Aus dem Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft der
Deutschen Sporthochschule Köln
Geschäftsführender Leiter: Univ.-Prof. Dr. H. K. Strüder

Betriebliche Gesundheitsförderung – Die Betriebsärztliche Lotsenrolle und der Gesundheits-Check-up

An der Deutschen Sporthochschule Köln
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Sportwissenschaft

angenommene Dissertation

vorgelegt von

David Friesen
aus
Kanzerowka

Köln 2022

Erste Gutachterin:	Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Joisten
Zweite Gutachterin:	Prof. Dr. rer. nat. Klara Brixius
Vorsitzender des Promotionsausschusses:	Univ.-Prof. Dr. M. Thevis
Datum der Disputation:	20.01.2022

Eidesstattliche Versicherungen gem. § 7 Abs. 2 Nr. 4 und 5 der Promotionsordnung der Deutschen Sporthochschule Köln, 20.02.2013:

Hierdurch versichere ich:

Ich habe diese Arbeit selbständig und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen und technischen Hilfen angefertigt; sie hat noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegen. Wörtlich übernommene Textstellen, auch Einzelsätze oder Teile davon, sind als Zitate kenntlich gemacht worden.

Hierdurch erkläre ich, dass ich die „Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis“ der Deutschen Sporthochschule Köln eingehalten habe.

Datum, Unterschrift

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Frau Professorin Christine Joisten bedanken. Sie führt ihre Arbeitsgruppe, der ich angehöre, auf eine freundschaftliche, wertschätzende, wegweisende und offene Art, die bei mir dazu beigetragen hat, den Weg einer Promotion anzustreben. Besonders die wissenschaftliche Denkweise und das Streben Neues zu lernen sind stets inspirierend.

Frau Professorin Klara Brixius war bereits Gutachterin meiner Masterarbeit und hat sich noch einmal bereit erklärt, mich auf meinem wissenschaftlichen Werdegang als Zweitgutachterin zu begleiten. Vielen Dank!

Darüber hinaus möchte ich mich ganz herzlich bei allen Mitgliedern der Abteilung für Bewegungs- und Gesundheitsförderung des Instituts für Bewegungs- und Neurowissenschaft bedanken. Ein konstruktiver Austausch, spaßige Teamveranstaltungen und gemeinsame Sporteinheiten haben die intensiven Phasen deutlich angenehmer gemacht.
Bezogen auf dieses Projekt gilt der Dank besonders Nina, Martin, Marlen und Fabi, die bei der Datenerhebung mitgewirkt und wertvolles Feedback eingebracht haben.

Meine Eltern sind in der intensiven Schlussphase mehrmals über 200km gefahren, um mir mein Lieblingsessen vorbei zu bringen und um den Gasboiler zu reparieren. So musste ich beim Schreiben weder verhungern noch erfrieren. Vielen Dank für eure Fürsorge und positive Energie, ihr habt mir diesen Lebensweg ermöglicht. Meinem Bruder und meinen Freunden danke ich für offene Ohren und eine aufmunternde und realistische Sicht auf die Dinge.

Ebenso bedanken möchte ich mich bei allen beteiligten Betriebsärztinnen und Betriebsärzten sowie Projektbeteiligten. Die Vorbereitungen, die Gespräche und die fertigen Produkte der engen Zusammenarbeit weiß ich sehr zu schätzen und konnte im Verlauf viel lernen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis I
Abbildungsverzeichnis IV
Tabellenverzeichnis VI
Abkürzungsverzeichnis VII
1 Einleitung 1
2 Theoretischer Hintergrund 4
2.1 Begriffsbestimmungen 4
2.1.1 Der Gesundheitsbegriff 4
2.1.2 Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung 5
2.1.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement 6
2.1.4 Gesundheitslotsen 7
2.1.4.1 Beispiele Gesundheitslotsen 9
2.2 Evidenz, Wirksamkeit und Nutzen von BGF Maßnahmen 11
2.2.1 Return on Invest (ROI) 13
2.3 BGM-Controlling 14
3 Methodische Herangehensweise 15
3.1 Projektvorstellung 15
3.1.1 Hintergrund 15
3.1.2 Die Einführung der Lotsenfunktion und der Gesundheits-Check-up 16
3.1.3 Mögliche Maßnahmen 18
3.2 Evaluationsdesign 20
3.2.1 Projektbeschreibung und Probandenkollektiv 20
3.2.2 Methodisches Vorgehen 20
3.2.3 Datenschutz 25
4 Ergebnisse 26
4.1 Die Betriebsärzte 26
4.1.1 Vorhandene Qualifikationen 26
4.2 Die Lotsenrolle 28
4.2.1 Wichtige Funktionen 28
4.2.2 Relevante Kompetenzen von Gesundheitslotsen 29
4.2.2.1 Möglichkeiten zum Kompetenzaufbau 30

4.3 Der Gesundheits-Check-up 33
4.3.1 Vertrautheit und Einschätzung zum MC 33
4.3.2 Bewertung aktueller Standards 36
4.3.2.1 Biometrie 38
4.3.2.2 Labor 39
4.3.2.3 Ruhe-EKG 41
4.3.2.4 Stresserhebung 42
4.3.2.5 Risikoprofil 44
4.3.2.6 Belastungs-EKG 47
4.4 Die Maßnahmenempfehlung vonseiten der BA 48
4.4.1 Empfohlene Maßnahmen 48
4.4.1.1 Unternehmensspezifische Maßnahmen 49
4.4.2 Kriterien zur Maßnahmenwahl 50
4.4.2.1 Allgemein 50
4.4.2.2 Unternehmensspezifische Maßnahmen 51
4.5 Die Betreuung 55
4.5.1 Die Betreuungskette 55
4.5.2 Zielgruppe – vulnerable Gruppen 57
4.5.2.1 Potenzielle Zugangswege 58
4.5.3 Das Nachgespräch 59
4.6 Zusätzliche Aspekte 61
4.6.1 Zusätzlicher (Handlungs-)Bedarf für BGF-Maßnahmen 61
4.6.2 Förderliche und hemmende Faktoren für den Erfolg der BGF 63
5 Diskussion 65
5.1 Methodendiskussion und Limitation 65
5.1.1 Probandenkollektiv/Integration der Standorte 65
5.1.2 Telefoninterviews 65
5.1.2.1 Leitfaden 67
5.1.2.2 Protokollierung 68
5.1.2.3 Kategorienbildung 69
5.1.3 Fokusgruppen 69
5.1.3.1 Themenfindung 70
5.1.3.2 Die Methode 72

5.1.3.3 Protokollierung und Analyse 74
5.2 Ergebnisdiskussion und Empfehlungen 75
5.2.1 Der Gesundheits-Check-up 75
5.2.1.1 Diagnostische Verfahren - Biometrie 77
5.2.1.2 Flexibler Einsatz ausgewählter Laborparameter 78
5.2.1.3 Diagnostische Verfahren – Stressdiagnostik 79
5.2.1.4 Risikoeinschätzung 81
5.2.2 Rahmenbedingungen 84
5.2.2.1 Erreichen von Mitarbeitern und vulnerablen Gruppen 84
5.2.2.2 Kriterienkatalog 88
5.2.2.3 Maßnahmennetzwerk und Maßnahmenkatalog 90
5.2.2.4 Qualifikationen der Betriebsärzte 91
5.2.3 Beratung und Betreuung 93
5.2.3.1 Kommunikationstechniken 93
5.2.3.2 Nachbetreuung 97
6 Zusammenfassung und Fazit 99
7 Literaturverzeichnis 103
8 Anhang 128
9 Abstract (deutsch) 153
10 Abstract (englisch) 154

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Kernprozesse des BGM nach Badura et al. (2010) 14

Abb. 2: Prozesszyklus der Lotsenfunktion. 16

Abb. 3: Ablauf des MC in den betriebsärztlichen Dienststellen. 18

Abb. 4: Projektablauf 2018/2019; Q=Quartal. 20

Abb. 5: Beispiel der inhaltlichen und thematischen Zusammenfassung der Aussagen zu den wichtigsten Funktionen innerhalb der Lotsenfunktion. 24

Abb. 6: Medizinische Qualifikationen der BA (n=43). 27

Abb. 7: Darstellung wichtiger Funktionen als Gesundheitslotse (n=43). 29

Abb. 8: Relevante Kompetenzen für Gesundheitslotsen (n=42; FG). 30

Abb. 9: Förderliche Qualifikationen und Maßnahmen für BA (n=35). 31

Abb. 10: Weitere förderliche Qualifikationen und Maßnahmen für BA (n=42; FG). . 32

Abb. 11: Vertrautheit der BA mit dem MC (n=43). 33

Abb. 12: Allgemeine Vorteile des MC aus Sicht der BA (n=43). 34

Abb. 13: Allgemeine Nachteile des MC aus Sicht der BA (n=43). 36

Abb. 14: Gegenüberstellung der Wichtigkeit der aktuell angewendeten Standards des MC (n=43). 37

Abb. 15: Gründe für die Wichtigkeit der Biometrie innerhalb des MC (n=42); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften. 38

Abb. 16: Optimierungsbedarf der Biometrie (n=8). 39

Abb. 17: Gründe für die Wichtigkeit des Labors innerhalb des MC (n=42); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften. 40

Abb. 18: Optimierungsbedarf Labor (n=10). 41

Abb. 19: Gründe für die Wichtigkeit des EKG innerhalb des MC (n=43); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften. 42

Abb. 20: Gründe für die Wichtigkeit der Stresserfassung innerhalb des MC (n=43); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften. 43

Abb. 21: Optimierungsbedarf für die aktuelle Stressdiagnostik (n=24). 44

Abb. 22: Gründe für die Wichtigkeit der Erstellung eines Risikoprofils innerhalb des MC (n=43); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften. 45

Abb. 23: Optimierungsbedarf für die verwendete Risikoeinschätzung (n=31). 46

Abb. 24: Gründe für die Wichtigkeit der Durchführung des Belastungs-EKG innerhalb des MC (n=43); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften. 47

Abb.25: Gründe und Faktoren der BA als Grundlage einer allgemeinen Maßnahmenentscheidung (n=32). 51

Abb. 26:Gründe und Faktoren der BA als Grundlage einer Maßnahmenentscheidung in Bezug auf das Gesundheitsseminar (n=31). 52

Abb. 27: Gründe und Faktoren der BA als Grundlage einer Maßnahmenentscheidung in Bezug auf das Gesundheitstraining 11+3 (n=38). 53

Abb. 28: Gründe und Faktoren der BA als Grundlage einer Maßnahmenentscheidung in Bezug auf das Gesundheitstraining 21 (n=43). 54

Abb. 29: Optimierungsmöglichkeiten der Betreuungskette kategorisiert nach Maßnahmen im Vorfeld in Bezug auf die Zeit während der Maßnahme und zur Nachbetreuung (n=42; FG). 56

Abb. 30: Besonders vulnerable MA-Gruppen unterteilt in vier Kategorien (n=42; FG). 58

Abb. 31: Potenzielle Zugangswege (n=42; FG). 59

Abb. 32: Wichtigkeit des Nachgesprächs im Anschluss an eine Maßnahme (n=43). 60

Abb. 33: Inhalte der Nachgespräche (n=42). 61

Abb. 34: Wünsche zur Erweiterung des Angebots kollektiver Maßnahmen (n=12). 62

Abb. 35: Wünsche zur Erweiterung des Angebots individueller Maßnahmen (n=37). 63

Abb. 36: Förderliche und hemmende Faktoren für den Erfolg von BGF (n=42; FG). 64

Abb. 37: Prozesszyklus der Lotsenfunktion. 71

Abb. 38: Auszug des Themenbereichs „vulnerable Gruppen“ der FG. 73

Abb. 39: Beispielhafte Kriterien zur Einsteuerung in Maßnahmen (Quelle: intern). . 89

Abb. 40: Einsatz von Veränderungsstrategien entlang der Stadien der Verhaltensänderung (Keller, 1999; Pfeffer & Wegner, 2020). 95

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Vorteile des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für Arbeitgeber (Singer & Neumann, 2010) 7

Tab. 2: Inhalte und Ziele der internen Gesundheitsseminare und –wochen (Quelle: intern) 19

Tab. 3: Vorgehensweise für die Codeerstellung der TN. 25

Tab. 4: Darstellung der relativen und absoluten Häufigkeit der Maßnahmenvergabe innerhalb eines Monats. Die Häufigkeit steht in Relation zu den durchgeführten MCs pro Monat. 48

Tab. 5: Darstellung der relativen und absoluten Häufigkeit der Maßnahmenvergabe eines Gesundheitsseminars bzw -trainings innerhalb eines Monats. 50

Tab. 6: WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden (who-5.org) 80

Tab. 7: Vergleich verschiedener Risikokalkulatoren. Modifiziert nach Ludt et al. (2017). 83

Abkürzungsverzeichnis

AP	Arbeitspaket
App	Application (engl.) Applikation
ASIG	Arbeitssicherheitsgesetz
BA	Betriebsarzt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIA	Bioelektrische Impedanzanalyse
BMI	Body-Mass-Index (engl.) Körpermasseindex
BNV	Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke
CT	Computertomographie
DAPM	Deutsche Akademie für Präventivmedizin
DEXA	Dual Energy X-Ray Absorptiometry (engl.) Doppelröntgen-Absorptiometrie
DGAUM	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DS-GVO	Datenschutz-Grundverordnung
DSHS	Deutsche Sporthochschule Köln
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiographie
E-Mail	Electronic Mail (engl.) elektronische Post
FG	Fokusgruppe
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GS	Gesundheitsseminar
GT	Gesundheitstraining
HbA1c	Hämoglobin A1c
HDL	High Density Lipoprotein (engl.) Lipoprotein hoher Dichte
HKS	Herz-Kreislauf-System
HM	Health-Management (engl.) Gesundheitsmanagement
HP	Health Promotion
HRV	Herzfrequenzvariabilität

IT	Informationstechnik
KHK	Koronare Herzkrankheit
KK	Krankenkasse
LDL	Low Density Lipoprotein (engl.) Lipoprotein geringer Dichte
MA	Mitarbeiter
max	Maxima
MC	Gesundheits-Check-up
MI	Motivational Interviewing (engl.) Motivierende Beratung
min	Minima
min.	Minute
MRT	Magnetresonanztomographie
MW	Mittelwert
n	Anzahl
PMP	Project-Management-Professional
Prof.	Professor
Q	Quartal
QM	Qualitätsmanagement
Reha	Rehabilitation
RGBA	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
SC	Social Councelling
SMS	Short Message Service (engl.) Kurznachrichtendienst
SW	Standardabweichung
t	Zeitpunkt/Dauer
TN	Teilnehmer
TSH	Thyreoidea-stimulierendes Hormon
TTM	Transtheoretisches Modell
TÜV	Technischer Überwachungsverein
U-Stix	Urinstix
WHO	World Health Organization (engl.) Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Der Erfolg eines Unternehmens hängt neben wirtschaftlichen Rahmenbedingungen wesentlich von der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter[1] (MA) und ihrer Gesundheit ab (Fischmann et al., 2018). Aus diesem Grunde und nicht zuletzt durch den Aufwind, den die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) durch das Präventionsgesetz von 2015 erfahren hat, ist dieses Thema von wachsender Bedeutung (ebd.).

Grundsätzlich kann über BGF-Maßnahmen ein Großteil der Bevölkerung mit Gesundheitsangeboten versorgt werden (Ludwig et al., 2020). Gesundheitstage, betriebsinterne Fitnessstudios, aktive Pausen, Entspannungs- und Ernährungskurse sowie spezifische Gesundheitstrainings und -seminare sind Beispiele für gesundheitsfördernde Maßnahmen in Betrieben (Blattner & Mayer, 2018). Meist sind Maßnahmen für alle MA gleichermaßen zugänglich (z.B. gesunde Kantinenangebote oder aktive Pausen) und lassen sich der Primär[2]- oder Sekundärprävention[3] zuordnen (Müller, 2020). Vereinzelt werden auch zielgruppenspezifische Maßnahmen (z.B. Raucherentwöhnung oder Sozialberatung) angeboten. Die Inanspruchnahme der Maßnahmen durch die MA ist freiwillig und hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Speziell sind dabei das Alter, Geschlecht, der Berufsstatus, die Betriebsgröße und die Branche zu nennen (ebd.). Die Maßnahmen haben das Ziel möglichst viele Menschen im betrieblichen Setting zu erreichen und für einen gesunden Lebensstil zu sensibilisieren. Es wurde bereits eine Vielzahl der verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen hinsichtlich der gesundheitlichen Effekte und in Bezug auf ökonomische Vorteile für Unternehmen untersucht. In diesen Untersuchungen konnten trotz methodischer Schwierigkeiten und inkonsistenter Ergebnisse zum Teil kleine bis moderate Effekte auf die gesundheitsfördernde Wirkung beobachtet werden (Barthelmes et al.,

[1] Bei der Bezeichnung von Personengruppen wird zur sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

[2] Alle Maßnahmen, die das Auftreten einer Krankheit verhindern oder verzögern sollen bei (noch) Gesunden (Müller, 2020).

[3] Alle Maßnahmen, die die Ausweitung einer Krankheit verhindern sollen (z. B. durch Vorsorgeuntersuchungen, Screenings). Ziel ist der frühestmögliche Eingriff in den Entstehungsprozess einer Krankheit (Müller, 2020).

2019). Zum Beispiel die Steigerung der körperlichen Aktivität, ein verbessertes Ernährungsverhalten oder die Rauchentwöhnung. Darüber hinaus zeigen ausgewählte Studienergebnisse, dass etwa 65% aller Maßnahmen wirtschaftlich sind und eine durchschnittliche Kapitalrentabilität (Return on Invest; ROI) von 2,7 erreichen. Demnach zahlt sich jeder investierte Euro mit ca. 2,7€ (Range von -3,3 bis 16,0) aus. Die Einführung und Umsetzung von BGF-Maßnahmen ist häufig mit einem hohen Ressourcenaufwand verbunden (Faller, 2018). Nicht nur aus diesem Grund ist es laut der DGAUM (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.) in der BGF relevant, unnötige und nicht zielführende Angebote zu vermeiden (Letzel et al., 2015). Die sogenannte **quartäre Prävention** beschreibt, neben den bereits verbreiteten Begriffen der primären bis tertiären Prävention, die Verhinderung von überflüssigen und unnötigen medizinischen und präventiven Maßnahmen, um insbesondere Folgen falsch-positiver Screening Untersuchungen [durch Laien] zu vermeiden. Hein-Rusinek (2018) verweist dabei auf die Wichtigkeit der ärztlichen Einschätzung und Beratung für eine optimale Ausschöpfung der Präventionsangebote auf allen Ebenen. Durch die Erweiterung des neuen Präventionsgesetzes öffneten sich neue Handlungsfelder für die Betriebsärzte (BA), um Arbeitgeber und Unternehmer mit der betriebsärztlichen Expertise zu unterstützen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Eine Möglichkeit, BA stärker in die BGF zu integrieren und ihre Fachkompetenz zu nutzen, ist die im § 25 Abs. 1 SBG V verankerte primärpräventive Weiterentwicklung von Gesundheits-Check-ups in Unternehmen (Liebig, 2016). Dabei sollte neben der Erfassung individueller Risikofaktoren auch eine primärpräventive Beratung mit Empfehlungen für Präventionsangebote stattfinden. Als sogenannte Gesundheitslotsen könnten BA eine entscheidende Steuerungsfunktion innerhalb der BGF erhalten (Bundesärztekammer, 2012, 2018a; Drexler et al., 2015; Liebig, 2016). Sie identifizieren MA mit (erhöhtem) Präventionsbedarf und empfehlen ihnen interne und/oder externe Gesundheitsmaßnahmen. Bei der Maßnahmenempfehlung orientieren sie sich an dem Ergebnis eines vorrausgegangenen, freiwilligen Gesundheits-Check-up. Dadurch sollen die Nachhaltigkeit, die Zielgruppenorientierung und die bedarfsgerechte Empfehlung der angebotenen Maßnahmen verbessert und Maßnahmen im Sinne der quartären Prävention vermieden werden. Vom Gesundheits-Check-up über die empfohlene Maßnahme bis hin zur Nachbetreuung übernimmt der BA als Gesundheitslotse eine Wegbegleiter-Rolle mit beratender und regulierender Funktion für den jeweiligen MA.

Ziel dieser Arbeit war die Evaluation der aktuellen Durchführung des Gesundheits-Check-up (MC) sowie der Rolle des BA unter besonderer Berücksichtigung der Lotsenfunktion in einem deutschen Großkonzern[4]. Darauf aufbauend sollten Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden folgende übergeordneten Forschungsfragen formuliert:

I „Wie kann die Lotsenfunktion von Betriebsärzten umgesetzt werden?

II „Wie sollte ein Gesundheits-Check-up demnach optimal ausgestaltet werden?“

Dazu wurden folgende Teilfragen konkret beantwortet:

1. Lotsenrolle
    - Was sind relevante Funktionen?
    - Was sind die Kernkompetenzen und wie können sie erlangt werden?
2. Gesundheits-Check-up
    - Wie wird der MC bewertet?
    - Wie werden die aktuell durchgeführten Standards bewertet?
    - Sollten zusätzliche Standards aufgenommen werden?
3. Maßnahmen
    - Welche Maßnahmen werden empfohlen?
    - Welche Kriterien sind entscheidend für eine Maßnahmenempfehlung?
4. Die Betreuung
    - Wo liegen die kritischen Punkte innerhalb der Betreuungskette?
    - Welches sind die vulnerablen Gruppen und welche Zugangswege werden empfohlen?
    - In welcher Form findet das Nachgespräch statt und welchen Stellenwert hat es?
5. Welche weiteren Aspekte sind für eine Prozessoptimierung relevant?

Die vorliegende Untersuchung wurde durch die Ethikkommission der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) genehmigt (Nummer: 033/2020).

[4] Das vorgestellte Unternehmen wird auf eigenen Wunsch nicht namentlich in dieser Arbeit genannt.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Begriffsbestimmungen

2.1.1 Der Gesundheitsbegriff

Ein noch immer präsentes Alltagsverständnis für den Begriff Gesundheit hat sich im 19. Jahrhundert entwickelt. Gesundheit wird dabei als Abwesenheit von Krankheit verstanden und auf anatomische und physiologische Veränderungen bzw. Funktionen reduziert (Hurrelmann & Franzkowiak, 2011). Später wurden in verschiedenen Definitionen zwar psychische und soziale Faktoren in das Gesundheitsverständnis integriert, das Abgrenzungskonzept zum Kranksein bestand jedoch weiter (Bengel et al., 2001).
Die aktuell gängigste Definition wurde 1946 von der WHO formuliert:

> Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition (WHO, 1946).

Die WHO kreierte damit ein multidimensionales Konstrukt unter Einbezug von körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Aspekten. Doch auch diese Definition wurde bereits vielfach kritisiert, da sie zu subjektiv geprägt und schwierig zu operationalisieren sei (Franke, 2012). Ende der 1990er Jahre fand ein Paradigmenwechsel im Gesundheitsverständnis statt, der stark durch die Ottawa-Charta geprägt wurde:

> Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen (WHO, 1986).

Anschließend verschafften neben programmatischen Deklarationen auch explizite gesetzliche Bestimmungen – wie das neue Arbeitsschutzgesetz von 1996 – der Erhaltung und Förderung von Gesundheit im betrieblichen Setting eine übergeordnete Rolle (Kroll & Dzudzek, 2010). Dabei prägte das Modell der Salutogenese nach Antonowsky (1991) die oben beschriebenen Prozesse und Begriffe. Es beschreibt die Stärkung von Schutzfaktoren zur Gesundheitserhaltung und bildete damit die Grundlage für den neuen Gesundheitsbegriff (Aziz, 2006). Arbeit und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen galten dabei als wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Mit der Erweiterung um die Passage: „Gesundheit ist die Fähigkeit und Motivation,

ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen“ wurden Gesundheit und Krankheit über Funktionalitäten abgegrenzt (Ulich & Wülser, 2009). Es standen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit sowie die Rollenerfüllung und Anpassung an veränderte Umweltbedingungen im Vordergrund.

Auch die dieser Arbeit zugrunde liegende Definition von Hurrelmann und Franzkowiak (2011) lässt sich dem funktionalistischen Ansatz zuordnen:

> Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt. (S.103)

2.1.2 Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung

Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP; **E**uropean **N**etwork for **W**orkplace **H**ealth **P**romotion) schuf 1997 die erste gemeinsame, europaweit anerkannte Definition für BGF (Singer, 2010). So sollte für alle teilnehmenden Länder ein einheitliches Verständnis für die BGF entstehen.

Die Luxemburger Deklaration des ENWHP zur BGF in der Europäischen Union beschreibt die betriebliche Gesundheitsförderung als „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (ENWHP, 2011). Die BGF ist nach dieser Definition eine moderne Strategie des Managements und zielt auf eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeit bzw. des Arbeitsplatzes ab. Dabei werden technische, organisatorische, psychosoziale und partizipative Maßnahmen und Konzepte verwendet (Faller, 2018).

Unter dem BGF Begriff werden alle Maßnahmen eines Betriebs zusammengefasst, die der allgemeinen Krankheitsvermeidung dienen. Entsprechende Präventionsmaßnahmen setzen an individuellen und krankheitsspezifischen Risikofaktoren (z.B. Bewegungsmangel) an (Pfaff & Zeike, 2019a). Im betrieblichen Kontext stehen die Primär- und teils die Sekundärprävention im Vordergrund (Müller, 2020). Sämtliche präventiven Interventionen können auf die Verhaltens- und/oder die Verhältnisprävention abzielen. Die Verhaltensprävention versucht das Gesundheitsverhalten von MA posi-

tiv zu beeinflussen. Maßnahmen zur Verhältnisprävention zielen auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsstrukturen oder -prozessen ab (Pfaff & Zeike, 2019a).
Im Gegensatz zum Arbeits- und Gesundheitsschutz werden in der Gesundheitsförderung personenbezogene und organisationsbezogene Ressourcen unspezifisch gefördert. Effekte können sich demnach auch auf Faktoren außerhalb der Arbeit auswirken (Pfaff & Zeike, 2019a).

2.1.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement geht über die reine BGF hinaus und hat die Aufgabe, unternehmensinterne Strukturen und Prozesse zu schaffen, die die BGF nachhaltig vorantreiben (Esslinger et al., 2010). Somit wirkt BGM auf allen Ebenen der Betriebsführung und verändert Unternehmensziele, Führungskultur, Betriebsklima, Unternehmensprozesse, Partizipation und Arbeitsbedingungen. Eine Definition von Badura et al. (2010) greift zusätzlich die stetige Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse auf. Es kann daher von keinem starren System ausgegangen werden. Aktuelle Definitionen beinhalten neben gesundheitsförderlichen Maßnahmen (Planung, Durchführung, Evaluation und Steuerung) auch das Ziel die MA Gesundheit dauerhaft zu erhalten bzw. zu verbessern (Pfaff & Zeike, 2019a) oder die MA zu einem gesundheitsförderndem Verhalten zu befähigen (Badura et al., 2010). Ein umfassendes BGM besteht laut Pfaff und Zeike (2019a) aus den beiden Kernkomponenten **Arbeits- und Gesundheitsschutz** und der **Betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung**. Weitere Komponenten sind beispielsweise gesundheitsorientierte Führung oder das Betriebliche Eingliederungsmanagement.
Singer und Neumann (2010) fassen die Beweggründe und den möglichen Nutzen durch das BGM zusammen und gehen dabei auf Vorteile für Unternehmen und Arbeitgeber ein:

Tab. 1: Vorteile des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für Arbeitgeber (Singer & Neumann, 2010)

Vorteile für das Unternehmen	Vorteile für den Arbeitnehmer
Reduzierung der Fehlzeiten	Verringerung der Arbeitsbelastung
Verringerung der Fluktuation und Erhöhung der Mitarbeiterbindung	Verringerung der gesundheitlichen Beschwerden
Erhöhung der Produktivität der Beschäftigten	Steigerung des Gesundheitszustands und Wohlbefindens
Verbesserung der Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität (Kundenzufriedenheit und -bindung)	Verbesserung der Beziehung von Kollegen und Vorgesetzten sowie der innerbetrieblichen Kommunikation
Verbesserung der innerbetrieblichen Kooperation	Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und Motivation
Verbesserung der Corporate Identity, des Unternehmensimages und der Beschäftigungsattraktivität	Verbesserung des Wissens und der praktischen Fähigkeiten zu gesundem Verhalten in Betrieb und Freizeit
Verbesserung der Flexibilität und Innovationsfähigkeit und damit der Wettbewerbsfähigkeit	Erhaltung und Förderung der individuellen Leistungsfähigkeit

2.1.4 Gesundheitslotsen

Aktuell verändert sich das Rollenverständnis der BA verstärkt in Richtung der Primär- und insbesondere der Sekundär- und Tertiärprävention (Hein-Rusinek, 2018). Während die Primärprävention (die Beurteilung des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, sowie die Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung) eine Kooperationsaufgabe von Vorgesetzten, Betriebsrat, Beschäftigten, BA und Sicherheitsfachkräften ist, stellt die Sekundär- und Tertiärprävention vorrangig Aufgaben der BA dar (ebd.). In der Sekundärprävention ist der BA in Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat verantwortlich für die Früherkennung von Krankheitsvor- und -frühstadien am Arbeitsplatz, z. B. durch die frühzeitige arbeitsmedizinische Diagnose und Behandlung von Störungen sowie die Entwicklung von Screening-Instrumenten und Maßnahmen zur Beseitigung bzw. Minimierung erkannter Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz (ebd.). Des Weiteren unterstützt der BA in der Tertiärprävention Rehabilitanden bei der Wiedereingliederung und Rehabilitation nach Krankheit oder Behinderung (Böhm et al., 2013a).

Durch die 2015 veränderten Rahmenbedingungen innerhalb des SGB V („Versorgung durch Betriebsärzte“) können Krankenkassen Arbeitsmediziner einsetzen, um Gesundheits-Check-ups nach §25 Abs. 1 SGB V durchzuführen. Konkret sind hier ergänzende Vorsorgeuntersuchungen gemeint, die nicht standardgemäß zur betriebsmedizinischen Vorsorge zählen. So sollen Personen niederschwellig erreicht werden, die sonstige medizinische Zugangswege nicht oder nur selten nutzen (Liebig, 2016). Dabei wird besonders der primärpräventive Charakter hinsichtlich der Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren (z.B. unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Suchtmittelkonsum und psychosozialer Stress) betont. Anschließend kann ein bedarfsorientiertes Beratungsgespräch durchgeführt werden. Dabei sollten Empfehlungen in Form von passenden Präventionsangeboten ausgesprochen werden.
Diese Erweiterung des betriebsärztlichen Handlungsfeldes im Sinne der Prävention wird nicht nur durch die Krankenkassen unterstützt und gefördert. Unterschiedliche Experten und Organisationen heben so die Kompetenz der Betriebsärzte im Rahmen betrieblicher Präventionsmöglichkeiten hervor (Bundesärztekammer, 2012, 2018a; Drexler et al., 2015; Liebig, 2016). Durch ihr Aufgabenfeld sind sie nah an den MA und können neben dessen Gesundheitsstatus auch die Arbeitsbelastung für ganze Betriebe bzw. einzelne Abteilungen/Personengruppen einschätzen. Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) schreibt BA eine Lotsenfunktion zwischen präventiver Gesundheitsförderung, ambulanter Versorgung und arbeitsmedizinischer Vorsorge zu (Drexler et al., 2015). Im Vordergrund steht dabei die verstärkte Integration in die BGF, um ihre Kompetenzen gewinnbringend in der Prävention einzusetzen und mehr MA für das Thema Gesundheit zu erreichen und zu sensibilisieren (ebd.).

Der Begriff des Gesundheitslotsen wird aktuell nicht einheitlich genutzt. Beispielsweise bietet der TÜV SÜD (2020) eine zertifizierte Ausbildung zum Gesundheitslotsen an. Die Ausbildung ist an alle MA gerichtet, die als Multiplikatoren und Ansprechpartner für das BGM in einem Unternehmen fungieren sollen. Zwar besteht auch hier eine eindeutige Vernetzung und Funktion im BGM eines Unternehmens. Ihre Funktion im Unternehmen und ggf. medizinische Ausbildung ist dabei jedoch nicht relevant.

In der vorliegenden Arbeit wird die folgende Definition modifiziert nach DGAUM (Drexler et al., 2015) zugrunde gelegt, die ausschließlich Betriebsärzte einschließt:

Gesundheitslotsen im betrieblichen Setting haben die Aufgabe, Gesundheits-Check-ups durchzuführen, ein Risikoprofil der MA zu erstellen und in individuelle betriebsinterne und -externe Coaching-Maßnahmen zu steuern. Sie stellen ein Bindeglied zwischen den MA und den Verantwortlichen des BGM dar, indem sie als neutrale Berater und Ansprechpartner fungieren. Die spezifische Umsetzung im Rahmen des untersuchten Projektes findet sich in Kap. 3.1.

2.1.4.1 Beispiele Gesundheitslotsen

Beispiel 1: ThyssenKrupp Steel Europe AG

Ein Beispiel für den Einsatz von BA als Gesundheitslotsen zeigen Kroll und Dzudzek (2010) im Rahmen einer Analyse des BGF der ThyssenKrupp Steel Europe AG. Die Gesundheitslotsen erstellten ein Risikoprofil der MA und erarbeiteten individuelle Gesundheitsfahrpläne. Nach der Einführung der „Lotsen für Gesundheit" verdoppelte sich die Teilnahmequote der Zielgruppe an Präventionsangeboten. Durch diese neue Rolle wurden den beteiligten BA neue Funktionen zuteil:

- Spezifische Vorbereitung auf die Vorsorgeuntersuchung
- Erweiterung des Untersuchungsumfangs in begründeten Fallen
- Nachbereiten der Vorsorgeuntersuchung
- Erstellen von Gesundheitsfahrplänen
- Überprüfen von auffälligen Befunden
- Vermitteln eines individuellen Gesundheitscoachings
- Zusammenarbeit mit einem Fachärzte-Netzwerk zur schnellen Abklärung bei besonderen Fragestellungen

Parallel zur Einführung der Lotsen für Gesundheit wurden neue Kennzahlen für das BGM eingeführt, um Prozesse und Ergebnisse sinnvoll zu kontrollieren und zu steuern. Neben dem Krankenstand und Arbeitsunfällen wurde der eigens entwickelte Gesundheitsscore® als Kennzahl genutzt. Dieses neue BGM-Instrument sollte Neugierde bei den MA schaffen, einen Überblick der eigenen Gesundheitssituation inkl. salutogenen Faktoren geben und war geeignet für das interne BGM-Controlling. Der Score wurde innerhalb einer freiwilligen Präventionsuntersuchung für MA über 35 Jahre erhoben und bildete neben gängigen Risikofaktoren (z.B. Gewicht, Suchtmittelkonsum, Stress, Blutdruck, -zucker und -cholesterin) auch Indikatoren für gesundheitsbewusstes Verhalten wie die Durchführung von Ausdauersport, den Impfstatus oder die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ab. Der Gesundheitsscore® bot demnach eine

Alternative zu etablierten Punkte-Scores zur Visualisierung des Gesundheitsstatus durch Haus- und oder Betriebsärzte (z.B. ARRIBA, Score-Deutschland o.Ä.; vgl. auch Kap. 5.1.2.4).

Nach einer ca. 20-minütigen Untersuchung folgte eine ärztliche Beratung inkl. Angeboten für konkrete Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Beispiel 2: Audi Check-up

Mit dem Audi Check-up führte der deutsche Automobilbauer 2005 eine vergleichbare Initiative in das BGM ein (Finell et al., 2016). Durch einen freiwilligen betriebsärztlichen Gesundheitscheck und einem Beratungsgespräch sollten

- gesundheitliche Risiken möglichst früh erkannt bzw. positiv beeinflusst werden
- die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit erhalten und gestärkt werden
- die Gesundheit und Fitness der MA gesteigert werden.

Der Check-up war freiwillig, kostenlos und fand während der bezahlten Arbeitszeit der MA statt. Um eine möglichst hohe Teilnahmequote zu erreichen, wurde eine Kopplung an eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung angestrebt.
Inhaltlich orientierte sich der Gesundheitscheck an den Empfehlungen der USPSTF (United States Preventive Services Task Force) und enthielt folgende Bestandteile (Finell et al., 2016):

- Blutuntersuchung
- Gängige Vitalparameter
- Bioelektrische Impedanzanalyse
- Lungenfunktionstest
- Sehtest
- Hörtest
- Ruhe-EKG (ab 45 Jahren)
- Darmkrebsscreening (ab 45 Jahren)
- Anamnesegespräch und -fragebogen (SF-12; Ware et al., 1996)

Im direkt anschließenden Beratungsgespräch wurden die Ergebnisse besprochen und bei Bedarf passende Gesundheitsförderungsmaßnahmen empfohlen. Auffällige Befunde wurden für weiterführende Untersuchungen für behandelnde Ärzte mitgegeben. Eine Übersicht über die individuelle Risikoeinstufung (PROCAM-Score; vgl. auch

Kap. 5.2.1.4) für kardiovaskuläre Vorfälle bildete das Ende des Beratungsgesprächs. Die Gesamtdauer des Check-up belief sich für teilnehmende MA auf ca. 60-70 Minuten.
Die Teilnahmequote lag bei über 90% (Haller et al., 2008). Das Unternehmen führte 2010 vergleichbare Untersuchungen an den (inter-)nationalen Standorten der Volkswagen AG ein (Finell et al., 2016).

Finell et al. (2016) gehen davon aus, dass Angebote wie der Audi-Checkup die relevante Zielgruppe (gesunde MA und „nicht präventivmedizinisch aktive Männer“) erreichen könnten. Darüber hinaus profitierten auch die Unternehmen durch einen Gewinn an Arbeitgeberattraktivität und dem Erhalt/Wiedergewinn der Erwerbsfähigkeit und eine Bewusstseinsbildung im Unternehmen (ebd.).

2.2 Evidenz, Wirksamkeit und Nutzen von BGF Maßnahmen

Effekte von Maßnahmen der BGF wurden bereits vielfach untersucht. Barthelmes et al. (2019) führen im iga-Report 40 (Initiative Gesundheit und Arbeit) insgesamt 49 Review Arbeiten und insgesamt über 900 Einzelstudien auf, die sich mit der Evidenz, Wirksamkeit sowie dem ökonomischen Nutzen von BGF Maßnahmen auseinandersetzten. Bedingt durch methodische Schwächen sei die Stärke der Evidenz in den Originalstudien noch begrenzt; insgesamt sei jedoch eine Tendenz für den positiven Effekt von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen für die Beschäftigten erkennbar. Zentrale Ergebnisse des Reports werden im Folgenden aufgeführt.

Neben einer Verbesserung des Wohlbefindens, der psychischen Gesundheit und der Fitness von MA (Dömling et al., 2016; Lomas et al., 2017; Pieper et al., 2015; Pieper et al., 2019; Wan Mohd Yunus et al., 2018) zeigten sich auch Hinweise auf die Stärkung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen wie dem **Sitzverhalten** (Becker et al., 2019; Chu et al., 2016; Tew et al., 2015), der **körperlichen Aktivität** (Freak-Poli et al., 2013; Lassen et al., 2018), der **gesunden Ernährung** (Allan et al., 2017; Geaney et al., 2013) und dem **Suchtmittelkonsum** (Cahill & Lancaster, 2014; Schulte et al., 2014).

Sitzverhalten

Der Review von Tew et al. (2015) umfasst fünf Studien, in denen australische und amerikanische Büro-MA (n=174) neben höhenverstellbaren Schreibtischen auch Gesundheitscoachings erhielten. Alle Studien waren kontrolliert aber nicht immer rand-

omisiert. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe hatten sowohl während der Interventionsphase (-21% bzw. -137 Min.; p=<0,001) als auch drei Monate nach der Intervention deutlich geringere Sitzzeiten, als die Teilnehmer der Kontrollgruppe.

Körperliche Aktivität

In insgesamt 21 Studien untersuchten MacMillan et al. (2017) die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen bei Polizeikräften in den USA, Australien und Großbritannien. Neben körperlicher Aktivität wurden auch Bereiche wie Ernährung und Stress einbezogen. Elf von 13 Studien mit Kontroll- oder Vergleichsgruppe und alle acht Studien mit nur einer Gruppe zeigten positive Veränderungen in mindestens einem Bereich. Bezogen auf die kardiorespiratorische Fitness erzielten aerobes Training und ein kombiniertes Diät- und Sportprogramm Steigerungen von 11 bis 38 Prozent gegenüber anderen Bewegungsangeboten. Das Autorenteam formulierte die größte Effektivität bei Interventionen mit einer Kombination aus edukativen Maßnahmen, mit Übungseinheiten und der Vermittlung von Strategien zur Verhaltensänderung. Freak-Poli et al. (2013) beschränkten sich auf die Betrachtung von Interventionen mit dem Einsatz von Schrittzählern zur Steigerung der körperlichen Aktivität. Lediglich zwei der vier eingeschlossenen Studien zeigten signifikante Ergebnisse hinsichtlich der Steigerung von intensiver körperlicher (Mittelwertdifferenz von 8,8 METs[5] pro Woche) und moderater Aktivität (Mittelwertdifferenz von 2,7 METs pro Woche). Bei Studien mit alternativen Angeboten zur Steigerung der körperlichen Aktivität konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden.

Ernährungsverhalten

In einem Review-Artikel, in den 22 Studien aus den USA, Niederlanden und Dänemark integriert wurden, untersuchten Allan et al. (2017) die Wirksamkeit von verhältnispräventiven Maßnahmen in Bezug auf eine Veränderung des Essverhaltens und damit zusammenhängende körperliche Parameter (z.B. Gewicht, BMI und Körperfett). Innerhalb der Interventionen wurden beispielsweise Produktkennzeichnungen (Lebensmittelampel) eingesetzt oder gesunde Lebensmittel (kostenlos bzw. -redu-

[5] Metabolic Equivalent of Task (deutsche Übersetzung: metabolisches Äquivalent; wird verwendet, um den Energieverbrauch verschiedener Aktivitäten zu vergleichen).

ziert) bereitgestellt. Es wurden keine bis moderaten Effekte auf das Ernährungsverhalten beobachtet (d=0 bis 0,5). Das Autorenteam empfahl daraufhin, dass neben verhältnispräventiven Maßnahmen auch verhaltensbezogene Maßnahmen umgesetzt werden sollten.

Suchtmittelkonsum

Cahill und Lancaster (2014) überprüften in einem Cochrane-Review die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Rauchentwöhnung. Dabei fanden sie positive Ergebnisse für Gruppen- und Einzelberatungen. Die Maßnahmen seien ebenso effektiv wie in nicht betrieblichen Settings, boten jedoch die Möglichkeit zur Erreichung einer größeren Zielgruppe. Bei Gruppenberatungen wurde auf Basis von acht Studien (n=1309) eine OR (Odds Ratio) von 1,7 ermittelt. Einzelberatungen wurden ebenfalls mit acht Studien (n=3516) einbezogen und ergaben eine OR von 2,0. Demnach hatten MA der Interventionsgruppe eine doppelt so hohe Chance, mit dem Rauchen aufzuhören als MA, die nicht teilnahmen.

2.2.1 Return on Invest (ROI)

Barthelmes et al. (2019) untersuchten neben den gesundheitlichen Effekten auch den ökonomischen Nutzen und Erfolg von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Betrieben. Sie analysierten sechs Review Artikel mit insgesamt ca. 150 Einzelstudien (hauptsächlich aus den USA). Die einbezogenen Studien behandelten verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen. Es wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse bzw. eine Kosten-Effektivitäts-Analyse durchgeführt. Übergreifend waren durchschnittlich 65% aller Maßnahmen von ökonomischem Nutzen. Die zahlreihen Limitationen und geringe Studienqualität schränkte die Aussagekraft ein. Baxter et al. (2014) bezogen insgesamt 39 BGF-spezifische Untersuchungen ein und errechneten einen mittleren ROI von 2,7. Demnach würde jeder eingesetzte Euro für BGF-Maßnahmen eine Einsparung von 2,70€ bedeuten. Die Spannbreite der Ergebnisse für die einbezogenen Studien war allerdings sehr groß (-3,3 bis 15,6). Wurden ausschließlich Studien mit einem kontrollierten und randomisierten Design betrachtet, betrug der ROI noch 1,8, dabei zeigten mehr als 50% der Studien keine Ersparnis. Möglicherweise waren die unterschiedlichen Branchen, Belastungsformen und spezifisch eingesetzte Maßnahmen ein Faktor für die unterschiedlichen Werte.

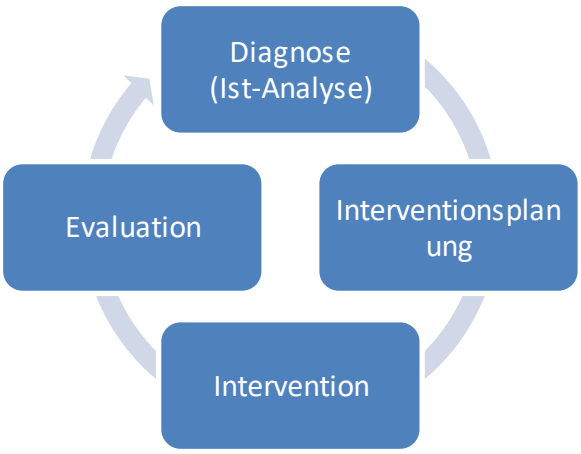
Insgesamt zeigt sich, dass ein gut integrierter und ganzheitlicher strategischer Ansatz mit angemessenen Maßnahmen positive Effekte erzielen kann. Es gilt die eingeführten Maßnahmen dabei regelmäßig zu überprüfen, um das BGM als lernendes System wachsen zu lassen und das Management zu unterstützen (Singer & Neumann, 2010).

2.3 BGM-Controlling

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, das BGM bzw. die eingesetzten Maßnahmen zu überprüfen und anzupassen (Pfaff & Zeike, 2019b). Beispiele sind das 7-Schritte Modell des BGM-Controllings, das 6-Phasen-Modell zur Einführung eines BGM (Uhle & Treier, 2019) oder ein PDCA-Zyklus (**P**lan, **D**o, **C**heck, **A**ct; Badura et al., 2009). Die erstgenannten befassen sich verstärkt mit der Einführung eines BGM in einem Unternehmen. Für die Überprüfung neuer Maßnahmen in einem bereits etablierten BGM, kann der PDCA-Zyklus den Diagnose-Prozess leicht veranschaulichen. In der Planungsphase (Plan) werden Ziele und Strategien für ein Projekt festgelegt. Anschließend folgt eine Handlungsphase (Do), in der die Maßnahmen eingeführt werden. Mit dem nächsten Schritt (Check) werden die Ergebnisse durch eine Evaluation bewertet. Letztlich werden die erforderlichen Änderungen eingebaut und die Maßnahme(n) umgesetzt (Act). Der PDCA kann nach Belieben oft angewendet werden.

Nach Badura et al. (2010) kann ein planvolles, zielgerichtetes Handeln in vier Kernprozesse gegliedert werden, die in einem Zyklus ständig durchlaufen werden können, um das Vorhaben ständig verbessern zu können:

Abb. 1: Kernprozesse des BGM nach Badura et al. (2010)



Zunächst werden Handlungsbedarfe erfasst und (messbare) Zielparameter für künftige Interventionen bestimmt (Badura et al., 2010). Daraus lässt sich meist die Basis

für die folgende Evaluation ableiten. Im nächsten Schritt werden auf Grundlage der Ist-Analyse und mit Blick auf die Unternehmens- und Mitarbeitererwartungen konkrete Ziele bzw. Projektbausteine festgelegt, die eine inhaltliche und konzeptionelle Richtung vorgeben. In der Interventionsphase steht die Durchführung und Steuerung der Maßnahme(n) im Fokus. Badura et al. (2010) weisen explizit darauf hin, dass ausschließlich bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Maßnahmen durchgeführt werden sollten, die bei der Erreichung der vorab definierten Ziele unterstützen.

3 Methodische Herangehensweise

3.1 Projektvorstellung

3.1.1 Hintergrund

Bei dem Unternehmen handelte es sich um einen international tätigen Technologiekonzern mit einer Vielzahl an Standorten und MA in Deutschland. An großen Standorten war ein medizinischer Dienst inkl. BA integriert. Das BGM und der medizinische Dienst arbeiteten sehr eng miteinander zusammen. Strukturell war der medizinische Dienst mit den integrierten Organisationseinheiten ein Teilbereich des BGM. Weiterhin bestand ein breit aufgestelltes Angebot an Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Einige der BGF Angebote galten bundesweit, andere waren standortbezogenen und nur in bestimmten Regionen zugänglich. Die unternehmensinternen Angebote umfassten Bewegungs-, Ernährungs- und Entspannungsangebote. Diese konnten in Form von Events, regelmäßigen Kursen oder arbeitsplatzbezogenen Workshops stattfinden. Zudem wurden sehr umfangreiche Maßnahmen angeboten, die für ausgewählte MA zugänglich waren (z.B. aufgrund von guter Leistung oder langjähriger Tätigkeit). Diese ganztägigen Events dauerten zwischen drei Tagen (GS) und drei Wochen (GT). Sechs Monate nach der Teilnahme fand eine zusätzliche Auffrischung über zwei Tage statt.

Darüber hinaus konnten die BA auch (lokale) externe Maßnahmen empfehlen bzw. MA zu mehr Eigeninitiative hinsichtlich eines gesunden Lebensstils motivieren.

Um die zur Verfügung stehenden Maßnahmen bedarfsorientiert vergeben zu können, wurde 2017 eine Lotsenfunktion für die BA und ein freiwilliger Gesundheits-Check-up (MC) für die MA eingeführt.

3.1.2 Die Einführung der Lotsenfunktion und der Gesundheits-Check-up

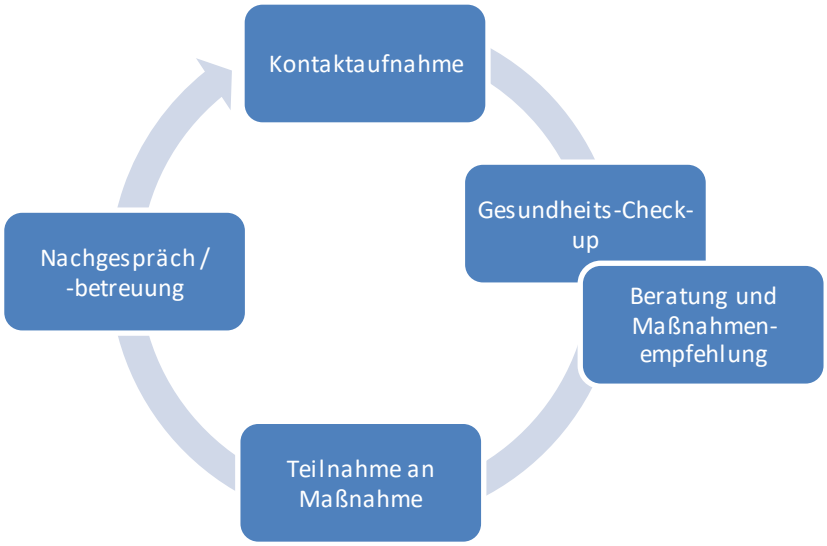
Mit der neuen Funktion (vgl. Kap. 2.1.4) trugen die BA zum einen die Verantwortung über die Sicherstellung der innerbetrieblichen, bedarfsorientierten Ressourcenallokation, zum anderen verfügten sie über einen „360°-Blick“, d. h. umfassende Kenntnisse über alle verfügbaren (internen und externen) Präventionsangebote im Netzwerk der betriebsärztlichen Dienststelle.

