

Ein paar Worte zum Schluss

TU: „Geschafft – das ist die zweite, vollständig überarbeitete Auflage unseres Buches! Vor zwei Jahren haben wir unsere erste Auflage veröffentlicht und seitdem viele Rückmeldungen von unseren Leserinnen und Lesern erhalten. Und Du, lieber Michael, bist ebenfalls zwei Jahre nun älter geworden.“

MT: „Na ja, jünger bist auch Du nicht geworden! In den zwei Jahren ist wirklich viel passiert. Nicht nur die vielen neuen Erkenntnisse und Entwicklungen im Bereich Gesundheit in der Arbeitswelt, sondern auch in der Hochschullandschaft bewegt sich einiges, wenn es um das Thema Gesundheits- und Demografiemanagement geht. Immer mehr Hochschulen bilden ‘Gesundheitsmanager’ aus. Der Bedarf ist gegeben, und der Markt differenziert sich aus.“

TU: „Ich war in den letzten zwei Jahren auf einigen Kongressen zum Thema ‘Gesundheitsmanagement’ und habe dort unsere Konzepte und Ansätze präsentieren und diskutieren können. Das Interesse und die Resonanz waren überall groß – egal ob Klein-, Mittel- oder Großunternehmen, egal ob Geschäftsführer, betrieblicher Akteur, Führungskraft, Betriebsrat, Gewerkschafter oder Politiker. Ich denke, dass wir uns in der Pionierphase des Jahrhunderts der Gesundheit bewegen.“

MT: „Das sehe ich auch so – wir nehmen einen Paradigmenwechsel wahr, was die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter in den Unternehmen betrifft. Der demografische Wandel hat uns die Augen geöffnet und uns aus dem Dornröschenschlaf aufgeschreckt. Gerade im öffentlichen Sektor, wo ich mich derzeit viel unterwegs bewege, nehme ich diese positive Aufbruchstimmung wahr. Manche Akteure wirken jedoch etwas hektisch dabei, da sie offensichtlich Angst haben, den Zug bzw. den Trend zu verpassen. Aktionismus und planloses Vorgehen sind dann die Folge. Das müssen wir auf jeden Fall vermeiden.“

TU: „Da erinnere ich mich an die Lateinstunde: *Quidquid agis prudenter agas et respice finem.* Oder frei übersetzt: Bevor man handelt, sollte man die Folgen bedenken. Unser Buch soll dazu einen Beitrag leisten.“

MT: „Die Folgen sind meines Erachtens als Präventionsbilanz positiv, wenn man sich auf ein systematisches und nachhaltiges Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements einlässt. Meine

eigenen Studien belegen die Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Andere Studien erlauben auch die Bestimmung eines prospektiven ROI. Es rechnet sich – 1 Euro in BGF investiert, kann 2 bis 3 Euro Gewinn bedeuten.“

TU: „In der Praxis stößt man hier aber oft auf die Fehlzeitenfalle. Man tut Gutes, aber erntet dann noch erhöhte Fehlzeiten. Viele werfen dann voreilig die Flinte ins Korn, bleiben untätig und sind verunsichert.“

MT: „Fehlzeiten sind nicht die einzigen Erfolgsfaktoren. Zudem reagieren sie relativ spät auf Veränderungen, oftmals sogar anti-zyklisch. Wenn ich das Gesundheitsbewusstsein steigere, dann horcht man in sich hinein. Wir nennen das Achtsamkeit. Im Rahmen einer erweiterten Fehlzeitenanalyse kann man aber die positiven Wirkungen nachweisen, die sich in der statischen Fehlzeitenquote zunächst nicht zeigen. Es geht vor allem um die Qualität der Fehlzeiten, und da tut sich dann Einiges.“

TU: „Ich pflichte Dir bei. Gesundheitsmanagement ist nicht nur Abwicklung von Maßnahmen, sondern letztlich Steuerung knapper Ressourcen, um das Ziel einer gesunden Organisation mit gesunden Mitarbeitern zu erreichen. Unsere Evaluationen und viele Studien zeigen, dass es wichtig ist, über den Gesundheitsstatus der Organisation Bescheid zu wissen. Mit einer Standortbestimmung können wir ein Risikokataster erstellen und gezielt unsere Maßnahmen lancieren. Aber nun fangen wir wieder an, ins Fachmännische abzudriften. Es hat mir wieder Spaß mit Dir gemacht und ich habe viele neue Dinge lernen dürfen, aus den Gesprächen mit Dir, mit meinen Kolleginnen und Kollegen aus meinem Team und vielen interessierten Gesprächspartnern. Ich bedanke mich bei allen, die uns hier kritisch und konstruktiv begleitet haben. Sie aufzuzählen würde das Risiko unvertretbar erhöhen, jemanden zu vergessen.“

Sunny: „Und wer dankt mir?“



TU: „Ups, da haben wir doch schon wieder wie in der ersten Auflage unseren wichtigsten Akteur vergessen. Dir, liebe Sunny, gilt unser ganz besonderer Dank! Du warst immer zur richtigen Zeit am richtigen Ort – für uns und natürlich auch für den Leser.“

Verzeichnisse

Verzeichnisse	Seite
Abbildungen	347
Tabellen	351
Infoboxen	353
Checklisten	354
Sachindex	355
Literatur	373
Internetquellen	396
Glossar	407

Abbildungsverzeichnis

● Abbildung 1: Unser Weg zur gesunden Arbeitswelt.....	12
● Abbildung 2: Aufbau der DEGS-Studie des Robert Koch-Instituts.....	18
● Abbildung 3: Tief- und Hochdruckgebiete	21
● Abbildung 4: Grundmodell der Standortbestimmung.....	22
● Abbildung 5: Standortbestimmung am Beispiel Verwaltungstätigkeiten	23
● Abbildung 6: Nachhaltigkeitsmessung – Veränderungen sind möglich!	25
● Abbildung 7: Der Weg zum humanen Arbeitsplatz.....	30
● Abbildung 8: Gesundheit in der Arbeit	32
● Abbildung 9: Infografik zu den Einflussfaktoren	35
● Abbildung 10: Infografik zum Portfolio der Maßnahmen.....	36
● Abbildung 11: Thematisch strukturiertes Angebotsportfolio.....	37
● Abbildung 12: Infografik zu den Akteuren der BGF.....	38
● Abbildung 13: Perspektiven der BGF im Unternehmen	47
● Abbildung 14: Trends aus Sicht der Praktiker	57
● Abbildung 15: Konstruktivistische Gesundheitsdidaktik der BGF	60
● Abbildung 16: Life Cycle oder S-I-N-E-Prinzip	63
● Abbildung 17: Unsere Ansatzpunkte einer modernen BGF	66
● Abbildung 18: Wirkungsebenen der BGF	71
● Abbildung 19: Von der Leitlinie zur Gestaltungsvorschrift	75
● Abbildung 20: Von der Gesetzgebung zum Leitfaden	80
● Abbildung 21: Themen des Interviews mit Prof. Piekarski	88
● Abbildung 22: Radmodell der Arbeitswissenschaften	90
● Abbildung 23: Doppelrolle der Beanspruchung.....	101
● Abbildung 24: Grundmodell – von den Belastungen zu den Folgen	103
● Abbildung 25: Verlauf der Leistungsfähigkeit	125
● Abbildung 26: Systematische Konfliktbearbeitung.....	143
● Abbildung 27: Genuss statt Frust – mit drei Schritten zum Erfolg!	147
● Abbildung 28: Erfolgsfaktoren der BGF.....	181
● Abbildung 29: Qualitätsdimensionen und Indikatoren der BGF	184
● Abbildung 30: Lernzyklus im Kontext der BGF	185
● Abbildung 31: RADAR Bewertungsmethodik	186
● Abbildung 32: Das Grundmodell des Qualitätsmanagements	188
● Abbildung 33: Das EFQM-Modell in Bezug auf BGF.....	190
● Abbildung 34: Unsere Erfolgsfaktoren und Prüfpunkte	195

○ Abbildung 35: Problempyramide BGF in der Praxis	198
○ Abbildung 36: Ergebnisse einer Befragung bei Controllern	198
○ Abbildung 37: Anforderungen an das Gesundheitsmonitoring	199
○ Abbildung 38: Risikomanagement in BGF	201
○ Abbildung 39: Early Pain Reporting → „Eingreiftruppe BGF“	203
○ Abbildung 40: Health Balanced Scorecard	204
○ Abbildung 41: EFQM-basierte Health Balanced Scorecard	207
○ Abbildung 42: Bezugssystem zur Steuerung der BGF	208
○ Abbildung 43: Attribute der Kennzahlen	213
○ Abbildung 44: Biopsychosoziale Sachverhalte	215
○ Abbildung 45: Das Treiber- und Indikatorenmodell	216
○ Abbildung 46: Das Modell der Arbeitscharakteristika	217
○ Abbildung 47: Wirkung von Arbeitszufriedenheit	219
○ Abbildung 48: Metaanalyse zur Wirkung von Aufgabenmerkmalen	219
○ Abbildung 49: Metaanalyse „Arbeitszufriedenheit und -leistung“	220
○ Abbildung 50: Fehlzeitenmanagement	222
○ Abbildung 51: Krankenstand und Konjunkturlage	223
○ Abbildung 52: Ursachen des Absentismus	225
○ Abbildung 53: Die Krankenstandquote	225
○ Abbildung 54: Fehlzeiten als Stör- und Kostenfaktor	227
○ Abbildung 55: Standardisierung der Fehlzeiten	232
○ Abbildung 56: Aufwandsbestimmung bei Fehlzeiten	234
○ Abbildung 57: Qualitätswerte der Fehlzeiten	235
○ Abbildung 58: Alternative Steuerungsgröße für Fehlzeiten	236
○ Abbildung 59: Fehlzeitenanalyse im Kontext anderer BGF-Daten	237
○ Abbildung 60: Fehlzeitenreduktion durch BGF	242
○ Abbildung 61: Reduktion medizinischer Kosten durch BGF	243
○ Abbildung 62: Kostenunterschiede (HERO-Studie)	246
○ Abbildung 63: Wirtschaftlichkeitsmaße	249
○ Abbildung 64: Kosten ungestörter Arbeitsstunden	252
○ Abbildung 65: Modell der Förderung der Arbeitsfähigkeit	260
○ Abbildung 66: Anwendungsfelder der Arbeitsanalyse	262
○ Abbildung 67: Ebenen der Analyse	262
○ Abbildung 68: Verfahrenstypen der Arbeitsanalyse	263
○ Abbildung 69: Humankriterien der Arbeit als Erfolgsmaße	265
○ Abbildung 70: Gesundheitsfragebogen: Design trifft Inhalt	269
○ Abbildung 71: Themenfelder der Gesundheitsanalyse	272
○ Abbildung 72: Integratives Konzept der Gesundheitsscores	273

● Abbildung 73: Fahrplan für eine formative Evaluation.....	276
● Abbildung 74: Diagnoseportfolio Gesundheitsmanagement	279
● Abbildung 75: Globalkennwert Gesundheit bei einer Studie.....	282
● Abbildung 76: Datenverknüpfung im Gesundheitscontrolling	286
● Abbildung 77: Themen des Interviews mit Prof. Wieland	287
● Abbildung 78: Wirkungsmodell zur Gestaltung gesunder Arbeit.....	291
● Abbildung 79: Alternsrelevante Belastungen, Ressourcen und Folgen	304
● Abbildung 80: Transaktionale Stresstheorie	311
● Abbildung 81: Die Protagonisten als Stressmanager	312
● Abbildung 82: Betriebsgelände im alten Stressmanager	313
● Abbildung 83: Betriebsgelände im neuen Stressmanager.....	313
● Abbildung 84: Zeitmaschine im Bereich Zeitmanagement	314
● Abbildung 85: Projektorganisation beim Stressmanager.....	315
● Abbildung 86: Unternehmenslandschaft „Stress im Griff AG“	316
● Abbildung 87: Strukturbild der Module	317
● Abbildung 88: Handlungsvektoren.....	333
● Abbildung 89: Eckpfeiler einer modernen BGF.....	335
● Abbildung 90: Partizipative Prävention	335
● Abbildung 91: Ziele und Anforderungen an die BGF.....	336
● Abbildung 92: Themen des Interviews mit Dr. Gronwald.....	337

Tabellenverzeichnis

<input type="checkbox"/>	Tabelle 2-1: Veränderungen in der Arbeits- und Lebenswelt	50
<input type="checkbox"/>	Tabelle 2-2: Bestimmungsmomente der Trends	53
<input type="checkbox"/>	Tabelle 2-3: Trends aus der Organisationsperspektive	58
<input type="checkbox"/>	Tabelle 2-4: Übersicht zum Rechtsrahmen	82
<input type="checkbox"/>	Tabelle 2-5: Buchempfehlungen „Eckpfeiler der BGF“	92
<input type="checkbox"/>	Tabelle 3-1: Grundbegriffe	98
<input type="checkbox"/>	Tabelle 3-2: Schallpegel mit exemplarischen Quellen	108
<input type="checkbox"/>	Tabelle 3-3: Frageliste von möglichen Fehlbelastungen	111
<input type="checkbox"/>	Tabelle 3-4: Frageliste Ressourcen	118
<input type="checkbox"/>	Tabelle 4-1: Toolbox BGF	131
<input type="checkbox"/>	Tabelle 4-2: Klassifizierung des Körpergewichts	144
<input type="checkbox"/>	Tabelle 4-3: Verhaltenspathogene und assoziierte Schäden	163
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-1: Qualitätsprüfung	183
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-2: Anforderungskatalog BGF aus Qualitätssicht	192
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-3: Zusammenhang zw. Zufriedenheit und Gesundheit	220
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-4: Kennzahlen rund um Fehlzeiten	226
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-5: Vor- und Nachteile der Fehlzeitenanalyse	230
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-6: Relevante Fehlzeitenparameter	238
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-7: Finanzkennziffern aus Sicht der BGF	252
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-8: Qualitätsanforderungen an Arbeitsanalysen	263
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-9: Typische Fragen	265
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-10: Bedeutung und Anforderungen an Gesundheitsscores	272
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-11: Gewichtungen in der Health BSC	274
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-12: Erfolgsfaktoren der Evaluation	277
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-13: Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen	290
<input type="checkbox"/>	Tabelle 5-14: Buchempfehlung „Steuerung und Qualitätssicherung“	294
<input type="checkbox"/>	Tabelle 6-1: Herangehensweisen im Stressmanagement nach Kaluza	309
<input type="checkbox"/>	Tabelle 7-1: Vorteile von BGF für Unternehmen und Mitarbeiter	340

Info-Boxen/Checklisten


☑ Box 0-1: WHO-Definition von 1946	5
☑ Box 0-2: Gesundheitsverständnis der Ottawa Charta von 1986.....	8
☑ Box 0-3: Das System LIFE	9
☑ Box 0-4: Gesundheitsbegriff als Regulationskompetenz	10
☑ Box 1-1: Gesundheitsmonitoring.....	16
☑ Box 2-1: Menschlichkeit und Wertschätzung als Grundpfeiler	32
☑ Box 2-2: Aktivierung positiver Kräfte als Auftrag der BGF	33
☑ Box 2-3: Lernen durch andere	39
☑ Box 2-4: Gesundheitszustand und Auftrag an die Arbeitswelt	43
☑ Box 2-5: Psychosozialer Gesundheitsbegriff	44
☑ Box 2-6: Chronische Zukunft der BGF und Prävention	48
☑ Box 2-7: Visionäre Konzepte als Bilanz	49
☑ Box 2-8: Gesundheitskultur.....	52
☑ Box 2-9: Reformrichtung „Systemdenken“	58
☑ Box 2-10: Konstruktivistische Gesundheitsdidaktik.....	60
☑ Box 2-11: Gesundheitskompetenz	65
☑ Box 2-12: Luxemburger Deklaration in der Fassung von 2007	68
☑ Box 2-13: Klarheit durch rechtlichen Rahmen.....	71
☑ Box 2-14: Gesetzliche Grundlagen und das duale System	72
☑ Box 2-15: Wissenschaft als Basis.....	74
☑ Box 2-16: Europäisierung als Chance und Risiko	77
☑ Box 2-17: Anwaltschaft für Gesundheit	81
☑ Box 3-1: Zusammenfassung zu den Grundbegriffen	101
☑ Box 3-2: Typ-A-Persönlichkeit	107
☑ Box 3-3: Hintergrund zum Konzept der Salutogenese.....	114
☑ Box 3-4: Organizational Citizenship Behavior (OCB)	117
☑ Box 4-1: Kür- und Pflichtmodule in Präventionsprogrammen.....	127
☑ Box 4-2: Ernährungsmethoden	148
☑ Box 4-3: LOGI-Methode	150
☑ Box 4-4: Arbeitssucht oder Workaholism.....	167
☑ Box 5-1: Wertschöpfungsorientierung	181
☑ Box 5-2: EFQM-Modell für Exzellenz	189

<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-3: Qualitätsmanagement und BGF	191
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-4: Risikomanagement im Bereich BGF	202
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-5: Zusammenspiel zwischen EFQM und Balanced Scorecard	207
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-6: Kennzahlen	212
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-7: Der indikatorenbasierte Ansatz	221
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-8: Ausgangslage rund um Fehlzeiten	228
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-9: Modifikationen der klassischen Fehlzeitenanalyse	236
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-10: Der prospektive ROI von BGF ⇔ Value of Health	247
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-11: Leistungsstatistik als Instrument des Eigencontrollings.....	250
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-12: Kosten ungestörter Arbeitsstunden als wichtiges Maß	251
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-13: Finanzkennzahlen zur Wirtschaftlichkeitsmessung	254
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-14: Arbeitsfähigkeit als Basis der Gesundheitsscores	259
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-15: Arbeitsanalyse als Baustein der Gesundheitsbefragung.....	270
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 5-16: Gesundheitsbefragung durch Gesundheitsscores.....	279
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 6-1: Stressimpfung nach Donald Meichenbaum.....	310
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 6-2: Progressive Muskelrelaxation	321
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 6-3: Autogenes Training	322
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 6-4: Yoga	322
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 6-5: Problemlösungstechniken	323
<input checked="" type="checkbox"/>	Box 6-6: Ernährung und Stress.....	326
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 1: Empirische Herleitung – unsere Ausgangslage	28
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 2: Grundverständnis BGF	45
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 3: Trends und Entwicklungen	67
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 4: Rechtsgrundlagen.....	87
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 5: Zehn Basisaussagen zur BGF	91
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 6: Risiken bestimmen und Ressourcen fördern.....	122
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 7: Präventionsauftrag	177
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 8: Erfolgskriterien und Prüfpunkte.....	196
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 9: Gesundheitsmonitoring und Risikomanagement	209
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 10: Kennzahlen	239
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 11: Wirtschaftlichkeitsmessung.....	257
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 12: Konzept der Gesundheitsscores.....	285
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 13: Zehn Basisaussagen zur Steuerung	293
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 14: Herausforderungen – aktuelle Problemstellungen.....	327
<input type="checkbox"/>	Check-Liste 15: Zehn Basisaussagen zur BGF	330

Sachverzeichnis

Das Sachverzeichnis enthält Suchbegriffe, die nach unserer Ansicht relevant sind. Ein solches Verzeichnis kann nicht alle Begriffe aufnehmen und auf alle Seiten verweisen, wo diese Begriffe auftreten. Glossarbegriffe sind mit dem Zeichen ↗ versehen. Manche Sachbegriffe beziehen sich auf andere. Wo ein solcher Zusammenhang besteht, haben wir auf den entsprechenden Begriff im Sachverzeichnis verwiesen. Fettgedruckte Seitenzahlen bzw. Seitenzahlbereiche weisen auf Seiten übergreifende Schwerpunktbereiche oder bedeutsame Stellen des Stichwortes hin.

1		
1-plus-4-Modell		155 f.
A		
A-B-C-Strategie (BGM)		175 f.
Abhängige Variablen		102
Abhängigkeitsstörungen	133-137	(siehe <i>Alkoholabhängigkeit</i>)
Absentismus ↗	51, 224 f., 240 f., 256, 289, 293	(siehe <i>Fehlzeiten</i>)
Adipositas		19, 143-147
Alkoholabhängigkeit		133
Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz		82
Altersgerechte Arbeitsgestaltung		34, 53, 297 ff.
Altersflexibilität		299
Altersstruktur		19, 236, 299 f.
Altersstrukturanalyse		34, 300, 306
Alterungsvorgänge		300
American Productivity Audit		231
Anforderungen (unterschiedliche Bedeutungen)	9, 22, 30, 47, 76-84 (gesetzlich), 96-105 (arbeitspsychologisch), 182-199 (Qualitätsmanagement), 258-260, 268, 271 f. (Gesundheitsscores), 296, 302, 305, 309	
Angststörung		138
Arbeitgeberimage	53	(siehe <i>Employer Branding</i>)
Arbeitsanalyse	3, 258-273, 284, 290, 293	
Arbeitsaufgabe	73, 94-106, 118, 122, 191, 271, 288, 300, 318	
Arbeitsdichte	25, 105, 168, 296, 324	
Arbeits-Erholungs-Zyklus ↗		30

Arbeitsfähigkeit	20-23, 27, 124 f., 258-260 , 280, 284, 293, 299, 303 f. <i>(siehe Work Ability)</i>
Arbeitsgestaltung	33 f., 41, 50, 59, 65, 89, 93 f., 124, 170-174, 192, 238, 262, 287-290, 297, 299, 302, 305
Arbeits- und Gesundheitsschutz	6, 38, 46, 51-58 , 67, 70-89, 173
Arbeitsinhalt	23, 29 f., 73 f. , 296 <i>(siehe Arbeitsgestaltung)</i>
Arbeitskräfteerhebung	40
Arbeitslosigkeit	300
Arbeitsmedizin	11, 70, 75, 107, 119 f., 228, 255, 266, 282, 301
Arbeitsorganisation	14, 44, 51, 68, 75 f., 84, 96, 105-107, 111, 126, 131, 171 f., 191, 196, 258, 262, 302 f., 318, 335
Arbeitsorientiertes Lernen 	32
Arbeitspsychologisches Modell	99
Arbeitsqualität	33, 216, 258
Arbeitsschutzausschuss	37, 82 f.
Arbeitsschutzgesetz	6, 55, 69, 70-77, 82-87 , 170, 261 <i>(siehe Rechtsfragen)</i>
Arbeitsschutz-Managementsysteme	6 <i>(siehe GAMAGS)</i>
Arbeitsschutzstrategie	81
Arbeitssicherheitsgesetz	6, 81 f. <i>(siehe Rechtsfragen)</i>
Arbeitsstättenverordnung	77, 83 <i>(siehe Rechtsfragen)</i>
Arbeitsucht	167 <i>(siehe Workaholism)</i>
Arbeitsumgebung	73, 76, 96, 105, 108 f. , 112, 258
Arbeits-/Beschäftigungsverhältnisse	49
Arbeitswelt	7-12 , 14-16, 21, 24-26, 29 f., 33, 41-44, 47-50, 53 f., 65 f., 73, 82, 86, 94, 96, 101-112, 126-130, 138, 140 f., 164, 166, 181, 192, 203, 215, 228, 259, 264, 292 f., 295-299 , 302, 304, 338 f., 342
Arbeitswissenschaft	2, 55, 75 f. , 86, 90 , 99, 259 ff.
Arbeitszeit	14, 22, 24, 34, 73, 83, 85, 96, 107, 126, 140, 152
Arbeitszeitgesetz	75, 83 <i>(siehe Rechtsfragen)</i>
Arbeitszeitgestaltung	44, 50, 83, 107, 126
ArbSchG	<i>siehe Arbeitsschutzgesetz</i>
ArbStättV	<i>siehe Arbeitsstättenverordnung</i>
ArbZG	<i>siehe Arbeitszeitgesetz</i>
ASiG	<i>siehe Arbeitssicherheitsgesetz</i>
Asset Gesundheit	11, 195, 342
Attribution	104
Autogenes Training	319-322

Autotelische Aktivität 31 (siehe Flow)

