

**Qualität im Betrieblichen Gesundheitsmanagement
zwischen wissenschaftlichem Anspruch
und betrieblicher Wirklichkeit**

Eine Fallstudie aus der Automobilindustrie zur qualitätsgesicherten Vorgehensweise
im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor Public Health (Dr. PH)

vorgelegt von

Daniela Metschar

Unter den Linden 32, 26129 Oldenburg

Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik

Gutachter: 1. Prof. Dr. Rainer Müller
2. Prof. Dr. Frauke Koppelin

Kolloquium: 12. Juli 2013

*Für
Anna Nuding
Rita Ziegler*

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VI
TABELLENVERZEICHNIS	VIII
1 EINLEITUNG	1
1.1 <i>Ziel der Forschungsarbeit</i>	4
1.2 <i>Stand der Forschung</i>	7
1.3 <i>Methodisches Vorgehen</i>	8
KAPITEL I THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN UND BEGRIFFLICHE ABGRENZUNG	11
2 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT	12
2.1 <i>Prävention und Gesundheitsförderung</i>	12
2.1.1 Prävention	12
2.1.2 Gesundheitsförderung	14
2.2 <i>Gesundheitsförderung im Setting Unternehmen</i>	16
2.2.1 Gesundheitsförderung im Betrieb	16
2.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	17
2.2.3 Bezug zum Arbeits- und Gesundheitsschutz	22
2.2.4 Gesundheitsförderung in der Automobilindustrie	28
2.3 <i>Betriebliches Gesundheitsmanagement</i>	31
3 PROZESSMANAGEMENT	35
3.1 <i>Der Prozessbegriff</i>	36
3.2 <i>Das Prozessmodell</i>	37
3.3 <i>Dienstleitung und Prozessorientierung</i>	39
4 QUALITÄTSMANAGEMENT	40
4.1 <i>Der Qualitätsbegriff</i>	42
4.2 <i>Der Managementbegriff</i>	43
4.3 <i>Qualitätsbedingte Eigenschaften</i>	43

4.4	<i>Qualitätscontrolling</i>	43
4.4.1	Kennzahlensysteme	44
4.4.2	Dokumentation	44
4.4.3	Audit	45
4.5	<i>Total Quality Management (TQM)</i>	45
4.5.1	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	47
4.5.2	Deming-Zyklus	47
4.5.3	KAIZEN	49
4.5.4	Qualitätswerkzeuge	49
4.6	<i>Qualitätsmanagementsysteme (QMS)</i>	50
4.6.1	Integriertes Managementsystem (IMS)	51
4.6.2	DIN EN ISO 9000ff.	52
4.6.3	European Foundation for Quality Management (EFQM)	55
4.6.4	Balanced Scorecard (BSC)	57
4.6.4.1	BSC und Betriebliches Gesundheitsmanagement	60
4.6.5	Six Sigma (6σ)	62
4.7	<i>Qualitätssicherung von Dienstleistungen</i>	63
4.8	<i>Qualitätsdimensionen nach Donabedian</i>	65
4.9	<i>Evaluation als wissenschaftliches Instrument zur Qualitätssicherung</i>	65
4.9.1	Begriffsdefinition	66
4.9.2	Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation	69
4.9.3	Evaluationsstandards	71
4.9.4	Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen der Evaluation im Kontext Gesundheitsförderung	72
5	PROJEKTMANAGEMENT	74
5.1	<i>Der Projektbegriff</i>	74
5.2	<i>Projektphasen</i>	75
5.3	<i>Erfolgsfaktoren eines Projektes</i>	76
5.4	<i>Projektcontrolling</i>	77
6	WIRTSCHAFTLICHKEITSRECHNUNG	78
6.1	<i>Return on Investment (ROI)</i>	80
6.2	<i>Kosten-Nutzen-Analyse (KNA)</i>	82
6.3	<i>Nutzwertanalyse (NWA)</i>	85
6.4	<i>Kosten-Wirksamkeits-Analyse (KWA)</i>	86
6.5	<i>Wirtschaftlichkeitsrechnung im Arbeitsschutz</i>	87
6.6	<i>(Ökonomischer) Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement</i>	87
6.6.1	BGM-Controlling	91
6.6.2	Wirtschaftliche Erfolgsbewertung	91
6.6.2.1	Wirtschaftlichkeit von Interventionen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung	92
6.6.2.2	Beitrag zum Unternehmenserfolg	94

7	ARBEITSSCHUTZMANAGEMENTSYSTEME	95
7.1	<i>ILO OSH-2001</i>	96
7.2	<i>OHSAS 18001</i>	97
7.3	<i>OHRIS</i>	97
7.4	<i>LASI LV21/ LV22</i>	98
8	QUALITÄTSSICHERUNG IM BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSMANAGEMENT	100
8.1	<i>Gesundheitsziele und Qualitätskriterien von der System- bis zur Angebotsebene</i>	101
8.2	<i>Bewertungsmodell des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP)</i>	106
8.3	<i>Bonusmodelle gesetzlicher Krankenkassen</i>	110
8.3.1	Bonusmodell der AOK Niedersachsen	110
8.3.2	Modell für ein Integratives Betriebliches Gesundheitsmanagement (IBGM)	113
8.4	<i>Qualitätssicherung von Prävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung nach Maßgabe §§ 20 und 20a SGB V</i>	115
8.4.1	Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbandes Bund	116
8.4.2	Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren des GKV Spitzenverbandes	119
8.4.3	Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	122
8.5	<i>Leitfäden für Betriebliches Gesundheitsmanagement</i>	126
KAPITEL II QUALITÄTSORIENTIERUNG IM BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSMANAGEMENT		129
9	STRUKTUR UND ORGANISATION DES BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSMANAGEMENTS	131
9.1	<i>Funktionsorientierte Betrachtungsweise des Betrieblichen Gesundheitsmanagements</i>	131
9.1.1	Steuerungsgremium	132
9.1.2	Koordination Gesundheitsmanagement	135
9.1.3	Weitere Gremien und Kooperationen	136
9.2	<i>Prozessorientierte Betrachtungsweise des Betrieblichen Gesundheitsmanagements</i>	137
9.3	<i>Dokumente und Kommunikationswege</i>	141
10	PLANUNG UND KOMMUNIKATION - DER BETRIEBLICHE GESUNDHEITSBERICHT	143
10.1	<i>Adressaten und Funktion des Gesundheitsberichts</i>	145
10.2	<i>Struktur und Inhalt des Gesundheitsberichts</i>	146
10.3	<i>Zweckmäßigkeit des Gesundheitsberichts</i>	148
11	PROJEKT-, PROZESS- UND QUALITÄTSMANAGEMENT IM BGM UND DER BGF	153
12	ANALYSE UND BEDARFSERMITTLUNG	155
12.1	<i>Arbeitsunfähigkeitsanalyse (GKV)</i>	157
12.2	<i>Gesundheitsbezogene Mitarbeiterbefragung</i>	163

