des Arbeitsumfeldes auf die Anzahl gerauchter Zigaretten. Unzureichende Evidenz für eine wirksame Beeinflussung der Aufhörerate und der Rückfallrate.
Cahill & Perera (2009)	Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO	17 Studien	Erwerbstätige, Raucher	Design: RCT und nicht-randomisierte kontrollierte Studien Zielparameter: Rauchabstinenz nach sechs Monaten (Biomonitoring)	Maßnahmen: Interventionen am Arbeitsplatz zum Rauchstopp, darunter Incentives (Anreize, auch finanziell) zur Teilnahme	Stärke: Unterschiede zwischen Eigenausgabe der Teilnehmenden und tatsächlichem Rauchstopp konnten aufgedeckt werden.	Anreize und Wettbewerbe wirken sich nicht langfristig auf Aufhorraten aus. Die Teilnehmeraten werden durch Anreize jedoch erhöht.	
Cahill et al. (2008)	Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register, MEDLINE, PsycINFO, Abstracts, Referenzen	51 Studien	Erwerbstätige über 18 Jahre, Rauchende	Design: randomisierte und quasi-randomisierte Studien Zielparameter: Prävalenz von Rauchern am Arbeitsplatz, Beendigungsrate	Ziel: Prävention von Tabakrauchen am Arbeitsplatz Maßnahmen: 53 Interventionen, darunter Gruppentherapie, individuelle Beratung, Selbsthilfe-Material, soziale Unterstützung, Nikotinersatz, Verbote, Hinweise im Gesamtunternehmen Ebenen: individuell, organisatorisch	Verschiedene Interventionen, oft nicht setting-spezifisch	Begrenzte Evidenz, dass umfassende Präventionsprogramme die Rauchprävalenz senken können. Starke Evidenz, dass durch die Maßnahmen (individuelle Beratung und Gruppenberatung, Nikotinersatz) die Aufhorraten erhöht werden können. Dabei ist es unerheblich, in welchem Setting die Maßnahmen angeboten werden. Selbsthilfe-Material und soziale Unterstützung sind weniger effektiv. Es besteht begrenzte Evidenz, dass sich die Ergebnisse durch Einbindung der Maßnahmen in Wettkämpfe u. ä. steigern lassen.	Der Arbeitsplatz als Setting ist geeignet für Rauchinterventionen. Wie in anderen Settings sind die Aufhorraten gut, allerdings sind die absoluten Raten sehr gering.

Fortsetzung Tabelle 20

Leeks et al. (2010)	MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, Database of the CDCs office on smoking and health Sprache: Englisch Zeitraum: 1980 bis 2009	14 Studien		Design: kontrollierte Interventionsstudien Zielparameter: Abstinenz (selbstberichtet, biochemisch verifiziert), Raucherprävalenz am Arbeitsplatz	Maßnahmen: Wettkämpfe, Anreize (für Einzelpersonen oder das gesamte Team) zusammen mit weiteren Maßnahmen wie Edukation, Aufhörgruppen, telefonische Beratung, Nikotinersatztherapie		Nur eine Studie untersuchte den Effekt von Maßnahmen die allein auf dem Belohnungsprinzip basierten → keine eindeutige Aussage über die Wirksamkeit möglich.	Insgesamt keine Evidenz für die Wirksamkeit von Wettkämpfen und Prämien allein, allerdings besteht starke Evidenz für die Wirksamkeit von kombinierten Maßnahmen.
Troxel & Volpp (2012)	Studien aus dem Review von Cahill & Perera (2009) und zwei eigene Studien	Elf Studien		Design: kontrollierte Interventionsstudien Zielparameter: Aufhorraten nach sechs bzw. zwölf Monaten	Maßnahmen: finanzielle Anreize/Prämien bei erfolgreicher Nikotinentwöhnung	Kleine Studien mit wenig Teilnehmenden, unzureichende statistische Power, niedrige Prämien.	Aufgrund der zu geringen statistischen Power konnten die eingeschlossenen Studien keine Wirksamkeit der untersuchten Strategien beweisen → die Frage, ob finanzielle Anreize langfristig zu höheren Raucherentwöhnungsraten führen, bleibt ungeklärt.	Weitere Studien mit großen Teilnehmerzahlen und guter methodischer Planung sind nötig. Bislang fehlt Evidenz.

Fortsetzung Tabelle 20

3.4 Programme zur Alkoholprävention								
Webb et al. (2009)	MEDLINE, PsycINFO, Web of Science, Scopus, HSELINE, OSHLINE, NIOSHTIC Zeitraum: 1995 bis –2007	Zehn Studien	Beschäftigte im Handwerk, in der Post, im Druck, im öffentlichen Dienst, im Gesundheitssystem; eine Studie spezifizierte Arbeiter (Handwerk), zwei weitere Studien spezifizierte Angestellte und Arbeiter/innen Standorte: USA, Schweden, Australien	Design: RCT, randomisierte Studien ohne Kontrollgruppe, Zeitreihen, nicht-randomisierte Studien Zielparameter: Alkoholkonsum, Alkoholindex, Fehltag	Maßnahmen: Angebot von Gesundheits- und Wellness-Angeboten, Training psychosozialer Fertigkeiten, Informationsveranstaltung zum Thema EAP und Drogentests, Kurz- und Intensivberatungen, Gesundheitschecks, kollegiale Gespräche, Teambuildingmaßnahmen, Stressmanagement	Studien sind sehr unterschiedlich hinsichtlich ihrer Fragestellung, dem Studiendesign, der Methoden und der Instrumente, die sie benutzen. Darum ist es sehr schwer, die Ergebnisse miteinander zu vergleichen. Stichproben waren nicht repräsentativ für die Zielgruppen der Maßnahmen, Probleme bei Validität und Reliabilität.	Problematisches Trinkverhalten wurde reduziert, Zahl der Tage, an denen getrunken wird, haben sich verringert allgemein und in den letzten 30 Tagen, Verbesserung des Alkohol-Index, Alkoholkonsum wurde reduziert.	EAP, „social skill trainings“, Gesundheitsberatungen und Informationsveranstaltungen führen zu einem geringeren Alkoholkonsum und weniger problematischem Verhalten im Arbeitsleben. Notwendigkeit von Standards in den Studien.

Fortsetzung Tabelle 20

3.5 Programme zur Gewichtskontrolle								
Anderson et al. (2009)	MEDLINE, EMBASE, CINAHL, SPORTDiscus, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, Dissertation Abstracts, The Cochrane Library	47 Studien	Erwerbstätige (Arbeiter und Angestellte) Standorte: Vor allem USA, außerdem auch Europa, Australien, Neuseeland, Japan, Kanada, Indien, Island	Design: RCT, cluster-randomisierte Studien, nicht-randomisierte Studien, Kohortenstudien, Zeitreihen-Studien Zielparameter: Gewicht, BMI, Körperfettanteil	Ziel: Kontrolle von Übergewicht und Adipositas in der Arbeitswelt; Reduktion des kardiovaskulären Risikos, Steigerung der physischen Aktivität Maßnahmen: Ernährungs- (21 %) und Aktivitätsinterventionen (21 % allein oder kombiniert (57 %) Ebenen: Information, Verhaltensfertigkeiten, Politik und Umwelt (individuell/organisatorisch)	In nicht allen Studien wurden alle Zielparameter beschrieben (eventuell aufgrund fehlender Signifikanz) und könnten somit für die Metaanalyse verloren gegangen sein, da nur Studien mit beschriebenen Gewichts-Zielparametern einbezogen wurden.	Gewicht: Gepoolter Effekt von 15 Studien → 3 Pfund mehr Gewichtsverlust in der Interventionsgruppe nach sechs bis zwölf Monaten. BMI (15 Studien): Moderat bessere Ergebnisse in der Interventionsgruppe, allerdings weniger konsistent. -0,4 BMI-Punkte nach sechs Monaten, -0,02 BMI-Punkte nach zwölf Monaten, -0,34 BMI-Punkte nach 18 bis 24 Monaten. Körperfettanteil (zwölf Studien): Zusammengefasster Effekt zeigt einen Rückgang um 1 % nach zwölf Monaten. Metaanalyse von neun RCT: -2,8 Pfund zugunsten der Interventionsgruppe (nicht signifikant), -0,47 BMI-Punkte nach sechs bis zwölf Monaten zugunsten der Interventionsgruppe	Evidenz für eine moderate Gewichtsreduktion durch Interventionen am Arbeitsplatz. Begrenzte Evidenz für eine bessere Wirksamkeit eines bestimmten Interventionstyps: strukturierte Programme und solche, die Verhaltensmaßnahmen und Information kombinieren, waren erfolgreicher.
Benedict & Arterburn (2007)	MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, The Cochrane Library, LexisNexis Sprache: Englisch Zeitraum: 1995 bis 2006	Elf Studien	Erwerbstätige, teilweise mit Übergewicht aus Industrie („blue collar“), Büro („white collar“) oder Polizei Standorte: USA, Vereinigte Königreich, Europa, Neuseeland, Japan, Australien	Design: RCT, nicht-randomisierte Studien, Fallserien Zielparameter: Gewicht	Maßnahmen: Steigerung der körperlichen Aktivität und Verbesserung der Ernährung über Schulungen und Beratung (individuell, Gruppe) Ebene: individuell	Aufgrund der Heterogenität der Studien (Design) konnte keine Metaanalyse durchgeführt werden. Insgesamt war die methodologische Qualität der Studien schlecht.	Gewichtsverlust: Signifikant höherer Gewichtsverlust in den Interventionsgruppen (Mittelwertedifferenz lag zwischen -0,2 kg und -6,4 kg). Daten zu Langzeiteffekten liegen nicht vor. Es fehlen qualitativ hochwertige kontrollierte Studien, die neben Edukation und Verhalten auch die soziale Unterstützung und das Arbeitsumfeld mit einbeziehen.	Moderate kurzfristige Reduktion des Gewichts durch arbeitsplatzbezogene Maßnahmen ist möglich.

Fortsetzung Tabelle 20

<p>Kremers et al. (2009)</p>	<p>Literatur aus drei Publikationen, zusätzlich Recherche in PubMed für den Zeitraum 2006 bis 2007</p> <p>Sprachen: Englisch, Niederländisch</p> <p>Zeitraum: 1990 bis 2007</p>	<p>46 Studien</p>	<p>Erwerbstätige und andere an ihrem Arbeitsplatz, beim Arzt oder in der Gemeinschaft</p> <p>Standorte: USA, Europa, Australien, Kanada</p>	<p>Design: quantitative und qualitative Analyse der identifizierten Studien nach dem „Intervention Mapping Protocol“</p> <p>Zielparameter: Gewicht, BMI, Körperfettanteil über Hautdicke</p>	<p>Ziel: Prävention von Übergewicht und Adipositas →Gewichtsmanagement: Vermeidung von Zunahme oder moderater Gewichtsverlust</p> <p>Maßnahmen: kognitive Strategien/Verhaltensänderung, Wissen über gesunde Ernährung und Bewegung, umweltbezogene Maßnahmen</p> <p>Ebenen: individuell, organisatorisch</p>	<p>Keine isolierte Betrachtung einzelner Maßnahmen → es ist unklar, welche Maßnahme den Gewichtsverlust bewirkt hat. Der Großteil der eingeschlossenen Studien war nicht darauf ausgerichtet, Langzeiteffekte zu untersuchen.</p>	<p>Etwas weniger als die Hälfte der Studien zeigte einen signifikanten Gewichtsverlust. Insgesamt war der Effekt aber sehr klein. Maßnahmen, die speziell auf Gewichtsabnahme ausgerichtet waren, waren erfolgreicher als solche, die eine Reduktion des kardiovaskulären Risikos anstrebten. Maßnahmen am Arbeitsplatz wurden in fünf Studien untersucht.</p>	<p>Kleine Effekte wurden erreicht, es fehlen aber Studien zur Langzeitwirkung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen.</p>
------------------------------	---	-------------------	---	--	---	---	--	--

Fortsetzung Tabelle 20

<p>Verweij et al. (2010)</p>	<p>MEDLINE, EMBASE PsycINFO, The Cochrane Library, SPORTDiscus</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: 1980 bis 2009</p>	<p>43 Studien</p>	<p>Erwerbstätige (Arbeiter und Angestellte)</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Zielparameter: Gewicht, BMI, Körperfettanteil, „waist to hip ratio“, Bauchumfang, Summe von Hautfalten</p>	<p>Ziel: Prävention von Übergewicht</p> <p>Maßnahmen: Änderung des Essverhaltens, Steigerung der körperlichen Aktivität → Sport, Beratung, Edukation, Information, Änderung des Arbeitsumfelds</p> <p>Ebenen: individuell, organisatorisch</p>	<p>Fehlende Methodenbeschreibung (unklare Randomisierung, Verblindung, keine Angaben zur Durchführung einer Intention-to-treat-Analyse) in einigen Studien → nur die Hälfte der Studien hatte eine geeignete Datenlage für den Einschluss in die Metaanalyse.</p> <p>Nur elf der Studien waren qualitativ hochwertig.</p>	<p>Metaanalyse (22 Studien eingeschlossen):</p> <p>Gewicht: Moderate Evidenz aus neun Studien, dass kombinierte Maßnahmen das Körpergewicht signifikant reduzieren. Geringe Evidenz für Reduktion des Körpergewichts allein durch körperliche Aktivität.</p> <p>BMI: Moderate Evidenz aus elf Studien, dass kombinierte Maßnahmen den BMI signifikant reduzieren. Geringe Evidenz aus zwei Studien, dass allein auf die Förderung der körperlichen Aktivität ausgerichtete Programme den BMI reduzieren.</p> <p>Körperfettanteil: Moderate Evidenz aus drei Studien, dass eine signifikante Reduktion des Körperfettanteils mit kombinierten Maßnahmen erreicht werden kann. Sehr geringe Evidenz aus nur einer Studie, dass eine Körperfettreduktion allein durch Steigerung der körperlichen Aktivität erreicht werden kann.</p> <p>Taillenumfang: geringe Evidenz aus zwei Studien, dass kombinierte Maßnahmen oder reine Aktivitätsmaßnahmen den Umfang signifikant reduzieren.</p> <p>„Waist to hip ratio“: Geringe Evidenz für signifikante Reduktion durch kombinierte Maßnahmen.</p>	<p>Implementierung von Interventionen, die sowohl eine regelmäßige sportliche Betätigung als auch eine gesunde Ernährung fördern und eine organisatorische Komponente beinhalten.</p>
------------------------------	--	-------------------	---	--	--	---	--	---

Fortsetzung Tabelle 20

<p>Vuillemin et al. (2011)</p>	<p>PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, SPORTDiscus, Web of Science, The Cochrane Library</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: bis 2009</p>	<p>33 Studien</p>	<p>Standort: Europa</p>	<p>Design: RCT, kontrollierte und nicht-kontrollierte Prä-Post-Studien, kontrollierte Studien ohne Randomisierung</p> <p>Zielparameter: BMI, Körperfettanteil, Gewicht, Aktivität, Fitness</p>	<p>Ziel: Übergewicht reduzieren</p> <p>Maßnahmen: Förderung der körperlichen Aktivität → Training (Aerobic, Muskeltraining), Beratung, Treppennutzung, Walking, mehrere Komponenten, aktiver Arbeitsweg</p> <p>Ebene: individuell</p>	<p>Heterogene Settings und Interventionen</p> <p>Nur die Hälfte der Studien hatte gute methodische Qualität.</p>	<p>Effektivität: nicht beweiskräftige Evidenzlage für Beratung, Walking, Treppennutzung und Multikomponentenprogramme.</p> <p>Moderate Evidenz für die Wirksamkeit von Training, begrenzte bis moderate Evidenz für die Wirksamkeit von aktiven Arbeitswegen auf Aktivitäts- und Fitness-Parameter.</p> <p>Keine oder nicht beweiskräftige Evidenz für die Wirksamkeit der Interventionen auf übergewichtsbezogene Zielparameter.</p>	<p>Keine Evidenz für die effektive Beeinflussung von übergewichtsbezogenen Parametern durch Aktivitätsinterventionen am Arbeitsplatz</p>
--------------------------------	---	-------------------	-------------------------	--	---	--	---	--

Fortsetzung Tabelle 20

6 Mehrkomponentenprogramme								
Goldgruber & Ahrens (2009)	<p>The Cochrane Library, Cochrane Occupational Health Field, MEDLINE via PubMed und Ebsco host</p> <p>Sprachen: Englisch, Deutsch</p> <p>Zeitraum: 2004 bis 2008</p>	17 Studien	Gesunde Erwerbstätige	<p>Design: Metaanalysen (3), systematische Reviews (14)</p> <p>Zielparameter: Stress, Angst, Zufriedenheit, physiologische Parameter wie Blutdruck, Absentismus, Produktivität</p>	<p>Ziel: Überblick über die Ergebnisse aktueller Metaanalysen und Reviews zum Thema Wirksamkeit von Interventionen der Gesundheitsförderung auf psychologische, physiologische, organisatorische Zielparameter</p> <p>Maßnahmen: betriebliche Gesundheitsförderung (Primärprävention) in folgenden Bereichen: (1) Stress (kognitiv-behaviorale Interventionen, Entspannung, organisatorische Interventionen, alternative Interventionen, Biofeedback, Stresstagebuch, Kommunikation, soziale Unterstützung), (2) Aktivität (Wellness-Tage, Hinweisschilder, erhöhte Verfügbarkeit gesunder Produkte, Produktkennzeichnung, Screenings, Schulungen, Training), (3) Rauchen (Selbsthilfe, ärztliche Beratung, Nikotinersatz, Tabakverbote, Anreize), (4) Ergonomie und (5) Rückenschmerzen (veränderte Arbeitsplatzausstattung, Arbeitsplatzadaptierung, behaviorale Maßnahmen, ergonomische Maßnahmen)</p> <p>Ebenen: individuell, organisatorisch</p>	<p>Auf organisatorischer Ebene besteht weiterer Forschungsbedarf.</p>	<p>Stress: (3) Die besten Ergebnisse wurden mit kognitiv-behavioralen Methoden erreicht. Verhaltenspräventive Ansätze erzielen größere Effekte als verhältnispräventive Maßnahmen (keine signifikanten Effekte durch organisatorische Maßnahmen). Signifikante starke Effekte wurden zudem durch alternative Maßnahmen erreicht.</p> <p>Aktivität/Ernährung: (3) Bessere Effekte durch Hinweisschilder und Trainingsprogramme, dagegen keine Effekte durch Gesundheitsschecks und Screenings. Kombinierte Programme waren wirksamer als einfache verhaltenspräventive Ansätze.</p> <p>Rauchen: (2) Starke Evidenz für bewährte verhaltenspräventive Maßnahmen (Gruppentherapie, Nikotinersatz). Unklare Evidenzlage für verhältnispräventive Ansätze.</p> <p>Ergonomie und Rückenschmerzen: (3) Größere Effekte sind durch kombinierte Interventionen zu erreichen.</p>	<p>68 % der untersuchten Maßnahmen waren wirksam.</p> <p>Verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen waren zu gleichen Anteilen wirksam, stärkere Effekte wurden allerdings durch verhaltenspräventive Maßnahmen erreicht.</p> <p>Es besteht starke Evidenz für: Stressmanagement, Gruppentherapie, individuelle Beratung und Nikotinersatztherapie zur Rauchentwöhnung und Informationen über gesunde Ernährung.</p>

Fortsetzung Tabelle 20

<p>Groeneveld et al. (2010)</p>	<p>EMBASE, PubMed, PsycINFO, The Cochrane Library, SPORT- Discus</p>	<p>31 Studien</p>	<p>Erwerbstätige</p>	<p>Design: RCT Zielparameter: Gewicht, Körperfett, Blutdruck, Blutlipide, Blutzucker (biologische kardiovaskuläre Risikofaktoren)</p>	<p>Ziel: Reduktion des kardiovaskulären Risikos Maßnahmen: Lebensstiländerung (am Arbeitsplatz): Verbesserung der Ernährung und Erhöhung der körperlichen Aktivität über Beratung, Gruppenschulung, Training, Information, Einkaufsregeln, Quiz, Diskussionsrunden</p>		<p>Gewicht/BMI: Sieben RCT von guter Qualität zeigten positive Effekt, Sechs zeigten keinen Effekt, Ein RCT zeigte Überlegenheit der Kontrollgruppe → keine Evidenz. Allerdings bestand eine starke Evidenz in Populationen mit erhöhten Risikofaktoren. Körperfettanteil: Drei hochwertige RCT zeigten signifikante positive Effekte, Drei RCT von niedriger Qualität fanden keinen Effekt → starke Evidenz. Blutdruck: positive Effekte nur in 25 % der hochwertigen Studien → starke Evidenz, dass Interventionen ohne Effekt sind. Blutlipide: in 15 hochwertigen Studien konnte kein Effekt festgestellt werden → starke Evidenz.</p>	<p>Effektiv waren Maßnahmen zur Reduktion des Körperfettanteils sowie des Gewichts.</p>
<p>Hutchinson & Wilson (2011)</p>	<p>PubMed Sprache: Englisch Zeitraum: 1999 bis 2009</p>	<p>29 Studien</p>		<p>Design: RCT, NRCT Zielparameter: Gewicht, Ernährung, Bewegung</p>	<p>Ziel: Prävention von Übergewicht und chronischen Erkrankungen, Krebs Maßnahmen: Veränderung von Gewicht, Ernährung, Bewegungsverhalten basierend auf verschiedenen theoretischen Ausrichtungen wie Motivationssteigerung, Bewegung, Edukation, soziale Beeinflussung</p>	<p>Kein Follow-up in den meisten Studien. In 21 Studien waren nur Daten nach der Intervention verfügbar (keine Baseline-Daten) → unterschiedliche Resultate im Vergleich zu Studien mit Prä-Post-Design. Pro Thema gab es nur wenige Studien.</p>	<p>In den Post-Interventions-Studien wurden die größten Effekte mit Interventionen, die auf den Methoden Edukation oder soziale Beeinflussung beruhten, erreicht. Insgesamt waren die Effekte aber klein. Methoden zur Motivationssteigerung: in Studien mit Prä-Post-Design wurde ein sehr großer Effekt gefunden (mean d = 1.98).</p>	<p>Am Arbeitsplatz durchgeführte Interventionen können generell zu kleinen positiven Veränderungen führen. Die größten Effekte können durch motivationssteigernde Maßnahmen erzielt werden.</p>

Fortsetzung Tabelle 20

<p>Kuoppala et al. (2008)</p>	<p>MEDLINE, PsycINFO Zeitraum: 1970 bis 2005</p>	<p>46 Studien</p>	<p>Erwerbstätige aus den Bereichen Industrie, Gesundheit, Büro, Transport Standorte: USA, Europa, Australien, Kanada, Brasilien, Indien</p>	<p>Design: RCT, cluster-randomisierte Studien, Kohorten-, Querschnittstudien Zielparameter: Wohlbefinden (mental, körperlich, allgemein), Zufriedenheit am Arbeitsplatz, Krankheitstage, Arbeitsfähigkeit</p>	<p>Ziele: Erhöhung von Arbeitsfähigkeit und Jobzufriedenheit sowie Verringerung von Abwesenheit, Frühberentung Maßnahmen: Lebensstiländerung, Ergonomie, Schulungen, psychologische Beratung Ebenen: individuell, organisatorisch</p>	<p>Beschränkung auf zwei Datenbanken Heterogene Studien Weitere Forschung (vor allem zu Frührente und Arbeitszufriedenheit) ist notwendig.</p>	<p>Moderate Evidenz: BGF reduziert krankheitsbedingte Abwesenheit und erhöht das mentale Wohlbefinden. Dagegen wirkten sich die Maßnahmen nicht auf das körperliche und das allgemeine Wohlbefinden aus. Sport erhöht das Wohlbefinden und die Arbeitsfähigkeit und reduziert die krankheitsbedingte Abwesenheit. Keine Effekte wurden nach Maßnahmen mit Edukation und durch psychologische Methoden festgestellt. Die Umgestaltung des Arbeitsplatzes reduzierte Abwesenheit und erhöhte das mentale Wohlbefinden.</p>	<p>Bislang schwache Evidenzlage → weitere Forschung ist nötig.</p>
<p>McDermott et al. (2010)</p>	<p>Web of science, PubMed, PsycINFO, Ergonomic Abstracts Sprache: Englisch Zeitraum: 2004 bis 2008</p>	<p>21 Studien</p>	<p>Ältere Erwerbstätige aus dem Bürobereich Standorte: USA, Australien, Europa</p>	<p>Design: quasi-experimentelle Studien, Interventionsstudien, NRCT, RCT Zielparameter: Gesundheit, Wohlbefinden, Arbeitsfähigkeit, Krankheitstage, Taillenumfang, physiologische Parameter</p>	<p>Ziele: aktives Altersmanagement (Verbesserung der Gesundheit, Lebensstil, Arbeitsfähigkeit, Prävention von chronischen Erkrankungen) Maßnahmen: Schulungen zu Körperhaltung, ergonomische Veränderungen des Arbeitsplatzes, körperliches Training, Schulung von Führungskräften, Reorganisation von Schichtsystemen, Rauchentwöhnung, Gewichtsmanagement, Physiotherapie (→ Primärprävention), Beratung, Gesundheitschecks, medikamentöse Therapie, Unterstützung durch einen Sozialarbeiter (→ Sekundär- und Tertiärprävention) Ebenen: individuell, organisatorisch</p>	<p>Begrenzte Anzahl an Studien und Interventionen</p>		<p>Weitere Forschung ist nötig: aufgrund der spärlichen Datenlage kann keine Empfehlung speziell für ältere Erwerbstätige ausgesprochen werden.</p>

Fortsetzung Tabelle 20

<p>Novak et al. (2007)</p>	<p>MEDLINE, PubMed, CINAHL, Health and Medical Complete, EMBASE, Google Scholar, Index New Zealand, Proquest, Science Direct, Cochrane Controlled Trials Register, The Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews and Effects, NHS Economic Evaluation Database, Health Economic Evaluation Database</p>	<p>Vier Studien</p>	<p>Arbeiter/innen Standort: Neuseeland</p>	<p>Design: RCT, Review Zielparameter: Mortalität, BMI, Inzidenz KHK, Infarkt, Blutdruck, Blutfett, Rauchentwöhnung, Körperfett</p>	<p>Ziele: Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten in den gesellschaftlichen Schichten durch BGF Maßnahmen: Programme zur Förderung der kardiovaskulären Gesundheit wie Seminare, Edukation, Beratung, Anreize für Verhaltensänderungen, Gruppenübungen, Training; meistens in Form von Multikomponentenprogrammen</p>		<p>Durchmischte, aber größtenteils unterstützende Evidenz, dass Interventionen am Arbeitsplatz (bezogen auf Arbeiter) sich positiv auf gesundheitliche Zielparameter, Lebensstil, Arbeitsumgebung und Produktivität auswirken.</p>	<p>Gute Evidenz aus einer kleinen Anzahl Studien, dass BGF sich positiv auf biologische Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen auswirken.</p>
<p>Osilla et al. (2012)</p>	<p>PubMed, CINAHL, EconLit, EMBASE, Web of Science, The Cochrane Library Sprache: Englisch Zeitraum: 2000 bis 2011</p>	<p>33 Studien</p>	<p>Erwerbstätige, vor allem aus dem Dienstleistungssektor Standort: USA</p>	<p>Design: RCT, Observationsstudien, nicht-randomisierte Studien Zielparameter: Aktivität, Ernährung, BMI, psychische Gesundheit, Rauchen, Alkohol, Absentismus, Kosten</p>	<p>Maßnahmen: Wellness-Programme (Selbsthilfe, Beratung, Anreize, motivationale und edukative Maßnahmen, Bewegungsförderung, Ernährungsberatung)</p>	<p>Nur 50 % der untersuchten Studien waren RCT. Die anderen Studien waren sehr anfällig für Bias. Sehr heterogene Studien → schwierig einheitliche Empfehlungen abzuleiten: weitere Forschung ist nötig.</p>	<p>Sport: Acht von 13 Studien fanden eine Erhöhung der körperlichen Aktivität. Ernährung: Sechs von zwölf Studien fanden eine Verbesserung der Ernährung. Insgesamt kleine Effekte (0,2 „Fast-Food“-Mahlzeiten weniger pro Woche). Physiologische Parameter: Sechs von zwölf Studien fanden eine Verbesserung von einem oder mehreren Parametern. Rauchen: Sechs von sieben Studien fanden höhere Aufhorraten und einen geringeren Tabakgebrauch. Alkohol: Zwei von drei Studien fanden eine Reduktion des Alkoholkonsums. Psychische Gesundheit: gemischte Resultate Die Hälfte der RCT fand positive Effekte, bei anderen Studienarten waren es 75 %.</p>	<p>Gemischte Evidenz für die positiven Auswirkungen von Wellness-Programmen am Arbeitsplatz. Ungenügende Evidenz für die Beeinflussung der psychischen Gesundheit und ökonomischer Parameter. Weitere Forschung ist nötig.</p>

