

# 1 Die Ausgangslage: Empirische Herleitung

**KAPITEL 1** beginnt mit einer empirischen Herleitung, um die Notwendigkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu verdeutlichen. Auf Basis zugänglicher Daten wird ein Risikokataster definiert, der durch eigene Studien untermauert wird. Am Ende werden relevante „Grundgesetze“ aus Evidenzsicht abgeleitet.

K1

## Unsere Leitfragen ...

- ▶ **Kap. 1.1: Gesundheitsstatus und Risiken** (Seite 16)  
Wie stellt sich der allgemeine Gesundheitsstatus dar?  
Welche Risiken bestimmen die gegenwärtige Gesundheitssituation?
- ▶ **Kap. 1.2: Standortbestimmung in Unternehmen** (Seite 25)  
Wie sieht die Lage in Unternehmen aus?  
Welche Handlungsfelder lassen sich bestimmen?

In den letzten Jahren erweitern deutsche, europäische und internationale **Studien** stetig unseren Kenntnisstand im Hinblick auf Gesundheitsstatus und Risiken in der Bevölkerung. Die Studien zeichnen sich aus methodologischer Sicht nicht nur durch zunehmende Repräsentativität, sondern v. a. durch Aussagekraft und (prognostische) Validität im Sinne der inhaltlichen Gültigkeit aus.

Wir wissen es!

Diese Qualität erfordert neue Zugänge, indem bspw. auf standardisierte Instrumente und auf eine Mehrfacherhebungstechnik zurückgegriffen wird. Bei der **Triangulation** werden verschiedene Methoden wie medizinische Untersuchungen, subjektive Befragungen oder Dokumentenanalysen und somit unterschiedliche Sichtweisen auf das zu untersuchende Phänomen angewendet. Auch beschränkt man sich nicht mehr ausschließlich auf Querschnittsdaten. Vielmehr ist man trotz der Erhebungs- und Zugangsprobleme sowie der Panelsterblichkeit der Teilnehmer (Ausfälle) bemüht, **Längsschnittdaten** zu gewinnen. Ein **Panel** ist eine Stichprobe, die im Rahmen der gleichen Fragestellung wiederholt untersucht wird. Neben Zeitreihendaten sind Untersuchungsdesigns aus Panel- und Mehrebenenstrukturen beliebt, um Antworten auf sozioökonomische und demografische Zusammenhänge in Bezug auf Gesundheitsstatus und Risikofaktoren zu gewinnen. So lassen sich das Verhalten, die Gesundheitsentwicklung und die Einstellungen der Befragten über mehrere Messzeitpunkte beobachten und damit nicht „nur“ Prävalenzen bestimmen, sondern auch **kausale Fragestellungen** ableiten und bearbeiten.

Qualität durch Methodenmix

## 1.1 Gesundheitsstatus und Risiken

Wir haben für Sie geschürft!



Erfreulicherweise muss man nicht aufwendige Recherchen betreiben, um an relevante Daten zu gelangen. Für den ersten Schritt einer [Evidenzbegründung](#) reicht es, auf allgemein zugängliche und oftmals gut kommentierte Datensysteme zu rekurrieren. Zur Bestimmung eignen sich für Deutschland v. a. folgende Quellen:

- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:** Hier interessieren uns v. a. die Umfragen zu verschiedenen Gesundheitsthemen wie Suchtvorbeugung, AIDS, Drogenaffinität, Gesundheitsverhalten und Einstellung zu Gesundheitsfragen sowie Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Diese Studien und weitere Fachpublikationen sind auch beim Datenarchiv für Sozialwissenschaften abrufbar. [[↗ BZgA](#)]
- **Deutsche Krebsforschungszentrum:** Neben vielen spezifischen Studienergebnisse sind hier aus Sicht der Arbeitswelt die umfassenden Analysen zum Zusammenhang zwischen Lebensstilfaktoren und Lebenserwartung von Interesse. Ungute Lebensstilkombinationen (Rauchen, Adipositas, Bewegung, Alkoholkonsum usw.) führen zu signifikanten Verlusten an Lebenszeit. So büßen Männer bei einer ungünstigen Kombination bis zu 17 und Frauen bis zu 14 Lebensjahren ein. Die Daten stammen aus einer gesamteuropäischen Studie zum Zusammenhang von Ernährung, Lebensstilfaktoren und Krebs (EPIC) – seit über 20 Jahren werden die Lebensstilfaktoren von einer halben Million Europäer dokumentiert. Das EPIC-Zentrum im DKFZ betreut fast 26.000 Teilnehmer (Li et al., 2014). [[↗ DKFZ](#)]
- **Drogen- und Suchtbericht:** Suchtkrankheiten sind in der Arbeitswelt noch ein Tabuthema, obwohl das Suchtphänomen regelrecht grassiert – vom Alkohol am Arbeitsplatz über Glücksspiel bis zur exzessiven Internetnutzung. BGM muss sich daher mit diesem Thema in Bezug auf Prävention und Beratung auseinandersetzen. Der jährlich aktualisierte Drogen- und Suchtbericht von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung bietet aktuelle Daten zu stoff- und nichtstoffgebundenen Suchterkrankungen. [[↗ Drogenbeauftragte](#)]
- **Europäische Erhebungen über die Arbeitsbedingungen:** Die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen als Agentur der Europäischen Union führt regelmäßig im Fünfjahreszyklus umfangreiche Untersuchungen (derzeit 44.000 Erwerbstätige) zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen nach Branchen bzw. Sektoren in derzeit 34 europäischen Ländern durch und liefert damit wichtige Erkenntnisse über Schlüsselaspekte der Arbeitswelt wie bspw. Arbeitszeit, -organisation und -zufriedenheit, Gesundheit und Wohlbefinden (Eurofound, 2012). [[↗ Eurofound](#)]

- **Fehlzeitenberichte des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO):** Wer nach umfassenden Daten und Analysen zu krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft sucht, wird hier gewiss fündig. Das AOK-Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld präsentiert jährlich Statistiken zum Krankenstand der Arbeitnehmer nach Branchen, Betriebsgrößen, Berufsgruppen und Ländern. [[🔗 WIdO](#)]
- **Gesundheitsberichte der Krankenkassen:** Die Gesundheitsberichte der Krankenkassen (hier v. a. Techniker Krankenkasse, Barmer GEK, AOK und Bundesverband der Betriebskrankenkassen) stellen Auswertungen der Arbeitsunfähigkeits- und Arzneverordnungsdaten zu sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern der jeweiligen Krankenkassen vor. Diagnosekapitel, Bundesländer, Berufsfelder, Geschlecht und Alter sind relevante Gruppierungsvariablen. Viele dieser Berichte enthalten Schwerpunktthemen. Sie lassen sich kostenlos bestellen oder im Internet downloaden. So stellt die TK hochauflösende illustrierende Grafiken zu den Datenlandschaften zur Verfügung. Aktuell erhalten Sie im Internet die TK-Gesundheitsreports von 2008 bis 2014. Das BKK Gesundheitsreport-Archiv bietet Berichte ab 2004 an, was eine „quasilängsschnittliche“ Betrachtung ermöglicht. [[🔗 TK](#)]
- **Gesundheitsberichterstattung des Bundes:** Diese Quelle hat sich in den letzten Jahren als regelrechte Fundgrube für Gesundheitsdaten erwiesen. Sie bietet viele Informationen zu Krankheiten und Gesundheitsproblemen, zu Rahmenbedingungen, zum Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen sowie zur Gesundheitsversorgung und zu finanziellen Aspekten. Dabei wird eine Breite von Gesundheitsindikatoren verwendet, aufbereitet nach den Definitionen des Europäischen Gesundheitsindikatorensatzes (ECHI). [[🔗 GBE-Bund](#)]
- **Nationale Verzehrstudie:** Das Max Rubner-Institut als Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel liefert aktuelle Daten zum Aktivitäts- und Ernährungsverhalten sowie Ernährungsstatus und Körperdaten wie Gewicht in Abhängigkeit von soziodemografischen Basisdaten. Dazu wurden 2005/06 etwa 20.000 Menschen in Deutschland im Alter zwischen 14 und 80 Jahren befragt. Zur Weiteranalyse der Daten kann man ein Scientific-Use-File anfordern. [[🔗 NVS](#)]
- **PROCAM-Studie:** Bei der PROCAM Studie (Prospective Cardiovascular Münster Study) handelt es sich um eine Beobachtungsstudie mit Schwerpunkt auf Herz- und Gefäßerkrankungen. Vom Design präsentiert sie sich als eine Prospektivstudie. Die Daten ermöglichen die individuelle Risikobestimmung, innerhalb der nächsten zehn Jahre einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden. Im Internet kann man an einem

