



Melvin Mohokum · Julia Dördelmann

Betriebliche Gesundheits- förderung

Ein Leitfaden für Physiotherapeuten

EBOOK INSIDE

 Springer

Betriebliche Gesundheitsförderung

EBOOK INSIDE

Die Zugangsinformationen zum eBook inside finden Sie am Ende des Buchs.

Melvin Mohokum
Julia Dördelmann

Betriebliche Gesundheitsförderung

Ein Leitfaden für Physiotherapeuten

Mit 80 Abbildungen

 Springer

Melvin Mohokum
Leichlingen, Germany

Julia Dördelmann
Göttingen, Germany

Ergänzendes Materialien finden Sie unter <http://extras.springer.com>

ISBN 978-3-662-54693-2 978-3-662-54694-9 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-54694-9>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Sebastian Gauert/iStockphoto, ID-Nr. 509250568

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH, DE

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

In unseren gesellschaftlichen Lebensbereichen und Lebenswelten erhalten die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung einen zunehmend zentralen Stellenwert. Diese Entwicklung schließt das Setting Betrieb ebenfalls mit ein. Aufgrund des demografischen Wandels und tiefgreifender arbeitsbezogener Veränderungen erhalten die Themen Erhalt und Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz eine immer stärkere Bedeutung. Mittlerweile gibt es gesetzliche Regelungen wie das Präventionsgesetz, die Prävention zur Soll-Vorschrift machen. Auch das Bewusstsein der Arbeitgeber gegenüber gesundheitsförderlichen Maßnahmen nimmt spürbar zu.

Es bedarf kompetenter Akteure und passender Konzepte, um diesen Bereich weiter auszubauen und zu gestalten. Durch ihre besondere Qualifikation sind Physiotherapeuten dafür prädestiniert, ihre Kompetenz und ihr Können an vielen Stellen in die BGF einzubringen. Der Bereich BGF ist fachlich-inhaltlich ein äußerst interessantes und spannendes Arbeitsfeld für Physiotherapeuten, von dem sie auch wirtschaftlich profitieren.

Mit diesem Buch soll Akteuren, insbesondere Physiotherapeuten, der Einstieg in das Tätigkeitsfeld der BGF erleichtert werden.

Körperliche und psychische Beschwerden von Patienten können mit der jeweiligen Arbeitstätigkeit verbunden sein. Auch das Auftreten und die Dauer von Fehlzeiten am Arbeitsplatz können davon betroffen sein. Dabei werden die Ausprägung und die Entwicklung von Beschwerden durch die Eigenschaft der ausgeübten Tätigkeit beeinflusst.

In bestimmten Fällen ist es schwierig, z. B. mit einer 6er-Verordnung Krankengymnastik und einer Behandlungsfrequenz von 1- bis 2-mal wöchentlich den täglichen Belastungen am Arbeitsplatz entgegenzuwirken. Wenn beispielsweise bei Patienten mit einem HWS-Syndrom der Bildschirm am Arbeitsplatz ständig deutlich zu hoch eingestellt ist und sich die HWS deswegen während der Arbeit am Bildschirm permanent in einer Hyperextension/Überstreckungsstellung befindet, kann das den langfristigen und effektiven Therapieerfolg der physiotherapeutischen Behandlung in erheblichem Maße beeinflussen. Eine erfolgreiche Behandlung ist daher auf einen ergonomisch optimal eingerichteten Arbeitsplatz angewiesen. Daher muss der Arbeitsplatz im physiotherapeutischen Handeln berücksichtigt werden.

Ganz im Sinne der Primärprävention soll jedoch das Ziel sein, zu intervenieren, noch bevor Symptome überhaupt entstehen. Leider wird oft erst gehandelt, wenn der Leidensdruck bereits sehr groß ist. Wir sehen es als eine spannende Herausforderung, Physiotherapeuten für die betriebliche Gesundheitsförderung zu motivieren und zu begeistern.

Uns war es wichtig, ein Buch nicht nur mit reinen Fachinhalten zu schreiben, sondern möglichst viele Kontextfaktoren zur Umsetzung von Maßnahmen in der BGF zusätzlich aufzunehmen. Zudem ist es im Arbeitsalltag der BGF Normalität, Konzepte zu entwickeln, umzusetzen, wissenschaftliche Nachweise zu liefern und Anträge zu stellen. Die Kapitel bringen die für die Berufsgruppe relevanten Informationen auf den Punkt und ermöglichen somit einen Gesamtüberblick von der Kundenakquise über die Konzeptentwicklung bis hin zur Umsetzung, Eva-

luation und Verstetigung. Gerade durch diese besondere Mischung kann das physiotherapeutische Fachwissen optimal in die Praxis transportiert und implementiert werden.

Auch für andere Berufsgruppen, die für Aufgabenbereiche in der BGF qualifiziert sind und ebenfalls als Protagonisten agieren, kann das vorliegende Buch von Interesse sein. Bei der Umsetzung eines komplexen Gesundheitsmanagements ist vielfach ohnehin ein interdisziplinäres Team am Werk. Dazu gehören neben Physiotherapeuten beispielsweise Logopäden, Ergotherapeuten, Psychologen, Ärzte oder Ernährungsberater.

Im Online-Teil möchten wir besonders auf das Interview mit der ausgebildeten Physiotherapeutin Frau Sonngrit Böhme, die heute als Health Managerin in der Konzernzentrale der Continental AG, einem international tätigen DAX-Unternehmen mit Hauptsitz in Hannover, arbeitet, hinweisen. In ihrer Position ist sie im strategischen Gesundheitsmanagement tätig und an der Realisierung von vielen modernen innerbetrieblichen Gesundheitsprojekten beteiligt.

Daneben befinden sich im Online-Teil weitere praktische Materialien wie u. a. eine Checkliste und eine Präsentationsvorlage.

Im Bereich der BGF ein Fachbuch zu schreiben, ist nicht zuletzt deshalb herausfordernd, weil es bei der Menge an relevanten Quellen (Gesetze, Verordnungen, Leitfaden Prävention, Studienlage etc.) regelmäßig zu Veränderungen und Aktualisierungen kommt. Erst vor wenigen Monaten wurde die Bildschirmarbeitsverordnung, die 20 Jahre lange gültig war, außer Kraft gesetzt und deren Inhalte in die novellierte Arbeitsstättenverordnung eingefügt. Auch der Leitfaden Prävention wird fortwährend weiterentwickelt und den Gegebenheiten angepasst. Momentan wird er ebenfalls überarbeitet, allerdings nicht mehr in so erheblichen Umfang wie bei der letzten größeren Überarbeitung im Jahr 2014.

In jeder weiteren Auflage werden wir die bis dahin vorgenommenen Änderungen selbstredend aufnehmen und einfügen. Bis dahin sollte der Leser selbst prüfen, inwiefern die zitierten Quellen zum Zeitpunkt des Lesens gültig und aktuell sind. Das vorliegende Buch bietet eine wichtige Grundlage, um in das Thema BGF einzusteigen und um wesentliche Eckpunkte zu verstehen. Jedoch ist wie immer selbstgesteuertes Lernen für die weitere Entwicklung unverzichtbar.

Julia Dördelmann und Melvin Mohokum

Göttingen/Leichlingen im Mai 2017

Danksagung

Zuallererst möchten wir uns bei unseren Mentoren bedanken, die uns bisher auf unserem Weg durch die große weite Welt der BGF begleitet und unterstützt haben.

Wir danken dem Springer-Verlag für die Verwirklichung unseres Projektes. Hier seien ganz besonders Frau Dr. Esther Dür und Frau Katharina Wagner erwähnt, die uns an vielen Stellen stets kompetent, motiviert und konstruktiv weitergeholfen haben. Auch für manche eventuell nicht alltäglichen Anfragen hatten sie immer ein offenes Ohr.