B

Balanced Scorecard ☞	121, 194, 203-209 , 211, 271, 274, 285, 288, 292 f. (siehe Health Balanced Scorecard)
Bangkok Charta	54, 74
BASA II (Arbeitsanalyse)	267 , 284, 302
BAuA Toolbox	119 , 266 f., 302
Beanspruchungen	51, 55, 93, 95-107 , 122, 172, 261, 267 f., 283, 288, 296
Beanspruchungsfolgen ☞	27, 95-100 , 103, 113, 122, 126, 146, 171, 268, 303 f., 318 (siehe Beanspruchungen)
Beanspruchungsoptimalität ☞	65 f., 106, 315
Belastungen ☞	10, 16, 20-25, 27, 35, 40, 51, 53, 57, 70, 73, 79, 82, 84, 86, 93-95, 96-103 , 108-115, 120-122, 126, 146, 152, 158, 259, 261, 266-270, 291, 295, 302-304, 318
Belastungs- und Beanspruchungsmodell	21 f., 99
BEM	siehe <i>Betriebliches Eingliederungsmanagement</i>
Berufsgenossenschaftliche Vorschriften	79 f., 87
Beschäftigungsfähigkeit	7, 48, 91, 291, 299, 330 (siehe <i>Employability</i>)
Beschwerden	23 f., 27 f., 40-42, 63, 98, 106, 124-126, 143, 191, 202 f., 209, 218, 261, 289 f., 308
Best Practice	39 , 46, 48, 66, 91, 94, 119, 128, 155, 184, 201, 208, 210, 275, 301, 330
Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) ☞	59, 126 f.
Betriebssicherheitsverordnung	83
Betriebsverfassungsgesetz	6, 75, 83 (siehe <i>Rechtsfragen</i>)
BetrSichV	siehe <i>Betriebssicherheitsverordnung</i>
BetrVG	siehe <i>Betriebsverfassungsgesetz</i>
Bevölkerungsvorausberechnung	298, 306
Bewältigungsverhalten	31, 35, 45, 64 (siehe <i>Coping</i>)
Bewegung	14, 16, 19, 37, 60, 123-126, 131, 143, 148, 150-152 , 162 f., 168, 177, 244, 256, 281, 309, 331, 338
Bewegungsapparat	40
BGI 650	80
BGV A1	80
BildscharbV	siehe <i>Bildschirmarbeitsverordnung</i>
Bildschirmarbeitsverordnung	8, 55, 84, 93
Biopsychosoziales Modell	54, 214-217
Body-Mass-Index ☞	40 f., 144




Brainstorming	323
Bürgerliches Gesetzbuch	84 (siehe Rechtsfragen)
Burn-out \heartsuit	3, 20, 42, 51, 55, 57, 65, 74, 94, 110, 160, 308

C

CAF-Modell	292 (Common Assessment Framework)
CEN	78 (European Committee for Standardization)
CENELEC	78 (European Committee for Electrotechnical Standardization)
Change Management	146, 154, 175, 297
Chronifizierung und chronische Erkrankungen	16, 20 f., 33, 42 f., 45, 47 f., 55, 57, 66, 124, 135, 139, 222 f., 227, 301, 308, 340
Chronobiologie	302
Commitment \heartsuit	65, 166, 168, 171, 174, 176, 206, 238, 251, 340
Compliance	151, 160, 244, 283
Controlling	39, 49, 164, 174, 197-209, 210, 213, 242, 248-252, 257, 277 f., 286, 289 (siehe Gesundheitscontrolling: 179-293)
Coping	27, 35, 224, 309-311 (siehe Bewältigungsverhalten)
COPSOQ (Arbeitsanalyse)	267 f., 284
Corporate Governance Kodex \heartsuit	70
Corporate Health Award	61, 301
Corporate Health Kodex	70
Corporate Social Responsibility \heartsuit	47 (siehe soziale Verantwortung)






D

Daily Hassles	104
Datenbank	39 f., 43, 71, 78-80, 245, 268
Datenbank BGVR	80
Datenbank INQA	39
Datenbank NoRA	78
Datenpool Gesundheitsmanagement	278
Datenportfolio	278 f., 285, 293
Datenverknüpfung	286
Defizitmodell	93
DEGS-Studie	15-20
Deklarationen	12, 68 f., 71, 74, 84, 86
Demand/Control-Modell	99
Demografieanalyse	299-300, 302 (siehe Altersstrukturanalyse)


Demografie-Fitness	11, 34, 299
Demografiefond	34, 87
Demografiemanagement 	23, 39, 56-58, 67, 69, 277, 297-307 , 327
Demografische Wandel	6, 16, 19, 34 f., 41 f., 48 f., 53, 224, 229, 259, 291, 297, 304, 332, 342
Depression	20 f. , 27, 65, 73, 124, 138-140 , 177, 220, 222, 245, 281, 308, 310
Deregulierung	53, 67
DeStatis	16
Deutsche Gesellschaft für Ernährung	148-150
Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)	11
Deutsche WAI-Netzwerk	260
DGUV Vorschrift 2	6, 70, 73, 81 f.
Diabetes	19 , 28, 41, 143, 163, 247, 256, 326, 339
Diagnoseportfolio	278-280
DIN EN ISO 10075	78, 87, 267
DIN EN ISO 9000 ff.	186-188 , 196
DIN EN ISO 9004	187 f.
DIN EN ISO 9241	74, 78
Disability Management 	85, 92
Disease Management 	33, 240 f.
Disuse-Hypothese	301
Diversity	54, 81, 300
Doppelrolle der Beanspruchung	101 f. (<i>siehe Beanspruchung</i>)
Duale System	72, 86, 89
Dynaxität	105, 297
DZA	43 (<i>Deutsches Zentrum für Altersfragen</i>)

E

Early Pain Reporting	203, 209
Eckpfeiler des Gesundheitsmanagements	29-91, 333-335 (<i>siehe Gesundheitsmanagement</i>)
EFQM	184-188, 189-192 , 194, 196, 203-209, 216, 278, 285, 288 f., 292 (<i>siehe Total Quality Management</i>)
EFQM-basierte Health Balanced Scorecard	207 (<i>siehe Health Balanced Scorecard</i>)
Eigenverantwortung	7, 9, 33, 45, 57-62, 64, 66 f., 155, 166, 170, 175, 229, 240, 282, 329-342
Emotionsregulation / Emotionarbeit	24, 53, 296

Empirische Evidenz	14-28, 74, 87, 174, 200 f., 242-244, 256, 274
Employability 	7, 48, 94, 125, 299 (siehe Beschäftigungsfähigkeit)
Employer Branding	53, 154 (siehe Arbeitgeberimage)
Empowerment 	8, 65, 122, 127, 155-159, 176 f., 180, 198, 306, 330 f., 338 (siehe Eigenverantwortung)
Enterprise for Health	39 f., 69
Entspannung	168, 174, 308 f., 317, 319-322
Erfolgsfaktoren	173, 180-182 (BGF), 194-196 (BGF), 204, 257, 276 f. (Evaluation), 292, 301 f., 337
Ergonomie	41, 44, 78, 84, 93, 108, 120
Erholung	9, 30 f., 49, 168, 295, 309
Erholungsfähigkeit	22, 24, 27, 126, 162, 168, 285, 308 f., 324
Ermöglichungsdidaktik 	59 (siehe Gesundheitsdidaktik)
Ernährung	1, 14-16, 19, 28, 60, 120, 123-128, 131, 143-151, 162 f., 168, 177, 281, 283, 324-326 (Stress), 338
Ernährungsform	148, 150 (siehe Ernährung)
Ernährungsmodelle	148
Europäische Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz	76, 87
Europäisierung	53, 55, 67, 70, 77, 86-89 (siehe Rechtsfragen)
Evaluation	36, 49 f., 61, 89 f., 120, 124, 147, 193, 196, 201, 243 f., 247 f., 275-277, 286-291, 293, 306, 339, 342
Evidenz 	siehe Empirische Evidenz
Externale Ressourcen	22, 33, 96-98, 103, 113 f., 116-118, 122, 172, 302 (siehe Ressourcen)
Exzellenz 	61, 189, 196





F





FAGS (Arbeitsanalyse)	268, 302
Fehlbelastung	6, 73, 96-98, 110-115, 121 (siehe Belastungen)
Fehlschluss	164, 168
Fehlzeiten	14, 21, 41, 59, 61, 65, 98, 119, 122, 124, 166, 191 f., 197, 206, 221-238, 239, 240-242, 245, 256-258, 270 f., 277 f., 285, 290, 292, 301, 308, 330, 340 (siehe Absentismus)
Fehlzeitenanalyse	3, 56, 205, 228, 230, 231-238
Fehlzeitenmanagement	26, 59, 222
Fehlzeitenreport	228, 294
Finanzkennziffern	249, 252-254, 257, 277, 293
Flow 	31 (siehe Autotelische Aktivität)

Fluktuation ☞	65, 122, 191, 251, 253, 340
Frühindikatoren	122, 216-219 , 221, 238, 256, 271 (<i>siehe Indikatoren</i>)
Frühwarnsystem	209
Führung	24, 26, 33, 44, 51-53, 58 f., 65, 91, 97, 107, 113, 116 , 118, 120, 122, 127-130 (<i>gesunde Führung</i>), 154-159, 170-176, 180, 183 f. (<i>Führungsqualität</i>), 189, 191-196, 218, 238, 258 f., 287-289, 299, 302, 306, 329, 334, 339
Führungsverantwortung	154 f., 273, 339, 341 (<i>siehe Führung</i>)
Fünf-mal-Fünf Wirkungsmodell	287

G

GAMAGS-Studie	173
GDA	72, 81 (<i>Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie</i>)
Gefährdungsanalyse ☞	70, 99, 237, 288, 332
Gefährdungsbereiche	73
Gefahrstoffverordnung	71, 84 (<i>siehe Rechtsfragen</i>)
GefstoffV	<i>siehe Gefahrstoffverordnung</i>
Genuss statt Frust	147 f. (<i>betriebliches Ernährungsprogramm</i>)
Geräte- und Produktsicherheitsgesetz	84 (<i>siehe Rechtsfragen</i>)
Gestaltungsvorschriften	73 (<i>siehe Kapitel 2.3</i>)
Gesunde Arbeitswelt	11, 47, 181, 184, 215, 342
Gesunde Führung ☞	116, 127-130 , 176 (<i>siehe Führung</i>)
Gesundheitsangebote	8, 283, 34, 36 f. , 44, 60 f., 70 f., 120, 126, 130-169 (<i>siehe Toolbox-BGF</i>), 329, 339 (<i>inhaltsbezogene Angebote siehe Kapitel wie Stressmanagement</i>)
Gesundheitsassessment	208 f. (<i>siehe Controlling</i>)
Gesundheitsbefragung	22, 158, 183, 197 f., 215, 237, 267, 270, 271-285 , 302 (<i>siehe Standortbestimmung</i>)
Gesundheitsbegriff	5 f., 10 , 41 , 44 f., 76, 94, 244
Gesundheitsbenchmarking	37, 94, 184, 198, 208 f.
Gesundheitsberichte	14, 139, 158
Gesundheitsbewusstsein	21, 28, 32 f., 54, 153, 211 f., 268, 283, 285, 332, 335
Gesundheitscoaching	36, 44, 59, 143, 177, 338
Gesundheitscrash	61
Gesundheitsdidaktik	29, 59 f. , 62 f., 67, 341
Gesundheitsförderung (BGF) (<i>Kernbegriff, daher häufig genutzt!</i>)	5-12, 24 f., 32, 33-40 (<i>Rahmenbedingungen</i>), 44 f. (<i>Perspektiven BGF</i>), 61, 68 f., 81, 84, 89, 93-97, 101, 103, 119 f. (<i>Managementaufgabe</i>), 124, 126, 152, 170, 174, 176, 185, 191, 240-244 (<i>Wirtschaftlichkeit</i>), 250, 264, 271, 285 f., 294, 303, 315, 330, 333 f., 341 (<i>siehe Eckpfeiler → Kapitel 2</i>)

Gesundheitsindex	289 f.
Gesundheitsindikatoren	6 f., 15 f., 41, 120-122, 184, 191, 208, 216-211 , 238 f., 256, 271 ff. (<i>Gesundheitsscores</i>), 291-293 (<i>siehe Indikatoren</i>)
Gesundheitskommunikation 	152-155, 177
Gesundheitskompetenz 	22, 29, 52, 60 f., 62-65 , 67, 173, 217 f., 240, 287-290
Gesundheitskultur 	36, 52 , 57, 62, 66 f., 91, 97, 116, 120 f., 123, 127, 130, 169-177 , 181, 192, 195, 209, 268, 281, 288 f., 292, 329, 333, 337 f.
Gesundheitskybernetik	10 (<i>siehe Regulationskompetenz</i>)
Gesundheitsmanagement (BGM) (<i>Kernbegriff, daher häufig genutzt!</i>)	28, 39, 46, 91, 116, 119-122, 127, 145, 174-177 , 182-195 (<i>Qualitätsmanagement</i>), 197, 204 f., 209, 217, 221, 239, 279, 292 f., 329-334, 337
Gesundheitsmarketing	152 f., 175, 177, 194, 279, 339 (<i>siehe Gesundheitskommunikation</i>)
Gesundheitsmonitoring	15-17 , 180, 183, 197-209 , 212, 244, 286, 292 (<i>siehe Gesundheitsassessment, Evaluation, Controlling</i>)
Gesundheitsökonomie	34, 247 f.
Gesundheitspolitik	7, 9, 32, 45, 47, 49, 51-53, 56, 66 f., 81, 86 f., 92, 180
Gesundheitsquote	59, 121, 183, 203, 226
Gesundheitsreport	14 f., 41, 287 (<i>Krankenkassen</i>)
Gesundheitsscores	179, 231, 236, 257-286 , 293, 332
Gesundheitsstatus	13, 14-21 , 28, 208
Gesundheitsstarifvertrag	81, 87
Gesundheitsverhalten	14-17, 22, 28, 54, 64, 89, 122, 127, 153, 160-169 , 173, 180, 192, 212, 216 f., 240, 276, 280-282, 301, 331, 335 (<i>siehe Risikoverhalten</i>)
Gesundheitsverständnis	8, 42, 44 , 54, 67, 86, 170 (<i>siehe Gesundheitsbegriff</i>)
Gesundheitszirkel 	53, 126
Gesundheitszustand	17, 22, 40-45 , 122, 216, 220, 224, 238, 280-282, 285 (<i>siehe Gesundheitsstatus</i>)
Gewichtsreduktion	145, 146 (<i>siehe Adipositas</i>)
Gleichbehandlungsgesetz	84 (<i>siehe Rechtsfragen</i>)
Globalisierung	16, 35, 54, 67, 74, 81
GPSG	<i>siehe Geräte- und Produktsicherheitsgesetz</i>
Grundgesetz	84
H	
Hamburger Modell	228, 230
Handlungsfelder	9, 13, 25-28 (<i>Gesundheitsförderung</i>), 44 f., 47, 120 f., 160, 174, 182, 185, 215, 299

Handlungsregulationstheorie 	105, 261
Handlungsvektoren BGF	166, 196, 333
Hardiness 	115, 302
Health and Productivity Management	210, 246
Health Balanced Scorecard 	36, 121, 179, 203-208, 209, 256, 271, 284, 288 (siehe <i>Balanced Scorecard</i>)
HERO-Studie 	41, 245 f., 293
Humanisierung	29-31, 94, 264, 339 (siehe <i>Humankriterien</i>)
Humankapital	65, 198, 252 f., 257, 330
Humankriterien	264 f.



I

IGA	siehe <i>Initiative Gesundheit und Arbeit</i>
ILO	76 (<i>International Labour Office</i>)
Indikatoren	6 f., 16 f., 41, 94, 120-122, 183 f., 191, 199-212, 216-221, 238, 271, 277, 279, 280 f., 291-293, 334 (siehe <i>Gesundheitsindikatoren, Früh-/Spätindikatoren</i>)
Individualisierung	26, 160, 320 f.
Informationssystem Gesundheitsbericht	43 (siehe <i>Gesundheitsberichte</i>)
Initiative Gesundheit und Arbeit	16, 202, 241, 243
Initiative Neue Qualität der Arbeit	30, 39 f., 69
INQA	siehe <i>Initiative Neue Qualität der Arbeit</i>
Internale Ressourcen	107, 114-116, 118, 304 (siehe <i>Ressourcen</i>)
Internationalisierung	38, 76-78, 134 (siehe <i>Europäisierung</i>)
Investition	11, 34, 241, 330 (siehe <i>Finanzkennziffern</i>)
ISO-Philosophie	186 (siehe <i>DIN EN ISO 9000 ff.</i>)

J

JarbSchG	siehe <i>Jugendarbeitsschutzgesetz</i>
Jojo-Effekt	145
Jugendarbeitsschutzgesetz	85 (siehe <i>Rechtsfragen</i>)

K

KAN	siehe <i>Kommission Arbeitsschutz und Normung</i>
Kausalität	13, 17 f., 42, 89, 98, 165, 194, 202, 206, 214-217, 330
Kennzahlen	89, 91, 94, 127, 179, 192, 197-208, 210-239 (<i>allgemein</i>), 244-248, 252-254 (<i>Finanzkennzahlen</i>), 255, 257, 270, 271-279 (<i>Gesundheitsscores</i>), 284 f., 289-293, 333
Key Performance Indikatoren 	211, 292
KFZA (Arbeitsanalyse)	siehe <i>Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse</i>
Ko-/Multimorbidität 	16, 21, 42, 45, 47, 144

Kohärenz ☞	10, 33, 54, 113 f., 332 (siehe Salutogenese)
Kommission Arbeitsschutz und Normung	72, 78
Kondratieff-Zyklus ☞	46
Konfliktbearbeitung	141-143
Konfliktmanagement	127, 141-143, 177
Konstruktivismus ☞	59 (siehe Gesundheitsdidaktik, Ermöglichungsdidaktik)
Kontrollüberzeugung ☞	115
Konzept der Anforderung und Belastung	99
Konzept der vollständigen Tätigkeit	99
Konzertierte Aktion	43, 299, 307, 327
Körperintelligenz	148, 320, 326
Kosten ungestörter Arbeitsstunden	249-252, 257, 293
Kostencontrolling	120, 210, 227, 230 f., 239, 241-257 (siehe Controlling)
Krankheitspanorama	16, 67, 228, 339 (siehe Gesundheitszustand, Chronifizierung)
Kundenorientierung	50, 70, 188, 192, 196, 296, 334 (siehe ISO-Philosophie)
Kundenzufriedenheit	186
Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse	266, 284

L

Längsschnittstudie	13, 16-25, 110, 125, 200, 212, 240, 244, 275 f., 282 f.
Lebensqualität	6, 17, 24, 46, 146
Lebensstil	17, 148, 161, 338, 340
Lebenszeitprävalenz	139
Leistungsstatistik	249-251, 256 f., 278, 293
Leitlinien	29, 46, 68 f., 71, 74, 86, 170, 180, 191, 195, 200 f., 206, 306
Leitsätze BGF	330-336
Lernende Organisation	303
Lernzyklus	182-185, 196, 292
Liberalisierung	69, 86 (siehe Rechtsfragen)
Life Cycle	61, 63 (siehe S-I-N-E-Prinzip)
Life-Event-Forschung	102
Life-Leadership	110
LOGI-Methode	150 f.
Lost Productive Time	231
Luxemburger Deklaration	68 f., 74, 86 (siehe Deklarationen)

M

Managed Care System ☞	34, 45, 48, 66
Managementaufgabe	119 (siehe Gesundheitsmanagement)
Mediation	142 f., 177 (siehe Konfliktbearbeitung)
Mehrkomponentenprogramme	209, 240, 244, 256
Menschenbild	70, 89 (siehe Humankriterien, Humanisierung)
Messinstrumente	205, 291 (siehe Gesundheitscontrolling)
Metaanalyse ☞	96, 107, 156, 217-220, 243 f.
Metabolisches Syndrom ☞	19, 28, 42, 150 f., 339
Mindmapping	323
Mitarbeiterbeteiligung	55, 68, 126 (siehe Partizipation)
Mittelstand	39, 49, 56-58, 66, 330
Mobbing	44, 53, 62, 109, 141 (siehe Konfliktbearbeitung)
Modell der Arbeitscharakteristika ☞	217
Moderatoren	25, 201, 217, 219, 239
Monotonie ☞	74
Morbidität ☞	siehe Ko- und Multimorbidität
Morbiditätsstatistiken	41
Move europe	69
Multiple Chemical Sensitivity ☞	55
Multiplikatoren	128, 158 f., 334, 339
MuSchG	siehe Mutterschutzgesetz
Muskelentspannung	319-321
Muskel-Skelett-Erkrankungen	20, 41 f., 73, 124, 220, 228
Mutterschutzgesetz	85 (siehe Rechtsfragen)

N

Nachhaltigkeit (BGF/BGM)	9, 21, 25, 30, 36, 46 f., 49, 52, 55, 57 f., 60 f., 65, 67, 81, 91 f., 97, 116, 123, 125, 127, 129 f., 135, 145 f., 155, 166, 169-176, 181 f., 196, 197, 210 f., 256, 270, 275, 277, 307, 330 f., 333 (siehe Sustainable Human Resource Management)
Nachsorgegruppe	138
Neue Arbeits- und Organisationsformen	55, 76, 296
Normen	69, 78, 80, 87, 110, 144, 169, 173, 187, 214

O

Optimistische Fehlschluss	160
Organizational Citizenship Behaviour	26, 117

Orgapathologien	218
Ottawa Charta	8, 54, 68, 74, 86
P	
Panel	13, 284
Paradigmenwechsel	6, 25, 30, 32 f., 45, 51, 59, 66 f., 94, 180, 264
Partizipation	53, 57, 126, 155, 157 f., 166, 175, 177, 180, 183, 191 f., 196, 198, 264, 267, 279, 292, 297, 331, 335 (siehe Mitarbeiterbeteiligung)
Partizipative Verhältnisprävention	335
Partizipatives Produktivitätsmanagement ☞	55
Pathogenese	siehe Salutogenese
PDCA	184, 205
Person-Environment-Fit	102
Präsentismus ☞	53, 164, 166, 222 f., 227, 230 f., 238 f., 289
Prävention ☞ (Kernbegriff, daher häufig genutzt!)	7, 9, 16, 21, 24, 28, 33, 35 f., 39, 43, 47 f., 59, 79 f., 85, 89 f., 93 f., 112-118, 123-177 (Präventionsauftrag), 191, 201, 242 f., 256-259, 300 f., 303 f., 330-336 (siehe Verhaltens- und Verhältnisprävention, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention)
Präventionsbilanz	24, 343
Präventionsressourcen	26, 93, 112-118, 308
Prekäre Arbeitsverhältnisse	49
Primärprävention	85, 134 f., 170, 303
Problembewusstsein	147
Problemlösetechniken	156, 322 f.
Problempyramide BGF	197 f., 329
PROCAM-Studie	15
Progressive Muskelentspannung	322
Prospektiver ROI	212, 230, 244-248, 256, 286, 293
Prozessmanagement	205
ProZukunft (betriebliches Projekt)	301
Psychische Beanspruchung	97 f., 99-101, 122, 261, 283, 288, 303 f.
Psychische Belastung	6, 20, 23, 25, 53, 57 f., 65, 70, 78, 82, 84, 87, 95 f., 98-101, 220, 228, 261 f., 267 f., 280, 295 f. (siehe psychosoziale Belastung)
Psychische Gesundheit	10, 15, 244, 261
Psychische Störung ☞	11, 16, 20 f., 41, 43 f., 73, 105, 109, 133-143, 167, 177, 228, 281
Psychosoziale Belastung	16, 22 f., 44 f., 51, 53, 55, 70, 73, 78 f., 86, 96, 109 f., 112, 126, 268, 270, 318

Psychosoziales Wohlbefinden 122, 140, 170, 172, 216 (siehe Wohlbefinden)

Q

Qualität der Fehlzeiten 232-236, 293
 Qualitätsanforderungen 263, 296
 Qualitätskriterien 68, 74, 86, 182-184, 186, 191, 196 f., 292
 Qualitätsmanagement 61, 164, 179, 182-195, 196 f., 199, 216, 254, 285, 292
 (siehe Total Quality Management, Exzellenz, EFQM)
 Qualitätssicherung 91, 182, 186, 193, 257, 292-294, 330, 334,
 337, 339 (siehe Kapitel 5)

R

RADAR-Bewertungsmethodik 184-186, 194, 199 (siehe PDCA)
 Radmodell der Arbeitswissenschaften 90
 Rechtsfragen 6, 38, 55, 68-87
 Refinanzierung 38, 340
 Regenschirmmentalität 10, 89 f.
 Regulations- und Ressourcmodell 100
 Regulationsbehinderungen 105 f., 265, 288
 Regulationskompetenz ☞ 7, 10-12, 65 (siehe Selbstregulation)
 Regulationsstörungen 140
 Rehabilitation 21, 33, 35 f., 85, 133-138
 Reifegradmodell 184
 Reparaturergonomie 32, 89 f.
 Repetitive Strain Injury ☞ 55
 Ressourcen ☞ 21 f., 28, 30, 33-35, 44, 48 f., 51, 53, 60, 78, 93-103
 (Kernbegriff, daher häufig genutzt!) (allgemein), 107, 109, 111, 112-118 (Präventionsres-
 sourcen), 121 f., 126, 132, 146, 155-159, 164, 168, 171,
 174, 187, 189-193 (Qualitätsmanagement), 247, 249 f.,
 257-259 (Arbeitsfähigkeit), 266, 268, 289 f., 296, 302-
 304 (Demografiemanagement), 309, 315, 318, 340
 (siehe interne und externe Ressourcen)
 Return on Investment (ROI) ☞ 89, 198, 210, 212, 239-257, 279, 286, 292 f.
 Risiken 6, 13, 14-28 (Studien), 23, 28, 73, 77 f., 93-95, 98,
 105-110, 122, 126, 132, 151, 160-169, 174, 191 f.,
 200-202, 209, 245, 256, 261, 272, 293, 308, 330, 340
 Risikoidentifikation 93, 200, 209
 Risikokataster 13, 19, 236
 Risikokombinationsindex 24
 Risikomanagement 197, 199-203, 209, 292, 256
 Risikosensibilisierung 162, 167 (siehe Sensibilisierung)
 Risikoverhalten 160-169, 331

