

Gesundheitsreport 2010

Teil 2



Ergebnisse der Internetstudie
zur Gesundheitskompetenz



Impressum

Herausgeber:

BARMER GEK, Berlin
Versorgungsmanagement

Dieser Bericht wurde erstellt im Auftrag
der BARMER GEK von
Prof. Dr. Rainer Wieland und Dipl.-Phys. Mike Hammes

Kompetenzzentrum für Fortbildung und
Arbeitsgestaltung der Bergischen Universität Wuppertal
www.komfor.uni-wuppertal.de

Technologiezentrum Wuppertal W-tec GmbH

Lise-Meitner-Straße 1-13, Haus 1
42119 Wuppertal
Telefon: 0202 - 439 2291

Redaktion:

Werner Froese
Solveig Wessel
Ingrid Reich



Inhalt

I Gesundheitskompetenz

1. Gesundheit als Ressource und Kostenfaktor **4**
2. Was versteht man unter Gesundheitskompetenz? **5**

II Die Internetstudie zur Gesundheitskompetenz 2010

3. Ziele der Studie **8**
4. Konzeption und Inhalte **9**
5. Technische Hinweise **12**
6. Wer hat mitgemacht? **16**

III Ergebnisse der Internetstudie - Erwerbstätige

7. Die Person als Einflussfaktor **20**
 - 7.1 Gesundheitskompetenz **20**
 - 7.2 Gesundheitskompetenz und Gesundheitsfaktoren **30**
 - 7.3 Gesundheitsfaktoren und Lebensqualität **34**
 - 7.4 Wohlbefinden im Alltag und Gesundheitskompetenz **35**
 - 7.5 Gesundheitstypen **44**
8. Bildung und Gesundheit **50**
 - 8.1 Bildung und Gesundheitswissen **50**
 - 8.2 Bildung und gesundheitsbezogenes Informationsverhalten **51**
 - 8.3 Bildung und Vorsorgeverhalten **52**
 - 8.4 Bildung und Gesundheitskompetenz **54**
9. Die Arbeit als Einflussfaktor- Organisationale Gesundheitskompetenz **56**
 - 9.1 Gesunde Führung und Unternehmenskultur **56**
 - 9.2 Gesunde Führung, Gesundheitskultur, allgemeines Wohlbefinden und Gesundheitskompetenz **58**
 - 9.3 Bedeutet gesunde Führung auch ein gesünderes Leben der Beschäftigten? **59**
 - 9.4 Sind Handlungsspielräume immer gesundheitsförderlich? **61**
10. Absentismus und Präsentismus **66**
 - 10.1 Präsentismus - Die verborgene Ursache für Produktivitätsverluste **66**
 - 10.2 Absentismus und Präsentismus in der Internetstudie **67**
 - 10.3 Warum gehen wir krank zur Arbeit? **69**
 - 10.4 Einfluss der Gesundheitskompetenz **72**

IV Ergebnisse der Internetstudie – Nicht-Erwerbstätige

11. Gesundheitskompetenz **77**
 - 11.1 Wie hoch ist die Gesundheitskompetenz ausgeprägt? **77**
 - 11.2 Hohe und geringe Gesundheitskompetenz - Worauf nimmt sie Einfluss? **79**
 - 11.3 Gesundheitskompetenz und Beurteilung von „Gesundheitsfaktoren“ **79**
 - 11.4 Gesundheitsfaktoren und Lebensqualität **81**
 - 11.5 Wohlbefinden im Alltag und Gesundheitskompetenz **82**
12. Gesundheitstypen **83**
 - 12.1 Gesundheitstypen: Häufigkeiten und Profile **83**
 - 12.2 Geschlechts- und Altersverteilung der Gesundheitstypen **85**
 - 12.3 Gesundheitskompetenz und andere Merkmale der Gesundheitstypen **86**

V Fazit und Empfehlungen

13. Individuelle Gesundheitskompetenz **87**
14. Organisationale Gesundheitskompetenz **90**
15. Lebensqualität als Bewertungskriterium für die Work-Life-Balance **92**

Literaturhinweise **94**

Abbildungsverzeichnis **97**

Tabellenverzeichnis **99**

Informationsboxen **99**

Anhang **100**

I Gesundheitskompetenz

1. Gesundheit als Ressource und Kostenfaktor

Die Gesundheit wird in Zukunft als gesellschaftliches, wirtschaftliches und individuelles Gut noch stärker in den Fokus der öffentlichen Diskussion geraten. Dabei erscheint Gesundheit in einer Doppelrolle, die durch ihren positiven Wert (Nutzen) einerseits und den hohen Aufwand zu ihrer Erhaltung (Kosten) andererseits gekennzeichnet ist.

Als Kostenfaktor verschlingt das Gesundheitswesen, u. a. verursacht durch die steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung und den demografischen Wandel bzw. die alternde Gesellschaft, ca. 10,6 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Wie das Statistische Bundesamt (Destatis, Pressemitteilung Nr. 126 vom 06.04.10) anlässlich des Weltgesundheitstages mitteilte, betragen die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahr 2008 insgesamt 263,2 Milliarden Euro. Sie stiegen damit gegenüber dem Vorjahr um 9,9 Milliarden Euro oder 3,9 %. Die Ausgaben für jeden Einwohner lagen damit bei rund 3.210 Euro (2007: 3.080 Euro). Als Nutzenfaktor sind es mindestens vier zum Teil miteinander verknüpfte Bereiche, in denen Gesundheit als Wert schöpfende Ressource in Zukunft zunehmend wichtiger wird:

- Gesundheit sichert die Beschäftigungs- und Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung.
 - Sie rückt als Unternehmensressource – als Produktivitätsfaktor und Voraussetzung dafür, die Qualifikation älterer, hochqualifizierter Beschäftigter möglichst lange zu nutzen - zunehmend in den Fokus des strategischen Managements von Unternehmen.
 - Gesundheit ist ein hohes individuelles Gut und Sinnbild für Lebensqualität. Auch der persönliche und konsumtive Nutzen, den man aus seinem Einkommen erzielen kann, ist vom Gesundheitszustand des Einzelnen abhängig.
 - Die Gesundheitswirtschaft ist Jobmotor und Wachstumsfaktor Nummer Eins. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, waren zum 31.12.07 rund 4,4 Millionen Menschen in Deutschland und damit etwa jeder zehnte Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig. Im Jahr 2007 gab es im Gesundheitswesen damit rund 63.000 Arbeitsplätze mehr als im Jahr 2006. Das entspricht einem Beschäftigungswachstum von 1,5 %. Auf die Gesundheitsbranche entfällt ein Zehntel aller Unternehmensgründungen. Bis zum Jahr 2020 sind nach Schätzungen des Instituts für Arbeit und Technik (IAT Gelsenkirchen) bis zu 800.000 neue Jobs in der Branche möglich.
- Die Kompetenz des Einzelnen, von Unternehmen, Regionen (Städten, Bundesländern) oder auch einer ganzen Nation zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit wird deshalb zukünftig für das erfolgreiche Funktionieren unserer Gesellschaft eine zentrale Rolle spielen.

Das Bildungssystem und die gesellschaftlich vermittelte Gesundheitskultur in Kindergarten, Schule, Universität, Berufsausbildung und anderen Bildungsinstitutionen (Aus- und Weiterbildung) können eine wichtige Katalysatorfunktion bei der Entwicklung der Gesundheitskompetenz übernehmen. Insbesondere sind hier die Universitäten als Bildungsträger und Forschungsinstitutionen gefragt. Sie können entscheidend dazu beitragen, dass Gesundheit bzw. Gesundheitskompetenz als zentrales Thema der Zukunft mit dem notwendigen Nachdruck aufgegriffen und weiterentwickelt wird. Ein Schritt in diese Richtung ist auch das von der BARMER GEK unterstützte Bergische Kompetenzzentrum für Gesundheitsmanagement und Public Health. Ziel dieses an der Bergischen Universität Wuppertal angesiedelten und von der Bergischen Gesundheitswirtschaft finanzierten Instituts ist u. a., die Gesundheitskompetenz der Bergischen Region zu stärken (vgl. dazu Informationsbox 1)

› Informationsbox 1: Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsmanagement und Public Health (BKG)

Das Bergische Kompetenzzentrum für Gesundheitsmanagement und Public Health (www.gesundheit.uni-wuppertal.de) wird von der gemeinsamen Überzeugung seiner Initiatoren getragen, dass Gesundheit einen zentralen Wert für jeden einzelnen Menschen, jedes Unternehmen und die Gesellschaft darstellt. Gesundheit ermöglicht Leistung, Wertschöpfung und Lebensqualität. Erforschen, lehren und anwenden, was gesund macht, lautet daher die Maxime des BKG.

Die Gesundheit des Menschen steht in den zentralen Handlungsfeldern des BKG auf vielfältige Weise im Mittelpunkt:

- Angebot zukunftsweisender Vollzeit- und berufsintegrierter Studiengänge zur Gesundheitsökonomie und zum Gesundheitsmanagement sowie kontinuierlicher Austausch zwischen Lehrenden und Studierenden im Rahmen von Gesundheits-Workshops.
- Entwicklung praxisbezogener Weiterbildungsangebote für verschiedene Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen sowie wissenschaftsgestützte und qualitätsgesicherte Beratungsdienstleistungen (Beratungs-Services) für die Gesundheitswirtschaft.
- Initiierung und Durchführung exzellenter, interdisziplinärer Forschung auf nationaler und internationaler Ebene, die sich mit den Herausforderungen der Gesundheit von morgen befasst.

Die hier aufgezeigte herausragende Rolle, die Gesundheit als Ressource in Zukunft spielen wird, macht deutlich, warum Gesundheitskompetenz im Mittelpunkt dieser Studie steht. Was man darunter versteht, beschreibt der nachfolgende Abschnitt.

2. Was versteht man unter Gesundheitskompetenz?

Im ersten Teil des Gesundheitsreports 2010 „Gesundheitskompetenz im Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern“ wurde bereits ausführlich dargestellt, was sich hinter dem Begriff „Gesundheitskompetenz“ verbirgt. Um die in diesem Report dargestellten Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz besser verstehen zu können, sind einige zentrale Punkte noch einmal kurz zusammengefasst.

Kompetenz beschreibt im Unterschied zur (beruflichen) Qualifikation die Befähigung oder Kapazität zur Bewältigung ungewöhnlicher Herausforderungen und Belastungen (z. B. Krankheiten) in einem konkreten Kontext. Dies schließt auch die Motivation und Befähigung zur selbstständigen Weiterentwicklung von Wissen und Können auf einem Gebiet ein (vgl. dazu Bergmann, 2000). Kompetenz zeigt sich darin, dass wir in der Lage sind, zuvor nicht Bekanntes, wie z. B. eine Krankheit, erfolgreich zu meistern. Kompetenz ist das, „was ein Mensch kann, weiß und zeigt“ (Kauffeld, 2000).

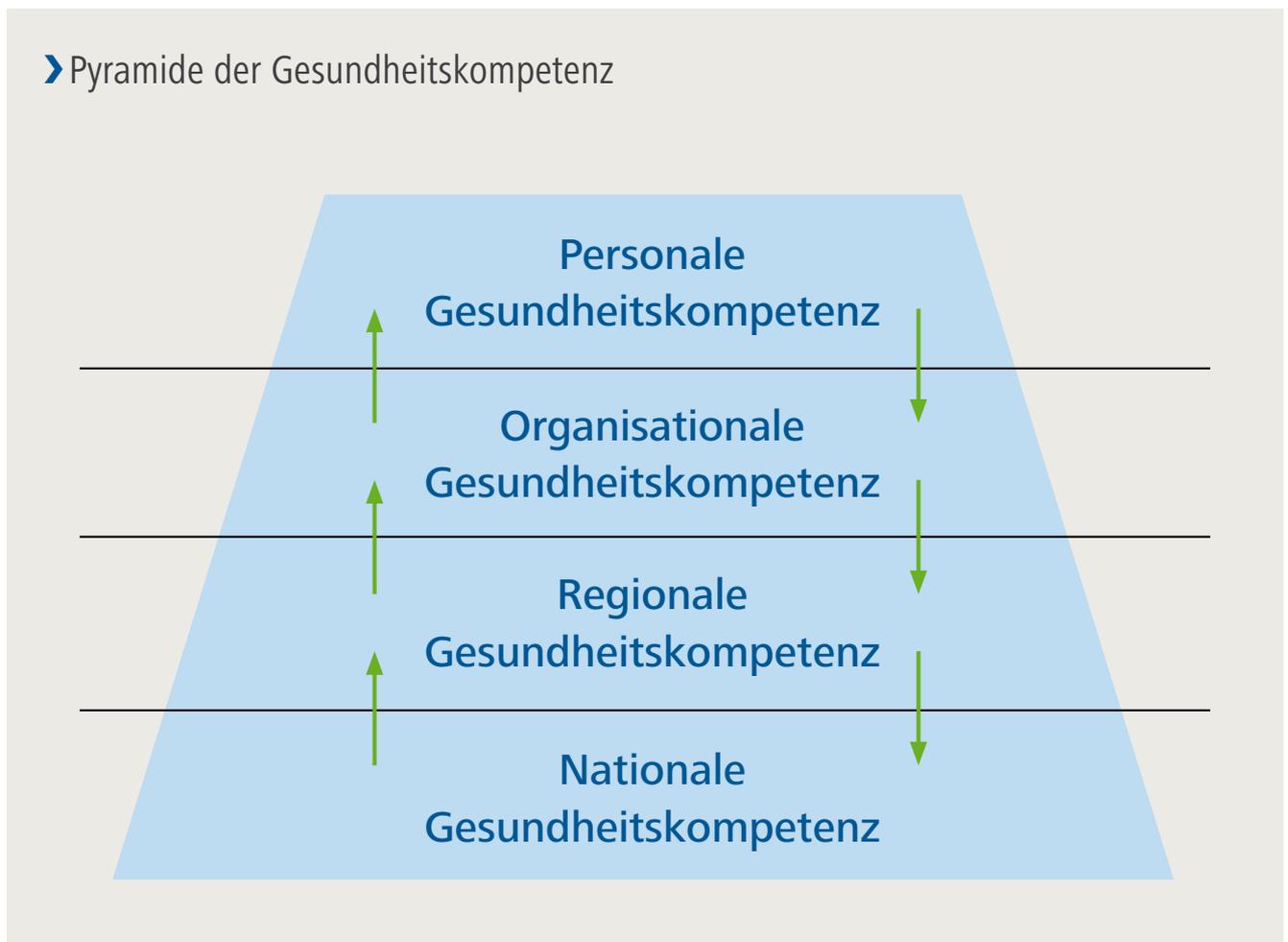
Gesundheitskompetenz ist also keine einmal erlernte oder erworbene Fähigkeit oder Qualifikation, die wir bei Bedarf automatisch abrufen oder anwenden können.

Die Pyramide der Gesundheitskompetenz.

Die Gesundheitskompetenz wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Sie entsteht im Kontext lebenslanger Lern- und Sozialisationsprozesse. Familie, Kindergarten, Schule, Ausbildung und Arbeitsplatz, das soziale (soziale Schicht, sozioökonomischer Kontext) und regionale (Stadt, Region, Bundesland) Umfeld sowie die vorherrschenden Wertvorstellungen einer Nation zum Thema Gesundheit bilden dabei die Erfahrungswelten und Handlungsfelder, die Einfluss auf die Gesundheitskompetenz nehmen.

Die Kompetenz zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit oder zur Bewältigung von Krankheiten kann sich auf verschiedenen Ebenen zeigen bzw. dort unterschiedlich ausgeprägt sein. Vier Ebenen lassen sich dabei unterscheiden: Die individuelle, die organisationale, die regionale und die nationale Ebene. Zwischen diesen vier Ebenen der Gesundheitskompetenz bestehen vielfältige Wechselwirkungen. Die „Pyramide der Gesundheitskompetenz“ in Abbildung 1 veranschaulicht dieses Beziehungsgefüge.

› Abbildung 1: Pyramide der Gesundheitskompetenz (s. BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1)



Was sich hinter den Begriffen der individuellen, organisationalen, regionalen und nationalen Gesundheitskompetenz verbirgt, wird im Folgenden kurz erläutert. Eine ausführliche Beschreibung dazu enthält der BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1.

Personale Gesundheitskompetenz.

Die individuelle oder personale Gesundheitskompetenz bezieht sich auf die individuellen Erfahrungen, Erwartungen und Fähigkeiten, gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen aktiv und wirksam zu begegnen und die Gesundheit durch geeignete Maßnahmen zu erhalten und zu fördern. Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie mit ihrer Gesundheit umgehen, wie viel Vorsorge sie betreiben und welche Strategien sie zur Bewältigung körperlicher Beschwerden oder von Krankheiten entwickelt haben. Gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen und Gewohnheiten (z. B. Ernährung, Bewegung), das Verantwortungsgefühl für sich selbst und für andere Bezugspersonen, das Vertrauen in die Wirksamkeit des eigenen Handelns (Selbstwirksamkeit) und die Fähigkeit, Krankheiten aktiv und wirksam zu begegnen, haben einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit. Das der Studie „Gesundheitskompetenz 2010“ zugrunde liegende Konzept der individuellen Gesundheitskompetenz setzt sich aus drei Facetten der Gesundheitskompetenz zusammen: Gesundheitsziele, Erfolgszuversicht und Bewältigungsfähigkeit.

› Beispielfragen:

Gesundheitsziele: „Wenn ich Vorsätze und Pläne bezüglich meiner Gesundheit mache, halte ich mich auch daran“;
Erfolgszuversicht: „Wenn unerwartete Beschwerden auftreten, kann ich diese gut bewältigen“; Bewältigungsfähigkeit: „Gesundheitlichen Problemen sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann“.
Insgesamt besteht der Fragebogen zur Gesundheitskompetenz aus 10 Fragen (vgl. dazu Wieland & Hammes, 2008).

Organisationale Gesundheitskompetenz.

Darunter versteht man die Fähigkeit und die Potenziale einer Organisation, durch systematisches Management der Bedingungen und Ressourcen die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern. Sichtbar wird dies anhand der Gesundheitskultur eines Unternehmens sowie der Aktivitäten und Maßnahmen, die ein Unternehmen in die Gesundheit seiner Beschäftigten investiert (Betriebliches Gesundheitsmanagement). In Kapitel 9 wird das Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz noch näher erläutert.

Regionale Gesundheitskompetenz.

Regionen, also z. B. Städte oder Bundesländer, unterscheiden sich hinsichtlich der Möglichkeiten, die sie ihren Bewohnern an Gesundheitseinrichtungen, Gesundheitsdienstleistungen, ärztlicher und stationärer Versorgung bieten. Die zukünftigen regionalen Entwicklungen auf dem Gesundheitssektor werden durch zwei grundsätzliche Trends beeinflusst: Durch den demografischen Wandel nehmen die Bevölkerungszahlen ab und das Durchschnittsalter steigt an. Die regional unterschiedlich verlaufende Bevölkerungsentwicklung ist mit einer regional stark differenzierten Gesundheitsstruktur verbunden. So beschreiben z. B. Becker und Wahrendorf in ihrem Krebsatlas 1981 bis 1990 die regionalen Unterschiede in der Mortalität und Inzidenz verschiedener Krebsformen und begründen damit regional unterschiedliche Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien.

Nationale Gesundheitskompetenz.

Auf nationaler Ebene sind es die sozial- und wirtschaftspolitischen Ausgestaltungen des Gesundheits- bzw. Versorgungssystems, die die Gesundheitskompetenz einer Nation beeinflussen. Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Bevölkerung, die Gesundheitskultur einer Nation sowie die Wertvorstellungen zum Thema Gesundheit, wie sie z. B. in der gegenwärtigen Diskussion der Gesundheitsreform zum Ausdruck kommen und über die Presse vermittelt werden, spielen hier eine bedeutsame Rolle.

In der Online-Befragung zur Gesundheitskompetenz 2010 werden nur zwei Ebenen der Gesundheitskompetenz berücksichtigt: die individuelle, personale Gesundheitskompetenz und die organisationale Gesundheitskompetenz. Über Merkmale und Indikatoren der regionalen und nationalen Gesundheitskompetenz geben gesundheitsökonomische Statistiken und Quellen Auskunft, wie z. B. die Berichte des Robert Koch-Instituts in Berlin.

II Die Internetstudie zur Gesundheitskompetenz 2010

3. Ziele der Studie

Gesundheit ist ein Thema, das uns vor allem dann bewegt, wenn sie uns abhanden gekommen ist. Dann ist unsere Kompetenz gefragt, unsere Gesundheit soweit wie möglich wiederherzustellen. Die Internetstudie „Gesundheitskompetenz 2010“ vermittelt neue und zum Teil überraschende Erkenntnisse über die psycho-sozialen Ursachen der Gesundheitskompetenz und die Wirkungen, die die Gesundheitskompetenz auf das Wohlbefinden und die Gesundheit hat.

Wie kann man die Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken und die Gesundheitskultur fördern? Unter diesem Blickwinkel wurde Gesundheitskompetenz als Unternehmensressource der Zukunft im Teil 1 des BARMER GEK Gesundheitsreports 2010 betrachtet. Die dem Teil 2 des Reports zugrunde liegende Internetstudie, die zusammen mit dem Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung der Bergischen Universität Wuppertal durchgeführt wurde, erweitert die Perspektive.

Ein wesentliches Anliegen der Internetstudie war es, erstmals auch Erkenntnisse über die psycho-sozialen Rahmenbedingungen zu gewinnen, die unsere Gesundheitskompetenz, unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit prägen. Während „Arbeit und Gesundheit“ inzwischen ein Thema ist, dem sich die Forschung und betriebliche Praxis in den letzten Jahren verstärkt zugewandt hat, gibt es bisher nur wenige Studien, die sich mit dem Einfluss arbeitsbedingter, psycho-sozialer und demografischer Faktoren auf die Gesundheitskompetenz befassen.

Erkenntnisse über den Zusammenhang von Persönlichkeit, Arbeit und Gesundheit bzw. die Kompetenz, sie zu erhalten, eröffnen neue Blickwinkel auf ein Spannungsfeld, das gegenwärtig viele Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik bewegt und sich zugespitzt durch die Frage ausdrücken lässt: Wie viel Eigenverantwortung, wie viel organisierte Gesundheit brauchen wir, um die gegenwärtige Situation im Gesundheitswesen zu bewältigen? Die individuelle Gesundheitskompetenz (Eigenverantwortung) hat dabei eine ebenso große Bedeutung wie die Gesundheitskompetenz eines Unternehmens (organisierte Gesundheit). Eine vermittelnde Rolle spielt in diesem Spannungsfeld die (Gesundheits-) Bildung und ihre psycho-sozialen bzw. demografischen Rahmenbedingungen wie Bildungsabschluss, Berufsausbildung, Art der Erwerbstätigkeit, Geschlecht und Alter.

Wichtige Fragen, die in diesem Zusammenhang zu klären sind, lauten: Welche Kompetenz haben die Bundesbürger, Krankheiten zu bewältigen und ihre Gesundheit zu erhalten und auch zu fördern? Unterscheidet sich die Gesundheitskompetenz von Frauen und Männern? Welche Rolle wird „Gesundheitsfaktoren“ wie Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung oder Familie und Arbeit für die Gesundheit zugeschrieben? Welchen Wert hat Gesundheit für die Lebensqualität des Einzelnen?

Welche Bedingungen am Arbeitsplatz beeinflussen unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit? Welche Motive bewegen Menschen dazu, krank zur Arbeit zu gehen? Ist Wohlbefinden nur eine subjektive Größe oder hat es auch gesundheitsökonomische Bedeutung?

Diese und weitere Fragen zum Thema Persönlichkeit, Arbeit und Gesundheit sind Gegenstand der Internetstudie „Gesundheitskompetenz 2010“, deren Ergebnisse hier dargestellt werden.

Die Gesundheitskompetenz als wichtige gesellschaftliche Ressource wurde auch im Kontext von Arbeit und Gesundheit untersucht. Die Ergebnisse der Internetstudie werden deshalb getrennt für Erwerbstätige und Nicht-Erwerbstätige dargestellt.

4. Konzeption und Inhalte

Das Konzept der Internetstudie basiert auf einem theoretisch begründeten arbeitspsychologischen Wirkungsmodell, das vom Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung der Bergischen Universität Wuppertal auch in Projekten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) eingesetzt wird. Das „Fünf x Fünf Wirkungsmodell“, das in Teil 1 des BARMER GEK Gesundheitsreports 2010 ausführlich dargestellt wurde, beschreibt und erklärt Wirkungszusammenhänge zwischen fünf wesentlichen Merkmalsbereichen der Arbeit: Arbeitsbedingungen und –aufgaben, Führungsverhalten, Personmerkmale bzw. Eigenschaften der Beschäftigten (z. B. Gesundheitskompetenz), psychische Beanspruchung und Erleben während der Arbeit sowie gesundheitsbezogene Folgewirkungen (z. B. körperliche Beschwerden und Fehlzeiten).

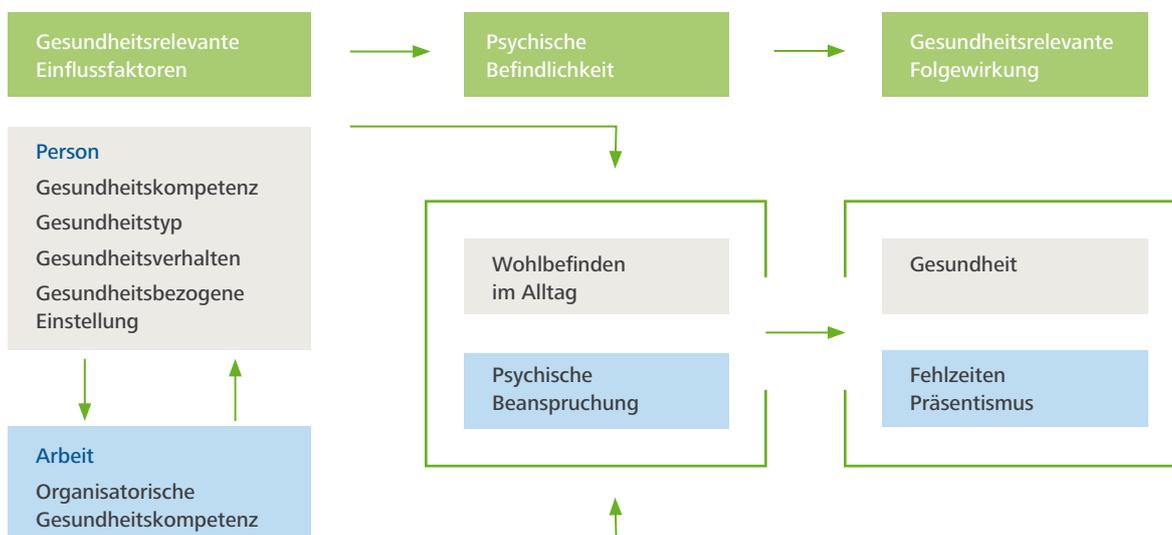
Während für den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit inzwischen zahlreiche Belege und in der Praxis erfolgreich erprobte Umsetzungsprojekte existieren (vgl. Ulich & Wülser, 2009; Wieland, 2010), gibt es nur wenige Studien, die umfassende Erkenntnisse über den Einfluss arbeitsbedingter und psycho-sozialer Faktoren auf die Gesundheit bzw. Gesundheitskompetenz als Gesundheitsressource liefern.

› Hier setzt die vorliegende Studie an. Im Einzelnen ging es darum, folgende Fragen zu klären:

- Welche Bedeutung hat Gesundheitskompetenz als individuelle und als organisationale Ressource für das Wohlbefinden und die Gesundheit?
- Wie beeinflussen gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen das Wohlbefinden im Alltag, die psychische Beanspruchung während der Arbeit und die daraus resultierenden Folgewirkungen (Gesundheitszustand, Fehlzeiten und Präsentismus¹)?
- Welche neuen und Erfolg versprechenden Wege und Maßnahmen lassen sich aus diesen Erkenntnissen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz und zur zukunftsfähigen Gestaltung fördernder sowie beeinträchtigender Bedingungen ableiten?

Zur Klärung dieser Fragen musste das „Fünf x Fünf Wirkungsmodell“ modifiziert und erweitert werden (vgl. Abbildung 2). Das Modell geht davon aus, dass systematische kausale Zusammenhänge zwischen gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren (Person- und Arbeitsmerkmalen), der psychischen Befindlichkeit (alltägliches Wohlbefinden, psychische Beanspruchung während der Arbeit) und den daraus resultierenden gesundheitsrelevanten Folgewirkungen (Gesundheitszustand, Fehlzeiten, Präsentismus) bestehen.

› **Abbildung 2: Modell zur Online-Befragung „Gesundheitskompetenz 2010“**



¹ Präsentismus beschreibt den Sachverhalt, dass Beschäftigte „krank zur Arbeit“ gehen (siehe die ausführliche Beschreibung in Kapitel 10)

Die einzelnen Modellkomponenten und ihre Zusammenhänge bildeten die Grundlage für die Analyse und Interpretation der Daten der Internetstudie, die nachfolgend genauer beschrieben werden. Für die Erwerbstätigen, die an der Befragung teilnahmen, treffen alle Bereiche zu; für die Nicht-Erwerbstätigen dagegen nur Fragen, die sich auf die hellblau hinterlegten Bereiche beziehen.

Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren

Merkmale der Person.

In der Internetstudie wurden neben demografischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Bildungsabschluss, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, Branche, Beschäftigungsdauer, Bundesland des Wohnortes) die individuelle Gesundheitskompetenz, der psychologische Gesundheitstyp, das Gesundheitswissen sowie verschiedene Aspekte des Gesundheitsverhaltens (gesundheitsbezogenes Informationsverhalten, Vorsorgeverhalten, gesundheitsbezogene Aktivitäten) erfasst. (Beispielfrage zur Gesundheitskompetenz: "Für jedes gesundheitliche Problem finde ich eine Lösung"; Beispielfrage zum Gesundheitstyp: "Ich lasse mich regelmäßig beim Arzt durchchecken"). Des Weiteren wurde danach gefragt, welche Bedeutung Gesundheitsfaktoren, wie Familie, Freizeit und Hobby, Ernährung, Bewegung und die berufliche Tätigkeit, für die eigene Gesundheit zugeschrieben wird.

Merkmale der Arbeit.

Ziel war hier, Merkmale der Arbeit zu erfassen, die die organisationale Gesundheitskompetenz kennzeichnen. Wesentliche Potenziale organisationaler Gesundheitskompetenz liegen, wie im BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1 ausführlich beschrieben, in der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsaufgaben und -bedingungen, in störungsfreien Arbeitsabläufen, einer mitarbeiter-orientierten Führungskultur sowie in der sozialen Unterstützung durch Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte. Als gesundheitsrelevante Gestaltungsmerkmale von Arbeitsaufgaben wurden deshalb in der Internetstudie u. a. die bei der Arbeit verfügbaren Gestaltungsspielräume (Entscheidungs- und Handlungsspielräume), Störungen von Arbeitsprozessen, das Arbeitsaufkommen und die Position im Unternehmen (z. B. Führungskraft) erfasst.

Weitere Merkmale organisationaler Gesundheitskompetenz sind der Führungsstil und die Gesundheitskultur eines Unternehmens. Da beide nachweisbaren Einfluss auf die Gesundheit haben (vgl. BARMER GEK Gesundheitsreport 2010, Teil 1) wurden diese Aspekte durch Fragen zur mitarbeiter-orientierten Führung (Beispielfrage: "Es liegt unserer/m Vorgesetzten am Herzen, dass wir MitarbeiterInnen uns bei der Arbeit wohl fühlen.") und zur Gesundheitskultur eines Unternehmens (Beispielfrage: "Die Gesundheit der Beschäftigten ist für unsere Unternehmensleitung ein wichtiges Thema.") erfasst.

Psychische Befindlichkeit

Psychische Befindlichkeiten werden aus zwei Perspektiven betrachtet: Psychische Beanspruchung während der Arbeit und Wohlbefinden im Alltag. Wann sind psychische Befindlichkeiten eher als gesundheitsförderlich oder als gesundheitsbeeinträchtigend zu werten? Auskunft darüber gibt die Wohlbefindens- bzw. Beanspruchungsbilanz. Sie wird ermittelt, indem positive und negative Befindlichkeiten bzw. Beanspruchungen ins Verhältnis zueinander gesetzt werden. Überwiegt die positive Befindlichkeit, liegt eine positive Bilanz vor; überwiegt die negative Befindlichkeit, liegt eine negative Bilanz vor. Nähere Erläuterungen dazu finden Sie bei der Darstellung der Befragungsergebnisse weiter unten. Das Psychische Befinden wurde mit Hilfe von Eigenschaftswörtern wie "energiegeladen/tatkräftig", "nervös/aufgeregt" und „einflussreich“ erfragt. Die Intensität konnte auf einer siebenstufigen Skala (0 = kaum bis 6 = außerordentlich) eingeschätzt werden.

Folgewirkungen auf die Gesundheit

Wie wirken sich das Wohlbefinden im Alltag und die psychische Beanspruchung während der Arbeit und im Alltag aus? Zur Beantwortung dieser Frage wurden in der Internetstudie folgende Merkmale erfasst: der gegenwärtige Gesundheitszustand und der Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen sowie Absentismus (krankheitsbedingte Fehlzeiten) und Präsentismus.

Was kann die Internetstudie leisten, welche Fragen soll sie beantworten?

Einzigkeit der Studie.

Bisher gibt es keine Studie, die die Zusammenhänge zwischen Arbeit, Persönlichkeit und Gesundheit in gleichem Umfang (knapp 5 000 Teilnehmer, s. u. Kapitel 6) untersucht hat. Die einzige Internet-Untersuchung, die sich mit Gesundheit und Arbeit beschäftigt, sollte prinzipiell prüfen, ob Intranet-Fragebögen zum Thema Gesundheit gegenüber den üblichen postalischen Fragebogen-Aktionen in Betrieben oder E-Mail-Fragebögen häufiger beantwortet werden (Jones & Pitt, 1999). Eine Übersicht über gesundheitsbezogene Internet-Fragebögen aus den Jahren 1995 bis 1999 geben Fischbacher, Chappel, Edwards und Summerton (2000). Darin findet sich außer oben genannter Studie keine weitere Internetstudie zum Thema Arbeit und Gesundheit.

Hinweis zur Repräsentativität.

Eine Frage, die häufig zu Studien gestellt wird, ist: Sind die Daten repräsentativ? Für welchen Zweck, wird in der Regel nicht hinterfragt. Die Aussagen von Internetstudien können nur bedingt verallgemeinert werden. Um den Verallgemeinerungsgrad in dieser Studie zu erhöhen, wurde großer Wert auf eine hinreichende Qualität gelegt und auf inzwischen gut ausgearbeitete Standards zurückgegriffen (vgl. Kapitel 5).

Vorrangiges Ziel dieser Studie ist es, Wirkungszusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Arbeit und Gesundheit zu erfassen, für die aufgrund zahlreicher wissenschaftlicher Studien hinreichend abgesicherte Erkenntnisse vorliegen (vgl. dazu etwa Bamberg, Ducki & Metz, 1998; Ulich & Wülser, 2009; Wieland, 2010). Diese Studien, die in vielen einschlägigen deutsch- und englischsprachigen Fachzeitschriften zu finden sind, basieren in der Regel ebenfalls nicht auf repräsentativen Stichproben, sondern nutzen ebenso eine wissenschaftlich fundierte Methodik (z. B. Kontrollgruppen-Designs) und statistische Auswertungsverfahren (z. B. Korrelations-, Regressions-, Cluster- oder Pfadanalysen), um Wirkungszusammenhänge aufzuspüren. Aufgrund der quantitativ und qualitativ breit gefächerten Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, liegt dieser Studie ein weitaus höherer Verallgemeinerungsgrad zugrunde als dies für vergleichbare Studien in aller Regel der Fall ist.

5. Technische Hinweise

Benutzerfreundlichkeit.

Bei der Fertigstellung des Online-Fragebogens wurde eine Reihe von Maßnahmen umgesetzt, damit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihn möglichst störungsfrei beantworten konnten. Ziel war, dass sich die teilnehmenden Personen auf die Beantwortung der Fragebögen konzentrieren und nicht von der Gestaltung des Fragebogens abgelenkt werden. Hinweise, die die Aufmerksamkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf sich zogen, sollten immer unterstützend wirken.

› Folgende Maßnahmen sind zu nennen:

- Klare, einfache Gestaltung ohne ablenkende Reize (Ausnahme: die Logos der BARMER GEK und der Bergischen Universität Wuppertal)
- Tabellarische und damit übersichtliche Darstellung der einzelnen Fragebögen
Gestaltung möglichst eindeutiger Hinweistexte für die Fragebögen; möglichst einfache und verständliche Formulierungen
- Ausgrauen bereits beantworteter Fragen (hier informierte ein visueller Hinweis über die Funktion des Ausgrauens)
- Schaltflächen "Zurück" und "Weiter", um durch die Seiten blättern zu können; Angabe von Seitenzahlen und Gesamtzahl der Seiten
- Visuelle Hinweise, falls eine Frage noch nicht beantwortet wurde, aber auf "Weiter" geklickt wurde; deutliche Hervorhebung noch nicht beantworteter Fragen
- Zwischenspeicherung bereits gegebener Antworten, so dass sie beim Blättern nicht erneut eingegeben werden mussten

Diese Gestaltungsmerkmale waren zum Teil von Beginn an im Konzept des Fragebogens vorgesehen. Zum Teil konnten aber auch Verbesserungen aufgrund der Rückmeldungen aus Vortests (Pilottests) vorgenommen werden. Als Pilottester wurden Beschäftigte der BARMER GEK, der Bergischen Universität Wuppertal, Studierende und Personen aus den privaten Umfeldern der Autoren angesprochen. Ihre Hinweise konnten in Verbesserungen einiger Formulierungen und in vereinzelte Verbesserungen der Benutzerfreundlichkeit einfließen. Die hier umgesetzten Maßnahmen berücksichtigen viele Empfehlungen zur Gestaltung gesundheitsbezogener Online-Fragebögen (Birnbaum, 2004; Ellen et al., 2003; Eysenbach, 2005; Strassnig, 2009; van Selm & Jankowski, 2006) und gehen zum Teil darüber hinaus. Das betrifft insbesondere die im Folgenden beschriebenen Sicherheitsfunktionen.

Sicherheitsfunktion.

Eine Online-Befragung ist mit verschiedenen potenziellen Gefahren verbunden, denen präventiv begegnet werden kann und sollte. Drei Bereiche sind zu berücksichtigen: der Datenschutz, der Schutz vor technischen Ausfällen und der Schutz vor Sabotage.

Datenschutz.

Um den Datenschutz für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sicherzustellen, wurden zwei Strategien verfolgt. Zum einen wurde auf Anonymität geachtet. Es ist unmöglich, über die im Fragebogen gegebenen Antworten Rückschlüsse auf einzelne Personen zu ziehen. Zum anderen wurden die Daten über ein verschlüsseltes Internetprotokoll (Secure Socket Layer, SSL) übermittelt. Diese Strategie verhindert, dass Dritte den Datenaustausch während der Beantwortung des Fragebogens mitlesen können, indem sie sich in die Internet-Verbindung einklinken. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden auf der ersten Seite über beide Maßnahmen informiert.

Mehrfach ausgelegte Server.

Technische Ausfälle wurden dadurch verhindert, dass der Fragebogen auf einem mehrfach ausgelegten (redundanten) Server abgelegt wurde. Das bedeutet, dass alle Funktionen des Servers, die für den Betrieb des Fragebogens notwendig waren, mehr als ein Mal vorhanden waren. Wäre eine dieser Funktionen ausgefallen, wäre sie automatisch ersetzt worden. Ein technischer Ausfall hätte nicht bemerkt werden können. Während der gesamten Laufzeit der Online-Befragung wurde nicht ein technischer Ausfall gemeldet.

Sicherheitstexte.

Online-Befragungen sind leider hin und wieder auch Ziele von Sabotage-Akten. Man kann eine Online-Befragung sabotieren, indem man den Fragebogen immer wieder aufruft und zufällige Antworten auf die Fragen gibt. So etwas von Hand zu machen, ist schwierig und aufwendig. Deshalb schreiben Saboteure Programme, die den Fragebogen immer wieder automatisch aufrufen und mit zufälligen Angaben ausfüllen. Um dies zu verhindern, wurden für die Online-Befragung zur Gesundheitskompetenz 2010 so genannte Sicherheitstexte eingesetzt. Dabei handelt es sich um etwas schwer lesbare bunte und verzerrte Texte, die vor einem bunten Hintergrund dargestellt sind (siehe Abbildung 3). Der Vorteil dieser Sicherheitstexte liegt darin, dass ein Mensch diese Texte noch recht gut lesen kann, Computer-Programme sind dazu aber kaum in der Lage. Und da die Antworten auf den Fragebogen erst dann gespeichert wurden, wenn der Sicherheitstext richtig eingegeben werden konnte, wurde die beschriebene Art von Sabotage unmöglich gemacht. Ein positiver Nebeneffekt könnte sein, dass die Aufforderung zur Bestätigung der Angaben die Qualität der Daten erhöht hat, da Personen, die nicht ernsthaft geantwortet haben, an dieser Stelle abbrechen konnten (vgl. auch van Selm & Jankowski, 2006, S. 445).

› Abbildung 3: Beispiel für einen Sicherheitstext (hier: lehjqu)



Sicherung der Datenqualität.

Eine gute technische Vorbereitung einer Online-Befragung stellt noch nicht sicher, dass alles problemlos funktioniert und qualitativ hochwertige Daten gesammelt werden. Probleme können immer noch verschiedenste Gründe haben. Zum Beispiel könnte der Fragebogen aufgrund eines technischen Problems mit dem Server nicht erreichbar sein. Oder die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verwenden verschiedene Programme zur Darstellung von Internetseiten, so genannte Browser. Oder es gibt Personen, die zwar neugierig sind, wie der Fragebogen aufgebaut ist, aber selbst keine ernsthaften Angaben machen wollen. Manche Personen rufen einen Fragebogen auch mehrfach auf, obwohl nur die einmalige Teilnahme gewünscht ist.

Browser-spezifische Anpassungen.

Vereinzelt wurden Meldungen gemacht, dass einzelne Personen nicht richtig blättern und deshalb den Fragebogen nicht ausfüllen konnten. Dieses Problem war auf bestimmte Einstellungen der verwendeten Browser zurückzuführen. Zwar wurde der Fragebogen mit jedem gängigen Browser getestet, auch jeweils mit unterschiedlichen Einstellungen (vgl. Birnbaum, 2004; Strassnig, 2009, S. 280 f.). Jedoch ist es kaum möglich, einen Online-Fragebogen auf allen Browsern und mit allen möglichen Einstellungen zu testen. Daher waren wir vor allem in der Anfangsphase sehr dankbar über detaillierte Hinweise auf solche Probleme, so dass wir den Fragebogen entsprechend anpassen konnten.

Plausibilitäts-Prüfung.

Der Fragebogen wurde so programmiert, dass zunächst alle Fragen auf einer Seite vollständig beantwortet werden mussten, bevor man zur nächsten Seite blättern konnte. Außerdem wurde bei jedem Blättern mit Hilfe eines Programms überprüft, ob die Daten plausibel und formal korrekt (valide) sind. Waren die Daten nicht valide, so wurde das Blättern abgebrochen und der Teilnehmer bzw. die Teilnehmerin musste ihre Angaben korrigieren. So konnte sichergestellt werden, dass nur vollständige und valide Angaben gespeichert wurden (siehe auch Strassnig, 2009, S. 284).

Datenmüll.

Um nicht ernst gemeinte Angaben von neugierigen Besuchern zu entfernen, wurden täglich die Daten des Vortages gesichtet. Gelöscht wurden solche Angaben, bei denen in bestimmten Fragebögen durchgängig die gleiche Antwort (z. B. immer "trifft vollständig zu") gegeben wurde oder die aufgrund des angegebenen Alters oder anderer numerischer Daten als unrealistisch betrachtet werden mussten.

Löschen mehrfacher Einträge.

Manchmal kommt es vor, dass Personen mehrfach an einer Online-Befragung teilnehmen. Dies ist bei Befragungen allerdings nicht gewünscht. Diesem Problem mit mehrfachen Einträgen (Duplikaten) wurde daher mit der Speicherung der Internet-Adressen der Computer (IP-Adressen) entgegengewirkt. Kamen mehrere Angaben von derselben IP-Adresse, so wurde geprüft, ob bestimmte Angaben wie Alter, Geschlecht und Bildung übereinstimmten. War das der Fall, dann wurden bis auf den ersten Datensatz alle Datensätze, die von dieser IP-Adresse stammten, gelöscht. Dieses Vorgehen löst zwar das Problem mit doppelten Angaben noch nicht vollständig, ist aber schon sehr wirksam (vgl. Birnbaum, 2004; Douglas et al., 1996; van Selm & Jankowski, 2006).

Internet-Statistik.

Aufschluss über die Qualität einer Online-Befragung geben auch Internet-Statistiken. Solche Statistiken zählen, wie oft die einzelnen Seiten eines Fragebogens aufgerufen wurden. Dabei werden auch das Datum und die Uhrzeit des Abrufs und die Besuchsdauer pro Seite gespeichert. Daneben wird festgehalten, aus welchem Ort der Abruf stattfand, welcher Browser und welches Betriebssystem verwendet wurden und von welcher IP-Adresse der Abruf stammte. Solche Daten sind nützlich, um z. B. festzustellen, wie viel Prozent der Besucher die gesamte Befragung abgeschlossen haben (Antwort-Rate; siehe van Selm & Jankowski, 2006, S. 447) oder wie viel Prozent der Besucher mehrmals die Online-Befragung besuchten. Auch, zu welchen Tageszeiten besonders viele Aufrufe stattfanden etc., kann ermittelt werden. Für die Online-Befragung zur Gesundheitskompetenz 2010 wurde eine entsprechende anonymisierte Internet-Statistik angelegt, die weiter unten ebenfalls ausgewertet wird.

Technische Umsetzung.

Für die technische Umsetzung des Fragebogens kamen verschiedene Technologien zum Einsatz. Das Grundgerüst wurde mit HTML (Hypertext Markup Language) erstellt. Das einheitliche Erscheinungsbild der Seiten wurde mit CSS (Cascading Style Sheets) realisiert. Die Überprüfung der Angaben auf Korrektheit und Vollständigkeit, aber auch visuelle Effekte wie das Ausgrauen beantworteter Fragen oder das Einblenden von Hinweisen, wurden mit JavaScript unter Zugriff auf das Document Object Model (DOM) programmiert. Die Daten wurden in einer MySQL-Datenbank auf einem Server gespeichert. Die Kommunikation zwischen den HTML-Seiten und der Datenbank wurde mit der Programmiersprache PHP programmiert. PHP diente außerdem für das Zwischenspeichern der Daten und die Steuerung durch die Seiten. Auch die Sicherheitstexte und die Diagramme und Texte für die Rückmeldungen wurden mit PHP programmiert.

Auswertung der Internet-Statistik.

Weiter oben wurde erläutert, dass für diese Internetstudie auch eine Internet-Statistik über das Antwort-Verhalten der Besucher erhoben wurde. Solche Statistiken sind nützlich, um die Qualität der Befragung bewerten zu können. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus dieser Internet-Statistik zusammengefasst.

Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse.

Die Internet-Statistik wurde erzeugt, indem bei jedem Aufruf einer Fragebogen-Seite ein bestimmtes Programm ausgeführt wurde, das die benötigten Informationen an einen Server sendete. Diese Herangehensweise führt dazu, dass nicht alle Seitenaufrufe erfasst werden können (Browser mit bestimmten Einstellungen unterdrücken die Ausführung solcher Programme). Daher kommt es in den folgenden Ergebnissen zu geringfügigen Ungenauigkeiten. Diese bewegen sich im geringen einstelligen Prozentbereich.

Antwort-Verhalten.

Die Befragung fand statt vom 15.03.10 bis zum 31.05.10. In diesem Zeitraum wurde der Fragebogen 8.061 Mal besucht. Von diesen Besuchen kamen 91 % von einmaligen Besuchern. Die restlichen 9 % der Besuche stammten von Wiederkehrern, also Personen, die den Fragebogen mehrmals besucht haben. Im Durchschnitt wurden 17 Seiten pro Besuch abgerufen. Die Besucher verbrachten im Durchschnitt 8 Minuten und 47 Sekunden auf den Seiten des Fragebogens. Die Absprungrate, also das Verlassen des Fragebogens nach Besuch der ersten Seite, betrug nur 1,14 %. Mit anderen Worten: Fast alle Besucher haben mehr als eine Seite des Fragebogens abgerufen.

