



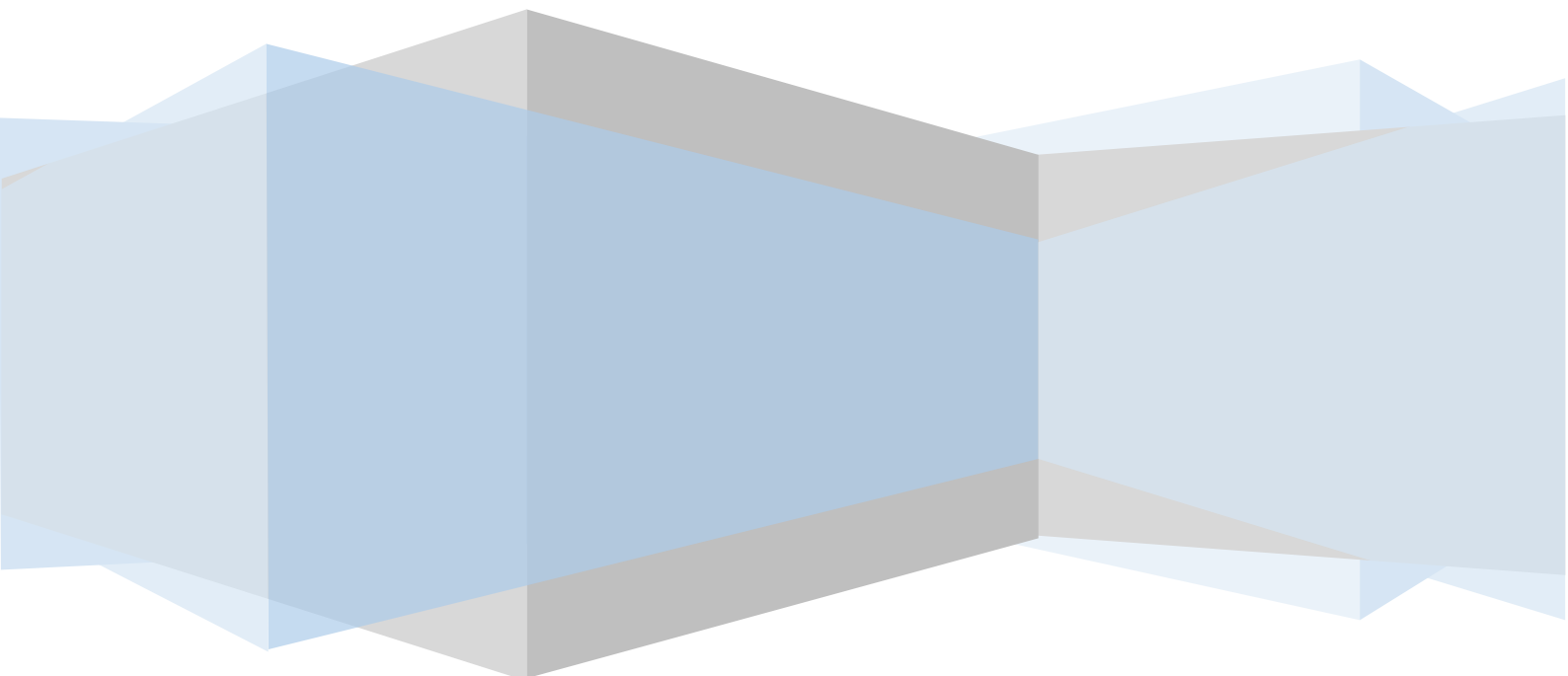
DGPG

Deutsche Gesellschaft für
Prävention & Gesundheitsförderung

Forschungsantrag - Individuelle und Organisationale Resilien- zförderung

Dr. Henry Kauffeldt, Dr. Gerd Westermayer

Stand: 01.07.2017



Inhalt

1	Stand der Forschung	4
2	Notwendigkeit und Schwerpunkt weiterer Resilienzforschung	5
2.1	Resilienzförderung als Präventionsmaßnahme lebensstilbedingter Gesundheitsgefährdungen	5
2.2	Resilienzförderung als präventive Maßnahme von Erkrankungen die aufgrund des demografischen Wandel gehäuft auftreten	8
2.3	Resilienzförderung als präventive Maßnahme zu psychosozialen Belastungen aufgrund zunehmender Entgrenzung von Arbeit	9
3	Forschungsmodul 1 - gesundheitsorientierter Lebensstil durch Resilienzförderung	13
3.1	Thema	13
3.2	Studiendesign	14
3.2.1	Aufwandsberechnung Forschungsmodul 1	15
4	Forschungsmodul 2: Entwicklung eines Instrumentes für die Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zur nachhaltigen organisationalen Resilienz	16
4.1	Einleitung	16
4.1.1	Das neue Präventionsgesetz	18
4.1.2	Wie können kleine und mittlere Betriebe stärker an präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen beteiligt werden?	19
4.2	Zielstellungen	20
4.3	Studieninhalt und -design Forschungsmodul 2	21
4.3.1	zentrale Forschungsfrage	21

4.3.2	Studiendesign	21
4.3.3	Aufwandsberechnung Forschungsmodul 2.....	22
4.4	zeitlicher Projektverlauf	25
4.5	Erläuterungen zum Forschungsbedarf und -aufwand	26
4.5.1	Kostenbeteiligung	26
4.5.2	Entwicklung von Instrumenten zur Nachnutzung der Ergebnisse.....	26
4.5.3	Notwendigkeit der Formulierung einer übergeordneten Theorie.....	27
5	Umsetzung der Studie durch die Antragsteller	32
5.1	Dr. Gerhard Westermayer	32
5.2	Dr. Henry Kauffeldt.....	32
5.3	Erfahrungen im Forschungsgebiet	33
5.3.1	individuelle Resilienzförderung	33
5.3.2	organisationale Resilienzförderung	33
5.3.3	betriebliche Gesundheitsförderung.....	33
6	Nutzen als Projektpartner.....	35
7	Literaturverzeichnis	36
7.1	Publikationen Dr. Gerhard Westermayer und BGF-GmbH.....	37
7.1.1	Interviews und Vorträge.....	45
7.2	Publikationen Henry Kauffeldt.....	46

1 Stand der Forschung

Die BZgA hat bereits mit den Vorarbeiten zu Antonovskys Modell der Salutogenese sowie den Studien zu den Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter bzw. im Erwachsenenalter Grundlagen gelegt, um in der Resilienzforschung sowie der Adaptation der Ergebnisse für Gesundheitsförderkonzepte wichtige Impulse zu setzen.

Bengel und Lyssenko (2012) beschreiben in ihrer von der BZgA in Auftrag gegebenen Studie zur Resilienz und zu psychologischen Schutzfaktoren im Erwachsenenalter empirische Befunde zur Identifikation von Resilienzfaktoren. Anhand dieser Ergebnisse wurden im Rahmen einer Recherchestudie von Kauffeldt und Westermayer (2014) Kriterien abgeleitet, die es ermöglichten, zu definieren, welche Fördermaßnahmen individuelle als auch organisationale Resilienzfaktoren nachweislich fördern.

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass Maßnahmen zur Resilienzförderung im Erwachsenenalter in vielen Settings nachweislich wirksam sind.

Bei der Auswahl der Resilienzfördermaßnahmen wurde dem Aspekt eines evaluierten, möglichst standardisierten Programms eine hohe Priorität eingeräumt. Dennoch fanden auch Programme eine Berücksichtigung, die sich vornehmlich über eine Multiplikatoren-schulung als Resilienzfördermaßnahme selbst definieren.

Insgesamt wurden 36 Programme anhand der aufgestellten Recherchekriterien im deutschsprachigen Raum nach 2009 identifiziert, welche eine resilienzfördernde Wirkung erzielten. Davon waren 29 Programme auf bestimmte Zielgruppen (Lehrer, chronisch Erkrankte, Studenten etc.) oder auf unspezifisch zusammengesetzte Gruppen ausgerichtet. Im Rahmen organisationaler Resilienzförderung konnten sieben Unternehmen identifiziert werden, die im Rahmen ihrer BGM/BGF-Maßnahmen auch Maßnahmen umsetzen, die eine organisationale Resilienzförderung zur Folge hatten.

Nur zehn Programmen kann ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis zugesprochen werden. Im Rahmen der Recherchearbeit wurde auffällig, dass entweder sehr ungenaue oder gar keine Evaluationsinstrumente eingesetzt wurden. Im Gegensatz zu den bereits anerkannten Gesundheitsfördermaßnahmen, welche aus-

fürlich im Leitfaden Prävention beschrieben sind, existieren ganz offensichtlich keine Qualitätsstandards im Bereich der Resilienzförderung.

2 Notwendigkeit und Schwerpunkt weiterer Resilienzforschung

Es existieren 3 große gesellschaftliche Veränderungsprozesse, die eine unmittelbare Auswirkung auf den Gesundheitszustand ausüben.

- Zunahme lebensstilbedingter Gesundheitsgefährdungen
- demografische Entwicklung
- Wandel der Arbeitswelten

2.1 Resilienzförderung als Präventionsmaßnahme lebensstilbedingter Gesundheitsgefährdungen

Bekanntermaßen werden folgenden Erkrankungen/gesundheitlichen Störungen, die nachgewiesen in ihrer Morbidität steigen, erhebliche lebensstilbedingte Ursachen zugeschrieben.

- Herz- und Gefäßkrankheiten
- Diabetes mellitus Typ 2
- Bluthochdruck
- Übergewicht und Adipositas
- Gicht
- Allergien
- bestimmte Krebsarten (z.B. Lungenkrebs, Darmkrebs)
- bestimmte Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis, Akne)
- Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa)
- bestimmte psychiatrische Erkrankungen

Ein gesunder Lebensstil wird im allgemeinen durch folgende Verhaltensweisen definiert (Kauffeldt 2014):

- ausreichend Bewegung,
- gesunde Ernährung,
- ausreichende Stressbewältigungskompetenzen und -fähigkeiten,
- moderater Alkoholkonsum sowie
- nicht rauchen.

Durch verschiedene Maßnahmen innerhalb der vier Präventionsfelder (Leitfaden Prävention 2014) bieten die gesetzlichen Krankenkassen verschiedene verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen (Individual- und Settingansatz) ihren versicherten Mitgliedern an.

In den Settings konnten im Jahr 2013 2,6 Mio. Menschen erreicht werden, beispielsweise in Schulen und Kitas. 1,1 Mio. Menschen profitierten an ihrem Arbeitsplatz von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Hinzu kommen knapp 1,5 Mio. Menschen, die Kursangebote der Krankenkassen für ein künftig gesundheitsbewussteres Leben Zusammenfassung genutzt haben (Jung et al. 2014). Insgesamt wurden demnach 5,2 Mio. von 69,9 Mio. Menschen (insgesamt gesetzlich Versicherte, Quelle Statista) direkt erreicht (was ca. 7,87% entspricht).

Allgemein bekannt ist, dass neben der verhältnismäßig geringen Inanspruchnahme eine noch geringere Wirksamkeit im Sinne einer nachhaltigen Verankerung der erlernten gesundheitsfördernden Maßnahmen zu verzeichnen ist. Deshalb verwundert es auch nicht, dass die Zahlen zur Wirksamkeit im Präventionsbericht des GKV (Jung et al. 2014) gar nicht veröffentlicht werden, obwohl in jedem Präventionskurs Follow-up Erhebungsbögen ausgeteilt werden (sollten). Es kann davon ausgegangen werden, dass eine geringe Rücklaufquote eine valide Auswertung sicher erschwert. Dennoch sollten diesbezüglich den Anforderungen des Bundesrechnungshofes (2010) bezüglich eines Wirksamkeitsnachweises von Präventionsdienstleistungen künftig mehr Beachtung geschenkt werden.