Die beteiligten BA erhielten zur Einführung der Lotsenfunktion auf einer Jahrestagung des medizinischen Dienstes eine Schulung und Informationsmaterial (FAQ-Liste) zu ihrer neuen Funktion. Die neu geschaffenen Prozesse – insbesondere der freiwillige MC als Beurteilungsgrundlage – werden im Folgenden kurz dargestellt:

Prozesszyklus der Lotsenfunktion

Der BA steuerte und begleitete als Lotse den gesamten Prozesszyklus. Darunter fielen die Kontaktaufnahme, die Durchführung des MC, die bedarfsorientierte Maßnahmenempfehlung und die Durchführung eines Nachgesprächs mit dem MA (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Prozesszyklus der Lotsenfunktion.



Die Kontaktaufnahme konnte durch den MA selbst initiiert werden; alternativ konnte der BA den MA während einer (Routine-)Untersuchung auf die Möglichkeit zum MC hinweisen. Darüber hinaus konnten Führungskräfte oder andere betriebliche Kontaktpersonen den MA auf das Angebot aufmerksam machen.

Der MC diente nicht nur als Grundlage zur Beratung und Maßnahmenempfehlung,

sondern sollte auch potenzielle Risiken oder Kontraindikationen gegenüber der Teilnahme an Gesundheitsmaßnahmen ausschließen. Die möglichen Maßnahmen konnten sehr unterschiedlich sein und werden in Kap 3.1.3 detailliert dargestellt. Im Anschluss bzw. nach einem vereinbarten Zeitraum nach dem ersten MC war mindestens ein Nachgespräch vorgesehen, das dem Messen objektiver (biometrischer) Vergleichsparameter und der Motivationsstärkung diente.

Gesundheits-Check-up (MC)

Der MC stand allen MA zur Verfügung, richtete sich aber speziell an die MA ab 35 Jahren. Er wurde von allen 48 BA an über 30 Standorten durchgeführt und dauerte für den MA insgesamt etwa 60 bis 75 min. an zwei getrennten Terminen (vgl. Abb. 3).

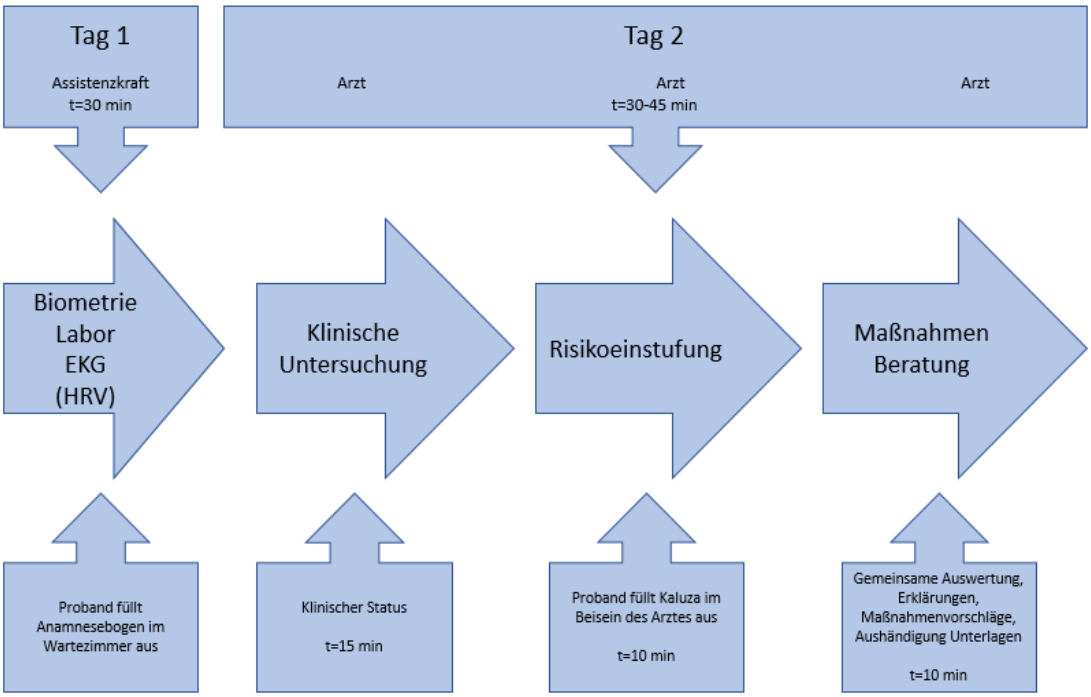
Am ersten Termin (ca. 30 min.) wurden durch eine Assistenzkraft die biometrischen[6] Daten erfasst. Zudem wurden eine Laboruntersuchung[7], ein Ruhe-EKG und ggf. eine Messung der Herzratenvariabilität (HRV) durchgeführt. Zusätzlich füllte der MA einen Anamnesebogen aus.

Im zweiten Termin (ca. 30-45 min.) folgte die klinische Untersuchung[8] durch den BA und eine fragebogenbasierte Stressdiagnostik[9]. Auf Basis der Testergebnisse und der klinischen Untersuchung wurde das kardiovaskuläre Risiko[10] des MA bestimmt. Der MC endete mit einem abschließenden Beratungsgespräch zwischen MA und BA. Dabei wurden die Ergebnisse besprochen, offene Fragen geklärt und ggf. Maßnahmenvorschläge durch den BA unterbreitet. Der MA erhielt die Ergebnisse anschließend in Form eines zusammenfassenden Handouts.

---

[6] Zur Biometrie gehörten folgende Werte: Body-Mass-Index, Raucherstatus, Waist-to-Hip-Ratio, Blutdruck (Quelle: intern).
[7] Im Labor wurde das Profil 1 und U-Stix (Urinuntersuchung) untersucht (Quelle: intern).
[8] Die klinische Untersuchung bestand aus einer dermatologischen und neurologischen Grunduntersuchung, einer Untersuchung der Brust- und Bauchorgane, sowie des Stütz- und Bewegungsapparats, des Gefäßstatus und der Psyche (Quelle: intern).
[9] Das persönliche Stresslevel wurde mittels Fragebogen nach Kaluza (2015) erhoben. Die Anwesenheit des BA während des Ausfüllens war dabei obligatorisch.
[10] Für die Risikoeinschätzung wurden die SCORE-Deutschland-Risikotabellen genutzt Keil et al. (2005).

Abb. 3: Ablauf des MC in den betriebsärztlichen Dienststellen.



3.1.3 Mögliche Maßnahmen

Je nach Bedarf und Risikoindikation konzentrierten sich die Maßnahmen insbesondere auf die Kernpunkte Bewegung, Ernährung und Psychosoziales. Dabei konnten sowohl betriebsinterne als auch -externe Maßnahmen empfohlen werden. Auch eine Überweisung an einen Facharzt zur weiteren Abklärung war möglich.

Interne Maßnahmen

- GT 21 – Gesundheitsveranstaltung über drei Wochen in einem Kurhotel durchgeführt von Ärzten, Ernährungs- und Bewegungsexperten (s. Anlage 1)
- GT 11+3 – Kompaktveranstaltung über 11 Tage in einem Kurhotel + 3 Tage Auffrischung nach sechs Monaten, durchgeführt von Ärzten, Ernährungs- und Bewegungsexperten (s. Anlage 2)
- GS – Gesundheitsveranstaltung über drei Tage in einem Kurhotel, durchgeführt von Ärzten, Ernährungs- und Bewegungsexperten
- Andere unternehmensinterne Health Promotion (HP)-Maßnahme (Events, Kurse oder Beratungen, z.B. Sozial- oder Ernährungsberatung)
- Keine Maßnahme („Weiter so!“)

Externe Maßnahmen

- Externe Gesundheitsangebote (z.B. Fitnessstudio, Ernährungsworkshop o.Ä.)
- Bewegung, Ernährung, Entspannung, Nikotinverzicht (Präventionskurse der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung (DRV) o. ä.
- DRV-Teilhabeleistungen
- Externe Überweisung (Abklärung durch Fachärzte o. ä.)

Die internen Gesundheitsseminare und –tage (GS, GT11+3 und GT21) unterschieden sich neben der Lokalität und des zeitlichen Umfangs insbesondere hinsichtlich der Inhalte bzw. Ziele (vgl. Tabelle 3).

Tab. 2: Inhalte und Ziele der internen Gesundheitsseminare und –wochen (Quelle: intern)

Inhalt	GT 21	GT 11+3	GS
Erneuter Gesundheits-Check-up inklusive aktueller Risikoprofilbewertung	x	x	x
Theoretische und praktische Inhalte zu Bewegung, Ernährung, Psychischer Gesundheit	x	x	x
Individuelle Trainingssteuerung durch sportmedizinische Testverfahren	x	x	x
Entspannungstechniken	x	x	x
Follow up nach ca. 6 Monaten	x	x	
Abschluss-Check-up mit Risikoprofilbewertung	x	x	
Ziele			
Motivation	x	x	x
Prävention erleben	x	x	x
Transfer in den Alltag	x	x	x
Anleitung zum Aufbau vernachlässigter Strukturen unter ganzheitlichem Ansatz	x	x	
Erzielung von Trainingseffekten	x		
Positive Beeinflussung Risikoindikatoren	x		

3.2 Evaluationsdesign

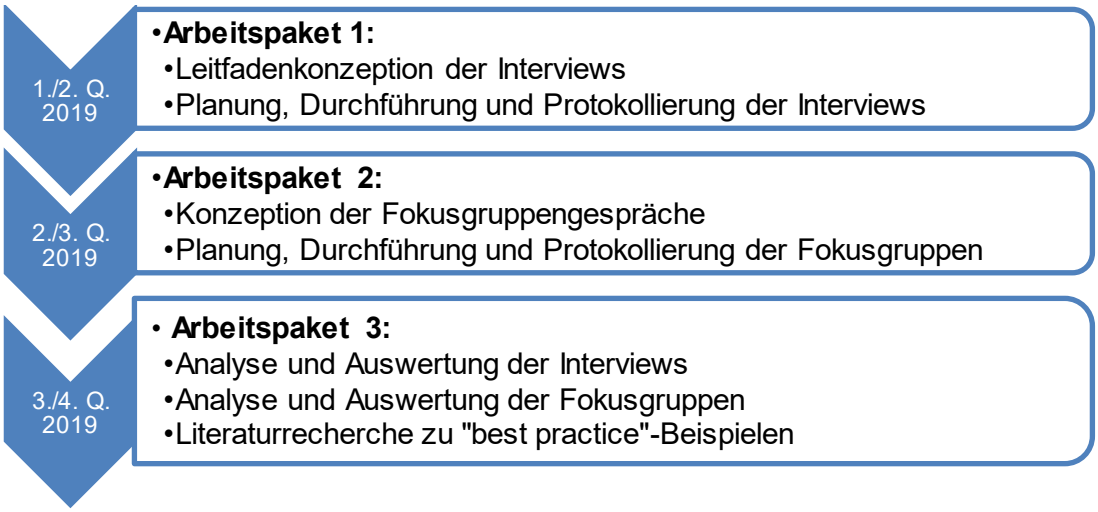
3.2.1 Projektbeschreibung und Probandenkollektiv

Im Rahmen dieser Prozessevaluation erfolgte die Analyse der Abläufe des MC bzw. der Lotsenfunktion mit Hilfe von qualitativen leitfadengestützten Telefon-Interviews und Fokusgruppengesprächen (FG) mit den BA. Die Projektteilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis.

3.2.2 Methodisches Vorgehen

Die Untersuchungsschritte wurden auf insgesamt drei Arbeitspakete verteilt (vgl. Abb. 4).

Abb. 4: Projektablauf 2018/2019; Q=Quartal.



Arbeitspaket 1:

Leitfadenkonzeption der Interviews

Für die standardisierte Befragungen wurde ein Interviewleitfaden erstellt (s. Anlage 3) (Mayring, 2016). Dabei wurden sowohl geschlossene als auch offene Fragen genutzt (Vogt & Werner, 2014).

Die Fragen wurden aus der Literatur[11] sowie Vorgesprächen der Projektleitung mit Verantwortlichen des unternehmensinternen Gesundheitsmanagements, die an der

[11] Die Daten der Literaturrecherche werden nicht gezeigt.

Initiierung des MC und der Lotsenfunktion beteiligt waren, abgeleitet. Als Pre-Test bzw. Korrektiv dienten fünf Interviews mit kurz zuvor aus dem Dienst ausgeschiedenen BA, die mit den Strukturen und Abläufen vertraut waren, aber seit 0,5-1 Jahren nicht mehr tätig waren.

Der Interviewleitfaden (s. Anhang 1) kann grob in sechs Blöcke unterteilt werden:

a. Allgemeine Fragen zur Tätigkeit bzw. der Vertrautheit mit dem MC und eigenen Erfahrungen bzw. Teilnahmen an GT/GS
b. Spezifische Fragen zum MC und der Lotsenfunktion, insbesondere zur Wichtigkeit der MC-Standards und Entscheidungskriterien für Maßnahmenempfehlungen
c. Spezifische Fragen bezogen auf die Motivation der MA im Kontext Gesundheit/Lebensstil
d. Spezifische Fragen zum ärztlichen Nachgespräch
e. Spezifische Fragen zu potenziellem Optimierungsbedarf des MC
f. Spezifische Fragen zu Rahmenbedingungen der Lotsenfunktion

Planung, Durchführung und Protokollierung der Interviews

Nach der Einwilligung in die Teilnahme fand die Terminabsprache per E-Mail statt. Insgesamt nahmen 43 von 48 BA an den leitfragengestützten Telefoninterviews teil. Fünf BA nahmen nicht teil. Die Gründe dafür waren bei je zwei BA Elternzeit oder fehlende Rückmeldungen. Ein BA hat aus unbekannten Gründen nicht teilgenommen.

Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 87,5±17,1 min. Die Interviews wurden aufgezeichnet, protokolliert (s. Anlage 4) und danach auf Wunsch durch den Interviewten geprüft. Anschließend fand eine Bereinigung und Priorisierung der Daten zur weiteren Verarbeitung statt (Mayring, 2010; Schreier, 2012). Die Ergebnisse wurden unter Bildung inhaltlicher Kategorien ausgewertet (s. Arbeitspaket 3).

Arbeitspaket 2:

Konzeption der Fokusgruppengespräche

Die inhaltlichen Schwerpunkte der FG wurden auf Basis der ersten Ergebnisse der Interviews entwickelt. Der Fokus lag auf den Themenfeldern, die durch die Interviews nicht ausreichend beantwortet werden konnten bzw. für deren Beantwortung eine gemeinsame Ideenfindung und Gruppendiskussion von Nutzen war. Zur Gesprächs- und Diskussionsanregung in den FG wurde die Methode des Ideenkarussells ange-

wandt (Kramm, 2014). Ein Ideenkarussell eignet sich, um in einer Kleingruppe gemeinsam kreative Ideen zu entwerfen und zu sammeln. Dabei werden die verschiedenen Themenbereiche auf Plakate in Teilaspekte unterteilt.

Folgende vier Themenbereiche wurden festgelegt:

1. „Richtige“ Maßnahmen für die „richtigen“ Mitarbeiter
    a. Vulnerable Gruppen, passende Zugangswege und förderliche/hemmende Faktoren
2. Benötigte und wünschenswerte Kompetenzen von Gesundheitslotsen
    a. Kompetenzen und Möglichkeiten zum Kompetenzerwerb
3. „Schwachpunkte“ in der Betreuungskette
4. Allgemeine Impulse zum BGM/BGF
    a. Verhältnis- und Verhaltenspräventive Aspekte

Für drei der vier Themen wurden bereits vorab Unterthemen (a.) gebildet. Jeder Teilnehmer konnte innerhalb seiner Kleingruppe sukzessive zu jedem (Unter-)Thema seine Ideen aufschreiben, bzw. die Ideen der Vorgänger ergänzen. Nach mehrmaligem Austausch wurden die Ideen in der Gesamtgruppe diskutiert.

Planung, Durchführung und Protokollierung der Fokusgruppen

Die Durchführung der FG fand am 06. Juni 2019 im Rahmen eines Jahrestreffens der BA statt. An den FG nahmen insgesamt 42 BA, aufgeteilt in drei Gruppen mit 13, 14 und 15 Teilnehmern, teil. Die Workshops wurden durch zwei MA der DSHS moderiert und dauerten jeweils ca. 90 bis 120 min. In allen drei Gruppen wurden die gleichen Themen behandelt. Die FG wurden aufgezeichnet und anschließend protokolliert (Morgan, 1996). Als Grundlage für die Protokollierung dienten die Aussagen und Mitschriften der Gruppen auf den Flipcharts (s. Anlage 4). Zusätzliche Aspekte, die während der Diskussion entstanden und nicht schriftlich festgehalten wurden, konnten anschließend mithilfe der Tonaufzeichnung ergänzt werden (Ruddat, 2012). Daher wurde auf eine umfangreiche, wortgetreue Transkription verzichtet.

Arbeitspaket 3:

Analyse und Auswertung der Interviews

Für die inhaltsanalytische Auswertung der Interviewergebnisse erfolgte eine induktive Vorgehensweise (Mayring, 2010). Dabei wurden für die Fragestellung relevante Themen extrahiert und in Kategorien zusammengefasst. Dieses Kategoriensystem wurde

anschließend durch einen zweiten Untersucher überprüft. Bei fehlender Übereinstimmung wurde ein dritter Untersucher hinzugezogen. In einem weiteren Schritt wurde für die meisten Fragestellungen zur besseren Übersicht eine zweite Hierachieebene gebildet.

Die Vorgehensweise der Protokollierung und der Kategorienbildung wird unten beispielhaft an der Frage nach den wichtigsten Funktionen innerhalb der Lotsenfunktion vorgestellt. Diese Vorgehensweise wurde übergreifend auf alle offenen Fragen übertragen.
Die BA wurden gebeten, die in ihren Augen *wichtigsten drei Funktionen innerhalb der Lotsenfunktion* (Frage 6.1 im Leitfaden; s. Anlage 3) zu benennen. Aus den Protokollen wurden inhaltlich relevante Aussagen extrahiert und in eine Excel Tabelle übertragen. Inhaltlich übereinstimmende Aussagen wurden dabei zu einer Kategorie zusammengefasst. Beispielhaft werden zwei ausgewählte wörtliche Zitate aufgeführt. Die fett gedruckten Inhalte wurden in das Protokoll aufgenommen und später in die Excel Tabelle überführt:

„Ich **stelle** zuerst den **aktuellen Gesundheitsstatus fest (a)**. Anschließend **spreche** ich eine **Maßnahmenempfehlung aus (c)**, sodass der MA direkt etwas an die Hand bekommt, wie er seine Probleme angehen kann. Sehr wichtig ist es auch **mit dem MA** darüber zu **sprechen und** ihm **alles** zu **erklären (b)**."

„Das wichtigste für die Lotsenfunktion ist die **beratende Tätigkeit (b)**. Der nächste Punkt ist **zu schauen wo steht die Person aktuell gesundheitlich (a)**. Auf dieser Basis **suchen** wir dann für ihn die **beste Maßnahme aus (c)** dem Portfolio aus.

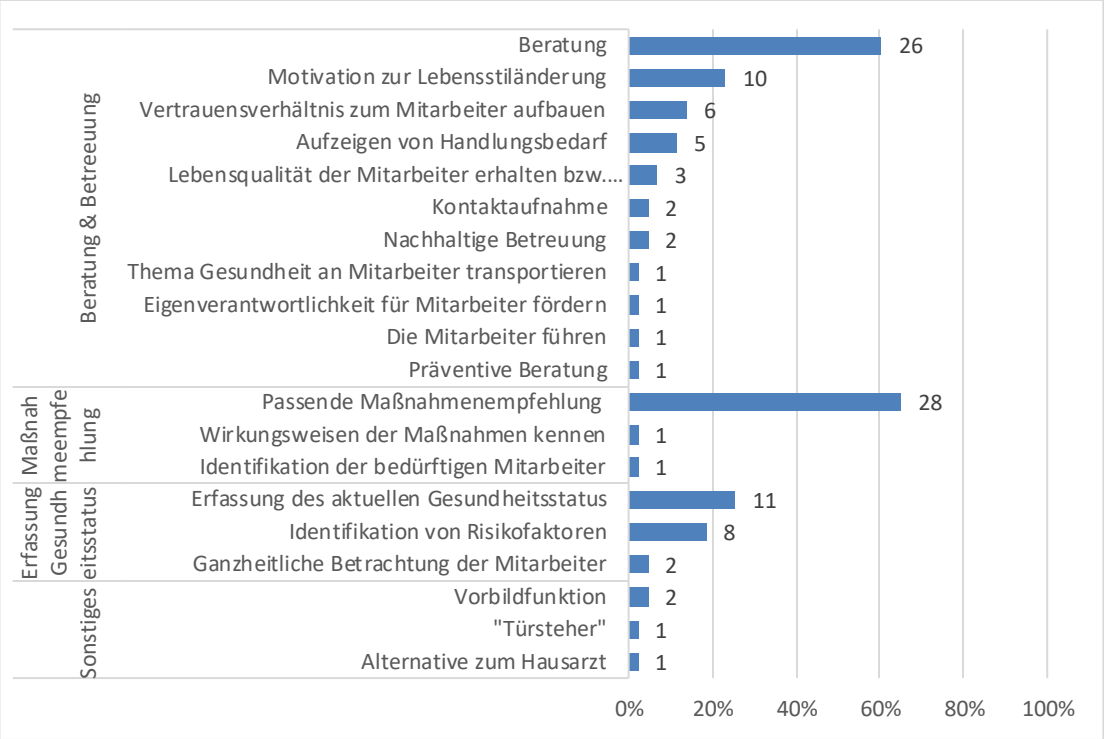
Im Anschluss an alle Interviews wurde geprüft, welche Aussagen inhaltlich übereinstimmen und für das Kategoriensystem zusammengefasst (Mayring, 2010):

a Erfassung des aktuellen Gesundheitsstatus
b Beratung
c Passende Maßnahmenempfehlung

Die zusammengefassten Aussagen wurden in einem nächsten Schritt thematisch zusammengefasst (vgl. Abb. 5). Im dargestellten Beispiel wurde dann eine zweite Hierarchieebene mit folgenden Themenbereichen gebildet: „**Beratung und Betreuung**", „**Maßnahmenempfehlung**", „**Erfassung Gesundheitsstatus**" und „**Sonstiges**". Die

zweite Hierarchieebene diente der besseren Übersicht und wurde in einigen Fällen – bei einer geringen Anzahl an Kategorien – nicht gebildet.

Abb. 5: Beispiel der inhaltlichen und thematischen Zusammenfassung der Aussagen zu den wichtigsten Funktionen innerhalb der Lotsenfunktion.



Statistische Analyse der Interviews

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten wurde mithilfe der Datenanalysesoftware IBM SPSS Statistics 27.0 durchgeführt. Über die deskriptive Statistik wurden arithmetische Mittelwerte (MW), Standardabweichungen (SW), Maxima (max) und Minima (min) ermittelt. Durch die Häufigkeitsanalyse wurden Rangfolgen der Aussagehäufigkeiten gebildet.

Mit Hilfe von Microsoft Office 2019 (Excel und Word) wurden die Ergebnisse in Form von Grafiken und Tabellen dargestellt.

Analyse und Auswertung der Fokusgruppen

Die Protokolle aus den drei Fokusgruppen wurden zu Beginn synoptisch gegenübergestellt (Ruddat, 2012). Das Protokoll der ersten Fokusgruppe diente als Grundlage; zusätzliche Ergebnisse der Fokusgruppen II und III wurden ergänzt. Da es sich um eine gemeinsame Ideensammlung handelte, wurden alle genannten Aussagen aufgeführt. Mehrfach aufgeführte Aussagen übergreifend der FG wurden nicht gesondert dargestellt oder markiert.

Das Material wurde mithilfe der Methode der zentralen Aussagen strukturiert und in Kategorien zusammengefasst (Renn et al., 2002; Ruddat, 2012), z.B. Berufsgruppen, Soziale Faktoren, Alter- und Geschlecht und Anamnese (vgl. Kap. 4.5.2. Zielgruppe – vulnerable Gruppen).

Das entstehende Kategoriensystem wurde anschließend durch einen zweiten Untersucher überprüft. Bei fehlender Übereinstimmung wurde ein dritter Untersucher hinzugezogen.

3.2.3 Datenschutz

Vor jeder Form der Befragung wurden die Teilnehmer (TN) ausreichend informiert, aufgeklärt und mussten sich schriftlich mit der Datenerhebung und -verarbeitung einverstanden erklären. Die Einwilligung konnte zu jedem Zeitpunkt ohne die Angabe von Gründen widerrufen werden. Jegliche davon eingeschlossenen Daten wurden anschließend vernichtet (s. Anlage 5 und 6). Sämtliche TN wurden über eine vorbestimmte Codierung pseudoanonymisiert erfasst und gespeichert (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Vorgehensweise für die Codeerstellung der TN.

	Stelle 1: Der letzte Buchstabe des eigenen (ersten) Vornamens Beispiel: ‚L' für Michael Schmidt oder ‚S' für Hans-Joachim Meier oder ‚H' für Christoph Maria Sommer
	Stelle 2: Der erste Buchstabe des Geburtsnamens der Mutter Beispiel: ‚M' für Müller oder ‚B' für Beck
	Stelle 3 und 4: Die beiden Tagesziffern Ihres Geburtstags Beispiel: ‚18' für 18.März oder ‚06' für 6.Dezember
	Stelle 5: Der erste Buchstabe des Vornamens der Oma väterlicherseits Beispiel: ‚H' für Hildegard oder ‚M' für Maria
	Stelle 6: Der erste Buchstabe Ihres Geburtsorts Beispiel: ‚K' für Köln oder ‚B' für Berlin

Die erhobenen Daten wurden nach den aktuell geltenden gesetzlichen Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) behandelt. Die Verknüpfung der personenbezogenen Daten wurde mittels dieser Codierung durch die Projektleitung vorgenommen. Die Daten wurden auf einem zugangsbeschränkten Server der DSHS Köln

gespeichert und waren nur für MA der Abteilung Bewegungs- und Gesundheitsförderung des Instituts für Bewegungs- und Neurowissenschaft einsehbar. Alle MA Unterlagen der Schweigepflicht und der Einhaltung des Datenschutzes.

4 Ergebnisse

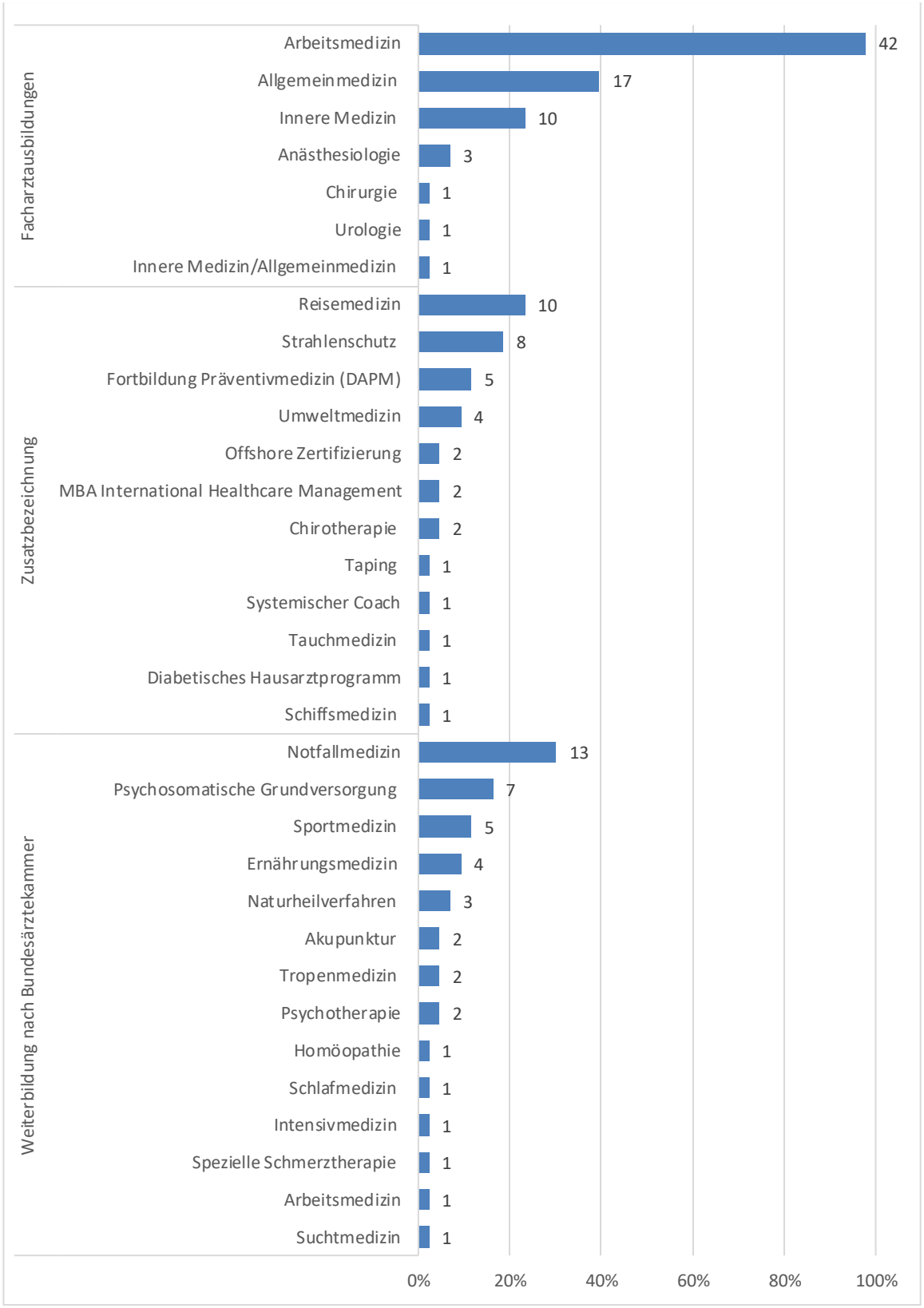
4.1 Die Betriebsärzte

4.1.1 Vorhandene Qualifikationen

Alle 43 befragten BA verfügten über mindestens eine **Facharztausbildung**; 42 waren Fachärzte für Arbeitsmedizin (97,7%), zwei weitere waren Fachärzte für Innere Medizin bzw. Allgemeinmedizin mit der Weiterbildung Arbeitsmedizin. Der Großteil (n=33; 76,7%) hatte eine zweite Facharztausbildung abgeschlossen (vgl. Abb. 6), davon 17 in Allgemeinmedizin (39,4%) und 10 in Innere Medizin (23,3%).
Als **Zusatzbezeichnungen** wurden die Reisemedizin (n=10; 23,3%) und der Strahlenschutz (n=8; 18,6%) am häufigsten genannt.
Die häufigsten **Weiterbildungen** nach den Richtlinien der Bundesärztekammer (2018b) waren die Notfallmedizin (n=13; 30,2%) und die Psychosomatische Grundversorgung (n=7; 16,3%).

Fast alle fühlten sich ausreichend qualifiziert bzw. informiert für die Ausübung der Lotsenfunktion (n=40; 93,0%).

Abb. 6: Medizinische Qualifikationen der BA (n=43).

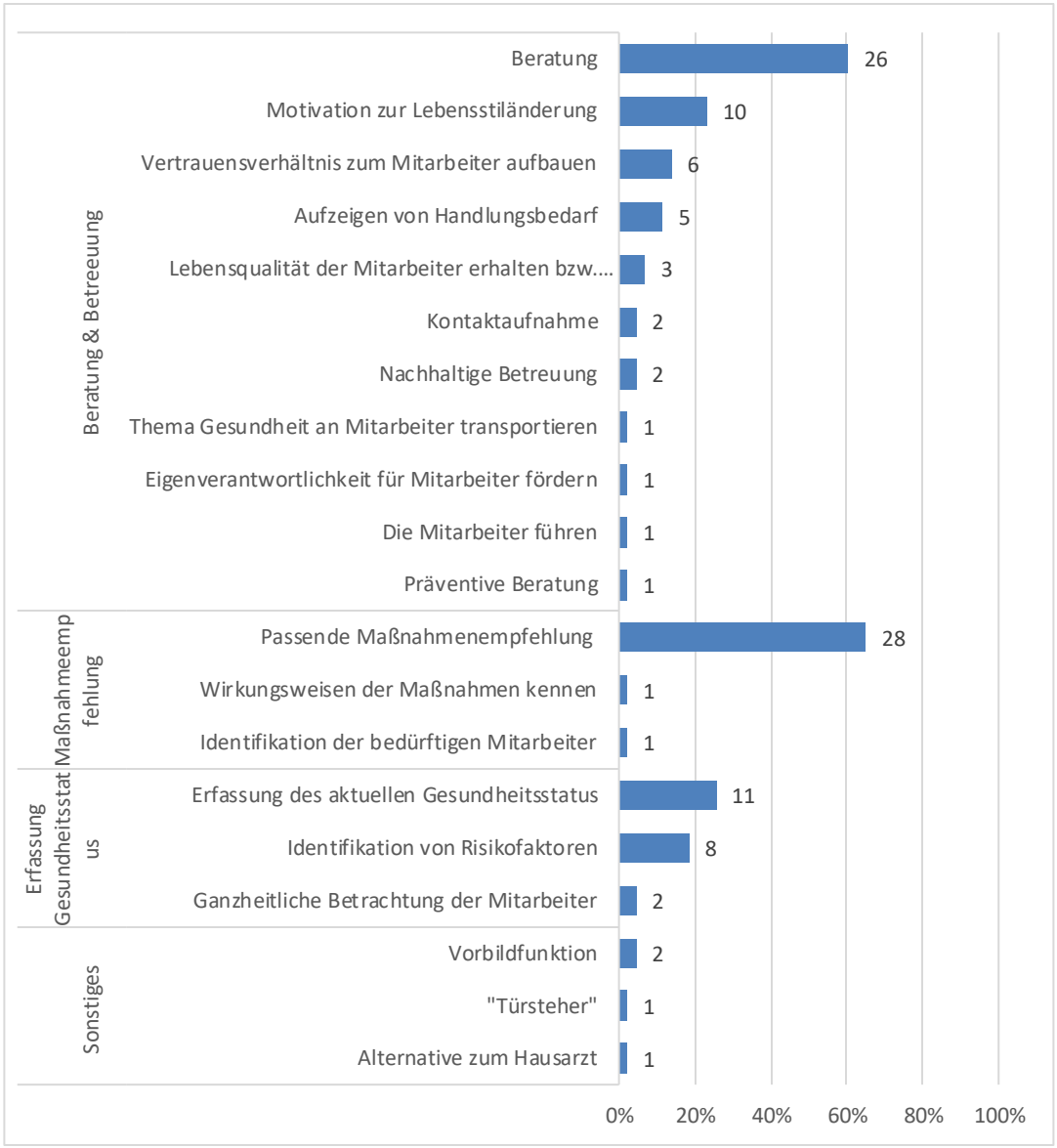


4.2 Die Lotsenrolle

4.2.1 Wichtige Funktionen

Die Beratung (n=26; 60,5%), die Motivation zur Lebensstiländerung (n=10; 23,3%) und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum MA (n=6; 14%) wurden als wichtige Funktionen eines Gesundheitslotsen genannt (vgl. Abb. 7). Darüber hinaus waren die passende Maßnahmenempfehlung (n=28; 65,1%) und die Erfassung des aktuellen Gesundheitsstatus (n=11; 25,6%) häufige Nennungen. Eine Person nannte die „Türsteherfunktion“. Die BA *müssten* mit ihrer Lotsenrolle über den Zugang zu den Maßnahmen für die MA entscheiden.

Abb. 7: Darstellung wichtiger Funktionen als Gesundheitslotse (n=43).



4.2.2 Relevante Kompetenzen von Gesundheitslotsen

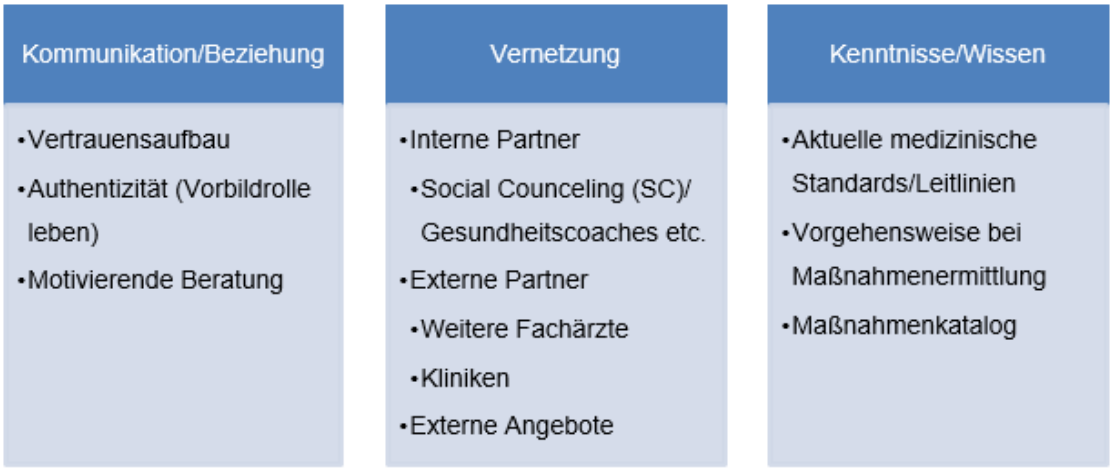
Zu den Kernkompetenzen im Bereich **Kommunikation/Beziehung** zählten der Vertrauensaufbau zum Patienten und eine authentische Ausstrahlung. Als Werkzeug einer optimalen Gesprächsführung wurde die „Motivierende Beratung“ genannt (vgl. Abb. 8).

Weiter wurde die **Vernetzung** durch den Erhalt bzw. die Schaffung eines Netzwerks mit internen und externen Partnern/Angeboten diskutiert. Der Einbezug von und der

Austausch mit den internen Sozialberatern und Gesundheitscoaches, anderen Fachärzten, Kliniken und Partnern erweitere und stärke die Angebotsbreite für die MA.

Die **Kenntnisse** über aktuelle medizinische Standards sowie die Vorgehensweise bei einer Maßnahmenermittlung seien grundlegend für die Lotsenrolle. Darüber hinaus wurde der Mehrwert eines Maßnahmenkataloges dargelegt. Darin könnten Informationen zu vorhandenen Angeboten und Kooperationen aufgeführt werden.

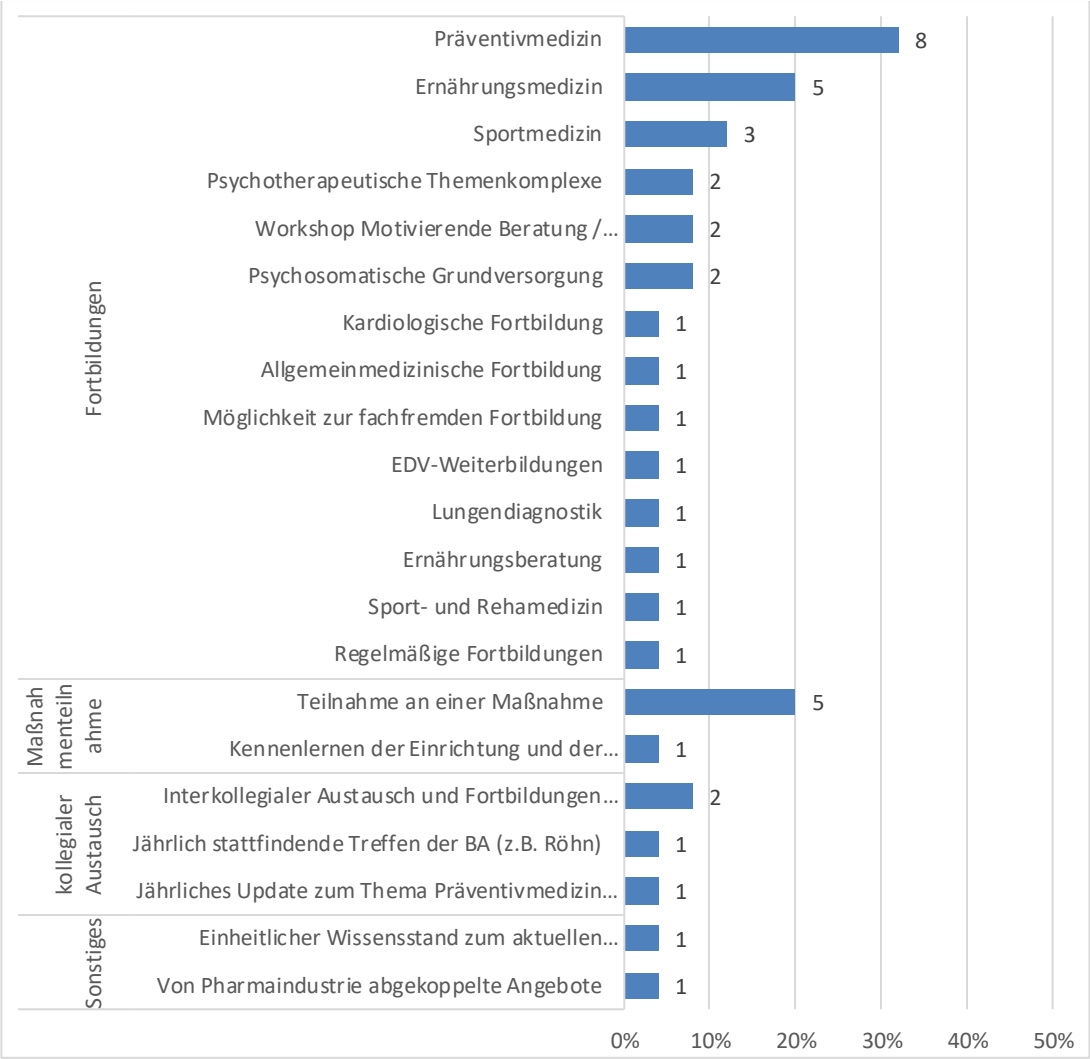
Abb. 8: Relevante Kompetenzen für Gesundheitslotsen (n=42; FG).



4.2.2.1 Möglichkeiten zum Kompetenzaufbau

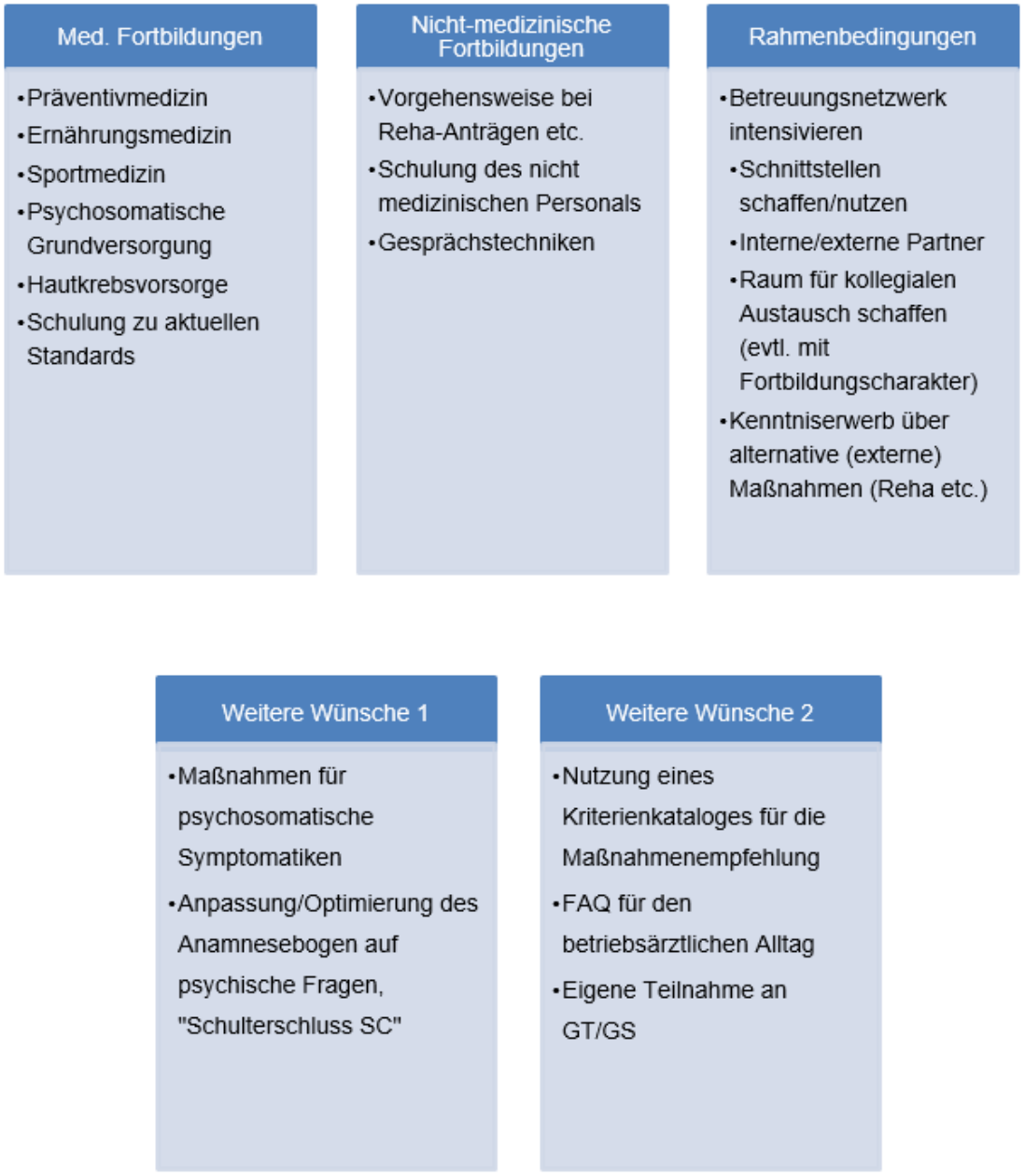
Als sinnvolle medizinische **Weiter- und Fortbildungen** wurden Präventivmedizin (n=8; 32,0 %), Ernährungsmedizin (n=5; 20,0 %) und Sportmedizin (n=3; 12,0 %) genannt (vgl. Abb. 9). Psychotherapeutische Themenkomplexe sowie psychosomatische Grundversorgung oder die motivierende Beratung/Gesprächsführung wurden von jeweils zwei (8,0 %) BA aufgezeigt. Als nicht-medizinischen Maßnahmen wurden die eigene Maßnahmenteilnahme (n=5; 20,0%) und der kollegiale Austausch (n=2; 8,0%) genannt.

Abb. 9: Förderliche Qualifikationen und Maßnahmen für BA (n=35).



In den FG wurden zusätzlich **medizinische Fortbildungen,** z. B. in der Hautkrebsvorsorge oder Schulungen zu den aktuellen Standards des MC diskutiert (vgl. Abb. 10). In **nicht-medizinischen Fortbildungen** könnten die Vorgehensweise bei Reha-Anträgen besprochen oder das nicht-medizinische Personal geschult werden. Auch hier wurde die Vermittlung von nützlichen Techniken in der Gesprächsführung gewünscht.

Abb. 10: Weitere förderliche Qualifikationen und Maßnahmen für BA (n=42; FG).



Darüber hinaus könnten ein intensives Betreuungsnetzwerk zwischen internen und externen Partnern und ein Kenntniserwerb über alternative Maßnahmen zur Optimierung der **Rahmenbedingungen** für die Lotsenfunktion beitragen.

Weitere Wünsche waren z. B. die Anpassung des Anamnesebogens mit zusätzlichen Aspekten der Psychosomatik und die Schaffung einer Maßnahme speziell für MA mit psychosomatischen Problemen, da zunehmend MA mit entsprechenden Indikationen den MC aufsuchen würden. Die aktuell vorhandenen GT seien für diese Klientel nicht ausgelegt.

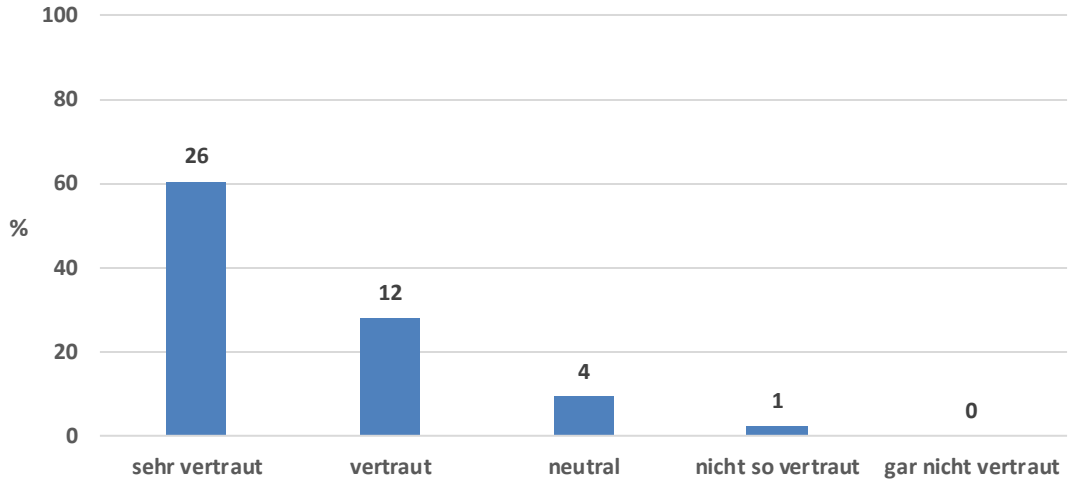
Zudem wurde vorgeschlagen, einen Kriterienkatalog für die Maßnahmenempfehlung zu erstellen, um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen und die Maßnahmenentscheidung transparent und nachvollziehbar gegenüber den MA darstellen zu können. Weiter gab es Anregungen zur Erarbeitung/Aufstellung einer FAQ-Liste zum betriebsärztlichen Alltag, z. B. für die Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme über die Sozialversicherungsträger. Außerdem wurden die eigene Teilnahme bzw. das persönliche Kennenlernen der internen Maßnahmen gewünscht. So könnten Maßnahmen besser eingeschätzt und die Empfehlung optimiert werden.

4.3 Der Gesundheits-Check-up

4.3.1 Vertrautheit und Einschätzung zum MC

Durchschnittlich wurden 1,6±1,2 MC wöchentlich durchgeführt. Insgesamt wurde eine hohe Vertrautheit mit dem MC geäußert (vgl. Abb. 11). Eine neutrale oder geringe Vertrautheit wurde häufig durch eine kurze Beschäftigungsdauer oder wenig Kontaktpunkte mit dem MC begründet.

Abb. 11: Vertrautheit der BA mit dem MC (n=43).



Vorteile

In Bezug auf das **Arzt-Patienten-Verhältnis** schätzten die BA es, mehr Zeit für den MA zu haben (n=17; 39,5%). Durch den MC hätten sie die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme zu MA, die sonst (wahrscheinlich) nicht vorstellig geworden wären (n=16; 37,2%; vgl. Abb. 12).