Fortsetzung Tabelle 20

Palmer (2012)	MEDLINE, EMBASE Zeitraum: 1990–2010	42 Studien	Erwerbstätige mit Muskelerkrankungen Standorte: Nordamerika, Europa	Design: RCT, Kohortenstudien Zielparameter: Krankentage, krankheitsbedingter Jobverlust, Anwesenheit am Arbeitsplatz, Rückkehr zur Arbeit	Ziel: Reduktion von Krankentagen und Arbeitsplatzverlust Maßnahmen: Physiotherapie, Sport (30), Psychotherapie wie kognitive Verhaltenstherapie (37), Edukation, psychosoziale Risikoeinschätzung, ergonomische Maßnahmen, Jobmodifikationen, an Manager gerichtete Interventionen, Interventionen auf Service-Ebene (Betriebsmedizin, Case Management) Ebenen: individuell, organisatorisch	Unterschiedliche Falldefinition Eine Verblindung war nicht möglich. Mängel in den Protokollen vieler Studien (Zuweisung zu Studienarmen, Intention-to-treat-Analyse).	Die Interventionen waren meistens förderlich (Relatives Risiko > 1 für Intervention versus. Kontrolle). Eine Überlegenheit einer bestimmten Intervention konnte nicht gefunden werden. Interventionen, bei denen der Arbeitsplatz integriert wurde, wirkten sich allerdings meistens besser auf Fehltag aus. Die gefundenen Effekte in qualitativ hochwertigen Studien waren tendenziell geringer (Bias) und ein Nutzen (Kosteneffektivität) ist fraglich.	Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen reduzieren Krankentage und die Gefahr eines Jobverlusts. Die Effekte sind allerdings sehr klein, ein Kosten-Nutzen-Effekt bleibt fraglich.
Parks (2008)	Infotrac, Proquest, PsycINFO, Dissertation Abstracts International, Referenzlisten, Websites Zeitraum: 1980 bis 2005	17 Studien		Design: kontrollierte Studien Zielparameter: Jobzufriedenheit, Partizipation, Absentismus	Maßnahmen: Wellness-Programme → fitnessorientierte Maßnahmen (Ausdauer-, Krafttraining, Aerobic) und übergreifende Maßnahmen, die sowohl eine Fitness- als auch eine zusätzliche Schulungskomponente zum Thema Stress oder Ernährung beinhalteten	Fehlende Informationen zu Statistik in einigen Primärstudien führten zum Ausschluss aus der Metaanalyse. Quasi-experimentelles Design in einigen Studien. 53 % der Studien basierten auf Freiwilligen.	Metaanalyse: Teilnahme an Wellness-Programmen verringert in geringem bis moderatem Ausmaß Absentismus. Die Art des Programms war dabei nicht ausschlaggebend. Teilnehmende der Intervention tendierten zudem zu moderat höherer Zufriedenheit im Job.	Positive Auswirkung durch Wellness-Programme auf die Gesundheit der Beschäftigten. Aufgrund moderat positiver Effekte sollten Wellness-Programme von Organisationen weitergeführt werden.
Pelletier (2009)	MEDLINE, ADI, EDGAR, CARL, Inform, LexisNexis Sprache: Englisch Zeitraum: 2004 bis 2008	16 Studien	Standort: USA	Design: RCT, Pilotstudien, quasi-experimentelle Studien	Maßnahmen: BGF und Management von Erkrankungen: Programme mit multidimensionaler Ausrichtung	Publikationsbias möglich. Rückgang sowohl bei der Quantität als auch bei der Qualität der Studien im Zeitraum 2004 bis 2008.	Kosteneffektivität und klinische Wirksamkeit wurden in allen Studien belegt.	Aufgrund methodischer Schwächen (nur eine Studie war als RCT konzipiert) und der Möglichkeit eines Publikationsbias ist das positive Ergebnis unter Vorbehalt zu sehen.

Fortsetzung Tabelle 20

<p>Soler et al. (2010)</p>	<p>PubMed, EMBASE, Web of Science, The Cochrane Library, Sprache: Englisch Zeitraum: 1980 bis 2005</p>	<p>32 Studien</p>	<p>Standorte: USA, Europa</p>	<p>Design: Prä-Post-Studien, Zeitreihe, Kohortenstudien, RCT Zielparameter: Verhaltensänderungen in Bezug auf Alkoholkonsum, Ernährung, Aktivität, Rauchen, Sicherheitsgurtgebrauch, Produktivität, Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, Absentismus; physiologische Parameter wie Blutdruck, Blutfett, Fitness, Körperfett</p>	<p>Maßnahme: „AHRF“ allein oder als Zusatzstrategie</p>		<p>Ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit von AHRF-Gesundheitsförderungen in Bezug auf vier Zielparameter (Rauchen, Alkohol, Ansnallen, Fettaufnahme) und vier weitere wie Cholesterin, die Einschätzung des Gesundheitszustands allgemein, Absentismus und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens Keine Evidenz für Wirksamkeit auf Körperzusammensetzung, Verzehr von Obst und Gemüse Die meisten Studien fanden positive Wirkungen des Programms, allerdings waren die Effekte nur klein bis moderat.</p>	<p>Empfehlung von AHRF-Plus- Programmen (AHRF + Zusatzintervention).</p>
<p>van Oostrom et al. (2009)</p>	<p>Cochrane Occupational Health Field Trials Register, Central, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO Sprache: Englisch Zeitraum: bis 2007</p>	<p>Sechs Studien</p>	<p>Angestellte, die derzeit aufgrund einer Krankheit (Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen) nicht arbeiten</p>	<p>Design: RCT Zielparameter: Abwesenheit, Funktion, Lebensqualität, allgemeine Gesundheit, Symptome, Schmerz, direkte und indirekte Kosten</p>	<p>Ziel: Prävention von Arbeitsunfähigkeit Maßnahmen: Änderung der Arbeitsbedingungen, des Arbeitsdesigns und der Arbeitsumgebung, Fallmanagement, Einbezug von Vorgesetzten und Leitungen, Pläne zur Arbeitsrückkehr, Kontakt mit dem betriebsärztlichen Personal</p>	<p>Biasrisiko in zwei Studien. Keine Studien zu Erwerbstätigen, die aufgrund psychischer Krankheiten arbeitsunfähig sind.</p>	<p>Es besteht moderate Evidenz, dass krankheitsbedingte Abwesenheit (Muskel-Skelett-Erkrankungen) durch am Arbeitsplatz durchgeführte Maßnahmen reduziert werden kann. Gesundheitliche Zielparameter konnten dagegen nicht verändert werden. Für psychische Erkrankungen lagen nicht genügend Studien vor.</p>	<p>Organisatorische Maßnahmen beeinflussen die Rückkehr an den Arbeitsplatz positiv, ohne zurundeliegende medizinische Probleme zu beheben.</p>

Fortsetzung Tabelle 20

3.8 Partizipative ergonomische Maßnahmen								
Riviliis et al. (2008)	MEDLINE, Excerpta, EMBASE, CINAHL, CCinfo web, Safety Science and Risk, Ergonomic Abstracts Sprache: Englisch Zeitraum: bis 2004	23 Studien	Erwerbstätige aus verschiedenen Sektoren Standorte: Nordamerika, Europa	Design: Prä-Post-Studien Zielparameter: gesundheitsbezogen: Schmerz, Beschwerden aufgrund Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen, Unfälle, Krankentage, Arbeitsfähigkeit	Ziel: Verbesserung der Gesundheit von Beschäftigten Maßnahmen: PE, „partizipatorischer Ansatz“ → Einbezug von Beschäftigten in die Planung und Evaluierung von Arbeitsprozessen und Arbeitszielen	Methodologische Qualität/Design (→ es stehen keine RCT zur Verfügung) der Studien schränkt die Aussagekraft des Reviews ein.	Elf von zwölf Studien mit höherer Qualität fanden positive Ergebnisse → moderate Evidenz, dass Interventionen mit partizipatorischem Ansatz sich positiv auf verschiedene Gesundheitsparameter auswirken. Erkrankungen des Bewegungsapparates: moderate Evidenz für einen positiven Einfluss durch PE-Interventionen Verletzungen: teilweise Evidenz, dass PE-Interventionen einen positiven Einfluss haben. Krankentage/verlorene Arbeitstage: teilweise Evidenz für eine günstige Beeinflussung durch PE-Interventionen	Aufgrund der Konsistenz der Ergebnisse Empfehlung zur Implementierung

AHRF = Assessment of Health Risks with Feedback. BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung. BMI = Body-Mass-Index. CT = Kontrollierte Studie. EAP = Employee Assistance Program.

KHK = Koronare Herzerkrankung. PE = Participatory ergonomics. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

¹ Zusammenstellung entnommen aus iga.Report 28²³.

Tabelle 21: Ergebnisse systematischer Reviews zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen gegen psychische Erkrankungen¹

Autor/in	Datenquellen	Datenbasis	Population	Studiendesign	Evaluierte Maßnahmen	Methodologische Probleme	Berichtete Effekte	Gesamtbewertung
Awa et al. (2010)	MEDLINE, PsycINFO, PSYINDEX Sprachen: Englisch, Deutsch Zeitraum: 1995 bis 2007	25 Studien	84 % Erwerbstätige (Sozialarbeiter, Polizei, Manager, Gesundheitsberufe), 4 % Pflegeschüler 8 % krankgeschrieben Standorte: Niederlande (48 %), USA (16 %), Großbritannien (8 %), Rest: Kanada, Finnland, Norwegen, Schweden, Polen	Design: RCT (14), quasi-experimentelle Studien (9), teilweise ohne Randomisierung (5) oder ohne Kontrollgruppe (2). Zielparameter: Burn-out, Risikofaktoren für Burn-out	Maßnahmen: 68 % (17) individuelles wie kognitives Verhaltenstraining, Psychotherapie, Beratungsgespräche, Training adaptiver Fähigkeiten, Kommunikationstraining, Entspannungsübungen, Musizieren 8 % (2) organisatorisch wie Prozessrestrukturierung, Schichtanpassungen, Jobevaluation, Leistungsbeurteilung 24 % (6) kombiniert Ebenen: individuell, organisatorisch, kombiniert individuell/organisatorisch	Beschränkung auf Artikel in englischer und deutscher Sprache Unsystematische Recherche in Referenzlisten Die Methodik der eingeschlossenen Studien wurde nicht evaluiert, zum Teil fehlen Informationen.	84 % (21) berichteten über eine Reduktion von Burn-out, davon waren 90 % signifikante Veränderungen. Drei Interventionsstudien (12 %) zeigten keine positiven Veränderungen, eine individuelle Maßnahme führte sogar zur Erhöhung der Burn-out-Rate. Alle kombinierten Maßnahmen führten zu einer signifikanten Burn-out-Reduktion. 82 % aller individuellen Maßnahmen erzielten eine signifikante Reduktion von Burn-out. Am besten und langanhaltendsten beeinflusst wurde die Komponente emotionale Ermüdung. Organisatorische und kombinierte Maßnahmen wirkten im Durchschnitt länger nach als individuelle. Sekundäre Zielparameter wie der allgemeine Gesundheitszustand und die Schlafqualität wurden kurzfristig ebenfalls verbessert, Daten für die langfristige Wirkung liegen nicht vor. Gute Effekte wurden ebenfalls erzielt (anhaltend bis ein Jahr nach Interventionsende) durch Supervisor und Beschäftigten-Unterstützung. Separate Analyse nur für RCT: Signifikante Burn-out-Reduktion durch individuelle Maßnahmen in 70 % der Studien. Alle RCT, die kombinierte Maßnahmen untersuchten, fanden signifikante Effekte.	Interventionen zur Burn-out-Prävention sind förderlich für die psychische Gesundheit von Beschäftigten.

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Bambra et al. (2009)</p>	<p>Manuelle Recherche: CRD, WPH, Database Systematische Recherche: The Cochrane Library, DARE, Criminal-Justice Abstracts Database (2000–2007), Bibliographien, Referenzlisten, Webseiten, Expertenkontakt Durchsicht von Journals: American Journal of Public Health, American Journal of Preventive Medicine, Journal of Epidemiology and Community Health, Social Science and Medicine Zeitraum: Januar 2002 bis April 2007</p>	<p>Sieben Studien</p>	<p>Erwerbstätige älter als 16 Jahre Standorte: Nordamerika, Europa, Australien, Japan</p>	<p>Design: Reviews (Umbrella-Review) Zielparameter: Gesundheit (Prävalenz bestimmter Krankheiten, Fehlzeiten, gesundheitsorientiertes Verhalten, Verletzungen), Wohlbefinden (physisch und mental, Work-Life-Balance, Lebensqualität, psychosoziale Zielparameter), gesundheitliche Ungleichheit</p>	<p>Maßnahmen: Förderung der Beschäftigtenkontrolle (3), Veränderung der Arbeitsbedingung wie Schichtarbeit (2), Privatisierung (1), Gesetze zum Arbeitsschutz (1) Ebene: organisatorisch</p>	<p>Unvollständige Abbildung der Literatur (erst ab 2000); Bias in Primärstudien; fehlende Details zur Implementierung</p>	<p>Effekte auf die Gesundheit sind gemischt und nicht beweiskräftig. Die einzige kontrollierte Studie zeigte keine signifikanten Unterschiede. Partizipative Beschäftigtenausschüsse zur Erhöhung der Beschäftigtenkontrolle führten zu dauerhaften positiven Effekten auf die selbstberichtete Gesundheit. In einer Studie wurde bei Männern der Cholesterolspiegel verbessert. Aufgabenstruktur-Interventionen erhöhten die Beschäftigtenkontrolle nicht. Organisatorische Interventionen: Komprimierte Arbeitswochen hatten keine evidenten positiven Effekte auf Schichtarbeit, selten sogar nachteilige Effekte. Work-Life-Balance wurde verbessert. Selbsteinteilung von Schichten, schneller Schichtwechsel und Vorwärts-Schichtwechsel (Früh-Tag-Nacht) hatten gesundheitliche Vorteile. Arbeitslosigkeit und unsichere Arbeitsplätze durch Privatisierung scheinen sich auf die psychische Gesundheit und auch auf einige Parameter der physischen Gesundheit negativ auszuwirken.</p>	<p>Veränderung in der Beschäftigtenkontrolle und psychosoziale Veränderungen haben wichtige und förderliche Effekte auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Erwerbstätigen. Organisatorische Interventionen haben in einigen Reviews auch Potenzial gezeigt, gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Erwerbstätigen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Hintergrund zu verbessern.</p>
<p>Corbiere et al. (2009)</p>	<p>Cochrane Central Register of Controlled Trials, The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO Sprachen: Englisch, Französisch Zeitraum: 2001 bis 2006</p>	<p>24 Studien</p>	<p>Erwerbstätige Standort: größtenteils Europa</p>	<p>Design: Randomisierung in 50 % der Studien</p>	<p>Maßnahmen: Stressmanagement, psychosoziales Training (5), CBT (4), partizipatorische organisatorische Intervention (4) Interventionen zur Stressreduktion am Arbeitsplatz, Entspannung, Sport, Managertraining Ebenen: individuell, organisatorisch</p>	<p>Zielparameter, Messungen Variablen waren stark verschieden: keine Metaanalyse möglich.</p>	<p>In 67 % der Studien positive Effekte auf die psychische Gesundheit. Vor allem die psychosozialen und partizipativen Komponenten wirkten sich signifikant positiv aus.</p>	<p>Da eine quantitative Analyse nicht möglich war, sollten bisherige Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.</p>

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Czabala et al. (2011)</p>	<p>PsycINFO, EMBASE, MEDLINE, CINAHL, ERIC, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Cochrane Occupational Health Field Database, The Cochrane Library, Referenzlisten, Webseiten von Institutionen</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: 1988 bis 2009</p>	<p>79 Studien</p>	<p>Beschäftigte aller Branchen und ohne Beschränkung hinsichtlich Alter, Arbeitszeit oder Vertragsart</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Zielparameter (99 verschiedene): Stress (37 %), psychische Gesundheit (16 %), Überarbeitung, Konflikte, Burn-out, Arbeitszufriedenheit (8 %), Jobeffektivität (23 %), Fehlzeiten (6 %)</p>	<p>Maßnahmen: Training von Fertigkeiten (Wissen über Stress und Stressmanagement, Problemlösung), Verbesserung der beruflichen Qualifikationen (jobspezifische Fertigkeiten und Wissen), Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Organisation, Beziehung zwischen Beschäftigten), Entspannung, körperliche Aktivität, Interventionen mit mehreren Komponenten</p> <p>Ebenen: individuell, organisatorisch, kombiniert individuell/organisatorisch</p>	<p>In 79 Studien wurden 99 Interventionen untersucht. Oft unterschieden sich auch Zielparameter und Messmethoden, so dass ein Vergleich schwierig war.</p> <p>In 20 % der Studien berücksichtigte die Erhebung weniger als 50 Personen.</p>	<p>In Studien von moderater bis guter Qualität wurde gut die Hälfte der Zielparameter positiv beeinflusst. Dazu zählen: Stress, Zufriedenheit mit dem Job, Reduktion von Burn-outs. Der schwächste Effekt zeigte sich bei den Zielparametern Co-Worker oder Supervisor-Unterstützung. Das erfolgreichste Programm war das Stresimpfungstraining. Für den Erfolg einer Intervention generell von Bedeutung ist die Zielgruppenausrichtung. Organisatorische Bedingungen waren selten Gegenstand der Studien. Um effektive Interventionen zu identifizieren, müssen auch verbesserte Instrumente zur Evaluation entwickelt werden.</p>	<p>Insgesamt kann die Effektivität von psychosozialen Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit im betrieblichen Kontext nicht mit vollständiger Evidenz belegt werden.</p>
<p>Damiani et al. (2006)</p>	<p>MEDLINE, NIOSHTIC, The Cochrane Library, EMBASE</p> <p>Manuelle Recherche in Referenzlisten</p> <p>Zeitraum: 1982 bis 2005</p>	<p>Neun Studien</p>	<p>Erwerbstätige aus verschiedenen Sektoren</p> <p>Standorte: Europa, USA</p>	<p>Design: experimentelle oder quasi-experimentelle Studien</p> <p>Zielparameter: Absentismus</p>	<p>Maßnahmen: Stressmanagement: Feedback-Methoden, Wellness-Seminare, Entspannung, Bewegung, CBT, Entspannung, organisatorische Veränderungen</p> <p>Ebenen: individuell, organisatorisch</p>	<p>Interventionen, Zielparameter und Studiencharakteristika waren sehr heterogen.</p> <p>Methodologische Schwäche wie fehlende Randomisierung.</p> <p>Hawthorne-Effekt</p>	<p>Studien mit kurzer Follow-up-Zeit (< 6 Monate) zeigten positive Auswirkungen auf Absentismus.</p> <p>Studien mit längerer Nachbeobachtung kamen nicht zu eindeutigen Ergebnissen. Generell waren Interventionen, die nachhaltig konzipiert waren, effektiver.</p>	<p>Große Variabilität in der Effektivität der verschiedenen Programme.</p> <p>Weitere Forschung ist nötig.</p>

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Dietrich et al. (2012)</p>	<p>PubMed, EbscoHost Cochrane Library</p> <p>Zusätzlich Sichtung von Referenzlisten</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: bis Februar 2012</p>	<p>Eine Studie</p>	<p>Erwerbstätige</p> <p>Standort: Frankreich</p>	<p>Design: quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppe</p> <p>Zielparameter: depressive Störung, depressive Symptome</p>	<p>Maßnahmen: arbeitsplatzbezogene Interventionen, spezifisch ausgerichtet auf Depressionen und Angststörungen (Individuelle Gesundheitsförderung, Screening, organisierte Informationen, Empfehlung zu ärztlicher Konsultation als sekundäres Präventionsprogramm). Programme zum Stressmanagement wurden ausgeschlossen.</p>	<p>Nur eine Studie erfüllte alle Einschlusskriterien.</p> <p>Fehlende Randomisierung.</p>	<p>Diagnosestellung in Kombination mit Psychoedukation verbesserte signifikant die Schwere der Symptome und die Rückbildungsrate.</p> <p>Männer und Personen über 40 Jahren profitierten am besten von der Intervention.</p>	<p>Zukünftige Forschung auf dem Gebiet Depressionen ist dringend nötig.</p>
<p>Egan et al. (2007)</p>	<p>Strategische Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken (nicht weiter benannt), manuelle Sichtung von Abstracts, Dissertationen, Bibliographien und Kontakt zu Expertinnen und Experten</p> <p>Sprache: keine Begrenzung</p> <p>Zeitraum: 1981 bis 2006</p>	<p>18 Studien</p>	<p>Erwerbstätige aus verschiedenen Regionen und Sektoren</p>	<p>Design: nicht-randomisierte klinische Studien, pro- und retrospektive Interventionsstudien</p> <p>Zielparameter: selbstberichtete körperliche und geistige Gesundheit, Absentismus</p>	<p>Maßnahmen zur Verbesserung der Beschäftigtenkontrolle auf organisatorischer Ebene: Partizipation, Problemlösungs-Komitees</p> <p>Zum Teil in Kombination mit Interventionen auf individueller Ebene: Edukation und Verhaltensintervention (Anti-Rauch-Maßnahmen, Sport oder Entspannung, Stressreduktion und Training von kommunikativen Fähigkeiten)</p> <p>Ebenen: organisatorisch, kombiniert individuell/organisatorisch</p>	<p>Schlechte Methodenbeschreibung bei einigen Studien und fehlende Daten zur Implementierung.</p> <p>Große Unterschiede bei Follow-up-Zeiten. Ergebnisse basieren oft auf Selbstmessungen.</p> <p>Die wirtschaftliche Lage der Unternehmen in einigen Studien während der Intervention könnte das Ergebnis verfälscht haben.</p> <p>Keine RCT</p>	<p>Acht Studien zeigten eine Verbesserung von Partizipation und Kontrollmöglichkeiten nach Intervention. In sieben der Studien verbesserte sich zusätzlich die Gesundheit.</p> <p>In vier Studien verbesserten sich soziale Unterstützung und Gesundheit.</p>	<p>Evidenz für günstige gesundheitliche Effekte infolge von Maßnahmen, die die Partizipation von Beschäftigten erhöhen.</p> <p>Stärkere Evidenz durch neue Studien.</p>

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Graveling et al. (2008)</p>	<p>AMED, ASSIA, CINAHL, The Cochrane Library, Current Contents, DARE, EMBASE, EPPI, HMIC, INGENTAconnect, MEDLINE, National Research Register, PsycINFO, SIGLE, Sociological Abstracts</p> <p>Sichtung relevanter Webseiten</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: 1990 bis 2007</p>	<p>66 Studien</p>	<p>Erwerbstätige</p>	<p>Design: quasi-experimentelle Studien, RCT</p> <p>Zielparameter: mentales Wohlbefinden, Burn-out</p>	<p>Maßnahmen: Organisatorische Ebene (25): Änderung von Arbeitsabläufen, Training von Vorgesetzten und Managern, Abändern von Schichten, Training von jobspezifischen Fähigkeiten</p> <p>Interventionen aus dem Bereich Stressmanagement (46): Beratungsdienst, Umgang mit Stress, Entspannung, Sport, Gesundheitsförderung</p> <p>Ebenen: organisatorisch, individuell</p>		<p>Die Änderung von Arbeitsabläufen basierte in allen elf Studien auf Partizipation: Fünfzeigten einen positiven Effekt auf das mentale Wohlbefinden. Aufgrund der Studienqualität keine klare Aussage möglich.</p> <p>Managertraining wurde in vier Studien untersucht. Die Interventionsansätze waren sehr unterschiedlich.</p> <p>Insgesamt ungenügende Evidenz für die Wirksamkeit.</p> <p>Drei Studien konnten positive Auswirkungen von Schichtumstellung (Ottawa-System) zeigen.</p> <p>Fähigkeitstraining (6) wirkte sich in zwei qualitativ hochwertigen Studien positiv auf Burn-out und Stress aus. Langzeiteffekte wurden nicht untersucht.</p> <p>Umgang mit Stress (16): Interventionen und Zielparameter unterschieden sich stark, daher ist eine klare Aussage schwierig. Einzelne Strategien scheinen aber erfolgreich, insbesondere als Langzeitmaßnahme.</p> <p>Stressberatung (6): das geistige Wohlbefinden, Depressionen, Angst konnten in zwei hochwertigen RCT positiv beeinflusst werden. Insgesamt gibt es wenig Forschungsarbeiten zu dem Thema.</p> <p>Entspannung und Sport (11): Zwei von vier RCT zeigten positive Auswirkung von Aerobic auf das geistige Wohlbefinden. Die Ergebnisse von Entspannungs- und Massageinterventionen sind uneinheitlich. Weitere Forschung ist nötig.</p> <p>Gesundheitsförderung: Alle drei Studien zeigten positive Effekte. Allerdings ist unklar, worauf genau diese Effekte zurückzuführen sind, da die Interventionen sehr weitreichend waren.</p>	<p>Die Evidenz der Studien ist begrenzt.</p>
--------------------------------	---	-------------------	----------------------	--	---	--	--	--

Fortsetzung Tabelle 21

Marine et al. (2009)	The Cochrane Library, Cochrane Collaboration Depression Anxiety and Neurosis Group's specialized registry, MEDLINE, PsycINFO, Cochrane Occupational Health Field Database, Handsuche in Referenzlisten und im Journal „Work & Stress“	19 Studien	Erwerbstätige aus dem Gesundheitssektor, vorwiegend Krankenhaus (12)	Design: RCT (14), cluster-randomisierte Studien (3), Cross-over-Studien (2) Zielparameter: Stress, Burn-out Sekundäre Zielparameter: Depressionen, Angst, Hormonstatus	Maßnahmen: Interventionen zur Reduktion von Arbeitsstress oder zur Prävention (psychologisches Training, Rollenspiele, Kommunikationstraining, Partizipation, kognitives Verhaltenstraining, Entspannung, Musik, therapeutische Massage, MCHP) Ebenen: organisatorisch, individuell	Keine Verblindung	Individuelle Interventionen: signifikante Reduktion von Stress, Angst und einigen Burn-out-Symptomen. Organisationale Interventionen: kurzzeitige Linderung von Stress durch psychologisches Training (1). Besserung einer Subskala von Burn-out.	Die Metaanalyse ergab begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit von individuellen und organisatorischen Maßnahmen auf Burn-out, Stress, Angst.
Martin et al. (2009)	MEDLINE, PsycINFO, ProQuest, Web of Science	22 Studien (17 davon quantitativ)	Personen im Alter von 19 bis 69 Jahren Standorte: Europa, Nordamerika	Design: RCT, quasi-experimentelle Studien, Kohortenstudien Zielparameter: Depression, Angst, gesundheitliches Verhalten	Maßnahmen: Psychoedukation, kognitives Verhaltenstraining, Stressbewältigung, Stressmanagement Ebenen: vorwiegend individuell, nur eine Studie mit organisatorischen Interventionen	Kleine Studiengröße, heterogene Populationen und Interventionen	Kleine, aber durchweg positive Beeinflussung von Angst und Depressionen. Die Effekte auf die psychische Gesundheit insgesamt variierten zwischen den Studien dagegen sehr stark. Die Metaanalyse fand keinen positiven Effekt. Die Wirkung war unabhängig davon, ob eine Intervention direkt auf Symptome oder indirekt auf Risikofaktoren ausgerichtet war.	Empfehlung von direkten und indirekten Maßnahmen.
Nieuwenhuijsen et al. (2010)	EMBASE, CINAHL, PsycINFO, OSH-ROM, DARE, NHS-EED Referenzlisten, Handsuche Sprache: keine Begrenzung	Elf Studien	Arbeiter älter als 17 Jahre mit diagnostizierter Depression aus den Bereichen ambulante Pflege, Arbeitsmedizin, medizinische Grundversorgung Standorte: USA, Europa	Design: RCT (9), Cluster-RCT Zielparameter: Fehlzeit Sekundäre Zielparameter: Beschäftigung, Arbeitsfähigkeit, Depressionen	Maßnahmen: antidepressive Pharmakotherapie (4), psychologische Interventionen (2), Kombinationen (5), modifizierte Arbeitszeiten (0), modifizierte Aufgaben (0) Ebene: individuell	Geringe Fallzahlen, geringe Qualität von sieben der elf Studien	Die Art der antidepressiven Medikation hatte keinen Einfluss auf Fehlzeiten und depressive Symptome. Die Art einer Psychotherapie beeinflusste die Zielparameter ebenfalls nicht. Eine Studie zeigte keine Überlegenheit einer pharmakologischen Therapie gegenüber Placebo hinsichtlich Fehlzeiten. Allerdings verbesserte sich die Arbeitsfähigkeit. Eine Kombination von psychologischer und pharmakologischer Therapie war der reinen Pharmakotherapie in einer Studie hinsichtlich Fehlzeiten überlegen, hinsichtlich depressiver Symptome und Arbeitsfähigkeit nicht.	Begrenzte Evidenz für verbesserte Wirksamkeit einer Kombinationstherapie (TCA) auf Fehlzeiten. Basis für diese Einschätzung ist eine Einzelstudie. Insgesamt bleibt die Studienfrage ungeklärt. Zusammenhang zwischen Arbeitsumfeld und Gesundheit belegt.