Festzuhalten gilt, dass die angebotenen Präventionsleistungen nur unzureichend die adressierte Zielgruppe erreichen und zudem die angebotenen Kurskonzepte bislang keine nachhaltige Wirksamkeit hinsichtlich einer Optimierung der Gesundheitsorientierung im ausreichenden Maße belegen können!

Bei der Umsetzung von Verhaltensänderungen kommen bestimmten psychologischen Fähigkeiten sowie sozialer Unterstützung eine besonders unterstützende Bedeutung zu. Dazu zählen u.a. Veränderungsbereitschaft, Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugung und Netzwerkorientierung (Naidoo und Wills 2003).

Es liegt also nahe, anzunehmen, dass eine Förderung von Resilienzfaktoren die nachhaltige Veränderung des Gesundheitsverhaltens maßgeblich unterstützt.

Es gilt daher im Rahmen dieses Forschungsvorhabens die These zu überprüfen, durch welche Resilienzfördermaßnahmen Präventionskurse inhaltlich erweitert werden müssen, um mehr Nachhaltigkeit zu generieren.

In einem Vergleichsstudiendesign soll untersucht werden, ob die modulare Ergänzung von Resilienzfördermaßnahmen innerhalb von Präventionskursen bzw. außerhalb, als separates Trainingsprogramm, mehr Nachhaltigkeit fördert.

2.2 Resilienzförderung als präventive Maßnahme von Erkrankungen die aufgrund des demografischen Wandel gehäuft auftreten

Die demografische Veränderung in Deutschland sowie die Veränderungen der Gesellschaft und der Arbeitswelt (Arbeiten 4.0) stellen die sozialen Sicherungssysteme und die Arbeitgeber vor große Herausforderungen. Besonders offenkundig wird die demografische Herausforderung angesichts der Zahl Pflegebedürftiger, die von heute knapp 2,3 Mio. Menschen (Stand 2013) auf voraussichtlich rund 3,4 Mio. Menschen im Jahre 2030 steigen wird – auch diese Entwicklung stellt unser Versorgungssystem vor eine schwierige Herausforderung. Zudem schmälert der Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter die Finanzierungsbasis von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

Zudem steigt die Häufigkeit somatischer und psychischer Erkrankungen mit dem Alter. Das somatische Krankheitsspektrum im Alter wird insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates dominiert. Herzinsuffizienz, Angina pectoris und Hirninfarkt waren im Jahr 2006 die häufigsten Diagnosen bei Krankenhausaufenthalten von Menschen ab 65 Jahren (Saß et al. 2009).

Schätzungsweise ein Viertel der 65-Jährigen und Älteren leidet unter einer psychischen Störung irgendeiner Art, der Anteil entspricht in etwa der Prävalenz im mittleren Lebensalter. Von besonderer Bedeutung sind demenzielle Erkrankungen und Depressionen (ebd.).

Eine Gruppe die in vielen Untersuchungen unberücksichtigt bleibt, sind die direkten, altersgleichen Angehörigen, die mit der Pflege von somatischen und psychischen Krankheiten Betroffenen beauftragt sind: Sie stehen vor eigenen psychosozialen Belastungen. Das diese Belastungen häufig gesundheitliche negative Auswirkungen haben, ist psychiatrisch/medizinisch erklärbar. Hier setzt der Ansatz der Resilienzförderung im Besonderen an.

Eine hohe Resilienz bildet in unserer Annahme in beiden Gruppen (Erkrankte und Angehörige) ein hohes protektives und gesundheitsförderliches Potential.

In der Recherchestudie zu Resilienzfördermaßnahmen konnten Kauffeldt und Westermayer (2014) keine Programme identifizieren

Der demografische Wandel bedingt also psychosoziale Belastungen auf mehreren Seiten der Alterspyramide. Die "Alten" werden immer älter und müssen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die im Alter naturbedingt zunehmen, leben lernen. Die "Älteren" müssen möglichst lange physisch und geistig fit bleiben um lange arbeitsfähig zu sein (Verlängerung des Renteneintrittsalters und Aufbesserung der Altersrente durch Erwerbsfähigkeit im Rentenalter). Die "Jungen" müssen den Wandel der Arbeitswelt gestalten und den Wechsel von Paradigmen der Arbeit mit dessen psychosozialen Veränderungen individuell verarbeiten.

Daher scheint es den Antragstellern besonders wichtig folgenden Themenfeldern der Resilienzforschung besondere Aufmerksamkeit zu widmen:

- Förderung der Gesundheit und Resilienz Älterer (Rentenalter)
- Förderung der Gesundheit und Resilienz älterer Mitarbeiter
- Förderung der Gesundheit und Resilienz jüngerer Mitarbeiter und Einbindung in Prozesse betrieblicher Gesundheitspolitik
- Entwicklung von Managementsystemen, die wechselseitig individuelle und organisationale Resilienz steigern

2.3 Resilienzförderung als präventive Maßnahme zu psychosozialen Belastungen aufgrund zunehmender Entgrenzung von Arbeit

Die Entgrenzung von Arbeit und damit verbundene psychosoziale Belastungen mit daraus resultierenden gesundheitlichen Störungen stehen laut aktueller Forschung in engem Zusammenhang.

Einerseits wird seitens der deutschen Regierung eine Arbeitspolitik betrieben, welche die Digitalisierung der Arbeit vorantreibt, andererseits werden an die Public Health Forschung und angrenzender Forschungsgebiete Fragen heran getragen,

wie trotz der Digitalisierung und der damit verbundenen Entgrenzung von Arbeit die Gesundheit des Einzelnen, vor allem die psychische Gesundheit, geschützt und im besten Falle gefördert werden können.

Beobachtet man die die aktuellen Förderprojekte seitens der gesetzlichen Krankenkassen kann der Eindruck entstehen, dass man der Digitalisierung von Arbeit auf gleicher Ebene begegnet. Mit den Herausforderungen der *Arbeit 4.0* kommen auch *mental E-Health*, *eBGM* oder *Gesundheitsförderprogramme als App.* als Lösung gesundheitlicher Schutz- und -Förderstrategien in Betracht. Auf der anderen Seite versucht man Mitarbeiter darin zu unterstützen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit angepassten Arbeitsformen als verhältnispräventive Maßnahme zu fördern oder aber sie darin zu unterstützen mit den neuen Anforderungen der heutigen Arbeit besser auszukommen. Im Kern geht es dabei um verhaltensorientierte Maßnahmen zur Förderung der individuellen Gesundheit.

Es existieren bereits eine Vielzahl an Studien, die sich mit der Entgrenzung von Arbeit, Dysbalancen im Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben (Work-Life - Balance) sowie der individuellen Komponente der Verausgabungsbereitschaft und ihren gesundheitlichen Auswirkungen beschäftigen.

Einige, den Forschungsansätzen zugrundeliegenden Modelle, stoßen dabei jedoch an Grenzen. So steht beispielsweise das Modell der Gratifikationskrise in der Kritik, dass die Skala Overcommitment als Verausgabungsbereitschaft unzureichend operationalisiert wurde (Schirmer 2015). Im Rahmen einer Untersuchung konnte festgestellt werden, dass es sich bei der Skala vielmehr um die Operationalisierung von Distanzierungsfähigkeit handle, als um eine extrinsisch motivierte Verausgabungsbereitschaft (ebd.).

Diese Erkenntnis ist umso interessanter, da es der Forschung zu den Ursachen arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen einen erweiterten Ansatz verleiht. Menschen werden demnach weniger durch äußere Anreize wie verschiedene Formen der Gratifikation zu hohen Arbeitsleistungen motiviert, sondern vielmehr aufgrund persönlicher Unfähigkeit sich von der eigenen Arbeit zu distanzieren.

Im Kern geht es bei der Kritik an Teilen des Modells der Gratifikationskrise um den in der Wissenschaft so schwierig herzustellen kausalen Zusammenhang: Bekommt man eine hohe Gratifikation, weil man eine hohe Verausgabungsbereitschaft hat und diese auch zeigt oder wächst das Arbeitsengagement mit zunehmender Gratifikation automatisch an. Dient eine hohe Gratifikation gleichzeitig als Schutzschild gegenüber stressbedingter psychosozialer Gesundheitsbeeinträchtigungen oder landen Arbeitnehmer mit hoher Resilienz automatisch in besser bezahlte Beschäftigungsformen?

Für die Ausrichtung betrieblicher Gesundheitspolitik entsteht hier eine zentrale Fragestellung. Sind eher verhältnisorientierte oder verhaltensorientierte Maßnahmen von Bedeutung, will man die Gesundheit der Mitarbeiter schützen bzw. fördern?

Letzen Endes handelt es sich nach aktuellem Kenntnisstand immer um einen unternehmensspezifischen Mix, der im besten Falle auf Grundlage einer detaillierten Datenbasis aus Gesundheitsstatistiken, Mitarbeiterbefragungen und Unternehmenskennzahlen entworfen wird.

Betrachtet man anerkannte Szenarien globaler Wirtschaftsentwicklungen können wir davon ausgehen, dass sich die Arbeit in Europa noch mehr in verschiedene Dienstleistungsbranchen diversifizieren wird. Der weiteren Entwicklung einer modernen Dienstleistungsgesellschaft liegt eine Wissensgesellschaft mit hohem Vernetzungs- und Technisierungsrad zu Grunde.

Die Auswirkungen zunehmender Digitalisierung von Arbeit für die Arbeitswelt kann mit der Zunahme psychosozialer Belastungen der Belegschaft in den besonders betroffenen Branchen zu Teilen erklärt werden. Hierfür notwendige Herausforderungen der Arbeitswelt von Morgen werden unter anderen als *Arbeit(en) 4.0* beschrieben (BMAS 2015). Die Veränderungen betreffen sowohl die Struktur und Organisation von Arbeit als auch die Anforderungen an die Beschäftigten.

Arbeit wird zeitlich wie räumlich von bestehenden Arbeitsplatzformen diversifiziert. Man spricht von einer Entgrenzung von Arbeit.

Erste Anzeichen dafür sind etwa die Verschiebung von der Präsenzpflcht hin zur Ergebnisorientierung, das Verschwimmen der Grenzen von Privat- und Berufsleben,

neue Berufsprofile und erhöhte Anforderungen an das Selbst- und Zeitmanagement des Individuums (BMAS 2015).

All jene Veränderungen bürgen auch Risiken für die Gesundheit des Einzelnen. Wurde man viele Jahre in seiner Arbeitswelt dahin sozialisiert, das man Arbeit von Privatem trennen soll, um wichtige und notwendige körperliche und psychische Regenerationsprozesse voran zu treiben, braucht man nun neben einem neuen Verständnis von Arbeit auch ein neues Verständnis von Freizeit, was eine Aufweichung der Grenzen von Arbeit und Freizeit zu lässt aber weder emotional noch gesundheitlich belastet. Es geht also um Einstellungen, Glaubenssätzen und Veränderungsbereitschaft Einzelner wie ganzer Organisationen. Es verwundert daher nicht, dass das Konzept individueller und organisationaler Resilienzförderung eine Renaissance in einigen Wissenschaftsgebieten erlebt.

Es stellt sich die Frage, welche betrieblichen Schutzfaktoren eine moderierende Wirkung auf den Gesundheitszustand erzielen, wenn eine hohe Stressbelastung gegeben ist und damit auch eine negative Work-Life-Balance verbunden ist.

Anhand des Konzeptes der moderierenden Faktoren und Mediatoren wird angenommen, dass individuelle sowie organisationale Resilienzfaktoren positiven Einfluss ausüben und damit negative Wirkungen von Arbeit auf die psychische Gesundheit zum Teil vermeiden bzw. einen fördernden Aspekt ausüben.

Ein Moderator beeinflusst den Zusammenhang zwischen zwei anderen Variablen. Körperliche und psychische Zustände sowie persönliche oder organisationale Merkmale zählen zu solchen „moderierenden Faktoren“.