Schnell-, Gesundheits- oder Schlaganfalltest teilnehmen – ein interessanter Ansatz für Self-Checks in der Arbeitswelt. Über 50.000 Personen im Alter zwischen 16 und 78 Jahren haben bislang an dieser Untersuchung teilgenommen. [[🔗 PROCAM](#)]

- **Robert Koch-Institut:** Das Robert Koch-Institut als Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit ist für die wachsende Gesundheitsberichterstattung des Bundes (siehe oben) zuständig. Es liefert bundesweit repräsentative Gesundheitsinformationen (KiGGS = Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; DEGS = Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland; GEDA = Gesundheit in Deutschland aktuell). Daneben gibt es aber auch weitere Daten zum Gesundheitsmonitoring, bspw. die Daten des Krebsregisters (Zentrum für Krebsregisterdaten, ZfKD) oder epidemiologische Forschungen zu spezifischen Gesundheitsfaktoren wie Bluthochdruck, Allergien, psychische Gesundheit. Aus Forschungssicht ist wichtig, dass Datensätze zur Verfügung gestellt werden (Public Use Files). [[🔗 RKI](#)]
- **Statistisches Bundesamt:** Für das Thema Gesundheit sind hier v. a. die Daten des Mikrozensus von Interesse. Der Mikrozensus ist eine repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland. Er liefert sozio-ökonomische Informationen, aber auch Informationen zu Fragestellungen wie Gesundheit und Freizeitgestaltung. Diese Daten lassen sich zur Stichprobenplanung und zur Ermittlung von Strukturdaten für Quotenstichproben von Studien verwenden. [[🔗 DeStatis](#)]



Die Initiative Gesundheit und Arbeit [[🔗 IGA](#)] veröffentlicht regelmäßig Informationen zu ausgewählten Krankheitsschwerpunkten und Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt. Die Broschüre iga-Fakten Nr.3 (IGA, 2012) präsentiert wichtige Fakten im Hinblick auf **lebensstilbezogene Gesundheitsrisiken** wie Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung sowie Stress und psychosoziale Belastungen. Zu empfehlen ist hier auch der Unfallverhütungsbericht „**Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit**“ (SUGA, 2014). Sie können auf der Website der [🔗 BAuA](#) die Unfallverhütungsberichte ab 2001 downloaden. [[www.baua.de/suga](http://www.baua.de/suga)]

Eine Ikone – die DEGS-Studie

Die **Studie zur Gesundheit Erwachsener** in Deutschland des Robert Koch-Instituts hat aufgrund ihrer methodologischen Qualität und im Hinblick auf die Facettenbreite der Inhaltsfelder eine herausragende Bedeutung – v. a. für die Kalibrierung eigener Gesundheitsdaten in Organisationen (Kurth, 2009). Sie ist ein wesentlicher Bestandteil eines **systematischen Gesundheitsmonitorings** (Kurth et al., 2009) (🔗 Kap. 5.2, S. 234).