Wir danken allen Professoren und Experten für die konstruktiven Diskussionen, die wertvollen Tipps und ihre Abdruckgenehmigungen.

Wir danken dem Ergonomieexperten Herrn Dr. Peter Schäfer, ehemals VBG, Bereich Prävention, Bezirksverwaltung Ludwigsburg, für seine Beratung und seine Zeit, all unsere Fragen ausführlich zu beantworten.

Wir danken unseren Studenten und Fortbildungsteilnehmern für die kritischen Diskussionen und die Ergebnisse aus studentischen Forschungsprojekten, die ebenfalls in dieses Buch eingeflossen sind.

Wir danken unseren Korrekturlesern für das kritische Lesen des Manuskripts, das bereichernde Feedback und die wertvollen Gedanken. Zu nennen sind hier ganz besonders Frau Frauke Dölp und Frau Nadine Hohmann.

Wir danken Herrn Stephan Lamerz für seine Kompetenz, Erfahrung und Geduld, die er uns während des gesamten Lektorats fortwährend und jederzeit entgegenbrachte. Durch seine präzise und strukturierte Bearbeitung unseres Manuskripts bekam unser Werk den finalen Feinschliff.

Wir danken Frau Gabriele Dördelmann und Frau Daniela Richter, die in ihrer Freizeit Grafiken professionell erstellt und modifiziert haben. Dank ihnen konnten die Abbildungen perfekt an die Zielgruppe und das Thema angepasst werden.

Wir danken Herrn Alexander Wolf für die Bilder, die er extra für das Buch aufgenommen hat. Ohne seine Flexibilität, seine Ideen und seine Bereitschaft hätten wir den Praxistransfer unserer Inhalte bildlich nicht so aussagekräftig darstellen und echte Einblicke in das Tätigkeitsfeld der BGF liefern können.

Wir danken Frau Sonngrit Böhme für das Interview und ihre Bereitschaft, den Lesern dieses Buches aus der Konzernzentrale Einblicke in das betriebliche Gesundheitsmanagement eines weltweit agierenden DAX-Unternehmens zu liefern.

Wir danken Herrn Bodo Mecke, Inhaber einer Spezialreinigungsfirma, für sein Interesse und sein Einverständnis, Ausschnitte seiner beruflichen Tätigkeiten in Hinblick auf die BGF näher zu beleuchten und exemplarisch abzulichten.

Wir danken Frau Dörte Gericke, die uns als Ergonomiefachberaterin nicht nur sehr wichtige und qualitativ hochwertige Tipps geben konnte, sondern uns ihr Ergonomiestudio mit der gesamten Ausstattung für Fotoaufnahmen zur Verfügung gestellt hat.

Wir danken unseren Familien und Freunden für den Rückhalt, die Unterstützung, ihre offenen Ohren und ihren Glauben an unser Projekt.

Die Autoren



Melvin Mohokum, geboren am 17.11.1980 in Hannover, ist Wissenschaftler und Physiotherapeut, seine familiären Wurzeln liegen in Deutschland sowie in Mauritius.

Seit dem Jahr 2013 lehrt Herr Mohokum als Professor für Therapiewissenschaften an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera. Er unterrichtet dort praxisnah im ausbildungsintegrierenden Studiengang Physiotherapie schwerpunktmäßig zu Themen wie Gesundheitsförderung, evidenzbasierte Physiotherapie, Clinical Reasoning sowie Untersuchung und Behandlung von muskuloskelettalen Funktionsstörungen.

Vor seiner Tätigkeit als Professor war er im betrieblichen Gesundheitsmanagement als Betriebs- und Projektleiter tätig. Für einen international tätigen DAX-Konzern aus der Automobilbranche baute er in Berlin ein modernes Gesundheitszentrum auf, als Projektleiter verantwortete er gleichzeitig die operative Umsetzung von Projekten und langfristigen Aufträgen mit weiteren Unternehmen sowie einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung in Berlin/Brandenburg.

In der interdisziplinären, multimodalen Schmerztherapie war er als Physiotherapeut zudem in einem interdisziplinären Spezialistenteam zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von oftmals arbeitsunfähigen Patienten mit Rückenschmerzen tätig. Darüber hinaus verfügt Herr Dr. Mohokum über mehrjährige klinische Erfahrung in der neuromuskulären Physiotherapie.

Forschungstechnisch beschäftigt sich Herr Dr. Mohokum vor allem mit Wirkzusammenhängen am Bewegungsapparat, der wissenschaftlichen Untersuchung von Diagnostik- und Assessmentverfahren sowie der Entwicklung von Lehrinhalten für Gesundheitsfachberufe. Seine fachbezogenen Forschungsaktivitäten werden durch mehrere nationale und internationale, englischsprachige wissenschaftliche Publikationen in renommierten Fachzeitschriften belegt.

2016 wurde mit der Verleihung des Julius-Springer-Preises für Manuelle Medizin seine bisherige Arbeit auf diesem Gebiet gewürdigt. Zusätzlich präsentiert er seine Forschungsergebnisse regelmäßig auf wichtigen Kongressen, wie z. B. dem Global Spine Congress 2016 in Dubai.

Die Lehrveranstaltungen für Studierende werden von Herrn Dr. Melvin Mohokum unter Anwendung moderner hochschuldidaktischer Methoden gehalten. Sein eigenes Studium der Physiotherapie absolvierte er an der niederländischen Hogeschool van Amsterdam und am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg. Die Promotion erfolgte am Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahr 2013.



Julia Dördelmann, geboren am 03.03.1985 in Datteln, ist Physiotherapeutin und unterrichtet als Lehrkraft an der Schule für Physiotherapie der Universitätsmedizin Göttingen und dem UMG/HAWK Gesundheitscampus.

Dort vermittelt sie unter anderem Kernkompetenzen zu problemorientiertem Lernen, betrieblicher Gesundheitsförderung, Gesundheitspolitik und Struktur des Gesundheitswesens in interdisziplinären Teams. Ergänzend zu ihrer Lehrtätigkeit ist sie seit 2004 Angestellte der Physiotherapiepraxis A.-B. Behler sowie ausgebildete Sportphysiotherapeutin und sektorale Heilpraktikerin.

Durch ihre Kooperation mit Friseuren zum Thema Ergonomie am Arbeitsplatz entstanden 2008 ihre ersten Seminare zur Gesundheitsförderung im Setting Betrieb. Für Intercoiffure, einer Vereinigung und einem Kreativnetzwerk internationaler Coiffeure in 43 Ländern, reiste Frau Dördelmann 2014 für mehrere Monate weltweit durch verschiedene Länder, um sich für die (von Intercoiffure gegründete) Hilfsorganisation »Education for Life« einzusetzen. Zusätzlich konnte sie so internationales Wissen über den Beruf des Physiotherapeuten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung in anderen Ländern erwerben.

2012 war Frau Dördelmann am konzeptionellen Aufbau einer neuen Qualifizierungsmaßnahme für sozial benachteiligte Jugendliche im Bereich Gesundheit und Soziales der Beschäftigungsförderung Göttingen beteiligt, an der sie bis Ende 2013 als Fachanleiterin mitwirkte.

2010 entwickelte sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK e. V.) in Zusammenarbeit mit Frau Repschläger ein BGF-Konzept für Physiotherapeuten. Zu diesem Konzept begleitete sie das entsprechende Pilotprojekt und die Einsätze von Physiotherapeuten in Kindertagesstätten. Seit 2011 gibt sie mit ihren Kollegen bundesweit die dazugehörigen Fortbildungen und bietet Workshops an. Zusätzlich publiziert sie regelmäßig in Fachzeitschriften und schreibt Beiträge zu praxisrelevanten Fragestellungen.