12.3	<i>Betriebliche Gesundheitszirkel</i>	166
12.3.1	Düsseldorfer und Berliner Modell	167
12.3.2	Weiterentwicklung der Zirkelmodelle	169
12.4	<i>Unternehmensinterne Daten</i>	172
12.4.1	Fehlzeitenstatistik des Personalbereichs	172
12.4.2	Weitere Daten aus dem Personalbereich	176
12.4.3	Betriebliche Sozialberatung	176
12.4.4	Personal- und Organisationsentwicklung	176
12.4.5	Arbeits- und Gesundheitsschutz und Unfallversicherungsträger	176
12.4.6	Betriebliches Vorschlagswesen	177
12.4.7	Betriebsverpflegung	177
13	DURCHFÜHRUNG UND ERFOLGSBEWERTUNG	179
KAPITEL III FALLSTUDIE		181
14	UNTERSUCHUNGSFELD	181
15	AUSGANGSSITUATION	182
16	BETRIEBLICHER GESUNDHEITSBERICHT	183
16.1	<i>Bedarfsermittlung und Ableitung von Qualitätskriterien aus der Betriebsvereinbarung</i>	184
16.2	<i>Planung und Umsetzung</i>	187
16.3	<i>Struktur des Gesundheitsberichts</i>	188
16.3.1	Werksbericht - Allgemeiner Teil	188
16.3.2	Werksbericht - Analyseteil	189
16.3.3	Centerbericht	191
16.4	<i>Informationsbedarf, Datenquellen und Verfügbarkeit der Daten</i>	191
16.5	<i>Verbreitung des Berichts und Ableiten von Maßnahmen</i>	192
16.5.1	Ergebniskommunikation - Zielgruppe Steuerungsgremium	192
16.5.2	Ergebniskommunikation - Zielgruppe Führungskräfte	193
16.5.3	Ergebniskommunikation - Zielgruppe Akteure im Gesundheitsmanagement	193
16.6	<i>Erfolgsbewertung - Ergebnis</i>	196
17	QUALITÄTSORIENTIERUNG BGF AM BEISPIEL EINER MOBILEN TRAININGSMABNAHME	200
17.1	<i>Planungsphase (PLAN)</i>	201
17.1.1	Ist-Analyse - Handlungsbedarf und Zielgruppe	202
17.1.2	Beschreibung der Maßnahme	204
17.1.3	Ziel der Maßnahme	206
17.2	<i>Umsetzungsphase (DO)</i>	207
17.2.1	Erreichen der Zielgruppe - Projektmarketing und Teilnehmerakquise	208
17.2.2	Trainingsablauf	208

17.2.3	Maßnahme-Controlling	210
17.2.3.1	Kennzahlen und Dokumentation	211
17.2.3.2	Kommunikation	212
17.2.3.3	Arbeitshandbuch	212
17.2.4	Trainingsplattform als Informationsplattform	213
17.3	<i>Prüfphase (CHECK)</i>	213
17.3.1	Evaluation	215
17.3.2	Untersuchungsdesign	217
17.3.2.1	Untersuchungstichproben	221
17.3.2.2	Schriftliche Befragung	223
17.3.2.3	Arbeitsunfähigkeitsanalyse der Betriebskrankenkasse	225
17.3.3	Bewertung der Zielerreichung	227
17.4	<i>Handlungsphase (Act)</i>	232
18	FAZIT	233
LITERATURVERZEICHNIS		235
ERKLÄRUNG		

Abbildungsverzeichnis

BILD I-1	BETRIEBLICHER ARBEITSSCHUTZ UND BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN IDEALTYPISCHER GEGENÜBERSTELLUNG	24
BILD I-2:	PROZESS-GRUNDMODELL	37
BILD I-3:	AUSSCHNITT EINES STANDARDPROZESSES FÜR DIE PROJEKTABWICKLUNG	38
BILD I-4:	INHALTSBESCHREIBUNG DES TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM)	46
BILD I-5:	PDCA-/ DEMINGZYKLUS	48
BILD I-6:	INTEGRIERTES MANagementsYSTEM	52
BILD I-7:	ISO 9000:2000-12 MODELL EINES PROZESSORIENTIERTEN QM-SYSTEMS	54
BILD I-8:	DAS EFQM-MODELL FÜR EXCELLENCE AB 2010	56
BILD I-9:	SCHEMA DER BALANCED SCORECARD	58
BILD I-10:	PROJEKTPHASEN UND DEREN INHALTE	76
BILD I-11:	"MAGISCHES DREIECK" IM PROJEKTMANAGEMENT	77
BILD I-12:	BEISPIEL NUTZWERTANALYSE (KUSTER ET AL, 2008, S. 373)	86
BILD I-13	BETRIEBLICHE PRÄVENTIONS- UND GESUNDHEITSFÖRDERUNGSZIELE	103
BILD I-14:	QUALITÄTSKRITERIEN DES EUROPÄISCHEN NETZWERKS FÜR BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (MAI 1999)	105
BILD I-15:	QUALITÄTSMODELL DES EUROPÄISCHEN NETZWERKS FÜR BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	107
BILD I-16	MODELL DES INTEGRATIVEN GESUNDHEITSMANAGEMENTS	113
BILD I-17:	ÜBERSICHT: EVALUATIONSVERFAHREN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	120
BILD I-18	INSTRUMENTE UND INHALTE DES EVALUATIONSinSTRUMENTS DES GKV-SPITZENVERBANDES	121
BILD I-19:	SCHWERPUNKTMÄßIGE ZIELGRUPPEN BEI AKTIVITÄTEN ZUR BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM JAHR 2007 (MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH)	124

BILD II-1	ORGANISATIONSMODELL BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT (VEREINFACHTE DARSTELLUNG)	134
BILD II-2:	PROZESSLANDKARTE BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT	138
BILD II-3:	BASISINSTRUMENTE BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	144
BILD II-4	VOR- UND NACHTEILE VERSCHIEDENER QUELLEN UND INSTRUMENTE	151
BILD II-5	PARALLELE DIMENSIONEN DES PROJEKT-, PROZESS- UND QUALITÄTSMANAGEMENTS IN BEZUG AUF MAßNAHMEN ZUR BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	154
BILD II-6	ANWENDUNG VON INSTRUMENTEN ZUR BEDARFSERMITTLUNG IN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	157
BILD II-7	HAUPTKRANKUNGSARTEN LT. BKK-GESUNDHEITSREPORTS 2004-2009	161
BILD III-1:	BEISPIEL PUNKTWOLKENDIAGRAMM DER BKK	190
BILD III-2:	ENTWICKLUNG DER AU-TAGE 2004 BIS 2006 - VERGLEICH BKK BUND, BKK BRANCHE KfZ-BAU UND UNTERSUCHTES WERK	203
BILD III-3:	ENTWICKLUNG DER AU-TAGE UND -FÄLLE NACH ICD-10 M40-M54 IM ZEITRAUM 2004 BIS 2006; VERGLEICH WERK, TEILNEHMER UND NICHTTEILNEHMER.	227