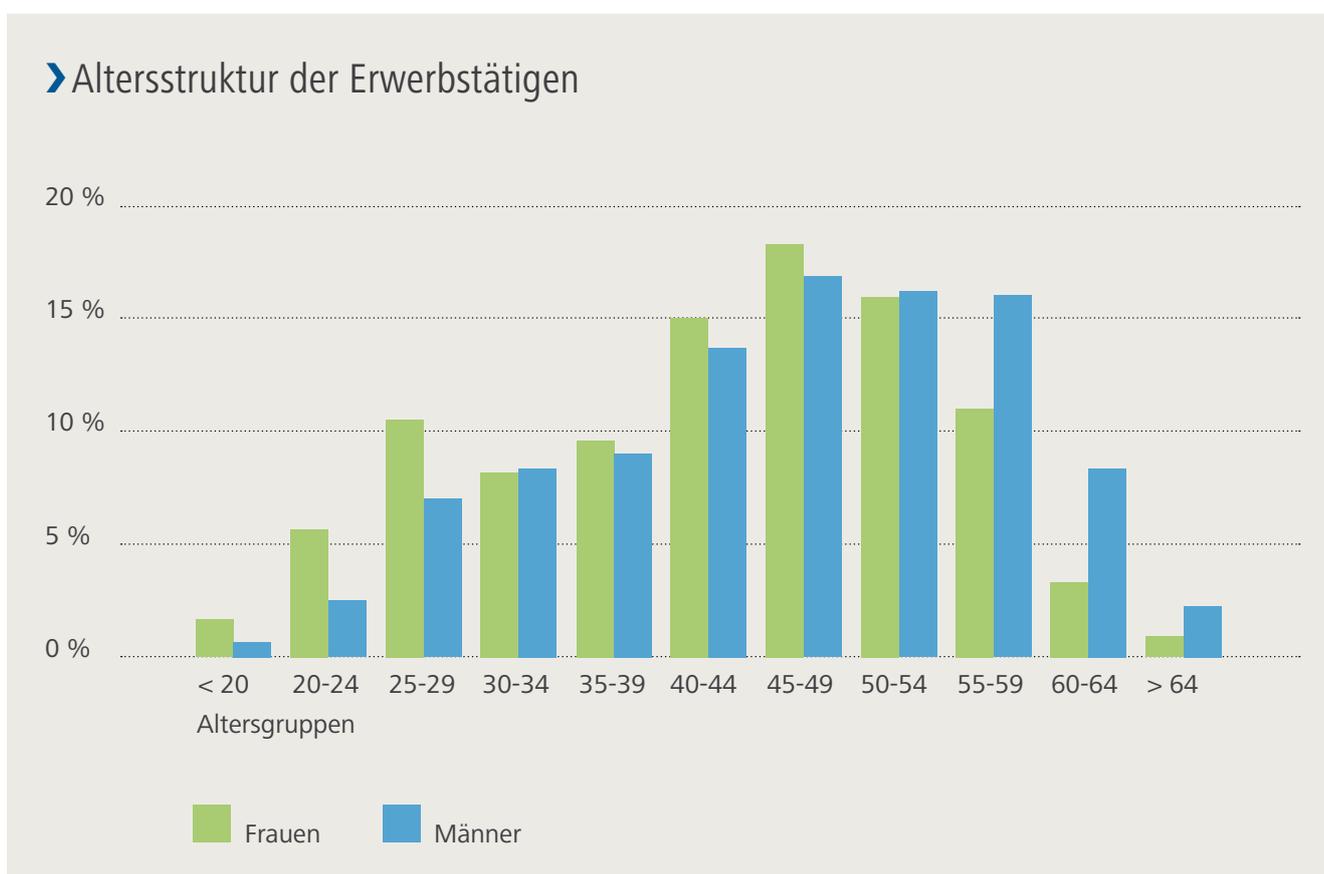
6. Wer hat mitgemacht?

Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit.

Den Fragebogen der BARMER GEK Internetstudie zur Gesundheitskompetenz 2010 haben 4.764 Teilnehmerinnen und Teilnehmer vollständig beantwortet. Davon waren 66,7 % (3.177) Frauen und 33,3 % (1.587) Männer. Hier wird deutlich, was bereits andere Studien (Fox und Rainee, 2000; Eysenbach, 2005) gezeigt haben: Frauen nehmen an Internetstudien zu Gesundheitsthemen viel häufiger teil als Männer.

Erwerbstätig waren 3.347 der Befragten (70,3 %), nicht-erwerbstätig 1.417 (29,7 %). Der Altersdurchschnitt der Erwerbstätigen lag bei 43,5 Jahren und bei Nicht-Erwerbstätigen bei 61,3 Jahren. Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung mit einem Durchschnittsalter von 42,6 Jahren (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2008) liegt der Altersdurchschnitt der Erwerbstätigen leicht darüber. Bei den Nicht-Erwerbstätigen haben vor allem ältere Personen bzw. Rentner an der Befragung teilgenommen: Bei den Frauen sind 61,1 %, die 60 Jahre und älter sind, bei den Männern sogar 86,3 %.

› Abbildung 4: Altersstruktur der erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Internetstudie Gesundheitskompetenz 2010

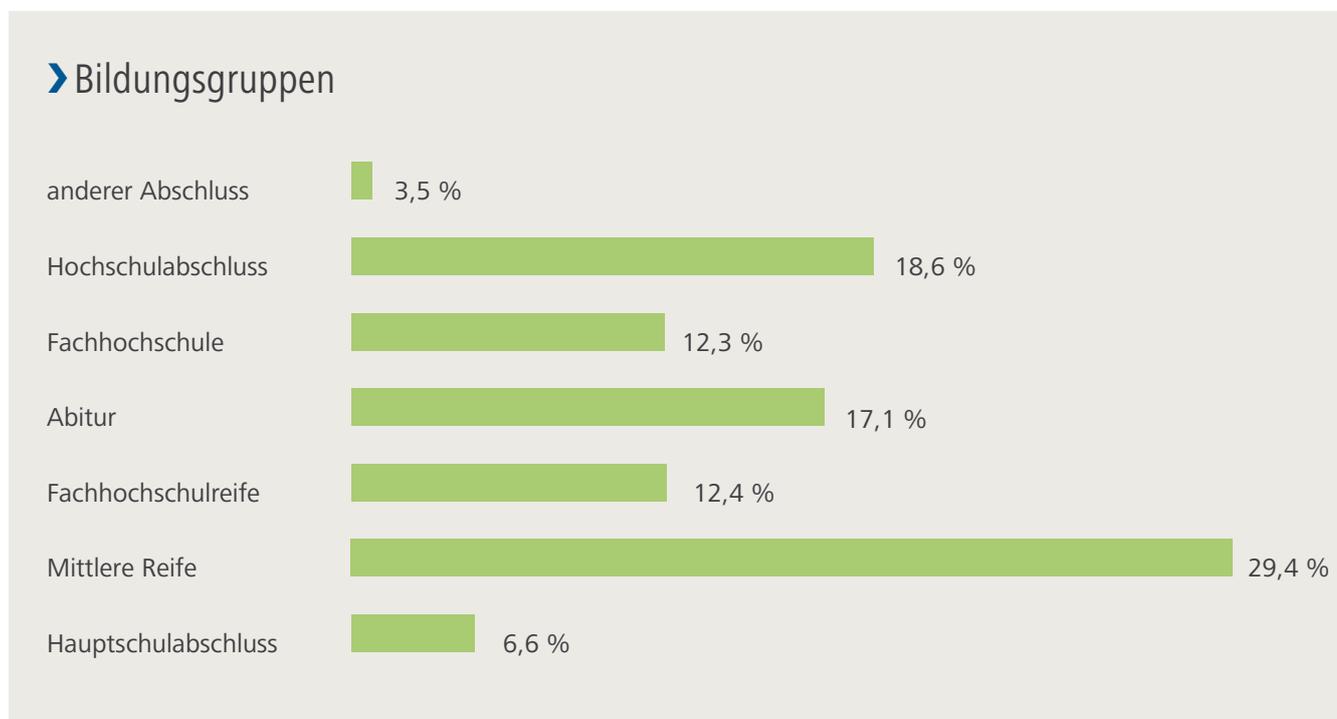


Bildung.

Personen mit mittlerer Reife bilden mit 29,4 % die größte Gruppe in der Online-Befragung; Hochschulabsolventinnen und -absolventen liegen an zweiter Stelle, gefolgt von Teilnehmenden mit Abitur. Personen mit Hauptschulabschluss sind dagegen mit 6,6 % vergleichsweise selten vertreten (vgl. Abbildung 5).

Die Nutzung des Internet hängt mit der Schulbildung bzw. Berufstätigkeit, dem Alter und dem Geschlecht zusammen. Je höher die Bildung, desto stärker wird das Internet genutzt. So nutzen Personen mit Volks- bzw. Hauptschulabschluss das Internet zu 52,7 %, mit Abschlüssen weiterbildender Schulen zu 73,3 % und mit Abitur bzw. Studium zu 87,5 % (Initiative D12, 2009). Auszubildende nutzen das Internet wesentlich stärker (98,0 %) als andere berufstätige Personen (82,3 %) oder Rentner bzw. nicht Berufstätige (34,7 %; Hessischer Rundfunk, ZDF, 2009).

› Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der Bildungsgruppen



Geographische Verteilung.

Internet-Statistiken enthalten geographische Informationen über den Herkunftsort der Teilnehmenden. Tabelle 1 gibt die Verteilung der Teilnehmenden auf die einzelnen Bundesländer wieder und vergleicht sie mit der Verteilung der deutschen Gesamtbevölkerung (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010).

► **Tabelle 1: Verteilung der Teilnehmenden auf die verschiedenen Bundesländer und Vergleich mit der Verteilung der deutschen Gesamtbevölkerung**

Bundesland	Internetstudie (Prozent /Anzahl)	Prozent in Deutschland
Baden-Württemberg	9,6 (9,2)*	13,1
Bayern	11,8 (12,0)	15,3
Berlin	5,8 (7,8)	4,2
Brandenburg	3,0 (3,4)	3,1
Bremen	1,0 (1,6)	0,8
Hamburg	2,3 (2,5)	2,2
Hessen	8,8 (8,3)	7,4
Mecklenburg-Vorpommern	1,3 (1,5)	2,0
Niedersachsen	8,1 (7,8)	9,7
Nordrhein-Westfalen	27,9 (26,7)	21,9
Rheinland-Pfalz	4,3 (3,7)	4,9
Saarland	1,1 (1,3)	1,3
Sachsen	4,7 (5,7)	5,1
Sachsen-Anhalt	1,7 (1,8)	2,9
Schleswig-Holstein	7,0 (4,6)	3,5
Thüringen	1,6 (1,9)	2,8

* In Klammern sind die Prozentzahlen für die Nicht-Erwerbstätigen angegeben, deren Ergebnisse gesondert in Teil IV dieses Reports dargestellt werden. Die Verteilung für die Erwerbstätigen entspricht dabei ziemlich genau der Verteilung der Nicht-Erwerbstätigen über die Bundesländer hinweg. Sie werden deshalb hier nicht gesondert aufgeführt.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, ergibt sich eine hinreichend übereinstimmende Verteilung über die Bundesländer hinweg. 7 % der Teilnehmenden machten keine Angabe zum Bundesland.

Branchenverteilung.

Das Gesundheitswesen ist mit 18,3 % neben dem öffentlichen Dienst (17,9 %) und der Dienstleistungs- und Industriebranche (12,6 % bzw. 11,9 %), diejenige Branche mit den meisten Teilnehmenden. In die Kategorie „Sonstige“ fallen Personen, die sich nicht in eine der vorgeschlagenen Branchen einordnen konnten (7,9 %) sowie Branchen mit sehr geringen Fallzahlen.

› Tabelle 2: Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf verschiedene Branchen

Branche	Prozent / Anzahl
Gesundheitswesen	18,3 % / 871
Öffentlicher Dienst	17,9 % / 855
Dienstleistungen	12,6 % / 602
Industrie	11,9 % / 569
Bildung, Forschung, Kultur	6,6 % / 316
Finanzen und Steuern	6,5 % / 311
Handel	5,3 % / 251
Handwerk	3,3 % / 155
Informationstechnologie	2,4 % / 114
Sonstige	12,5 % / 376
Keine Angabe	2,4 % / 115

III Ergebnisse der Internetstudie - Erwerbstätige

7. Die Person als Einflussfaktor

7.1 Gesundheitskompetenz

7.1.1 Wie hoch ist die Gesundheitskompetenz ausgeprägt?

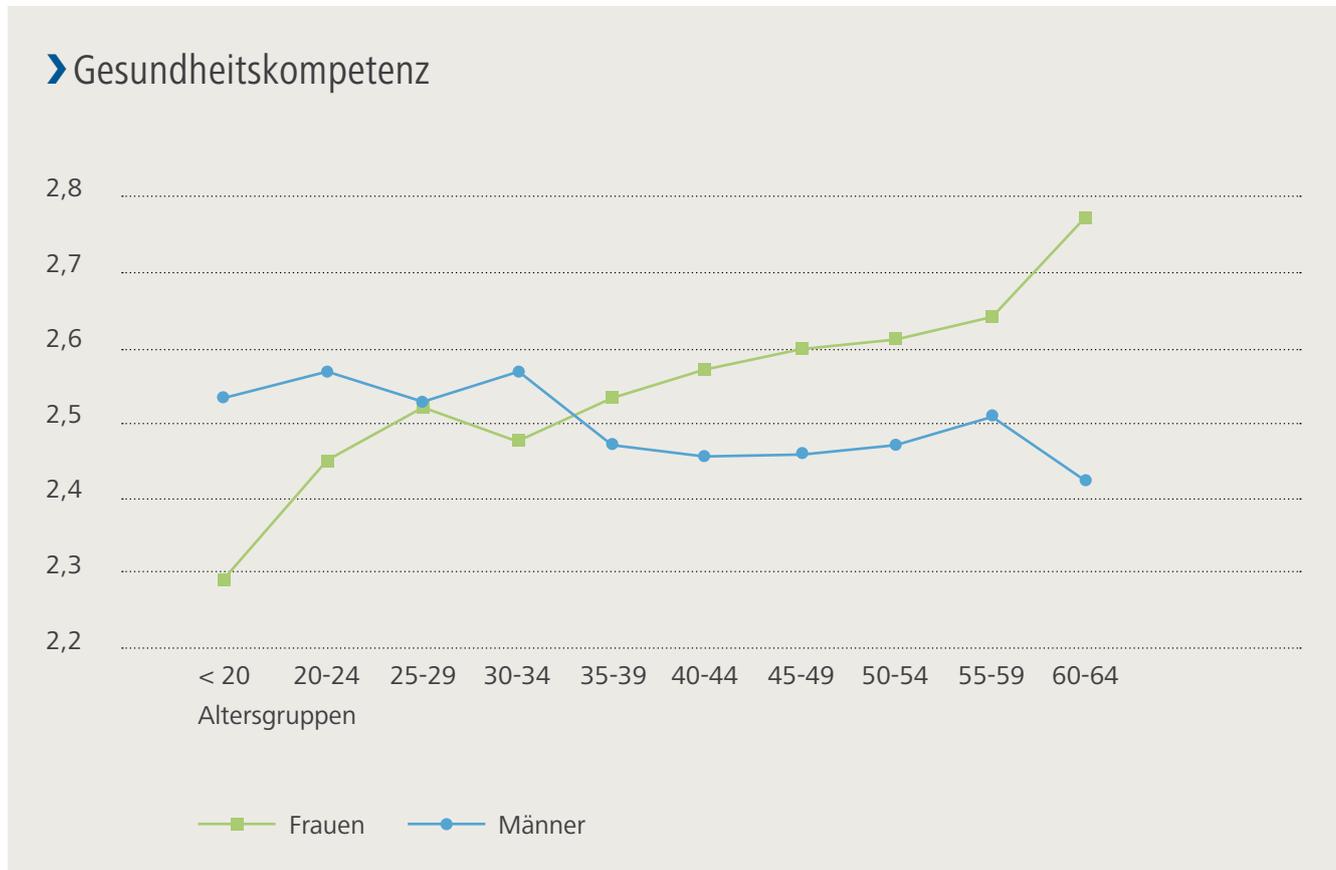
Die Gesundheitskompetenz wurde anhand von zehn Fragen ermittelt, die auf einer fünfstufigen Skala (0 = trifft gar nicht zu, 1 = trifft selten zu, 2 = trifft manchmal zu, 3 = trifft oft zu und 4 = trifft häufig zu) zu beantworten waren. In Vorstudien zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement, in denen der Fragebogen zur Gesundheitskompetenz eingesetzt wurde, lag der Gesamtwert der Gesundheitskompetenzskala ähnlich wie in dieser Studie bei 2,50 (vgl. dazu Tabelle 3). Frauen und Männer unterscheiden sich dabei nicht; dies gilt sowohl für den Gesamtwert als auch für die drei Subskalen. Letzteres ist insofern überraschend, da Frauen in der Regel eine höhere Gesundheitskompetenz nachgesagt wird.

► **Tabelle 3: Individuelle Gesundheitskompetenz: Mittelwert der Gesamtskala und der Subskalen „Gesundheitsziele“, „Erfolgszuversicht“ und „Bewältigungsfähigkeit“, getrennt für Frauen und Männer**

Individuelle Gesundheitskompetenz			
Erwerbstätige	Gesamt	Frauen	Männer
Gesamtwert	2,53	2,55	2,50
Subskalen			
Gesundheitsziele	2,49	2,50	2,48
Erfolgszuversicht	2,67	2,66	2,68
Bewältigungsfähigkeit	2,50	2,52	2,45

Berücksichtigt man jedoch zusätzlich das Alter wird deutlich, dass diese Aussage nur mit Einschränkungen gilt: Die Gesundheitskompetenz von Frauen nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu, bei Männern ist dagegen in der Altersgruppe ab 30 - 34 Jahren ein deutlicher Abfall der Gesundheitskompetenz zu beobachten. Die beiden Linien schneiden sich zunächst bei einem Alter von 25 bis 29 Jahren und noch einmal bei einem Alter von 35 Jahren. Danach erweitert sich die „Schere der Gesundheitskompetenz“ zwischen Frauen und Männern zunehmend. Vernachlässigt man die Geschlechtsunterschiede, zeigt sich jedoch insgesamt eine altersabhängige Zunahme der Gesundheitskompetenz.

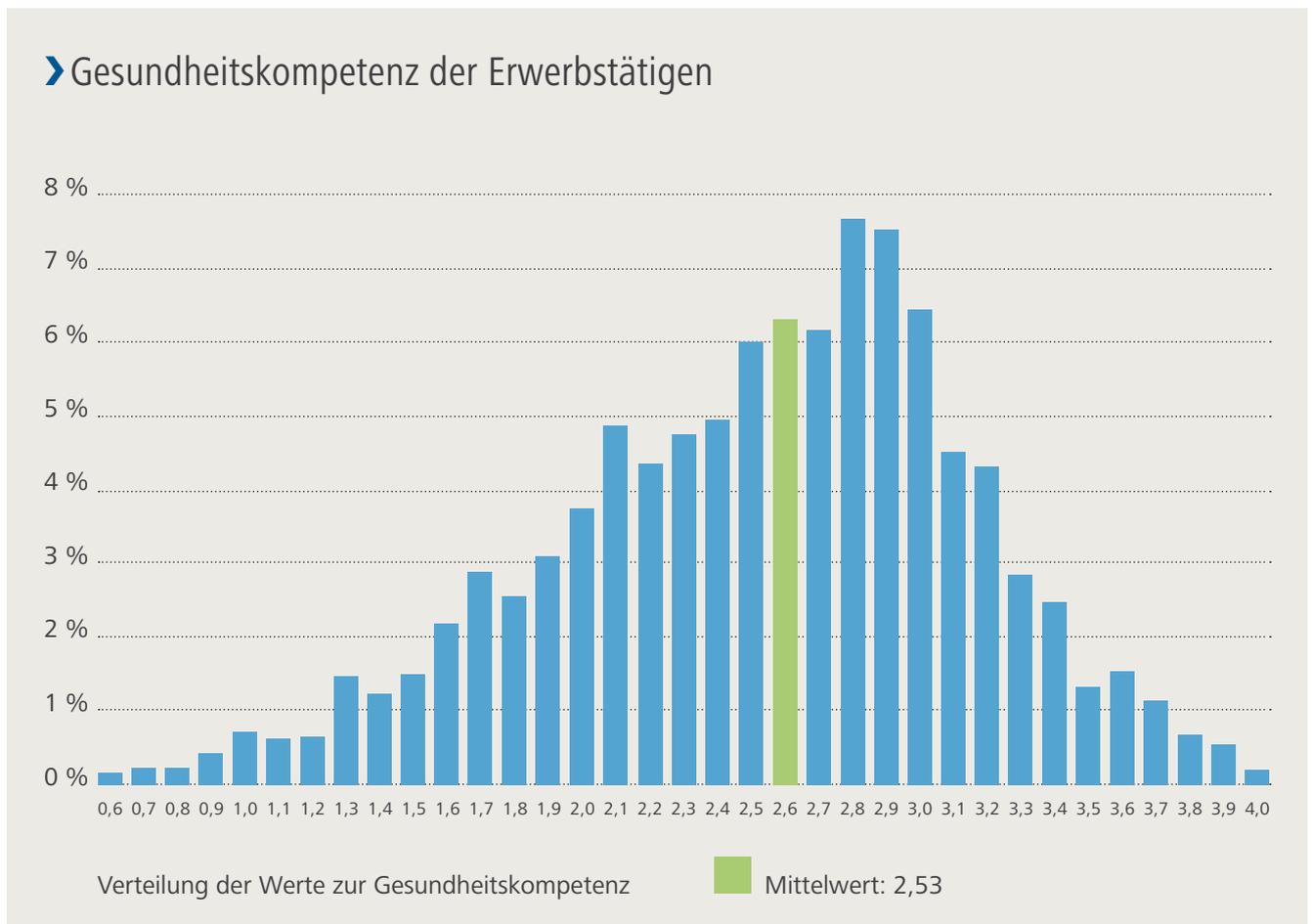
› Abbildung 6: Gesundheitskompetenz von Frauen und Männern in Abhängigkeit vom Alter (Interaktionseffekt: Geschlecht x Altersgruppe: $F(8,3244) = 3,53; p < .001$)



Wie sieht die Verteilung der Gesundheitskompetenz bei den Erwerbstätigen insgesamt aus? Liegen die meisten auf einem etwa gleich hohen Niveau? Oder gibt es, wie bei Persönlichkeitsmerkmalen anzunehmen, eine Normalverteilung, d. h. eine Häufung im mittleren Bereich und weniger Personen jeweils in den Randbereichen?

Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, reichen die Skalenwerte der 3.347 Erwerbstätigen von 0,6 bis auf der Gesundheitskompetenzskala, die insgesamt Werte von 0 bis 4 annehmen kann. Menschen unterscheiden sich also zum Teil sehr deutlich darin, wie sie ihre Fähigkeit wahrnehmen, Krankheiten zu bewältigen bzw. ihre Gesundheit zu erhalten. Die prozentuale Verteilung bei Frauen und Männern unterscheidet sich dabei nicht wesentlich.

➤ Abbildung 7: Verteilung der Werte zur Gesundheitskompetenz der Erwerbstätigen



Eine erste wichtige Erkenntnis der Studie ist: Die Gesundheitskompetenz steigt für Frauen mit dem Alter kontinuierlich an. Bei Männern bleibt sie dagegen in allen Altersgruppen relativ gleich bzw. sinkt ab der Altersgruppe 30 – 34 Jahre leicht. Für beide Geschlechter gilt: Bei der Wahrnehmung der eigenen Fähigkeit, Krankheiten zu bewältigen bzw. Gesundheit zu erhalten, gibt es große Unterschiede. Die Werte variieren von extrem geringer Kompetenz (Skalenwerte unter 1) bis zu sehr hoher Gesundheitskompetenz (Skalenwerte größer als 3,5). Das bedeutet: Bei der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen sollten diese Unterschiede in der Gesundheitskompetenz berücksichtigt werden, da sie die beabsichtigten Wirkungen unter Umständen stark beeinflussen können.

7.1.2 Hohe und geringe Gesundheitskompetenz – Worauf nimmt sie Einfluss?

Welche weiteren Konsequenzen sich aus diesen Befunden für individuelle Maßnahmen der Prävention ableiten lassen, wird anhand der nachfolgenden differenzierten Analysen deutlich. Sie beruhen auf einer Unterscheidung von vier Gesundheitskompetenzgruppen: Personen mit sehr geringer, mit geringer, mit hoher und sehr hoher Gesundheitskompetenz.² Die entsprechenden Gesundheitskompetenzwerte für diese vier Gruppen zeigt Tabelle 4.

► Tabelle 4: Individuelle Gesundheitskompetenz der Erwerbstätigen: Mittelwert der Gesamtskala in Abhängigkeit von der Gesundheitskompetenzgruppe

Gesundheitskompetenzgruppen - Erwerbstätige				
Kompetenzgruppe	sehr gering	gering	hoch	sehr hoch
Wert auf der Gesundheitsskala*	1,71	2,42	2,80	3,26
Anzahl der Personen	594	959	1.296	495

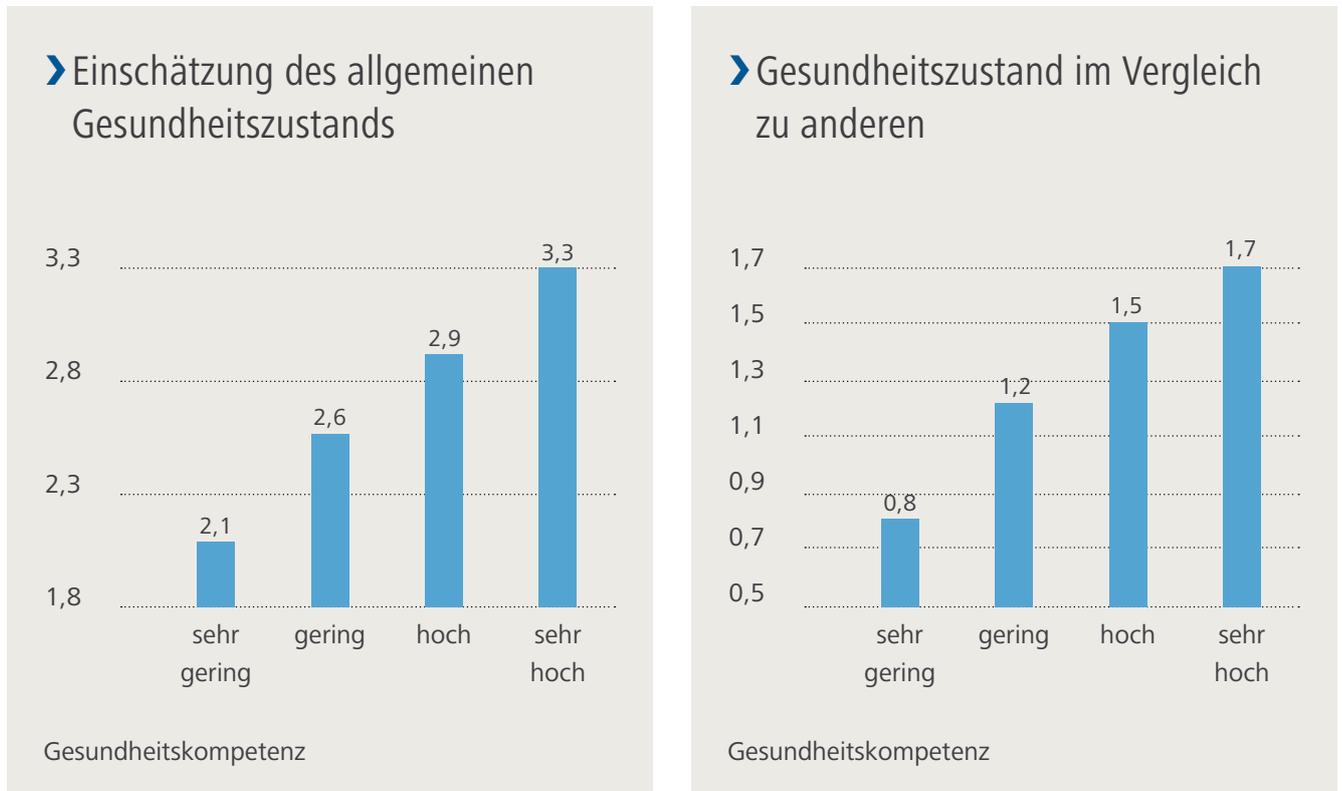
*Die Gesundheitskompetenzskala kann Werte von 0 bis maximal 4 aufweisen.

Gesundheitszustand und Gesundheitskompetenz.

Wie beurteilen Personen mit geringer bzw. hoher Gesundheitskompetenz ihren Gesundheitszustand und wie sehen sie sich im Vergleich zu anderen? Personen mit sehr hoher Gesundheitskompetenz beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen deutlich besser als Personen mit sehr geringer Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 8). Dies verdeutlicht zugleich den engen Bezug zwischen Gesundheit und gesundheitsbezogener Handlungskompetenz, wie sie in der WHO-Definition von Gesundheit bzw. dem arbeitspsychologischen Gesundheitsbegriff zum Tragen kommt (vgl. dazu auch Informationsbox 2).

²Information für die/den statistisch interessierte/n Leser/in: Zur Bildung der Gesundheitskompetenzgruppen wurden zunächst Z-Werte gebildet, auf deren Grundlage die Gruppeneinteilung anhand der Standardabweichungen (< -1 ; ≥ -1 und < 0 ; ≥ 0 und < 1 , sowie ≥ 1) vorgenommen wurde. Anschließend wurden für diese Gruppen die Mittelwerte für die individuelle Gesundheitskompetenz ermittelt.

➤ **Abbildung 8:** Linkes Bild: Selbstbeurteilter Gesundheitszustand der Erwerbstätigen. Beurteilungsskala: 0 = sehr schlecht, 1 = eher schlecht, 2 = mittelmäßig, 3 = eher gut, 4 = sehr gut. Alle Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind signifikant ($p < .05$). Rechtes Bild: Selbstbeurteilter Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen. Beurteilungsskala: 0 = eher schlechter, 1 = gleich gut, 2 = eher besser. Alle Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind signifikant ($p < .05$)



➤ Informationsbox 2: Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit

Gesundheit ist ein „Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (Verfassung der WHO, 1946). Die WHO-Definition von Gesundheit zeigt die unmittelbare Verknüpfung von Gesundheit und Befinden auf. Die Arbeitspsychologie geht noch einen Schritt weiter und betrachtet Gesundheit als Handlungsfähigkeit bzw. Handlungskompetenz. Sie versteht darunter:

- Die Fähigkeit einer Person, im Arbeitsprozess (sowie außerhalb der Arbeitswelt) auftretende Anforderungen und Belastungen erfolgreich zu bewältigen.
- Körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden durch selbstorganisiertes und eigenverantwortliches Handeln in sozialen Kontexten zu erhalten und herzustellen.
- Gesundheit (wünschenswerte Zielzustände) zu erhalten und zu fördern, Krankheit durch geeignete Maßnahmen zu vermeiden oder zu bewältigen (vgl. dazu Wieland, 2010).

Die Teilnehmenden der Studie wurden deshalb auch nach ihrem Gesundheitswissen und -verhalten befragt.

Handlungsfähigkeit setzt Wissen voraus. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich Unterschiede in der Gesundheitskompetenz auf das Gesundheitswissen oder -verhalten zurückführen lassen.

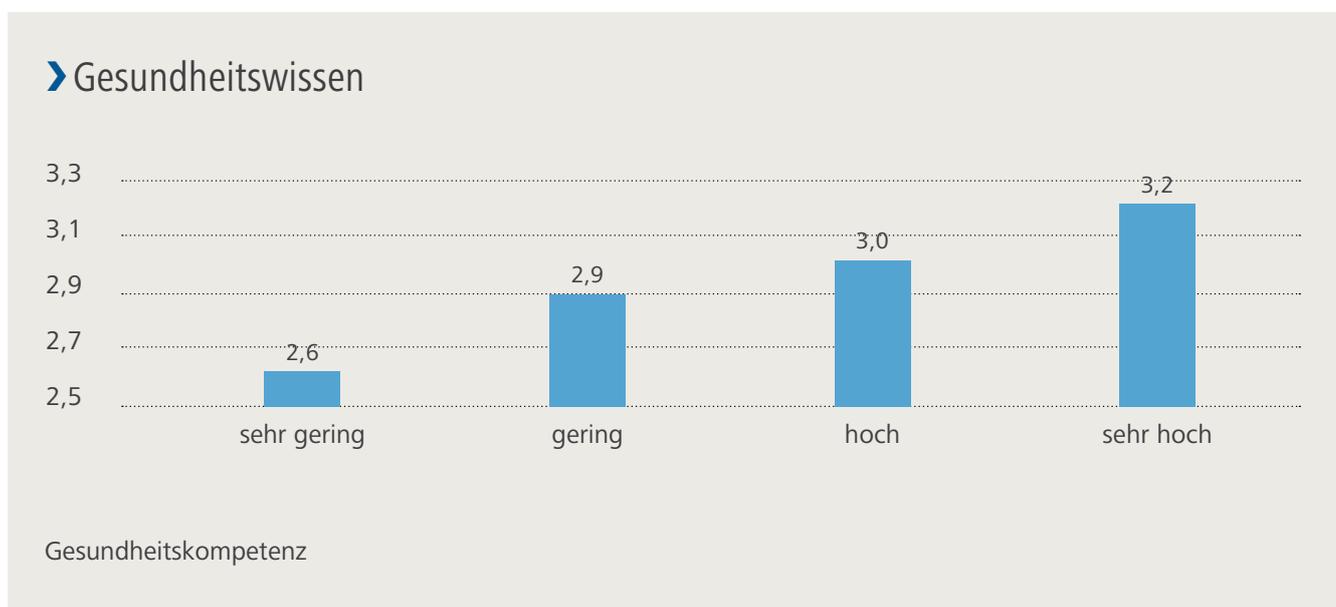
Gesundheitswissen.

Personen mit hoher Gesundheitskompetenz beurteilen ihr Gesundheitswissen deutlich besser als Personen mit geringer Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 9). Als sehr schlecht bzw. schlecht (Werte unter 2) wird das Gesundheitswissen von keiner der vier Gesundheitskompetenzgruppen beurteilt. Allerdings liegen auch die Durchschnittswerte für Personen mit sehr hoher Gesundheitskompetenz nicht im Bereich von sehr gut.

➤ Abbildung 9: Gesundheitswissen von Erwerbstätigen.

Beurteilungsskala: 0 = sehr schlecht, 1 = schlecht, 2 = mittelmäßig, 3 = gut und 4 = sehr gut.

Alle Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind signifikant ($p < .05$)

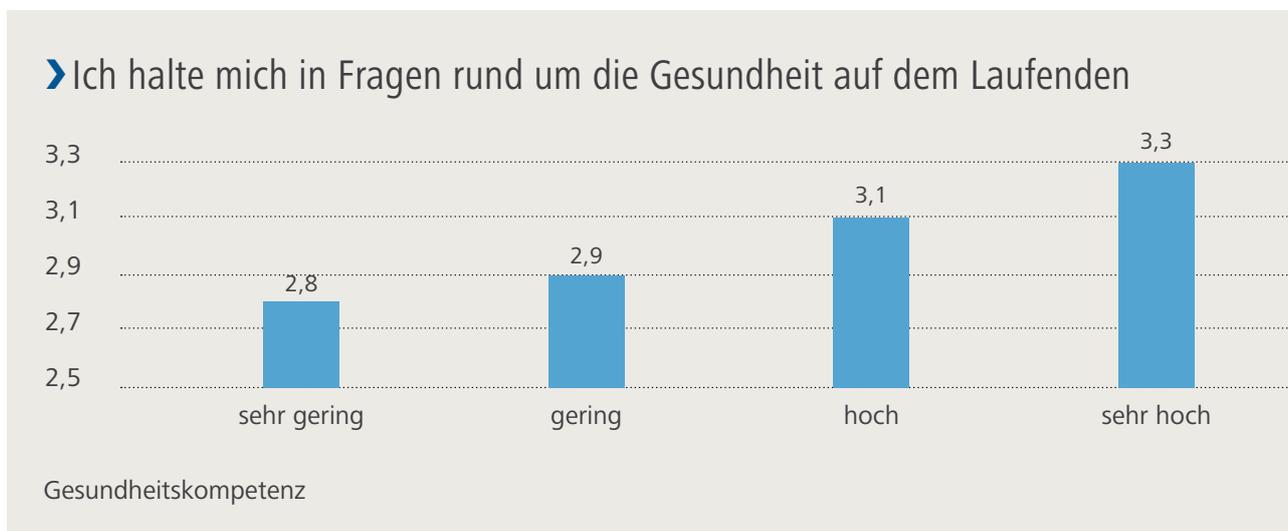


Gesundheitsbezogenes Informationsverhalten.

Auch hier zeigen sich ähnliche Zusammenhänge: Personen mit hoher Gesundheitskompetenz informieren sich mehr über gesundheitsrelevante Themen als Personen mit geringer Gesundheitskompetenz.

➤ **Abbildung 10: Gesundheitsbezogenes Verhalten von Erwerbstätigen.**

Beurteilungsskala: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft voll und ganz zu. Alle Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind signifikant ($p < .05$)

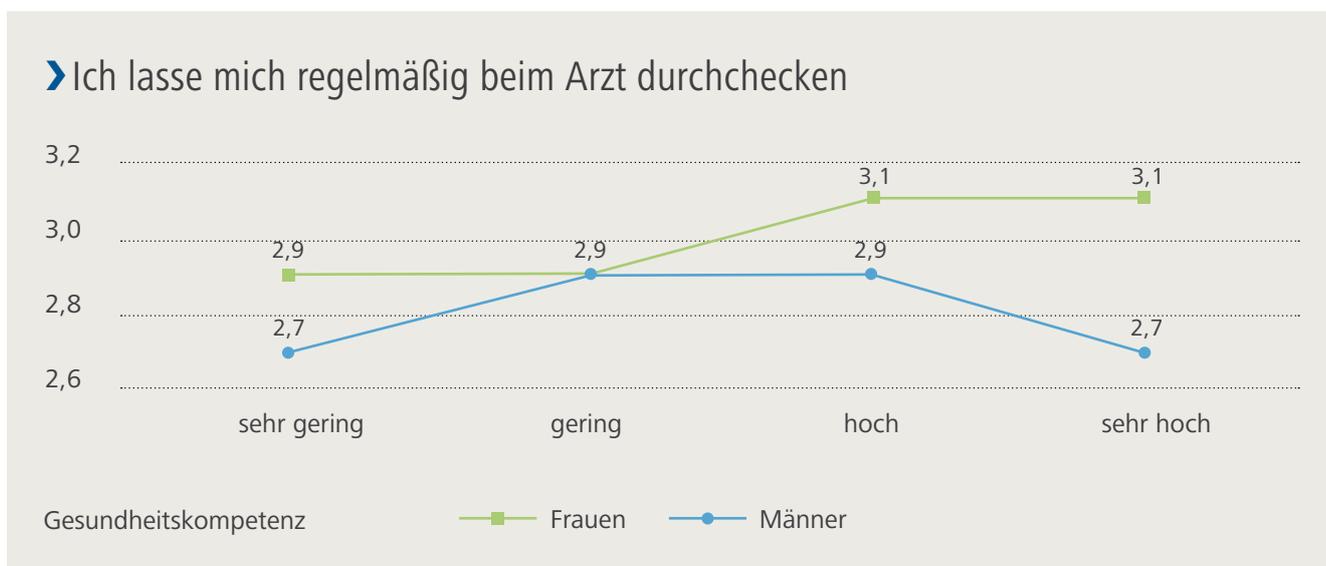


Gesundheitsverhalten:

Gesundheits-Checks. Personen unterscheiden sich in ihrem Gesundheitsverhalten, Männer betreiben in der Regel weniger Vorsorge als Frauen. Der Aussage „Ich lasse mich regelmäßig beim Arzt durchchecken“ stimmen Frauen (Mittelwert (M) = 3,0) erwartungsgemäß stärker zu als Männer (M = 2,8; $p < .001$). Bemerkenswert ist dabei, dass sich Männer mit sehr hoher Gesundheitskompetenz vergleichsweise selten an Gesundheits-Checks beteiligen (vgl. Abbildung 11).

➤ **Abbildung 11: Gesundheits-Check beim Arzt. Beurteilungsskala:**

1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft vollständig zu



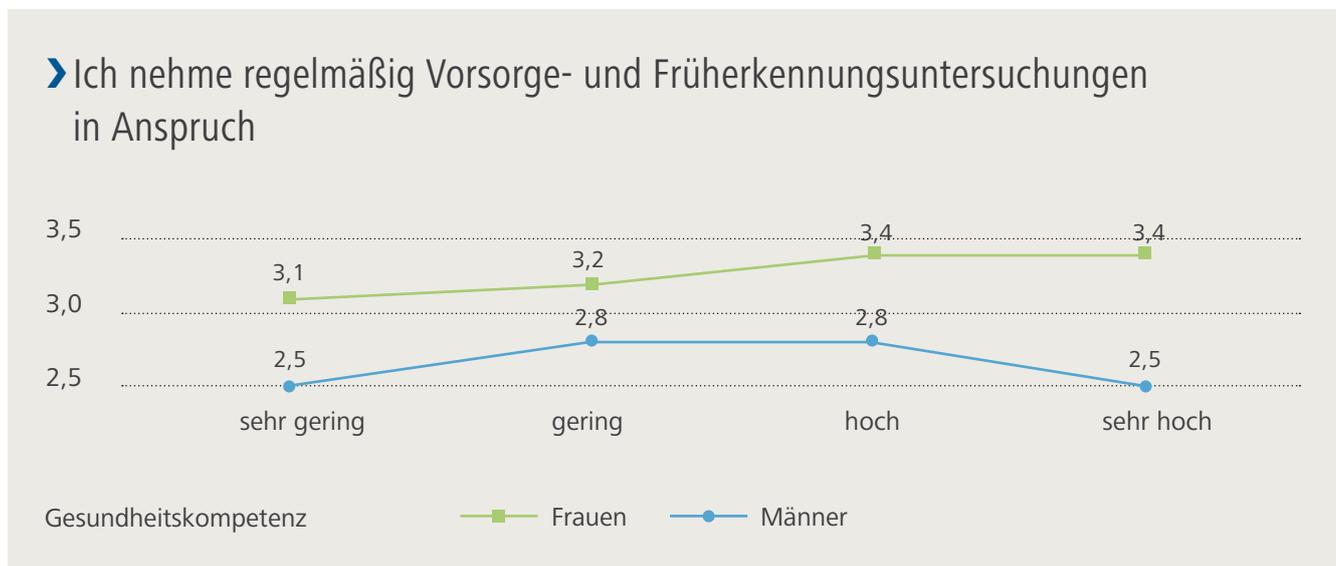
Daraus folgt: Männer, die sich eine sehr hohe Gesundheitskompetenz zuschreiben, glauben offenbar, dass sie Gesundheits-Checks nicht unbedingt benötigen, sondern ihren Gesundheitszustand eher selbst beurteilen können. Das Gefühl und die Erfahrung, Krankheiten gut bewältigen zu können, führt bei Frauen und Männern deshalb zu unterschiedlichen Verhaltensweisen: Bei Frauen nimmt mit steigender Gesundheitskompetenz die Häufigkeit zu, mit der Gesundheits-Checks durchgeführt werden; bei Männern nimmt sie dagegen ab.

Gesundheitsverhalten:

Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Frauen nehmen häufiger daran teil ($M = 3,3$) als Männer ($M = 2,7$; $p < .001$). Ebenso, wie beim Gesundheits-Check, gibt es hier wieder den bemerkenswerten Unterschied zwischen Frauen und Männern in Abhängigkeit von der Gesundheitskompetenz: Zunehmende Vorsorgeorientierung korrespondiert bei Frauen mit hoher Gesundheitskompetenz; bei Männern ist dagegen die Vorsorgeorientierung sowohl bei sehr niedriger als auch bei sehr hoher Gesundheitskompetenz gering ausgeprägt (vgl. Abbildung 12).

› Abbildung 12: Vorsorgeuntersuchungen. Beurteilungsskala:

1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft vollständig zu



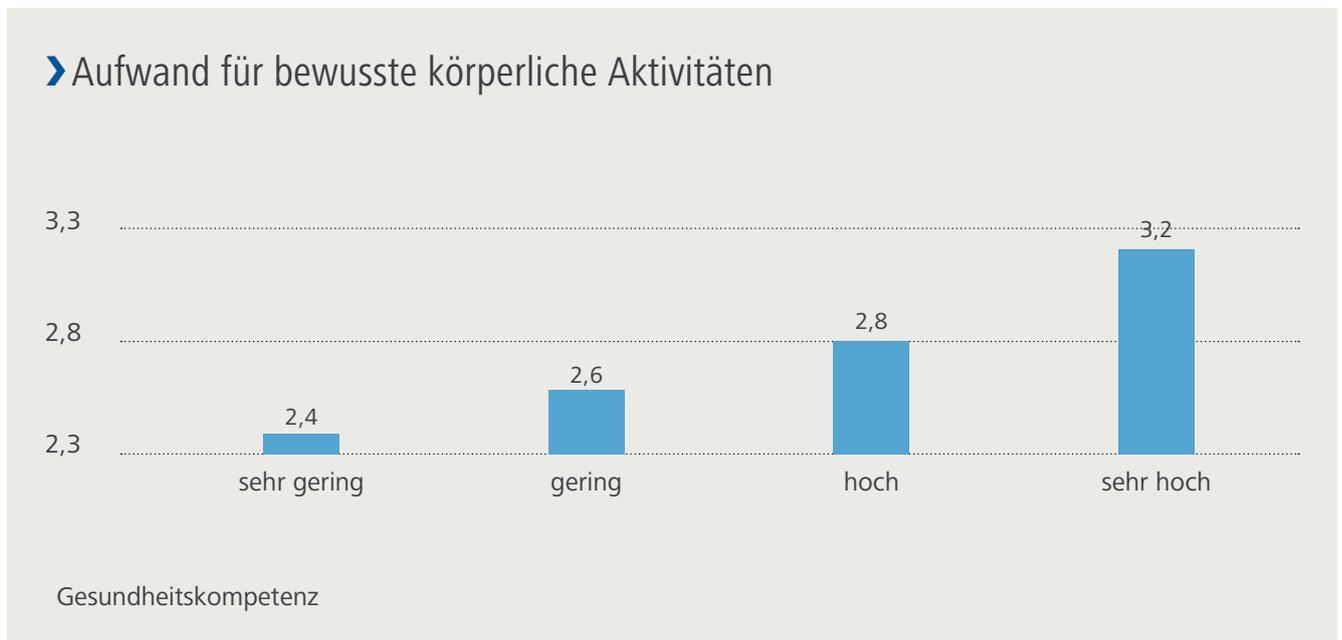
Daraus folgt: Dass Frauen häufiger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen als Männer, bestätigt sich. Neu ist die Erkenntnis, dass die Kompetenz von Männern, Krankheiten zu bewältigen bzw. Gesundheit zu erhalten (Gesundheitskompetenz), auf das Vorsorgeverhalten Einfluss hat.

Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten.

Für gesundheitsbezogene Aktivitäten wenden 9,7 % der Befragten eine halbe Stunde, 13,4 % eine Stunde und 21,4 % zwei Stunden pro Woche auf. Drei Stunden geben 18,9 % an und immerhin 36,1 %, dass sie mehr als drei Stunden pro Woche gesundheitsbezogenen Aktivitäten nachgehen.

Der zeitliche Umfang ist allerdings abhängig von der individuellen Gesundheitskompetenz: Je niedriger diese ist, desto weniger Zeit wird für gesundheitsbezogene Aktivitäten aufgewendet ($p < .001$). Personen mit geringer Gesundheitskompetenz verbringen im Durchschnitt mehr als zwei (2,44 Stunden), Personen mit hoher Gesundheitskompetenz dagegen mehr als drei Stunden (3,16) pro Woche mit gesundheitsbezogenen Aktivitäten (vgl. dazu Abbildung 13). Dabei gibt es keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

➤ **Abbildung 13: Zeit in Stunden, die für gesundheitsbezogene Aktivitäten in der Woche aufgewendet wird in Abhängigkeit von der Gesundheitskompetenz. Der Wert 2 entspricht dabei 2 Stunden, der Wert 3 entspricht 3 Stunden. Alle Unterschiede zwischen den Gesundheitskompetenzgruppen sind statistisch signifikant ($p < .05$)**

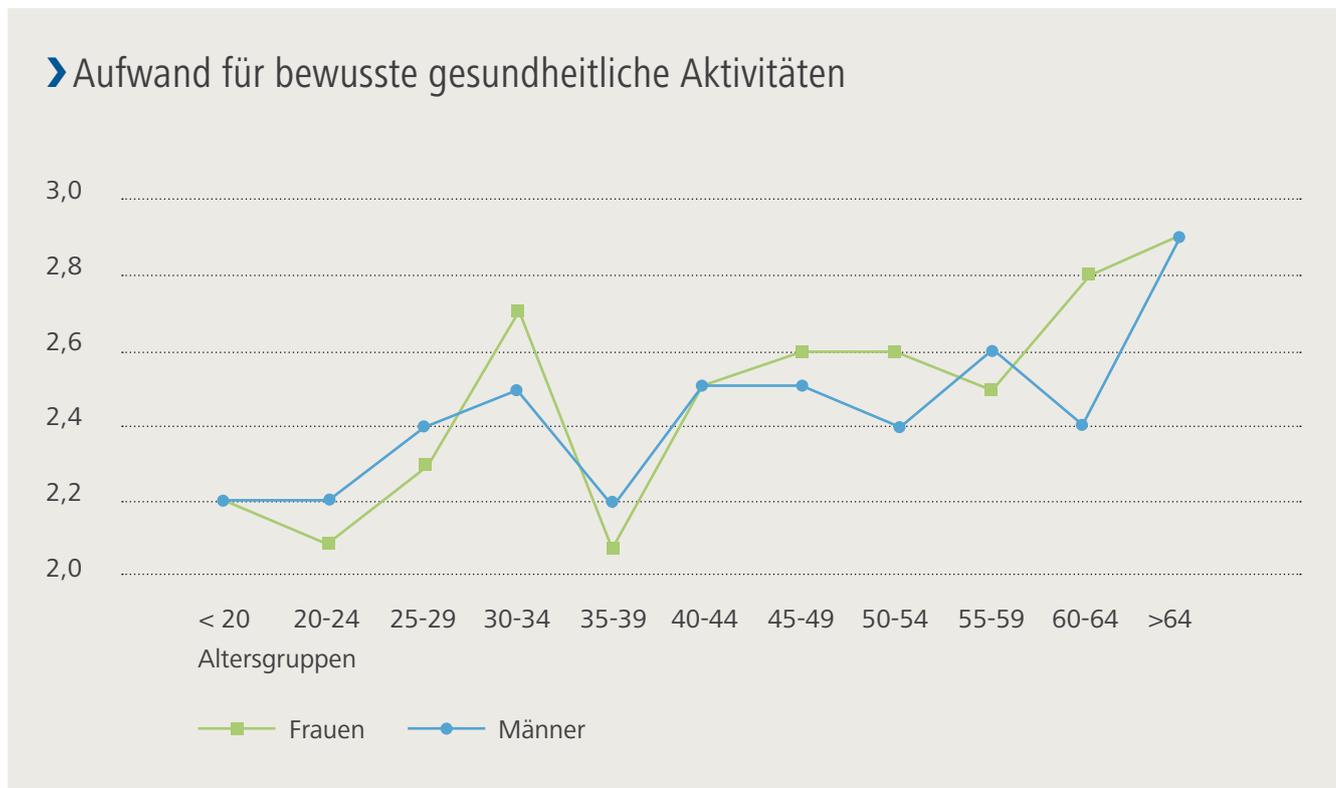


Daraus folgt: Je höher die Gesundheitskompetenz, desto mehr Zeit wird für gesundheitsbezogene Aktivitäten aufgewendet. Offenbar haben wir es mit einem „selbstverstärkenden Zirkel“ zu tun: Je höher die Gesundheitskompetenz ausgeprägt ist, d. h. je häufiger Menschen die Erfahrung machen, dass sie Krankheiten erfolgreich bewältigen können, desto mehr sind sie motiviert, auch Zeit für gesundheitsbezogene Aktivitäten zu investieren.