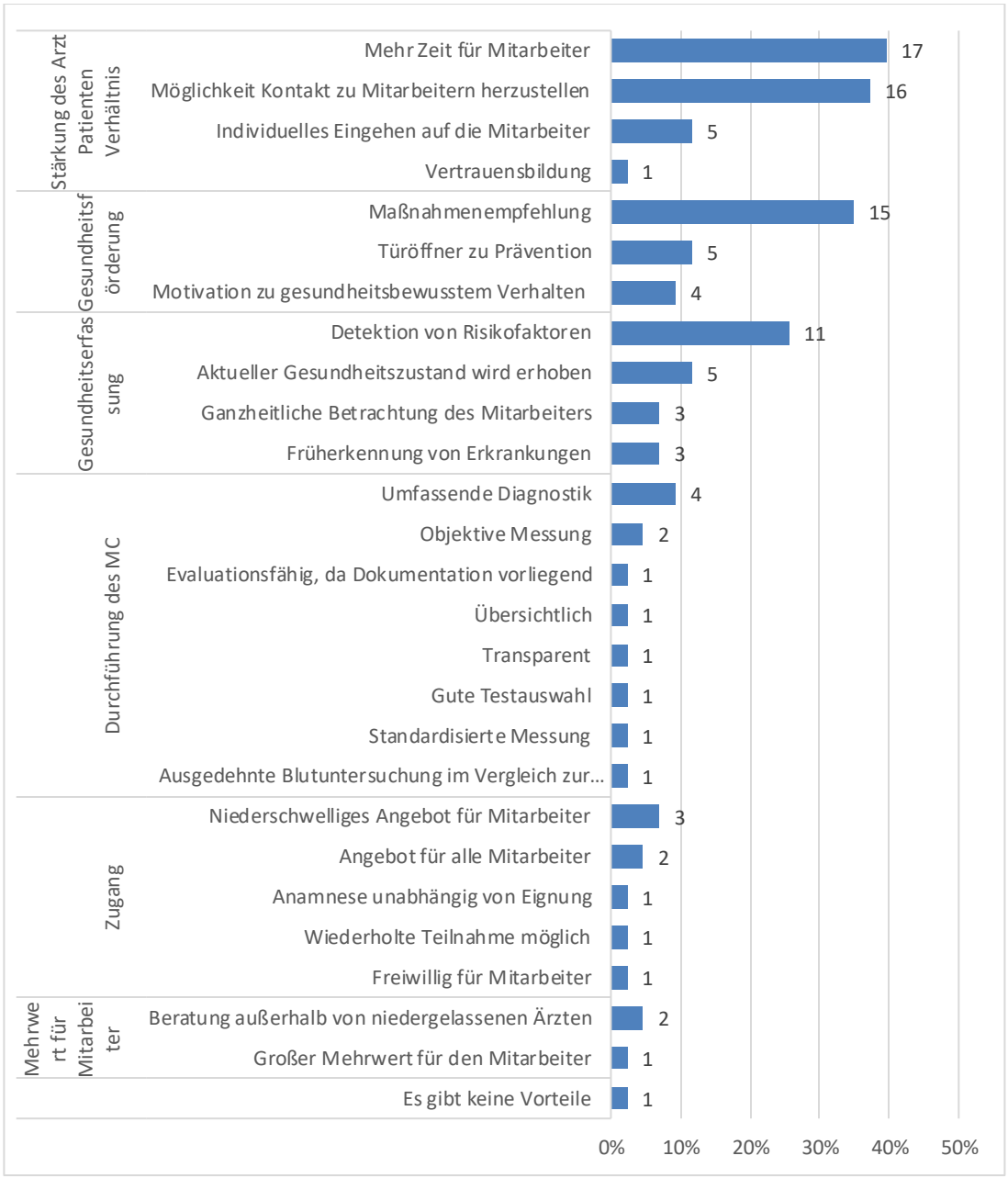
Weitere Nennungen waren in der Kategorie **Gesundheitsförderung** die Möglichkeit zur Maßnahmenempfehlung (n=15; 34,9%) und die Detektion von Risikofaktoren

(n=11; 25,6%) für die **Gesundheitserfassung**.

Zur **Durchführung des MC** wurde die umfassende (n=4; 9,3%) und objektive (n=2; 4,7%) Diagnostik genannt. Zudem wurde der niederschwellige **Zugang** des Angebots (n=3; 7,0%) als vorteilhaft gesehen.

Ein BA gab an, dass der MC **keinen Vorteil** habe und grundsätzlich unnötig sei.

Abb. 12: Allgemeine Vorteile des MC aus Sicht der BA (n=43).



Kritische Punkte

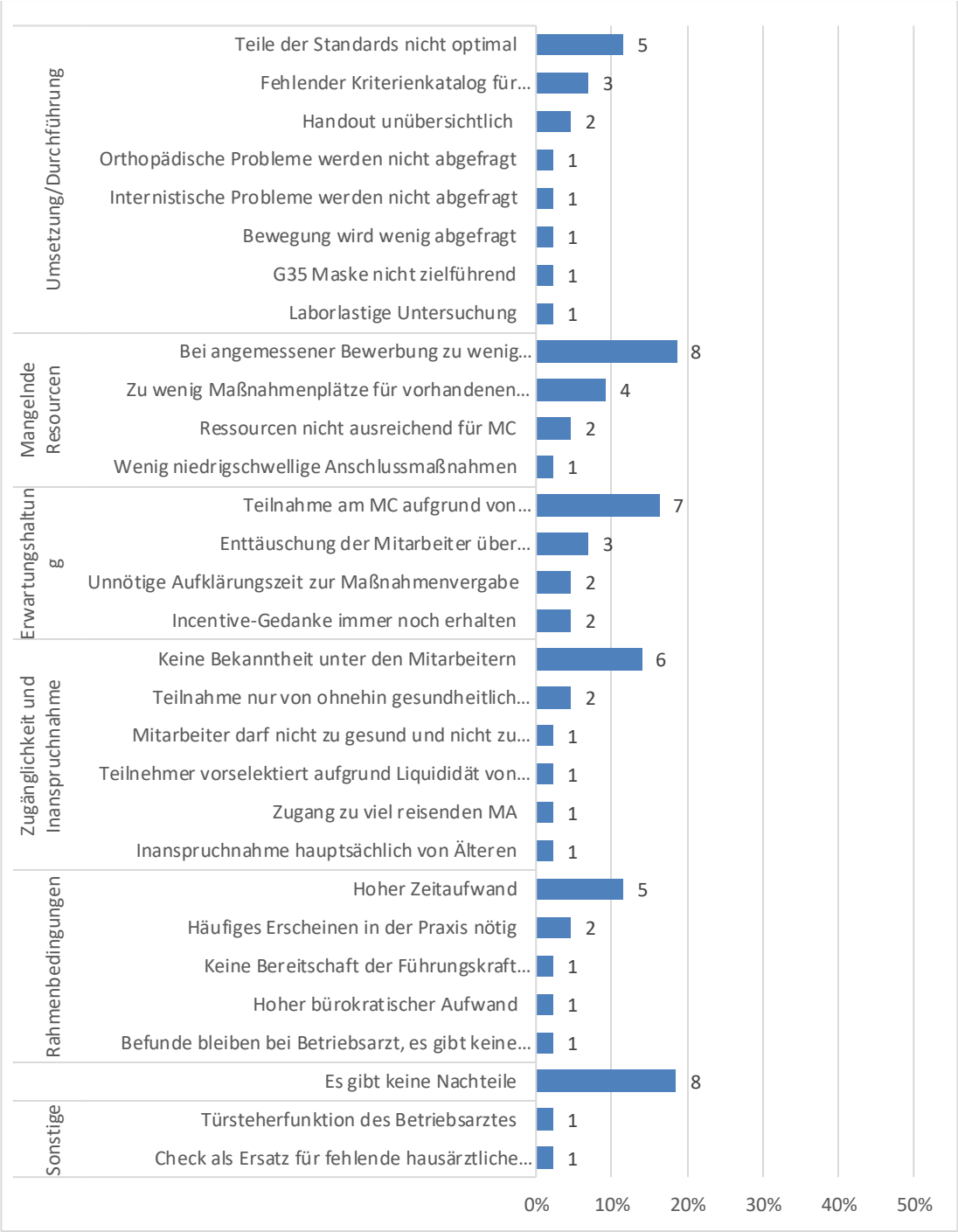
Im Bereich der **Umsetzung und Durchführung** wurden die zum Teil nicht optimalen Standarduntersuchungen (n=5; 11,6%) und ein fehlender Kriterienkatalog für Maßnahmenempfehlungen (n=3; 7,0%) genannt (vgl. Abb. 13).

Acht BA (18,6%) äußerten **mangelnde Ressourcen** bei einer angemessenen Bewerbung des Angebots. Vier (9,3%) verfügten über zu wenige Maßnahmenplätze für den vorhandenen Bedarf.

Bezogen auf die **Erwartungshaltung** wurde die Teilnahme am MC ausschließlich aufgrund eines Maßnahmenwunsches (n=7; 16,3%) und die Enttäuschung über eine Nichtempfehlung der gewünschten Maßnahme (n=3; 7,0%) genannt.

Insgesamt gaben acht (18,6%) BA **keine Nachteile** an.

Abb. 13: Allgemeine Nachteile des MC aus Sicht der BA (n=43).



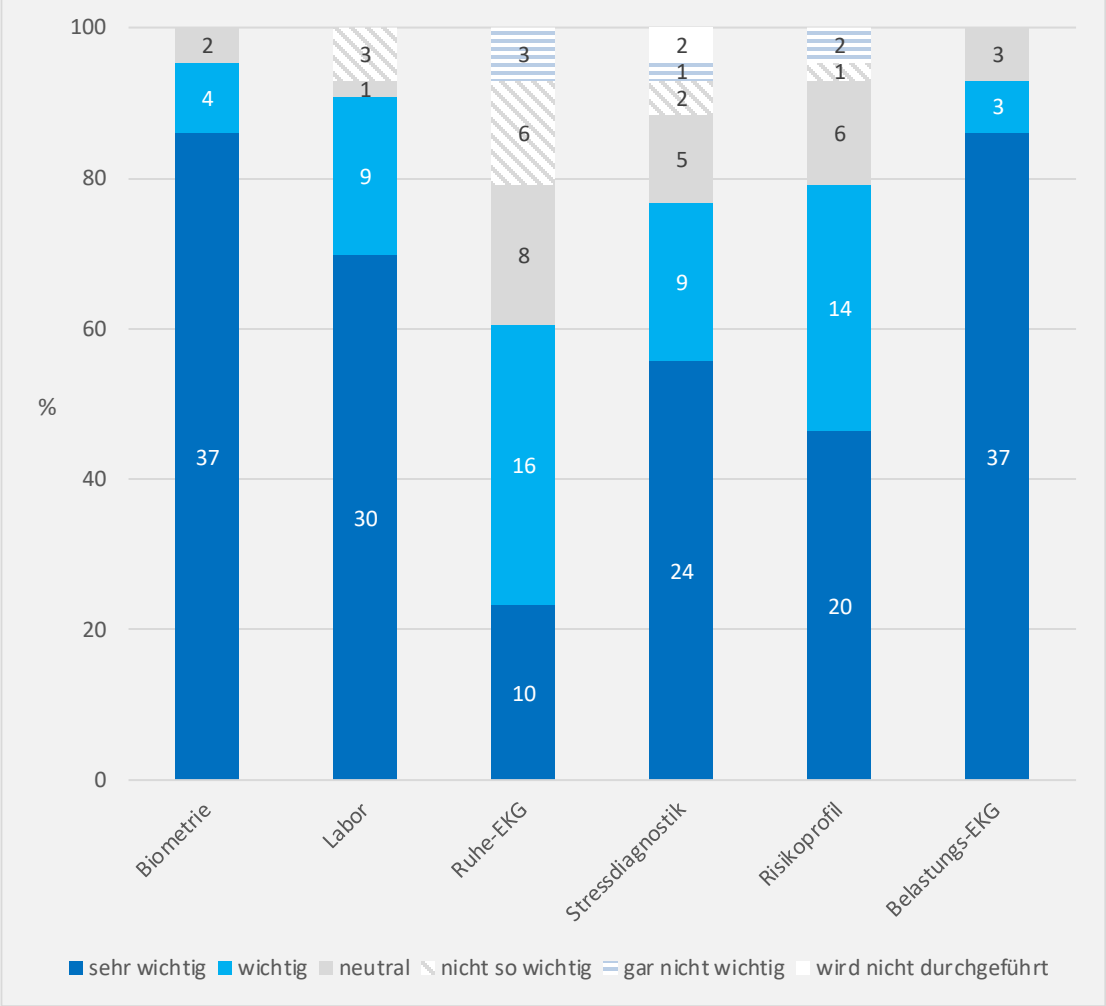
4.3.2 Bewertung aktueller Standards

Die **Erfassung der Biometrie** (n=41; 95,3%), die **Durchführung des Belastungs-EKG** (n=40; 93,0%) und die **Labordiagnostik** (n=39; 90,7%) wurden von jeweils über 90% als sehr wichtig oder wichtig angesehen. Die Erstellung eines **Risikoprofils**

(n=34; 79,1%) und die Durchführung einer **Stressdiagnostik** (n=33; 76,7%) wurden von knapp 80% als sehr wichtig oder wichtig für den MC eingestuft. Das **Ruhe-EKG** wurde von 26 (60,5%) BA als sehr wichtig oder wichtig eingeschätzt (vgl. Abb. 14).

Dabei waren mehr als die Hälfte der Befragten mit allen dafür eingesetzten diagnostischen Instrumenten zufrieden (vgl. Kap. 3.1.2; n=26; 60,5%). Dennoch gaben insgesamt 41 (95,3%) BA Optimierungsvorschläge für mindestens einen der aktuell verwendeten Standards bzw. ein genutztes Erhebungsinstrument an.

Abb. 14: Gegenüberstellung der Wichtigkeit der aktuell angewendeten Standards des MC (n=43).

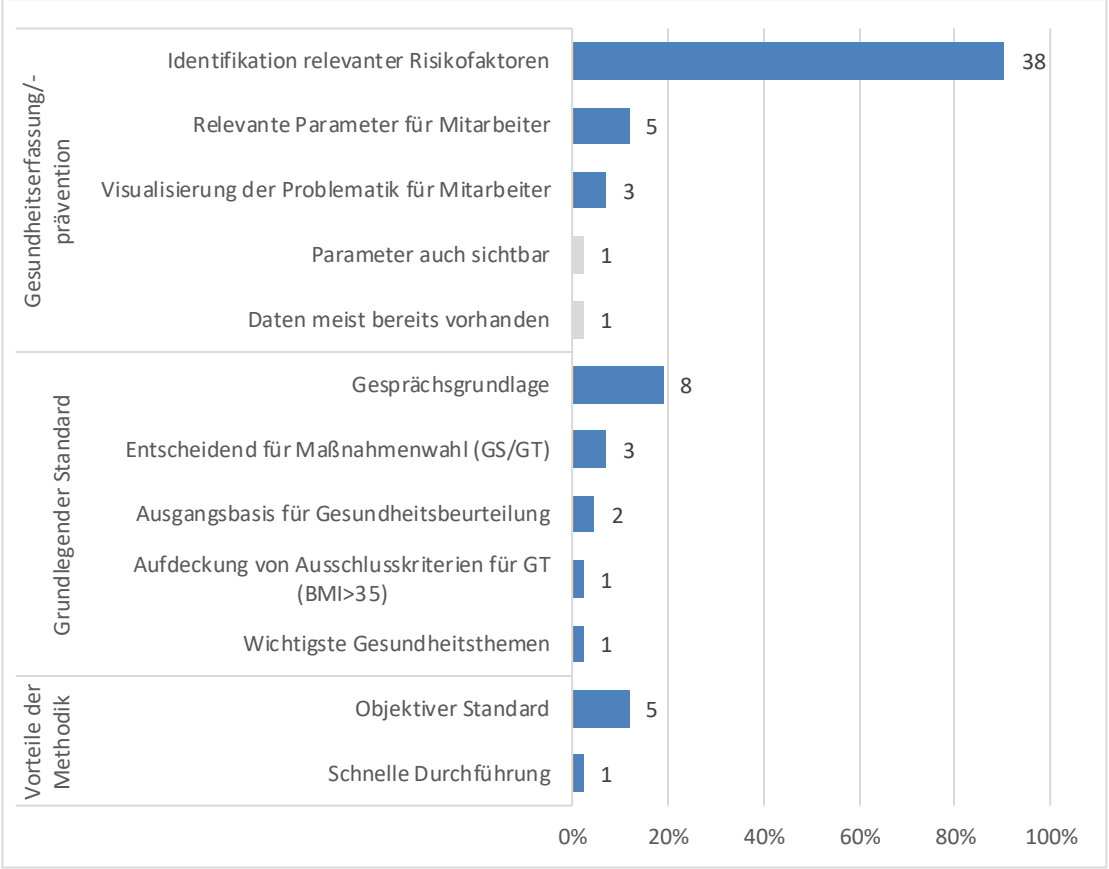


4.3.2.1 Biometrie

Begründung der Wichtigkeit

Die Einschätzungen zur Wichtigkeit der Biometrie wurden häufig mit Argumenten der **Gesundheitserfassung** begründet (vgl. Abb. 15). Speziell die Identifikation relevanter Risikofaktoren (n=38; 90,5%) wurde oft genannt. Weiterhin wurden Gründe genannt, die die Biometrie als **grundlegenden Parameter** beispielsweise als Beratungsgrundlage (n=8; 19,0%) zeigen.

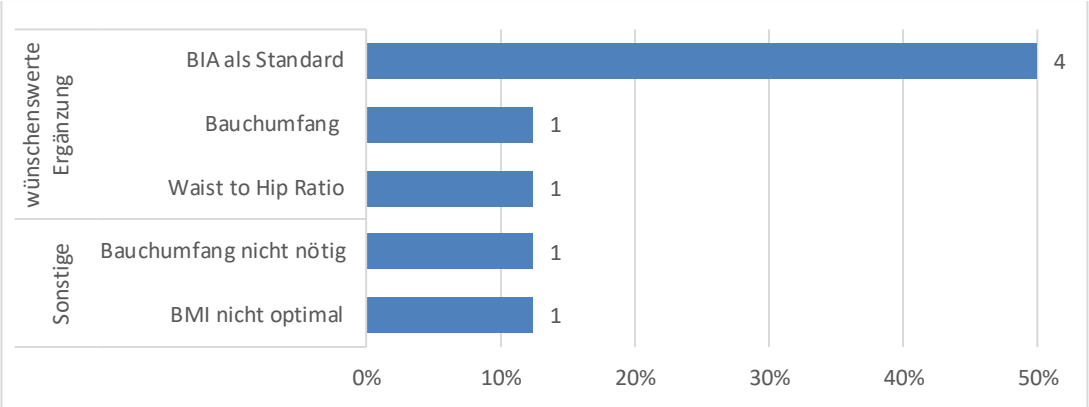
Abb. 15: Gründe für die Wichtigkeit der Biometrie innerhalb des MC (n=42); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften.



Kritik und Optimierungsbedarf

Vier (50,0%) wünschten sich eine Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) als zusätzlichen Standard (vgl. Abb. 16).

Abb. 16: Optimierungsbedarf der Biometrie (n=8).

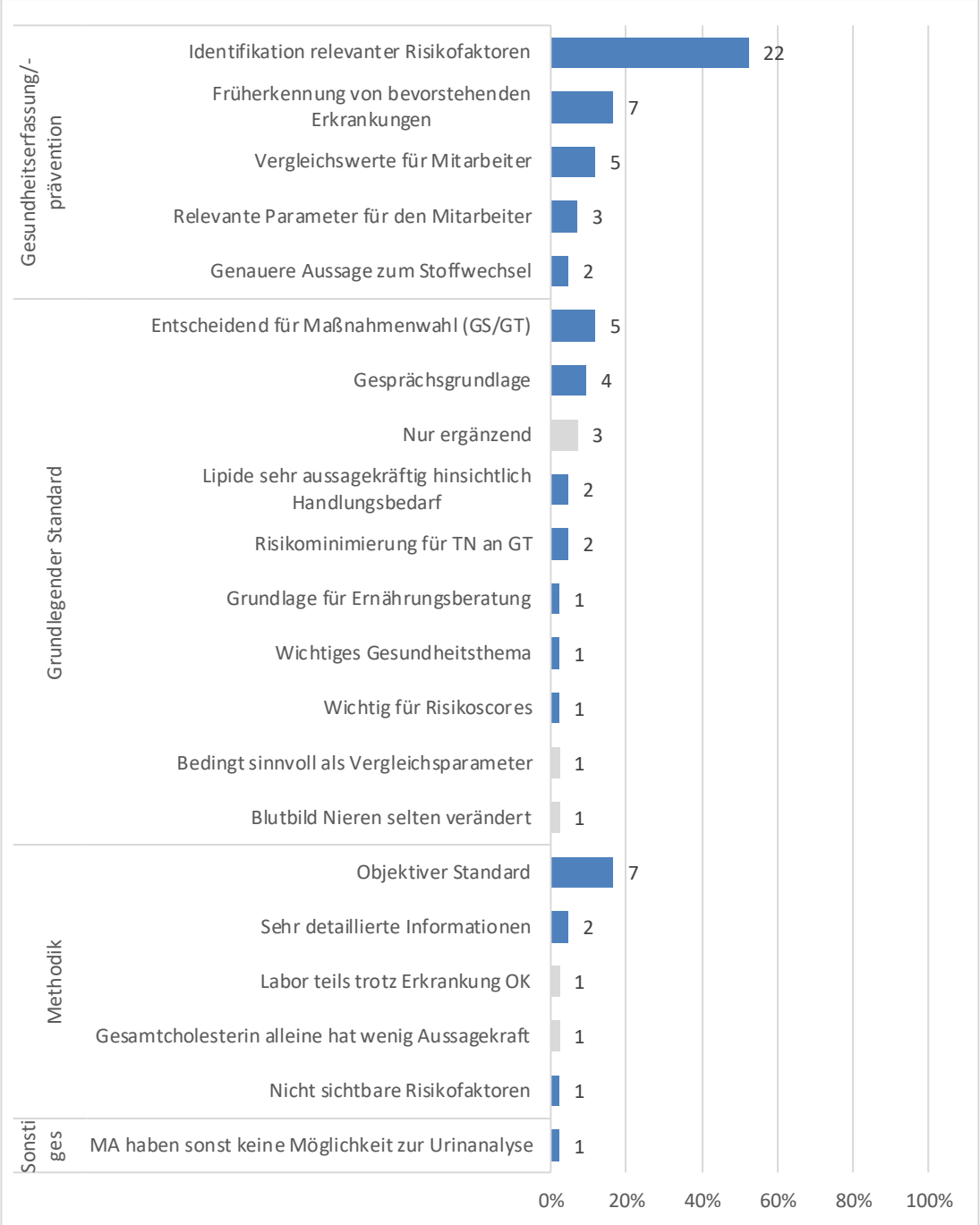


4.3.2.2 Labor

Begründung der Wichtigkeit

Auch hier sind Begründungen zum größten Teil der Kategorie der **Gesundheitserfassung** zuzuordnen (vgl. Abb. 17). Speziell die Identifikation relevanter Risikofaktoren (n=22; 52,4%) und die Früherkennung von Erkrankungen (n=7; 16,7%) wurden häufig genannt. Fünf (11,9%) gaben an, die Parameter seien **grundlegend** für die Maßnahmenentscheidung und sieben (16,7%) schätzten besonders die Objektivität dieses Standards.

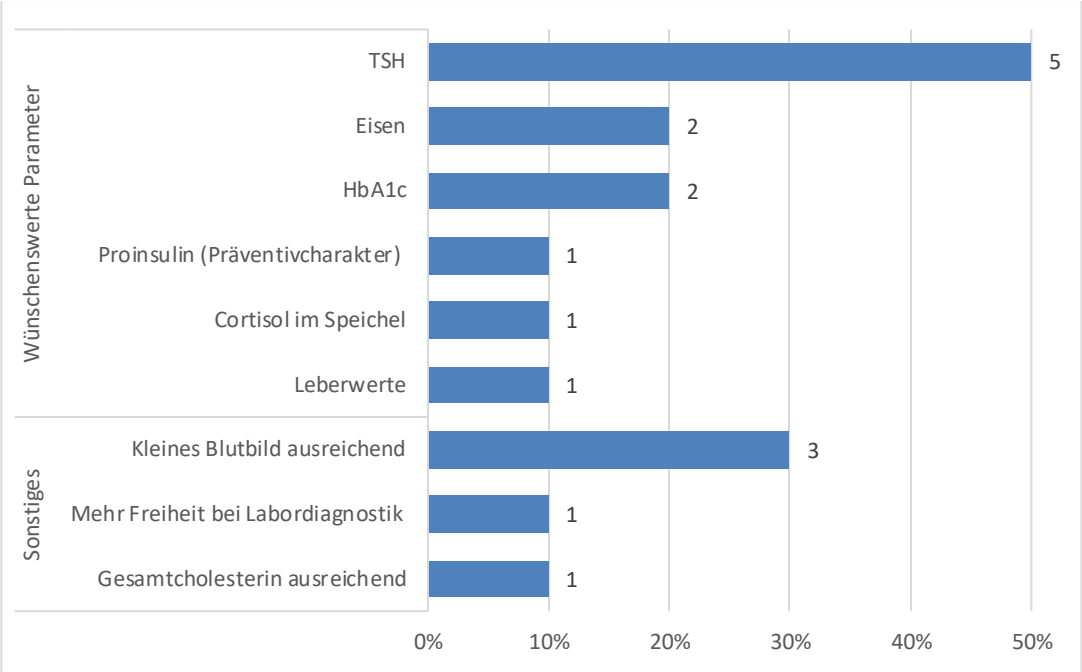
Abb. 17: Gründe für die Wichtigkeit des Labors innerhalb des MC (n=42); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften.



<u>Kritik und Optimierungsbedarf</u>

Die meisten Nennungen bezogen sich insbesondere auf wünschenswerte Parameter (vgl. Abb. 18). Hier wurden das Thyreoidea-stimulierende Hormon (TSH) (n=5; 50,0%), Eisen (n=2; 20,0%) und der HbA1c (n=2; 20,0%) genannt.

Abb. 18: Optimierungsbedarf Labor (n=10).

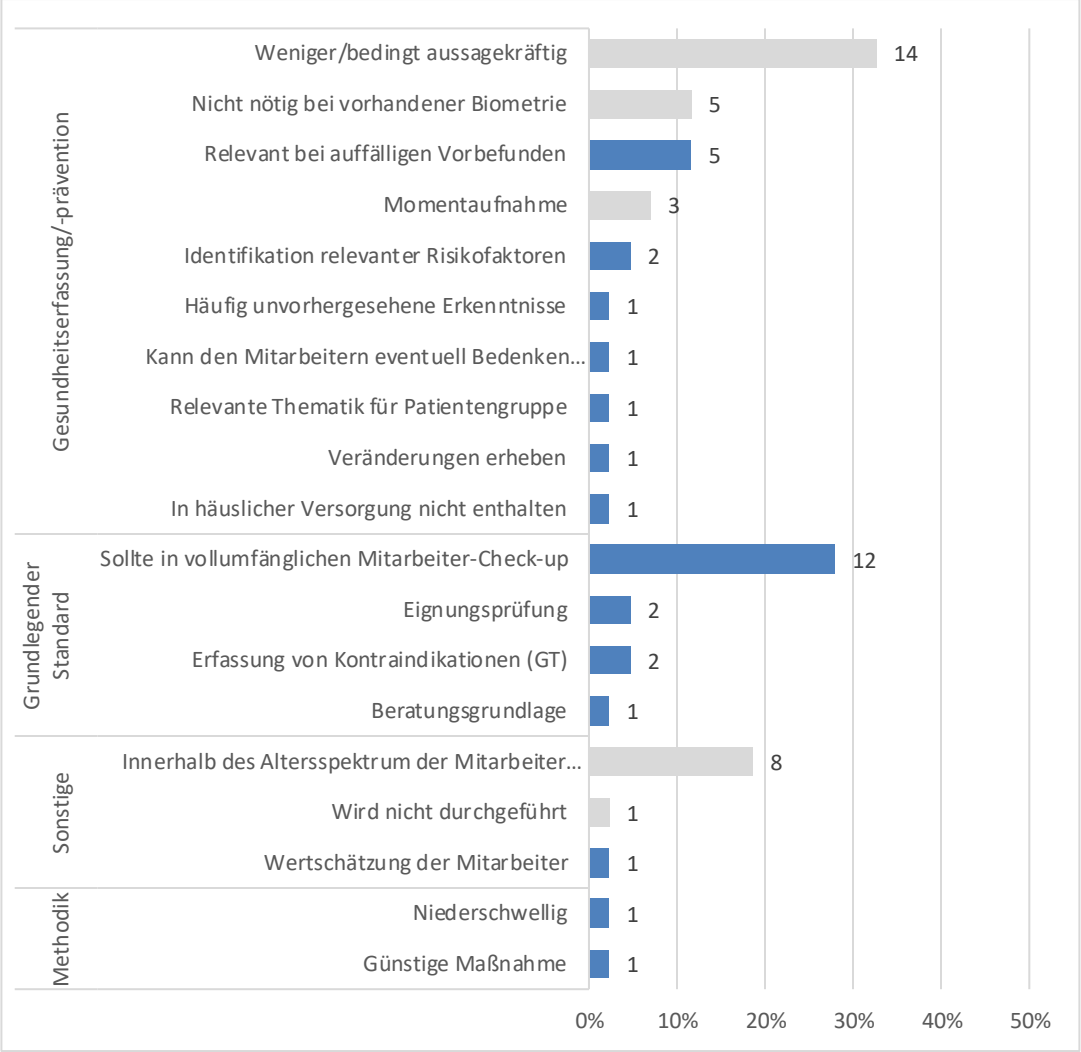


4.3.2.3 Ruhe-EKG

Begründung der Wichtigkeit

Die meisten Begründungen wurden den Kategorien der **Gesundheitserfassung** und **grundlegender Standard** zugeordnet (vgl. Abb. 19). 14 (32,6%) BA gaben an, das Ruhe-EKG sei weniger oder bedingt aussagekräftig. Für zwölf (27,9%) gehöre ein Ruhe-EKG in einen vollumfänglichen Gesundheits-Check-up. Insgesamt acht (18,6%) erhielten nur selten auffällige Befunde. Sie merkten dazu an, aufgrund des Standorts vermehrt jüngere MA zu untersuchen.

Abb. 19: Gründe für die Wichtigkeit des EKG innerhalb des MC (n=43); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften.



Kritik und Optimierungsbedarf

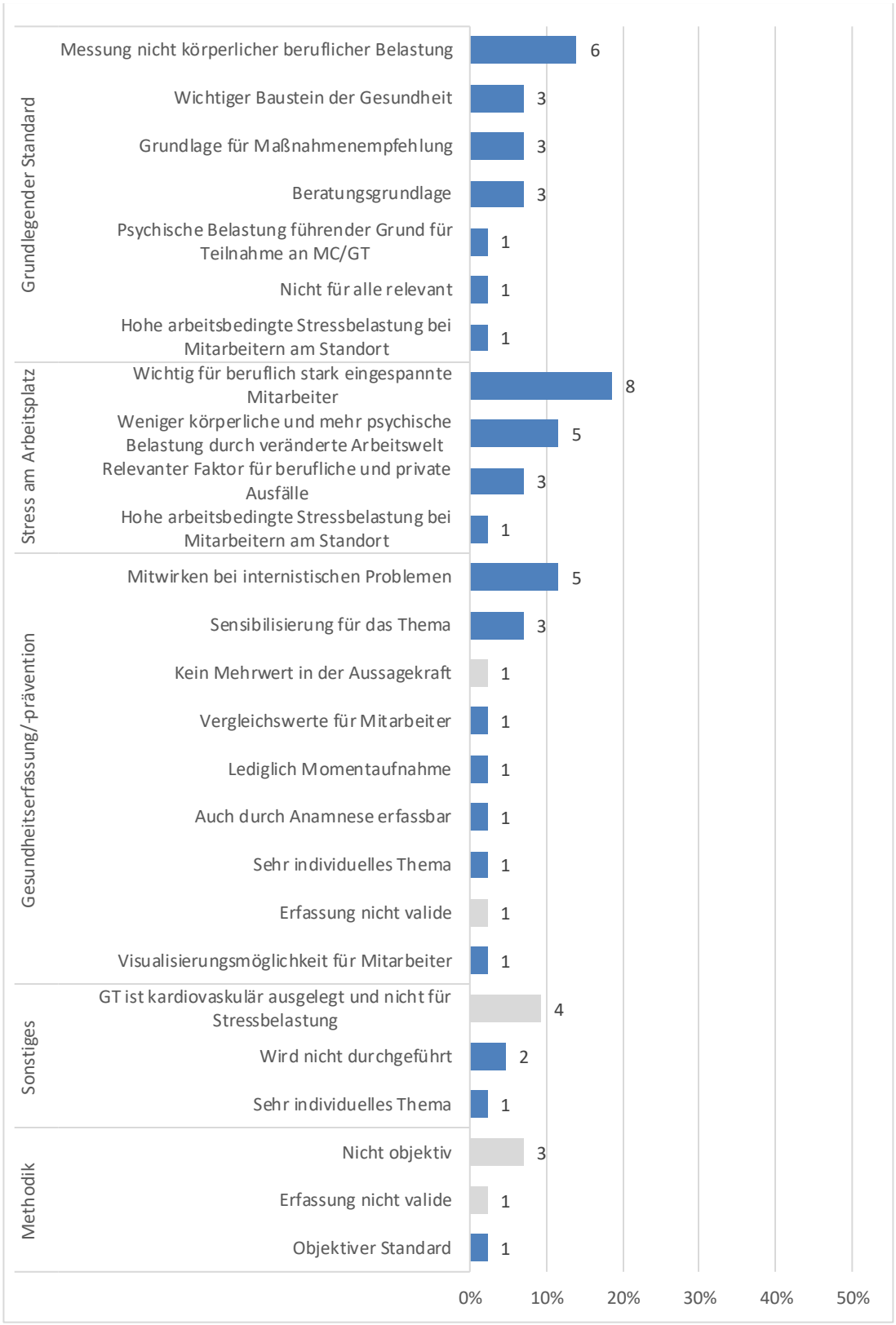
Es wurde kein Optimierungsbedarf geäußert.

4.3.2.4 Stresserhebung

Begründung der Wichtigkeit

Die meisten Begründungen wurden der Kategorie eines **grundlegenden Standards** zugeordnet. Sechs BA (14,0%) äußerten den Mehrwert der Messung nicht-körperlicher Belastungen. Bezogen auf den **Stress am Arbeitsplatz** war eine Diagnostik für beruflich stark eingespannte MA wichtig (n=8; 18,6%). Als Begründung einer geringen Einstufung (grau dargestellt) wurde eine kardiovaskuläre und nicht stressbezogene Auslegung der GT angegeben (vgl. Abb. 20).

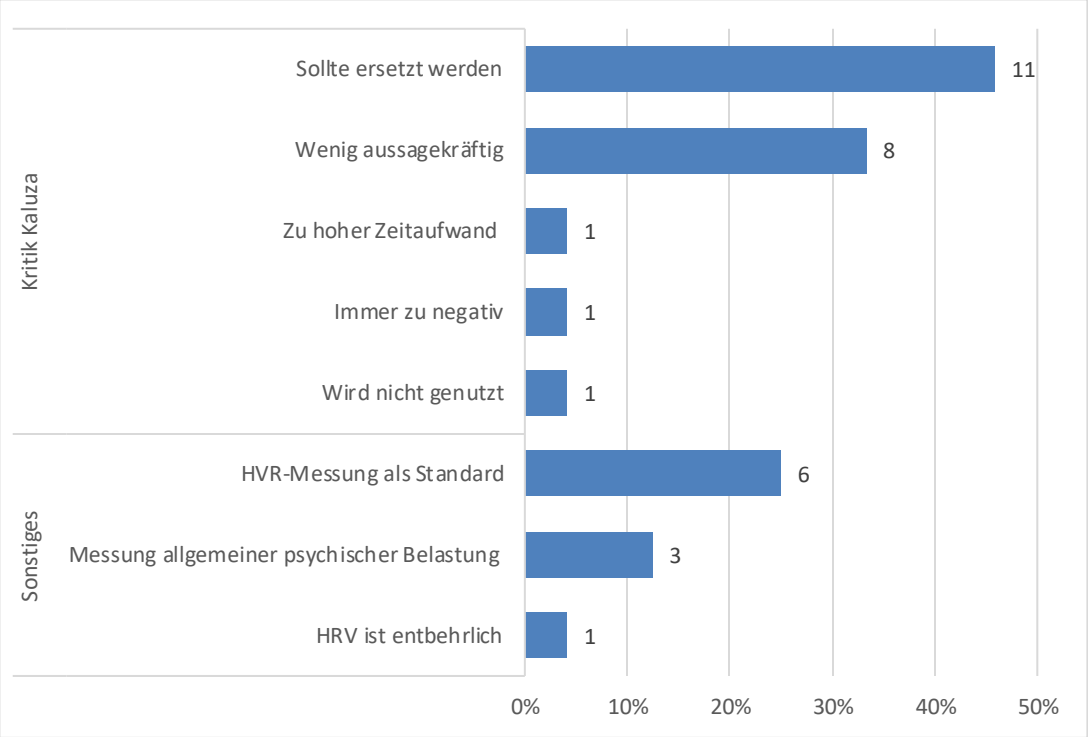
Abb. 20: Gründe für die Wichtigkeit der Stresserfassung innerhalb des MC (n=43); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften.



Kritik und Optimierungsbedarf

Zumeist wurde der aktuell verwendete **Kaluza-Fragebogen** kritisiert. Elf (45,8%) empfahlen, den Kaluza-Fragebogen (z. B. durch eine objektive Messmethode) zu ersetzen. Acht (33,3%) kritisierten die geringe Aussagekraft der Ergebnisse und sechs BA (25,0%) wünschten sich die HRV-Messung als Standardinstrument innerhalb des MC. Sie solle als Ergänzung bzw. kompletten Ersatz für den Kaluza-Fragebogen genutzt werden (vgl. Abb. 21).

Abb. 21: Optimierungsbedarf für die aktuelle Stressdiagnostik (n=24).

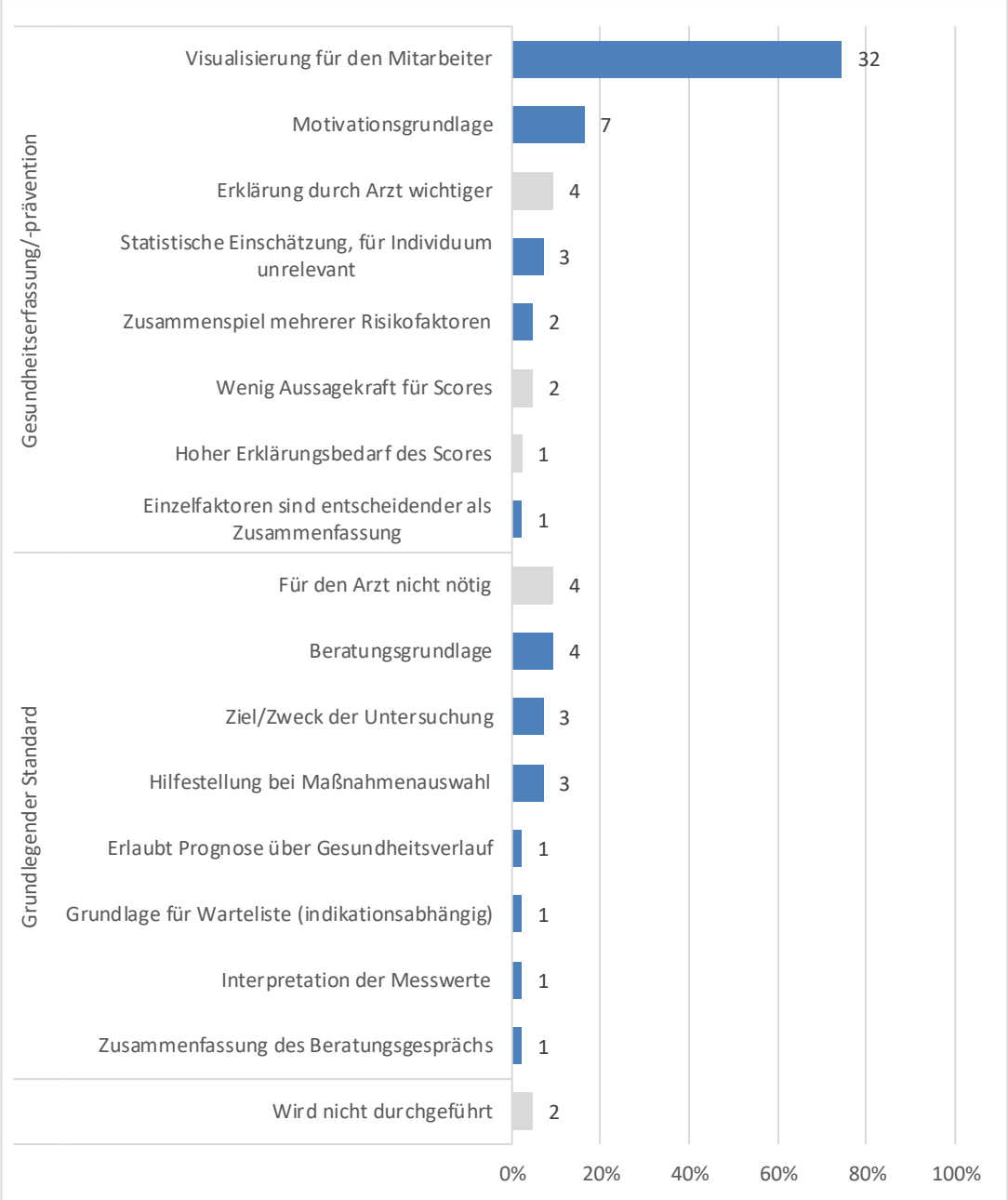


4.3.2.5 Risikoprofil

Begründung der Wichtigkeit

Speziell die Visualisierung der Ergebnisse für den MA (n=32; 74,4%) war ausschlaggebend für die Einschätzung (vgl. Abb. 22). Sieben (16,3%) schätzten die Möglichkeit, den Risiko-Score als Motivationsgrundlage einzusetzen. Vier (9,3%) sahen keinen Mehrwert in der Verwendung des Risikoprofils.

Abb. 22: Gründe für die Wichtigkeit der Erstellung eines Risikoprofils innerhalb des MC (n=43); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften.

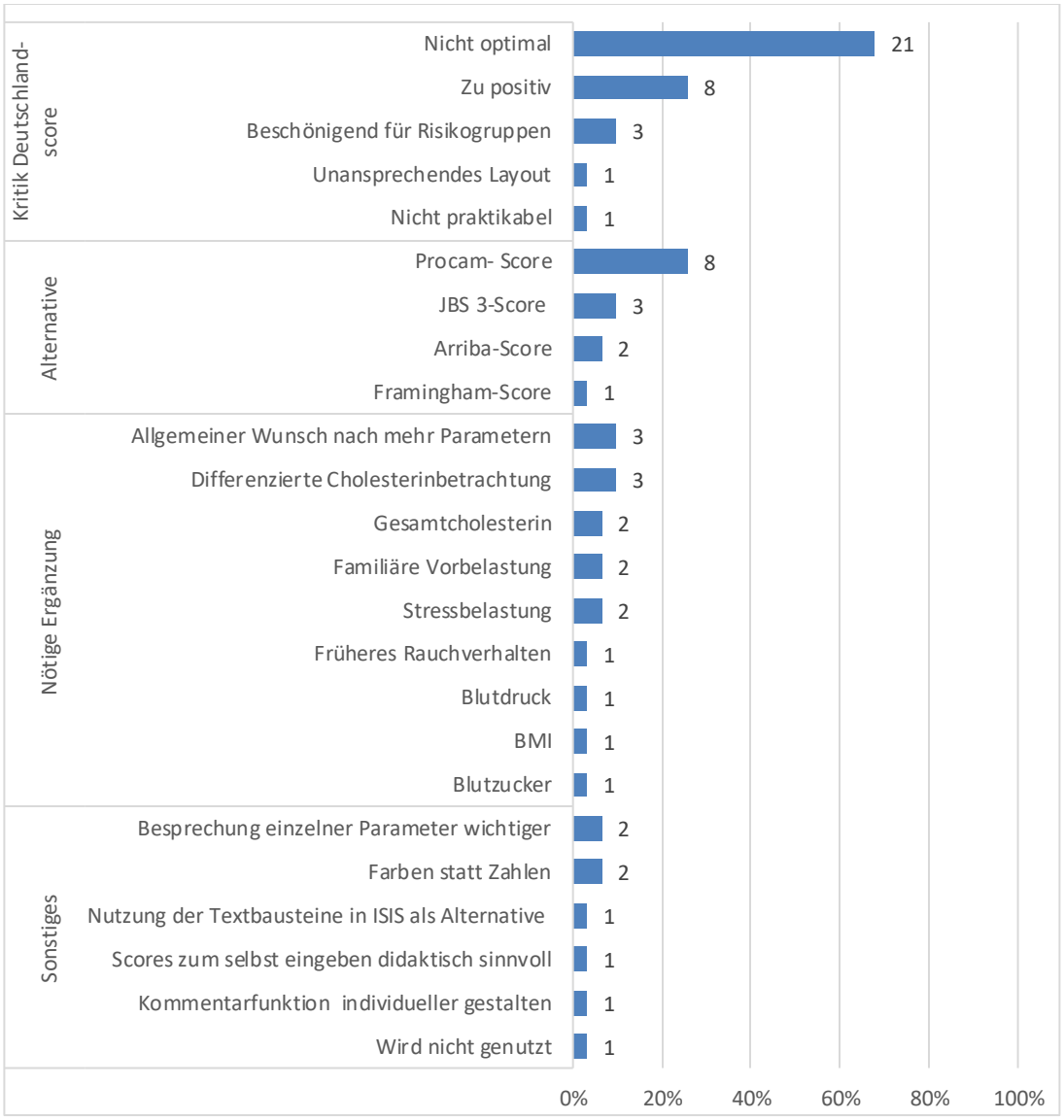


Kritik und Optimierungsbedarf

Der größte Teil empfand den aktuell verwendeten SCORE-Deutschland als nicht optimal (n=21; 67,7%). Er sei zu positiv (n=8; 25,8%) oder beschönigend (n=3; 9,6%) für Risikogruppen.

Dabei wurden vier **Alternativen** genannt. Darunter der PROCAM-Score (n=8; 25,8%), der JBS-Score (n=3; 9,6%), der Arriba-Score (n=2; 6,4%) und mit einer Nennung der Framingham-Score.
Anstelle von alternativen Risikoscores wurden teils **Vorschläge für relevante Parameter** bei einer Risikoeinschätzung genannt (vgl. Abb. 23).

Abb. 23: Optimierungsbedarf für die verwendete Risikoeinschätzung (n=31).

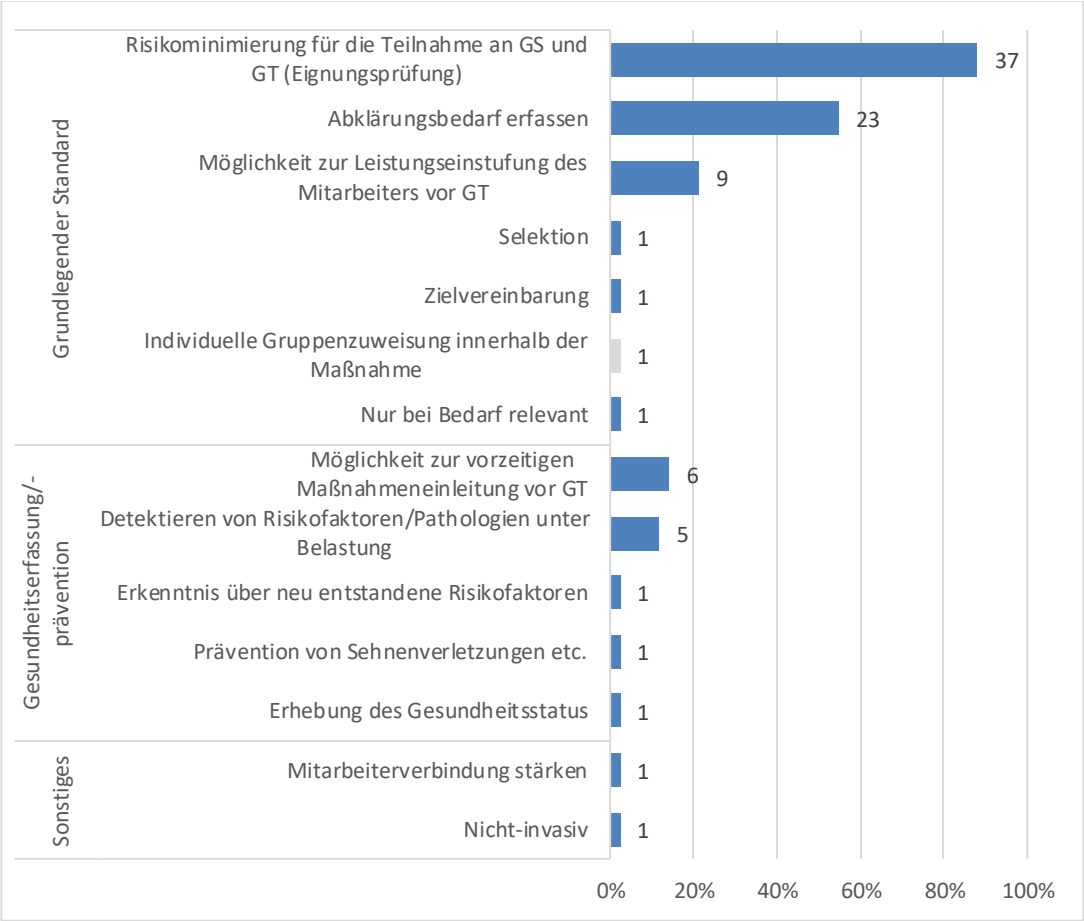


4.3.2.6 Belastungs-EKG

Begründung der Wichtigkeit

Speziell die Risikominimierung für die Teilnahme an GS und GT (n=37; 88,1%) war ausschlaggebend für die Einschätzung (vgl. Abb. 24). Weiterhin war die Erfassung des Abklärungsbedarfs (n=23; 54,8%) mit einer eventuellen Weiterleitung an Fachärzte ein häufig genannter Grund. Sechs (14,3%) BA nutzten die Ergebnisse, um darauf aufbauend geeignete vorbereitende Maßnahmen für den MA zu empfehlen und damit die Teilnahme am GT/GS möglichst gewinnbringend zu gestalten.

Abb. 24: Gründe für die Wichtigkeit der Durchführung des Belastungs-EKG innerhalb des MC (n=43); Hellgraue Balken spiegeln die Aussagen von BA wider, die diesen Standard als neutral oder unwichtig einstuften.



Kritik und Optimierungsbedarf

Drei BA (7,3%) äußerten Optimierungsbedarf hinsichtlich des Zeitraums zwischen der Belastungsuntersuchung und der Maßnahmenteilnahme. Die gewünschten Zeiträume variierten dabei zwischen „einer Woche“, „acht bis zehn Wochen“ und „drei Monaten“.

Erhebung der Motivation

Fast alle erhoben die Motivation zur Lebensstilveränderung innerhalb des Anamnesegesprächs (n=41; 95,3%). Davon hielten zehn (24,4%) ihren Eindruck im Freitext fest. Vier (9,8%) vereinbarten vor einer internen Maßnahmenempfehlung Ziele (z.B. Gewichtsverlust) mit den MA. Vereinzelt wurden Motivationsbögen genutzt oder spezielle Interviews geführt, um die Motivation abzufragen.