## Gesundheitsmonitoring

Die **Herausforderungen** in Bezug auf die Gesunderhaltung der Bevölkerung wachsen. Dies steht im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel, der Globalisierung und der Veränderung der Umweltbedingungen. So wandelt sich u. a. das Krankheitspanorama. Chronifizierung, Stoffwechselerkrankungen, psychische Störungen, Multiresistenzen in Bezug auf Infektionskrankheiten, Multimorbidität sind nur einige nennenswerte Aspekte. Die **Auswirkungen auf das Gesundheitssystem** sind frühzeitig zu bestimmen, um präventiv den Herausforderungen zu begegnen. Das Gesundheitsmonitoring beobachtet systematisch und objektiv diese Entwicklungen unter Berücksichtigung der Arbeits- und Lebensbedingungen, um **Krankheitsrisiken und Krankheitshäufigkeiten zu identifizieren** und ihre Entwicklung im Sinne einer epidemiologischen Herangehensweise vorherzusagen. Das Gesundheitsmonitoring ist **daten- und indikatorengetrieben** und greift auf sich ständig aktualisierende Datenlandschaften zurück.

## ☑ Box 1-1: Gesundheitsmonitoring

Es handelt sich um einen **repräsentativen Gesundheitssurvey** sowohl im Querschnitt- als auch Längsschnittdesign als Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Sie ist als **Kohortenstudie** angelegt, um über die Studienwellen hinweg Veränderungen und Trends bestimmen zu können. Dies erfordert einen systematisches Design und ausgeprägte Kontinuität der eingesetzten Instrumente und der zu berücksichtigenden **Fragestellungen** unter Beachtung soziodemografischer Faktoren und des Sozialstatus:

- Gesundheitsstatus (breites Spektrum an Gesundheitsfaktoren)
- Subjektiv erlebte Gesundheit und Lebensqualität
- Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems
- Gesundheitsrelevanter Lebensstil und Gesundheitsverhalten
- Lebens- und Umweltbedingungen

Die DEGS-Studie wird begleitet durch weitere Studien u. a. zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Im Erhebungszeitraum von 2008 bis 2011 sind je nach Untersuchungsansatz etwa zwischen 7000 und 8000 Teilnehmern erfasst worden. Dabei ist das **standardisierte Vorgehen** hervorzuheben. Die geschichtete **Stichprobenerhebung** erfolgt in zwei Stufen. Zunächst findet eine Schichtung nach Bundesland und Gemeindegrößenklassen statt. Dabei sind die 120 Studienorte der Vorstudie um weitere 60 Orte ergänzt worden. Anschließend ist aus den Melderegistern der Einwohnermeldeämter eine neue Personenstichprobe gezogen worden. Zudem lassen sich aufgrund der fast 4000 **gematchten Datenpaare** zwischen Teilnehmern der Vorstudie BGS 98 (Bundesgesund-



Skizze zur  
DEGS-Studie

heitssurvey) und der ersten DEGS-Studie Veränderungen aufzeigen. Schließlich erfolgt ein Vergleich der Indikatoren mit der amtlichen Statistik und dem Mikrozensus. Ferner erfolgt eine Kurzbefragung der Nonresponder. Aufgrund der **Methodenvielfalt** lassen sich gesundheitsrelevante Informationen aus Befragungen (Fragebögen zum Selbstausfüllen, ärztliche Interviews), medizinischen Untersuchungen (körperlichen Untersuchungen wie Blutdruck, Fahrradergometrie, Lactatschnelltest, Schilddrüsenultraschall sowie anthropometrischen Messungen wie Körpergewicht) und Laboranalysen (Blut-/Urinproben) verknüpfen (↷ Triangulation).



Die DEGS-Studie schafft eine **verlässliche Datenlandschaft** für das Gesundheitsmonitoring in Deutschland. Die Repräsentativität der Daten ist hoch und bietet aufgrund der Methodenvielfalt die Chance, umfassende Aussagen zum jetzigen und künftigen Gesundheitszustand zu treffen.