Gesundheitsaktivitäten und Alter.

Wie aus Abbildung 14 ersichtlich, gibt es - vernachlässigt man die Gruppe der 35- bis 39-Jährigen - einen altersabhängigen Trend: Je älter die Menschen werden, desto mehr Zeit investieren sie in gesundheitsbezogene Aktivitäten. Auch zwischen Männern und Frauen gibt es einen deutlichen Unterschied. Frauen investieren mit 2,8 Stunden pro Woche mehr Zeit in gesundheitsbezogene Aktivitäten als Männer mit 2,4 Stunden. Bei der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten der BARMER GEK zeigt sich ein ähnliches Bild: An den Kursen nahmen auch 2009 weitaus mehr Frauen teil (81 %) teil. Großes Interesse zeigten auch ältere Versicherte; fast 35 % aller Teilnehmenden entfielen auf die Altersgruppe der über 60-Jährigen.

› **Abbildung 14: Zeitaufwand in Stunden für gesundheitsbezogene Aktivitäten pro Woche in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter**



Daraus folgt: Insgesamt gibt es einen deutlichen altersabhängigen Trend: Je älter die Menschen werden, desto mehr beschäftigen sie sich mit dem Thema Gesundheit bzw. wenden mehr Zeit dafür auf. Dass dies 35 bis 39-Jährige deutlich weniger tun, lässt sich wahrscheinlich mit ihrer Lebenssituation erklären: Familie und/oder Karriere stehen in dieser Zeit im Vordergrund. Die Tatsache, dass Gesundheit mit dem Alter als „Lebensthema“ immer wichtiger wird, ist zunächst naheliegend. Es stellt sich jedoch die Frage, wie dieser erhöhte, auf die Gesundheit gerichtete Zeitaufwand genutzt wird. Hier sind weitere Forschungen notwendig.

7.2 Gesundheitskompetenz und Gesundheitsfaktoren

Gesundheitsfaktoren: Ernährung und Bewegung.

Ernährung und Bewegung sind in den letzten Jahren als zentrale Einflussfaktoren zahlreicher Erkrankungen zunehmend in den Fokus der medizinischen und psychologischen Gesundheitsforschung geraten. Sie nehmen zudem in der Gesundheitsförderung einen besonderen Stellenwert ein, weil sie als „Gesundheitsfaktoren“ durch selbstverantwortliches Handeln, d.h. eigene Motivation und Anstrengung, gestaltbar sind.

Die Häufigkeit von Adipositas zeigt weltweit eine steigende Tendenz. Zurzeit leiden etwa weltweit 500 bis 600 Millionen Menschen an den Folgen der Überernährung (WHO, 1998).

Bewegung bzw. sportliche Aktivitäten beeinflussen das Befinden positiv (Schwerdtfeger, Eberhardt & Chmitorz, 2008; Thayer, 1989) und tragen z. B. zur Senkung des Risikos einer Herz-Kreislauf Erkrankung bei (vgl. dazu Schubmann, 2010). Die vielseitigen positiven Wirkungen regelmäßiger Bewegung lassen sich am besten mit folgendem Zitat beschreiben:

„Lässige Langläufer leben länger lustig.“

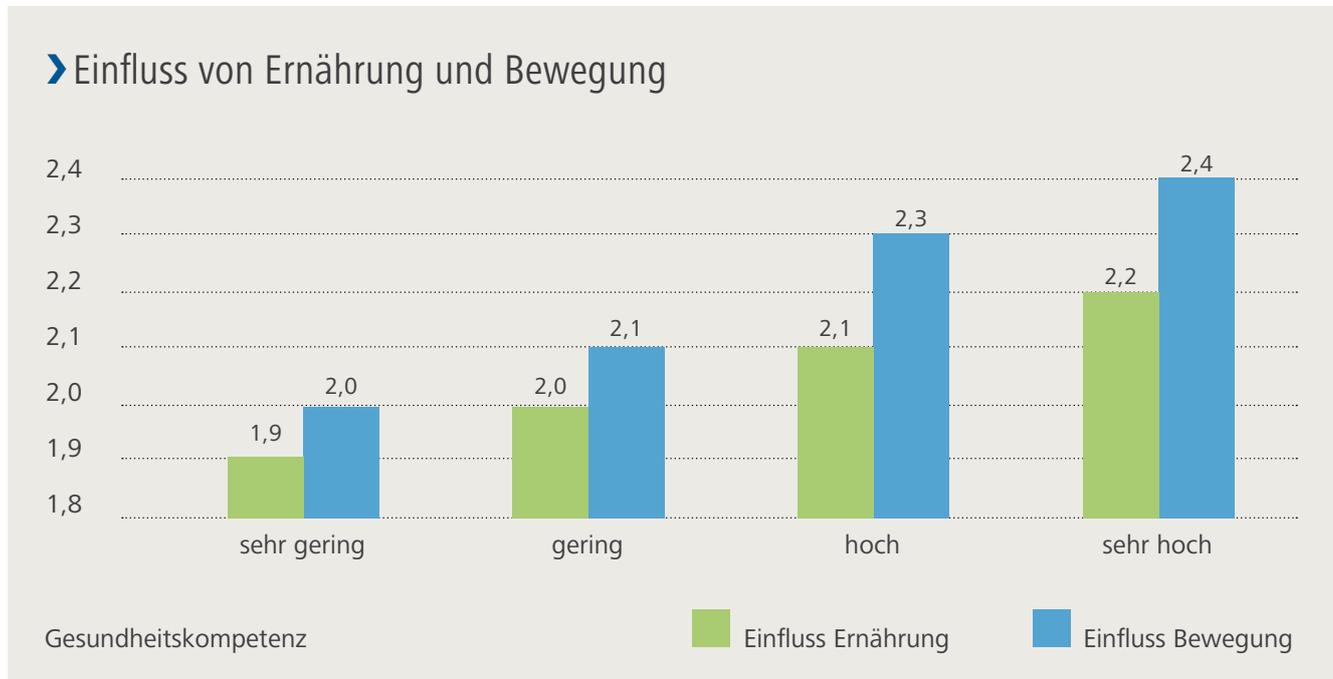
Professor Hahlhuber, einer der „alten Herren“ der Präventiv- und Rehabilitationsmedizin (zit. nach Schubmann, 2010).

Für beide Einflussfaktoren – Ernährung und Bewegung – ergibt sich im Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz folgendes Bild: Je höher die Gesundheitskompetenz, desto stärker werden Ernährung und Bewegung in ihren (positiven) Wirkungen auf die Gesundheit gesehen. Anders ausgedrückt: Personen mit hoher und sehr hoher Gesundheitskompetenz weisen diesen beiden Faktoren eine überdurchschnittliche (Wert größer als 2), Personen mit sehr geringer und geringer Gesundheitskompetenz weisen ihnen eine unterdurchschnittliche Bedeutung für die Gesundheit zu.

Da zu vermuten ist, dass Bewegung und Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten miteinander in Beziehung stehen, wurde dieser Zusammenhang in Form einer Korrelation berechnet: Danach gibt es mit $r = .26$ ($p < .001$) einen bedeutsamen positiven Zusammenhang: Je mehr Stunden jemand für gesundheitsbezogene Aktivitäten aufbringt, desto höher schätzt er auch den Einfluss von Bewegung auf die Gesundheit ein.

➤ **Abbildung 15: Einfluss von Ernährung und Bewegung auf die Gesundheit für Erwerbstätige, in Abhängigkeit von der Gesundheitskompetenz.**

Beurteilungsskala: 0 = überhaupt nicht, 1 = etwas, 2 = stark, 3 = sehr stark. Alle Unterschiede zwischen den vier Gesundheitskompetenzgruppen sind – abgesehen vom Unterschied für den Faktor Ernährung – zwischen den Gruppen sehr niedrig und niedrig – statistisch bedeutsam ($p < .05$ oder $p < .01$)



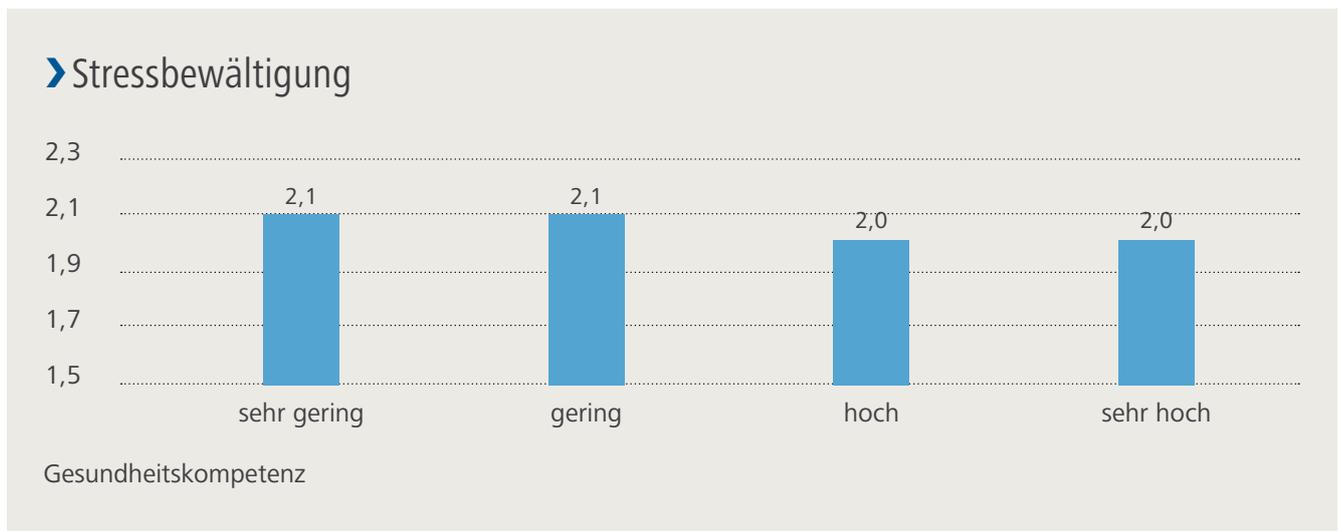
Frauen schreiben der Ernährung einen etwas höheren Einfluss auf ihre Gesundheit zu als Männer. Dieser Unterschied ist allerdings, obwohl statistisch ($p < .001$) signifikant, nicht sehr groß (Frauen = 2,1; Männer = 2,0); Gleiches gilt umgekehrt für die Bewegung (Frauen = 2,1; Männer = 2,2).

Daraus folgt: Eine hohe Gesundheitskompetenz ist mit Verhaltensweisen verbunden, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken: Ernährung und Bewegung werden als Gesundheitsfaktoren von Personen mit hoher Gesundheitskompetenz deutlich höher gewichtet. Inwieweit hier ein sich „selbst verstärkender Zirkel“ vorliegt, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Zu vermuten ist: Machen Menschen die Erfahrung, dass sie in der Lage sind, Krankheiten erfolgreich zu bewältigen (hohe Gesundheitskompetenz), dann verstärken sie auch diejenigen Aktivitäten, die geeignet sind, diese Kompetenz zu erhalten oder weiter zu entwickeln. Damit stellt sich auch die Frage: Entwickeln sich günstige „normative Orientierungsmuster der Gesundheit“, wie z. B. gesundheitsbewusstes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, als Folge hoher Gesundheitskompetenz oder führen sie zu einer hohen Gesundheitskompetenz?

Gesundheitsfaktor: Stressbewältigung.

Bei der Entstehung von körperlichen Beschwerden und Krankheiten wird Stress als weitere bedeutsame Einflussgröße betrachtet. So werden z.B. verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Stressreduktion sowohl bei Migräne als auch beim Spannungskopfschmerz empfohlen (vgl. Traue et al., 2005; Bischoff & Traue, 2004).

➤ **Abbildung 16: Stressbewältigung und ihr angenommener Einfluss auf die Gesundheit.**
 Beurteilungsskala: 0 = überhaupt nicht, 1 = etwas, 2 = stark, 3 = sehr stark

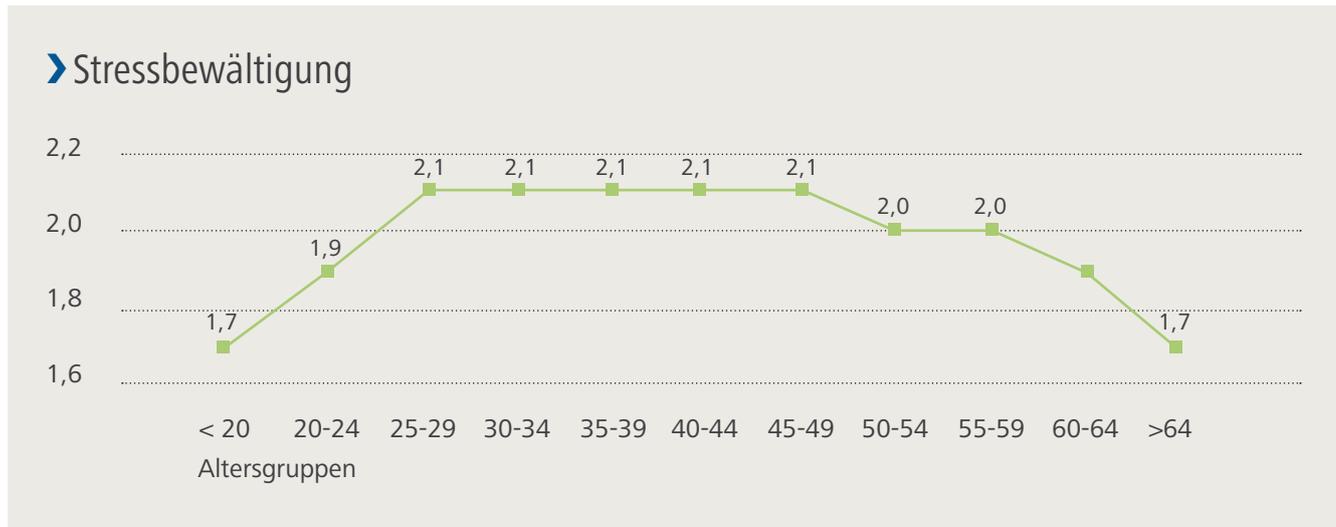


Der Einfluss des Faktors Stressbewältigung auf die Gesundheit wird von 75,3 % der Befragten als „stark“ bis „sehr stark“ eingeschätzt. Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz spielt dabei keine Rolle (vgl. Abbildung 16).

Jedoch gibt es bemerkenswerte altersabhängige Unterschiede: Sowohl von sehr jungen Personen (bis 24 Jahre) als auch bei Älteren (ab 60 Jahren) wird der Faktor Stressbewältigung in seiner Wirkung auf die Gesundheit deutlich geringer beurteilt als von Personen mittleren Alters (25 bis 59 Jahre).

Wie lässt sich dieses Ergebnis (vgl. dazu Abbildung 17) erklären; was lässt sich daraus schlussfolgern? Sind es ähnliche Verhaltensweisen und Erfahrungen bei jüngeren und älteren Personen, die zu diesen ähnlichen Einschätzungen geführt haben? Oder müssen wir von unterschiedlichen Erfahrungen und Erlebnisweisen bei diesen beiden Altersgruppen ausgehen?

➤ **Abbildung 17: Zusammenhang zwischen Stressbewältigung als „Gesundheitsfaktor“ und Alter**



Für jüngere Personen ist Gesundheit in der Regel kein besonderes Thema; man „hat sie“ in diesem Alter. Die Bewältigung der täglichen Anforderungen wird deshalb nicht – auch wenn sie oft nicht zufriedenstellend gelingen mag – mit Gesundheit in Zusammenhang gebracht. Ältere Personen dagegen glauben wahrscheinlich, dass mit dem Alter Krankheiten sowieso häufiger auftreten werden. Stressbewältigung ist für diese beiden Altersgruppen kein Gesundheitsfaktor, die Gründe dafür resultieren jedoch aus ganz unterschiedlichen Erfahrungen bzw. Einstellungen zum Thema Gesundheit.

Daraus folgt: Aufgrund der unterschiedlichen Erfahrungs- und Erlebnisswelten von jüngeren und älteren Menschen sind unterschiedliche „Ansprachekonzepte“ für sehr junge Leute und für Menschen ab 60 Jahren notwendig, wenn es um den Zusammenhang von Stressbewältigung und Gesundheit geht. Einen besonderen Stellenwert gewinnt dieser demografische Aspekt deshalb, weil Stressbewältigung als Gesundheitsfaktor offenbar anders als die anderen Faktoren, hauptsächlich eine altersabhängige Charakteristik aufweist.

Einflussfaktor: Familie und Partnerschaft.

Im Durchschnitt ($M = 1,7$) geben die Befragten an, dass Familie und Partnerschaft einen geringen bis starken Einfluss auf ihre Gesundheit haben (Beurteilungsskala: 0 = überhaupt nicht, 1 = etwas, 2 = stark, 3 = sehr stark). Bedeutsame Geschlechtsunterschiede gibt es dabei nicht, ebenso wenig hat die Gesundheitskompetenz Einfluss darauf, wie der „Gesundheitsfaktor“ Familie und Partnerschaft beurteilt wird.

7.3 Gesundheitsfaktoren und Lebensqualität

Gesundheit, Familie und Partnerschaft, Arbeit und Beruf oder Freizeit und Hobby haben für den Einzelnen eine unterschiedliche Bedeutung für die subjektiv empfundene Lebensqualität. Ebenso werden Geld und anderen Besitztümern (z.B. Haus, Auto etc.) unterschiedliche Werte für die Lebenszufriedenheit beigemessen. Die Lebensqualität gilt als übergeordnetes Ziel der Gesundheitsförderung (s. Informationsbox 3).

› Informationsbox 3: Lebensqualität und Gesundheit

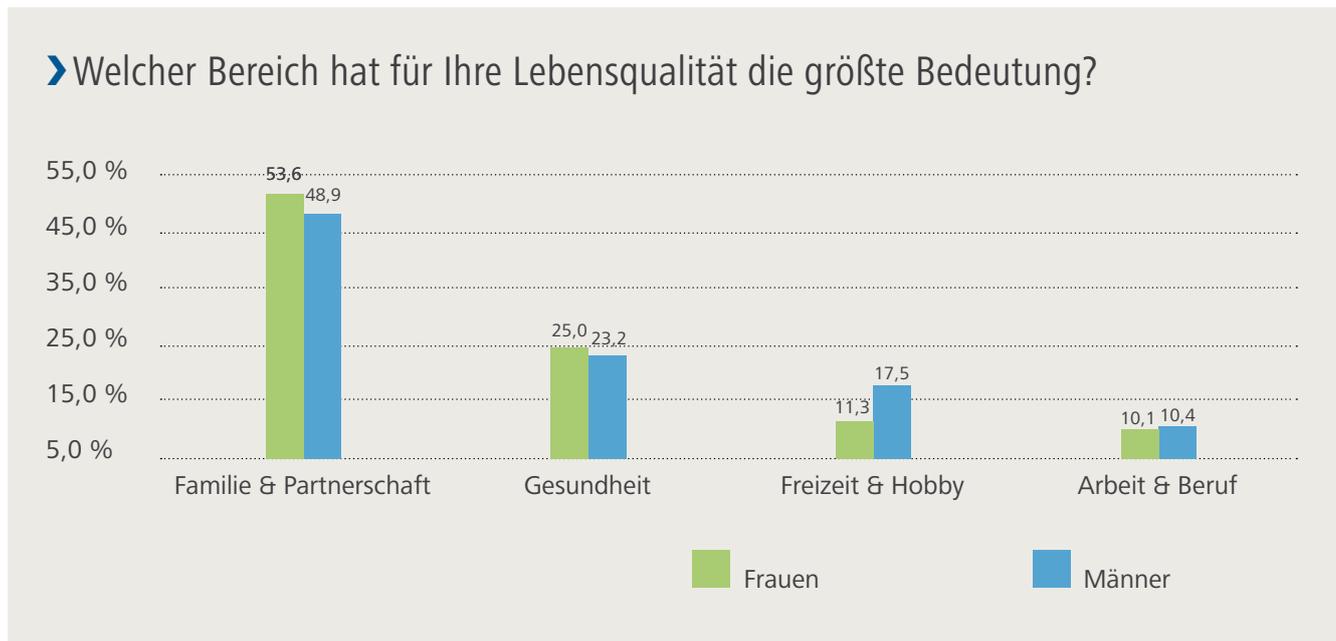
Die WHO sieht Lebensqualität als übergeordnetes Ziel der Gesundheitsförderung. In der Bangkok-Charta der WHO (2005) heißt es: „Die Vereinten Nationen erkennen an, dass das Erreichen der höchstmöglichen Gesundheitsstandards eines der fundamentalen Rechte aller Menschen ohne Unterschied darstellt. Gesundheitsförderung basiert auf diesem wesentlichen Menschenrecht. Dieses positive und umfassende Konzept begreift Gesundheit als einen Bestimmungsfaktor für Lebensqualität einschließlich des psychischen und geistigen Wohlbefindens.“ Auch in der Medizin gibt es inzwischen für spezifische Krankheiten das Modell der „Gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (Health Related Quality of Life).

Die Teilnehmenden wurden daher danach gefragt, welcher Bereich die größte Bedeutung für ihre Lebensqualität hat. Die Ergebnisse zu dieser Frage werden im Folgenden unabhängig von der individuellen Gesundheitskompetenz betrachtet, da diese hier überhaupt keinen Einfluss hat.

Familie und Partnerschaft wird von 52,2 % der Erwerbstätigen die größte Bedeutung für die Lebensqualität beigemessen. Gesundheit liegt mit 24,5 % an zweiter, Freizeit und Hobby mit 13,1 % an dritter und Arbeit und Beruf mit 10,2 % an vierter Stelle. Familie und Partnerschaft stehen damit nach wie vor an erster Stelle, wenn es um die Frage der Lebensqualität geht (vgl. Abbildung 18).

Mit dem Alter nimmt die Bedeutung von Gesundheit als Faktor für Lebensqualität erwartungsgemäß kontinuierlich zu: Bei den 20 - 24-Jährigen sind es 8,0 %, in der Altersgruppe 40 - 44 Jahre 23,8 %, in der Altersgruppe 60 - 64 Jahre 35,6 % und bei Personen über 64 Jahren sogar 59,5 % für die Gesundheit der wichtigste Faktor für die Lebensqualität ist.

➤ **Abbildung 18: Bedeutung von Familie und Partnerschaft, Gesundheit, Freizeit und Hobby sowie Arbeit und Beruf für die Lebensqualität getrennt für Frauen und Männer**



Daraus folgt: Sowohl für Frauen und Männer haben Familie und Partnerschaft die größte Bedeutung für die Lebensqualität. Zur Steigerung dieser sollten daher verstärkt Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten werden.

7.4 Wohlbefinden im Alltag und Gesundheitskompetenz

7.4.1 Wohlbefinden und Grunddimensionen menschlicher Befindlichkeit

„Viele emotionale und körperliche Beschwerden lassen sich als Anspannungs- oder Streßfolgensyndrome interpretieren, bei denen in unerwünschter Weise habituell körperliche Ressourcen mobilisiert werden. Das ist der psychophysiologische Kern der Aussage „Men sana in corpore sano. Ein gesunder Geist in einem gesunden Körper“ (Bösel, 2001, S. 334).

Die Forschung über Befindlichkeiten, Stimmungen, Emotionen und deren Ursachen und Folgen hat in den letzten 20 Jahren enorm zugenommen. Die psychologische und neuropsychophysiologische (Grundlagen-) Forschung zur psychischen Befindlichkeit des Menschen liefert dazu zahlreiche Befunde, die belegen, dass zwei Erlebensdimensionen eine wesentliche Rolle im subjektiven Erlebens- und Gefühlsspektrum und bei der Bewältigung von Stress und Belastung spielen (vgl. dazu Bösel, 1986; Wieland-Eckelmann, 1986; Thayer, 1989, Schimmack, 1997; 2008):

- „Erregung – Ruhe“ und
- „Wachheit – Müdigkeit“

Eine weitere zentrale Erlebens- bzw. Befindlichkeitsdimension ist das

- subjektiv erlebte Gefühl der Kontrolle.

Das Kontrollerleben ist dann hoch ausgeprägt, wenn man glaubt, etwas im Griff zu haben oder sich als einflussreich und selbstwirksam erlebt. Im Arbeitskontext ist diese Erlebensdimension eng verbunden mit dem Konzept des Entscheidungs- und Handlungsspielraums. Nach Karasek und Theorell (1990) und den auf sie aufbauenden zahlreichen Forschungsarbeiten (Siegrist, 2008; Ulich & Wülser, 2009; Wieland 2010), können Stress-, Angst- und Beanspruchungserleben und deren längerfristige Auswirkungen (z.B. psychosomatische Störungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) durch die Wechselwirkung von Arbeitsanforderungen (hohe Arbeitsintensität, Zeitdruck, widersprüchliche Anforderungen) und Entscheidungsspielraum (als Ressource) vorhergesagt werden. Insbesondere bei Arbeitsplätzen mit hohen Anforderungen und Belastungen einerseits und geringeren Spielräumen andererseits besteht die Gefahr gesundheitsbeeinträchtigender Fehlbeanspruchungen (vgl. dazu auch weiter unten, Abschnitt 9.4). Diese drei Befindlichkeits- oder Erlebensdimensionen sind für unser Fühlen, Denken und Handeln deshalb so bedeutsam, weil sie jedes Verhalten in unterschiedlicher

- Qualität (positiv-negativ),
- Intensität (stark – schwach, passiv – aktiv) und
- Dauer (kurz- und langfristig)

begleiten. Man kann sie deshalb auch als Grunddimensionen menschlicher Befindlichkeit betrachten. Da viele unserer Handlungen im Alltag oder bei der Arbeit dann, wenn wir genügend Routine entwickelt haben, „automatisiert“ ablaufen, werden uns diese Erlebnisqualitäten oft nicht bewusst. Werden wir nach einer erfolgreich und mit angemessenem Aufwand erledigten Aufgabe jedoch nach unserem Befinden gefragt, so machen wir die Erfahrung, dass wir uns als einflussreich und energiegeladen bzw. aktiviert erleben, Gefühle der Nervosität und Erregtheit werden dagegen nur selten berichtet.

Auch Gesundheit und Wohlbefinden hängen eng zusammen. Gesundheit ist laut WHO mehr als die Abwesenheit von Krankheit, dazu gehört auch psychisches und physisches Wohlbefinden. In der Psychologie und der Psychiatrie sind Befindlichkeiten wichtige Indikatoren für die Diagnostik psychischer Störungen. In der pharmakologischen Forschung werden seit langem Stimmungen erfasst, um die Auswirkungen von Medikamenten zu untersuchen. Die Gesundheitspsychologie untersucht, wie Bewegung, Ernährung, Kaffee und Zigaretten oder Sport die Befindlichkeit und Stimmungen beeinflussen. Persönlichkeitspsychologen untersuchen die Einflüsse von Persönlichkeitseigenschaften und Ereignissen auf das Erleben. Auch die Ökonomie hat inzwischen „Wohlbefinden“ als wichtigen Indikator für den wirtschaftlichen Erfolg einer Nation entdeckt (vgl. dazu auch Informationsbox 4).

Auch in dieser Studie spielte deshalb die Erfassung des Wohlbefindens im Alltag und der psychischen Beanspruchung als Befindenzustand während der Arbeit (s. dazu weiter unten, Kapitel 9) eine wesentliche Rolle. Um das allgemeine (habituelle) Wohlbefinden der Teilnehmenden der Internetstudie zu ermitteln, wurden sie um folgende Bewertung gebeten:

„Der Alltag ist oft sowohl mit positiven als auch negativen Gefühlen verbunden. Nachfolgend finden Sie einige Eigenschaftswörter, mit denen Sie Ihr allgemeines Befinden im Alltag beschreiben können.

Wählen Sie bitte aus den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten diejenige aus, die am besten angibt, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen. Antworten Sie möglichst spontan, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Im Allgemeinen fühle ich mich... energiegeladen/tatkräftig, nervös/aufgeregt, einflussreich.“

Diese drei Befindlichkeitszustände mussten auf einer siebenstufigen Skala mit den folgenden Antwortmöglichkeiten eingestuft werden: 0 = kaum, 1 = etwas, 2 = einigermaßen, 3 = ziemlich, 4 = stark, 5 = sehr stark bis 6 = außerordentlich³.

› Informationsbox 4: Wohlbefinden – auch für die Ökonomie ein wichtiger Faktor?

Gegenwärtig ist ein zunehmendes Interesse in Europa, den USA und Australien zu verzeichnen, Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens und Missempfindens neben ökonomischen Indikatoren als wichtige volkswirtschaftliche Daten zu erheben. So wurde auf Initiative des Ökonomie-Nobelpreisträgers Daniel Kahneman, der Psychologie Professor an der Princeton University ist, erstmals im Jahr 2007 eine Kurz-Skala zu „Affekten“ in das Sozio-Oekonomische Panel (SOEP) aufgenommen (Trommsdorf, 2008; vgl. auch Schimmack, Schupp & Wagner, 2008). Das SOEP des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin stellt seit 1984 in jährlichen Erhebungen repräsentative Datensätze zur Verfügung, die neben ökonomischen Fragen zum Haushalt soziologische, demografische, gesundheitspolitische und auch psychologische Fragen bzw. Fragen zur Befindlichkeit enthalten. Seit dem Jahr 2002 gibt es zudem eine deutlichere Verbesserung des Gesundheitsschwerpunktes im SOEP. So wird im Zwei-Jahres-Rhythmus die Körpergröße und das Gewicht sowie der Tabak- und Alkoholkonsum (seit 2006) der Befragten erhoben. Die Erfassung des Gesundheitszustandes zählt seither zu den Schwerpunkt-Kernbereichen des SOEP-Erhebungsprogramms.

In den USA hat Ed Diener (2005) die Internationalen Leitlinien für nationale Indikatoren für subjektives Wohlbefinden und Missempfinden (subjective well-being and ill-being) mit Forschern verschiedener Länder (u.a. Deutschland) publiziert. Darin betont er: „In demokratischen Gesellschaften stellen solche Indikatoren eine wichtige Informationsquelle für Entscheidungsträger über das Wohlbefinden und die Bedürfnisse der Bürger dar“.

Welche Rolle spielt das alltägliche Wohlbefinden für die Gesundheitskompetenz, inwieweit wird der Gesundheitszustand durch das tägliche Wohlbefinden beeinflusst? Die nachfolgenden Abschnitte geben Antworten auf diese Fragen.

³ Nähere Informationen zu dieser Befindensskala und Literaturhinweise können bei den Autoren dieses Gesundheitsreports angefordert werden.

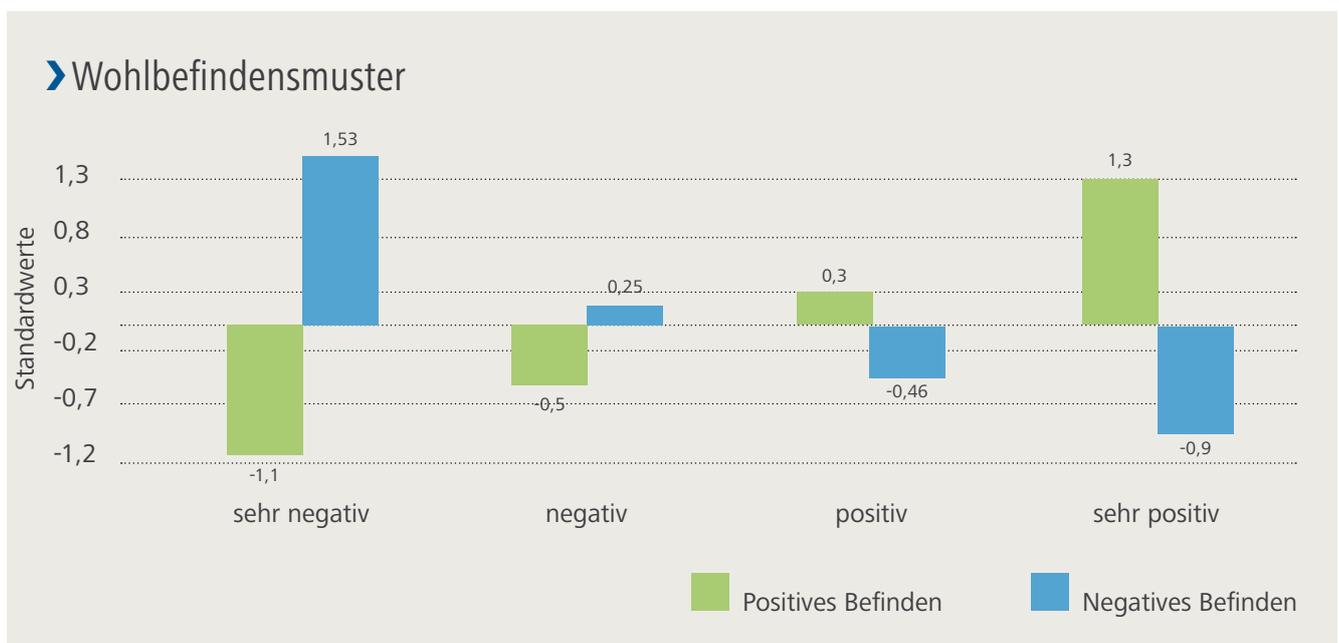
7.4.2 Nach welchen Kriterien lässt sich Wohlbefinden bewerten?

Wohlbefinden ist eine subjektive Größe, die einer objektiven Bewertung nur schwer zugänglich ist. Wann können Befindenzustände z. B. als gesundheitsförderlich, wann als gesundheitsbeeinträchtigend angesehen werden? Eine Möglichkeit, dazu eine begründete Aussage zu treffen, liegt darin, positive und negative Befindlichkeiten zu „bilanzieren“.

Überwiegen positive Befindlichkeiten, d.h. fühlt sich jemand meistens eher „energiegeladen/tatkräftig“ und „einflussreich“ und nur relativ selten „nervös/aufgeregt“, dann hat er eine positive Befindensbilanz. Fühlt sich jemand dagegen überwiegend „nervös/aufgeregt“ und relativ selten „energiegeladen/tatkräftig“ und „einflussreich“, dann besitzt er eine negative Bilanz. Somit erhält man aus der Differenz von positiver und negativer Befindlichkeit einen Kennwert⁴, der als „Wohlbefindensbilanz“ bezeichnet werden kann. Auf der Grundlage dieses Kennwertes wurden - wie bei der Gesundheitskompetenz - vier Stufen bzw. Gruppen gebildet: Personen mit sehr negativer, negativer, positiver und sehr positiver Wohlbefindensbilanz⁵.

In Abbildung 19 sind zur Veranschaulichung der „Wohlbefindensbilanz“ die Ausprägungen der positiven bzw. negativen Befindlichkeit für die vier Stufen bzw. Gruppen der Wohlbefindensbilanz dargestellt. Eine sehr negative Bilanz ist durch eine unterdurchschnittliche positive und eine überdurchschnittlich negative Befindlichkeit gekennzeichnet; das gegenteilige Befindensmuster weist die Gruppe mit sehr positiver Befindensbilanz auf.

➤ **Abbildung 19: Wohlbefindensmuster für vier Stufen der Wohlbefindensbilanz**



⁴ Für die/den statistisch interessierte/n Leserin und Leser: Zur Differenzbildung wurden die z-transformierten Werte der positiven bzw. negativen Befindlichkeit herangezogen (vgl. dazu auch Hammes et al., 2009).

⁵ Die Gruppeneinteilung basiert, wie bei der Bildung der Gesundheitskompetenzgruppen, auf den z-standardisierten Werten der Wohlbefindensbilanz.

Zahlreiche Ergebnisse der Stressforschung zeigen:

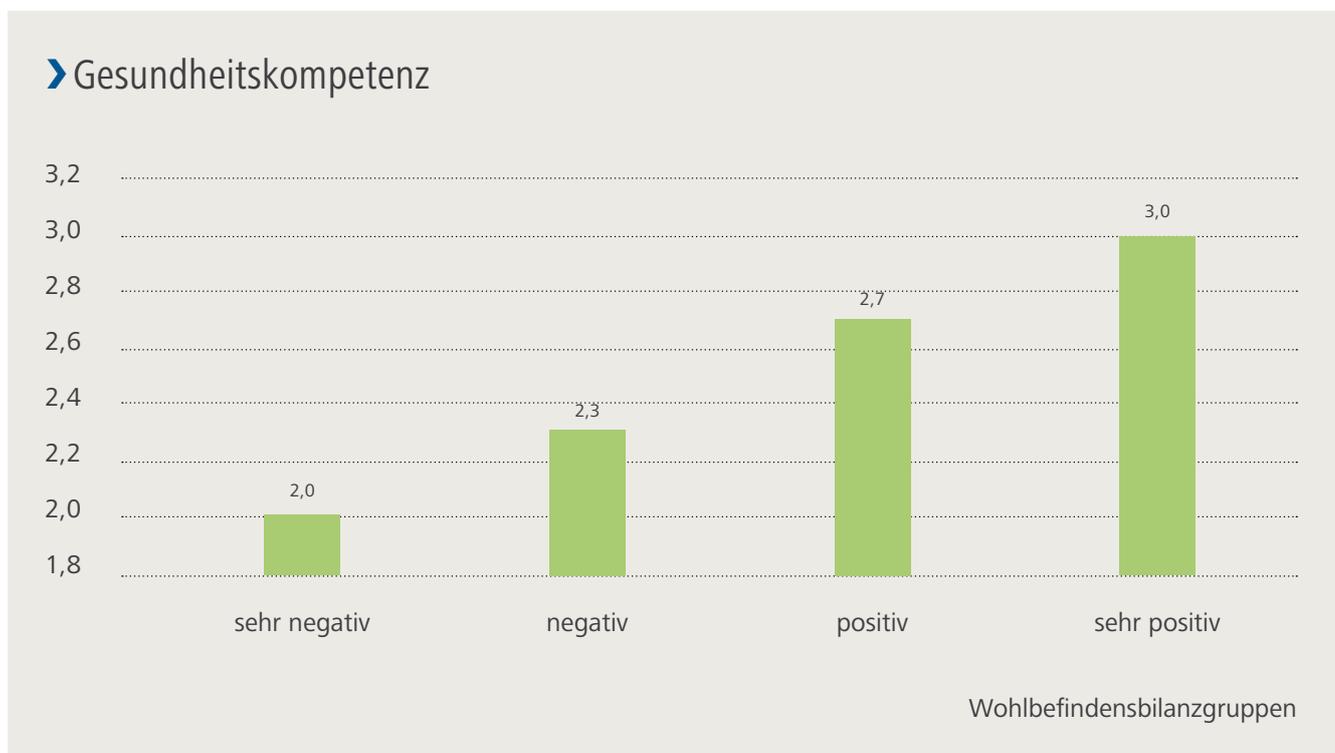
- Eine hohe Ausprägung in den Dimensionen „Energetische Aktiviertheit“ und „Kontrollerleben“ (positives Befinden) und eine gleichzeitig geringe Nervosität/Erregtheit (negatives Befinden) gehen mit hoher Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit (Stressresistenz) und Gesundheit einher. Dieses Befindensmuster entspricht der Gruppe „sehr positiv“ der Abbildung 19.
- Ein habituell, d.h. über längere Perioden andauerndes niedriges Niveau positiver und ein gleichzeitig hohes Niveau negativer Befindlichkeit (Gruppe „sehr negativ“) ist dagegen oft mit geringer Leistungsbereitschaft und -fähigkeit, hoher Stressanfälligkeit und stressbedingten Erkrankungen wie z.B. Bluthochdruck verbunden (vgl. Kaluza, 2003; Kohlmann, 2003).

Welche Bedeutung hat die Wohlbefindensbilanz für die Gesundheitskompetenz und den Gesundheitszustand? Im nachfolgenden Abschnitt wird zum einen dargestellt, wie das Befinden im Alltag mit der Gesundheitskompetenz zusammenhängt. Liegt ein solcher Zusammenhang vor, dann ließen sich daraus wichtige Konsequenzen zur Prävention ableiten. Zum anderen wird untersucht, inwieweit sich die Wohlbefindensbilanz im Alltag auf den Gesundheitszustand und Fehlzeiten auswirkt.

7.4.3 Wohlbefinden und Gesundheitskompetenz

Hier ergibt sich ein sehr eindeutiges Bild: Personen mit einer negativen Wohlbefindensbilanz weisen eine deutlich geringere Gesundheitskompetenz auf als Personen mit einer positiven Bilanz (vgl. Abbildung 20).

➤ **Abbildung 20: Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit von der Wohlbefindensbilanz.**
Alle vier Gruppen unterschieden sich signifikant voneinander ($p < .01$)



Daraus folgt: Zwischen Wohlbefinden im Alltag und der Fähigkeit, die eigene Gesundheit zu erhalten und Krankheiten zu bewältigen (Gesundheitskompetenz), besteht ein fast linearer Zusammenhang: Je positiver die Wohlbefindensbilanz, desto höher die Gesundheitskompetenz. Obwohl damit nicht zwingend eine Kausalbeziehung („was bewirkt was?“) angenommen werden kann, so spricht doch Vieles dafür, dass die tägliche Wohlbefindensbilanz Auslöser für Aktivitäten ist, wie sie mit dem Konzept der Gesundheitskompetenz erfasst werden. So wird eine Person „Pläne und Vorsätze bezüglich ihrer Gesundheit“ nur dann machen, wenn sie sich häufig nicht gesund fühlt.⁶

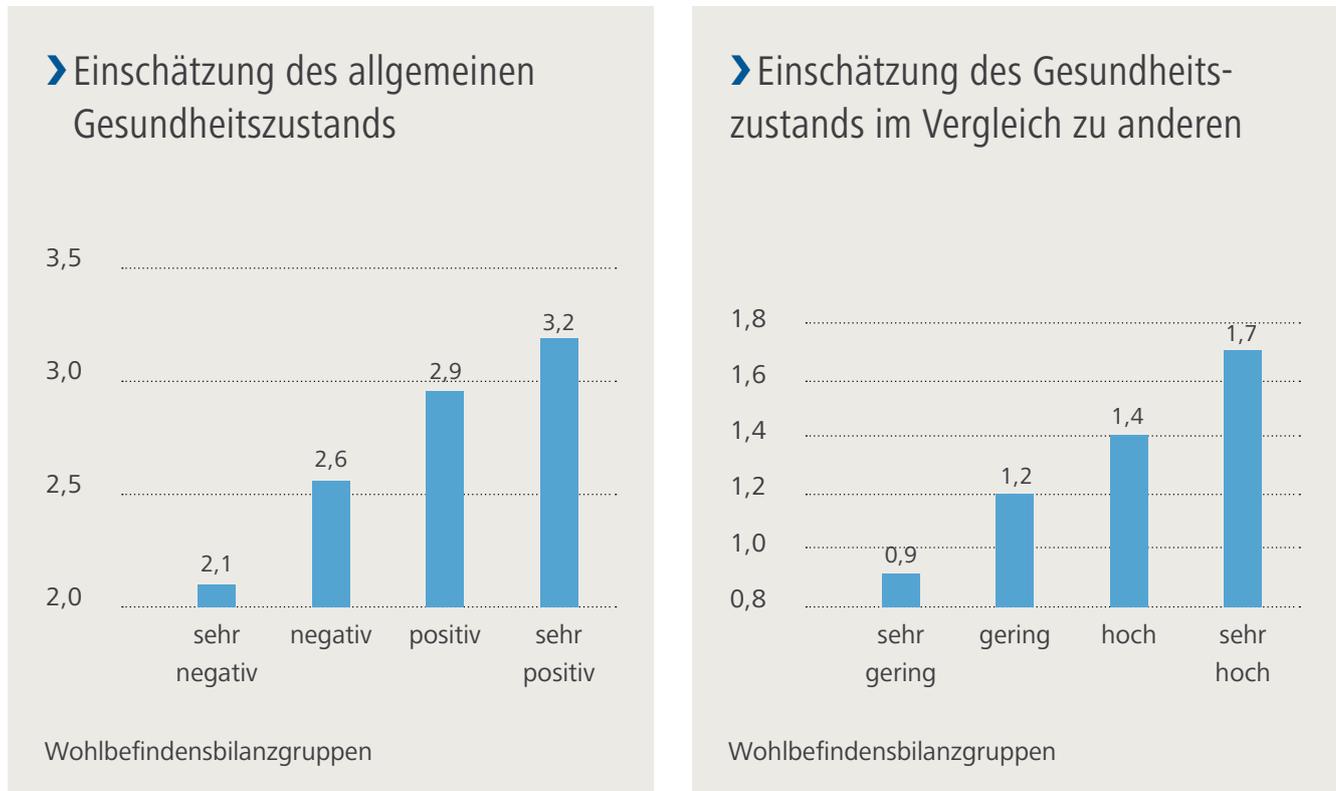
In diesem Zusammenhang wird deutlich, welches Potenzial „Bewegung“ bzw. motivierende Bewegungsangebote haben: Bewegung, so zeigen inzwischen nahezu alle Studien (vgl. z. B. Schwerdtfeger et al., 2008), verbessert das Befinden in Richtung einer positiven Wohlbefindensbilanz. Attraktive und nachhaltige Bewegungsprogramme sind daher ein wichtiger Bestandteil der Prävention.

7.4.4 Wohlbefinden und Gesundheitszustand

Je positiver die Wohlbefindensbilanz ausfällt, desto besser wird der eigene Gesundheitszustand eingeschätzt: Personen mit sehr negativer Bilanz beurteilen ihren Gesundheitszustand eher als mittelmäßig, Personen mit sehr positiver Bilanz dagegen eher als gut. Auch im Vergleich zu anderen wird der Gesundheitszustand von Personen mit positiver Bilanz deutlich günstiger beurteilt (vgl. Abbildung 21, rechtes Bild). Das alltägliche Wohlbefinden, so wird anhand dieser Befunde deutlich, korrespondiert systematisch mit dem Gesundheitszustand.

⁶ Eine Frage aus der Gesundheitskompetenz-Skala, die in dieser Studie benutzt wurde lautete: Wenn ich Vorsätze und Pläne bezüglich meiner Gesundheit mache, halte ich mich auch daran.

› **Abbildung 21: Selbstbeurteilter Gesundheitszustand (linkes Bild) und Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen (rechtes Bild) für Erwerbstätige in Abhängigkeit von der Wohlbefindensbilanz.** Beurteilungsskala Gesundheitszustand: 0 = sehr schlecht, 1 = eher schlecht, 2 = mittelmäßig, 3 = eher gut, 4 = sehr gut; Beurteilungsskala Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen: 0 = eher schlechter, 1 = gleich gut, 2 = eher besser. Alle Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind signifikant ($p < .05$)



Wie bedeutsam negative Befindlichkeitszustände und der Umgang mit ihnen sind, wird deutlich an Befunden der Ärgerforschung. In der gesundheitspsychologischen und verhaltensmedizinischen Forschung gibt es zahlreiche Hinweise, dass kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck bzw. essentielle Hypertonie⁷) und Ärger bzw. die Art und Weise ihn zu bewältigen einen engen Zusammenhang aufweisen (Schwenkmezger und Lieb, 1991). Essentielle Hypertoniker und Infarktpatienten zeichnen sich u. a. dadurch aus, dass sie ihren Ärger häufig nicht ausdrücken, sondern eher unterdrücken sowie vermehrt Schuldgefühle entwickeln, nachdem sie ihren Ärger gezeigt haben (Müller & Elbert, 1994).

Daraus folgt: Der individuelle Gesundheitszustand kann durch die tägliche Befindlichkeit sowohl gefördert als auch beeinträchtigt werden. Maßnahmen zur besseren Bewältigung negativer Befindlichkeiten und Gefühle können dabei sowohl das subjektive Wohlbefinden steigern als auch dazu beitragen, körperliche Reaktionen mit hohem Gesundheitsrisiko wie z. B. Bluthochdruck zu vermeiden.