Robert Koch-Institut (RKI)	15 f., 43
Rubikon-Modell der Motivation ☞	137
Rückkehrgespräche	59, 126

S

Salutogenese ☞	10, 28, 33, 44 f., 54, 63, 91 f., 94, 114 f., 168, 259, 264, 315, 330 (siehe Kohärenz)
Sekundärprävention	9, 47, 130, 139
Selbstbestimmung	8 f., 164 f., 336-341 (siehe Eigenverantwortung)
Selbstbewertung	184 f., 188, 196, 205-209, 292 (Qualitätsmanagement)
Selbsteinschätzungsfragebogen	185
Selbsthilfegruppe	138, 147
Selbstmanagement	10, 110, 258, 268, 309, 315
Selbstregulation	7, 31, 45, 60-65, 100, 169, 315, 334 f.
Selbstwirksamkeit ☞	10, 33, 64-67, 115, 137, 164-166, 218, 280, 309 f., 331 f. (auch Selbstwirksamkeitserwartung)
Sensibilisierung	36, 60-65, 131, 139, 154, 167, 176 f., 337, 339 (siehe Risikosensibilisierung)
Sensibilitätsindex (Fehlzeiten)	235 f., 238
Servicescheine	249, 254 f., 256 f., 276
S-I-N-E-Prinzip	61 f. (siehe Life-Cycle)
SMART-Studie	151
Solidarsystem	34, 48
Soziale Unterstützung	26, 36, 97, 100, 113, 116 f., 172
Soziale Verantwortung ☞	47 f., 66, 75, 86 (siehe Corporate Social Responsibility)
Sozialgesetzbuch	6, 69, 72, 85, 340 (siehe Rechtsfragen)
Sozialkapital	65 f., 92, 192
Spätindikatoren	122, 216-218, 221, 238, 256, 292 (siehe Indikatoren)
Stakeholder	37 f., 45, 181, 201, 233
Standardisierung	231-238 (Fehlzeiten), 291 (siehe Evaluation)
Standortbestimmung	13, 18, 21-25, 302 f., 316
Statistisches Bundesamt	15, 373, 376, 392
Stress (Kernbegriff, daher häufig genutzt!)	16, 20 f., 40, 42, 64, 74, 94-97, 100, 102, 105, 107, 120-127, 132 f., 144 f., 156, 161, 163, 166 f., 172, 218, 228, 245, 256, 261, 265, 280 f., 295, 297, 308-327 (siehe Belastungen)
Stressbewältigung	14, 166, 308-310
Stress-im-Griff-AG	314-317

Stressimpfung	310
Stressinventar	318 f.
Stresskompetenz	121, 308 f.
Stressmanagement ☞	120, 160, 244, 295, 297, 308 f., 311 f., 324, 327 (siehe Stress)
Stresspräventive Ernährung	325 f.
Stressreport Deutschland	228, 295, 381
Stresstheorie	35, 309 (siehe transaktionale Stresstheorie)
Subsidiarität ☞	52, 59, 67, 341
Sucht	126, 133-138, 145, 167
Suchtberatung / -prävention	37, 44, 133-138, 139
Sustainable Human Resource Management ☞	46
System LIFE	9, 61 f., 336-341
Systemischer Ansatz ☞	siehe Konstruktivismus

T

Tätigkeitsanalyse ☞	215, 258 (siehe Arbeitsanalyse)
Telearbeit	55, 296
Tertiärprävention	9, 134, 136 (siehe Prävention)
Terzertilisierung ☞	206
Theorie der Betriebsunterbrechung	250
Toolbox Arbeitsanalyse	119, 266 f.
Toolbox BGF	112, 118, 123, 130-132
Total Quality Management ☞	182, 189, 194 f., 196, 203, 209, 288 (siehe Qualitätsmanagement)
Transaktionale Stresstheorie	35, 102, 309, 311 (siehe Stresstheorie)
Treiber- und Indikatorenmodell	216 f.
Treiberfaktoren	174, 216 f., 281, 289
Trends	17 f., 29, 33, 46, 50-59, 61, 66 f., 86, 209
Typ-A-Persönlichkeit	106 f.

U



Übergewicht	19, 21, 143-145, 163 (siehe Adipositas)
Unfallkostenrechnungen ☞	257
Unfallpersönlichkeit	164
Unfallverhütungsvorschrift	6, 80-82 (siehe Rechtsfragen)
UN-Menschenrechts-Charta	84

V

Value of Health	239, 247
Veränderungen in der Arbeits- und Lebenswelt	50, 53-56, 296 f. (siehe Trends)
Verfahrensaudit	164
Verfahrensmodifikation	145
Verhaltenspathogene	8, 28, 163
Verhaltensprävention	124-130, 131 f., 168, 176, 334, 340 (siehe Prävention)
Verhältnisprävention	24, 124-130, 131 f., 176, 191, 258, 266, 332, 335 (siehe Prävention)
Vertrauen	10, 28, 32 f., 44 f., 54, 62-65, 113 f., 122, 154-159, 165, 172, 177, 187, 192, 206, 310, 331, 337, 340 (siehe Partizipation, Kohärenz, Selbstwirksamkeit)
Vertrauenskultur	
Verzehrstudie	15, 19, 40, 143
Visionen	29, 49 f., 50, 53, 66, 69, 175, 204 f., 207, 303 (siehe Trends)
Vitalitätsaudit	342
Volkskrankheiten	19, 27, 41, 124, 339 (siehe Krankheitspanorama)
Vollständigkeit	25, 105, 290, 297 (siehe Handlungsregulationstheorie, Arbeitsinhalt, Theorie der Vollständigkeit)
Vorteile von BGF	340
Vulnerabilität	162

W





WAI	siehe Work Ability Index
WAI-Netzwerk	260
Waist-to-height ration	144
Wertkette \curvearrowright	180, 195
Wertschätzung	30, 32, 36, 43, 45, 116, 159, 177, 297 (siehe Partizipation, Führung, gesunde Führung)
Wertschöpfung	56, 91, 180 f., 196 f., 209 f., 247, 252-257, 292, 329, 334 (siehe Value of Health, Wirtschaftlichkeit)
WHO Definition	5-7, 19, 44, 74, 76, 86, 340
WidO (Wissenschaftl. Institut der AOK)	14, 21, 228
Wirksamkeit	36 f., 56, 66, 127, 160, 181, 196, 209, 238, 240, 243, 248, 263, 275 f., 280, 284-286, 291-293, 320, 339
Wirkungsebenen BGF	70 f.
Wirkungsmodell zur Gestaltung gesunder Arbeit	37, 287, 291 (siehe Wirksamkeit)
Wirtschaftlichkeit	121, 127, 179, 191 f., 239-257, 263 (siehe Finanzkennziffern, Wertschöpfung)

Wirtschaftlichkeitsmaße	248 f., 256
Wirtschaftlichkeitsmessung	179, 239-257 , 293 (<i>siehe Wirtschaftlichkeit</i>)
Wohlbefinden (<i>Kernbegriff, daher häufig genutzt!</i>)	5, 9, 14, 44, 46, 50 f., 68, 70, 92, 94, 97, 110, 117, 122, 124, 150, 154, 167, 171 f., 192, 228, 244, 268, 289, 303 (<i>siehe WHO-Definition, psychosoziales Wohlbefinden</i>)
Work Ability Index (WAI) 	27, 125, 167, 258-260 , 273, 280, 284, 293, 299 (<i>siehe Arbeitsfähigkeit</i>)
Workaholism	167 (<i>siehe Arbeitssucht</i>)
Work-Life-Balance 	8, 43, 45, 54, 58 f., 94, 110, 191, 271, 285, 324, 340
Wuppertaler Gesundheitsindex	289 f.
Y	
Yoga	158, 320, 322
Z	
Zeitmanagement	324





Quellenverzeichnis



Literatur



















-  Buch
-  Buchbeitrag
-  Elektronisches Medium
-  Zeitschriftenbeitrag

A

-  Adenauer, S. & Stowasser, S. (2009). Der demografiefeste Betrieb. *Angewandte Arbeitswissenschaft*, 199, 2-14.
-  Alberti, K. G., Zimmer, P. & Shaw, J. (2006). Metabolic syndrome – a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 23 (5), 469-480.
-  Albus, M. & Wandl, U. (2007). Psychische Erkrankungen im Kontext von Berufsunfähigkeits- bzw. Rentenversicherung: Daten zur Epidemiologie. *Bayerisches Ärzteblatt*, 11, S. 606-608.
-  Aldana, St. G. (2001). Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion*, V 15 (5), pp.296-320.
-  Amelung, V. E. (2012). *Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. 5. Auflage. Wiesbaden: Gabler.
-  Anderson, D. R, Whitmer, R. W., Goetzel, R. Z., Ozminkowski, R. J., Dunn, R. L., Wasserman, J. & Serxner, S. (2000). The relationship between modifiable health risks and group-level health care expenditures. Health Enhancement Research Organization (HERO) Research Committee. *American Journal of Health Promotion*, 15 (1), pp. 45-52.
-  Antoni, C. H. (1996). Teilautonome Arbeitsgruppen: Ein Königsweg zu mehr Produktivität und einer menschengerechten Arbeit? In Serie *Arbeits- und Organisationspsychologie in Forschung und Praxis*; Bd. 7. Weinheim: Psychologie Verlags Union, Beltz.
-  Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
-  Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
-  Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People manage Stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
-  Arnold, R. & Tutor, C. G. (2007). *Grundlagen einer Ermöglichungsdidaktik: Bildung ermöglichen – Vielfalt gestalten*. Augsburg: Ziel-Verlag.
-  Arnold, R. (2007). *Ich lerne, also bin ich: Eine systemisch-konstruktivistische Didaktik*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

B

-  **Badura, B. & Hehlmann, Th. (2003).** Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg: Springer.
-  **Badura, B. & Siegrist, J. (2002).** (Hg.). Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse. 2. Auflage. Weinheim: Juventa.
-  **Badura, B. (2007).** Kennzahlen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Vortrag in der Konferenz „Qualität der Arbeit – Schlüssel für mehr und bessere Arbeitsplätze“ vom 02.-03. Mai 2007. (Download Präsentation unter URL http://toolbox.age-management.net/data/kennz_bgm_badura.pdf; Stand 09. 11.09)
-  **Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008).** Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Heidelberg: Springer.
-  **Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, Chr. (2007).** Fehlzeiten Report 2006: Chronische Krankheiten – Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung. Heidelberg: Springer.
-  **Badura, B., Schröder, H. & Vetter, Chr. (2009).** Fehlzeiten-Report 2008: Betriebliches Gesundheitsmanagement – Kosten und Nutzen. Heidelberg: Springer.
-  **Bamberg, E. (2006).** Die Effektivität betrieblicher Gesundheitsförderung – eine Frage der Untersuchungsmethode? *Wirtschaftspsychologie*, 8 (2/3), 40-46.
-  **Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (1998).** (Hg.). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung: Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. In Schriftenreihe *Psychologie und innovatives Management*, hrsg. von S. Greif und H.J. Kurtz. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, Hogrefe.
-  **Bandura, A. (1977).** Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
-  **Bandura, A. (1997).** Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
-  **Bandura, A. (2000).** Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. In P. Norman, C. Abraham and M. Conner (Eds.), *Understanding and changing Health Behavior: From Health Beliefs to Self-Regulation*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, pp. 299-339.
-  **BAuA. (1997).** (Hrsg.). Quality Management in Workplace Health Promotion. In Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, TB 81 (Tagung). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
-  **BAuA. (2007).** (Hrsg.). Mit Sicherheit mehr Gewinn: Wirtschaftlichkeit von Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit. 3. Auflage. Berlin, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
-  **Baumann, U., Humer, K., Lettner, K. & Thiele, C. (1998).** Die Vielschichtigkeit von sozialer Unterstützung. In S. Margraf, J. Siegrist und S. Neumer (Hg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin [u. a.]: Springer.
-  **Becker, M. & Seidel, A. (2006).** (Hg.). Diversity Management: Unternehmens- und Personalpolitik der Vielfalt. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
-  **Becker, M. (2008).** Messung und Bewertung von Humanressourcen. Konzepte und Instrumente für die betriebliche Praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
-  **Becker, M. (2009).** Personalentwicklung: Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung. 5. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

-  **Bernard, L.C. & Krupat, E. (1994).** Health Psychology - Biopsychosocial Factors in Health and Illness. Fort Worth, New York [i. a.]: Harcourt Brace College Publishers.
-  **Bernhardt, J. M. (2004).** Communication at the core of effective public health. *American Journal of Public Health*, 94 (12), 2051-2053.
-  **Bernstein, D. & Berkovec, T. (1995).** Entspannungstraining. München: Pfeiffer.
-  **Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung. (2004).** (Hrsg.). Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik: Vorschläge der Expertenkommission. 2. Auflage. Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung.
-  **Bischof, H. (2010).** Das CURRENTA BGM-Konzept – eine Antwort auf die demografische Herausforderung. In: Trimpop, R., Gericke, G. & Lau, J. (Hrsg.). Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Sicher bei der Arbeit und unterwegs - wirksame Ansätze und neue Wege. Heidelberg: Asanger, S. 135-138.
-  **BKK. (1999).** (Hrsg.). Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. In Reihe „Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen – Erfolgreiche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.
-  **BKK. (2003).** (Hrsg.). Fragebogen zur Selbsteinschätzung. In Reihe „Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen – Erfolgreiche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa. 4. Auflage. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.
-  **Blanchard, K., Carlos, J.P. & Randolph, A. (1998).** Das neue Führungskonzept: Mitarbeiter bringen mehr, wenn sie mehr dürfen. Hamburg: Rowohlt Verlag.
-  **BMAS. (2009).** (Hrsg.). Klare Sache - Informationen zum Jugendarbeitsschutz und zur Kinderarbeitsschutzverordnung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion.
-  **Böcken, J., Braun, B. & Amhof, R. (2007).** (Hg.). Gesundheitsmonitor 2007 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
-  **Böcken, J., Braun, B. & Landmann, J. (2009).** (Hg.). Gesundheitsmonitor 2009 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
-  **Bödeker, W. & Kreis, J. (2006).** (Hg.). Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
-  **Böhne, A. & Breutmann, N. (2009).** Beschäftigbarkeit erhalten – Eigenverantwortung stärken. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaften*, 63 (4), S. 291-292.
-  **Bortz, J. (2005).** Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 6. Auflage. Heidelberg: Springer.
-  **Boucsein, W. (1991).** Arbeitspsychologische Beanspruchungsforschung heute - eine Herausforderung an die Psychophysiologie. *Psychologische Rundschau*, 42 (3), 129-144.
-  **Brandenburg, U. & Domschke, J.-P. (2007).** Die Zukunft sieht alt aus – Herausforderungen des demografischen Wandels für das Personalmanagement. Wiesbaden: Gabler.
-  **Brandenburg, U. & Nieder, P. (2009).** Betriebliches Fehlzeiten-Management: Instrumente und Praxisbeispiele für erfolgreiches Anwesenheits- und Vertrauensmanagement. 2. Auflage. Wiesbaden: Gabler.
-  **Brandenburg, U., Nieder, P. & Susen, B. (2000).** (Hg.). Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Grundlagen, Konzepte und Evaluation. Weinheim, München: Juventa.



Brauer, J.-P. (2009). DIN EN ISO 9000:2000 ff. umsetzen – Gestaltungshilfen zum Aufbau Ihres Qualitätsmanagementsystems. Reihe Pocker Power. 5. Auflage. München: Hanser.



Brenner, H. (2002). Progressives Entspannungstraining: Praxis der Tiefmuskelentspannung. Lengerich: Pabst Publishers.



Breyer, F., Zweifel, P. & Kifmann, M. (2005). Gesundheitsökonomik. Berlin [u. a.]: Springer.



Burdorf, A. (2007). Economic Evaluation in Occupational Health – its goals, challenges, and opportunities. *Scandinavian Journal of Environmental Health*, 33, pp. 161-164.



Buzan, T. & Buzan, B. (2005). Das Mind-Map-Buch – Die beste Methode zur Steigerung Ihres geistigen Potenzials. Landsberg am Lech: mvg Verlag.

C



Caballero, B. (2007). The Global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiologic Reviews*, 29, 1-5.



Chandran, U., Thesenvitz, J. & Hershfield, L. (2004). Changing Behaviours: A Practical Framework. The Health Communication Unit. Center for Health Promotion. University of Toronto.



Chapman, L.S. (2003). Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. *American Journal of Health Promotion, The Art of Health Promotion*, January/February 2003, pp.1-10.



Chapman, L.S. (2005). Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2005 Update . *American Journal of Health Promotion, The Art of Health Promotion*, July/August 2005, pp.1-11.



Chapman, L.S. (2012). Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2012 Update . *American Journal of Health Promotion, The Art of Health Promotion*, March/April 2012, pp.1-12.



Christenson, B. A. & Johnson, N. E. (1995). Educational inequality in adult mortality: an assessment with death certificate from Michigan. *Demography*, 32, 215-229.



Covey, S. R. (2005). Die 7 Wege zur Effektivität: Prinzipien für privaten und beruflichen Erfolg. Offenbach: Gabal.



Craes, U. & Mezger, E. (2001). (Hg.). Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement: Beispiele aus der Arbeitswelt. Hrsg. von der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung unter wissenschaftlicher Leitung von Bernhard Badura. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.



Crouhy, M., Galai, D. & Mark, R. (2006). The essentials of risk management. New York: McGraw-Hill Professional.



Csikszentmihalyi, M. (1991). Flow: The Psychology of Optimal Experience. New York: Harper Perennial.















D



Demmer, H. (1995). Betriebliche Gesundheitsförderung – von der Idee zur Tat. Europäische Serie zur Gesundheitsförderung, Nr. 4, WHO-Europa, hrsg. Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV). Kopenhagen, Essen: BKK BV.



Denscombe, M. (1993). Personal health and the social psychology of risk taking. *Health Education Research*, 8, 505-517.

-  **Destatis. (2009a).** Niedrigeinkommen und Erwerbstätigkeit – Begleitmaterial zum Pressegespräch am 19. August 2009 in Frankfurt am Main. Hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Gruppe ID, Pressestelle, in Zusammenarbeit mit den Gruppen III D „Arbeitsmarkt“ und V D „Verdienste und Arbeitskosten“. Wiesbaden
-  **Destatis. (2009b).** Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. Pressestelle des Statistischen Bundesamts: Wiesbaden.
-  **Destatis. (2012).** 2011: Zahl der unbefristet in Vollzeit Beschäftigten steigt deutlich. *Pressemitteilung vom 30. Juli 2012 – 263/12*. Statistisches Bundesamts: Wiesbaden. (Download unter URL [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Bevoelkerungsvorausberechnung.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Bevoelkerungsvorausberechnung.html; Stand 02/2013); Stand 02/2013).
-  **DGE – Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (2000).** (Hrsg.). Ernährungsbericht 2000. Frankfurt am Main: Druckerei Henrich.
-  **DGFP e.V. (2004).** (Hrsg.). Unternehmenserfolg durch Gesundheitsmanagement: Grundlagen, Handlungshilfen, Praxisbeispiele. In der Schriftenreihe der *Deutschen Gesellschaft für Personalführung* e.V., Bd. 71. Bielefeld: Bertelsmann.
-  **DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2010).** DGUV Vorschrift 2 – Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit – Hintergrundinformation für die Beratungspraxis. (Download unter URL http://www.dguv.de/inhalt/praevention/vorsch_regeln/documents/dguv_v2_hand.pdf; Stand 17.12.12)
-  **Dickhuth, H.-H. & Schlicht, W. (1999).** Körperliche Aktivität in der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. *Sportwissenschaft*, 27, 9-22.
-  **Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2004).** Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber.
-  **Ditto, P. H., Jemmott, J. B. III. & Darley, J. M. (1988).** Appraising the threat of illness: A mental representational approach. *Health Psychology*, 7, 183-201.
-  **Dlugosch, G. E. & Krieger, W. (1995).** Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens. Frankfurt: Swets Test Services.
-  **DNBGF – Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. (2008).** (Hrsg.). Leuchttürme der Betrieblichen Gesundheitsförderung: Beispiele guter Praxis im Öffentlichen Sektor. (Download unter URL http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2008/Leuchttuerme_BGF.pdf; Stand 27.12.2012)
-  **Dörner, D. (2003).** Die Logik des Misslingens. Strategisches Denken in komplexen Situationen. Hamburg: Rowohlt.
-  **Downey, A. M. & Sharp, D. J. (2007).** Why do managers allocate resources to workplace health promotion programmes in countries with national health coverage? *Health Promotion International*, 22 (2), pp. 102-111.
-  **Dunckel, H. (1999).** (Hrsg.). Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. In Schriftenreihe *Mensch-Technik-Organisation*, hrsg. von E. Ulich, Bd. 14. Zürich: vdf Hochschulverlag.
-  **Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulmann, J. & Kraaij, V. (1999).** A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18, 506-519.

E



Edington, D.W. & Schultz, A.B. (2008). The total value of health: a review of literature. *International Journal of Workplace Health Management*, 1 (1), pp. 8-19.



Ehnert, I. (2009). Sustainable Human Resource Management: A Conceptual and Exploratory Analysis from a Paradox Perspective. Series: *Contribution to Management Science*. Berlin, Heidelberg: Physica-Verlag.



Ehrenberg, A. (2004). Das erschöpfte Selbst – Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.



Elke, G. & Schwennen, C. (2008). Stand und Perspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). In C. Schwennen (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit: Perspektiven – Visionen*; 15. Workshop 2008. Kröning: Asanger, 2008, S. 39-42.



Elke, G. (2001). Sicherheits- und Gesundheitskultur I – Handlungs- und Wertorientierung im betrieblichen Alltag. In B. Zimolong (Hrsg.), *Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes – Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler, S. 171-200.



Elke, G. (2002). Fragebogen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. In R. Trimpp & B. Zimolong & A. Kalveram (Hg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit - Neue Welten, Alte Welten*. Heidelberg: Asanger, S. 477-482.



Elsner, G. (2005). Der Arbeitsbewältigungsindex: Eine Bewertung aus arbeitsmedizinischer Sicht. *Gute Arbeit*, 17(2), 18-21.



Emmermacher, André (2008). Gesundheitsmanagement und Weiterbildung: Eine praxisorientierte Methodik zur Steuerung, Qualitätssicherung und Nutzenbestimmung. Gabler Edition Wissenschaft, D 83 (Dissertation Technische Universität Berlin). Wiesbaden: Gabler.



Enterprise for Health. (2006). Guide to Best Practice: Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik – Erfolgsfaktoren für Business Excellence. Hrsg. von Bertelsmann Stiftung und BKK Bundesverband. Essen: Gütersloh.



Erpenbeck, J. & Rosenstiel, L. v. (2003). (Hg.). *Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.



Esslinger, A. S. & Schobert, D. B. (2007). (Hg.). *Erfolgreiche Umsetzung von Work-Life-Balance in Organisationen: Strategien, Konzepte, Maßnahmen*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.



Esslinger, A. S. (2003). Qualitätsorientierte Planung und Steuerung in einem sozialen Dienstleistungsunternehmen mit Hilfe der Balanced Scorecard. In *Schriften zur Gesundheitsökonomie*, Bd. 2. Burgdorf: HERZ (Norderstedt: Books on Demand).



EU-OSHA. (2009). (Ed.). *Assessment, elimination and substantial reduction of occupational risks*. In Series Working Environmental Information, 8. Luxembourg: European Agency for Security and Health at Work.






















EuPD Research. (2007). (Hrsg.). *Gesundheitsmanagement 2007/08: Strukturen, Strategien, und Potenziale deutscher Großunternehmen*. Berichtsband, November 2007. 1. Auflage. Bonn: EuPD Research.



Eurofound – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2008). (Ed.). *Vierte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen*. Dublin: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.