Anhand von Erhebungsinstrumenten zur Messung individueller Resilienzfaktoren sowie des Modells der betrieblicher Gesundheit (Stein & Westermayer 1995, 1996 und 1997a) lassen sich Faktoren identifizieren, die Mitarbeiter trotz hoher Arbeitsanforderungen motiviert und gesund erhalten.

Als weiteren Forschungsbedarf wird hier eine vertiefende Aufklärung verstanden, welche resilienzfördernden Maßnahmen als verhaltens- bzw. verhältnispräventive Intervention, welche protektiven, nachhaltigen Auswirkungen im Sinne einer psychosozialen Schutzfunktion ausüben.

In dem Konzept der Resilienzförderung finden sich viele Ansätze, welche die dafür notwendigen Voraussetzungen zur präventiven Intervention auf individueller sowie organisationaler Basis schaffen.

Auf der Grundlage der Recherchestudie zur Marktanalyse vorhandener individueller und organisationaler Resilienzförderprogramme im Erwachsenenalter aus 12/2014 machen die Autoren folgenden Vorschlag zur Fortführung der Forschungsarbeit.

Forschungsmodul 1

1. Überprüfung der Wirksamkeit von Resilienztrainings hinsichtlich der nachhaltigen Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen (Auswirkungen gesteigerter Resilienz auf einen gesundheitsorientierten Lebensstil)
2. Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems für individuelle Resilienzfördermaßnahmen (-trainings)

Forschungsmodul 2

3. Entwicklung eines Qualitätssicherungs- bzw. Leitliniensystems für BGM-Systeme (Entwicklung und Einbindung eines Systems zur Steigerung organisationaler Resilienz im Rahmen betrieblicher Gesundheitspolitik)
4. Verknüpfung der Ergebnisse der empirischen (Recherchestudie) mit den Ergebnissen der qualitativen Studie (Punkt 1-3) und Veröffentlichung

3 Forschungsmodul 1 - gesundheitsorientierter Lebensstil durch Resilienzförderung

3.1 Thema

Überprüfung der Wirksamkeit von Resilienztrainings hinsichtlich der nachhaltigen Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen (Auswirkungen gesteigerter Resilienz auf einen gesundheitsorientierten Lebensstil)

3.2 Studiendesign

Vorher-Nachherstudie (3 Messzeitpunkte: Vorher, Nachher, 6 Monate später),

- 3 Vergleichsgruppen in verschiedenen Altersgruppen
 - Jüngere Mitarbeiter (18-30 Jahre)
 - Ältere Mitarbeiter (55+)
 - Ältere (Rentner)
- G1: Teilnehmer eines Gesundheitskurses (8x60* min)
- G2: Teilnehmer eines Gesundheitskurses mit Anteilen resilienzfördernder Methoden (8x90* min)
- G3: Teilnehmer eines Resilienztrainings und eines parallel laufenden Gesundheitskurses (8x 60* und 8x60* min)

* die genaue Anzahl der Minute je Trainingseinheit kann zum aktuellen Zeitpunkt n.n. exakt beziffert werden

Insgesamt werden also 9 Gruppen (3 homogene Altersgruppen in 2 verschiedenen Settings (Jüngere und Ältere Mitarbeiter im Setting Betrieb, Rentner) untersucht.

Je Altersgruppe wird ein Teilnehmerzahl von n=40 angestrebt, mit 10 Teilnehmern je Gruppe. Insgesamt steht der Studie damit eine Teilnehmeranzahl von 360 Personen zur Verfügung.

3.2.1 Aufwandsberechnung Forschungsmodul 1

Tabelle 1: Aufwandsberechnung Forschungsmodul 1

Aufwand	Personen- tage	Bemerkungen	Kostensatz
Entwicklung/Auswahl eines Erhebungsinstrumentes	5	Kombination von Resilienz-erhebungs-instrumenten mit Instrumenten zur Beurteilung von Arbeitsbelastungen und -ressourcen	2.500 €
Programmgestaltung	10		5.000 €
Programmeinweisung der TrainerInnen	3		1.500 €
Ausschreibung/Teilnehmergewinnung	10		5.000 €
Programmdurchführung	120	4 Gruppen je Altersgruppe (insg. 12 a 10 Einheiten, 150 €/UE)	18.000 €
Programmevaluation	15		7.500 €
Wissenschaftliche Dokumentation	15		7.500 €
			<u>47.000 €</u> netto

4 Forschungsmodul 2: Entwicklung eines Instrumentes für die Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zur nachhaltigen organisationalen Resilienz

4.1 Einleitung

Im Zuge der Globalisierung entstehen Ungewissheiten für Unternehmen nicht mehr nur aus regionalen konjunkturellen Schwankungen. Zunehmend rücken krisenhafte geopolitischen Entwicklungen mit Auswirkungen auf die Weltwirtschaft in den Fokus. Vielmehr treten auch neue Herausforderungen und Risiken auf, die sich aus strukturellen Ungleichheiten, demographischen Entwicklungen und der sprunghaft ansteigenden Vernetzung von Informations- und Güterströmen ergeben (Elbe, Heller & Linsenmann 2012).

Und dies ist den Unternehmen, ihren Führungskräften und Mitarbeitern zunehmend bewusst. Ungewissheit zeigt sich dabei nicht nur in generellen Unwägbarkeiten, sondern entsteht vielfach auch aus konkret empfundenen Bedrohungen (ebd.)

Was lässt ein Unternehmen trotz einer krisenhaften Entwicklung (z.B. Arbeitskräftemangel, Konjunkturerinbrüche, hohe Krankenstände) weiterhin erfolgreich agieren? Wie bewahrt man sich Handlungsfähigkeit in krisenhaften Situationen? Wie bereitet man sich darauf vor und geht im Zweifelsfall sogar gestärkt aus Krisen hervor? Eben diese Fragen unterscheiden die Perspektive des Managements von Ungewissheit von der Unsicherheits- und Risikoperspektive. Während letztere zu einem Vermeidungsverhalten tendiert, sucht die Perspektive des Managements von Ungewissheit nach Optionen und möglichen Ressourcen, um Handlungsfähigkeit zu stärken (ebd.). Die Vorbereitung auf eine Krise ist dessen beste Prävention.

Die Handlungsfähigkeit von Unternehmen in Krisen setzt eine unternehmerische Widerstandsfähigkeit (Robustheit) voraus:

gegenüber den besonderen Herausforderungen und Stressoren, gegenüber der Ungewissheit, gegenüber dem Erleben von Misserfolg und Verlust. Auf individueller Ebene hat das Konstrukt der Resilienz, das eben diese Widerstandsfähigkeit und

das Bewahren von Handlungsmöglichkeiten trotz extremer Umwelteinflüsse untersucht, zu beeindruckenden Erkenntnissen geführt. Doch geht die Fähigkeit der Widerständigkeit über die individuelle Ebene hinaus – auch Organisationen können Resilienz aufbauen. Denn über den individualpsychologischen Fokus hinaus wird Resilienz zunehmend zur Untersuchung der Widerstandsfähigkeit und Funktionsfähigkeit von Systemen eingesetzt (Elbe, Heller & Linsenmann 2012).

Die arbeits- und systembezogene Resilienzforschung untersucht die Widerstandsfähigkeit und Produktivität von Unternehmen und deren Mitarbeitern (Kluge 2004) und hat speziell im angloamerikanischen Raum zu einer Vielzahl von Publikationen und Diskussionen geführt (Harvard Business Review 2003). Der BDP-Gesundheitsbericht 2008 zu Psychologie, Gesellschaft und Politik weist auf die Relevanz der Resilienz von Unternehmen hin (Scharnhorst 2008). Resiliente Organisationen verfügen über Eigenschaften, die sie in die Lage versetzen, mit plötzlichen Veränderungen oder dauerhaften Wandel besser umzugehen: Mitarbeiter, Teams, Führungskräfte akzeptieren die Realität und bleiben aktiv; die Organisation stiftet Bedeutung und schafft damit ein Wertesystem, das als Halt in schwierigen Zeiten dient (ebd.).

In Zeiten extremer konjunktureller Schwankungen sowie finanzieller Engpässe und damit einhergehender Umstrukturierungen, Fusionen und Firmenverkäufe, insgesamt also zunehmender Risiken in der Wirtschaft (wie auch in der Umwelt) kann Resilienz Stabilität und den Erfolg des Unternehmens sichern und somit ein zentraler Wettbewerbsvorteil gegenüber Konkurrenten sein. In akuten Krisen werden zumindest das Überleben und die Bewahrung von Handlungsfähigkeit sichergestellt.

Auf der Organisationsebene geht es demnach primär darum, welche Bedingungen gegeben sein müssen, damit ein Unternehmen konkurrenzfähig bleiben und im Wettbewerb bestehen kann. Besonders wichtig in diesem Kontext ist, dass Resilienz erlern- und verbesserbar ist. Unternehmen haben die Möglichkeit, die Resilienz der Mitarbeiter und die des Unternehmens zu steuern. Jeder kann lernen, schwierige Situationen besser zu meistern (Bittelmeyer 2007, Heller/Höcht 2008). Die Stärkung organisationaler Resilienz wird damit zu einem wichtigen Baustein eines Managements der Ungewissheit.

4.1.1 Das neue Präventionsgesetz

Mit dem **Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)** kommt den Vorarbeiten zu verbindlichen Standards der Einführung, Durchführung, Evaluation und nachhaltigen Qualitätssicherung von Individual- und Betriebsprogrammen zur Stärkung der Resilienz im Erwachsenenalter eine besondere Bedeutung zu.

Folgendes Zitat von der Homepage des BMG zum Präventionsgesetz, verdeutlicht, wo die relevanten Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung oben genannter Schritte ansetzen sollten:

„Warum stärkt das neue Präventionsgesetz die betriebliche Gesundheitsförderung? Betriebe eignen sich in besonderer Weise zur Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten. Da die Interventionen hierbei in aufsuchender Form erfolgen, lassen sich auch Menschen ansprechen, die über die üblichen Wege schwerer erreichbar sind, wie Beschäftigte in Schichtarbeit. Betriebliche Gesundheitsförderung lohnt sich in vielfacher Hinsicht. Erleben die Beschäftigten ihre Arbeit als sinnstiftend und weniger als eine Belastung und erleben sie darüber hinaus den Arbeitgeber als fürsorglich, wirkt sich dies nachweislich gleichermaßen positiv auf ihre Gesundheit wie auch auf den Erfolg des Unternehmens aus. Schließlich belegen Untersuchungen auch positive ökonomische Effekte, einen so genannten "Return on prevention", der sich beispielsweise aus der Verringerung krankheitsbedingter Produktionsausfälle ergibt. Somit ist die betriebliche Gesundheitsförderung sowohl aus der Perspektive der Beschäftigten als auch aus der Perspektive der Unternehmen ein Schlüsselfaktor, um sich den betrieblichen Herausforderungen zu stellen - nicht zuletzt auch jenen Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel, dem Fachkräftemangel sowie aus den veränderten Arbeitsbedingungen wie zunehmende Arbeitsdichte und ständige Erreichbarkeit ergeben.“

Kommentar: Um eine Arbeit als sinnstiftend und weniger als Belastung anzusehen, bedarf es geeigneter betrieblicher Instrumente, um die Sinnhaftigkeit der entsprechenden Arbeit in den Fokus zu rücken. Bei unserer Recherchestudie haben wir Unternehmen identifiziert, die beeindruckende Maßnahmen etabliert haben, um vermeintlich monotonen oder unliebsamen Aufgaben einen höheren Sinn zu geben (z.B. Berliner Stadtreinigung). Viele der bekannten Befragungsinstrumente rücken Belastungen und Risiken in den Fokus. Daraus kann man eigentlich auch nur Maßnahmen ableiten, welche die identifizierten Risiken minimieren bzw. vermeiden. Der Fokus bleibt dann aber auch in der betrieblichen Gesundheitspolitik auf den Belas-

tungen. Aus den Ergebnissen von Belastungsanalysen können jedoch nur schwer sinnstiftende Elemente der Arbeit herausgefiltert werden, wenn man nicht fragt: *Was macht Euch an eurer Arbeit Spaß? - Was braucht Ihr, um Spaß an eurer Arbeit zu haben?* etc.. So wird doch im neuen Präventionsgesetz ausdrücklich von der Identifikation von Potentialen gesprochen (Deutscher Bundestag 2015).