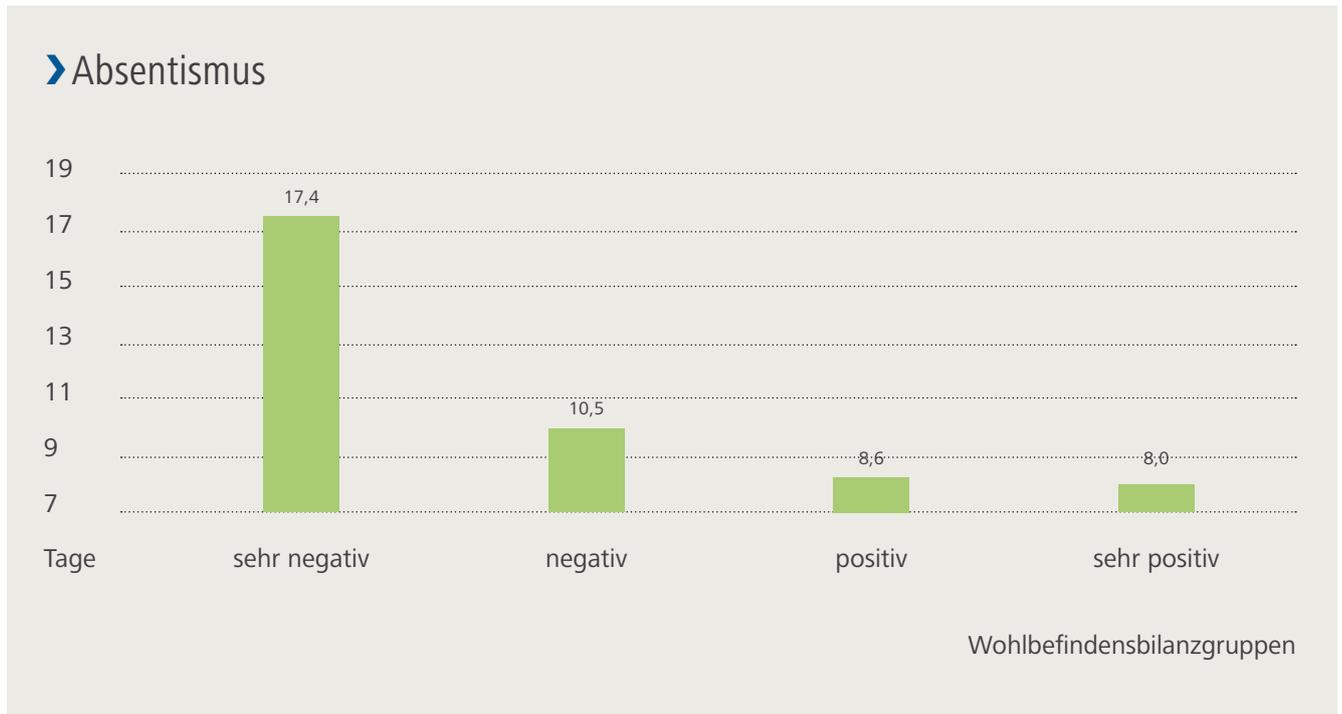
⁷ Eine Hypertonie liegt vor, wenn im Sitzen (nach einigen Minuten) die Werte des systolischen Blutdrucks über 140 mm Hg und/oder des diastolischen Blutdrucks über 90 mm Hg liegen; vgl. www.hochdruckliga.de.

7.4.5 Wohlbefinden, Fehlzeiten und Präsentismus

Inwieweit hat das alltägliche Befinden Einfluss auf Fehlzeiten und Präsentismus („krank zur Arbeit“)? Hier finden sich bedeutsame und eindrucksvolle Ergebnisse: Je negativer die Wohlbefindensbilanz, desto häufiger fehlen Beschäftigte bzw. desto mehr Fehltageweisen sie auf (vgl. Abbildung 22).

➤ Abbildung 22: Fehltageweisen in Abhängigkeit von der Wohlbefindensbilanz.

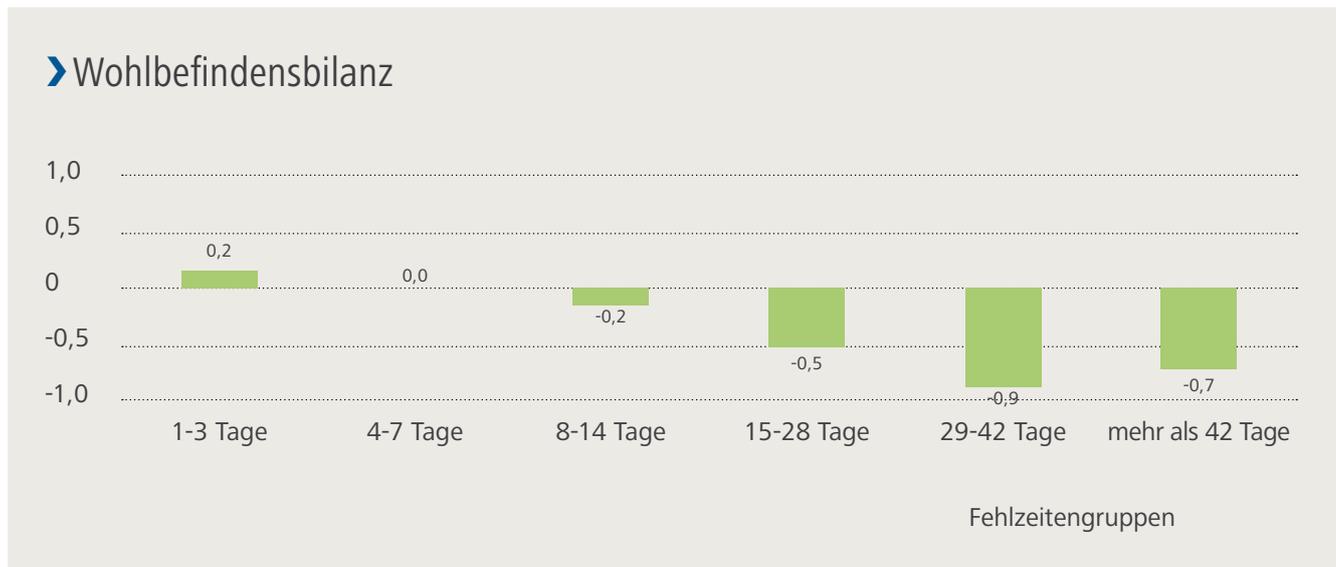
Nur der Unterschied zwischen der Gruppe mit sehr negativer Bilanz (17,44 Tage) und den restlichen Gruppen ist statistisch bedeutsam ($p < .05$)



Wie sieht der Zusammenhang zwischen Fehlzeiten und Wohlbefinden für unterschiedlich lange Fehlzeitenperioden aus? Hier zeigt sich eine systematische Beziehung: Je länger die Fehlzeitenperioden, desto negativer ist die Wohlbefindensbilanz (vgl. Abbildung 23). Die beste Bilanz haben Beschäftigte mit 1 bis 3 Fehltagen; die schlechteste Beschäftigte mit „29 bis 42“ und „mehr als 42“ Fehltagen. Frauen und Männer unterschieden sich dabei nicht.

➤ **Abbildung 23:**

Wohlbefindensbilanz in Abhängigkeit von der Dauer der Fehlzeiten bzw. sechs Fehlzeitengruppen



Die Ergebnisse für Präsentismus unterscheiden sich nur wenig von den Befunden zum Absentismus; weitere Ergebnisse dazu werden in Kapitel 10 noch ausführlich behandelt.

Daraus folgt: Subjektives Wohlbefinden weist einen bedeutsamen Zusammenhang zu Absentismus und Präsentismus auf. Eine für die Prävention wichtige Fragestellung ist in diesem Kontext: Welchen Anteil hat die alltägliche Befindlichkeit an der Entstehung von Krankheiten? Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass ein enger Zusammenhang besteht (vgl. z. B. Traue, 2005). Allerdings besteht dazu insgesamt noch viel Forschungsbedarf. So fehlen z. B. verlässliche Erkenntnisse darüber, welche Krankheitsarten durch die Befindlichkeit am meisten beeinflusst werden. Solche Erkenntnisse könnten, wie die Forschung zur Rückengesundheit zeigt (vgl. dazu Lühmann, 2009), wertvolle Ansatzpunkte zur Vorbeugung und Behandlung bestimmter Erkrankungen liefern.

Gesundheitskompetenz, so haben die bisher dargestellten Befunde gezeigt, spielt als „Personfaktor“ oder Persönlichkeitsmerkmal eine wesentliche Rolle im Gesundheitsgeschehen. Nicht nur die Gesundheitskompetenz, sondern auch gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltens- und Erlebnisweisen können die Gesundheit beeinflussen. Was das bedeutet, darauf geht der folgende Abschnitt ausführlicher ein, indem er damit zusammenhängende psychologische Gesundheitstypen betrachtet.

7.5 Gesundheitstypen

Im ersten Teil des BARMER GEK Gesundheitsreports 2010 wurden fünf Gesundheitstypen vorgestellt, die im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe (vgl. dazu Bock & Schweitzer, 2009) erhoben wurden: Traditionalisten, Naturheilaaffine, Informierte, Minimalisten und Eigenständige. Die Gesundheitstypen wurden aufgrund von Einstellungen und Verhaltensweisen gebildet, die für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit besonders relevant sind:

- Gesundheitsverhalten
- Vorsorgeorientierung bzw. -verhalten
- Individueller Beratungs- bzw. Angebotsanspruch
- Orientierung am Gesundheitsmarkt
- Versicherungsmentalität (Involvement)
- Vertrauen gegenüber der eigenen Krankenversicherung
- Offenheit bzgl. Naturheilverfahren

In dieser Internetstudie wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zehn Fragen zu den oben aufgelisteten Merkmalsbereichen vorgelegt. Beispielfrage⁸ zu Gesundheitsverhalten: „Ich lasse mich regelmäßig beim Arzt durchchecken“.

7.5.1 Gesundheitstypen: Häufigkeiten und Profile

Im ersten Teil des Gesundheitsreportes 2010 wurden die Profile der Gesundheitstypen dargestellt (vgl. dort Abbildung 27 auf Seite 70). Die Daten aus der Internetstudie bestätigen diese Profile weitgehend⁹.

Die prozentualen Anteile und absoluten Häufigkeiten der fünf Gesundheitstypen zeigt Tabelle 5. Besonders stark vertreten sind danach Naturheilaaffine und Informierte, also Personen, die überdurchschnittliche Werte in der Vorsorgeorientierung, im Gesundheitsverhalten und bezüglich ihres Beratungsanspruchs aufweisen und sich darüber hinaus stark im Gesundheitsmarkt orientieren (Informierte) oder offen für alternative Heilverfahren sind (Naturheilaaffine). Besonders selten vertreten sind Eigenständige und Minimalisten, d.h. Personen mit unterdurchschnittlichen Werten in den Merkmalen Vorsorgeorientierung, Gesundheitsverhalten und Beratungsanspruch.

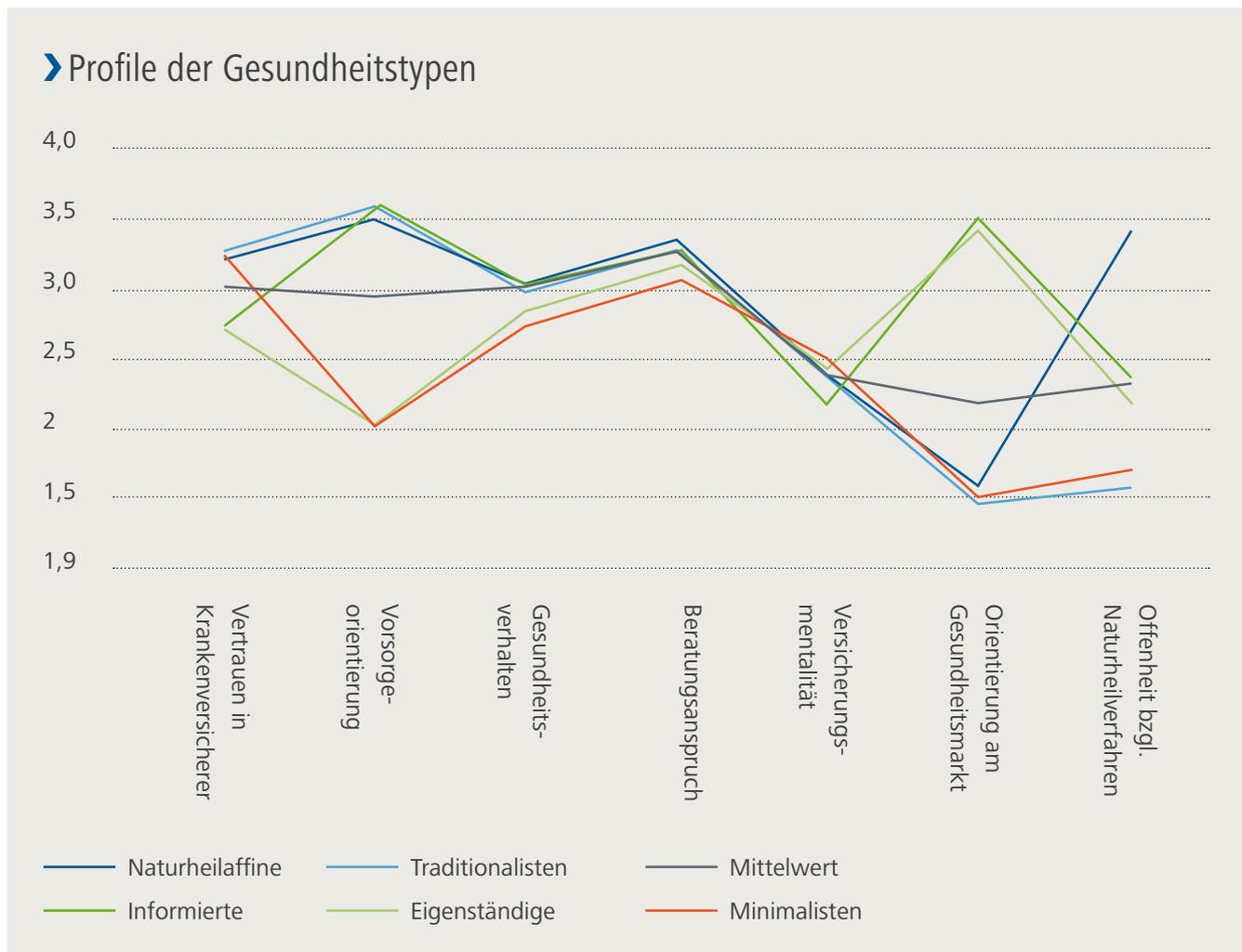
► **Tabelle 5: Häufigkeiten der Gesundheitstypen, absteigend sortiert nach ihrer Auftretenshäufigkeit**

Gesundheitstyp	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Anzahl)
Naturheilaaffine	24,4 %	818
Informierte	23,3 %	781
Traditionalisten	18,9 %	631
Minimalisten	18,5 %	618
Eigenständige	14,9 %	499
Gesamt	100,00 %	3347

⁸ Weitere Beispielfragen finden sich im BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1 auf Seite 70.

⁹ Zur Ermittlung der fünf Gesundheitstypen wurde der gleiche Algorithmus wie in der Ursprungsstudie von Bock & Schweitzer (2009) verwendet.

› Abbildung 24: Profile der fünf Gesundheitstypen für Erwerbstätige, die auf der Grundlage von sieben, die Gesundheitstypen charakterisierenden Merkmalsbereichen ermittelt wurden



Welche Unterschiede gibt es zwischen diesen fünf Gesundheitstypen? Unterscheiden sich ihre Gesundheitsaktivitäten? Haben Fehlzeiten und Präsentismus etwas damit zu tun? Diese und weitere Fragen sind Gegenstand der nachfolgenden Abschnitte.

7.5.2 Geschlechts- und Altersverteilung der Gesundheitstypen

Die Daten der Internetstudie bestätigen: Die Gesundheitstypen unterscheiden sich wie erwartet (vgl. dazu Teil 1 des Reports 2010) hinsichtlich ihres Durchschnittsalters. Eigenständige und Minimalisten sind mit 40,8 und 40,1 Jahren deutlich jünger als Traditionalisten (46,7 Jahre) und Informierte (46,8). Naturheillaffine sind mit 46,2 Jahren allerdings deutlich älter im Vergleich zur Ursprungsstichprobe (s. Report 2010 Teil 1, Seite 72).

› Abbildung 25: Geschlechtsspezifische Verteilung der Gesundheitstypen

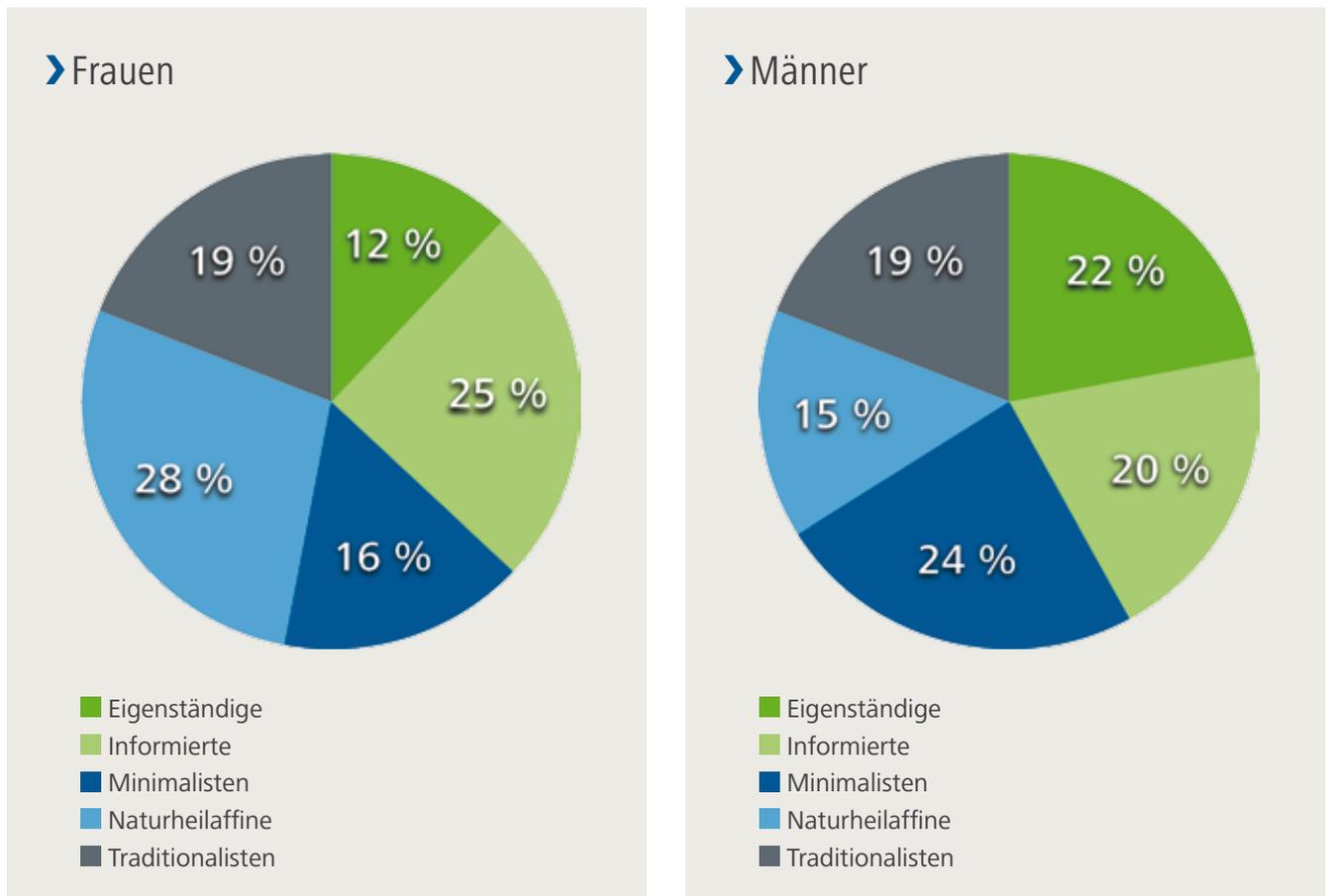


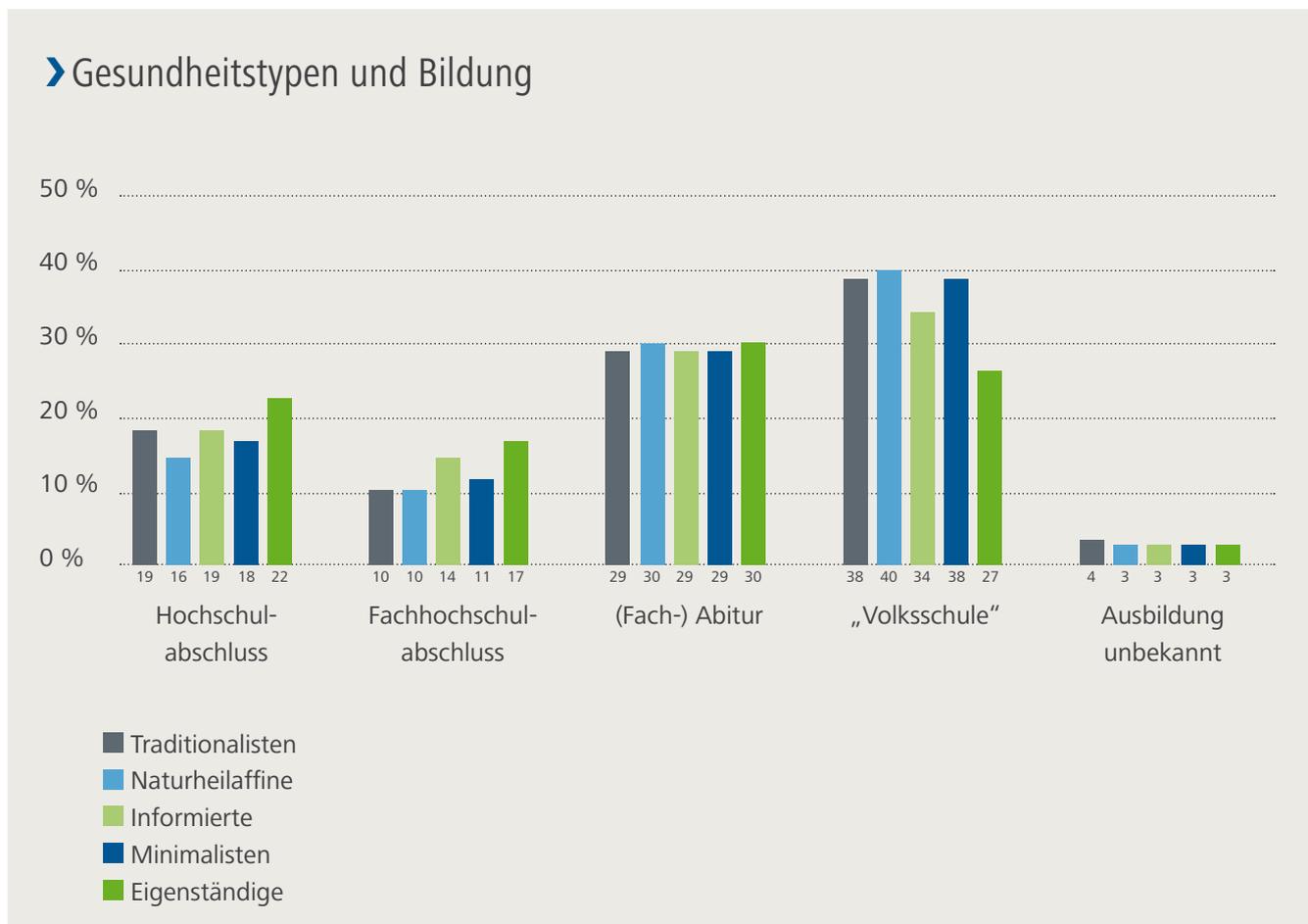
Abbildung 25 zeigt die Geschlechterverteilung der Gesundheitstypen. In der Internetstudie sind die Geschlechter insgesamt gleichmäßiger verteilt als in der Ursprungsstichprobe (s. Report 2010 Teil 1, Abbildung 29 auf Seite 73). Dennoch sind auch hier die geschlechtsspezifischen Trends erkennbar: Informierte und Naturheilaffine finden sich eher unter den Frauen, während Eigenständige und Minimalisten eher unter Männern anzutreffen sind; Traditionalisten verteilen sich gleichermaßen auf beide Geschlechter.

Daraus folgt: Frauen informieren sich mehr über Gesundheitsthemen und beschäftigen sich aktiver mit ihrer Gesundheit. Männer vertrauen hingegen auf die Leistungen ihrer Krankenversicherung und halten sich mit Gesundheitsaktivitäten eher zurück.

7.5.3 Bildung, Gesundheitswissen und Gesundheitstyp

Wie im ersten Teil dieses Gesundheitsreports 2010 wurde der Zusammenhang zwischen Gesundheitstyp und Schul- und Berufsbildung untersucht. Abbildung 26 zeigt das Bildungsniveau für die fünf Gesundheitstypen. Insgesamt zeigt sich eine ähnlich prozentuale Verteilung für die Bildungsabschlüsse. Eine Ausnahme bilden die Eigenständigen. Sie sind deutlich stärker in den höheren Bildungsabschlüssen (Hochschul- und Fachhochschulabschluss) vertreten. Dieser Befund korrespondiert mit den Ergebnissen der Ursprungsstichprobe des Gesundheitsreports 2010 Teil 1 (vgl. dort Abbildung 30, S. 74).

➤ **Abbildung 26: Verteilung der Gesundheitstypen in Abhängigkeit vom Bildungsstand (Angaben in Prozent)**



Die Bildungsunterschiede zwischen den Gesundheitstypen sind demnach (bis auf die Abweichungen bei den Eigenständigen) vergleichsweise gering. Die nachfolgend dargestellten Befunde lassen sich deshalb auch weitgehend auf den Gesundheitstyp zurückführen und nicht auf Bildungsunterschiede.

7.5.4 Absentismus und Präsentismus bei den Gesundheitstypen

Tabelle 6 zeigt die Dauer der Fehltage (Absentismus) und der Tage, an denen die Erwerbstätigen dieser Studie krank zur Arbeit gehen (Präsentismus). Bedeutsame, d. h. statistisch signifikante Unterschiede finden sich nur für die Anzahl der Fehltage, nicht jedoch für Präsentismus. Dabei unterscheiden sich Traditionalisten, Naturheilaffine und Informierte bedeutsam von den Eigenständigen ($p < .05$), sowie Minimalisten von Naturheilaffinen und Traditionalisten in der Anzahl der Fehltage.

› **Tabelle 6: Durchschnittliche Fehltage pro Jahr für die verschiedenen Gesundheitstypen**

Gesundheitstyp	Fehlzeiten (Tage pro Jahr)	Präsentismus (Tage pro Jahr)
Naturheilaffine	12,1	9,9
Informierte	11,1	10,0
Traditionalisten	12,8	8,3
Minimalisten	8,3	8,7
Eigenständige	7,0	9,5

Gesundheitszustand.

Die Unterschiede bei den Fehlzeiten korrespondieren nicht mit dem (subjektiv beurteilten) Gesundheitszustand bzw. mit dem Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen, d.h. die Gesundheitstypen unterschieden sich nicht bedeutsam im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand.

Die auf den Fehltagen basierende Rangfolge der Gesundheitstypen leitet zu einer interessanten Frage über: Wenn sich die Gesundheitstypen nicht in ihrem Gesundheitszustand, jedoch in ihren Fehlzeiten unterscheiden, sind es dann Unterschiede im Gesundheitswissen, -verhalten oder in der Gesundheitskompetenz, die verantwortlich für die unterschiedlichen Fehlzeiten sind?

7.5.5 Gesundheitskompetenz und andere Merkmale der Gesundheitstypen

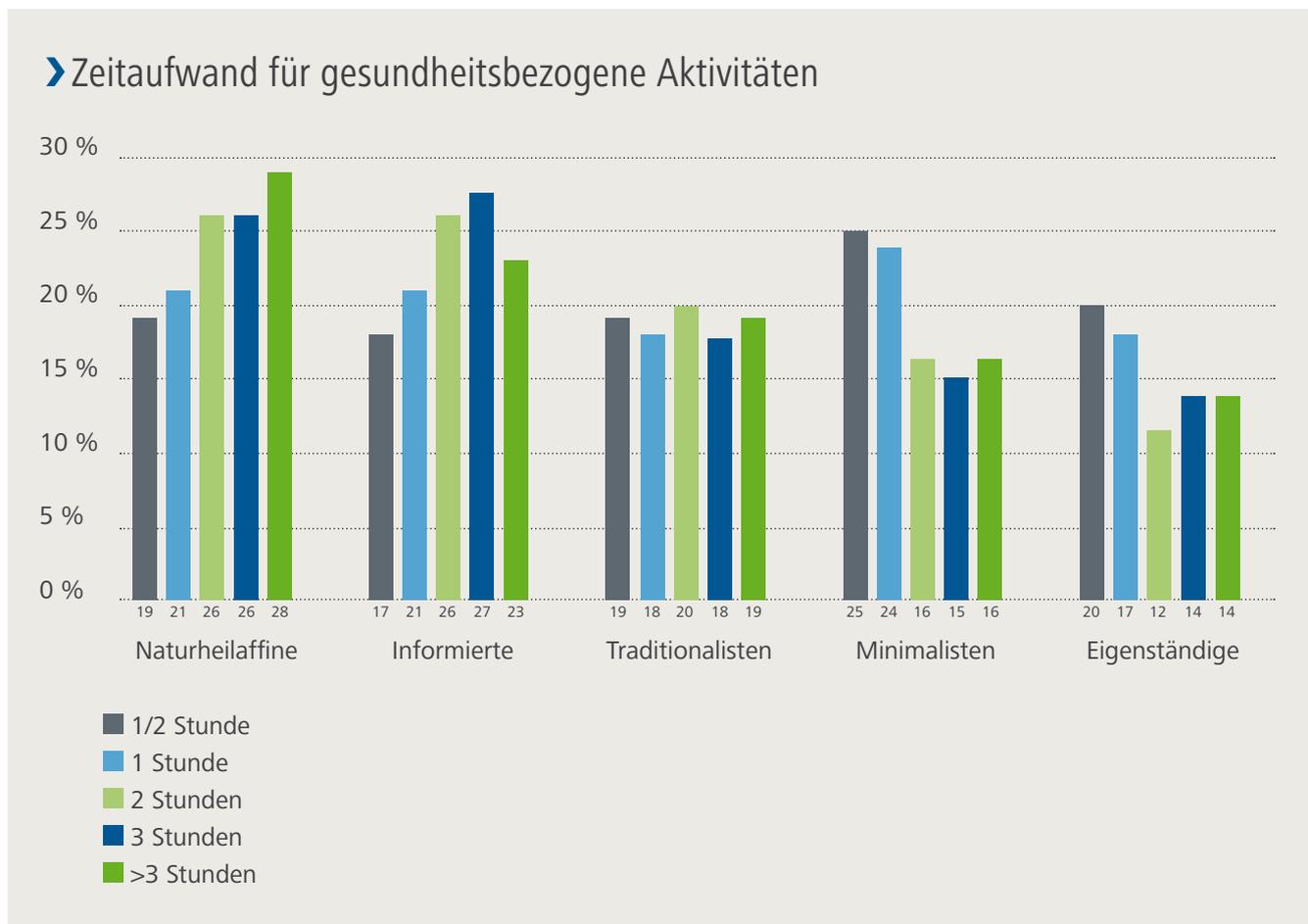
Gesundheitswissen.

Die Unterschiede im Gesundheitswissen sind eher gering. Die fünf Gesundheitstypen schätzen ihr Gesundheitswissen insgesamt als gut ein; dies entspricht einem Wert von 3,0. Naturheilaffine ($M = 3,03$) und Informierte ($M = 3,03$) beurteilen ihr Gesundheitswissen etwas besser als Minimalisten ($M = 2,78$) und Eigenständige ($M = 2,86$); Traditionalisten liegen mit einem Wert von 2,8 im Mittelfeld.

Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten.

Der wöchentliche Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten unterscheidet sich für die Gesundheitstypen bedeutsam ($p < .001$). Naturheilaffine (2,64 Std.) und Informierte (2,56 Std.) sind die Spitzenreiter, gefolgt von Eigenständigen (2,33 Std.) und Minimalisten (2,23 Std.). Traditionalisten liegen mit 2,47 Stunden im Mittelfeld. Naturheilaffine und Informierte verbringen mit „drei Stunden“ und „mehr als drei Stunden“ deutlich mehr Zeit mit gesundheitsbezogenen Aktivitäten als die Vergleichsgruppen. Während in diese beiden Kategorien („drei Stunden“ und „mehr als drei Stunden“) 54% der Naturheilaffinen und 50% der Informierten fallen, liegen die anderen Gruppen im Bereich von 30% für diese Kategorien (vgl. Abbildung 27).

➤ **Abbildung 27: Wöchentlicher zeitlicher Aufwand der Gesundheitstypen für Gesundheitsaktivitäten (Angaben in Prozent)**



Daraus folgt: Der wöchentliche Zeitaufwand für gesundheitliche Aktivitäten ist ein Unterscheidungsmerkmal für die Gesundheitstypen. Eine systematische Beziehung zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten gibt es dabei allerdings nicht: Ein hoher Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten führt nicht automatisch zu einer geringeren Anzahl von Fehltagen.

Interessanterweise gibt es jedoch eine geschlechtsspezifische Wechselwirkung zwischen Gesundheitstyp und Geschlecht. Männer berichten bei den Traditionalisten, dass sie nur 2,30 Stunden pro Woche für gesundheitsbezogene Aktivitäten aufwenden; Frauen dieser Gruppe dagegen 2,54 Stunden. Bei Informierten und Minimalisten ist es dagegen umgekehrt: Frauen geben hier mit 2,49 Stunden bzw. 2,17 Stunden deutlich weniger Zeit an als Männer mit 2,76 bzw. 2,32 Stunden. Für den Gesundheitstyp Naturheilaffine und Eigenständige ließen sich dagegen keine Geschlechtsunterschiede ausmachen.

Gesundheitstyp und Gesundheitskompetenz.

Hinsichtlich ihrer Gesundheitskompetenz unterscheiden sich die Gesundheitstypen statistisch bedeutsam ($p < .005$), substanziell ist dabei jedoch nur der Unterschied zwischen Minimalisten mit einem Wert von 2,46 und Naturheilaffinen mit 2,61. Die Gesundheitskompetenz von Naturheilaffinen liegt leicht über dem durchschnittlichen Wert von 2,53 aller Befragten.

Daraus folgt: Der geringe Zusammenhang zwischen Gesundheitstyp und Gesundheitskompetenz zeigt, dass wir es hier mit zwei unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Personmerkmalen zu tun haben. Das eine hat mit dem anderen nicht sehr viel zu tun.

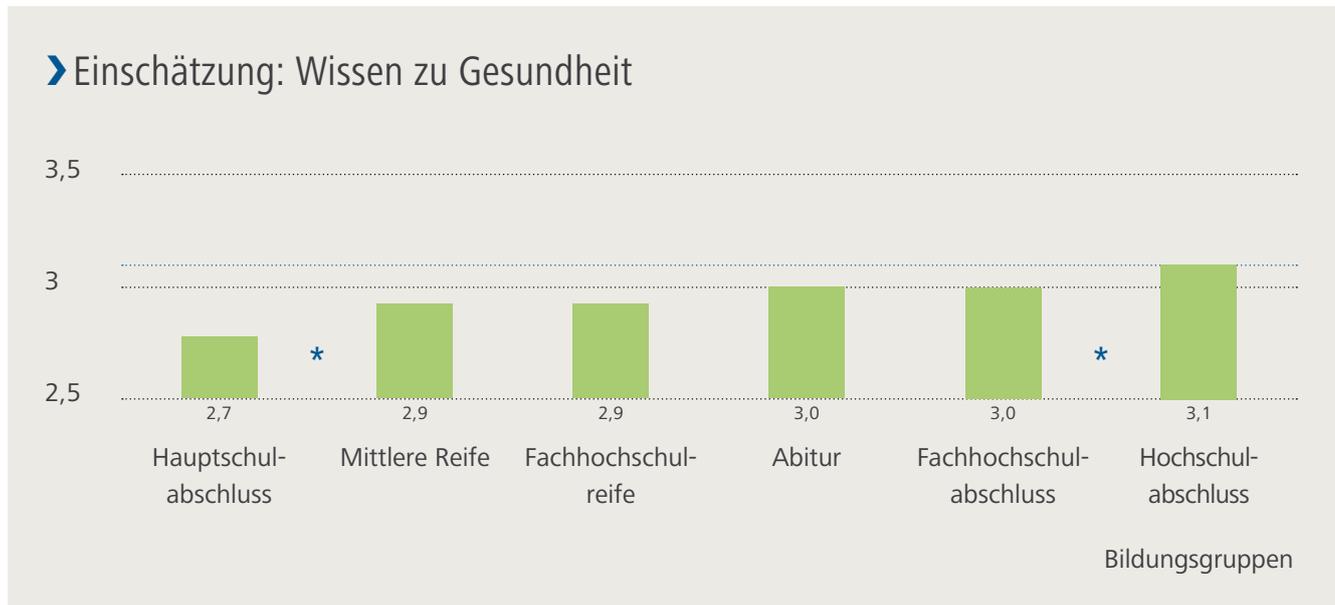
Erste Auswertungen der 20 Gruppen, die sich aus der Kombination der vier Gesundheitskompetenzgruppen und den fünf Gesundheitstypen ergeben, zeigen, dass der Faktor „Gesundheitskompetenz“ in seinen Wirkungen (z.B. in Bezug auf Fehlzeiten, Wohlbefindensbilanz u.a. Merkmale) dominant ist. Die Darstellung der Einzelergebnisse dazu würde den Rahmen dieses Reports allerdings sprengen.

8. Bildung und Gesundheit

8.1 Bildung und Gesundheitswissen

Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheitskompetenz wird im Gesundheitswesen häufig mit dem Begriff „Health Literacy“ umschrieben. Er bezieht sich u. a. auf Grundfähigkeiten wie Lesen, gesundheitsbezogene Informationen verarbeiten und verstehen. Von der WHO wurde „Health Literacy“ 1998 um den aktiven und erfolgreichen Umgang mit gesundheitlicher Information erweitert und dementsprechend definiert als „kognitive und soziale Fertigkeiten, die die Motivation und Fähigkeit von Menschen bestimmt, Zugang zu Informationen zu erhalten, diese zu verstehen und dazu zu nutzen, die eigene Gesundheit zu fördern und aufrecht zu erhalten“ (Übersetzung, R. Wieland).

› **Abbildung 28: Gesundheitswissen von Erwerbstätigen in Abhängigkeit vom Bildungsstand.** Beurteilungsskala: 0 = sehr schlecht, 1 = schlecht, 2 = mittelmäßig, 3 = gut und 4 = sehr gut. * Unterschiede zwischen diesen Gruppen sind signifikant ($p < .05$)

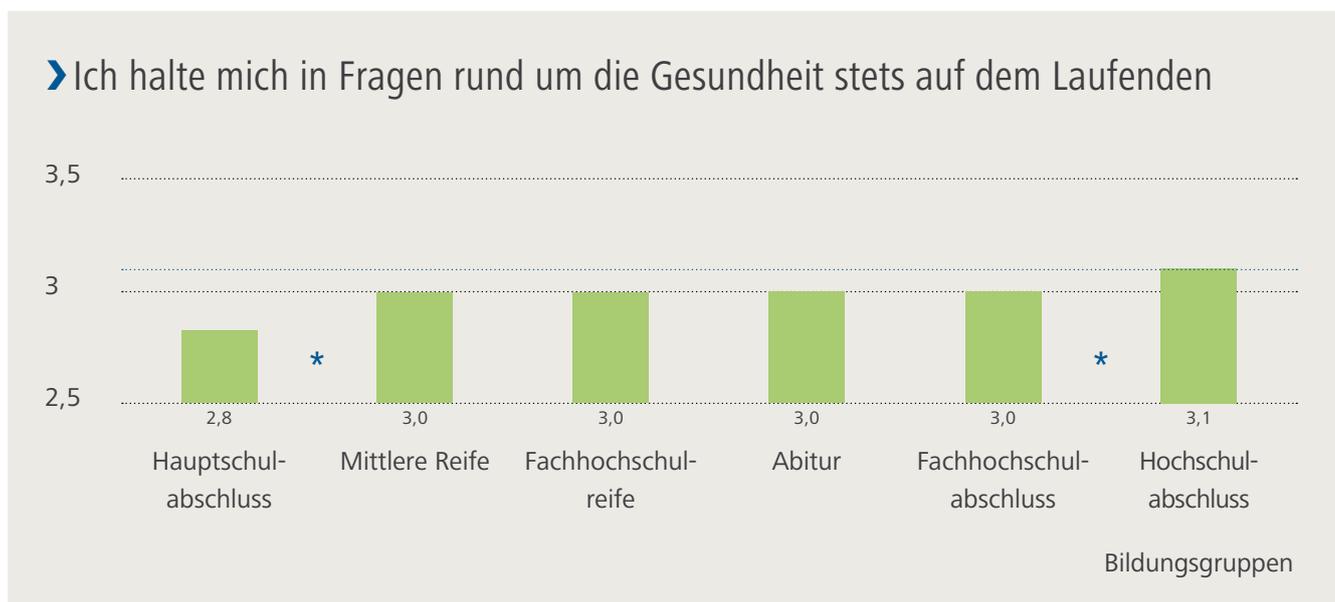


Personen mit Hauptschulabschluss beurteilen ihr Gesundheitswissen deutlich geringer als die anderen Bildungsgruppen. Das beste Gesundheitswissen schreiben sich Personen mit Hochschulabschluss zu; sie unterscheiden sich statistisch signifikant von allen anderen Bildungsgruppen.

8.2 Bildung und gesundheitsbezogenes Informationsverhalten

Hier finden sich erwartungsgemäß ähnliche Ergebnisse: Je höher die Bildung, desto ausgeprägter ist das gesundheitsbezogene Informationsverhalten. Personen mit hoher Bildung halten sich in Fragen rund um die Gesundheit stets in höherem Umfang auf dem Laufenden als Personen mit geringem Bildungsstand.

› **Abbildung 29: Gesundheitsbezogenes Informationsverhalten von Erwerbstätigen in Abhängigkeit vom Bildungsstand.** Beurteilungsskala: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft voll und ganz zu.* Unterschiede zwischen diesen Gruppen sind signifikant ($p < .05$)



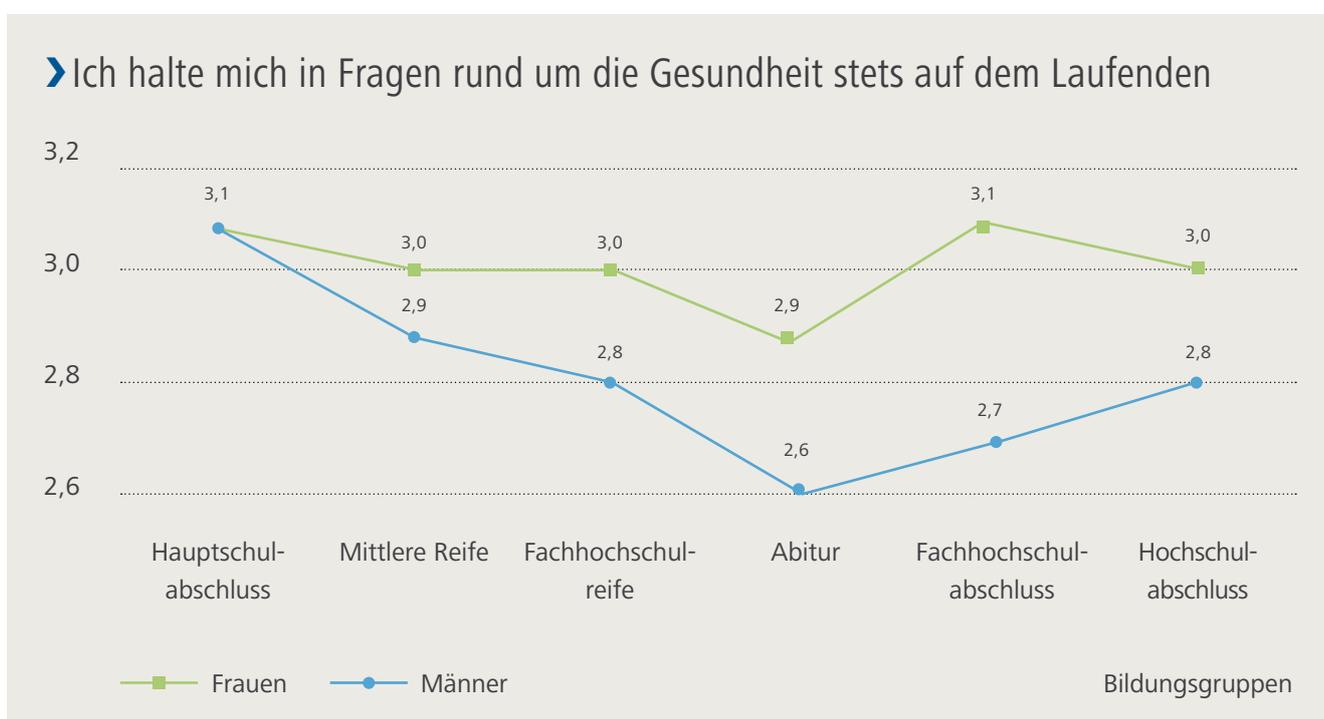
Daraus folgt: Präventionsmaßnahmen sollten so konzipiert werden, dass sie insbesondere auch den Bildungsabschluss mit berücksichtigen. Wie die Arbeitsunfähigkeitsdaten der BARMER GEK zeigen, geht eine geringere Bildung mit höheren Fehlzeiten einher (vgl. dazu auch die BARMER Gesundheitsreports der letzten Jahre bzw. den BARMER GEK Gesundheitsreport 2010).

8.3 Bildung und Vorsorgeverhalten

Gesundheits-Checks.

Frauen (M = 3,0) lassen häufiger Gesundheits-Checks bei ihrem (Haus-)Arzt durchführen als Männer (M = 2,8; $p < .001$). Deutlich wird dabei aus Abbildung 30, dass diese Unterschiede vor allem auf die Bildungsgruppen Fachhochschulreife, Abitur und Fachhochschulabschluss zurückgehen. Hier finden sich die größten Unterschiede zwischen Frauen und Männern; Frauen und Männer mit Hauptschulabschluss unterscheiden sich dagegen nicht.

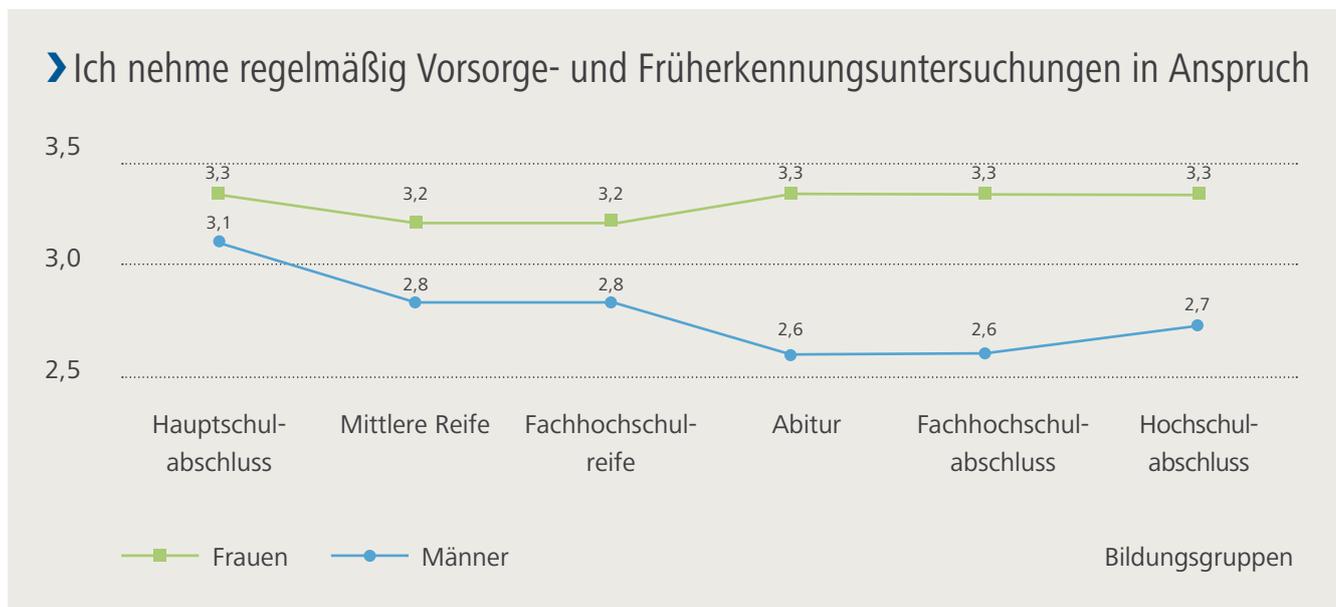
► **Abbildung 30: Vorsorgeverhalten (Gesundheits-Checks) von Erwerbstätigen in Abhängigkeit vom Bildungsstand. Beurteilungsskala: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft voll und ganz zu.**



8.3.1 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

In Bezug auf regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen gibt es einen bemerkenswerten Zusammenhang zwischen Bildung und Geschlecht: Frauen (M = 3,3) nehmen häufiger an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen teil als Männer (M = 2,7). Bei ihnen findet sich jedoch im Gegensatz zu den Männern kein Unterschied zwischen den Bildungsgruppen. Männer zeigen ein vom Bildungsstand abhängiges Verhalten, das ziemlich überraschend ist: Männer mit Hauptschulabschluss nehmen häufiger an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen teil als solche mit höheren Bildungsniveaus (Abitur bis Hochschulabschluss; $p < .01$).