Tabellenverzeichnis

TABELLE I-1	ZIELE UNTERSCHIEDLICHER STRATEGIEN DER ARBEITSGESTALTUNG	13
TABELLE I-2:	UNTERSCHIEDE ARBEITSSCHUTZ UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	25
TABELLE II-1	GREMIEN IN PROJEKTEN UND IM GESUNDHEITSMANAGEMENT	131
TABELLE II-2	EIGENSCHAFTEN DER ZIRKELKONZEPTE IN IHRER URSPRUNGSFORM UND DEREN VOR- UND NACHTEILE	168
TABELLE III-1	GESUNDHEITSBERICHT - INFORMATIONSBEDARF, DATENQUELLEN UND VERFÜGBARKEIT DER DATEN	195
TABELLE III-2:	AU-TAGE UND ANTEIL DER MUSKEL-SKELETT-ERKRANKUNGEN IM VERGLEICH BRANCHE UND PRAXISFELD	203
TABELLE III-3:	FALLSTUDIE - MAßNAHMECONTROLLING UND -EVALUATION	220
TABELLE III-4:	ENTWICKLUNG DES ANTEILS WEIBLICHER UND MÄNNLICHER TRAINIERENDER IN DEN STICHPROBEN "TEILNEHMER" VON BEGINN DER STARTBEFRAGUNG FEBRUAR 2005 BIS NOVEMBER 2006	222
TABELLE III-5:	ENTWICKLUNG DER ALTERSVERTEILUNG IN DEN STICHPROBEN "TEILNEHMER" VON BEGINN DER STARTBEFRAGUNG FEBRUAR 2005 BIS NOVEMBER 2006	222
TABELLE III-6:	ENTWICKLUNG DAUER DER WERKSZUGEHÖRIGKEIT IN DEN STICHPROBEN "TEILNEHMER" VON BEGINN DER STARTBEFRAGUNG FEBRUAR 2005 BIS NO- VEMBER 2006	223

1 Einleitung

Mittlerweile besteht Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) seit über zwei Jahrzehnten. Trotz positiver Entwicklungen ist die Qualitätssicherung und das Controlling von Gesundheitsmanagement laut der im Rahmen dieser Arbeit erfolgten Literaturrecherche ein immer noch vernachlässigter Teil dieser Disziplin. Einer der Hauptgründe ist in der Literatur und Studienergebnissen immer wieder in der Schwierigkeit zu finden, die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung überhaupt messbar zu machen. Gesundheit und Krankheit sind nicht in einem einfachen Ursache-Wirkungs-Modell abzubilden und unterliegen multifaktoriellen Einflüssen, die wiederum auch in andere Lebensbereiche hineinreichen und so kaum eindeutig abgegrenzt und zugeordnet werden können.

Die Gesundheit eines Menschen wird unter anderem beeinflusst durch die jeweilige Lebenssituation, den Lebensstil und der jeweiligen Biographie eines Menschen. Im Blickpunkt der vorliegenden Arbeit liegt der Arbeitsplatz, der bei einem erwachsenen Menschen einen großen - positiven oder negativen - Einfluss auf dessen Gesundheit haben kann. Dabei sind die Arbeitsbedingungen insgesamt zu betrachten. Einseitige Arbeitshaltungen oder eingeschränkte Möglichkeiten für selbstbestimmtes Arbeiten können zu chronischen Erkrankungen und Leistungsabfall führen. Ein positiver Führungsstil, berufliche Erfolge und deren Anerkennung oder auch ein ergonomisch gestalteter Arbeitsplatz wirkt sich dagegen positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz aus. Dies wiederum hat Auswirkung auf die Produktivität und die Qualität der Arbeit – und somit auf den Unternehmenserfolg (siehe auch Bamberg et al, 1998).

Die Schwierigkeit der Bewertung von Maßnahmeerfolgen liegt auch in dem Umstand, dass es sich bei der Verbesserung des Wohlbefindens und der Gesundheit um einen "weichen Faktor" handelt. Dessen Überprüfung durch Kennzahlen ist schwieriger als die Überprüfung von "hard facts", die man in Mengeneinheiten, monetären Beträgen, etc. kontrollieren und auch steuern kann. Eine nachhaltige Wirkungsweise von Gesundheitsförderungsmaßnahmen stellt sich außerdem erst über einen längeren Zeitraum ein.

Wenn Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich sein soll, sind das Erreichen der Zielgruppe und das Beheben sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen grundlegend, wie dies auch die Ottawa-Charta von 1986 vorsieht. Eine sozial spezifische Strategie ist notwendig, denn häufig setzt sich der Teilnehmerkreis einer Maßnahme aus denen zusammen, die einer höheren sozialen Schicht angehören und deshalb in der Regel bereits ein ohnehin ein besseres Gesundheitsverhalten aufweisen.

Weil durch einen verhältnisorientierten Ansatz der Sozialstatus in den Mitarbeitergruppen in etwa gleich ist, ist die soziale Differenzierung der Adressatengruppen besonders zu beachten (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008).

Eine qualitätsgesicherten Vorgehensweise beschränkt sich nicht auf einzelne Maßnahmen und deren Effektivität und Effizienz, sondern es geht auch darum, das gesamte Gesundheitsmanagement in seiner Organisation, Struktur und Vorgehensweise sowie dessen Zielsetzung ständig zu überprüfen und zu optimieren.

Die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung ist zwar inzwischen durch zahlreiche Forschungsprojekte und wissenschaftliche Studien belegt, dennoch ist ein konsequentes, also kontinuierliches, und ganzheitliches Gesundheitsmanagement scheinbar immer noch die Ausnahme in Unternehmen, wie sich bei der Literaturrecherche zu dieser Arbeit zeigte.

Noch immer sind Einzelmaßnahmen keine Seltenheit, die als Gesundheitsförderungsprogramm deklariert werden und dabei grundlegende Prinzipien von Gesundheitsförderung ignorieren: Das "Erlernen" von Gesundheitsverhalten, Nachhaltigkeit und die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmekonzepten. Sie konzentrieren sich weiterhin auf Verhaltensänderung und vernachlässigen den Aspekt der Gestaltung des Arbeitsumfeldes; also Unternehmensstrukturen, Kommunikations- und Führungsverhalten, Mitbestimmung und Arbeitsplatzverhältnisse sowie die Unternehmenskultur. Dabei bedeutet Gesundheitsförderung einerseits die gesundheitsorientierte Qualifizierung von Mitarbeitern und Führungskräften und ist gleichzeitig Teil der Organisationsentwicklung (siehe auch Westermayer, 1998).