<p>Peñalba et al. (2008)</p>	<p>Cochrane Collaboration Depression Anxiety and Neurosis Group's specialized registry, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, Lilacs, PsycINFO</p>	<p>Zehn Studien</p>	<p>Erwerbstätige im Bereich Strafverfolgung/Polizei</p> <p>Standorte: USA, Schweden, Australien, England, Kanada, Nigeria</p>	<p>Design: RCT, quasi-randomisierte Studien</p> <p>Zielparameter: Auftreten psychischer Störungen oder eine Veränderung psychologischer Symptome zum Basiswert</p> <p>Sekundär: Jobzufriedenheit, Absentismus, gesundheitliches Verhalten, Lebensqualität, unerwünschte Ereignisse, kooperatives Verhalten</p>	<p>Maßnahmen: Psychosoziale Interventionsarten: CBT/kognitive Verhaltensinterventionen (Stressreduktion, Mental Imaging Training, Psychoedukation, Entspannung), unterstützende Therapien (Beratung, soziale Unterstützung), psychodynamische Therapie, Sporttherapie (körperliche Aktivität, Aerobic, Zirkeltraining), alternative Strategien (Akkupunktur, Ernährung, Reiki, Meditation)</p>	<p>Fehlende Evidenz, begrenzte Studienlage, in keiner der Studien wurde der Job-Kontext berücksichtigt.</p> <p>Eine Metaanalyse konnte nicht durchgeführt werden.</p>	<p>Primärprävention (1): signifikante Verbesserung von Depressionen durch Mental Imaging Training.</p> <p>Sekundärprävention (1): signifikante Verbesserung von Depressionen, Angst und physischen Symptomen. Kein Unterschied in Hinblick auf Somatisierung, Stressempfinden usw.</p> <p>Keine Interventionen zu tertiärer Prävention.</p> <p>Primär- und Sekundärprävention (2): signifikante Überlegenheit der Intervention.</p>	<p>Ungenügende Evidenzlage, inwieweit Polizeibeamte/innen von den Maßnahmen profitieren.</p> <p>Fehlende Evidenz, dass psychosoziale Interventionen Stress reduzieren.</p>
<p>Richardson & Rothstein (2008)</p>	<p>Alle Studien, die im Review von Van der Klink et al. (2001) miteinbezogen wurden.</p> <p>Zusätzlich: Academic Search Premier, British Library Direct, Dissertations Abstracts, ERIC, ProQuest ABI Inform Global, PsycARTICLES</p> <p>Kontakt mit Experten, Sichtung von Webseiten</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: ab 1976</p>	<p>36 Studien</p>	<p>Erwerbstätige ohne diagnostisch schwere psychische oder stressbezogene somatische Störungen aus den Bereichen Büro, Lehrtätigkeit, Krankenpflege, Fabriken, sozialer Dienstleistungssektor</p> <p>Standorte: USA, Australien, Kanada, China, Israel, Japan, Niederlande, Polen, England</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Zielparameter: 60 verschiedene (drei bis vier pro Studie); Am häufigsten waren Stress (14), Angst (13), allgemeine psychische Gesundheit (11), Zufriedenheit mit dem Job (10); Blutdruck, Cholesterinspiegel</p>	<p>Maßnahmen: Stressmanagement: Gruppentraining (24), individuelle Beratung (3), autodidaktische Techniken via Internet, Hörspiel, Buch (5), kombinierte Methoden (4). In 69 % der Interventionen wurde Entspannungstraining mit einbezogen. CBT war Bestandteil von 56 % der Interventionen.</p> <p>Ebenen: individuell, organisatorisch</p>	<p>Keine einheitliche Messung von Zielparametern und große Heterogenität der Studien.</p>	<p>Die Metaanalyse aller Studien ergab einen signifikanten Gesamteffekt (Cohens d = 0.526) von mittlerer bis großer Effektgröße.</p> <p>Die größten Effekte konnten durch Interventionen der CBT und durch alternative Interventionen (Steigerung der persönlichen Ressourcen und der Fähigkeiten im Job) erreicht werden. Die verbreitetsten Entspannungsvorgängen erzielten mittlere Effekte.</p> <p>Organisationsbezogene Interventionen wurden nur in fünf Studien untersucht.</p>	<p>Stressmanagement besitzt präventives Potenzial; weitere Forschung zu Langzeiteffekten und organisatorischen Interventionen erforderlich.</p>

Fortsetzung Tabelle 21

Ridge et al. (2011)	PsycINFO, MEDLINE Sprache: Englisch	37 Artikel	Sozialarbeiter im Gesundheitswesen	Nicht näher benannt	Maßnahmen: CBT, Problemlösung, Zeitmanagement, Entspannung, Kommunikation, Fokusgruppen		Strategien zur Problemlösung erwiesen sich erfolgreich in der Reduktion von Angst, Burn-out und psychologischem Stress sowie der Erhöhung der Jobzufriedenheit. Die Fähigkeiten zur Stressbewältigung wurden des Weiteren durch Strategien zum Zeitmanagement verbessert. Kommunikationstraining führte in zwei Studien ebenfalls zu positiven Ergebnissen, wie der Reduktion von Burn-out. Weitere wirksame Ansätze sind Entspannungstechniken und das Training von für den Job wichtigen Fähigkeiten.	Stressinterventionen haben förderliche Auswirkungen auf die Beschäftigten.
Robinson et al. (2010)	ASSIA, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, PsycINFO, CINAHL, IBSS, National electronic library for mental health, DARE, graue Literatur	23 Studien		Design: Reviews, RCT Zielparameter: Wohlbefinden, Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz, Burn-out, Stress, Partizipation	Maßnahmen: Stressmanagement, Entspannung, CBT, Sport, Zeitmanagement, Co-Worker, soziale Unterstützung, Partizipation, Veränderung der Arbeitsumgebung, Kommunikationstraining, Jobdesign. Ebenen: individuell, organisatorisch, kombiniert individuell/organisatorisch	Kleine Studienkollektive, kurze Interventionsdauer	Besonders effektive Maßnahmen: partizipatorische Ansätze, Kombinationen aus Maßnahmen verschiedener Interventionsebenen und Zielrichtungen.	

<p>Ruotsalainen et al. (2008)</p>	<p>MEDLINE, PsycINFO, Cochrane Collaboration Depression Anxiety and Neurosis Group's specialized registry, Cochrane Occupational Health Field database</p> <p>Handsuche: Referenzliste, alle in „Work & Stress“ veröffentlichten Artikel</p>	<p>19 Studien</p>	<p>Psychisch gesunde Erwerbstätige im Gesundheitssektor</p>	<p>Design: RCT (14), cluster-randomisierte Studien (3), Cross-over-Studien (2)</p> <p>Zielparameter: Stress, Burn-out, Angst</p>	<p>Maßnahmen: In elf der 19 Studien war die Intervention speziell auf Krankenpfleger zugeschnitten</p> <p>Individuelle Maßnahmen (13): Verhaltenstherapie, Entspannung, Musizieren, therapeutische Massage, MPCHI</p> <p>Interventionen an der Schnittstelle individuell/organisatorisch (1): Beziehungen der Erwerbstätigen untereinander, Rollenkonflikte, Einbezug in Entscheidungen</p> <p>Organisatorische Maßnahmen: Restrukturierung, Training, Neudesign von Jobs</p> <p>Ebenen: individuell, organisatorisch, individuell/organisatorisch</p>	<p>Heterogenität der Interventionen, kleine Studienkollektive.</p>	<p>Stress: zwei Studien zeigten signifikante Auswirkung durch individuelle Interventionen. Eine Studie zeigte signifikante Stressreduktion durch organisatorische Maßnahmen.</p> <p>Burn-out: Besserung der persönlichen Leistung und der emotionalen Erschöpfung durch die Intervention in einer Studie. Auffrischungs-Sessions erwiesen sich als wirksamer als eine Sechswochen-Therapie. Eine Subskala des Burn-out-Stresstests konnte durch organisatorische Interventionen in einer Studie verbessert werden.</p> <p>Angst: Angstzustände und ängstliche Charakterzüge wurden in drei Studien durch individuelle Maßnahmen reduziert.</p> <p>Allgemeine Symptome: der allgemeine Gesundheitszustand konnte laut zwei Studien nicht-signifikant durch individuelle Interventionen verbessert werden. Eine Studie zeigte die Wirksamkeit einer kombinierten organisatorischen Intervention.</p>	<p>Begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit individueller Maßnahmen auf Burn-out, Angst und Stress.</p> <p>Organisatorische Maßnahmen sind wirksam bei Stress, Burn-out und allgemeinen Gesundheitssymptomen.</p>
-----------------------------------	--	-------------------	---	--	--	--	--	--

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Stergiopoulos et al. (2011)</p>	<p>MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, ISI Web of Science databases</p> <p>Sprachen: Englisch, Französisch</p>	<p>Sieben Studien</p>	<p>Erwerbstätige mit Verletzungen (Polizei, Personennahverkehr)</p> <p>Standorte: Niederlande, Schweden, USA</p>	<p>Design: RCT, Prä-Post-Studien</p> <p>Zielparameter: Rückkehr zum Arbeitsplatz, volle Arbeitsfähigkeit</p>	<p>Maßnahmen: EMDR (2), Verhaltenstherapie (3), kurze vielseitige Psychotherapie als Kombination aus CBT und psychodynamischen Methoden (1)</p>	<p>Publikationsbias, Beschränkung auf Artikel in Englisch oder Französisch, Heterogenität der Studien, kleines Angebot an geeigneten Studien, kurze Nachbeobachtung</p>	<p>Starke Evidenz für die Wirksamkeit von psychotherapiebasierten Interventionen am Arbeitsplatz, allerdings ist ein Publikationsbias möglich.</p>	<p>Es gibt vielversprechende Hinweise für die Wirksamkeit der Intervention.</p> <p>Weitere Forschung ist nötig: Anpassung an Setting, Add-on-Therapien bei Verletzungen.</p>
<p>Stansfeld & Candy (2006)</p>	<p>CINAHL, The Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE, SCI, PsycINFO, SSCI</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: 1994 bis 2005</p>	<p>Elf Studien</p>	<p>Beschäftigte, die seit mindestens zwölf Monaten im Unternehmen sind.</p> <p>Standorte: Europa, Nordamerika, Australien, Japan, Russland</p>	<p>Design: Längsschnittstudien</p> <p>Zielparameter: Inzidenzen von Depressionen, neurotischen Störungen, Suizid, Angststörungen</p>	<p>Maßnahmen: Beobachtung: Einfluss von Arbeitsbedingungen (Jobbelastung, Entscheidungsspielraum, Beziehung zu Kollegen, Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Belohnung) auf das Entstehen psychischer Erkrankungen; keine Interventionen</p>	<p>Wenige Studien zu bestimmten Zielparametern → Metaanalyse nicht für alle Zielparameter möglich.</p> <p>Selektionsbias ist möglich.</p>	<p>Mit psychischen Erkrankungen einhergehende Arbeitsbedingungen sind: geringe Entscheidungs- und Handlungsspielräume, hohe psychische Anforderungen, hohe Belastungen und Druck, schlechte Verhältnisse unter Arbeitskollegen, fehlende soziale Unterstützung, unsichere Arbeitsplätze, Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Belohnung.</p>	<p>Hohe Belastungen im Job (Jobstrain) und ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Belohnung begünstigen die Entstehung psychischer Erkrankungen.</p>

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Walter et al. (2012)</p>	<p>MEDLINE, PsycINFO, PSYINDEX</p> <p>Zeitraum: 1995 bis 2011</p>	<p>34 Studien</p>	<p>Angestellte und Selbstständige aus Gesundheitsberufen, Sozialarbeit, Feuerwehr, öffentlichen Einrichtungen, Ingenieurwesen</p>	<p>Design: Interventionsstudien (RCT, quasi-experimentelle Studien)</p> <p>Zielparameter: Burn-out, depressive Verstimmung, Angst, Stress, Widerstandsfähigkeit, Balance zwischen Anforderung und Belohnung, Fluktuation, Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Handlungs- und Entscheidungsfreiräume, körperliche Aspekte</p>	<p>Maßnahmen: Kognitives Verhaltenstraining, Kommunikationstraining, Beratung, Supervision, soziale Unterstützung, Entspannung, Veränderungen der Arbeitsabläufe und der Arbeitsorganisation, teambezogenes Coaching</p> <p>Ebenen: individuell, kombiniert individuell/organisatorisch</p>	<p>Limitationen aufgrund der Beschränkung auf zwei Sprachen (Deutsch, Englisch) und drei Datenbanken.</p> <p>Die Heterogenität der Population schränkt die Vergleichbarkeit ein. Nicht in allen Publikationen ist eine detaillierte Beschreibung der Intervention und der Zielparame-ter oder Messmethoden enthalten.</p>	<p>Individuelle Interventionen führten in 75 % der Studien zu einer signifi-kanten Reduktion von Burn-out. In 50 % der Studien wurde eine langfristige Burn-out-Reduktion (sechs bzw. zwölf Monate nach Studienende) gezeit.</p> <p>Kombinierte Ansätze führten in 70 % der Studien zu einer signifi-kanten Burn-out-Reduktion.</p> <p>Gesundheitliche Effekte: uneinheitliche Ergebnislage.</p> <p>Psychologische Effekte: positive Beeinflussung. Langzeiteffekte noch unklar.</p> <p>Arbeitsbezogene Effekte: bisher nur in Studien mit kombinierten In-terventionen untersucht → kaum positive Ergebnisse.</p>	<p>Unabhängig vom Studiendesign und von der Studienpo-pulation zeigt sich eine positive Ten-denz: In 76 % der Studien wurden positive Er-gebnisse gefunden.</p>
-----------------------------	---	-------------------	---	--	---	---	--	---

Fortsetzung Tabelle 21

5.1 Muskel-Skelett-Erkrankungen allgemein								
Da Costa & Vieira (2008)	AMED, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PASCAL, PubMed, Scopus, Science Direct Web of Science databases Sprache: Englisch Zeitraum: bis November 2007	Sieben Studien	Erwerbstätige aus den Bereichen Büro, Industrie, Militär, Feuerwehr	Design: Interventionsstudien, Surveys Zielparameter: Produktivität, Stress, Körperwahrnehmung, Flexibilität, Muskelverletzungen, Abnutzung	Maßnahme: Stretching Ebene: individuell	Fehlen von Kontrollgruppen, Randomisierung, Verblindung	Stretching führt zu einer Zunahme von Bewegung (ROM), Reduktion von Schmerzen und Unwohlsein, erhöhter Elastizität von Sehnen, Muskeln und Bändern, Verbesserung von Muskelschwäche.	Es bleibt ungeklärt, welche Veränderungen zur Prävention von Muskel-Skelett-Beschwerden beitragen → weitere Erforschung der Thematik ist nötig.
Dick et al. (2011)	MEDLINE, EMBASE, CINAHL, AMED, PEDro, The Cochrane Library Sprache: Englisch	Vier Studien	Erwerbstätige mit Funktionsstörungen der oberen Extremitäten	Design: RCT, Kohortenstudien, Reviews Zielparameter: bestehende Funktionsstörungen der oberen Extremitäten	Maßnahmen: Rehabilitationsmaßnahmen, Modifikation des Arbeitsplatzes Ebenen: individuell, kombiniert individuell/organisatorisch	Publikationsbias möglich, keine Verblindung der Reviewer, keine Aussage zur präventiven Wirkung von Maßnahmen möglich	Karpaltunnelsyndrom: begrenzte Evidenz, aufgrund schlechter Studienlage. Die einzig identifizierte wirksame Maßnahme ist der Einsatz modifizierter Tastaturen. Die Symptomschwere und Schmerzen konnten signifikant verbessert werden. Armschmerzen: Zwei Studien zeigten positive Auswirkungen von Rehabilitationsprogrammen. Viele Studien zu dem Thema wurden wegen methodischer Mängel ausgeschlossen. Bei Tenosynovitis (Sehnenscheidenentzündung) begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit von modifizierten Tastaturen.	Aufgrund der dünnen Studienlage ist weitere Forschung nötig.
Kennedy et al. (2009)	MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Business Source Premier, Expertenkontakt Sprache: Englisch	36 Studien	Sektor: gemischt, vor allem Büroarbeit Standorte: USA, Europa	Design: RCT (23), nicht-randomisierte Studien (8), Querschnittsstudien (5)	Maßnahmen: Sport, Biofeedback, ergonomische Maßnahmen, Stressmanagement, kognitives Verhaltenstraining, Arbeitsplatzanpassungen, Tastaturen, Pausen, Armmunterstützungen, neue Stühle, Physiotherapie Ebenen: individuell, kombiniert individuell/organisatorisch		Uneinheitliche Evidenz bei allen Interventionen → Für keine der Interventionen wurde ein negativer Effekt gefunden.	Weitere Studien für eine starke Evidenzlage sind nötig.

Fortsetzung Tabelle 21

Palmer et al. (2012)	MEDLINE, EMBASE Zeitraum: 1990 bis 2010	42 Studien	Erwerbstätige mit Muskel-Skelett-Beschwerden Standorte: Nordamerika, Europa	Design: RCT (34), Kohortenstudien (8) Zielparameter: Krankentage, krankheitsbedingter Jobverlust, Anwesenheit am Arbeitsplatz während Follow-up, Rückkehr zur Arbeit	Maßnahmen: Physiotherapie, Sport (30), Psychotherapie wie CBT (37), Edukation, psychosoziale Risikoeinschätzung, ergonomische Maßnahmen, Jobmodifikationen, an Manager gerichtete Interventionen, Interventionen auf Service-Ebene (Betriebsarzt, Case Manager) Ebenen: individuell, organisatorisch	Unterschiedliche Falldefinition Eine Verblindung war nicht möglich. Mängel in den Protokollen vieler Studien (Zuweisung zu Studienarmen, Intention-to-treat-Analyse).	Die Interventionen waren meistens förderlich (Relatives Risiko > 1 für Intervention versus. Kontrolle). Eine Überlegenheit einer bestimmten Intervention konnte nicht gefunden werden. Interventionen, bei denen der Arbeitsplatz integriert wurde, wirkten sich allerdings meistens besser auf Fehltag aus. Die gefundenen Effekte in qualitativ hochwertigen Studien waren tendenziell geringer (Bias) und ein Nutzen (Kosteneffektivität) ist fraglich.	Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen reduzieren Krankentage und die Gefahr eines Jobverlusts. Die Effekte sind allerdings sehr klein, ein Kosten-Nutzen-Effekt bleibt fraglich.
5.2 Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Pflegekräften								
Dawson et al. (2007)	MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Academic Search Elite, Health Source Nursing/Academic Edition, PEDro, PsycINFO, PsycARTICLES, Joanna Briggs Institute Systematic Review Database for Evidence Based Nursing and Midwifery, The Cochrane Library Sprachen: Englisch, Deutsch Zeitraum: bis 2004	16 Studien	Krankenpflegerinnen, Pflegekräfte, Auszubildende	Design: RCT, NRCT Zielparameter: Rückenschmerzen und -verletzungen	Maßnahmen: Übungen zum manuellen Handling, Übungen und Trainings, Stressmanagement-, multidimensionale Programme, Lendenwirbelstützen (Rückengurte) Ebenen: individuell, organisatorisch	Große Unterschiede in Design und Inhalt der Maßnahmen, Mangel an qualitativ hochwertigen Nachweisen zur Wirksamkeit.	Multidimensionale Programme sind wirksam, „Manuelles Handling Training“ allein ist nicht wirksam, widersprüchliche Ergebnisse für die Wirksamkeit einzelner Übungen.	Notwendigkeit weiterer qualitativ hochwertiger Studien (RCT), um die bisherigen Empfehlungen von Maßnahmen und ihre Wirksamkeit zu bestätigen.

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Tullar et al. (2010)</p>	<p>MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Academic Source Premier, PsycINFO, Business Source Premier</p> <p>Sprachen: Englisch, Spanisch, Französisch, Schwedisch</p> <p>Zeitraum: 2006 bis 2009</p>	<p>16 Studien</p>	<p>Pflegekräfte und -hilfen sowie Auszubildende, Beschäftigte mit und ohne Symptome oder Einschränkungen (neun Studien)</p> <p>Nur Beschäftigte mit Symptomen und Einschränkungen (sieben Studien)</p>	<p>Design: randomisierte und nicht-randomisierte Studien</p>	<p>Maßnahmen: MCPHI und Übungen (Trainings) zum Umgang mit Patienten; Kognitives Verhaltenstraining, Entspannungstraining, Kombination aus Verhaltens- und Entspannungstraining, Programm zur Stärkung der Lendenmuskulatur, „Zero-Lift“-Policy (leichteres Heben), Training an mechanischen Lift- bzw. Hebeeinrichtungen, Training der Rückenmuskulatur, Rückenschule, Fitness-Training</p>	<p>Heterogenität der Trainings (vom Ausdauer- bis zum Muskelaufbautraining), unzureichende Evidenz für viele Interventionen → geringe Qualität der Studien</p>	<p>Keine negativen Effekte, entweder positive oder keine Effekte, moderate Evidenz für positive Effekte von MCPHI, moderate Evidenz für positive Effekte von körperlichen Trainingsprogrammen zur Verbesserung der Muskel-Skelett-Gesundheit; kognitive Verhaltenstrainings und einfache Übungen allein haben keine Effekte; moderate Evidenz, wenn Verhaltenstrainings und ergonomische Übungen kombiniert werden.</p>	<p>Das Autorenteam empfiehlt MCPHI mit klar definierten Endpunkten und betont die Bedeutung der Evaluation dieser Programme. Nur so kann eine Evidenz nachgewiesen werden.</p>
-----------------------------	--	-------------------	--	--	--	--	---	--

Fortsetzung Tabelle 21

5.3 Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Bildschirmarbeitskräften								
Green (2008)	PubMed, CINAHL	Genaue Anzahl nicht genannt	Computernutzer und -nutzerinnen	Design: Fall- Kontroll-Studien Zielparameter: Nackenschmerzen, Störungen des Muskel-Skelett-Apparats	Maßnahmen: körperliche Aktivitäten, Pausen, Ausrichtung des Monitors, ergonomische Ausstattung des Arbeitsplatzes, externe Tastaturen für Notebooknutzer/innen, Pausen (alle 20 bis 40 Minuten für 30 Sekunden)	Studien sind bisher retrospektiv, Notwendigkeit prospektiver Studien.	Regelmäßige kurze Pausen sind effektiv, um Nackenschmerzen vorzubeugen ohne die Produktivität zu reduzieren. Nur die Einrichtung eines ergonomischen Arbeitsplatzes reduziert die Prävalenz von WRNP kaum.	
Leyshon et al. (2010)	PubMed, EMBASE, CINAHL, Scopus, ProQuest Zeitraum: 1989 bis 2009	27 Studien	Bürokräfte mit Muskel-Skelett-Erkrankungen; sitzende Tätigkeit am Computer oder an Videodisplays	Zielparameter: Produktivität, Sicherheit und Wohlbefinden	Maßnahmen: ergonomische Gruppentrainings und Schulungen, ergonomische Stühle, Nutzung alternativer Eingabegeräte (Computermaus), Erholungspausen, nach unten geneigte Tastaturen, Unterarmstützen, ergonomische Arbeitsplatzanpassungen, Lendenwirbelstützen	Studien sind schwer vergleichbar durch unterschiedliche Designs, der Stichprobenumfang ist bei einigen Studien nur unzureichend gewesen.	Ergonomische Gruppentrainings und Schulungen verbessern das Wohlbefinden. Unzureichende Evidenz für die Verbesserung von Wohlbefinden und Produktivität für ergonomische Stühle. Signifikante Verbesserungen bei der Sicherheit und Produktivität bei der Nutzung einer alternativen Computermaus. Verbesserung des Wohlbefindens durch Erholungspausen. Signifikanter Rückgang von Nacken- und Schulterschmerzen durch Unterarmstützen. Verbesserung des Wohlbefindens durch ergonomische Anpassung des Arbeitsplatzes. Nur unzureichende Evidenz für Verbesserung des Wohlbefindens durch Lendenwirbelstützen.	Notwendigkeit weiterer Studien zur Sekundärprävention, um die Aussagen zu bestätigen. Studien sollten im Design und in Bezug auf die Zielparameter vergleichbar sein. Angemessener Stichprobenumfang. Auch wenn keine starken Beweise für Interventionen als Sekundärprävention vorliegen, so können diese Maßnahmen auf der Basis bisheriger Forschungsergebnisse als nützlich angesehen werden.