F

-  **Faller, K. (1986).** Konfliktkosten senken – Prozesse optimieren. *Zeitschrift für Konfliktmanagement*, 6, 177-181.
-  **Faltermajer, T. (2005).** Gesundheitspsychologie. In Serie *Grundriss der Psychologie*, Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer.
-  **Faragher, E. B., Cass, M. & Cooper, C. L. (2005).** The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105-112.
-  **Filipp, S. (1995).** Kritische Lebensereignisse. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
-  **Fineman, St. (2003).** Understanding Emotion at Work. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
-  **Fischer, L. & Fischer, O. (2007).** Sind zufriedene Mitarbeiter gesünder und arbeiten sie härter? Fragestellungen und Traditionen der Forschung zur Arbeitszufriedenheit. *Personalführung*, 40 (3), 20-32.
-  **Fischer, L. (2005).** (Hrsg.). Arbeitszufriedenheit – Konzepte und empirische Befunde, 2. Ausgabe. Göttingen: Hogrefe.
-  **Fischer, Th. (2000).** (Hrsg.). Kostencontrolling: Neue Methoden und Inhalte. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
-  **Fournier, C. von. (2005).** Die 10 Gebote für ein gesundes Unternehmen. Wie Sie langfristigen Erfolg schaffen. Frankfurt/Main: Campus.
-  **French, J. R. P., Rodgers, W. & Cobb, S. (1974).** Adjustment as Person-Environment Fit. In G. V. Coelho (Ed.), *Coping and adaptation*. New York, NY: Basic Books, pp. 316-333.
-  **Fricke, R. & Treinies, G. (1985).** Einführung in die Metaanalyse. Bern [u. a.]: Huber.
-  **Friedag, H. R. & Schmidt, W. (2004).** My Balanced Scorecard: Das Praxishandbuch für Ihre individuelle Lösung: Fallstudien, Checklisten, Präsentationsvorlagen. 3. Auflage. Freiburg i. Br.: Haufe.
-  **Friedman, W. & Rosenman, R. H. (1975).** Der A-Typ und der B-Typ. Reinbek: Rowohlt.
-  **Frisch, S. et al. (2009).** A randomized controlled trial on the efficacy of carbohydrate-reduced or fat-reduced diets in patients attending a telemedically guided weight loss program. *Cardiovascular Diabetology*, Jul 18, 8:36.
-  **Friske, C., Bartsch, E. & Schmeisser, W. (2005).** Einführung in die Unternehmensethik: Erste theoretische, normative und praktische Aspekte. Lehrbuch für Studium und Praxis. In *Schriften zum Internationalen Management*, hrsg. von Th. R. Hummel. München, Meering: Rainer Hampp.
-  **Fritz, S. (2006).** Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen. (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit. In Reihe *Mensch, Technik, Organisation*. 2. Auflage. Zürich: Vdf Hochschulverlag.
-  **Fritz, S., Reddehase, B. & Schubert, F. (2007).** Erfolge betrieblicher Gesundheitsförderung: Nachweis mit inhaltlich sinnvollen Kennzahlen. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 3, 30-32.
-  **Frösche-Mass, M. (2005).** Gesundheitsförderung in einem Industrieunternehmen: Eine salutogenetische Perspektive. Wiesbaden: Gabler.
-  **Füchtenschneider, I. & Petry, J. (2004).** Game Over. Ratgeber für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.



Funke, W. (2002). Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (Therapie). In J. Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention*. Landsberg: ecomed, S. 19-24.

G



Garcia, A.L. et al. (2007). Long-term strict raw food diet is associated with favourable plasma B-carotene and low plasma lycopene concentrations in Germans. *The British Journal of Nutrition*, Nov 21, 1293-1300.



Georg, A. & Peter, G. (2005). Zur gesellschaftspolitischen und wissenschaftlichen Einordnung des Arbeitsbewältigungsindex. *Gute Arbeit*, 17 (2), 22-24.



Georg, A. & Peter, G. (2008). Analyse und Bewertung subjektiver Arbeit. Übergreifende theoretische Reflexionen und interdisziplinäre Methodenvergleiche – Abschlussbericht. Hrsg. von der Hans-Böckler-Stiftung. [URL: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2006-873-3-2.pdf, abgerufen am 30.01.2013]



Gladen, W. (2005). *Performance-Measurement: Controlling mit Kennzahlen*. 3. Ausgabe. Wiesbaden: Gabler.



Glasl, F. (2009). *Konfliktmanagement: Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater*. 9. Auflage. Bern [u. a]: Haupt.



Goetzl, R. Z., Anderson, D. R., Whitmer, R. W., Ozminkowski, R. J., Dunn, R. L. & Wasserman, J. (1998). The relationship between modifiable health risks and health care expenditures. An analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40 (10), 843-854.



Goetzl, R. Z., Guindon A. M., Turshen J. & Ozminkowski R. J. (2001). Health and productivity management: Establishing key performance measures, benchmarks, and best practices. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43 (13), 10-17.



Golaszewski, Th. (2001). Shining Lights: Studies That Have Most Influenced the Understanding of Health Promotion's Financial Impact. *American Journal of Health Promotion*, *The Art of Health Promotion*, V 15 (5), pp.332-341.



Göbwald, A., Lange, M., Kamtsiuris, P. & Kurth, B.-M. (2012). DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Bundesweite Quer- und Längsschnittstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert KochInstituts. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55 (6/7). S. 775-780.



Grau, A. (2009). Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz. In STATmagazin Rubrik Arbeitsmarkt 01.09.2009 (Web-Magazin des Statistischen Bundesamtes; <http://www.destatis.de>). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.



Grau, R., Salanova, M. & Peiró, J. M. (2001). Moderator Effects of Self-Efficacy on Occupational Stress. *Psychology in Spain*, 5 (1), 63-74.



Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.



Grawe, K., Regli, D. Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31 (2), 200-226.



Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (1991). (Hg.). *Psychischer Streß am Arbeitsplatz*. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.



Greiner, B. A., Krause, N., Ragland, D. R. & Fischer, J. M. (1998). Objective stress factors, accident, and absenteeism in transit operators: a theoretical framework and empirical evidence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (2), 130-146.



Gröben, F. (2008). Betriebliche Gesundheitsförderung in mittelständisch geprägten Unternehmen in Familienbesitz. Institutsbericht 51 FG. Karlsruhe: Universität Karlsruhe (TH), Institut für Sport und Sportwissenschaft.



Gronwald, St. (2009). Das System LIFE. Hrsg. von TerraSana LIFE Institut. Hamburg: TerraSana LIFE AG.

H



Hacker, W. (1995). Arbeitstätigkeitsanalyse: Analyse und Bewertung psychischer Arbeitsanforderungen. Heidelberg: Asanger.



Hacker, W. (1996). (Hrsg.). Erwerbsarbeit der Zukunft - auch für „Ältere“? Zürich: Hochschulverlag an der ETHZ/Teubner.



Hacker, W. (2003). Leistungsfähigkeit und Alter. In: IAB Colloquium „Praxis trifft Wissenschaft“ - „Eine Frage des Alters, Herausforderungen für eine zukunftsorientierte Beschäftigungspolitik“, Führungsakademie der Bundesagentur für Arbeit, . In: http://doku.iab.de/grauemap/2003/lauf_hacker_vortrag.pdf [Abruf vom 02.08.2010]



Hacker, W. (2005). Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit. In *Schriften zur Arbeitspsychologie*, Nr. 58. 2. Auflage. Bern: Huber.



Hackman, J. R. & Lawler, E. E. (1971). Employee Reactions to Job Characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 55 (3), pp. 259-286.



Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60 (2), pp. 159-170.



Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the Design of Work: Test of a Theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16 (2), pp. 250-279.



Hammes, M., Wieland, R. & Winizuk, S. (2009). Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU). *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 63 (4), S. 303-314.



Hanson, Anders. (2007). Workplace Health Promotion: A Salutogenic Approach. Bloomington [i. a.]: Authorhouse.



Hasselhorn, H. M. & Freude, G. (2007). Der Work-Ability Index – ein Leitfaden. In der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift 87. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.



Heaney, C. A. & Goetzel, R. Z. (1997). A Review of Health-related Outcomes of Multicomponent Worksite Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 11 (4), 290-307.



Heckhausen, H. (1987). Wünsen - Wählen - Wollen. In H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer und F.E. Weinert, F. E. (Hg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin [u. a.]: Springer, S. 3-9.



Heckhausen, K. & Heckhausen, H. (2006). *Motivation und Handeln*. 3. Auflage. Berlin [u. a.]: Springer.



Heilmeyer, P. (2008). Eine maßgeschneiderte Ernährung bei Übergewicht, Metabolischem Syndrom und Typ-2-Diabetes. *Ernährung & Medizin*, 23 (1), 20-25.



Heipertz, W. & Triebig, G. (2000). Arbeits- und sozialmedizinische Aspekte des Alkoholismus. In H. K. Seitz, C. S. Lieber und U. A. Simanowski (Hg.), *Handbuch Alkohol. Alkoholismus und alkoholbedingte Organschäden*. Heidelberg: Johann Ambrosius Barth Verlag, S. 605-623.

-  **Hellhammer, D. H. & Hellhammer, J. (2012).** Neuropattern: Auf dem Weg zu einer transnationalen Verhaltensmedizin. In J. Siegl, D. Schmelzer und H. Mackinger (Hg.), *Horizonte der klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst, S. 112-117.
-  **Hollenderer, A. (2007).** Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. *Das Gesundheitswesen*, 69, 63-76.
-  **Holm, M. & Geray, M. (2007).** Integration der psychischen Belastungen in die Gefährdungsbeurteilung. Hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Kooperation mit der Initiative Neue Qualität der Arbeit. 2. Auflage. Dortmund: BAuA.
-  **Holz, M. (2006).** Kundenorientierung als persönliche Ressource im Stress-prozess: eine Längsschnittstudie. Frankfurt a. M.: Universität, Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaften. [URL: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/volltexte/2006/2462/>; Abruf am 03.09.2010].
-  **House, J.S. (1981).** *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
-  **Hoyos, C. Graf. (1987).** Verhalten in gefährlichen Arbeitssituationen. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hg.), *Arbeitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie*, Bd.D/III/1. Göttingen: Hogrefe, S. 577-627.
-  **Hummel, Th. & Malorny, Chr. (2011).** *Total Quality Management*. Reihe Pocker Power. 4. Auflage. München: Hanser-Verlag.
-  **Hunter, J. E. & Schmidt, F. L. (1990).** *Methods of Meta-Analysis: Correcting Error and Bias in Research Findings*. Newbury Park (Calif.), London, New Delhi: Sage Publications.
-  **Hurrelmann, K. & Leppin, A. (2001).** (Hg.) *Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Hans Huber.
- I**
-  **i.Punkt21. (2008).** Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Ausgabe März 2008. Hrsg. von der Initiative Gesundheit & Arbeit. Online: <http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/i-punkte.html> (Abruf am 18.11.2010).
-  **IGA. (2012).** *Gesund leben – auch am Arbeitsplatz: Möglichkeiten der betrieblichen Prävention von lebensstilbezogenen Erkrankungen*, Ausgabe iga.Fakten 3. Hrsg. von der Initiative Gesundheit & Arbeit. Online: <http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-fakten.html> (Abruf am 19.12.2012).
-  **Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002).** *Arbeitsfähigkeit 2010: Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* Hamburg: VSA-Verlag.
-  **INQA. (2005).** (Hrsg.). *Demografischer Wandel und Beschäftigung: Plädoyer für neue Unternehmensstrategien – Memorandum*. 2. Auflage. Dortmund: Initiative Neue Qualität der Arbeit.
-  **ISSA - International Social Security Association. (2011).** (Ed.). *Prävention lohnt sich: Kosten und Nutzen von Präventionsmaßnahmen zu Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz für die Unternehmen – Zusammenfassung der Ergebnisse*. IVSS-Publikationen. Genf: Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit. Online: http://www.dguv.de/iag/en/forschung_en/forschungsprojekte_en/rop_en/pdfs/ivss_report_de.pdf (Abruf am 20.12.2012).

J



Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblätter-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 47, 736-744.



Jancik, J.M. (2002). Betriebliches Gesundheitsmanagement: Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken. Wiesbaden: Gabler.



Janis, I. L. (1982). Groupthink: A psychological study of policy decisions and fiascos. Boston: Houghton Mifflin Company.



Jazbinsek, D. (Hrsg.) (2000). Gesundheitskommunikation. Leverkusen: Westdeutscher Verlag.



Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44 (Beiheft: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen), S. 28-53.



Jerusalem, M. & Weber, H. (2003). (Hg.). Psychologische Gesundheitsförderung: Diagnostik und Prävention. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.



Jex, S.M. & Bliese, P.D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. *Journal of Applied Psychology*, 84 (3), pp. 349-361.



John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Hill, A. & Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.



Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, J. E. & Patton, G. K. (2001). The Job Satisfaction – Job Performance Relationship: A Qualitative and Quantitative Review. *Psychological Bulletin*, 127 (3), pp. 376-407.

K



Kaluza, G. (2010). Stressbewältigung – Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Heidelberg: Springer.



Kaluza, G. (2012). Gelassen und sicher im Stress. 4. Auflage. Berlin [u. a.]: Springer.



Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2005). Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. (4. Auflage). Heidelberg: Springer.



Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (2001). Die strategiefokussierte Organisation: Führen mit der Balanced Scorecard. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.



Karasek, R. & Theorell, T. (1990). Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.



Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 285-308.






















Kaschube, J. (2006). Eigenverantwortung – eine neue berufliche Leistung: Chance oder Bedrohung für Organisationen? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.










Kastner, M., Kastner, B. & Vogt, J. (2001b). Wachsende Dynaxität und das Beschäftigungskontinuum. In M. Kastner & J. Vogt (Hg.), Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 35-62.




Kastner, M., Kipfmüller, K., Quaas, W., Sonntag, Kh. & Wieland, R. (2001a). (Hg.). Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft – Ergebnisbericht des Projektes gesina. Bremerhaven: NW-Wirtschaftsverlag.

-  Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
-  Kesting, M. (2004). Selbstmanagement – Zwischen Selbstverantwortung und äußeren Sachzwängen. In M. T. Meifert und M. Kesting (Hg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Konzepte, Praxis, Perspektiven*. Heidelberg: Springer, S.151-166.
-  Kiefer, I. & Lalouschek, W. (2009). *Stressfood: Mit Ernährung und Stressmanagement aus der Burnout-Falle*. Wien: Kneipp.
-  Kinicki, A.J., Mckee-Ryan, F.M., Schriesheim, C.A. & Carson, K.P. (2002). Assessing the Construct Validity of the Job Descriptive Index (JDI): A Review and Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87 (1), pp. 14-32.
-  Kirsten, W. (2006). Internationale Perspektiven des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 22, S.1-5.
-  Klein, A. (2007). Gesundheitsverhalten. Ein Vergleich von öffentlicher und fachlicher Meinung. Online: http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de/opus/volltexte/2008/451/pdf/Gesundheitsverhalten_Klein_Amelie.pdf [Abruf am 10.09.2010].
-  Klingler, Urs. (2005). *100 Personalkennzahlen*. Wiesbaden: Cometis.
-  Klink, J. J. L. van, Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & Van Dijk, F. J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.
-  Knülle, E. (2006). „Disability-Management“ - Betriebliche Strategie zum Beschäftigungserhalt älter werdender Menschen. *Die gewerblichen Berufsgenossenschaften*, 5, 246-248.
-  Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 1-11.
-  Koch, S., Kaschube, J. & Fisch, R. (2003). (Hg.). *Eigenverantwortung für Organisationen*. Göttingen: Hogrefe.
-  König, E. & Volmer, G. (2008). *Handbuch Systemische Organisationsberatung*. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
-  Konz, F. (2001). *Der große Gesundheits-Konz*. Tübingen: Universitas-Verlag.
-  Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin [u. a.]: Springer.
-  Kramer, I. & Bödeker, W. (2008). Return on Investment im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention – Die Berechnung des prospektiven Return on Investment: eine Analyse von ökonomischen Modellen. IGA-Report 19, hrsg. vom BKK Bundesverband. Essen: BKK Bundesverband.
-  Krause, H.-U. & Arora, Dayanand. (2008). *Controlling-Kennzahlen – Key Performance Indicators*. Zweisprachiges Handbuch Deutsch/Englisch. München: Oldenbourg.
-  Krause, R., Eisele, H., Lauer, R. J. & Schulz, K.-H. (1989). *Gesundheit verkaufen? Praxis der Gesundheitskommunikation*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
-  Krause, R., Eisele, H., Lauer, R. J. & Schulz, K.-H. (1989). *Gesundheit verkaufen? Praxis der Gesundheitskommunikation*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
-  Kreis, J. & Bödeker, W. (2003). *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention: Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. IGA-Report 3, hrsg. vom BKK Bundesverband. Essen: BKK Bundesverband.

-  **Kreps, G. L., Bonaguro, E.W. & Query, J. L. Jr. (1998).** The history and development of the field of health communication. In L.D. Jackson and B.K. Duffy (Eds.), *Health communication research*. Westport, CT: Greenwood Press, pp. 1-16.
-  **Kroll, D. (2012).** (Hrsg.). *Programm: Zukunft – Antworten auf den demografischen Wandel*. Wiesbaden: Gabler.
-  **Kroll, L. E., Müters, S. & Dragano, N. (2011).** *Arbeitsbelastungen und Gesundheit. GBE kompakt (Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes)*, 2 (5), hrsg. vom Robert Koch-Institut, Berlin.
-  **Kruse, A. (2006).** Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter - Perspektiven für die Erwachsenenbildung. In: *Bildungsforschung*, Jahrgang 3, Ausgabe 2, URL: <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2006-02/gesundheit> [vom 04.08.2010]
-  **Kurth, B.-M. (2009).** DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland: Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
-  **Kurth, B.-M. (2012).** Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55 (8). S. 980-990.
-  **Kurth, B.-M., Lange, C. & Kamtsiuris, P. et al. (2009).** Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52 (5). S. 557-570.

L

-  **Lange, W. & Windel, A. (2002).** *Kleine ergonomische Datensammlung*. Köln: TÜV-Verlag.
-  **Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984).** *Stress, Appraisal, and Coping*. New York [i. a.]: Springer.
-  **Lazarus, R. S. (2001).** *Stress and emotion: a new synthesis*. London: Free Association Books.
-  **Lehr, U. (2007).** *Psychologie des Alterns*. 11. Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
-  **Leitner, K., Lüders, E., Greiner, B., Ducki, A., Niedermeier, R. & Volpert, W. (1993).** *Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büroverfahren. Handbuch und Manual*. Göttingen: Hogrefe.
-  **Lind, E. A. & Bos, K. van (2002).** When fairness works: Toward a general theory of uncertainty management. In B.M. Staw and R.M. Kramer, R.M. (Eds.), *Research in organizational behavior* (vol. 24). Amsterdam, Oxford: JAI, pp. 181-223.
-  **Linden, W. (1994).** Autogenic training: A narrative and quantitative review of clinical outcome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 19, 227-264.
-  **Litzcke, S. & Schuh, H. (2010).** *Stress, Mobbing, Burn-out am Arbeitsplatz*. Berlin [u. a.]: Springer.
-  **Lohmann-Haislah, A. et al. (2012).** *Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA.
-  **Loß, U., Matzdorf, R., Richenhagen, G. & Riepert, W. (2009).** Erfolgreich Arbeiten: Qualifizierter - Flexibler - Gesünder. Das arbeitspolitische Rahmenkonzept zur Entwicklung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit in Nordrhein-Westfalen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 63 (4), 277-283.



Luczak, H. (1998). (Hrsg.). Arbeitswissenschaft. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.



Ludborz, B & Nold, H. (2009). (Hg.). Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Entwicklungen und Visionen. 1980-2008-2020. Kröning: Asanger-Verlag.



Lütz, M. (2009). IRRE! Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

M



Maibach, E. & Parrott, R.L. (1995). (Eds.). Designing health messages. London: Thousand Oaks.



Masing, W., Pfeifer, T. & Schmitt, R. (2007). (Hg.). Handbuch Qualitätsmanagement. 5. Auflage. München, Wien: Hanser.



Max-Rubner-Institut. (2008). Nationale Verzehrsstudie II – Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. Ergebnisbericht Teil 1 und 2. Karlsruhe: Max Rubner-Institut.



Meichenbaum, D. W. (2003). Intervention bei Stress: Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. Bern [u. a.]: Huber.



Meifert, M. & Kesting, M. (2004). (Hg.). Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Konzepte, Praxis, Perspektiven. Heidelberg: Springer.



Mensch, G. (2008). Finanz-Controlling: Finanzplanung und -kontrolle. Controlling zur finanziellen Unternehmensführung. 2. Auflage. München: Oldenbourg.



Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8, 193-210.



Miller, W. R. & Rollnick, S. (2005). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus-Verlag.



Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2007). Irritations-Skala zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen. Göttingen: Hogrefe.



Morschitzky, H. (2009). Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. 4. Auflage. Wien, New York: Springer.



Moser, K. & Paul, K.I. (2001). Arbeitslosigkeit und seelische Gesundheit. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33, 431-442.



Moser, K., Preising, K., Göritz, A. S. & Paul, K. I. (2002). Steigende Informationsflut am Arbeitsplatz: belastungsgünstiger Umgang mit elektronischen Medien (E-Mail, Internet). In Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, FB 967. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.



Myrtek, M. (1995). Type A behavior pattern, personality factors, disease, and physiological reactivity: A meta-analytic update. *Personality and Individual Differences*, 18 (4), 491-502.

N



Nerdinger, F. W. (1995). Motivation und Handeln in Organisationen – Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.



Nerdinger, F. W., Blicke, G. & Schaper, N. (2008). Arbeits- und Organisationspsychologie. Berlin [u. a.]: Springer.



Neuberger, O. (1987). Miteinander arbeiten – miteinander reden! Vom Gespräch in unserer Arbeitswelt. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung.



Norman, P., Abraham, C. & Conner, M. (2000). (Eds.). Unstading und changing health behavior: From Health Beliefs to Self-Regulation. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.



Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen - Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). In Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, FB 1058. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

O



O`Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), pp. 229-245.



O`Donnell, M.P. (2005). Closing Thoughts. *The Art of Health Promotion*, Juli/August, p.15.



Oesterreich, R. & Volpert, W. (1999). (Hg.). Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen: Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung. Bern, Göttingen [u. a.]: Huber.



Olesch, G. (2007). Welche personalpolitischen Strategien erfordert die demografische Entwicklung? *Angewandte Arbeitswissenschaft*, Nr. 193, S. 27-36.



Orfeld, B. & Sochert, R. (2002). (Hg.). 50 „Models of Good Practice“. Betriebliche Gesundheitsförderung in europäischen Klein- und Mittelunternehmen. BKK-Bericht Nr. 27. Bremerhaven: NW-Wirtschaftsverlag



Organ, D.W., Podsakoff, P.M. & MacKenzie, S.B. (2006). Organizational Citizenship Behavior: Its Nature, Antecedents, and Consequences. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

P



Parasuraman, S. & Greenhaus, J. H. (1999). (Eds.). Integration Work and Family: Challenges and Choices for a Changing World. Westport, CT: Praeger Publishers.



Paridon, H., Bindzius, F., Windemuth, D., Hanßen-Pannhausen, R., Boege, K., Schmidt, N. & Bochmann, F. (2004). Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit. IAG Report 5. Dresden, Essen: HVBG und BKK Bundesverband.



Parks, K. M. & Steelman, L.A. (2008). Organizational Wellness Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13 (1), pp. 58-68.



Pelletier, K. R. (2005). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: update VI 2000-2004. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47 (10), 1051-1058.



Pelletier, K. R. (2009). A Review and Analysis of the Clinical and Cost-Effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: Update VII 2004-2008. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51 (7), 882-837.



Perrez, M. & Gebbert, S. (1994). Veränderung gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens: Primäre und sekundäre Prävention. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hg.), *Gesundheitspsychologie*. (S. 169-187). Stuttgart: Thieme, S. 169-187.



Petermann, F. & Vaitl, D. (2009). (Hg.). Entspannungsverfahren: Das Praxishandbuch. 4. Auflage. Weinheim: Beltz.



Pfaff, H. & Slesina, W. (2001). (Hg.). Effektive betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim: Juventa.



Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K.W., Engelmann, U. & Halber, M. (2003). (Hg.). Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber.



Pieper, R. (2009). ArbSchR – Arbeitsschutzrecht: Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz und andere Arbeitsschutzvorschriften. 4. Auflage. Frankfurt a. M.: Bund-Verlag.



Poppelreuter, S. (1997). Arbeitssucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union, Beltz.



Porter, M. E. (2000). Wettbewerbsvorteile – Spitzenleistungen erreichen und behaupten. 6. Ausgabe. Frankfurt, New York: Campus.



Pritchard, R. D., Holling, H., Lammers, F. & Clark, B. D. (2002). (Eds.). Improving Organizational Performance with the Productivity Measurement and Enhancement System: An International Collaboration. Huntington, N.Y: Nova Sciene.



Prümper, J., Hartmannsgruber, K. & Frese, M. (1995). KFZA – Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39 (3), S. 125-132.



Prümper, J. (2010). KFZA – Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse. In W. Sarges, H. Wottawa & C. Ross (Hg.), Handbuch wirtschaftspsychologischer Testverfahren. Band 2: Organisationspsychologische Instrumente. Lengerich [u. a.]: Pabst, S. 157-164.

R



Radtke, P. & Wilmes, D. (2002). European Quality Award – Praktische Tipps zur Anwendung des EFQM-Modells. Reihe Pocker Power. 3. Auflage. München: Hanser-Verlag.



Rantanen, J. (2001). Impact of Globalization on Occupational Health. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 36 (4), 153-160.



Regnet, E. (2000). Konflikte in Organisationen. 2. Auflage. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.



Reichwald, R., Möslin, K., Sachenberger, H. & Englberger, H. (2009). Telekooperation: Verteilte Arbeits- und Organisationsformen. 2. Auflage. Berlin [u. a.]: Springer.



Resch, M. (2003). Analyse psychischer Belastungen: Verfahren und ihre Anwendung im Arbeits- und Gesundheitsschutz. In Schriftenreihe „Praxis der Arbeits- und Organisationspsychologie“, hg. von E. Bamberg et al. Bern, Göttingen [u. a.]: Huber.



Rheinberg, F., Manig, Y., Kliegl, R., Engeser, S. & Vollmeyer, R. (2007). Flow bei der Arbeit, doch Glück in der Freizeit – Zielausrichtung, Flow und Glücksgefühle. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 51 (3), S. 105-115.



Richenhagen, G (2007a). Altersgerechte Personalarbeit: Employability fördern und erhalten. *Personalführung*, 40 (7), 35-47.