Dieser Ausblick verdeutlicht, dass es für eine gemeinschaftliche Arbeit beteiligter Akteure an der Betrieblichen Gesundheitsförderung auch eines standardisierten Erhebungsinstruments bedarf, welches sowohl Risiken/Gefährdungen als auch Potentiale erschließt. Ebenso müssen individuelle Faktoren erhoben werden, welche sich auf die Gesundheit bzw. die potentielle Gesundheitsentwicklung des Einzelnen auswirken. Auf den Ergebnissen aufbauend, lassen sich dann geeignete Maßnahmen und Umsetzungsformen ableiten.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sowie Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) kann immer nur dann erfolgreich sein, wenn die Systeme so individuell wie möglich, also auf die entsprechende Unternehmenssituation abgestimmt, umgesetzt werden. Es macht aus Forschersicht daher wenig Sinn, Vorgehensweisen zur Umsetzung von BGF oder BGM-Systemen zu standardisieren, führen sie doch eigentlich in eine Sackgasse.

4.1.2 Wie können kleine und mittlere Betriebe stärker an präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen beteiligt werden?

Ein betriebliches Gesundheitsmanagement ist heute schon fester Bestandteil der Unternehmenskultur vieler großer Betriebe. Eine stärkere Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung auch in den kleinen und mittleren Betrieben soll mit dem Präventionsgesetz unterstützt werden, denn hier arbeiten rund 60 Prozent aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten. Dabei ist besonders wichtig, dass die Betriebe über Maßnahmen und Möglichkeiten zur betrieblichen Gesundheitsförderung informiert werden, einen niedrighwelligen Zugang zu den Leistungen der Krankenkassen haben und zuverlässige Hilfestellung erhalten. Deshalb sollen die Krankenkassen die Beratung und Unterstützung von Unternehmen vor Ort gemeinsam sicherstellen und dabei Unternehmensorganisationen wie Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Innungen beteiligen. Verlässliche Informationen über Angebote zur Gesundheitsförderung stellen die Krankenkassen im Internet bereit.

Kommentar: Klein- und Mittelständige Unternehmen haben vor allem die wirtschaftliche Existenz ihrer Unternehmung im Fokus. Es liegt die Vermutung nahe, dass bisherige Erkenntnisse zur Investition in die Gesundheit der Belegschaft und deren mittelbaren und unmittelbaren Einflüsse auf die Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit unzureichende Argumente liefern, damit sich KMU's noch stärker in diesem Feld engagieren. Hier sehen wir im Ansatz der organisationalen Resilienz, welcher noch viel stärker die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen in den Fokus aller Bemühungen stellt, eine große Chance zur Aufklärung und damit verbunden zur nachhaltigen Handlungsabsicht hinsichtlich der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsfördermaßnahmen.

4.2 Zielstellungen

- Ziel ist die Entwicklung und die Evaluation eines Instrumentes zur Messung der Einflüsse individueller und organisationaler Resilienz, sowie betrieblicher und biografischer Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Mitarbeiter.
- Daraus sollen BGM-Ansätze, Zertifizierungsrichtlinien, Ausbildungskriterien für Fachkräfte der betrieblichen Gesundheitsförderung und Evaluationssysteme abgeleitet werden können, welche Resilienz und Gesundheit auf individueller und organisationaler Ebene messen und fördern.
- Hieraus sollen auch Ansätze zur Kooperation unterschiedlicher Akteure des Betrieblichen Gesundheitsmanagement (GKVen, Unfallversicherungsträger und Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände sowie IHKen u.a. Akteure) abgeleitet werden.

4.3 Studieninhalt und -design Forschungsmodul 2

Obwohl der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz klare Vorgaben zur Umsetzung von BGF-Ansätzen, zur Evaluationspflicht der Krankenkassen und zur Kooperation verschiedener Akteure macht, scheint eine praktische Umsetzung noch mit vielen Problemen konfrontiert zu werden. Zur Lösung dieser Probleme, kann die Fortsetzung der Resilienzstudie entscheidende Hilfestellungen beibringen und zwar bezogen auf folgende Forschungsfrage:

4.3.1 zentrale Forschungsfrage

Welche gesundheitlichen und wirtschaftlichen Effekte lassen sich durch Resilienzfördermaßnahmen im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung erzielen?

4.3.2 Studiendesign

Form: Vergleichsstudie, Vorher-Nachheranalyse, Interventions- Kontrollgruppen

Messzeitpunkte: Vorher, nach 1 Jahr, nach 2 Jahren

Stichprobenumfang: 6 Unternehmen mit jeweils 6 Gruppen, insg. n=300

Probandengruppe: die 6 Unternehmen sollen aus unterschiedlichen Branchen kommen, anhand der Gesundheitsreports empfehlen sich folgende Branchen bzw.

Größenabgrenzung:

- Klein- und Mittelständiges Unternehmen
- öffentliche Verwaltung
- Pflegebranche
- Pädagogisches Fachpersonal (Lehrer/Erzieher)
- Industrie/Fertigung
- Banken/Versicherung

4.3.3 Aufwandsberechnung Forschungsmodul 2

Tabelle 2: Aufwandsberechnung Vor- und Nachbereitung Forschungsmodul 2

Aufwand	Personen- tage	Bemerkungen	Kosten- satz
Erfassung des Forschungsstandes I	10	Dokumentation und Aufbereitung der Literatur der genannten vier Traditionen der Resilienzfor- schung	5.000 €
Erfassung des Forschungsstandes II	10	Zusammenführung der wesentlichen Theoriebestandteile zur Bildung einer eigenen Theorie der Betrieblichen Gesundheit und Resilienz	5.000 €
Entwicklung von Gütekriterien hinsichtlich von Resilienzförderprogrammen	10	Ableitung von Kriterien zur empirischen Überprüfung von Programmen individueller Resilienzförderung und Programmen betrieblicher Resilienzsteigerungen	5.000 €
Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes	60	Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes, welches die Messung von Potentialen und Gefährdungen bzgl. der Mitarbeitergesundheit beinhaltet sowie individuelle und organisationale Resilienz misst (in Echtzeit - nach Eingabe der Daten werden die Ergebnisse automatisch berechnet und ausgewertet)	30.000 €

Aufwand	Personen- tage	Bemerkungen	Kosten- satz
Evaluation	je U 30	6 Unternehmen, 3 Erhebungszeit- räume	90.000 €
Wissenschaftliche Dokumentation	10	Erstellung eines Abschlussberich- tes	5.000 €
Leitfadenentwicklung	40	Ableitung eines Manuals zur Steuerung, Überprüfung und ab- schließender Bewertung von Resilienz und BGF-Programmen für die BzGA (vgl. auch das für das DRK hergestellte Manual, Westermayer & Anderssohn 2012)	20.000 €
			160.000 € netto

**Tabelle 3: Aufwandsberechnung Umsetzung der Resilienz- und Gesundheitsfördermaßnahmen
Forschungsmodul 2**

Unternehmen (U)	Maßnahmen	Probanden	Kosten in €
1	Nur individuelle Resilienzförderung	6 Unternehmen (Interventionsgruppe jeweils n= 30)	8.000 € je U
2	Nur betriebliche Resilienzförderung	6 Unternehmen (Interventionsgruppe jeweils n= 30)	5.000 € je U
3	Nur betriebliche Gesundheitsförderung	6 Unternehmen (Interventionsgruppe jeweils n= 30)	20.000 € je U
4	Individuelle und betriebliche Resilienzförderung	6 Unternehmen (Interventionsgruppe jeweils n= 30)	13.000 € je U
5	Individuelle und betriebliche Resilienzförderung sowie betriebliche Gesundheitsförderung	6 Unternehmen (Interventionsgruppe jeweils n= 30)	33.000 € je U
6	Kontrollgruppe (ohne Intervention)	Je Unternehmen eine Kontrollgruppe (n=30)	
			79.000 € je Unternehmen

Insgesamt (alle 6 Unternehmen): 474.000 €

4.4 zeitlicher Projektverlauf

Nach aktueller Planung gehen wir von folgendem Gesamtzeitaufkommen aus:

Zeitplan für die Umsetzung des Forschungsmoduls 2

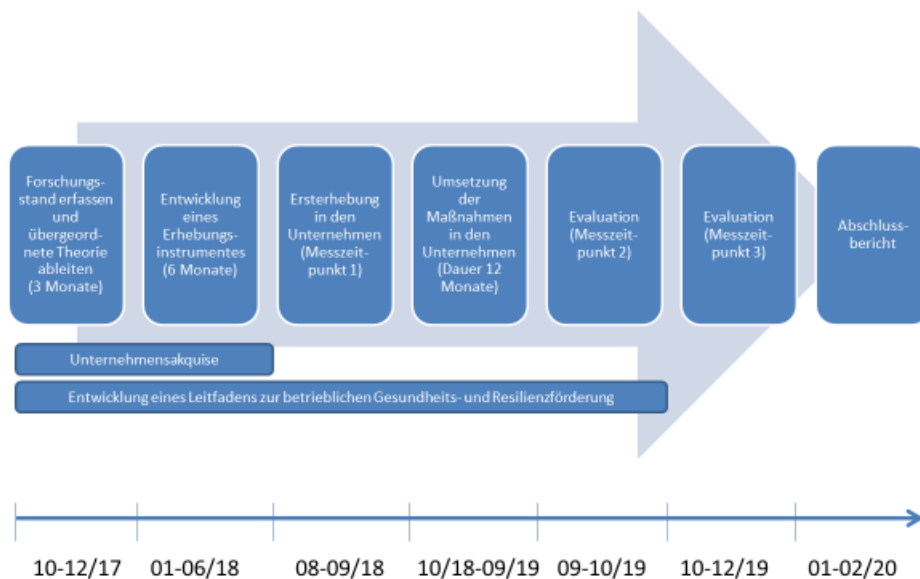


Abbildung 1: Zeitplan für die Umsetzung des Forschungsmoduls 2

4.5 Erläuterungen zum Forschungsbedarf und -aufwand

4.5.1 Kostenbeteiligung

Im Sinne des neuen Präventionsgesetzes sehen wir bei Umsetzung der Resilienz- und Gesundheitsfördermaßnahmen diverse Möglichkeiten der Co-Finanzierungen durch die Unternehmen selbst bzw. den GKVern, Unfallversicherungsträgern oder der Rentenversicherung.

4.5.2 Entwicklung von Instrumenten zur Nachnutzung der Ergebnisse

Bestandteil der Arbeitspakete zur Vor- und Nachbereitung des Forschungsmoduls 2 werden folgende 10 thematische Schwerpunkte sein, die sich auch aus den Anforderungen des Präventionsgesetzes ergeben.