Fortsetzung Tabelle 21

5.4 Nacken-, Rücken- und Kreuzschmerzen								
Aas et al. (2011)	Central, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, OTseeker, PEDro, ISI Web of Science	Zehn Studien	Erwerbstätige mit Nackenschmerzen im Alter von 18 bis 67 Jahren; am Arbeitsplatz oder krankgeschrieben Sektor: alle;siebenStudien zu Büroarbeit (Computer), aber aus verschiedenen Sektoren	Design: RCT Zielparameter: Schwere und Prävalenz von Schmerzen, Absentismus, Lebensqualität, globale Verbesserung, Funktionsfähigkeit	Auf Körperfunktionen ausgerichtete Maßnahmen (mental und körperlich: Schulungen, Beratung zu Positionen, Entspannung, Pausen), Aktivitätsverlauf (Anpassungen des Arbeitsablaufs, biomechanische Methoden, Techniken für Heben, Ziehen, Drücken), Partizipation (Arbeitslast, Arbeitsdauer, Stundenzahl, Arbeitsintensität, flexible Arbeitszeiten, Teilzeit), Umweltfaktoren (Arbeitsplatz, Design, Equipment, Kommunikation, organisatorische Veränderungen), persönliche Faktoren (Verhaltensänderung, „Lifestyle-Redesign“) Ebenen: individuell, organisatorisch	In zwei Studien Risiko für Bias. Fehlende Verblindung in allen Studien, unvollständige Zielparameterdaten.	Niedrige Evidenz (zwei RCT): kleiner oder gar kein Unterschied der Schmerzstärke (Langzeit) zwischen Intervention und keiner Intervention. Keine signifikante Verbesserung konnte über längere Nachbeobachtungszeit aufrechterhalten werden.	Es konnte nicht evaluiert werden, inwieweit eine spezifische Maßnahme sinnvoll ist oder nicht.
Bell & Burnett (2009)	MEDLINE, CINAHL, AMED, SPORTDiscus, MEDLINE, PEDro Sprache: Englisch	15 Studien	Erwerbstätige aus den Bereichen Militär, Pflege, Büro, Post, Kupfererzeugung, Schienen- und Flugverkehr, Fabrik	Design: RCT (10), NCT (5) Zielparameter: Inzidenz von Rückenschmerzen, Schmerzintensität, Auswirkungen	Maßnahmen: Sport (allgemeine Kräftigungsübungen, Stretching, kardiovaskuläres Training) Ebene: individuell	Fehlende Verblindung, schlechte oder fehlende Randomisierung. Unterschiedliche Trainingsmuster (Dauer, Häufigkeit). Unvollständiger Bericht über Kooperation der Teilnehmenden.	Inzidenz von Rückenschmerzen: Sieben Studien haben signifikante Unterschiede infolge der Intervention gefunden (schlechte methodologische Qualität). Schmerzintensität: zwei RCT hoher Qualität und ein RCT mit geringerer Qualität fanden signifikante Verbesserungen durch die Intervention (Übungen), drei fanden Verbesserung infolge der Implementierung von Übungen in den Arbeitsalltag → starke Evidenz. Auswirkung von Rückenschmerzen: vierStudien zeigten Effekte durch Sport auf Krankentage, in zweiRCT waren diese signifikant → begrenzte Evidenz für die Reduktion von krankheitsbedingter Abwesenheit.	Endgültige Schlussfolgerungen können nur schwer gezogen werden. Weitere Forschung ist nötig (insbesondere zu Umfang und Art der Interventionen).

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Boocock et al. (2007)</p>	<p>CINAHL, EBSCO Megafile Premier, EMBASE, Ergonomic Abstracts, Index NZ, AMED, Annual reviews, PsycINFO, ProQuest 5000, Expanded Academic ASAP, SPORTDiscus, Science Direct, Blackwell Synergy, Lippincott 100, OSH Reference Collection</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: 1999 bis 2004</p>	<p>31 Studien</p>			<p>Ziel: Veränderung mechanischer Beanspruchung</p> <p>Maßnahmen: Veränderung des Arbeitsplatzes, des Arbeitsumfelds (10), der Produktionssysteme (2), der Organisationskultur, Modifikationen (19)</p> <p>Ebene: organisatorisch</p>	<p>Methodologische Schwächen insbesondere bei Studien der Kategorie „Modifier Interventions“ (Trainings).</p>	<p>Veränderung der mechanischen Beanspruchung: Anpassung der Arbeitsumgebung (Software, Licht, Büro-Layout) führte in vier Studien zu positiven Effekten → begrenzte Evidenz.</p> <p>Drei Studien fanden positive Effekte durch die Einführung von ergonomischem Equipment (höhenverstellbare Stühle) → ungenügende Evidenz aufgrund schlechter Qualität.</p> <p>Organisationskultur und Produktionssystem: Zwei Studien fanden keine Verbesserung → ungenügende Evidenz.</p> <p>Modifier Interventions (Trainings) für Patienten mit Nackenschmerzen: Drei 3 Studien fanden positive Effekte durch Sportprogramme → begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit.</p>	<p>Die Ergebnisse unterstützen den Einsatz von einigen Interventionen zur Änderung der mechanischen Beanspruchung.</p> <p>Für eine generelle Empfehlung von Maßnahmen aus den Bereichen Organisationskultur/Produktionssysteme und Modifier Interventions fehlt bislang Evidenz.</p>
<p>Brox et al. (2008)</p>	<p>Medizinische Datenbanken</p>	<p>27 Studien</p>	<p>Erwerbstätige</p> <p>Standort: Nordamerika</p>	<p>Design: Reviews, RCT</p> <p>Zielparameter: Schmerzen, Behinderung, Krankentage, Kosteneffektivität, Beanspruchung von Ressourcen</p>	<p>Maßnahmen: Rückenschule, Edukation, Angstvermeidungstraining</p> <p>Ebene: individuell</p>		<p>Rückenschule: Cochrane Review findet moderate Evidenz für die Wirksamkeit. RCT zeigen, dass Rückenschulen weniger wirksam sind als Sport (begrenzte Evidenz). → Insgesamt keine Empfehlung</p> <p>Kurzedukation: Ein Review findet moderate Evidenz für Überlegenheit gegenüber anderen Methoden. Begrenzte Evidenz, dass internetbasierte Maßnahmen, Massagen oder Akkupunktur überlegen sind. → Empfehlung für das klinische Setting</p> <p>Angstvermeidung: Moderate Evidenz für bessere Wirksamkeit hinsichtlich Schmerz und Behinderung. → Empfehlung als Bestandteil von Rehabilitationen</p>	<p>Keine Empfehlung für Rückenschulung</p> <p>Unter bestimmten Bedingungen werden Edukation und Training zur Angstvermeidung empfohlen.</p>

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Carroll et al. (2010)</p>	<p>AMED, ASSIA, British nursing index, Business Source Premier, The Cochrane Library, CINAHL, Current Contents, International Bibliography of the Social Science, MEDLINE, PsycINFO, Sociological Abstracts, SSCI</p>	<p>13 Artikel werden thematisiert: neun Studien zur Effektivität und vier ökonomische Studien</p>	<p>Erwerbstätige, zum Teil mit Rückenschmerzen (7), seit mindestens zwei Wochen krankgeschrieben</p> <p>Standorte: Europa (7), Kanada</p>	<p>Design: kontrollierte Längsschnitt-Studien (8 RCT)</p> <p>Zielparameter: Rückkehr an den Arbeitsplatz</p>	<p>Maßnahme: Einbindung des Arbeitsplatzes</p> <p>Ebene: Organisatorisch</p>	<p>Studien fanden in unterschiedlichen Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen statt → Verallgemeinerung ist daher schwierig.</p>	<p>Sechs der neun Studien fanden eine signifikante Verbesserung der Rückkehr an den Arbeitsplatz durch die arbeitsplatzbezogene Intervention, eine Studie fand eine schnellere Rückkehr an den Arbeitsplatz, in zwei Studien wurde kein Effekt gefunden.</p> <p>Drei von vier Studien fanden eine Verringerung von krankheitsbedingter Abwesenheit.</p> <p>Beteiligung von Akteuren (Stakeholdern) ohne Bewegungskomponente führte zu einer signifikanten Verbesserung.</p>	<p>Allein die Beteiligung des Arbeitsplatzes führt nicht zu besseren Ergebnissen.</p> <p>Effektiv sind vor allem: Stakeholder-Beteiligung (Erwerbstätige, Arbeitsplatz, Betriebsmedizin).</p> <p>Arbeitsplatzbezogene Sportinterventionen scheinen keinen Vorteil zu haben.</p>
<p>Driessen et al. (2010)</p>	<p>PubMed, EMBASE, PsycINFO, The Cochrane Library</p>	<p>Zehn Studien</p>	<p>Nicht-krankgemeldete Erwerbstätige</p> <p>Sektor: vorwiegend Büro</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Zielparameter: Inzidenz Prävalenz/Intensität von Rücken und Nackenschmerzen</p>	<p>Ergonomische Interventionen: rein ergonomisch / „physical ergonomic“ (9), ergonomisch plus organisatorische Komponente / „organisational ergonomic“ (1)</p> <p>Ebenen: Organisatorisch, kombiniert Individuell/organisatorisch</p>	<p>Einige Studien haben ein hohes Biasrisiko (Selektionsbias).</p> <p>Kleine Anzahl Studien zu einzelnen Zielparametern</p> <p>Große Heterogenität der Studien</p>	<p>Rückenschmerzen Inzidenz/Prävalenz: kein signifikanter Unterschied nach „physical ergonomic interventions“ (geringe Evidenz).</p> <p>Nackenschmerzen Inzidenz/Prävalenz: kein signifikanter Unterschied durch physisch-ergonomische Intervention (moderate Evidenz).</p> <p>Intensität Rückenschmerzen: Eine Studie konnte keine signifikante Verbesserung durch physisch-ergonomische Interventionen feststellen → geringe Evidenz.</p> <p>Schmerzintensität Nacken: geringe Evidenz für eine bessere Schmerzreduktion durch die Intervention.</p>	<p>Ergonomische Interventionen waren zum größten Teil nicht effektiv in der Prävention und Reduktion von Nacken- und Rückenschmerzen.</p>

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Hoe et al. (2012)</p>	<p>The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, ISI, CINAHL, AMED, SPORTDiscus, CIS, NIOSHTIC-2</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: bis 2010</p>	<p>13 Studien</p>	<p>Büroangestellte und Beschäftigte im Krankenhaus</p> <p>Standorte: USA, Kanada, Skandinavien</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Zielparameter: inzidente oder prävalente Fälle mit Muskelbeschwerden in den oberen Extremitäten, Schmerzen, arbeitsorganisatorische Parameter</p>	<p>Maßnahmen: ergonomische Hilfsmittel, Arbeitsumgebung und Training</p>	<p>Hohes Risiko für Bias (fehlende Verblindung)</p> <p>Zu geringe Power einiger Studien</p> <p>Zu den einzelnen Interventionstypen (und Subtypen) lagen jeweils nur wenige Studien vor.</p>	<p>Inzidenz und Beschwerden im Bereich Nacken und Schultern können durch den Einsatz einer Armstütze in Kombination mit einer alternativen Computermaus reduziert werden. Für andere Muskelgruppen und für andere ergonomische Hilfsmittel fehlt dagegen die Evidenz.</p> <p>Mit geringer Evidenz ist davon auszugehen, dass zusätzliche Pausen oder die Verkürzung der Arbeitszeit keinen Nutzen haben.</p>	<p>Die Kombination von alternativer Computermaus und Armstütze ist für Büroangestellte empfehlenswert. Der Nutzen anderer Hilfsmittel wurde nicht bewiesen, weitere Studien nötig.</p>
<p>Larsson et al. (2007)</p>	<p>OSH-ROM, MEDLINE, EMBASE, The Cochrane Library</p> <p>Sprache: Englisch</p> <p>Zeitraum: 2000 bis 2006</p>	<p>Neun Studien</p>	<p>Erwerbstätige</p>	<p>Design: Reviews, RCT</p>	<p>Maßnahmen: physische Aktivität, organisatorische Veränderungen, Multikomponentenprogramme, Anpassungen am Arbeitsplatz, Edukation</p>		<p>Kräftigungsübungen am Arbeitsplatz sind eine vielversprechende Möglichkeit, um Nackenschmerzen am Arbeitsplatz vorzubeugen.</p>	
<p>Martimo et al. (2007)</p>	<p>MEDLINE, EMBASE, Science citation index, Cisdoc, PsycLIT, NIOSHTIC, Central</p>	<p>Elf Studien</p>	<p>Erwerbstätige im Alter von 16 bis 70 Jahren, teilweise mit Rückenschmerzen</p> <p>Sektor: Arbeiter, die schwere Lasten heben, tragen usw. (MMH)</p> <p>Standorte: Europa, Kanada</p>	<p>Design: RCT, Kohortenstudien</p> <p>Zielparameter: Rückenschmerzen, Krankentage, Rückkehr an den Arbeitsplatz, Rezidive, funktioneller Status, Lebensqualität</p>	<p>Maßnahmen: Interventionen, die die mechanische Last auf den Rücken der Arbeitnehmer/innen reduzieren durch MMH-Techniken (Edukation, z. B. Rückenschule, individuelles Training, Poster, Video, Jobtraining) oder durch assistierende Geräte (Hebeeinrichtungen)</p>	<p>Dass kein Effekt gefunden wurde, könnte an Bias und geringer Power liegen. Aufgrund der geringen Fallzahlen könnte ein kleiner Effekt übersehen worden sein.</p> <p>Möglicherweise war der theoretische Hintergrund nicht korrekt oder die Interventionen waren ungeeignet.</p>	<p>MMH versus. keine Intervention: kein Unterschied in der mittleren (moderate Evidenz) und Langzeit-Nachbeobachtung hinsichtlich Schmerzdauer und -frequenz. Ebenso kein Unterschied hinsichtlich Beeinträchtigung aufgrund von Rückenschmerzen.</p> <p>Umfangreiches MMH-Training versus weniger intensives Training: keine Langzeiteffekte auf Frequenz und Dauer der Schmerzen (moderate Evidenz).</p> <p>MMH-Advice versus. Sport oder Rückengurt: kein Unterschied hinsichtlich Dauer und Frequenz (begrenzte Evidenz) in allen Nachbeobachtungs-Stufen.</p> <p>MMH-Advice und assistierendes Gerät versus MMH-Advice allein: kein Unterschied (begrenzte Evidenz)</p>	<p>Interventionen waren nicht präventiv wirksam.</p>

Fortsetzung Tabelle 21

Schaafsma et al. (2011)	Central, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, PEDro	23 Studien	Erwerbstätige mit Rückenschmerzen und Beeinträchtigungen Standorte: Europa, Nordamerika	Design: RCT Zielparameter: verlorene Arbeitszeit	Maßnahme: Konditionstraining („physical conditioning“) Ebene: individuell	Bei 13 Studien Bias möglich. Heterogene Ergebnisse, die nicht durch die Metaanalyse erklärt werden konnten.	Akute Rückenschmerzen: kein Effekt auf die Symptome durch die Intervention. Subakute Schmerzen: widersprüchliche Ergebnisse. Chronische Rückenschmerzen: widersprüchliche Ergebnisse. Die Metaanalyse zeigte keine signifikanten Effekte.	Wirksamkeit bleibt ungeklärt.
Sihawong et al. (2011)	PubMed, CINAHL, The Cochrane Library, Science direct, PEDro, PsycNET, Scopus, Proquest Sprache: Englisch Zeitraum: 1980 bis 2010	Neun Studien	Erwerbstätige mit Nackenschmerzen Sektor: Büro	Design: RCT (sechs hochwertige) Zielparameter: Schmerzdauer, Intensität	Maßnahme: Bewegungstherapie (Muskelkräftigung, Muskelausdauer, Stretching, unpezifische Bewegungstherapie)	Keine Verblindung, in sechs von neun Studien, keine verdeckte Zuteilung zu den Gruppen → Bias möglich. Beschränkung auf in englischer Sprache publizierte Studien → Publikationsbias möglich.	Prävention: zwei Studien zum Einsatz von Kräftigungstraining → widersprüchliche Ergebnisse; eine Studie zu nicht-spezifisiertem Training → keine Evidenz für die Wirksamkeit. Behandlung von Nackenschmerzen: sieben Studien. Krafttraining → starke Evidenz für die Wirksamkeit, Reduktion von Schmerzdauer und Schmerzintensität; Ausdauertraining → starke Evidenz; Stretching und unspezifisches Training → widersprüchliche Ergebnisse. Reduktion von Beeinträchtigung durch Nackenschmerzen: fünf Studien. Krafttraining → keine Evidenz; Ausdauertraining → moderate Evidenz für positive Effekte; Stretching → keine Evidenz; unspezifisches Training → widersprüchliche Ergebnisse.	Es besteht starke Evidenz für die Wirksamkeit von Kraft- und Ausdauertraining für die Behandlung von bestehenden Nackenschmerzen. Ausdauertraining kann zudem Beeinträchtigungen reduzieren (moderate Evidenz). Weitere Forschung ist nötig.

Fortsetzung Tabelle 21

<p>Van Rijn et al. (2009)</p>	<p>MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central register of Controlled Trials</p> <p>Sprachen: Englisch, Deutsch, Französisch, Niederländisch</p> <p>Zeitraum: bis 2007</p>	<p>44 Studien</p>	<p>Erwerbstätige aus verschiedenen Bereichen (Supermarkt, Krankenhaus, Reinigung, Büro, Assistenten von Zahnärzten, Hausfrauen, generell Arbeiten mit sich wiederholenden Arbeitsabläufen)</p>	<p>Design: Kohorten-, Fall-Kontroll-, Querschnittstudien</p> <p>Zielparameter: Aufreten eines Karpaltunnelsyndroms</p>	<p>Maßnahme: Beobachtung des Einflusses verschiedener arbeitsplatzrelevanter Faktoren auf das Auftreten eines Karpaltunnelsyndroms (Arbeitsbelastung, Art der Arbeit, psychosoziale Arbeitsumgebung)</p>	<p>Selbstberichtete Zielparameter und nicht-interventionelle Studiendesigns reduzieren die Aussagekraft.</p> <p>Große Heterogenität der Studien (insbesondere bei Definitionen und Messungen) erschwert die Vergleichbarkeit.</p>	<p>Das höchste Risiko, ein Karpaltunnelsyndrom zu entwickeln, besteht bei Beschäftigten folgender Branchen: Fleisch- und Fischverarbeitungsindustrie (OR 76,5), Forst (OR 21,3), elektronischer Montagebetrieb (OR 11,4).</p> <p>Das Auftreten eines Karpaltunnelsyndroms war generell assoziiert mit Tätigkeiten, bei denen Arm und Hand ausgeprägter Vibration ausgesetzt waren (z. B. Kettensäge bei Forstarbeiten), Tätigkeiten, bei denen das Handgelenk ständig gebeugt oder gedehnt ist, und Tätigkeiten, bei denen große Kraft aus der Hand erforderlich war (> 4 kg) und/oder sich der Bewegungsablauf der Hand ständig wiederholte (> 50 % der Zeit). Es bestand dagegen kein Zusammenhang zur psychosozialen Arbeitsumgebung.</p>	
<p>Verhagen et al. (2007)</p>	<p>PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycLIT, Physiotherapy Index, The Cochrane Field "Rehabilitation and Related Therapies"</p> <p>Sprache: keine Begrenzung</p> <p>Zeitraum: bis 2005</p>	<p>26 Studien (29 Publikationen)</p>	<p>Erwerbstätige mit Beschwerden in den Bereichen Nacken, Arm, Schulter</p>	<p>Design: RCT, CCT</p> <p>Zielparameter: Arbeitsfähigkeit, Schmerzen, funktioneller Status, Lebensqualität, Inanspruchnahme und Kosten von Gesundheitsleistungen</p>	<p>Maßnahmen: Physiotherapie, ergonomische Anpassungen, Sport, Entspannung, physikalische Anwendungen (Biofeedback, Ultraschall)</p> <p>Ebene: individuell</p>	<p>Große Heterogenität der Studien</p> <p>Keine Definition, inwieweit Beschwerden arbeitsbezogen waren</p>	<p>Sport: sieben Studien → begrenzte Evidenz für eine bessere Wirksamkeit verglichen mit Massagen. Kein Unterschied zwischen Trainingsarten (Kräftigung, Ausdauer).</p> <p>Verhaltenstherapie: fünf Studien → bislang widersprüchliche Evidenz für die Wirksamkeit im Vergleich zu keiner Therapie.</p> <p>Ergonomie: widersprüchliche Ergebnisse. Begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit von Pausen während der Computerarbeit.</p> <p>Massage/manuelle Therapie: eine Studie → begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit als Zusatztherapie.</p>	

Fortsetzung Tabelle 21

Williams et al. (2007)	MEDLINE, CINAHL, EMBASE, AMED Sprache: Englisch Zeitraum: 1982 bis 2005	Zehn Studien	Erwerbstätige mit arbeitsbezogenen Verletzungen, Rückenschmerzen	Design: RCT, kontrollierte und nicht-kontrollierte Kohortenstudien Zielparameter: Krankentage, Rückkehr an den Arbeitsplatz	Maßnahmen: modifizierte Arbeitsbedingungen, kombinierte Maßnahmen (klinisch-ergonomisch), ergonomische Maßnahmen einschließlich Sport und Stützgürtel, Bewegung, Einbezug der Vorgesetzten Ebenen: individuell, organisatorisch	Zu strenge Kriterien bei der Auswahl der Studien Bias möglich	Eine Kombination von klinischen und arbeitsplatzbezogenen Interventionen führte effektiv zu einer Reduktion von Schmerzen und Beeinträchtigungen und zu einer schnelleren Rückkehr zur Arbeit (starke Evidenz). Eine frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz zeigte ebenfalls positive Wirkungen auf Häufigkeit von Rückenverletzungen, Schmerzen und Beeinträchtigungen. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz wurde verbessert durch ergonomische Interventionen, Anpassungen des Arbeitsplatzes, der Arbeitszeit und der Aufgaben.	Es besteht begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit einer arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation von Erwerbstätigen mit Rückenschmerzen. Weitere Forschung auf dem Gebiet ist nötig.
------------------------	---	--------------	--	--	--	--	---	--

¹ Zusammenstellung entnommen aus iga.Report 28²³.

CBT = Kognitive Verhaltenstherapie. CCT = Kontrollierte klinische Studie. MHH = Manual Material Handling. MCPHI = Multikomponentenprogramme. OR = Odds Ratio. ROM = Range Of Motion. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. TCA = Psychodynamische Therapie und Antidepressiva. WRNP = Work Related Neck Pain.

10.2.2 Tabellen - Wirksamkeit auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit generell

Tabelle 22: Rongen et al.⁸⁴ - Primärprävention

Titel	Workplace Health Promotion. A Meta-Analysis of Effectiveness
Journal	American Journal of Preventive Medicine 44/4:406-415
Frage/Ziel	Evidenz zur Wirksamkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung (verhaltensbezogene Maßnahmen)
Studiendesign	Metaanalyse
Studien/Teilnehmende Betriebe/Länder	18 RCT; jeweils 40 bis 860 TN, Großteil der Studien aus Nordeuropa. Branchen gemischt (Bank, Metallindustrie, Wäscherei, Pflegeheim, Fluglinie, Universität, Wäscherei, Kasino....). Norwegen, Schweden, Niederlande, Finnland, Spanien, Australien, USA, Brasilien.
Untersuchte Interventionen	Verschiedene primärpräventive Programme, alle verhaltensorientiert (Schulung, Beratung, Fitness-Angebote etc.), bezogen auf: <ul style="list-style-type: none"> • Bewegung • Ernährung
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand gemessen mit Standardinstrumenten (z. B. SF-36, SF-8) • Krankenstandstage • Produktivität • Arbeitsfähigkeit
Hauptergebnisse	<p>Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand: ES 0,23 [95 % CI 0,13; 0,33]</p> <p>Krankenstandstage: ES 0,21 [95 % CI 0,03; 0,38]</p> <p>Produktivität: ES 0,29 [95 % CI 0,08; 0,51]</p> <p>Arbeitsfähigkeit: ES 0,23 [95 % CI 0,07; 0,52]</p> <p>Gepoolter Effekt – alle vier Endpunkte – statistisch signifikant: ES 0,24 [95 % CI 0,14; 0,34]</p> <p>Weitere Ergebnisse: Primärstudien mit geringer methodischer Qualität ergaben eine 2,9-fach höhere Wirksamkeit als jene mit guter bzw. exzellenter methodischer Qualität; differenziert nach Alter der Studien-TN fand sich ein höherer Effekt bei Personen unter 40 Jahren, differenziert nach Geschlecht der Studien-TN ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Effekt; bei geringen Teilnehmeraten war die Effektgröße 3,8-mal höher als bei hohen; Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen waren wirksamer, wenn sie zumindest wöchentlich durchgeführt wurden.</p>
Limitationen/Diskussion	<p>Geringe Effekte, möglicherweise weil tatsächliche (weiter in der Zukunft liegen-de) Endpunkte und nicht sogenannte Surrogat-Endpunkte wie z. B. Gewichtsveränderung verwendet wurden; möglicherweise fehlen noch Publikationen.</p> <p>Publikationsbias wird von dem Autorenteam nicht angenommen, da auch RCTohne Effekt eingeschlossen sind.</p>
Schlussfolgerungen der Autoren/innen (Original bzw. gekürzt)	<p>The effectiveness of workplace health promotion programs in intervention studies depends not only on type and content of the intervention implemented but also on study population, study characteristics, and methodologic quality. WHPPs were shown to be more effective among a younger population, which hampers generalizability.</p> <p>Further, interventions with weekly contacts were more effective, emphasizing the need for intensive WHPPs. Researchers performing meta-analysis are advised to get insight into both the effectiveness and factors underlying the effectiveness of WHPPs. A striking observation was that RCTs of poor quality reported a statistically higher effectiveness than RCTs of good quality. Therefore, in order to correctly judge the effectiveness of WHPPs, it is important that effectiveness be evaluated only in good-quality RCTs.</p>

Fortsetzung Tabelle 22

Methodik	<p>Metaanalyse Eingeschlossene Studiendesigns: 18 RCT; mit 40 bis 860 TN, Mehrheit der Studien aus Nordeuropa Suchzeitraum: bis November 2011 Datenbanken: PubMed, EMBASE, Web of Science Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: nur Primärprävention, Primärstudien mussten Endpunkte beinhalten und detaillierte Beschreibung der Charakteristika der Studienteilnehmenden und Interventionen, nur RCT</p>
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Ja
Eingeschlossene Studien	<p>Atlantis 2004, Block 2008, Brox 2005, Eriksen 2002, Gerdle 1995, Groeneveld 2011, Jeffrey 1993, Kerr 1993, Morgan 2012, Nurminen 2002, Puig-Ribera 2008, Proper 2004, Reijonsaaire 2012, Robroek 2012, Terry 2011, Tveito 2009, Von Thiele Schwarz 2008, Zavanela 2012</p> <p>Länder: Norwegen, Schweden, Niederlande, Finnland, Spanien, Australien, USA, Brasilien</p>
Qualitätsbewertung	<p>Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja Biasrisiko bewertet: Ja Extraktionstabellen vorhanden: Ja Einstufung Evidenz: Ja</p>
Weitere Studien	<p>Ein systematisches Review von Malik et al. 2013 mit insgesamt 58 Primärstudien (RCT und quasi-experimentellen sowie prospektiven RCT) kommt hinsichtlich diverser individuumsbezogener Maßnahmen zur Förderung von Bewegung auch zu ähnlichen Schlussfolgerungen, keine überwältigend starke Evidenz, Studienqualität teilweise schlecht; und es gibt wenige langfristige Studien (> 6 Monate).</p> <p>Die Metaanalyse von Verweij et al. 2011 (mit teilweise denselben Studien wie Rongen et al. 2013), die auch Maßnahmen zur Förderung von Bewegung und Veränderung des Ernährungsverhaltens – jedoch hinsichtlich der Endpunkte Körpergewicht und Fettanteil – untersucht, kommt zu dem Ergebnis, dass individuelle Maßnahmen, die sowohl Bewegung als auch Ernährung forcieren, das Körpergewicht um 1,19 kg reduzieren können und, wenn zusätzlich noch weitere „Umweltkomponenten“ (z. B. Teamwettbewerbe, Einbezug der Familie, Unterstützung von der Geschäftsleitung, Wanderwege, -pläne) hinzukommen, sich der Effekt um 0,29 kg erhöht.</p> <p>Das systematische Review von Geaney et al. (2013), das die Wirksamkeit von Ernährungsinterventionen am Arbeitsplatz allein oder in Kombination mit Schulung zum Ernährungsverhalten untersucht, kommt zu dem Schluss, dass für diese Maßnahmen nur eingeschränkte Evidenz vorliegt, ob dadurch der Obst- oder Gemüsekonsum erhöht wird.</p> <p>Im Rahmen des europäischen Hope-Projekte „Worksite Physical Activity Interventions and Obesity“ (Vuillemin et al. (2011)) werden „aktive Arbeitswege“ und körperliches Training für die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit identifiziert (moderate Evidenz), für Übergewichtsreduzierung war die Evidenz nicht eindeutig.</p>

¹ Eine ES von rund 0,2 bedeutet einen kleinen, von rund 0,5 einen mittleren und rund 0,8 einen großen Effekt.