Unzureichende Qualifikation und fehlende Fachkompetenz der Verantwortlichen können dazu führen, dass der eigentliche, ganzheitliche Ansatz der Gesundheitsförderung verloren geht und weitgehend zu einem "Gesundheitsaktionismus" gedeiht. Im betrieblichen Gesundheitsmanagement existieren unterschiedliche Interessenvertreter (Stakeholder), die die Qualität des Gesundheitsmanagements und von Gesundheitsförderungsmaßnahmen aus deren jeweils eigener Perspektive betrachten.

Stakeholder Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträger: Durch die steigende Zahl von Nicht-Erwerbstätigen - begründet durch Arbeitslosigkeit, demographischen Wandel und einer wachsenden Zahl von Erwerbsunfähigen - sinkt die Anzahl der Beitragszahler. Gleichzeitig verursachen die steigende Zahl älterer Menschen, die gestiegene Lebenserwartung sowie der technische Fortschritt in der medizinischen Behandlung immense Kosten in der Gesundheitsversorgung. Durch ein wirksames betriebliches Gesundheitsmanagement sollen aus der Perspektive der Sozialversicherungen krankheitsbedingte Kosten bei Erwerbstätigen reduziert oder verhindert werden.

Krankenkassen bieten Unternehmen mittlerweile Bonusmodelle an, die sich auf den Grad der Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung bezieht und meist auf dem Qualitätsmodell des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung basieren. Mittels eines Punktesystems und dem Grad der Erfüllung der Anforderungen errechnet sich ein Beitragsbonus für die Versicherten des Unternehmens.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zur Qualitätssicherung in einem Leitfaden verbindlich Maßnahmen und Kriterien festgelegt, die für die Durchführung oder

Förderung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gelten. Maßnahmen und Handlungsfelder die dort nicht aufgeführt sind, dürfen von den Krankenkassen nicht durchgeführt oder gefördert werden (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008).

Stakeholder Betriebliches Gesundheitsmanagement: Das Gesundheitsmanagement selbst hat Interesse an einer fundierten Bewertung aus dessen eigenem professionellen Anspruch heraus. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen, sowohl personell als auch finanziell, sind häufig knapp und der Legitimationsdruck auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement wächst mit dem Wettbewerbsdruck auf das Unternehmen.

Ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement beugt ziellosen Aktionismus vor. Die Kooperation mit bestehenden Institutionen im Unternehmen erhöht dessen Akzeptanz, schafft Transparenz, nutzt Synergien und vermeidet so die Verschwendung von Ressourcen. Durch Systematik und Vernetzung - bei mehreren Betriebsteilen auch mittels einer zentralen Steuerung - können in großen Unternehmen Angebotsüberlagerungen vermieden und ein einheitlicher Standpunkt nach außen gefördert werden. Im Hinblick auf Maßnahmen werden durch systematische Planung, Durchführung und Evaluation einzelne Prozessschritte effizient gestaltet. Durch Kennzahlen werden Abweichungen gemessen und im laufenden Prozess die Zielerreichung optimiert.

Gesundheitsförderung muss gelebt und darum in bestehende Prozesse implementiert werden, um Verbindlichkeiten zu schaffen und Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Nachweisbare Effektivität und Effizienz wiederum schaffen Akzeptanz gegenüber der Geschäftsleitung im Unternehmen.

Stakeholder Unternehmen: Das Unternehmen, bzw. die Geschäftsleitung ist Initiator und Hauptkostenträger Betrieblicher Gesundheitsförderung. Wirtschaftsunternehmen unterliegen – im Zuge der Globalisierung mehr denn je – ökonomischen Prinzipien und Zielgrößen; die maßgebenden Kennzahlen sind Qualität und Produktivität sowie Wettbewerbsfähigkeit. Höhere Motivation der Mitarbeiter, Kosteneinsparung mittels Reduktion der Fehlzeiten und Verbesserung des Unternehmensimages nach Innen und Außen sollen den Erfolg des Unternehmens sichern.

Ein Unternehmen muss im globalen Wettbewerb schnell und flexibel auf Marktveränderungen reagieren können; dazu benötigt es verfügbares, qualifiziertes Personal. Aufgrund der Wettbewerbssituation gegenüber Ländern mit niedrigeren Lohnkosten stehen inländische Unternehmen unter enormem Kostendruck.

Ein Unternehmen ist nicht verpflichtet, Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten. Das bedeutet, dass die Betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Gesundheitsmanagement mehr und mehr ihre "Rentabilität" unter Beweis stellen müssen.

Wegen der begrenzten Ressourcen ist es notwendig, den Erfolg von Gesundheitsmanagement darlegen zu können auch, um eine höhere Akzeptanz im Unternehmen zu erreichen. Wenn kein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis in Bezug auf Gesundheitsförderungsangebote erkennbar ist, wird es schwierig, ein nachhaltiges Gesundheitsmanage-

ment im Unternehmen zu implementieren und das Thema wird in wirtschaftlich ungünstigeren Zeiten immer wieder in den Hintergrund der Unternehmensstrategie rücken.

Wichtig ist deshalb, eine Legitimationsbasis durch Wirksamkeitsnachweis zu schaffen; zu belegen, dass Gesundheitsförderung nicht nur ein Kostenfaktor ist. Während für die Krankenkassen langfristige Erkrankungen die Ausgaben in die Höhe treiben, verursacht ein Arbeitnehmer, der bis zu sechs Wochen arbeitsunfähig ist, für das Unternehmen Kosten, ohne dafür wertschöpfend seine Arbeitskraft zur Verfügung stellen zu können. Für Arbeitgeber ist es deshalb wichtig, nicht nur abstrakte Werte wie Motivation zu verbessern, sondern konkret die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitszeiten zu verringern.

Die Expertenkommission der Bertelsmannstiftung ist der Ansicht, die Gesundheitspolitik sollte sich im Hinblick auf die Entwicklung der Lohnkosten mehr auf die Prävention von Krankheiten konzentrieren, statt viel Geld in die Beseitigung bereits bestehender Erkrankungen zu investieren, um so die Kosten der Sozialversicherungssysteme und damit der Lohnkosten insgesamt zu reduzieren (Hans-Böckler-Stiftung, 2004). Der Nutzen von Gesundheitsförderung und einem systematischen Gesundheitsmanagement kann aber nicht ausschließlich auf monetärer Ebene gesehen werden. So kommt ebenso der Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit durch flexible und motivierte Mitarbeiter durch begleitende Maßnahmen der Gesundheitsförderung eine wichtige Funktion zu. Viele Faktoren haben Einfluss auf die Gesundheit, und die Gesundheit eines Mitarbeiters wiederum hat Einfluss auf mehrere Bereiche in seinem beruflichen und privaten Umfeld.

Für Unternehmen bedeuten nicht nur Globalisierung und Finanzkrisen große Herausforderungen – auch demographischer Wandel und steigender Fachkräftemangel nehmen an Bedeutung zu.