Ihr staatliches Examen und ihre Berufsankennung erlangte Frau Dördelmann 2007 an der Schule für Physiotherapie Göttingen. 2009 schloss sie ihr Studium zum Bachelor of Science im Rahmen des interdisziplinären Studiums ELP an der HAWK, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Hildesheim ab.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen und Entwicklungen	1
	<i>Julia Dördelmann, Melvin Mohokum</i>	
1.1	Grundbegriffe und Definitionen	3
1.1.1	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	3
1.1.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	3
1.1.3	Prävention	4
1.1.4	Betriebliche Prävention	4
1.1.5	Gesundheitliche Ressourcen	5
1.1.6	Verhaltensprävention (Interne Ressourcen)	5
1.1.7	Verhältnisprävention (Externe Ressourcen)	5
1.1.8	Resilienz	6
1.1.9	Präsentismus	7
1.1.10	Absentismus	7
1.2	Wichtige Meilensteine in der Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung	7
1.2.1	1986 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung	8
1.2.2	1989 EU-Rahmenrichtlinie über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (89/391/EWG)	8
1.2.3	1989 Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer	9
1.2.4	1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG)	9
1.2.5	1996 Gründung des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (European Network For Workplace Health Promotion, kurz ENWHP)	9
1.2.6	1997 Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung	9
1.2.7	1998 Cardiff-Memorandum	10
1.2.8	2005 Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalen Welt	10
1.2.9	2007 GKV-Wettbewerbsverstärkungsgesetz	11
1.2.10	2009 Jahressteuergesetz	11
1.2.11	2015 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz, PräVG)	11
1.3	Zukünftige Entwicklungen	11
1.4	Vorteile der BGF	12
1.4.1	Vorteile für Physiotherapeuten	12
1.4.2	Vorteile für Arbeitgeber	13
1.4.3	Vorteile für Arbeitnehmer	13
1.4.4	Vorteile für Krankenkassen	13
1.4.5	Vorteile für die Gesellschaft	13
1.5	Die Rolle der Physiotherapie in der BGF	14
1.5.1	Physiotherapeuten als prädestinierte Berufsgruppe in der BGF	14
1.5.2	Notwendige Kompetenzen für die BGF	16
1.6	Analyse der Tätigkeitsbereiche/Befundaufnahme/Feststellung des Ist-Zustandes . .	18
1.7	Beweggründe für und gegen die Implementierung von BGM	20
1.7.1	Beweggründe für die Einführung eines BGM aus Unternehmenssicht	20
1.7.2	Beweggründe gegen die Einführung eines BGM aus Unternehmenssicht	21
1.8	Bisherige Barrieren und wie diese abgebaut werden können	21

1.8.1	Barrieren aus Sicht der Physiotherapeuten	21
1.8.2	Barrieren seitens der Arbeitgeber	25
1.9	Akteure in der BGF	27
1.9.1	Betriebliche Akteure	27
1.9.2	Überbetriebliche Akteure	29
1.10	Partizipation der Zielgruppe in der betrieblichen Gesundheitsförderung	30
	Literatur	32
2	Zugang zur Zielgruppe	35
	<i>Julia Dördelmann</i>	
2.1	Zugangswege	36
2.1.1	Zugang über den Patienten	36
2.1.2	Zugang über die Krankenkassen	37
2.1.3	Zugang über die Betriebe	37
2.2	Kundenakquise bei Arbeitgebern und Krankenkassen	38
2.2.1	Systematische Vorgehensweise	38
2.2.2	Festlegen der Zielgruppe	39
2.3	Anschreiben	41
2.4	Verhandlungen	41
2.5	Auftreten	44
2.5.1	Äußere Erscheinung	44
2.5.2	Ausstrahlung	44
2.5.3	Sympathie	45
2.5.4	Körpersprache	45
2.5.5	Selbstbild	46
2.5.6	Fremdwahrnehmung	47
2.6	Marketing	48
2.7	Motivation	48
2.7.1	Motivation der Arbeitnehmer	49
2.7.2	Faktoren für eine erfolgreiche Motivation	51
2.7.3	Phasenmodell des motorischen Lernprozesses	52
2.7.4	Gemeinsame Ziele als Motivatoren	54
	Literatur	54
3	Ganzheitliches Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis am Beispiel von Rückenschmerzen	57
	<i>Melvin Mohokum</i>	
3.1	Hintergrund	58
3.2	Theoretische Modelle	58
3.2.1	Belastungs-Beanspruchungsmodell	58
3.2.2	Anforderungs-Kontroll-Modell	60
3.2.3	Handlungsmodell zur gesunden und erfolgreichen Arbeitsgestaltung	61
3.2.4	Bio-psycho-soziales Modell	62
3.2.5	Transtheoretisches Modell	62
3.3	Rückenschmerz und Arbeit	65
3.3.1	Flaggenmodell	66
3.3.2	Klassifizierungssysteme für Rückenschmerzen	67

3.4	Multimodaler Therapieansatz bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen . . .	67
3.5	Fazit	68
	Literatur	69
4	Konzeptentwicklung	73
	<i>Melvin Mohokum</i>	
4.1	Projektarbeit	75
4.1.1	Was ist eigentlich ein Projekt und was zeichnet es aus?	75
4.1.2	Für die Steuerung, Koordination und Überwachung von Projekten ist das Projektmanagement zuständig	77
4.1.3	Instrumente (Tools) des Projektmanagements	79
4.1.4	Projektteam	79
4.1.5	Zielsetzung	79
4.1.6	Projektphasen und Meilensteine	81
4.2	Projekterfolg	83
4.2.1	Zeitplan	83
4.2.2	Gründe für das Scheitern von Projekten/Misserfolgskfaktoren	84
4.3	Organisationsstrukturen Projekt	85
4.3.1	Integriertes Projektmanagement	85
4.3.2	Autonomes Projektmanagement	85
4.3.3	Matrixstruktur	85
4.3.4	Konzeptentwicklung für Projekte	86
4.4	Maßnahmen eines betrieblichen Konzepts	89
4.4.1	Arbeitsplatzanalyse	89
4.4.2	Einzeltraining	89
4.4.3	Gruppenschulung	90
4.4.4	Aktive Pause	90
4.4.5	Vortrag	90
4.4.6	Workshop/Seminar	91
4.4.7	Gesundheitstag	91
4.4.8	Entwicklung eines spezifischen Übungsprogramms	91
4.4.9	Gefährdungsbeurteilungen	92
4.4.10	Leitmerkmalmethode (LMM)	93
4.4.11	Feedbackgespräch	93
4.5	Datenschutz und Schweigepflicht	96
4.6	Projektanalyse und -planung	96
4.6.1	SWOT-Analyse	96
4.7	Evaluation von Maßnahmen der BGF	98
4.7.1	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	99
4.7.2	PDCA-Zyklus	100
4.7.3	Gesundheitszirkel	100
4.7.4	Balance Score Card (BSC)	101
4.7.5	Praktische Messung von Parametern mittels klinischer Assessments	101
4.7.6	Fragebögen	104
4.7.7	Zufriedenheit	106
4.8	Fazit	106
	Literatur	107