1

Zum Design der Studie

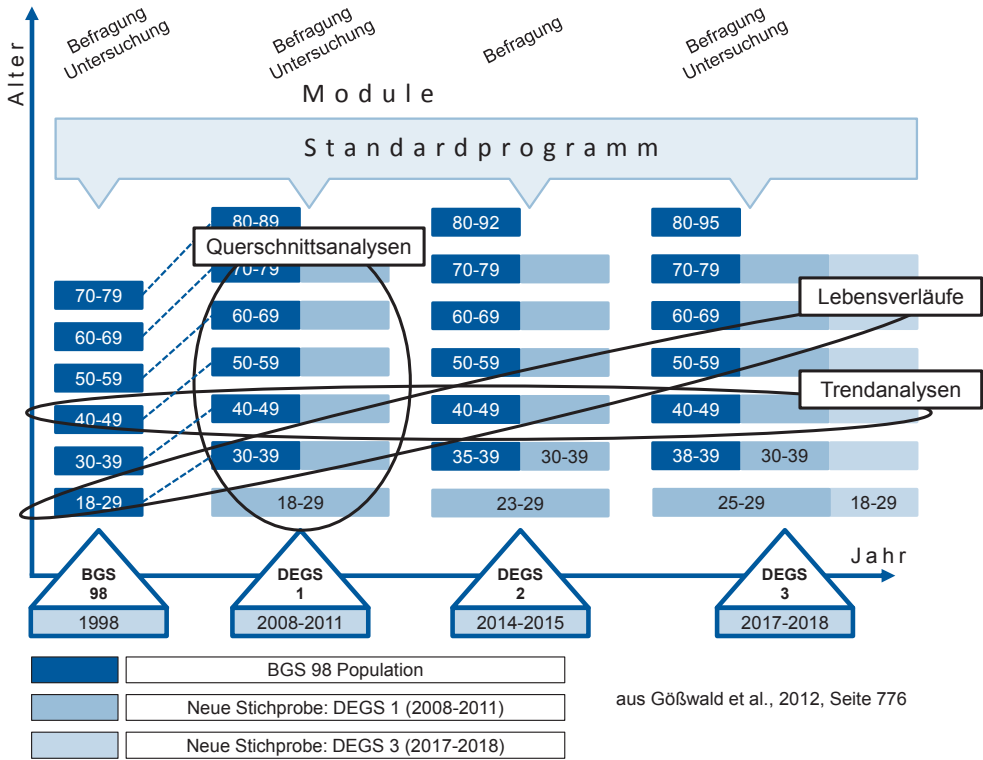
● Abbildung 2 illustriert das **Design der Studie** (aus Gößwald et al., 2012, S. 776). Mit diesem komplexen Aufbau erlaubt die Studie verschiedene Analysestrategien von ↷ Prävalenz- und Inzidenzschätzungen über Zusammenhangsanalysen bis zu Kausalbetrachtungen und Lebenslaufanalysen:

1. **Querschnittanalyse:** Analyse bestimmter Merkmale bei verschiedenen Teilnehmern bzw. Teilnehmergruppen in ein und derselben Zeitperiode → Abschätzung von Prävalenzen.
2. **Trendanalyse:** Aufzeigen der zeitlichen Entwicklung von relevanten Gesundheitsgrößen von der Vergangenheit bis in die prognostizierte Zukunft in Bezug auf die Teilnehmergruppen bei entsprechender Adjustierung (Beispiel: Altersgruppe) → Darstellung von Trends.
3. **Lebenslaufanalyse:** Verfolgung der Entwicklung der Teilnehmer im Hinblick auf die erhobenen Merkmale (Längsschnitt), also Untersuchung bestimmter Merkmale bei ein und demselben Merkmalsträger → Aussagen zu Inzidenzraten, Bedingungen und Kausalitäten.