4.4 Die Maßnahmenempfehlung vonseiten der BA

4.4.1 Empfohlene Maßnahmen

Die meisten Empfehlungen sind den Bereichen **Bewegung, Rehabilitation, Ernährung** und **Psychosoziales** zuzuordnen.

Besonders die bewegungsbezogenen Angebote wurden häufig empfohlen (vgl. Tab. 4). Der Sport als Eigeninitiative (n=11) wurde im Schnitt 5,5±5,5-mal pro Monat bzw. 0,7±0,3-mal pro MC empfohlen.

Tab. 4: Darstellung der relativen und absoluten Häufigkeit der Maßnahmenvergabe innerhalb eines Monats. Die Häufigkeit steht in Relation zu den durchgeführten MCs pro Monat.

Maßnahme	Anbieter	n	Häufigkeit	MW ± SW	Spanne (min – max)
Eigener Sport	Eigeninitiative	11	**Relativ**	0,7 ± 0,3	0,1 – 1,0
			Absolut	5,5 ± 5,5	1,0 – 20,0
Fitnessstudio	Innerbetrieblich	8	**Relativ**	0,5 ± 0,4	0,1 – 0,9
			Absolut	3,4 ± 3,4	0,2 – 10,0
Bewegungskurse	Extern	6	**Relativ**	0,8 ± 0,3	0,2 – 1,1
			Absolut	5,7 ± 2,9	2,0 – 10,0
Firmensport	Innerbetrieblich	4	**Relativ**	0,5 ± 0,4	0,1 – 1,0
			Absolut	6,8 ± 9,0	1,0 – 20,0
Rehabilitation	DRV/KK	14	**Relativ**	0,3 ± 0,3	0,0 – 0,9
			Absolut	1,6 ± 1,6	0,1 – 5,5
Webreha	DRV/KK	3	**Relativ**	0,2 ± 0,2	0,1 – 0,4
			Absolut	1,3 ± 1,0	0,5 – 2,5
Rehasport	DRV/KK	2	**Relativ**	0,8 ± 0,3	0,5 – 0,9
			Absolut	5,0 ± 4,2	2,0 – 8,0
Rehamaßnahme der SBK	DRV/KK	2	**Relativ**	0,1 ±0,1	0,4 – 0,9
			Absolut	0,4 ± 0,2	0,2 – 0,5
Ernährungsberatung (extern)	Extern	15	**Relativ**	0,4 ± 0,3	0,0 – 1,1
			Absolut	2,1 ± 2,2	0,1 – 8,0
Eigene Ernährungsumstellung	Eigeninitiative	2	**Relativ**	0,8 ± 0,5	0,5 – 1,2
			Absolut	2,5 ± 2,1	1,0 – 4,0

Sozialberatung	Innerbetrieblich	11	**Relativ**	0,4 ± 0,3	0,0 – 0,9
			Absolut	2,9 ± 3,0	0,3 – 10,0
Eigene Entspannungsmaßnahme	Eigeninitiative	2	**Relativ**	0,8 ± 0,5	0,5 – 1,2
			Absolut	2,5 ± 2,1	1,0 – 4,0
Psychotherapie	DRV/KK	1	**Relativ**	0,1	-
			Absolut	1,0	-
Soziale Aktivitäten	Eigeninitiative	1	**Relativ**	0,5	-
			Absolut	10,0	-
Haus- oder fachärztliche Abklärung	DRV/KK	8	**Relativ**	0,3 ± 0,4	0,1 – 1,2
			Absolut	2,6 ± 4,3	0,3 – 13,0
Eigene Maßnahme	Eigeninitiative	3	**Relativ**	1,1 ± 0,2	0,9 – 1,2
			Absolut	1,4 ± 0,8	0,5 – 2,0
Eltern-Kind-Kur		1	**Relativ**	0,1	-
			Absolut	0,5	-
Nutzung von Apps	Eigeninitiative	1	**Relativ**	0,7	-
			Absolut	8,0	-
§20 Präventionskurse	DRV/KK	4	**Relativ**	0,4 ± 0,2	0,1 – 0,7
			Absolut	1,2 ± 0,5	0,8 – 2,0
Präventionsprogramm DRV	DRV/KK	2	**Relativ**	0,7 ± 0,3	0,5 – 0,9
			Absolut	6,0 ± 5,7	2,0 – 10,0
Alternatives Gesundheitstraining	Extern	1	**Relativ**	0,5	-
			Absolut	4,0	-
Alternatives Gesundheitsseminar	Extern	1	**Relativ**	0,2	-
			Absolut	1,0	-
Nichtraucher-Maßnahme	DRV/KK	3	**Relativ**	0,3 ± 0,4	0,1 – 0,7
			Absolut	2,8 ± 4,5	0,2 – 8,0
Suchtberatungsstelle	DRV/KK	1	**Relativ**	0,1	-
			Absolut	1,5	-

4.4.1.1 Unternehmensspezifische Maßnahmen

Es wurden 0,4±0,5 **GS** (relativ) bzw. 2,3±2,6 GS (absolut) pro Monat empfohlen.

Im Durchschnitt wurden 0,2±0,4 **GT11+3** pro MC empfohlen. Absolut waren das 1,0±1,0 Empfehlungen pro Monat.

Im Schnitt wurden 0,5±0,5 **GT21** (relativ) pro MC empfohlen (absolut 3,3±3,3).

Tab. 5: Darstellung der relativen und absoluten Häufigkeit der Maßnahmenvergabe eines Gesundheitsseminars bzw -trainings innerhalb eines Monats.

Maßnahme	n	Häufigkeit	MW ± SW	Spanne (min – max)
GS	38	**Relativ**	0,4 ± 0,5	0 – 2,5
		Absolut	2,3 ± 2,6	0 – 10,0
GT 11+3	38	**Relativ**	0,2 ± 0,4	0,0 – 2,0
		Absolut	1,0 ± 1,0	0,0 – 4,0
GT 21	38	**Relativ**	0,5 ± 0,5	0,0 – 2,5
		Absolut	3,3 ± 3,3	0,0 – 16,0

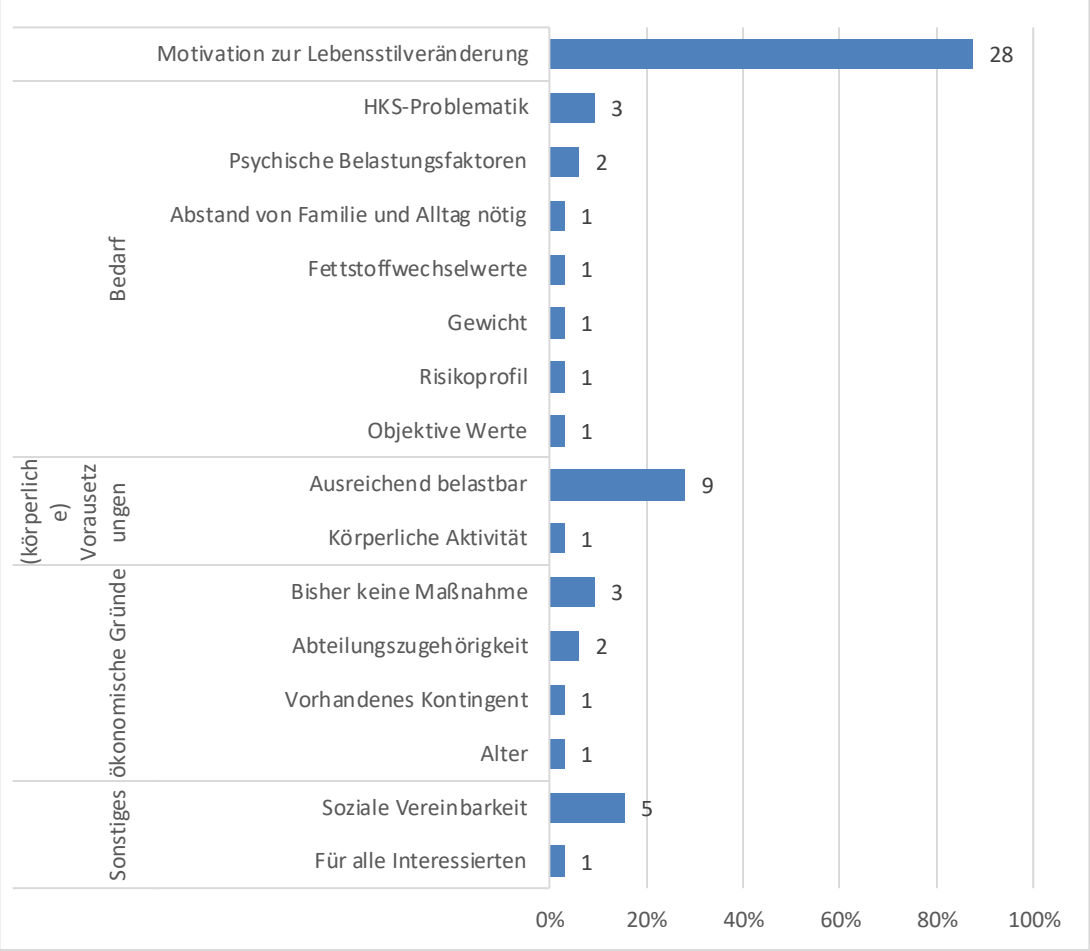
4.4.2 Kriterien zur Maßnahmenwahl

4.4.2.1 Allgemein

32 (74,4%) BA nannten allgemeine, für sie relevante Faktoren für die Maßnahmenentscheidung. Speziell die **Motivation zur Lebensstiländerung** (n=28; 87,5%) war ein wichtiger Faktor (vgl. Abb. 25).

Ein BA gab keine Kriterien für die Maßnahmenentscheidung an. Er empfahl sie – aufgrund der primärpräventiven Ausrichtung der Maßnahmen – allen Interessierten.

Abb. 25: Gründe und Faktoren der BA als Grundlage einer allgemeinen Maßnahmenentscheidung (n=32).

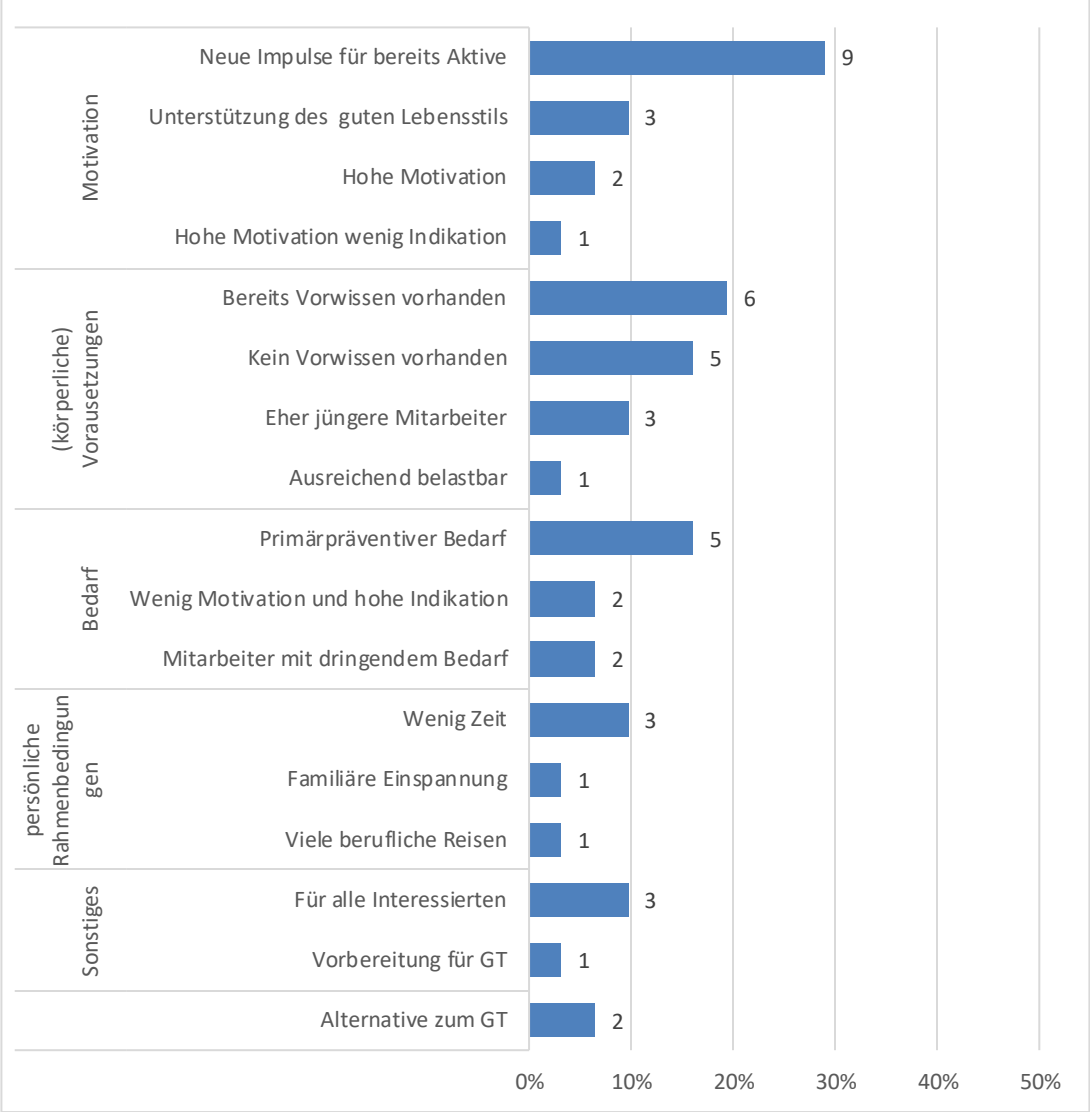


4.4.2.2 Unternehmensspezifische Maßnahmen

<u>Gesundheitsseminar</u>

Für die Empfehlung von GS war die **Motivation**, z. B. durch neue Impulse für bereits Aktive (n=9; 29,0%) oder die Unterstützung eines bereits guten Lebensstils, wichtig (n=3; 9,7%; vgl. Abb. 26). Darüber hinaus wurden **(körperliche) Voraussetzungen** wie ein bereits vorhandenes Vorwissen (n=6; 19,4%) oder gegensätzlich dazu noch kein vorhandenes Vorwissen (n=5; 16,1%) genannt. Zwei BA nutzten das GS aus Mangel an Plätzen als alternative Maßnahme zum GT21.

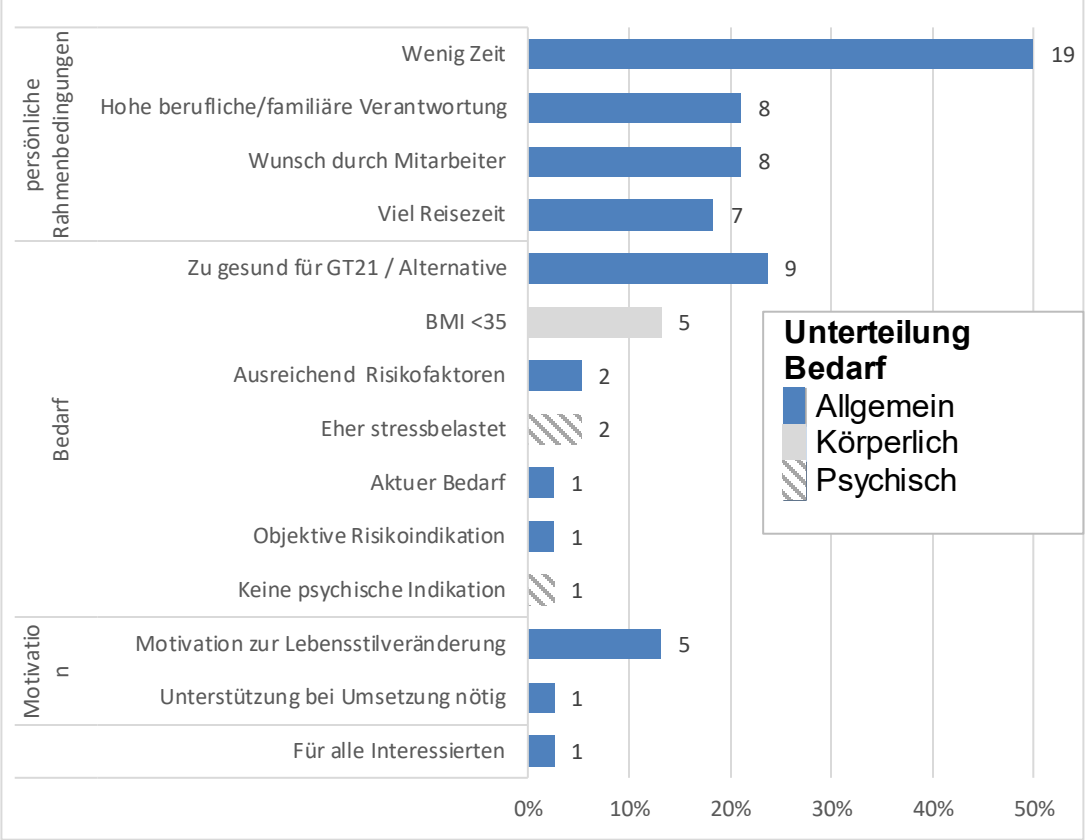
Abb. 26: Gründe und Faktoren der BA als Grundlage einer Maßnahmenentscheidung in Bezug auf das Gesundheitsseminar (n=31).



<u>Gesundheitstraining 11+3</u>

Hier waren insbesondere die **persönlichen Rahmenbedingen** wie wenig Zeit (n=19; 50,0%), eine hohe berufliche bzw. familiäre Verantwortung (n=8; 21,1%) und der direkte Wunsch durch den MA (n=8; 21,1%) ausschlaggebend. Die zahlreichen unterschiedlichen Faktoren des **(präventiven) Bedarfs** werden differenziert nach *allgemeinem, körperlichem* und *psychischem Bedarf* dargestellt (vgl. Abb. 27). Insgesamt gaben neun (23,7%) BA an, das GT11+3 als Alternative zum GT21 für „zu gesunde MA“ zu empfehlen.

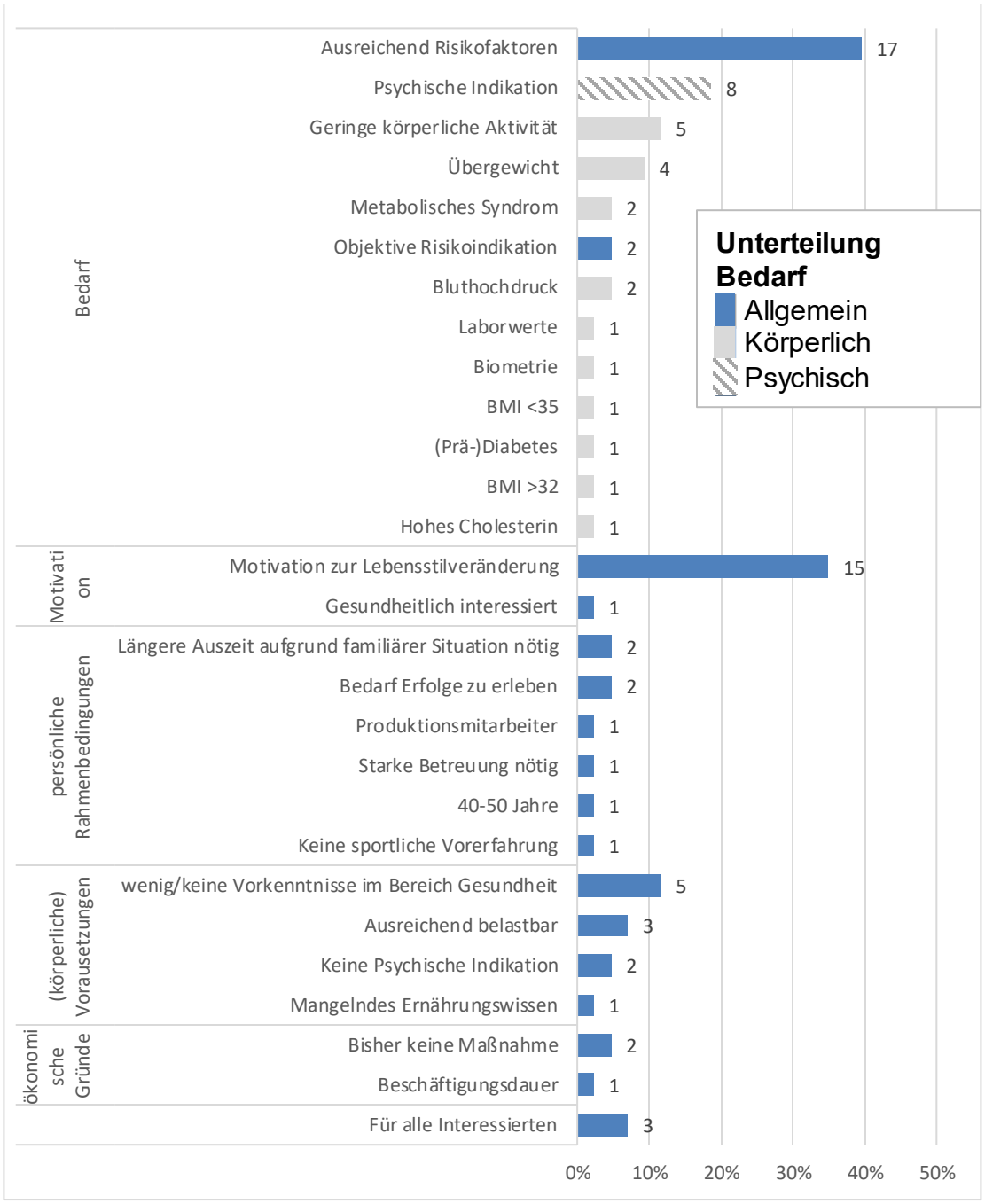
Abb. 27: Gründe und Faktoren der BA als Grundlage einer Maßnahmenentscheidung in Bezug auf das Gesundheitstraining 11+3 (n=38).



Gesundheitstraining 21

Für das GT21 waren vor allem Faktoren des **(präventiven) Bedarfs** ausschlaggebend. Auch hier wird aufgrund der zahlreichen unterschiedlichen Faktoren nach *allgemeinem, körperlichem* und *psychischem Bedarf* differenziert (vgl. Abb. 28). Die häufigste Aussage war das Vorhandensein von ausreichend Risikofaktoren (n=17; 39,5%); eine psychische Indikation wurde von acht (18,6%) BA genannt. Weiter waren eine vorhandene Motivation zur Lebensstiländerung (n=15; 34,9%) und fehlende Vorkenntnisse im Bereich Gesundheit (n=5; 11,6%) wichtige Kriterien.

Abb. 28: Gründe und Faktoren der BA als Grundlage einer Maßnahmenentscheidung in Bezug auf das Gesundheitstraining 21 (n=43).



4.5 Die Betreuung

4.5.1 Die Betreuungskette

Nach einer durchgeführten Maßnahme, kam es in einigen Fällen zu einem Betreuungsabbruch durch die Patienten. Innerhalb der FG wurden speziell vier „Stolpersteine“ der Betreuungskette erarbeitet:

Stolpersteine der Betreuungskette

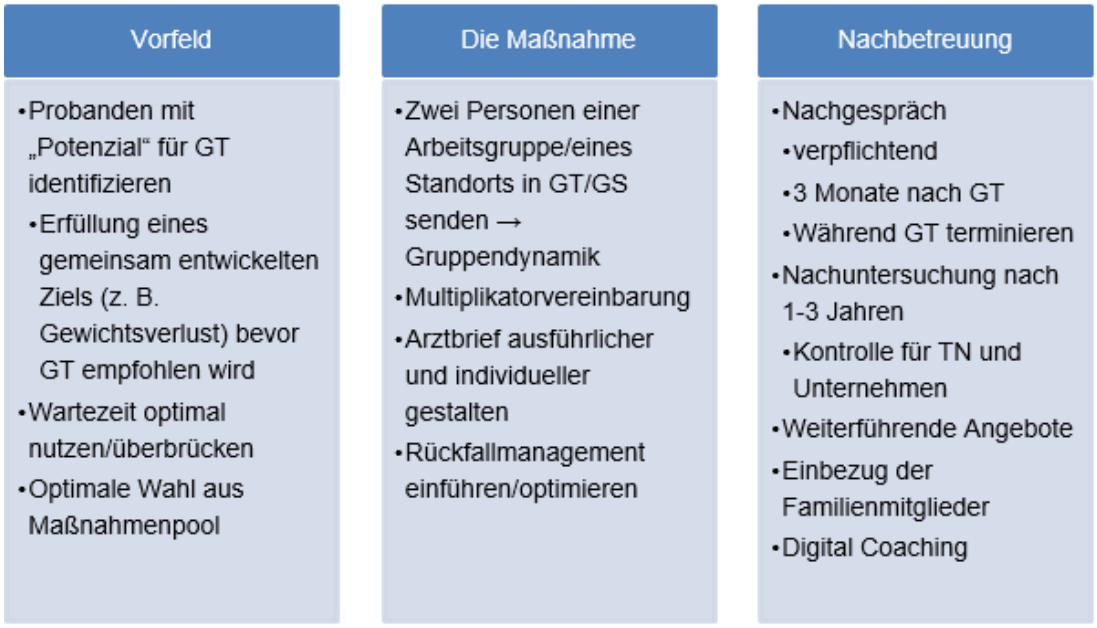
- Unerfüllte Erwartungshaltung hinsichtlich einer Maßnahmenempfehlung
- Übergang zwischen MC und Maßnahmenbeginn
- Übergang zwischen Maßnahmendurchführung und Nachgespräch
    - Wahrnehmung von Folgemaßnahmen

Viele MA würden den MC in der **Erwartung/Hoffnung auf einen (internen) Maßnahmenplatz (GS/GT)** aufsuchen. Dies sei aber aufgrund eines limitierten Kontingents an Plätzen und/oder fehlendem Bedarf nicht immer realisierbar. Die Folge sei eine Belastung für das Arzt-Patienten-Verhältnis, da der BA teils für den unerfüllten Wunsch verantwortlich gemacht würde.
Eine weitere Schlüsselstelle sei der teilweise lange Zeitraum **zwischen MC und Start einer Maßnahme**. Die Dauer bis zum Start könne teils mehrere Monate betragen. In diesem Fall würde die durch den MC gewonnene Motivation zur Lebensstiländerung teils verloren gehen. Eine Nicht-Inanspruchnahme des **Nachgesprächs** oder ein langer Zeitraum zwischen Maßnahme und Nachgespräch reduziere die langfristige Sicherung des Erfolgs.
Damit einhergehend wurde auch die **Wahrnehmung von Folgemaßnahmen** diskutiert. Folgemaßnahmen würden demnach den Transfer in den Alltag und der Erfolgssicherung der Maßnahmen unterstützen.

Optimierungsmöglichkeiten der Betreuungskette

Auf Basis der o. g. Themenfelder wurden folgende Lösungsansätze erarbeitet (vgl. Abb. 29):

Abb. 29: Optimierungsmöglichkeiten der Betreuungskette kategorisiert nach Maßnahmen im Vorfeld in Bezug auf die Zeit während der Maßnahme und zur Nachbetreuung (n=42; FG).



Im **Vorfeld** könne die Identifikation geeigneter Teilnehmer für die internen Maßnahmen optimiert werden. Beispielhaft wurde die Erfüllung eines vereinbarten Ziels vor einer Maßnahmenempfehlung diskutiert. Ein BA berichtete von intensiven Interviews aller interessierten MA, um die *bestmögliche Auswahl* zu treffen.
Die Wartezeit zwischen MC und Maßnahme sei eine weitere Chance, MA möglichst optimal vorzubereiten, um den Nutzen der Maßnahme zu steigern. Zusätzlich wurde über die optimale Maßnahmenwahl für die jeweiligen Bedürfnisse eines MA diskutiert. Für ein optimales „Outcome“ müsse die Maßnahme bestmöglich auf die individuellen Bedürfnissen des MA passen.

Auch bezogen auf die **Maßnahmen** selbst gäbe es Optimierungspotenzial. So kam der Vorschlag jeweils mindestens zwei Personen einer Arbeitsgruppe oder eines Standorts gleichzeitig in eine Maßnahme zu entsenden. So könne eine gegenseitige Unterstützung im Nachgang erfolgen. Zudem könnten Multiplikator-Vereinbarungen getroffen werden, in denen MA zustimmen, ihr erworbenes Wissen und ihre Erfahrungen an Arbeitskollegen weiterzugeben.

Das Nachgespräch würde von detaillierteren Arztbriefen durch den Kurarzt profitieren. Bezogen auf die Inhalte innerhalb der Maßnahmen wurde vorgeschlagen, das Rückfallmanagement zu optimieren.

Für die **Anschlussbetreuung** war die Einführung eines verpflichtenden/obligatorischen Nachgesprächs ein Wunsch. Als optimaler Zeitpunkt wurden hier drei Monate nach der Maßnahme angeraten (vgl. auch Kap. 4.5.3). Vorteilhaft wäre dabei eine Terminvereinbarung bereits während des GT. Darüber hinaus könne eine Folgeuntersuchung nach ein bis drei Jahren einen Mehrwert für das Qualitätsmanagement und den Teilnehmer selbst schaffen.
Die forcierte Eingliederung in weiterführende Angebote und die Integration von Familienmitgliedern in Folgemaßnahmen wurde als wertvoll für die Fortführung der Lebensstiländerung gesehen.
Das „Digital Coaching" könnte als hilfreiches Tool für die Unterstützung der Nachbetreuung genutzt werden. Dies sei speziell für MA mit wenig Zeit bzw. hohem Reiseaufkommen ein geeigneter Weg, um die Betreuung möglichst aufrecht zu erhalten oder das Nachgespräch durchzuführen.

4.5.2 Zielgruppe – vulnerable Gruppen

Als vulnerable Gruppen wurden Personengruppen bezeichnet, die aufgrund ihrer persönlichen oder beruflichen Belastung als besonders risikobehaftet (im Sinne der Maßnahmeneignung) gesehen wurden. Die in den FG genannten **Berufsgruppen** wurden meist aufgrund hoher physischer und psychischer Belastungen genannt (vgl. Abb. 30).
MA im Schichtdienst seien aufgrund des unregelmäßigen Schlafverhaltens und der schwierigen Erreichbarkeit als vulnerabel einzustufen. Letzteres treffe auch auf Vertriebler und Service-MA zu. MA mit langen Auslandsaufenthalten seien durch lange Trennungszeiten von Familien und teils eingeschränkten Freizeitmöglichkeiten belastet.

Führungskräfte wurden aufgrund hoher Arbeitsbelastungen und Drucksituationen genannt. Sie hätten darüber hinaus eine Vorbildfunktion und seien daher relevant für das BGF. Auszubildende wiesen trotz eines jungen Alters bereits häufig Risikofaktoren auf. Zudem seien sie aufgrund einer fehlenden (früher notwendigen) Eingangsuntersuchung für BA schwieriger zu erreichen. Die „Blue-Collar-MA" hätten zwar ei-

nen hohen Präventionsbedarf, würden aber auch aufgrund der IT-lastigen Informationswege der Angebote seltener erreicht.
Auf die weiteren aufgeführten Gruppen konnte innerhalb der FG aus zeitlichen Gründen nicht näher eingegangen werden.

Abb. 30: Besonders vulnerable MA-Gruppen unterteilt in vier Kategorien (n=42; FG).

Berufsgruppen	Soziale Faktoren	Alter- und Geschlecht	Anamnese
•MA mit Schichtdienst •MA mit langen Auslands-aufenthalten •Führungskräfte •Service-MA •Vertriebler •Auszubildende •Blue Collar MA	•Alleinstehende (Männer) •MA mit Kindern mit Behinderung •Migrations-hintergrund •Bildungs- und Sprachniveaus	•MA des dritten Geschlechts •Frauen •Ältere MA	•Chronisch Kranke •MA mit Behinderung •Suchtkranke

4.5.2.1 Potenzielle Zugangswege

Individuelle, digitale Zugangswege könnten zum Beispiel Mailing, eine telemedizinische Betreuung oder die Einführung eines Gesundheitspasses darstellen. Dieser digitale Pass könnte ähnlich zu einem Laufzettel funktionieren. Darin werden Ergebnisse unterschiedlicher Gesundheitsaktionen oder des MC aufgeführt. So wäre (auch für den MA) eine Betrachtung der gesundheitsbezogenen Parameter im Längsschnitt möglich. Die Einführung eines Gesundheitspasses oder Gesundheitsprojekten wäre auch nicht-digital/analog möglich.

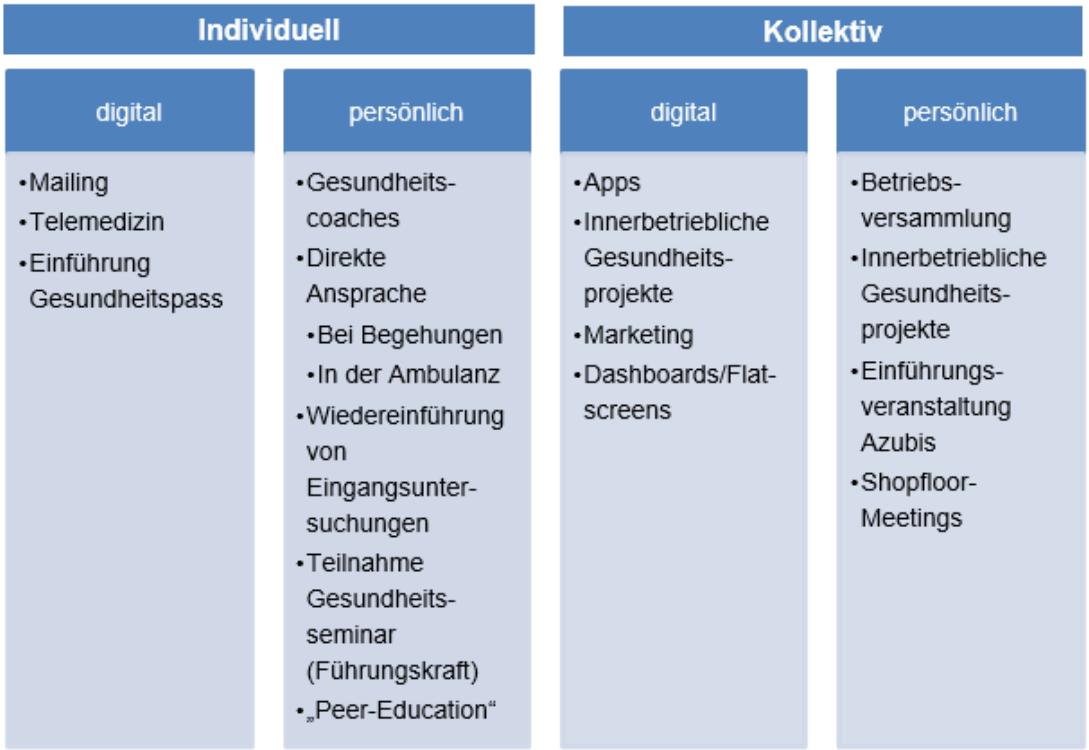
Unter **individuellen, persönlichen** Wegen wurden die direkte Ansprache der MA bei Begehungen oder in der Ambulanz sowie die Kontaktaufnahme über Gesundheitscoaches oder Peer-Education sortiert. Die Teilnahme von Führungskräften an GS war aufgrund ihrer a) Vorbildfunktion und b) Zuständigkeit für Genehmigungen von Maßnahmen relevant. Die Führungskräfte sollten dadurch stärker für das Thema BGF sensibilisiert werden. Ein weiterer Vorschlag war die Wiedereinführung von Eingangsuntersuchungen. MA mit Bedarf könnten direkt identifiziert und in die Betreuungskette eingegliedert werden.

Die Einführung von (Gesundheits-)Apps oder (zusätzlichen) Gesundheitsprojekten/-aktionen stellten **kollektive und digitale** Möglichkeiten dar, mehr MA zu erreichen. Auch ein verstärktes Marketing und die Nutzung von Dashboards/Flatscreens könnten die Reichweite und Bekanntheit der internen und externen Gesundheitsmaßnahmen und dem MC vergrößern.

Zu den **kollektiven, persönlichen Zugangswegen** zählten die Bewerbung auf Betriebsversammlungen, Einführungsveranstaltungen für Auszubildende und Shopfloor-Meetings.

Die in Abb. 31 zusammengefassten Ergebnisse zeigen sowohl zukünftige Ideen als auch bereits genutzte Möglichkeiten.

Abb. 31: Potenzielle Zugangswege (n=42; FG).

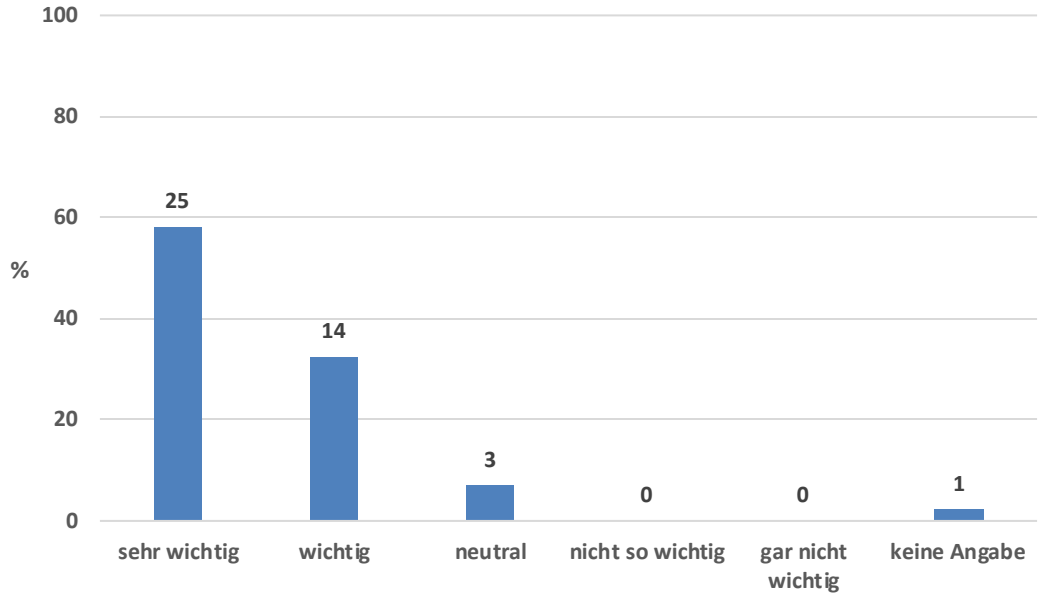


4.5.3 Das Nachgespräch

Bewertung des Nachgesprächs

Die Durchführung des Nachgesprächs war für über 90% (n=39) sehr wichtig oder wichtig. Drei (7,0%) bewerteten das Nachgespräch neutral und einer hatte bisher noch kein Nachgespräch durchgeführt (vgl. Abb. 32).

Abb. 32: Wichtigkeit des Nachgesprächs im Anschluss an eine Maßnahme (n=43).



Durchführung des Nachgesprächs

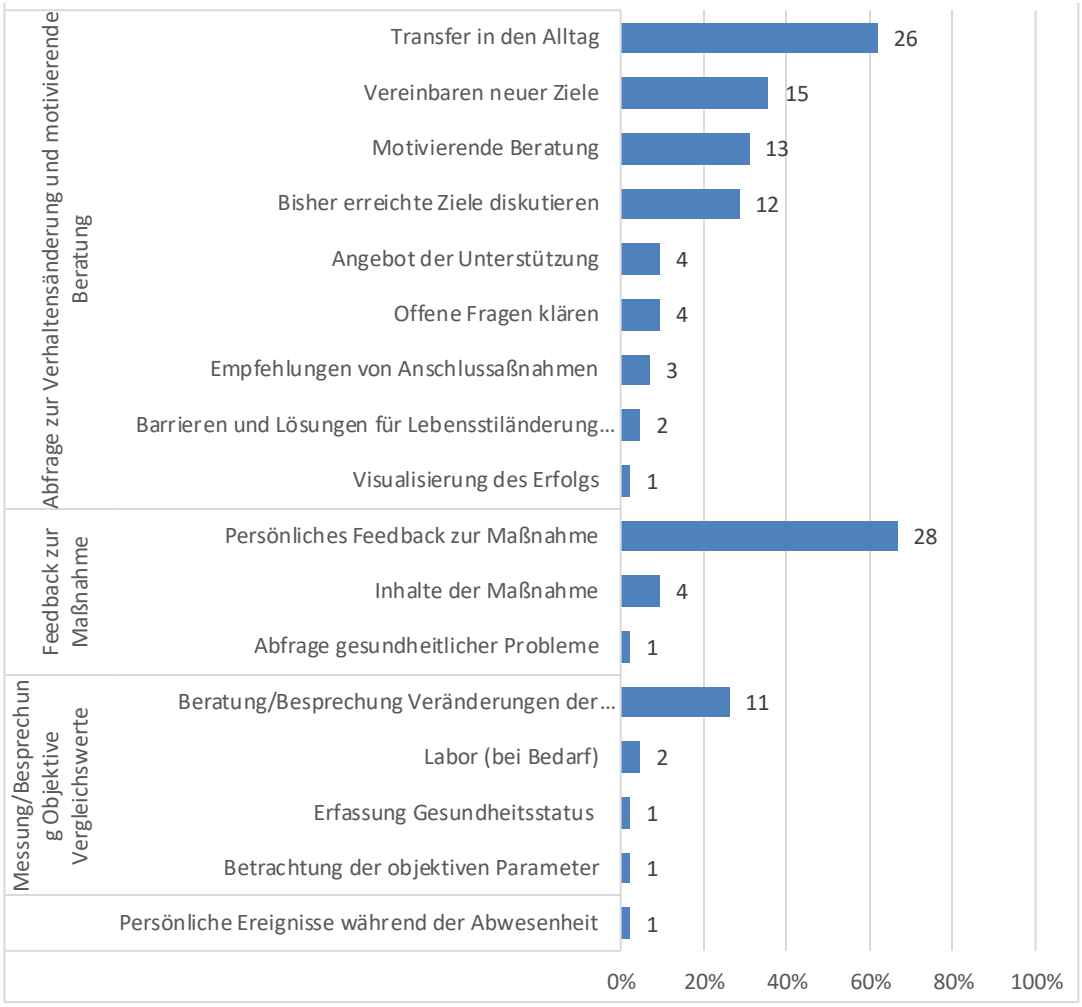
Das Nachgespräch wurde von 40 (93,0%) BA angeboten.
Die Terminvereinbarung fand häufig (n=30; 69,8%) nach der Rückkehr der MA durch die Dienststelle statt. Bei elf (25,6%) BA sollten die MA sich selbstständig nach der Rückkehr für einen Termin melden. Einer vereinbarte schon während des MC den Termin.

Das Nachgespräch fand i.d.R. 9,9±8,0 Wochen (n=38) nach der Maßnahme statt (min. 2 und max. 36 Wochen).
Die geschätzte Teilnahmequote lag bei 64,0±34,1% (n=37).

Inhalte des Nachgesprächs

Meist wurden der Transfer in den Alltag (n=26; 60,5%), neue Zielsetzungen (n=15; 34,8%) oder die bisher erreichten Ziele (n=12; 27,9%) behandelt (vgl. Abb. 33).
Zwei Drittel der BA holten das persönliche Feedback (n=28; 65,1%) von den MA zu der Maßnahme ein. Dies sei eine gute Möglichkeit, die eigene Maßnahmenentscheidung zu reflektieren.

Abb. 33: Inhalte der Nachgespräche (n=42).



4.6 Zusätzliche Aspekte

4.6.1 Zusätzlicher (Handlungs-)Bedarf für BGF-Maßnahmen

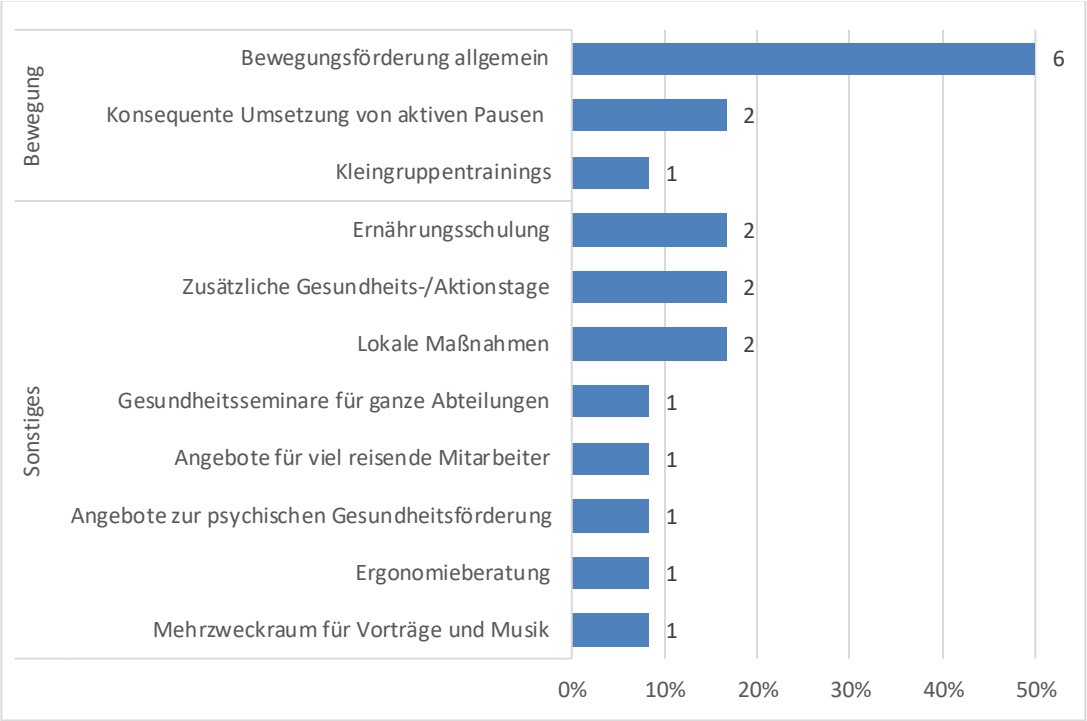
<u>Kollektivmaßnahmen</u>

Etwa die Hälfte (n=20; 46,5%) der BA äußerte zusätzlichen Bedarf für Kollektivmaßnahmen, davon gaben zwölf (60,0%) konkrete Verbesserungsvorschläge. Demgegenüber bestand für 21 (48,8%) kein zusätzlicher Bedarf und zwei machten keine Angabe dazu.

Maßnahmen zur **Bewegungsförderung** wurden am häufigsten genannt (vgl. Abb. 34).

Darüber hinaus wurde der Bedarf nach Ernährungsschulungen, zusätzlichen Gesundheitstagen und der Förderung von lokalen Maßnahmen (je n=2; 16,7%) geäußert.

Abb. 34: Wünsche zur Erweiterung des Angebots kollektiver Maßnahmen (n=12).

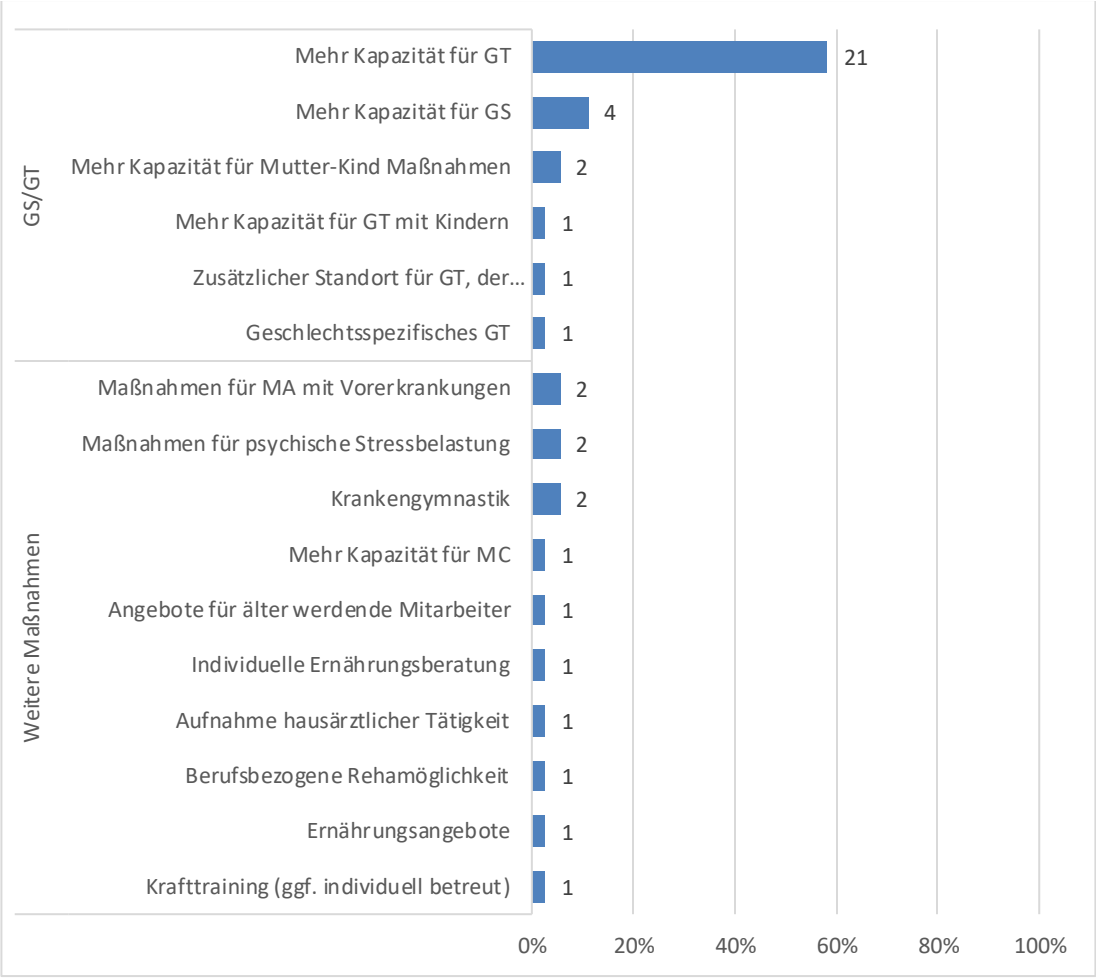


<u>Individualmaßnahmen</u>

Hier äußerten 37 (86,0%) BA zusätzlichen Bedarf; fast alle (n=36; 97,3%) nannten konkrete Verbesserungsvorschläge.

Als häufigster Wunsch wurde eine Kapazitätserhöhung für die internen Maßnahmen genannt (GT: n=21; 58,3% und GS: n=4; 11,1%). Weitere Wünsche von je zwei BA waren die Schaffung von Maßnahmen für MA mit Vorerkrankungen oder psychischen Belastungen (vgl. Abb. 35).

Abb. 35: Wünsche zur Erweiterung des Angebots individueller Maßnahmen (n=37).



4.6.2 Förderliche und hemmende Faktoren für den Erfolg der BGF

Von den **Mitarbeitern** abhängige Faktoren waren die Kultur, ihre Sprachkenntnisse, der Bildungsstand und ihre Motivation (vgl. Abb. 36).