Richenhagen, G. (2007b). Personalarbeit und Führung im demografischen Wandel: Beschäftigungsfähigkeit, gesundheitliche Potentiale und altersflexibles Führen. *Personalführung*, 40 (8), 44-51.



Richenhagen, G., Prümper, J. & Wagner, J. (2002). Handbuch der Bildschirmarbeit. Mit einer Kommentierung der Bildschirmarbeitsverordnung. 3. Auflage. Neuwied, Kriftel: Luchterhand Verlag.

































Richter, G. & Schatte, M. (2009). Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber II – BASA II: Validierung, Anwenderbefragung und Software. In Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, F1645/F2166. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA.

-  Richter, P. & Hacker, W. (1998). Belastung und Beanspruchung: Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Asanger.
-  Ries, W. & Sauer, J. (1991). Biologisches Alter. Berlin: Akademie-Verlag.
-  Robert Koch Institut. (2012). (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut.
-  Robinson, B. E. (2000). Wenn der Job zur Droge wird – Ein Leitfaden für Workaholics, ihrer Partner, Kinder und Therapeuten. Düsseldorf. Walter-Verlag.
-  Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
-  Rudow, B. (2004). Das gesunde Unternehmen: Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen. München, Wien: Oldenbourg.






S

-  Schaubroeck, J., Lam, S. S. K. & Xie, J. L. (2000). Collective-efficacy versus self-efficacy in coping responses to stressors and control: a cross cultural study. *Journal of Applied Psychology*, 85 (4), 512-525.
-  Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 201-228.
-  Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45, 109-119.
-  Schierenbeck, H. & Wöhle, C.B. (2008). Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre. 17. Auflage. München: Oldenbourg.
-  Schirmmacher, F. (2004). Das Methusalem-Komplott. München: Karl Blessing Verlag.
-  Schlick, C. M, Bruder, R. & Luczak, H. (2010). Arbeitswissenschaft. 3. Ausgabe. Heidelberg [u.a.]: Springer.
-  Schmager, B. (1999). Leitfaden Arbeitsschutz-Managementsystem: Aufbau und Umsetzung in der betrieblichen Praxis. München, Wien: Hanser.
-  Schmidtke, H. (1993). (Hrsg.). Ergonomie. München, Wien: Hanser.
-  Schnabel, C. (1997). Betriebliche Fehlzeiten: Ausmaß, Bestimmungsstücke und Reduzierungsmöglichkeiten. Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 236. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.
-  Schnabel, C. (1998). Betriebliche Fehlzeiten und Massnahmen zu ihrer Reduzierung. *Personal*, 50 (6), S. 266-271.
-  Schneider, H, J. et al. (2010). The Predictive Value of Different Measures of Obesity for Incident Cardiovascular Events and Mortality. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95 (4), 1777-1785.
-  Schöffski, O. & Schulenburg, J.-M. Graf von der. (2012). (Hg.). Gesundheitsökonomische Evaluationen. 4. Auflage. Heidelberg [u. a.]: Springer.
-  Schröder, K. (1997). Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In R. Schwarzer (Hg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 319-348

-  **Schröder, A. (1999).** (Hg.). Erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis – Führende Unternehmen aus Deutschland berichten. BKK-Bericht Nr. 12. Essen: BKK Bundesverband.
-  **Schulte, Chr. (2002).** Personal-Controlling mit Kennzahlen. 2. Auflage. München: Vahlen.
-  **Schulz, R. (2010).** Toolbox zur Konfliktlösung: Konflikte schnell erkennen und erfolgreich bewältigen. Frankfurt am Main: Eichborn.
-  **Schwarzer, R. & Renner, B. (1997).** Risikoeinschätzung und Optimismus. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe, S. 43-66.
-  **Schwarzer, R. (2002).** Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem und H. Weber (Hg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. Göttingen: Hogrefe, S. 521-524.
-  **Schwarzer, R. (2004).** Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie. (3. Auflage). Göttingen u. a.: Hogrefe.
-  **Seiwert L. J. (2001).** Life-Leadership – Sinnvolles Selbstmanagement für ein Leben in Balance. Frankfurt: Campus.
-  **Seiwert, L. J. (2007).** Das neue 1 × 1 des Zeitmanagements: Zeit im Griff, Ziele in Balance. Kompaktes Know-how für die Praxis. Gräfe und Unzer Verlag.
-  **Selye, H. (1956).** The stress of life. New York: McGraw-Hill.
-  **Senge, P. M. (1990).** Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. Stuttgart: Klett-Cotta.
-  **Senge, P. M., Kleiner, A. & Roberts, C. (1996).** (Hg.). Das Fieldbook zur ‚Fünften Disziplin‘. Stuttgart. Klett-Cotta.
-  **Sengotta, M. (1998).** Arbeitssystemcontrolling. München: Vahlen.
-  **Sennett, R. (2006).** Der flexible Mensch – Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berliner Taschenbuch Verlag.
-  **Servan-Schreiber, D. (2006).** Die Neue Medizin der Emotionen – Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente. 7. Auflage. München: Goldmann.
-  **Seyle, H. (1983).** The stress concept today. Past, present, and future. In C. L. Cooper (Ed.), *Stress research – Issues for the eighties*. Chichester: Wiley, pp. 1-20.
-  **Siegrist, J. (1996).** Adverse health effects of high-effort / low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41.
-  **Singer, R. (1994).** Biogenetische Einflüsse auf die motorische Entwicklung. In J. Baur, K. Bö und R. Singer (Hg.), *Motorische Entwicklung – Ein Handbuch*. Schorndorf: Hofmann, S. 51-71.
-  **Slovic, P., Fischhoff, B. & Lichtenstein, S. (1980).** Facts and fears: Understanding perceived risks. In R.C. Schwing and W.A. Albers (Eds.), *Social Risk Assessment. How safe is safe enough?* New York: Plenum Press, pp. 181-216.
-  **Sockoll, I., Kramer, I. & Bödeker, W. (2008).** Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. IGA-Report 13, hrsg. vom BKK Bundesverband. Essen: BKK Bundesverband.
-  **Sonntag, K. & Stegmaier, R. (2007).** Arbeitsorientiertes Lernen: Zur Psychologie der Integration von Lernen und Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

-  **Stadler, P. & Spieß, E. (2003).** Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz – Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien. In der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschungsband 977. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
-  **Stapp, M., Elke, G. & Zimolong, B. (1999).** Fragebogen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz (FAGS). In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr.15. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
-  **Steiger, Th. & Lippmann, E. (2008).** (Hg.). Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte: Führungskompetenz und Führungswissen. 3. Auflage. Heidelberg: Springer.
-  **Stellman, J. M. (1998).** (Ed.). Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. Fourth Edition. Geneva: International Occupational Safety and Health Information Centre (CIS) of the International Labour Organization (ILO).
-  **Stern, L. et al. (2004).** The effects of low-carbohydrate versus conventional weight loss diets in severely obese adults: one-year follow-up of a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 140 (10), 778-785.
-  **Stewart, W. F., Ricci, J. A. & Leotta, C. (2004).** Health-related lost productive time (LPT): recall interval and bias in LPT estimates. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46 (6 Suppl.), 12-22.
-  **Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E. & Morganstein, D. (2003a).** Lost productive work time costs from health conditions in the United States: results from the American Productivity Audit. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (12), 1234-1246.
-  **Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Morganstein, D. & Lipton, R. (2003).** Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *Journal of the American Medical Association*, 290 (18), pp. 2443-2454.
-  **Stück, M. (1998).** Entspannungstraining mit Yoga-Elementen in der Schule. Donauwörth: Auer.
-  **SUGA. (2012).** Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010 – Unfallverhütungsbericht Arbeit. Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

T

-  **Tajfel, H & Turner, J.C. (1986).** The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel und W. G. Austin, W.G. (Eds.), *Psychology of intergroup relations*. Chicago, IL: Nelson-Hall, pp. 7-24.
-  **TK – Techniker Krankenkasse. (2010).** Gesundheitsreport 2010: Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen von 2000 bis 2009. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
-  **TK – Techniker Krankenkasse. (2012).** Gesundheitsreport 2012: Mobilität, Flexibilität, Gesundheit. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
-  **Treier, M. & Holobar, H.-G. et al. (2006/2007).** Der Stressmanager: Interaktive DVD zur Vorbeugung und Bewältigung von Stress. Herausgegeben von der GAAS (Gemeinschaftsaufgabe Arbeitsschutz mit Vertretern aus RWE, IGBCE, DSK, BBG StBG, BuE_NRW) und multimedial gestaltet von der Firma virtualform in Köln.
-  **Treier, M. & Uhle, T. (2007).** Der Stressmanager – ein zukunftsweisender Weg im Gesundheitsmanagement. In Peter Bärenz et al. (Hg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit - Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit*. 14. Workshop 2007. Heidelberg: Asanger Verlag, S. 315-318.



Treier, M. (2001). Zu Belastungs- und Beanspruchungsmomenten der Teleheimarbeit unter besonderer Berücksichtigung der Selbst- und Familienregulation. In Reihe Studien zur Streßforschung, Bd. 9. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.



Treier, M. (2002). Telearbeit und Arbeits- und Gesundheitsschutz. In der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Tagungsbericht Tb 129: „Gesundheitsförderung an neuen Arbeitsplätzen“. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, S. 137-148.



Treier, M. (2006). Der Stressmanager: ein interaktives Medium zur gezielten Stärkung persönlicher Ressourcen im Umgang mit Stresssituationen. In B. Klauk und M. Stangel-Meseke (Hg.), Mit Werten wirtschaften – Mit Trends trumpfen. Band zur 12. Tagung der Gesellschaft für angewandte Wirtschaftspsychologie e.V. an der Business und Information Technology School (BiTS) vom 03. bis 04. Februar 2006 in Iserlohn. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 271-292.



Treier, M. (2009a). Personalpsychologie im Unternehmen. München: Oldenbourg-Verlag.



Treier, M. (2009b). Fehlzeitenanalyse – Rotes Tuch oder sinnvolles Instrument? Vortrag im Rahmen der vierten arbeitsmedizinischen Fortbildungstagung „Ruhr“ in der DASA in Dortmund am 31.10.2009. (Download Präsentation unter <http://www.aquado-ev.de/>; Stand 13.11.09.)



Treier, M. (2010a). Mitarbeiterbefragung zur Gesundheit - Entwicklung und Evaluation am Beispiel Currenta GmbH & Co. OHG, Leverkusen. In Rüdiger Trimppop et al. (Hg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit - Sicher bei der Arbeit und unterwegs - wirksame Ansätze und neue Wege. 16. Workshop 2010. Heidelberg: Asanger Verlag, S. 181-184.



Treier, M. (2010b). Serious Games für E-Health - Spielerisch zum Ziel "Konstruktiver Umgang mit Stress". In Rüdiger Trimppop et al. (Hg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit – Sicher bei der Arbeit und unterwegs – wirksame Ansätze und neue Wege. 16. Workshop 2010. Heidelberg: Asanger Verlag, S. 567-570.



Treier, M. (2012). Gesundheitscontrolling: Erfolge messen und Nachhaltigkeit messen. In A. Gourmelon (Hrsg.), Personalressourcen sichern – eine Zukunftsaufgabe für den öffentlichen Sektor, S.95-110. Heidelberg et al.: rehm Verlag.



Tuomi, K. & Ilmarinen, J. (1999). Work, lifestyle, health, and work ability among aging municipal workers in 1981-1992. In J. Ilmarinen and W. Louhevaara (Eds.), FinnAge – Respect for the aging: Action programme to promote health, work ability, and well-being of aging workers in 1990-96. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, pp. 220-232.



Tuomi, K., Ilmarinen, J., Seitsamo, J., Huuhtanen, P., Martikainen, R., Nygård, C. H. & Klockars, M. (1997). Summary of the Finnish research projekt (1981-1992) to promote health and work ability of on aging workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 23 (Suppl. 1), 66-71.


U





Udris, I. & Frese, M. (1999). Belastung und Beanspruchung. In C. Graf Hoyos und D. Frey (Hg.), Arbeits- und Organisationspsychologie: Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, S. 429-445.





Udris, I., Rimann, M. & Thalmann, K. (1994). Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen. In B. Bergmann und P. Richter (Hg.), Die Handlungsregulationstheorie – von der Praxis einer Theorie. Göttingen [u.a]: Hogrefe, S. 198-215.


 Uhle, T. & Detering, T. (2012). Strategien und Herausforderungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In K. Schwuchow & J. Gutmann (Hrsg.), Personalentwicklung 2013 – Themen, Trends, Best Practices. Freiburg: Haufe, S. 281-289.


 Uhle, T. & Treier, M. (2006). Der Stressmanager: Entwicklung und Evaluation eines interaktiven Mediums zur Stressprävention. In GfA (Hg.), Innovationen für Arbeit und Organisation. Bericht zum 52. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft vom 20. bis 22. März 2006 in Stuttgart. Dortmund: GfA Press, S. 125-128.

 Uhle, T. & Treier, M. (2007). "Burnie auf dem Prüfstand" - Formative und summative Evaluation des Stressmanagers. In Peter Bärenz et al. (Hg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit - Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit. 14. Workshop 2007. Heidelberg: Asanger Verlag, S. 319-322.


 Uhle, T. (2003). Ressourcenmodelle in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In H.G. Giesa, K.-P. Timpe und U. Winterfeld (Hg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Heidelberg: Asanger, S. 371-374.

 Uhle, T. (2004). Entwicklung und Evaluation des gestaltungsorientierten Fragebogens zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – Betriebliche Gesundheitsförderung (FAGS-BGF). In GfA Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), Bericht zum 50. arbeitswissenschaftlichen Kongress am 24.-16.03.2004 an der ETH Zürich. Dortmund: GfA-Press, S. 77-82.

 Uhle, T. (2006). Einfluss der Präventionsressourcen. In B. Zimolong und W. Kohte (Hg.), Integrativer und kooperativer Arbeits- und Umweltschutz in der Metallindustrie (IKARUS): Organisatorische, rechtliche und psychologische Perspektiven. Kröningen: Asanger-Verlag, S. 128-176).

 Uhle, T. (2010). Die CURRENTA Toolbox ,BGF' – Entwicklung und Evaluation. In R. Trimpop, G. Gericke und J. Lau (Hg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Sicher bei der Arbeit und unterwegs – wirksame Ansätze und neue Wege. Heidelberg: Asanger, S. 185-188.


 Uhle, T., Heu, J. & Schwennen, C. (in Vorb.). Praxisbuch Gesundes Führen. Berlin [u.a]: Springer.


 Uhle, T., Zimolong, B. & Elke, G. (2010). FAGS-BGF. Fragebogen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz - Betriebliche Gesundheitsförderung. In W. Sarges, H. Wottawa & C. Roos (Hg.), Handbuch wirtschaftspsychologischer Testverfahren. Band II: Organisationspsychologische Instrumente. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 46-53.

 Ulrich, E. & Wülser, M. (2012). Gesundheitsmanagement in Unternehmen – Arbeitspsychologische Perspektiven. (5. Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler.


 Ulrich, E. (2005). Arbeitspsychologie. 6. Auflage. Zürich: vdf Hochschulverlag.

V

 VBG. (2007). (Hrsg.). Bildschirm- und Büroarbeitsplätze – Leitfäden für die Gestaltung. VBG-Fachinformation, BGI 650. Hamburg: Verwaltungs-Berufsgenossenschaft.

 Visser, W., Matten, D., Pohl, M. & Tolhurst, N. (2008). (Eds.). The A to Z of Corporate Social Responsibility. Second Edition. West Sussex, UK [i. a.]: John Wiley & Sons Ltd.

W

 Wahl-Wachendorf, A. (2009). Wahl, Pflicht oder Kür – Mehr Klarheit bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge. BG Bau aktuell, 2, 20-21.

-  Warr, P. (2001). Age and Work Behaviour - Physical Attributes, Cognitive Abilities, Knowledge, Personality Traits and Motives. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 16. Chichester [i. a.] : Wiley Blackwell, pp. 1-36.
-  Wegge, J. (2004). Führung von Arbeitsgruppen. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.
-  Weinstein, N. D. & Lachendro, E. (1982). Egocentrism as a source of unrealistic optimism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 195-200.
-  Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
-  Weinstein, N. D. (1983). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.
-  Weiszäcker, E. U. von, Lovins, A. B. & Lovins, L. H. (1995). Faktor vier. Doppelter Wohlstand – halbiertes Naturverbrauch. München: Droemer Knaur.
-  WHO – World Health Organization. (2000). (Ed.). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, Switzerland: WHO Technical Report Series.
-  Wieland, R. & Hammes, M. (2008). Gesundheitskompetenz als personale Ressource. In K. Mozygemba et al. (Hg.), *Nutzenorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* Bern: Huber, S. 177-190.
-  Wieland, R. & Hammes, M. (2008). Gesundheitskompetenz als personale Ressource. In K. Mozygemba et al. (Hg.), *Nutzenorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* Bern: Huber, S. 177-190.
-  Wieland, R. (1999). Analyse, Bewertung und Gestaltung psychischer Belastung und Beanspruchung. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hg.), *Fehlzeiten-Report 1999 – Psychische Belastung am Arbeitsplatz*. Berlin [u. a.]: Springer, S. 197-211.
-  Wieland, R. (2004). Arbeitsgestaltung, Selbstregulationskompetenz und berufliche Kompetenzentwicklung. In B.S. Wiese (Hrsg.), *Individuelle Steuerung beruflicher Entwicklung – Kernkompetenzen in der modernen Arbeitswelt*. Frankfurt a. M.: Campus, S. 169-196.
-  Wieland, R. (2009). Barmer Gesundheitsreport 2009: Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. Hrsg. von der Barmer Ersatzkasse, Gesundheits- und Versorgungsmanagement. Wuppertal: Barmer Ersatzkasse.
-  Wieland, R., Scherrer, K., Hammes, M. & Latocha, K. (2008). Fragebogen zur Gesundheitskompetenzerwartung (GKF). Wuppertaler Beiträge zur Arbeits- und Organisationspsychologie, Heft 1. Wuppertal: Bergische Universität Wuppertal.
-  Wieland, R., Winizuk, S. & Hammes, M. (2009). Führung und Arbeitsgestaltung - Warum gute Führung allein nicht gesund macht. *Arbeit - Schwerpunkt* Heft 4.
-  Wieland-Eckelmann, R. (1982). Kognition, Emotion und psychische Beanspruchung – Theoretische und empirische Studien zu informationsverarbeitenden Tätigkeiten. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.
-  Wieland-Eckelmann, R. (1996). A cognitive-actional model of selfregulation and coping. In W. Battmann & S. Dutke (Eds.), *Processes of the Molar Regulation of Behavior*. Lengerich: Pabst, pp. 169-187.
-  Wieland-Eckelmann, R. Allmer, H., Kallus, K. W. & Otto, J. H. (1994). Erholungsforschung: Beiträge der Emotionspsychologie, Sportpsychologie und Arbeitspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union, Beltz.
-  Wiese, B. S. (2004). (Hrsg.). Individuelle Steuerung beruflicher Entwicklung – Kernkompetenzen in der modernen Arbeitswelt. Frankfurt am Main: Campus.



Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). (Hg.). Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin [u. a.]: Springer.



Witte, K. (1995). Fishing for success: using the persuasive health message framework to generate effective campaign messages. In E. Maibach and R. L. Parrott (Eds.), *Designing health messages*. London: Thousand Oaks, pp. 145-166.



Worm, N. (2003). *Glücklich und Schlank. Mit viel Eiweiß und dem richtigen Fett. Die LOGI-Methode in Theorie und Küche*. Lünen: systemed Verlag.



Wright, Th. A., Cropanzano, R. & Bonett, D. G. (2007). The moderating role of employee positive well being on the relation between job satisfaction and job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, pp. 93-103.

Z



Zangemeister, C. & Nolting, H.-D. (1997). *Kosten-Wirksamkeits-Analyse im Arbeits- und Gesundheitsschutz – Einführung und Leitfaden für die betriebliche Praxis*. Schriftenreihe Sonderschrift. Dortmund, Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.



Zapf, D. & Semmer, N.K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie*, Bd. 3 (Organisationspsychologie, D/III/3). Göttingen [u. a.]: Hogrefe.



Ziegler, E., Udriș, I., Büssing, A., Boos, M. & Baumann, U. (1996). Ursachen des Absentismus: Alltagsvorstellungen von Arbeitern und Meistern und psychologische Erklärungsmodelle. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40 (4), S. 204-208.



Zimolong, B. & Elke, G. (2001). Die erfolgreichen Strategien und Praktiken der Unternehmer. In B. Zimolong (Hrsg.), *Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler, S. 235-268.



Zimolong, B. & Stapp, M. (2001). Psychosoziale Gesundheitsförderung. In B. Zimolong (Hrsg.), *Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler. S. 141-169.



Zimolong, B. (2001). (Hrsg.). *Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes: Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler.



Zimolong, B., Elke, G. & Trimpop, R. (2006). Gesundheitsmanagement. In B. Zimolong und U. Konradt (Hg.), *Enzyklopädie der Psychologie*, Bd. 2 (Ingenieurpsychologie, D/III/2). Göttingen: Hogrefe.



Zimolong, B. & Kohte, W. (2006). *Integrativer und kooperativer Arbeits- und Umweltschutz in der Metallindustrie – IKARUS: Organisatorische, rechtliche und psychologische Perspektiven*. Heidelberg: Asanger.



Zimolong, B., Elke, G. & Bierhoff, H.-W. (2008). *Den Rücken stärken: Grundlagen und Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.



Zink, K.J. (2004). *TQM als integratives Managementkonzept: Das EFQM Excellence Modell und seine Umsetzung*. 2. Auflage. München, Wien: Hanser.



Zohar, D. (2002). The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 75-92.



Zollondz, H.-D. (2006). *Grundlagen Qualitätsmanagement*. 2. Auflage. Edition Management. München: Oldenbourg.



Kommentierte Internetquellen

Stand: 02/13: Unsere Favoritenliste der Internetquellen
Diese Quellen haben wir intensiv bei unserem Buchprojekt genutzt, um aktuelle Informationen zu erhalten.

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
Daten und Statistiken			
Daten	Datenbank BGVR	http://www.arbeitssicherheit.de/de/html/bgvr-verzeichnis	Dieses Verzeichnis (BGVR) enthält – nach Kapiteln unterteilt – berufsgenossenschaftliche Vorschriften und Regeln für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit der gewerblichen Berufsgenossenschaften.
Daten	Datenbank NoRA	http://nora.kan.de	Normen-Recherche-Arbeitsschutz
Daten	Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)	http://www.dza.de	Diese Website ist mit aussagekräftigen Alterssurveys aus Sicht des Demografiemanagements interessant. Entweder liest man die Sozialberichterstattung oder führt eine Recherche bei GeroStat durch (http://www.gerostat.de).
Daten	Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung	http://www.gbe-bund.de	Diese Online-Datenbank des Bundes ist sehr ertragreich, wenn man sie mit den richtigen Fragen füttert.
Daten	Renten-Statistik	http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de	Es handelt sich um das Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung. Das Forschungsdatenzentrum (FDZ-RV) stellt Mikrodatensätze aus dem Bestand ihrer prozessproduzierten Daten zur Verfügung.
Daten	Statistisches Bundesamt (Destatis)	http://www.destatis.de	Dort finden Sie ein umfangreiches Datenangebot. Unter der Themenrubrik Arbeitsmarkt können Sie Entwicklungen und Eckzahlen zur Erwerbstätigkeit abrufen. Interessant ist die Datenquelle des Mikrozensus von jährlich rund 800.000 in Deutschland lebenden Menschen. Zusammenfassungen bietet das STATmagazin.

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
Fragebögen			
Fragebogen	FINDRISK Diabetes	http://diabetes-risiko.de/diabetes-risikotest.html	Mit dem Gesundheitscheck Diabetes FINDRISK der Deutschen Diabetes Stiftung kann man das individuelle Risiko bestimmen, in den nächsten 10 Jahren an Diabetes Typ 2 zu erkranken.
Fragebogen	Fragebogen COPSOQ Forschungsstelle der Arbeits- und Sozialmedizin Datenbank Copsoq	http://www.copsoq.de/ http://www.ffas.de/ http://www.copsoq-datenbank.de/ http://www.copsoq-network.org	Hier finden Sie die Fragebögen COPSOQ und auch eine Online-Version. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen die Web-Site der Freiburger Forschungsstelle der Arbeits- und Sozialmedizin. Dort finden Sie neben einer Datenbank mit berufsgruppenspezifischen Referenzwerten für psychische Belastungen wichtige Publikationen.
Fragebogen	Fragebogen zur Selbsteinschätzung	www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de	Der Fragebogen lässt sich auf dieser Website downloaden.
Fragebogen	Selbstwirksamkeitsskala	http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm	Auf dieser Website befindet sich die psychometrische Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung mit lediglich 10 Items.
Gesellschaften			
Gesellschaft	American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM)	http://www.acoem.org	ACOEM ist eine bedeutende Organisation von Ärzten, die für die Gesundheit und Sicherheit von Mitarbeitern, Arbeitsplätzen und Umwelt eintreten.
Gesellschaft	DGAUM	http://www.dgaum.de	Die Web-Site der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. bietet Informationen zu Fort- und Weiterbildung, Veranstaltungen und Kongressen etc.
Gesellschaft	Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e. V.	http://www.zfa-online.de	Auf dieser Web-Site der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft steht die Zeitschrift für Arbeitswissenschaft im Vordergrund. Zu empfehlen ist v. a. der Reiter „Ergonomie-online“.