[www.degs-studie.de](http://www.degs-studie.de)

Auf dieser Website finden Sie alle **Informationen zur Studie**. Um eigene Daten bspw. aus einer Standortbestimmung (↷ Kap.1.2, S. 25) mit den bevölkerungsrepräsentativen Daten der DEGS-Studie zu verknüpfen, wird künftig ein Public Use File für wissenschaftliche Analysen angeboten. Gelungen ist die nach Filtern (gesundheitsrelevanten Themen) sortierbare Literaturrecherche. Link: [www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/literatur.html](http://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/literatur.html)



• **Abbildung 2:** Aufbau der DEGS-Studie des Robert Koch-Instituts aus Gößwald et al. (2012, S. 776)

*Die Gesundheitsdiebe:* In einem Symposium am 14. Juni 2012 sind erste Ergebnisse der DEGS-Studie der Phase 1 veröffentlicht worden (Kurth, 2012). Die Basispublikationen DEGS Phase 1 lassen sich als PDF-Dateien auf der DEGS-Website downloaden. Als gebündelte Zusammenfassung sind die Ergebnisse in der Zeitschrift „Bundesgesetzblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz“ erschienen. Aktuell ist die zweite Phase der DEGS-Studie eingeläutet. Erste Vergleichsergebnisse sind hier 2016 zu erwarten.


Risikokataster nach DEGS

• **Werden wir immer dicker?** Deutschland hat ein Gewichtsproblem. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland auch im internationalen Vergleich ist weiterhin als hoch einzustufen (vgl. Nationale Verzehrstudie, NVS). Auch wenn das Übergewicht  $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$  auf hohem Niveau im Vergleich zur BGS 98 stagniert oder sogar nach Adjustierung in Bezug auf die veränderte Altersstruktur rückgängig ist, schwerwiegender ist ein deutlicher Anstieg der Adipositasprävalenz  $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ . Dabei sind keineswegs nur ältere Menschen betroffen, sondern gerade auch Jüngere!

- **Wie sieht es mit der Volksgeißel Zucker aus?** Der bekannte Diabetes tritt aktuell bei 7,2 Prozent der Bevölkerung auf. Dies bedeutet eine statistisch signifikante Zunahme der Lebenszeitprävalenz um rund zwei Prozentpunkte, bei entsprechender Altersadjustierung im Schnitt um 1,4 Prozentpunkte. Jedoch ist die Dunkelziffer hoch, denn der unbekannt Diabetes oder Vorstufen des Diabetes wie die Insulinresistenz oder Glucosetoleranz im Rahmen des metabolischen Syndroms (bedrohliches Risiko-Quartett: Bluthochdruck, veränderte Blutfettwerte, Insulinresistenz, abdominelle Fettleibigkeit) lauern im Hintergrund. Diese Stoffwechselkrankheit ist auf dem Vormarsch. Neben anderen Faktoren führen v. a. die hochkalorische Ernährung und körperliche Inaktivität zur schleichenden Überlastung des Stoffwechselhaushalts. *Tipps:* Mit dem [Diabetes FINDRISK](#) können Sie Ihr Diabetes-Risiko bestimmen.
- **Wie aktiv sind wir?** Hier zeichnet sich ein positiver Trend ab, denn die Deutschen bewegen sich mehr als früher. Aber laut WHO-Definition ist die Bewegungsmenge noch nicht ausreichend. Die WHO empfiehlt eine Aktivitätszeit von wöchentlich mindestens 2,5 Stunden. Jedoch erreichen laut der Studie nur etwa 25 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen die Empfehlungen der WHO (ergo, vier Fünftel der Erwachsenen nicht). Zudem ist das Aktivitätsniveau bei jüngeren stärker als bei älteren Menschen ausgeprägt. Frauen sind im Vergleich zu Männern eher bereit, an Maßnahmen zur Bewegungsförderung teilzunehmen und ihr Gewichtsmanagement aktiv anzugehen.
- **Welche Rolle spielen Funktionseinschränkungen im Alter?** Der demografische Wandel hat das Bewusstsein für die Gesundheit im Alter geschärft. Im Rahmen der Studie werden alltagsrelevante Funktionsfähigkeiten mit Hilfe standardisierter Testverfahren (isometrische Handgreifkraft, Mobilität, Beinkraft, statisches Gleichgewicht und kognitive Leistung) erfasst. Damit erhält man alters- und geschlechtsspezifische Referenzwerte auch zum Thema Arbeitsfähigkeit. Hier geht es auch um das nationale Gesundheitsziel: *Gesund älter werden* ([gesundheitsziele.de](#)). Gerade bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes ist im Kontext des demografischen Wandels zukünftig mit Problemen zu rechnen.
- **Wie belastet sind wir?** Psychische Antworten wie Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burnout sind bekannte Klassiker. Die Ergebnisse der Studie bestätigen die hohe Bedeutung der psychischen Gesundheit. Dies wird auch vom aktuellen Stressreport der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin bestätigt (Lohmann-Haislah, 2012). Allein fast 27 Prozent der Befragten geben an, an einer *Schlafstörung* von mindestens dreimal pro Woche zu leiden. Der Wert nimmt mit dem Alter zu. Aber auch andere Faktoren sind teilweise hoch ausgeprägt. Eine aktuelle *Depression* bzw. ein depressi-