- I Definition und Abgrenzung von BGM (Betriebliches Gesundheitsmanagement), BGF (Betriebliche Gesundheitsförderung) und Gesundheitsförderung im Betrieb, Management der Betrieblichen Gesundheit, Entwicklung, Erhaltung und Management Organisationaler Resilienz
- II Kennzahlensysteme zur Steuerung des Aufbaus und des Managements Betrieblicher Gesundheit und organisationaler Resilienz
- III Kennzahlensysteme zum Aufbau, Steuerung und nachhaltiger Steigerung individueller Resilienz
- IV Kennzahlensystem zur wechselseitigen Steigerung organisationaler und individueller Resilienz
- V Projektmanagementsystem zur stetigen wechselseitigen Steigerung individueller und organisationaler Resilienz
- VI Evaluationsdesign des Projektmanagementsystems
- VII Evaluationstyp: Evidenz (Effizienz, Effektivität, Akzeptanz)
- VIII Ansätze und Vorschläge für ein Zertifizierungssystem zur Qualitätssicherung des Projektmanagementsystems

- IX Curriculum zur Ausbildung zum Projektmanager BGF und BGM
- X Curriculum zur Ausbildung zum Zertifizierer für Managementsysteme betrieblicher Gesundheit (integrierte organisationale und individuelle Resilienz)
- XI Kooperationsprojekt designs für GKVen, Unfallkassen und Berufsgenossenschaften, Betriebsärztliche Dienste und BZgA
- XII Benchmarkbeispiele:
 - a) Klein-und Mittelbetriebe
 - b) Konzern
 - c) Verwaltung
 - d) Produktionsbetrieb
 - e) Branchenprojekte
 - f) Unternehmensnetzwerke
 - g) Schulungsprogramme
 - h) Führungskräfteausbildung
 - i) Reorganisationsprojekte
- XIII Kooperationsprojekt designs für GKVen, Unfallkassen und Berufsgenossenschaften, Betriebsärztliche Dienste und BZGA

4.5.3 Notwendigkeit der Formulierung einer übergeordneten Theorie

Aus Forschersicht mangelt es an einer Entwicklung und Beschreibung einer Theorie betrieblicher Gesundheit unter Verwendung der empirischen Erkenntnisse der Resilienzforschung.

Begründung:

Die Disziplin Betriebliche Gesundheitsförderung wurde einerseits in der Tradition der Ottawa Charta, die Prävention andererseits in der Tradition der Arbeitssicherheitsforschung entwickelt. Gesundheitsförderung und Prävention wurden daher lange Jahre meist als Synonym verstanden und daher wenig als begrifflich theoretische Herausforderung verstanden. Dies veränderte sich auf der einen Seite durch die Er-

kenntnis, dass moderne Arbeitsbedingungen (Veränderungen der Arbeitsbedingungen von körperlichen Anforderungen zu psychischen Anforderungen, hierarchischen Strukturen zu Netzwerkstrukturen etc.) nicht mehr adäquat durch klassische Gefährdungsanalysen erfasst werden können, auf der anderen Seite durch die Entwicklung von Forschungs- und Beratungsansätzen der Salutogenese (Antonovsky 1979, Westermayer et al. 1996, 1998, 2006, 2007, 2011, 2014).

Ein wesentliches Problem stellte bei den Salutogenese-Ansätzen die Frage der Messbarkeit von „Gesundheit“ dar. Die Feststellung von Symptomen und deren Einordnung in Krankheitsdiagnosen folgt einem weltweit etablierten wissenschaftlichen System der Beschreibung, das in der medizinischen Ausbildung fest verankert ist (Internationale Klassifikation von Krankheiten – ICD-Schlüssel). Ein solches System existiert für gesundheitsförderliche Faktoren noch nicht, und es ist fraglich, ob ein solches System überhaupt erstellt werden kann und darf (vgl. hierzu Westermayer 2008 S. ff). Während Krankheiten eindeutig definiert werden können und für eine gute Behandlung auch eindeutig diagnostiziert werden müssen, kann Gesundheit nicht eindeutig definiert werden, weil es aufgrund persönlicher, sozialer, kultureller, betrieblicher und ökonomischer Einflussfaktoren unterschiedliche Arten und Weisen des sich Gesunderhaltens gibt, die nicht von Experten unter Laborbedingungen erfasst und definiert werden, sondern nur in Kooperation von Experten und Betroffenen gemeinsam identifiziert werden können (Daher muss BGF als partizipativer Organisationsentwicklungsansatz durchgeführt werden).

Allerdings können die Effekte bestimmter gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen eindeutig gemessen und den eindeutig zu messenden Gefährdungen als Gegenkraft gegenübergestellt werden.

Der Resilienz begriff bietet gegenüber dem Gesundheitsbegriff nicht nur den Vorteil, dass er nicht den ethischen und wissenschaftlichen Vorbehalten gegenüber einer eindeutigen Operationalisierung und Messbarkeit von Gesundheit unterworfen ist, sondern dass er auch so weit gefasst werden kann, dass er sowohl als Beschreibung für individuelle Verhaltensweisen und Empfindungen sowie betriebliche überindividuelle Systeme wie etwa Kulturen, Organisationsformen, Führungssysteme und Kennzahlensysteme verwendbar bleibt. Dank seiner Herkunft aus dem technischen

Bereich der Materialforschung bietet er auch weniger Anknüpfungsfläche für irreführende Gleichsetzungen wie es der Gesundheitsbegriff etwa in der Redeweise von wirtschaftlicher Gesundheit und persönlicher Gesundheit macht. Diese Art von Gleichsetzungen haben in der Vergangenheit mehrmals zu falschen Ansätzen geführt, z.B. in der von vielen Betrieben durchgeführten Veränderung, statt von Krankheitsquoten von Gesundheitsquoten zu sprechen und diese mit Anwesenheitsquoten zu messen (was eindeutig falsch ist, aber nicht die damit verbundene Praxis der Betriebe eingeschränkt hat).

Allerdings ist die zur Verfügung stehende Literatur alles andere als eindeutig:

Es gibt mindestens vier Traditionslinien, die den Resilienz-begriff recht unterschiedlich behandeln und darin implizit definieren:

- 1) Die Tradition der sieben Resilienz-faktoren, die in der BzGA-Studie von Bengel und Lyssenko (2012) ausführlich diskutiert wurde und auch Ausgang unseres ersten Teils der Studie waren (Kauffeldt und Westermayer 2014).
- 2) Eine im Rahmen der allgemeinen Resilienzdiskussion in Deutschland weniger beachtete Studie von Weick & Suttcliffe, die in den USA als Klassiker der organisationalen Resilienz gilt und wahrscheinlich aufgrund eines groben Übersetzungsfehlers in der deutschen Ausgabe (das Wort Resilienz wurde nicht ins Deutsche übernommen, so dass es im ganzen Buch kein einziges Mal vorkommt) gar nicht mit der Resilienz-forschung in Verbindung gebracht wird.
- 3) Die Literaturtradition, die sich in Folge der Forschungsarbeiten von Daniel Goleman zur „emotionalen Intelligenz“ und zur Kunst der Wahrnehmungssteuerung (Goleman 2013) ähnlich wie Weick und Suttcliffe um den ins Deutsche als „Achtsamkeit“ übersetzten mentalen Zustand als Forschungsgegenstand kümmert, der im amerikanischen eher als wache und engagierte Haltung geistigen Reichtums und Geistesgegenwart beschrieben wird. Hier hat offensichtlich die Tatsache, dass neuere Forschungen zur Messbarkeit von Hirnaktivitäten durch bestimmte Formen der Meditation möglich wurden, zum Kurzschluss geführt, dass man Achtsamkeit als zentrales Kriterium von Resilienz nur durch Meditation erreichen könnte. Daher und weil Google diese Erkennt-

nis zu einem weltweit beachteten Programm ausgebaut hat, das von vielen amerikanischen Universitäten aufgegriffen wurde, erhält die Meditation in Deutschland eine so unerwartet große Aufmerksamkeit in der Resilienzpraxis.

- 4) Zuletzt gibt es eine weitere auf die Gestaltpsychologie und Gestalttherapie zurückführbare vierte Tradition der Wahrnehmungssteuerung, die auf die Arbeiten von Frederik Pearls und Kurt Lewin zur Sozialpsychologie des Lernens zurückgreift und anstatt von Achtsamkeit von „Awareness“ (=Wachheit) spricht. Diese scheint uns der tatsächliche und nachweislich älteste Ursprung nachhaltiger Resilienzforschung zu sein. Diesem vierten Ansatz ist auch unser eigener Ansatz der betrieblichen Resilienz, die sich in sogenannten Gesundheitspotenzialen eindeutig messen lässt, verpflichtet. Die BGF GmbH hat hierzu sehr umfangreiche Veröffentlichungen verfasst (vgl. Literaturverzeichnis).

Die wesentliche Forschungslücke besteht aus unserer Sicht nun darin, diese vier genannten Traditionen begrifflich so aufeinander zu beziehen, dass sich hieraus auch für die vom Präventionsgesetz definierten Aufgaben ein Begriffs- und Handlungssystem zur Stärkung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und Resilienzfaktoren im Erwachsenenalter ergibt. Hierdurch wird sich auch ein historisch gut überprüfbarer Leitfaden von den Anfängen der Gestaltpsychologie im Berlin der 20er und 30er Jahre über Lewins Emigration in die USA u.a. beim MIT, wo er die Grundlagen für moderne Organisationsentwicklung gelegt hat, nachzeichnen lassen. Organisationsentwicklung hat in Deutschland Anfang der 80er Jahre die Grundlagen für ein modernes BGF-System gelegt, in dem alle Eigenschaften, die für organisationale Resilienz in der Literatur eine wichtige Rolle spielen, angelegt sind. Das wird eine begriffliche Klärung in diesem letzten Abschnitt deutlich machen. Ein weiterer wesentlicher Beitrag der BGF GmbH zur Klärung der Frage, was betriebliche Resilienzfaktoren begrifflich wie empirisch gut belegt, ausmacht, wird die dann erstmals veröffentlichte Auswertung von mehr als 18.500 befragten Mitarbeitern sein: Hier stellt sich heraus, dass die Haupteinflussfaktoren betrieblicher Resilienz: Lernen, Identifikation und Entscheidungsspielraum die Lücke zwischen den verschiedenen Theorietraditionen und den empirisch entdeckten Best-Practice-Beispielen zu schließen vermögen. Da diese Faktoren eine statistisch hohe Signifikanz aufweisen

und ihre Varianzaufklärung ein sehr hohes Maß erreicht, dürften sie auch eine breite öffentliche Verbindlichkeit und Anerkennung erfahren.

Nach Fertigstellung dieses theoretischen und empirisch gut überprüften Systems kann es dann sowohl als Modell, als empirisches Befragungssystem, als Evaluationsinstrument und als Kennzahlensystem zur nachhaltigen Steuerung von Betrieblichen Gesundheitsmanagementsystemen (die sowohl Individualprogramme als auch OE-Ansätze enthalten) verwendet werden.

Gleichzeitig kann es von der BzGA bei der Entwicklung von Gütekriterien zur Beurteilung der Aktivitäten der GKV in der Betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt werden.

5 Umsetzung der Studie durch die Antragsteller

Als Antragsteller verstehen sich die Wissenschaftler:

5.1 Dr. Gerhard Westermayer

akademische Qualifikation:

- Diplom-Psychologe
- Gestalttherapeut

Tätigkeit:

- Geschäftsführer Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung mbH
- Geschäftsführer ReMo RespectMotivation GmbH
- Vorstandsmitglied Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement (BBGM)
- Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der DGPG - Deutsche Gesellschaft für Psychosoziale Gesundheitsförderung

5.2 Dr. Henry Kauffeldt

akademische Qualifikation:

- Gesundheitswissenschaftler (MPH),
- Diplom-Kaufmann (FH)

Tätigkeit:

- Geschäftsführer der AHAB-Akademie GmbH
- Geschäftsführer der AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter- und Firmengesundheit
- Geschäftsführer der DGPG- Deutschen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitsförderung

5.3 Erfahrungen im Forschungsgebiet

Die Antragsteller haben in allen zuvor genannten Bereichen umfangreiche Vorarbeiten geleistet.

5.3.1 individuelle Resilienzförderung

Die AHAB-Akademie GmbH bietet seit mehreren Jahren Seminare, Workshops und Präventionskurse zur Stärkung der individuellen Resilienz an. Mit Ihrem eigenen Programm *Loovanz* (einen abgeschlossenen 10-wöchigen Präventionsprogramm für Gruppen) haben die TrainerInnen der AHAB-Akademie vielfältige Erfahrungen in der Anleitung und Evaluation von Resilienzförderprogrammen gesammelt.