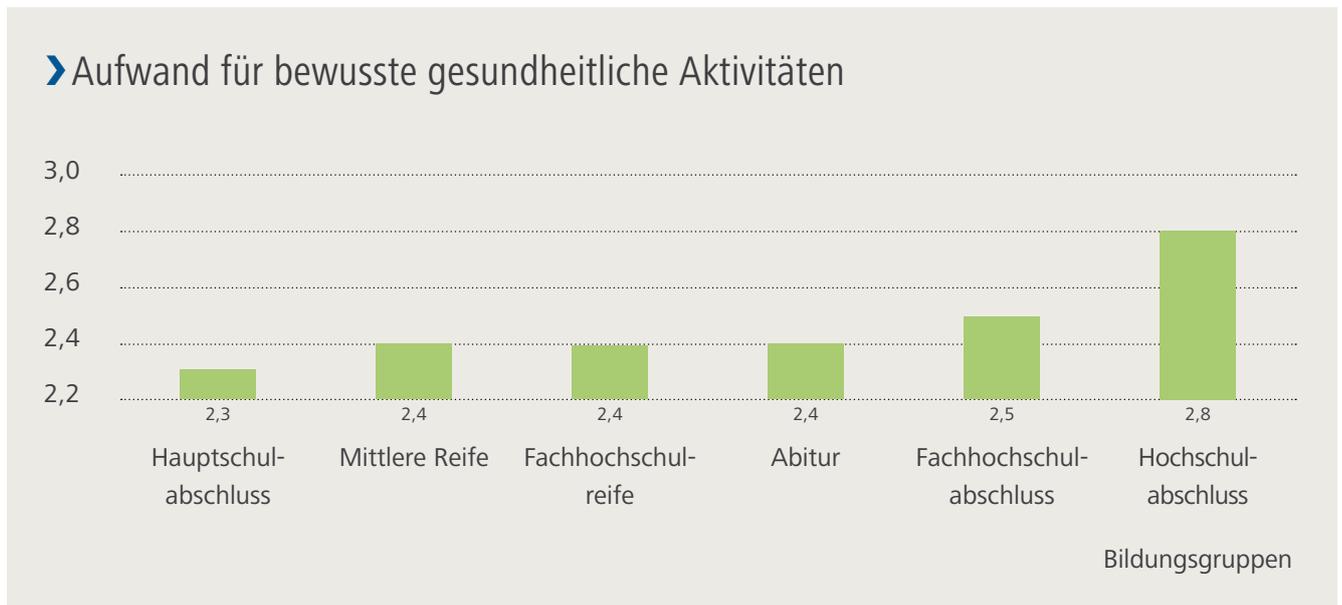
› **Abbildung 31: Vorsorgeverhalten (Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen) von Erwerbstätigen in Abhängigkeit vom Bildungsstand. Beurteilungsskala: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft voll und ganz zu**



8.3.2 Bildung und Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten

Anzunehmen ist, dass höhere Bildung auch mit größerem Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten verbunden ist. Dies trifft jedoch nur für Personen mit Hochschulabschluss (2,75 Std.) im Vergleich zu den anderen Bildungsabschlüssen zu. Zwischen Frauen und Männern gibt es keine Unterschiede; sie liegen bei einem Wert von 2,46 (Frauen) bzw. 2,43 (Männer) Stunden pro Woche.

➤ **Abbildung 32: Zeitaufwand (in Stunden pro Woche) für gesundheitsbezogene Aktivitäten in Abhängigkeit vom Bildungsstand. Nur der Unterschied zwischen Hochschulabschluss und den restlichen Bildungsgruppen ist signifikant ($p < .05$)**

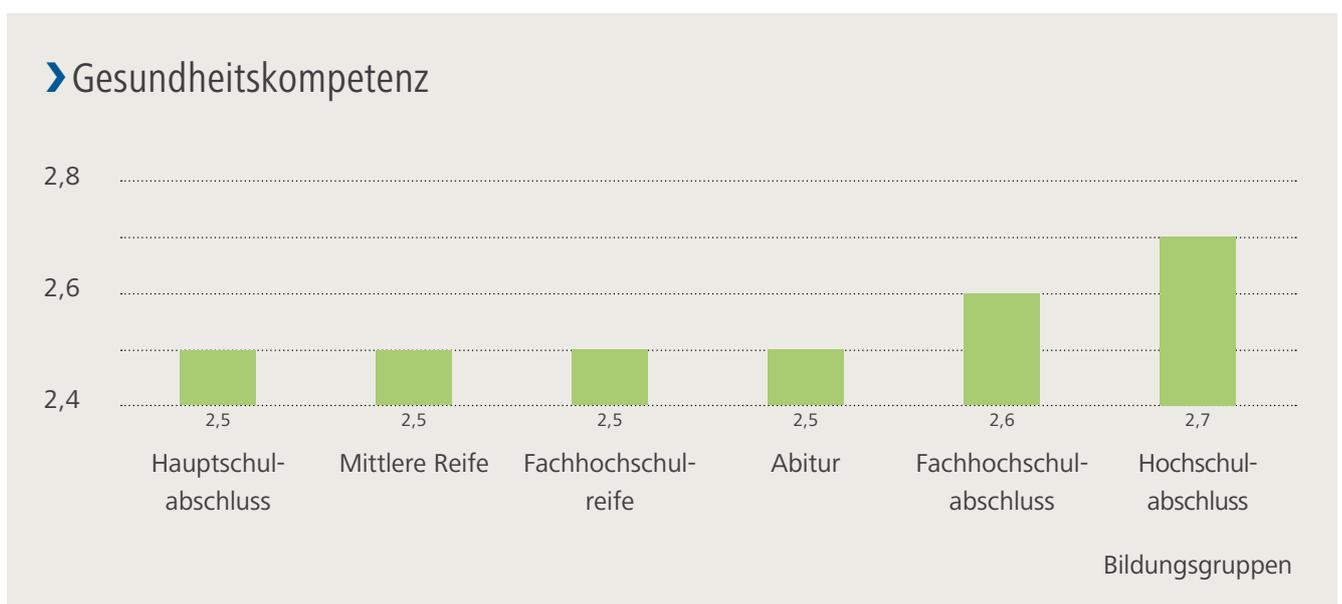


8.4 Bildung und Gesundheitskompetenz

Innerhalb der allgemeinbildenden Abschlüsse (Hauptschulabschluss, Mittlere Reife, Fachhochschulreife, Abitur) finden sich keine bedeutsamen Unterschiede in der Gesundheitskompetenz. Ebenso wenig ist der Unterschied zwischen den allgemeinbildenden Abschlüssen und Personen mit Fachhochschulabschluss statistisch bedeutsam.

Einen systematischen, d.h. statistisch signifikanten Unterschied ($p < .001$) in der Gesundheitskompetenz gibt es allerdings zwischen allgemeinbildenden Schulabschlüssen und Hochschulabschluss: Personen mit Hochschulabschluss weisen eine bedeutsam höhere Gesundheitskompetenz auf.

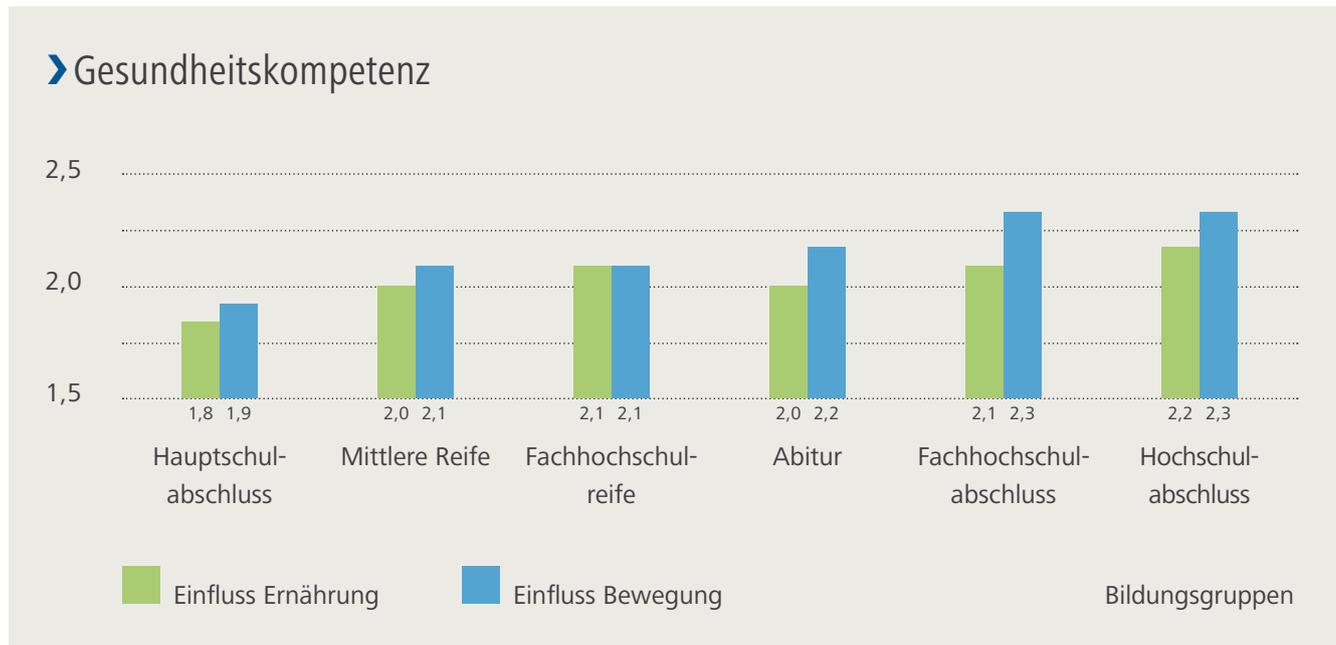
➤ **Abbildung 33: Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit vom Bildungsstand**



Bildung und Gesundheitsfaktoren.

Ernährung und Bewegung werden in Abhängigkeit vom Bildungsstand als Gesundheitsfaktoren in ihren Wirkungen auf die Gesundheit unterschiedlich beurteilt. Personen mit Hochschulabschluss schreiben Ernährung und Bewegung einen deutlich stärkeren Einfluss auf die Gesundheit zu als Personen mit Hauptschulabschluss ($p < .001$). Die restlichen Bildungsstufen – Mittlere Reife bis Fachhochschulabschluss – liegen dem Bildungsstand entsprechend in aufsteigender Reihenfolge dazwischen (vgl. Abbildung 34).

› Abbildung 34: Ernährung und Bewegung und ihr angenommener Einfluss auf die Gesundheit in Abhängigkeit vom Bildungsstand



Geht man davon aus, dass mit dieser Beurteilung auch entsprechende Verhaltensweisen wie gesundheitsbewusste Ernährung und regelmäßig ausreichende Bewegung einhergehen, ist anzunehmen, dass Personen mit höherer Bildung diesen beiden Gesundheitsfaktoren nicht nur eine stärkere Bedeutung für die Gesundheit zuschreiben, sondern sich auch insgesamt mehr Zeit für gesundheitsbezogene Aktivitäten nehmen. Diese Annahme trifft, wie die weiter oben dargestellten Befunde zeigen (vgl. dazu Abbildung 32) tatsächlich zu: Personen mit Hochschulabschluss wenden mit 2,8 Stunden pro Woche gegenüber den anderen Bildungsgruppen bedeutsam mehr Zeit für gesundheitsbezogene Aktivitäten auf.

Stressbewältigung als Gesundheitsfaktor wird von allen Bildungsgruppen in ähnlicher Weise beurteilt. Nur Personen mit Hauptschulabschluss weisen dem Faktor Stressbewältigung einen geringeren Stellenwert zu ($p < .05$).

Daraus folgt: Der Einfluss der Bildung auf das Gesundheitswissen, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und die Gesundheitskompetenz zeigt, dass Bildung als „Gesundheitsfaktor“ bei der Konzeption und Auswahl von Präventionsmaßnahmen systematischer als bisher Berücksichtigung finden sollte. Dazu wäre es hilfreich, in gezielten Interviews etwas über die genaue „gesundheitsbezogene Motivationslage“ von Personen verschiedener Bildungsgruppen zu erfahren. Erst wenn wir wissen, welche Einstellungen und Wertesysteme für gesundheitsbezogenes Verhalten (und „Nicht-Verhalten“) verantwortlich sind, lassen sich gezielt „bildungsspezifische“ Programme entwickeln. Insbesondere sollte der Zusammenhang von Gesundheitswissen und Bildung bei der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Dass Männer mit Hauptschulabschluss häufiger an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen als Personen mit Abitur bis Hochschulabschluss ($p < .01$) zeigt, dass differenzierte Konzepte, die auf empirischen Grundlagen beruhen und nicht auf typischen „Vorurteilen“, sehr hilfreich sein können.

9. Die Arbeit als Einflussfaktor- Organisationale Gesundheitskompetenz

In den Kapiteln 7 und 8 wurden die individuelle Gesundheitskompetenz als Einflussfaktor auf das Wohlbefinden im Alltag und Zusammenhänge zwischen Wohlbefinden, Gesundheitszustand und Fehlzeiten bzw. Präsentismus betrachtet. In diesem Kapitel steht der Einflussfaktor Arbeit im Vordergrund. Zunächst werden dazu Ergebnisse dargestellt, die sich auf die Leitidee des Schwerpunktthemas des BARMER GEK Gesundheitsreports 2010 Teil 1 „Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern“ beziehen. Anschließend folgt eine ausführliche Ergebnisdarstellung zum Thema „Absentismus und Präsentismus“, da das Spannungsfeld zwischen krankheitsbedingten Fehlzeiten und Arbeitszeiten, in denen Beschäftigte krank zur Arbeit gehen (Präsentismus oder Arbeitsunfähigkeitsvermeidung), für die Produktivität von Unternehmen zunehmend an Bedeutung gewinnt.

9.1 Gesunde Führung und Unternehmenskultur

Mitarbeiter-orientierte Führung ist gesunde Führung. Dieser Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit ist inzwischen durch viele Studien belegt (vgl. z. B. Scherrer, 2007; Wieland et al., 2009; Gregersen et al., 2010). Auch in dieser Internetstudie wurden zur mitarbeiter-orientierten Führung und zur Gesundheitskultur eines Unternehmens entsprechende Fragen gestellt. Eine Beispielfrage zur mitarbeiter-orientierten Führung lautet: „Es liegt unserer/m Vorgesetzten am Herzen, dass wir MitarbeiterInnen uns bei der Arbeit wohl fühlen.“ Eine der Fragen zur Gesundheitskultur lautet in der Internetstudie: „Die Gesundheit der Beschäftigten ist für unsere Unternehmensleitung ein wichtiges Thema.“ Bei der Darstellung der Ergebnisse zu mitarbeiter-orientierter Führung bzw. Gesundheitskultur wird jeweils zwischen hoher und niedriger Ausprägung dieser Merkmale unterschieden¹¹.

¹¹Für statistisch Interessierte: Zur Bildung der Gruppen hohe bzw. geringe Mitarbeiter-Orientierung bzw. Gesundheitskultur wurden jeweils Mediansplits für diese Variablen durchgeführt.

› Informationsbox 5: Mitarbeiter-orientierte Führung und Gesundheitskultur

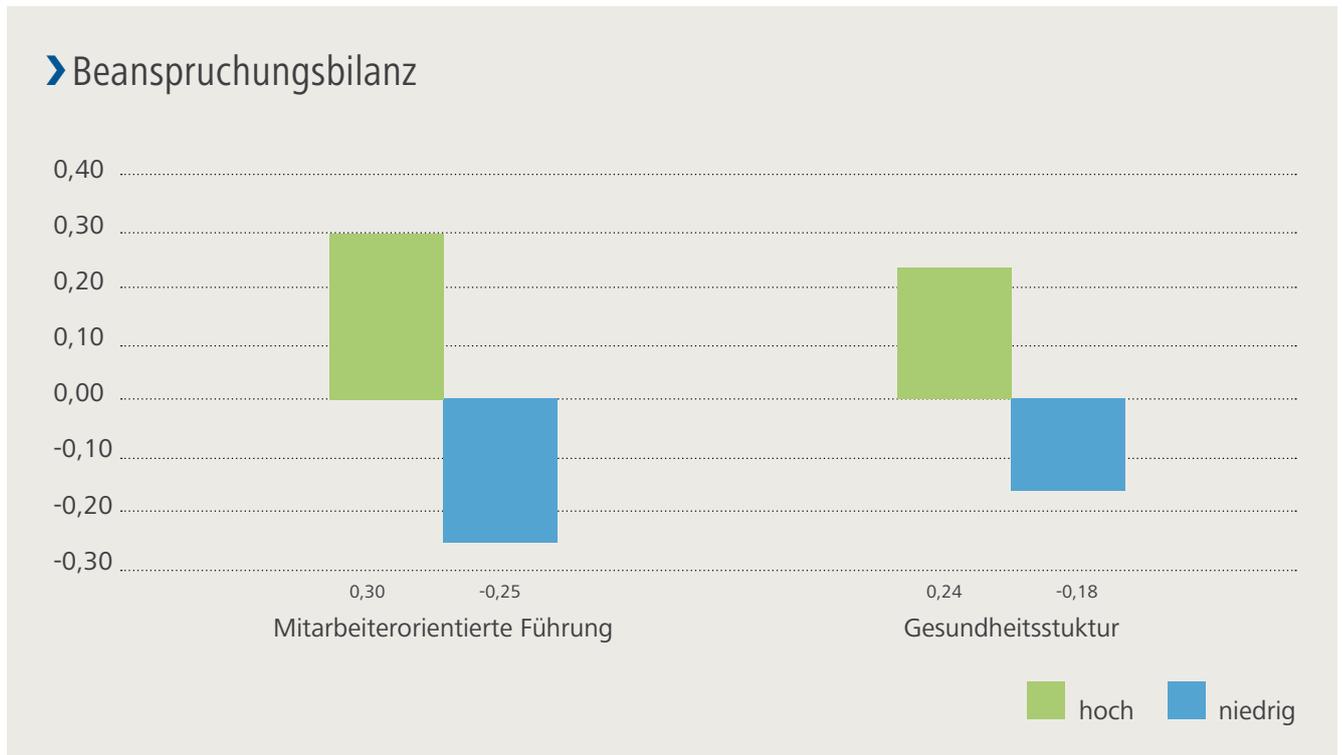
Zu einer der wichtigsten Aufgaben von Führungskräften gehört es, das Verhalten der Geführten aufgabenbezogen und zielführend zu koordinieren. Das Was ist dabei meist durch die Ziele des Unternehmens vorgegeben, das Wie liegt aber zum großen Teil im Ermessen der Führungskraft. So kann eine Führungskraft vorzugsweise die Aufgaben im Fokus haben, sich sonst aber eher distanziert gegenüber den Geführten verhalten (aufgaben-orientierter Führungsstil). Die Führungskraft kann aber auch auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse der Geführten eingehen und eine wertschätzende und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit ihnen pflegen (mitarbeiter-orientierter Führungsstil). Ein mitarbeiter-orientierter Führungsstil, der die persönlichen Belange der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt, wirkt sich günstig auf das Wohlbefinden während der Arbeit und auf die Gesundheit aus (s. dazu den BARMER Gesundheitsreport 2007 mit dem Schwerpunktthema „Führung und Gesundheit“). Auch die wissenschaftliche Literatur belegt immer wieder die positive Wirkung mitarbeiter-orientierter Führung auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten (für einen Überblick siehe Gregersen, Kuhnert, Zimmer & Nienhaus, 2010; Judge, Piccolo & Ilies, 2004; Nyberg, Bernin & Theorell, 2005; Wieland, Winizuk & Hammes, 2009).

Ob in einem Unternehmen mitarbeiter-orientiert oder aufgaben-orientiert geführt wird, hängt aber auch von der Unternehmenskultur ab. Eine ausgeprägte Gesundheitskultur fördert einen mitarbeiter-orientierten Führungsstil. Die Bedeutung der Gesundheitskultur in Unternehmen für die Arbeitssicherheit und Gesundheit rückt auch in den einschlägigen Publikationen immer deutlicher in den Vordergrund, wie die Tagung zur Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit 2010 in Dresden kürzlich gezeigt hat (vgl. dazu Trimpop, Gericke & Lau, 2010). Auch im BARMER GEK Gesundheitsreport Teil 1 wurde die Bedeutung der Unternehmenskultur für die Gesundheit der Beschäftigten bereits ausführlich behandelt.

Einfluss gesunder Führung und Unternehmenskultur auf die psychische Beanspruchung während der Arbeit

Hohe Mitarbeiterorientierung geht mit einer günstigen Beanspruchungsbilanz einher ($p < .001$). Abbildung 35 zeigt aber noch mehr. Auch eine gut ausgeprägte Gesundheitskultur ist mit einer positiven Beanspruchungsbilanz verbunden ($p < .001$). Hohe mitarbeiter-orientierte Führung und eine gut ausgeprägte Gesundheitskultur bedeuten also, dass sich die Beschäftigten besonders energiegeladener und tatkräftiger und weniger nervös und aufgeregter während der Arbeit fühlen. Dies ist eine wichtige Grundbedingung dafür, dass die Beschäftigten sich auf ihre Arbeit konzentrieren und sie motiviert sowie effizient erledigen.

➤ **Abbildung 35: Beanspruchungsbilanz während der Arbeit in Abhängigkeit von mitarbeiterorientierter Führung und Gesundheitskultur. Positive Werte kennzeichnen eine positive, negative Werte eine negative Beanspruchungsbilanz**

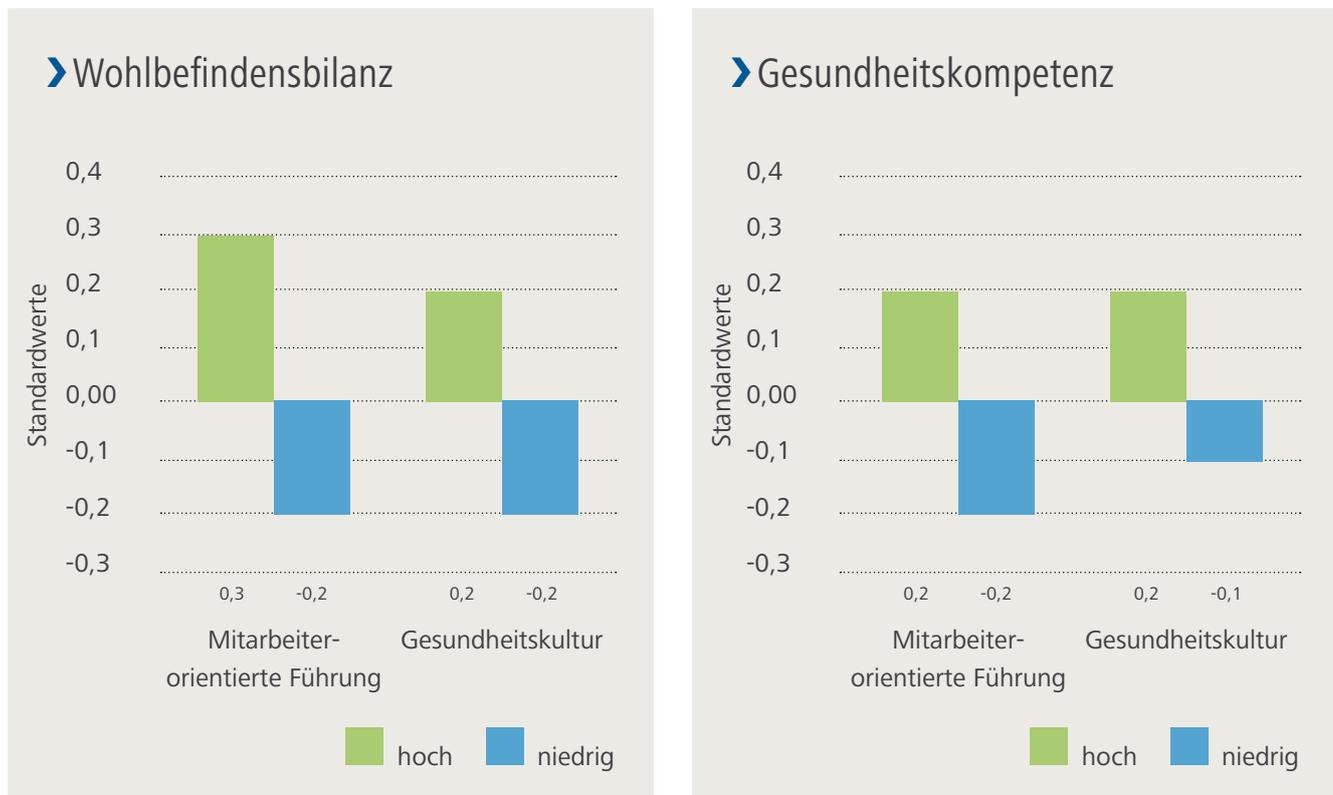


9.2 Gesunde Führung, Gesundheitskultur, allgemeines Wohlbefinden und Gesundheitskompetenz

In Vollzeit erwerbstätige Menschen verbringen den größten Teil ihrer Wachzeit bei der Arbeit. Es liegt also nahe anzunehmen, dass die Arbeitstätigkeit einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit erwerbstätiger Menschen hat. Insbesondere soziale Beziehungen während der Arbeit können sich negativ, aber auch positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken. Doch kann man solche plausiblen Vermutungen auch mit Daten belegen?

Die Daten der Internetstudie belegen, dass mitarbeiter-orientierte Führung positiv mit allgemeinem Wohlbefinden ($p < .001$) und der persönlichen Gesundheitskompetenz zusammenhängt ($p < .001$). Sehr ähnliche Zusammenhänge finden sich auch für die Gesundheitskultur: Je ausgeprägter die gesundheitsbezogene Unternehmenskultur, desto besser ist das allgemeine Wohlbefinden ($p < .001$) und desto höher die persönliche Gesundheitskompetenz ($p < .001$).

➤ **Abbildung 36: Allgemeines Wohlbefinden (Wohlbefindensbilanz) (linkes Bild) und persönliche Gesundheitskompetenz (rechtes Bild) in Abhängigkeit von mitarbeiter-orientierter Führung und Gesundheitskultur. MO = Mitarbeiter-orientierte Führung**

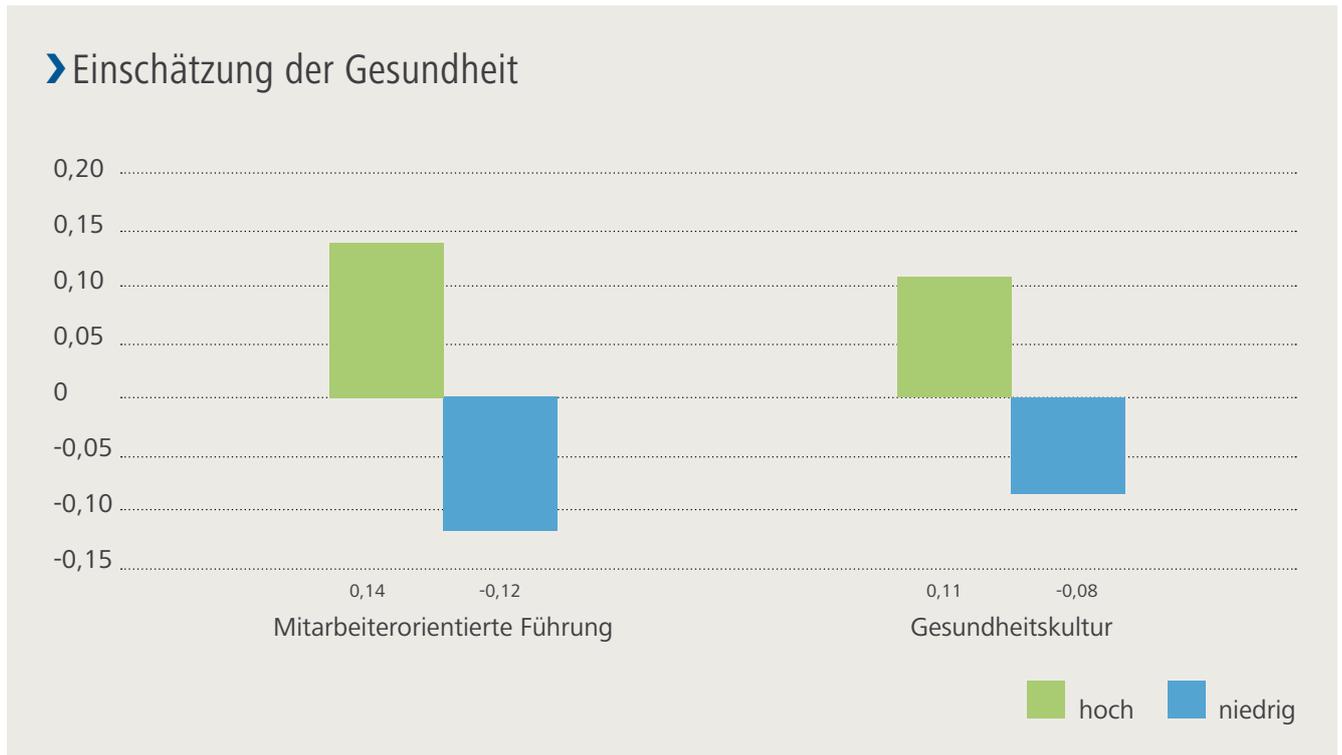


Deutlich wird in Abbildung 37, dass auch die Wohlbefindensbilanz im Alltag und gesundheitsrelevante Faktoren im Unternehmen – Führungsstil und Gesundheitskultur – einen engen Zusammenhang aufweisen. Der „lange Arm der Arbeit“, wie Jahoda (1993) es formuliert hat, kommt auch in diesen Ergebnissen zum Ausdruck.

9.3 Bedeutet gesunde Führung auch ein gesünderes Leben der Beschäftigten?

Menschen, die gesund geführt werden, schätzen ihre Gesundheit besser ein als Menschen, die weniger gesund geführt werden ($p < .001$; vgl. Abbildung 37). Dies ist auch zu erwarten, wenn man die Ergebnisse zur Wohlbefindensbilanz und zur Gesundheitskompetenz aus dem vorherigen Abschnitt berücksichtigt.

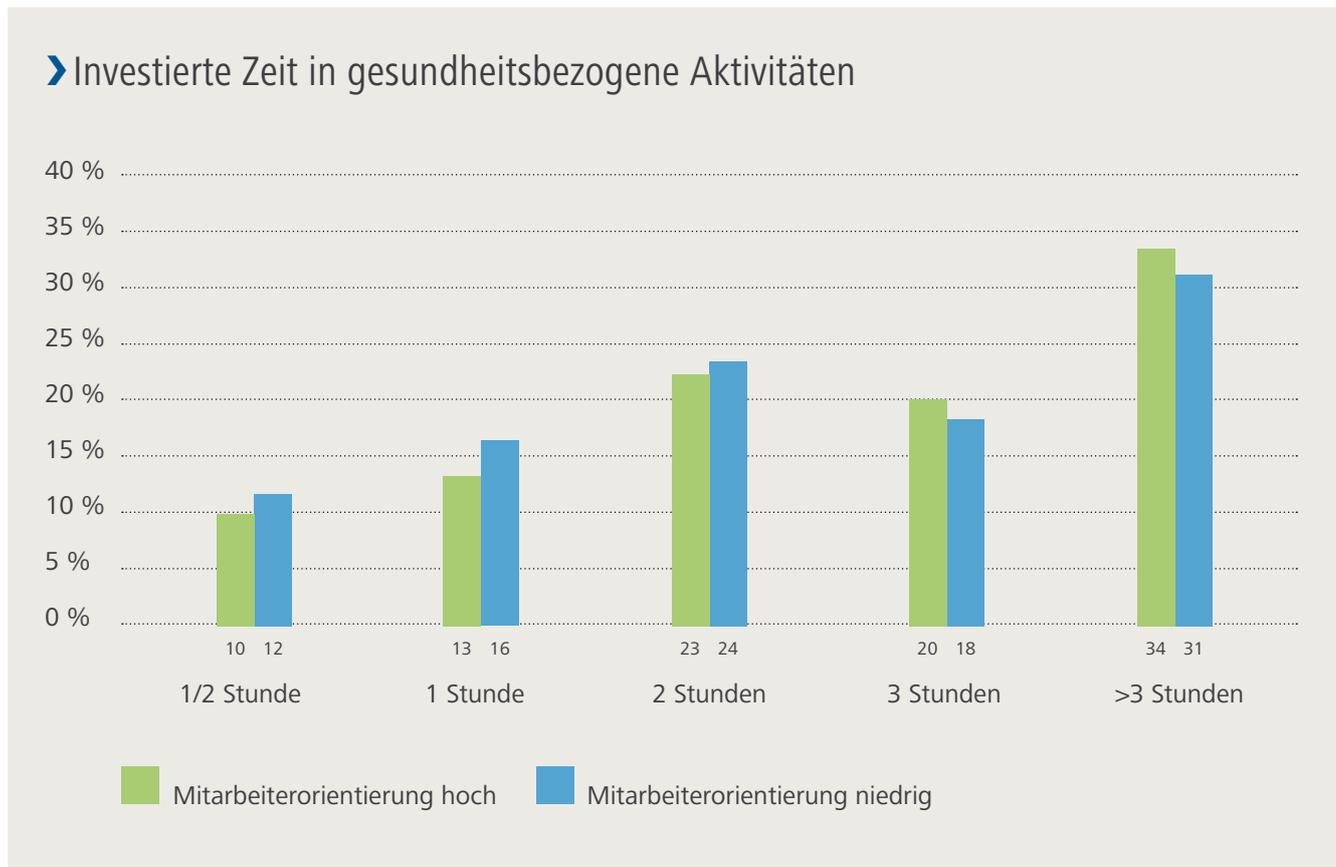
➤ **Abbildung 37: Gesundheitszustand, mitarbeiter-orientierte Führung und Gesundheitskultur**



Aber verhalten sich Menschen auch gesünder, wenn sie mitarbeiter-orientiert geführt werden?

Das Ergebnis zur Wohlbefindensbilanz bedeutet, dass mitarbeiter-orientiert geführte Menschen sich eher energiegeladener und tatkräftiger fühlen. Das Ergebnis zur Gesundheitskompetenz lässt sich so deuten, dass gesund geführte Menschen auch eher wissen, was sie tun müssen, um ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Man kann also vermuten, dass gesund geführte Menschen mehr aktive Zeit in ihre Gesundheit investieren als weniger gesund geführte Menschen. Genau das bestätigen auch die Daten der Online-Befragung. Hoch ausgeprägte Mitarbeiterorientierung der Führungskräfte führt dazu, dass die MitarbeiterInnen mehr Zeit für ihre Gesundheit aufwenden (vgl. dazu Abbildung 38).

› **Abbildung 38: Zeit, die aktiv für gesundheitsbezogene Aktivitäten investiert wurde, in Abhängigkeit von mitarbeiter-orientierter Führung.** (Angaben in Prozent; $\chi^2(4) = 13,19, p < .01$)



9.4 Sind Handlungsspielräume immer gesundheitsförderlich?

Die arbeitspsychologische Forschung zu „Arbeit und Gesundheit“ hat wiederholt gezeigt, dass sowohl Über- als auch Unterforderungen zu negativen psychischen Beanspruchungen und Stress führen. Unterforderungen können durch monotone, wenig abwechslungsreiche Tätigkeiten, Überforderungen durch zu komplexe und zu verschiedenartige Tätigkeiten entstehen. Ebenso können zu große Entscheidungs- und Handlungsspielräume zu quantitativen und qualitativen Überforderungen mit den daraus resultierenden negativen Folgen für die Gesundheit führen (Ulich, 2005, S. 281). Sind die Entscheidungs- und Handlungsspielräume zu groß, können daraus Unsicherheiten darüber entstehen, was zu tun ist bzw. welche Entscheidungen die „richtigen“ sind.

Die positive Wirksamkeit von Tätigkeitsspielraum als „Stresspuffer“ zur Vorbeugung psychischer Fehlbeanspruchungen, psychosomatischer Beschwerden und von Arbeitsunfähigkeit ist durch die Forschung auf der Basis des Anforderungs-Kontroll-Modells von Karasek und Theorell (1990) in zahlreichen Studien belegt. Sogar hohe Anforderungen und Belastungen führen nicht zu „gesundheitskritischen Beanspruchungen“ (Hacker, 2005, S. 132), wenn die Beschäftigten hinreichende Möglichkeiten zur flexiblen Handlungssteuerung haben.

Existieren dagegen keine Spielräume für eigenständige Arbeitsweisen und flexible Bewältigungsstrategien, kann hohen Belastungen und Stressoren bei der Arbeit auch nicht adäquat begegnet werden. Folge dieser eingeschränkten Möglichkeiten sind Gefühle des Kontrollverlustes und aversive, negative Befindlichkeiten, die längerfristig insbesondere zu Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und psychosomatischen Beschwerden führen können (vgl. dazu auch Mohr, G. Rigotti, T. & Müller, A., 2009).

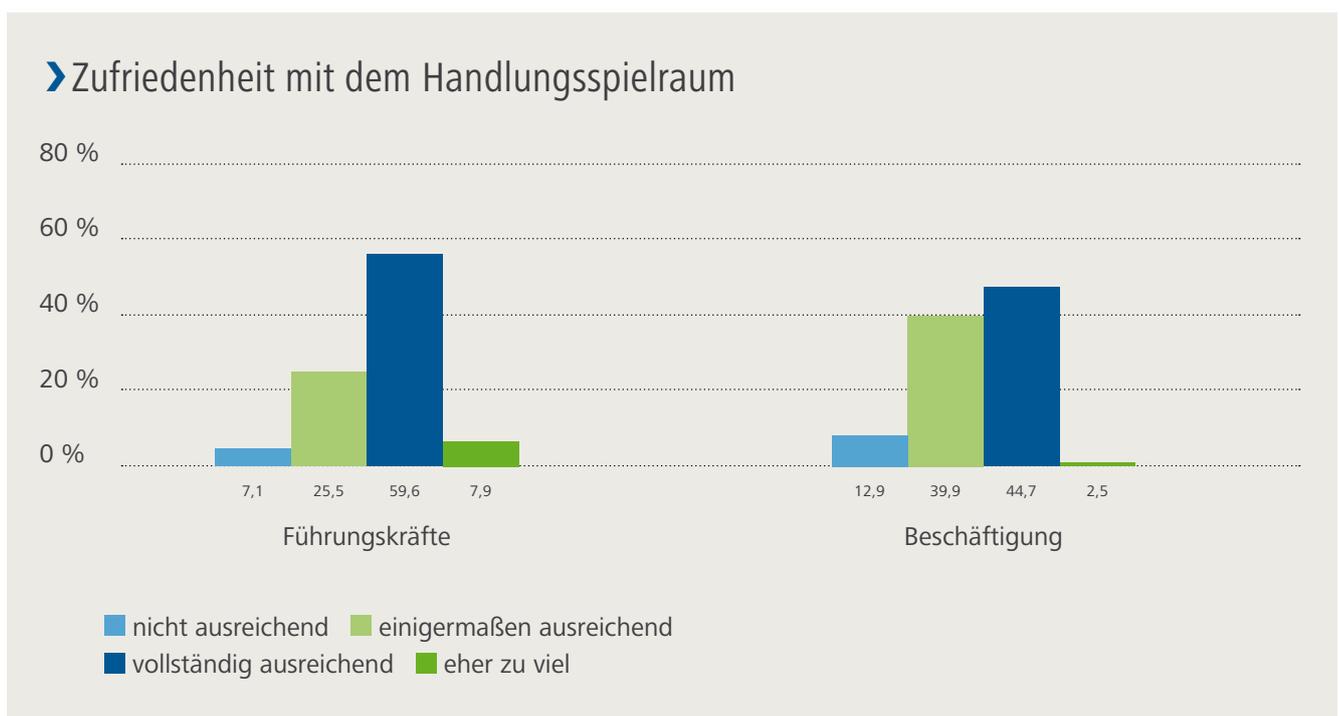
Trotz der zweifelsfrei herausragenden Bedeutung des Tätigkeitsspielraums im Kontext gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung gibt es zwei Fragen, die bisher noch unzureichend geklärt sind. Zum einen ist nicht geklärt, bis zu welchem „Umfang“ von Tätigkeitsspielräumen deren gesundheitsförderliche Wirkung reicht (s. dazu Hacker, 2005, S. 132). Zum anderen bleibt das Anforderungs-Kontroll-Modell, wie Siegrist (2008) es ausdrückt, der „black box“ Perspektive verhaftet, da psychologische Merkmale der arbeitenden Person nicht berücksichtigt werden.

Die Klärung dieser Frage hat weitreichende Konsequenzen für eine gesundheitsförderliche und den Bedürfnissen der jeweiligen Person angepasste Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -bedingungen. Den Teilnehmenden der Internetstudie wurden daher mehrere Fragen zum Thema „Handlungsspielraum“ vorgelegt. Zum einen sollten sie ihren Arbeitsplatz danach beurteilen, wie viel Entscheidungs- bzw. Handlungsspielräume sie bei der Arbeit haben. Zum anderen sollten sie angeben, ob sie mit dem Handlungsspielraum bzw. den Gestaltungsmöglichkeiten an ihrem Arbeitsplatz zufrieden sind. Auf diese Weise erhält man sowohl Aussagen über die „objektive“ Ausprägung des Arbeitsmerkmals „Entscheidungs- und Handlungsspielraum“ als auch über dessen subjektive Beurteilung. Ersteres wurde anhand einer Skala mit den Abstufungen „trifft gar nicht zu“, „trifft selten zu“, „trifft manchmal zu“, „trifft oft zu“ und „trifft vollständig zu“ erfasst. Die subjektive Beurteilung des am Arbeitsplatz vorherrschenden Handlungsspielraums erfolgte mittels einer vierstufigen Skala mit den Antwortalternativen „nicht ausreichend“, „einigermaßen ausreichend“, „vollständig ausreichend“ und „eher zu viel“.

Zufriedenheit mit dem Handlungs- und Gestaltungsspielraum.

Wie aus Abbildung 39 ersichtlich, wird der am Arbeitsplatz verfügbare Handlungsspielraum von 12,9 % der Beschäftigten als nicht ausreichend, von 39,9 % als einigermaßen ausreichend, von 44,7 % als vollständig ausreichend und von 2,5 % als eher zu viel beurteilt. Bei den Führungskräften fallen diese Beurteilungen erwartungsgemäß anders aus: 7,1 % der Führungskräfte beurteilen den am Arbeitsplatz verfügbaren Handlungsspielraum als nicht ausreichend, 25,5 % als einigermaßen ausreichend, 59,6 % als vollständig ausreichend und 7,9 % als eher zu viel.

➤ **Abbildung 39: Zufriedenheit mit dem am Arbeitsplatz vorhandenen Handlungsspielraum und den Gestaltungsmöglichkeiten für Führungskräfte und Beschäftigte. Führungskräfte: N = 1 024; Beschäftigte: N = 2 302.**

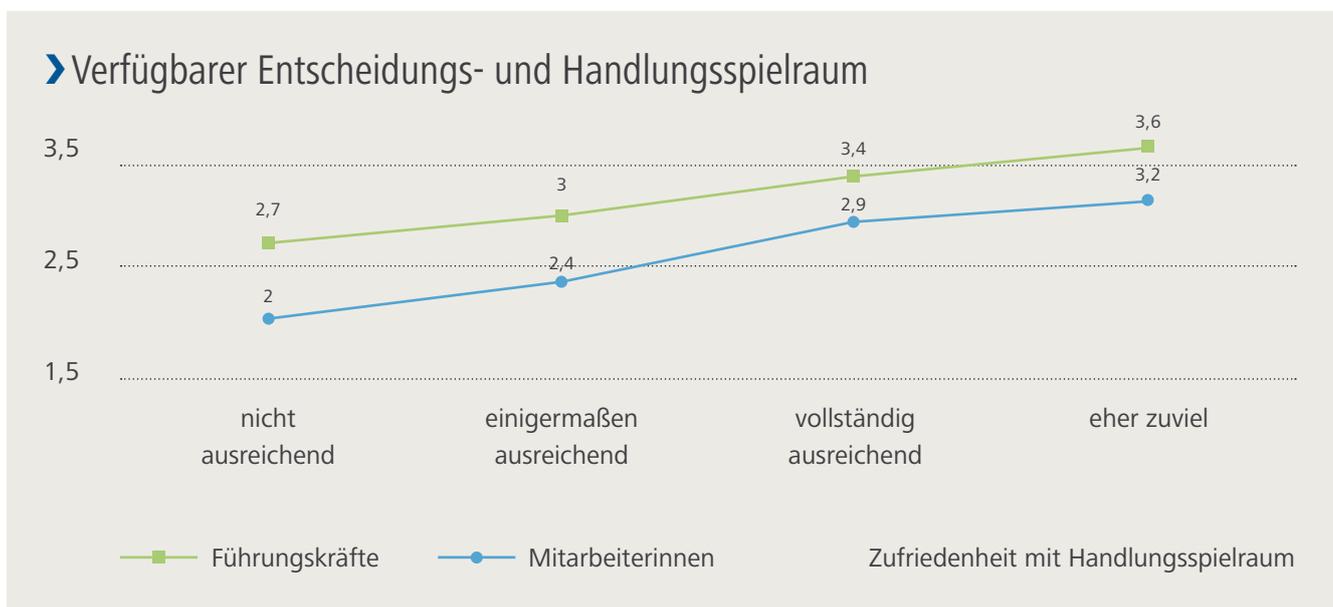


Neben der Frage, wie zufrieden die Führungskräfte und Beschäftigten mit ihrem Handlungs- und Gestaltungsspielraum sind, wurde auch die Frage nach dem tatsächlich vorhandenen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen gestellt. Die Ergebnisse beschreibt der nächste Abschnitt.

Beurteilung des verfügbaren Entscheidungs- und Handlungsspielraums.

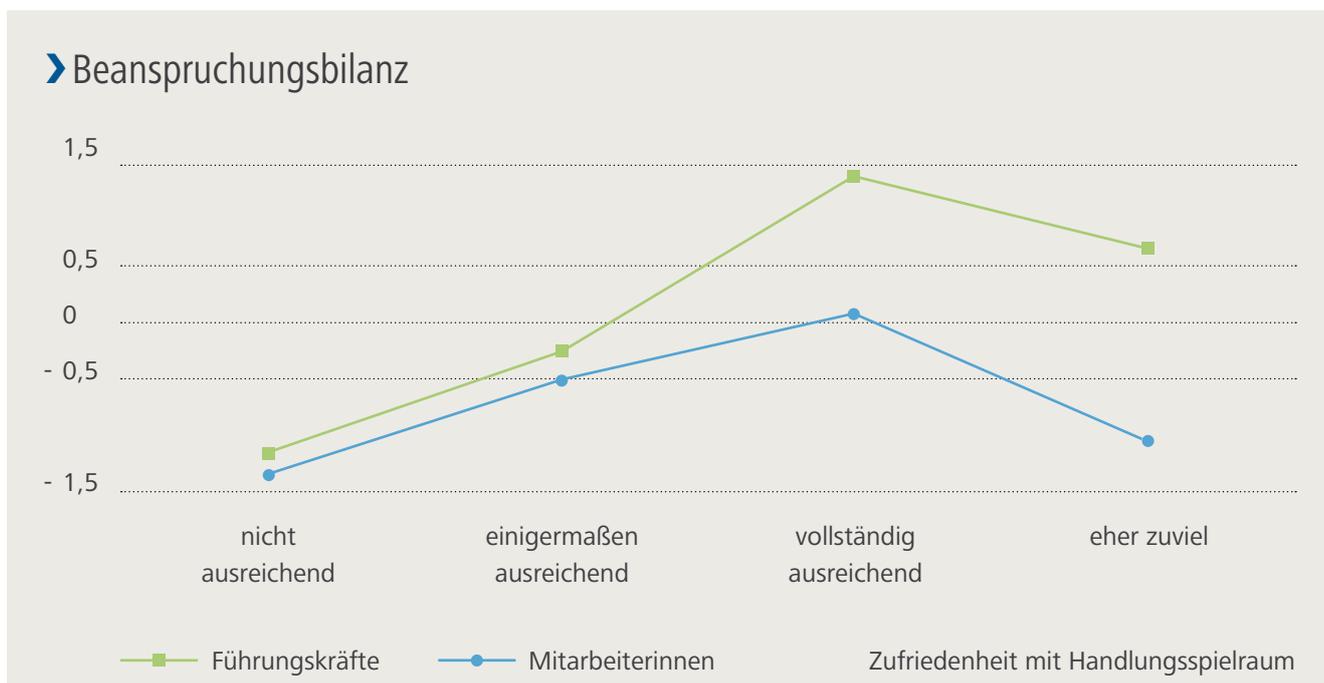
Für die vier „Zufriedenheitsgruppen“ unterscheidet sich der tatsächlich verfügbare Entscheidungs- und Handlungsspielraum sowohl bei den Beschäftigten als auch den Führungskräften bedeutsam (jeweils $p < .001$; vgl. Abbildung 40).

› Abbildung 40: Verfügbarer Entscheidungs- und Handlungsspielraum differenziert nach vier „Zufriedenheitsgruppen“ sowie nach Beschäftigten mit und ohne Führungsverantwortung. Die Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind jeweils statistisch bedeutsam ($p < .05$). Beurteilungsskala: 0 = trifft gar nicht zu, 1 = trifft selten zu, 2 = trifft manchmal zu, 3 = trifft oft zu, 4 = trifft vollständig zu



Die Zufriedenheit mit dem Handlungsspielraum korrespondiert demnach auch mit den verfügbaren Entscheidungs- und Handlungsspielräumen, wobei bei Führungskräften und Beschäftigten jeweils eine Gruppe existiert, die den ihr zur Verfügung stehenden Spielraum als „eher zu viel“ bezeichnet. Im Folgenden wird untersucht werden, welche Auswirkungen ein „eher zu viel“ an Handlungsspielraum hat.

