



Foto: dpa

BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Lohnende Investition in die Gesundheit der Mitarbeiter

Ohne Datenbasis, Standards und Qualifizierung der Gesundheitsexperten lassen sich die zentralen Kernprozesse im betrieblichen Gesundheitsmanagement nicht fachgerecht durchführen.

Bernhard Badura, Uta Walter

Die fortschreitende Globalisierung erzeugt einen permanenten Anpassungsdruck, der hierzulande und in zahlreichen weiteren entwickelten Gesellschaften mit einer älter werdenden Bevölkerung bewältigt werden muss. Deshalb werden der Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit, neben dem Erhalt von Arbeitsplätzen, zu einem zentralen gesellschaftspolitischen Problem.

Spätestens seit dem radikalen Schwenk weg von der Frühberentung hin zur Rente ab 67 Jahren ist diese Entwicklung mit all ihren Konsequenzen auch für die individuelle Lebensplanung in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gedrungen. Gleichwohl ist die Einstellung

immer noch vorzufinden, den gesundheitlichen Verschleiß von heute zugunsten eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben in Kauf zu nehmen. Soll die neue Politik der Spätberentung nicht in einer Politik der Rentenkürzung enden, muss dem Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit weit mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, als dies bisher der Fall ist.

Gegenwärtig steigen die krankheitsbedingten Fehlzeiten bei zahlreichen Berufen nach dem 50. Lebensjahr steil an. Bedingt durch den demografischen Wandel wird das demnächst noch weit mehr Beschäftigte betreffen. Sehr häufig sind durch chronische Krankheiten ausgelöste längere Fehlzeiten zudem

Vorboten eines drohenden Verlusts der Erwerbsfähigkeit. Zur Flankierung der Rente erst mit 67 Jahren werden Investitionen in die Gesundheit zu einer zwingenden Notwendigkeit. Daraus folgt zunächst einmal: Unternehmen und Sozialversicherungsträger müssen mehr Verantwortung für den Erhalt und die Förderung der Erwerbsfähigkeit übernehmen, gemeinsam mit den Beschäftigten und ihren Interessenvertretern in den Unternehmen, in den Selbstverwaltungsgremien und in der Tarifpolitik.

Heute werden lange Fehlzeiten, Frühberentungen, Krankheits- und Sterbeursachen durch eine überschaubare Zahl chronischer Beeinträchtigungen bestimmt. Dies sind

vor allem Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats, psychische Störungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neubildungen und Stoffwechselkrankheiten (World Economic Forum 2007). Ursächlich dafür sind vor allem Wechselwirkungen zwischen unspezifischen Einflüssen, wie zum Beispiel chronischem Stress oder mangelhafter sozialer Integration, und krankheits-spezifischen Risikofaktoren, wie etwa Rauchen, Bewegungsarmut oder körperliche Fehlbelastung.

Das Alter ist einer der wichtigsten Prädiktoren für Krankheitsanfälligkeit. Die Alterszusammensetzung einer Belegschaft ist deshalb mitverantwortlich für die anfallenden Fehlzeiten und dadurch verursachte Kosten. Der Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheit ist jedoch eine variable Größe, abhängig auch vom Bildungsgrad und Berufsstatus der Beschäftigten, abhängig auch von der betrieblichen Gesundheitspolitik. Unsere zentrale These lautet: Gesundheit fördert Arbeit. Investitionen in das psychische und körperliche Befinden der Beschäftigten erhöhen die Arbeitsproduktivität und reduzieren die Personalkosten. Sie leisten zudem einen Beitrag zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und reduzieren die Nachfrage nach Leistungen der sozialen Sicherungssysteme.

Notwendige Innovationen

Mit Blick auf die Alterung der Belegschaften, das Panorama arbeitsbedingter chronischer Erkrankungen sowie das angehobene Berentungsalter ist die Einführung eines nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsmanagements eine notwendige Innovation. Betriebliches Gesundheitsmanagement bedeutet:

Die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben.