Im Zuge des BZgA-Recherche-Studie zur Resilienzförderprogrammen (Kauffeldt und Westermayer 2014) konnten wir einen umfangreichen Einblick in die aktuelle Umsetzung von individuellen Resilienzfördermaßnahmen gewinnen.

5.3.2 organisationale Resilienzförderung

Im Rahmen einer Studie zur organisationalen Resilienz haben Elbe, Heller & Linsenmann (2012) ein Erhebungsinstrument mit insgesamt 70 Items entwickelt, welches betriebliche Resilienzfaktoren operationalisiert.

Im Zuge der durch die BZgA in Auftrag gegebenen Recherchestudie zu Resilienzförderprogrammen im Erwachsenenalter (Kauffeldt & Westermeyer 2014) war dieses Erhebungsinstrument das geeignetste Mittel, um betriebliche Resilienzfaktoren zu messen. Aus diesem Grunde sollten die Skalen in ein übergeordnetes Erhebungsinstrument zur Identifikation betrieblicher und individueller Einflussgrößen adaptiert werden und deren Funktionalität überprüft werden.

5.3.3 betriebliche Gesundheitsförderung

Durch Dr. Gerhard Westermayer wurde ein Modell der betrieblichen Gesundheit mit zugehörigem Fragebogen und einer Auswertungssoftware entwickelt, das in der Lage ist, sogenannte Gesundheitspotenziale dem Ausmaß der Gefährdungen systematisch gegenüberzustellen. Dieses Modell wurde mit einer Stichprobe von N=18.500

überprüft. Es ist in der Lage, für Betriebe jeder Größe, auch Klein- und Mittelbetriebe, über eine Befragung einen präzisen Handlungsplan zur Stärkung von gesundheitsförderlichen Potentialen auf individueller und betrieblicher Ebene abzuleiten und dessen Wirksamkeit zu überprüfen.

Dieses Vorgehen wurde mit mehr als 100 Unternehmen, mit sechs verschiedenen Branchen (Ernährungswirtschaft, Hotelbranche, Pflegebranche, Erziehungsbranche/Kitas, Facilitymanagement/Gebäudereinigungsbranche) und zwei Unternehmernetzwerken in Berlin und Brandenburg im Auftrag der AOK Nordost erprobt.

Das vom BMG geforderte Vorgehen, die Zusammenarbeit zwischen IHKen, GKVen und Handwerkskammern als betriebsübergreifenden Arbeitskreis Gesundheit zu organisieren wurde von Westermayer (1998) entwickelt und später in verschiedenen Projekten umgesetzt.

Auch das heute in Österreich von den Krankenkassen verbindlich vorgeschriebene Modell eines dreistufigen Vorgehens in der Gesundheitsförderung: Gesundheitsförderung im Betrieb (Förderung individueller Resilienz), Betriebliche Gesundheitsförderung (durchgeführt als Organisationsentwicklungsansatz mit den verbindlichen Teilen Ziel- und Istanalyse mit Erfassung der Potenziale und Gefährdungen, aus den Daten abgeleitete Schritte des Projektmanagements unter systematischer Einbeziehung der Mitarbeiter und Führungskräfte, Prozess und Ergebnisevaluation mit Messung der Evidenz (nachhaltige Wirksamkeit in drei Dimensionen: Effektivität, Effizienz und Akzeptanz), und ein aus beiden evaluierten Vorgehensweisen entwickeltes Managementsystem der betrieblichen Gesundheit wurde bereits 1996 (Stein & Westermayer), 2006 (Westermayer & Stein) und 2007 (Westermayer & Wellendorf) veröffentlicht. Zur Bedeutung der Mitarbeiterführung, die sich der empirisch erfassten Gesundheitspotenziale bedient oder zur Identifikation von Best-Practice Potenzialen in allgemein gefährdeten Arbeitsfeldern wie z.B. der Pflegebranche hat die BGF GmbH Berlin wertvolle empirische Beiträge geleistet (vgl. Westermayer 2014 und Westermayer 2011).

Die AHAB-Akademie GmbH ist seit 13 Jahren ein anerkannter Partner von Unternehmen verschiedener Branchen und Größenordnungen bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik. Die AHAB-

Akademie betreut unter anderen Unternehmen wie Unilever, British American Tobacco, AOK-Niedersachsen, Knappschaft, BKK-VBU, Siemens BKK, Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, GEMA, Deutscher Gewerkschaftsbund, quirinbank AG, Deutsche Kreditbank AG, Hypo-Vereinsbank, VHV-Versicherung, Allianz-Versicherung, Hamburg-Mannheimer Versicherungs AG, Pfizer, Bosch-Siemens Hausgeräte, Vivantes u.a..

6 Nutzen als Projektpartner

Das Endprodukt (Erhebungsinstrument, Leitfaden BGF/BGM) wird für die Projektpartner, wenn sie es im Rahmen ihrer Tätigkeit in Kooperation mit dem GKV Spitzenverband und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. in Vorbereitung und Auswertung der Durchführung der Nationalen Präventionskonferenzen und der mit ihr verbundenen auf 5 Jahre angelegten Pilotprojekte, einsetzen wird, zu Einsparungen von mehreren 100 000 Euro, wenn nicht Millionen führen.

Bei dieser zukünftigen Arbeit stehen die Antragsteller nebst den angeschlossenen Institutionen gerne als unterstützender Partner zur Verfügung.

7 Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (2013). Ressortbericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Sitzung des Staatssekretärsausschusses für nachhaltige Entwicklung am 21. Januar 2013. Nachhaltige Entwicklung in Gesundheit und Pflege
- Bittelmeyer, A. (2007): Rückschläge besser wegstecken. Karrierefaktor Resilienz, in: managerSeminare Heft 110, Mai 2007, S. 36 – 43.
- Deutscher Bundestag (2015). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg)
- Jung, C.; Seidel, J.; Strippel H. (2014). *Präventionsbericht 2014*. Hrsg. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband
- Heller, J.; Elbe, M.; Linsenmann, M. (2012): Unternehmensresilienz – Faktoren betrieblicher Widerstandsfähigkeit. In: Böhle, F./Busch, S. (Hrsg.): Management von Ungewissheit. Neue Ansätze jenseits von Kontrolle und Ohnmacht. Bielefeld: Lit-Verlag, S. 213-232.
- Heller, J.; Höcht, G. (2008): Wieder auf die Füße kommen, in: Kommunikation & Seminar, 1/2008, S. 34 – 37.
- Kauffeldt, H. (2014). *Evaluationsbericht zum 10+ Coaching bei der Unilever Deutschland GmbH*. Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Kluge, Antje (2004): Resilienzforschung. Aktueller Forschungsstand. Kommentierte Auswahlbibliographie, EU-Projekt: Arbeitsfähigkeit erhalten (AEIOU). Marburg, S. 1 – 35.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- Saß, A.-C.; Wurm, S.; Ziese, T. (2009). Somatische und psychische Gesundheit. In: *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Hrsg. Robert Koch Institut
- Scharnhorst, J. (2008): Resilienz – Neue Arbeitsbedingungen erfordern neue Fähigkeiten, in: Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.): Psychologie, Gesellschaft, Politik 2008 – Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland. Berlin, S. 51 – 54.

Internetquellen

Anzahl der gesetzlich Versicherten 2013, verfügbar unter:

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich/>

7.1 Publikationen Dr. Gerhard Westermayer und BGF-GmbH

- Beck, D. (2002): Betriebliche Gesundheitsförderung als integrierte Strategie umfassenden Qualitätsmanagements. Discussion Paper der bgf-berlin.
- Beck, D. (2003): Sense of Coherence (SOC) - ein brauchbares Analysekonzept in der betrieblichen Gesundheitsförderung? Gütebeurteilung des Sense of Coherence (SOC) - Messkonzeptes von Aaron Antonovsky anhand einer Querschnittsuntersuchung bei Angestellten eines Berliner Dienstleistungsunternehmens. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Berlin: Freie Universität
- Beck, D. (2004a): Zum Stellenwert der Mitarbeiterbefragung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Discussion Paper der bgf-berlin. DP04-0304.
- Beck, D. (2004b): Leistungsfähigkeit, Wettbewerbsfähigkeit und Geschäftserfolg - haltloses Wunschdenken oder legitimer Anspruch der betrieblichen Gesundheitsförderung? Discussion Paper der bgf-berlin. DP04-0809.
- Beck, D.; Bonn, V.; Westermayer, G. (2005): Betriebliche Gesundheit: Ziele, Gegenstandsbereiche, Diagnose, in: SuB (28) Heft 1, S. 18-32
- Beck, D.; Bonn, V.; Westermayer, G. (2010): Salutogenese am Arbeitsplatz. In: G+G Wissenschaft (GGW) Jg. 10, Heft 2 (April): 7–14
- Bonn, V. (2002): Organisationsentwicklung durch Datenfeedback. Evaluation eines Führungskräftefeedbacks in einem Dienstleistungsunternehmen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Berlin: Technische Universität
- Bonn, V. (2003): Eine klare Führung mit Hilfe des Führungskräftefeedbacks. Discussion Paper der bgf-berlin.
- Bonn, V. (2004): Rauchen - Sucht und Sinnerfüllung!? Discussion Paper der bgf-berlin. DP04-0607.

- Bonn, V.; Mucha, K. (2006): Mitarbeiter/innenbefragung im Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin, in: Busch, R.; Senatsverwaltung für Inneres (Hrsg.): Gesundheitsforum 2005. Schriftenreihe des Weiterbildungszentrums der Freien Universität Berlin, Bd.4, Berlin, S. 170-181.
- Brand, D. (2002): Der direkte und indirekte Einfluss von Ressourcen der Arbeit auf die Gesundheit. Eine quantitative Studie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Magdeburg: Hochschule Magdeburg - Stendal
- Brand, D. (2010): Gesundheitsbericht für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern der AOK Nordost – Daten 2009.
- Brand, D. (2011): Gesundheitsbericht für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern der AOK Nordost – Daten 2010.
- Brand, D. (2012): Gesundheitsbericht für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern der AOK Nordost – Daten 2011.
- Brand, D. (2013): Gesundheitsbericht für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern der AOK Nordost – Daten 2012.
- Brand, D. (2010): Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg. Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten für Berlin-Brandenburg von 2006-2008
- Brand, D. (2012): Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg. Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten für Berlin-Brandenburg von 2007-2009
- Ducki, A. & Westermayer, G. (1995). *Evaluation in der Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Friczewski, F.; Jenewein, R.; Lieneke, A.; Schiwon, L. & Westermayer, G. (1989). Betriebliche Gesundheitszirkel. *Psychomed*, 1, 140-143.
- Friczewski, F.; Jenewein, R. & Westermayer, G. (1990). *Betriebliche Gesundheitszirkel*. Forschungsbericht an das BMFT, Berlin.
- Friczewski, F.; Jenewein, R.; Lieneke, A.; Schiwon, L.; Westermayer, G. & Brandenburg, U. (1990a). Primärprävention mit arbeitsplatzbezogenen Gesundheitszirkeln. In: U. Brandenburg et al. (Hrsg.). *Prävention im Betrieb*. (S. 107-119). München: Minerva-Fachserie.