› Abbildung 41: Beanspruchungsbilanz für vier Zufriedenheitsgruppen in Bezug auf den Handlungsspielraum bei der Arbeit, differenziert nach Führungskräften und MitarbeiterInnen



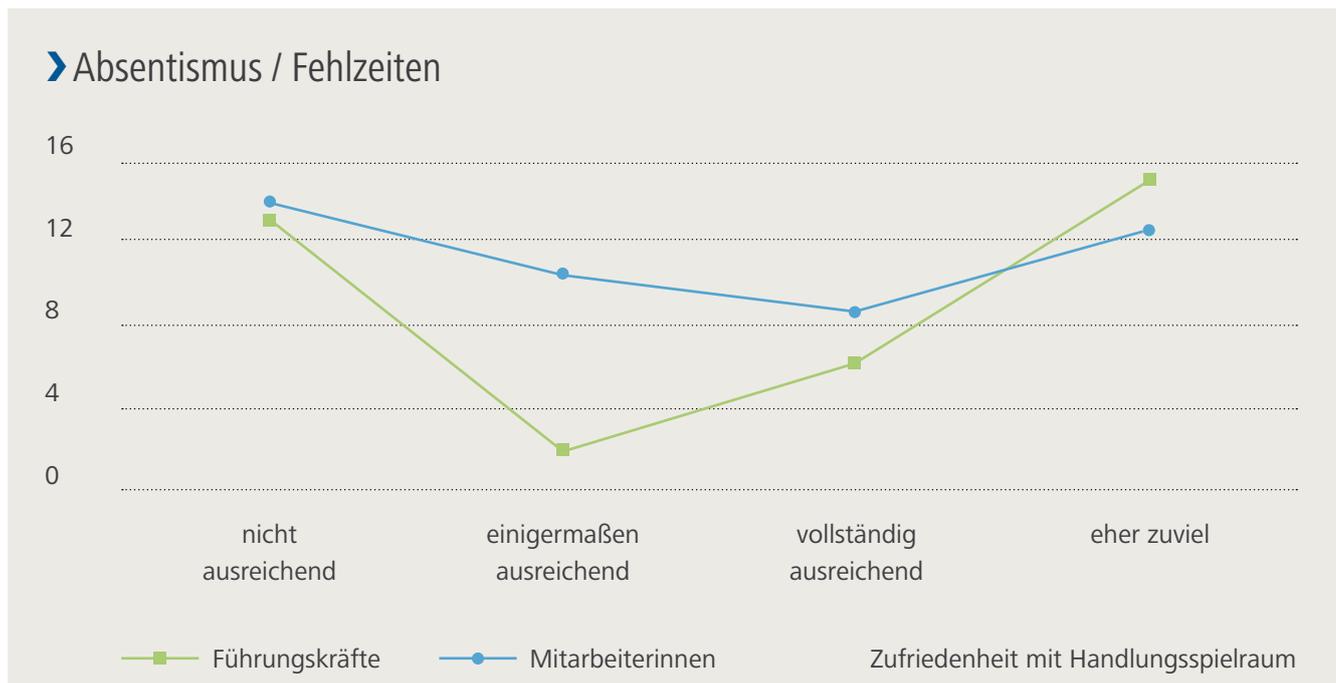
Die in Abbildung 41 dargestellten Befunde demonstrieren deutlich, welchen Einfluss der Handlungsspielraum auf die psychische Beanspruchung und damit auch die Gesundheit hat:

Je zufriedener die Beschäftigten mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsspielraum sind, desto positiver ist ihre Beanspruchungsbilanz. Dieser Zusammenhang gilt jedoch nur dann, wenn der Handlungsspielraum nicht als „eher zuviel“ eingestuft wird. Dann kehrt sich diese Beziehung um und die Beanspruchungsbilanz verschlechtert sich wieder bzw. sinkt bei den Beschäftigten ohne Führungsverantwortung auf das Niveau derjenigen, die ihren Handlungsspielraum als „nicht ausreichend“ beurteilen.

Damit wird das, was zu Beginn dieses Abschnitts formuliert wurde, empirisch belegt: Zwischen dem „Umfang“ des Handlungsspielraums und seinen positiven Wirkungen besteht eine „umgekehrt U-förmige“ Beziehung: Zu wenig, aber auch zu viel Entscheidungs- und Handlungsspielraum ist mit negativen bzw. gesundheitsbeeinträchtigenden Wirkungen verbunden.

Unterstützt wird diese Argumentation durch die analogen Befunde für die in diesem Kontext ermittelten Fehlzeiten. Auch für die Fehlzeiten findet sich eine kurvilineare Beziehung: Sowohl ein nicht ausreichender als auch zu großer Handlungsspielraum führt zu hohen Fehlzeiten.

➤ Abbildung 42: Absentismus (Fehlzeiten) für vier Zufriedenheitsgruppen in Bezug auf den Handlungsspielraum bei der Arbeit, differenziert nach Führungskräften und MitarbeiterInnen



Daraus folgt: Entscheidungs- und Handlungsspielräume haben eine gesundheitsförderliche Wirkung. Trotzdem ist auch ihr „Umfang“ entscheidend: Zu wenig Spielräume sind ebenso zu vermeiden wie zu viele Spielräume. Wann ein „Zuviel“ an Gestaltungs- oder Tätigkeitsspielräumen vorliegt, lässt sich dabei ohne die subjektive Beurteilung durch die Beschäftigten nicht klären. Zu vermuten ist, dass ein „Zuviel“ an Spielraum dann erlebt wird und zu den oben dargestellten Folgen in Bezug auf die psychische Beanspruchung und Fehlzeiten führt, wenn keine hinreichenden Kapazitäten zur Bewältigung der Anforderungen und Belastungen am Arbeitsplatz vorhanden sind.

Für die Erfassung des Handlungsspielraums im Rahmen von Projekten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) bedeutet dies, dass nicht nur der „objektiv“ vorhandene, sondern auch der „subjektiv“ erlebte Handlungsspielraum erhoben werden sollte. Nur so lassen sich zuverlässige Aussagen über die gesundheitsförderliche oder beeinträchtigende Wirkung von Tätigkeits- bzw. Gestaltungsspielräumen bei der Arbeit treffen.

10. Absentismus und Präsentismus

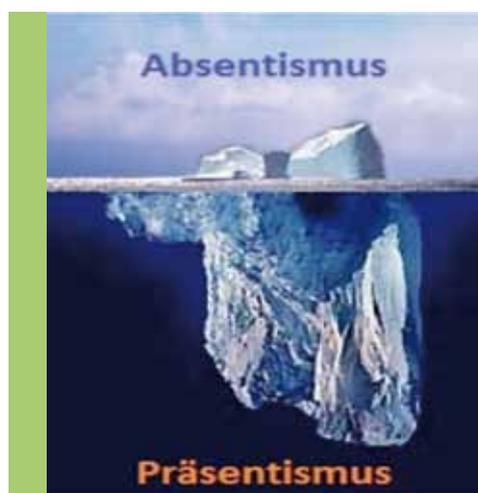
10.1 Präsentismus - Die verborgene Ursache für Produktivitätsverluste

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind für jedes Unternehmen ein wichtiger Kostenfaktor. Beispielsweise gab das US-amerikanische Unternehmen Dow Chemical 3,9 % seiner gesamten Personalkosten für den Ersatz krankheitsbedingter Fehlzeiten sowie für medizinische Versorgung aus (Baase, 2007). Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geht von einem bundesweiten Produktionsausfall von 43 Mrd. Euro für das Jahr 2008 aufgrund von Arbeitsunfähigkeit aus (BAuA, 2010). Aktuelle Trends deuten nicht an, dass dieser Verlustfaktor bald an Bedeutung verlieren könnte. Im Gegenteil: Im ersten Teil des BARMER GEK Gesundheitsreports 2010 wird über einen kontinuierlichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsquote seit 2006 berichtet.

Die Ausfälle durch krankheitsbedingte Abwesenheit von der Arbeit (Absentismus) sind jedoch nur die Spitze des Eisbergs bei der Betrachtung krankheitsbedingter Produktivitätsverluste. Größer, aber weniger sichtbar sind Produktivitätsverluste, die entstehen, wenn Beschäftigte krank zur Arbeit gehen. Eine Telefonumfrage in den Vereinigten Staaten ergab z. B. für ein Jahr (August 2001 bis August 2002) 116 Mrd. Euro Produktivitätsverluste aufgrund krankheitsbedingter Leistungsminderung am Arbeitsplatz (Stewart, Ricci, Chee & Morganstein, 2003). Dow Chemical gab 6,8 % der gesamten Personalkosten für den Ersatz solcher indirekten Produktivitätsverluste aus (Baase, 2007). Das ist fast das Doppelte der oben erwähnten direkten Kosten von 3,9 %. Solche ökonomischen Auswirkungen von Präsentismus, also von Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit, sind inzwischen vielfach belegt. Schultz und Edington (2007) dokumentieren bereits 37 Studien mit ähnlichen Ergebnissen; Fissler und Krause (2010) kommen zu dem Schluss, dass Produktivitätsverluste aufgrund von Absentismus bzw. Präsentismus im Verhältnis von 35 zu 65 Prozent zu erwarten sind.

Präsentismus kann im Gegensatz zu Absentismus weniger eindeutig erfasst werden. Ob jemand Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder eine Depression hat, kann man oft nicht direkt erkennen. Die negativen Auswirkungen von Präsentismus sind vielfältig und schwerwiegend. Kurzfristig zeigen sich Leistungsminderungen, Spitzenleistungen sind nicht abrufbar, Fehler und Unfälle häufen sich, die Aufmerksamkeit ist verringert, Produktivitätsstandards werden nicht erreicht. Die Produktivität einer Person kann auf diese Weise um mehr als ein Drittel gemindert sein. Hemp (2004) setzt deshalb Präsentismus auch mit Produktivitätsverlusten aufgrund gesundheitlicher Probleme gleich.

Langfristig besteht die Gefahr, dass verschleppte Krankheiten später zu Chronifizierungen und erheblich längeren Fehlzeiten führen als bei sofortigem Auskurieren (vgl. Schmidt & Schröder, 2010). Alle diese Auswirkungen sind umso bedenklicher, wenn man nach der Verbreitung von Präsentismus fragt. In einer 2009 durchgeführten bundesweiten repräsentativen Umfrage zu Präsentismus (N = 2 000) gaben 71,2 % an, im vergangenen Jahr mindestens ein Mal zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie sich krank fühlten (Schmidt & Schröder, 2010).



➤ **Abbildung 43:** Präsentismus verursacht etwa doppelt so viele Produktivitätsverluste, wie Absentismus, entzieht sich aber meistens der direkten Beobachtung.

(Quelle/Original: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Iceberg.jpg>)

10.2 Absentismus und Präsentismus in der Internetstudie

In dieser Internetstudie gaben 72,8 % der Erwerbstätigen an, mindestens ein Mal im vergangenen Jahr krankheitsbedingt durchschnittlich 10,5 Tage (Absentismus) nicht zur Arbeit gegangen zu sein. Trotz Krankheit zur Arbeit gegangen (Präsentismus) sind 75,8 % der Erwerbstätigen bei einer durchschnittlichen Dauer von 9,3 Tagen pro Jahr. Geschlecht und Alter spielen dabei - im Gegensatz zu anderen Befunden, nach denen eher Frauen und jüngere Beschäftigte von Präsentismus betroffen sind (Schmidt & Schröder, 2010; Zok, 2008) - keine Rolle.

Daraus folgt: Präsentismus spielt, wie auch in anderen Studien inzwischen gut dokumentiert, eine nicht zu unterschätzende Rolle im Arbeitsleben. Häufigkeit und Dauer von Präsentismus sind dabei denen anderer Studien sehr ähnlich, was auf eine hohe Zuverlässigkeit der Angaben in dieser Studie und eine hinreichende Repräsentativität schließen lässt.

Bildungseinflüsse.

Für die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind die Unterschiede zwischen Personen mit Hauptschulabschluss und (Fach-) Abitur statistisch bedeutsam ($p < .01$): Personen mit Hauptschulabschluss fehlen mit durchschnittlich 17 Tagen krankheitsbedingt beinahe doppelt so viele Tage im Jahr wie Personen mit Abitur (9 Tage). Personen mit mittlerem oder sonstigem Schulabschluss fehlen im Mittel krankheitsbedingt 12 Tage.

Weniger deutlich, aber immer noch statistisch bedeutsam ($p < .01$), sind die Verhältnisse für Präsentismus. Personen mit Hauptschulabschluss gehen im Durchschnitt 12 Tage krank zur Arbeit, Personen mit (Fach-) Abitur 8,5 Tage und Personen mit mittlerem bzw. sonstigem Schulabschluss 10 bzw. 13 Tage im Jahr.

Daraus folgt: Je höher der Bildungsabschluss, desto weniger treten Absentismus und Präsentismus auf. Für dieses Ergebnis sind unterschiedliche Ursachen anzunehmen: Eine sehr plausible Erklärung bietet der Tatbestand, dass Personen mit höherer Bildung in der Regel Arbeitstätigkeiten ausüben, die aufgrund ihrer günstigeren Anforderungs- und Belastungsstrukturen (eher vielfältige Aufgaben mit Handlungsspielräumen) zu deutlich weniger Fehlzeiten führen.

Brancheneinflüsse.

Für die in dieser Studie vertretenden Branchen (vgl. dazu Tabelle 1, S. 20) können keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in Bezug auf Absentismus und Präsentismus festgestellt werden. Dies ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass die Angabe der Branche noch zu undifferenziert ist bzw. berufsspezifische Unterschiede, wie sie in der Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aufgrund der AU-Daten in den Gesundheitsreports anzutreffen sind, hier nicht wirksam werden.

Erkrankungs- bzw. Beschwerdearten bei Absentismus und Präsentismus.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, diejenigen Erkrankungen bzw. Beschwerden anzugeben, die für sie der wichtigste Grund für Absentismus bzw. Präsentismus waren. Tabelle 7 gibt die prozentualen Anteile für die in der Internetstudie vorgegebenen Erkrankungsarten wieder.

► **Tabelle 7: Verteilung von Beschwerdearten auf Absentismus und Präsentismus und Vergleich mit den AU-Daten des BARMER GEK Gesundheitsreports 2010 Teil 1**

Beschwerdeart	Absentismus (Angaben in %)	BARMER GEK AU-Daten 2010*	Präsentismus (Angaben in %)
Infektion/Bakterielle Erkrankung	33,3	8,3	34,3
Atmungssystem	16,8	32,0	22,3
Sonstige	13,9	7,9	13,0
Muskel-Skelett-System	13,1	14,3	16,4
Verdauungssystem	7,8	12,9	4,7
Psychische und Verhaltensstörungen	6,0	5,9	6,1
Verletzung/Unfall	5,9	5,4	1,3
Herz-Kreislauf-System	2,3	3,2	1,9
Neubildung	0,8	2,1	0,1
N	2408		2422

*Angaben aus: BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1; s. S. 19, Tabelle 1

Wie aus Tabelle 7 ersichtlich, werden Infektionen bzw. bakterielle Erkrankungen mit 33,3 % bzw. 34,3% für Absentismus bzw. Präsentismus als häufigste Ursache angegeben; Erkrankungen des Atmungssystems (16,8%) liegen an zweiter, sonstige Erkrankungen (13,9 %) an dritter und Muskel-Skelett-Erkrankungen (13,1%) an vierter Stelle. Damit unterscheiden sich die Angaben über die häufigsten, Fehlzeiten verursachenden Krankheitsarten von denen der Arbeitsunfähigkeitsdaten des BARMER GEK Gesundheitsreports 2010 Teil 1. Für Muskel-Skelett-Erkrankungen, Psychische und Verhaltensstörungen, Verletzungen, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie Neubildungen finden sich jedoch weitgehende Übereinstimmungen. Worauf lassen sich die Unterschiede zurückführen?

Eine mögliche Ursache ist darin zu sehen, dass Erkrankungen, die von ärztlicher Seite differenziert diagnostiziert werden, aus der Perspektive der Betroffenen anders betrachtet werden. So werden Erkrankungen des Verdauungssystems, die ja häufig mit Infektionen des Magen-Darms-Systems einhergehen, von den Betroffenen unter die Kategorie „Infektionen/bakterielle Erkrankungen“ eingeordnet. Addiert man die Prozentzahlen der Erkrankungen, die eine solche „subjektive Fehldiagnose“ nahelegen (Infektion/Bakterielle Erkrankung, Atmungssystem und Verdauungssystem), so ergeben sich Übereinstimmungen zwischen den „offiziellen“ Daten des BARMER GEK Gesundheitsreports (53,2 %) und den Daten der Internetstudie (57,9 %): Wenngleich diese Erklärung etwas spekulativ ist, so erklärt sie zumindest die relativ hohen Übereinstimmungen für die „eindeutigen“ Erkrankungsarten wie Psychische und Verhaltensstörungen und für die Erkrankungen mit hohen Übereinstimmungsraten (vgl. Tabelle 7).

Bemerkenswert sind die relativ hohen Übereinstimmungen bei Absentismus und Präsentismus. Sie zeigen, dass diejenigen Krankheitsarten, die für eine krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz verantwortlich sind, offenbar auch diejenigen sind, die die Erwerbstätigen beeinträchtigen, wenn sie krank zur Arbeit gehen. Überraschend ist dieser Befund nicht; er weist aber darauf hin, dass die Krankheitsarten, die als Gründe für Fehlzeiten im Vordergrund stehen, offenbar auch bei Präsentismus in analoger Weise beteiligt sind.

Somit liefert diese Internetstudie erste Daten dafür, welche Erkrankungsarten in welchen Anteilen für Präsentismus verantwortlich sind. Weitere Forschungen bzw. Erhebungen sind hier allerdings notwendig, um mehr gesicherte Informationen darüber zu erhalten, (a) welche Befindlichkeiten und Krankheitsarten für Präsentismus verantwortlich sind, und (b) in welchem Zusammenhang „Präsentismus-Erkrankungen“ und „Absentismus-Erkrankungen“ stehen. Denkbar ist z. B., dass es gerade bestimmte Erkrankungen sind, die durch Präsentismus ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko aufweisen.

10.3 Warum gehen wir krank zur Arbeit?

Welche Motive bewegt die Menschen, krank zur Arbeit zu gehen? In der Internetstudie wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern acht Motive für Präsentismus vorgeschlagen; von denen eines oder alternativ die Möglichkeiten „sonstiges“ und „keine Angabe“ ausgewählt werden konnten. Die Motive wurden in Vorstudien sowie Diskussionen über Präsentismus in Workshops des Kompetenzzentrums für Fortbildung und Arbeitsgestaltung der Bergischen Universität Wuppertal in Projekten zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement ermittelt. Tabelle 8 stellt die Ergebnisse dar.

► **Tabelle 8: Häufigkeit verschiedener Motive für Präsentismus**

Motiv	Kurzbezeichnung	Auswahl (Angaben in %)
Ich...		
...wollte wichtige Aufgaben erledigen	Pflichtgefühl	22,5
...wollte mein Team unterstützen	Teamgeist	17,3
...wollte ein möglichst normales Leben führen	Normal leben	15,5
...befürchtete berufliche Nachteile	Angst vor beruflichen Nachteilen	8,7
...befürchtete gekündigt zu werden	Angst um Arbeitsplatz	2,4
...hatte Bedürfnis nach Beschäftigung	Beschäftigungsbedürfnis	1,8
...dachte an besondere Anerkennung	Wunsch nach Anerkennung	0,4
... Ablenkung von Problemen außerhalb der Arbeit	Ablenkung	1,3
Sonstiges	Sonstiges	5,6
Personen, die nicht krank zur Arbeit gegangen sind	Kein Präsentismus	24,5
Summe		100%

Nicht die Angst vor beruflichen Nachteilen oder um den Arbeitsplatz steht als Motiv im Vordergrund, sondern es sind „positive Tugenden“, die die Beschäftigten dazu bewegen, auch krank zur Arbeit zu gehen: Pflichtgefühl (22,5%) und Teamgeist (17,3%). Ein weiteres Motiv, das an dritter Stelle genannt wird, ist, dass Beschäftigte auch krank zur Arbeit zu gehen, um ein „möglichst normales Leben führen“ (15,5 %) zu können. Krank zu Hause zu bleiben wird bezogen auf dieses Motiv offenbar erst dann als hinreichender Grund akzeptiert bzw. ist dann nicht mit einem schlechten Gefühl verbunden, wenn der oder die Beschäftigte sich „wirklich krank“ fühlt.

Die meisten Publikationen und Verlautbarungen über Präsentismus gehen davon aus, dass vor allem solche Beschäftigte krank zur Arbeit gehen, die Angst davor haben, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Diese Angst sei umso größer, je härter und unsicherer die wirtschaftliche Lage ist (vgl. Hemp, 2004). Andere Befragungen haben in der Tat die Angst um den Arbeitsplatz hinter Pflichtgefühl als zweitwichtigsten Grund für Präsentismus ermittelt (Schmidt & Schröder, 2010; Zok, 2008). Jedoch wurde dort auch nicht nach Motiven für Präsentismus, sondern nach Gründen in anderer Form (Ja/Nein-Fragen) gefragt.

Daraus folgt: Welche Maßnahmen lassen sich aus der „Motivanalyse“ für Präsentismus ableiten? Wenn Pflichtgefühl und Teamgeist die vorherrschenden Motive sind, dann sollten Führungskräfte diese positiven Tugenden einerseits wertschätzend anerkennen. Andererseits sollten sie durch eine flexible Steuerung des Arbeitsaufkommens, an der auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beteiligt sind, sowie eine offene Diskussionskultur dafür Sorge tragen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne schlechtes Gewissen Krankheiten auskurieren und nicht krank zur Arbeit kommen. Nicht nur Absentismus sondern auch Präsentismus sollte deshalb ein Thema sein, das nicht unter den Tisch gekehrt wird, sondern als Thema in der Führungskultur oder auch den Unternehmensleitlinien verankert ist.

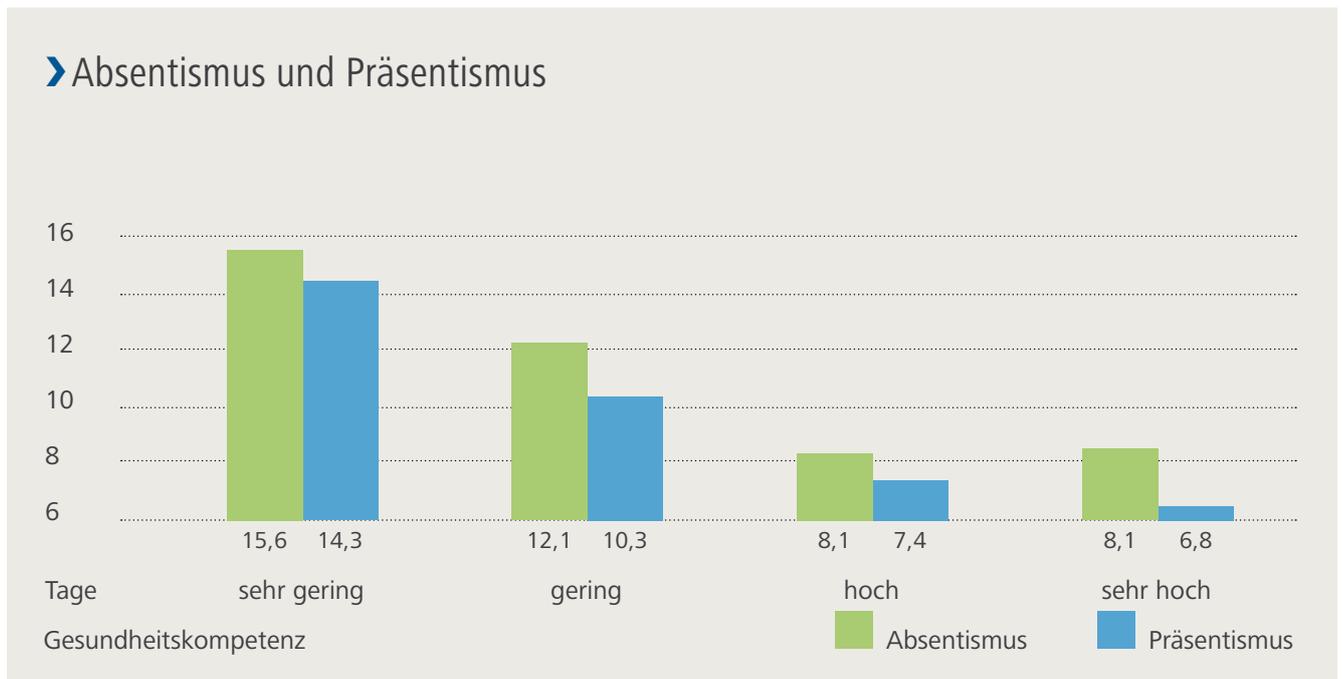
Sind in einem Unternehmen die Angst vor Arbeitsplatzverlust und/oder vor beruflichen Nachteilen die vorherrschenden Präsentismus motive, sollten Führungskräfte diese Ängste ernst nehmen und gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ursachenforschung betreiben.

Der mit solchen Maßnahmen verbundene Aufwand zahlt sich aus, da hohe Präsentismusraten nicht nur die Produktivität beeinträchtigen, sondern langfristig auch die Fehlzeitraten erhöhen.

10.4 Einfluss der Gesundheitskompetenz

Individuelle Gesundheitskompetenz. Die Anzahl der Fehltage (Absentismus) und der Tage, an denen die Befragten krank zur Arbeit gehen (Präsentismus), weisen einen engen Zusammenhang zur Gesundheitskompetenz auf: Je höher die Gesundheitskompetenz ausgeprägt ist, desto weniger krankheitsbedingte Fehltage sind zu verzeichnen (jeweils $p < .001$; vgl. Abbildung 44).

➤ Abbildung 44: Präsentismus und Absentismus in Abhängigkeit von der individuellen bzw. personalen Gesundheitskompetenz



Personen mit sehr gering ausgeprägter Gesundheitskompetenz (15,6 Tage) fehlen krankheitsbedingt (Absentismus) gegenüber Personen mit hoher und sehr hoher Gesundheitskompetenz (jeweils 8,1 Tage) deutlich bzw. signifikant weniger ($p < .001$). Ebenfalls statistisch bedeutsam ist der Unterschied zwischen Personen mit geringer (12,1 Tage) und hoher Gesundheitskompetenz (8,1 Tage) ($p < .05$). Für Präsentismus ergibt sich ein ähnliches Bild, wobei hier die Unterschiede z. T. noch deutlicher werden.

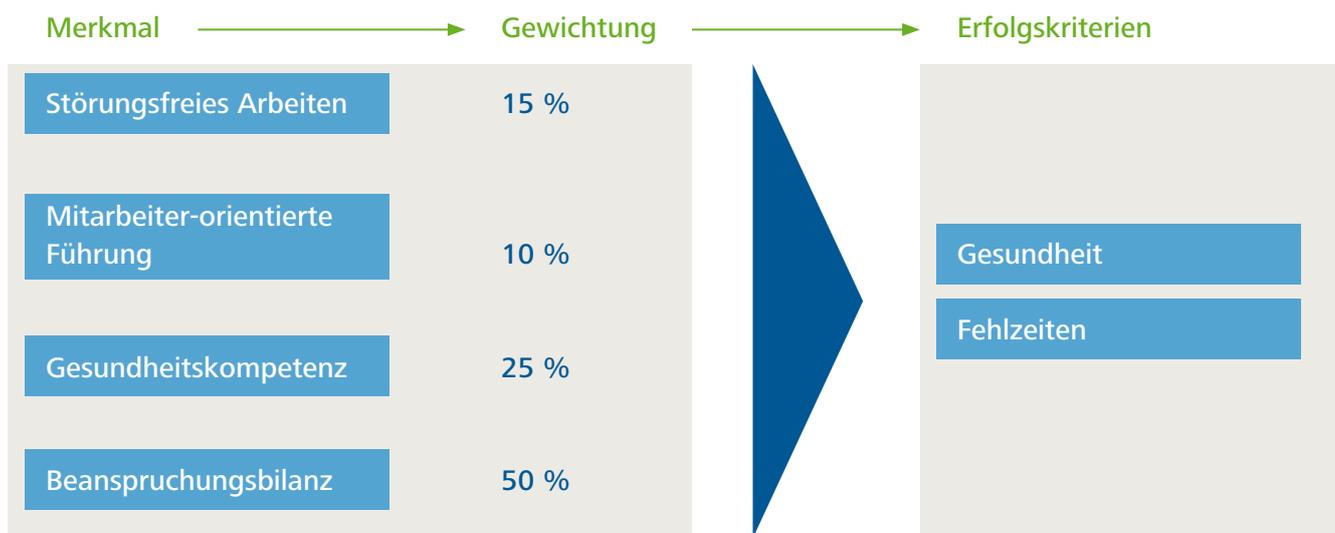
Organisationale Gesundheitskompetenz.

Die organisationale Gesundheitskompetenz wurde mit dem Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU) erfasst.

Organisationale Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit einer Organisation, durch systematisches Management der Bedingungen und Ressourcen die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten und zu fördern (vgl. BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1).

Zur Erfassung organisationaler Gesundheitskompetenz wurde im BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1 der von Hammes und Wieland entwickelte Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU) vorgestellt. Der Index bewertet das Gesundheitspotenzial von Unternehmen und leitet daraus Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ab (Details zu dem Index, s. Hammes, Wieland & Winizuk, 2009). Der Index ist ressourcenorientiert, d.h. er bewertet die Verfügbarkeit gesundheitsrelevanter Ressourcen in Form entsprechender Kennzahlen. Die Gesundheitsressourcen eines Unternehmens werden dabei mittels wissenschaftlich geprüfter und praktisch bewährter Fragebogen erfasst. Sie beziehen sich auf folgende vier Merkmalsgruppen: Störungsfreies Arbeiten, mitarbeiter-orientierte Führung, individuelle bzw. personale Gesundheitskompetenz und die (positive) Beanspruchungsbilanz (vgl. Abbildung 45).

› **Abbildung 45: Gewichtung der Merkmale, die als Kennwerte für den Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen herangezogen werden**

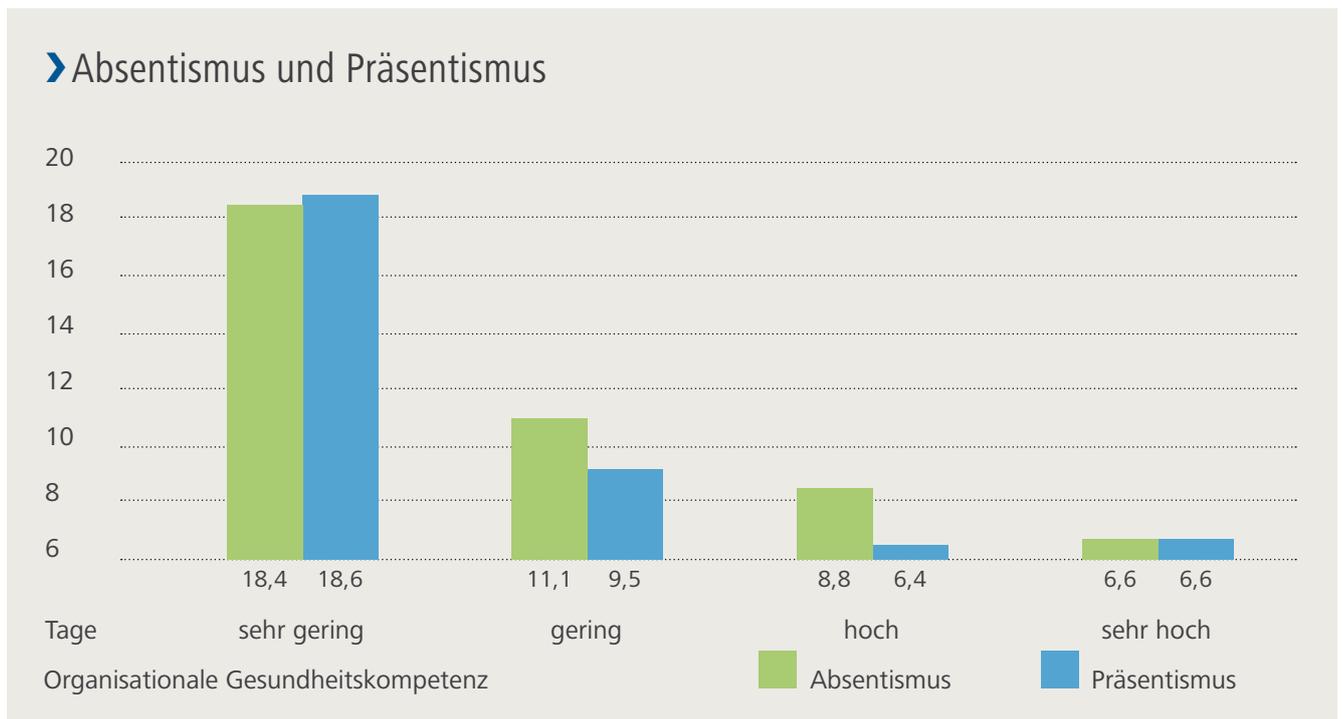


Studien in verschiedenen Unternehmen haben gezeigt, dass die vier Ressourcenbereiche in unterschiedlichem Ausmaß zur Gesundheitskompetenz eines Unternehmens beitragen. Die in Abbildung 45 aufgeführten Gewichtungen spiegeln die Ergebnisse dieser Studien wider. In der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz 2010 wurden diese vier Merkmalsbereiche in verkürzter Form erfasst: Störungsfreies Arbeiten anhand von zwei, das Ausmaß mitarbeiter-orientierter Führung von drei Fragen. Die psychische Beanspruchung während der Arbeit wurde anhand der gleichen drei Befindensdimensionen wie das Wohlbefinden im Alltag (s. dazu Abschnitt 7.4) ermittelt: Energetische Aktiviertheit, Nervosität/Erregtheit und Kontrollerleben. Ebenso wie bei der Wohlbefindensbilanz (s. dazu Abschnitt 7.4), wurde für die Beanspruchung während der Arbeit die Beanspruchungsbilanz ermittelt. Die individuelle Gesundheitskompetenz, die als Personmerkmal in den Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen eingeht, wurde weiter oben (s. Kapitel 2) bereits ausführlich beschrieben.

Eine hohe organisationale Gesundheitskompetenz ist durch eine Kombination aus mitarbeiter-orientierter Führung, störungsfreiem Arbeiten, hoher personaler bzw. individueller Gesundheitskompetenz und einer positiven Beanspruchungsbilanz gekennzeichnet. Eine geringe organisationale Gesundheitskompetenz zeigt die gegenteiligen Ausprägungen dieser vier Merkmale.

Das Bild, das sich hier für Absentismus und Präsentismus ergibt, ist auf den ersten Blick ähnlich dem der personalen Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 44). Bei genauerer Betrachtung wird allerdings deutlich, dass bei Arbeitsbedingungen mit sehr niedriger WGU-Stufe Absentismus mit 18 Tagen und Präsentismus mit 19 Tagen etwa doppelt so hoch ausgeprägt ist wie bei allen anderen Stufen (jeweils $p < .001$). Sehr geringe organisationale Gesundheitskompetenz ist also mit extrem hohem Absentismus und Präsentismus verbunden.

➤ **Abbildung 46: Präsentismus und Absentismus in Abhängigkeit von der organisationalen Gesundheitskompetenz**



Je schlechter also die (organisationale) Gesundheitskompetenz im Unternehmen ausgeprägt ist, desto häufiger fehlen die Beschäftigten krankheitsbedingt und desto häufiger kommen sie zur Arbeit, obwohl sie sich krank fühlen.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus diesen Befunden ziehen? Deutlich wird, dass Präsentismus ein ernst zu nehmendes Phänomen darstellt, über dessen Ursachen bisher noch zu wenig bekannt ist. Aufgrund der mit Präsentismus verbundenen ökonomischen und individuellen „psychischen Kosten“ (vgl. dazu Semmer, Grebner & Elfering, 2010) sollten die Bemühungen um Ursachenanalysen und darauf aufbauend, präventiven Interventionskonzepten intensiviert werden. Arbeitsunfähigkeitsvermeidung wie Kocyba & Voswinkel (2007) das Phänomen Präsentismus auch bezeichnen, ist dabei ein Problem, das durch dieselben Arbeitsbedingungen verursacht wird, die auch zu hohen Fehlzeiten führen. So haben Hammes, Wieland & Winizuk (2009) gezeigt, dass gerade Arbeitsplätze mit gesundheitsbeeinträchtigenden Eigenschaften (häufige Arbeitsstörungen und ein autoritärer Führungsstil) nicht nur mit hohem Absentismus, sondern auch mit hohen Präsentismusraten verbunden sind („Paradox des Präsentismus“).

„Präsentismusmotive“ unterscheiden sich auch in Abhängigkeit von den Arbeitsplatzbedingungen. Die Häufigkeit, mit der „Angstmotive“ bzw. „kein Präsentismus“ genannt wurden, weist einen eindeutigen Zusammenhang zur Qualität des Arbeitsplatzes auf, wie er durch die organisationale Gesundheitskompetenz gemessen wird. Wie aus Tabelle 9 ersichtlich, befürchtet fast ein Viertel der Beschäftigten an Arbeitsplätzen mit sehr geringer organisationaler Gesundheitskompetenz berufliche Nachteile, wenn sie nicht zur Arbeit gehen, auch wenn sie krank sind. Nur 1,3 % sind es dagegen an „gesunden“ Arbeitsplätzen. Auch das Motiv „Angst um den Arbeitsplatz“ weist deutliche, in die gleiche Richtung gehende Unterschiede auf. An gesunden Arbeitsplätzen (organisationale Gesundheitskompetenz „sehr hoch“) sind es auch fast viermal soviel Beschäftigte (38,4 %), die nicht „krank zur Arbeit“ gehen, gegenüber nur 10,2 % der Beschäftigten an „ungesunden“ Arbeitsplätzen (Gruppe „sehr gering“).

› **Tabelle 9: Präsentismusmotive in Abhängigkeit von der Organisationalen Gesundheitskompetenz (Angaben in Prozent)**

Organisationale Gesundheitskompetenz				
Präsentismusmotiv	Organisationale Gesundheitskompetenz			
	sehr gering	gering	hoch	sehr hoch
Pflichtgefühl	19,4	24,4	23,3	19,5
Teamgeist	15,5	19,5	17,5	14,5
Normal leben	11,4	15,6	16,6	17,4
Angst vor beruflichen Nachteilen	24,9	9,7	3,8	1,3
Angst um Arbeitsplatz	9,8	1,5	0,9	0,4
Beschäftigungsbedürfnis	2,3	1,0	2,0	2,5
Wunsch nach Anerkennung	0,2	0,7	0,3	0,1
Ablenkung	1,8	1,6	1,1	0,2
Sonstiges	4,5	5,8	5,9	5,9
Kein Präsentismus	10,2	20,2	28,6	38,4
Summe	100%	100%	100%	100%

Daraus folgt: Die Motive, die Erwerbstätige veranlassen „krank zur Arbeit“ zu gehen, sind nicht allein den Eigenschaften von Personen zuzuschreiben. Auch die Qualität der Arbeitsbedingungen führt zur Herausbildung bestimmter Motive. „Angstmotive“, so zeigen diese Befunde, treten offenbar umso stärker in den Vordergrund, je ungünstiger die Umstände bzw. die Arbeitsbedingungen sind.

IV Ergebnisse der Internetstudie – Nicht-Erwerbstätige

In diesem Teil des Reports werden die Ergebnisse für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Internetstudie vorgestellt, die zur Zeit der Erhebung keine Erwerbstätigkeit ausüben und/oder schon Rente beziehen. Da sich Erwerbstätige und Nicht-Erwerbstätige in ihren Antworten oft nur wenig unterscheiden, konzentriert sich die Ergebnisdarstellung für die Nicht-Erwerbstätigen auf diejenigen Fragen bzw. Bereiche, für die deutlich unterschiedliche Ergebnisse vorliegen.

Wer hat mitgemacht?

Teilnehmerzahl. Insgesamt haben an der Internetstudie 1.417 Nicht-Erwerbstätige teilgenommen. Im Vergleich zu den Erwerbstätigen ist das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei den Nicht-Erwerbstätigen ausgeglichener. 833 Nicht-Erwerbstätige (58,8 %) sind weiblich und 584 (41,2 %) sind männlich.

Altersverteilung. Das Durchschnittsalter beträgt 61,3 Jahre und ist damit deutlich höher als das der Erwerbstätigen mit 43,5 Jahren. Die meisten der Nicht-Erwerbstätigen (88,8 %) sind 55 Jahre und älter, wobei die Altersgruppe 55 – 59 Jahre 7,3 %, die Altersgruppe 60 – 64 Jahre 16,3 % und die Altersgruppe 64 Jahre und älter 55,2 % der Teilnehmenden ausmachen. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse gelten demnach vor allem für Personen über 55 Jahre.

Bildung. Hier zeigen sich Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen: Hauptschulabschlüsse sind bei den Nicht-Erwerbstätigen mit 15,5 % mehr als doppelt so häufig vertreten, wie bei den Erwerbstätigen. Ebenso verhält es sich mit unbekanntem Abschluss (6,4 % bei den Nicht-Erwerbstätigen). Abitur ist unter den Nicht-Erwerbstätigen deutlich seltener (9,9 %). Die anderen Bildungsgruppen (Mittlere Reife, Fachhochschulreife, Fachhochschulabschluss und Hochschulabschluss) finden sich bei beiden Gruppen etwa gleich häufig (vgl. dazu Kapitel 6).

Verteilung auf die Bundesländer.

Die Verteilung auf die Bundesländer ist wie bei der Gesamtstichprobe sehr ausgewogen, wie Tabelle 2 in Kapitel 5 zeigt. Dort sind auch die entsprechenden Prozentanteile für die Nicht-Erwerbstätigen aufgeführt.

11. Gesundheitskompetenz

11.1 Wie hoch ist die Gesundheitskompetenz ausgeprägt?

Die Gesundheitskompetenz ist bei den Nicht-Erwerbstätigen mit 2,61 etwas stärker ausgeprägt. Tabelle 10 gibt die Mittelwerte für Nicht-Erwerbstätige wieder und zeigt zudem, inwieweit hier Unterschiede zu den Erwerbstätigen vorliegen. Insgesamt sind die Unterschiede nicht sehr groß, wenngleich sie in mehreren Fällen statistisch signifikant sind. Altersabhängige Unterschiede wie bei den Erwerbstätigen (vgl. dazu Abbildung 6) ließen sich nicht ausmachen. Ab der Altersgruppe 50 bis 54 Jahre liegen Männer und Frauen auf einem fast identischen Niveau hinsichtlich ihrer Gesundheitskompetenz.

› **Tabelle 10: Individuelle Gesundheitskompetenz für Nicht-Erwerbstätige: Mittelwert der Gesamtskala und der Subskalen „Gesundheitsziele“, „Erfolgszuversicht“ und „Bewältigungsfähigkeit“.**

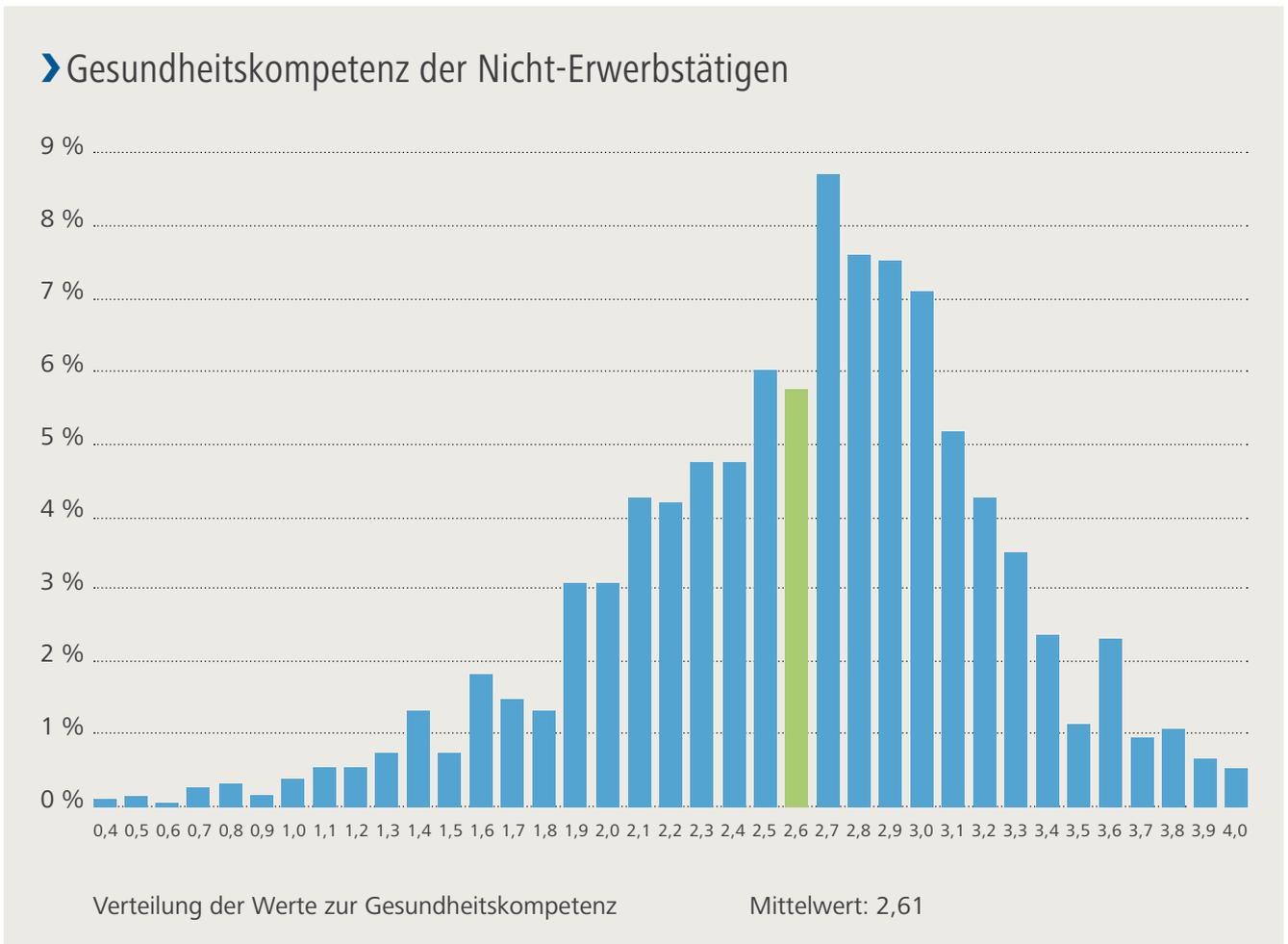
Individuelle Gesundheitskompetenz			
Nicht Erwerbstätige	Gesamt	Frauen	Männer
Gesamtwert	2,61 (2,53)*	2,61 (2,55)	2,60 (2,50)
Subskalen			
Gesundheitsziele	2,73 (2,49)*	2,70 (2,50)	2,76 (2,48)
Erfolgszuversicht	2,64 (2,67)	2,64 (2,66)	2,63 (2,68)
Bewältigungsfähigkeit	2,56 (2,50)	2,57 (2,52)	2,55 (2,45)

In Klammern sind die Werte für die Erwerbstätigen angegeben. Die mit * versehenen Wertepaare unterscheiden sich signifikant ($p < .01$) voneinander, wenngleich ihre numerischen Unterschiede z. T. recht klein sind.

Wie sieht die Verteilung der Gesundheitskompetenz bei den Nicht-Erwerbstätigen insgesamt aus? Liegen die meisten auf einem etwa gleich hohen Niveau oder gibt es, wie bei den Erwerbstätigen, eine Normalverteilung, d. h. eine Häufung im mittleren Bereich und weniger Personen jeweils in den Randbereichen?

Wie aus Abbildung 47 ersichtlich, reichen die Skalenwerte der 1 417 Nicht-Erwerbstätigen - ähnlich wie bei den Erwerbstätigen -, von 0,4 bis zu 4 auf der Gesundheitskompetenzskala, die insgesamt Werte von 0 bis 4 annehmen kann. Auch die Gruppe älterer Menschen unterscheidet sich deutlich hinsichtlich ihrer Fähigkeit, Krankheiten zu bewältigen bzw. ihre Gesundheit zu erhalten. Bedeutsame Unterschiede zwischen Frauen und Männern gab es hier nicht.

➤ Abbildung 47: Verteilung der Werte zur Gesundheitskompetenz der Nicht-Erwerbstätigen.



Daraus folgt: Abgesehen davon, dass es bei den Nicht-Erwerbstätigen keine altersabhängigen Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt und die Gesundheitskompetenz der Nicht-Erwerbstätigen etwas höher ausfällt, lassen sich hier ähnliche Schlussfolgerungen wie für die Erwerbstätigen ziehen (vgl. dazu Abschnitt 7.1.1).

11.2 Hohe und geringe Gesundheitskompetenz - Worauf nimmt sie Einfluss?

Für die Erwerbstätigen wurden die Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Gesundheitskompetenz und den folgenden gesundheitsrelevanten Merkmalen analysiert (siehe Abschnitt 6.1):

- Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und des
- Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen,
- Gesundheitswissen,
- Gesundheitsbezogenes Informationsverhalten und
- Aufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten

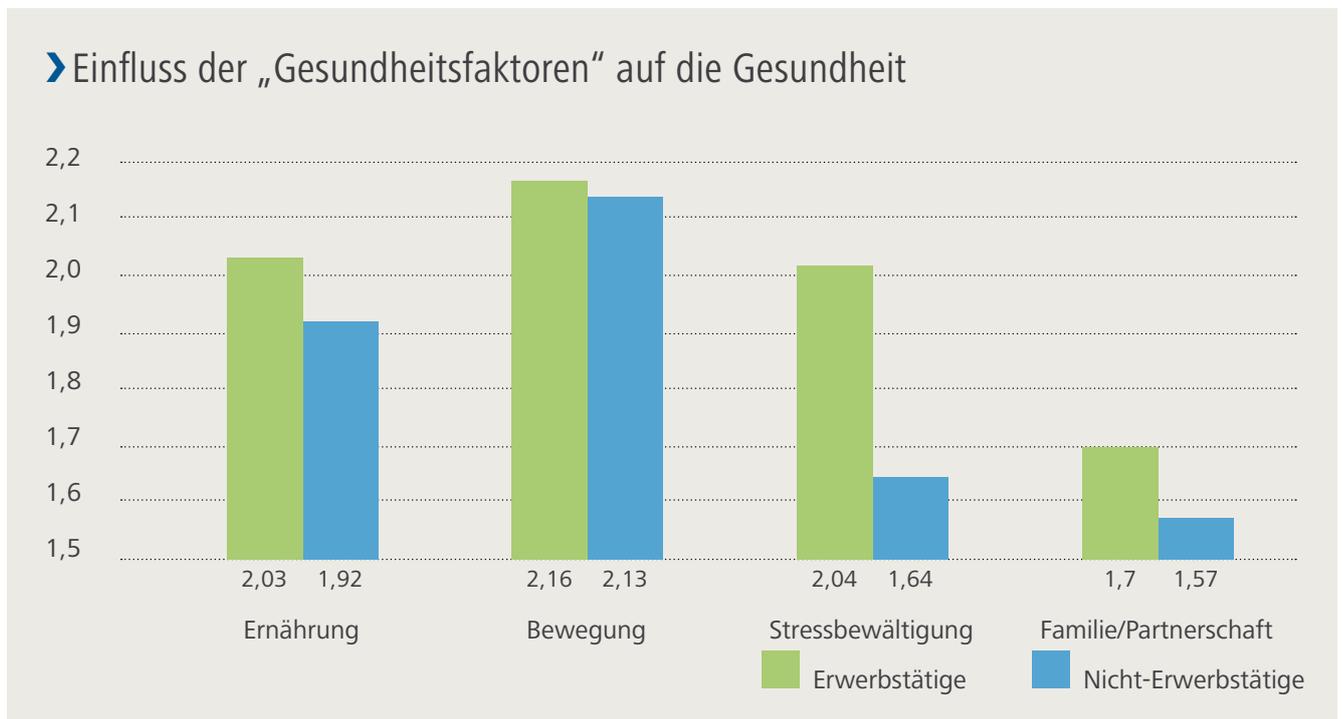
Die Zusammenhänge für Gesundheitskompetenz und diesen Merkmalen sind für Nicht-Erwerbstätige und Erwerbstätige sehr ähnlich. Allerdings zeigen sich einige Unterschiede in Bezug auf das Niveau dieser Merkmale. Nicht-Erwerbstätige schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihr Gesundheitswissen deutlich schlechter ein als Erwerbstätige. Andererseits informieren sie sich mehr über Gesundheit und investieren mit durchschnittlich etwa 2,84 Stunden pro Woche deutlich mehr Zeit in gesundheitsbezogene Aktivitäten als Erwerbstätige mit 2,47 Stunden pro Woche ($p < .001$).