In Zukunft geht es nicht mehr nur um die Gesunderhaltung von Mitarbeitern allgemein, sondern mehr und mehr auch um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter. Chronifizierung von Krankheiten tritt im Alter häufiger auf und Erkrankungen dauern altersbedingt länger an.

Damit Betriebliches Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung im Unternehmen – allgemein sowie auch arbeitsbezogen – langfristig an Erfolg und Akzeptanz gewinnen, müssen Verantwortliche im betrieblichen aber auch wissenschaftlichen Bereich ein ökonomisches Verständnis und entsprechende Erhebungsinstrumente entwickeln. Diese müssen einerseits wissenschaftlich fundiert, andererseits praktikabel in der Anwendung sein. Um den Aufwand so gering wie möglich zu halten, müssen sie leicht in bestehende Strukturen implementiert werden können.

1.1 Ziel der Forschungsarbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Überprüfung der Machbarkeit einer qualitätsgesicherten Vorgehensweise im Gesundheitsmanagement und der Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Werk eines Automobilherstellers, vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Anforderungen und betrieblicher Praxis.

Zunächst wurde durch eine Literaturrecherche der aktuelle Forschungsstand erarbeitet und bereits entwickelte Modelle zur Qualitätsmessung erörtert. In einer Fallstudie wurden anschließend Möglichkeiten überprüft, wie die Qualität des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in seiner Gesamtstruktur, aber auch einzelne Komponenten und gesundheitsfördernde Maßnahmen und Programme mit den im Praxisfeld anzutreffenden Rahmenbedingungen bewertet werden können.

Dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement stehen in der alltäglichen Arbeit nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung; seien sie personeller oder finanzieller Art. Zwar besteht die Möglichkeit, in Kooperation einer wissenschaftlichen Institution umfangreiche und wissenschaftlich fundierte Projekte durchzuführen. Hierbei stellt sich auf lange Sicht aber die Frage, ob eine Verstetigung möglich ist. Ziel muss es sein, dass Unternehmen selbständig in der Lage sind, die Betriebliche Gesundheit zu managen.

Die **Hauptfragestellung** der vorliegenden Arbeit lautet: Wie kann mit den im Unternehmen vorhandenen, begrenzten Ressourcen ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsmanagement implementiert werden?

Fragestellung 1: Was bedeutet Qualitätsorientierung im Allgemeinen und welche Modelle gibt es, die auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement angewendet werden, angewendet werden könnten oder bereits erfolgreich implementiert wurden?

Fragestellung 2: Was ist in der Fachwelt als qualitätsgesichertes Betriebliches Gesundheitsmanagement definiert?

Fragestellung 3: Welche Modelle bestehen bereits zur Bewertung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements? Existieren eine einheitliche Vorgehensweise zur Qualitätsmessung und einheitliche Qualitätskriterien?

Fragestellung 4: Welche Vorgehensweise eignet sich, ggf. in welchem Umfang, für den alltäglichen Einsatz im Unternehmen?

Fragestellung 5: Gibt die qualitätsgesicherte Vorgehensweise den Interessenvertretern Aufschluss über die Effizienz und Effektivität des Gesundheitsmanagements und dessen Aktivitäten?

Der **Hauptanspruch** ist die Entwicklung einer systematischen Vorgehensweise im Betrieblichen Gesundheitsmanagement unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Standards, jedoch mit dem notwendigen pragmatischen Ansatz, um eine dauerhafte Umsetzung im betrieblichen Alltag zu gewährleisten.

Aus unternehmerischer Perspektive ergibt sich folgende ergebnisorientierte Fragestellung:

Fragestellung 1: Wird durch die gesundheitsfördernden Angebote eine gezielte Reduzierung der Fehlzeiten und der damit verbundenen Kosten erreicht? Decken, bzw. übersteigen die eingesparten Kosten die eingesetzten finanziellen Mittel?

Hypothese 1: Eine qualitätsgesicherte Vorgehensweise erzielt durch die Bewertbarkeit

der Interventionsqualität und der erforderlichen Prozesse eine optimale Effektivität und Effizienz und trägt so zur Erfüllung der ökonomischen Unternehmensinteressen bei.

Aus Sicht des Betrieblichen Gesundheitsmanagements muss das Instrument einen bestimmten wissenschaftlichen Anspruch erfüllen und außerdem mit den gegebenen Mitteln einen maximalen Nutzen erreichen. Das Modell muss deshalb sowohl Antworten auf ergebnis-, als auch auf methoden- und prozessorientierte Fragen liefern:

Fragestellung 2: Welches Vorgehen gewährleistet einen effizienten Einsatz der gegebenen Ressourcen?

Hypothese 2: Die systematische Vorgehensweise orientiert sich methodisch an wissenschaftlichen Erkenntnissen im Hinblick auf den Prozess der Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen und bewertet die einzelnen Schritte.

Fragestellung 3: Wie muss das Konzept beschaffen sein, um nicht nur interne Aussagen über die Qualität des Gesundheitsmanagements zu liefern, sondern auch eine externe, auch wissenschaftliche Vergleichbarkeit zu ermöglichen?

Hypothese 3: Das Modell erfüllt notwendige Kriterien für eine größtmögliche Akzeptanz und unternehmensinterne sowie –externe Kompatibilität und orientiert sich bei der Auswahl der Methoden an wissenschaftlichen Erkenntnissen und etablierten Qualitätsleitlinien im Gesundheitsmanagement.

Fragestellung 4: Welchen Standards muss ein Betriebliches Gesundheitsmanagement entsprechen, um auf die unternehmerischen Strukturen adaptiert werden zu können und inwiefern sind diese Voraussetzungen auf den Gesundheitsbereich übertragbar?

Hypothese 4: Das Modell bezieht Anforderungen der vorhandenen Methoden zur Qualitätssicherung und wissenschaftliche Erkenntnisse zur Übertragbarkeit von Methoden auf den Gesundheitsbereich ein.

Fragestellung 5: Kann das Modell so beschaffen sein, dass es wissenschaftlich valide Ergebnisse liefert und gleichzeitig praktikabel im betrieblichen Alltag ist?

Hypothese 5: Die Anwendung wissenschaftlicher Methoden stellt die Validität der Werte sicher.

Fragestellung 6: Wie erreicht man eine zuverlässige Verfügbarkeit der Ergebnisse?

Hypothese 6: Die Ergebnisse der Bewertungen fließen in ein Dokumentationssystem ein, das einen Überblick der Entwicklung über mehrere Jahre ermöglicht. Als Medium dient der jährliche Gesundheitsbericht, der gleichzeitig Planungsgrundlage von Entscheidungsträgern (Steuerungsgruppe BGM) ist. Operative Ergebnisse werden direkt in die Interventionsbereiche kommuniziert.