5	Angebotsunterbreitung und Vertragserstellung	111
	<i>Julia Dördelmann</i>	
5.1	Aufbau eines Angebots	112
5.1.1	Ausgangslage	112
5.1.2	Leistungen	113
5.1.3	Teilnahme- und Kursbedingungen	113
5.1.4	Exemplarisches Angebot mit pauschaler Preisangabe	113
5.2	Kosten im Angebot	115
5.2.1	Beispiel eines Angebots mit aufgeschlüsselten Kosten	115
5.3	Vertrag	115
5.3.1	Fixe und variable Kosten	115
5.3.2	Break-even-Analyse als Entscheidungshilfe	118
5.3.3	Merkliste Preiskalkulation	120
5.3.4	Beispiel einer Preiskalkulation	123
5.3.5	Weitere Einflussfaktoren	123
5.4	Verhandlungen richtig führen	125
5.5	Berufshaftpflicht	128
5.6	Schweigepflicht	129
	Literatur	129
6	Marketing	131
	<i>Julia Dördelmann</i>	
6.1	Marketing in der betrieblichen Gesundheitsförderung	132
6.2	Begriffsdefinitionen	133
6.2.1	Definition Marketing	133
6.2.2	Definition Werbung	134
6.2.3	Definition Public Relations (PR)	134
6.2.4	Definition Medien	134
6.2.5	Definition Marketing-Mix	136
6.3	Heilmittelwerbegesetz (HWG)	136
6.4	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) § 4 Mitbewerberschutz	138
6.5	Leitfaden Akquisegespräch	138
6.5.1	Telefonakquise	138
6.5.2	Persönliche Akquise im Direktkontakt	142
6.6	Innerbetriebliches Marketing	144
6.6.1	Exemplarische E-Mail	144
6.6.2	Exemplarische Powerpoint-Präsentation	145
6.6.3	Plakat	148
6.6.4	Intranet	149
6.6.5	Flyer und Visitenkarten	150
6.7	Teilnahme an Ausschreibungen	150
6.8	Präsentieren vor der Zielgruppe	150
6.8.1	Arbeits- und Zeitplanung für eine Präsentation	151
6.8.2	Präsentationsmedien	153
6.9	Weitere Informationen	153
	Literatur	153

7	Finanzierungshilfen	155
	<i>Julia Dördelmann</i>	
7.1	Sozialgesetzbuch V §§ 20a und 20b	156
7.1.1	§ 20a SGB V – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten . .	158
7.1.2	§ 20b SGB V – Betriebliche Gesundheitsförderung	158
7.2	Leitfaden Prävention	160
7.2.1	Aufbau des Leitfadens	160
7.2.2	Setting-Ansatz	161
7.2.3	Individueller Ansatz	166
7.2.4	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement	170
7.2.5	Antrag auf Bezuschussung	170
7.3	Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen individuellem und Setting-Ansatz .	172
7.4	Kostenübernahme durch den Arbeitgeber	172
7.5	Weitere Informationen	173
	Literatur	173
8	Ergonomie am Arbeitsplatz mit Praxisbeispielen	175
	<i>Melvin Mohokum, Julia Dördelmann</i>	
8.1	Ergonomie	178
8.1.1	Teilbereiche der Ergonomie	179
8.2	Ergonomische Gestaltung am Beispiel von Bildschirm- und Büroarbeitsplätzen . . .	179
8.2.1	Die Arbeitsstättenverordnung (ArbstättV)	180
8.2.2	Bildschirmgeräte	181
8.2.3	Merkmale eines ergonomischen Bürostuhls	181
8.2.4	Demonstration Funktionsweise Bürostuhl	182
8.2.5	Sitzposition	182
8.2.6	Dynamisches Sitzen	183
8.2.7	Arbeitstisch	184
8.2.8	Einstellung des Bildschirms	184
8.2.9	Sehabstand	185
8.2.10	Zeichenschärfe, Zeichenhöhe, Schriften	185
8.2.11	Bildschirmkontrast (Positiv- und Negativdarstellung)	186
8.2.12	Blendungen und Spiegelungen	186
8.2.13	Tastatur	187
8.2.14	PC-Maus	188
8.2.15	Notebook	189
8.2.16	Verwendung von Tablet-PCs	189
8.2.17	Greifraum, Gesichtsfeld, Blickfeld	190
8.2.18	Bein- und Fußraum	190
8.2.19	Freie Bewegungsfläche am Arbeitsplatz	190
8.2.20	Beleuchtung	190
8.2.21	Schalldruckpegel/Geräusche/Lärm	191
8.2.22	Verkehrswege	193
8.2.23	Klima	193
8.3	Ergänzende Möglichkeiten der Arbeitsplatzgestaltung	194
8.3.1	Sitz-/Pezzibälle am Büroarbeitsplatz	194
8.3.2	Sitz-/Kniemöbel am Büroarbeitsplatz	194
8.3.3	Fußstütze	195

8.3.4	Vorlagenhalter	195
8.3.5	Doppelmonitor (Doppelbildschirm)	195
8.3.6	Sitzkissen bzw. Sitzkeil	195
8.3.7	Sitz-Steh-Arbeitsplatz	196
8.3.8	Büropflanzen	196
8.4	Ergänzende Hinweise für Erwerbstätige an Bildschirmarbeitsplätzen	197
8.4.1	Bildschirmpausen	197
8.4.2	Augenvorsorgeuntersuchung	197
8.4.3	Bildschirmbrille	198
8.5	Augen- und Ausgleichsübungen am Büroarbeitsplatz	198
8.5.1	Palmieren	198
8.5.2	Blinzeln	198
8.5.3	Der Links-Rechts-Blick und der Oben-Unten-Blick	198
8.5.4	Kreis	199
8.5.5	Die liegende und die stehende Acht	199
8.5.6	Grimassieren	199
8.5.7	Recken und Strecken	199
8.5.8	Selbstmassage an der Nasenwurzel und Stirn	200
8.5.9	Selbstakupressur an der Stirn-Ohren-Linie	200
8.5.10	Fernblick	200
8.5.11	Weitblick	200
8.5.12	Mobilisieren des Nackens	201
8.6	Eindrücke physiotherapiebasierter BGF vor Ort	202
8.6.1	Tätigkeitsfeld Fräsen	202
8.6.2	Tätigkeitsfeld Fensterputzen	205
8.6.3	Einsatz ergonomischer Hilfsmittel	208
8.7	Settingbeispiele für den Einsatz ergonomischer Hilfsmittel	209
8.7.1	Bildschirmarbeitsplatz	209
8.7.2	Kindertagesstätte	209
8.7.3	Zahnarztpraxis	209
8.8	BGF-Projekt in Ausbildung und Studium	210
8.9	Weitere Informationen	211
	Literatur	211
	Internetseiten	212
	Technische Regeln für Arbeitsstätten	212
	Sonstiges	213
9	Kommunikation	215
	<i>Melvin Mohokum</i>	
9.1	Einleitung	216
9.2	Sender-Empfänger-Modell von Shannon und Weaver	216
9.2.1	Übertragung des Sender-Empfänger-Modells in die BGF am Beispiel	217
9.3	Das 4-Ohren-Modell mit praktischen Beispielen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung	217
9.4	Nonverbale Kommunikation	220
9.5	Aktives Zuhören	221
9.6	Positiv-Botschaften senden	223
9.7	Umgang mit Killerphrasen	223

9.8	Abgrenzung in der BGF	224
9.9	Weitere Informationen	224
	Literatur	224
	Internetseiten	225
10	Recherche und Informationsbeschaffung in der BGF	227
	<i>Melvin Mohokum</i>	
10.1	Einleitung	228
10.2	Wissenschaftliche Fragestellung in der BGF	228
10.3	Sprachkompetenzen bei der Literaturrecherche	229
10.4	Die Suche richtig operationalisieren	230
10.4.1	Unterschied zwischen Schlagwort und Stichwort	230
10.4.2	Schnellsuche/Detailsuche	230
10.4.3	Boolesche Operatoren	230
10.4.4	Trunkierung, Maskierung und Phrasensuche	232
10.4.5	Bibliografischer Eintrag	233
10.5	Welche Informationsquellen stehen mir grundsätzlich zur Verfügung?	233
10.5.1	Fachzeitschriften	233
10.5.2	Fach- und Lehrbücher	235
10.5.3	Experteninterview	235
10.5.4	Elektronische Datenbanken	235
10.5.5	Bibliothekskataloge	237
10.5.6	Freie Suche im Internet	238
10.6	Informationsbeschaffung	238
10.6.1	Fernleihe	238
10.6.2	Nationallizenzen	238
10.6.3	Autoren direkt anschreiben	238
10.6.4	Dokumentenlieferdienste	238
10.6.5	Subito	239
10.7	Weitere Informationen	239
	Literatur	239
11	Business-Knigge	241
	<i>Melvin Mohokum</i>	
11.1	Verhaltens- und Benimmregeln im Berufsleben	242
11.2	Empfehlungen für den Praxisalltag der BGF	243
11.2.1	Eigenes Verhalten	243
11.2.2	Äußeres Erscheinungsbild	247
11.3	Weitere Informationen	248
	Literatur	248
	Internetseiten	248
	Serviceteil	249
	Stichwortverzeichnis	250