CI = Konfidenzintervall. ES = Effektstärke. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SF = Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Lebensqualität. TN = Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Tabelle 23: Cancelliere et al.³⁰

Titel	Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? a systematic review and best evidence synthesis of the literature
Journal	BMC Public Health 11/395:1-11
Frage/Ziel	Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung zur Reduktion von Präsentismus; wenn wirksam, was sind erfolgreiche Programme und was sind Risikofaktoren für Präsentismus?
Studiendesign	Systematisches Review und „Best evidence synthesis“
Studien/Teilnehmende Betriebe/Länder	14 Studien eingeschlossen, fünf RCT, fünf Cluster-RCT, eine Zeitserie, ein Cross-over-Design, eine Vorher-Nachher Studie. Diverse Branchen und Berufsgruppen. Dänemark, USA, Niederlande, Großbritannien, Kanada, Japan

Fortsetzung Tabelle 23

Untersuchte Interventionen	Vielzahl unterschiedlicher Interventionen: von Rückentraining, Fitness-Trainings, komplexen Programmen für Risikogruppen bis Multikomponentenprogrammen; die Intervention musste am Arbeitsplatz gesetzt werden, aber die entsprechenden Aktivitäten konnte auch außerhalb des Betriebs durchgeführt werden.
Endpunkte	Reduzierung von Präsentismus (gemessen mit unterschiedlichen Instrumenten wie z. B. Work Limitations Questionnaire, Work Productivity and Activity Impairment, Stanford Presenteeism Scale)
Hauptergebnisse	Insgesamt zehn von 14 eingeschlossenen Studien zeigten positive Effekte hinsichtlich Präsentismus. Starke Evidenz in zwei Studien: eine in einer Wäscherei mit wöchentlich einer Stunde Training für acht Monate, die zweite in einer Bierbrauerei mit Supervisoren-Ausbildung bezüglich psychischer Gesundheit. Moderate Evidenz für acht Studien mit Lebensstilintervention zu Bewegung/Ernährung per e-mail, extra Pausen für AN mit repetitiven Arbeiten, ein multidisziplinäres Arbeitsgesundheitsprogramm und ein Multikomponenten-Gesundheitsförderungsprogramm, partizipative Prozesse, Blau-Licht, Telefonintervention für depressive AN. Sieben der zehn erfolgreichen Interventionen waren auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden zugeschnitten. Eine der zehn erfolgreichen Interventionen benützte ein Anreizsystem (Lotteriekarten). Die vier nicht erfolgreichen Interventionen waren: Computermaus mit Feedback-Signal, um „Hovering behaviour“ zu verhindern, ein Rückenpräventionsprogramm, spezielle Resistenz-Trainings und allgemeine körperliche Übungen, Übungen am Arbeitsplatz und reduzierte Arbeitsstunden.
Limitationen/Diskussion	Hauptschwäche der Studien sind Selektionsbias bzw. häufig nicht beschriebene Selektionskriterien. Weitere methodische Schwächen: Response- und Partizipationsraten, Confounder wie Geschlecht, Alter, Ausbildung und Gesundheitszustand. Präsentismus ist schwierig zu messen, das ist in dieser Studie die größte Limitation. Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine wichtige Strategie, um ältere AN im Prozess zu halten, es wird aber mehr empirische Evidenz benötigt. In dieser Studie wurde vorläufige Evidenz gefunden, dass einige Programme einen positiven Effekt auf Präsentismus haben. Risikofaktoren für Präsentismus wurden auch identifiziert: Übergewicht, schlechte Ernährung, Mangel an Bewegung, hoher Stress und schlechte Beziehungen zu Kollegen/Kolleginnen und Management.
Schlussfolgerungen der Autoren/innen (Original bzw. gekürzt)	WHP represents one of the most significant strategies for enhancing the productivity of workers at a time when their average age is increasing [93]. Despite longstanding advocacy for comprehensive worksite programs, we need more empirical evidence to link these strategies to improvements in health and productivity [35]. We found preliminary evidence of a positive effect for some programs, identified their components and some contributing risk factors for presenteeism. Caution is needed in interpreting these results due to heterogeneous response/participation rates, interventions, intervention delivery methods, presenteeism measurement tools, employee populations, geographical and workplace settings, and inclusion and exclusion criteria. Interestingly, it has been stated that the most important issue for organizations to address is not whether or not WHP programs should be implemented to reduce risks and enhance productivity, but rather how such programs should be designed, implemented, and evaluated to achieve optimal results. Further implementation research is needed in this area.
Methodik	Qualitatives Review Eingeschlossene Studiendesigns: 14 Studien eingeschlossen, fünf RCT, fünf Cluster-RCT, eine Zeitserie, ein Cross-over-Design, eine Vorher-Nachher-Studie Suchzeitraum: 1990 bis 2010 Datenbanken: Cochrane, MEDLINE, EMBASE, CINAHL Plus, NLM Gateway, PsychINFO, AMED and Trip Database, Handsuche in Journals Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: Teilnehmeranzahl musste mindestens 20 sein, alle Interventionen eingeschlossen, die Intervention musste ausreichend beschrieben sein, Intervention musste am Arbeitsplatz gesetzt, die Aktivitäten konnten aber außerhalb durchgeführt werden.
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Nicht explizit.

Fortsetzung Tabelle 23

Eingeschlossene Studien	Blangsted et al. 2008, Block et al. 2008, Dababneh et al. 2001, De Boer et al. 2004, de Kraker et al. 2008, Mills et al. 2007, Rivilis et al. 2006, Tsutsumi et al. 2009, Viola et al. 2008, Wang et al. 2007, Jzelenberg et al. 2007, Nurminen et al. 2002, Takao et al. 2006, Von Thile Schwarz et al. 2008 Dänemark, USA, Niederlande, Großbritannien, Kanada, Japan
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja, nach dem „Quality Assessment Tool for Quantitative Studies“ Biasrisiko bewertet: Ja Extraktionstabellen vorhanden: Ja Einstufung Evidenz: Ja
Anmerkungen GÖG	Keine

AN = Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle: Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Tabelle 24: Cahill/Perera (2011)

Titel	Competitions and incentives for smoking cessation (Review)
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews CD004307, 4. Auflage
Frage/Ziel	Reduzieren Wettbewerbe und Anreize die Raucherprävalenz und Rückfallquote? Erhöhen Anreize die Teilnahme an Raucherprogrammen? Hat die Höhe bzw. die Art des Anreizes eine Auswirkung?
Studiendesign	Systematisches Review
Studien/Teilnehmende Betriebe/Länder	19 Studien eingeschlossen, 13 RCT, zwei quasi-experimentelle, vier Studien ohne Randomisierung; Betriebe/Branchen: Diverse (z. B. Gesundheitswesen, Banken, Universität, diverse Betriebe) USA, Großbritannien, Australien, Kanada
Untersuchte Interventionen	19 eingeschlossene Studien mit unterschiedlichen Anreizsystemen: Glückslose: 2, finanzielle Belohnung für Abstinenz: 7, Kombination von finanziellen Anreizen und Preisen: 3, finanzielle Belohnung für Teamleistung: 2, finanzielle Leistung nach Abstinenzzeit: 4, Variationen derselben, u. a. auch Multikomponentenprogramme
Endpunkte	Einstellung des Rauchens und Abstinenz für mindestens sechs Monate ab Beginn der Intervention (biochemisch oder auch nicht festgestellt)
Hauptergebnisse	Biochemische Verifizierung des Raucherstatus wurde in allen Studien vorgenommen. Nur eine qualitativ hochwertige randomisierte klinische Studie mit der größten Teilnehmerzahl (878 Raucherinnen und Raucher) in Betrieben von General Electric Energy Company zeigte eine statistisch signifikante Wirkung für Zigarettenabstinenz über den längsten Follow-up-Zeitraum (18 Monate), ohne dass zu diesem Zeitpunkt noch ein Bonus ausbezahlt wurde. Insgesamt bekamen die TN der Interventionsgruppe 750 USD, und zwar 100 USD für die Teilnahme an einem Raucherentwöhnungskurs, 250 USD für erwiesene Abstinenz nach sechs Monaten und 400 USD für erwiesene Abstinenz nach zwölf Monaten. Die Aufhörerate nach 15 oder 18 Monaten betrug in der Interventionsgruppe 9,4 % versus 3,6 % in der Kontrollgruppe. Ein weiterer Endpunkt war die Beendigung des Rauchentwöhnungsprogramms, wofür die TN einen Bonus von 100 USD bekamen. Das Raucherentwöhnungsprogramm selbst wurde von der öffentlichen Hand finanziert. 15,4 % der Interventions- schrieben sich in das Rauchentwöhnungsprogramm ein, in der Kontrollgruppguppe waren es 5,4 %. 10,8 % der Interventionsgrpe-beendeten das Raucherentwöhnungsprogramm im Vergleich zu 2,5 % der Kontrollgruppe. Aufgrund der Heterogenität der Daten konnte keine Metaanalyse über alle Studien gemacht werden.

Fortsetzung Tabelle 24

<p>Limitationen/Diskussion</p>	<p>Nur eine Studie (Volpp 2009) zeigte, dass Anreize langfristig Raucherentwöhnung fördert. Insgesamt wurden 750 USD für die Absolvierung eines Raucherentwöhnungsprogramms und anhaltende Abstinenz nach neun oder zwölf Monaten gewährt. Sechs Monate nach der letzten Zahlung hatte die Interventions- eine höhere Entwöhnungsrate als die Kontrollgruppe. Anmerkung: das Raucherentwöhnungsprogramm wurde mit öffentlichen Mitteln finanziert bzw. die TN an dieses verwiesen. Die weiteren Studien wiesen diverse Schwächen auf (z. B. geringe Teilnehmerzahl) bzw. wirkten nicht über einen längeren Zeitraum. Erfolg des Raucherentwöhnungsprogramms ist vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass bei General Electrics Teilnehmende vor allem Weiße mit höherer Bildung und Einkommen waren. Anreize: Trade off: Hohe Teilnehmerzahlen und Teilnehmende, die nur wegen finanzieller Boni teilnehmen und nicht wirklich zu Rauchen aufhören wollen.</p>
<p>Schlussfolgerungen der Autoren/innen (Original bzw. gekürzt)</p>	<p>Authors' conclusions With the exception of one recent trial, incentives and competitions have not been shown to enhance long-term cessation rates. Early success tended to dissipate when the rewards were no longer offered. Rewarding participation and compliance in contests and cessation programmes may have potential to deliver higher absolute numbers of quitters. The one trial that achieved sustained success rates beyond the reward schedule concentrated its resources into substantial cash payments for abstinence rather than into running its own smoking cessation programme. Such an approach may only be feasible where independently-funded smoking cessation programmes are already available. Future research might explore the scale and longevity of possible cash reward schedules, within a variety of smoking populations. Summary Do competitions and incentives help smokers to quit in the medium to long term. Smokers may quit while they take part in a competition or receive rewards for quitting, but generally do no better than unassisted quitters once the rewards stop. We found 19 studies (more than 4500 smokers) to include in this review. One trial of 878 smokers which achieved high and long-lasting success rates put its resources into a programme of large cash rewards (up to 750 USD), rather than into running its own smoking cessation programme. In the remaining 18 trials, whether or not the smokers put up their own money to take part made little difference to the success of their quit attempt. Paying smokers variable amounts of cash depending on their success in quitting was no more effective than paying them fixed amounts for attending the programme. Competitions and rewards may attract more people to make a quit attempt than might otherwise do so, but cessation rates remain broadly the same as for noncontestants. Future research may wish to explore the most effective size of cash payments, and how long they should be maintained to achieve lasting results. It should also test these findings in a variety of different populations of smokers, from various regions, social and economic groupings and ethnic mixes.</p>
<p>Methodik</p>	<p>Cochrane Review Eingeschlossene Studiendesigns: 19 Studien, davon 13 RCT, zwei quasi-experimentelle Studien, vier Studien ohne Randomisierung; Settings: Community/Betriebe Suchzeitraum: Bis 2010 Datenbanken: Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PSYINFO Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien</p>
<p>Chancengerechtigkeit berücksichtigt</p>	<p>Ja, Empfehlung in den Schlussfolgerungen.</p>

Fortsetzung Tabelle 24

Eingeschlossene Studien	Crowley 1995, Gallagher 2007, Glasgow 1993, Gomel 1993, Hennrikus 2002, Klesges 1986, Klesges 1987, Koffman 1998, Maheu 1990, Paxton 1980, Paxton 1980, Paxton 1981 Paxton 1983, Shoptaw (A) 2002, Shoptaw (B) 2002, Tevyaw 2009, Volpp 2006, Volpp 2009, Windsor (A) 1988 USA, Großbritannien, Australien, Kanada
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja Biasrisiko bewertet: Ja Extraktionstabellen vorhanden: Ja Einstufung Evidenz: Ja
Anmerkungen GÖG	

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. TN = Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁶⁶.

Tabelle 25: Joyce at al.⁶³

Titel	Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews: CD008009
Frage/Ziel	Evaluierung der Effekte flexibler Arbeitsinterventionen auf den körperlichen, geistigen und allgemeinen Gesundheitszustand von Arbeitnehmern/innen und ihre Familien
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit
Studien/Teilnehmende Betriebe/Länder	Insgesamt zehn Studien (kontrollierte Vorher-Nachher-Studien), Anzahl Teilnehmender zwischen 1.871 und 58 pro Studie Untersuchte Berufsgruppen: Arbeiter und Angestellte in 45 Firmen in den Niederlanden, Krankenhauspersonal in Dänemark, Polizeiangehörige in Großbritannien, Fluglinienangestellte in Finnland, Haushaltspanel in Deutschland und Großbritannien
Untersuchte Interventionen	1. Selbstbestimmter/flexibler Arbeitseinsatz 2. Freie Einteilung der Arbeitszeit (flexible Arbeitszeit, meistens mit Kernzeit) 3. Überstunden 4. Stufenweiser Eintritt in den Ruhestand 5. Unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung 6. Befristete Arbeitsverträge
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Gesundheit • Geistige Gesundheit • Gesundheit allgemein Alle gemessen mit validierten Messinstrumenten

Fortsetzung Tabelle 25

<p>Hauptergebnisse</p>	<p>Zu 1: Selbstbestimmte/flexibler Arbeitseinsatz Vier Studien: drei von vier Studien zu selbstbestimmtem flexiblerem Schichtsystem berichten Verbesserung bezüglich Gesundheitsoutcomes: Statistisch signifikant waren: Verbesserung von Müdigkeit (Kandolin 1996); Verbesserung psychische Gesundheit, Schlafqualität bei Tagesschicht, Schlafdauer bei Nachtschicht, Wachsamkeit während Nachtschicht (Smith 1998); Abnahme systolischen Blutdrucks (Viitasalo)</p> <p>Zu 2: Freie Einteilung der Arbeitszeit: Eine Studie (Dunham 2007), die den Einschlusskriterien entsprach. Keine signifikanten Unterschiede zum Gesundheitszustand zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe</p> <p>Zu 3: Überstunden: Eine Studie (de Raeve 2007), die den Einschlusskriterien entsprach. Diese zeigte keine Auswirkungen auf erhöhten Stress oder Erholungsbedarf. Es ist jedoch zu erwähnen, dass das Ausmaß der Überstunden in dieser Studie nicht beschrieben war. Daher ist es schwierig, Schlussfolgerungen über die Auswirkung derselben auf die Gesundheit und Wohlbefinden der Arbeitnehmer/innen zu ziehen.</p> <p>Zu 4: Stufenweiser Eintritt in den Ruhestand Zwei Studien verglichen die Effekte eines stufenweisen Eintritts in den Ruhestand im Vergleich zu einem „abrupten“ Übergang. Eine Studie (de Vaus 2007) zeigte statistisch signifikante Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands, die andere Studie (Calvo 2009) berichtete eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands. Beide Studien zeigten, dass die Wahlmöglichkeit der Betroffenen statistisch signifikant mit der Verbesserung des Gesundheitszustands einhergingen.</p> <p>Zu 5: Unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung Eine Studie (Dooley 2000) fand einen signifikanten Anstieg von Depression; das Autorenteam des gegenwärtigen Reviews stellen diese Aussage infrage, da die Teilnehmenden der Interventionsgruppe mit jenen der Kategorie unterbeschäftigter Teilnehmenden an der Armutsgrenze gepoolt waren.</p> <p>Zu 6: Befristete Arbeitsverträge Eine Studie (Rodriguez 2002): keine signifikanten Effekte auf Gesundheit im Vergleich zu unbefristet beschäftigten Personen.</p> <p>Sonstige Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu den Auswirkungen von Tele-/Heimarbeit wurde keine Studie identifiziert. • In den einbezogenen Studien wurden keine Subgruppenanalysen durchgeführt.
<p>Limitationen/Diskussion</p>	<p>Die Evidenz ist gering, nur zehn kontrollierte Vorher-Nachher-Studien, keine randomisierten Kontrollstudien oder Zeitserienanalysen. Es könnte ein Publikationsbias bestehen (negative Ergebnisse weniger wahrscheinlich publiziert). Da die Studien eher in homogenen Gruppen durchgeführt wurden, ist die Generalisierbarkeit auf die Bevölkerung als gering einzuschätzen.</p>

Fortsetzung Tabelle 25

Schlussfolgerungen der Autoren/innen (Original bzw. gekürzt)	<p>The evidence in this review suggests that interventions which increase employee control by offering worker-orientated flexibility (specifically self-scheduling and partial/gradual retirement) are likely to be associated with health improvements including improvements in physical health (reduced systolic blood pressure and heart rate), mental health (e.g. reduced psychological stress) and general health (e.g. tiredness and sleep quality) measures. Importantly, interventions which increased worker flexibility were not associated with any adverse health effects in the short term.</p> <p>Kandolin 1996 reported significant reductions in tiredness during the night shift when comparing intervention and control group participants, although it should be noted that this study reported on the effects of multiple interventions. Smith 1998 demonstrated improvements in mental health, sleep quality on day shift, sleep duration on night shift and alertness during night shift in the intervention group compared with the comparison group. Viitasalo 2008 found statistically significant decreases in systolic blood pressure and heart rate for workers with flexible scheduling compared with those in the control group. Pryce 2006 found no significant changes in primary health outcomes, although improvements in some secondary outcomes were noted when comparing intervention and control groups.</p> <p>The evidence base evaluating the effectiveness of flexible working interventions in the form of well-designed controlled before and after studies is small and methodologically limited. If the benefits and harms of flexible working are to be fully understood, then prospective, well-controlled intervention studies of the health and wellbeing effects of flexible working are urgently required, particularly those that examine differences in health outcomes by socioeconomic status, occupational grade or demographic characteristics</p> <p>However, bearing in mind the limitations of the studies, it is fair to suggest that, given the absence of ill health effects associated with worker-defined flexibility and the evidence of some improvements in a subset of health and wellbeing outcomes, certain types of worker-orientated flexible arrangements (specifically self-scheduling and partial/gradual employment) represent a plausible means through which policymakers and employers can promote healthier workplaces and improve work practices.</p>
Methodik	<p>Systematisches Cochrane Review Eingeschlossene Studiendesigns: Zehn kontrollierte Vorher-Nachher-Studien Suchzeitraum: bis 2009 Datenbanken: Cochrane Public Health Group Specialised Register, MEDLINE, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRA), Cochrane Library, PSYCInfo, Social Science Citation Index, ASSIA, Sociological Abstracts, AB1/Inform, EPPI und Handsuche Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: alle Sprachen, Follow-up > 6 Monate</p>
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Im Review wird kritisiert, dass Subgruppenanalysen durchgeführt werden sollten, die in den Primärstudien nicht gemacht wurden.
Eingeschlossene Studien	De Raeve 2007, Dunham 1987, Kandolin 1996, Pfyce 2006, Smith 1998, Viitasalo 2008, Calvo 2009, de Vaus 2007, Dooley 2000, Rodriguez 2002
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: ja Biasrisiko bewertet: ja Einstufung Evidenz: nein

EPPI = Evidence for Policy and Practice Information.

Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Tabelle 26: Bambra et al.¹⁵

Titel	Working for health? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organisational changes to the psychosocial work environment
Journal	Preventive Medicine 48/5:454-461
Frage/Ziel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikation, welche organisationsbezogenen Änderungen im psychosozialen Arbeitsumfeld in systematischen Reviews untersucht wurden: Was waren deren Schlussfolgerungen in Bezug auf Gesundheitseffekte, welche Lücken gibt es? 2. Einschätzung, inwieweit in diesen Reviews auch der Einfluss auf sozioökonomische Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit angesprochen ist, was deren Ergebnisse sind und ob Lücken bestehen. 3. Erforschung, in welchem Ausmaß in diesen Reviews die unterschiedlichen Einflüsse solcher Interventionen in Bezug auf Alter, Geschlecht oder ethnische Zugehörigkeit betrachtet wurden, was deren Ergebnisse sind und was es für die zukünftige Forschung bedeutet. <p>Theoretischer Hintergrund:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Demand-(Anforderungs-)Control-(Kontroll-)Modell von Karasek et al., wonach körperliche und physische Gesundheit von AN negativ durch hohe Anforderungen bei der Arbeit (schnelles Arbeiten, großer Einsatz, Zeitdruck und inkonsistente Anforderungen) und positiv durch Kontrollmöglichkeiten der eigenen Arbeit und soziale Unterstützung beeinflusst wird. b) Modell beruflicher Gratifikationskrisen („effort-reward imbalance model“) nach Siegrist et al., wonach Verausgabung (z. B. Überstunden, Verantwortung, Unterbrechungen, Zeitdruck, körperliche/steigende Anstrengungen) mit einer antizipierten Belohnung (Wertschätzung, soziale Unterstützung, Aufstiegschancen, Einkommen ...) im Gleichgewicht stehen sollte. <p>Beide Theorien sind empirisch gestützt, unterscheiden sich aber in ihrem Fokus.</p>
Studiendesign	Zusammenfassung von systematischen Übersichtsarbeiten (Review of Reviews)
Studien/Teilnehmende Betriebe/Länder	Sieben systematische Reviews, Teilnehmerzahl in nicht ausgewiesen; Eingeschlossene Studien- und Länder siehe Methodik
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit (physische, psychische, Gesundheitsverhalten, Unfälle) • Wohlbefinden (physisches und psychisches wie Müdigkeit, Work-Life-Balance, Lebensqualität, psychosoziale Endpunkte wie Anforderung und Kontrolle) • Gesundheitliche Ungleichheiten (Unterschiede in Gesundheits- oder Wohlbefinden, Endpunkte nach sozioökonomischem Status oder nach demografischen Charakteristika (Alter, Geschlecht, Ethnie)
Identifizierte Interventionen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gesteigerte Kontrollmöglichkeit der AN: Partizipation der AN an Entscheidungsprozessen 1 a) Düsseldorf Modell des Gesundheitszirkels zur Verbesserung potenziell schädlicher Arbeitsbedingungen inkl. psychosoziales Umfeld (Aust and Ducki 2004) 1 b) Reorganisation der Arbeit, partizipative Komitees, Kontrolle über Arbeitsstunden (Tullar et al. 2007b) <i>Veränderung der Arbeitsaufgaben</i> 1 c) mehr Abwechslung, Teamarbeit, autonome Gruppen 2. Veränderung in der Organisation der Arbeit: 2 a) Schichtarbeit: Verdichtete Arbeitswoche bei <i>Schichtarbeitern</i>: Wechsel von 5-Tage-Woche mit jeweils acht Stunden auf 4-Tage-Woche mit jeweils zehn bzw. zwölf Stunden (üblicherweise auf zwölf Stunden) (Bambra et al. 2008a) 2 b) Schichtarbeit: Änderungen im Rotationswechsel, Änderungen bei der Nachtarbeit, Einführung flexiblerer Schichtarbeit, Änderungen bei den Wochenendarbeiten, verkürzte Schichtdauer, Selbsteinteilung von Schichten (Bambra et al. 2008b) 2 c) Privatisierung von öffentlichen Aufgaben und Industrien (Egan et al. 2007 b) 2 d) Gesetzliche Regelungen, um Stürze aus der Höhe in der Bauindustrie zu verhindern (Rivara and Thompson 2000) 3. Effekte auf Gesundheitliche Ungleichheit

Fortsetzung Tabelle 26

Hauptergebnisse	<p>1 a) Gesundheit und Wohlbefinden: Gemischte Ergebnisse aus den fünf retrospektiven Studien mit/ohne Kontrolle. Krankenstände stiegen in der kontrollierten Studie, wohingegen sie in den vier unkontrollierten Studien abnahmen. Eine Studie zeigte Verbesserungen in einigen psychosozialen Outcomes wie in der Beziehung zu den Kollegen. 1 b) Partizipative Komitees: Interventionen mit gesteigerten Entscheidungsmöglichkeiten der AN hatten einen konsistenten positiven Einfluss auf den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand.</p> <p>1 c) Veränderung der Arbeitsaufgaben änderte im Allgemeinen nicht das Niveau der Kontrollmöglichkeit der AN. Allerdings zeigte sich, dass sich bei sinkender Kontrollmöglichkeit und steigenden psychosozialen Anforderungen der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand – in einigen Fällen auch die körperliche Gesundheit – verschlechterte.</p> <p>2 a) Die Ergebnisse zu Gesundheitseffekten waren nicht eindeutig, wengleich selten ein nachteiliger Effekt konstatiert wurde. Die Work-Life-Balance wurde häufig verbessert.</p> <p>2 b) Veränderung von langsamem zu schnellem Schichtwechsel, von rückwärts- zu vorwärtsrotierenden Schichten und Selbsteinteilung der Schichten: positive Effekte für Gesundheit und Work-Life-Balance.</p> <p>2 c) Qualitativ höherwertige Studien legten nahe, dass sich die aus Privatisierung ergebende Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit ungünstig auf psychische und in einigen Fällen auch auf physische Gesundheit auswirkte.</p> <p>2 d) Verstärkte gesetzliche Regelungen, wenn sie mit Kontrollen durchgesetzt werden, könnte mit einer Abnahme von Verletzungen durch Stürze einhergehen.</p> <p>3: Gesundheitliche Ungleichheit: Fünf der sieben Reviews untersuchten unterschiedliche Gesundheitseffekte nach sozioökonomischen oder demografischen Gruppen. Im Allgemeinen fanden sie einen stärkeren Effekt für Männer als für Frauen, die Interventionen verbesserten wahrscheinlich eher die Gesundheit von ethnischen Minderheiten und älteren AN. Dieser Effekt ergibt sich vermutlich daraus, dass der Gesundheitszustand dieser Gruppen vor Interventionsbeginn schlechter war, sodass diese Gruppen einen größeren Nutzen daraus zogen. Es kann auch sein, dass die Gesundheitseffekte für einige Gruppen größer sind als bei anderen. Beispielsweise haben Studien gezeigt, dass die Beziehung zwischen Arbeit und Gesundheit bei den Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen.</p>
Limitationen/Diskussion	<p>Eine große Herausforderung bestand darin, die relevanten systematischen Reviews zu identifizieren, vor allem da hinsichtlich Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit ein größeres Defizit besteht (kein umfassendes Register). Trotz umfassender Suche können möglicherweise Studien übersehen worden sein. Eine gewichtige Einschränkung bei einem „Review of Reviews“ ist, dass er zwar eine gute Übersicht bietet über die Interventionen, aber für die Beantwortung von Detailfragen Primärstudien herangezogen werden müssen.</p>
Schlussfolgerungen der Autoren/innen (Original bzw. gekürzt)	<p>In comparison to other public health interventions addressing the social determinants of health, the systematic review evidence base on organisational changes to the work environment is fairly well developed (Millward et al., 2003). Further, the existing reviews are generally well conducted with six meeting all seven of the critical appraisal criteria. However, in terms of gaps in the coverage of the systematic review evidence base, this umbrella review suggests that there is a particular need for future reviews to examine the health impacts of wider organisational changes to the psychosocial work environment such as flexible working, part-time working, or other interventions which may enhance work–life balance. There was a consensus amongst all the reviews on the issue of future primary research, calling for the conduct of prospective (preferably randomised) controlled studies of organisational level workplace interventions. Such studies also need to record the wider organisation and labour market context in which the interventions take place (Egan et al., 2007b). Further, the need for studies which evaluate any differential impacts of interventions by socio-economic status was particularly noted (Bambra et al., 2007; Bambra et al., 2008a; Bambra et al., 2008b; Egan et al., 2007a).</p> <p>In terms of policy and practice, the findings of our umbrella review suggest that the increasing focus on psychosocial conditions in the workplace in national public health strategies is soundly based (Black 2008; Department for Work and Pensions, 2005; Department of Health, 2004; United States Department of Health and Human Services, 2002). Specifically, the systematic reviews suggest that increasing employee job control (Bambra et al. 2007; Egan et al. 2007a); introducing the compressed working week (Bambra et al. 2008a) or implementing some other structural changes to shift work (Bambra et al. 2008b) could be beneficial to health and wellbeing and may also have the potential to reduce health inequalities.</p>