Führungskräfte könnten den Erfolg der betriebsärztlichen Lotsenfunktion durch ein kultursensibles Handeln, einen angemessenen Umgang mit dem Budget, der eigenen Teilnahme an GS und GT und der Verankerung von Health-Management (HM) -Zielen im PMP-Prozess positiv beeinflussen. Sie könnten auch dazu beitragen, den teilweise noch bestehenden Incentive-Gedanken der internen Maßnahmen zu reduzieren.

Das **Unternehmen** könne durch kultursensibles Handeln, die Vermittlung einer beruflichen Sicherheit und die Bereitstellung von ausreichenden Kapazitäten und

Budget den Erfolg der BGF fördern. Ein „Branding“ für den MC könne zudem helfen, wiederkehrende Missverständnisse in der Kommunikation zu reduzieren.

Weiterhin wurde über die Rolle des **Betriebsarztes** diskutiert. Die neue Rolle als Lotse könne sowohl positiv als auch negativ auf das Arzt-Patienten-Verhältnis wirken. Teilweise werde der BA von den MA als „Türsteher“ (vgl. Kap. 4.2.1) und willkürlichem Alleinentscheider über die Maßnahmenvergabe gesehen.
Darüber hinaus sei die Kenntnis und das Wissen über Angebote und Maßnahmen in der Region eine Voraussetzung für eine optimale Maßnahmenempfehlung. Im Idealfall sollten alle BA die internen Maßnahmen persönlich kennenlernen können.

Abb. 36: Förderliche und hemmende Faktoren für den Erfolg von BGF (n=42; FG).

Mitarbeiter	Führungskräfte	Unternehmen	Betriebsarzt
•Kultur •Sprache •Bildung •Motivation	•Kultursensibles Handeln •Angemessener Umgang mit Budget •Kommunikation •Teilnahme an GS/GT •Nutzen der Vorbildfunktion •Verankerung von HM-Zielen in PMP-Prozess •GT als Incentive	•Kultursensibles Handeln •Ausreichend Kapazitäten/ Budget •Branding MC •Berufliche Unsicherheit	•Schwächung Arzt-Patienten-verhältnis durch Lotsenrolle •Teilnahme an GS/GT •Kennen und Anwenden des Maßnahmen-portfolios

5 Diskussion

5.1 Methodendiskussion und Limitation

Die vorliegende Untersuchung analysierte das aktuelle Vorgehen der BA im Rahmen des MC und innerhalb ihrer Lotsenfunktion in einem international tätigen Technologiekonzern.

5.1.1 Probandenkollektiv/Integration der Standorte

Insgesamt wurden 43 der insgesamt 48 BA in die Untersuchung integriert. 42 BA nahmen an den Fokusgruppen teil. Die Rekrutierung fand durch das Unternehmen selbst statt. Insgesamt zeigte sich eine hohe Teilnahmebereitschaft. Die fünf nicht befragten BA konnten zum größten Teil aus privaten Gründen nicht teilnehmen.

Die Zusammenstellung des Kollektivs war für das untersuchte Unternehmen zwar repräsentativ, da alle deutschen Standorte eingebunden wurden. Die Standorte unterschieden sich teils sehr stark hinsichtlich der MA Aufgaben und dementsprechend auch der jeweiligen Arbeitsbelastungen. Es wurden sowohl reine Produktions- als auch Verwaltungsstandorte integriert. Die Ergebnisse wurden dahingehend nicht differenziert betrachtet. Möglicherweise könnten insbesondere die Kriterien zur Maßnahmenwahl durch vorhandene MA Belastungen (Sitzende Tätigkeit, überwiegend gehende/stehende Tätigkeit oder intensive körperliche Aktivität) beeinflusst worden sein.

5.1.2 Telefoninterviews

Die Interviews wurden telefonisch und leitfadengestützt durchgeführt. Das Gespräch wurde aufgezeichnet und anschließend protokolliert (Mayring, 2010, 2016; Vogel & Funck, 2017). Leitfadengestützte Telefoninterviews und FG zählen zu den Standardinstrumenten der qualitativen Sozialforschung (Bryman & Bell, 2015). Sie sind zwar mit einem hohen Zeitaufwand, der Gefahr von Interviewer-Einflüssen und der Schwierigkeit der Datenauswertung verbunden (Mayring, 2010), vorteilhaft sind dagegen die tiefgehenden und qualitativ hochwertigen Informationen und die hohe Aussagewilligkeit der Befragten.

Durch den Einsatz eines geschulten Interviewers und die Offenheit gegenüber den Teilnehmern über den Verlauf und die Inhalte des Interviews wurde der Gesprächsfluss positiv beeinflusst. Trotz des Einsatzes einer Fremdevaluation sollte hinsichtlich des *gemeinsamen Erfahrungshintergrunds* möglichst auf einer Ebene gesprochen

werden. Der Interviewer hatte eine gesundheitswissenschaftliche Ausbildung und wies einen großen Erfahrungsschatz im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung auf. Somit hatten die BA nicht das Gefühl, zu weit ausholen zu müssen, um Sachverhalte verständlich zu erläutern, gleichzeitig konnten durch den Interviewer gezielte Nachfragen gestellt werden, wenn etwas nicht explizit genug erklärt wurde.

Im Rahmen von Untersuchungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung werden häufig qualitative Methoden wie Interviews empfohlen und durchgeführt (Reisig et al., 2006; Walter, 2019). Walter (2019) führte beispielsweise eine Intervention für MA mit gesundheitsbedingten Arbeitseinschränkungen (MgA) zur beruflichen Teilhabe durch. Ziele waren die niederschwellige Stärkung des Zugehörigkeitsgefühls, die Identifikation mit dem Unternehmen und die Motivation für ein gesundheitsbewusstes Verhalten. Dafür wurden 24 nicht betroffene MA zu sogenannten „*Sherpas*" mit einer Gesundheitslotsenfunktion[12] ausgebildet. Die Sherpas standen den MgA im Interventionszeitraum als Ansprech- und Beratungsperson für Gesundheits-, Präventions- und Unterstützungsangeboten zur Verfügung. Nach sechs Monaten wurden die Sherpas durch halbstrukturierte Interviews zu der Implementierungsstrategie der neuen Maßnahme per Interview befragt. Dabei standen – ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit – Prozessabläufe, beteiligte Personengruppen und Barrieren im Fokus. Die Ergebnisse wurden kategorisiert und in Form von Feedback bzw. Verbesserungsvorschlägen an das Unternehmen kommuniziert (ebd.).

In der vorliegenden Untersuchung wurde das Interview als erstes Instrument gewählt, da insbesondere die Sichtweise der BA zur Lotsenfunktion und Informationen zur aktuellen Durchführung des MC im Fokus der Untersuchung standen.
Vorab wurde per E-Mail-Kontakt ein Termin für das Interview vereinbart. Für das Gespräch wurden ca. 90 Minuten eingeplant. Fast alle Interviews wurden in der geplanten Zeit durchgeführt. Durch die vorab festgelegte Dauer des Gesprächs und die Verankerung innerhalb des Terminkalenders der BA konnte ein weitestgehend störungsfreies Interview durchgeführt werden. Nur ein Gespräch musste wegen eines Notfalls unterbrochen werden und wurde am Folgetag fortgesetzt. Die BA hatten eine offene

[12] Die Definition von Gesundheitslotsen weicht in der Arbeit von Walter (2019) von der in dieser Arbeit genutzten Definition ab.

Haltung gegenüber der Befragung und ließen sich Schritt für Schritt durch das Interview führen (Helfferich, 2014). Weiterhin erschien kein Profilierungseffekt durch eine übermäßige Auskunftsfreude bzw. einem unnötigen Ausdruck der vorhandenen Kompetenzen.

Eine mögliche Limitation ist der Interviewer-Effekt. Darunter werden allgemein systematische Unterschiede zwischen Befragten verstanden, die von wahrgenommenen Eigenschaften oder dem Verhalten des Interviewers ausgehen (Groves, 2005). Der Effekt ist telefonisch geringer als bei persönlichen Interviews und wurde durch die Schulung der durchführenden Person minimiert (Glantz & Michael, 2014).

5.1.2.1 Leitfaden

Der genutzte Leitfaden (s. Anlage 3) erwies sich als geeignete methodische Grundlage. Die vorgegebene Struktur ermöglichte es die Vielzahl an Fragen und Themenbereichen effizient mit den Teilnehmern zu besprechen. Die teilweise offen gestellten Fragen boten ausreichend Raum für einen natürlichen Erzählfluss und schafften eine wertschätzende und angenehme Atmosphäre (Helfferich, 2014). Der Einsatz eines Interview-Leitfadens ließ aufgrund der Strukturiertheit zu, das Interview zu steuern und die konkreten Fragestellungen effizient zu behandeln.

Als Interviewpartner für einen Testlauf wurden kürzlich ausgeschiedene BA befragt. Es fanden fünf Testläufe statt in denen die Beantwortbarkeit und Fokussierung der Fragen geprüft wurde (Helfferich, 2014). Gleichzeitig fanden Anpassungen des Leitfadens zur besseren Verständlichkeit und effizienteren Durchführung statt. Die größten Veränderungen betrafen die Reihenfolge der Fragen und an einigen Stellen eine Vorgabe an Antwortmöglichkeiten, um die Protokollierung nach den Interviews zu erleichtern.

Im Anschluss an das Interview konnten weitere Anregungen oder Anmerkungen, die als relevant empfunden wurden, angegeben werden. Dieser Abschluss ermöglichte einen angenehmen Gesprächsabschluss und bot den BA für sie relevante Themen, die über das Forschungsinteresse hinausgingen, anzusprechen und in anonymer Form an die Projektverantwortlichen weiterzugeben (Helfferich, 2014). Darüber hinaus erwies sich dieser Abschnitt als förderlich, da vereinzelt bereits abgeschlossene Themenbereiche wieder aufgegriffen und ergänzt wurden bzw. aus einer anderen Perspektive beleuchtet wurden.

5.1.2.2 Protokollierung

In der Literatur wird für die Dokumentation von qualitativen Interviews zu wissenschaftlichen Zwecken häufig eine Sprachaufzeichnung mit anschließender Transkription empfohlen (Kuckartz et al., 2008; Mayring, 2016). Gründe dafür sind die Genauigkeit und die Nachvollziehbarkeit der Arbeit. Vogel und Funck (2017) weisen allerdings auf unterschiedliche Vorteile der Protokollierung gegenüber der Transkription hin. Sie gehen dabei unter anderem auf den Zeit- und Finanzaufwand, die Qualität des Interviews und der Dokumentation ein.

Hinsichtlich des Ressourcenaufwandes kann davon ausgegangen werden, dass eine Protokollierung weniger aufwendig ist als eine Transkription. Je nach Art der Transkription kann ein zeitlicher Aufwand von ca. 4-8 Stunden pro Interview-Stunde veranschlagt werden. Nach Loubere (2017) benötigt das Protokoll im Verhältnis nur ca. 20% der Zeit.

Bezogen auf die Datenqualität wird davon ausgegangen, dass bei einem Transkript mehr verbale Informationen festgehalten werden und daher weniger Interpretation während der Dokumentation stattfindet (Davidson, 2009). Die semantische Ebene des Interviews hatte für die Beantwortung der Fragestellung allerdings keine Relevanz. Im Gegenteil kann die direkte Protokollierung in inhaltliche Schwerpunkte eher als Vorteil gewertet werden, da während der Protokollierung bereits ein inhaltsanalytischer Schritt stattgefunden hat (Vogel & Funck, 2017). Da zwischen der Durchführung der Interviews und der geplanten Durchführung der Fokusgruppen etwa vier Wochen lagen, wurde die zeit- und ressourcenschonende Protokollierung der Interviews gewählt. So konnten alle Ergebnisse der Interviews als Basis für die Fokusgruppengespräche dienen.

Unabhängig davon könnte die Datenqualität durch das Bewusstsein der Teilnehmer über eine Aufzeichnung des Gesprächs beeinflusst worden sein (Gläser & Laudel, 2010). Es bestünde das Risiko über eine Zurückhaltung von Informationen, da eine gewisse Befangenheit entstehen könnte. Da die Teilnehmer zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit hatten ihre Teilnahme an der Untersuchung komplett abzusagen bzw. auch das Protokoll anschließend begutachten und freigeben konnten, wird diesbezüglich von keinem Einfluss auf die Ergebnisse ausgegangen.

5.1.2.3 Kategorienbildung

Die Bildung von Kategorien erfolgte induktiv und in den meisten Fällen auf zwei Hierarchieebenen. Die induktive Herangehensweise erwies sich als vorteilhaft, da die Antwortmöglichkeiten im Vorfeld nicht abgeleitet werden konnten (Mayring, 2010). Es wurden neue thematische Standpunkte identifiziert und passende Kodierungen geschaffen. Um die unterschiedlichen und facettenreichen Kategorien übersichtlicher darstellen zu können, wurde häufig eine zweite Hierarchieebene gebildet. So wurden thematisch ähnliche Kategorien zusammengefasst (ebd.). Nachteilig für die Bildung von Kategorien ist die Möglichkeit der fehlerhaften Zuordnung und des Verlorengehens von Informationen. Durch den Einsatz von zwei Kodierern sollte Wahrscheinlichkeit dafür reduziert werden. Bei einer Uneinigkeit wurde eine dritte Person hinzugezogen. Das Schaffen von zusammengehörenden Themenkomplexen und Kategorien ermöglichte eine übersichtliche Darstellung und gewichtete Betrachtung der Ergebnisse.

Teils konnten innerhalb der Interviews nicht alle Fragestellungen tiefgehend beleuchtet werden. Die Durchführung von Fokusgruppen mit allen teilnehmenden BA im Rahmen eines Jahrestreffens kurz nach den Interviews sollte die Möglichkeit geben einzelne Themenbereiche intensiver diskutieren zu können.

5.1.3 Fokusgruppen

Bis auf einen BA konnten alle vorigen Interviewpartner eingebunden werden. Die teilnehmenden BA hatten innerhalb der Fokusgruppeninterviews die Möglichkeit über erste Ergebnisse der Interviews zu diskutieren und gemeinsam Ideen zur Weiterentwicklung der Lotsenfunktion und des MC zu entwickeln. Nach einer ersten Sichtung der Interviewergebnisse wurden vier Themenbereiche gewählt, die in den FG intensiver beleuchtet und diskutiert werden sollten.

Die Gruppendynamik in den FG konnte genutzt werden um weitere Ideen für die gewählten Themenbereiche zu entwickeln und unnötige Barrieren und Störfaktoren für die untersuchten Prozesse aufzuzeigen. Vogl (2014) empfiehlt eine Gruppengröße von sechs bis maximal zwölf Personen, abhängig vom Forschungsstand und der angestrebten Analyse. Die Rahmenbedingungen des Treffens, die Gruppenzusammensetzung und die Methode des Ideenkarussells erlaubte eine höhere Teilnehmerzahl. Es wurden drei FG mit je 13, 14 und 15 BA durchgeführt. Die FG fanden im Rahmen

eines Jahrestreffens aller BA statt. Neben den geplanten FG fanden weitere Workshops und andere Veranstaltungen für die BA statt, sodass die zeitlichen Ressourcen begrenzt waren. Ein möglicher Nachteil von FG ist die eingeschränkte Meinungsäußerung einzelner Teilnehmer (Lamnek, 2005). Aufgrund der gleichen beruflichen Position und Expertise der BA entstand eine positive und förderliche Atmosphäre für individuelle Meinungsäußerungen. Die räumliche Gegebenheit eines großen Besprechungssaals bot ausreichend Platz. Zudem konnte von einer gewissen Bekanntheit der BA untereinander ausgegangen werden, da es sich um den zweiten Tag der Veranstaltung handelte und vergleichbare Treffen in einem jährlichen Rhythmus stattfanden.

5.1.3.1 Themenfindung

Der **erste Themenbereich** galt der Diskussion über *vulnerable Gruppen, angemessene Zugangswege und förderliche und hemmende Faktoren für die Annahme gesundheitsförderlicher Maßnahmen*. Innerhalb der Interviews konnte eine Vielzahl an unterschiedlichen Zielgruppen und MA Belastungen herausgestellt werden. Die Ergebnisse waren jedoch nicht aussagekräftig. Dabei müssen insbesondere die entsprechenden Leitfragen kritisch betrachtet werden. Hier wurde bzgl. der Teilnahme am MC lediglich nach der prozentualen Verteilung von White- und Blue Collar MA gefragt und ob diese Verteilung mit der des gesamten Versorgungsgebietes übereinstimmte. Weitere relevante Faktoren wie die tatsächliche Arbeitsbelastung und -situation, soziale oder kulturelle Faktoren sowie der Bildungsstand wurden nicht abgefragt. Es wurde vermutet, dass eine < offene Fragestellung innerhalb der Interviews hohen zeitlichen Aufwand mit nur geringem oder keinem Mehrwert für die Fragestellung darstellen würde. Daher war die fokussierte Abfrage innerhalb der FG rückblickend die richtige Wahl, da ein direkter Austausch und gemeinsame Ideenentwicklung für passende Zugangswege möglich war.

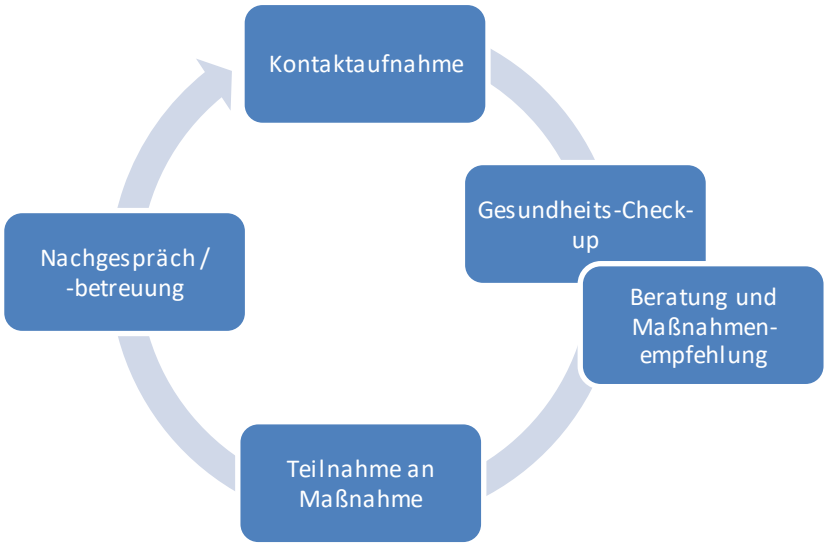
Der **zweite Themenkomplex** widmete sich den nötigen bzw. *wünschenswerten Kompetenzen von Gesundheitslotsen* und die *Möglichkeiten zur entsprechenden Qualifizierung*.

In den Interviews wurde nach den als wichtig empfundenen Funktionen für die Lotsenfunktion gefragt. Darauf aufbauend wurde nach vorhandenen und noch fehlenden Qualifikationen für die Ausführung gefragt. Während die vorhandenen Qualifikationen vollständig beantwortet wurden, teilten nur wenige BA fehlende/wünschenswerte

Qualifikationen mit. Ein Grund ist wahrscheinlich die Art der Fragestellung. Die Eingangsfrage lautete: „Fühlen Sie sich ausreichend informiert/qualifiziert, um genau diese Lotsenfunktion auszufüllen?“ und sollte mit *Ja* oder *Nein* beantwortet werden. Nur bei einer Beantwortung mit *Nein* wurde die Frage nach noch fehlenden Qualifikationen gestellt. Einige BA hatten dennoch Bedarf über zusätzliche Qualifikationen zu sprechen und äußerten Ideen, die die Qualität der Lotsenfunktion weiter steigern könnte. Da sich dieses Bild erst nach einigen durchgeführten Interviews abzeichnete, sollten alle BA in den FG die Möglichkeit erhalten dieses wichtige Themenfeld gemeinsam zu diskutieren. Dabei konnten viele gewinnbringende Informationen zu nötigen Kompetenzen und Möglichkeiten zum Kompetenzerwerb herausgestellt werden.

Das **dritte Thema** diente der Patientenbindung. „*Wo „bricht“ die Betreuungskette?*“ Die Betreuungskette war innerhalb des MC grundsätzlich als Zyklus gedacht, der sich immer wiederholt (vgl. Abb. 37). Das Ziel war ein regelmäßiger Kontakt zwischen MA und BA.

Abb. 37: Prozesszyklus der Lotsenfunktion.



Im Rahmen der Interviews wurde durch einige BA geäußert, dass die Betreuung häufig durch die Patienten direkt nach einer Maßnahmenteilnahme oder dem anschließenden Nachgespräch abgebrochen wurde. Diese Beobachtung wurde speziell für vulnerable Gruppen geäußert und erschien daher als wesentlich für die Prozessopti-

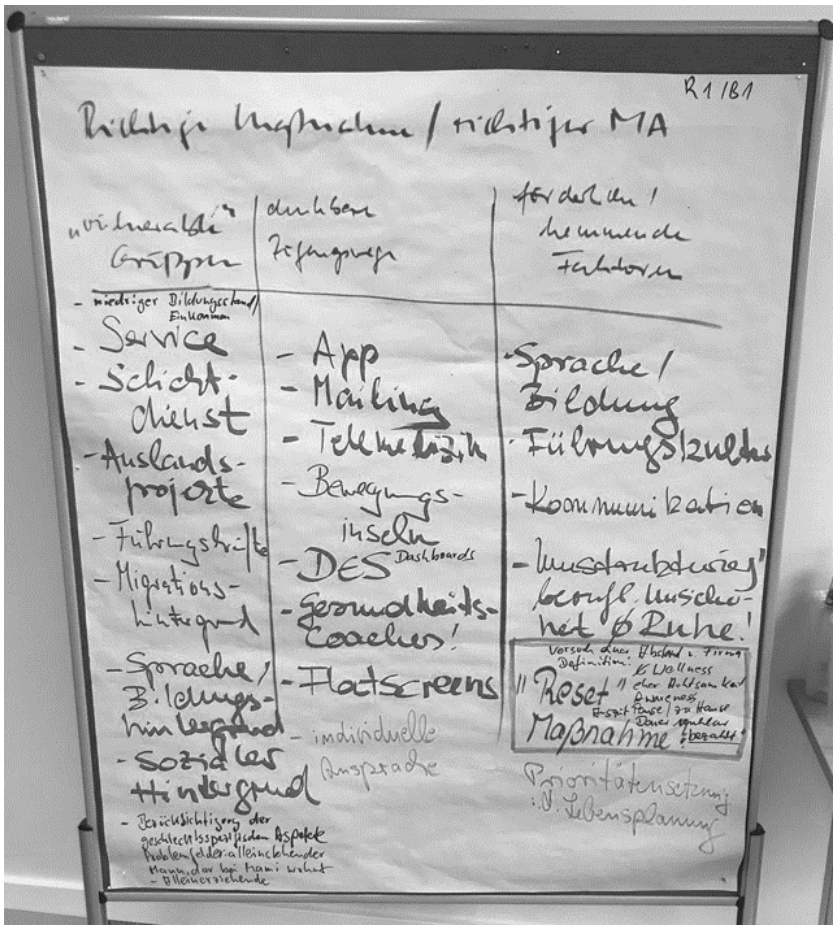
mierung. Die vermehrte Nennung dieser Problematik ließ die Aufnahme dieses Themenkomplex in die FG als wichtig erscheinen. In der Diskussion wurden Gründe für den Betreuungsabbruch erörtert und Möglichkeiten aufgezeigt den Kontakt aufrechterhalten zu können.

Das **vierte Thema** gab den BA die *Möglichkeit Ideen und Impulse für den Gesamtbereich des BGM und BGF* des Unternehmens einzubringen. Die BA entwickelten viele unterschiedliche Ideen und Möglichkeiten außerhalb der Lotsenfunktion bzw. ihres eigenen Aufgabengebietes. Der Austausch der BA und die Generierung neuer Ideen mit ihrer Expertise und aus ihrer Perspektive der BA erschien als sinnvoller und gewinnbringender Impuls für die Weiterentwicklung der übergreifenden Prozesse und Maßnahmengenerierung. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass die BA die Abfrage dieses Themenbereichs als wertschätzend empfunden haben (Cohrs, 2013).

5.1.3.2 Die Methode

Die Methode des Ideenkarussells (Kramm, 2014) gibt eine Unterteilung der Gesamtgruppe in weitere Kleingruppen zur Bearbeitung und Vorstellung zugewiesener Themen vor. Bei vier Themenbereichen entstanden demnach pro FG je vier Kleingruppen, die jeweils ein Thema bearbeiteten. Diese weitere Aufteilung ließ Kleingruppen von 3-4 BA entstehen, die den Großteil der Zeit untereinander diskutierten und an einer Flipchart Ideen sammelten. Eine kleinere Gesamtgruppe hätte ggf. zur Folge gehabt, dass in einigen Kleingruppen lediglich zwei BA zusammengearbeitet hätten. Möglicherweise wären die Diskussionen und der Austausch weniger lebendig und ertragreich geworden. Erst in der Abschlussrunde wurden die jeweiligen Ergebnisse der Kleingruppen in der Gesamtgruppe vorgestellt und diskutiert. Die Gruppenergebnisse wurden auf einer Stellwand festgehalten und anschließend vorgestellt (vgl. Abb. 38).

Abb. 38: Auszug des Themenbereichs „vulnerable Gruppen“ der FG.



Die Moderation sorgte dafür, dass die BA möglichst themenbezogen blieben und lenkten die Kleingruppen innerhalb der Diskussionen wieder zum Kern des Themas. Durch zwei Moderatoren konnten die vier Kleingruppen angemessen betreut werden. Ein einzelner Moderator wäre möglicherweise der intensiven Betreuung nicht gerecht geworden (Kramm, 2014).

Die Durchführung einer FG ließ eine offene Diskussion in einer freundlichen Atmosphäre zu, die dem Austausch, der Erzählung und gegenseitigen Ergänzung diente (Vogl, 2014). Die Projektleitung seitens der DSHS sowie der Interviewer aus den Leitfadengesprächen übernahmen die Gesprächsführung, somit war eine persönliche Bindung sowie eine vertraute Atmosphäre von Beginn an gegeben.

Durch die Kombination beider Erhebungsmethoden (Interviews + FG) sollten die Nachteile der jeweiligen Methode möglichst kompensiert werden. Persönliche Interviews beziehen auch introvertierte Teilnehmer mit ein, die sich in Gruppen eher zurückhalten könnten (Helfferich, 2014). Die nach Abschluss stattgefundene Diskussion

innerhalb von FG konnte Themen dagegen tiefgehend beleuchten und war für eine gemeinsame kreative Ideensammlung geeignet (Bethmann et al., 2019).

5.1.3.3 Protokollierung und Analyse

Für alle FG fand eine Sprachaufzeichnung statt. Neben den schriftlichen Aufzeichnungen und Ergebnissen durch die BA, konnten so im Nachgang die Besprechung und Diskussion zusätzlich protokolliert werden (Ruddat, 2012). Da einige Ideen/Meinungen ausschließlich in der Diskussion geäußert wurden und nicht durch die BA aufgeschrieben wurden, hat sich diese Vorgehensweise als sehr förderlich herausgestellt.
Die Ergebnisse wurden für jedes Thema aus den Protokollen der drei unterschiedlichen Fokusgruppen zusammengetragen. Da es sich um eine reine Ideensammlung ohne Wertung handelte, wurden keine Häufigkeiten dargestellt. Jede genannte Idee wurde einmal aufgeführt.

Die gebildeten Kategorien nach der Methode der zentralen Aussagen trugen zu einer besseren Übersicht für die Ergebnisse bei (Renn et al., 2002; Ruddat, 2012). Der Einsatz eines zweiten Untersuchers war wichtig, um mögliche Fehler bei der Zusammenfassung zu reduzieren.

Es wird auch für FG häufig eine Transkription der Redebeiträge empfohlen (Mayring, 2010, 2016). Grundsätzlich gibt es dabei jedoch keinen „Königsweg“ (Lamnek, 2005). Ruddat (2012) schlägt eine Protokollierung mit Tonaufzeichnung vor, um das Protokoll im Nachgang zu ergänzen und zu prüfen. Nachteilig an der fehlenden Transkription war die fehlende Möglichkeit die Inhalte in gänzlicher Tiefe zu analysieren, beispielsweise fehlte in der gewählten Methode die Möglichkeit einer Zuordnung des Gesagten zu einzelnen Personen(-gruppen). Zudem konnte kein Analyseprogramm eingesetzt werden, welches weitere Möglichkeiten zur Aufbereitung des Datenmaterials geboten hätte (z.B. MAXQDA). Vorteilhaft waren dagegen die ökonomische Umsetzung mit einem relativ geringen Zeit- und Kostenaufwand. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse fand jeweils durch die BA selbst statt. Somit ist eine Fehlinterpretation sehr unwahrscheinlich. Lediglich die Bildung der Kategorien zur besseren Übersichtlichkeit stellte hier eine potentielle Fehlerquelle dar. Der Einsatz der Tonbandaufnahme bot zudem die Möglichkeit die Ergebnisse im Nachgang zu ergänzen (ebd.).

5.2 Ergebnisdiskussion und Empfehlungen

Die DGAUM fordert in ihren Thesen zum Stand und Entwicklungsbedarf der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, den Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten eine Lotsenrolle in Form eines neutralen Beraters zwischen präventiver Gesundheitsförderung, ambulanter Versorgung, arbeitsmedizinischer Vorsorge und berufsfördernder Rehabilitation zu übertragen (Drexler et al., 2015). Darüber hinaus seien sie verantwortlich für die Integration der Maßnahmen und Akteure im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Auch die Bundesärztekammer (2012, 2018a) weist den Betriebsärzten eine solche Lotsenfunktion und damit eine wichtige Funktion sowohl im Feld der betrieblichen Prävention als auch an der Schnittstelle zur kurativen und rehabilitativen Medizin zu. Nur so könnten Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz mit den dynamischen Veränderungen in der Arbeitswelt Schritt halten.
Der in dieser Arbeit untersuchte MC und die Lotsenfunktion stellen den oben beschriebenen Schritt für ein BGM dar. Durch die Implementierung der neuen Prozesse und Maßnahmen wurde die Durchführbarkeit gezeigt. Zur optimalen Ausgestaltung der Lotsenfunktion und Verbesserung der Prozesse werden in der folgenden Diskussion die Ergebnisse der Befragungen in aktuelle Literatur und best practice Beispiele eingeordnet. Dabei werden Empfehlungen mit Optimierungspotential ausgesprochen. Im Speziellen wird dabei auf die Ausgestaltung des MC, die Rahmenbedingungen der Lotsenfunktion und die Beratung und Betreuung durch die BA eingegangen.

Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Unternehmen ist aufgrund der individuellen Belastungen der MA, aber auch der für dieses Unternehmen angepassten Herangehensweise nur bedingt möglich. Unternehmen mit vergleichbaren Maßnahmen und ähnlichen Strukturen bzw. Prozessen könnten von den Ergebnissen profitieren. Zukünftig sollten weitere Unternehmen eingebunden und untersucht werden um eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen.

5.2.1 Der Gesundheits-Check-up

Der MC als zentrales Element der Lotsenfunktion in dem untersuchten Unternehmen ist hinsichtlich der Untersuchungsinhalte und der definierten Ziele mit der aktuellen Richtlinie für Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch den Gemeinsamen Bundesauschuss vergleichbar (GBA, 2020). Der GBA definiert im Auftrag des Gesetzgebers Richtlinien für eine medizinische Versorgung im Sinne des

Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V). Dabei werden (neue) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bewertet und ggf. in die Richtlinien integriert.
Die vorgesehenen Inhalte des allgemeinen Gesundheits-Check-ups sind laut GBA (2020):

1. Anamnese
    a. Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils
2. Klinische Untersuchung
    a. Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus)
3. Laboratoriumsuntersuchungen
    a. Untersuchungen aus dem Blut (einschließlich Blutentnahme)
    b. Untersuchungen aus dem Urin (Harnstreifentest)
4. Überprüfung des Impfstatus
5. Beratung

Damit werden die MA des untersuchten Unternehmens innerhalb des MC nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse behandelt und untersucht. Zusätzlich erhalten die MA innerhalb des MC ein Ruhe-EKG und es sind optionale Zusatzuntersuchungen möglich, wenn indiziert (z.B. ergometrische Belastungsuntersuchung oder Lungenfunktionsuntersuchung).

Grundsätzlich konnte gezeigt werden, dass die BA die Durchführung des MC in vielen Punkten als vorteilhaft sahen (vgl. Kap. 4.3.1). Also besonders positiv wurde die Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnis durch z.B. mehr Zeit für den einzelnen MA in der Untersuchung bewertet. In Deutschland haben Allgemeinmediziner in der Sprechstunde durchschnittlich acht Minuten Zeit für jeden Patienten (Irving et al., 2017). Dabei haben sie das Gefühl den Anliegen und Fragen der Patienten nicht gerecht werden zu können (Mira et al., 2010). Innerhalb des MC haben die Ärzte 30-45 Minuten Zeit für die klinische Untersuchung und das anschließende Beratungsgespräch. Auch der Patientenzufriedenheit kommt eine ausreichende Behandlungszeit zugute (Spooner et al., 2016).
Darüber hinaus schätzten die BA die Möglichkeit sonst schwer erreichbare MA durch den MC für einen gesunden Lebensstil sensibilisieren zu können. Walter und Jahn (2015) zeigen in ihrem Beitrag die Schwierigkeiten und potentielle Lösungen auf schwer erreichbare Zielgruppen mit gesundheitsfördernden Angeboten zu versorgen.

Als mögliches Setting greifen sie unter anderem die Betriebe auf.
Als nachteilig beurteilten die BA insbesondere optimierbare diagnostische Verfahren/Instrumente und ausbaufähige Zugangswege für schwer erreichbare MA. Diese Punkte werden in den folgenden Kapiteln detailliert behandelt.

Auf Basis der Ergebnisse wurden zur Steigerung der Effektivität folgende Vorschläge gemacht:

- Einsatz der BIA als Ergänzung in der Biometrie
- Flexibler Einsatz ausgewählter Laborparameter
- Einsatz der HRV-Messung bzw. alternativer Fragebögen in der Stresserhebung
- Einsatz des ARRIBA-Score zur Risikoeinschätzung

5.2.1.1 Diagnostische Verfahren - Biometrie

Zur besseren Einschätzung der Körperzusammensetzung schlugen die BA die Aufnahme der BIA als Standarduntersuchung vor (vgl. Kap. 3.3.2.1). Sie gilt als kostengünstig und ist – unter standardisierten Bedingungen – zuverlässig und einfach durchzuführen (Herm, 2003). Außerdem kann sie – auch bei gleichbleibendem Körpergewicht – Änderungen von Fettmasse und fettfreier Masse bzw. Muskulatur aufzeigen. Dabei ist eine einmalige Messung weniger aussagekräftig, die Durchführung sollte daher in regelmäßigen Abständen wiederholt werden (Buchholz et al., 2004; Rosenhagen & Vogt, 2017).
Neben der BIA existieren diverse weitere Körperanalysemethoden (Ayvaz & Çimen, 2011; Gerber et al., 2007; Herm, 2003; Solty, 2018). Günstige und einfach anzuwendende Beispiele sind die Messung der Hautfaltendicke (Kalipometrie) und des Hüftumfangs. Hier können allerdings nur Rückschlüsse über das subkutane Fettgewebe bzw. das Viszeralfett gezogen werden.
Bildgebende Verfahren wie eine Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) oder Doppelröntgen-Absorptiometrie (DEXA) gehören zu den genauesten Methoden, sind für den klinischen Alltag jedoch zu aufwendig und teuer.
Unter ökonomischer Betrachtung erzielt die BIA vergleichbare Ergebnisse zur DEXA bei einer deutlichen Kosteneinsparung (Solty, 2018).

<u>Griffkraft („Handgrip“)</u>

Die Messung der Griffkraft ist ökonomisch und praktikabel in der Durchführung. Erfasst wird die isometrische Maximalkraft des Faustschlusses. Sie ist ein nützlicher

Indikator des allgemeinen Gesundheitszustands, der Gesamtmortalität und kardiovaskulärer Mortalität (Soysal et al., 2020). Auch für den deutschen Sprachraum sind Normwerte mit repräsentativen Stichproben vorhanden (Klum et al., 2012).

Die Werte unterschiedlicher Geräte korrelieren zwar, sind aber nicht vergleichbar. Für eine optimale Einordnung der Ergebnisse sollte die Wahl des Dynamometers mit Blick auf die genutzten Normwerte geschehen (Hahn et al., 2018). Der Einsatz der Griffkraftmessung könnte einen zusätzlichen Mehrwert innerhalb des MC bringen.

5.2.1.2 Flexibler Einsatz ausgewählter Laborparameter

Hinsichtlich der Bestimmung ausgewählter Laborparameter wiesen die BA ein heterogenes Bild auf. So wurden teilweise zusätzliche Parameter gewünscht wie z. B. TSH, HbA1c und Eisen, andere empfanden ein kleines Blutbild bereits als ausreichend (vgl. Kap. 4.3.2.2).

Generell wird in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (RGBA) für die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten die Erhebung folgender Laborparameter empfohlen (GBA, 2020):

Bei Versicherten zwischen 18 und 35 Jahren bei vorhandenem Risikoprofil (z. B. positiver Familienanamnese, Adipositas oder Bluthochdruck):

- Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride)
- Nüchternplasmaglucose

Bei Versicherten ab 35 Jahren:

<u>Blutuntersuchung</u>

- Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride)
- Nüchternplasmaglucose

<u>Urinuntersuchung</u>

- Eiweiß, Glucose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit (Harnstreifentest)

Aufgrund der präventiven Ausrichtung des MC wird empfohlen, sich hinsichtlich der Laborauswertung an den o. g. Richtlinien zu orientieren. Bei Bedarf bzw. entsprechender Anamnese sollten im Ermessen des BA zusätzliche Parameter ausgewertet werden, eine entsprechende Flexibilisierung ist sicherlich im Sinne der personalisierten Medizin sinnvoll.

5.2.1.3 Diagnostische Verfahren – Stressdiagnostik

Im betrieblichen Kontext gewinnt die Erkennung und frühzeitige Einleitung von gezielten Interventionen von psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen zunehmend an Bedeutung (Junne et al., 2017; Mück & Mück-Weymann, 2009).

Die Stressdiagnostik selbst hatte einen hohen Stellenwert innerhalb des MC (vgl. Kap. 4.3.2.4). Das eingesetzte Diagnosetool, der Kaluza-Fragebogen, wurde jedoch aufgrund der geringen Aussagekraft in der Praxis stark kritisiert. Dabei wurde die HRV-Messung von einigen als objektive Alternative vorgeschlagen. Durch die Bestimmung der autonomen Funktion des Herzens gilt sie als Globalindikator für die Anpassungsfähigkeit an innere und äußere Belastungen. Sie wird verstärkt als einfaches und kosteneffizientes, aber unspezifisches Instrument zur Bestimmung der psychischen Belastung genutzt (Hamilton & Alloy, 2016; Kim et al., 2018; Sammito et al., 2014).

Die im Folgenden vorgestellten vier Screening-Fragebögen können als Alternative zum Kaluza-Fragebogen eingesetzt werden:

WHO-5

In einem präventivmedizinischen Check-up genügen laut Mück und Mück-Weymann (2009) im Anamnesebogen die „fünf WHO-Fragen“ (vgl. Tab. 6) häufig, um erste Hinweise auf eine Stresserkrankung zu erhalten (Brähler et al., 2007; Mück & Mück-Weymann, 2009). Dabei gilt eine Summe von <13 Punkten als „Cut-Off“-Wert für ein deutlich reduziertes Wohlbefinden. Bei Bedarf sollte eine gezielte Diagnostik mit spezifischen Instrumenten bzw. eine Weiterleitung an psychopathologische Kollegen stattfinden (Mück & Mück-Weymann, 2009).

Tab. 6: WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden (who-5.org)

In den letzten zwei Wochen…	Die ganze Zeit **5**	Meistens **4**	Über die Hälfte der Zeit **3**	Weniger als die Hälfte der Zeit **2**	Ab und zu **1**	Zu keinem Zeitpunkt **0**
...war ich froh und guter Laune.						
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.						
...habe ich mich energetisch und aktiv gefühlt.						
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.						
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.						

Subklinischer Stresssymptom-Questionnaire (SSQ-25)

Dieser relativ neue Fragebogen basiert auf fundierten Stresskonzepten und bereits etablierten Fragebögen und soll subklinische Stresssymptome erfassen (Helms et al., 2017). Er ist reliabel und valide (ebd.). Seine psychischen und physiologischen Dimensionen sollen frühe Entwicklungsstadien von stressassoziierten psychischen Störungen identifizieren. Jedoch wurde der SSQ-25 bisher kaum in der Praxis eingesetzt. Laut Autoren sind noch Langzeitevaluationen nötig, um die klinische Relevanz einschätzen zu können.

The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12)

Ein häufig genutztes Instrument zur Messung der psychischen Belastung ist der GHQ-12 (Gnambs & Staufenbiel, 2018). Er wurde international bereits in zahlreichen klinischen Studien und auch im Bereich der Primärversorgung eingesetzt. Dabei fungiert er als Screening-Instrument zur Erfassung von generellen psychischen Störungen, ohne spezielle Subskalen wie Angst, Depression oder Psychosomatik zu behandeln (Braun, 2002; Schmitz et al., 1999).

Short-Form Survey 12 (SF-12)

Der SF-12 ist die gängigste Kurzversion des international am häufigsten eingesetzte Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – dem Short-Form Health Survey (SF-36) (Morfeld & Bullinger, 2008; Wirtz et al., 2018). Der SF-12 wurde bereits mit einer deutschen Stichprobe normiert und misst die Einschrän-

kungen der körperlichen und psychischen Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Wirtz et al., 2018). Auch die Audi AG nutzt in den eigenen Gesundheits-Check-ups den SF-12 zur Einschätzung der psychischen Belastung (Rothermund & Gündel, 2016).

Möglicherweise stellt für den MC eine Kombination aus dem Anamnesegespräch, einem Kurz-Fragebogen und der HRV-Messung die optimale Grundlage für die weitere Behandlung und das Beratungsgespräch dar.

5.2.1.4 Risikoeinschätzung

Auch die Risikoeinschätzung innerhalb des MC wurde als sehr wichtig empfunden (vgl. Kap. 4.3.2.5). Der aktuell genutzte SCORE-Deutschland wurde dagegen oft als nicht optimal eingestuft oder gar nicht verwendet. Die Ergebnisse wurden von vielen für „zu positiv“ und die integrierten Parameter für nicht ausreichend beurteilt. Als Alternativen wurden der PROCAM, JBS 3-, ARRIBA- und Framingham-SCORE genannt (s. Tab. 7).

Grundsätzlich werden in Deutschland viele unterschiedliche Risikoformeln bzw. -scores eingesetzt. Sie beziehen meist ähnliche Prädiktoren ein und unterscheiden sich vor allem durch die Charakteristik der zugrundeliegenden Kohorte, durch das prognostizierte Ereignis und ggf. durch eine externe Validität (Gorenoi et al., 2009; Grammer et al., 2019; Rudolph & Laufs, 2019).

Dem PROCAM liegt für die Berechnung eine deutsche Stichprobe zugrunde (Assmann et al., 2002; Assmann et al., 2007). Er wird darüber hinaus sowohl von der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft (ESC) als auch von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) als ein möglicher Score innerhalb eines MC genannt (Ludt et al., 2017; Piepoli et al., 2016).
Dagegen empfiehlt die ESC in ihren Leitlinien von 2016 die Nutzung des „SCORE-Deutschland“ (Keil et al., 2005; Piepoli et al., 2016; Rücker et al., 2016). Die DEGAM empfiehlt hingegen die Verwendung des ARRIBA (Ludt et al., 2017).

Grammer et al. (2019) verglichen die gängigsten Risiko-Scores in einer deutschen Kohorte. Dabei zeigten der SCORE-Deutschland, der ARRIBA und der amerikanische ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease) -Score sehr gute Ergebnisse hinsichtlich Spezifität (64–69 %) und Sensitivität (74–84 %).

Der ASCVD und der ARRIBA berechnen – anders als der SCORE-Deutschland – nicht nur das Mortalitätsrisiko, sondern auch akute kardiovaskuläre Vorfälle wie einen Schlaganfall oder Herzinfarkt. Es wird davon ausgegangen, dass die klinische und soziale Bedeutung bei Betroffenen für diese Ereignisse höher ist als einzig die Einschätzung für ein vorzeitiges Sterberisiko (Giampaoli et al., 2005).

Der ARRIBA wird aktuell in einer Studie zur Förderung des Selbstmanagements in der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland eingesetzt (Tinsel et al., 2017; Tinsel et al., 2018). Die ersten Ergebnisse zeigten positive Effekte auf die Patientenaktivierung. Vergleichbare Untersuchungen aus dem deutschen Sprachraum gibt es für den ASCVD nicht. Somit gibt es letztlich für jeden genutzten Score Vor- und Nachteile, die individuell im MC berücksichtigt werden sollten. Zum Einsatz im Kontext einer motivierenden Beratung (vgl. Kap. 5.2.3) scheint allerdings der ARRIBA-Score am besten geeignet zu sein.

Tab. 7: Vergleich verschiedener Risikokalkulatoren. Modifiziert nach Ludt et al. (2017).

Risiko-Algorithmus	Prognostiziertes Ereignis	Prädiktoren	Literatur
arriba Absolute und Relative Risikoreduktion: Individuelle Beratung in der Allgemeinpraxis	Herzinfarkte oder Schlaganfall innerhalb von 10 Jahren	• Alter • Geschlecht • Systolischer Blutdruck • Rauchen • Gesamtcholesterin • HDL-Cholesterin • Blutdrucksenkende Medikation • Diabetes (HbA1C) • Manifeste KHK bei Verwandten 1. Grades	arriba-hausarzt.de, (Krones et al., 2008)
PROCAM Prospektive Cardiovaskular Munster Study	Herzinfarkt innerhalb von 10 Jahren	• Alter • Geschlecht • Systolischer Blutdruck • Rauchen • Gesamt- oder LDL-Cholesterin • HDL-Cholesterin • Triglyceride • Diabetes (ja/nein) • Bereits bestehende Angina pectoris • Infarkte bei engen Angehörigen	(Assmann et al., 2002; Assmann et al., 2007)
SCORE-Deutschland Systematic Coronary Risk Evaluation	Tod durch kardiovaskulares Ereignis innerhalb von 10 Jahren	• Alter • Geschlecht • Systolischer Blutdruck • Rauchen • Gesamtcholesterin • Gesamtchol./HDL-Ratio	(Keil et al., 2005)
ASCVD AtheroSclerotic CardioVascular Disease	Herzinfarkte oder Schlaganfall innerhalb von 10 Jahren	• Alter • Geschlecht • Systolischer Blutdruck • Rauchen • Gesamtcholesterin • HDL-Cholesterin • Blutdrucksenkende Medikation • Diabetes (HbA1C)	(Arnett et al., 2019) tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator-Plus/#!/calculate/estimate/

5.2.2 Rahmenbedingungen

Bezüglich der Rahmenbedingungen des MCs wurden von den BA folgende Vorschläge gemacht:

- Erreichen von vorgeschlagenen Zielgruppen
- „Branding“ des MC-Angebots
- Erstellung eines konkreten Kriterienkatalogs
- Stärkung des (regionalen) Maßnahmennetzwerks
- Erstellung eines (regionalen) Maßnahmenkatalogs
- Stärkung der Behandlungsqualität durch ein psychosomatisches Fortbildungsangebot
- Förderung des kollegialen Austauschs
- Eigene Maßnahmenteilnahme

5.2.2.1 Erreichen von Mitarbeitern und vulnerablen Gruppen

Ein häufig genanntes Problem bzgl. der Nutzung von Gesundheitsangeboten aber auch entsprechenden Untersuchungen wie dem MC ist die Selektion. So erreichen Maßnahmen des BGM zumeist MA mit ohnehin großem Interesse für Gesundheitsthemen und vorhandener Gesundheitskompetenz (Badura et al., 2015; Hasselhorn et al., 2020). Um gezielt MA mit Präventionsbedarf anzusprechen, müssen zunächst (1) Zielgruppen identifiziert und eine (2) Bedarfsanalyse vorgenommen werden (ebd.). Darauf aufbauend können die (3) Informationswege und die (4) Maßnahmen für die Zielgruppe gewählt und an sie angepasst werden. Je passender die Maßnahmen für die individuellen Bedürfnisse der MA sind, desto (kosten-)effektiver ist das BGM (Meyer et al., 2015). Im Rahmen der FG wurden dezidiert im Kontext des MCs die folgenden Zielgruppen genannt:

1. Mögliche Zielgruppen

Berufsgruppen

Schichtarbeiter weisen aufgrund ihrer speziellen Arbeitsbelastung und -anforderung einen besonderen Bedarf hinsichtlich angepasster Präventionsmaßnahmen auf (Beermann & Kretschmer, 2015). Gründe dafür sind unregelmäßiges Schlafverhalten und eine mangelhafte Erreichbarkeit aufgrund der variierenden Arbeitszeiten.

Auch **Außendienst- und Vertriebs-MA** zeigen vor allem für lokale Informationswege und Maßnahmen eine erschwerte Erreichbarkeit (Lüdemann, 2015).

Schwer erreichbar sind auch **Führungskräfte**, die oftmals eine hohe zeitliche und psychische Arbeitsbelastung aufweisen (Kroll & Dzudzek, 2010). Generell könnte sich die gezielte Integration von Führungskräften in BGF-Maßnahmen auch im Hinblick auf die Vorbild- und Multiplikatoren-Funktion positiv auswirken (Krampitz, 2015; Kroll & Dzudzek, 2010). Beispielsweise könnten Führungskräfte gezielt angesprochen werden, damit sie an internen Maßnahmen (GS) teilnehmen und damit für das Thema BGF sensibilisiert werden (vgl. Kap. 4.6.2).

Auszubildende weisen trotz eines jungen Alters bereits häufig eine Vielzahl an Risikofaktoren auf. Möglicherweise liegt das an hohen Anforderungen durch die Doppelrolle in Schule und Betrieb (Betz et al., 2015). Gesundheitlich wirken sich demnach die Anforderungen dieser Lebensphase negativ auf die Schlafhygiene, das Bewegungsverhalten, den Alkohol-, Tabak- und Medienkonsum und die Essgewohnheiten aus.

Eine besondere Gruppe stellen auch „**Blue-Collar-MA**" dar. Laut Busch (2015) erhalten MA der Produktion seltener Weiterbildungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Die ungleiche Chancenverteilung kann sich negativ auf die Gesundheit und Gesundheitskompetenz auswirken. Dies gilt insbesondere für Geringqualifizierte und MA mit Migrationshintergrund (Alexy, 1990; Brzoska & Razum, 2015; Busch, 2015). Die Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten ist ihnen zusätzlich durch Informationsdefizite, eingeschränkte Deutschkenntnisse und/oder der unzureichenden Berücksichtigung multikultureller Faktoren erschwert (Busch et al., 2011).

Soziale Faktoren – Anamnese – Alter- und Geschlecht

Weiterhin wurden Alleinstehende, Eltern von Kindern mit Behinderung, MA des dritten Geschlechts, Frauen, ältere MA, chronisch Kranke, MA mit Behinderung und Suchtkranke als vulnerable Gruppen genannt. Aldrian (2019) bestätigt, dass das betriebliche Eingliederungsmanagement von Suchtkranken und Suchtprävention wichtige Bausteine für die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit von Betroffenen darstellen.