Grundlagen und Entwicklungen

Julia Dördelmann, Melvin Mohokum

- 1.1 Grundbegriffe und Definitionen – 3**
 - 1.1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) – 3
 - 1.1.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) – 3
 - 1.1.3 Prävention – 4
 - 1.1.4 Betriebliche Prävention – 4
 - 1.1.5 Gesundheitliche Ressourcen – 5
 - 1.1.6 Verhaltensprävention (Interne Ressourcen) – 5
 - 1.1.7 Verhältnisprävention (Externe Ressourcen) – 5
 - 1.1.8 Resilienz – 6
 - 1.1.9 Präsentismus – 7
 - 1.1.10 Absentismus – 7

- 1.2 Wichtige Meilensteine in der Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung – 7**
 - 1.2.1 1986 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung – 8
 - 1.2.2 1989 EU-Rahmenrichtlinie über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (89/391/EWG) – 8
 - 1.2.3 1989 Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer – 9
 - 1.2.4 1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG) – 9
 - 1.2.5 1996 Gründung des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (European Network For Workplace Health Promotion, kurz ENWHP) – 9
 - 1.2.6 1997 Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung – 9
 - 1.2.7 1998 Cardiff-Memorandum – 10
 - 1.2.8 2005 Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalen Welt – 10

1.2.9 2007 GKV-Wettbewerbsverstärkungsgesetz – 11

1.2.10 2009 Jahressteuergesetz – 11

1.2.11 2015 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und Prävention (Präventionsgesetz, PräVG) – 11

1.3 Zukünftige Entwicklungen – 11

1.4 Vorteile der BGF – 12

1.4.1 Vorteile für Physiotherapeuten – 12

1.4.2 Vorteile für Arbeitgeber – 13

1.4.3 Vorteile für Arbeitnehmer – 13

1.4.4 Vorteile für Krankenkassen – 13

1.4.5 Vorteile für die Gesellschaft – 13

1.5 Die Rolle der Physiotherapie in der BGF – 14

1.5.1 Physiotherapeuten als prädestinierte Berufsgruppe in der BGF – 14

1.5.2 Notwendige Kompetenzen für die BGF – 16

1.6 Analyse der Tätigkeitsbereiche/Befundaufnahme/ Feststellung des Ist-Zustandes – 18

1.7 Beweggründe für und gegen die Implementierung von BGM – 20

1.7.1 Beweggründe für die Einführung eines BGM aus
Unternehmenssicht – 20

1.7.2 Beweggründe gegen die Einführung eines BGM aus
Unternehmenssicht – 21

1.8 Bisherige Barrieren und wie diese abgebaut werden können – 21

1.8.1 Barrieren aus Sicht der Physiotherapeuten – 21

1.8.2 Barrieren seitens der Arbeitgeber – 25

1.9 Akteure in der BGF – 27

1.9.1 Betriebliche Akteure – 27

1.9.2 Überbetriebliche Akteure – 29

1.10 Partizipation der Zielgruppe in der betrieblichen Gesundheitsförderung – 30

Literatur – 32

Zunächst werden in diesem Kapitel die wichtigsten Grundlagen und Grundbegriffe im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung beschrieben. Es werden die nationale sowie die globale Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung bis in die Gegenwart erläutert und mithilfe eines Zeitstrahls visualisiert. Ebenfalls werden die unterschiedlichen Motivationen und Vorteile der BGF für Betriebe und Physiotherapeuten aufgezeigt. Auch wird in diesem Kapitel beschrieben, warum Physiotherapeuten eine prädestinierte Berufsgruppe zur Durchführung von Maßnahmen der BGF darstellen. Aktuelle bzw. potenzielle Barrieren werden aufgezeigt, und es wird erläutert, mit welchen Handlungsstrategien der Physiotherapeut diesen begegnen kann. Mit Blick auf die Zielgruppe der BGF werden anhand des Stufenmodells der Partizipation, welches von Wright und Mitarbeitern entwickelt wurde, unterschiedliche Partizipationsstufen mit Beispielen erklärt.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung existiert eine Vielzahl spezifischer Begrifflichkeiten und Fachtermini, deren Bedeutung und Abgrenzung die Akteure auf dem Feld kennen sollten.

Um ein allgemeines Grundverständnis herzustellen, werden zunächst wichtige, mit dem Thema BGF verbundene Begriffe erläutert.

1.1 Grundbegriffe und Definitionen

1.1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Sprachlich lässt sich der Begriff betriebliche Gesundheitsförderung in folgende Wortbestandteile zergliedern:

- **Betrieblich:** im Kontext von Erwerbsleben und Produktivität in Unternehmen/Betrieben/ öffentlichen Einrichtungen/Institutionen.
- **Gesundheit:** nach der 1948 in Kraft getretenen Definition der WHO ist Gesundheit ein »Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens« (WHO 1948). In der Erklärung von Alma-Ata wird für »... das Erreichen eines möglichst guten Gesundheitszustands ...« nicht nur die Gesundheitspolitik

in die Pflicht genommen, sondern auch der soziale und ökonomische Bereich (WHO 1978). Die weiterentwickelte Definition der WHO im Nachgang zur Ottawa-Charta 1986 verändert die Auffassung von Gesundheit. »Gesundheit ist die Fähigkeit und die Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen« (WHO 1987, zitiert nach Ulich und Wülser 2012).

- **Förderung:** Prävention, Empowerment, Eigeninitiative stärken, Gesundheitsressourcen fördern.

Wieder zusammengefügt bedeutet der Begriff BGF, dass durch zielgerichtete präventive und betriebliche Maßnahmen und Strategien der Gesundheitszustand von Beschäftigten verbessert werden soll.

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union definiert betriebliche Gesundheitsförderung als »... alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz« (Luxemburger Deklaration der betrieblichen Gesundheitsförderung 1997). Darüber hinaus beinhaltet eine erfolgreiche BGF die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fach- und Berufsgruppen.

1.1.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Zwischen Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) und betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) findet nicht immer eine klare Abgrenzung statt. Vielfach wird die BGF jedoch als Teil des BGM verstanden. BGM kann demnach eher als übergeordnete, strategische Instanz angesehen werden, während BGF sich mehr auf konkrete Umsetzung, also die Operationalisierung von bestimmten Maßnahmen bezieht. Jedoch bestehen auch immer Überschneidungsbereiche zwischen dem BGM und der BGF.

■ Definition BGM

»Betriebliches Gesundheitsmanagement ist die bewusste Steuerung und Integration aller betriebli-

chen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten« (Wienemann 2002).

Beim BGM wird die Gesundheit der Mitarbeiter als Unternehmensressource betrachtet, die bewusst mit dem Ziel eingesetzt wird, die Leistungsfähigkeit und das Image der Organisation/des Unternehmens zu verbessern.

Als Teil des BGM kann angesehen werden:

- Arbeits- und Gesundheitsschutz: Beschäftigt sich mit Fragen zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.
- Berufliches Eingliederungsmanagement (BEM): Ziel ist es, von Arbeitsunfähigkeit betroffene Mitarbeiter wieder in den betrieblichen Arbeitsprozess zu integrieren und sie dabei zu unterstützen. Letztendlich geht es darum, Fehlzeiten in der Belegschaft zu reduzieren.
- Personalmanagement (PM): Zum PM gehören die Personalstrategie, -entwicklung und die Organisationsentwicklung.
- Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF): Maßnahmen zur Prävention und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit.