Fortsetzung Tabelle 26

Methodik	<p>Review of Reviews Eingeschlossene Studiendesigns: 1a) Fünf retrospektive Studien, eine mit und vier ohne Kontrollgruppe; Länder: Deutschland, Zehn Datenbanken wurden durchsucht 1b) 18 Studien, prospektive Studien mit/ohne Kontrollgruppe, retrospektive und qualitative Studien; Länder: USA, Großbritannien, Norwegen, Kanada, Schweden, Niederlande, Japan 1 c) 19 prospektive Studien mit/ohne Kontrollgruppen Länder: USA, Großbritannien, Schweden, Niederlande, Österreich, Japan 2a) 40 prospektive und retrospektive Studien mit/ohne Kontrollgruppen Länder: Kanada, USA, Großbritannien, Schweden, Niederlande, Australien, Japan, Schweiz 2b) 26 Cross-over-Studien, kontrollierte Studien, pro- und retrospektive Studien mit/ohne Kontrollgruppen Länder: Deutschland, USA, Großbritannien, Schweden, Niederlande, Australien, Japan, Finnland, Dänemark, Frankreich 2c) Elf prospektive Studien mit/ohne Kontrollgruppen, unkontrollierte, unterbrochene Zeitreihenanalysen; Länder: Großbritannien, Portugal 2d) Eine kontrollierte cross-sektionale ökologische Studie mit administrativen Daten Länder: USA Suchzeitraum und Datenbanken des Reviews of Reviews: Public Health Database 2000–2002, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of abstracts of reviews of effects (DARE), Campbell Collaboration database, evidence for Policy and Practice Information and Coordination Centre (EPPI-Centre) 2002–2007, criminal Justice abstracts database 2000–2007, Handsuche in Referenzlisten und American Journal of Public Health, American Journal of Preventive Medicine, Journal of Epidemiology and Community Health, Social science and Medicine 2002–2007 Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: nur organisatorische Maßnahmen, die sich auf psychosoziales Arbeitsumfeld auswirken (individuelle Interventionen wurden ausgeschlossen), Sieben-Punkte-Qualitätscheckliste musste eingehalten werden.</p>
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Ja
Eingeschlossene Studien	Aust and Ducki (2004), Egan et al. (2007b), Bambra et al. (2007), Bambra et al. (2008a), Bambra et al. (2008b), Egan et al. (2007), Rivara and Thompson (2000)
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: ja: Sieben-Punkte-Checkliste Biasrisiko bewertet: Nein (im Review of Reviews nicht möglich) Einstufung Evidenz: Nein
Anmerkungen GÖG	Wenig belastbare Studiendesigns; ausreichend für die Fragestellung; Review Bambra et al. 2007 : The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. Egan et al. 2007 : The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. Beide sind in Literatursuche enthalten und wurden bereits in diesen Review eingeschlossen, sie werden deshalb nicht extrahiert.

AN = Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. EPPI = Evidence for Policy and Practice Information.

Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

10.2.3 Evidenztabelle – Wirksamkeit auf Muskel-Skelett-Erkrankungen

Tabelle 27: Hoe et al.⁵⁷: Muskel-Skelett-Erkrankungen, Primär- und Sekundärprävention

Titel	Ergonomic design and training for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck in adults
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews 8/CD008570
Frage/Ziel	Wirksamkeit ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung oder Schulungen zur Prävention arbeitsbedingter Beschwerden der oberen Extremitäten (Arme, Hals und Schulter) und des Nackens
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit
Studien/Teilnehmene Betriebe/Länder	13 eingeschlossene Primärstudien mit insgesamt 2.397 Teilnehmer/innen, 75 % beschwerdefrei, 25 % hatten Beschwerden am Beginn der Intervention (> 20 Stunden Bildschirmarbeit) Größtenteils USA, auch Kanada, Schweden und Finnland Call-Centers, Universitäten, Gesundheitssektor, Verkehrsbetrieb, Luftfahrtunternehmen (überwiegend Büroarbeitsplätze)
Untersuchte Interventionen	Alternative Computermaus, Armstützen, ergonomisches Arbeitsumfeld, ergonomische Schulungen, ergonomische Schulungen kombiniert mit ergonomischen Hilfsmitteln, Pausen bzw. reduzierte Arbeitszeit versus keine Intervention oder andere Interventionen
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Inzidenz • Beschwerden (anhand Skalen) • Verlorene Arbeitstage, Arbeitsunfähigkeit
Hauptergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Armstützung in Kombination mit alternativer Maus (mit neutraler Unterarmstellung) kann die Inzidenz von Nacken- und Schulterbeschwerden reduzieren, aber nicht jene der rechten oberen Extremität (moderate Evidenz nach Grade)¹ Relativer Effekt 0,66) bei Follow-up nach zwölf Monaten. • Reduzierung der Beschwerden im Bereich Nacken/Schulter/obere Extremität wurde nachgewiesen, jedoch mit Evidenzgrad niedrig nach GRADE).¹ • Alternative Maus oder Armstützen allein sind nicht effektiv. • Für alle weiteren untersuchten Interventionen konnte die Wirksamkeit aufgrund Heterogenität und Mangel an Studien nicht bestimmt werden, ebenso nicht für verlorene Arbeitstage und Arbeitsunfähigkeit. • Zusätzliche Pausen zeigten zwar eine Verringerung bezüglich Beschwerden, waren statistisch aber nicht signifikant, möglicherweise wegen nicht ausreichender Stichprobengröße.
Limitationen/Diskussion	Umfassende Literatursuche durchgeführt, nicht alle Studien beinhalten die gewünschten Endpunkte. Die Gründe, warum für die weiteren Interventionen kein Nutzen nachgewiesen werden konnte, könnten fehlende statistische Power sein, um relevante Veränderungen zu entdecken.

Fortsetzung Tabelle 27

Schlussfolgerungen der Autoren/innen (Original bzw. gekürzt)	The current available evidence demonstrates moderate-quality evidence to suggest that the use of an arm support together with an alternative mouse may reduce the incidence of neck or shoulder MSDs (musculoskeletal disorders), but not right upper limb MSDs among VDU (Bildschirm) users. Moreover, there is moderate-quality evidence to suggest that the incidence of neck or shoulder and right upper limb MSDs is not reduced by using an alternative mouse as compared to a conventional mouse, with and without arm support. However, given that we made multiple comparisons involving a number of interventions and outcomes, high-quality evidence is needed to clearly determine the effectiveness of these interventions. While there was very-low- to low-quality evidence to suggest that other ergonomic interventions do not prevent WRULDs (work-related upper limb musculoskeletal disorders, including shoulders, upper arms, elbows, forearms, wrists and hands), this was limited by the number and heterogeneity of available studies. Implications for research: Given this review identified only a small number of studies with low risk of bias and significant heterogeneity between the studies, there is a need for high-quality RCTs examining ergonomic interventions for upper limb and neck disorders. Future studies also need to consider including independent medical examinations for diagnosis or using injury records, workers' compensation records or other injury reporting systems to obtain more objective outcome measures to minimise detection bias. Studies used a number of different outcomes to measure discomfort and disability. The lack of standardisation in the methods used to assess these outcomes is obvious. Future research should therefore use standardised methods or validated instruments especially when assessing discomfort and disability. The 13 identified studies consisted of only workers who used a computer or conducted data processing and worked in healthcare settings. Future research should include workers with other exposures or other industries where the risks for work-related MSDs are different.
Methodik	Systematisches Review, Metaanalyse Eingeschlossene Studiendesigns: RCT, quasi-randomisierte Studien, Cluster-RCT Suchzeitraum: bis Juli bzw. November 2010 Datenbanken: Cochrane bone, Cochrane Occupational Safety and Health review group database, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, Science Citation Index, CINAHL, AMED, SPORTDiscus, Physiotherapy Evidence Database, US Centers for Disease Control and Prevention, the National Institute for Occupational Safety and Health, International Occupational Safety and Health Information Centre, World Health Organization, International Clinical Trials Registry Platform, Centre Watch, Trials Central, UK National Research Register Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: alle Sprachen eingeschlossen
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Nein
Eingeschlossene Studien	Bohr 2000, Brisson 1999, Conlon 2008, Galinsky 2000, Galinsky 2007, Gatty 2004, Gerr 2005, Greene 2005, Lintula 2001, McLean 2001, Rempel 2006, von Thiele 2008 Länder: USA (Mehrzahl), Kanada, Schweden, Finnland
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja Biasrisiko bewertet: Ja Einstufung Evidenz: Ja, GRADE ¹

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate.

GRADE = Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation. MSD = Musculoskeletal Disorders. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. VDU = Visual Display Units.

¹ nach GRADE Working Group grades of evidence.

Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶:

Tabelle 28: Aas et al.⁴: Muskel-Skelett-Erkrankungen, Sekundärprävention

Titel	Workplace interventions for neck pain in workers
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews 4:CD008160
Frage/Ziel	Wirksamkeit arbeitsbezogener Maßnahmen bei erwachsenen Arbeitnehmern/innen mit Nackenbeschwerden
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit, Metaanalyse von zwei Primärstudien
Studien/Teilnehmernde Betriebe/Länder	Zehn Primärstudien mit insgesamt 2.745 Teilnehmenden in Arbeit, in Krankenstand, Früh- oder Invaliditätspension, aber noch mit dem Arbeitsplatz durch Beschäftigungsvereinbarungen verbunden; Prävalenz Nackenbeschwerden variierte zwischen 54 % und 90 %. Überwiegend Computerarbeiter/innen in verschiedenen Branchen und Berufsgruppen (z. B. Sekretariat, Techniker, Architekten, Sozialarbeiter ...) 2 Niederlande, 2 Norwegen, 2 Finnland, 1 USA, 3 Schweden
Endpunkte	Vorgesehene Endpunkte: Schwere der Beschwerden (selbstberichtet mit standardisierten Untersuchungsinstrumenten), Abwesenheit (Krankenstände), Anteil Personen „return to work“, Änderung des Erwerbsstatus (Frühpension/Invalidität, Teilzeit)
Untersuchte Interventionen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vier-Komponenten-Intervention mit Partizipation zusammengesetzt aus: <ol style="list-style-type: none"> a) Schulungen psychische Gesundheit, b) Schulungen körperliche Gesundheit, Entspannung und Pausen, c) Änderung Arbeitsumfeld/Gestaltung/Abläufe. Kontrollgruppe: keine Intervention 2. Drei-Komponenten-Intervention zusammengesetzt aus: <ol style="list-style-type: none"> a) Schulungen körperliche Gesundheit, Entspannung, Pausen, b) Änderung der Aktivitäten c) Änderung Arbeitsumfeld/Gestaltung. Kontrollgruppe: keine Intervention 3. Zwei-Komponenten-Intervention: drei unterschiedliche Studien: <ol style="list-style-type: none"> 3a) Schulungen psychische Gesundheit und Schulungen körperliche Gesundheit, Entspannung und Pausen 3b) Schulungen körperliche Gesundheit, Entspannung und Pausen und Änderung Arbeitsumfeld 3c) Schulungen psychische Gesundheit und Änderung des Arbeitsumfelds Kontrollgruppe: keine Intervention 4. Ein-Komponenten-Interventionen: zwei unterschiedliche Studien: <ol style="list-style-type: none"> 4a) Schulungen psychische Gesundheit 4b) Schulungen körperliche Gesundheit, Entspannung und Pausen Kontrollgruppe: keine Intervention 5. Vergleich arbeitsplatzbezogene Interventionen versus „Usual Care“
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzprävalenz • Krankenstände • Wiederaufnahme Tätigkeit • Änderung Erwerbsstatus (Frühpension, Teilzeit ...)

Fortsetzung Tabelle 28

<p>Hauptergebnisse</p>	<p>Zu 1: Vier-Komponenten-Intervention (Untersuchung in Finnland in städtischen Küchen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Schmerzprävalenz, weder kurz- noch mittel- oder langfristig. • Signifikanter Unterschied bei Krankenständen mittelfristig (sechs Monate Follow-up), nicht aber kurz- oder langfristig (Follow-up > 1 Jahr). Gemessen mit der Prävalenz von Krankenständen der letzten drei Monate in 28 Fälle in der Interventions- versus 41 in der Kontrollgruppe. (moderate Evidenz) <p>Zu 2: Drei-Komponenten-Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein signifikanter Unterschied in der Schmerzprävalenz, keine Evidenz zu Krankenständen (geringe Evidenz) <p>Zu 3: Zwei-Komponenten-Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3a): kein signifikanter Unterschied aktueller Schmerzprävalenz bei mittel- und langfristigem Follow-up, widersprüchliche Evidenz hinsichtlich Schmerzfreiheit (nie, ein bis zwei Monate, drei bis sechs Monate). Keine Evidenz zu Krankenständen • 3b): Signifikante Unterschiede der Schwere der Beschwerden kurzfristig, aber nicht mittel- und langfristig, keine Evidenz zu Krankenständen • 3c): Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Beschwerden und Krankenständen • Metaanalyse von zwei Studien mit vergleichbaren Teilnehmenden (Bildschirmarbeiter/innen) erbrachte einen statistisch kleinen bis keinen Unterschied (0,12 Standardabweichung) hinsichtlich Schmerzen im langfristigen Follow-up (Qualität niedrig). <p>Zu 4: Ein Komponenten Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine signifikanten Unterschiede langfristig 4a) und 4 b)
<p>Limitationen/Diskussion</p>	<p>Es fand sich eine Vielzahl von Ein- bis Vier-Komponenten-Interventionen. Die Analysen für einen bestimmten Endpunkt basierten aber meistens nur auf einer Studie. Es konnte kein systematisches Muster gefunden werden (z. B. signifikanter Effekt nur zu einem Zeitpunkt gefunden im weiteren Follow-up nicht mehr). Gründe dafür könnten vielfältig sein (unter anderem, dass vielleicht entsprechende Studien dazu noch nicht durchgeführt wurden oder dass die Interventionen nicht angemessen sind, da Beschwerden nicht immer mit dem Arbeitsumfeld zusammenhängen und psychosoziale Ursachen haben können. Einige Studien hatten diese Aspekte zwar berücksichtigt, aber diese sind weniger dominant als körperliche Beanspruchungen. Es könnte auch mit den Zeitpunkten der Follow-up-Erhebungen zusammenhängen – bei einem frühen Follow-up können eventuell Effekte noch nicht wirken, bei einem zu langen Follow-up können zahlreiche andere Einflussfaktoren auftreten. Die Messung der Endpunkte variiert beträchtlich, es scheint so, dass kein standardisiertes Messinstrument verwendet wurde. Des Weiteren scheinen die Follow-up-Zeitpunkte sich nicht nach einem Krankheitsverlauf zu orientieren sondern an Forschungsterminen.</p>
<p>Schlussfolgerungen der Autoren /innen (Original bzw. gekürzt)</p>	<p>This review neither supports nor refutes any specific workplace intervention. Therefore, whether a specific workplace intervention is likely to reduce pain or not is still unknown. Based on the current literature, there is low quality evidence that there is little or no difference in pain relief for workers with neck pain who do or do not receive workplace interventions and moderate evidence from only one trial that multi-component workplace interventions might be effective in reducing sick leave in the intermediate-term, although the effect is not sustained over time. Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect, and is likely to change the estimate The large variations in target groups, interventions, follow-ups and outcome measurements restricted pooling of data across studies. Hence, there is an urgent need for randomised controlled trials with well-designed multi-dimensional interventions, tailored to-wards neck pain and conducted at the workplace. We recommend that researchers use the ICF terminology to ensure that all relevant dimensions of health and functioning are addressed in further trials. In addition, the two main outcomes, pain relief and reduced sickness absence/return-to-work, would benefit from standardisation, and should always be included in these types of study.</p>

Fortsetzung Tabelle 28

Methodik	Systematisches Review, Metaanalyse nur für zwei Studien möglich gewesen Eingeschlossene Studiendesigns: RCT Suchzeitraum: bis 2009 Datenbanken: CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, ISIWeb of Science, OTseeker (Occupational Therapy Systematic review of Evidence), PEDro (The Physiotherapy Evidence database) Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: alle Sprachen eingeschlossen, Trainingsprogramme (Gruppengymnastik, Fitness, Aerobic, da schon in Cochrane Review (Kay 2005) untersucht.
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Keine Subgruppenanalysen durchgeführt
Eingeschlossene Studien	Bernaards et al. 2007, Fostervold et al. 2006, Haukka et al. 2008, Hedge et al. 1999, Horneij et al. 2001, Kamwendo 1991, Ketola et al. 2002, Morken et al. 2002a, van den Heuvel et al. 2003, Voerman et al. 2007
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja Biasrisiko bewertet: Ja Einstufung Evidenz: Ja, nach GRADE ¹
Anmerkungen GÖG	Nur Haukka et al. 2008 ergab ein positives Hauptergebnis.

¹ Nach GRADE Working Group grades of evidence.

GÖG =Gesundheit Österreich GmbH. GRADE = Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Tabelle 29: Tullar et al.¹⁰²: Muskel-Skelett-Erkrankungen, Primär- und Sekundärintervention

Titel	Occupational safety and health interventions to reduce musculoskeletal symptoms in the health care sector
Journal	Journal of Occupational Rehabilitation 20/2:199-219
Frage/Ziel	Wirksamkeit diverser Arbeitsschutzmaßnahmen und Gesundheitsinterventionen im Gesundheitswesen auf den Bewegungsapparat
Studien/Teilnehmende Betriebe/Länder	16 eingeschlossene Studien, Anzahl Teilnehmer/innen nicht verfügbar Personen nur aus dem Gesundheitswesen: Pflegekräfte in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationszentren Länder: Schweden (4), USA (2), Norwegen (2), Finnland (2), Großbritannien, Frankreich, Kanada, Israel und Australien (1)
Endpunkte	Beschwerden im Bewegungsapparat
Untersuchte Interventionen	1. Multikomponentenprogramme: Selbstverpflichtung der Organisation Maßnahmen zu forcieren, Einsatz mechanischer Hebegeräte/Hilfen und ergonomische Schulungen 2. Training: z. B. Kraft- oder Ausdauertraining, Rückenschule 3. Ergonomische Schulungen: „Patient Handling“
Hauptergebnisse	1. Moderate Evidenz für die Wirksamkeit von Multikomponentenprogrammen hinsichtlich Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat, welche davon die Hauptfaktoren sind, kann nicht identifiziert werden 2. Moderate Evidenz für Training/körperliche Bewegung 3. Ergonomische Schulungen hinsichtlich „Patient Handling“ als isolierte Maßnahme kein Effekt auf Beschwerden im Bewegungsapparat
Limitationen/Diskussion	Bezüglich Training besteht große Heterogenität (Kraft- bis Ausdauertraining), dies könnte auch daran liegen, dass die Fachgesellschaften für Physiotherapie in den letzten 27 Jahren immer wieder geänderte Empfehlungen herausgaben. Für viele Interventionen wurde „insufficient“ Evidenz gefunden, dies meint, dass nicht die Qualität der Interventionen schlecht sei, sondern dass es eine geringe Anzahl von Studien gibt.

Fortsetzung Tabelle 28

Schlussfolgerungen der Autoren /innenn (Original bzw. gekürzt)	The findings here echo previous systematic reviews supporting exercise as providing positive health benefits and training alone as not being effective. Given the moderate level of evidence, exercise interventions and multi-component patient handling interventions (McPHI) were recommended as practices to consider. A multi-component intervention includes a policy that defines an organizational commitment to reducing injuries associated with patient handling, purchases of appropriate lift or transfer equipment to reduce biomedical hazards and a broad-based ergonomics training program that includes safe patient handling and/or equipment usage. The review demonstrates MCPHI can be evaluated if the term multi-component is clearly defined and consistently applied.
Methodik	Systematisches Review Eingeschlossene Studiendesigns: RCT, nicht-randomisierte Studien Suchzeitraum: ? Datenbanken: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Academic Source Premier, PsycINFO and Business Source Premier Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: Englisch, Französisch, Spanisch, Schwedisch
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Nein, kein Thema
Eingeschlossene Studien	Bru 1994, Carrivick 2001, Collins 2004, Dehlin et al. 1981, Dehlin et al. 1978, Donchin et al. 1990, Gundewall 1993, Harma et al. 1988, Leclerc 1997, Li 2004, Linton 1989, Maul et al. 2005, Oldervoll et al. 2001, Smedley 2003, Videman 1989, Yassi et al. 2001 Länder: Schweden (4), USA (2), Norwegen (2), Finnland (2), Großbritannien, Frankreich, Kanada, Israel und Australien (1)
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: teilweise Biasrisiko bewertet: Nein Einstufung Evidenz: Ja ¹
Anmerkungen GÖG	Zu Primärstudie Donchin 1990: In Cochrane Review (Choi et al. 2010). wo diese Studie ebenfalls eingeschlossen ist, findet sich zusätzlich zu den oben genannten Ergebnissen eine Auswertung hinsichtlich des Effekts von „Trainingsmaßnahmen“ nach einer Behandlung von Rückenbeschwerden (post-treatment exercise versus no intervention) in der die Interventionsgruppe eine Rückfallquote im Follow-up (Zeitraum: 0,5 bis 2 Jahre) von 33 %, die Kontrollgruppe (ohne Training) eine Rückfallquote von 75 % hatte. Des Weiteren schlossen das Cochrane-Autorenteam - basierend auf zwei weiteren Studien (davon eine im betrieblichen Setting (Kellet 1991), eine wurde in professionellen Settings (Physiotherapiezentren, Chiropraktiker) durchgeführt) - dass die Anzahl der Personen, die sich aufgrund eines Wiederauftritts von Rückenbeschwerden im Krankenstand befindet, im mittel- und langfristigen Follow-up nicht beeinflusst wird, aber dass die Anzahl der Krankenstandstage kurzfristig sank - rund vier Tage weniger. (Einstufung des Evidenzgrads: moderat).

¹ Nach GRADE Working Group grades of evidence.

GÖG = Gesundheit Österreich GmbH. GRADE = Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation.

Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Tabelle 30: Bell/Burnett¹⁸: Muskel-Skelett-Erkrankungen, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Titel	Exercise for the Primary, Secondary and Tertiary Prvention of Low Back Pain in the Workplace: A systematic Review
Journal	Journal of Occupational Rehabilitation 20/2:199-219
Frage/Ziel	Wirksamkeit von Trainingsmaßnahmen am Arbeitsplatz (als Einzel- oder Mehrkomponenten-Maßnahme) hinsichtlich Reduzierung der Inzidenz und Intensität von Rückenbeschwerden und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit
Studien/Teilnehmende Betriebe/Länder	15 kontrollierte Interventionsstudien, Anzahl und Art der Teilnehmer/innen nicht dargestellt; Untersuchte Berufsgruppen: Militär-, Pflegepersonal, Krankenhaus, Luftverkehrs-, Büro-, Postangestellte, Fabrik- und Eisenbahnarbeiter, Metallindustrie Länder: nicht beschrieben
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Neuerkrankungen • Schmerzintensität • Krankenstände • Arbeitsfähigkeit • Kosten für Rückenbeschwerden
Untersuchte Interventionen/Outcomes	Alle Arten von Training (Kraft-, Dehnungs- und Ausdauertraining)
Hauptergebnisse	<p>Reduktion Anzahl Neuerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sieben Studien berichten positive und signifikante Effekte, jedoch mangelhafte methodischer Qualität, teilweise geringe Teilnehmerzahl, Co-Interventionen, daher insgesamt beschränkte Evidenz (limited evidence = nur eine qualitativ hochwertige Studie) für die Wirksamkeit <p>Reduktion Schmerzintensität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sechs Studien, zwei qualitativ gute RCT und ein weniger hochwertige RCT zeigen signifikante Verbesserungen der Schmerzintensität (Einzelmaßnahmen), zwei davon bezogen sich auf Trainingsprogramme während der Arbeitszeit (strong evidence = konsistente Evidenz in zwei oder mehr qualitativ hochwertigen RCT) <p>Arbeitsfähigkeitsparameter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenstände: Vier Studien berichteten positiven Effekt, davon zwei RCT mit signifikanter Wirkungen (eine im Bereich der Pflege, eine mit Fabrikarbeitern, keine Angabe zum Ausmaß der Reduzierung), jedoch Qualität der Studien schwach (limited evidence) • Arbeitsfähigkeit: Drei Studien zeigten statistisch signifikante Verbesserung (strong evidence) • Kosten: keine Evidenz dazu gefunden
Limitationen/Diskussion	Keine Konsistenz hinsichtlich Definition und berichteter Compliance in den untersuchten Studien, mehr als die Hälfte der Studien berichteten keine Compliance-Raten. Wenngleich es unklar bleibt, welche Art von Training effektiv ist, zeigte sich durchschnittlich, dass täglich zehn Minuten Training eine signifikante Verbesserung erbrachten.
Schlussfolgerungen der Autoreninnen (Original bzw. gekürzt)	Fifteen RCTs and NCTs were identified that investigated the use of exercise to prevent first episode or recurrent LBP in the workplace. With the exception of four RCTs, two of which showed no significant effects, the studies included in this review were of low methodological quality. These limitations, in addition to; diverse combinations of exercise, different study populations, differing participant presentation with respect to a biopsychosocial framework, varying workloads, heterogeneity of outcome measures and varying levels of exercise compliance make it difficult to draw definitive conclusions on the efficacy of exercise in preventing LBP in the workplace. Furthermore, it must be acknowledged that it is difficult to control for confounding factors such as pre-existing physical conditioning levels. This systematic review has demonstrated a clear need for more specific RCTs and NCTs that adequately report on items related to the applicability and clinical relevance of results to identify specific types and doses of exercise.