Misch und Koall (2010) unterstützen die Notwendigkeit der Integration von **Gender Diversity** Management in das BGM. Maßnahmen orientieren sich häufig an

physischen Beschwerden und Tätigkeiten, die hauptsächlich von Männern ausgeführt werden (Misch & Koall, 2010). Das Zulassen von Heterogenität und die Auflösung von Geschlechtsstereotypen kann sich dagegen positiv auf das Betriebsklima und die ökonomischen Zielsetzungen auswirken.

Ältere MA sind im Vergleich zu jüngeren zwar stressresistenter, haben dafür aber häufiger körperliche (chronische) Beschwerden (Betz et al., 2015; Größmann & Schüller, 2015; Meyer, Böttcher & Glushanok, 2015). Daher sollte auch der demografische Wandel in der Spezialisierung von BGF-Maßnahmen bedacht werden (John et al., 2015).

Die Inklusion von **MA mit Behinderung** trägt nicht nur zur Entlastung der sozialen Sicherungssysteme bei (Böhm et al., 2013b). Für Unternehmen stellen der Rückgang qualifizierter Nachwuchsfachkräfte durch den demografischen Wandel, das öffentliche Interesse an „Corporate Social Responsibility" (Soziale Verantwortung des Unternehmens) und das evidenz-basierte Potenzial von Diversität am Arbeitsplatz wichtige Faktoren dar (ebd.). Die Inklusion dieser MA-Gruppe setzt auch den Einschluss ihrer Bedürfnisse im BGM voraus.

2. Bedarfsanalyse

Im Sinne der personalisierten Medizin sollte auch im MC eine Bedarfsanalyse die Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppen berücksichtigen (Meyer et al., 2015). So können der Ist-Zustand der Problemsituation und die Einflussfaktoren in den Gruppen individuell analysiert und identifiziert werden.

Durch partizipative Erhebungsmethoden werden nicht nur vulnerable Zielgruppen besser erreicht, sondern sie dienen auch der Detektion möglicher arbeitsbedingter Risikofaktoren (Dragano & Wahl, 2015; Schmidt et al., 2015). Durch die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des BGM und den Zielgruppen kann gemeinsam eine Präventionsstrategie entwickelt werden, die von der jeweiligen Zielgruppe akzeptiert wird. Geeignet sind z. B. schriftliche MA-Befragungen, persönliche Interviews, strukturierte MA-Gespräche, ein Gesundheitszirkel oder die Arbeitssituationsanalyse (ebd.). Bei der MA-Befragung, dem Interview und dem MA-Gespräch stehen die MA selbst im Fokus (Dragano & Wahl, 2015). Es können beispielsweise direkte Fragen zur Arbeitssituation oder zur Gesundheit gestellt werden (Schmidt et al., 2015). Diese Methoden eignen sich insbesondere bei klei-

neren Betrieben oder zur gezielten Befragung von im Vorhinein ausgewählten Berufsgruppen. Der Gesundheitszirkel und die Arbeitssituationsanalyse sind Befragungen oder Gruppendiskussionen mit MA als betriebsinterne Experten. In Kleingruppen können mit den Gruppenmitgliedern und Gesundheitsexperten gesundheitliche Problemfelder am Arbeitsplatz analysiert und Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden (ebd.). Die Experten müssen demnach über gesundheitsrelevante Kenntnisse und einen ganzheitlichen Überblick über das Arbeitsumfeld/-klima verfügen (Dragano & Wahl, 2015).

3. Zielgruppenorientierte Informationswege und Maßnahmen

Von den BA wurden unter anderem digitale, persönliche, analoge und kollektive Informationswege vorgeschlagen. Aufgrund unterschiedlicher Arbeitsfelder, -zeiten und -belastungen sind zielgruppenorientierte Informationswege wichtig, um die entsprechenden MA optimal erreichen zu können (Misch & Tomao, 2015).

In der Literatur erfahren besonders digitale und mobile Methoden aktuell einen Bedeutungszuwachs (Hasselmann et al., 2017; Kaiser & Matusiewicz, 2018; Schirrmacher et al., 2018). So könnten jüngere MA durch Digitalisierungsstrategien wie „Gamification“ (spielerische Wettbewerbsformate) zum Erreichen von Gesundheitszielen (z. B. erhöhte Schrittzahlen) motiviert werden (Hasselmann et al., 2017). Für Ältere könnten digitale Zugangswege eine zusätzliche Stressbelastung bedeuten (Hasselmann et al., 2017); aber auch Blue-Collar MA sind möglicherweise damit weniger gut erreichbar und schlechter über die vorhandenen Angebote informiert (vgl. Kap. 4.5.2.1), dementsprechend sollten Auswahl und Nutzung digitaler Medien und Informationswege stets auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten sein (Meyer et al., 2015).

Kollektive Informationswege können bspw. Betriebsversammlungen (Winter & Singer, 2009), Shopfloor-Meetings, Introveranstaltungen für Auszubildende, Peer-Education (Busch, 2015) und ein verstärktes Marketing (Kardys & Holzaht, 2019) sein. Zusätzlich trägt ein effektives Marketing der Präventionsangebote zu einem positiven „Employer branding“ bei, da es die Attraktivität des Arbeitgebers am Arbeitsmarkt erhöht (Graßl, 2020; Kardys & Holzaht, 2019).

Auch die Präventionsangebote sollten möglichst an den Arbeitsrhythmus (Beermann & Kretschmer, 2015), die Sprache (Brzoska & Razum, 2015; Kroll & Dzudzek, 2010) und/oder den Lebensstil (Betz et al., 2015; Busch, 2015) der jeweiligen

Zielgruppe angepasst sein. Für Auszubildende sollten beispielsweise neben den allgemeinen Themen der Gesundheitsförderung (Bewegung, Ernährung, Stress) auch Schlafhygiene, Suchtverhalten und der Umgang mit digitalen Medien behandelt werden (Betz et al., 2015). Angepasst an die Risiken der heutigen Arbeitswelt wird in der Literatur außerdem ein thematischer Fokus auf die psychische Gesundheit (Krampitz, 2015), inklusive Stressmanagement (Busch, 2015) und Resilienz (Schulte & Kauffeld, 2017) für diverse Zielgruppen nahegelegt.

„Branding“

Im Rahmen der FG wurde ergänzend der Aspekt „Branding“ diskutiert. Auch innerhalb der Vorbereitungsphase und während der Befragungen waren viele verschiedene Namen für den MC in Gebrauch: „Health-Check“, „Lotsen-Check“, „Gesundheitsuntersuchung“ und „Betrieblicher Gesundheits-Check-up“[13]. Die unterschiedlichen Namen für den MC könnten in der Kommunikation zu Missverständnissen führen. Eine einheitliche Kommunikationsstrategie könnte sowohl Missverständnissen vorbeugen, als auch die Bekanntheit und Akzeptanz des MC steigern (Blattner & Mayer, 2018). So nutzt beispielsweise die Rasselstein GmbH ein eigenes „Gesundheitslogo“ und ein einheitliches Gestaltungskonzept für alle Print- und Onlinemedien in Zusammenhang mit BGF-Maßnahmen (Budde, 2010). Die Wiedererkennbarkeit der Gesundheitsmaßnahmen soll dadurch gestärkt und das interne Gesundheitsmarketing gefördert werden.

5.2.2.2 Kriterienkatalog

In den Befragungen und Diskussionen wurde der Wunsch nach einem Kriterienkatalog bzw. einem dadurch vereinheitlichten Vorgehen, insbesondere bei der Empfehlung interner Maßnahmen (GS/GT) geäußert. Als Gründe wurden zum einen mehr Transparenz und „Fairness“ gegenüber den MA, zum anderen die Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses genannt (vgl. Kap. 4.2.2.1). Dem untersuchten Unternehmen liegen intern bereits beispielhafte Kriterien zur Einsteuerung in die unterschiedlichen Maßnahmen vor (vgl. Abb. 39). Konkrete Angaben in Bezug auf die Parameter und

[13] Nicht als Ergebnis aufgeführt.

eine Unterscheidung zwischen den Gesundheitstrainings (GT21/GT11+3) könnten den Entscheidungsprozess dienststellenübergreifend weiter standardisieren.

Abb. 39: Beispielhafte Kriterien zur Einsteuerung in Maßnahmen (Quelle: intern).

Weiter so	•Keine signifikant auffälligen Befunde
Haus-/Facharzt	•Abklärungswürdige Befunde, behandlungsbedürftige Erkrankugen
"Rezept auf Bewegung" (Eigeninitiative)	•Empfehlung in eigener Aktivität den Bewegungsmangel gegenzusteuern •Bei geringfügig auffälligen Befunden
DRV-Teilhabeleistungen	•Bei allen Befunden, die auf eine mittelfristige Einschränkung bzgl. Bewältigung der beruflichen Anforderungen hindeuten
Gesundheitsseminar	•Auffällige Befunde mit beeinflussbaren Risikofaktoren, Motivation zur Verhaltensänderung muss erkennbar sein
Gesundheitstraining 21 /11+3	•Auffällige Befunde mit beeinflussbaren Risikofaktoren, Motivation zur Verhaltensänderung muss erkennbar sein •Kontraindikationen sind abgeklärt
Weiterleitung Sozialberatung	•Insbesondere auffällige Befunde im Kaluza-Fragebogen
Ernährungsberatung	•Signifikantes Übergewicht, Waist-to-hip-ratio/BMI •ggf. Kombination mit Krafttraining zum Muskelaufbau
Nikotinverzicht	•Evtl. Fagerström zur Einordnung der Schwere der Abhängigkeit •5A Strategie (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange)

Es wird empfohlen, die in Kap. 4.4.2 genannten Kriterien zur Maßnahmenwahl in die Erstellung eines möglichen Kriterienkatalogs zu integrieren.

Neben den körperlichen und psychosozialen Faktoren (Präventionsbedarf) schien die Motivation für eine Lebensstiländerung einer der wichtigsten allgemeinen Faktoren – insbesondere bei der Maßnahmenentscheidung für ein GS oder GT zu sein.

Motivationserfassung und -überprüfung

Für die Erfassung der Motivation wurden unterschiedliche Methoden und Dokumentationsformen genannt (Kap. 4.3.2.6). Die Erfüllung eines gemeinsam erarbeiteten Ziels (z. B. Gewichtsverlust) vor einer GT/GS-Empfehlung oder das intensive Befragen aller potenziellen MA waren Beispiele.

Auch im Bereich der allgemeinen Gesundheitsversorgung und bei Rehabilitationsmaßnahmen bekräftigten die behandelnden Akteure die Wichtigkeit der Motivation für den Behandlungsverlauf (Nübling & Bengel, 2006; Rose et al., 2017). Nübling und Bengel (2006) empfehlen daher entsprechende Fördermaßnahmen bei Patienten mit einer ungünstigen motivationalen Voraussetzung mit dem Ziel, die Erfolgsaussicht der bevorstehenden Rehabilitationsmaßnahme zu steigern.

Eine individuelle Zielvereinbarung vor der Empfehlung eines GT könnte sowohl als Motivationsüberprüfung als auch als vorbereitende Maßnahme genutzt werden. Damit könnte auch der in Kap. 4.5.1. beschriebene Übergang zwischen MC und Maßnahmendurchführung vorbereitend für eine geplante Maßnahme genutzt werden. Vorbereitende Maßnahmen könnten individuell mit dem MA vereinbart werden.

Insbesondere die internen Maßnahmen GS und GT11+3 sowie GT21 stellen Besonderheiten im Maßnahmenportfolio des untersuchten Unternehmens dar. Eine Übertragung der Ergebnisse hinsichtlich der Kriterien zur Maßnahmenvergabe für andere Unternehmen muss daher besonders kritisch betrachtet werden.

5.2.2.3 Maßnahmennetzwerk und Maßnahmenkatalog

Die BA wünschten sich den Erhalt und den Ausbau des vorhandenen (Maßnahmen-)Netzwerks mit internen und externen Partnern. Zudem äußerten sie den Wunsch nach einem Maßnahmenkatalog, um einen Überblick für sich und die MA zu vorhandenen Maßnahmen zu haben.

Es wird die Vernetzung mit Institutionen und anderen Unternehmen für ein erfolgreiches BGM empfohlen, um die gegenseitige Expertise für die Optimierung eigener Konzepte und Maßnahmen zu nutzen (Singer & Neumann, 2010).
Denkbar sind Kooperationen mit lokalen Sportvereinen, Fitnessstudios oder anderen Anbietern und Institutionen, um das Maßnahmenangebot weiter auszubauen (Helmcke, 2017). Beispiele sind die Entwicklung von betriebsnahen Versorgungs-

netzwerken (BNV) bei allgemeinen psychischen Störungen. Die BNV stellen Kooperationsmodelle zwischen der Regelversorgung und dem BGM eines Unternehmens dar (Bode et al., 2016; Junne et al., 2017). Erste Pilotprojekte zeigen die Zusammenarbeit von Unternehmen und lokalen Anbietern für seelische Gesundheit, die mitunter von (Betriebs-)Krankenkassen gefördert werden.

Möglicherweise könnte eine Zusammenfassung aller möglichen Maßnahmen pro Dienststelle (Maßnahmenkatalog) die Beratung und Maßnahmenempfehlung innerhalb des MC zusätzlich unterstützen.

5.2.2.4 Qualifikationen der Betriebsärzte

Qualifikationen

Die Fachanforderungen für BA werden im § 4 des ASIG geregelt und von allen BA erfüllt. Viele besaßen darüber hinaus eine zweite Facharztausbildung und diverse Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen. Speziell die Weiterbildungen mit präventiver Ausrichtung schienen einen Mehrwert in der Ausfüllung der Lotsenfunktion darzustellen und wurden auch entsprechend von den BA wahrgenommen bzw. als sinnvoll angesehen, z. B. Präventivmedizin, Ernährungsmedizin und Sportmedizin (vgl. Kap 4.1.1). Das entspricht den vier Handlungsfeldern des GKV-Spitzenverbands (2018) bzgl. der verhaltensbezogenen Prävention:

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährungsgewohnheiten
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum

Ergänzend könnten hinsichtlich der verstärkten Wahrnehmung von psychischen Belastungen (vgl. Kap. 4.2.2.1) Weiterbildungen mit psychischem Bezug angeboten bzw. genutzt werden. Neben den Instrumentarien wie HRV, Fragebögen etc. könnte eine Professionalisierung zur frühzeitigen Detektion gefährdeter bzw. belasteter MA und einer möglichen Weiterleitung beitragen (Rothermund & Gündel, 2016; Schneider, 2006). Darüber hinaus unterstützen gut ausgebildete BA im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung die Prägung der Unternehmenskultur zu einem angemessenen Umgang mit dem Thema der seelischen Gesundheit (Rothermund & Gündel, 2016).

Interkollegialer Austausch

Die Effektivität eines BGM ist von der Zusammenarbeit und dem interkollegialen Austausch zwischen allen betriebsinternen und -externen Stakeholdern abhängig (Drexler et al., 2015; Hein-Rusinek, 2009; Knöll & Lugbauer, 2020). Sowohl die Zusammenarbeit und der Austausch mit direkten internen Partnern (SC und Gesundheitscoaches; vgl. Kap. 4.2.2), als auch ein enger Informationsaustausch mit den BGM-Verantwortlichen kann einen wichtigen Beitrag für das BGM darstellen (Blattner & Mayer, 2018). Berichte und Dokumentationen von BA und anderen Präventivfachkräften können demnach zum Erfolg von BGM-Projekten beitragen.

Darüber hinaus empfahlen die BA, den regelmäßigen Austausch untereinander bzw. mit Kollegen über den eigenen Standort hinaus zu fördern. Dadurch könnte der Prozess der Lotsenfunktion stärker vereinheitlicht und stetig optimiert werden. Spezifische Fragen könnten gemeinsam diskutiert und Erfahrungen ausgetauscht werden. Als ideale Plattform für diesen Austausch schlugen die BA ein jährlich stattfindendes Treffen vor.

Eigene Maßnahmen-Teilnahme

Für eine optimale Beratung sollte ein entsprechend fundiertes Wissen zu betriebsinternen und -externen Präventionsangeboten/-anbietern vorhanden sein (vgl. Kap. 4.2.2) (Mölders & Groeling-Müller, 2012). Dieses Wissen erführen die BA insbesondere bei einer persönlichen Teilnahme – so könnten sie Inhalte, Rahmenbedingungen und Räumlichkeiten kennenlernen und dadurch fundierte Maßnahmenempfehlungen aussprechen.

Darüber hinaus zeigt eine Übersichtsarbeit von Beschoner et al. (2019) eine hohe Prävalenzschätzung von Burnout (4-20%) und Depression (6-13%) bei Ärzten in Deutschland. Dementsprechend sollten BA als Teil der Belegschaft ohnehin Adressaten für BGF-Maßnahmen sein.

Weitere genannte Qualifikationswünsche zielten auf eine Steigerung der Beratungsqualität ab und werden daher im folgenden Kapitel behandelt.

5.2.3 Beratung und Betreuung

Folgende Vorschläge wurden zur Optimierung der MA-Betreuung gemacht:

- Stärkung der Beratungsqualität durch Fortbildungsangebot im Motivational Interviewing (MI)
- Einführung eines Recall-Systems für das Nachgespräch
- Einführung eines telemedizinischen Betreuungsangebots
- Einsatz von nicht-ärztlichem Personal für eine ressourcenschonende und effektive (Nach-)Betreuung

5.2.3.1 Kommunikationstechniken

Die Beratung und Betreuung und dabei speziell die Motivationssteigerung gehörten zu den wichtigsten Funktionen als Gesundheitslotsen (vgl. Kap. 4.2.1). Die motivierende Beratung bzw. MI nach Miller et al. (2015) wurde dabei als relevante Kompetenz genannt (vgl. 4.2.1 und Kap. 4.2.2).

In der Versorgung stellt das Gespräch den wichtigsten Beitrag zur Arzt-Patienten-Beziehung dar (Roter & Hall, 2006). Im Fokus stehen die *kognitiven* (Verbesserung von Selbstwirksamkeit, Wissen und Vertrauen), die *konativen* (Verbesserung des Präventionsverhaltens und Kommunikationskompetenz) und *physiologischen* (Krankheitsprävention, gesteigerte Lebenserwartung und schnelle Genesung) Auswirkungen auf den Zustand von Patienten. Gründe dafür könnten eine verbesserte Compliance bzw. Adhärenz durch ein gutes Vertrauensverhältnis mit dem Arzt sein (Street et al., 2009).

<u>Motivational Interviewing</u>

Das MI ist ein bewährtes Instrument im Bereich der therapeutischen Kommunikation (Miller et al., 2015). Es ist ein kollaborativer, personenzentrierter Ansatz zur verhaltensbezogenen Motivationssteigerung. Dabei sollen in einer Atmosphäre der Akzeptanz und des Mitgefühls die Motive zur Verhaltensänderung erarbeitet und besprochen werden. Der Ursprung liegt in der Suchtberatung, inzwischen wird es in vielen weiteren Bereichen zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens eingesetzt (Miller et al., 2015). Darunter in der Diätplan-Einhaltung, Gewichtsabnahme, Blutdrucknormalisierung, Behandlung psychischer Störungen oder der Erhöhung der körperlichen Aktivität (Armstrong et al., 2011; Kröger et al., 2016; Morton et al., 2015; O'Halloran et al., 2014; Rubak et al., 2005).

Im Gegensatz zu anderen (autoritären) Ansätzen externer Motivation (z. B. Konfrontation oder Abschreckung) ist das Ziel des MI, die Ambivalenz des Patienten im Veränderungsprozess durch aktives Zuhören und reflektionsfördernde Fragen zu verstehen und aufzulösen. Dabei soll die Veränderungsbereitschaft der Patienten gefördert werden, während die Selbstbestimmung im Vordergrund steht. Der MI-Prozess besteht demnach aus der (Manthey et al., 2011):

- Analyse von persönlichen Zielen und Werten
- Stärkung der Motivation, diese Ziele zu erreichen
- Bestimmung, inwiefern das aktuelle Verhalten kongruent zu den Zielen ist
- Entwicklung eines Veränderungsplans

Das Transtheoretische Modell (TTM) – Die Absicht zur Verhaltensänderung

Eine spezifische Anwendung der MI-Prinzipien besteht darin, die Bereitschaft zur Verhaltensänderung eines Klienten zu erhöhen. Nach dem TTM durchlaufen die Menschen fünf bzw. sechs Phasen, bevor eine Verhaltensänderung eintritt (Lippke & Schüz, 2019; J. O. Prochaska & DiClemente, 1982).

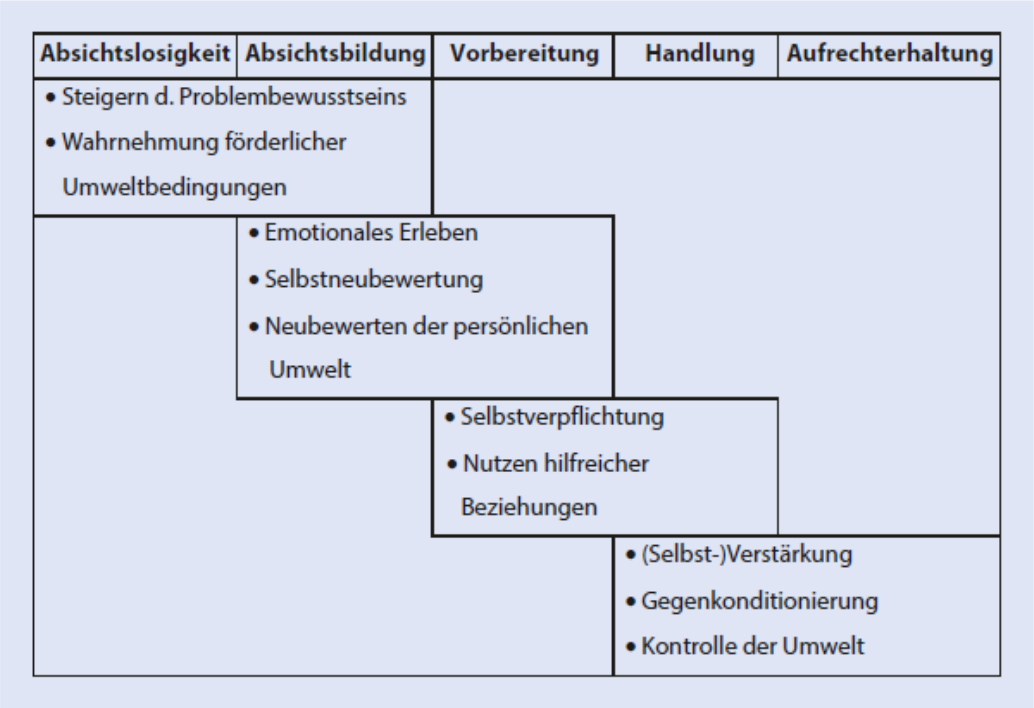
Dabei bilden die Phasen der Intentionsbildung (1-3) die Grundlage für die Phasen der Umsetzung (4-5) (Glasgow et al., 2004; Johnson et al., 2008; J. H. Prochaska & Velicer, 1997):

1. Absichtslosigkeit (*precontemplation)* – Nicht ernsthaft über eine Veränderung des aktuellen Verhaltens nachdenken, meist Intervention nötig für Phase 2
2. Absichtsbildung (*contemplation)* – Nachdenken über Verhaltensänderung
3. Vorbereitung (*preparation)* – Entwicklung der Entschlossenheit zur Verhaltensänderung, hohe Motivation und vorbereitende Handlungen wie Informationseinholung
4. Handlungsstufe (*action)* – Änderung der Gewohnheiten und/oder Umwelt
5. Aufrechterhaltung (*maintenance)* – Erfolgreiche Erhaltung der neuen Verhaltensweisen
6. Termination *(termination)* – Andauernde Aufrechterhaltung

Für den Behandler ist dabei wichtig, die jeweils passende Veränderungsstrategie einzusetzen. So kann Edukation zu gesundem Verhalten in frühen Stadien die Einleitung

einer Absichtsbildung begünstigen (Lippke & Schüz, 2019). Befindet sich jemand bereits in der konkreten Planungsphase, ist diese Information für seine weitere Entwicklung jedoch irrelevant (vgl. Abb. 40).

Abb. 40: Einsatz von Veränderungsstrategien entlang der Stadien der Verhaltensänderung (Keller, 1999; Pfeffer & Wegner, 2020).



Das MI kann innerhalb des TTM sinnvoll eingesetzt werden, um Patienten in einer bestimmten Phase optimal zu begegnen und den Schritt in die nächste Phase zu unterstützen (Miller et al., 2015; Miller & Rollnick, 2009).

Einsatz von TTM und MI im BGF

Feldman et al. (2019) untersuchten den Gewichtsverlauf von MA innerhalb eines Gesundheitsförderungsprogramms am Arbeitsplatz. Dabei erhoben sie die Absicht zur Verhaltensänderung nach dem TTM für körperliche Aktivität. Laut den Autoren kann die Phase der Verhaltensabsicht („Stage of Change“) als Prädiktor für den Gewichtsverlust innerhalb einer gesundheitsfördernden Maßnahme in einem Betrieb dienen.

In einer Studie von Butterworth et al. (2006) erhielten 145 MA eines medizinischen Zentrums in den USA ein 30-minütiges, MI-basiertes, individuelles Gesundheitscoaching durch sog. „health-professionals“ (nicht spezifiziert). Das Thema des Coachings wurde nach dem Bedarf der Teilnehmer gewählt (Gewichtsabnahme,

Stress, Bewegung und Ernährung).
Die Fragebogenerhebung ergab eine signifikante Verbesserung der subjektiven körperlichen und mentalen Gesundheit im Vergleich zur Kontrollgruppe. Objektive Parameter wurden nicht erhoben.

In einer weiteren Untersuchung wurde der Einfluss von MI-basierten Gesundheitscoachings bei chronisch kranken Arbeitnehmern hinsichtlich der Selbstwirksamkeit, Patientenaktivierung, Veränderungsbereitschaft, Änderung der Lebensweise und des wahrgenommenen Gesundheitszustands geprüft (Linden et al., 2010). Dafür wurde bei knapp 4.000 MA eine Risikoeinschätzung durchgeführt. Etwa 350 MA wurden als chronisch krank bewertet, wovon knapp 100 an dem freiwilligen Gesundheitscoaching teilnahmen. Über die Dauer von acht Monaten erhielten diese MA durchschnittlich drei MI-Coaching-Einheiten. Die Ergebnisse der Untersuchung deuten auf die Wirksamkeit eines MI-basierten Gesundheitscoachings hinsichtlich einer Steigerung der Selbstwirksamkeit, des subjektiven Gesundheitszustands und der Veränderungsbereitschaft bei chronisch kranken MA hin.

Zwischen 2010 und 2012 wurde in Zusammenarbeit mit dem werksärztlichen Dienst der Daimler AG in Untertürkheim eine Studie zur Lebensstiländerung mittels MI bei MA mit erhöhtem Blutdruck durchgeführt (Rieger et al., 2012; Rieger & Farian, 2016).

MA mit Bedarf wurden in einem Screening identifiziert und erhielten entweder die übliche einmalige betriebsärztliche Beratung (Kontrollgruppe; n=8) oder die „betriebsärztliche Beratung plus“ (n=9) mit einer weiterführenden telefonischen Betreuung durch einen Gesundheitscoach (nicht-ärztliches, medizinisches Personal). Die Interventionsgruppe hatte in einem Zeitraum von neun Wochen jeweils vier Telefonate mit einer Dauer von ca. 20 Minuten. Im Vorfeld wurden sowohl der BA als auch die Gesundheitscoaches für MI geschult.
Die Autoren berichteten trotz kleiner Fallzahlen von positiven Effekten durch das MI auf das Gesundheitsverhalten der MA (Bewegung/Ernährung) und die Blutdruckwerte. Zudem waren diese MA auch zufriedener mit dem Werksarztgespräch und bewerteten die Telefonate positiv. Auch die BA schätzten das MI und konnten die Beratungen gut in den Arbeitsalltag einbauen.

Wie auch in der o. g. Untersuchung ist in der Literatur ein Großteil der MI-Anwender nicht-medizinisches/ärztliches Personal. Häufig werden Krankenpfleger, Physiotherapeuten, MA der Gesundheitsförderung („health promotion officers“) und andere für

das MI geschult und eingesetzt (Apodaca & Longabaugh, 2009; Gibbons et al., 2010; Miller et al., 2004). Die fachliche (Berufs-)Ausbildung scheint dabei weniger relevant zu sein (Rubak et al., 2005). Apodaca und Longabaugh (2009) verweisen dagegen auf die Wichtigkeit einer konsequenten Umsetzung der erlernten Kernprinzipien des MI. Idealerweise sollten Anwender einen zweitägigen interaktiven Workshop mit weiterführender Begleitung und Supervisionen erhalten (Miller et al., 2004).

Auch im Rahmen der Betreuung innerhalb des MC könnten zusätzliche Schulungen der BA im Bereich des MI einen Mehrwert darstellen. Speziell aufgrund des hohen Motivationsanteils in den Beratungsgesprächen könnte die Veränderungsbereitschaft der MA mit Bedarf unabhängig von der empfohlenen Maßnahme gesteigert werden. Zusätzlich könnte die Einbindung von nicht-ärztlichem Personal in der längerfristigen Begleitung eine intensivere Betreuung ermöglichen (vgl. Kap. 5.2.3). So könnte möglicherweise nicht-ärztliches Personal der betriebsärztlichen Dienststelle oder weitere Akteure des BGF hinzugezogen werden.

5.2.3.2 Nachbetreuung

Der Zeitraum zwischen einer empfohlenen Maßnahme und dem Nachgespräch stellte für die BA einen „Knackpunkt“ in der Betreuungskette dar (vgl. Kap. 4.5.1). Sie empfahlen daher ein verpflichtendes Nachgespräch. Neben den oben aufgeführten Vorschlägen in Zusammenhang mit dem MI könnten folgende Maßnahmen positiv auf die Nachbetreuung wirken.

<u>Sensibilisierung für den Lotsenprozess</u>

Innerhalb der Prozessbeschreibung für die Lotsenfunktion wird auf mind. ein obligatorisches Nachgespräch hingewiesen (vgl. Kap. 3.1.2). Der Wunsch nach einem verpflichtenden Nachgespräch (vgl. Kap. 4.5.3) unterstreicht dieses Vorgehen und sorgt möglicherweise für eine höhere Nutzung bzw. Adhärenz.

<u>Einführung Recall-System</u>

Möglicherweise könnte bereits der konsequente Einsatz eines Recall-Systems die Compliance des Nachgesprächs bzw. einer Wiedervorstellung erhöhen (McLean et al., 2014; McLean et al., 2016; Pierchalla, 2020). Dabei werden MA via Telefon, Post, SMS oder E-Mail an Datum, Zeit und Ort des Termins erinnert.
Die Übersichtsarbeit von McLean et al. (2016) bestätigt den positiven Effekt von Erinnerungssystemen auf die Wahrnehmung von Terminen in unterschiedlichen Ge-

sundheitseinrichtungen und Patientengruppen. Bis auf eine, zeigten alle der 31 eingeschlossenen Studien einen signifikanten Rückgang von nicht wahrgenommenen Terminen. Die Studien zeigen gestiegene Teilnahmeraten zwischen fünf und 44 Prozent. Dabei scheint der Kommunikationsweg kein relevanter Faktor zu sein. Der optimale Zeitpunkt der Erinnerung liegt zwischen einem Tag und einer Woche vor dem Termin.
Vorab sollte ein Einverständnis durch den MA für die Kontaktaufnahme eingeholt werden (Schlüter, 2016). Nachteilig an dem System sind der zusätzliche Personalaufwand für die Bearbeitung und etwaige Portokosten für den postalischen Versand.

Trotz Erinnerung werden möglicherweise MA oder Berufsgruppen mit hoher Belastung bzw. wenig zeitlichen Ressourcen (vgl. Kap. 4.5.2) weiterhin schwer für das Nachgespräch erreichbar bleiben.

Telemedizinische Betreuung

Die Einführung einer telemedizinischen Betreuung könnte eine ressourcenschonende Möglichkeit darstellen, um schwer erreichbaren MA die Teilnahme am ärztlichen Nachgespräch zu ermöglichen (Powell et al., 2017; Siefert et al., 2018; Sood et al., 2007).

Die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens betrifft vor allem Informations- und Kommunikationswege (European Commission, 2014; Fischer & Krämer, 2016). Die Telemedizin stellt dabei ein zentrales Anwendungsfeld von „eHealth“ dar (Dockweiler, 2016). Über Applikationen auf mobilen Endgeräten kann dabei eine digitale Verbindung zwischen Arzt und Patient hergestellt werden. Die nationale und internationale Studienlage zeigt ein breites Anwendungsspektrum bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. Dabei ergibt die telemedizinische Behandlung bezogen auf das gesundheitliche Outcome wahrscheinlich ähnliche Ergebnisse wie eine persönlichen Behandlung (Flodgren et al., 2015). Unterschiedliche methodische Vorgehensweisen und ein Mangel an qualitativ hochwertigen Studien erlauben derzeit jedoch keine absolute Aussage (McFarland et al., 2019).

Die Akzeptanz für eine telemedizinische Betreuung scheint bei technisch versierten Personen höher zu sein (Dockweiler, 2016; Harst et al., 2019). Das Wissen über den Nutzen und eine Erprobung der Methode erhöhen die Akzeptanz bei Patienten.

Im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen – speziell in der Nachsorge – zeigten John und Einhaus (2017) den Einsatz telemedizinischer Assistenzsysteme in

Deutschland. Dabei ergaben sich vergleichbare klinische Outcomes und eine gute Anwenderfreundlichkeit, teils sogar eine Überlegenheit zu den Standard-Präsenzrehabilitationen und Nachsorgeprogrammen.

Auch die Bundesärztekammer (2015) empfiehlt die Telemedizin additiv zur konventionellen Versorgung einzusetzen.

6 Zusammenfassung und Fazit

BGF-Maßnahmen können einen Großteil der Bevölkerung mit Gesundheitsangeboten erreichen (Ludwig et al., 2020). Das Ziel der Maßnahmen ist die Sensibilisierung möglichst vieler Menschen im betrieblichen Setting für einen gesunden und aktiven Lebensstil. Hinsichtlich gesundheitlicher Effekte und in Bezug auf ökonomische Vorteile für Unternehmen konnten bereits zum Teil kleine bis moderate Effekte beobachtet werden (Barthelmes et al., 2019). Eine Steigerung der körperlichen Aktivität, ein verbessertes Ernährungsverhalten oder die Rauchentwöhnung sind Beispiele (ebd.). Aufgrund einerseits den möglichen Nutzen, aber auch den Ressourcenaufwand für die dauerhafte Etablierung eines umfangreichen BGF-Angebots zu optimieren, sollten unnötige und nicht zielführende Angebote vermieden und eine möglichst bedarfsgerechte Teilnahme angestrebt werden (Faller, 2018; Letzel et al., 2015). Eine mögliche Vorgehensweise, um präventive Maßnahmen optimal und nach Bedarf einzusetzen, ist die Integration der betriebsärztlichen Expertise in den Entscheidungsprozess über Inhalt und Umfang der Maßnahmen. Experten sowie Dachgesellschaften wie die DGAUM fordern bereits seit einigen Jahren die Stärkung der arbeitsmedizinischen und betriebsärztlichen Rollen im BGM, da ihre Expertise ein wichtiges Bindeglied zur Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit für MA darstellt (Bundesärztekammer, 2012, 2018a; Drexler et al., 2015). In einem möglichen Ansatz führen BA als Gesundheitslotsen eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung mit anschließendem Beratungsgespräch durch. Bei Bedarf soll hierbei eine passende BGF-Maßnahmenempfehlung für den MA ausgesprochen werden. Das Ziel ist dabei eine langfristige Betreuung von MA mit Gesundheitsförderbedarf durch die BA, welche die dauerhafte Aufrechterhaltung von Gesundheit und eines aktiven Lebensstils des MAs sicherstellen soll.

Im untersuchten Unternehmen wurden 2017 alle BA mit der neuen Funktion als Gesundheitslotens ausgestattet. Gleichzeitig wurde eine freiwillige Gesundheitsuntersu-

chung für alle MA geschaffen. Diese wiederum diente als Basis der Maßnahmenempfehlung. Die Gesundheitsuntersuchung war vergleichbar mit dem Check-up 35 für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen und enthielt neben den dort regulären Leistungen (Anamnese, Klinische Untersuchung, Laboruntersuchung aus Blut und Urin und einer Beratung) zusätzlich ein Ruhe-EKG, eine Stressdiagnostik, eine Erstellung des kardiovaskulären Risikoprofils und bei Indikation auch ein Belastungs-EKG. Zur Überprüfung der Prozesse und zur Identifizierung von Verbesserungspotential dieser Vorgehensweise wurden Interviews und Fokusgruppengesprächen mit 43 bzw.42 BA des Unternehmens durchgeführt.

Zusammenfassend zeigt sich eine hohe Vertrautheit der BA mit dem MC und dabei eine hohe Zufriedenheit mit den grundlegenden Standarduntersuchungen. Zudem fühlen sie sich zum größten Teil ausreichen qualifiziert für die Funktion als Gesundheitslotsen. Zur Steigerung der Behandlungs- und Beratungsqualität wurden Vorschläge durch die BA gemacht.

Die Erstellung eines kardiovaskulären Risikoprofils und die Erhebung des Stressniveaus hatten einen hohen Stellenwert innerhalb des MC. Die dafür eingesetzten Instrumente wurden hingegen trotz wissenschaftlicher Eignung in Bezug auf ihre Praxistauglichkeit kritisiert. Als mögliche Alternativen wurden z.B. der ARRIBA Score, der über das Mortalitätsrisiko hinaus auch akute kardiovaskuläre Vorfälle einschließt, sowie der Einsatz einer HRV-Messung genannt. Diese könnte ergänzend zu einem Stressfragebogen z.B. als genereller Indikator für das Stresslevel herangezogen werden (Kim et al., 2018; Krones et al., 2008). Ergänzend könnte zudem eine BIA zur Messung der Körperkomposition eingesetzt werden, da sie als feindiagnostisches Instrument einen zusätzlichen spezifischen Blick auf die Körperkomposition erbringen kann (Solty, 2018).

Mögliche Optimierungen hinsichtlich der Rahmenbedingungen des MC waren eine verbesserte Kommunikation des Angebots, ein einheitliches „Branding“ des MC und eine zielgruppenspezifische Gestaltung der Informationswege. Darüber hinaus könnte die Anwendung eines Kriterienkatalogs zur Maßnahmenempfehlung neben einer Standardisierung des Empfehlungsprozesses auch die bedarfsgerechte Empfehlung von Maßnahmen unterstützen. Eine Erweiterung des Maßnahmenportfolios sowie die Katalogisierung aller möglichen Maßnahmen zur verbesserten Übersicht könnten darüber hinaus die Qualitätsoptimierung des MC unterstützen.

Eine der relevantesten Funktionen der Lotsen war die Beratung und Betreuung von

MA. Die Beratungsqualität könnte durch Fortbildungsangebote (z.B. Motivational Interviewing) für die BA gesteigert werden (Miller et al., 2015). Eine telemedizinische Betreuung und ein Recall System zur Terminerinnerung könnte zusätzlich die Patientenbindung für schwer erreichbare MA stärken und die Nachbetreuung festigen (Pierchalla, 2020; Powell et al., 2017).

Die aus den Ergebnissen formulierten Handlungsempfehlungen dienen aktuell der Steigerung der unternehmensinternen Qualität des MC und der Lotsenfunktion.
Perspektivisch kann die beschriebene Umsetzung (zudem) als Orientierung für die Implementierung einer vergleichbaren Lotsenfunktion auch für andere Unternehmen mit ähnlichen Strukturen und Prozessen dienen. Hierbei sollten jedoch individuelle Unterschiede (z.B. der MA Struktur und BGM Prozesse) beachtet werden. Eine einheitliche Umsetzung bzw. Interpretation der Lotsenfunktion ist aufgrund unterschiedlicher Unternehmens- und MA-Strukturen nicht realistisch. Übergreifend erscheint es jedoch als gewinnbringend, genannte Informations- und Kommunikationswege zu nutzen bzw. zu schaffen, um allen MA den Zugang für das Angebot zu ermöglichen. Hier sollte die individuelle, unternehmensinterne Kommunikationskultur gezielt genutzt und ggf. erweitert werden, dass möglichst alle MA erreicht werden können. Darüber hinaus sollte in einer weiteren Ausgestaltung bzw. Neuschaffung eines BGF-Angebots verstärkt die psychische Gesundheit der MA fokussiert bzw. zielgerichtete Angebote zur Förderung und Aufrechterhaltung dieser geschaffen werden (Krampitz, 2015). Eine weiterführende Stärkung der Kompetenzen der BA hinsichtlich psychosozialer Themenbereiche scheint dabei sinnvoll.
Denkbar ist auch eine Übertragung der Lotsenfunktion auf Kleinstunternehmen sowie kleine und mittlere Unternehmen (KMU), indem externe BA eine vergleichbare Aufgabe übernehmen. Im Gegensatz zu Großunternehmen bestehen hierbei allerdings ressourcen- und strukturbedingte Probleme ein systematisches und fortwährendes BGM einzurichten (Pfannstiel & Mehlich, 2018; Schaefer et al., 2016). Aufgrund der großen Anzahl an KMU in Deutschland besteht das Potential viele Arbeitnehmer erreichen zu können. Erste Versuche, die BA verstärkt in BGM Konzepte von KMU zu integrieren, werden bereits unternommen und stellten sich als gewinnbringend für die beteiligten Unternehmen dar (Fischmann et al., 2020). Ein häufig für KMU angewendeter Zusammenschluss mehrerer Unternehmen bzw. Regionen für ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement kann auch hier den erforderlichen Wandel von der Untersuchungsmedizin hin zu einer Ausweitung des präventiven Ansatzes zur Erreichung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit unterstützen

(Drexler et al., 2015). Hierfür könnte die dargestellte Lotsenfunktion in enger Verzahnung mit der betriebsärztlichen bzw. arbeitsmedizinischen Versorgung für mehrere Unternehmen in einer Region ein Teilbereich sein.

Zukünftige Untersuchungen sollten langfristige Effekte der jeweiligen BGF-Maßnahmen in den Blick nehmen, um Rückschlüsse über passende Maßnahmenempfehlungen zu ziehen, Beratungsprozesse zielgerichtet zu individualisieren und die Wirksamkeit der Maßnahmen differenziert abbilden zu können. Das Modell der Lotsenfunktion sollte stetig weiterentwickelt, unternehmensspezifisch individualisiert und perspektivisch deutschlandweit implementiert werden, um verallgemeinerbare Aussagen bezüglich ihrer Effekte und Wirkfaktoren zuzulassen. Stakeholder wie Krankenkassen und weitere Leistungsgerbringer im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege könnten entsprechende Prozesse unterstützen.

7 Literaturverzeichnis

Aldrian, S. (2019). Illegalisierter Substanzkonsum von Akteuren aus der Suchthilfe: Eine Gratwanderung zwischen Freizeit und professionellem Auftrag. *BestMasters*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24264-0

Alexy, B. (1990). Workplace Health Promotion and the Blue Collar Worker. *AAOHN Journal*, *38*(1), 12–16. https://doi.org/10.1177/216507999003800103

Amelang, K. & Bauer, S. (2019). Following the algorithm: How epidemiological risk-scores do accountability. *Social studies of science*, *49*(4), 476–502. https://doi.org/10.1177/0306312719862049

Angerer, P. (2014). Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*: Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin*. Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm. http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1651470

Antonovsky, A. (1991). *Health, stress, and coping* (1st ed.). Jossey-Bass Publ.

Apodaca, T. R. & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction (Abingdon, England)*, *104*(5), 705–715. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02527.x

Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S. & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, *12*(9), 709–723. https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Virani, S. S., Williams, K. A., Yeboah, J. & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, *140*(11), e596-e646. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Virani, S. S., Williams, K. A., Yeboah, J. & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, *74*(10), 1376–1414. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.009

Arnold, M. & Kurth Portmann, R. (2014). *Bedeutsamkeit und Anwendbarkeit von Workshop-Inhalten eines Trainings zur mentalen Stresskompetenz nach Kaluza: Am Beispiel der Führungskräfte der Schindler Schweiz AG.* Fachhochschule Nordwestschweiz.

ASIG. (1973). *Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit: Fassung vom 20.4.2013.* Bundesamt für Justiz (BfJ). https://www.gesetze-im-internet.de/asig/ASiG.pdf

Aslam, M., Eckhauser, A. W., Dorminy, C. A., Dossett, C. M., Choi, L. & Buchowski, M. S. (2009). Assessing Body Fat Changes during Moderate Weight Loss with Anthropometry and Bioelectrical Impedance. *Obesity research & clinical practice*, *3*(4), 209. https://doi.org/10.1016/j.orcp.2009.03.005

Assmann, G., Schulte, H., Cullen, P. & Seedorf, U. (2007). Assessing risk of myocardial infarction and stroke: new data from the Prospective Cardiovascular Münster (PROCAM) study. *European journal of clinical investigation*, *37*(12), 925–932. https://doi.org/10.1111/j.1365-2362.2007.01888.x

Assmann, G., Cullen, P. & Schulte, H. (2002). Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Münster (PROCAM) study. *Circulation*, *105*(3), 310–315. https://doi.org/10.1161/hc0302.102575

Ayvaz, G. & Çimen, A. R. (2011). Methods for Body Composition Analysis in Adults. *The Open Obesity Journal*, *3*(1), 62–69. https://doi.org/10.2174/1876823701103010062

Aziz, A. (2006). *Verlag Hans Huber, Programmbereich Gesundheit*. *Salutogenese und positive Psychotherapie: Gesund werden - gesund bleiben* (K. Jork, Hg.). Huber.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hg.). (2015). *Fehlzeiten-Report 2015*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hg.). (2017). *Fehlzeiten-Report 2017*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54632-1

Badura, B., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (Hg.). (2010). *Fehlzeiten-Report: Bd. 2010*. *Vielfalt managen: Gesundheit fördern - Potenziale nutzen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-12898-1

Badura, B., Schröder, H. & Vetter, C. (Hg.). (2009). *Fehlzeiten-Report: Bd. 2008*. *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-540-69213-3

Bahr, N., Kellerhoff, S. & Wertz, A. (2018). Die Rolle des Fachkompetenzaufbaus bei der Implementierung einer strukturierten Betrieblichen Gesundheitsförderung. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hg.), *BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen* (S. 137–162). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22738-8_8

Bandura, A. (2010). Self-Efficacy. In I. B. Weiner & R. J. Corsini (Hg.), *Wiley Online library. The Corsini encyclopedia of psychology* (Bd. 1, S. 69). Wiley. https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0836

Banzer, W. (Hg.). (2017). *Körperliche Aktivität und Gesundheit*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-50335-5

Banzer, W. (2017). *Körperliche Aktivität und Gesundheit: Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-50335-5

Basler, H.-D., Jäkle, C., Keller, S. & Baum, E. (1999). Selbstwirksamkeit, Entscheidungsbalance und die Motivation zu sportlicher Aktivität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *20*(3), 203–216. https://doi.org/10.1024//0170-1789.20.3.203

Baur, N. & Blasius, J. (Hg.). (2014). *Handbuch*. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS.

Beermann, B. & Kretschmer, V. (2015). Schichtarbeit und Betriebliche Gesundheitsförderung. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (Bd. 25, S. 205–214). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_18

Bera, T. K. (2014). Bioelectrical Impedance Methods for Noninvasive Health Monitoring: A Review. *Journal of medical engineering*, *2014*, 381251. https://doi.org/10.1155/2014/381251

Beschoner, P., Limbrecht-Ecklundt, K. & Jerg-Bretzke, L. (2019). Psychische Gesundheit von Ärzten: Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch im Kontext des Arztberufes [Mental health among physicians : Burnout, depression, anxiety and substance abuse in the occupational context]. *Der Nervenarzt*, *90*(9), 961–974. https://doi.org/10.1007/s00115-019-0739-x

Bethmann, A., Hilgenböcker, E. & Wright, M. (2019). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In M. M. Michael Tiemann (Hg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 1–13). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_119-1

Betz, M., Haun, D. & Böttcher, M. (2015). Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung bei Auszubildenden. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (Bd. 17, S. 143–163). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_14

Bieber, C., Gschwendtner, K., Müller, N. & Eich, W. (2018). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *Der Nuklearmediziner*, *41*(02), 162–177. https://doi.org/10.1055/a-0603-2996

Bieber, C., Gschwendtner, K., Müller, N. & Eich, W. (2016). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) - Patient und Arzt als Team [Shared Decision Making (SDM) - Patient and Physician as a Team]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *66*(5), 195–207. https://doi.org/10.1055/s-0042-105277

Blattner, A. & Mayer, M. (2018). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (5. neu bearbeitete Auflage). Österreichisches Netzwerk für BGF.

Bleckwenn, M., Theisel, N., Mücke, M. & Steudel, H. (2018). Kardiovaskuläre Prävention – Akzeptanz einer erweiterten betrieblichen Vorsorge [Cardiovascular Prevention: Acceptance of Enhanced Occupational Health Care]. *Das Gesundheitswesen*, *80*(5), 495–498. https://doi.org/10.1055/s-0042-107348

Bode, K., Wunsch, E.-M., Finger, F. & Kröger, C. (2016). Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells [Interdisciplinary Care of Employees with Mental Disorders: A Fact Check Using the Salzgitter-Model as an Example]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *66*(6), 235–241. https://doi.org/10.1055/s-0042-106728

Böhm, Baumgärtner, M. K. & Dwertmann, D. J. G. (Hg.). (2013). *SpringerLink*. *Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung: Best Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt*. Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-642-34784-9

Böhm, Baumgärtner, M. K. & Dwertmann, D. J. G. (2013). Modernes Personalmanagement als Schlüsselfaktor der beruflichen Inklusion von Menschen mit Behinderung. In Böhm, M. K. Baumgärtner & D. J. G. Dwertmann (Hg.), *SpringerLink. Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung: Best Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt* (S. 3–21). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-642-34784-9_1

Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-07301-8

Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, *53*(2), 83–96. https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.2.83

Braun, S. (2002). *Erfassung depressiver Störungen in der Primärversorgung: Validität des Brief Patient Health Questionnaire (B-PHQ) und des General Health Questionnaire (GHQ-12)* [Dissertation]. LMU München, München. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/372/1/Braun_Simone.pdf

Brauns, H.-J. & Loos, W. (2015). Telemedizin in Deutschland. Stand - Hemmnisse - Perspektiven [Telemedicine in Germany. Status, Barriers, Perspectives]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *58*(10), 1068–1073. https://doi.org/10.1007/s00103-015-2223-5

Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cuite, C. L. & Herrington, J. E. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, *27*(2), 125–130. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702_7

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of clinical nursing*, *20*(23-24), 3322–3330. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x

Brooks, E., Early, S. R., Gendel, M. H., Miller, L. & Gundersen, D. C. (2018). Helping the healer: population-informed workplace wellness recommendations for physician well-being. *Occupational medicine (Oxford, England)*, *68*(4), 279–281. https://doi.org/10.1093/occmed/kqy018

Bryman, A. & Bell, E. (2015). *Business research methods* (Fourth edition). Oxford University Press.