Im Kern geht es um eine nachhaltige Kompetenzentwicklung innerhalb der Unternehmen sowie die Gestaltung einer gesundheits- und da-

mit auch lernförderlichen Arbeitsumgebung. Kernprozesse des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind – orientiert an dem nach W. Edwards Deming benannten Zyklus – Diagnostik, Projektplanung, Projektdurchführung und Projektevaluation. Die dafür erforderlichen Voraussetzungen (Betriebsvereinbarung, Arbeitskreis Gesundheit, Budget, Integration in betriebliche Routinen, qualifizierte Experten, betriebliche Dateninfrastruktur) sind heute

Unternehmen und Sozialversicherungsträger müssen mehr Verantwortung für den Erhalt und die Förderung der Erwerbsfähigkeit übernehmen.

selbst in Großbetrieben oft noch nicht ausreichend gewährleistet.

Kleineren Unternehmen fehlen häufig die Ressourcen für den eigenständigen Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Hier empfiehlt sich die Entwicklung regional operierender Netzwerke aus Unternehmen und weiteren Akteuren – wie den Sozialleistungsträgern und der öffentlichen Hand – zur laufenden Beratung und Begleitung von Projekten und Schwerpunktprogrammen.

Die Erfolge bei der Bekämpfung gesundheitlicher Risiken an der Mensch-Maschine-Schnittstelle haben lange Jahre zur Unterschätzung von Risiken an der Mensch-Mensch-Schnittstelle und der sie mit beeinflussenden Organisationspathologien (Mobbing, Burn-out, innere Kündigung) beigetragen. Das dazu heute bereitliegende Wissen findet seinen Weg nur sehr langsam in die betriebliche Praxis, auch weil die Unternehmen mit Blick auf ihre Dateninfrastruktur, die Qualifikation ihrer Experten und ihre Managementsysteme dafür nicht ausreichend ausgestattet sind (Bertelsmann-Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004). Betriebseigene Leistungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die betriebsübergreifenden Angebote der Berufsgenossenschaften und der gesetzlichen Krankenkassen konzentrieren sich noch zu sehr auf physische Risiken

oder sind – wegen ihrer Schwerpunktsetzung auf verhaltensbedingte Einflüsse – zu wenig bedarfsgerecht und nachhaltig. Sie sind untereinander zu wenig vernetzt und auch zu wenig an den Zielen der Unternehmen und den Bedürfnissen der Mitarbeiter ausgerichtet.

Die Beobachtung und Bewertung des Gesundheitszustands der Beschäftigten erfolgt in den Betrieben bisher mithilfe zweier Kennzahlen: Arbeitsunfälle und krankheitsbe-

dingte Fehlzeiten, was zur deutlichen Unterschätzung betrieblicher Krankheitslasten beiträgt. Im Rahmen einer Studie mit 12 000 Vollzeitbeschäftigten der Firma Dow Chemical konnten dazu jüngst neue Erkenntnisse vorgelegt werden. Sie zeigen, dass die mit der Alterung der Belegschaften zunehmenden chronischen Erkrankungen sich signifikant auf die Leistungsfähigkeit eines Unternehmens auswirken (Baase 2006).

Kosten des „Präsentismus“

Beschäftigte, die trotz Krankheit arbeiten, verursachen wegen verminderter Arbeitsfähigkeit erhebliche Produktivitätsverluste. Die Kosten dieses sogenannten Präsentismus liegen in der genannten Studie weit über den durch „Absentismus“ verursachten Kosten. Daraus folgt, dass Fehlzeiten auch deshalb als Kennzahlen immer ungeeigneter werden, weil sie weder den Gesundheitszustand der Beschäftigten adäquat einzuschätzen erlauben noch die krankheitsbedingten Kosten, die in der genannten Studie auf circa zehn Prozent der gesamten Personalkosten veranschlagt werden. Das World Economic Forum schätzt die Rendite für ein professionelles Gesundheitsmanagement auf 300 Prozent. Für die Zielsetzung eines innovativen betrieblichen Gesundheitsmanagements folgt daraus: Nicht die Vermeidung von Fehlzeiten,

sondern der Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit durch Investitionen in das betriebliche Sozialkapital werden künftig zur zentralen Zielgröße betrieblicher Gesundheitsarbeit.