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
Gesundheit			
Gesundheit	Weltgesundheitsorganisation (WHO)	http://www.who.int/en/	Auf der regionalen deutschen Seite finden Sie unter der Rubrik „Über die WHO – Grundsatzserklärungen“ alle relevanten Erklärungen und Statements.
Gesundheitsförderung	Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)	http://www.dnbgf.de	Das DNBGF geht auf eine Initiative des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP zurück und wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales BMAS und vom Bundesministerium für Gesundheit BMG unterstützt.
Information			
Information	Bangkok Charta	http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/	
Information	Der Drogenbeauftragte	http://www-drogenbeauftragte.de	Wenn es um das Thema Sucht und Drogen geht, ist diese Web-Site eine wichtige Informationsquelle zur aktuellen Situation in Deutschland. Dabei werden nicht nur die Klassiker betrachtet, sondern gerade auch die modernen Formen der Sucht wie Glücksspiel oder Internetsucht. Interessant sind hier v. a. auch die empirischen Datenlandschaften.
Information	DIN EN ISO	http://www.iso.org/iso/en/iso9000-14000/index.html	Die DIN EN ISO 9000 ff. hat schon mehrere Updates erfahren. Die letzte Änderung erfolgte 2008 (ISO 9001:2008).
Information	Disability Management	http://www.disability-manager.de	In diesem Portal der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung finden Sie alle relevanten Informationen zur Qualifizierung als Disability Manager zum Download.
Information	Gesundheitskompetenz-Center	http://www.gkc.uni-wuppertal.de	Das GKC versteht sich als ein Forum für den Erfahrungs- und Wissensaustausch im Bereich der BGF.

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
Information	infoline Gesundheitsförderung	http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de	Der Informationsdienst des hessischen RKW-Arbeitskreises „Gesundheit im Betrieb“ bietet viele praxisnahe Informationen zur BGF. Man kann diese Web-Site als eine Art Präventionsportal bezeichnen.
Information	LOGI-Methode	http://www.logi-methode.de	Hier erfahren Sie alles über die LOGI-Methode. Interessant sind v. a. auch die Downloads.
Information	Luxemburger Deklaration	http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de	Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung! Wählen Sie dort den Reiter „Luxemburger Deklaration“!
Information	Ottawa Charta	http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf	
Information	Web-Server der Europäischen Union	http://europa.eu	Zugang zum Web-Server der Europäischen Union
Kommissionen			
Kommission	CEN	http://www.cen.eu	European Committee for Standardization
Kommission	CENELEC	http://www.cenelec.eu	European Committee for Electrotechnical Standardization
Kommission	ISO	http://www.iso.org	International Organization for Standardization
Kommission	KAN	http://www.kan.de	Kommission für Arbeitsschutz und Normung
Kooperationen Gesundheit			
Kooperation	Deutsches WAI-Netzwerk	http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de	Das Deutsche WAI-Netzwerk dient der Förderung der Anwendung des Work Ability Index (WAI) in Deutschland. Sie finden auf der Website nicht nur wichtige Publikationen, sondern auch den Fragebogen als Kurz- und Langversion.
Kooperation	ENWHP = European Network for Workplace Health Promotion	http://www.enwhp.org	The European Network for Workplace Health Promotion Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung wartet mit einer Toolbox „Successful Ways to better Workplace Health“ auf. Auch liegt ein Selbsteinschätzungsfragebogen vor. Es wurde 1996 gegründet und versteht sich als

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
			Netzwerk verschiedener Akteure im nationalen und europäischen Gesundheitssystem. Das Leitbild lautet: Gesunde Mitarbeiter in gesunden Organisationen. Im Reiter „Publications“ finden Sie interessante Ergebnisberichte und weitere Informationen.
Kooperation	GDA = Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutz- strategie	http://www.gda-portal.de	Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie hat das Ziel, Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten durch einen systematischen Arbeitsschutz ergänzt durch BGF-Maßnahmen zu erhalten und zu fördern.
Kooperation	IGA = Initiative Gesundheit & Arbeit	http://www.iga-info.de	Das Ziel, BGF zu verbreiten und durch Kooperationen das Handlungswissen zu erweitern, wird u. a. von dieser Initiative von Krankenkassen und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung wahrgenommen. Empfehlenswert ist hier der IGA-Check neben vielen anderen Tools und Informationen.
Kooperation	Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)	http://www.inqa.de http://gutepraxis.inqa.de	Die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) als interdisziplinäres Praxisprojekt beschäftigt sich mit vielen Faktoren, die aus Sicht der BGF von Bedeutung sind: Lebenslanges Lernen, Zunahme der psychosozialen Belastungen, Älterwerden in der Beschäftigung etc. Sie finden auf der Website anregende Praxisberichte. <u>Sehr empfehlenswert:</u> INQA-Datenbank Guter Praxis
Krankenkassen			
Krankenkasse	BKK Bundes- verband	http://www.bkk.de	Diese Seite bietet viele Links zu Projekten, Kooperationen und Downloads zum Thema BGF und betriebliches Gesundheitsmanagement.
Krankenkasse	Techniker Krankenkasse	http://www.tk-online.de	Dort gehen Sie auf das Presse-Center. Unter Publikationen finden Sie die aussagekräftigen TK-Gesundheitsreports.

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
Krankenkasse	WIdO-Institut der AOK	http://www.wido.de	Das wissenschaftliche Institut der AOK befasst sich mit einem breiten Spektrum an Themenbereichen des Gesundheitssystems. V. a. ist hier der renommierte Fehlzeiten-Report zu empfehlen, der seit Jahren aktuelle Statistiken und Informationen zu Fehlzeiten bietet.
Krankenkasse	Weitere Web-Sites	Diese beiden Krankenkassen stehen nur Pate für viele andere Angebote und Informationsportale. Beispielhaft ist hier die Barmer GEK zu nennen, die eine umfassende Infothek bietet (https://www.barmer-gek.de).	
Organisationen			
Organisation	BAuA	http://www.baua.de	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Organisation	BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	http://www.bzga.de	Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung trägt zur Prävention und Gesundheitsförderung als Bundeseinrichtung mit wissenschaftlicher Vorgehensweise bei. Sie entwickelt Strategien und setzen diese in Kampagnen, Programmen und Projekten um. Für die Praxis sind v. a. die Infomaterialien (Fachpublikationen, Multimedia, Arbeitsmappen etc.) wertvoll. Sie werden in der Regel kostenlos abgegeben oder mit einer überschaubaren Schutzgebühr versehen.
Organisation	DIN	http://www2.din.de	Deutsches Institut für Normung e.V.
Organisation	Enterprise for Health (EfH)	http://www.enterprise-for-health.org	EfH ist ein Netzwerk internationaler Unternehmen, das sich der Entwicklung einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur und einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik widmet.
Organisation	EUROFOND	http://www.eurofound.europa.eu/	European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Als Einrichtung der Europäischen Union befasst sich diese Organisation mit den Arbeits- und Lebensbedingungen. Auf der Web-Site finden Sie aktuelle europapolitische Tendenzen und Diskussionen.

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
Organisation	European Agency for Safety and Health at Work	https://osha.europa.eu/de	Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist ein globales Netzwerk von Fachwissen zu Sicherheit und Gesundheitsschutz. Für den Start von Recherchen in Bezug auf den europäischen Raum eignet sich diese Web-Site.
Organisation	HERO = The Health Enhancement Research Organization	http://www.the-hero.org	Diverse amerikanische Unternehmen und Organisationen sind Mitglied in dieser Organisation, die sich mit zentralen Aspekten des BGM befasst. V. a. sind hier die Studien im Rahmen der Forschung interessant (siehe dort).
Organisation	Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e. V.	http://www.ifaa-koeln.de http://www.arbeitswissenschaft.net/	Das Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e. V. (ifaa) ist eine Wissenschaft und Praxis verbindende Institution. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht die Steigerung der Produktivität in den Unternehmen der Metall- und Elektroindustrie. Interessant sind auf dieser Website v. a. die Publikationen des Instituts.
Organisation	ILO = International Labour Office	http://www.ilo.org	Die ILO ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen. Ihr Arbeitsschwerpunkt ist die Formulierung und Durchsetzung internationaler Arbeits- und Sozialnormen.
Organisation	Jacobs Center for Lifelong Learning	http://www.jacobs-university.de/schools/jacobscenter/	Studien des Jacobs Center for Lifelong Learning and Institutional Development der Universität Bremen zeigen, dass kritische Bereiche wie Lernbereitschaft, körperliche Leistungsfähigkeit oder Flexibilität bis ins hohe Alter veränderbar sind.
Organisation	NIOSH	http://www.cdc.gov/niosh	The National Institute for Occupational Safety and Health Die internationale Perspektive lässt sich durch die Website von NIOSH abrufen.
Organisation	OSHA = Occupational Safety and Health Administration	http://www.osha.gov/	Die OSHA ist Teil der „United States Department of Labor“. Vor allem das Datenmaterial und die Publikationen sind hier interessant.

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
Organisation	RKI = Robert Koch Institut	http://www.rki.de	Als Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit befasst sich das RKI mit der Krankheitsüberwachung und -prävention aus wissenschaftlicher Sicht. Das RKI unterstützt das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung, daher kann man auch in der Online-Datenbank die wichtigsten Daten entnehmen (http://www.gbe-bund.de).

Projekte

Projekt	Generations@Work bei BASF	http://www.basf.com/group/corporate/de/ → dort den Projektnamen bei der Suchmaschine eingeben	Das Motto von Generations@Work lautet, dass die Arbeitsfähigkeit im Alter gestaltbar ist. Es findet ein Kompetenzaufbau in Feldern wie Zuverlässigkeit und Erfahrungswissen statt. (Siehe auch Jacobs Center for Lifelong Learning!)
Projekt	Gesundheitsziele	http://gesundheitsziele.de/	Man kann es sowohl als Organisation bzw. Kooperationsverbund oder als ein Meta-Projekt bezeichnen. Verantwortliche Akteure im Gesundheitssystem unter Beteiligung von Bund und Ländern entwickeln gemeinsam an einen Handlungsrahmen im Rahmen von Public-Health-Ansätzen. Interessant sind die Projektdatenbanken.
Projekt	Move Europe	http://www.move-europe.de	Es handelt sich um ein mehrjähriges Großprojekt seit 2006 im Bereich der BGF mit der Zielsetzung der Förderung lebensstilbezogener betrieblicher Gesundheit in Europa.
Projekt	Projekt INOPE Gesundheitsförderung und Prävention	http://www.inope.de	Ziel des Forschungsverbundes INOPE ist die nachhaltige Förderung der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten in der Finanzverwaltung Nordrhein-Westfalens.

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
Recht und Richtlinien			
Recht	Bundesgesetzblatt	http://www.bundesgesetzblatt.de	
Recht	Ergo-Online	http://www.ergo-online.de	Dort Reiter Rechtsgrundlagen!
Recht	EU-Recht	http://eur-lex.europa.eu/	Zugang zum EU-Recht
Recht	Europäische CE-Richtlinien	http://www.ce-richtlinien.eu	
Recht	Gesetze im Internet	http://bundesrecht.juris.de	
Recht	pr-o = Präventionsrecht-online	http://www.pr-o.info/	Hier erhalten Sie eine Sammlung an Rechtstexten und Arbeitshilfen zu den Bereichen Sicherheit und Umwelt im Betrieb. Der Bereich BGV/UVV ist frei zugänglich.
Recht	Sozialgesetzbuch	http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de	
Studien			
Studie	NVS = Nationale Verzehrstudie	http://www.was-esse-ich.de	Interessant ist die zweite Nationale Verzehrstudie, die das Max-Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (MRI), im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz durchgeführt hat. Der Datenpool mit etwa 20.000 Teilnehmern ist repräsentativ.
Studie	DEGS = Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland	http://www.degs-studie.de	DEGS ist eine Studie des Robert Koch-Instituts. Im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums führt das Institut das Gesundheitsmonitoring durch. Weitere Studien ergänzen DEGS. Auf der Web-Site finden Sie alle aktuellen Informationen. Es handelt sich um einer der wichtigsten Quer- und Längsschnittstudien zur systematischen und repräsentativen Risikoanalyse in Deutschland.

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
Studie	HERO Studies	http://www.the-hero.org/Research/Studies.htm	Diese Studien befassen sich mit beeinflussbaren Risikofaktoren wie Depressionen, Diabetes, Rauchen etc. und deren Kosten und Wirkungen im betrieblichen Kontext. Aktuell enthält die Datenbank fast 48.000 Befragte, teilweise im Längsschnitt. Die Ergebnisse sind wichtig zur Ermittlung des prospektiven ROIs von BGF-Maßnahmen.
Studie	PROCAM = Prospective Cardiovascular Münster Study	http://www.assmann-stiftung.de/information/procam-studie/	Auf der Web-Site der ASSMANN Stiftung für Prävention wird die Beobachtungsstudie PROCAM mit Fokus auf Herz- und Gefäßerkrankungen vorgestellt. Sie haben auch Zugriff auf die PROCAM-Tests.
Tools			
Tools	EFQM Modell	http://www.efqm.org http://www.deutsch-efqm.de	Auf diesen Seiten finden Sie relevante Informationen zum EFQM-Modell für Excellence der European Foundation for Quality Management.
Tools	Gefährdungsanalyse	http://www.gefaehrdungsbeurteilung.de	In diesem Portal finden Sie alles zum Thema Gefährdungsbeurteilung und viele wichtige Links und Downloads. Wer sich für die Gefährdungsbeurteilung interessiert, wird hier sicherlich fündig.
Tools	Selbstbewertung	http://www.q-excellence.de/ http://www.sab.proconsale.de	Auf beiden Web-Sites finden Sie Informationen und Tools zur Selbstbewertung nach EFQM.
Tools	Toolbox BAuA	http://www.baua.de	Dort gehen Sie auf den Reiter „Informationen für die Praxis“ → „Handlungshilfen und Praxisbeispiele“ → „Toolbox: Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen“.
Tools	Tools für Demografiemanagement	http://www.demowerkzeuge.de	Auf dieser Web-Site finden sie alle relevanten betrieblichen Werkzeuge für die Personalarbeit, angefangen von Self-Checks über Altersstrukturanalysen bis zu Checklisten zum Erkennen altersstruktureller Problemlagen im Betrieb.

Rubrik	Quelle	URL	Kommentar
Tools	Weitere Tools		Weitere Tools finden Sie oft bei den Organisationen. So ist der iga.Check ein Werkzeug zur systematischen Erfassung beruflicher Anforderungen, Belastungen und Gefährdungen.

Weiteres			
Unfallversicherung	DGUV	http://www.dguv.de	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung → Die Website bietet interessante Informationen und Links zu unfallversicherungsrelevanten Themen.

Wenn Sie weitere interessante Internetquellen zum Themenfeld BGF oder BGM haben, teilen Sie uns diese doch bitte mit, damit wir Sie auf der Web-Site des Buches für unsere Lesern veröffentlichen können.

Glossar

Begriff

Kurze Erläuterung

A

Absentismus

Unter Absentismus versteht man „motivationsbedingte“ Fehlzeiten, die nicht auf Erkrankungen oder anderen im Arbeitsvertrag vereinbarten zulässigen Gründen für das Fernbleiben von der Arbeit beruhen. Für das Phänomen Absentismus liegen verschiedene Erklärungsmodelle vor wie das Rückzugsmodell, das ökonomische Nutzen-Modell oder das abweichende Verhaltensmodell.

Arbeits-Erholungs-Zyklus

Dem Menschen steht eine bestimmte Menge an physischen und psychischen Ressourcen zur Verfügung, die es zu erhalten und zu schützen gilt. Im Arbeits-Erholungs-Zyklus soll nach jeder physischen oder psychischen Beanspruchungsphase eine Erholungsphase folgen, um die beanspruchten Ressourcen wiederherzustellen.

Arbeitsorientiertes Lernen

Beschleunigte Veränderungsprozesse in der Arbeitswelt, technologische Innovationen, die Auflösung fester Berufsverläufe sowie zunehmende Flexibilisierung von Arbeit verlangen von den Mitarbeitern, Wissen und Fähigkeiten durch kontinuierliches Lernen zu erhalten und zu verbreitern. Lernen und Arbeiten müssen in Konzeption und Gestaltung stärker als bisher verknüpft werden. Das arbeitsorientierte Lernen befasst sich mit dem Lernpotenzial aus der Arbeitsaufgabe. Damit ist also die Steigerung der Lernförderlichkeit der Aufgabe ein Zielfeld des arbeitsorientierten Lernens.

B

Balanced Scorecard

Die Balanced Scorecard ist ein Steuerungs- und Controllinginstrument für wertschöpfende Aktivitäten einer Organisation und unterstützt bei der angemessenen Übersetzung von Visionen in strategiegerechtes operatives Handeln. Ein wichtiger Faktor ist dabei die Gewichtung verschiedener Perspektiven der Steuerung wie Potenzi-ale, Finanzen, Kunden und Prozesse. Mit wenigen gewichteten, aussagekräftigen Kennwerten erfolgt die Steuerung (ausgewogenes Kennzahlensystem). Die Balanced Scorecard ist ein Konzept, aber kein fertiges Instrument. Entscheidend für die Qualität der Balanced Scorecard sind die Angemessenheit der selektierten Perspektiven und die Güte der zugeordneten Kennwerte.

Beanspruchungsfolgen

Lassen sich die Belastungen aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen kompensieren, resultieren positive Beanspruchungsfolgen, die motivationsförderlich sind. Gibt es quantitativ oder qualitativ ein Zuviel an Belastungen, die ressourcentechnisch nicht oder nur unzureichend kompensierbar sind, kommt es zu negativen Beanspruchungsfolgen, die sich psychisch, physisch, kognitiv, emotional und behavioral auswirken können. Die langfristige Wirkung negativer Beanspruchungsfolgen schlägt sich gesundheitlich in den typischen ‚Stresserkrankungen‘ nieder.

Begriff	Kurze Erläuterung
<p>Beanspruchungs-optimalität</p>	<p>Die Beanspruchungsoptimalität gilt als Maß für das Kosten-Nutzen-Verhältnis (ROI) in Bezug auf die Doppelrolle der Beanspruchung. Es genügt also nicht, Belastungsquellen aufzudecken, zu beseitigen und durch verschiedene Gestaltungsmaßnahmen die psychischen Arbeitsbeanspruchungen zu reduzieren, sondern nur diejenigen Belastungen, die zu negativen oder dysfunktionalen Beanspruchungszuständen bei den Betroffenen führen, gilt es zu reduzieren. Arbeitsanforderungen, die positive bzw. funktionale Beanspruchungen nach sich ziehen, sind entsprechend zu fördern.</p>
<p>Belastungen</p>	<p>Belastungen stellen in gewisser Weise die Bedingungsfaktoren einer Tätigkeit dar, die Auswirkungen auf den Menschen haben können. In letzter Zeit nehmen insbesondere die psychischen, mentalen oder psychomentalen Belastungen zu. Aus psychologischer Sicht werden unter Belastungen alle Faktoren verstanden, die von außen auf den Menschen psychisch einwirken (vgl. DIN EN ISO 10075). Der psychologische Belastungsbegriff ist neutral definiert. Werden gewisse intraindividuelle Grenzen der Selbstregulationskompetenz überschritten, handelt es sich um negativ konnotierte Fehlbelastungen. In der Arbeitswelt sind dies v. a. Fehlbelastungen aus der Arbeitsaufgabe, der Arbeitsumgebung und der Arbeitsorganisation sowie psychosoziale Fehlbelastungen. Sind die Belastungen jedoch zu meistern, handelt es sich um motivationsförderliche Anforderungen bzw. Herausforderungen.</p>
<p>Betriebliches Eingliederungsmanagement</p>	<p>Nach § 84, Abs. 2 SGB IX (neuntes Buch Sozialgesetzbuch) ist das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) eine Aufgabe des Arbeitgebers mit dem Ziel, die Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmer möglichst zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz des Betroffenen zu erhalten. Wenn ein Arbeitnehmer innerhalb von 12 Monaten mehr als 42 krankheitsbedingte Fehltag am Stück oder partialisiert aufzuweisen hat, soll das BEM einsetzen. Soweit im Unternehmen ein Betriebs- oder Personalrat installiert ist, ist dieser zu beteiligen (Partizipationsgrundsatz). Wenn der Betroffene leistungsgewandelt ist, ist zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung hinzuzuziehen.</p>
<p>Body-Mass-Index und Alternativen</p>	<p>Der Body-Mass-Index (BMI) wurde von Quételet (1835) als Maßzahl für die Bewertung der Körpermasse eines Menschen entwickelt [$BMI = (\text{Körpermasse in kg}) / (\text{Körpergröße in m})^2$]. Der BMI ist in der Literatur und der medizinischen Praxis weit verbreitet, allerdings stellt er lediglich einen sehr groben Richtwert dar und ist in der Wissenschaft bezüglich seiner Vorhersagekraft für Erkrankungsrisiken umstritten, da er die Statur und die interindividuell verschiedene Zusammensetzung der Körpermasse aus Fett- und Muskelgewebe nicht berücksichtigt. Eine Alternative stellt der Taille-Hüfte-Quotient (WHR = Waist-to-Hip-Ratio) dar, der den Bauchumfang im Verhältnis zum Hüftumfang stellt. Man differenziert hier zwischen den Apfel- und den Birnentyp. Er berücksichtigt stärker die Verteilung des Fettgewebes im Körper. Manche verwenden auch Verhältnis Taille zu Größe. Dort wird der Taillenumfang durch die Körpergröße geteilt (WHtR = Waist-to-Height-Ratio).</p>

Begriff	Kurze Erläuterung
---------	-------------------

Burn-out	Nach ICD-10 handelt es sich beim ‚Burn-out‘ um keine Erkrankung, sondern um ein Problem mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, die mit einem Zustand der totalen Erschöpfung einhergeht (Z 73.0). In der klinischen Forschung versteht man unter Burn-out eine sich prozesshaft entwickelnde Beanspruchungsreaktion, die sich z. B. in anhaltender Emotionsarmut, reduzierter Arbeitsleistung und -motivation sowie zynischem und abgestumpftem Verhalten gegenüber Kunden, Klienten u. a. Menschen auswirkt. Ursprünglich war das Burn-out ausschließlich in psychosozialen Berufsfeldern (Krankenpflege, Lehrerberufe etc.) verortet. In einer breiteren Definition sind inzwischen alle Tätigkeiten inkludiert, die durch Interaktionen mit anderen Menschen gekennzeichnet sind (z. B. Dienstleister).
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C

Commitment	Commitment bezeichnet das Ausmaß der Identifikation eines Mitarbeiters mit dem Unternehmen, bei dem er beschäftigt ist. Beim affektiven Commitment hat das Unternehmen eine große persönliche Bedeutung für den Mitarbeiter. Aufgrund dieser emotionalen Verbindung möchte er auch zukünftig gerne hier beschäftigt sein. Fühlt sich der Mitarbeiter der Organisation moralisch oder aufgrund normativer Wertvorstellungen verpflichtet, bleibt er dem Unternehmen verbunden, da er der Überzeugung ist, dass das Ausscheiden falsch wäre. Und schließlich kann der Mitarbeiter auch die monetären und sozialen Kosten berücksichtigen, die ein Stellenwechsel nach sich ziehen würde – hierbei handelt es sich um die rationale Ebene des Commitments. Zahlreiche Studien belegen positive Zusammenhänge zwischen Commitment und Leistung, Motivation und Anwesenheit am Arbeitsplatz sowie negative Zusammenhänge zwischen Commitment und erlebtem Stress sowie der Absicht das Unternehmen zu verlassen und es dann tatsächlich zu verlassen. Commitment ist damit eine wichtige Ressource.
-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Corporate Governance Kodex	Der Deutsche Corporate Governance Kodex (DCGK) ist ein Regelwerk, das von einer Regierungskommission der Bundesrepublik Deutschland 2002 erarbeitet wurde. Hierin enthalten sind Vorschläge, was ethische Verhaltensweisen von Unternehmensführung und Mitarbeitern ausmacht. Der Kodex wird jährlich von der ‚Regierungskommission „Deutscher Corporate Governance Kodex“‘ überprüft und ggf. aktualisiert.
-----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Corporate Social Responsibility	Ein deutsches Synonym für Corporate Social Responsibility (CSR) lautet unternehmerische Gesellschaft- oder Sozialverantwortung. Gemeint ist der freiwillige Beitrag der Wirtschaft zu einer nachhaltigen Entwicklung, die über die gesetzlichen Forderungen der Compliance hinausgeht. CSR steht für verantwortliches unternehmerisches Handeln im Markt, in der Umwelt bis hin zu den Beziehungen mit den Mitarbeitern und dem Austausch mit den Stakeholdern. CSR hat zudem nicht zu unterschätzende positive Auswirkungen auf das Arbeitgeberimage (Employer Branding) und auf das Commitment der sich im Unternehmen befindenden Mitarbeiter.
----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Begriff	Kurze Erläuterung
Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha wurde 1951 von Lee J. Cronbach als Maßzahl der multivariaten Statistik entwickelt. Das Alpha gibt an, inwiefern verschiedene Items (z. B. einer Skala im Fragebogen) im Grunde das gleiche messen. Mithilfe dieser Maßzahl lässt sich die Reliabilität (Zuverlässigkeit) eines psychometrischen Tests schätzen. Das Alpha kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Es ist Konvention, dass Werte größer 0,7 als reliabel eingestuft werden.