Brzoska, P. & Razum, O. (2015). Betriebliches Gesundheitsmanagement und medizinische Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (Bd. 55, S. 185–193). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_16

Buchholz, A. C., Bartok, C. & Schoeller, D. A. (2004). The validity of bioelectrical impedance models in clinical populations. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, *19*(5), 433–446. https://doi.org/10.1177/0115426504019005433

Budde, C. (2010). Gesundheitskommunikation und Projektmarketing. In D. Kroll & J. Dzudzek (Hg.), *Neue Wege des Gesundheitsmanagements* (S. 92–103). Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-8561-3_9

Bulc, M., Švab, I. & Godycki-Cwirko, M. (2015). Factors that affect readiness to change lifestyle: a 22-country survey from primary care. *The European journal of general practice*, *21*(1), 33–38.

Bundesärztekammer. (2012). *Beschlussprotokoll 115. Deutscher Ärztetag: 115. Deutscher Ärztetag*. Berlin.

Bundesärztekammer. (2015). Ärztliche Priorisierung von Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung: *Erarbeitet von der AG-Telemedizin und beschlossen vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.03.2015 und vom 118. Deutschen Ärztetag am 15.05.2015* [Press release].

Bundesärztekammer. (2018). Beschlussprotokoll - *121. Deutscher Ärztetag*. Berlin.

Bundesärztekammer. (November, 2018). (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018*: in der Fassung vom 20.09.2019*. Berlin. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20190920_MWBO-2018.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *Bundesrahmenempfehlungen: nach § 20d Abs. 3 SGB V.*

Bundeszentrale für politische Bildung. (2020). *Methodenkoffer: Ideen-karussell*. https://www.bpb.de/lernen/formate/methoden/62269/methodenkoffer-detailansicht?mid=127

Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y., Oudyk, J., Kristensen, T. S., Llorens, C., Navarro, A., Lincke, H.-J., Bocéréan, C., Sahan, C., Smith, P. & Pohrt, A. (2019). The Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Safety and health at work*, *10*(4), 482–503. https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.10.002

Busch. (2015). Geringqualifizierte. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (Bd. 46, S. 195–203). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_17

Busch, Staar, H., Åborg, C., Roscher, S. & Ducki, A. (2011). The Neglected Employees. In J. Houdmont & S. Leka (Hg.), *Contemporary occupational health psychology: Vol. 1* (S. 98–123). Wiley-Blackwell. https://doi.org/10.1002/9780470661550.ch6

Butterworth, S., Linden, A., McClay, W. & Leo, M. C. (2006). Effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status. *Journal of occupational health psychology*, *11*(4), 358–365. https://doi.org/10.1037/1076-8998.11.4.358

Castaldo, R., Melillo, P., Bracale, U., Caserta, M., Triassi, M. & Pecchia, L. (2015). Acute mental stress assessment via short term HRV analysis in healthy adults: A systematic review with meta-analysis. *Biomedical Signal Processing and Control*, *18*, 370–377. https://doi.org/10.1016/j.bspc.2015.02.012

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, *44*(5), 681–692. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3

Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, *24*(4), 385–396.

Crößmann, A. & Schüller, F. (2015). Der Beschäftigtenmarkt in Deutschland: Zahlen, Daten, Fakten. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (S. 11–20). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_2

Crutchfield, T. M. & Kistler, C. E. (2017). Getting patients in the door: medical appointment reminder preferences. *Patient preference and adherence*, *11*, 141–150. https://doi.org/10.2147/PPA.S117396

Cullen, P., Schulte, H. & Assmann, G. (2005). Benutzung von Risikofaktoren zur Bestimmung des individuellen Herzinfarktrisikos--PROCAM-Score vs. "Deutschland-Score" der europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) [Use of risk factors in determining individual coronary risk]. *Zeitschrift fur Kardiologie*, *94 Suppl 4*, IV/65-69. https://doi.org/10.1007/s00392-005-1415-7

Damen, J. A. A. G., Hooft, L., Schuit, E., Debray, T. P. A., Collins, G. S., Tzoulaki, I., Lassale, C. M., Siontis, G. C. M., Chiocchia, V., Roberts, C., Schlüssel, M. M., Gerry, S., Black, J. A., Heus, P., van der Schouw, Y. T., Peelen, L. M. & Moons,

K. G. M. (2016). Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review. *The BMJ*, *353.* https://doi.org/10.1136/bmj.i2416

Deck, R. & Hüppe, A. (2014). Begleitete Nachsorge in der Psychosomatik - Transfer des neuen Credo [Supported aftercare into psychosomatic rehabilitation - transfer of "new credo"]. *Die Rehabilitation*, *53*(5), 305–312. https://doi.org/10.1055/s-0034-1384594

Deck, R., Hüppe, A. & Arlt, A. C. (2009). Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden--Ergebnisse einer Pilotstudie [Improvement of rehabilitation aftercare through long term follow along of the patients--results of a pilot study]. *Die Rehabilitation*, *48*(1), 39–46. https://doi.org/10.1055/s-0028-1105915

Deck, R., Schramm, S. & Hüppe, A. (2012). Begleitete Eigeninitiative nach der Reha ("neues Credo") - ein Erfolgsmodell? [Supported own initiative of rehabilitation patients ("new credo") - a successful model?]. *Die Rehabilitation*, *51*(5), 316–325. https://doi.org/10.1055/s-0031-1291279

Deck, R., Beitz, S., Baumbach, C., Brunner, S., Hoberg, E. & Knoglinger, E. (2020). Nachsorge ‚Neues Credo' in der kardiologischen Anschlussrehabilitation [Rehab Aftercare 'New Credo' in the Cardiac Follow-Up Rehabilitation]. *Die Rehabilitation*, *59*(1), 17–25. https://doi.org/10.1055/a-0899-1444

Dehghan, M. & Merchant, A. T. (2008). Is bioelectrical impedance accurate for use in large epidemiological studies? *Nutrition journal*, *7*, 26. https://doi.org/10.1186/1475-2891-7-26

DGAUM (Hg.). (2012). *52.* wissenschaftliche Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin*: 14.-17.März 2012 Göttingen.*

DGK. (2016). *ESC Pocket Guidelines Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen*. Düsseldorf.

DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E. & Knoblach, D. J. (2017). Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *31*(8), 862–887. https://doi.org/10.1037/adb0000318

Diener, A., Celemín-Heinrich, S., Wegscheider, K., Kolpatzik, K., Tomaschko, K., Altiner, A., Donner-Banzhoff, N. & Haasenritter, J. (2013). In-vivo-validation of a cardiovascular risk prediction tool: the arriba-pro study. *BMC family practice*, *14*, 13. https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-13

Diestel, S. & Schmidt, K.-H. (2010). Direct and interaction effects among the dimensions of the Maslach Burnout Inventory: Results from two German longitudinal samples. *International Journal of Stress Management*, *17*(2), 159–180. https://doi.org/10.1037/a0018967

Dockweiler, C. (2016). Akzeptanz der Telemedizin. In F. Fischer & A. Krämer (Hg.), *eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (S. 257–271). Springer Vieweg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49504-9_13

Donovan, J. L. & Blake, D. R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? *Social Science & Medicine*, *34*(5), 507–513. https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90206-6

Dragano, N. & Wahl, S. (2015). Zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement: Hintergründe, Strategien und Qualitätsstandards. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (Bd. 61, S. 21–29). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_3

Drexler, H., Letzel, S., Nesseler, T., Stork, J. & Tautz, A. (2015). *Arbeitsmedizin 4.0.: Thesen der Arbeitsmedizin zum Stand und zum Entwicklungsbedarf der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland.* https://www.arbeiten-viernull.de/fileadmin/user_upload/Arbeitsmedizin_4.0_Broschuere_final.pdf

Drexler, H. (2015). Ziehen wir an einem Strang, statt uns zu beharken! [We should pull together rather than perpetuating conflict]. *MMW Fortschritte der Medizin*, *157*(8), 16. https://doi.org/10.1007/s15006-015-3009-2

Dyrbye, L. N., Varkey, P., Boone, S. L., Satele, D. V., Sloan, J. A. & Shanafelt, T. D. (2013). Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clinic proceedings*, *88*(12), 1358–1367. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.07.016

Elsner, L. K., Jeinsen, B. von, Grün, D., Wolter, J. S., Weferling, M., Diouf, K., Kriechbaum, S., Troidl, C., Dörr, O., Nef, H., Hamm, C. W., Liebetrau, C. & Keller, T. (2019). Prognostic performance of the ESC SCORE and its German recalibrated versions in primary and secondary prevention. *European journal of preventive cardiology*, 2047487319868034. https://doi.org/10.1177/2047487319868034

Emmons, K. (2001). Motivational interviewing in health care settings Opportunities and limitations. *American journal of preventive medicine*, *20*(1), 68–74. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00254-3

Ernst, G. (2017). Heart-Rate Variability-More than Heart Beats? *Frontiers in public health*, *5*, 240. https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00240

Esslinger, A. S., Emmert, M. & Schöffski, O. (Hg.). (2010). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg*. Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-8835-5

European Commission. (2014). Putting patients in the driving seat: A digital future for healthcare*. European Commission* [Press release]. Brüssel.

Faller, G., Abel, B., Badura, B. & Bauer, G. (Hg.). (2017). *Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.

Feldman, S. S., Cochran, R. A. & Mehta, T. (2019). Predictors of Weight Change: Findings from an Employee Wellness Program. *Frontiers in endocrinology*, *10*, 77. https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00077

Finell, m., Weiler, S., Keskin, m. & Stork, J. (2016). Allgemeine Sekundärprävention im Setting Betrieb: Beispiel Checkup bei AUDI. In M. A. Rieger, S. Hildenbrand, T. Nesseler, S. Letzel & D. Nowak (Hg.), *Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin: Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement* (S. 207–219). ecomed Medizin.

Fischer, F. & Krämer, A. (Hg.). (2016). *eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen*. Springer Vieweg. http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4694499 https://doi.org/10.1007/978-3-662-49504-9

Fischmann, W., Amler, N. & Drexler, H. (2018). Prävention in der Arbeits- und Betriebsmedizin – Die Rolle des Betriebsarztes im betrieblichen Gesundheitsmanagement. *Public Health Forum*, *26*(2), 144–146. https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0018

Fitzgerald, A., Gohlke, H., Hense, H., Keil, U. & Wellmann, J. (2006). Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, *Jg. 102*(25), 103(5). https://www.aerzteblatt.de/archiv/47409/Risikoabschaetzung-toedlicher-Herz-Kreislauf-Erkrankungen-Die-neuen-SCORE-Deutschland-Tabellen-fuer-die-Primaerpraevention

Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S. & Klapp, B. F. PSQ - Perceived Stress Questionnaire. Advance online publication. https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.351

Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S. & Klapp, B. F. (2001). Validierung des "Perceived Stress Questionnaire" (PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica*, *47*(3), 142–152. https://doi.org/10.1026//0012-1924.47.3.142

Flodgren, G., Rachas, A., Farmer, A. J., Inzitari, M. & Shepperd, S. (2015). Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews* (9), CD002098. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2

Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K. & Braehler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC medical research methodology*, *17*(1), 14. https://doi.org/10.1186/s12874-016-0283-3

Frick, E. (2016). Motivierende Gesprächsführung - gesundheitsförderlich beraten. In M. A. Rieger, S. Hildenbrand, T. Nesseler, S. Letzel & D. Nowak (Hg.), *Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin: Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement* (S. 122–131). ecomed Medizin.

GBA (2020). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschussesüber die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. *Gemeinsamer Bundesausschuss*, *3/2020*. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2058/GU-RL_2019-12-19_iK-2020-03-07.pdf

Gerber, Goerres, Uebelhart & Suter (2007). Messung der Köperzusammensetzung im Praxisalltag: Genauigkeit sowie Sinn und Unsinn von Geräten zur Bestimmung der Körperzusammensetzung. *PRAXIS*, *96*(44), 1717-1725.

Gerst, T. (2012). Tätigkeitsbericht - Prävention in der Arbeitswelt: Betriebsarzt mit wichtiger Lotsenfunktion. *Deutsches Ärzteblatt* (22-23). https://www.aerzteblatt.de/archiv/126569/Taetigkeitsbericht-Praevention-in-der-Arbeitswelt-Betriebsarzt-mit-wichtiger-https://www.aerzteblatt.de/archiv/126569/Taetigkeitsbericht-Praevention-in-der-Arbeitswelt-Betriebsarzt-mit-wichtiger-Lotsenfunktion

Giampaoli, S., Palmieri, L., Mattiello, A. & Panico, S. (2005). Definition of high risk individuals to optimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases: NMCD*, *15*(1), 79–85. https://doi.org/10.1016/j.numecd.2004.12.001

Gibbons, C. J., Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L. & Martino, S. (2010). Community program therapist adherence and competence in a motivational interviewing assessment intake session. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *36*(6), 342–349. https://doi.org/10.3109/00952990.2010.500437

GKV. (2018). *Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Pravention_2018_barrierefrei.pdf

Glasgow, R. E., Goldstein, M. G., Ockene, J. K. & Pronk, N. P. (2004). Translating what we have learned into practice. Principles and hypotheses for interventions addressing multiple behaviors in primary care. *American journal of preventive medicine*, *27*(2 Suppl), 88–101. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.04.019

Gnambs, T. & Staufenbiel, T. (2018). The structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): two meta-analytic factor analyses. *Health psychology review*, *12*(2), 179–194. https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1426484

Gohlke H., Albus C., Bönner G., Darius H & Siegfried E. (2007). *Leitlinie Risikoadjustierte Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen.*

Gorenoi, V., Schönermark, M. P. & Hagen, A. (2009). Assessments tools for risk prediction of cardiovascular diseases. *GMS health technology assessment*, *5*, Doc11. https://doi.org/10.3205/hta000073

Gough, D., Oliver, S. & Thomas, J. (2012). *An Introduction to systematic reviews*. Sage.

Grammer, T. B., Dressel, A., Gergei, I., Kleber, M. E., Laufs, U., Scharnagl, H., Nixdorff, U., Klotsche, J., Pieper, L., Pittrow, D., Silber, S., Wittchen, H.-U. & März, W. (2019). Cardiovascular risk algorithms in primary care: Results from the DETECT study. *Scientific reports*, *9*(1), 1101. https://doi.org/10.1038/s41598-018-37092-7

Graßl, W. (2020). Betriebliches Gesundheitsmanagement als Baustein im Employer Branding, in der Zertifizierung und in der Qualitätssicherung. In M. Simmel & W. Graßl (Hg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement mit System* (S. 169–171). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26956-2_24

Grossmeier, J., Castle, P. H., Pitts, J. S., Saringer, C., Jenkins, K. R., Imboden, M. T., Mangen, D. J., Johnson, S. S., Noeldner, S. P. & Mason, S. T. (2020). Workplace Well-Being Factors That Predict Employee Participation, Health and Medical Cost Impact, and Perceived Support. *American journal of health promotion: AJHP*, *34*(4), 349–358. https://doi.org/10.1177/0890117119898613

Gysan, D. B., Millentrup, S., Albus, C., Bjarnason-Wehrens, B., Latsch, J., Gohlke, H., Herold, G., Wegscheider, K., Heming, C., Seyfarth, M. & Predel, H.-G. (2017). Substantial improvement of primary cardiovascular prevention by a systematic score-based multimodal approach: A randomized trial: The PreFord-Study. *European journal of preventive cardiology*, *24*(14), 1544–1554. https://doi.org/10.1177/2047487317718081

Hagger, M. S., Chan, D. K. C., Protogerou, C. & Chatzisarantis, N. L. D. (2016). Using meta-analytic path analysis to test theoretical predictions in health behavior: An illustration based on meta-analyses of the theory of planned behavior. *Preventive medicine*, *89*, 154–161. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.05.020

Hahnzog, S. (2014). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Das Praxishandbuch für den Mittelstand*. Springer Gabler. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-02962-3 https://doi.org/10.1007/978-3-658-02962-3

Hallier, E. & Heutelbeck, A. (2012). *52. wissenschaftliche Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin: 14.-17.März 2012*. Eigenverlag DGAUM.

Hambrecht, R., Albus, C., Halle, M., Landmesser, U., Löllgen, H., Schuler, G. C. & Perings, S. (2017). Kommentar zu den neuen Leitlinien (2016) der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zur kardiovaskulären Prävention. *Der Kardiologe*, *11*(1), 21–26. https://doi.org/10.1007/s12181-016-0114-0

Hamilton, J. L. & Alloy, L. B. (2016). Atypical reactivity of heart rate variability to stress and depression across development: Systematic review of the literature and directions for future research. *Clinical psychology review*, *50*, 67–79. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.003

Hannon, P. A., Helfrich, C. D., Chan, K. G., Allen, C. L., Hammerback, K., Kohn, M. J., Parrish, A. T., Weiner, B. J. & Harris, J. R. (2017). Development and Pilot Test of the Workplace Readiness Questionnaire, a Theory-Based Instrument to Measure Small Workplaces' Readiness to Implement Wellness Programs. *American*

journal of health promotion: AJHP, *31*(1), 67–75. https://doi.org/10.4278/ajhp.141204-QUAN-604

Haring, R. (2019). *Gesundheitswissenschaften*. *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit.*

Haring, R. (Hg.). (2019). *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*. *Gesundheitswissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2

Harst, L., Lantzsch, H. & Scheibe, M. (2019). Theories Predicting End-User Acceptance of Telemedicine Use: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, *21*(5), e13117. https://doi.org/10.2196/13117

Hasler, G., Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (2003). Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER) - Testung der deutschen Version der University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) - [The University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *53*(9-10), 406–411. https://doi.org/10.1055/s-2003-42172

Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Kujath, P. (2020). Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen – Ergebnisse der repräsentativen lidA-Studie. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed.*(55), 186–191.

Hasselmann, O., Schauerte, B. & Schröder, J. (2017). Digitalisierung: Herausforderungen meistern und Krisen vermeiden: Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2017.* Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54632-1_4

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, *86*(9), 1119–1127. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x

Hein-Rusinek, U. (2009). *Gesund im Job bis zur Rente: Handlungsfelder aktiver Gesundheitsprävention für Betriebsräte: Arbeitspapier, No. 181.* Hans-Böckler-Stiftung.

Hein-Rusinek, U. (2018). Was macht eigentlich der Betriebsarzt? Rolle der Arbeitsmedizin im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hg.), *BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen* (S. 455–467). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22738-8_25

Helfferich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hg.), *Handbuch. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* Springer VS.

Helmcke, M. (2017). Wozu dient Vernetzung? Überbetriebliche Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung. In G. Faller, B. Abel, B. Badura & G. Bauer (Hg.), *Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 433–444). Hogrefe.

Helms, E., Wetzel, E. & Weierstall, R. (2017). Entwicklung und Validierung des Subklinischen Stresssymptom-Questionnaire SSQ-25 [Development and validation of the Subclinical Stress Symptom Questionnaire SSQ-25]. *Der Nervenarzt*, *88*(9), 1050–1057. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0181-2

Hennemann, S., Beutel, M. E. & Zwerenz, R. (2017). Ready for eHealth? Health Professionals' Acceptance and Adoption of eHealth Interventions in Inpatient Routine Care. *Journal of health communication*, *22*(3), 274–284. https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1284286

Hense, H.-W. & Kleideiter, J. (2012). Risiko-Scores in der kardiovaskulären Primärprävention — Evaluation, Anwendung und Nutzen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, *62*(5), 251–255. https://doi.org/10.1007/BF03346159

Herm, K. (2003). Methoden der Körperfettbestimmung. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, *54*(5), 153–154.

Hessel, A., Geyer, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2002). Somatoforme Beschwerden in der Bevölkerung Deutschlands [Somatoform complaints in the German population]. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *48*(1), 38–58. https://doi.org/10.13109/zptm.2002.48.1.38

Hinrichs, S. (2016). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen*. *Study / Hans-Böckler-Stiftung Reihe Praxiswissen Betriebsvereinbarungen*. Hans-Böckler-Stiftung. http://hdl.handle.net/10419/146877

Hinz, A. & Brähler, E. (2011). Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*(2), 74–78. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.005

Hößler, U. & Striepling, I. (2020). Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungsfaktoren. In M. Simmel & W. Graßl (Hg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement mit System* (S. 51–56). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26956-2_7

Houdmont, J. & Leka, S. (Hg.). (2011). *Contemporary occupational health psychology: Vol. 1*. Wiley-Blackwell. https://doi.org/10.1002/9780470661550

Ising, M., Weyers, P., Janke, W. & Erdmann, G. (2001). Die Gütekriterien des SVF78 von Janke und Erdmann, einer Kurzform des SVF120. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *22*(4), 279–289. https://doi.org/10.1024//0170-1789.22.4.279

Jackson, A. S., Pollock, M. L., Graves, J. E. & Mahar, M. T. (1988). Reliability and validity of bioelectrical impedance in determining body composition. *Journal of applied physiology (Bethesda, Md.: 1985)*, *64*(2), 529–534. https://doi.org/10.1152/jappl.1988.64.2.529

John, Böhm, S., Lehrl, S. & Scheder, A. (2015). Rundum fit – auch im Kopf: Evaluation eines kognitiven Trainings für ältere Beschäftige in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (S. 283–292). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_25

John & Einhaus (2017). Telemedizinische Assistenzsysteme in der Rehabilitation und Nachsorge – Anwendungsbereiche und aktuelle Studienergebnisse. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, *33*(05), 188–196. https://doi.org/10.1055/s-0043-118117

Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dyment, S. J., Wright, J. A., Prochaska, J. O., Prochaska, J. M. & Sherman, K. (2008). Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: effectiveness on a population basis. *Preventive medicine*, *46*(3), 238–246. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.09.010

Jones, F., Harris, P., Waller, H. & Coggins, A. (2005). Adherence to an exercise prescription scheme: the role of expectations, self-efficacy, stage of change and psychological well-being. *British journal of health psychology*, *10*(Pt 3), 359–378. https://doi.org/10.1348/135910704X24798

Junne, F., Rieger, M., Michaelis, M., Nikendei, C., Gündel, H., Zipfel, S. & Rothermund, E. (2017). Psychische Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt: Modelle und

Prävention. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *67*(3-04), 161–173. https://doi.org/10.1055/s-0043-103270

Kaiser, L. & Matusiewicz, D. (2018). Effekte der Digitalisierung auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hg.), *FOM-Edition / FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Digitales betriebliches Gesundheitsmanagement: Theorie und Praxis* (S. 1–34). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14550-7_1

Kaluza, G. (2014). *Gelassen und sicher im Stress: Das Stresskompetenz-Buch: Stress erkennen, verstehen, bewältigen* (5., korrigierte Aufl.). Springer.

Kaluza, G. (2015). *Stressbewältigung*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-44016-2

Kaplan, M. (2014). Der Arzt als Präventionslotse. *Hessisches Arzteblatt*(75), 429–432.

Kaplan, S. H., Greenfield, S. & Ware, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical care*, *27*(3 Suppl), S110-27. https://doi.org/10.1097/00005650-198903001-00010

Kardys, C. & Holzaht, K. (2019). Unternehmensinternes Gesundheitsmarketing – Erfolgsfaktor für Organisationen im Gesundheitswesen. In D. Matusiewicz, F. Stratmann, J. Wimmer & H. Meffert (Hg.), *FOM-Edition. Marketing im Gesundheitswesen: Einführung - Bestandsaufnahme - Zukunftsperspektiven* (S. 567–578). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20279-8_41

Karmali, K. N., Persell, S. D., Perel, P., Lloyd-Jones, D. M., Berendsen, M. A. & Huffman, M. D. (2017). Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, *3*, CD006887. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006887.pub4.

Kashgary, A., Alsolaimani, R., Mosli, M. & Faraj, S. (2017). The role of mobile devices in doctor-patient communication: A systematic review and meta-analysis. *Journal of telemedicine and telecare*, *23*(8), 693–700. https://doi.org/10.1177/1357633X16661604

Keeley, R., Engel, M., Reed, A., Brody, D. & Burke, B. L. (2018). Toward an Emerging Role for Motivational Interviewing in Primary Care. *Current psychiatry reports*, *20*(6), 41. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0901-3

Keil, U., Fitzgerald, A. P., Gohlke, H., Wellmann, J. & Hense, H. W. (2005). Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Die neuen SCORE-Deutschland-Tabellen für die Primärprävention. *Deutsches Ärzteblatt* (25), Artikel 102, A1808-A1812.

Keil, U., Fitzgerald, A. P., Gohlke, H., Wellmann, J. & Hense, H. W. (2005). Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Die neuen SCORE-Deutschland-Tabellen für die Primärprävention. *Dtsch Arztebl*, *192*(25), A1808-A1812.

Keller, S. (Hg.). (1999). *Lambertus Forschung*. *Motivation zur Verhaltensänderung: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus.

Kim, H.-G., Cheon, E.-J., Bai, D.-S., Lee, Y. H. & Koo, B.-H. (2018). Stress and Heart Rate Variability: A Meta-Analysis and Review of the Literature. *Psychiatry investigation*, *15*(3), 235–245. https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.17

Kinmonth, A. L., Woodcock, A., Griffin, S., Spiegal, N. & Campbell, M. J. (1998). Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. *The BMJ*, *317*(7167), 1202–1208. https://doi.org/10.1136/bmj.317.7167.1202

Kirch, W., Badura, B. & Pfaff, H. (Hg.). (2008). *Prävention und Versorgungsforschung*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-73042-2

Kirch, W., Badura, B. & Pfaff, H. (2008). *Prävention und Versorgungsforschung: Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, Dresden 24. bis 27. Oktober 2007* (1. Aufl.). *Springer E-book Collection*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-73042-2

Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., Wölfling, K. & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale - psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC psychiatry*, *16*, 159. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0875-9

Knöll, K. & Lugbauer, P. (2020). Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Gefährdungsbeurteilung – Zukunftsorientierte Ausrichtung im Unternehmen. In M. Simmel & W. Graßl (Hg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement mit System* (S. 41–50). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26956-2_6

Kramm, A. (2014). Netzwerkmoderation. Moderieren, motivieren, Konflikte meistern. Plattform Ernährung und Bewegung e.V.(Hg.), https://kgm.pebonline.de/fileadmin/rmp/PDF_2013/PDF_Weiterbildung/Netzwerkmoderation.pdf

Krampitz, J. (2015). Führungskräfte – Einfluss des betrieblichen Status auf die Gesundheit. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (Bd. 455, S. 165–183). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_15

Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M. & Prochaska, J. O. (2019). Stages of Change. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Hg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 296–328). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/medpsych/9780190843960.003.0010

Kröger, C., Velten-Schurian, K. & Batra, A. (2016). Motivierende Gesprächsführung zur Aktivierung von Verhaltensänderungen. *DNP - Der Neurologe und Psychiater*, *17*(9), 50–58. https://doi.org/10.1007/s15202-016-1377-9

Kroll, D. (Hg.). (2012). *Programm: Zukunft*. Gabler Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-7185-2

Kroll, D. & Dzudzek, J. (Hg.). (2010). *Neue Wege des Gesundheitsmanagements*. Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-8561-3

Kroll, D. & Dzudzek, J. (2010). *Neue Wege des Gesundheitsmanagements: "Der gesunderhaltende Betrieb" - Das Beispiel Rasselstein*. Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-8349-8561-3 https://doi.org/10.1007/978-3-8349-8561-3

Krones, T., Keller, H., Sadowski, E., Soennichsen, A., Baum, E. & Donner-Banzhoff, N. (2005). ARRIBA Herz – Erste Ergebnisse eines Instrumentes zur absoluten Risikoberechnung und partizipativen Entscheidungsfindung in der Herz-Kreislauf-Primärprävention. *Das Gesundheitswesen*, *67*(07). https://doi.org/10.1055/s-2005-920660

Krones, T., Keller, H., Sönnichsen, A., Sadowski, E.-M., Baum, E., Wegscheider, K., Rochon, J. & Donner-Banzhoff, N. (2008). Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. *Annals of family medicine*, *6*(3), 218–227. https://doi.org/10.1370/afm.854.

Kuckartz, U., Ebert, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2009). *Evaluation online: Internetgestützte Befragung in der Praxis* (1. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-91317-9 https://doi.org/10.1007/978-3-531-91317-9

Kuhl, J. & Kazén, M. *Persönlichkeits-Stil- und -Störungs-Inventar (PSSI).: Manual*. Göttingen.

Kuhn, S. & Jungmann, F. (2018). Medizin im digitalen Zeitalter: Telemedizin in der studentischen Lehre [Medicine in the digital Age: Telemedicine in medical school education]. *Der Radiologe*, *58*(3), 236–240. https://doi.org/10.1007/s00117-017-0351-7

Kühn, T. & Koschel, K.-V. (2018). *Gruppendiskussionen: Ein Praxis-Handbuch* (2. Auflage). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH; Springer VS. http://www.springer.com/

Kühner, C., Bürger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben [Reliability and validity of the Revised Beck Depression Inventory (BDI-II). Results from German samples]. *Der Nervenarzt*, *78*(6), 651–656. https://doi.org/10.1007/s00115-006-2098-7

Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M. & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health psychology review*, *10*(3), 277–296. https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372

Kyle, U. G., Bosaeus, I., Lorenzo, A. D. de, Deurenberg, P., Elia, M., Gómez, J. M., Heitmann, B. L., Kent-Smith, L., Melchior, J.-C., Pirlich, M., Scharfetter, H., Schols, A. M. W. J. & Pichard, C. (2004). Bioelectrical impedance analysis--part I: review of principles and methods. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, *23*(5), 1226–1243. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2004.06.004

Kyle, U. G., Bosaeus, I., Lorenzo, A. D. de, Deurenberg, P., Elia, M., Manuel Gómez, J., Lilienthal Heitmann, B., Kent-Smith, L., Melchior, J.-C., Pirlich, M., Scharfetter, H., M W J Schols, A. & Pichard, C. (2004). Bioelectrical impedance analysis-part II: utilization in clinical practice. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, *23*(6), 1430–1453. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2004.09.012

Laukkanen, J. A. & Kunutsor, S. K. (2019). Is 're-calibration' of standard cardiovascular disease (CVD) risk algorithms the panacea to improved CVD risk prediction and prevention? *European heart journal*, *40*(7), 632–634. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy726

Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C. & Andreoli, A. (1993). Development of the perceived stress questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, *37*(1), 19–32. https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5

Linden, A., Butterworth, S. W. & Prochaska, J. O. (2010). Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *Journal of evaluation in clinical practice*, *16*(1), 166–174. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01300.x

Lippke, S. & Schüz, B. (2019). Modelle gesundheitsbezogenen Handelns und Verhaltensänderung. In R. Haring (Hg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitswissenschaften* (S. 299–310). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_29

Lüdemann, P. (2015). Gesundheit und Gesundheitsmanagement bei selbständigen Außendienstmitarbeitern. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (Bd. 10, S. 117–131). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_12

Ludt, S., Angelow, A., Baum, E., Chenot, J. F., Donner-Banzhoff, N. & Egidi, G. (2017). *Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention: S3-Leitlinie*. Berlin. DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.

Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient education and counseling*, *93*(2), 157–168. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012

Manthey, T. J., Knowles, B., Asher, D. & Wahab, S. (2011). Strengths-based Practice and Motivational Interviewing. *Advances in Social Work*, *12*(2), 126–151. https://doi.org/10.18060/959

Matusiewicz, D. & Kaiser, L. (Hg.). (2018). *FOM-Edition / FOM Hochschule für Oekonomie & Management*. *Digitales betriebliches Gesundheitsmanagement: Theorie und Praxis*. Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14550-7

Matusiewicz, D., Stratmann, F., Wimmer, J. & Meffert, H. (Hg.). (2019). *FOM-Edition*. *Marketing im Gesundheitswesen: Einführung - Bestandsaufnahme - Zukunftsperspektiven*. Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20279-8

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6., überarbeitete Auflage). Beltz. http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407294524

McConnaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *26*(4), 494–503. https://doi.org/10.1037/h0085468

McFarland, S., Coufopolous, A. & Lycett, D. (2019). The effect of telehealth versus usual care for home-care patients with long-term conditions: A systematic review, meta-analysis and qualitative synthesis. *Journal of telemedicine and telecare*, 1357633X19862956. https://doi.org/10.1177/1357633X19862956

McLean, Booth, A., Gee, M., Salway, S., Cobb, M., Bhanbhro, S. & Nancarrow, S. A. (2016). Appointment reminder systems are effective but not optimal: results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles. *Patient preference and adherence*, *10*, 479–499. https://doi.org/10.2147/PPA.S93046

McLean, Gee, M., Booth, A., Salway, S., Nancarrow, S., Cobb, M. & Bhanbhro, S. (2014). *Targeting the Use of Reminders and Notifications for Uptake by Populations (TURNUP): a systematic review and evidence synthesis.* https://doi.org/10.3310/hsdr02340

Mehne, J. W. (2016). Die Ausprägung der Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten in Baden-Württemberg*: Ergebnisse einer quantitativen Befragung.*

Meyer, M., Böttcher, M. & Glushanok, I. (2015). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2014. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (S. 341–548). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_30

Meyer, M., Klose, J. & Schröder, H. (2015). Zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement: Ein Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (S. 1–8). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_1

Tiemann, M. M. (Hg.). (2019). *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*. *PRAVENTION UND GESUNDHEITSFORDERUNG*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8

Michaelis, M., Balint, E. M., Junne, F., Zipfel, S., Gündel, H., Lange, R., Rieger, M. A. & Rothermund, E. (2019). Who Should Play a Key Role in Preventing Common Mental Disorders that Affect Employees in the Workplace? Results of a Survey with Occupational Health Physicians, Primary Care Physicians, Psychotherapists, and Human Resource Managers. *International journal of environmental research and public health*, *16*(8). https://doi.org/10.3390/ijerph16081383

Mileski, M., Kruse, C. S., Catalani, J. & Haderer, T. (2017). Adopting Telemedicine for the Self-Management of Hypertension: Systematic Review. *JMIR medical informatics*, *5*(4), e41. https://doi.org/10.2196/medinform.6603

Miller, A. S., Ailey, S. H., Buchholz, S. W., Fogg, L. & Ingram, D. (2019). Improving Stage of Change in an Employee Wellness Program. *Workplace health & safety*, *67*(8), 381–390. https://doi.org/10.1177/2165079919838291

Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, *11*(2), 147–172. https://doi.org/10.1017/S0141347300006583

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *37*(2), 129–140. https://doi.org/10.1017/S1352465809005128

Miller, W. R., Rollnick, S. & Demmel, R. (2015). *Motivational interviewing* ((J. Reuß & C. Trunk, Übers.)) (3. Auflage des Standardwerks in Deutsch). Lambertus.

Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of consulting and clinical psychology*, *72*(6), 1050–1062. https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1050

Misch, B. & Koall, I. (2010). Die Integration von Gender und Diversity Management im Betrieblichen Gesundheitsmanagement — Ansätze zur Implementierung eines Gender- und Diversity-gerechten Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hg.), *Fehlzeiten-Report: Bd. 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern - Potenziale nutzen* (S. 207–214). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-12898-1_21

Misch, B. & Tomao, L. (2015). Zielgruppenspezifisches Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der Stadt Gelsenkirchen – Vom betrieblichen Gesundheitsprojekt zum nachhaltigen bereichsbezogenen und übergreifenden Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (S. 325–338). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_29

Mölders, W. & Groeling-Müller, G. von. (2012). Und vor allen Dingen: Gesundheit. In D. Kroll (Hg.), *Programm: Zukunft* (S. 107–128). Gabler Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-7185-2_6

Morfeld, M. & Bullinger, M. (2008). Der SF-36 Health Survey zur Erhebung und Dokumentation gesundheitsbezogener Lebensqualität. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, *18*(05), 250–255. https://doi.org/10.1055/s-0028-1082318

Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, *22*(1), 129–152. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129

Morton, K., Beauchamp, M., Prothero, A., Joyce, L., Saunders, L., Spencer-Bowdage, S., Dancy, B. & Pedlar, C. (2015). The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health psychology review*, *9*(2), 205–223. https://doi.org/10.1080/17437199.2014.882006

Mosepele, M., Hemphill, L. C., Palai, T., Nkele, I., Bennett, K., Lockman, S. & Triant, V. A. (2017). Cardiovascular disease risk prediction by the American College of

Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA) Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) risk score among HIV-infected patients in sub-Saharan Africa. *PloS one*, *12*(2), e0172897. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172897

Moßhammer, D., Natanzon, I., Manske, I., Grutschkowski, P. & Rieger, M. A. (2012). Die Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten in Deutschland: Wo befinden sich Defizite und Barrieren? Eine qualitative Analyse anhand von Fokusgruppeninterviews [Deficiencies and barriers of the cooperation between German general practitioners and occupational health physicians? A qualitative content analysis of focus groups]. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, *106*(9), 639–648. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.09.027

Mück, H. & Mück-Weymann, M. (2009). 17 Psychosozialer Check-Up als multimodaler Bestandteil der Präventivmedizin. In U. Nixdorff (Hg.), *Check-Up-Medizin* (1. Aufl.). THIEME. https://doi.org/10.1055/b-0034-39720

Nesseler, T. (2018). *DGAUM: BGM gehört zur Arbeitsmedizin und ins Tätigkeitsfeld der Betriebsärzte*. https://idw-online.de/de/news702440

Nixdorff, U. (Hg.). (2009). *Check-Up-Medizin* (1. Auflage). THIEME. http://e-books.thieme.de/9783131452719/1 https://doi.org/10.1055/b-002-39788

Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (Hg.). (2019). *Psychotherapy relationships that work* (Third edition). Oxford University Press.

Nübling, R. & Bengel, J. (2006). Die Bedeutung von Reha-Motivation und Behandlungserwartung für die Praxis der medizinischen Rehabilitation. In R. Nübling, F. Muthny & J. Bengel (Hg.), *Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik: Bd. 47. Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (1. Aufl., S. 15–37). Huber.

Nübling, R., Muthny, F. & Bengel, J. (Hg.). (2006). *Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik: Bd. 47*. *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (1. Aufl.). Huber.

OECD. (2015). *Fit Mind, Fit Job*. OECD. https://doi.org/10.1787/9789264228283-en

Ogedegbe, G., Chaplin, W., Schoenthaler, A., Statman, D., Berger, D., Richardson, T., Phillips, E., Spencer, J. & Allegrante, J. P. (2008). A practice-based trial of motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans. *American journal of hypertension*, *21*(10), 1137–1143. https://doi.org/10.1038/ajh.2008.240

O'Halloran, P. D., Blackstock, F., Shields, N., Holland, A., Iles, R., Kingsley, M., Bernhardt, J., Lannin, N., Morris, M. E. & Taylor, N. F. (2014). Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, *28*(12), 1159–1171. https://doi.org/10.1177/0269215514536210

Ong, L.M.L., Haes, J.C.J.M. de, Hoos, A. M. & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, *40*(7), 903–918. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M

Page, K. M. & Tchernitskaia, I. (2014). Use of Motivational Interviewing to Improve Return-to-work and Work-related Outcomes: A Review. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, *20*(1), 38–49. https://doi.org/10.1017/jrc.2014.5

Pedersen, C., Halvari, H. & Williams, G. C. (2018). Worksite intervention effects on motivation, physical activity, and health: A cluster randomized controlled trial. *Psychology of Sport and Exercise*, *35*, 171–180. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.11.004

Perk, J., Backer, G. de, Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., Albus, C., Benlian, P., Boysen, G., Cifkova, R., Deaton, C., Ebrahim, S., Fisher, M., Germano,

G., Hobbs, R., Hoes, A., Karadeniz, S., Mezzani, A., Prescott, E., . . . Zannad, F. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European heart journal*, *33*(13), 1635–1701. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs092

Pfannstiel, M. A. & Mehlich, H. (Hg.). (2018). *BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22738-8

Pfeffer, I. & Wegner, M. (2020). Modelle zur Erklärung der Veränderung von Gesundheitsverhalten und körperlicher Aktivität. In J. Schüler, M. Wegner & H. Plessner (Hg.), *Sportpsychologie* (S. 533–549). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56802-6_23

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., . . . Binno, S. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*, *37*(29), 2315–2381. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106

Pierchalla, P. (2020). Patientenbindung durch Recall-Systeme. *best practice onkologie*, *15*(3), 110–112. https://doi.org/10.1007/s11654-020-00205-8

Pines, A. M., Aronson, E. & Kafry, D. (2006). *Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfaltung* (10. Aufl.). Klett-Cotta.

Powell, R. E., Henstenburg, J. M., Cooper, G., Hollander, J. E. & Rising, K. L. (2017). Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits. *Annals of family medicine*, *15*(3), 225–229. https://doi.org/10.1370/afm.2095

Powell, R. E., Stone, D. & Hollander, J. E. (2018). Patient and Health System Experience With Implementation of an Enterprise-Wide Telehealth Scheduled Video Visit Program: Mixed-Methods Study. *JMIR medical informatics*, *6*(1), e10. https://doi.org/10.2196/medinform.8479

Preiser, C., Wittich, A. & Rieger, M. A. (2015). Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb--Gestaltungsformen des Angebots [Psychosomatic Consultation in the Workplace--Description and Modelling of a New Health-Related Service]. *Das Gesundheitswesen*, *77*(11), e166-71. https://doi.org/10.1055/s-0034-1384611

Prins, J. T., van der Heijden, F. M. M. A., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Bakker, A. B., van de Wiel, H. B. M., Jacobs, B. & Gazendam-Donofrio, S. M. (2009). Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychology, health & medicine*, *14*(6), 654–666. https://doi.org/10.1080/13548500903311554

Prochaska, J. H., Arnold, N., Jünger, C., Münzel, T. & Wild, P. S. (2018). Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen [Prevention of cardiovascular diseases]. *Herz*, *43*(1), 87–100. https://doi.org/10.1007/s00059-017-4669-8

Prochaska, J. H. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion: AJHP*, *12*(1), 38–48. https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *19*(3), 276–288. https://doi.org/10.1037/h0088437

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1997). *Jetzt fange ich neu an: Das revolutionäre Sechs-Schritte-Programm für ein dauerhaft suchtfreies Leben*. *Knaur: Bd. 84086*. Droemer Knaur.

Ramírez-Vélez, R., Tordecilla-Sanders, A., Correa-Bautista, J. E., González-Ruíz, K., González-Jiménez, E., Triana-Reina, H. R., García-Hermoso, A. & Schmidt-RioValle, J. (2018). Validation of multi-frequency bioelectrical impedance analysis versus dual-energy X-ray absorptiometry to measure body fat percentage in overweight/obese Colombian adults. *American journal of human biology: the official journal of the Human Biology Council*, *30*(1). https://doi.org/10.1002/ajhb.23071

Rázsó, Z., Novák, A. & Hornyák, B. (2020). Examination of the phases of behaviour change among participants of the Lifestyle Change Programme. *Honvédségi Szemle*, *147*(1–2). https://doi.org/10.35926/HDR.2019.1-2.5

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, *6*, CD000072. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3

Renneberg, B. (Hg.). (2011). *Springer-Lehrbuch: Bachelor, Master*. *Gesundheitspsychologie: Mit 21 Tabellen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0

Rieger, H.-J. (2010). Pflicht des Arztes zur Erinnerung des Patienten an Termin bei Nichterscheinen zur Nachkontrolle? Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 24.06.2010 [Physicians' responsibility to remind patients after failure to keep their follow-up appointments]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, *135*(40), 1989–1990. https://doi.org/10.1055/s-0030-1263348

Rieger, M. & Farian, C. (2016). Erfahrung mit der Anwendung im betrieblichen Setting. In M. A. Rieger, S. Hildenbrand, T. Nesseler, S. Letzel & D. Nowak (Hg.), *Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin: Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement* (S. 131–134). ecomed Medizin.

Rieger, M., Farian, C., Michaelis, M., Schüle, B., Henkel-Hancok, C. & Schmidt, H. (2012). Implementierung einer Lebensstil-Beratung mittels „Motivierender Gesprächsführung“ in die betriebsärztliche Betreuung von Beschäftigten mit leichter arterieller Hypertonie: 52. wissenschaftliche Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin: 14.-17.März 2012 Göttingen. In DGAUM (Hg.), *52. wissenschaftliche Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin: 14.-17.März 2012 Göttingen* (S. 500–503). https://www.dgaum.de/fileadmin/PDF/Tagungsbaende/DGAUM_Tagungsband_2012.pdf

Rieger, M. A., Hildenbrand, S., Nesseler, T., Letzel, S. & Nowak, D. (Hg.). (2016). *Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin: Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*. ecomed Medizin.

Rose, A., Rosewilliam, S. & Soundy, A. (2017). Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient education and counseling*, *100*(1), 65–75. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.030

Rosenhagen, A. & Vogt, L. (2017). Sportmedizinische Diagnostik und Beratung. In W. Banzer (Hg.), *Körperliche Aktivität und Gesundheit* (S. 93–107). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-50335-5_7

Rossmann, C. & Hastall, M. R. (Hg.). (2019). *Handbuch der Gesundheitskommunikation*. *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10727-7

Roter, D. & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits* (2nd ed.). Praeger. http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10377133

Rothenfluh, F. & Schulz, P. J. (2019). Arzt-Patient-Kommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 57–67). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10727-7_5

Rothermund & Gündel. (2016). Früherkennung und Frühintervention bei psychischen und psychosomatischen. In M. A. Rieger, S. Hildenbrand, T. Nesseler, S. Letzel & D. Nowak (Hg.), *Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin: Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement* (S. 219–233). ecomed Medizin.

Rothermund, E., Hölzer, M. & Wegewitz, U. (2018). Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Angebot mit Konsiliarcharakter. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, *19*(03), 50–54. https://doi.org/10.1055/a-0556-2632

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice*, *55*(513), 305–312.

Rücker, V., Keil, U., Fitzgerald, A. P., Malzahn, U., Prugger, C., Ertl, G., Heuschmann, P. U. & Neuhauser, H. (2016). Predicting 10-Year Risk of Fatal Cardiovascular Disease in Germany: An Update Based on the SCORE-Deutschland Risk Charts. *PloS one*, *11*(9), e0162188. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162188

Rudolph, U. & Laufs, U. (2019). Vorsorgeuntersuchungen und Check-ups in der Kardiologie [Cardiologic Check-ups]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, *144*(17), 1192–1201. https://doi.org/10.1055/a-0818-8169

Sammito, S., Thielmann, B., Seibt, R., Klussmann, A., Weippert, M. & Böckelmann, I. (2014). *AWMF Leitlinie: Nutzung der Herzschlagfrequenz und der Herzfrequenzvariabilität in der Arbeitsmedizin und der Arbeitswissenschaft.* https://doi.org/10.13140/2.1.5052.7684

Schenkel, J. (2018). Praxis der Telemedizin in Deutschland heute. *Diabetologie und Stoffwechsel*, *13*(04), 351–355. https://doi.org/10.1055/a-0645-6567

Schirrmacher, L., Betz, M. & Brand, S. (2018). Einsatz von digitalen Instrumenten im Rahmen des BGM. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hg.), *BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen* (S. 317–328). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22738-8_17

Schlüter, P. (2016). Wie sich die telefonische Erinnerung bezahlt macht. *hautnah dermatologie*, *32*(2), 63. https://doi.org/10.1007/s15012-016-2100-4

Schmidt, R., Müller, M., Bühren, S., Neuber, S., Malinka, J., Sakris, J. & Kraußlach, H. (2015). *Praxisleitfaden zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements: Handlungsempfehlungen und Praxisbeispiele des Forschungsprojektes Betriebliches Gesundheitsmanagement in Thüringer Unternehmen und Einrichtungen des öffentlichen Dienstes.* Ernst Abbe Hochschule Jena.

Schmitz, N., Kruse, J. & Tress, W. (1999). Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German primary care sample. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *100*(6), 462–468. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10898.x

Schneider, W. (2006). Psychosomatik in der Arbeitswelt. *Psychotherapeut*, *51*(2), 157–170. https://doi.org/10.1007/s00278-006-0471-4

Scholz, U., Keller, R. & Perren, S. (2009). Predicting behavioral intentions and physical exercise: a test of the health action process approach at the intrapersonal level. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *28*(6), 702–708. https://doi.org/10.1037/a0016088

Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Sage.

Schüler, J., Wegner, M. & Plessner, H. (Hg.). (2020). *Sportpsychologie*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56802-6

Schuller, K., Schulz-Dadaczynski, A. & Beck, D. (2018). Methodische Vorgehensweisen bei der Ermittlung und Beurteilung psychischer Belastung in der betrieblichen Praxis. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, *62*(3), 126–141. https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000269

Schulte, E. M. & Kauffeld, S. (2017). Krisen in Teams: Teamresilienz als Präventionsund Bewältigungsstrategie. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2017.* Springer Berlin Heidelberg.

Schulz, S., Steigleder, K., Fangerau, H. & Paul, N. (2012). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Eine Einführung* (3. Aufl.). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 1791*. Suhrkamp.

Schütte, M. (2012*). Gestaltung nachhaltiger Arbeitssysteme: Wege zur gesunden, effizienten und sicheren Arbeit; 58. GfA-Frühjahrskongress; [vom 22. bis 24. Februar 2012. /Jahresdokumentation / Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V: Bd. 2012*. GfA-Press.

Schüz, B. & Renneberg, B. (2011). Theoriebasierte Strategien und Interventionen in der Gesundheitspsychologie. In B. Renneberg (Hg.), *Springer-Lehrbuch: Bachelor, Master. Gesundheitspsychologie: Mit 21 Tabellen* (Bd. 23, S. 123–139). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0_8

Schwarzer, R., Lippke, S. & Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation psychology*, *56*(3), 161–170. https://doi.org/10.1037/a0024509

Schwebel, F. J. & Larimer, M. E. (2018). Using text message reminders in health care services: A narrative literature review. *Internet interventions*, *13*, 82–104. https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.06.002

Siefert, V., Welzel, G., Blessing, M., Jahnke, L., Hesser, J., Wenz, F. & Giordano, F. A. (2018). Telemedizinische Erfassung von „patient-reported outcomes“. *Forum*, *33*(2), 94–100. https://doi.org/10.1007/s12312-018-0393-4

Silber, S., Jarre, F., Pittrow, D., Klotsche, J., Pieper, L., Zeiher, A. M. & Wittchen, H.-U. (2008). Kardiovaskuläre Risikoabschätzung in der Hausarztpraxis (DETECT). Wie gut stimmt die Hausarzteinschätzung mit den etablierten Risikoscores überein? [Cardiovascular risk assessment by primary-care physicians in Germany and its lack of agreement with the Established Risk Scores (DETECT)]. *Medizinische Klinik (Munich, Germany: 1983)*, *103*(9), 638–645. https://doi.org/10.1007/s00063-008-1103-2

Simmel, M. & Graßl, W. (Hg.). (2020). *Betriebliches Gesundheitsmanagement mit System*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26956-2

Singer, S. & Neumann, A. (2010). Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration. In A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski

(Hg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg* (S. 49–66). Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-8835-5_2

Singer, S. & Brähler, E. (2007). *Die »Sense of Coherence Scale«: Testhandbuch zur deutschen Version* (1. Aufl.). Vandenhoeck Ruprecht. http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1719327

Solty, K. (2018). *Die Körperfettbestimmung–Ein Methodenvergleich unter ökonomischer Betrachtung: RöFo-Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren* (Vol. 190). Georg Thieme Verlag KG.

Sonntag, U., Wiesner, J., Fahrenkrog, S., Renneberg, B., Braun, V. & Heintze, C. (2012). Motivational interviewing and shared decision making in primary care. *Patient education and counseling*, *87*(1), 62–66. https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.026

Sood, S., Mbarika, V., Jugoo, S., Dookhy, R., Doarn, C. R., Prakash, N. & Merrell, R. C. (2007). What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, *13*(5), 573–590. https://doi.org/10.1089/tmj.2006.0073

Spielberger, C. D. (1983). *PsycTESTS Dataset.* https://doi.org/10.1037/t06496-000

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory. ConsultingPsychologistsPress. *onsultingPsychologistsPress*.