1.2 Stand der Forschung

Die Sichtung der Literatur und insbesondere die Arbeit von Kreis/Bödeker (2003) ergab, dass in den vergangenen Jahren in der Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten zum Thema Qualitätssicherung statt fanden. Die Vorgehensweisen haben dabei häufig eine ähnliche Richtung - wie beispielsweise die Anpassung vorhandener Qualitätssicherungsmethoden oder Wirtschaftlichkeitsanalysen an die Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung, oder die Verwendung des Modells der European Foundation for Quality Management als Basis eines Modells für die Betriebliche Gesundheitsförderung. Ein einheitliches Konzept zur Entwicklung eines Qualitätsmanagements oder Bewertungsmodells existiert bislang jedoch nicht.

Aufgrund des Gesundheitssystems in den USA erfolgte dort bereits in den 1970er Jahren eine ausführliche Dokumentation von – hauptsächlich verhaltensbezogenen – Maßnahmen. Die Autoren kommen jedoch zu dem Schluss, dass es zwar nicht an der Quantität verhaltensbezogener Studien mangelt, ihre wissenschaftliche Qualität jedoch häufig Defizite aufweisen. Entsprechend sei eine Wirksamkeit der Maßnahmen zwar zu erkennen; aufgrund häufiger methodischer Fehler in den Studien könne jedoch "auf der bisherigen Datenbasis nicht geklärt werden, ob tatsächlich "[...] eine Reduktion der Gesundheitsrisiken erzielt wird" (ebd, S. 32).

Beispielsweise beschränkten sich gemessene Effekte einer betrieblichen Intervention aufgrund fehlender Kontrollgruppen lediglich auf die *Teilnehmer* - eine häufig gesundheitsbewusste Minderheit - so dass die Ergebnisse nicht repräsentativ für die gesamte Belegschaft seien. Eine Reduzierung fehlzeitenbedingter Kosten durch betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen ließe sich nach Ansicht der Autoren durch bisherige Studien jedoch belegen. Im US-Amerikanischen Raum liegt nach deren Erkenntnis der Return on Investment (ROI) von Interventionen in US\$ bei 1:10,1.

Vor dem Hintergrund der von den Autoren genannten methodischen Defizite ist jedoch fraglich, inwiefern diese Berechnungen als korrekt gesehen werden können. Außerdem stellt sich vor dem Hintergrund der monetär schwer zu bewertenden Effekte von Betrieblicher Gesundheitsförderung eine weitere Frage, nämlich inwiefern sich eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, die auf rein monetären Berechnungen beruht, überhaupt zur Berechnung der Rendite von Gesundheitsförderungsmaßnahmen heranziehen lässt.

Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung¹ verabschiedete 1999 Qualitätskriterien in Anlehnung an das EFQM- Modell². Diese wurden in Deutschland im Jahr 2001 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in deren gemeinsame Handlungsleitlinien aufgenommen (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2003).

¹ European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)

² European Foundation for Quality Management

Um strukturelle und prozessbedingte Schwachstellen der Betrieblichen Gesundheitsförderung aufdecken zu können, entwickelten Badura et al (1999) einen Leitfaden für das Qualitätsmanagement von Gesundheitsförderung. Anhand des Leitfadens sollen Praktiker befähigt werden, betriebliche Gesundheitsförderung in ihre Unternehmensprozesse zu implementieren (Ritter, 2001).

Laut Ruckstuhl et al (2001) kann von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung nur ansatzweise gesprochen werden, weil es nach Ansicht des Autors kaum Erkenntnisse darüber gibt, inwieweit sich Methoden aus der Industrie oder dem allgemeinen Dienstleistungsbereich auf die Gesundheitsförderung übertragen lassen.

Pfaff (2001) zweifelt wegen der gegebenen komplexen Faktoren wie Unternehmenskultur, Rahmenbedingungen, Branchenzugehörigkeit, etc. eine Übertragbarkeit von nachgewiesenen Ergebnissen gesundheitsfördernder Maßnahmen auf andere Unternehmen an. Selbst innerhalb eines Unternehmens valide Ergebnisse zu erzielen hält er für schwierig, da Unternehmen einem kontinuierlichen Veränderungsprozess ausgesetzt sind.

Als weiteres Hemmnis sehen Pfaff (ebd) wie auch Altgelt (2001) die Knappheit der zur Verfügung stehenden Mittel in der Gesundheitsförderung, da die Einführung und Umsetzung eines Qualitätsmanagements zusätzliche Kosten verursacht.

Nach Rienhoff/Kleinoeder (2003) ist der Erfahrungswert in Bezug auf die wirtschaftliche Berechnung von Qualitätsmanagement-Systemen im Gesundheitswesen bislang gering. Die Schwierigkeit, den Nutzwert einer Intervention zu messen, besteht in der indirekten und damit langfristigen Wirkungsweise von Maßnahmen (Coletta et al, 2004) und dem schwer zu berechnenden Nutzenzuwachs durch diese. Ein Risikofaktor liegt nach Erkenntnissen durch Studien in den USA auch in einer wenig praxisnahen, oder zu aufwendigen Gestaltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen, weil diese im betrieblichen Alltag kaum umsetzbar oder zu verstetigen seien.

Als Fazit lässt sich zusammenfassen, dass keine einheitlichen Vorgehensweisen zur Qualitätssicherung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement und von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung existieren. Qualitätssicherung in diesen Bereichen muss zum einen wissenschaftlich fundierte, messbare Ergebnisse liefern und gleichzeitig pragmatische Anforderungen des betrieblichen Alltags erfüllen. Die begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement erfordern außerdem eine ständige Überprüfung der Qualitätssicherungsmethode selbst, um auch deren Effizienz und Effektivität durch kontinuierliche Anpassung zu gewährleisten.

1.3 Methodisches Vorgehen

Im Praxisfeld der vorliegenden Arbeit wurde die Machbarkeit einer systematischen Vorgehensweise im gesamten Betrieblichen Gesundheitsmanagement überprüft und umgesetzt.

Hierzu wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit zum einen die Praktikabilität eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsberichts überprüft. Während der Doktorandentätigkeit wurde jährlich ab dem Jahr 2004 bis 2007 ein Bericht erstellt, wobei auch hier der Anspruch einer systematischen Vorgehensweise zu erfüllen war. Im Mittelpunkt stand außerdem die "Kundenorientierung", also die Erfüllung der Anforderungen aus Sicht der Zielgruppe des Gesundheitsberichts.

Des Weiteren wurde über den Zeitraum von drei Jahren eine Projektrealisierung einer dauerhaften mobilen Trainingsmaßnahme von der Planung über die Durchführung bis zur Ergebnisbewertung begleitet und überprüft, ebenfalls unter dem Aspekt des wissenschaftlichen Anspruchs und der betrieblichen Praktikabilität.