- Friczewski, F.; Jenewein, R.; Lieneke, A.; Schiwon, L.; Westermayer, G. & Brandenburg, U. (1990b). Betriebliche Gesundheitszirkel als Instrument für den Abbau von gesundheitsschädlichem Streß am Arbeitsplatz. Ein Erfahrungsbericht. In: U. Brandenburg et al. (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb*. (S. 290-314). Dortmund: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz Tb 51.
- Hermann, J.; Bellabarba, A.; Beck, D. (2002): Förderung von Ressourcen zur Gesunderhaltung im Betrieb. Die Entstehung von Gesundheit im Kontext betrieblicher Arbeits- und Organisationsgestaltung. In: Woll, R. (2002) (Hrsg.): *Qualitätswissenschaft für Bildung und Praxis*. Band 2002. 4. Reihe: Berichte zum Qualitätsmanagement. Shaker Verlag
- Herzog, M. (1998). Gesundheitsförderung und pathogene Führungsstruktur. In E. Bamberg; A. Ducki; A.-M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 253-266). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Hormel, R.; Stein, B.; Wendel, M. & Westermayer, G. (1992). *Qualitative Krankheitsstandsanalyse bei der IVECO-Magirus AG*. Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Lieneke, A. & Westermayer, G. (1994). Gesundheitscoaching. Betriebliche Gesundheitszirkel als Prozess. In: G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.). *Betriebliche Gesundheitszirkel*. (S. 87-99). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Riese, I. (1998). *Evaluation eines Gesundheitszirkels*. Eine quasiexperimentelle Feldstudie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. TU Berlin.
- Riese, I. (2001): Optimierungszirkel als partizipative Maßnahme zur Arbeitsgestaltung und Kompetenzentwicklung. Vortrag auf dem 47. Arbeitswissenschaftlicher Kongress, Kassel.
- Riese, I.; Stein, B. (2002): Was kennzeichnet Optimierungszirkel und wann sollten sie eingesetzt werden? Discussion Paper der bgf-berlin.
- Riese, I.; Wellendorf, J. (2003): Der Commitment Workshop. Discussion Paper der bgf-berlin.
- Riese, I. (2005): Gesundheitstage - oberflächliche Fun-Events oder Beitrag zum Aufbau einer gesundheitsförderlichen Vertrauenskultur? Discussion Paper der bgf-berlin. DP05-0304.

- Stein, B. & Westermayer, G. (1995). Das Verhalten der Verhältnisse. Betriebliche Gesundheitsförderung als prozeßorientierte Organisationsentwicklung. In: R. Busch (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung in Berlin*. (S. 156-163). Berlin: FU, Referat für Weiterbildung, Kooperationsstelle FU-DGB.
- Stein, B.; Westermayer, G. (1996). Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung. In: R. Busch (Hrsg.), *Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitsförderung*. (S. 36-49). Berlin: FU, Referat Weiterbildung, Kooperationsstelle FU-DGB.
- Stein, B. & Westermayer, G. (1997a). *Aspekte einer qualitativen Organisationsdiagnostik in der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Dissertation, TU Berlin.
- Stein, B. & Westermayer, G. (1997b). Salutogenic Management - die Steuerung von Transformationen. In: *Betriebliche Gesundheitsförderung*, Tagungsdokumentation. Bad Kreuznach: DGB.
- Stein, B. & Fahr, A. (1998). Gesundheitsförderung durch Schaffung salutogener Unternehmensstrukturen. In E. Bamberg; A. Ducki; A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 239-252). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Stein, B. & Westermayer, G. (2000). Die Notwendigkeit der Entwicklung von Lernkulturen in Zeiten rasanten Wandels. In: R. Busch (Hrsg.) *Change Management und Unternehmenskultur*. (S.84-101). Rainer Hampp Verlag, München.
- Stein, B. (2000). *Gesundheit-Vertrauen-Führung*. Delta Report. Daimler Chrysler AG, Berlin.
- Stein, B.; Westermayer, G. (2001): Betriebliche Gesundheitsförderung als Optimierungssysteme. In: Sauer (Hrsg.) (2001): *Fehlzeitensteuerung im Kreditgewerbe*. Stuttgart: Deutscher Sparkassen Verlag.
- Stein, B. (2003): Warum sich der betriebliche Arbeitsschutz nicht auf Kranke und Verunfallte beschränken darf. Discussion Paper der bgf-berlin.
- Steinfeld, A.; Stein, B.; Beck, D. (2004): Arbeits- und Gesundheitsschutz in Klein- und Mittelbetrieben (KMU). Ein Pilotprojekt der Norddeutschen Metall-BG für Kfz-Kleinbetriebe in Schleswig-Holstein. S. 199-210 in: Busch, R.; AOK Nordost (2004) (Hg.): *Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven*. München und Mering: Rainer Hampp Verlag

- Tabbara, N. (2005): Teufelskreise in Organisationen - Theorie und Praxis. Discussion Paper der bgf-berlin. DP05-0102.
- Tabbara, N.; Westermayer, G. (2005): "Thinking in Networks": Betriebliche Gesundheitsförderung als Medium und Ergebnis von Kooperationen. Discussion Paper der bgf-berlin. DP05-0708.
- Wellendorf, J. (1999). *Auswirkungen von Arbeitsplatzunsicherheit auf Gesundheit und Befinden*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. TU Berlin.
- Wellendorf, J., Westermayer, G. & Riese, I. (2001). Storck-Projekt „Sicher und Gesund“. In: B. Badura, M. Litsch & C. Vetter. *Fehlzeiten-Report 2000*. Berlin: Springer.
- Wellendorf, J. (2002): Zum sinnvollen Einsatz von Daten. Discussion Paper der bgf-berlin.
- Wellendorf, J. (2005): Ein Vorschlag zur Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Discussion Paper der bgf-berlin. DP05-0506.
- Wellendorf, J.: (2006): Zum Umgang mit dem Krankenstand. Discussion Paper der bgf-berlin. DP 06-0102.
- Westermayer, G. (1991). Gesundheitszirkel sind weder verkappte Gesundheitspolizei noch sanfte Guerilla. *Management und Seminar*, 9/91, 14-15.
- Westermayer, G. & Dammer, I. (1991). Belastung. In: U. Flick et al. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. (S. 297- 299). München: Psychologische Verlagsunion.
- Westermayer, G. & Liebing, U. (1992). Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel. In: R. Brennecke (Hrsg.). *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. (Band 1: Grundlagen und Versorgungsforschung)*. (S. 341-348). Berlin: Springer.
- Westermayer, G., Lieneke, A. & Zahn, P. (1992a). Durch viele Fäden auf das Innere des Wollknäuels blicken. Management by Blind Spots. *Management & Seminar*, 2/92, 45-47.
- Westermayer, G. (1993). Unternehmenskultur als Bezugsrahmen für eine qualitative Krankenstandsanalyse und betriebliche Gesundheitsförderung. In: W. Fastenmeier; P. Stadler & G. Strobel (Hrsg.). *Neue Wege der präventiven Gesundheitsarbeit*. (S. 160-169). Bremerhaven: NW-Verlag.

- Westermayer, G. (1994a). Qualitative Krankenstandsanalyse bei der IVECO MAGIRUS AG Ulm. In: G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel*. (S. 169-171). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Westermayer, G. (1994b). Qualitative Krankenstandsanalyse. In: G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.). *Betriebliche Gesundheitszirkel*. (S. 172-181). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Westermayer, G. & Bähr, B. (1994a). (Hrsg.) *Betriebliche Gesundheitszirkel*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Westermayer, G. & Bähr, B. (1994b). Gesundheitszirkel als Instrument einer integrierten Personal- und Organisationsentwicklung. In: G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.). *Betriebliche Gesundheitszirkel*. (S. 37-45). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Westermayer, G.; Stein, B. & Richter, A. (1995). *Handbuch zur betrieblichen Gesundheitsförderung der AOK Berlin*. Berlin: AOK Berlin, unveröffentlichtes Manual.
- Westermayer, G. (1995). Welche Einsichten können aus der Arbeit mit Gesundheitszirkeln gewonnen werden? In: R. Busch (Hrsg.). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Berlin*. (S. 74-86). Berlin: FU, Referat für Weiterbildung, Kooperationsstelle FU-DGB.
- Westermayer, G. (1996). Der Aufbau von Vertrauensorganisationen durch Betriebliche Gesundheitsförderung. In: R. Busch (Hrsg.). *Vom Fehlzeitenmanagement zur Betrieblichen Gesundheitsförderung*. (S. 61-82). Berlin: FU, Referat für Weiterbildung, Kooperationsstelle FU-DGB.
- Westermayer, G.; Stein, B. & Richter, A. (1996). *Curriculum der AOK Berlin zur Ausbildung von Projektmanagern in der betrieblichen Gesundheitsförderung - Basiseminare, Analysen und spezielle Seminare*. Berlin: AOK Berlin, unveröffentlichtes Manual.
- Westermayer, G. & Stein, B. (1996). Salutogenic Management. In: R. Busch (Hrsg.). *Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitsförderung*. (S. 50-75). Berlin: FU, Referat für Weiterbildung, Kooperationsstelle FU-DGB.
- Westermayer, G. & Stein, B. (1997). Gesundheit, Vertrauen, Führung: Rückkehrgespräche als Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: R. Busch (Hrsg.). *Arbeitsmotivation und Gesundheit*. (S. 75-96). Berlin: FU, Referat für Weiterbildung, Kooperationsstelle FU-DGB.

- Westermayer, G. (1998a). Der Handwerksmeister als Arbeitskreis Gesundheit? - Warum BGF für Klein- und Mittelbetriebe. In R. Busch (Hrsg.). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben*. Berlin: FU, Referat für Weiterbildung, Kooperationsstelle FU-DGB.
- Westermayer, G. (1998b). Lean Management - Lean life, zur Rationalisierung von Lebensentwürfen. In I. Dammer, P. Franzkowiak (Hrsg.). *Lebenskonstruktion und Verwandlung*. Bouvier Verlag.
- Westermayer, G. (1998c). Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung. In E. Bamberg; A. Ducki; A.-M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 119-132). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Westermayer, G. (1998d). Qualitative Krankenstandsanalyse. Der Unterschied zwischen Kontrolle und Controlling heißt Vertrauen: Betriebliche Gesundheitsberichterstattung als Controllinginstrument für Unternehmen, Führungskräfte und Mitarbeiter. In: U. Brandenburg, K. Kuhn, B. Marschall (Hrsg.). *Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb*. S.115-139. Tb 84. Dortmund - Berlin: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Westermayer, G. (1998e). Shareholder Value - Salutogenic Management: Unvereinbare Gegensätze?. In R. Busch (Hrsg.). *Shareholder Value - neue Unternehmensmoral*. Berlin: FU, Referat für Weiterbildung, Kooperationsstelle FU-DGB.
- Westermayer, G. & Wellendorf, J. (2000). Führungskräftefeedback bei der AOK Berlin. In R. Busch (Hrsg.). *Mitarbeitergespräch - Führungskräftefeedback. Instrumente in der Praxis*. (S.159-173) München und Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Westermayer, G. & Wellendorf, J. (2001). Evaluation Betrieblicher Stressprävention. In: H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.). *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*. Weinheim: Juventa.
- Westermayer, G. & Stein, B. (2001): Vertrauen als Strategie: Die Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung im Fehlzeitenmanagement. In Sauer (2001) (Hrsg.), *Fehlzeitensteuerung im Kreditgewerbe*. Stuttgart: Deutscher Sparkassen Verlag.
- Westermayer, G. (2002a): Gesundheitszirkel oder Rückkehrgespräche? Anmerkungen zu einer aktuellen Diskussion. Discussion Paper der bgf-berlin.