Fortsetzung Tabelle 30

Methodik	<p>Systematisches Review Eingeschlossene Studiendesigns: zehn RCT und fünf nicht-randomisierte kontrollierte Studien Suchzeitraum: bis 2007 Datenbanken: MEDLINE, CINAHL, AMED, SPORTDiscus, Cochrane Central Register of controlled trials, PEDro (The Physiotherapy Evidence database) Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: nur englischsprachige Studien</p>
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Im Review wird angesprochen, dass Subgruppenanalysen, die in sechs Primärstudien durchgeführt wurden, hier nicht ausgewertet werden konnten.
Eingeschlossene Studien	<p>RCT: Daltroy et al. 1997, Donchin et al. 1990, Gundewall et al. 1993, Helmhout et al. 2004, Hlobit et al. 2005, Horneij et al. 2001, Kellett et al. 1991, Larsen et al. 2002, Sjögren et al. 2006, Suni et al. 2006 NCT: Amako et al. 2003, Dehlin et al. 1981, Dehlin et al. 1978, Oldervoll et al. 2001, Shinozaki et al. 2001</p>
Qualitätsbewertung	<p>Durchgeführt/Nachvollziehbar: teilweise Biasrisiko bewertet: teilweise Einstufung Evidenz: Ja, nach Cochrane Back Review Group</p>
Anmerkungen GÖG	

GÖG = Gesundheit Österreich Forschungs und Planungs mbH. NCT = Nicht-konrollierte Studie. RCT= Randomisierte kontrollierte Studie.

Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

10.2.4 Evidenztabelle – Wirksamkeit auf psychische Gesundheit

Tabelle 31: Walter et al.¹¹³: Schwerpunkt Burn-out

Titel	Burn-out wirksam prävenieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumsbezogener und kombinierter Ansätze
Journal	Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 55/2:172-182
Autor/innen	Walter et al. 2012
Fragestellung	Wirksamkeit personen- und arbeitsorganisationsbezogener Interventionen
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit
Eingeschlossene Studien/Teilnehmende Betriebe/Länder	33 eingeschlossene Primärstudien (RCT und QRT); Teilnehmer/innen: überwiegend Angestellte; potenziell gefährdete Personen, Personen mit erhöhten Risikofaktoren und Personen mit Burn-out-Erlebnis, Personen aus Gesundheits- und interdisziplinären Berufen, Sozialarbeit, Technik/Ingenieurwesen, Feuerwehr, Angestellte in öffentlichen Einrichtungen Länder: Niederlande (15), USA (4), Großbritannien (3), Australien (2), Schweden (2), Israel (2), Finnland (1), Polen (1), Belgien (1), Norwegen (1), Kanada (1), Türkei (1)
Untersuchte Interventionen	Personenbezogene Interventionen, kombinierte Interventionen (personen- und arbeitsbezogen)
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Burn-out • Psychologische Effekte • Allgemeine Gesundheit • Soziale Unterstützung • Arbeitsbezogene Faktoren (Stressoren)
Hauptergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Personenbezogene Interventionen: In 18 von 24 Studien signifikante Verbesserung einer/einiger Burn-out-Dimensionen, in sechs Studien keine signifikante Verbesserung. Eine Studie zeigt lediglich in der Nacherhebung (zwei Wochen nach der Intervention) positive Veränderung. Es handelt sich eher um unspezifische Interventionen. Positive Veränderungen der Burn-out-Komponenten Depersonalisierung und persönliche Leistungsfähigkeit hielten gewöhnlich – mit einer Ausnahme, die auch Auffrischungsangebote beinhaltete – nicht länger als sechs Monate an. • Kombinierte Interventionen: In sieben von zehn Studien signifikante Reduktion Burn-out. Acht Studien hatten Follow-up von mindestens sechs Monaten, davon in fünf Studien längerfristige positive Effekte, eine Studie mit partizipativem Ansatz (Bourbonnais 2006, 2010) zeigte drei Jahre nach Intervention noch positive Effekte. • Weitere Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> • Psychologische Effekte: Ängstlichkeit, psychologische Belastung, negative Emotionen ...) in der Hälfte der Studien gemessen, überwiegend positiv, aber keine Ergebnisse für Zeitraum > 6 Monate vorliegend • Allgemeine Gesundheit: körperliche Beschwerden, Schlafprobleme, Blutdruck, Ermüdung: In sieben Studien gemessen, positive Veränderung vor allem Blutdruck und allgemeiner Gesundheitszustand • Soziale Unterstützung (soziales Netz, Kollegen/Kolleginnen): in sieben Studien erfasst, keine einheitlichen Ergebnisse, in einer Studie sogar Rückgang • Arbeitsbezogene Faktoren (Stressoren, hohe Arbeitsbelastung, geringe Einflussmöglichkeit, Fehlen von Fähigkeiten und Anstrengung-Belohnung-Ungleichgewicht): In ¼ der Studien betrachtet. In nur zwei individuumbezogenen Studien als Outcome erfasst, davon in einer zwölf Monate nach der Intervention gestiegene Partizipation und verminderte quantitative Arbeitsbelastung verzeichnet (Peterson et al. 2008, beinhaltete Reflexion Arbeitssituation). In fast allen kombinierten Studien arbeitsbezogene Faktoren eingeschlossen, allerdings nur in wenigen Studien eindeutig positive Ergebnisse (Bourbonnais et al. 2006, 2010), die auch drei Jahre nach der Intervention eine Verringerung des Anforderung-Belohnung-Ungleichgewichts sowie eine Zunahme des Entscheidungsspielraums nachweisen. Eine Studie (Duijts et al. 2008) weist einen Rückgang der Krankenstandstage ein Jahr nach der Intervention nach, bei gleichzeitiger Zunahme der Arbeitsplatzunsicherheit. Inwieweit dieses Ergebnis mit der Intervention, die Coaching – Einzeln und unter Einbeziehung Vorgesetzter und Mitarbeiter/innen – war, bleibt unklar.

Fortsetzung Tabelle 31

Limitationen/Diskussion	<p>Laut dem Autorenteam gab es keine ausreichende Beschreibung der Primärstudien, insbesondere zur Art der Intervention, Dauer der Follow-up-Zeiten, Endpunkten.</p> <p>Nur drei Datenbanken durchsucht, daher eventuell relevante Studien übersehen.</p> <p>Auswahlkriterien: alle Zielgruppen, Interventionsarten, Studiendesigns</p> <p>Messinstrumente: Gibt breiten Überblick, schränkt Vergleichbarkeit aber ein.</p>
Schlussfolgerungen der Autoren/innen (Original bzw. gekürzt)	<p>Tendenziell weisen die 33 Studien zur Prävention von Burn-out – unabhängig von ihrem Studiendesign – auf die Wirksamkeit von Interventionen hin. In drei Viertel (76 %) der Studien lassen sich positive Effekte nachweisen. Bei 24 % von ihnen zeigen sich keine positiven Effekte. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer/innen kommt aus dem Gesundheitsbereich. Interventionen und Studiendesigns sind sehr heterogen und direkte Vergleiche kaum möglich. Verhaltensbezogene Maßnahmen überwiegen, aktuelle Studien zu ausschließlich verhältnisbezogenen Maßnahmen konnten nicht identifiziert werden. 75 % der ausschließlich individuumsbezogenen Interventionen reduzierten Burn-out oder zumindest eine seiner Teildimensionen, 55 % wirkten sich bis zu sechs Monate nach der Intervention positiv aus, zwei Studien konnten längerfristige Effekte nachweisen. Über zwei Drittel der Studien zu individuellen Interventionen weisen den höchsten Evidenzgrad (I) auf, auch bei den Studien zu kombinierten Interventionen ist der Anteil mit Evidenzgrad I (60 %) sehr hoch.</p> <p>Studien zu individuumsbezogenen Maßnahmen beziehen selten unmittelbar arbeitsbezogene Endpunkte ein, dies ist vor dem Hintergrund des Einflusses arbeitsbezogener Faktoren für die Entwicklung von Burn-out überraschend. Ob Interventionen bei Personen mit unterschiedlichem Ausbildungsgrad innerhalb einer Profession unterschiedlich wirksam sind – wie eine Studie andeutet – bedarf weiterer Überprüfung.</p> <p>70 % der kombinierten Interventionen zeigen positive präventive Effekte bei Burn-out und teilweise positive Veränderungen bei arbeitsbezogenen Faktoren. Mit einer Nachbeobachtungszeit von drei Jahren nach einer 16-wöchigen Intervention weist eine Studie zu kombinierten Maßnahmen nicht nur den längsten Follow-up aller eingeschlossenen Studien auf, sondern auch vielfältige Effekte (wie z. B. personelle Managementveränderungen, Verbesserungen im Anforderungs-/Belohnungsungleichgewicht, Entscheidungsspielräume).</p> <p>Es kann nicht herausgearbeitet werden, welche spezifischen Elemente für eine wirksame Prävention von Burn-out zentral sind. Interventionen, die ein kognitives Verhaltenstraining umfassen, zeigen sämtlich positive Effekte. Zudem sind auch andere Interventionsansätze effektiv. Interventionen, die vorwiegend Entspannungstraining einsetzen, zeigen oft nur kurzfristige Effekte. Hervorzuheben ist eine Studie von Bourbonnais et al. 2006 und 2010 zu einer kombinierten Intervention, die auch noch nach drei Jahren zu einer Reduktion von Burn-out führte; partizipative Ansätze in einem Krankenhaus reduzieren negative psychosoziale Faktoren. Dabei erarbeitete ein Interventionsteam (bestehend aus Gesundheitspersonal und weiteren Akteuren des Krankenhauses) in regelmäßigen Sitzungen über vier Monate hinweg Vorschläge für Veränderungen und deren Implementierung. Im Mittelpunkt standen hier die aus der Literatur bekannten negativen Faktoren, das heißt hohe psychologische Anforderungen, geringer Entscheidungsspielraum, geringe soziale Unterstützung und geringe Honorierung (theoretisches Modell).</p> <p>Die vorliegende Übersicht verdeutlicht damit die Notwendigkeit einer weiteren Erforschung insbesondere komplexer Interventionen und die Identifikation wirksamer Interventionselemente.</p> <p>Verstärkt werden können positive Effekte einer Intervention über Auffrischungsangebote. Es gibt Hinweise, dass Risikogruppen – über einschlägige Berufsgruppen hinaus – von Burn-out-Interventionen profitieren. Zukünftige Forschung, insbesondere längerfristige Studien, sollte weitere Differenzierungen vornehmen.</p>
Methodik	<p>Systematisches Review</p> <p>Eingeschlossene Studiendesigns: 23 RCT, elf quasi-randomisierte Studien</p> <p>Suchzeitraum: 1995 bis September 2011</p> <p>Datenbanken: MEDLINE, PsycINFO, PsycINDEX</p> <p>Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: Deutsch, Englisch, alle Interventionen, alle Studiendesigns, alle Zielgruppen</p>
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	<p>Im systematischen Review kein explizites Thema, eine Primärstudie hatte als Outcome „Equity“ eingeschlossen (Van Dieren-Donck et al. 1998)</p>

Fortsetzung Tabelle 31

Eingeschlossene Studien	<p>Personenbezogene Studien: Ewers 2002, Bittman et al. 2003, Lange et al. 2004, Salmela-Aro et al. 2004, Cohen-Katz 2005, van Dieren-donck et al. 2005, van Rehmen et al. 2005, Zolnierzyk-Zreda 2005, Blonk et al. 2005, Kanji et al. 2006, Butow et al. 2008, de Vente et al. 2008, Peterson et al. 2008, van Straten et al. 2008, Redhead et al. 2010, Bragard et al. 2010, Günösen et al. 2010, Rowe 2000, Palsson et al. 1996, van Dieren-Donck et al. 1998, Ossebaard 2000, Te Brake et al. 2001, Gorter et al. 2001, Cohen et al. 2005</p> <p>Kombinierte Studien: Bourmans et al. 1996, Melchoir et al. 1996, Le Blanc et al. 2007, Dujits et al. 2008, Visser et al. 2008, Chen et al. 2009, Innstrand et al. 2004, Bourbonnais et al. 2006 und 2010, Sluiter et al. 2005, Halbesleben et al. 2006</p>
Qualitätsbewertung	<p>Durchgeführt/Nachvollziehbar: ja/nein Biasrisiko bewertet: nein Einstufung Evidenz: Ja, Studientypen</p>
Weitere Übersichtsarbeiten zum Thema:	<p>Weitere Übersichtsarbeiten mit Schwerpunkt Burn-out:</p> <ol style="list-style-type: none"> Awa L. Wendy, Plaumann, Martina, Walter Ulla 2010: Burn-out prevention: A review of interventions programs“ ist eine Vorgängerstudie, hier sind alle Studiendesigns eingeschlossen. Da aktuellere Studie mit besseren Studiendesigns vorliegt, wurde diese Studie nicht betrachtet. Marine, A; Ruotsalainen JH, Serra C; Verbeek, JH 2006: „Preventing occupational stress in healthcare workers“ (Cochrane Review) beschreibt teilweise die gleichen Primärstudien wie Walter et al., jedoch eingeschränkt auf Personen im Gesundheitswesen. Für personenbezogene Interventionen zur Stressreduktion wurden nur RCT eingeschlossen, für arbeits- bzw. umweltbezogene Interventionen auch kontrollierte Vorher-Nachher-Studien bzw. quasi-experimentelle Studien; insgesamt sind es 14 RCT. <p>Ergebnisse des Cochrane Reviews:</p> <ol style="list-style-type: none"> personenbezogene Interventionen: Stresssymptome: Zwei Studien mit quantitativen Angaben (Jones 2000, Lee 1994) zeigen statistisch signifikante Verbesserung auch mittelfristig, gemessen auf Stressskalen. Weitere vier Studien, die nicht zu einer Metaanalyse zusammengefasst werden konnten, zeigten dies auch. <p>Burn-out-Symptome: drei Studien für Metaanalyse: Cohen-Katz 2005, Ewers 2002, Rowe 1999 mit positivem Effekt für die Interventionsgruppe; positiv wirkten sich in einer Studie auch die Refresher-Angebote der Verhaltenstherapie nach fünf, elf und 17 Monaten aus (mit statistisch besseren Werten nach zwei Jahren).</p> <ol style="list-style-type: none"> arbeits-/umweltbezogene Interventionen: drei von fünf Studien berichten quantifizierbare Ergebnisse. <p>Stresssymptome: Studie Delaux 2004: psychologisches Training zu Einstellungen, Kommunikationsfertigkeiten und berufsbezogenem Stress habe positive Wirkung; dies bestätigt eine zweite Studie (Proctor 1998).</p> <p>Burn-out-Symptome: Nach Studie Melchior 1996 reduziert Unterstützung und Beratung die Symptome.</p> <p>Schlussfolgerung des Autorenteam: „Person-directed interventions that include a cognitive-behavioural approach (e.g. coping skills training), combined with relaxation techniques or not, can be effective in reducing Burn-out, anxiety, stress and general symptoms in healthcare workers when compared to no intervention. Work-directed interventions that include communication or nursing delivery change can also be effective in reducing Burn-out, stress and general symptoms in healthcare workers when compared to no intervention. At best, the results of stress or Burn-out reducing interventions may still be apparent from six months to two years after the end of the interventions. Most of the studies are small and of poor quality, and it is not clear how large a change in a stress or burn-out score is meaningful“.</p> <ol style="list-style-type: none"> Ruotsalainen, J.Serra, C. Marine, A.Verbeek, J.2008: „Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers“ (Überschneidungen von eingeschlossenen Studien mit Walter et al. 2010, deshalb ausgeschlossen) „Limited evidence is available for a small, but probably relevant reduction in stress levels from person-directed, person-work interface, and organizational interventions among health care workers. This finding should lead to a more-active stress management policy in health care institutions. Before large-scale implementation can be advised, larger and better quality trials are needed“.

QRT = Quasi-randomisierte Studie. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.
 Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Tabelle 32: Martin et al.⁷²: Depression und Angstsymptome, Primär- und Sekundärprävention

Titel	Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms
Journal	Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2009; 35(1):7-18
Autor/in	Martin et al.
Fragestellung	Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsinterventionen am Arbeitsplatz zur Reduktion von Depression und Angstsymptomen
Studiendesign	Metaanalyse
Eingeschlossene Studien/Teilnehmende Betriebe/Länder	17 Primärstudien mit insgesamt 2.640 Teilnehmern/innen, neun Studien hatten ein Follow-up nach ein bis 14 Monaten, zwei Studien längeres Follow-up. Teilnehmer/innen kamen überwiegend aus den USA und Europa aus den Bereichen Gesundheitswesen, öffentliche Verwaltung oder Gemeindebedienstete (Dienstleistungs- und Bürotätigkeit) Betriebe: unterschiedlich Bereiche (z. B. Kasino, Informationstechnologie, Fabrik, Gesundheitswesen, Energiewesen...) Länder nicht erwähnt
Untersuchte Interventionen	1. Individuelle Interventionen: z. B. Aerobic, Stressmanagement, Problemlösungsstrategien, Beratungsprogramme Rauchen, Alkohol: 14 Studien 2. Organisationsbezogene Interventionen: Arbeitsumfeld, Stressreduktionsprogramm, Analyse Arbeitsstressoren und Problemlösungsprozesse: eine Studie 3. Kombinierte Interventionen: arbeitsbezogene und individuelle (Stressmanagement, kognitive Verhaltenstherapie): zwei Studien
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Depressionsskalen • Angstskalen • Psychische Gesundheit (kombinierte Maßzahl z. B. SF-36)
Hauptergebnisse	In der Metaanalyse wurde nicht nach Interventionsarten unterschieden, sondern die Effekte gepoolt nach Outcome ermittelt. <ul style="list-style-type: none"> • Depression: SMD 0,28, 95 % CI 0,12-0,44 (= kleiner statistischer Effekt) ¹. Größere Variation innerhalb der Studien. Großer Effekt in (Studie Grime 2004 mit 0,8 (= individuelle Intervention, britisches Gesundheitswesen, indizierte Prävention) • Angst: SMD 0,29; 95 % CI 0,06-0,53) (= kleiner statistischer Effekt) weniger starke Variationen innerhalb der Studien, keine Studie mit großem oder mittlerem Effekt • Kombinierte Maßzahlen zur psychischen Gesundheit SMD 0,05; 95 % CI -0,03-0,13) (statistisch nicht signifikant) große Variation innerhalb der Studien von 0,71 (Studie Bond & Bunce 2000) bis zu negativen Ergebnissen von -0,21 (Kontrollgruppe besser, Studie Gardner et al. 2006) • Follow-up-Ergebnisse: Follow-up nach zehn Monaten bis zu drei Jahren: bestätigen Ergebnisse der Verbesserung bei Depression und Angst, d. h. Effekte können beibehalten werden. Ergebnis ist aber mit Vorsicht zu interpretieren, da nur neun Studien ein Follow-up berichten und deren Zeiträume stark variieren.
Limitationen/Diskussion	Gegenständliche Ergebnisse stehen in Einklang mit anderen Untersuchungen. Von den erfassten Teilnehmern/innen in den in die Metaanalyse einbezogenen Studien gab es hohe Heterogenität hinsichtlich der Schwere der Symptome. Ansätze von kombinierten Interventionen sind noch selten, in der Metaanalyse waren nur fünf von 17 Studien (organisations- oder kombinierte Interventionen) eingeschlossen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen ist die Evaluierung aufgrund der Komplexität schwierig. Organisationsbezogene Interventionen brauchen ein längeres Follow-up (drei bis zwölf Monate), Prozessevaluierung wird nicht regelmäßig gemacht, daher gibt es auch große Variation bei den Outcomes. Einige Forscher sagen, dass RCT für diese Maßnahmen nicht geeignet sind.

Fortsetzung Tabelle 32

Schlussfolgerungen der Autoren/innen (Original bzw. gekürzt)	If the aim is to reduce depression and anxiety symptoms in employee population, a broad range of interventions using health promoting in the workplace appears to be effective in that those focused directly on symptoms show results similar to those that reduced symptoms indirectly by focusing on risk factors.
Methodik	Systematisches Review, Metaanalyse Eingeschlossene Studiendesigns: RCT, quasi-experimentelle Studiendesigns Suchzeitraum: 1997 bis 2007 Datenbanken: MEDLINE, PsycINFO, ProQuest Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: Eingeschlossene Studien mussten ein standardisiertes Messinstrument für Depression, Angst, Stress oder kombinierte Maßzahlen für psychische Gesundheit verwenden, Interventionen mussten am Arbeitsplatz oder über den Arbeitsplatz der Teilnehmer/innen durchgeführt werden.
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Keine Subgruppenanalysen durchgeführt
Eingeschlossene Studien	Atlantis et al. 2004, Blonk et al. 2006, Bond & Bunce 2000, Browsers et al. 2006, Butterworth et al. 2006, Feurstein et al. 2004, Gardner et al. 2006, Godart et al. 2006, Grime 2004 (indizierte Prävention), McCraty 2003 (selektive Prävention)
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: in Artikel nicht ersichtlich Biasrisiko bewertet: nicht ersichtlich Einstufung der Evidenz: nein
Anmerkungen GÖG	Grime 2004 (indizierte Prävention), McCraty 2003 (selektive Prävention) sind jene Studien, die mittlere bis große Effekte berichten. Systematischer Review mit ähnlicher Fragestellung: Dietrich S. et al. 2012: „Depression in the workplace: a systematic review of evidence based prevention strategies“: Suchstrategie erbrachte 9.173 Treffer, eingeschlossen wurde nur eine Studie, da Ein-/Ausschlusskriterien u. a. selektive und indizierte Prävention waren und validierte Messinstrumente in Primärstudien vorhanden sein mussten. Die eingeschlossene Studie war Godard et al. 2006, die auch bei Martin et al. 2009 enthalten war, daher Ausschluss von Dietrich et al. 2012.

CI = Konfidenzintervall. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SMD = Standardised Mean Difference (= Unterschied der Mittelwerte der Vergleichsgruppen dividiert durch die Standardabweichung, erlaubt Vergleich unterschiedlicher Skalen in Metaanalysen). SF = Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Lebensqualität.

¹ Interpretation Größe des Effekts nach Cohen: klein = 0,2; mittel = 0,5, groß = 0,8.

Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁸⁶.

Tabelle 33: Arends et al.⁹: Tertiärprävention

Titel	Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews, CD006389
Autor/in	Arends et al. 2012
Fragestellung	Wirksamkeit von Interventionen für eine Rückkehr zum Arbeitsplatz für Personen mit akuten oder chronischen Verhaltensstörungen (Stress, Burn-out, Ängste, leichte psychische Beeinträchtigung)
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit, Metaanalyse
Eingeschlossene Studien/Teilnehmende Betriebe/Länder	Neun Primärstudien (RCT inklusive Cluster-RCT) mit insgesamt 1.546 Teilnehmenden in Krankenstand wegen „Adjustment Disorders“, Alter zwischen 39 und 49 Jahren. Niederlande: 7 (Bakker 2007, Blonk labour expert 2006, Blonk psychologist 2006, Brouwers 2006, de Vente 2008, Rebergen 2009, van der Klink 2003, van Oostrom 2010), Schweden: 1 (Stenlund 2009), Dänemark: 1 (Willert 2011)
Untersuchte Interventionen	Breite Palette an Interventionen grundsätzlich verfügbar: pharmakologische Therapie, psychologische Interventionen, Entspannungstherapien, Bewegungsprogramme, Unterstützungsprogramme für AN (employee assistance programme) oder eine Kombination von Programmen. Häufig sind psychologische Interventionen wie CBT oder rapie PST. Es wurden keine Studien zu pharmakologische Therapie, Entspannungstherapien oder Employee Assistance-Programmen gefunden. Die neun eingeschlossenen Studien untersuchten zehn psychologische Interventionen (fünf CBT und fünf PST) sowie eine kombinierte Intervention (CBT und Entspannungsübungen).
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Krankenstandstage – partielle Rückkehr an den Arbeitsplatz • Anzahl Krankenstandstage – vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz
Hauptergebnisse	<ol style="list-style-type: none"> 1. CBT im Vergleich zu keiner Intervention: <ol style="list-style-type: none"> a) RTW – Teilzeit, Follow-up ein Jahr: zwei Studien (Blonk 2006, Willert 2011) mit guter Qualität zeigten, dass die Anzahl der Tage um rund neun Tage reduziert wird. b) RTW – Vollzeit, Follow-up ein Jahr: eine Studie (Blonk 2006), Reduktion der Tage, aber nicht statistisch signifikant c) Depression, Ängste, Stress, Follow-up ein Jahr: (Blonk 2006), ähnliche Ergebnisse für CBT wie keine Intervention 2. CBT versus „care as usual“ (Arbeitsmediziner/Allgemeinarzt) <ol style="list-style-type: none"> a) RTW – Vollzeit: kein statistisch signifikanter Unterschied b) RTW – Teilzeit: kein statistisch signifikanter Unterschied c) Depression, Ängste, Stress, Follow-up drei und zwölf Monate: keine statistisch signifikanten Unterschiede 3. PST versus „care as usual“ <ol style="list-style-type: none"> a) RTW – Teilzeit, Follow-up 1 Jahr: 1 Studie (van der Klink 2003) statistisch signifikante Reduktion des Krankenstands um 17 Tage im Vergleich zu „care as usual“ b) RTW – Vollzeit, Follow-up ein Jahr: zwei Studien (van der Klink 2003, Bakker 2007), keine statistisch relevante Reduktion der Krankenstandstage Sensitivitätsanalysen zeigten jedoch einen potenziell relevanten Effekt. c) 4DSQ Distress score, Follow-up bis drei Monate: signifikante Reduktion, jedoch nicht für Follow-up nach zwölf Monaten und nach zwei Jahren. 4. PST versus CBT: <ol style="list-style-type: none"> a) keine statistisch signifikanten Unterschiede, weder für RTW – Teil- noch Vollzeit 5. CBT und Entspannungsübungen versus Entspannungsübungen allein <ol style="list-style-type: none"> a) weder für RTW – Teil- noch für Vollzeit statistisch signifikante Unterschiede

Fortsetzung Tabelle 33

Limitationen/Diskussion	<p>Dieser Metaanalyse lagen neun Studien mit zehn psychologischen Interventionen zugrunde, insgesamt waren es 1.546 Teilnehmende. In drei Studien wurden die Teilnehmenden von einer arbeitsmedizinischen Einrichtung beim Arbeitgeber behandelt, ansonsten war ein anderes Setting (z. B. Allgemeinarzt) gegeben. Für pharmakologische Therapie, Entspannungstherapien oder Employee Assistance-Programme wurden keine Studien in Zusammenhang mit RTW gefunden. Ein möglicher Bias ist, dass sieben von neun eingeschlossenen Studien in den Niederlanden durchgeführt wurde. Des Weiteren wird der Begriff „adjustment disorders“ in den Niederlanden für Personen verwendet, die an Stressbeschwerden leiden, in der internationalen Terminologie sind die Begriffe Burn-out, Stress, leichte psychische Beeinträchtigung gebräuchlich. Dies machte es schwierig, die Diagnose zu operationalisieren, für die Zukunft wäre es wichtig, eine gemeinsame Definition für Personen mit „adjustment disorders“ und die validierten Messinstrumente dafür zu finden. Außerdem könnte es sein, dass die in den Niederlanden evaluierten Interventionen in anderen Ländern effektiver sind als in den Niederlanden, weil in den Niederlanden seit dem Jahr 2000 die Arbeitsmediziner eine Richtlinie für das Management von Krankenständen aufgrund psychischer Beschwerden zur Verfügung haben, außerdem wurde seit dem Jahr 2002 in den Niederlanden mit dem „Gatekeeper Improvement Act“ mehr Investitionen in RTW durch Arbeitgebende, AN und Arbeitsmedizinischen Dienst getätigt, was bedeutet, dass die Interventionsgruppe mit „usual care“ vermutlich auch eine relativ gute Versorgung hatte. Zukünftig sollten bei Studien nicht nur Krankenstandstage, sondern auch Arbeitsfähigkeit und -produktivität als Outcomes herangezogen werden und Studien in bestimmten Berufsgruppen mit hohem Potenzial für Stress und Burn-out (wie Krankenpflege und Lehrerschaft) durchgeführt werden. Studien sollten zumindest 300 Teilnehmende einschließen.</p>
Schlussfolgerungen der Autoren/innen (Original bzw. gekürzt)	<p>Adjustment disorders, characterised by distress symptoms and emotional disturbance as a reaction to a significant life change or stressful life event, are a frequent cause of sick leave among workers. Apart from the negative consequences for the worker, sick leave poses a heavy burden on society due to the loss of productivity of the worker and work disability claims. Different treatments have been developed to help such workers return to work. Our study assessed how effective these treatments are at enabling the sick-listed worker to return to partial or full-time work. We searched databases containing articles from different scientific journals and looked for studies that tested whether a certain type of treatment helped the worker to return to work when on sick leave because of an adjustment disorder. We found nine relevant studies. In total, 10 psychological treatments were evaluated and one combined treatment consisting of a psychological treatment and relaxation techniques. We found no studies on pharmacological interventions, exercise programmes or employee assistance programmes. The nine studies included in this review reported in total on 1546 participants. Of the 10 psychological treatments, five consisted of cognitive behavioural therapy and five of problem solving therapy, which are commonly used types of treatment for patients with mental health problems. Our results showed that workers on sick leave because of an adjustment disorder can be helped with making their first step back to work (i.e. partial return to work) by treating them with problem solving therapy. On average, workers who are offered problem solving therapy start 17 days earlier with partial return to work compared to workers who receive no treatment or the usual treatment from their occupational physician or general practitioner. However, we also found that cognitive behavioural therapy or problem solving therapy does not help the worker return to work with full-time hours any quicker than workers who receive no treatment or the usual treatment from their occupational physicians or general practitioners. These results are based on moderate-quality evidence, which implies that further research is likely to have an important impact on our confidence in the results and may change the results.</p>

Fortsetzung Tabelle 33

Methodik	Systematisches Review, Metaanalyse Eingeschlossene Studiendesigns: Sieben R mit Randomisierung auf Teilnehmerebene und zwei Cluster-R mit Randomisierung auf Ebene der Ärzteschaft oder Arbeitsmediziner. Suchzeitraum: bis 2011 Datenbanken: Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Specialised Register (CCDANCTR), Cochrane CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, ISI Web of Science, WHO trials portal Sonstige wesentliche Einschlusskriterien: alle Sprachen eingeschlossen, Teilnehmer/innen waren in Krankenstand.
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Angesprochen und empfohlen, dass Studien für Berufsgruppen mit hoher Prävalenz für Burn-out/Stress durchgeführt werden sollten.
Eingeschlossene Studien	Bakker 2007, Blonk labour expert 2006, Blonk psychologist 2006, Brouwers 2006, de Vente group 2008, de Vente individual 2008, Rebergen 2009, Stenlund 2009, van der Klink 2003, van Oostrom 2010, Willert 2011
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja Biasrisiko bewertet: Ja Einstufung Evidenz: Ja, nach GRADE ¹
Anmerkungen GÖG	Blonk psychologist 2006, van der Klink 2003, und Willert 2011 ermittelten positive Hauptergebnisse.