Die Wirksamkeit dieser Maßnahme wurde an einem Produktionsstandort des Konzerns in Süddeutschland im Rahmen einer Dissertation am Institut für Sportwissenschaften der Universität Stuttgart überprüft (Sammet, 2006).

Die Zusammensetzung der Teilnehmerstruktur und Allokation der Maßnahmen sowie eine Prozessanalyse und eine Kosten-Nutzen-Analyse betrachteten diverse Abschlussarbeiten des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

1. Schritt: Annäherung an das Thema und Literaturrecherche

Für einen allgemeinen Überblick erfolgte eine Annäherung an das Thema durch gezielte Internetrecherche auf den Seiten bestehender Netzwerke und Organisationen wie dem Europäischen und dem Deutschen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP und DNBGF), Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), der Initiative für Gesundheit und Arbeit (IGA), der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), etc. und dort verfügbare Publikationen und ggf. Literaturbestände in eigenen Bibliotheken. Über Sammelwerke der Fachliteratur zum Thema Effizienz, Effektivität und Qualität in der Betrieblichen Gesundheitsförderung und im Betrieblichen Gesundheitsmanagement erfolgte eine Verfeinerung der Recherche nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

2. Schritt: Erarbeiten der theoretischen Anforderungen

Durch die deduktive Analyse der thematisch relevanten gesundheits-, sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Literatur, wurden konkrete theoretische Anforderungskriterien ermittelt. Die Entwicklung einer Anforderungstheorie stellt die idealisierte Zielformulierung dar, deren Erreichungsgrad es in der praktischen Umsetzung zu überprüfen gilt. Zunächst erfolgt eine Begriffsklärung zu den einzelnen Dimensionen eines systematischen Gesundheitsmanagements. Dargestellt wird die Entwicklung der Gesundheitsförderung und der Bedeutung von Gesundheitsmanagement im betrieblichen Kontext, auch im Hinblick auf den aktuellen Stellenwert in Unternehmen.

3. Schritt: Fallstudie - Qualitätsgesicherte Vorgehensweise im Betriebliches Gesundheitsmanagement

Dem wissenschaftlichen Anspruch stehen die praktischen Anforderungen des Unternehmens gegenüber. Diese ergeben sich aus den betrieblichen Gegebenheiten und den Interessen der am Betrieblichen Gesundheitsmanagement beteiligten Akteure (Mitarbeiter, interne und externe Kooperationspartner, Steuerungsgruppe, Werkleitung, etc.).

Unter Berücksichtigung und Verknüpfung der gewonnen theoretischen und praktischen Erkenntnisse wurde im untersuchten Produktionswerk überprüft, wie eine qualitätsgesicherten Vorgehensweise bei der Initiierung, Durchführung und Bewertung einer langjährigen mobilen Gesundheitsförderungsmaßnahme sichergestellt werden kann. Außerdem wurde ein Konzept für einen jährlich intern bereitzustellenden Gesundheitsberichts entwickelt und umgesetzt. Berücksichtigt wurden auch Zielsetzungen im Bereich Gesundheit auf Konzernebene und an weiteren Produktionsstandorten.

4. Schritt: Ergebnis und Diskussion

Den Abschluss der Forschungsarbeit bildet eine kritische Würdigung der Ergebnisse und die Darlegung nicht gelöster Fragen und bestehenden Widersprüchen sowie eine Empfehlung für die Richtung zukünftiger Forschungsarbeiten.

Kapitel I Theoretischer Bezugsrahmen und begriffliche Abgrenzung

Dieser Teil der Arbeit befasst sich mit der begrifflichen Abgrenzung und dem wissenschaftstheoretischen Hintergrund relevanter Fachdisziplinen.

Zunächst erfolgt dies zur Thematik Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement, daran anschließend folgen die Themenfelder zum Qualitäts-, Prozess- und Projektmanagement.

Zur jeweiligen Thematik existiert umfangreiche Fachliteratur in Form theoretischer und praxisbezogener wissenschaftlicher Arbeiten, auf die zur Vertiefung auf die angegebenen Quellen verwiesen wird. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kann und soll lediglich ein Überblick in dem Rahmen gegeben werden, der notwendig für die weitere fachliche Bearbeitung der Problemstellung qualitätsgesichertes Betriebliches Gesundheitsmanagement ist.

Die Bezeichnungen Betriebliches Gesundheitsmanagement und Betriebliche Gesundheitsförderung werden in der Fachliteratur und in wissenschaftlichen Arbeiten häufig synonym verwendet. Deshalb erfolgt im ersten Abschnitt zunächst eine Abgrenzung dieser beiden und weiteren angrenzenden Begrifflichkeiten.

Anschließend werden wirtschaftswissenschaftliche Disziplinen des Qualitäts-, Prozess- und Projektmanagements und der Wirtschaftlichkeitsrechnung und erfolgreich angewandte Modelle und Instrumente wissenschaftstheoretisch abgehandelt.

Dem folgt die Bestandsaufnahme vorhandener Modelle zur Qualitätssicherung im Gesundheitsmanagement.

Bestandteil eines umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist auch der Arbeits- und Gesundheitsschutz in einem Unternehmen. Für den Arbeits- und Gesundheitsschutz existieren bereits erfolgreiche Managementmodelle, von denen vier im Überblick dargestellt werden.

Dem schließen sich vorhandene Qualitätsmodelle für Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung an. Hierzu gehört auch die Evaluation von Maßnahmen und Programmen als Methode zur Qualitätssicherung wissenschaftlicher Ansprüche.

2 Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement

Betriebliches Gesundheitsmanagement, Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention werden im Kontext der Mitarbeitergesundheit im wissenschaftlichen wie auch praxisbezogenen Bereich häufig synonym verwendet.

Als Grundlage für weitere Ausführungen in der vorliegenden Arbeit erfolgt deshalb zunächst eine Begriffsabgrenzung unter der Fragestellung, was beinhaltet und unterscheidet jeweils

- Prävention und Gesundheitsförderung?
- Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement ?
- Betriebliches Gesundheitsmanagement und Arbeits- und Gesundheitsschutz

in einem Unternehmen?

2.1 Prävention und Gesundheitsförderung

2.1.1 Prävention

Prävention allgemein bezeichnet gezielte Maßnahmen, die dazu dienen, spezifische Krankheiten zu verhindern, deren Auftreten zu verringern, oder einen Ausbruch der Krankheit hinaus zu zögern. Hauptziele der Prävention sind, Erkrankungsraten zu senken und Behinderungen oder Tod zu vermeiden sowie die Selbständigkeit im Alter weitgehend zu erhalten (Walter/Schwartz, 2003).

Prävention ist also krankheitsorientiert, während Gesundheitsförderung ressourcenorientiert arbeitet. Wie auch in der Gesundheitsförderung gibt es in der Prävention sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen. Eine weitere Gemeinsamkeit ist das Ziel, die Gesundheit von Individuen oder Bevölkerungsgruppen zu verbessern.