ves Syndrom weisen acht Prozent der Teilnehmer auf. Gerade junge Leute sind betroffen – dort ist die Prävalenz bei den 18 bis 29 Jährigen mit fast zehn Prozent am höchsten. Betrachtet man eine jemals diagnostizierte Depression, erreichen die Werte teilweise schwindelerregende Ausprägungen: bspw. über 20 Prozent bei Frauen im Alterssegment von 45 bis 64 Jahre. Neben depressiven Syndromen ist *Burnout* in aller Munde. Hier kristallisiert sich jedoch als Problem heraus, dass keine anerkannte Diagnose existiert, wohl aber das Burnout eine versorgungspolitische Realität darstellt, da anhaltende Erschöpfung und Leistungsminderung gerade aus arbeitsweltbezogener Sicht große Probleme aufwerfen. Zudem erwartet man auch dauerhafte psychische und biologische Veränderungen. In Bezug auf Burnout zeichnet sich die höchste Zwölfmonatsprävalenz von 2,5 Prozent bei den 40 bis 49 Jährigen ab. Bei über vier Prozent der Befragten ist ein Burnout Syndrom festgestellt worden, wobei hier auf die diagnostische Definitionsbreite hinzuweisen ist. *Chronischer Stress* als starke und überdauernde Stressbelastung erfolgt in subjektiver Einschätzung (Bezugszeitraum: letzte drei Monate). Hier zeichnet sich ein eindeutiger Gender-Effekt ab, denn Frauen überwiegen in allen Altersklassen. So geben über 16 Prozent der Frauen im Alterssegment von 18 bis 29 Jahren an, starke Stressbelastungen zu haben. *Vielleicht sind Frauen hier aber auch nur ehrlicher als Männer*. Man sollte an dieser Stelle bedenken, dass psychische Beeinträchtigungen wie depressives Syndrom, Burnout-Syndrom oder Schlafstörungen gerade gehäuft bei Menschen mit chronischem Stress auftreten.