1.1.3 Prävention

»Prävention ist im Gesundheitswesen ein Oberbegriff für zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern« (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

Prävention verfolgt eine ganz klar vorbeugende Absicht. Bei der Prävention geht es darum, den Eintritt von Krankheit zu verhindern und Gesundheit zu erhalten. Auch das Hinauszögern von Krankheit oder mindestens die Abschwächung von Krankheitsfolgen fällt in das Feld der Prävention. Die Gesundheit soll durch Prävention positiv beeinflusst werden, indem z. B. ein gesundes Verhalten im Alltag aufgebaut wird. Beispiele für gesundes Verhalten sind z. B. mehr Bewegung und Entspannung im Alltag.

Jedoch sollen gleichzeitig auch ungesunde Verhaltensweisen abgebaut werden, z. B. Nikotin-, Alkohol oder Kaffeekonsum. Egal in welchem Alter oder in welcher Lebenssituation sich eine Person befindet: es ist nie zu spät, die Gesundheit zu fördern und zu stärken. Ein gesundheitspolitisches Ziel in Deutschland ist es, Prävention als festen Bestandteil in den Gesellschafts- und Lebensbereichen weiter auszubauen.

1.1.4 Betriebliche Prävention

Die betriebliche Prävention ist ein Teil der BGF und stellt Präventionsmaßnahmen in einen betrieblichen Kontext. Ziel der betrieblichen Prävention ist es, Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle und andere im Zusammenhang mit der Arbeit auftretende Beschwerden zu reduzieren oder gar zu eliminieren. Betriebe sind ein sehr gutes Setting, um Menschen zu erreichen und mit gezielten Maßnahmen einen positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten auszuüben. Die betriebliche Prävention sollte als Führungsaufgabe verstanden werden.

Prävention lässt sich allgemein wie folgt untergliedern:

— Primärprävention

Zur Primärprävention gehören Maßnahmen, die vor Eintritt eines Ereignisses, z. B. einer Krankheit, durchgeführt werden mit dem Ziel, das Ereignis zu verhindern. Dazu gehören u. a. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes. Bezogen auf Rückenschmerzen werden Rückenschulen, Ergonomieberatungen und körperliche Aktivität als primärpräventive Maßnahmen angesehen (Gutachten Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2000/2001).

— Sekundärprävention

Zur Sekundärprävention gehören Maßnahmen, die nach Eintritt eines Ereignisses, z. B. einer Schädigung, durchgeführt werden mit dem Ziel, die Gesundheit wiederherzustellen. Bezogen auf Rückenschmerzen werden sekundärpräventive Maßnahmen herangezogen, um Rezidive zu verhindern und Schmerzen zu lindern (Gutachten Sachverständigenrat zur

Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2000/2001).

■ Tertiärprävention

Zur Tertiärprävention gehören Maßnahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation (z. B. zur Wiedereingliederung) mit dem Ziel, die Gesundheit zu erhalten, ein Fortschreiten der Krankheit oder eine Schädigung zu verhindern und hinauszuzögern. Auch Folgeerkrankungen sollen vermieden werden. Bezogen auf Rückenschmerzen betreffen tertiärpräventive Maßnahmen Personen, die an manifesten Rückenschmerzen leiden. Die Beschwerden sind so stark, dass die Personen Einschränkungen im Alltags- und Berufsleben haben. Die Maßnahmen sollen die betroffenen Personen dabei unterstützen, das Alltags- und Berufsleben mit so wenig Einschränkungen und so viel Selbstständigkeit wie möglich wieder zu bewältigen (Gutachten Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2000/2001).

- » Der Mann, der zu beschäftigt ist, sich um seine Gesundheit zu kümmern, ist wie ein Handwerker, der keine Zeit hat, seine Werkzeuge zu pflegen.
(Weisheit aus Spanien)

1.1.5 Gesundheitliche Ressourcen

Auf den Gesundheitszustand haben viele Faktoren Einfluss. Neben dem eigenen Verhalten und den Gewohnheiten gibt es äußere Umstände, die die Gesundheit beeinträchtigen können, wie beispielsweise das Arbeitsumfeld. Gesundheitliche Ressourcen stellen ein Potenzial dar, das im Sinne der Gesundheit möglichst optimal ausgeschöpft werden sollte. Gesundheitliche Ressourcen betrachten das gemeinsame Potenzial aus Verhaltens- und Verhältnisprävention. In einem ganzheitlichen Vorgehen werden beide Ansätze miteinander kombiniert.

1.1.6 Verhaltensprävention (Interne Ressourcen)

Mit Verhaltensprävention ist das individuelle Verhalten des Mitarbeiters gemeint. Dazu gehört der jeweilige Eigenbeitrag zu einem gesunden Lebensstil des Mitarbeiters selbst. Ziel ist es, ein gesundheitsförderliches Verhalten des einzelnen Mitarbeiters zu fördern, wie z. B. mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren oder vollwertige Nahrung während der Arbeitspausen zu sich zu nehmen. Gesundheitsschädliches oder gesundheitsriskantes Verhalten soll reduziert oder ganz vermieden werden. Zu Maßnahmen, die einen verhaltenspräventiven Ansatz verfolgen und den Mitarbeiter befähigen, selbst mehr für seine Gesundheit zu tun, gehören Mitarbeiterschulungen, Seminare, Vorträge, Newsletter etc. Mitarbeiterschulungen, Vorträge oder Seminare können beispielsweise zu folgenden Themen angeboten und durchgeführt werden: gesunde Ernährung, Bewegung und Entspannung. Aber auch andere relevante Gesundheitsthemen können angegangen werden. Sie sollten sich an den Problemen der Zielgruppe orientieren. Handwerker oder Zahnärzte haben andere Präventionsschwerpunkte als Mitarbeiter im Büro. Verhaltensprävention setzt an den eigenen, internen Ressourcen des Mitarbeiters an (■ Tab. 1.1; ► Interview mit Sonngrit Böhme auf <http://extras.springer.com/978-3-662-54693-2>).

1.1.7 Verhältnisprävention (Externe Ressourcen)

Die Verhältnisprävention zielt auf die äußeren Bedingungen, die die Gesundheit am Arbeitsplatz beeinflussen, ab. Bei der Verhältnisprävention versucht das Unternehmen, durch eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsverhältnisse präventiv auf die Mitarbeitergesundheit einzuwirken (■ Tab. 1.1). Die Verhältnisprävention bezieht das gesamte Arbeitsumfeld mit ein, demnach die Arbeitsstätte, die Arbeitsmittel und die Arbeitsplatzgestaltung. Bei Büroangestellten wäre die Bereitstellung eines Stehpults durch den Arbeitgeber zusätzlich zum einfachen Sitz-Schreibtisch ein verhältnisorientierter Ansatz. Auch Arbeitsstrukturen wie das

Tab. 1.1 Kategorien mit praktischen Beispielen für Verhaltens- und Verhältnisprävention

Kategorie	Verhältnisprävention = bedingungsbezogene Intervention	Verhaltensprävention = personenbezogene Intervention
Fokus auf	Strukturqualität wie Arbeitssysteme und Personengruppen	Einzelnes Individuum und sein Verhalten
Wirkdauer	Eher mittel bis lang	Eher kurz bis mittel
Stress	Gesunde Mitarbeiterführung	Entwicklung von individuellen Kompetenzen zur Stressbewältigung Entspannungskurse, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Tai-Chi, Erlernen von Techniken zur Auto-Entspannung Informationsbeschaffung über Vorträge, Schulungen, Intranet, Zeitschriften
Ernährung	Gesunde Kantinenkost, Obst und Mineralwasser werden vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt	Beratungen/Schulungen zum Thema gesunde Ernährung Teilnahme an Kochkursen Informationsbeschaffung über Vorträge, Schulungen, Intranet, Zeitschriften
Herz-Kreislauf-System	Möglichkeit der bewegungsfördernden Arbeitsgestaltung Angebot der Gripeschutzimpfung Wenig/nicht belastende Arbeitsstoffe werden zur Verfügung gestellt	Teilnahme an Sportgruppen Walking- oder Laufgruppen Fitnesstraining Teilnahme an Vorträgen und Schulungen Informationsbeschaffung über Vorträge, Schulungen, Intranet, Zeitschriften
Muskel-Skelett-System	Ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes Ergonomische Arbeitsmittel werden zur Verfügung gestellt, z. B. Steh-Sitz-Schreibtisch	Rückenschulungskurse Wirbelsäulengymnastik Informationsbeschaffung über Vorträge, Schulungen, Intranet Zeitschriften
Suchtprävention	Einrichtung von rauchfreien Zonen	Teilnahme an Kursen zur Nikotin- und/oder Alkoholvermeidung Informationsbeschaffung über Vorträge, Schulungen, Intranet, Zeitschriften