Stoffel, F. & Gasser, T. C. (2001). Die Harninkontinenz beim Mann. *Swiss Medical Forum*, *Vol. 1*(48), 1195-1199.

Stratil, J., Rieger, M. A. & Voelter-Mahlknecht, S. (2017). Optimizing cooperation between general practitioners, occupational health and rehabilitation physicians in Germany: a qualitative study. *International archives of occupational and environmental health*, *90*(8), 809–821. https://doi.org/10.1007/s00420-017-1239-6

Stratil, J. M., Rieger, M. A. & Voelter-Mahlknecht, S. (2018). Image and perception of physicians as barriers to inter-disciplinary cooperation? - the example of German occupational health physicians in the rehabilitation process: a qualitative study. *BMC health services research*, *18*(1), 769. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3564-1

Stratil, J. M., Rieger, M. A. & Völter-Mahlknecht, S. (2017). Cooperation between general practitioners, occupational health physicians, and rehabilitation physicians in Germany: what are problems and barriers to cooperation? A qualitative study. *International archives of occupational and environmental health*, *90*(6), 481–490. https://doi.org/10.1007/s00420-017-1210-6

Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K. & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient education and counseling*, *74*(3), 295–301. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015

Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction (Abingdon, England)*, *96*(1), 175–186. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.96117513.x

Thayer, J. F., Ahs, F., Fredrikson, M., Sollers, J. J. & Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *36*(2), 747–756. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.11.009

Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F. S. & Seidler, A. (Hg.). (2014). Systematischer Review: Der Einfluss arbeitsbedingter psychosozialer Belastungsfaktoren auf die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen*: Forschung Projekt F 2264/Los 1*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin baua.

Thompson, D. R., Chair, S. Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M. & Ski, C. F. (2011). Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of clinical nursing*, *20*(9-10), 1236–1244. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03558.x

Tillery, K. R. & Rutledge, A. L. (2009). Diversity A Strategic Imperative Or A Basic Business Requirement? A Proposed Taxonomy. *Journal of Diversity Management (JDM)*, *4*(2), 35–40. https://doi.org/10.19030/jdm.v4i2.4956

Tinsel, I., Siegel, A., Schmoor, C., Buchholz, A. & Niebling, W. (2017). DECADE-pilot: decision aid, action planning, and follow-up support for patients to reduce the 10-year risk of cardiovascular diseases-a protocol of a randomized controlled pilot trial. *Pilot and feasibility studies*, *3*, 32. https://doi.org/10.1186/s40814-017-0172-5

Tinsel, I., Siegel, A., Schmoor, C., Poguntke, I., Maun, A. & Niebling, W. (2018). Encouraging Self-Management in Cardiovascular Disease Prevention. *Deutsches Arzteblatt international*, *115*(27-28), 469–476. https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0469

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, *84*(3), 167–176. https://doi.org/10.1159/000376585

Tsai, A. G., Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., Higginbotham, A. J., Anderson, A., Foreyt, J., Hill, J. O., Jeffery, R. W., Gluck, M. E., Lipkin, E. W., Reeves, R. S. & van Dorsten, B. (2014). Readiness redefined: a behavioral task during screening predicted 1-year weight loss in the look AHEAD study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *22*(4), 1016–1023. https://doi.org/10.1002/oby.20648

TÜV SÜD (2020, 11. Mai). Gesundheitslotse - Multiplikator in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). https://www.tuvsud.com/de-de/store/akademie/seminare-gesundheitswesen-und-medizintechnik/betriebliches-gesundheitsmanagement/4615051

van Nes, M. & Sawatzky, J.-A. V. (2010). Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *22*(12), 654–660. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00561.x

VanBuskirk, K. A. & Wetherell, J. L. (2014). Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, *37*(4), 768–780. https://doi.org/10.1007/s10865-013-9527-4

Verdich, C., Barbe, P., Petersen, M., Grau, K., Ward, L., Macdonald, I., Sørensen, T. I. A. & Oppert, J.-M. (2011). Changes in body composition during weight loss in obese subjects in the NUGENOB study: comparison of bioelectrical impedance vs. dual-energy X-ray absorptiometry. *Diabetes & metabolism*, *37*(3), 222–229. https://doi.org/10.1016/j.diabet.2010.10.007

Veronesi, G., Giampaoli, S., Vanuzzo, D., Gianfagna, F., Palmieri, L., Grassi, G., Cesana, G. & Ferrario, M. M. (2017). Combined use of short-term and long-term cardiovascular risk scores in primary prevention: an assessment of clinical utility. *Journal of cardiovascular medicine (Hagerstown, Md.)*, *18*(5), 318–324. https://doi.org/10.2459/JCM.0000000000000509

Vogt, S. & Werner, M. (2014). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse.* Technische Hochschule. https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf

Völter-Mahlknecht, S., Stratil, J. & Rieger, M. A. (2016). Optimierungsansätze bei der Kooperation von Betriebsärzten, Rehabilitationsmedizinern und Hausärzten im Rehabilitationsprozess in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, *78*(08/09). https://doi.org/10.1055/s-0036-1586537

Vörös, K., Márkus, B., Hargittay, C., Sisak, O. & Kalabay, L. (2018). Perceived cardiovascular risk and attitude towards lifestyle change. *Family practice*, *35*(6), 712–717. https://doi.org/10.1093/fampra/cmy028

Wagner, S., Richter, H., Fröse, C., Steinke, B. & Deutel, S. (2008). Betriebliches Gesundheitsmanagement in einem Healthcare-Unternehmen unter dem Aspekt der besonderen Bedeutung von Promotoren und Multiplikatoren. In W. Kirch, B. Badura & H. Pfaff (Hg.), *Prävention und Versorgungsforschung* (S. 451–469). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-73042-2_22

Wee, C. C., Davis, R. B. & Phillips, R. S. (2005). Stage of readiness to control weight and adopt weight control behaviors in primary care. *Journal of general internal medicine*, *20*(5), 410–415. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0074.x

Weiner, I. B. & Corsini, R. J. (Hg.). (2010). *Wiley Online library*. *The Corsini encyclopedia of psychology*. Wiley.

Weinstein, N. D., Rothman, A. J. & Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, *17*(3), 290–299. https://doi.org/10.1037//0278-6133.17.3.290

Whitlock, E. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions An evidence-based approach. *American journal of preventive medicine*, *22*(4), 267–284. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00415-4

Wilson, P. W., D'Agostino, R. B., Levy, D., Belanger, A. M., Silbershatz, H. & Kannel, W. B. (1998). Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*, *97*(18), 1837–1847. https://doi.org/10.1161/01.cir.97.18.1837

Winter, W. & Singer, C. (2009). Erfolgsfaktoren Betrieblicher Gesundheitsförderung – Eine Bilanz aus Sicht bayerischer Unternehmen. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hg.), *Fehlzeiten-Report: Bd. 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen.* Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Winter, W. & Singer, C. (2009). Erfolgsfaktoren Betrieblicher Gesundheitsförderung – Eine Bilanz aus Sicht bayerischer Unternehmen. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hg.), *Fehlzeiten-Report: Bd. 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen.* Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Wirtz, M. A., Morfeld, M., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2018). Normierung des SF-12 Version 2.0 zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, *64*(4), 215–226. https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000205

Witte, K. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, *27*(5), 591–615. https://doi.org/10.1177/109019810002700506

World Health Organization (2007). International Society of Hypertension (ISH) risk prediction charts: assessment of cardiovascular risk for prevention and control of cardiovascular disease in low and middle-income countries. *J Hypertens*, *25*(8), 1578–1582.

World Health Organization. (2007). *Prevention of Cardiovascular Disease: Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. With CD-ROM*. World Health Organization. http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=753856

Zahn, D., Adams, J., Krohn, J., Wenzel, M., Mann, C. G., Gomille, L. K., Jacobi-Scherbening, V. & Kubiak, T. (2016). Heart rate variability and self-control--A meta-analysis. *Biological psychology*, *115*, 9–26. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.12.007

Zhang, C.-Q., Zhang, R., Schwarzer, R. & Hagger, M. S. (2019). A meta-analysis of the health action process approach. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *38*(7), 623–637. https://doi.org/10.1037/hea0000728

8 Anhang

Anlage 1: Übersicht der Inhalte eines GT21

Schematische Übersicht erste Woche

Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Montag	Dienstag
	8.00Uhr Wiegen	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag		7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag
	8.30 Uhr Frühstück	8.30 Uhr Frühstück	8.30 Uhr Frühstück	8.30 Uhr Frühstück	8.30 Uhr Frühstück	
Anreise	9.30-11.30Uhr Einweisungen in Sportgeräte Parallel dazu Outdoor-Pulstest Parallel dazu individuelle Arztgespräche	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm Indoor/Outdoor (Ausdauer, Gymnastik, Entspannung, Aquarobic…)	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm		9.30Uhr Bewegungsprogramm 10.30 Uhr Vortrag „Leben in Balance – vom Umgang mit Beanspruchungen“	9.30 Uhr Vortrag „Gesunder Rücken“ 10.30 Uhr Bewegungsprogramm
	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag 12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	
	13.00 Uhr Einweisungen Kraftraum/Sauna	13.00Uhr Einweisungen Kraftraum/Sauna	Ausflüge (freiwillig)	Ausflüge (freiwillig)	13.45-17.00Uhr Vortrag „Ernährung“ anschl. Bewegungsprogramm (Zeiteinteilung Vortrag - Bewegung sind variabel)	13.15Uhr Entspannung
Individuelle Arztgespräche/ Eingangsuntersuchung	14.00 Uhr Gruppeneinteilung Hausführung	14.00 Uhr Vortrag „med. Trainingssteuerung“				14.00 Uhr Bewegungsprogramm
	15.00 Uhr Vortrag „Risikofaktoren“ 16.15- 17.00Uhr Einweisungen Kraftraum/Sauna	15.00-16.00Uhr Bewegungsprogramm				16.15-17.30Uhr Vortrag „Fußfehlstellungen und funktionelles Schuhwerk“
Offizielle Begrüßung	Regenerationszeit	Regenerationszeit			Regenerationszeit	Regenerationszeit
	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen
					19.15 Uhr LiB Themenabend 1	19.15 Uhr LiB Themenabend 2 Einzelcoaching (ganztags)

Schematische Übersicht zweite Woche

Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Montag	Dienstag
7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag		7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag
	8.15Uhr Frühstück	8.15Uhr Frühstück	8.15Uhr Frühstück	8.15Uhr Frühstück	8.15Uhr Frühstück	
9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm Indoor/Outdoor (Ausdauer, Gymnastik, Entspannung, Aquarobic…)	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm		9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm
	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag 12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	
13.15-14.00Uhr Gangbild- und Fußanalyse	13.15Uhr Entspannung	13.15Uhr Entspannung	Ausflüge (freiwillig)	Ausflüge (freiwillig)	13.15Uhr Entspannung	13.15Uhr Entspannung
Programmfrei	14.00-ca.16.30Uhr Bewegungsprogramm 16.15-17.15Uhr Vortrag „gesundheitsorientierter Ausdauersport“	14.00-ca.16.30Uhr Bewegungsprogramm			14.00-ca.16.30Uhr Bewegungsprogramm	14.00-ca.16.30Uhr Bewegungsprogramm
	Regenerationszeit	Regenerationszeit			Regenerationszeit	Regenerationszeit
18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	
Einzelcoaching nach Terminabsprache (ganztags)	19.15 Uhr LiB Themenabend 3 Einzelcoaching nach Terminabsprache (ganztags)	17.00 Uhr LiB Tranfermoderation Einzelcoaching nach Terminabsprache (ganztags)	Ggf. Einzelcoaching nach Terminabsprache (ganztags)	Ggf. Einzelcoaching nach Terminabsprache (ganztags)		

Schematische Übersicht dritte Woche

Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Montag	Dienstag
7.30Uhr Fit in den Tag Laborkontrolle	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag		7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag
	8.15Uhr Frühstück	8.15Uhr Frühstück	8.15Uhr Frühstück	8.15Uhr Frühstück	8.15Uhr Frühstück	
9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm Indoor/Outdoor (Ausdauer, Gymnastik, Entspannung, Aquarobic…)	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm Parallel – individuelle Arztgespräche	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm Parallel – individuelle Arztgespräche	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm		9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm	9.30 Uhr große Wanderung (Mittagessen unterwegs)
	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag 12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	
13.15-14.00Uhr Entspannung	13.15Uhr Entspannung	13.15Uhr Entspannung	Ausflüge (freiwillig)	Ausflüge (freiwillig)	13.15Uhr Entspannung	15.00-16.00Uhr Vortrag „take home“ ab 18.00 Uhr Abschlussabend
Programmfrei	14.00-ca.16.30Uhr Bewegungsprogramm Parallel – individuelle Arztgespräche	14.00-ca.16.30Uhr Bewegungsprogramm Parallel – individuelle Arztgespräche			14.00-ca.16.30Uhr Bewegungsprogramm 15.00 Uhr Vortrag „Team Motivation für zu Hause“	
	Regenerationszeit	Regenerationszeit			Regenerationszeit	
18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	

Anlage 2: Übersicht der Inhalte eines GT11+3

Schematische Übersicht 11

Sonntag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag
	8.30 Uhr Frühstück	8.30 Uhr Frühstück	8.30 Uhr Frühstück	8.30 Uhr Frühstück	8.30 Uhr Frühstück	
Anreise Offizielle Begrüßung	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm Indoor/Outdoor (Ausdauer, Gymnastik, Entspannung, Aquarobic…)	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm	Vortrag „Gesunde Ernährung“	9.30Uhr Bewegungsprogramm 10.30 Uhr Vortrag Laufanalyse / Videoauswertung	9.30 Uhr Bewegungsprogramm 11.00 Uhr Entspannung
	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	12Uhr Mittag	
	13.30 Uhr	13.30 Uhr	13.30 Uhr	Bewegungsprogramm	Bewegungsprogramm	
Einweisung in Infrastruktur + Trainingsgeräte	Vortrag „Risikofaktoren“	Vortrag „med. Trainingssteuerung“	Vortrag „Leben in Balance“			
	15.00 Uhr Bewegungsprogramm	15.00-Uhr Bewegungsprogramm	15.00-Uhr Bewegungsprogramm / Entspannung			
	Regenerationszeit	Regenerationszeit			Regenerationszeit	Regenerationszeit
	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen
Mobilisation			19.15 Uhr Themenabend LiB	19.15 Uhr Themenabend LiB		

Schematische Übersicht 11

Sonntag	Montag	Dienstag	Mittwoch			
7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag Laborkontrolle	7.30Uhr Fit in den Tag	7.30Uhr Fit in den Tag			
8.15Uhr Frühstück	8.15Uhr Frühstück		8.15Uhr Frühstück			
Regeneration	9.30-11.30Uhr Bewegungsprogramm	9.30 Uhr Vortrag “Transfer in den Alltag Anschl.	9.30 Uhr Entspannung			
12Uhr Mittag	12Uhr Mittag		12Uhr Mittag			
	13.15Uhr Entspannung	Tagestour	Abreise			
Regeneration	14.00-ca.16.30Uhr Bewegungsprogramm	Tagestour				
	Regenerationszeit	Regenerationszeit				
18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen	18Uhr Abendessen			

Anlage 3: Interviewleitfaden

Version 16.04.2019

Deutsche Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

Leitfadengestütztes Telefoninterview
Vorbefragung

Interviewer:_____ Datum:_____ Gesprächsdauer: _____min.

Gesprächseinstieg

- *Vorstellung der eigenen Person und des Projekts (kurz) sowie der Ziele des Vorhabens:*
  - *Befragung aller Betriebsärzte hinsichtlich ihrer Meinung zum „neuen" Mitarbeiter-Check-up (MC)=Lotsen-Checkup, der 2017 eingeführt wurde bzw.*
  - *die Evaluation der „Lotsenfunktion" bei den Betriebsärzten*
- *Bedanken für das Zeitnehmen für das Interview*
  - *„Mit der Teilnahme an dem Interview und durch das Einbringen Ihrer Expertise zu den Inhalten und dem Ablauf des Mitarbeiter-Check-up und der Lotsenfunktion tragen Sie wesentlich zur Sicherstellung der bestmöglichen Qualität dieser Maßnahmen und der Alleinstellungsmerkmale der Health-Management-Organisation bei"*
- *Dauer des Gesprächs ankündigen (ca. 60-90 Min.)*
- *Hinweis, dass die männliche Form auch stets die weibliche umfasst*
- *Abfrage, ob Aufzeichnung in Ordnung ist (Audioaufnahme wird nach Abgleich gelöscht)*

Codierung (Bsp: HB04AU)_____

	Der letzte Buchstabe des eigenen (ersten) Vornamen
	Der erste Buchstabe des Geburtsnamens der Mutter
	Die beiden Tagesziffern Ihres Geburtstags
	Der erste Buchstabe des Vornamens der Oma väterlicherseits
	Der erste Buchstabe Ihres Geburtsorts

1. Einstiegsfragen

Zunächst möchten wir Ihnen einige allgemeine Fragen zu Ihrer Tätigkeit bzw. MC/GTs stellen.

1.1. In welcher HM-Region sind Sie tätig?

☐ Region Mitte
☐ Region Nord
☐ Region West
☐ Region Süd

1.2. Wie viele Mitarbeiter-Check-ups führen Sie im Durchschnitt in der Woche durch?

_____/Woche

1.3. Wie vertraut sind Sie mit dem „neuen" Mitarbeiter-Check-up?

☐ sehr vertraut ☐ vertraut ☐ neutral ☐ nicht so vertraut ☐ gar nicht vertraut

1.4. Welche allgemeinen **Vor- und Nachteile** sehen Sie beim „neuen" Mitarbeiter-Check-up in der aktuellen Form? Bitte nennen Sie jeweils die **wichtigsten drei**.

Vorteile	Nachteile

1.5. Werden die Mitarbeiter-Check-ups in irgendeiner Weise lokal und/oder „in Ihrem betriebsärztlichen Verantwortungsbereich spezifisch beworben? ☐ Ja Nein ☐

1.5.1. Wenn ja, wie sehen diese Werbemaßnahmen aus und durch wen/wie werden sie ausgeführt?

1._____ durch _____

2._____ durch _____

3._____ durch _____

1.6. Mit welcher **Motivation/Fragestellung** bzw. warum stellen sich die Mitarbeiter bei Ihnen vor? Schätzen Sie bitte einen relativen Anteil in %.

☐ Von Führungskraft geschickt worden _____%

☐ Eigene Motivation die Gesundheit zu verbessern _____%

☐ Intention Teilnahme an einem Gesundheits**training** zur Gesundheitsverbesserung_____%

☐ Intention Teilnahme an einem Gesundheits**seminar** zur Gesundheitsverbesserung_____%

☐ Längere Krankheitsphase/BEM _____%

☐ Identifikation durch Betriebsarzt innerhalb anderer Maßnahme _____%

☐ Sonstige 2:_____ _____%

1.7. Wie nehmen die Mitarbeiter den Mitarbeiter-Check-up aus Ihrer Sicht wahr? Schätzen Sie bitte auch einen relativen Anteil in %.

☐ als Möglichkeit zur objektiven Gesundheitsbeurteilung außerhalb von niedergelassenen Ärzten_____%

☐ als Möglichkeit Hilfe bei offenen Gesundheitsfragen zu erhalten_____%

☐ als formale Voraussetzung für eine Teilnahme an einer Maßnahme _____%

☐ als Zeitverschwendung_____%

☐ als Sonstiges _____ _____%

1.8. Kennen Sie die Einrichtung in [redacted]? ☐ Ja ☐ Nein

1.8.1. Haben **Sie selbst** bereits an einer [redacted]-Maßnahme, wie einem Gesundheitstraining oder -seminar teilgenommen? Ja ☐ Nein ☐

1.8.1.1. Wenn ja, woran haben Sie teilgenommen? Wann? _____

Gesundheitsseminar	☐ als TN	☐ als Leiter eines/mehrerer Workshops
Gesundheitstraining (11+3)	☐ als TN	☐ als Leiter eines/mehrerer Workshops
Gesundheitstraining (21)	☐ als TN	☐ als Leiter eines/mehrerer Workshops

1.8.1.2. Wie war Ihr allgemeiner Eindruck?

_____

_____

☐ Professionelle Umsetzung ☐ umfangreiche Angebotsvielfalt ☐ guter Aufbau der Inhalte

1.8.2. Wenn nein, warum nicht?

_____

_____

2. Fragen zu den organisatorischen Abläufen des Mitarbeiter-Check-ups und der Lotsenfunktion

In diesem Block folgen Fragen zu den Verfahren und Standards, nach denen der MC durchgeführt wird.

2.1. Für wie wichtig erachten Sie die folgenden Standards?

2.1.1. **Biometrie** (Erfassen von: Größe, Gewicht, Raucher/Nichtraucherstatus, Blutdruck, Herzfrequenz, W/H-Ratio, BMI),

☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ neutral ☐ nicht so wichtig ☐ gar nicht wichtig

Bitte begründen Sie kurz

1._____

2._____

3._____

2.1.2. **Labor** (Profil 1, U-Stix),

☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ neutral ☐ nicht so wichtig ☐ gar nicht wichtig

Bitte begründen Sie kurz

1._____

2._____

3._____

2.1.3. **Diagnostik** (EKG)

☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ neutral ☐ nicht so wichtig ☐ gar nicht wichtig

Bitte begründen Sie kurz

1._____

2._____

3._____

2.1.4. **Stressdiagnostik** (Kaluza-Fragebogen)

☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ neutral ☐ nicht so wichtig ☐ gar nicht wichtig

Bitte begründen Sie kurz

1._____

2._____

3._____

2.1.5. Erstellung eines individuellen **Risikoprofils** (Deutschland-Score)

☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ neutral ☐ nicht so wichtig ☐ gar nicht wichtig

Bitte begründen Sie kurz

1._____

2._____

3._____

2.1.6. Betriebsärztliche Untersuchung ca. 6-8 Wochen vor der Maßnahme

Bitte begründen Sie kurz

☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ neutral ☐ nicht so wichtig ☐ gar nicht wichtig

1._____

2._____

☐ Risikominimierung für Teilnahme an Maßnahme (Eignungsprüfung)

2.2. Was erheben Sie darüber (oben aufgeführte Standards) hinaus?

1._____

2._____

3._____

2.3. Gibt es Standards, die Sie zusätzlich für sinnvoll halten, aktuell aber noch nicht durchführen?

Ja ☐ Nein ☐

2.3.1. Wenn ja, welche?

1._____

2._____

3._____

2.4. Gibt es Standards, die aktuell durchgeführt werden, aber wenig Mehrwert für die Entscheidung über weitere Maßnahmen haben? Ja ☐ Nein ☐

2.4.1. Wenn ja, welche?

1._____
2._____
3._____

2.5. Welches Infomaterial/Dokumente händigen Sie den Mitarbeitern aus?

1._____
2._____
3._____

2.6. Ist die Gesamtheit der im Mitarbeiter-Check-up erhobenen **Parameter** ausreichend für eine korrekte Entscheidung bzgl. jedweder weiterführender Maßnahmen? Ja ☐ Nein ☐

2.6.1. Wenn nein, warum nicht?

1._____
2._____
3._____

2.7. Bitte nennen Sie die **drei wichtigsten Parameter**, die Sie zur Entscheidung über jedwede weiterführende Maßnahmen heranziehen.

1._____
2._____
3._____

2.8. Welche **Parameter** werden von Ihnen als weniger aussagekräftig empfunden? Bitte nennen Sie bis zu drei.

1._____
2._____
3._____

2.9. Sind Sie hinsichtlich der im Mitarbeiter-Check-up verwendeten **diagnostischen Verfahren** zufrieden? Ja ☐ Nein ☐

2.9.1. Bitte begründen Sie kurz

1._____
2._____
3._____

2.10. Welche ISIS-Codierung als „wesentlichen Beratungsinhalt" verwenden Sie als führenden Beratungsanlass im Mitarbeiter-Checkup? Bitte nennen Sie die häufigsten drei Themen mit dem geschätzten relativen Anteil.

☐ 10-Jahres-HI-Risiko _____%
☐ aktuelles Gesundheitsverhalten fortführen _____%
☐ Bewegungsmangel _____%
☐ Ernährung und Gewichtsreduktion _____%
☐ Muskel-Skelett _____%
☐ Rauchstop _____%
☐ Stressbewältigung _____%

2.11. Nutzen Sie spezielle (Gesprächs-)Techniken in der Beratung? Ja ☐ Nein ☐

2.11.1. Wenn ja, welche sind das?

☐ WWSZ-Modell (**W**arten, **W**iederholen, **S**piegeln, **Z**usammenfassen)
☐ NURSE-Modell (**N**aming, **U**nderstanding, **R**especting, **S**upporting, **E**xploring)
☐ Sonstiges: _____

2.12. Wie häufig empfehlen Sie nach eigener Schätzung die folgenden Maßnahmen?

A. Gesundheitsseminar (4 Tage):_____/Monat
B. Gesundheitstraining (11+3 Tage) :_____/Monat
C. Gesundheitstraining (21 Tage) :_____/Monat

2.12.1. Orientieren Sie sich dabei an dem aktuell vorhandenen Kontingent?

Ja ☐ Nein ☐

Empfehlen Sie darüber hinaus weitere Maßnahmen?

D. [redacted]:_____/Monat
E. Ernährungsberatung (extern):_____/Monat
F: Sonstige 1: _____ ...../Monat ... Externes Angebot?: Ja ☐ Nein ☐
G: Sonstige 2: _____ ...../Monat ... Externes Angebot?: Ja ☐ Nein ☐
H: Sonstige 3: _____ ...../Monat ... Externes Angebot?: Ja ☐ Nein ☐
I: Sonstige 4: _____ ...../Monat ... Externes Angebot?: Ja ☐ Nein ☐

2.13. Welche **Faktoren** (z.B. Motivation, körperl. Voraussetzungen, Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz etc...) sind für Sie entscheidend für die Empfehlung einer möglichen Maßnahme? Bitte begründen Sie kurz

A) Allgemein

1._____

2._____

3._____

B) speziell für das Gesundheitsseminar (4 Tage)

1._____

2._____

3._____

C) speziell für das Gesundheitstraining (11+3 Tage)

1._____

2._____

3._____

D) speziell für das Gesundheitstraining (21 Tage)

1._____

2._____

3._____

E) speziell für Sonstige

1._____ Externes Angebot?: Ja ☐ Nein ☐

2._____ Externes Angebot?: Ja ☐ Nein ☐

3._____ Externes Angebot?: Ja ☐ Nein ☐

2.14. Welche **weiteren Personen beziehen Sie in die fachliche Entscheidung einer Maßnahme (GS/GT)** außer dem Mitarbeiter selbst und Ihnen mit ein? Warum und wie häufig?

☐ Niemanden

_____

☐ Sozialberatung _____ _____%

_____

☐ Führungskraft _____ _____%

_____

☐ Personalverantwortliche _____ _____%

_____

☐ Health Promotion_____ _____%

_____

☐ Facharzt _____ _____%

_____

☐ Hausarzt _____ _____%

_____

☐ Sonstige:_____ _____%

_____

3. Fragen bzgl. der Mitarbeiter

Nun kommen Fragen, die auf die Motivation der Mitarbeiter im Kontext Gesundheit/Lebensstil abzielen.

3.1. Welche **Vorteile** sehen Sie in den Check-ups **für die Mitarbeiter**? Bitte nennen Sie jeweils **die wichtigsten drei**.

1._____
2._____
3._____

3.1.1. Sehen Sie auch kritische Punkte?

Ja ☐ Nein ☐

3.1.2. Wenn ja, welche?

1._____
2._____
3._____

3.2. Welche **Vorteile** sehen Sie in den **Gesundheitsseminaren und –trainings** für die Mitarbeiter? Bitte nennen Sie jeweils **die wichtigsten drei**.

allgemein	**Gesundheitsseminar**	**Gesundheitstraining 11+3**	**Gesundheitstraining 21**
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.

3.2.1. Sehen Sie auch kritische Punkte?

Ja ☐ Nein ☐

3.2.2. Wenn ja, welche?

allgemein	Gesundheitsseminar	Gesundheitstraining 11+3	Gesundheitstraining 21
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.

3.3. Wie würden Sie den **nachhaltigen Erfolg** der verschiedenen Maßnahme beschreiben?

3.3.1. Gesundheitsseminar

sehr gut ☐ gut ☐ neutral ☐ nicht so gut ☐ gar nicht gut ☐

3.3.1.1. Wo sehen Sie Optimierungsbedarf?

1._____

2._____

3._____

3.3.2. Gesundheitstraining 11+3

sehr gut ☐ gut ☐ neutral ☐ nicht so gut ☐ gar nicht gut ☐

3.3.2.1. Wo sehen Sie Optimierungsbedarf?

1._____

2._____

3._____

3.3.3. Gesundheitstraining 21

sehr gut ☐ gut ☐ neutral ☐ nicht so gut ☐ gar nicht gut ☐

3.3.3.1. Wo sehen Sie Optimierungsbedarf?

1._____

2._____

3._____

3.4. Werden **bestimmte Mitarbeitergruppen (nach Tätigkeitstyp)** bzgl. der Teilnahme am Mitarbeiter-Check-up **besser erreicht** als andere? ☐ Ja Nein ☐

3.4.1. Wenn ja, welche werden besser erreicht? Wie schätzen Sie die prozentuale Verteilung?

☐ White Collar (Angestellte) _____%

☐ Blue Collar (Produktion) _____%

3.4.1.1. Falls ja, stimmt diese Verteilung mit der Gesamtverteilung der Mitarbeitergruppen des Versorgungsbereichs überein?

☐ Ja

☐ Nein, das Mitarbeiterverhältnis im Versorgungsbereich liegt bei ____% Angestellten und ____% aus der Produktion

3.5. Nehmen Sie einen Unterschied hinsichtlich der Altersgruppe bzgl. der Teilnahme am Mitarbeiter-Check-up wahr? Wie verhält es sich mit der **Erwartungshaltung** gegenüber möglichen Maßnahmen?

3.5.1. Altersunterschied Teilnahme ☐ Ja Nein ☐

3.5.1.1. Stimmt diese Verteilung mit der Gesamtverteilung der Altersgruppen des Versorgungsbereichs überein?

☐ Ja
☐ Nein, im Verhältnis werden mehr _____ erreicht

3.5.2. Altersunterschied Erwartungshaltung ☐ Ja Nein ☐

3.5.2.1. Wenn ja, können Sie das kurz **begründen**?

Teilnahme	**Erwartungshaltung**
1.	1.
2.	2.
3.	3.

3.6. Nehmen Sie einen geschlechtsbezogenen Unterschied bzgl. der Teilnahme am Mitarbeiter-Check-up wahr? Wie verhält es sich mit der **Erwartungshaltung** gegenüber möglichen Maßnahmen?

3.6.1. Geschlechterunterschied Teilnahme ☐ Ja Nein ☐

3.6.1.1. Stimmt diese Verteilung mit der Gesamtverteilung der Altersgruppen des Versorgungsbereichs überein?

☐ Ja
☐ Nein, im Verhältnis werden mehr _____ erreicht

3.6.2. Geschlechterunterschied Erwartungshaltung ☐ Ja Nein ☐

3.6.2.1. Wenn ja, können Sie das kurz **begründen**?

Teilnahme	Erwartungshaltung
1.	1.
2.	2.
3.	3.

3.7. Erfassen Sie die **Motivation** der Mitarbeiter zur **Lebensstiländerung**?

☐ Ja Nein ☐

3.7.1. Wenn, ja – wie erfassen Sie sie?

☐ Anamnesegespräch: Wie genau?_____

1._____

2._____

3.8. Geht die Motivation zur Lebensstiländerung in die Entscheidung einer Teilnahme an Maßnahmen (GS/GT) mit ein? ☐ Ja Nein ☐

3.8.1. Bitte begründen Sie kurz

1._____

2._____

3._____

3.9. Wie gehen Sie mit **inadäquaten Erwartungshaltungen** (Stichwort: Incentive) der Mitarbeiter bzgl. einer Teilnahme an Maßnahmen (GT/GS) um?

☐ Das kommt nicht vor.

1._____

2._____

3._____

3.10. Wie handhaben Sie das Verhältnis zwischen Bedarf und Angebot an Maßnahmen-Plätzen?

1._____

2._____

3._____

4. Fragen zum ärztlichen Nachgespräch

Gerne möchten wir Ihre Einschätzung des Nachgesprächs wissen.

4.1. Für wie wichtig erachten Sie das Nachgespräch?

☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ neutral ☐ nicht so wichtig ☐ gar nicht wichtig

4.1.1. Bitte begründen Sie kurz

1._____

2._____

3._____

4.2. Bieten Sie ein Nachgespräch an? ☐ ja ☐ nein

4.2.1. Wenn ja, wann vereinbaren Sie den Termin dazu?

☐ während des MC ☐ während der Voruntersuchung 6-8 Wochen vor der Maßnahme

☐ aktiv nach der Rückkehr des Mitarbeiters

☐ ich bitte den Mitarbeiter, sich nach der Rückkehr zu melden und einen Termin zu vereinbaren

☐ Praxis kontaktiert Mitarbeiter, wenn er Terminvereinbarung verpasst nach _____ Wochen

4.3. Wie viele Mitarbeiter nehmen das Nachgespräch nach einer Maßnahme (GS/GT) Ihrer Einschätzung nach in Anspruch? _____%

4.4. Wann findet das Nachgespräch meist in etwa statt?

_____ Wochen/Monate nach der Maßnahme (GT/GS)

4.4.1. Ist dieser Zeitabstand Ihrer Meinung nach optimal? ☐ Ja Nein ☐

4.4.2. Wenn nein, was wäre in Ihren Augen ein optimaler Zeitabstand?

_____ Wochen/Monate nach der Maßnahme (GT/GS)

4.5. Welche Inhalte hat das ärztliche Nachgespräch?

1._____

2._____

3._____

5. Ihre Einschätzung zum Mitarbeiter-Check-up

5.1. Sehen Sie **Optimierungsbedarf** für die Mitarbeiter-Check-ups? ☐ Ja Nein ☐

Woran denken Sie dabei im Detail?

A) ☐ diagnostische Verfahren

1._____
2._____
3._____

B) ☐ Parameter

1._____
2._____
3._____

C) ☐ Risikoeinstufung

1._____
2._____
3._____

D) ☐ Eingabefelder/Textbausteine ISIS

1._____
2._____
3._____

E) ☐ Sonstige

1._____
2._____
3._____

6. Persönliche Meinung

Nun noch ein paar Fragen zu Ihrer Meinung zur Rolle des Betriebsarztes und der Lotsenfunktion

6.1. Was sind in Ihren Augen die **wichtigsten Funktionen als Lotse** der Betriebsärzte? Bitte nennen Sie die wichtigsten **drei.**

1._____
2._____
3._____

6.2. Fühlen Sie sich **ausreichend informiert/qualifiziert**, um genau diese **Lotsenfunktion** auszufüllen? Ja ☐ Nein ☐

6.2.1. Wenn ja, welche Informationen/Qualifikationen haben dazu geführt bzw. waren am relevantesten?

Information von [redacted]

☐ FAQ-Liste zum MC

_____

_____

Vorangegangene Qualifikation/Zusatzqualifikationen

☐ Fortbildung Präventivmedizin (DAPM) ☐ Ernährungsmedizin

☐ Allgemeinmedizin ☐ Arbeitsmedizin

_____

_____

Sonstiges

☐ Teilnahme an einer Maßnahme (GS/GT)

_____

_____

6.2.2. Wenn nein, welche Informationen/Qualifikationen fehlen Ihnen noch?

_____

_____

6.3. Wie bewerten Sie die organisatorischen und informellen Rahmenbedingungen um diese Lotsenfunktion auszufüllen

6.3.1. **Personelle/zeitliche Kapazitäten** der betriebsärztlichen Dienststellen

sehr gut ☐ gut ☐ neutral ☐ nicht so gut ☐ gar nicht gut ☐

6.3.2. Bitte begründen Sie kurz

1._____

2._____

3._____

6.3.3. Datenschutzregularien

sehr gut ☐ gut ☐ neutral ☐ nicht so gut ☐ gar nicht gut ☐

6.3.4. Bitte begründen Sie kurz

1._____

2._____

3._____

6.3.5. Sonstiges:_____

sehr gut ☐ gut ☐ neutral ☐ nicht so gut ☐ gar nicht gut ☐

6.3.6. Bitte begründen Sie kurz

1._____

2._____

3._____

6.4. Für wie wichtig erachten Sie kollektive bzw. individuelle **Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung allgemein** in Betrieben?

Kollektiv: sehr wichtig ☐ wichtig ☐ neutral ☐ nicht so wichtig ☐ gar nicht wichtig ☐

Individuell: sehr wichtig ☐ wichtig ☐ neutral ☐ nicht so wichtig ☐ gar nicht wichtig ☐

6.4.1. Bitte begründen Sie kurz.

Kollektivmaßnahmen	Individuelle Maßnahmen
1.	1.
2.	2.
3.	3.

6.5. Sehen Sie über die aktuellen Maßnahmen bei [redacted] hinaus **zusätzlichen Bedarf** für sinnvolle Präventionsmaßnahmen?

Kollektiv: ☐ Ja Nein ☐

Individuell: ☐ Ja Nein ☐

6.5.1. Wenn ja, worin besteht dieser Bedarf?

Kollektivmaßnahmen	Individuelle Maßnahmen
1.	1.
2.	2.
3.	3.

6.6. Haben Sie weitere Anregungen oder Anmerkungen, die Sie für relevant halten?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme. Wir werden die gesammelten Daten verarbeiten und auswerten, sodass wir sie möglichst während der [redacted] Anfang Juni gemeinsam mit allen Teilnehmern besprechen und diskutieren können.

Anhang 4:

Die erstellten Protokolle aus den Interviews und der Fokusgruppen können beim Autor dieser Arbeit eingesehen werden.

Anhang 5: Informationsschreiben

Deutsche
Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

Informationsblatt zur wissenschaftlichen Begleitung der

Befragung der [redacted]-Betriebsärzte zum
Lotsencheck und der Lotsenfunktion der Betriebsärzte

Liebe(r) Studienteilnehmer/in,

[redacted] untersucht in einem gemeinsamen Projekt mit der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) die Lotsenfunktion der Betriebsärzte. Der Mitarbeiter-Check-Up nimmt dabei eine zentrale Rolle ein. Ihr Expertenwissen zu den Inhalten und Abläufen des Mitarbeiter Check-Up soll dazu beitragen, die bestmögliche Qualität der Maßnahmen und damit die Alleinstellungsmerkmale der Health-Management-Organisation sicherzustellen.

Was bedeutet die Teilnahme für Sie:

Phase 1:
Sie werden durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter der Deutschen Sporthochschule Köln telefonisch zu Ihrer Meinung in Bezug auf die Inhalte und Abläufe des Mitarbeiter-Check-up sowie die Lotsenfunktion befragt. Die Befragung wird ca. 60-90 min. dauern. Im Vorfeld wird ein für Sie passender Termin vereinbart. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden.

Phase 2:
Im Anschluss werden Fokusgruppen mit teilnehmenden Betriebsärzten stattfinden. Die Ergebnisse der vorangegangenen Befragungen werden vorgestellt und diskutiert. Vorhandene Problematiken werden analysiert und gemeinsam Lösungsansätze gesucht.

Datenschutzinformationen

Die Deutsche Sporthochschule Köln erhebt von Ihnen personenbezogene Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts. Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist für die DSHS dabei ein zentrales Anliegen. Dementsprechend sind wir den gesetzlichen Vorgaben, insbesondere der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (nachfolgend bezeichnet als „DS-GVO"), dem Datenschutzgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen und dem Hochschulgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen verpflichtet.

Mit diesen Datenschutzbestimmungen informieren wir Sie gemäß Art. 13 und 14 DS-GVO über den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihre Rechte nach der DS-GVO.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

Verantwortliche Stelle im Sinne der Datenschutzgesetze ist die

Deutsche Sporthochschule Köln
David Friesen
Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft/
Abteilung Bewegungs- und Gesundheitsförderung
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln
Deutschland
E-Mail: d.friesen@dshs-koeln.de

2. Wie kann der Datenschutzbeauftragte kontaktiert werden?

Der Datenschutzbeauftragte der verantwortlichen Stelle kann wie folgt kontaktiert werden:

Deutsche Sporthochschule Köln
Der Datenschutzbeauftragte
- persönlich -
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln
Deutschland
E-Mail: datenschutz@dshs-koeln.de

3. Für welche Zwecke und auf welchen Rechtsgrundlagen werden Ihre Daten verarbeitet?

Die DSHS erhebt von Ihnen personenbezogene Daten:

- Name
- Telefonnummer
- E-Mailadresse
- Stimmaufzeichnung im Rahmen des Telefoninterviews
- Angaben aus dem Fragebogen zu...
    - Der Teilnahme an Siemens-Maßnahmen
    - Zusatzqualifikationen

zum Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts. Der Name, die Telefonnummer und die E-Mailadresse werden zum Zwecke der Kontaktaufnahme gespeichert. Die Stimmaufzeichnung dient dem Abgleich der Mitschrift und wird im Anschluss gelöscht. Die Angaben aus dem Fragebogen dienen der wissenschaftlichen Evaluation. Die Codierung (persönliche ID wird gemeinsam während des Interviews erstellt) ist notwendig um Ihnen die Möglichkeit zu geben Ihre Daten jederzeit durch uns löschen zu lassen.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 a) DS-GVO

4. An wen werden Ihre Daten weitergeleitet?

Eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an Dritte erfolgt ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung nicht. Auch die Übermittlung an auskunftsberechtigte staatliche Institution und Behörden erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Auskunftspflichten oder wenn wir durch eine gerichtliche Entscheidung zur Auskunft verpflichtet werden. Sofern wir zur Zweckerfüllung auf vertraglich verbundene Fremdunternehmen und externe Dienstleister angewiesen sind, wurden diese von uns sorgfältig ausgewählt und beauftragt, sind an unsere Weisungen gebunden und werden regelmäßig kontrolliert.
Eine Veröffentlichung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt grundsätzlich nur in anonymisierter Form, also ohne die Möglichkeit einen Rückschluss auf Ihre Person zu ziehen. Eine Veröffentlichung in nicht anonymisierter Form erfolgt nur, wenn Sie hierin einwilligen oder wenn dies für die Darstellung der Forschungsergebnisse erforderlich ist und das öffentliche Interesse Ihre schutzwürdigen Belange erheblich überwiegt.

5. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Ihre Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist. Zuvor werden Ihre Daten pseudonymisiert und die Zuordnungsmerkmale, mit denen ein Bezug zu Ihrer Person hergestellt werden kann, gesondert gespeichert. Die Zuordnungsmerkmale werden mit den Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nur zusammengeführt, soweit der Forschungszweck dies erfordert. Sie werden gelöscht, sobald der Forschungszweck dies erlaubt.

6. Welche Rechte haben Sie?

Aufgrund der Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie uns gegenüber folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft nach Art. 15 DS-GVO,
- Recht auf Berichtigung Ihrer Daten nach Art. 16 DS-GVO oder Löschung Ihrer Daten nach Art. 17 DS-GVO,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DS-GVO,
- Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 DS-GVO.
- Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage einer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 S. 1 a) DS-GVO erfolgt, haben Sie gemäß Art. 7 Abs. 3 DS-GVO das Recht auf jederzeitigen Widerruf Ihrer Einwilligung, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
- Soweit Sie der Ansicht sind, dass Ihre vorstehend aufgeführten Rechte im Sinne des geltenden Datenschutzrechts verletzt sind, haben Sie zudem nach Art. 77 DS-GVO das Recht sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Hierzu können Sie sich an

die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen,
Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf,
Telefon: 0211 38424 – 0
E-Mail unter poststelle@ldi.nrw.de

wenden. Weitere Informationen erhalten Sie unter http://www.ldi.nrw.de.

Sofern die Datenverarbeitung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 e) DS-GVO erfolgt, haben Sie nach Art. 21 DS-GVO das Recht, dieser Verarbeitung jederzeit unter der oben unter Ziff. 1 genannten Adresse zu widersprechen, sofern sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die dieser Datenverarbeitung entgegenstehen. Die Datenverarbeitung wird dann beendet, es sei denn, die DSHS kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder sofern die Verarbeitung der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient.

Anlage 6: Einwilligungserklärung

Deutsche Sporthochschule Köln
David Friesen
Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft
Abtl. Bewegungs- und Gesundheitsförderung
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsprojekt: Befragung der [redacted]-Betriebsärzte zum Mitarbeiter-Check-up und der Lotsenfunktion der Betriebsärzte
Durchführende Institution: Deutsche Sporthochschule Köln (DSHS)
Projektleitung: [redacted] Prof. Dr. Dr. Christine Graf (DSHS)
Interviewerin/Interviewer: David Friesen (DSHS)
Interviewdatum: _____
Beschreibung des Forschungsprojekts (zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ schriftliche Erläuterung

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Anschließend werden die Audioaufnahmen gelöscht.
Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht.
Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abzubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zu widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Durch den Widerruf der Einwilligungserklärung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligungserklärung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.
Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.
☐ja ☐nein

_____
Vorname; Nachname in Druckschrift

_____
Ort, Datum / Unterschrift

9 Abstract (deutsch)

Hintergrund:
Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) haben das Ziel, möglichst viele Menschen für einen gesunden und aktiven Lebensstil zu sensibilisieren. Die Einbeziehung der betriebsärztlichen Expertise für die Gestaltung von BGF Maßnahmen wird von unterschiedlichen Institutionen und Experten gefordert. Die Umsetzung dieser Forderung ist aktuell noch sehr heterogen und der Nutzen einer solchen Vorgehensweise bislang kaum belegt. Eine Möglichkeit stellt der Einsatz als sogenannte Gesundheitslotsen dar, die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsuntersuchungen die Mitarbeiter in passgenaue interne (und externe) Maßnahmen überführen und deren Effekte prüfen. Im Rahmen der vorliegenden Analyse wurden diese Abläufe hinsichtlich zugrundeliegender Qualifikationen, Standards, Prozesse und Verbesserungspotenzial evaluiert.

Methodik:
In einem deutschen, international tätigen Konzern wurden 43 bzw. 42 von 48 Betriebsärzten per Leitfadeninterviews und darauf aufbauenden Fokusgruppengesprächen bzgl. der Strukturen (Gesundheitsuntersuchung inkl. der Ausgestaltung, Gesundheitsseminare, weitere interne und externe BGF-Maßnahmen) und Abläufe sowie zu ihrer Rolle als Gesundheitslotsen befragt. Auf Basis der Ergebnisse wurden Handlungsempfehlungen für das Unternehmen entwickelt.

Ergebnisse:
Im Rahmen der Interviews gaben die meisten Betriebsärzte an, sich ausreichend qualifiziert bzw. informiert für die Ausübung der Lotsenfunktion (n=40) zu fühlen und zeigten eine hohe Vertrautheit mit der neu eingeführten Gesundheitsuntersuchung (n=38). Als besonders vorteilhaft sahen sie die zusätzliche Zeit, die sie mit den Patienten hatten (n=17) und die Möglichkeit zum Kontaktaufbau zu sonst schwer erreichbaren Mitarbeitern (n=16). Als wichtigste Funktionen als Gesundheitslotsen wurden zielgruppengerechte Maßnahmenempfehlungen (n=28), die ärztliche Beratung (n=26) und die Erfassung des Gesundheitsstatus (n=11) genannt. In Bezug auf die Gesundheitsuntersuchung waren mehr als die Hälfte mit allen eingesetzten Erhebungsinstrumenten zufrieden (n=26). Dennoch wurde von 41 BA mindestens ein Optimierungsvorschlag geäußert. Unter anderem wurde der eingesetzte Kaluza-Fragebogen zur Stressdiagnostik kritisiert, da er wenig aussagekräftig sei (n=8) und ersetzt

werden sollte (n=8). Auch der genutzte Score zur Berechnung des kardiovaskulären Risikos sei nicht optimal (n=21).

In den Fokusgruppen (n=42) schlugen die BA zur Betreuungsoptimierung „Digital Coaching“ und zusätzliche Qualifikationsmöglichkeiten (z.B. Motivational Interviewing) vor. Darüber hinaus sollte der Zugang zur Gesundheitsuntersuchung besser kommuniziert werden – insbesondere für vulnerable Mitarbeitergruppen des Unternehmens.

Schlussfolgerung:
Insgesamt zeigte sich eine hohe Vertrautheit mit der neuen Gesundheitsuntersuchung. Für die eingesetzten diagnostischen Mittel gab es dabei eine mittlere bis gute Akzeptanz. Die Lotsenfunktion zeichnete sich insbesondere durch einen hohen Anteil an (motivierender) Beratung und einer individuellen Maßnahmenempfehlung aus.

Die aus den Ergebnissen formulierten Handlungsempfehlungen dienen in erster Linie der Steigerung der unternehmensinternen Qualität der Gesundheitsuntersuchung und der Lotsenfunktion. Unklar sind aktuell die Effekte auf der Mitarbeiterebene und die (langfristigen) Wirkungen möglicher Maßnahmen.

10 Abstract (englisch)

Background:
Measures in workplace health promotion (WHP) aim to sensitize as many people as possible to a healthy and active lifestyle. The inclusion of occupational medical expertise for the design of health promotion measures is demanded by various institutions and experts. The implementation of this demand is currently still very heterogeneous and the benefit of such an approach has hardly been proven so far. One possibility is the use of so-called health guides, who, in the context of company health examinations, transfer employees to precisely fitting internal (and external) measures and check their effects. In the context of the present analysis, these procedures were evaluated with regard to underlying qualifications, standards, processes and potential for improvement.

Methods:
In a German, internationally active company, 43 respectevely 42 of 48 company phy-

sicians were interviewed via guided interviews and subsequent focus group discussions regarding the structures (health check-up incl. design, health seminars, further internal and external BGF measures) and processes as well as their role as health guides. Based on the results, recommendations for action were developed for the company.

Results:
During the interviews, most company physicians stated that they felt sufficiently qualified and informed to perform the health guide function (n=40) and showed a high level of familiarity with the newly introduced health check-up (n=38). They appreciated the additional time they had with patients (n=17) and the opportunity to build contact with otherwise hard-to-reach staff (n=16) as particularly beneficial. Recommending interventions to target groups (n=28), providing medical advice (n=26), and recording health status (n=11) were cited as the most important functions as health guides. With regard to the health check-up, more than half were satisfied with all medical instruments used (n=26). Nevertheless, at least one suggestion for optimization was expressed by 41 BA. Among other things, the Kaluza questionnaire used to diagnose stress was criticized for being impractical (n=8) and should be replaced (n=8). The score used to calculate cardiovascular risk was also not optimal (n=21).

In the focus groups (n=42), BA suggested "digital coaching" and additional qualification opportunities (e.g., motivational interviewing) to optimize care. In addition, access to health screening should be better communicated - especially for vulnerable groups of the company's employees.

Conclusion:
Overall, there was a high level of familiarity with the new health examination. There was a medium to good level of acceptance for the diagnostic tools used. The health guide function was characterized in particular by a high proportion of (motivating) advice and an individual recommendation of measures.

The recommendations for action formulated from the results primarily serve to increase the internal quality of the health examination and the health guide function. The effects at the employee level and the (long-term) effects of possible measures are currently unclear.