- **Sind wir psychisch krank?** Eine Zusatzuntersuchung zur psychischen Gesundheit (DEGS-MHS) als klinische und diagnostisch differenzierte Beurteilung psychischer Störungen und ihrer Folgen zeigt auf, dass fast jeder vierte Männliche und jede dritte weibliche Person im Erhebungsjahr zumindest zeitweilig unter einer voll ausgeprägten psychischen Störung gelitten hat. Meistens handelt es sich um Angst- und depressive Störungen, gefolgt von Substanz- und somatoformen Störungen (vgl. Wittchen & Hoyer, 2011). Relativ selten (< 3 Prozent) sind posttraumatische Belastungsstörungen, bipolare, psychotische, Zwangs- und Essstörungen. Problematisch sind die ausgeprägte  Komorbidität, eine hohe Anzahl an Ausfalltagen und eine relativ niedrige Behandlungsrate sowie die Neigung zur Chronifizierung bei psychischen Krankheitsbildern.
- **Verändert sich die Lebensqualität?** Im Rahmen der DEGS-Studie sind Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit einem normierten Instrument erfasst worden (Ellert & Kurth, 2013). Dort zeigt sich, dass Männer generell über eine bessere Lebensqualität als Frauen berichten. Auch resultieren in vielen Bereichen erwartungskonforme Alterseffekte. Zudem

verschlechtern sich die Werte bei einem niedrigeren sozialen Status. Kritisch ist das Ergebnis, dass chronische Krankheiten maßgeblich auf die erlebte Lebensqualität einwirken. In Anbetracht der Zunahme chronischer Erkrankungen im Kontext des demografischen Wandels wird dies eine zentrale Herausforderung der Zukunft sein. Auffällig ist, dass bei den älteren Altersgruppen (ab 40 Jahre) die allgemeine Gesundheit im Vergleich zur BGS Studie (1998) deutlich besser eingestuft wird.



psyga.info

Viele suchen nach Studien zur „Psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt“. ☞ psyGA unter Projektleitung des BKK Dachverbandes als Angebot der Initiative Neue Qualität der Arbeit (☞ INQA) bietet hier auf ihrer Website eine verlinkte Übersicht zu aktuellen Studien rund um psychische Gesundheit. Die Studien werden vorgestellt. Download-Links reduzieren die weitere Recherchearbeit. Es lohnt sich, hier länger zu verweilen. Direkter Link zu den Studien: <http://psyga.info/ueber-psyga/materialien/studien/>

1

Tief- und Hochdruckgebiete aus der Perspektive der Arbeitswelt

Die fünfte **Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen** (2012) belegt, dass die Arbeitswelt sowohl in Bezug auf klassische als auch psychische Faktoren belastet ist. In den Vergleichsstudien zeichnet sich moderate Bewegung in den Datenverläufen ab, wenn man alte mit neuen Ergebnissen vergleicht:

- **Arbeitsinhalt:** Eintönige Tätigkeiten scheinen etwas stärker verbreitet zu sein. Ansonsten sind die mentalen Anforderungen gleichbleibend ausgeprägt.
- **Arbeitsintensität:** Diese ist nach wie vor hoch, hat sich aber in den letzten beiden Jahrzehnten stabilisiert.
- **Arbeitszeit:** Die Zahl der Wochenarbeitsstunden sinkt weiter. Normalarbeitszeitregelungen dominieren weiterhin.
- **Work-Life-Balance:** Ein leichter Rückgang im Vergleich zu den Daten von 2000 ist festzustellen. Dennoch geben fast ein Fünftel an, Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit zu haben.
- **Gesundheit:** Weniger Erwerbstätige sorgen sich um ihre Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit, obwohl sie weiterhin in unverändert hohem Maße physischen Risiken exponiert sind. Dies hängt teilweise mit der verbesserten Informationspolitik zum Arbeits- und Gesundheitsschutz zusammen.
- **Psychosoziale Risiken:** Hohe Anforderungen, Arbeitsintensität, Emotionsarbeit, geringe Selbstbestimmung, ethische Konflikte, schlechte soziale Beziehungen sowie Arbeitsplatzunsicherheit wirken verstärkt negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden. Diese Faktoren werden auch in der ☞ Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen erfasst (☞ Kap. 5.5, S. 301).



<http://www.springer.com/978-3-662-46723-7>

Betriebliches Gesundheitsmanagement  
Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter  
einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen  
Uhle, T.; Treier, M.  
2015, V, 523 S. 101 Abb. in Farbe. Mit Online-Extras.,  
Hardcover  
ISBN: 978-3-662-46723-7