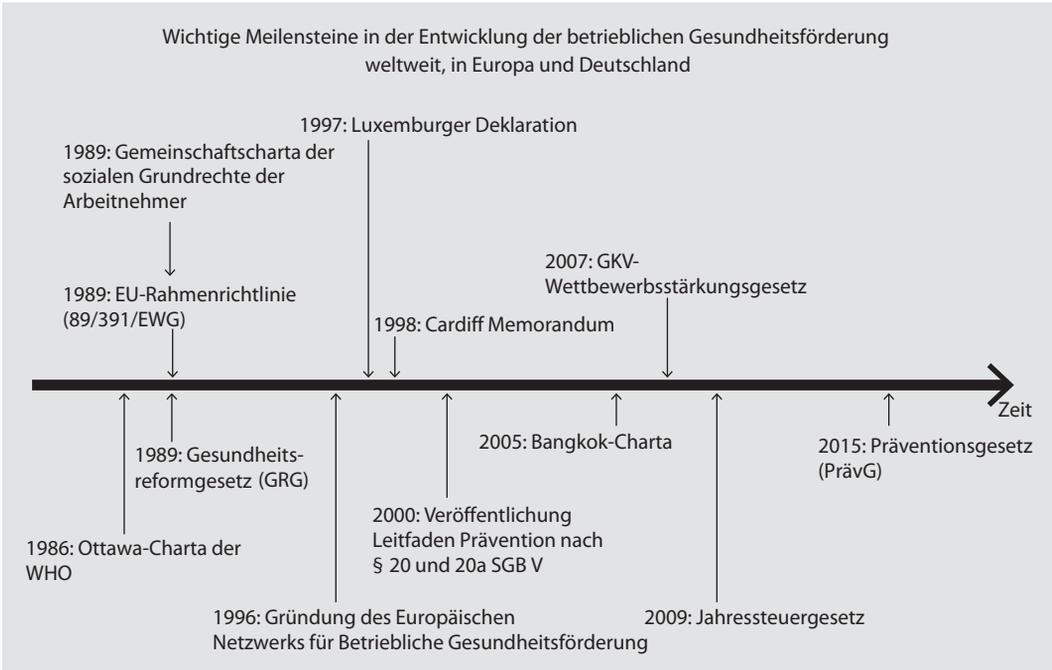
Modifiziert nach Bundesministerium für Gesundheit 2010 und E. Ulich, Arbeitspsychologie, 2005, vdf Hochschulverlag, S. 529

Einführen der Gleitzeit oder die Vergrößerung der Handlungsspielräume des Mitarbeiters gehören zur Verhältnisprävention. Der Ansatz der Verhältnisprävention versucht die externen Ressourcen im Arbeitsumfeld, die nicht in der Hand des Mitarbeiters liegen, zu optimieren. Durch Gefährdungsbeurteilungen oder Mitarbeiterbefragungen lassen sich verhältnispräventive Potenziale erfassen. Zur Reduktion von muskuloskelettalen Beschwerden von Pflegepersonal in der stationären Pflege wurde beispielweise im Rahmen der Verhältnisprävention

an der Universität Wuppertal im Studiengang Industriedesign ein ergonomisch optimiertes Modell des Pflegewagens entwickelt (Brennecke et al. 2017; ► Interview mit Sonngrit Böhme im eBook-Anhang).

1.1.8 Resilienz

Psychische Widerstandsfähigkeit und innere Stärke, mit Belastungen umzugehen. Im Arbeitsleben ist Resilienz wichtig, um mit Leistungs-, Termindruck



■ **Abb. 1.1** Wichtige Meilensteine der betrieblichen Gesundheitsförderung

oder schwierigen Patienten umzugehen. Um der gestiegenen Anzahl an Fehltagen wegen psychischer Erkrankungen (Depressionen, Burn-Out etc.) entgegenzuwirken, können im Rahmen der BGF Maßnahmen angeboten werden, die die psychologische Robustheit der Mitarbeiter stärken sollen. Die Maßnahmen können ergänzt werden durch Rückenschulskurse oder Ergonomieberatungen.

1.1.9 Präsentismus

Eine Person geht trotz Krankheit zur Arbeit. Die Gründe, die zu der Entscheidung führen, sind häufig komplex. Ein Grund ist mitunter die Angst, durch die Krankheit die Arbeitsstelle zu verlieren. Die langfristigen Folgen, die so ein Verhalten hervorruft, sind für die Betroffenen jedoch gesundheitlich ungünstig. Die durch Präsentismus verursachten Kosten übersteigen sogar die Kosten von Absentismus. Im Rahmen von BGF-Maßnahmen kann das Entwickeln von positiven Verhaltensmustern Inhalt einer Maßnahme sein.

1.1.10 Absentismus

Abwesenheit am Arbeitsplatz, die nicht krankheitsbedingt ist. Die Gründe, die zum Absentismus führen, liegen im privaten Bereich oder sind mit Motivationsproblemen des Mitarbeiters verbunden (Springer Gabler, Wirtschaftslexikon). Abhängig davon, wo die Gründe für den Absentismus liegen, kann die Motivation der Beschäftigten durch Bewegung/Sport gestärkt bzw. wieder aufgebaut werden.

1.2 Wichtige Meilensteine in der Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung

Im Bereich der BGF schreitet die Entwicklung nicht nur in Deutschland, sondern auch in Europa und sogar weltweit kontinuierlich voran (■ Abb. 1.1). Durch nationale, europäische und internationale Aktivitäten werden auf struktureller Ebene immer mehr förderliche Rahmenbedingungen in der BGF geschaffen. Das hat auch Folgen für die Physiothe-

rapie. Die Bedingungen für die Durchführung von Maßnahmen in der BGF verbessern sich, weitere Anreize werden geschaffen und hemmende Barrieren abgebaut.

1.2.1 1986 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Am 21. November 1986 hat in Ottawa, Kanada, die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung stattgefunden. Die Konferenz hat ein wegweisendes Konferenzpapier hervorgebracht, die sogenannte Ottawa-Charta. In der Ottawa-Charta wird der Begriff Gesundheitsförderung beschrieben, womit ein Prozess gemeint ist, der am Ende zu mehr Selbstbestimmung über Gesundheit führen soll und auf mehr Selbstständigkeit abzielt bezogen auf den individuellen Gesundheitszustand. Die Ottawa-Charta stellt ein Gesamtkonstrukt dar, welches Gesundheit als positiv beeinflussbares Konzept betrachtet.

» Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. (WHO 1986).

Die Ottawa-Charta benennt dabei mehrere Bereiche, in denen aktiver Handlungsbedarf besteht. Dazu gehören:

- die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik,
- die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten,
- Gemeinschaftsaktionen, die einen gesundheitsfördernden Fokus beinhalten,

- das Ausbilden persönlicher Kompetenzen,
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

»Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben« (Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung).

Damit ist in der Ottawa-Charta ein klarer betrieblicher Kontext enthalten.