- Westermayer, G. (2002b): Sprechen wir darüber: Betriebliche Stressprävention. Discussion Paper der bgf-berlin.
- Westermayer, G. (2002c): Klare Führung ist gesund. Discussion Paper der bgf-berlin.
- Westermayer, G. (2003): Der Stress nimmt zu - was kann man tun? Discussion Paper der bgf-berlin.
- Westermayer, G.; Beck, D. (2003): Auf die Entscheidung kommt es an. Discussion Paper der bgf-berlin.
- Westermayer, G. (2004): Gesundheit lässt sich nicht messen, ihre Statthalter aber schon. Discussion Paper der bgf-berlin. DP04-1011.
- Westermayer, G.; bgf-berlin-Team; Wohlfeil, J. (2004): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung durch die AOK Nordost. State of the Art und Zukunftsweisendes. S. 70-103 in: Busch, R.; AOK Nordost (2004) (Hrsg.): Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven. München und Mering: Rainer Hampp Verlag
- Westermayer, G. (2006): Die Rolle der Führung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, in: Busch, R.; Senatsverwaltung für Inneres (Hrsg.): Gesundheitsforum 2005. Schriftenreihe des Weiterbildungszentrums der Freien Universität Berlin, Bd.4, Berlin, S. 82-113.
- Westermayer, G.; Stein, B. (2006): Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit. Hogrefe: Göttingen.
- Westermayer, G.: (2006): Vertretbare und nicht vertretbare Metaphern: Oder warum man einen "Eisberg" kaum durch soziale Kälte auftauen kann. Discussion Paper der bgf-berlin. DP06-0304.
- Westermayer, G.; Mucha, K. (2008): Identifikation als Gesundheitspotenzial. In: Busch, R.; Senatsverwaltung für Inneres (Hrsg.): Gesundheitsforum 2007. Schriftenreihe des Weiterbildungszentrums der Freien Universität Berlin, Bd.5, Berlin, S. 65-99.
- Westermayer, G. (2008): Politisches Engagement kann gesund sein - Das Town Meeting als Eskalationsort von Potenzialen, Freude und Selbstvertrauen. In: Profile 15/08, S. 53-62.

- Westermayer, G. (2009): Freude! Oder wie man die Götterfunken auch im Betrieb durch die betriebliche Gesundheitsförderung (bfg-berlin) und in der Politik durch Town Meetings zum Fliegen bringen kann. In: Schulthess, P., Anger, H. (2009) (Hrsg.): Gestalt und Politik. EHP - Verlag Andreas Kohlhage, Bergisch Gladbach, S. 71-100
- Westermayer, G. & Bonn, V. (2009). Restructuring Department A460 of the German pension fund: A BGF Case Study Report. S. 199-203. In: Gesundheit und Restrukturierung: Innovative Ansätze und Politikempfehlungen. München, Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Westermayer, G.; Brand, D. (2009): Länderübergreifender Gesundheitsbericht für Berlin und Brandenburg.
- Westermayer, G.(2011): Krankenstand als Verhandlungsergebnis zwischen Arzt und Patient. In: Hoefert, H.-W.; Klotter, C. (2011)(Hrsg.): Wandel der Patientenrolle. Hogrefe Verlag, S.175-190
- Westermayer, G. (2011): Der kleine Unterschied, In: Abteilung Prävention des AOK-Bundesverbandes (Hrsg.): Gesundheit und Gesellschaft Spezial. Betriebliche Gesundheitsförderung. Pflege für die Pflege +++ Konzepte, Projekte, Perspektiven, Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, Spezial 11/2011, Berlin, S. 12-13
- Westermayer, G.; Brand, D. (2012) als Autoren für: Zweiter Länderübergreifender Gesundheitsbericht für Berlin und Brandenburg 2009 - 2011.
- Westermayer, G; Anderssohn, U. (2013): Manual für Maßnahmen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements beim DRK. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflegebranche. Auf: <http://drk-wohlfahrt.de/veroeffentlichungen.html>
- Westermayer, G. (2014): Gesundheitsförderndes Führungsverhalten, In: Conrad, G. (Hrsg.) (2014): Journal Gesundheitsförderung für Akteurinnen und Akteure aus Politik, Wissenschaft und Praxis. Schwerpunkt Arbeitswelt. BGF-Ansätze, Methoden und Projekte, 2. Jahrgang 2014/1, Conrad-Verlag, S. 16-19.

7.1.1 Interviews und Vorträge

Interview mit Corporate Health Award 2012 zur „Wichtigkeit von Unternehmenskultur“, am 22. Mai 2012 (<http://www.corporate-health-award.de/infocenter/bgm-inside/single/article/dr-gerd-westermayer-bgf-berlin-zur-wichtigkeit-von-unternehmenskultur.html>)

Interview mit Frau Friedl vom GESUND-Magazin, Rat und Service zur Frage „Wie wird Schichtarbeit erträglicher?“, am 03. Mai 2013 (<http://www.onmeda.de/g-rat/schichtarbeit-1380.html>)

Vortrag auf dem Apollon Symposium 2014 mit dem Titel „Take off: Von der Vision zur Wirklichkeit“ (https://www.apollon-hochschule.de/fileadmin/user_upload/PDF/Symposium/Dr._Gerd_Westermayer.pdf)

7.2 Publikationen Henry Kauffeldt

Kauffeldt, Henry (2011): Lehrbrief Projektmanagement in der Gesundheitsförderung. 2. Auflage. AHAB-Akademie GmbH.

Kauffeldt, Henry (2011): Untersuchung der Entwicklung der Angebotsstruktur von Führungskräfte trainings zum Thema gesundheitsorientierter Führungsstil. AHAB-Akademie GmbH. Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin, 01.06.2011.

Kauffeldt, Henry (2011): Das GESU-Programm. Eine Innovation der AHAB-Akademie im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Sabine Freutsmiedl (Hg.): Vitale Unternehmen in Balance - Ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement. Leipzig: Metabalance Verlag - Fachverlag für Betriebliches Gesundheitsmanagement, S. 204–205.

Kauffeldt, Henry (2011): Gesundheit als ökonomischer Faktor. In: Sabine Freutsmiedl (Hg.): Vitale Unternehmen in Balance - Ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement. Leipzig: Metabalance Verlag - Fachverlag für Betriebliches Gesundheitsmanagement, S. 168–204.

Kauffeldt, Henry (2011): Lehrbrief Naturheilverfahren. Lehrgangsunterlagen zur Ausbildung von Gesundheitspädagogen. 1. Auflage. AHAB-Akademie GmbH. Berlin.

Kauffeldt, Henry (2012): Innerbetriebliche Strategien zur Vermeidung typischer Arbeitsbedingter Erkrankungen. 2. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.

Kauffeldt, Henry (2012): Lehrbrief Betriebliches Gesundheitsförderung. 3. Auflage. AHAB-Akademie GmbH.

Kauffeldt, Henry (2012): Lehrbrief Grundlagen der Ergonomie. 2. Auflage. AHAB-Akademie GmbH.

- Kauffeldt, Henry (2012): Lehrbrief Aqua-Fitness. Trainermanual für die Anleitung von Präventionskursen im Aqua-Fitness. 3. Auflage. AHAB-Akademie GmbH. Berlin.
- Kauffeldt, Henry; Deutschmann, Lars; Ebing, Jens (2012): Übungskatalog - Fitness-Trainer B-Lizenz. Anleitung zum Gerätetraining. 2. Auflage. AHAB-Akademie GmbH. Berlin.
- Kauffeldt, Henry; Deutschmann, Lars; Golz Nicola (2012): Lehrbrief Herz-Kreislauf-System und Erkrankungen. Lehrgangsunterlagen zur Ausbildung von Gesundheitspädagogen, -coaches und Personal-Trainern. 2. Auflage. AHAB-Akademie GmbH. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2013): Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit. Online verfügbar unter <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=9234>.
- Kauffeldt, Henry (2013): Lehrbrief Coaching Basis. Trainermanual zur Ausbildung von Personal- und Gesundheitscoaches sowie Mental-Trainern. 3. Auflage. AHAB-Akademie GmbH. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2013): Lehrbrief Gesprächsführung. Trainermanual zur Ausbildung von Gesundheitspädagogen und Gesundheitscoaches. 2. Auflage. AHAB-Akademie.
- Kauffeldt, Henry (2013): Lehrbrief Zusammenhang zwischen Führung und Mitarbeitergesundheit. Lehrgangsunterlagen zur Ausbildung von Betrieblichen GesundheitsmanagerInnen. 3. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit.
- Kauffeldt, Henry; Haase, Sabrina (2013): Innerbetriebliche Strategien zur Burnout-Prävention. Lehrbrief. Lehrgangsunterlagen zur Ausbildung von Fachkräften zur Stress- und Burnout-Prävention. 2. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.
- Kauffeldt, Henry; Haase, Sabrina (2014): Persönliche Strategien zur Burnout-Prävention. Lehrbrief. Lehrgangsunterlagen zur Ausbildung von Fachkräften zur Stress- und Burnout-Prävention. 2. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.
- Kauffeldt, Henry; Magenheimer, Mirja (2014): Lehrbrief Gesundheits- und Verhaltenspsychologie. Trainermanual zur Ausbildung von Gesundheitspädagogen, Mental-Coaches und Gesundheitscoaches. 2. Auflage. AHAB-Akademie.

- Kauffeldt, Henry (2014): Burnout - Krankheitsbild und Psychosomatik. Lehrgangsunterlagen zur Ausbildung von Fachkräften für Stress- und Burnout-Prävention. Lehrbrief. 2. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2014): Lehrbrief Autogenes Training. Trainermanual. 3. Auflage. AHAB-Akademie GmbH. Berlin, zuletzt geprüft am 11.06.2014.
- Kauffeldt, Henry (2014): Lehrbrief Belastungen am Arbeitsplatz. Psychische Belastungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit. 2. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2014): Lehrbrief Belastungen am Arbeitsplatz. Grenzen der physischen Bewegungs- und Belastungsfähigkeit. 2. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2014): Lehrbrief Gesundheitsorientierte Führungs- und Organisationskultur. Lehrgangsunterlagen zur Ausbildung von Fachkräften für Betriebliches Gesundheitsmanagement und Betrieblicher Gesundheitsförderung. 2. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2014): Lehrbrief Progressive Muskelrelaxation. Trainermanual. 3. Auflage. AHAB-Akademie GmbH. Berlin.
- Kauffeldt, H. (2014). Evaluationsbericht zum 10+ Coaching bei der Unilever Deutschland GmbH. Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Kauffeldt, Henry; Deutschmann, Lars; Golz Nicola (2014): Lehrbrief Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Lehrgangsunterlagen zur Ausbildung von Gesundheitspädagogen, -coaches und Personal-Trainern. 2. Auflage. AHAB-Akademie GmbH. Berlin.
- Kauffeldt, Henry; Deutschmann, Lars; Oppermann, Alexandra (2015): Lehrbrief Fitnesstraining. Sportfachlich beraten und betreuen. AHAB-Akademie GmbH. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2015): Exposé ökonomische Betrachtung von BGF/BGM-Maßnahmen. 2. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2015): Exposé: Akteure im BGM/BGF. 1. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.

- Kauffeldt, Henry (2015): Lehrbrief Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Teilnehmerunterlagen zur Ausbildung von Fachkräften für Betriebliches Gesundheitsmanagement. 4. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2015): Lehrbrief Betriebliches Demografiemanagement. Lehrgangsunterlagen zur Ausbildung von Fachkräften für Betriebliches Demografiemanagement. 3. Auflage. AHAB-Akademie - Institut für Mitarbeiter und Firmengesundheit. Berlin.
- Kauffeldt, Henry; Magenheim, Mirja; Nicolaus, Julia (2015): Stressmanagement. Präventionskurs Stressbewältigung im Alltag. Trainermanual. 3. Auflage. AHAB-Akademie GmbH.
- Kauffeldt, Henry; Nicolaus Julia; Deutschmann, Lars (2015): Physische und psychische Gesundheit. Einführung in die Gesundheitsförderung. Lehrgangsunterlagen zur Ausbildung von Fachkräften in der Gesundheitsförderung. 1. Auflage. AHAB-Akademie GmbH. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2016): Kommunikation im Führungsalltag. AHAB-Akademie-Institut für Mitarbeiter- und Firmengesundheit. Berlin.
- Kauffeldt, Henry (2016): Work-Life-Balance, Sozialkapital und Mitarbeitergesundheit. Untersuchung der Zusammenhänge der Treiber des Bielefelder Unternehmensmodells mit dem Work-to-Life Conflict und seine Auswirkungen auf die Mitarbeitergesundheit. Universität Bielefeld