Der Sozialkapitalansatz – mit seiner Unterscheidung in Netzwerk-, Werte- und Führungskapital – macht das soziale Vermögen einer Organisation sichtbar, messbar und dadurch beeinflussbar. Inzwischen ist wissenschaftlich gut belegt, dass Organisationen, die reich sind an Sozialkapital, mitarbeiterorientiert, erfolgreich und deshalb attraktiv als Arbeitgeber sind. Organisationen, die arm sind an Sozialkapital, bleiben hingegen weit unter ihren Möglichkeiten und neigen zum gesundheitlichen Verschleiß ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Langjährige Erfahrungen mit der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in einer in den letzten Jahren stetig wachsenden Zahl von Unternehmen erlauben eine Identifikation von Mindeststandards, die auch in der Präventionspolitik generell von Nutzen sein könnten: Unabdingbare Voraussetzung ist die Formulierung von Zielen, verbunden mit der Festle-

gung messbarer Zielparame- ter. Für die Präventionsarbeit gilt: Was am Ende zählt, sind nachweisbare Ergebnisse. Gute Ergebnisse erfordern neben einer klaren Zielsetzung ein systematisches, zielorientiertes Handeln. Zielfindung und Identifizierung von Handlungsbedarf sollten stets datenbasiert erfolgen. Für das betriebliche Gesundheitsmanagement kommen insbesondere drei Datenquellen infrage: die Mitarbeiterbefragung zur Identifikation der Ursachen guter Gesundheit und möglicher Risiken sowie zur Erfassung des psychischen und körperlichen Befindens, Routinedaten der Sozialversicherungsträger (Unfälle, Fehlzeiten) und schließlich Routinedaten der Unternehmen unter anderem zur Qualität, Produktivität, Fluktuation. Ohne diese Daten lassen sich die zentralen Kernprozesse im betrieblichen Gesundheitsmanagement – Organisationsdiagnose mit anschließender Indikationsstellung, Intervention und Evaluation – nicht fachgerecht durchführen.

Betroffene zu Beteiligten machen

Das Setzen von Zielen ist bei aller fachgerechten Vorbereitung am Ende immer ein betriebspolitischer Prozess und erfordert eine Konsensfindung unter den beteiligten Experten, Führungskräften inklusive Betriebs- oder Personalräten und den betroffenen Mitarbeiterinnen

und Mitarbeitern. Ist der Prozess der Zielfindung abgeschlossen, hängt die Qualität des betrieblichen Gesundheitsmanagements maßgeblich von ihrer Qualifikation und den wissenschaftlich begründeten Standards ihres Handelns ab.

Natürlich gibt es in Wissenschaft und Praxis Kontroversen um die „reine Lehre“ und das daraus abgeleitete Vorgehen. Eine Gruppe ist in erster Linie pathogenetisch orientiert. Für sie steckt jede Organisation voller „Risiken“, die es zu „bekämpfen“ gilt. Eine zweite Gruppe ist primär salutogenetisch orientiert. Für sie bergen Organisationen auch „Gesundheitspotenziale“ (Sozialkapital in Form von vertrauensvollen Beziehungen, einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur und einer auch gesundheitsorientierten Führung), die es gerade in Zeiten permanenter Veränderung verstärkt zu „fördern“ gilt. Eine dritte Gruppe schließlich konzentriert sich vorrangig auf die Diagnose und die Bekämpfung von Risikofaktoren bei den einzelnen Mitgliedern einer Organisation (Rauchen, hoher Blutdruck, Bewegungsarmut etc.). Ihrer aller Beiträge sind wichtig und sollten bedarfsgerecht und problemorientiert zur Anwendung kommen.

Die bestehenden Differenzen unter den Experten betreffen jedoch nicht das Vorgehen im Grundsätzlichen, das sich mit den folgenden Merkmalen kennzeichnen lässt: Betroffene zu Beteiligten machen, datengestützte Zielfindung, das Arbeiten mit wissenschaftlich begründeten Standards oder Leitlinien, Evaluation der Prozesse und Ergebnisse, Qualifizierung und regelmäßige Weiterbildung der Verantwortlichen.

■ Zitiertweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2008; 105(3): A 90-2

Anschriften der Verfasser

Prof. Dr. rer. soc. Bernhard Badura
Universität Bielefeld
Institut für Gesundheitswissenschaften
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld

Dr. Uta Walter
Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung
an der Universität Bielefeld e.V.
Betriebliches Gesundheitsmanagement
Postfach 100 131, 33501 Bielefeld

Überschaubar ist heute die Zahl der chronischen Beeinträchtigungen, die für lange Fehlzeiten und die meisten Frühberentungen verantwortlich sind.

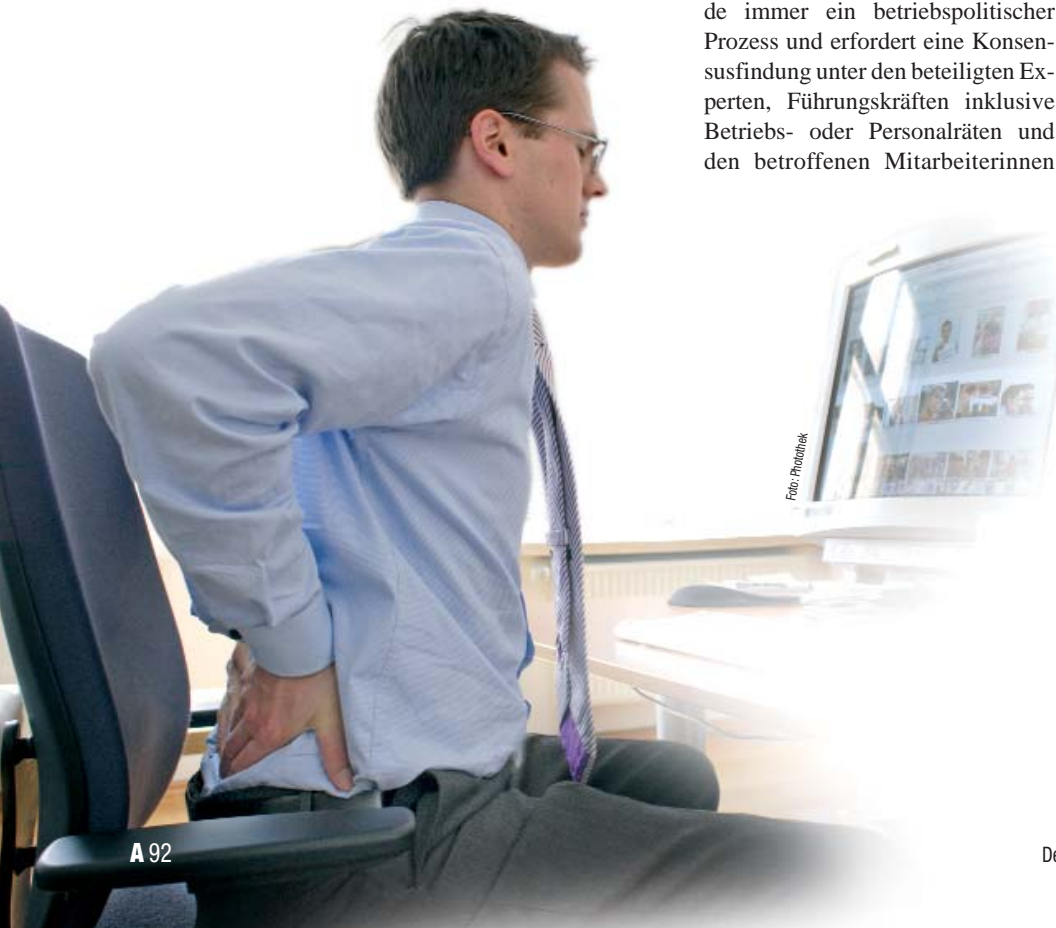


Foto: Photomark