1.2.2 1989 EU-Rahmenrichtlinie über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (89/391/EWG)

Absicht der Richtlinie war es, den Arbeitsschutz für Arbeitnehmer in Europa in privatrechtlichen und in öffentlichen Tätigkeitsbereichen (z. B. Ausbildung, gewerbliche Tätigkeiten, kaufmännische Tätigkeiten, verwaltungsmäßige Tätigkeiten, Freizeittätigkeiten) zu verbessern. In der Richtlinie wurden verbindliche Mindestanforderungen am Arbeitsplatz in Bezug auf Sicherheit und Arbeitsschutz definiert. Es handelt sich um Mindeststandards, die durch die EU-Mitgliedstaaten umgesetzt werden sollten. Auch haben die einzelnen Mitgliedstaaten die Möglichkeit, strengere Bestimmungen zu erlassen. In Deutschland tritt die Richtlinie durch das Arbeitsschutzgesetz in Kraft. Auf europäischer Ebene sind mehrere Einzelrichtlinien entstanden. Die Bereiche für Einzelrichtlinien werden im Anhang benannt. Folgende Einzelrichtlinien sind u. a. daraus entstanden:

- 1989 Richtlinie des Rates vom 30. November 1989 über Mindestvorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz in Arbeitsstätten. Sie wird in Deutschland durch die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) umgesetzt (► Kap. 8)
- 1990 Richtlinie des Rates vom 29. Mai 1990 über die Mindestvorschriften bezüglich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit an Bildschirmgeräten (fünfte Einzelrichtlinie im Sinne von Art. 16 Abs. 1 der Richtlinie 89/391/EWG). Sie wird in Deutschland durch die Arbeitsstättenverordnung

(ArbStättV) und die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) umgesetzt (► Kap. 8)

- 2009 Richtlinie 2009/104/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 über Mindestvorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Benutzung von Arbeitsmitteln durch Arbeitnehmer bei der Arbeit (zweite Einzelrichtlinie im Sinne von Art. 16 Abs. 1 der Richtlinie 89/391/EWG)

1.2.3 1989 Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer

Die Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer wird auch als Sozialcharta bezeichnet. Sie wurde am 9.12.1989 vom Europäischen Rat verabschiedet und ist ein Grundkonsens der EU-Mitgliedstaaten über die sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer. Die verankerten sozialpolitischen Grundsätze beziehen sich u. a. auf die Bereiche Verbesserung der Arbeitsbedingungen, des Gesundheitsschutzes und der Arbeitssicherheit. Die in der Sozialcharta implementierten sozialen Grundrechte sollen in allen EU-Mitgliedstaaten als Mindeststandard garantiert werden, jedoch sind sie nicht rechtsverbindlich. In weiteren Zusammenkünften des Europäischen Rats in Maastricht (Vertrag von Maastricht 1992) und Lissabon (Vertrag von Lissabon 2009) wurden die sozialpolitischen Regelungen innerhalb der Union diskutiert, bestätigt und weiterentwickelt.

1.2.4 1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG)

Das Gesundheitsreformgesetz wurde in Deutschland von der CDU/CSU und FDP verabschiedet. Das GRG erlaubte es den gesetzlichen Krankenkassen, erstmalig Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung (und damit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung) zu finanzieren (Gesundheitsreformgesetz 1989).

1.2.5 1996 Gründung des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (European Network For Workplace Health Promotion, kurz ENWHP)

Die Leitidee, betriebliche Gesundheitsförderung in damals allen 15 EU-Mitgliedstaaten zu implementieren, führte 1996 zur formalen Gründung des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung. Neben den 15 Mitgliedstaaten der EU sind Länder des europäischen Wirtschaftsraums wie Norwegen, Island und Liechtenstein sowie ost-europäische Kandidatenländer wie die Tschechische Republik, Bulgarien, Ungarn und Rumänien im ENWHP vertreten.

1.2.6 1997 Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Europäische Union (EU) hat sich des Themas ebenfalls angenommen, da sie »gesunde, motivierte und gut ausgebildete Mitarbeiter« als wichtigen Erfolgsfaktor für die EU ansieht. Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) hat anlässlich eines Treffens vom 27. bis zum 28.11.1997 in Luxemburg eine Deklaration verabschiedet. Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde im Juni 2005 und im Januar 2007 nochmals aktualisiert.

In der Luxemburger Deklaration werden Herausforderungen an die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert aufgezeigt. Dazu gehören u. a. die zunehmende Globalisierung, die steigende Arbeitslosigkeit, die Personalreduktion, der demografische Wandel sowie größer werdende Anteile von Kleinst- und mittelständischen Unternehmen.

Die Luxemburger Deklaration besagt weiter, dass die BGF eine moderne Unternehmensstrategie ist, die darauf abzielt, »Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.«

Dabei werden drei wesentliche Ansätze verfolgt:

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

1.2.7 1998 Cardiff-Memorandum

Das Cardiff-Memorandum wurde im April 1998 in Cardiff (Wales) von den Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für BGF speziell für klein- und mittelständische Unternehmen (KMU) beschlossen, denn bereits damals waren über 50 % der arbeitenden Menschen in Europa in Betrieben unter 100 Mitarbeitern tätig. Heutzutage gibt es in Europa 23 Mio. KMU, die damit 98,8 % der Unternehmen in der EU ausmachen (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2016). Vor allem in KMU herrschen oft besondere Bedingungen wie instabile Arbeitsbedingungen, geringere Standardisierung von Arbeitsabläufen oder ein Mangel an Ressourcen für Gesundheitsaktivitäten. Demgegenüber wird Mitarbeitern häufig ein hohes Maß an Flexibilität abverlangt.

Die klein- und mittelständischen Unternehmen (KMU) bilden mit rund 66 % der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten ein wichtiges Fundament der deutschen Wirtschaft. Die Beschäftigten der KMU erreichen die Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung jedoch leider noch viel zu selten (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Dabei ist die Teilnahmequote hinsichtlich BGF-Maßnahmen in kleineren Betrieben

deutlich höher als in großen Unternehmen. Dies wird auf eine persönlichere Ansprache der Beschäftigten sowie BGF-Angebote, die stärker am Bedarf der Zielgruppe ausgerichtet sind, zurückgeführt. Obwohl oder gerade weil die Verbreitung von BGF-Aktivitäten in großen Unternehmen höher ist, stellen kleine und mittlere Unternehmen (KMU) eine interessante Zielgruppe von Maßnahmen der BGF dar.

■ **Einteilung von Unternehmen**

Die Klassifizierung von Unternehmen kann nach unterschiedlichen Kriterien erfolgen, z. B. nach der Unternehmensgröße, ausgedrückt in der Anzahl der Mitarbeiter (EU-Empfehlung 2003). Demnach wird zwischen Kleinstunternehmen, Kleinunternehmen und Mittelunternehmen unterschieden (Tab. 1.2). Weitere Kriterien zur Klassifizierung von Unternehmen können beispielsweise der Umsatz, die Produktionsfaktoren und die Liquidität sein.

1.2.8 2005 Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalen Welt

Die Bangkok-Charta stellt eine Weiterentwicklung der Ottawa-Charta der WHO und der nachfolgenden Weltgesundheitsförderungskonferenzen dar, da sich der gesamtgesellschaftliche Kontext seit Bestehen der Ottawa-Charta stark verändert hat. Dabei knüpft die Bangkok-Charta an den Werten, Prinzipien und Handlungsstrategien der Ottawa-Charta an.

■ Tab. 1.2 Unternehmensklassifikation

	Unternehmensklassifikation	Anzahl der Mitarbeiter	Jahresumsatz in Mio. Euro
KMU	Kleinstunternehmen	< 9	< 2
	Kleines Unternehmen	< 50	< 10
	Mittleres Unternehmen	< 250	< 50

Einstufung als Kleinst-, Klein- und Mittelunternehmen definiert nach Anzahl der Mitarbeiter und Jahresumsatz entsprechend der Empfehlung der EU Kommission vom 6. Mai 2003