11.3 Gesundheitskompetenz und Beurteilung von „Gesundheitsfaktoren“

Die Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz und den „Gesundheitsfaktoren“ Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Familie/Partnerschaft sind bei Nicht-Erwerbstätigen mit denen der Erwerbstätigen vergleichbar (siehe Abschnitt 6.2). Auch Nicht-Erwerbstätige messen Ernährung und Bewegung mit zunehmender Gesundheitskompetenz einen höheren Einfluss auf die Gesundheit zu. Auch die Einschätzung des Einflusses von Stressbewältigung und Familie/Partnerschaft auf die Gesundheit erfolgt bei ihnen unabhängig von der Höhe ihrer Gesundheitskompetenz.

Allerdings gibt es einen interessanten Unterschied in der Bedeutung, die den Gesundheitsfaktoren zugeschrieben wird: Alle Gesundheitsfaktoren werden bis auf den Faktor Bewegung von Nicht-Erwerbstätigen in ihrer Gesundheitsrelevanz deutlich geringer eingeschätzt. Dies gilt insbesondere für den Faktor „Stressbewältigung“: Nicht-Erwerbstätige messen diesem Faktor kaum Gewicht zu. Auf der Beurteilungsskala, die von 0 = überhaupt nicht, über 1 = etwas, 2 = stark bis 4 = sehr stark reicht, liegen sie mit einem Wert von 1,64 deutlich niedriger als Erwerbstätige mit einem Wert von 2,04 (vgl. Abbildung 48).

➤ Abbildung 48: Einschätzung des Einflusses verschiedener „Gesundheitsfaktoren“ auf die Gesundheit, getrennt nach Erwerbstätigkeit. Außer für den Faktor Bewegung sind alle Unterschiede signifikant ($p < .001$)



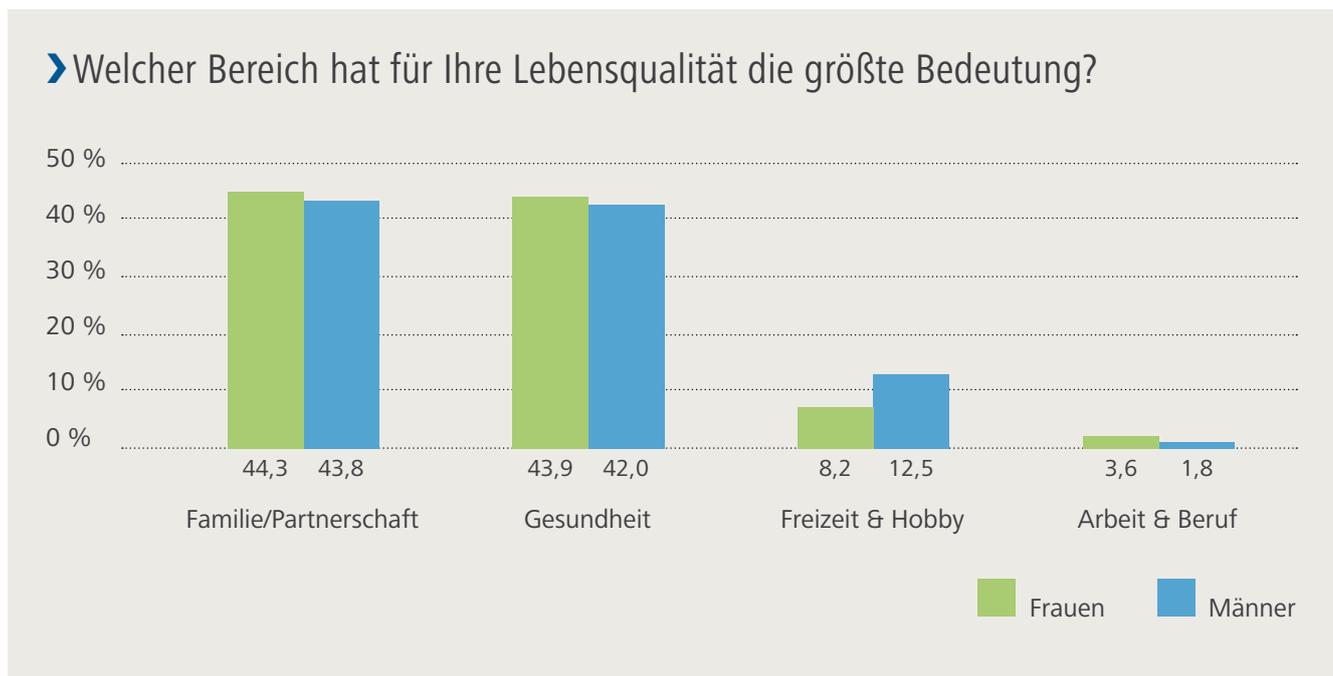
Daraus folgt: Nicht-Erwerbstätige Personen in höherem Alter (Durchschnittsalter: 61,3 Jahre) schreiben Gesundheitsfaktoren wie Ernährung, Stressbewältigung und Familie/Partnerschaft deutlich weniger Einfluss auf die Gesundheit zu als jüngere erwerbstätige Personen (Durchschnittsalter: 43,5 Jahre). Jedoch gilt dies nicht für den Gesundheitsfaktor Bewegung. Diese Befunde spiegeln damit einerseits die offensichtlich unterschiedliche Lebenssituation von Erwerbs- und Nicht-Erwerbstätigen wider: Ältere, nicht erwerbstätige Personen glauben weniger daran, dass gesundheitsbewusste Ernährung, effektive Stressbewältigungsstrategien oder die Unterstützung durch Familie/Partnerschaft (noch) hilfreich für ihre Gesundheit sind. Bewegung und die damit in der Regel verbundenen unmittelbaren positiven Erfahrungen – Verbesserung des Wohlbefindens und der Fitness – werden als förderlich für die eigene Gesundheit gesehen.

Bewegung vermittelt offenbar Erlebnisse, Gefühle und körperliche Erfahrungen, die durch andere Aktivitäten kaum in dieser Wirkungsbreite und Unmittelbarkeit erzeugt werden können. Dieser Befund bestätigt zudem in eindrucksvoller Weise die Maxime, die im BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1 formuliert wurde „Bewegung ist alles – aber regelmäßig“ (s. dort, S. 25).

11.4 Gesundheitsfaktoren und Lebensqualität

In Teil III zeigte sich bereits für die Gruppe der Erwerbstätigen, dass Gesundheit als Faktor für Lebensqualität mit dem Alter immer bedeutsamer wird (s. Abschnitt 7.3). Für Nicht-Erwerbstätige hat Gesundheit eine fast doppelt so hohe Bedeutung für ihre Lebensqualität wie für Erwerbstätige, von denen Gesundheit als Faktor für Lebensqualität nur von 24,5 % benannt wird. Abbildung 49 zeigt die Bedeutung verschiedener Gesundheitsfaktoren für Nicht-Erwerbstätige, die sich von den Ergebnissen der Erwerbstätigen signifikant ($\chi^2 = 10,26$; $p < .05$) unterscheiden (s. dazu Abschnitt 7.3, Abbildung 18). Arbeit und Beruf haben bei Nicht-Erwerbstätigen erwartungsgemäß kaum eine Bedeutung.

► **Abbildung 49: Bedeutung verschiedener „Gesundheitsfaktoren“ für die Lebensqualität von Nicht-Erwerbstätigen, getrennt nach Frauen und Männern**



Daraus folgt: Die hohe Bedeutung, die der Faktor „Gesundheit“ für Nicht-Erwerbstätige hat, überrascht nicht. Je älter die Menschen werden, desto stärker tritt Gesundheit als Thema in den Lebensmittelpunkt.

11.5 Wohlbefinden im Alltag und Gesundheitskompetenz

Wohlbefindensbilanz und Gesundheitskompetenz weisen für Nicht-Erwerbstätige einen ähnlichen Zusammenhang wie für Erwerbstätige (s. dazu Abbildung 20 in Abschnitt 7.4.1) auf: Personen mit geringer Gesundheitskompetenz berichten von einer negativen Wohlbefindensbilanz; Personen mit hoher Gesundheitskompetenz von einer positiven Bilanz. Ebenso finden sich zu den Erwerbstätigen analoge Beziehungen zwischen Wohlbefindensbilanz und dem allgemeinen Gesundheitszustand sowie der Einschätzung der eigenen Gesundheit im Vergleich zu anderen: Je positiver die Wohlbefindensbilanz, desto besser fällt die Beurteilung des Gesundheitszustandes aus.

Vergleich des Wohlbefindens von Nicht-Erwerbstätigen und Erwerbstätigen. Es gibt einen interessanten Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen hinsichtlich des „Wohlbefindensniveaus“: Nicht-Erwerbstätige haben einerseits gegenüber Erwerbstätigen ($M = 2,70$) ein deutlich ($p < .001$) niedrigeres Niveau der positiven Befindlichkeit ($M = 2,42$). Andererseits ist aber auch ihre negative Befindlichkeit im Alltag mit einem Wert von 1,19 deutlich geringer ($p < .001$) ausgeprägt als bei Erwerbstätigen ($M = 1,44$). Insgesamt ergibt sich dadurch bei unterschiedlichem Niveau der positiven bzw. negativen Befindlichkeit, die gleiche Wohlbefindensbilanz für Nicht-Erwerbstätige und Erwerbstätige. Inwieweit sich daraus eine unterschiedliche Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ergibt, wird nachfolgend untersucht.

Vergleich des Gesundheitszustands von Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen. Der individuelle Gesundheitszustand wurde auf einer fünfstufigen Skala beurteilt: 0 = sehr schlecht, 1 = eher schlecht, 2 = mittelmäßig, 3 = eher gut, 4 = sehr gut. Die Befragten der Internetstudie insgesamt beurteilen ihren Gesundheitszustand mit einem Durchschnittswert von 2,8 als eher gut. Wie aus Tabelle 11 ersichtlich, beurteilen erwerbstätige Frauen und Männer ihren Gesundheitszustand besser als Nicht-Erwerbstätige. Die Mittelwertunterschiede (s. rechte Spalte) sind zwar numerisch nicht allzu groß, jedoch statistisch hochsignifikant ($p < .001$). Von den erwerbstätigen Frauen sind es nur 5,8 %, die einen sehr schlechten oder schlechten Gesundheitszustand angeben; bei den nicht-erwerbstätigen Frauen ist dagegen der Anteil mit insgesamt 10 % fast doppelte so hoch.

► **Tabelle 11: Selbstbeurteilter Gesundheitszustand, differenziert nach Erwerbstätigkeit sowie Frauen und Männern**

Selbstbeurteilter Gesundheitszustand	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut	Mittelwert
Frauen: Erwerbstätig	0,7 %	5,1 %	27,6 %	52,1 %	14,5 %	2,73
Frauen: Nicht Erwerbstätig	0,8 %	9,2 %	28,7 %	48,3 %	12,9 %	2,60
Männer: Erwerbstätig	0,9 %	7,3 %	26,3 %	53,4 %	12,1 %	2,69
Männer: Nicht Erwerbstätig	1,4 %	8,9 %	29,5 %	49,0 %	11,3 %	2,57

Daraus folgt: Erwerbstätige beurteilen ihren Gesundheitszustand besser als Nicht-Erwerbstätige. Eine Ursache dafür könnte die Wohlbefindensbilanz sein: Sie ist zwar für erwerbs- und nicht-erwerbstätige Personen gleich, basiert aber, wie oben beschrieben, auf unterschiedlichen Niveaus positiver und negativer Befindlichkeit, wobei die positive Befindlichkeit bei den Erwerbstätigen deutlich höher ist.

12. Gesundheitstypen

Auch für Nicht-Erwerbstätige sind die verschiedenen Einstellungen und Verhaltensweisen, die die verschiedenen Gesundheitstypen (siehe Abschnitt 7.5) charakterisieren, relevant für den Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Dies zeigen die im Folgenden dargestellten Ergebnisse zu den Gesundheitstypen für Nicht-Erwerbstätige.

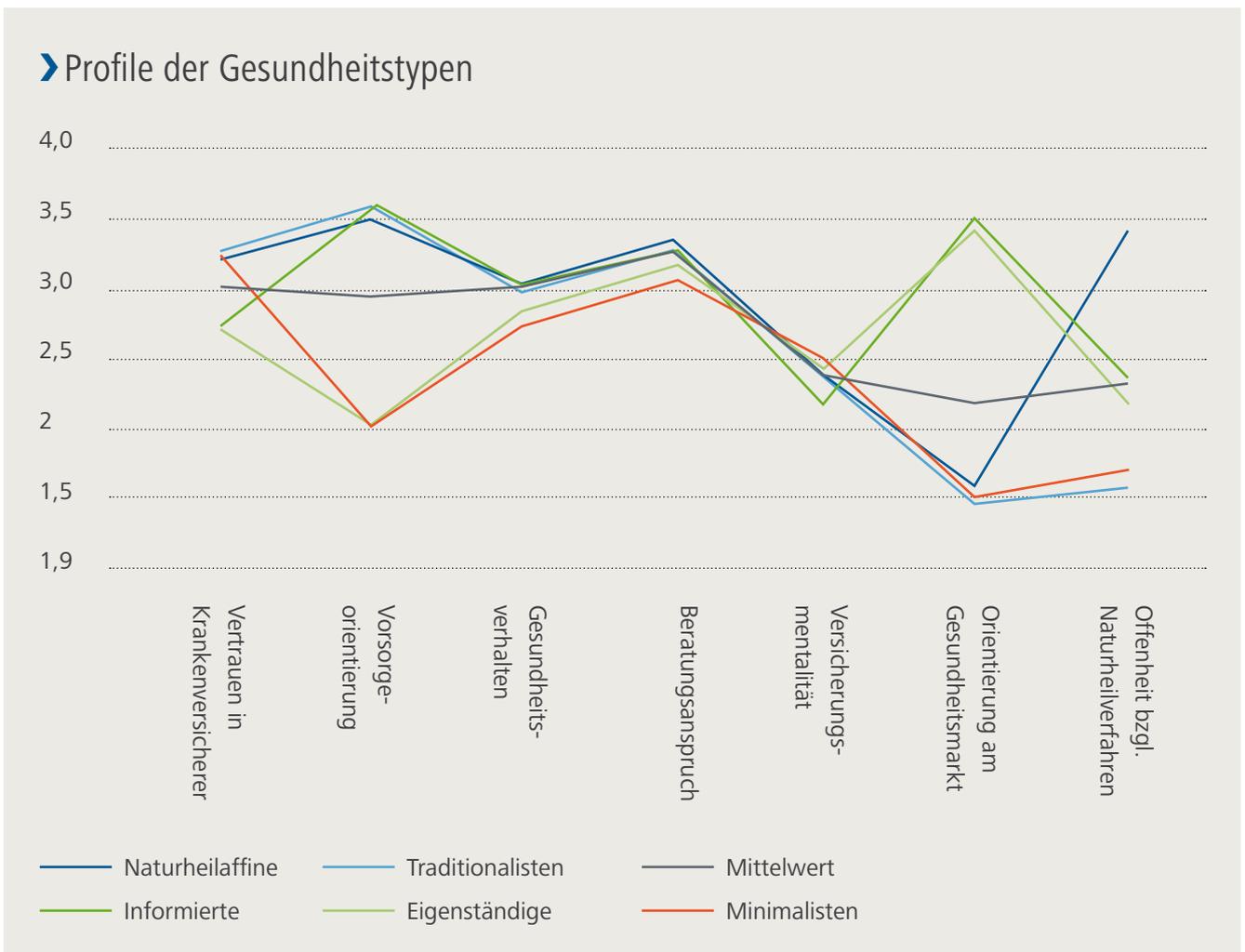
12.1 Gesundheitstypen: Häufigkeiten und Profile

Ebenso wie für Erwerbstätige (siehe dazu Abschnitt 7.5, Abbildung 24). konnten die Profile der Gesundheitstypen für Nicht-Erwerbstätige erfolgreich bestätigt werden.

Welche Übereinstimmungen und Unterschiede in Bezug auf die Gesundheitstypen ergeben sich unter Berücksichtigung der Erwerbstätigkeit? Zunächst fällt eine völlig andere Verteilung bei Nicht-Erwerbstätigen auf die verschiedenen Gesundheitstypen auf (s. Tabelle 12).

Obwohl Naturheilaffine und Informierte sehr ähnliche Prozentzahlen wie bei Erwerbstätigen aufweisen, ist es die Gruppe der Traditionalisten, die bei Nicht-Erwerbstätigen mit 35,2 % fast doppelt so häufig vertreten ist wie bei Erwerbstätigen. Entsprechend seltener finden sich Minimalisten und vor allem Eigenständige, die bei Nicht-Erwerbstätigen weniger als halb so häufig vertreten (vgl. Tabelle 12). Mit Traditionalisten, Informierten und Naturheilaffinen steht bei Nicht-Erwerbstätigen demnach die Vorsorgeorientierung (s. dazu Abbildung 50) im Vordergrund. Auch Gesundheitsverhalten und Beratungsanspruch spielen eine wichtige Rolle. Weniger bedeutsam sind Marktorientierung und Offenheit für Naturheilverfahren.

➤ Abbildung 50: Profile der fünf Gesundheitstypen bezogen auf die sieben, die Gesundheitstypen konstituierenden Merkmalsbereiche für Nicht-Erwerbstätige



➤ Tabelle 12; Häufigkeiten der Gesundheitstypen, für Nicht-Erwerbstätige und Erwerbstätige (Zahlen in Klammern)

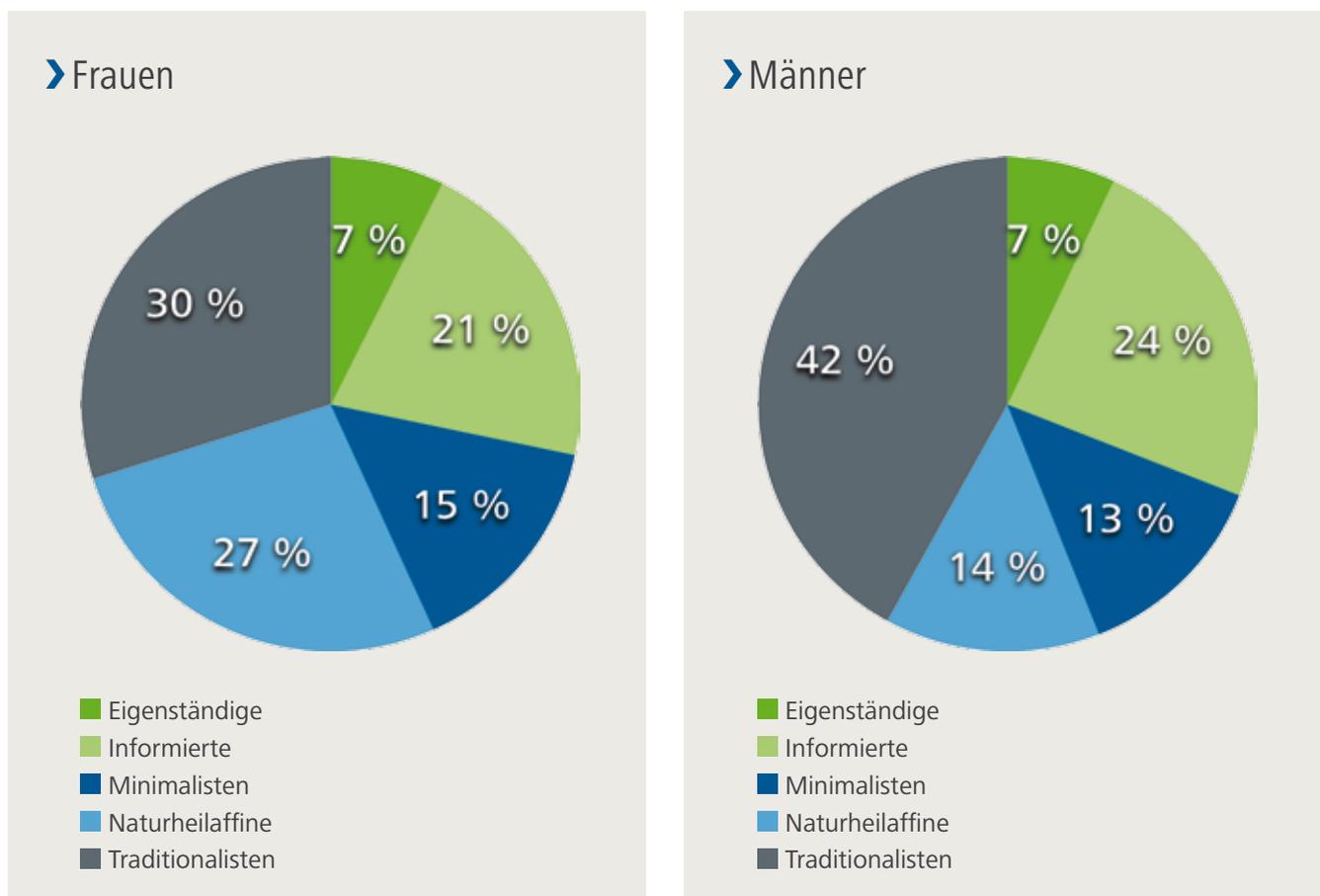
Gesundheitstyp	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Anzahl)
Naturheilaffine	21,5 (24,4)	304
Informierte	22,1 (23,3)	313
Traditionalisten	35,2 (18,9)	499
Minimalisten	14,0 (14,9)	198
Eigenständige	7,3 (14,9)	103
Gesamt	100,0	1.417

12.2 Geschlechts- und Altersverteilung der Gesundheitstypen

Da Nicht-Erwerbstätige ein hohes Durchschnittsalter aufweisen, ist auch das durchschnittliche Alter für die verschiedenen Gesundheitstypen höher als bei den Erwerbstätigen. Minimalisten und Eigenständige sind mit 54,6 bzw. 53,2 Jahren durchschnittlich die jüngsten. Naturheilaffine und Informierte liegen mit 60,6 bzw. 62,0 Jahren im Mittelfeld. Am ältesten sind Traditionalisten mit durchschnittlich 65,6 Jahren.

Unterschiede zu Erwerbstätigen finden sich auch für die geschlechterabhängige Verteilung der Gesundheitstypen. Eigenständige und Minimalisten sind bei Frauen und Männern nahezu gleich stark vertreten, während Traditionalisten sehr viel häufiger männlich als weiblich sind. Auch Informierte sind etwas stärker bei Männern vertreten. Bei Naturheilaffinen zeigt sich kaum ein Unterschied im Vergleich zu den Erwerbstätigen.

› **Abbildung 51: Geschlechtsspezifische Verteilung der Gesundheitstypen für Nicht-Erwerbstätige (Angaben in Prozent)**



Der einzige bedeutsame geschlechtsspezifische Unterschied bei Nicht-Erwerbstätigen besteht darin, dass Naturheilaffine fast doppelt so häufig weiblich wie männlich sind, und dass Frauen etwa ein Viertel weniger Traditionalisten aufweisen als Männer. Die Ergebnisse, die für Erwerbstätige gefunden wurden, bestätigen sich hier nicht.

12.3 Gesundheitskompetenz und andere Merkmale der Gesundheitstypen

Gesundheitswissen. Insgesamt sind die Werte für Nicht-Erwerbstätige ($M = 2,89$) niedriger als für Erwerbstätige ($M = 3,00$; $p < .001$), es ergeben sich aber zwischen den Gesundheitstypen ähnliche Verhältnisse bei der Einschätzung des Gesundheitswissens. Naturheilaffine ($M = 3,02$) und Informierte ($M = 2,97$) schätzen ihr Gesundheitswissen besonders hoch ein, Minimalisten ($M = 2,72$) und Eigenständige ($M = 2,75$) besonders niedrig. Traditionalisten liegen, wie auch bei den Erwerbstätigen, mit $M = 2,85$ im Mittelfeld. Die Unterschiede zwischen den Gesundheitstypen sind statistisch bedeutsam ($p < .001$).

Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten. Der wöchentliche Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten unterscheidet sich für die Gesundheitstypen bedeutsam ($p < .001$). Auch hier ergeben sich wieder ähnliche Verhältnisse, wie für Erwerbstätige, wobei diesmal die Werte für die Nicht-Erwerbstätigen etwas höher liegen. Naturheilaffine (2,93 Std.) und Informierte (3,05 Std.) sind die Spitzenreiter, gefolgt von Eigenständigen (2,58 Std.) und Minimalisten (2,46 Std.); Traditionalisten liegen mit 2,85 Stunden im Mittelfeld. Bei den Nicht-Erwerbstätigen investieren allerdings Informierte die meiste Zeit in ihre Gesundheit, nicht die Naturheilaffinen, wie bei Erwerbstätigen.

Gesundheitstyp und Gesundheitskompetenz. Nicht-Erwerbstätige weisen deutliche Unterschiede in der Gesundheitskompetenz der Gesundheitstypen auf ($p < .001$). Darüber hinaus gibt es substantielle Unterschiede ($p < .05$) zwischen zwei Gruppen von Gesundheitstypen: Traditionalisten ($M = 2,67$), Naturheilaffine ($M = 2,66$) und Informierte ($M = 2,63$) weisen eine deutlich höhere Gesundheitskompetenz auf als Minimalisten ($M = 2,45$) und Eigenständige ($M = 2,40$).

Insgesamt zeichnet sich bezüglich der Gesundheitstypen für die in diesem Abschnitt beschriebenen Ergebnisse ein ähnliches Bild für Erwerbstätige und Nicht-Erwerbstätige ab, auch wenn es z. B. in Bezug auf die Gesundheitskompetenz Besonderheiten gibt. Die Ähnlichkeit der Ergebnisse ist vor allem deshalb überraschend und bedeutsam, weil die beiden Stichproben hinsichtlich Alter und (geschlechtsspezifischer) Verteilung der Gesundheitstypen große Unterschiede aufweisen.

Daraus folgt: Die Gesundheitstypen sind, wie bei den Erwerbstätigen auch, für Nicht-Erwerbstätige relevant für den Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Da die fünf Gesundheitstypen durch ein jeweils spezifisches Profil von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen gekennzeichnet sind (vgl. dazu Abbildung 50), können diese Befunden dazu dienen, „Ansprachekonzepte“ zu entwickeln, die gezielt die Motivationsstrukturen des jeweiligen Gesundheitstyps ansprechen.

V Fazit und Empfehlungen

Wie auch Birgit Fischer, Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK, in ihrem Vorwort im ersten Teil des Reports ausführte, besteht das Besondere des Gesundheitsreports 2010 darin, dass er das Thema Gesundheitskompetenz aus verschiedenen Blickwinkeln aufgreift. Teil 1 führt in das Schwerpunktthema „Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern“ ein und beinhaltet die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der BARMER Versicherten des Jahres 2009. Teil 2 hatte zum Ziel, auf der Grundlage einer Internetstudie umfassende Erkenntnisse über Gesundheitskompetenz und ihre psycho-sozialen Rahmenbedingungen zu liefern. Insbesondere sollte sie, wie in Kapitel 11 von Teil 1 ausgeführt, Antworten auf folgende Fragen finden:

Welche Kompetenz haben die Bundesbürger, Krankheiten zu bewältigen und ihre Gesundheit zu erhalten und auch zu fördern? Was wissen die Bundesbürger über Gesundheit, welchen Wert hat sie für den Einzelnen im Vergleich zu anderen Gütern (Wohnen, Autos, Freizeitgestaltung)? Verändert sich die Gesundheitskompetenz mit dem Alter? Welche Rolle spielen Geschlecht, Alter, Bildung, Berufstätigkeit und Arbeitssituation für die Gesundheitskompetenz des Einzelnen? Welche Konsequenzen hätte dies für präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen? Können Unternehmen zur Gesundheitskompetenz des Einzelnen beitragen?

Welche Ergebnisse hat die vorliegende Internetstudie zur Beantwortung dieser Fragen geliefert? In den nachfolgenden Abschnitten werden zur Beantwortung dieser Fragen jeweils einige zentrale Ergebnisse im Überblick dargestellt. Anschließend folgen dann jeweils Schlussfolgerungen und Empfehlungen, die sich daraus ableiten lassen.

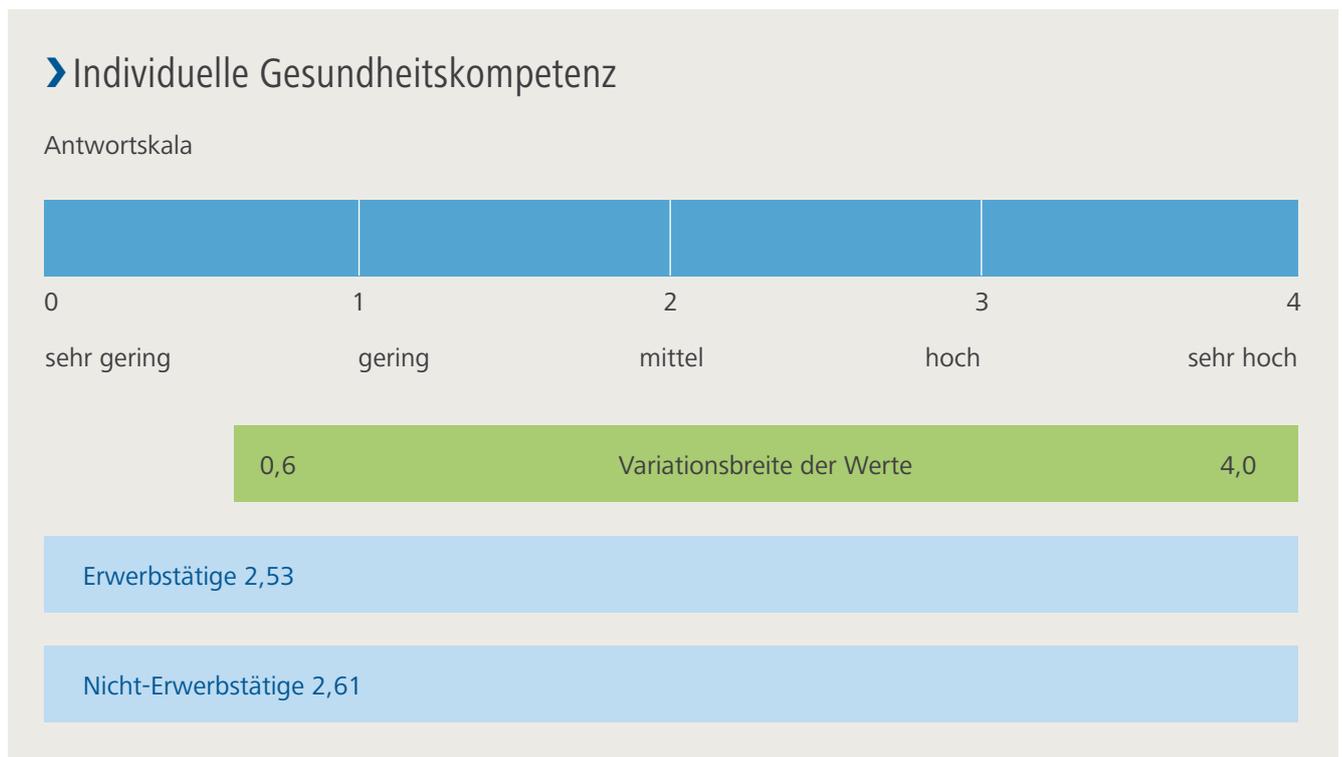
13. Individuelle Gesundheitskompetenz

Welche Kompetenz haben die Bundesbürger, Krankheiten zu bewältigen und ihre Gesundheit zu erhalten und auch zu fördern?

Als individuelles Merkmal mit großer Variationsbreite beeinflusst die Gesundheitskompetenz (vgl. dazu Abbildung 7 und Abbildung 47), wie sie in dieser Studie erfasst wird, unsere Gesundheit in vielfältiger Weise. Menschen unterscheiden sich dabei beträchtlich hinsichtlich ihrer Gesundheitskompetenz. Auf der in dieser Studie verwendeten Gesundheitskompetenzskala, auf der Werte von 0 bis 4 erreicht werden können, weist die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden Werte von 0,6 bis 4,0 auf; dies gilt sowohl für Erwerbstätige als auch für Nicht-Erwerbstätige. Die Durchschnittswerte liegen dabei mit 2,53 für Erwerbstätige und 2,61 für Nicht-Erwerbstätige im oberen mittleren Bereich (vgl. Abbildung 52).

Obwohl sich die Durchschnittswerte von Frauen und Männern nicht unterscheiden, gibt es deutliche, altersabhängige Geschlechtsunterschiede: Die Gesundheitskompetenz von Frauen nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu, bei Männern wird sie dagegen ab der Altersgruppe „30 - 34 Jahren“ geringer und bleibt dann im Vergleich zu Frauen auf einem relativ niedrigem Niveau (vgl. dazu Abschnitt 7.1.1, Abbildung 6).

› **Abbildung 52: Individuelle Gesundheitskompetenz der Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen sowie die Variation der Gesundheitskompetenzwerte bei den Teilnehmenden**



Fazit.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse zur individuellen Gesundheitskompetenz: Eine hohe individuelle Gesundheitskompetenz beeinflusst unsere Gesundheit sehr positiv: Gesundheitswissen, der allgemeine Gesundheitszustand sowie der Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen sind bei hoher Gesundheitskompetenz deutlich besser als bei Personen mit geringer Gesundheitskompetenz. Personen mit hoher Gesundheitskompetenz informieren sich mehr über gesundheitsrelevante Themen, nehmen Gesundheits-Checks bei ihrem Hausarzt und Vorsorgeuntersuchungen häufiger in Anspruch. Auch der wöchentliche Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten unterscheidet sich deutlich: Je geringer die Gesundheitskompetenz, desto geringer der Zeitaufwand.

Gesundheitsfaktoren wie Ernährung und Bewegung werden in ihrer gesundheitsförderlichen Bedeutung von Personen mit hoher Gesundheitskompetenz wesentlich stärker beachtet.

Die individuelle Gesundheitskompetenz beeinflusst auch unser Wohlbefinden im Alltag: Bei Personen mit geringer Gesundheitskompetenz überwiegen negative gegenüber positiven Befindlichkeiten im Alltag; sie haben eine negative Wohlbefindensbilanz (vgl. Abschnitt 7.4.3, Abbildung 20). Eine negative Wohlbefindensbilanz (Missempfinden) im Alltag führt zu Fehlzeiten langer Dauer und hat paradoxerweise auch zur Folge, dass Beschäftigte häufiger „krank zur Arbeit“ gehen. Auffällig ist dabei, dass bei Beschäftigten, die „29 – 42 Tage“ und „mehr als 42 Tage“ fehlen, das Missempfinden im Alltag weit überdurchschnittlich ausgeprägt ist (vgl. Abschnitt 7.4.5, Abbildung 22); Frauen und Männer unterscheiden sich dabei nicht.

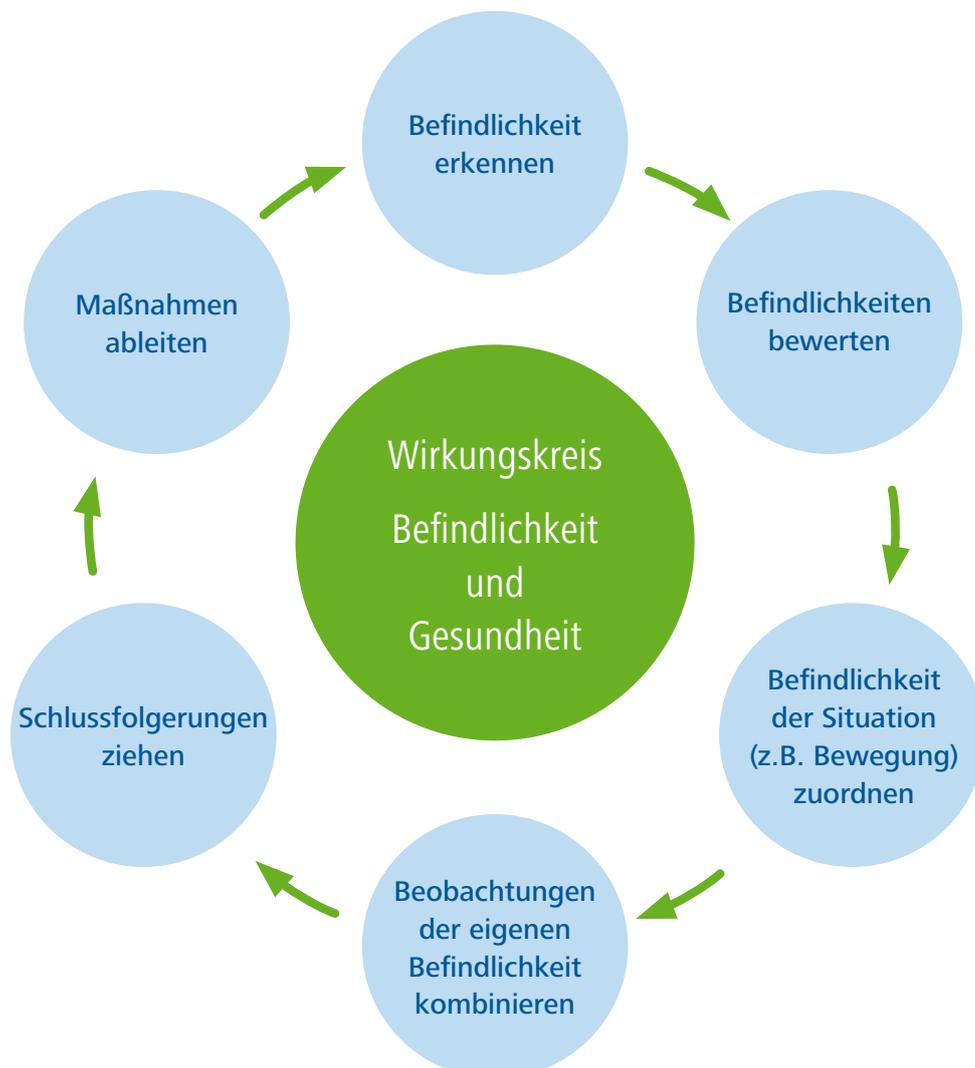
Schlussfolgerungen/Empfehlungen.

Eine wesentliche Erkenntnis, die sich aus den Ergebnissen dieser Studie ziehen lässt, betrifft das Wirkungsgefüge von individueller Gesundheitskompetenz, Wohlbefinden im Alltag und Gesundheit sowie gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen: Die Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz und damit auch der Kompetenz, die eigene Gesundheit selbstverantwortlich in die Hand zu nehmen, kann damit zu einem wirksamen Mittel der Prävention werden. Dies umso mehr, wenn damit bereits im Kindergarten und der Schule begonnen wird; dies zeigt insbesondere die Abhängigkeit der Gesundheitskompetenz von Bildung bzw. vom sozio-ökonomischen Status.

Menschen sollten stärker dazu ermutigt werden, herauszufinden, wie und warum sie gesund bleiben, warum sie krank werden und welche Möglichkeiten sie haben, Krankheiten durch eigenverantwortliches Handeln besser zu bewältigen. Eine Voraussetzung dafür ist, wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass sie ihre Befindlichkeiten im Alltag genauer beobachten. Wohlbefinden schließt immer auch körperliche Vorgänge mit ein und fördert die Gesundheit. Missempfinden beeinträchtigt die Gesundheit (vgl. dazu Abschnitt 7.4.4, Abbildung 21).

Zur Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz kann jeder selbst beitragen, indem man auf eine Reise der Selbstentdeckung und Selbsterkenntnis geht, deren Ziel darin besteht, Wirkungskreise der Gesundheit, wie sie in Abbildung 53 dargestellt sind, zu erkennen, zu bewerten und durch entsprechende Maßnahmen zur Förderung der eigenen Gesundheit zu nutzen.

› Abbildung 53: Wirkungskreis der Gesundheit



Die unterschiedliche altersabhängige Entwicklung der Gesundheitskompetenz bei Frauen und Männern weist Männer als wichtige Zielgruppe aus, deren Gesundheitskompetenz künftig stärker in den Fokus der Prävention gelangen sollte. Die Studie hat auch deutlich gemacht, welche herausragende Bedeutung „Bewegung“ als Gesundheitsfaktor zukommt. Durch „Bewegung“ wird das Wohlbefinden positiv beeinflusst. Die damit verbundene positive Erfahrung, selbst etwas für das eigene Wohlbefinden und vor allem für die Reduzierung von Missempfinden tun zu können, erhöht das Gefühl, selbstwirksam zu sein.

Welche Bedeutung hat im Zusammenhang mit dieser Studie die Unterscheidung zwischen der Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und dem von der Ärztin/vom Arzt objektiv festgestellten Gesundheitszustand. Der objektiv festgestellte Gesundheitszustand spielt für das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit eine weitaus geringere Rolle: So schaffen es Personen mit gesundheitlichem Handicap oft bemerkenswert gut, sich darauf einzustellen (vgl. Stutzer, 2003).

14. Organisationale Gesundheitskompetenz

Welche Rolle spielt die Gesundheitskompetenz eines Unternehmens? Durch welche Merkmale der Arbeit – Unternehmenskultur, Führungsstil, Arbeitstätigkeit und –situation - wird sie beeinflusst? Mit welchen Auswirkungen auf die Gesundheit ist zu rechnen?

Die Organisationale Gesundheitskompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit einer Organisation, die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Sie kann, ebenso wie die individuelle Gesundheitskompetenz, einen wichtigen Beitrag zum Fehlzeitengeschehen liefern. Absentismus (Fehlzeiten) und Präsentismus (krank zur Arbeit gehen) treten dann gehäuft auf, wenn die organisationale Gesundheitskompetenz sehr gering ausgeprägt ist. Geringe Ausprägung bedeutet: Viele Arbeitsstörungen bzw. kein störungsfreies Arbeiten, autoritäre statt mitarbeiter-orientierte Führung und eine negative Beanspruchungsbilanz während der Arbeit. Das in dieser Studie als „Paradox des Präsentismus“ bezeichnete Phänomen (vgl. dazu Abschnitt 10.4) weist dabei insbesondere auf die Brisanz des Präsentismus hin: Der Präsentismus wird durch die gleichen ungesunden Arbeitsbedingungen wie die krankheitsbedingten Fehlzeiten verursacht.

Neue Perspektiven für die Fehlzeitenforschung liefert auch die Analyse der „Präsentismusmotive“. Warum gehen Beschäftigte krank zur Arbeit? Angst vor beruflichen Nachteilen oder um den Arbeitsplatz trifft als „Hauptmotiv“ nur für Arbeitsplätze mit sehr geringer organisationaler Gesundheitskompetenz zu (vgl. dazu Abschnitt 10.4, Tabelle 9). In Unternehmen mit einer hohen bzw. gesundheitsförderlichen Qualität der Arbeit, sind es dagegen die „positiven Tugenden“ wie Pflichtgefühl und Teamgeist, die als Motive für Präsentismus benannt werden.

Führung, Unternehmenskultur und Gesundheit hängen eng zusammen. Damit liefert die Internetstudie auch empirisch fundierte Antworten auf die im Schwerpunktthema des BARMER GEK Gesundheitsreports 2010 behandelte Thematik „Gesundheitskompetenz im Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern“.

Mitarbeiter-orientierte Führung ist auch gesunde Führung – das zeigt die positive Beanspruchungsbilanz während der Arbeit, die mit einem mitarbeiter-orientierten Führungsstil verbunden ist. Ein analoges Ergebnis findet sich hinsichtlich einer gesundheits-orientierten Unternehmenskultur: Je höher sie ausgeprägt ist, desto günstiger ist die Beanspruchungsbilanz (vgl. dazu Abschnitt 9.1, Abbildung 35).

Nicht nur das Befinden während der Arbeit bzw. die Beanspruchungsbilanz, sondern auch das Wohlbefinden im Alltag ist bei denjenigen Beschäftigten besser, deren Führungskraft einen ausgeprägten mitarbeiter-orientierten Führungsstil hat: Je ausgeprägter der mitarbeiter-orientierte Führungsstil, desto positiver ist die Wohlbefindensbilanz. Gleiches gilt auch hier für eine gesundheits-orientierte Unternehmenskultur: Je höher sie ausgeprägt ist, desto günstiger ist die Wohlbefindensbilanz (vgl. dazu Abschnitt 9.2, Abbildung 36).

Beschäftigte, deren Führungskraft mitarbeiter-orientiert führt, haben auch eine höhere Gesundheitskompetenz. Ebenso ist der wöchentliche Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Aktivitäten bei diesen Beschäftigten größer. Für die gesundheitsbezogene Unternehmenskultur finden sich ähnliche Ergebnisse (vgl. dazu Abschnitt 9.2).

Wie viel Handlungs- und Gestaltungsspielraum bei der Arbeit ist gesund?

Wenn es um die Frage geht, welche Merkmale der Arbeitsplatzgestaltung eine herausragende Rolle für die Gesundheit spielen, so weist diese Studie nach, dass die Zufriedenheit mit dem Handlungs- bzw. Gestaltungsspielraum am Arbeitsplatz eine zentrale Rolle spielt. Dabei wird aber auch ein „Zuviel“ an Gestaltungsspielraum negativ bewertet, wobei das subjektive Empfinden der Beschäftigten entscheidend dafür ist, ob der verfügbare Handlungsspielraum als angemessen angesehen wird (vgl. dazu Abschnitt 9.4, Abbildungen 40 – 42).

Fazit.

Die Gesundheitskompetenz eines Unternehmens (organisationale Gesundheitskompetenz) kann Wohlbefinden und Gesundheit substantiell beeinflussen. Eine gute Qualität der Arbeit fördert Wohlbefinden und Gesundheit, schlechte Qualität der Arbeit fördert Missempfinden und Krankheit. Als beeinflussbare Größe kann die Arbeitsqualität in einem Unternehmen durch entsprechende Maßnahmen verbessert und damit das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten verbessert werden.

Der enorme Wert der Arbeit für die Gesundheit wird vor allem dann deutlich, wenn sie nicht vorhanden ist. Dies gilt insbesondere für Langzeitarbeitslosigkeit. Je länger die Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit anhält, je größer die finanziellen Einschränkungen sind, desto größer ist die Bedrohung gerade jener Ressourcen, die die Person für den Wiedereinstieg benötigt: die personale Ressource (psychische) Gesundheit (vgl. dazu Mohr, 2010). Personen, die ihre Erwerbsarbeit verlieren sind stark in ihrer Lebenszufriedenheit und ihrem Wohlbefinden bzw. Glückseligkeit beeinflusst. Für zwölf europäische Länder haben Di Tella et al. (2001) festgestellt, dass Arbeitslose von einem sehr viel geringeren subjektiven Wohlbefinden berichten als Beschäftigte. Das gilt auch wenn Einkommen, Bildung und andere Einflüsse kontrolliert werden.

Die positiven Wirkungen von Tätigkeitsspielräumen als „Stresspuffer“ gegenüber der Entstehung psychischer Fehlbeanspruchungen, psychosomatischer Beschwerden, Herz-Kreislauferkrankungen und Arbeitsunfähigkeit ist durch die arbeitspsychologische Forschung in zahlreichen Studien belegt. Sogar hohe Anforderungen und Belastungen führen nicht zu „gesundheitskritischen Beanspruchungen“, wenn die Beschäftigten hinreichende Möglichkeiten zur flexiblen Handlungssteuerung haben. Dass diese Zusammenhänge differenzierter zu betrachten sind, zeigen erstmals die Ergebnisse dieser Studie. Einerseits trifft zu: Je zufriedener die Beschäftigten mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsspielraum sind, desto positiver ist ihre Beanspruchungsbilanz und desto weniger Fehlzeiten weisen sie auf. Dieser Zusammenhang gilt jedoch nur dann, wenn der bei der Arbeit verfügbare Handlungsspielraum subjektiv nicht als „eher zuviel“ eingestuft wird. Dann kehrt sich diese Beziehung wieder um: Sowohl die (negative) psychische Beanspruchung als auch die Fehlzeiten nehmen wieder zu.

Entscheidungs- und Handlungsspielräume haben also eine gesundheitsförderliche Wirkung. Entscheidend ist aber ihr „Umfang“: Zu wenig Spielräume sind ebenso zu vermeiden wie zu viele Spielräume.