D

Demografiemanagement	Aufgrund immer älter werdender Belegschaften und dem Mangel an Nachwuchskräften müssen Unternehmen heute deutlich weiter in die Zukunft denken und planen. Mithilfe eines betrieblichen Demografiemanagements lassen sich der interne aktuelle und zukünftige Personalbestand und -bedarf analysieren, die Personalentwicklung und Personalführung sowie das betriebliche Gesundheitsmanagement anpassen (altersgerechtes Personalmanagement). Beim Demografie-Check erfolgt nicht nur eine Altersstrukturanalyse, sondern auch eine Bewertung der betrieblichen Situation u. a. in den Bereichen Personalbeschaffung, Personalentwicklung, Führung, Gesundheit und Wissensmanagement. Entscheidend ist auch die Festlegung demografischer Controlling-Kennzahlen, um den Erfüllungsgrad eines strategischen Konzepts zur Steigerung der Demografie-Fitness zu ermitteln (nachhaltige Verfolgung).
Disability Management	Beim Disability Management geht es darum, die berufliche Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern mit gesundheitlichen Einschränkungen zu erhalten und zu verbessern. Disability Management im betrieblichen Kontext führt oft zu Missverständnissen. Es handelt sich nicht um ein Defizitmodell, sondern um die Etablierung eines fähigkeitsorientierten und nachhaltigen Gesundheitsmanagements, wo Prävention, Frühwarnsystem und Rehabilitation Hand in Hand gehen. Das wichtigste Instrument des Disability Managements ist die betriebliche Wiedereingliederung auf der gesetzlichen Grundlage des Sozialgesetzbuches (Buch IX, § 84 – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen). Der Disability Manager sorgt für die Wiedereingliederung langzeiterkrankter Arbeitnehmer. Er versteht sich dabei als moderierender Koordinator der internen und externen Akteure. Seit einigen Jahren gibt es die Möglichkeit, sich zum Certified Disability Management Professional (CDMP) ausbilden zu lassen. Der Disability Manager hat zwei zentrale Aufgaben: (1) Er berät Arbeitgeber und Arbeitnehmer und koordiniert die berufliche Wiedereingliederung im Einzelfall und (2) über die Einzelfälle hinaus entwickelt er Konzepte für die Implementierung betriebsnaher Strukturen.

Begriff**Kurze Erläuterung****Disease Management**

Seit 2002 gibt es auch in Deutschland systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen (Disease Management Programm, DMP). Sie stützen sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten medizinischen Forschung. Die gesetzliche Krankenversicherung hält diese Programme auch als Chronikerprogramme vor. Patienten, die unter chronischen Erkrankungen leiden, sollen durch eine gut abgestimmte, infrastrukturell intelligent vernetzte und kontinuierliche Betreuung und Behandlung vor Folgeerkrankungen bewahrt werden (Ko- und Multimorbidität). Dies gelingt, wenn strukturell und inhaltlich Hausärzte und Fachtherapeuten sowie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen koordiniert zusammenarbeiten. Die infrage kommenden Therapieschritte müssen nach wissenschaftlich gesichertem medizinischem Wissensstand aufeinander abgestimmt sein.

E**Employability**

Employability ist die Forderung nach Anpassungs- und Beschäftigungsfähigkeit in einer sich wandelnden und zunehmend flexibilisierten Arbeitswelt. Es geht primär um die Arbeitsmarktfähigkeit, die letztlich Eigenverantwortung, Gesundheit und Kompetenz von den Individuen verlangt. Wachsende Bedeutung erhält das Konzept der Beschäftigungsfähigkeit durch den demografischen Wandel. Umgangssprachlich könnte man auch von der Arbeitsmarktfitness sprechen, die u. a. durch Förderung von Schlüsselkompetenzen bei gleichzeitiger Forderung nach mehr Selbstverantwortung mit flankierenden strukturellen Unterstützungsangeboten der Qualifizierung und des Gesundheitswesens erzielt werden soll (Employability Management). Dabei muss aber aufgepasst werden, dass die Subjektivierung der Arbeit nicht nach hinten losgeht. Nicht das Individuum allein kann seine Marktfähigkeit gewährleisten, wir benötigen hier auch entsprechende Strukturen und Ressourcen.

Empowerment

Unter dem Begriff ‚Empowerment‘ werden alle Strategien und Maßnahmen verstanden, die den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen erhöhen. Im betrieblichen Alltag ermöglicht ein von Empowerment geprägter Führungsstil, dass die Mitarbeiter ihre Interessen selbstbestimmt und selbstverantwortlich vertreten und gestalten sowie Entscheidungen aus unternehmerischer Sicht treffen können (Mitunternehmertum). Empowerment erzielt man nur, wenn eine professionelle Unterstützung der Mitarbeiter erfolgt, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen. Der ‚empowerte‘ Mitarbeiter kann so seine Selbstkompetenz wahrnehmen (Selbstwirksamkeit).

Ermöglichungsdidaktik

Die Ermöglichungsdidaktik modernisiert die Erwachsenenbildung in Richtung Selbstverantwortung und handlungsorientiertes Lernen. Der Lehrende schafft die geeigneten Lernvoraussetzungen (Rahmenbedingungen), um Lernprozesse beim Lernenden zu ermöglichen. Damit grenzt sich die Ermöglichungsdidaktik von erzeugungsdidaktischen, fremdbestimmten Ansätzen des Lehrens und Lernens ab. Die Ermöglichungsdidaktik ist teilnehmer- und problemlösungsorientiert sowie bildungsbezogen (Ich-Identität, Selbstwert). Sie fördert die Selbsterschließung und das Selbstlernen im Sinne des Konstruktivismus. Damit eignet sie sich auch für die Gesundheitsbildung als Ansatz moderner Gesundheitsförderung.

Begriff	Kurze Erläuterung
Evidenzbasierung	Evidenzbasierung befasst sich mit der Frage, ob mit den anvisierten Maßnahmen auch tatsächlich die erhofften Ziele erreicht werden können. Mit Evidenz lässt sich die Verlässlichkeit eines beobachteten Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs beschreiben. Was bedeutet aber Verlässlichkeit? Die meisten Autoren verknüpfen diese Frage mit der Angemessenheit der zugrunde liegenden Nachweismethoden. Dafür sind im Bereich der Medizin v. a. randomisierte kontrollierte Studien an der Spitze der Evidenzhierarchie erforderlich, was bei der BGF eher die seltene Ausnahme darstellen dürfte (Feldstudien). Auch stellt sich die Frage, ob Gesundheitsförderung als Intervention oder eher als Endpunkt betrachtet werden soll.
Exzellenz des EFQM-Modells	Die Exzellenz beruht auf den Grundpfeilern: Ergebnisorientierung, Ausrichtung auf den Kunden, Führung und Zielkonsequenz, Management mittels Prozessen und Fakten, kontinuierliches Lernen (Innovation und Verbesserung), Entwicklung von Partnerschaften und soziale Verantwortung. Dabei handelt es sich um ein Selbstbewertungssystem, anhand dessen sich das Unternehmen beispielsweise in Bezug auf BGF nach neun vorgegebenen Kriterien selbst einschätzen kann. Über eine „objektivierte“ Punktevergabe (maximal 1.000 Punkte) werden die Ergebnisse dieser Selbstbewertung mit anderen vergleichbar gemacht. Das Modell unterscheidet 5 Befähigerkriterien und 4 Ergebnis-Kriterien. Beide gelten als gleichwertig und beinhalten insgesamt 32 Einzelkriterien.
F	
Flow	Flow ist ein Motivationszustand mit der höchsten intrinsischen Motivation, einem Zustand, in dem man Raum und Zeit vergisst und zu Höchstleistungen fähig ist. Man geht quasi in seiner Tätigkeit auf (autotelische Aktivität). Um in Flow zu kommen, muss die Tätigkeit möglichst strukturiert sein (klare Ziele, Eindeutigkeit der Handlungsstruktur, glatter Handlungsablauf und herausfordernd) und die Person über eine autotelische Persönlichkeit (hohe Genuss- und Konzentrationsfähigkeit, Selbstvertrauen, Fähigkeit zur Reduktion der Selbstaufmerksamkeit) verfügen.
Fluktuation	Fluktuation bezeichnet die Austauschrate des Personals in einer Organisation. Unter ‚institutioneller Fluktuation‘ versteht man den geplanten und den Zielen der Institution immanenten Wechsel. Bei der ‚individuellen Fluktuation‘ gilt es, noch weitere Zu- und Abgänge zu berücksichtigen. Schließlich umfasst die ‚natürliche Fluktuation‘ den Anteil der Gesamtfluktuation, der altes- oder todesfallbedingt resultiert.
G	
Gefährdungsanalyse	Die Gefährdungsanalyse teilt die Arbeitsplätze in zwei Gruppen, nämlich die ‚gefährlichen Arbeitsplätze‘ (z. B. in der Produktion durch Lastentransport, Umgang mit Chemikalien, durch Arbeitsverfahren und Arbeitsmittel) und in die ‚ungefährlichen Arbeitsplätze‘ (z. B. die Büroarbeitsplätze in der Verwaltung). Ziel der Gefährdungsanalyse ist die Sicherheit und der Gesundheitsschutz beim Einrichten und Betreiben von Arbeitsstätten. Es geht also um das Bereitstellen, Ausgestalten, Benutzen und Instandhalten von Arbeitsstätten, Arbeitsplätzen und Arbeitsräumen. Das Grundkonzept einer Gefährdungsanalyse ergibt sich aus dem Arbeitsschutzgesetz

Begriff	Kurze Erläuterung
	<p>in den §§ 3, 4, 5 und 6. Durch die Beurteilung der Arbeitsbedingungen in Hinsicht auf mögliche Gefährdungen muss jeder Arbeitgeber die für seine Unternehmung erforderlichen Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten treffen. Für die Durchführung einer Gefährdungsanalyse gibt es einen siebenschrittigen Standard: (1) Vorbereitung, (2) Ermitteln der Gefährdung, (3) Beurteilung von Risiken, (4) Festlegen und Durchführen von Maßnahmen, (5) Überprüfen der Wirksamkeit, (6) Dokumentieren und (7) Fortschreiben. Neuerdings wird gefordert, die klassische Gefährdungsanalyse in Bezug auf die psychischen und psychosozialen Belastungsfaktoren zu erweitern. Dies setzt neue Instrumente voraus.</p>
<p>Gesunde Führung</p>	<p>Führungskräfte sind Kulturpromotoren, die maßgeblich für die Entwicklung der Gesundheitskultur im Unternehmen verantwortlich sind. Gesunde Führung kennzeichnet einen Führungsstil mit impliziten und expliziten Steuerungselementen wie systematische Führung (Zielsetzung, Kontrolle der Zielerreichung und des Leistungsfeedbacks) sowie Motivation und Partizipation (Beteiligung, Einbindung, Förderung von Eigeninitiative, Verantwortungsübernahme sowie angemessenes Informations- und Kommunikationsmanagement). In diesem Themenbereich lassen sich zwei Perspektiven verorten: Gesundheitsförderliche Führung als Selbstmanagementaufgabe und als Führungsaufgabe. Bei der Selbstmanagementaufgabe geht es nach dem Ressourcenmodell um eine Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen. Bei der Führungsaufgabe lassen sich drei Rollen identifizieren: (1) Führung als Interaktionspartner mit direktem Einfluss auf die Beanspruchungsfolgen der Mitarbeiter (Befähigung, Beteiligung, Verantwortungsübernahme, Commitment), (2) Führung als Ressourcenmanager mit moderierender Pufferfunktion (Ressourcenmanagement sowohl persönliche als auch externe Ressourcen betreffend, aktive Stressprävention) und (3) Führung als Arbeitsgestalter mit Einfluss auf die Belastungssituation der Mitarbeiter (Gestaltung der Arbeitsaufgabe, der Arbeitsumgebung, der Arbeitsorganisation und Einfluss auf die psychosoziale Umwelt).</p>
<p>Gesundheitskommunikation</p>	<p>Gesundheitskommunikation soll über das Thema ‚Gesundheit‘ aufklären, informieren und darüber hinaus überzeugen sowie zu gesundheitsfördernden Verhaltensanweisungen anregen. Dabei bedient sich die Gesundheitskommunikation den üblichen Schritten der Kommunikationsplanung (Definition der Dialoggruppen sowie die Definition der Zielgruppen, Kommunikationsziele, -inhalte, -kanäle, -phasen und -maßnahmen) und flankiert von Anfang an das betriebliche Gesundheitsmanagement (Marketing).</p>
<p>Gesundheitskompetenz</p>	<p>Inhaltlich orientiert sich der Begriff ‚Gesundheitskompetenz‘ an der Ottawa Charta. Gesundheitskompetenz bestimmt sich als die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, und zwar zu Hause, in der Arbeitswelt und in der Gesellschaft. Gesundheitskompetenz stärkt die Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen. Gesundheitskompetenz darf kein träges Wissen sein (Faktenwissen), sondern muss handlungsorientiert übersetzt sein (Transferproblem).</p>

Begriff	Kurze Erläuterung
Gesundheitskultur	Gesundheitskultur ist ein Segment der Unternehmenskultur und vereint Sinnhaftigkeit und Relevanz des Themas ‚Gesundheit‘ im Unternehmen aus Sicht der Beschäftigten (Werte und Einstellungen betreffend). V. a. Führungskräfte sind für die Entwicklung der Gesundheitskultur verantwortlich, die sich in ihrer nachhaltigen Wirkung durch das Setzen von Gesundheitsnormen im Mitarbeiterverhalten niederschlägt. Als subjektives Maß ist die Gesundheitskultur hoch mit objektiven Maßen wie Fehlzeitenquote korreliert. Eine transparente Leitbildpolitik kann die Gesundheitskultur begleiten, jedoch ist Gesundheitskultur nicht gleichzusetzen mit einer Roadshow von aufgefrischten modernen Leitbildern.
Gesundheitsmonitoring	Das Gesundheitsmonitoring bezeichnet die systematische, regelmäßige und repräsentative Erfassung von Gesundheitsdaten und Risikofaktoren in der Bevölkerung oder in spezifischen Kohorten. Sie dienen als Grundlage für epidemiologische Forschungsarbeiten und Risikoeinschätzungen. Als Beispiel ist das Zentrum für Krebsregisterdaten zu nennen (http://www.krebsdaten.de).
Gesundheitszirkel	In Gesundheitszirkeln treffen sich die Teilnehmer für eine begrenzte Zeit regelmäßig in ausgewählten Arbeitsbereichen oder Abteilungen. Durch das kommunikative und gestaltungsorientierte Instrument des betrieblichen Gesundheitsmanagements sollen gesundheitliche Probleme aus der Sicht der Betroffenen angegangen und Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden. Ziele von Gesundheitszirkeln sind die Reduzierung von Fehlzeiten, die Reduzierung von verhaltensbedingten Arbeitsunfällen, die Verbesserung der Arbeits- und Produktqualität, die Verbesserung der Aufbau- und Ablauforganisation, die Verbesserung der Kommunikation und Kooperation und anderes mehr. Am besten funktionieren die Gesundheitszirkel nach einer fundierten Standortbestimmung hinsichtlich der Risikofaktoren und des Gesundheitszustands der Organisation.
<div style="background-color: #c00000; color: white; padding: 2px 5px; display: inline-block; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">H</div>	
Handlungsregulationstheorie	Die Handlungsregulationstheorie wurde von Winfried Hacker und Walter Volpert entwickelt. Die Handlungsregulationstheorie ist ein Handlungsmodell, das auf Zielen basiert, Pläne als Basis zur Realisierung der Ziele verwendet und über die Rückmeldung in Form von Rückkopplungsschleifen schrittweise zur Korrektur der Pläne und Handlungen führen kann. Hier geht es also um die psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit. Handlungen bestehen hiernach aus Teilhandlungen und Bewegungen (hierarchischer Aufbau) und differenzieren sich in automatisierte, bewusstsensfähige und bewusstseinspflichtige Regulationsprozesse. Ziel der Theorie ist es, die Güte des Handelns in Bezug auf die Tätigkeit zu optimieren.
Hardiness	Die Widerstandsfähigkeit gegen Fehlbelastungen als internale Resource beschreibt eine Persönlichkeitsdisposition, die Menschen trotz großer und zum Teil extremer Belastungen zu schützen vermag. Die Disposition setzt sich zusammen aus einem ausgeprägten Engagement, sich mit den Lebensaufgaben zu identifizieren, Kontrolle und die Überzeugung, Einfluss auf das eigene Leben nehmen zu können sowie Herausforderungen und Veränderungen als positive Chancen wahrzunehmen.

Begriff	Kurze Erläuterung
Health Balanced Scorecard	Die Health Balanced Scorecard verknüpft gewichtet verschiedene betriebliche Gesundheitsindikatoren (Früh- und Spätindikatoren) zu aussagekräftigen Kennwerten auf der Potenzial-, Prozess-, Kunden- und Finanzperspektive. Die Vor- und Nachteile der Balanced Scorecard gelten auch für die Health Balanced Scorecard. Vorteilhaft ist die Verknüpfung der Health Balanced Scorecard mit dem EFQM-Modell (EFQM-basierte Health Balanced Scorecard).

HERO Datenbank <i>The Health Enhancement Research Organization</i>	Bei der HERO-Datenbank handelt es sich um eine wissenschaftliche Datenbank zur Gesundheitsförderung und Prävention, die Daten von diversen Unternehmen im Longitudinaldesign erfasst. Es handelt sich um eine Zusammenarbeit von HERO, der StayWell Company, der MEDSTAT Group und weiteren Unternehmen wie Hoffmann La Roche mit einer Gesamtpopulation von derzeit etwa n=47.500. Man möchte die Einflüsse von beeinflussbaren Risikofaktoren wie Alkoholkonsum, Blutzucker, Blutdruck, Cholesterin, Ernährung, Fitness, psychische Gesundheit, Tabakkonsum, Stress, Gewicht und deren Wechselwirkungen untersuchen. Dabei interessiert v. a. der Zusammenhang zwischen Veränderungen von Risikofaktoren und deren Auswirkungen auf Kosten der medizinischen Versorgung.
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

I

Inzidenz

Der Begriff Inzidenz beschreibt die Häufigkeit von Neuerkrankungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums: Anzahl neu aufgetretener Krankheitsfälle innerhalb einer definierten Bevölkerungsgruppe (oft 100.000 Einwohner als Maßeinheit) und eines festgelegten Zeitraums (meistens 1 Jahr). Oft wird der Begriff synonym mit der Inzidenzrate verwendet. Sie ist definiert als der Anteil der in einem bestimmten Zeitraum neu erkrankten Personen innerhalb einer betrachteten Zeitspanne bezogen auf die entsprechende Population, die dem Erkrankungsrisiko ausgesetzt ist. Inzidenzstudien ermöglichen Risikoeinschätzungen. Sie sind aber aufwendig, da man meistens lange Beobachtungszeiten großer Kollektive benötigt.

K

Key Performances Measures

Darunter versteht man Schlüssel- bzw. erfolgskritische Kennzahlen, die beispielsweise in einer Balanced Scorecard zusammengeführt werden können. Diese Kennzahlen fungieren meistens als Indikatoren (Key Performance Indicator = KPI). Die Fehlzeiten können beispielsweise als KPI für den „Gesundheitszustand“ des Unternehmens fungieren. Entscheidend ist, dass man mit diesen Kennzahlen den Fortschritt oder den Erfüllungsgrad in Bezug auf zentrale Zielsetzungen (Organisationsziele) bestimmen bzw. messen kann.

Ko- und Multimorbidität

Zweifach- oder Mehrfacherkrankungen sind in Anbetracht der Tatsache, dass die Menschen immer älter werden, künftig häufig zu erwarten. Damit erschwert sich nicht nur die Diagnostik, sondern es kommt auch zu Wechselwirkungen zwischen den Krankheiten bzw. Beschwerden. So kann beispielsweise Diabetes das Risiko erhöhen, einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden. Bewegungsmangel durch arthrotische Erkrankungen wiederum kann zu einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislaufkrankheiten führen. Viele psychische Störungen sind mit anderen Krankheitsbildern verbandelt.

Begriff	Kurze Erläuterung
Kohärenz	Kohärenz wird durch drei Faktoren erklärt: Verstehbarkeit ⇔ Umweltanreize sind strukturiert, vorhersagbar und erklärbar; Handhabbarkeit ⇔ Ressourcen vorhanden, um Anforderungen zu bewältigen; Bedeutsamkeit ⇔ Anforderungen als positiv erlebte Herausforderungen.
Kondratieff-Zyklus	Der russische Wirtschaftswissenschaftler Nikolai Kondratjew postuliert ausgehend von empirischen Untersuchungen, dass es neben den kurzen Konjunkturzyklen auch lange Konjunkturwellen gebe, die im Durchschnitt ca. 50 Jahre andauern. Jede dieser Wellen ist gekennzeichnet von einem spezifischen gesellschaftlichen Bedarf (beispielsweise die Informationstechnik seit 1990). Kennzeichnend für jede Welle ist eine Aufschwung- und eine Abschwungphase.
Kontrollüberzeugung	Generell unterscheidet man Menschen mit internaler Kontrollüberzeugung, die sich zutrauen, Herausforderungen selbst meistern zu können, von Menschen mit externaler Kontrollüberzeugung, die sich vom Schicksal oder anderen äußeren Umständen gelenkt und bestimmt fühlen.
M	
Managed Care System	Beim Managed Care handelt es um ein in den USA entwickeltes vernetztes Versorgungsmodell, um betriebswirtschaftlich effizient und effektiv Einfluss auf medizinische Entscheidungsprozesse und ärztliches Handeln zu nehmen (Kosten- und Leistungskontrolle). Durch die zentrale Steuerung der medizinischen Leistungserbringung, durch die Abschaffung der freien Arztwahl, durch eine größere Datentransparenz u. a. versucht man das kränkelnde Versorgungs- und Versicherungssystem aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu optimieren. Ohne die Vorteile des Solidaritätsprinzips aufzugeben, versucht man, Angebot und Nachfrage aus wirtschaftlicher Sicht zu verknüpfen. Das Hausarztkonzept ist ein typisches Beispiel für ein solches Managed Care System. Disease Management Programme für chronisch kranke Menschen und die integrierte Versorgung gehören ebenfalls zu diesem Ansatz.
Metaanalyse	Unter Metaanalysen versteht man Verfahren, mit denen die Ergebnisse unterschiedlicher Studien zu einer gemeinsamen Thematik zusammengefasst werden. Dadurch erhält man einen Überblick zum aktuellen Stand der Forschung. Metaanalysen setzen zur Integration auf statistische Methoden und unterscheiden sich dadurch von den klassischen Reviews, die auf der sprachlichen Ebene die Zusammenführung vornehmen.
Metabolisches Syndrom	Das metabolische Syndrom bezeichnet Beschwerden, die mit vielfältigen Störungen des Stoffwechsels, der Blutdruckregulation und Fettleibigkeit assoziiert sind. Risikofaktoren sind Diabetes mellitus, eine gestörte Glucosetoleranz, ein pathologischer Nüchternblutzucker, meistens Bluthochdruck, viszerale Adipositas etc. Man geht davon aus, dass das metabolische Syndrom ein entscheidender Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten ist.
Miasma	Miasma bedeutet „übler Dunst“ und erklärt aus medizingeschichtlicher Sicht ein Modell der ungeklärten Krankheitsübertragung.