4DSQ = Vierdimensionaler Symptom-Fragebogen. AN = Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. CBT = Kognitive Verhaltenstherapie, engl.: cognitive behaviour therapy. GÖG = Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. GRADE = Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation. PST = Problemlösungstherapie, engl.: Problem solving therapy. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. RTW = Arbeitsrückkehr, engl.: return to work.

¹ GRADE Working Group grades of evidence.

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate.

Zusammenstellung entnommen aus Rosian-Schikuta et al.⁹⁶.

10.3 Tabellen der Studien der Domäne Sozialwissenschaft

Tabelle 34: Evidenztabelle Beck et al. 2010/2014¹⁶

Titel	Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 und 2012
Journal	Gesundheitswesen 2010; 72: 222-227; Gesundheitswesen 2016; 78: 56-62
Autor/in	Beck, D., Schnabel, P.-E.; Beck, D., Lenhardt, D.
Fragestellung	Wie sieht die Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland aus? Wie sehen die Kennzahlen im Vergleich der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 und 2012 aus?
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie; Befragung
Studiendauer, -up	Befragung 2005/2006 Befragung 2011/2012
Studiengröße	n1 = 17.870; BIBB /BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/12 n2 = 17.803; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/06
Auswahlkriterien der Population	Erwerbstätige ab 15 Jahren mit einer Arbeitszeit von mindestens 10 Stunden/Woche
Charakteristika der Studienpopulation	Erwerbstätige ab 15 Jahren mit einer Arbeitszeit von mindestens zehn Stunden/Woche; lediglich Angaben von Arbeitern/innen, Angestellten, Beamten/innen und mithelfenden Familienangehörigen wurden miteinbezogen. Selbstständige, Freiberuflerinnen und freie Mitarbeiter/innen wurden nicht berücksichtigt.
Einflussfaktoren	Betriebsgröße, Wirtschaftsbereich, wirtschaftliche Lage, Geschlecht, Alter, beruflicher Status

Fortsetzung Tabelle 34

Endpunkte	<ul style="list-style-type: none">• Verbreitung von BGF-Maßnahmen<ul style="list-style-type: none">○ Betriebsgröße○ Wirtschaftsbereich○ Wirtschaftliche Lage• Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen<ul style="list-style-type: none">○ Betriebsgröße○ Wirtschaftsbereich○ Wirtschaftliche Lage○ Geschlecht○ Alter
-----------	--

Fortsetzung Tabelle 34

<p>Ergebnisse</p>	<p>Verbreitung von BGF-Maßnahmen: Zwischen 2006 und 2012 hat sich der Anteil der Beschäftigten, die von BGF-Maßnahmen in ihrem Betrieb berichten, um sechs Prozentpunkte von 38 % auf 44 % erhöht. Zuwächse zeigten sich in allen Betriebsgrößenklassen und Wirtschaftsbereichen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Betriebsgröße:</u> Während 59 % der Befragten aus Großunternehmen im Jahr 2005/2006 die Durchführung von BGF-Maßnahmen bestätigten, lag der Anteil bei Befragten aus KKK mit 22 % deutlich unter dem Durchschnitt (38 %). 2011/2012 lag der Wert der BGF-Maßnahmen in Großunternehmen bei 67 %. Die Wahrscheinlichkeit für das Fehlen von BGF steigt mit abnehmbarer Betriebsgröße unabhängig vom Wirtschaftsbereich und der wirtschaftlichen Situation. Sowohl 2006 als auch 2012 war die Quote für die BGF-Häufigkeit bei Beschäftigten aus großen Betrieben fast viermal höher als bei Beschäftigten aus Kleinstbetrieben. • <u>Wirtschaftsbereich:</u> Die BGF-Häufigkeit war sowohl 2006 als auch 2012 am höchsten im öffentlichen Dienst, gefolgt von der Industrie. Im Handel, im Handwerk und in sonstigen Dienstleistungsbereichen lagen in der Befragung 2005/2006 die Anteile der Beschäftigten, die die Durchführung einer BGF-Maßnahme bestätigten, deutlich unter dem Durchschnitt von 38 %. Selbiges zeigte sich auch für die Befragung von 2011/2012. Diese Unterschiede zwischen den Wirtschaftsbereichen bestehen auch innerhalb der einzelnen Betriebsgrößenklassen. Die Chance, dass ein Beschäftigter eines Betriebs aus dem Handel das Fehlen von BGF konstatiert, ist auch unter statistischer Kontrolle der Betriebsgröße und der wirtschaftlichen Lage mehr als doppelt so hoch wie bei einem Beschäftigten aus einem Industriebetrieb. • <u>Wirtschaftliche Lage:</u> Die Befragung 2005/2006 ergab, dass 39 % der Befragten aus Betrieben mit als sehr gut oder gut eingeschätzter wirtschaftlicher Lage die Durchführung von BGF bestätigten. Der Anteil der Befragten aus wirtschaftlich weniger gut oder schlecht gestellten Betrieben lag nur bei 28 %. <p>Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen: Unter jenen, die eine BGF-Maßnahme in ihrem Unternehmen bestätigten, gaben 65 % im Jahr 2006 an, daran auch teilzunehmen. 2012 lag diese Quote drei Prozentpunkte niedriger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Betriebsgröße</u> In beiden Befragungswellen war die Teilnahmequote bei Beschäftigten aus kleinen Betrieben deutlich höher als bei Beschäftigten aus großen Betrieben. Diese Diskrepanz fiel 2012 mit 18 Prozentpunkten noch größer aus als 2006, da die Teilnahmequote in Betrieben mit einem bis neun Beschäftigten weniger stark zurückging als in Großbetrieben, während sie in der Größenklasse von zehn bis 49 Beschäftigte anstieg. 2006 waren die Befragten aus Handwerksbetrieben die Ausnahme, für die in großen sowie in kleinen Betrieben überdurchschnittlich hohe Teilnahmequoten ermittelt wurden. Es konnte weiterhin festgestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Beschäftigte an BGF-Maßnahmen teilnehmen, unabhängig vom Wirtschaftsbereich ist. • <u>Wirtschaftsbereich</u> Es zeigen sich 2006 sowie 2012 kaum Unterschiede zwischen den Wirtschaftsbereichen mit Ausnahme der Handwerksbetriebe. Auch innerhalb der Betriebsgrößen lagen die Teilnahmequoten für Beschäftigte aus Handwerksbetrieben jeweils deutlich über dem Durchschnitt. 2006 zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen unter Kontrolle der Betriebsgröße einzig bei Beschäftigten aus Handwerksbetrieben signifikant höher ist als bei Beschäftigten aus Industriebetrieben. • <u>Alter</u> Im Jahr 2012 variierten die altersspezifischen Quoten nur in geringem Maße. 2006 lag die Teilnahmequote der 15- bis 24-Jährigen bei 59 %, der 55- bis 64-Jährigen bei 72 %. Während sich die Teilnahmequote bei der jüngsten Beschäftigtengruppe im Zeitverlauf um zwei Prozentpunkte leicht erhöht hat, ist sie bei den 45- bis 54-Jährigen um sieben und bei den 55- bis 65-Jährigen sogar um neun Prozentpunkte gesunken. • <u>Geschlecht</u> Die Teilnahmequoten zwischen Männern und Frauen unterscheiden sich nicht substantiell. • <u>Berufliche Statusgruppen</u> Die Teilnahmequoten der beruflichen Statusgruppen unterschieden sich nicht substantiell. In all diesen Beschäftigungsgruppen ist die Inanspruchnahme von BGF-Angeboten von 2006 auf 2012 gesunken. 2006 lag die Teilnahmequote bei Arbeitern noch bei 69 %, 2012 bei 64 %.
<p>Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns</p>	<p>Mittel</p>

Fortsetzung Tabelle 34

Limitationen	Die Aussagekraft beruht auf der Wahrnehmung der Befragten; Verneinen von BGF-Maßnahmen, da fehlende Kenntnis; sehr einfach und allgemein gehaltene Formulierung der zwei BGF-bezogenen Fragen und daher keine Information zu Qualität, Art, Umfang, Dauer, Gegenstand und Ziel der BGF-Maßnahme
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren/innen	Es liegt kein Interessenkonflikt vor.
Schlussfolgerungen der Studienautoren/innen	Die Ergebnisse indizieren eine moderat gestiegene Verbreitung von BGF, verweisen zugleich aber auch auf einen nach wie vor erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf insbesondere der kleinen Betriebe.
Kommentare	

BauA = Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung. BIBB = Bundesinstitut für Berufsbildung. KKV = Kleinst- und Kleinunternehmen.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2017.

Tabelle 35: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beck et al.¹⁶

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x	
Wurde durch das Autorenteam ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		x	
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?			x
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	x		
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x		
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?			x
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering x	Mittel	Hoch Unklar*
Kommentare			

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖ FP.

Tabelle 36: Evidenztabelle Präventionsbericht 2016

Titel	Präventionsbericht 2016 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2015 Kapitel: Betriebliche Gesundheitsförderung
Autor/in	Schempp, N., Strippel, H., Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes, Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
Fragestellung	Wie viele Betriebe wurden im Jahr 2015 in Deutschland von der GKV in der BGF unterstützt?
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie; Datenanalyse
Studiendauer, Follow-up	2015
Studiengröße	Beschäftigte (Auszubildende sowie Ausgebildete) in Betrieben mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung: n1 = 1.302.383 in 10.922 Betrieben Teilnehmende Beschäftigte an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen: n2 = 1.665.209
Auswahlkriterien der Population	Grundlage für die Auswahl der Population stellen die Dokumentationsbögen der Krankenkasse für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und die BGF dar. n1: Beschäftigte in Betrieben mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung n2: Teilnehmende eines Präventions- und Gesundheitskurses
Charakteristika der Studienpopulation	Zielgruppe ist definiert nach folgenden Charakteristika: <ul style="list-style-type: none"> • Obere Führungsebene • Mittlere Führungsebene einschließlich Meister/Teamleiter • Mitarbeiter/innen ohne Führungsverantwortung • Auszubildende • Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen • Ältere Arbeitnehmer/innen • Arbeitnehmer/innen mit Migrationshintergrund • Geschlecht
Einflussfaktoren	Betriebsgröße, Branche, Zielgruppe, Geschlecht, Alter, beruflicher Status
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung von BGF-Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ Branche ○ Betriebsgröße ○ Ausbildungsstatus ○ Zielgruppe • Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ Alter ○ Geschlecht ○ Handlungsfeld

Fortsetzung Tabelle 36

<p>Ergebnisse</p>	<p>Verbreitung von BGF-Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Branche</u> Am häufigsten werden BGF-Maßnahmen im verarbeitenden Gewerbe durchgeführt (37 %). Im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen liegt der Prozentanteil bei 17 und im Bereich der wirtschaftlichen, sonstigen öffentlichen/persönlichen Dienstleistungen bei 15 %. • <u>Betriebsgröße</u> Das Engagement der Betriebe für gesundheitsfördernde Aktivitäten je nach Betriebsgröße ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Am häufigsten wurden mittlere und größere Betriebe mit 100 bis 500 Mitarbeitenden erreicht. Kleinere Unternehmen mit unter zehn Beschäftigten sowie große Unternehmen mit über 500 Mitarbeitenden sind jeweils insgesamt zu einem Fünftel vertreten. • <u>Ausbildungsstatus</u> Unter den erreichten Betrieben wiesen 6 % einen hohen Anteil an Auszubildenden auf. • <u>Zielgruppe</u> 35 % der Maßnahmen waren nicht auf die Beschäftigten insgesamt, sondern auf spezifische Zielgruppen bezogen. Am häufigsten war die mittlere Führungsebene Zielgruppe der Maßnahmen. 28 % der zielgruppenspezifischen Maßnahmen richteten sich an Personen, die während ihrer Arbeitszeit spezifischen Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind. Nur wenige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung richteten sich speziell an Frauen (4 %) oder an Männer (3 %), die meisten an beide Geschlechter. Allerdings findet die krankenkassen-geförderte BGF verstärkt in Betrieben mit höherem Männeranteil statt und somit werden mehr Männer erreicht. <p>Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen</p> <p>Insgesamt haben im Jahr 2015 1.665.209 Beschäftigte an einem Präventionskurs teilgenommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Alter</u> Die unter 20-Jährigen (Bevölkerungsanteil 18 %) machen 3 % der Kursteilnahmen aus. 21 % der Kursteilnehmer/innen sind zwischen 20 und 39, 43 % der Kursteilnehmer/innen sind zwischen 40 und 60 (Bevölkerungsanteil 31 %) Jahre alt. • <u>Geschlecht</u> Kurse werden vor allem von Frauen angenommen. • <u>Handlungsfeld</u> Ein Viertel der Kursteilnahmen finden zum Thema Stressbewältigung statt, die untergliedert sind in „multimordale Stressbewältigung“ und „Entspannung“ (93 %).
<p>Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns</p>	<p>Hoch</p>
<p>Limitationen</p>	<p>Information nur von GKV-Spitzenverband</p>
<p>Sponsor</p>	<p>GKV-Spitzenverband</p>
<p>Interessenkonflikt der Studienautoren/innen</p>	<p>Daten stammen vom GKV-Spitzenverband.</p>
<p>Kommentare</p>	

BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung. GKV = Gesetzliche Krankenversicherung.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2017.

Tabelle 37: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Präventionsbericht 2016

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x		
Wurde durch das Autorenteam ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?			x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x	
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	x			
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x			
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?			x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x	
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
	x			
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖ FP

Tabelle 38: Evidenztabelle Hollederer/Wießner 2015⁵⁸

Titel	Prevalence und development of workplace health promotion in Germany: results of the IAB Establishment Panel 2012
Journal	Int Arch Occup Environ Health (2015) 88:861-873
Autor/in	Holleder, A., Wießner, F.
Fragestellung	Wie ist die Verteilung von BGF-Maßnahmen in deutschen Unternehmen und was ist über die dazugehörigen Determinanten zu sagen?
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie; Datenanalyse
Studiendauer, Follow-up	IAB Establishment Panel 2012; Vergleich mit 2002 und 2004
Studiengröße	Unternehmen = 15.556; Westdeutschland: 9.560; Ostdeutschland: 5.996
Auswahlkriterien der Population	Unternehmen mit mindestens einem Angestellten, der sozialversichert ist, und die im Unternehmensregister registriert sind
Charakteristika der Studienpopulation	Zufällig ausgewählte Stichprobe des Unternehmensregisters der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit mit 2 Millionen registrierten Unternehmen
Einflussfaktoren	Bundesland, Wirtschaftsbereich, Betriebsgröße, Betriebsrat
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung von BGF-Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ Bundesland ○ Wirtschaftsbereich ○ Betriebsgröße ○ Betriebsrat

Fortsetzung Tabelle 38

Ergebnisse	<p>Verbreitung von BGF-Maßnahmen: 27 % der befragten Unternehmen bieten BGF-Maßnahmen entweder selbstfinanziert oder subventioniert im Jahr 2012 an. 64 % aller Angestellten in Westdeutschland und 63 % in Ostdeutschland können BGF-Maßnahmen in Anspruch nehmen. Die Anzahl jener Unternehmen, die BGF-Maßnahmen anbieten, ist von 2002 auf 2012 um 8 Prozentpunkte gestiegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Bundesland</u> Die Verteilung von Unternehmen, die BGF-Maßnahmen anbieten, variiert – bezogen auf die Bundesländer – sehr stark; Minimum: Berlin 19 %, Maximum: 46 % im Saarland; die anderen Bundesländer liegen über dem Durchschnitt. • <u>Wirtschaftsbereich</u> Der Anteil der Unternehmen mit BGF ist in allen Sektoren von 2002 auf 2012 gestiegen. Im Bereich der öffentlichen Verwaltung gibt es die höchste Anzahl an Unternehmen mit BGF-Maßnahmen, nämlich 60 % (2004: 44 %), gefolgt von Bergbau, Energie- und Wasserversorgung mit 47%, Ausbildung und Gesundheit jeweils 43 % und Hotelsektor 18 %. • <u>Betriebsgröße</u> Der Anteil von Unternehmen mit BGF-Maßnahmen steigt mit der Größe des Unternehmens. Der Anteil der Unternehmen mit BGF mit weniger als fünf sozialversicherten Angestellten liegt nur bei 16 %, Unternehmen mit fünf bis neun Angestellten haben einen Anteil von 30 %. 100 bis 199 Angestellte: 83 %. Fast alle Unternehmen mit mehr als 200 Angestellten bieten BGF-Maßnahmen an. Makroanalytische Perspektive: 89 % aller Unternehmen in Deutschland haben weniger als 20 Angestellte; andererseits arbeiten nur 26 % aller Angestellten in Unternehmen mit weniger als 20 Angestellten. Die Mehrheit der Unternehmen in Deutschland bieten keine BGF-Maßnahmen an, aber die Mehrheit der Angestellten profitieren von BGF. • <u>Betriebsrat</u> In 70 % der Unternehmen mit einem Betriebsrat wird BGF angeboten, in Unternehmen ohne Betriebsrat nur in 23 % der Fälle. • <u>Betriebsrat und Betriebsgröße</u> 9 % der Unternehmen mit fünf bis 19 Angestellten und 27 % der Unternehmen mit 20 bis 49 Angestellten haben einen Betriebsrat. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Unternehmen einen Betriebsrat hat, steigt mit der Anzahl der Angestellten.
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Mittel
Limitationen	Die Stichprobe eingeschlossen Limitation hinsichtlich der Validität.
Sponsor	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren/innen	Es liegt kein Interessenkonflikt vor.
Schlussfolgerungen der Studienautoren/innen	Nur eine Minderheit der Unternehmen in Deutschland bietet BGF-Maßnahmen an, gleichzeitig bietet diese Minderheit die Mehrheit der Jobs in Deutschland an. Die Analyse zeigt Unterschiede in der Verteilung sowie Potenzial für einen weiteren Ausbau von BGF auf.
Kommentare	

BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2017.

Tabelle 39: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Holleederer/Wießner⁵⁸

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x		
Wurde durch das Autorenteam ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?			x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x	
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	x			
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x			
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?			x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x	
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
	x			
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖ FP.

Tabelle 40: Evidenztabelle Beck et al.¹⁷

Titel	Patterns and predictors for workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany
Journal	Beck et al. BMC Public Health (2015) 15:343
Autor/in	Beck, D., Lenhardt, B., Sommer, S.
Fragestellung	Wie ist die Häufigkeit von BGF-Nutzungsmustern in UN in Deutschland?
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie; Sekundärdatenanalyse
Studiendauer, Follow-up	2011
Studiengröße	n = 6.500
Auswahlkriterien der Population	Eine Person (Managementebene bzw. Sicherheitsschutz- bzw. Gesundheitsbeauftragter), die an der Befragung der GDA teilgenommen hat
Charakteristika der Studienpopulation	Unternehmen mit mindestens einem Angestellten im Jahr 2011

Fortsetzung Tabelle 40

<p>Einflussfaktoren</p>	<p>BGF-Maßnahmen: A: Analyse der Krankenstandsdaten B: Mitarbeiterbefragung zur Gesundheit am Arbeitsplatz C: Sportprogramm im Unternehmen D: Gesundheitszirkel oder ähnliche teilnehmende Gruppen E: Sucht-Präventionsprogramme F: Individuelle Gesundheits-Checks</p> <p>Level A: Gesundheitszirkel (D) kombiniert mit einer Analyse (A + B) oder individueller Prävention (C, E, F) oder beides Level B: Analyse (A + B) und individuell orientierte Prävention (C, E, D) kombiniert, kein Gesundheitszirkel Level C: Maßnahmen nur von einer Kategorie, keine Kombinationen Level D: keine BGF-Maßnahmen</p> <p>Betriebsgröße, Wirtschaftssektor, wirtschaftliche Situation, Betriebsrat, Sicherheitsschutzbeauftragte, Arbeitsmediziner</p>
<p>Endpunkte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung von BGF-Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ Art der BGF-Maßnahme ○ Betriebsgröße ○ Wirtschaftssektor ○ Wirtschaftliche Situation ○ Betriebsrat ○ Sicherheitsschutzbeauftragte ○ Arbeitsmediziner
<p>Ergebnisse</p>	<p>Verbreitung von BGF-Maßnahmen: 44 % der befragten UN (6.500) gaben an, keine BGF-Maßnahme in ihrem UN zu haben. 29 % hatten nur eine Maßnahme implementiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Betriebsgröße</u> 51 % der UN mit einem bis neun Angestellten gaben keine BGF-Maßnahmen an. 27 % der UN mit einem bis neun Angestellten bieten eine BGF-Maßnahme Level C, 14 % Level B, 8 % Level A an, 30 % der UN mit zehn bis 49 Angestellten bieten keine BGF-Maßnahmen an; UN mit 50 bis 249 Angestellten: 11 %; ≥ 259; 3 % Die Betriebsgröße ist ein Prädiktor für BGF-Maßnahmen. Die Chance auf eine BGF-Maßnahme ist höher, je größer das UN ist. • <u>Wirtschaftssektor</u> 46 % der Firmen im privaten Sektor bieten keine BGF-Maßnahmen an, dies gilt für 22 % im öffentlichen Sektor; 45 % im Sektor „Service“ bieten keine BGF-Maßnahmen an, für den Sektor „Produktion und Agrikultur“ sind das 41 %. Der Sektor ist kein Prädiktor für BGF-Maßnahmen. • <u>Wirtschaftliche Situation</u> 52 % der UN, die eine schlechte wirtschaftlichen Situation gaben keine BGF-Maßnahmen an. 47 % der UN mit befriedigender wirtschaftlicher Situation und 41 % der UN mit einer guten wirtschaftlichen Situation gaben an, keine keine BGF-Maßnahmen zu haben. Die wirtschaftliche Situation ist ein Prädiktor für BGF-Maßnahmen, aber nicht so ausgeprägt wie die Betriebsgröße. • <u>Betriebsrat</u> 42 % der UN ohne Betriebsrat bieten keine BGF-Maßnahmen an, 11 % der UN mit Betriebsrat bieten keine BGF-Maßnahmen an Der Betriebsrat ist auch ein Prädiktor für BGF-Maßnahmen. • <u>Sicherheitsschutzbeauftragte</u> 60 % der UN ohne Sicherheitsschutzbeauftragten bieten keine BGF-Maßnahmen an, 33 % der UN mit Sicherheitsschutzbeauftragten bieten keine BGF-Maßnahmen an. Der Sicherheitsschutzbeauftragte ist auch ein Prädiktor für BGF-Maßnahmen. • <u>Arbeitsmediziner</u> 58 % der UN ohne Arbeitsmediziner bieten keine BGF-Maßnahmen an, 30 % der UN mit Arbeitsmediziner bieten keine BGF-Maßnahmen an. Arbeitsmediziner ist auch ein Prädiktor für BGF-Maßnahmen.

Fortsetzung Tabelle 40

Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Mittel
Limitationen	Die Stichprobe eingeschlossen Limitationen hinsichtlich der Validität, da es sich um eine Befragung handelte und die Response-Rate nur bei 18 % lag.
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren/innen	Es liegt kein nflikt vor.
Schlussfolgerungen der Studienautoren/innen	Nur eine Minderheit an UN in Deutschland bieten BGF-Maßnahmen an, während diese Minderheit wiederum die Mehrheit an Jobs in Deutschland anbietet. Die Analyse zeigt Unterschiede in der Verteilung sowie Potenzial für einen weiteren Ausbau von BGF auf.
Kommentare	

BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung. GDA = Gemeinsame Deutsche Arbeitschutzstrategie. UN = Unternehmen.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2017.

Tabelle 41: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beck et al. 2010/2014

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x		
Wurde durch das Autorenteam ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?			x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x	
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	X			
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	X			
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?			x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x	
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
	X			
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖ FP.

Die systematische Bewertung medizinischer Prozesse und Verfahren, *Health Technology Assessment* (HTA), ist mittlerweile integrierter Bestandteil der Gesundheitspolitik. HTA hat sich als wirksames Mittel zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen etabliert.

Seit Einrichtung der Deutschen Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA@DIMDI) im Jahr 2000 gehören die Entwicklung und Bereitstellung von Informationssystemen, speziellen Datenbanken und HTA-Berichten zu den Aufgaben des DIMDI.

Im Rahmen der Forschungsförderung beauftragt das DIMDI qualifizierte Wissenschaftler mit der Erstellung von HTA-Berichten, die Aussagen machen zu Nutzen, Risiko, Kosten und Auswirkungen medizinischer Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dabei fallen unter den Begriff Technologie sowohl Medikamente als auch Instrumente, Geräte, Prozeduren, Verfahren sowie Organisationsstrukturen. Vorrang haben dabei Themen, für die gesundheitspolitischer Entscheidungsbedarf besteht.