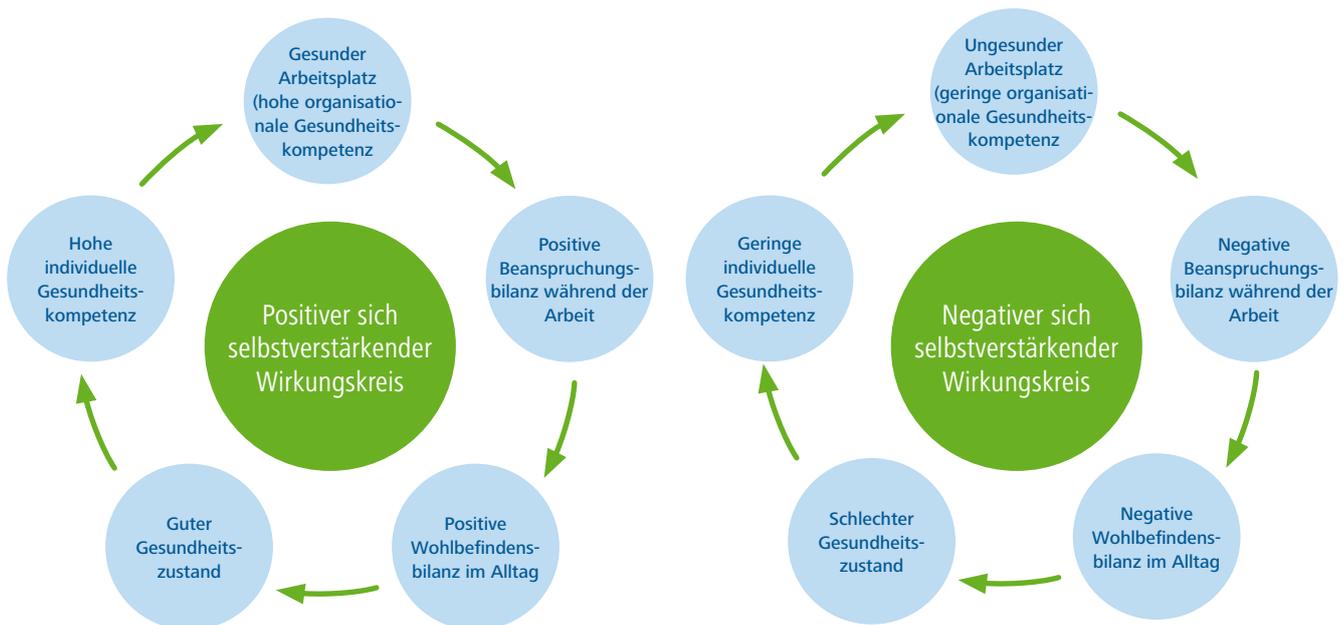
Ein weiteres wesentliches Fazit dieser Studie ist: Personen mit hoher Gesundheitskompetenz haben einen besseren Gesundheitszustand und arbeiten zudem an gesunden Arbeitsplätzen. Personen mit geringer Gesundheitskompetenz haben einen schlechteren Gesundheitszustand und arbeiten zudem an ungesunden Arbeitsplätzen.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen.

Die Studie hat auf der Basis einer Stichprobe, die die wichtigsten Branchen berücksichtigt (vgl. dazu Kapitel 6, Tabelle 2), gezeigt, dass die Gesundheitskompetenz eines Unternehmens eine (auch gesellschaftlich relevante) Ressource darstellt, deren Wirksamkeit sich sowohl im Gesundheitszustand, der psychischen Beanspruchung während der Arbeit und als auch im alltäglichen Wohlbefinden widerspiegelt.

Dabei gilt es vor allem, den negativen, sich selbstverstärkenden Wirkungskreis zu unterbrechen, der dadurch entsteht, dass Personen mit geringer Gesundheitskompetenz an ungesunden Arbeitsplätzen zu finden sind (vgl. Abbildung 54).

› Abbildung 54: Positiver und negativer sich selbstverstärkender Wirkungskreis



Maßnahmen, die in diesem Kontext eine hohe Wirksamkeit haben, wurden im Teil 1 des Gesundheitsreports der BARMER GEK 2010 ausführlich beschrieben (vgl. dort Teil III Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern).

Der hier aufgezeigte Wirkungskreis veranschaulicht auch, dass in Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung immer beides zur Anwendung kommen sollte, Verhältnis- und Verhaltensprävention. Erstere stärkt die organisationale, letztere die individuelle Gesundheitskompetenz.

15. Lebensqualität als Bewertungskriterium für die Work-Life-Balance

Die Vereinbarkeit von Familie und Freizeit (arbeitsfreie Zeit) einerseits und Beruf andererseits wird gegenwärtig von vielen Unternehmen als Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität und als erstrebenswertes Ziel propagiert. In allgemeiner Form wird das Thema unter dem Aspekt von Vereinbarkeit von Berufs-, Privat- und Familienleben gefasst bzw. englischsprachig als Work-Life-Balance bezeichnet. Im betrieblichen Kontext wird der Begriff Work-Life-Balance u. a. in Bezug auf familienfreundliche Arbeitszeiten sowie auf Möglichkeiten zur Verbesserung des individuellen Gleichgewichts von Arbeit und Familie bzw. Freizeit durch entsprechende Maßnahmen (z.B. Betriebskindergarten) verwendet. In dieser Studie gehen insgesamt 49,8 % davon aus, dass für sie Familie und Partnerschaft neben der Gesundheit mit 30,1 % die wichtigsten Faktoren für die Lebensqualität sind. Deutliche Unterschiede gibt es hier zwischen Erwerbstä-

tigen und Nicht-Erwerbstätigen. Erstere bezeichnen zu 24,5 % Gesundheit und 52,2 % Familie und Partnerschaft als wichtige Faktoren für die Lebensqualität; Arbeit und Beruf folgen mit 10,2 % und Freizeit und Hobby mit 13,1 %. Bei Nicht-Erwerbstätigen steht demgegenüber Gesundheit mit 43,1 % hoch im Kurs; Familie und Partnerschaft weisen mit 44,1 % eine ähnliche Größenordnung auf; gefolgt von Freizeit und Hobby mit 10,0 %. Arbeit und Beruf haben mit den restlichen 2,8 % erwartungsgemäß nur eine sehr geringe Bedeutung.

Fazit. Familie und Partnerschaft stellen neben Gesundheit wichtige Faktoren der Lebensqualität dar. Als Ressourcen für Lebensqualität können sie auf zwei Wegen gestärkt werden: Durch die Verbesserung individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz. Inzwischen sehen Unternehmen in einer ausgewogenen Balance zwischen Arbeit und Privatleben eine Ressource, die sie durch geeignete Maßnahmen unterstützen. Die Auszeichnung als „Familienfreundlich“ zu gelten, ist deshalb gegenwärtig auch zu einem Anliegen vieler Unternehmen geworden.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen. Unternehmen sollten durch Maßnahmen, die die Balance von Arbeit und Privatleben zu unterstützen, die mittel- und langfristige Belastbarkeit ihrer Beschäftigten im Auge behalten. Das stärkt auch die Loyalität und die Bindung an das Unternehmen und ist nicht zuletzt eine Maßnahme, die auch den Anforderungen, die der demografische Wandel stellt gerecht wird (vgl. dazu den BARMER Gesundheitsreport 2006).

Für die Personalentwicklung ist es sinnvoll, Entwicklungsmöglichkeiten über die gesamte Lebensspanne in ihr Konzept aufzunehmen. Flexible Arbeitszeiten, Freistellung für externe Fortbildungen, Sabbatjahre, Kinder- oder Pflegezeiten sind Elemente, die vielen Beschäftigten auch in Phasen mit anderen Bedürfnissen die weitere Erwerbsarbeit ermöglichen. Bei Maßnahmen zur Steigerung der Work-Life-Balance geht es auch - aber nicht nur - um Dienstleistungen, wie z. B. die Kinder zu versorgen und/oder ältere Angehörige pflegen.

Auch die zeitliche Begrenzung der Arbeit selbst ist gesundheitsfördernd, fördert die Entspannung und beugt Arbeitsunfähigkeitszeiten vor. Die Dauer der Arbeitszeit sowie die Möglichkeit, selbst über Beginn und Ende der vereinbarten Wochenstunden zu bestimmen, trägt sehr viel zum Wohlbefinden bei, weil die entstandene Autonomie eine selbständige Organisation von privaten Aufgaben ermöglicht. Das trägt vielen Untersuchungen zufolge sehr zur Arbeits- und Lebenszufriedenheit und damit auch zur Gesundheit bei (vgl. dazu den BARMER Gesundheitsreport 2009).

Zusammenfassendes Fazit.

In dieser Studie wurde gezeigt, dass sich die individuelle Gesundheitskompetenz als Fähigkeit zur Bewältigung von Krankheit und zum Erhalt von Gesundheit messen lässt. Damit liegt erstmals ein Instrument vor, das geeignet ist, ein Persönlichkeitsmerkmal zu messen, das sowohl das alltägliche Wohlbefinden als auch den Gesundheitszustand beeinflusst. Zusätzlich führt hohe Gesundheitskompetenz dazu, dass gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie Ernährung und Bewegung mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Insbesondere stellt dabei Bewegung ein Gesundheitsfaktor dar, der von Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen gleichermaßen aufgrund der damit verbundenen positiven Erfahrungen in engem Zusammenhang mit Gesundheit gesehen wird (vgl. dazu Abschnitt 11.3).

Gleiches gilt für die organisationale Gesundheitskompetenz. Sie ist zuverlässig messbar und hat sich nach den Befunden dieser Studie in vielerlei Hinsicht als wirksame Unternehmensressource erwiesen. Sowohl die psychische Beanspruchung während der Arbeit als auch Fehlzeiten und Präsentismus werden durch eine hohe organisationale Gesundheitskompetenz positiv beeinflusst. Sucht man nach einer Formulierung, die die Ergebnisse dieser Internetstudie in einer zentralen Botschaft zusammenfasst, so könnte diese lauten:

**Gesundheitskompetenz ist die „Expertin“ für Wohlbefinden,
Lebensqualität und Gesundheit.**

Literaturhinweise

- Baase, C. M. (2007).** Auswirkungen chronischer Krankheiten auf Arbeitsproduktivität und Absentismus und daraus resultierende Kosten für die Betriebe. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vettel (Hrsg.). Fehlzzeiten-Report 2006 - Chronische Krankheiten, Kapitel 3, S. 45-59. Berlin: Springer Verlag.
- Baker, L., Wagner, T. H., Singer, S. & Bundorf, M. K. (2003).** Use of the Internet and E-Mail for Health Care Information. *Journal of the American Medical Association* 289 (18), S. 2400-2406.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (1998).** Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung: Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- BARMER Gesundheitsreport (2006).** Demografischer Wandel BARMER Ersatzkasse (Hrsg.). Wuppertal.
- BARMER Gesundheitsreport (2009).** Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. BARMER Ersatzkasse (Hrsg.). Wuppertal.
- BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1 – Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern.** Wuppertal: BARMER GEK.
- BAuA (2010).** Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2008. Internetressource. URL: <http://www.baua.de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/Kosten.html>, abgerufen am 8.7.2010.
- Becker, N. & Wahrendorf, J. (1998).** Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland 1981-1990. Springer, Berlin Heidelberg New York.
- Bergmann, B. (2000).** Kompetenzentwicklung im Arbeitsprozess, *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 42, 2, 138-144
- Bell, D. S. & Kahn, C. E. (1996).** Health Status via the World Wide Web. *Proceedings of the AMIA Annual Fall Symposium*, S. 338-342.
- Birnbaum, M. H. (2004).** Human Research and Data Collection via the Internet. *Annual Review of Psychology* 55, S. 803-832.
- Bischoff, C., Traue, H.C. & Zenz, H. (2003).** Kopfschmerz vom Spannungstyp. In: H.D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H.P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.). *Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Krankheitsbilder, Behandlung*. Berlin: Springer.
- Bock, C. & Schweitzer, A. (2009).** Marktsegmentierung und ihre Chancen für die zielgruppengerichtete Kommunikation. In R. Roski (Hrsg.). *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder*. Wiesbaden.
- Bontrup, H.-J. & Pulte, P. (2001).** Handbuch Ausbildung: Berufsausbildung im dualen System. München: Oldenbourg.
- Bösel, R. (1996)** (Hrsg.). *Biopsychologie der Emotionen*. Berlin: DeGruyter
- Bösel, R. (2001).** Denken. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Braithwaite, D., Emery, J., de Lusignan, S & Sutton, S. (2003).** Using the Internet to conduct surveys of health professionals: a valid alternative? *Family Practice* 20 (5), S. 545-551.
- CAS- Center on an Aging Society (1998).** Low Health Literacy Skills Increase Annual Health Care Expenditures by \$73 Billion. <http://hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/healthlit.html>
- Daley, E. M., McDermott, R. J., McCormack Brown, K. R. & Kittleson, M. J. (2003).** Conducting Web-based Survey Research: A Lesson in Internet Designs. *American Journal of Health Behavior* 27 (2), S. 116-124.
- Diener, E. (2005).** Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being. http://www.psych.illinois.edu/~ediener/Documents/Guidelines_for_National_Indicators.pdf.
- Di Tella, R., MacCulloch, R. & Oswald, A.J. (2001).** Preferences over inflation and unemployment: Evidence from surveys of happiness. *American Economic Review*, 91 (1).
- Douglas, J. N., Bash, F. N., Bozyan, F. A., Torrence, G. W., & Wolfe, C. (1996).** Effect of Sheath Curvature on Rayleigh-Taylor Mitigation in High-Velocity Uniform-Fill, Z-Pinch Implosions. *Phys. Rev. Lett.* 78, 4577-4580.
- Eysenbach, G. (2005).** Using the Internet for Surveys and Research. In J. G. Anderson & C. E. Aydin (Hrsg.). *Evaluating the Organizational Impact of Healthcare Information Systems*, 2nd Ed, Kapitel 5, S. 129-143. New York: Springer.
- Faltermaier, T. (2005).** *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischbacher, C., Chappel, D., Edwards, R. & Summerton, N. (2000).** Health surveys via the Internet: quick and dirty or rapid and robust? *Journal of the Royal Society of Medicine* 93, S. 256-359.

- Fissler, E. F. & Krause, R. (2010).** Absentismus, Präsentismus und Produktivität. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Aufl., S. 411-425. Berlin: Springer.
- Fox, S. & Rainee, L. (2000).** The online health care revolution: How the Web helps Americans take better care of themselves. Washington, DC: The Pew Internet and American Life Project.
- Gregersen, S., Kuhnert, S., Zimmer, A. & Nienhaus, A. (2010).** Führungsverhalten und Gesundheit – zum Stand der Forschung. Das Gesundheitswesen, elektronische Vorveröffentlichung.
- Hammes, M., Wieland, R. & Winizuk, S. (2009).** Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU). Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 4/2009, S. 304-314.
- Hacker, W. (2005, 2te Auflage).** Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Huber.
- Hautzinger, M. (2003).** Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. BeltzPVU; Auflage: 6., überarbeitete Auflage.
- Hemp, P. (2004).** Presenteeism: At Work - But Out of It. Harvard Business Review, October 2004.
- Istanbul Charta der WHO und FAO zur Bekämpfung der Adipositas, 2006.**
- Jahoda, M. (1993).** Wie viel Arbeit braucht der Mensch? Weinheim: Beltz.
- Jones, R. & Pitt, N. (1999).** Health surveys in the workplace: comparison of postal, email and World Wide Web methods. Occupational Medicine 49 (8), S. 556-558.
- Judge, T. A., Piccolo, R. F. & Ilies, R. (2004).** The forgotten ones? The validity of consideration and initiating structure in leadership research. J Appl Psychol 89 (5), S. 755-768.
- Kaluza, G. (2003).** Stress. In: M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.). Psychologische Gesundheitsförderung - Diagnostik und Prävention (S. 125-145). Göttingen: Hogrefe.
- Kauffeld, S. (2000).** Das Kasseler-Kompetenz-Raster (KKR) zur Messung der beruflichen Handlungskompetenz. In Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.), Flexibilität und Kompetenz: Schaffen flexible Unternehmen kompetente und flexible Mitarbeiter? (S. 33-48). Münster: Waxmann.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990).** Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Kohlmann, C.-W. (2003).** Stress- und Copingtheorien. In: R. Schwarzer, M. Jerusalem, H. Weber (Hrsg.). Gesundheitspsychologie von A-Z. Ein Handwörterbuch. Göttingen et al.: Hogrefe, S. 558-560.
- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2004).** Unemployment alters the set point for life satisfaction. Psychological Science, 15, 8-13.
- Lühmann, D. (2009).** Comparative Effectiveness und indirekte Vergleiche. Methoden der vergleichenden Nutzenbewertungen. HTA Newsletter Nr. 83, Dezember/ Jänner 2009/10. (<http://hta.lbg.ac.at/>) ISSN: 1680-9602.
- Lykken, D. T. (1999).** Happiness: what studies on twins show us about nature, nurture and the happiness set-point. New York: Golden Books.
- Mohr, G. Rigotti, T. & Müller, A. (2009).** Irritation Scale for the assessment of work-related strain. Oxford: Hogrefe Ltd.
- Mohr, G. (2010).** Erwerbslosigkeit. In: U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.). Enzyklopädie der Psychologie. Sonderdruck. Serie Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie. S. 471- 519. Hogrefe Verlag.
- Müller, M. & Elbert, T. (1994).** Ärgerverarbeitung bei kardiovaskulär Erkrankten. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 44 (1994), S. 240-246.
- Nyberg, A., Bernin, P. & Theorell, T. (2005).** The impact of leadership on the health of subordinates. National Institute for Working Life and authors. Stockholm: ElandersGotab.
- Powell, J. A., Darvell, M. & Gray, J. A. M. (2003).** The doctor, the patient and the world-wide web: how the internet is changing healthcare. Journal of the Royal Society of Medicine 96, S. 74-76.
- Schimmack, U. (1997).** Das Berliner-Alltagssprachliche-Stimmungsinventar (BASTI): Ein Vorschlag zur kontextvaliden Erfassung von Stimmungen. Diagnostica, 43, 150-173.
- Schimmack, U. (2008).** Wellbeing.science.org. The science of wellbeing.
- Schimmack, U., Schupp, J., & Wagner, G. G. (2008).** The influence of environment and personality on the affective and cognitive component of subjective well being. Social Indicators Research, 89, 41-60.
- Schlicht, W. (2003).** Sport und Bewegung. In: M. Jerusalem und H. Weber (Hrsg.). Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. (S. 213 – 231). Göttingen: Hogrefe.

- Schmidt, J. & Schröder, H. (2010).** Präsentismus - Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In B. Badura, H. Schrader, J. Klose & K. Macco (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2009 - Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern, Kapitel 10, S. 93-100. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schmidt, J. & Schröder, H. (2010).** Präsentismus - Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In B. Badura, H. Schrader, J. Klose & K. Macco (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2009 - Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern, Kapitel 10, S. 93-100. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schubmann, R. (2010).** Bewegungstherapie in der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (http://www.uni-due.de/naturheilkunde/de/uploads/3_Bewegungstherapie_in_der_Praevention.pdf).
- Schultz, A. B. & Edington, D. W. (2007).** Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review. *J Occup Rehabil* 17, S. 547-579.
- Schwenkmezger, P. & Lieb, R. (1991).** Emotionen und psychosomatische Erkrankungen: Ärger und Ärgerausdruck bei koronaren Herzerkrankungen und essentieller Hypertonie. In: D. Hellhammer und U. Elert (Hrsg.). *Verhaltensmedizin: Ergebnisse und Anwendungen*. Huber: Bern.
- Schwerdtfeger, A., Eberhardt, R. und Chmitorz, A. (2008).** Gibt es einen Zusammenhang zwischen Bewegungsaktivität und psychischem Befinden im Alltag? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16 (1), 2- 11.
- Statistisches Bundesamt (2008).** Nachhaltige Entwicklung in Deutschland, Indikatorenbericht 2008, Wiesbaden.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010).** Gebiet und Bevölkerung – Fläche und Bevölkerung. Internetressource. www.statistik-portal.de/statistik-portal/de_jb01_jahrta1.asp, abgerufen am 2.7.2010.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010).** GENESIS-Online Datenbank. Tabelle Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. Internetressource. www-genesis.destatis.de/, abgerufen am 2.7.2010.
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E. & Morganstein, D. (2003).** Lost Productive Work Time Costs From Health Conditions in the United States: Results From the American Productivity Audit. *JOEM* 45 (12), S. 1234-1246.
- Strassnig, B. (2009).** Einblicke in Online-Research - Das Internet als Medium zur Datenerhebung. In B. U. Stetina & I. Kryspin-Exner (Hrsg.). *Gesundheit und Neue Medien - Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien*, S. 277-296. Wien: Springer.
- Stutzer, A. (2003).** Eine ökonomische Analyse menschlichen Wohlbefindens. Herzogenrath: Shaker Verlag.
- Thayer, R.E. (1989).** *The biopsychology of mood and arousal*. New York: Oxford University Press.
- Traue, H.C., Kessler, M., Deighton, R.M. & Eckenfels, C. (2005).** Alltagsstress, Befindlichkeit, emotionale Hemmung und chronische Kopfschmerzen: Zeitreihenanalytische Analyse von 31 Einzelfällen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 26, JG. (2), 213 – 236.
- Trimpop, R., Gericke, G. & Lau, J. (Hrsg.) (2010).** *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit*, 16. Workshop 2010. Kröning: Asanger.
- Trommsdorff, G. & Lang, F.R. (2008).** Psychological Research With the German Socio-Economic Panel. Symposium conducted at the XXIX International Congress of Psychology, Berlin (Juli 2008).
- Ulich, E. (2005, 6te Auflage).** *Arbeitspsychologie*. Zürich: vdf Hochschulverlag/Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2009).** *Gesundheitsmanagement in Unternehmen - Arbeitspsychologische Perspektiven*, 3. Auflage. Wiesbaden: Gabler.
- Van Selm, M. & Jankowski, N. W. (2006).** Conducting Online Surveys. *Quality & Quantity* 40, S. 435-456.
- Weltgesundheitsorganisation (1946).** Constitution of the World Health Organisation. New York. Internetressource. URL: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf, abgerufen am 13.6.2010.
- Weltgesundheitsorganisation (1986).** Ottawa Charta for Health Promotion. Ottawa. Internetressource. URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, abgerufen am 13.6.2010.
- Weltgesundheitsorganisation (2003).** Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series 916.
- Weltgesundheitsorganisation (2005).** The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. New Bangkok charter for health promotion adopted to address rapidly changing global health issues. Concludes 6th Global Conference on Health Promotion, Thailand, 7-11 August.
- Weiss, B. D. & R. Palmer (2004).** "Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population." *J Am Board FamPract* 17(1): 44-7.

Wieland-Eckelmann, R. (1986). Bio-kognitive Selbstregulation. In Bösel, R. (Ed.), Biopsychologie der Emotionen (pp. 107-125). Berlin: de Gruyter.

Wieland, R. (2010). Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. In: U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.). Enzyklopädie der Psychologie. Serie Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie. S. 869- 919. Göttingen Hogrefe Verlag.

Wieland, R. & Hammes, M. (2008). Gesundheitskompetenz als personale Ressource. In K. Mozygamba, S. Mümken, U. Krause et. al (Hrsg.), NutzerInnenorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? Bern: Huber-Verlag.

Wieland, R., Winizuk, S. & Hammes, M. (2009). Führung und Arbeitsgestaltung – Warum gute Führung allein nicht gesund macht. Arbeit, 4; 18. S 282-297.

Zok, K. (2008). Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2007 - Arbeit, Geschlecht und Gesundheit, Kapitel 8, S. 121-144. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pyramide der Gesundheitskompetenz (s. BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1) **6**

Abbildung 2: Modell zur Online-Befragung „Gesundheitskompetenz 2010“ **9**

Abbildung 3: Beispiel für einen Sicherheitstext (hier: lehjqu) **13**

Abbildung 4: Altersstruktur der erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Internetstudie Gesundheitskompetenz 2010 **16**

Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der Bildungsgruppen **17**

Abbildung 6: Gesundheitskompetenz von Frauen und Männern in Abhängigkeit vom Alter (Interaktionseffekt: Geschlecht x Altersgruppe: $F(8,3244) = 3,53; p < .001$) **21**

Abbildung 7: Verteilung der Werte zur Gesundheitskompetenz der Erwerbstätigen **22**

Abbildung 8: Linkes Bild: Selbstbeurteilter Gesundheitszustand der Erwerbstätigen. Beurteilungsskala: 0 = sehr schlecht, 1 = eher schlecht, 2 = mittelmäßig, 3 = eher gut, 4 = sehr gut. Alle Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind signifikant ($p < .05$). Rechtes Bild: Selbstbeurteilter Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen. Beurteilungsskala: 0 = eher schlechter, 1 = gleich gut, 2 = eher besser. Alle Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind signifikant ($p < .05$) **24**

Abbildung 9: Gesundheitswissen von Erwerbstätigen. Beurteilungsskala: 0 = sehr schlecht, 1 = schlecht, 2 = mittelmäßig, 3 = gut und 4 = sehr gut. Alle Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind signifikant ($p < .05$) **25**

Abbildung 10: Gesundheitsbezogenes Verhalten von Erwerbstätigen. Beurteilungsskala: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft voll und ganz zu. Alle Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind signifikant ($p < .05$) **26**

Abbildung 11: Gesundheits-Check beim Arzt. Beurteilungsskala: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft vollständig zu **26**

Abbildung 12: Vorsorgeuntersuchungen. Beurteilungsskala: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft vollständig zu **27**

Abbildung 13: Zeit in Stunden, die für gesundheitsbezogene Aktivitäten in der Woche aufgewendet wird in Abhängigkeit von der Gesundheitskompetenz. Der Wert 2 entspricht dabei 2 Stunden, der Wert 3 entspricht 3 Stunden. Alle Unterschiede zwischen den Gesundheitskompetenzgruppen sind statistisch signifikant ($p < .05$) **28**

Abbildung 14: Zeitaufwand in Stunden für gesundheitsbezogene Aktivitäten pro Woche in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter **29**

Abbildung 15: Einfluss von Ernährung und Bewegung auf die Gesundheit für Erwerbstätige, in Abhängigkeit von der Gesundheitskompetenz. Beurteilungsskala: 0 = überhaupt nicht, 1 = etwas, 2 = stark, 3 = sehr stark. Alle Unterschiede zwischen den vier Gesundheitskompetenzgruppen sind – abgesehen vom Unterschied für den Faktor Ernährung - zwischen den Gruppen sehr niedrig und niedrig – statistisch bedeutsam ($p < .05$ oder $p < .01$) **31**

Abbildung 16: Stressbewältigung und ihr angenommener Einfluss auf die Gesundheit. Beurteilungsskala: 0 = überhaupt nicht, 1 = etwas, 2 = stark, 3 = sehr stark **32**

- Abbildung 17:** Zusammenhang zwischen Stressbewältigung als „Gesundheitsfaktor“ und Alter **33**
- Abbildung 18:** Bedeutung von Familie und Partnerschaft, Gesundheit, Freizeit und Hobby sowie Arbeit und Beruf für die Lebensqualität getrennt für Frauen und Männer **35**
- Abbildung 19:** Wohlbefindensmuster für vier Stufen der Wohlbefindensbilanz **38**
- Abbildung 20:** Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit von der Wohlbefindensbilanz. Alle vier Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander ($p < .01$) **39**
- Abbildung 21:** Selbstbeurteilter Gesundheitszustand (linkes Bild) und Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen (rechtes Bild) für Erwerbstätige in Abhängigkeit von der Wohlbefindensbilanz. Beurteilungsskala Gesundheitszustand: 0 = sehr schlecht, 1 = eher schlecht, 2 = mittelmäßig, 3 = eher gut, 4 = sehr gut; Beurteilungsskala Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen: 0 = eher schlechter, 1 = gleich gut, 2 = eher besser. Alle Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind signifikant ($p < .05$) **41**
- Abbildung 22:** Fehltag in Abhängigkeit von der Wohlbefindensbilanz. Nur der Unterschied zwischen der Gruppe mit sehr negativer Bilanz (17,44 Tage) und den restlichen Gruppen ist statistisch bedeutsam ($p < .05$) **42**
- Abbildung 23:** Wohlbefindensbilanz in Abhängigkeit von der Dauer der Fehlzeiten bzw. sechs Fehlzeitengruppen **43**
- Abbildung 24:** Profile der fünf Gesundheitstypen für Erwerbstätige, die auf der Grundlage von sieben, die Gesundheitstypen charakterisierenden Merkmalsbereichen ermittelt wurden **45**
- Abbildung 25:** Geschlechtsspezifische Verteilung der Gesundheitstypen **46**
- Abbildung 26:** Verteilung der Gesundheitstypen in Abhängigkeit vom Bildungsstand (Angaben in Prozent) **47**
- Abbildung 27:** Wöchentlicher zeitlicher Aufwand der Gesundheitstypen für Gesundheitsaktivitäten (Angaben in Prozent) **49**
- Abbildung 28:** Gesundheitswissen von Erwerbstätigen in Abhängigkeit vom Bildungsstand. Beurteilungsskala: 0 = sehr schlecht, 1 = schlecht, 2 = mittelmäßig, 3 = gut und 4 = sehr gut. * Unterschiede zwischen diesen Gruppen sind signifikant ($p < .05$) **51**
- Abbildung 29:** Gesundheitsbezogenes Informationsverhalten von Erwerbstätigen in Abhängigkeit vom Bildungsstand. Beurteilungsskala: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft voll und ganz zu.* Unterschiede zwischen diesen Gruppen sind signifikant ($p < .05$) **51**
- Abbildung 30:** Vorsorgeverhalten (Gesundheits-Checks) von Erwerbstätigen in Abhängigkeit vom Bildungsstand. Beurteilungsskala: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft voll und ganz zu. **52**
- Abbildung 31:** Vorsorgeverhalten (Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen) von Erwerbstätigen in Abhängigkeit vom Bildungsstand. Beurteilungsskala: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft voll und ganz zu **53**
- Abbildung 32:** Zeitaufwand (in Stunden pro Woche) für gesundheitsbezogene Aktivitäten in Abhängigkeit vom Bildungsstand. Nur der Unterschied zwischen Hochschulabschluss und den restlichen Bildungsgruppen ist signifikant ($p < .05$) **54**
- Abbildung 33:** Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit vom Bildungsstand **54**
- Abbildung 34:** Ernährung und Bewegung und ihr angenommener Einfluss auf die Gesundheit in Abhängigkeit vom Bildungsstand **55**
- Abbildung 35:** Beanspruchungsbilanz während der Arbeit in Abhängigkeit von mitarbeiter-orientierter Führung und Gesundheitskultur. Positive Werte kennzeichnen eine positive, negative Werte eine negative Beanspruchungsbilanz. **58**
- Abbildung 36:** Allgemeines Wohlbefinden (Wohlbefindensbilanz) (linkes Bild) und persönliche Gesundheitskompetenz (rechtes Bild) in Abhängigkeit von mitarbeiter-orientierter Führung und Gesundheitskultur. MO = mitarbeiter-orientierte Führung **59**
- Abbildung 37:** Gesundheitszustand, mitarbeiter-orientierte Führung und Gesundheitskultur **60**
- Abbildung 38:** Zeit, die aktiv für gesundheitsbezogene Aktivitäten investiert wurde, in Abhängigkeit von mitarbeiter-orientierter Führung **61**
- Abbildung 39:** Zufriedenheit mit dem am Arbeitsplatz vorhandenen Handlungsspielraum und den Gestaltungsmöglichkeiten für Führungskräfte und Beschäftigte. Führungskräfte: N = 1 024; Beschäftigte: N = 2 302 **62**
- Abbildung 40:** Verfügbarer Entscheidungs- und Handlungsspielraum differenziert nach vier „Zufriedenheitsgruppen“ sowie nach Beschäftigten mit und ohne Führungsverantwortung. Die Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind jeweils statistisch bedeutsam ($p < .05$) **63**
- Abbildung 41:** Beanspruchungsbilanz für vier Zufriedenheitsgruppen in Bezug auf den Handlungsspielraum bei der Arbeit, differenziert nach Führungskräften und MitarbeiterInnen **64**

- Abbildung 42:** Absentismus (Fehlzeiten) für vier Zufriedenheitsgruppen in Bezug auf den Handlungsspielraum bei der Arbeit, differenziert nach Führungskräften und MitarbeiterInnen **65**
- Abbildung 43:** Präsentismus verursacht etwa doppelt so viele Produktivitätsverluste, wie Absentismus, entzieht sich aber meistens der direkten Beobachtung. (Quelle/Original: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Iceberg.jpg>) **66**
- Abbildung 44:** Präsentismus und Absentismus in Abhängigkeit von der individuellen bzw. personalen Gesundheitskompetenz **71**
- Abbildung 45:** Gewichtung der Merkmale, die als Kennwerte für den Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen herangezogen werden **73**
- Abbildung 46:** Präsentismus und Absentismus in Abhängigkeit von der organisationalen Gesundheitskompetenz **74**
- Abbildung 47:** Verteilung der Werte zur Gesundheitskompetenz der Nicht-Erwerbstätigen **78**
- Abbildung 48:** Einschätzung des Einflusses verschiedener „Gesundheitsfaktoren“ auf die Gesundheit, getrennt nach Erwerbstätigkeit. Außer für den Faktor Bewegung sind alle Unterschiede signifikant ($p < .001$) **80**
- Abbildung 49:** Bedeutung verschiedener „Gesundheitsfaktoren“ für die Lebensqualität von Nicht-Erwerbstätigen, getrennt nach Frauen und Männern **81**
- Abbildung 50:** Profile der fünf Gesundheitstypen bezogen auf die sieben, die Gesundheitstypen konstituierenden Merkmalsbereiche für Nicht-Erwerbstätige **84**
- Abbildung 51:** Geschlechtsspezifische Verteilung der Gesundheitstypen für Nicht-Erwerbstätige (Angaben in Prozent) **85**
- Abbildung 52:** Individuelle Gesundheitskompetenz der Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen sowie die Variation der Gesundheitskompetenzwerte bei den Teilnehmenden **88**
- Abbildung 53:** Wirkungskreis der Gesundheit **89**
- Abbildung 54:** Positiver und negativer sich selbstverstärkender Wirkungskreis **92**

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1:** Verteilung der Teilnehmenden auf die verschiedenen Bundesländer und Vergleich mit der Verteilung der deutschen Gesamtbevölkerung **18**
- Tabelle 2:** Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf verschiedene Branchen **19**
- Tabelle 3:** Individuelle Gesundheitskompetenz: Mittelwert der Gesamtskala und der Subskalen „Gesundheitsziele“, „Erfolgszuversicht“ und „Bewältigungsfähigkeit“, getrennt für Frauen und Männer **20**
- Tabelle 4:** Individuelle Gesundheitskompetenz der Erwerbstätigen: Mittelwert der Gesamtskala in Abhängigkeit von der Gesundheitskompetenzgruppe **23**
- Tabelle 5:** Häufigkeiten der Gesundheitstypen, absteigend sortiert nach ihrer Auftretenshäufigkeit **44**
- Tabelle 6:** Durchschnittliche Fehltag pro Jahr für die verschiedenen Gesundheitstypen **48**
- Tabelle 7:** Verteilung von Beschwerdearten auf Absentismus und Präsentismus und Vergleich mit den AU-Daten des BARMER GEK Gesundheitsreports 2010 Teil 1 **68**
- Tabelle 8:** Häufigkeit verschiedener Motive für Präsentismus **70**
- Tabelle 9:** Präsentismusmotive in Abhängigkeit von der Organisationalen Gesundheitskompetenz (Angaben in Prozent) **75**
- Tabelle 10:** Individuelle Gesundheitskompetenz für Nicht-Erwerbstätige: Mittelwert der Gesamtskala und der Subskalen „Gesundheitsziele“, „Erfolgszuversicht“ und „Bewältigungsfähigkeit“ **77**
- Tabelle 11:** Selbstbeurteilter Gesundheitszustand, differenziert nach Erwerbstätigkeit sowie Frauen und Männern **82**
- Tabelle 12:** Häufigkeiten der Gesundheitstypen, für Nicht-Erwerbstätige und Erwerbstätige (Zahlen in Klammern) **84**

Informationsboxen

- Informationsbox 1:** Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsmanagement und Public Health (BKG) **5**
- Informationsbox 2:** Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit **24**
- Informationsbox 3:** Lebensqualität und Gesundheit **34**
- Informationsbox 4:** Wohlbefinden – auch für die Ökonomie ein wichtiger Faktor? **37**
- Informationsbox 5:** Mitarbeiter-orientierte Führung und Gesundheitskultur **57**

Anhang

Fragebogen zur Internetstudie „Gesundheitskompetenz 2010“

Nachfolgend ist der Fragebogen in der Form abgedruckt, den die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Internetstudie beantwortet haben:

Fragebogen zur individuellen Gesundheitskompetenz¹²

Bitte beurteilen Sie, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie „Trifft gar nicht zu“ an, wenn die Aussage gar nicht auf Sie zutrifft. „Trifft vollständig zu“ ist anzukreuzen, wenn die Aussage Ihre persönliche Einschätzung treffend beschreibt. Antworten Sie bitte möglichst spontan. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	Trifft gar nicht zu	Trifft selten zu	Trifft manchmal zu	Trifft oft zu	Trifft vollständig zu
1. Wenn ich Vorsätze und Pläne bezüglich meiner Gesundheit mache, halte ich mich auch daran.	<input type="checkbox"/>				
2. Für jedes gesundheitliche Problem finde ich eine Lösung.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich fühle mich unsicher bezüglich meiner Möglichkeiten zur Bewältigung von Krankheiten.	<input type="checkbox"/>				
4. Wenn unerwartete Beschwerden auftauchen, kann ich diese schlecht bewältigen.	<input type="checkbox"/>				
5. Gesundheitlichen Problemen sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.	<input type="checkbox"/>				
6. Wenn ich mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit umgehe.	<input type="checkbox"/>				
7. Was mir auch immer gesundheitlich passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>				
8. Durch meine Erfahrungen bin ich auch in Zukunft optimistisch bezüglich meiner Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
9. Ich erreiche die Ziele, die ich mir bezüglich meiner Gesundheit setze.	<input type="checkbox"/>				
10. Ich fühle mich den meisten Krankheiten gewachsen.	<input type="checkbox"/>				

¹² © Prof. Dr. Rainer Wieland

Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes und Gesundheitswissen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so, dass Ihre persönlichen Einschätzungen möglichst treffend beschrieben werden. Beachten Sie dabei: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sondern Ihre Einschätzungen sind wichtig.

Wie schätzen Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand ein?

sehr gut eher gut mittelmäßig eher schlecht sehr schlecht keine Angabe

Wie schätzen Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen ein?

eher schlechter gleich gut eher besser keine Angabe

Wie beurteilen Sie Ihr Wissen zur Gesundheit?

sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht keine Angabe

Gesundheitsfaktoren

Gesundheit steht unter vielen Einflüssen. Wie stark wird Ihre Gesundheit durch die folgenden Dinge beeinflusst?

	sehr stark	stark	etwas	überhaupt nicht	weiß nicht
Ernährung	<input type="checkbox"/>				
Bewegung	<input type="checkbox"/>				
Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>				
Arbeit	<input type="checkbox"/>				
Familienleben	<input type="checkbox"/>				

Welcher Bereich hat für Ihre Lebensqualität die größte Bedeutung?

Gesundheit Familie und Partnerschaft Arbeit und Beruf Freizeit und Hobby keine Angabe

Wie viel Zeit verwenden Sie in der Woche bewusst auf Aktivitäten, die Ihrer Gesundheit dienen?

eine halbe Stunde eine Stunde zwei Stunden drei Stunden mehr als drei Stunden keine Angabe

Fragebogen zum psychologischen Gesundheitstyp

Bitte beurteilen Sie, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

Bitte geben Sie jeweils an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen. Antworten Sie bitte mit „trifft voll und ganz zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ oder „trifft überhaupt nicht zu“.

	Trifft gar nicht zu	Trifft selten zu	Trifft manchmal zu	Trifft oft zu	Trifft vollständig zu
1. Ich halte mich in Fragen rund um die Gesundheit stets auf dem Laufenden.	<input type="checkbox"/>				
2. Ich lasse mich regelmäßig beim Arzt durchchecken.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich nehme regelmäßig Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich habe schon häufiger Naturheilmittel ausprobiert.	<input type="checkbox"/>				
5. Ich gehe lieber zum Heilpraktiker oder Homöopathen als zu einem reinen Schulmediziner.	<input type="checkbox"/>				
6. Ich würde es begrüßen, wenn mir meine Krankenkasse im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge mit Rat und Tat zur Seite stünde.	<input type="checkbox"/>				
7. Es gab schon Phasen in der Vergangenheit, in denen ich den Wechsel zu einer anderen Krankenkasse ernsthaft in Betracht gezogen habe.	<input type="checkbox"/>				
8. Ich habe in der Vergangenheit schon einmal die Beiträge unterschiedlicher Krankenkassen miteinander verglichen.	<input type="checkbox"/>				
9. Um Krankenversicherungsangelegenheiten kümmere ich mich nur so viel wie unbedingt nötig.	<input type="checkbox"/>				
10. Bei meiner Krankenkasse fühle ich mich rundum abgesichert.	<input type="checkbox"/>				

Fragen zur psychischen Befindlichkeit

Der Alltag ist oft sowohl mit positiven als auch negativen Gefühlen verbunden. Nachfolgend finden Sie einige Eigenschaftswörter, mit denen Sie Ihr allgemeines Befinden im Alltag beschreiben können.

Wählen Sie bitte aus den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten diejenige aus, die am besten angibt, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen. Antworten Sie möglichst spontan, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Im Allgemeinen fühle ich mich...	kaum	etwas	einigermaßen	ziemlich	stark	sehr stark	außerordentlich
1. ...energiegeladen/tatkräftig	<input type="checkbox"/>						
2. ...nervös/aufgeregt	<input type="checkbox"/>						
3. ...einflussreich	<input type="checkbox"/>						

© Prof. Dr. Rainer Wieland

Fragen zum betrieblichen Umfeld, zu Fehlzeiten und Erkrankungsarten ¹⁴

Sind Sie vollzeit oder teilzeit in einem Unternehmen, Betrieb bzw. einer Organisation beschäftigt?

ja nein

Wie häufig sind Sie im letzten Jahr krankheitsbedingt nicht zur Arbeit gegangen?

kein Mal 1 bis 3 Mal 4 bis 5 Mal mehr als 5 Mal keine Angabe

Wie viele Tage insgesamt?

Tage

Wegen welcher Art von Beschwerden hauptsächlich?

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems Psychische und Verhaltensstörungen
- Erkrankungen des Atmungssystems Erkrankung des Verdauungssystems Neubildung (Krebs)
- Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems Infektion/ Bakterielle Erkrankung Sonstiges keine Angabe

Wie häufig sind Sie im letzten Jahr trotz Krankheit zur Arbeit gegangen?

kein Mal 1 bis 3 Mal 4 bis 5 Mal mehr als 5 Mal keine Angabe

Wie viele Tage insgesamt?

Tage

Wegen welcher Art von Beschwerden hauptsächlich?

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems Psychische und Verhaltensstörungen Verletzung/ Unfall
- Erkrankungen des Atmungssystems Erkrankung des Verdauungssystems Neubildung (Krebs)
- Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems Infektion/ Bakterielle Erkrankung Sonstiges keine Angabe

¹⁴ Bei den Beschwerdearten sollte jeweils eine ausgewählt werden.

Was hat Sie hauptsächlich bewogen, krank zu arbeiten?

- Ich wollte drängende Aufgaben erledigen. Ich hatte das Gefühl, von meinem Team gebraucht zu werden.
- Ich wollte mich von Problemen außerhalb der Arbeit ablenken. Ich hatte das Bedürfnis nach Beschäftigung.
- Ich wollte so normal wie möglich leben und arbeiten. Ich befürchtete berufliche Nachteile.
- Ich hatte Angst, gekündigt zu werden. Ich dachte an besondere Zuwendung und Anerkennung. Sonstiges
- keine Angabe

Fragebogen zum Führungsstil

Bitte beschreiben Sie das Unternehmen, in dem Sie derzeit beschäftigt sind bzw. das Verhalten Ihrer/Ihres Vorgesetzten. Beurteilen Sie dazu, inwiefern die folgenden Aussagen zutreffen.

Kreuzen Sie „Trifft gar nicht zu“ an, wenn die Aussage gar nicht auf Ihr Unternehmen bzw. Ihre(n) Vorgesetzte(n) zutrifft. „Trifft vollständig zu“ ist anzukreuzen, wenn die Aussage völlig zutrifft, d. h. wenn sie Ihr Unternehmen bzw. Ihre(n) Vorgesetzte(n) treffend beschreibt. Antworten Sie möglichst spontan, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	Trifft gar nicht zu	Trifft selten zu	Trifft manchmal zu	Trifft oft zu	Trifft vollständig zu
1. Die Gesundheit der Beschäftigten ist für unsere Unternehmensleitung ein wichtiges Thema.	<input type="checkbox"/>				
2. Unsere Führungskraft spricht häufiger mit uns darüber, wie wir mehr für unsere Gesundheit am Arbeitsplatz tun können.	<input type="checkbox"/>				
3. Gesundheit ist ein Thema in unserem Unternehmen, das vom Management bzw. den Führungskräften gelebt wird.	<input type="checkbox"/>				
4. Unser/e Vorgesetzte/r hat ein offenes Ohr für die Sorgen von uns Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.	<input type="checkbox"/>				
5. Wir Mitarbeiter/-innen haben leichten Zugang zu unserer/unserem Vorgesetzten.	<input type="checkbox"/>				
6. Es liegt unserem/r Vorgesetzten am Herzen, dass wir MitarbeiterInnen uns bei der Arbeit wohl fühlen.	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen zu den Arbeitsbedingungen

Bitte beschreiben Sie Ihren Arbeitsplatz bzw. Ihre Arbeit. Beurteilen Sie dazu, wie sehr die folgenden Aussagen auf Ihren Arbeitsplatz/Ihre Arbeit zutreffen.

Antworten Sie bitte möglichst spontan. Es gibt keine richtigen oder falschen Aussagen.

	Trifft gar nicht zu	Trifft selten zu	Trifft manchmal zu	Trifft oft zu	Trifft vollständig zu
1. Ich muss während der Arbeit häufig Entscheidungen treffen, für die ich die Verantwortung trage.	<input type="checkbox"/>				
2. Die Arbeitsbedingungen sind schlecht, der Arbeitsablauf ist häufig gestört.	<input type="checkbox"/>				
3. Sie werden bei der Arbeit durch Lärm, schlechte Lichtverhältnisse oder unangenehme Temperaturen beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>				
4. Die Arbeit ist meistens die gleiche und bietet wenig Handlungsspielraum.	<input type="checkbox"/>				

© Prof. Dr. Rainer Wieland

Sind Sie mit dem Handlungsspielraum an Ihrem Arbeitsplatz zufrieden oder hätten Sie gerne mehr Gestaltungsmöglichkeiten? Die Gestaltungsmöglichkeiten an meinem Arbeitsplatz sind für mich:

nicht ausreichend einigermaßen ausreichend vollständig ausreichend eher zuviel

Fragen zur psychischen Beanspruchung während der Arbeit

Zuvor hatten Sie bereits eingeschätzt, wie Sie sich im Allgemeinen im Alltag fühlen.

Bitte schätzen Sie nun mit den folgenden Eigenschaftswörtern ein, wie sie sich während der Arbeit fühlen.

Während der Arbeit fühle ich mich...	kaum	etwas	einigermaßen	ziemlich	stark	sehr stark	außerordentlich
1. ...energiegeladen/tatkräftig	<input type="checkbox"/>						
2. ...nervös/aufgeregt	<input type="checkbox"/>						
3. ...einflussreich	<input type="checkbox"/>						
4. ...zufrieden	<input type="checkbox"/>						

© Prof. Dr. Rainer Wieland

Bitte schätzen Sie Ihr Arbeitsaufkommen ein: Mein Arbeitsaufkommen ist im Allgemeinen:

gering mittel hoch

Fragen zur Person

Bitte füllen Sie die folgenden Felder mit Angaben zu Ihrer Person vollständig aus.

Geschlecht weiblich männlich

Alter

Jahre

Ihr höchster Bildungsabschluss:

kein Abschluss Hauptschulabschluss Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur

Fachhochschulabschluss Hochschulabschluss ein anderer Abschluss keine Angabe

Haben Sie eine Berufsausbildung?

ja nein

Branche/Tätigkeitsgruppe:

Baugewerbe Bildung/ Forschung/ Kultur Gastgewerbe und Tourismus Dienstleistungen Energie

Finanzen und Steuern Geographie Gesundheitswesen Handel Handwerk Industrie

Informationstechnologie Land- und Forstwirtschaft Umwelt Öffentlicher Dienst Verkehr

Sonstige keine Angaben

Haben Sie Führungsverantwortung?

ja nein

Wie lange sind Sie nicht mehr erwerbstätig?

Jahre Ich war noch nie erwerbstätig

In welchem Bundesland leben Sie?

Baden-Württemberg Bayern Berlin Brandenburg Bremen Hamburg Hessen

Mecklenburg-Vorpommern Niedersachsen Nordrhein-Westfalen Rheinland-Pfalz Saarland

Sachsen Sachsen-Anhalt Schleswig-Holstein Thüringen

Ich lebe nicht in Deutschland keine Angaben



Gesundheitsförderung macht den Kopf frei.

Die Nasenspülkanne:

Erkältungen aktiv vorbeugen – Allergien lindern.

Husten, Schnupfen, Hals- und Rachenentzündung – einmal im Jahr trifft es fast jeden. Entzündungen in Nase und Hals, in der Regel von Viren ausgelöst, sind die häufigsten akuten Krankheiten.

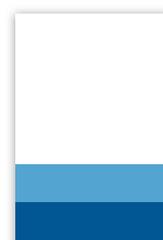


Unser Gesundheitstipp: Regelmäßiges Spülen mit der Nasenspülkanne macht die Nase wieder frei. Und dies garantiert ohne Nebenwirkungen.

Mehr Informationen zur Nasenspülkanne gibt es bei Ihrer BARMER GEK.

BARMER
GEK die gesund
experten

› Besuchen Sie uns auch im Internet unter www.barmer-gek.de oder in einer der rund 1.000 Geschäftsstellen.



Betriebliche Gesundheitsförderung bewegt was...

Der Einfluss von Umwelt und Arbeitsleben auf die Gesundheit des Menschen rückt zunehmend in den Blick von Politik, Wirtschaft und Akteuren des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Die BARMER GEK liefert mit ihrem Gesundheitsreport eine systematische Analyse über die Stärken und Schwächen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens in Unternehmen und Fakten zum Zusammenhang von Arbeit, Gesundheit und Fehlzeiten.

Der BARMER GEK Gesundheitsreport richtet sich an Gesundheitsexperten und Führungskräfte von Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen.