Begriff	Kurze Erläuterung
Mikrozensus	Der Mikrozensus ist eine bevölkerungsstatistische Erhebung, bei der im Gegensatz zur Volkszählung per Zufall eine Flächenstichprobe gezogen wird. Das Statistische Bundesamt befragt jährlich 1 Prozent der Privathaushalte in Deutschland, das sind ca. 390.000 Haushalte mit etwa 830.000 Menschen. Der Mikrozensus gibt sowohl politischen Entscheidungsträgern Informationen über die wirtschaftliche und soziale Lage der Bevölkerung sowie über die Erwerbstätigkeit, den Arbeitsmarkt und die Ausbildung, als auch der Wissenschaft entsprechende Benchmarkmöglichkeiten.
Modell der Arbeitscharakteristika	Das Job Characteristics Model befasst sich mit der Frage, wie Motivation aus der Arbeit entsteht. Es stellt eine Rahmentheorie für die Entstehung intrinsischer Motivation aus den Aufgabenmerkmalen dar. Motivation wird als vermittelnde Variable zwischen Letzteren und Spätindikatoren wie Fehlzeiten, Zufriedenheit und Gesundheit interpretiert. Das Instrument Job Diagnostic Survey baut auf das Modell der Arbeitscharakteristika und kann zur Ermittlung aufgabenrelevanter Merkmale der Gesundheitserfassung dienen.
Moderator	Moderatoren beeinflussen den Zusammenhang zwischen zwei Variablen wie Arbeitsmotivation und Leistung. Der Einfluss der Moderatoren ist dabei oft unbestimmt und muss durch statistische Analysen ermittelt werden. Im Gegensatz zu den Moderatoren wechselwirkt der Mediator sowohl mit der einen als auch mit der anderen Variable. Es liegen damit signifikante Zusammenhänge vor.
Monotonie	Eine reduzierte psychophysische Aktivität infolge einer spezifischen Beanspruchung ist das Kennzeichen der Monotonie. Besonders reizarme Situationen, die eine länger andauernde Ausführung oder gleichartig einformige Tätigkeiten verlangen, begünstigen das Monotonieerleben. Dieses kann quantitativer (es gibt zu wenig zu tun) oder qualitativer Art (man ist intellektuell unterfordert) sein. Aus monotonen Tätigkeiten folgen Müdigkeit, Interesselosigkeit und Gefühle der Langeweile. Diese Symptome können durch Reizgabe, z. B. durch einen Tätigkeitswechsel (Job Rotation), schlagartig im Gegensatz zur psychischen Ermüdung verschwinden.
Morbidität Mortalität	Morbidität ist eine statistische Größe, die die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe beschreibt und mit deren Hilfe man die Erkrankungswahrscheinlichkeit abschätzen kann. Die Morbidität wird durch die Prävalenz (Rate bereits Erkrankter) und der Inzidenz (Rate der neu Erkrankten) innerhalb eines definierten Zeitfensters bestimmt. Während Morbidität ein Begriff der Erkrankungsstatistik ist, handelt es sich bei der Mortalität um einen Begriff der Todesursachenstatistik.
Multiple Chemical Sensitivity	Man versteht darunter eine mehrfache Chemikalienunverträglichkeit (multiple Chemikaliensensitivität). Es erfolgt eine allergieähnliche Reaktion des Immunsystems gegenüber Spuren von Chemikalien oder Umweltschadstoffen. Meistens handelt es sich um alltägliche Chemikalien wie Duftstoffe, Lösungsmittel usw. Haut- und Atemwegsprobleme, Kopfschmerzen, chronische Müdigkeit sind die Folge. Prinzipiell können alle Organe betroffen sein (Syndrom-Charakter), was die Differenzialdiagnostik schwierig macht und eine intensive Anamnese erfordert.

Begriff	Kurze Erläuterung
<p>O</p> <p>Omnibusbefragung</p>	<p>Unter Omnibusbefragung versteht man eine Mehrthemenbefragung. So lassen sich beispielsweise Gesundheitsfragen in einer allgemeinen Mitarbeiterbefragung integrieren, ohne dass man aus logistischer Sicht eine eigene Gesundheitsbefragung durchführen muss. Dadurch lassen sich auch interessante Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Zufriedenheitswerten der Mitarbeiterbefragung ermitteln. Nachteilig ist jedoch, dass möglicherweise durch ein Thema auch ein unkontrollierter Einfluss auf die Beantwortung der anderen Themen erfolgt. Zudem werden Gesundheitsfragen innerhalb einer Mitarbeiterbefragung nicht mit der gleichen Sorgfalt und Intensität ausgefüllt wie bei einer getrennten Gesundheitsbefragung (Ausfüllqualität leidet oftmals durch Kombination).</p>
<p>P</p> <p>Paneluntersuchung</p>	<p>In der empirischen Sozialforschung handelt es sich meistens um ein spezielles Längsschnittdesign zur Feststellung von Veränderungen innerhalb einer bestimmten Gruppe von Personen in Bezug auf festgelegte Merkmale im Zeitablauf. Es erfolgt also eine mehrfache Erhebung derselben Variablen bei gleicher Operationalisierung (beispielsweise das gleiche Befragungsinstrument) an denselben Personen bzw. allgemeiner Untersuchungsobjekten zu verschiedenen Zeitpunkten. Problematisch sind die nur bedingt kontrollierbaren Paneleffekte. Damit sind alle bewussten oder unbewussten Veränderungen beispielsweise im Verhalten oder den Einstellungen der Panelteilnehmer gemeint, die aus der wiederholten Messung resultieren. Ein weiteres Problem stellt der Stichprobenschwund dar, der selektiv oder auch unkontrolliert erfolgen kann. Deshalb muss man meistens auch relativ große Stichproben am Anfang wählen. Dies ist bei der Wirksamkeitsforschung von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung zu beachten.</p>
<p>Partizipatives Produktivitätsmanagement</p>	<p>Das Partizipative Produktivitätsmanagement (PPM) stellt ein gruppenbezogenes Zielvereinbarungssystem dar, das erstmals unter der Bezeichnung ProMES (Productivity Measurement and Enhancement System) von Robert D. Pritchard Ende der achtziger Jahre in der USA erprobt wurde. Entscheidend ist das Gruppenziel, was explizit von der Gruppe definiert wird. Die Gruppe bestimmt auch die kritischen Erfolgsfaktoren, nach der die Zielerreichung verfolgt werden kann. Das Feedback über die Erfolgszahlen ist maßgeblich, um eine homogene Kräfteausrichtung der Motivation zu erzielen bzw. um eine gemeinsame Zielorientierung zu schaffen. Gruppenziele dürfen dabei nicht nur an Einzelne ausgerichtet werden, sondern die gruppenbezogene Gesamtzielerreichung muss im Konsens mit den übergeordneten Organisationszielen stehen.</p>

Begriff	Kurze Erläuterung
Präsentismus	Unter Präsentismus versteht man eine Anwesenheit des Mitarbeiters trotz Krankheit am Arbeitsplatz. Typische Folgen des Präsentismus sind: Die Konzentration lässt nach, die Fehleranfälligkeit steigt, die Unfallgefahr nimmt zu und die Leistungsfähigkeit nimmt ab. Präsentismus kann sich zu einem gewaltigen Kostentreiber für Unternehmen herausstellen. Schätzungen zufolge gehen bis zu 60 % der Gesundheitskosten auf Präsentismus zurück. Eine Senkung der Fehlzeitenquote verliert ihre Bedeutung, wenn diese durch eine Erhöhung des Präsentismus erkaufte wird. Im Gegensatz zu den Fehlzeiten lässt sich der Präsentismus aber nur indirekt bestimmen, indem man Gesundheitsbefragungen durchführt. Hinweise auf Präsentismus lassen sich auch aus einer erweiterten differenzierten Fehlzeitenanalyse entnehmen.
Prävalenz	Unter Prävalenz versteht man die Häufigkeit einer Erkrankung in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Dabei unterscheidet man die Periodenprävalenz (bestimmter Zeitraum, meistens 1 Jahr) und die Punktprävalenz (bestimmter Stichtag). Zwischen der Prävalenz und der Inzidenz (siehe oben) besteht folgender Zusammenhang: $\text{Prävalenz} = \text{Inzidenz} \times \text{durchschnittliche Krankheitsdauer}$. Analog zur Inzidenz wird die Prävalenz ebenfalls als relationaler Begriff bestimmt, nämlich die Prävalenzrate. Sie stellt die Anzahl der Fälle/Erkrankungen einer Population geteilt durch die Anzahl aller dem Risiko exponierten Mitglieder dieser Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums dar.
Prävention	Unterschieden werden drei Präventionsklassen: Bei der Primärprävention geht es um das Vorbeugen des erstmaligen Auftretens von Krankheiten, in der Sekundärprävention geht es um die Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien. Die Tertiärprävention schließlich beinhaltet die Verhütung von Erkrankungen und Behinderungen sowie die Vorbeugung von Folgeerkrankungen. Instrumente der BGF lassen sich den Kategorien Verhaltens- und Verhältnisprävention zuordnen: Unter Verhaltensprävention versteht man alle Maßnahmen, die am Menschen ansetzen (z. B. Ernährung, Bewegung, Stressmanagement); im Gegensatz dazu setzt die Verhältnisprävention im organisatorischen und technischen System an (z. B. gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Führung). Ein modernes Präventionsverständnis basiert auf aktive Beteiligung der Betroffenen (Partizipationsansatz).
Prozentrang	Die Aussage „Die Leistung von X entspricht dem Prozentrang 60“ bedeutet, dass 40 Prozent der Bezugsgruppe besser als X abgeschnitten haben. Prozentränge werden gerne im Bereich des Gesundheitscontrollings als deskriptives statistisches Maß eingesetzt, um auch Überzeugungsarbeit zu leisten. Der Prozentrang alleine reicht aber nicht aus, um Inhalte abzubilden.
Psychische Störung	Die WHO hat den Begriff ‚Psychische Störung‘ eingeführt und damit den älteren Begriff der ‚Psychischen Erkrankung‘ ersetzt. Psychische Störungen beschreiben eine signifikante Abweichung im Erleben oder Verhalten des Einzelnen im Kognitiven, Emotionalen und Behavioralen. Neben der Abweichung von der Norm inkludiert die Diagnosestellung auch einen psychischen Leidensdruck seitens des Betroffenen. Die Beurteilungs- und Diagnosekriterien finden sich im ICD 10 (WHO) oder DSM IV (APA). Die häufigsten Störungen sind Depressionen, Ängste und Substanzabhängigkeit.

Begriff	Kurze Erläuterung
R	
Regressionsanalyse	Die Regressionsanalyse als statistisches Verfahren stellt Beziehungen zwischen einer abhängigen Variablen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen fest. Ziel ist es, diejenige Gerade zu finden, die die Summe der quadrierten Vorhersagefehler minimiert. Mit der linearen Regression werden die Koeffizienten der linearen Gleichung unter Einbeziehung einer oder mehrerer unabhängiger Variablen geschätzt, die den Wert der abhängigen Variablen am besten vorhersagen. Komplexe Regressionsmodelle arbeiten sogar mit mehreren abhängigen Variablen und mit kurvilinearen Zusammenhängen zwischen diesen und den unabhängigen Variablen.
Regulationskompetenz	Konfligierende Rollenanforderungen, unterschiedliche Erwartungen, Ressourcenknappheit u. a. erfordern beim Menschen eine kontinuierliche Regulation, um eine Art beanspruchungsoptimales Gleichgewicht zwischen Belastungen und Ressourcen zu erzielen. In gewisser Weise könnte man Stress als eine Art Regulationsproblem definieren. Moderne Ansätze des Selbstmanagements (Zeit- und Ressourcenmanagement, Problemlösungskompetenz etc.) beziehen sich auf diese Regulationskompetenz.
Repetitive Strain Injury	Das RSI-Syndrom ist auch umgangssprachlich bekannt als Mausarm. Es geht mit Schmerzen im Handgelenk und Unterarm einher. Eine Verletzung entsteht erst durch die immer wiederkehrende gleichartige Belastung bzw. niederschwellige Traumatisierung. Ein ergonomischer Arbeitsplatz und regelmäßige Bewegungen sind wichtig, um ein RSI-Syndrom gerade bei Bildschirmarbeitsplätzen zu verhindern (Bildschirmarbeitsverordnung).
Ressourcen	Als ‚Puffer‘ sind die Ressourcen bis zu einem gewissen Grad in der Lage, die Wirkungen der (Fehl-)Belastungen zu kompensieren – in Abhängigkeit von der Dauer und Intensität der Belastungen sowie der intraindividuellen Selbstregulationskompetenz. Aus der Verrechnung zwischen Belastungen und Ressourcen resultieren die Beanspruchungsfolgen. Unterschieden werden internale oder personeigene Ressourcen, wie Qualifikation, Kompetenzen, Werte oder Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress und externe oder organisationale Ressourcen, wie soziale Unterstützung, gesundheitsförderliche Führung oder Gesundheitskultur.
Return on Investment ROI	Return on Investment stellt die Kapitalrendite als Maß für den finanziellen Erfolg des im Unternehmen gebundenen Kapitals dar und ist definiert als Umsatzrendite (Verhältnis des Gewinns zum Umsatz) multipliziert mit dem Kapitalumschlag (Verhältnis von Umsatz zum Kapitaleinsatz). Berechnet wird dieser Kennwert nach Kürzung des Nettoumsatzes durch das Verhältnis zwischen Gewinn und Gesamtkapital bzw. als Quotient aus Periodengewinn und Kapitaleinsatz im Sinne einer periodischen Bezugsgröße. Am bekanntesten ist hier die DuPont-Kennzahlenpyramide. Das ROI-Maß kann auch zur Beurteilung von Einzelinvestitionen herangezogen werden. Kritisch anzumerken sind die Vergangenheitsorientierung, die unzureichende Beachtung von Risiken, die Verfälschbarkeit durch bilanzielle Verschiebungen und die Nichtberücksichtigung der Kapitalkosten. Das Grundscheema der erweiterten ROI-Analyse zeigt auf, dass weitere Treiber und ihre Beziehungen wie Fremdkapitalzins, Verschuldungsgrad, Eigenkapitalquote bis zum Marktwert des Eigenkapitals in die Berechnung einfließen können.

Begriff	Kurze Erläuterung
Rubikon-Modell der Motivation	Heinz Heckhausen entwickelte das Rubikon-Modell der Motivation. Der Name ‚Rubikon‘ geht auf Cäsars Entscheidungsprozess zurück, 49 v. Chr. den Rubikon zu überschreiten und somit einen Bürgerkrieg zu beginnen oder nicht – schließlich warf er den berühmten Würfel. Im Rubikon-Modell der Motivation werden vier Phasen unterschieden: (1) die des Abwägens von Handlungsmöglichkeiten einschließlich der Wahl einer davon und der entscheidenden Festlegung auf sie, (2) die des Planens der Umsetzung der getroffenen Entscheidung „in die Tat“, (3) die der realen Durchführung der Entscheidung in konkretem Handeln und (4) die des abschließenden Bewertens dieses Handelns. Diesen Phasen lassen sich motivationstheoretische Konzepte zuordnen. Im betrieblichen Motivationsmanagement interessiert man sich v. a. für die zweite und dritte Phase, wo u. a. die Zieltheorien, die Handlungstheorien und Selbstregulationstheorien Geltung beanspruchen.

S

Salutogenese

Der Begriff ‚Salutogenese‘ (Krankheitsentwicklung) wurde 1979 von Aaron Antonovsky entwickelt. Die pathogenetische Frage „Was macht den Menschen krank?“ wird in der Salutogenese ersetzt durch die Frage „Was hält den Menschen trotz mannigfaltiger Belastungen gesund?“ Das salutogenetische Rahmenkonzept fokussiert Faktoren und dynamische Wechselwirkungen, die zur Genese (Entstehung) und Erhaltung von Gesundheit führen. Nach Antonovsky ist Gesundheit kein Zustand, sondern vielmehr ein Prozess. Ein zentrales Konzept ist das Kohärenzgefühl (Vertrauen).

Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit oder Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) bezeichnet die eigene Erwartung, aufgrund eigener Möglichkeiten gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können. Ein Mitarbeiter, der daran glaubt, selbst etwas bewirken zu können und auch vor Herausforderungen nicht zurückschreckt und versucht, sie zu meistern, hat eine hohe SWE. Damit einher geht die Annahme, man könne gezielt Einfluss nehmen (internale Kontrollüberzeugung). Untersuchungen zeigen, dass Personen mit einem starken Glauben an die eigene Kompetenz größere Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben, eine niedrigere Anfälligkeit für Angststörungen und Depressionen und mehr Erfolge in der Ausbildung und im Berufsleben aufweisen. Selbstwirksamkeit hat sich als ein maßgebliches psychisches Konstrukt in der Gesundheitspsychologie herauskristallisiert. Es wird als personenbezogene Ressource bewertet.

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ist eine externe Ressource im Umgang mit Stress. Unterschieden werden vier unterschiedliche Formen der sozialen Unterstützung: emotionale Unterstützung durch Mitgefühl, beurteilende Unterstützung durch Rückmeldung und Bestätigung, informative Unterstützung durch Ratschläge und konkrete Hilfestellungen und instrumentelle Unterstützung durch Kollegen Mitarbeiter und Vorgesetzte bei der Erledigung der Arbeit.

Soziale Verantwortung

Siehe → Corporate Social Responsibility

Begriff	Kurze Erläuterung
<p>Stressmanagement</p>	<p>Stressmanagement ist bei den internalen Ressourcen zu verorten. Dazu gehört die Feststellung des eigenen Umgangs mit unterschiedlichen Stresssituationen. Wenn sich der Stress durch eine Optimierung des eigenen Arbeitsverhaltens minimieren lässt, empfiehlt sich der Einsatz von systematischen Techniken wie Zeitmanagement oder Problemlösetechniken. Ist der Stress fremdbestimmt, bieten sich Entspannungstechniken wie Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation oder Yoga an. Zur Förderung der intrinsischen Motivation im Lernprozess des Stressmanagements kann man zu Selbstbelohnung ein Genusstraining absolvieren.</p>
<p>Subsidiarität</p>	<p>Als politische und gesellschaftliche Maxime betont die Subsidiarität die Eigenverantwortung vor staatlichem Handeln. Bei staatlichen Aufgaben sollen zuerst und im Zweifel untergeordnete, lokale Gruppen wie Stadt oder Gemeinde für die Lösung und Umsetzung zuständig sein. Für die BGF ist es wichtig, dass die Betroffenen selbstwirksam und kompetent an ihrer Gesundheit arbeiten. Voraussetzung ist hier allerdings, dass die Personen über eine ausreichende Gesundheits- und Regulationskompetenz verfügen.</p>
<p>Sustainable Human Resource Management</p>	<p>Nach Internationalisierung ist das wichtigste Thema des modernen Human Resource Managements die Nachhaltigkeit als Ausdruck strategischen Denkens und Handelns im Umgang mit dem knappen und wertvollen Gut Personal. Dieser soll nicht mehr ausgebeutet werden, sondern entwickelt und potenziert werden. Zur Nachhaltigkeit gehört v. a. die Mitarbeiterbindung (Retentionsmanagement) und ein strategischer Ansatz hinsichtlich der Steigerung des Human Capital Managements. Ferner müssen in Anbetracht des demografischen Wandels zunehmend auch Instrumente der Personalpflege Berücksichtigung finden (Gesundheitsmanagement), sodass Nachhaltigkeit nur durch einen salutogenetischen Weg des Human Resource Managements erzielt werden kann. Ein weiteres Themenfeld unter dieser Rubrik ist die soziale Verantwortung.</p>
<p>Systemischer Konstruktivismus</p>	<p>In der Bildung (Ermöglichungsdidaktik) und in der Beratung (systemische Organisationsberatung, Familientherapie) gewinnt das Paradigma des systemischen Konstruktivismus an Bedeutung. Man beobachtet nicht nur die einzelne Person, sondern das ganze System, in dem die Person agiert. Zudem versucht man, die betroffenen Personen in die Lage zu versetzen, Probleme eigenständig zu lösen. In der Beratung bedeutet dies, dass man die Problemlösungskompetenz und die Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit des Systems steigert, damit das System selbstbestimmt und nachhaltig zu einer eigenständigen Lösung kommt. In der Bildung schafft man ein Lernarrangement, das das selbstregulierte Lernen fördert und fordert. Damit distanziert man sich von der klassischen Unternehmensberatung, die einen Top-down-Ansatz zur Veränderung präferiert. Der Nachteil systemischer Ansätze ist jedoch die Dauer, denn Entscheidungen brauchen hier mehr Zeit, mehr Diskussionsraum und mehr Reflexion als klassische Wege. Für das Gesundheitsmanagement ist der systemische Konstruktivismus eine kompatible Denkweise, da sich das moderne Verständnis von Gesundheitsförderung am Motto „Betroffene zu Beteiligten machen“ orientiert.</p>

Begriff

Kurze Erläuterung

T

Tätigkeitsanalyse

Arbeits- und Tätigkeitsanalysen aus arbeits- und organisationspsychologischer sowie arbeitswissenschaftlicher Perspektive ermöglichen, Schwachstellen in der Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalten zu identifizieren. Damit eignen sie sich auch zur Ermittlung von Qualifikations- bzw. Eignungsanforderungen für Tätigkeiten. Die Humankriterien der Arbeit sind die Bewertungsgrundlage. In der arbeitswissenschaftlichen Analyse fokussiert man v. a. auf schädigende und beeinträchtigende Gestaltungsfaktoren der Arbeit wie Hitze oder Lärm. In der psychologischen Arbeitsanalyse interessiert man sich weniger für die ergonomischen Kriterien, sondern mehr für die psychische Regulation menschlicher Arbeitstätigkeit bei den Betroffenen. Sie zielen primär auf die Erhaltung der Gesundheit (Gesundheitsförderlichkeit) und auf die positive Wirkung in Bezug auf die Persönlichkeit (Persönlichkeitsförderlichkeit). Hinsichtlich der Arbeitsanalyseebenen wird zwischen der objektiven Seite (Auftrags- und Bedingungsanalyse) und der subjektiven Seite (Analyse der Arbeitstätigkeit und der erforderlichen personenbezogenen Regulationsvorgänge sowie die Analyse der Auswirkungen auf Erleben und Befinden der Beschäftigten) unterschieden.

Terzентilisierung

Ein Terzentil teilt die Gesamtheit einer Stichprobe in drei Teile. Dadurch erhält man einen niedrigen, mittleren und hohen Bereich hinsichtlich der Ausprägungen der gemessenen Variable.

Total Quality Management

Darunter versteht man ein umfassendes Qualitätsmanagement. TQM basiert auf einem mehrdimensionalen Qualitätsbegriff, der sich am Kunden, an den Mitarbeitern, an den Prozessen usw. orientiert. Dadurch erweitert man die Perspektive des Qualitätsmanagements von der technischen Gewährleistung der Produktqualität auf die Prozesslandschaft des Unternehmens (Schnittstellen), auf die Beziehung zum Kunden und auf die mitarbeiter- und führungsbezogenen Prozesse. Daher handelt es sich um eine Art Führungsphilosophie. Das EFQM-Modell der Exzellenz (siehe Glossar) ist einer der bekanntesten TQM-Modelle. TQM ist also Qualitätsmanagement, das explizit auf Leistungssteigerung Wert legt.

Transaktionale Stresstheorie

Die Transaktionale Stresstheorie wurde 1974 von Richard Lazarus veröffentlicht. Die Stresssituation wird als komplexer Wechselwirkungsprozess zwischen Anforderungen der Situation und der handelnden Person verstanden. Lazarus postuliert, dass die subjektive Bewertung der Situation und der zur Verfügung stehenden Ressourcen von zentraler Bedeutung ist. ‚Transaktional‘ bedeutet hier, dass ein Bewertungsprozess (primäre Bewertung, sekundäre Bewertung und Neubewertung) zwischen Belastung und Beanspruchung stattfindet, in der die betroffene Person entscheidet, ob die Situation als herausfordernd oder bedrohlich einzustufen ist. Bei der Bewertung erfolgt auch die grundsätzliche Beantwortung der Frage, ob eine Bewältigung durch eigene Ressourcen möglich ist.

Begriff	Kurze Erläuterung
<p>U</p> <p>Unfallkostenrechnung</p>	<p>Die Unfallkostenrechnung berücksichtigt direkte und indirekte Kosten. Neben den direkten Personalkosten während der Arbeitsunfähigkeit kommen die indirekten Kosten wie zusätzliche Produktionskosten (Qualitäts- und Produktionsverluste), zusätzliche Personalkosten (Überstunden, Substitutionspersonal), Verwaltungs- und Transaktionskosten, Beitragszuschläge der Berufsgenossenschaften etc. hinzu.</p>
<p>W</p> <p>Wertkette</p>	<p>Die Wertkette (Value Chain) erfasst die Tätigkeiten und Prozesse, die für das Unternehmen von strategischer Bedeutung in Bezug auf den Aufbau von Wettbewerbsvorteilen sind. Sie setzt sich aus primären und unterstützenden intraorganisatorischen Wertaktivitäten und der Gewinnspanne zusammen. Dieses Modell lässt sich auf die „Wertkette Gesundheit“ übertragen und durch unternehmensübergreifende Sichtweisen erweitern (Wertschöpfungskette).</p>
<p>Work Ability Index</p>	<p>Der Work Ability Index (Arbeitsbewältigungsindex) differenziert die individuelle Arbeitsfähigkeit, v. a. über die subjektive Einschätzung des Befragten (Fragebogen mit 50 Fragen in der Lang- und 13 Fragen in der Kurzversion). Der WAI soll der Verbesserung der individuellen Gesundheit, der Gesundheitskompetenz, der Arbeitsumgebung und des Führungsverhaltens dienen. Allerdings ist der Fokus eher pathogenetisch und beschränkt sich auf die Erhebung von Risikofaktoren, Ressourcen werden dabei ausgespart.</p>
<p>Work-Life-Balance</p>	<p>Der Zustand, in dem Arbeit und Privatleben miteinander in Einklang stehen, wird als Work-Life-Balance bezeichnet. Die artifizielle Trennung zwischen Berufs- und Privatwelt wird den Anforderungen unserer Arbeitswelt und auch den Bedürfnissen vieler Arbeitnehmer nicht gerecht. Eine zeitgemäße Definitionsspezifizierung ist eher mit dem Begriff ‚Life-Domains-Balance‘ gelungen – hier werden unterschiedliche Domänen wie mehrere Berufstätigkeiten, Familie, soziale Aktivitäten und Freizeit zueinander in Beziehung gesetzt. Diese Domänen sollten sich nicht gegenseitig blockieren, sondern idealerweise gegenseitig unterstützen.</p>