Bei der Differenzierung nach drei Präventionsstufen reicht die Begrifflichkeit von der Verhinderung von Krankheiten über die frühzeitige Entdeckung von Erkrankungen bis zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit (Rehabilitation) nach einer Erkrankung:

- Als Primärprävention werden alle gezielten Aktivitäten bezeichnet, die vor einer erkennbaren Erkrankung oder Schädigung ansetzen. Ziel ist die Senkung der Erkrankungsrate (Inzidenzrate), bzw. die Vermeidung der Erkrankung eines Individuums (Impfung, Raucherentwöhnung, etc.).

- Sekundärprävention umfasst Maßnahmen, die der Entdeckung von Krankheiten im Frühstadium dienen, wenn also noch keine klinischen Symptome vorhanden sind (Check-Ups, Vorsorgeuntersuchungen, etc.) und der erfolgreichen Therapie in diesem Stadium. In Walter/Schwartz (2003) wird dabei der notwendige gesicherte Zusatznutzen gegenüber einer späteren Normalbehandlung hervorgehoben. Wenn ein solcher nicht nachgewiesen ist, verursacht eine sekundärpräventive Maßnahme unnötige Kosten, Ängste und Leid sowie Risiken. Durch die Sekundärprävention soll die Rate manifester Erkrankungen verringert werden.
- Maßnahmen der Tertiärprävention werden eingesetzt bei einer bereits erfolgten Erkrankung mit deutlichen Symptomen oder einer Chronifizierung. Verhindert werden soll eine Verschlimmerung der Erkrankung und möglichst die Wiederherstellung (Rehabilitation) von körperlichen Funktionen (vgl. ebd).

Weil sich Prävention auf die Verhinderung bzw. Verminderung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken bezieht, wird sie damit nach Ansicht von Ducki (1998a) dem Anspruch der Gesundheitsförderung – Schaffen von Gesundheitsressourcen und verhältnisbezogene Interventionen – nicht gerecht. Sie schlägt deshalb eine Bezeichnung unter arbeitspsychologischen Gesichtspunkten nach Ulich (2005, S. 184ff.) vor. Dieser unterscheidet zwischen korrektiven, präventiven und prospektiven Strategien zur Arbeitsgestaltung (siehe Tabelle I-1).

Tabelle I-1 Ziele unterschiedlicher Strategien der Arbeitsgestaltung (vgl. Ulich, 2005, S. 186)

Strategie	Ziele
Korrektive Arbeitsgestaltung	Korrektur erkannter Mängel
Präventive Arbeitsgestaltung	Vorwegnehmende Vermeidung gesundheitlicher Schädigungen und Beeinträchtigungen
Prospektive Arbeitsgestaltung	Schaffung von Möglichkeiten der Persönlichkeitsentwicklung

Eine klare Abgrenzung von Gesundheitsförderung und Prävention ist schwierig, dies zeigt sich auch in dieser Aufteilung. Während die ersten beiden eindeutig denen der Krankheitsvermeidung zuzurechnen sind - und demnach dem Anspruch der Gesundheitsförderung nicht gerecht werden - ist allenfalls die prospektive Arbeitsgestaltung eine Methode, um die gesundheitsförderlichen Ressourcen von Mitarbeitern durch Persönlichkeitsentwicklung zu stärken.

2.1.2 Gesundheitsförderung

Der allgemeine Begriff der Gesundheitsförderung basiert auf dem Salutogenese-Modell des Stressforschers Aaron Antonovsky, entwickelt in den 1970er Jahren. Bis dato war die vorherrschende Sichtweise die der Pathogenese, also die Frage danach, was krank macht und wie dies verhindert werden kann. Mit der Salutogenese kam nun eine neue Fragestellung auf, nämlich die, welche Ressourcen Gesundheit entstehen lassen und wie diese gefördert werden können (Bengel et al, 2001).

Ebenfalls in den 1970er Jahren entwickelten sich in Deutschland Aktivitäten zur Humanisierung des Arbeitslebens. Die damalige Bundesanstalt für Arbeitsschutz³ sah es bereits Anfang der 1980er Jahre als Ziel ihrer Aufgaben an, Konzepte zur Arbeitsorganisation und Gestaltung menschengerechter Arbeitstechnologien zu entwickeln, die über die damaligen Arbeitssicherheitsvorschriften hinaus gehen sollten (Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 1985).

Die weitere Verbreitung und Entwicklung von Gesundheitsförderung begann dann mit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1986. Diese sah vor, alle Menschen zu befähigen, "ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen" World Health Organization (WHO, 1986). Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen sollten demnach so gestaltet werden, dass sie eine "Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit" darstellten und so "sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen" geschaffen wurden. Menschen sollten zu lebenslangem Lernen befähigt werden, mit den verschiedenen Lebensphasen und ggf. chronischen Erkrankungen sowie Behinderung umgehen zu können. Ein elementarer Grundsatz der Gesundheitsförderung ist die Partizipation der Betroffenen.

Die Forderungen der Charta waren zwar global formuliert, zeigten aber eine damals neue Sichtweise des öffentlichen Gesundheitswesens. Angestrebt wurde eine Weiterentwicklung von der Krankheitsverhinderung zur Gesundheitsförderung, also von der pathogenen Sichtweise zu einer salutogenen und so vom Defizitmodell zum Unterstützungsmodell. Die beiden Modelle sollten sich dabei jedoch nicht gegenseitig ausschließen, sondern sich gegenseitig unterstützen (Kickbusch, 2003).

Diese neue Sichtweise wurde in der Literatur zum Teil als so einschneidend angesehen, dass in diesem Zusammenhang oft von einem Paradigmenwechsel gesprochen wird, bei dem es auch um die Veränderung einer ausschließlich kausal-analytisch-mechanistischen Denkweise hin zu einer systemisch-ganzheitlichen geht (Milz 1989, S. 37 in: Bachmeier, 1994, S. 51).

Ausführliche Erläuterungen zu den Ausprägungen des Paradigmenwechsels finden sich auch in Kickbusch (2003) und Hurrelmann et al (2007).

³ Heute Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Der Paradigmenwechsel hatte auch Auswirkungen auf die Public Health Forschung, deren Schwerpunkt ursprünglich in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten durch Gesundheitsschutz und von Risikofaktoren durch Verhaltensänderung lag (Kickbusch, 2003). Nun wurde jedoch nicht mehr nur nach krankmachenden Faktoren geforscht, sondern nach Ressourcen gesucht, die einen Menschen gesund erhalten sollten.

Als zentraler Faktor zur Gesunderhaltung, bzw. Gesundheitsförderung wird das Kohärenzgefühl (Sense of coherence/ SOC) gesehen. Der SOC beschreibt das Ausmaß der Zuversicht eines Menschen, dass die Anforderungen seiner Lebenswelt erklärbar und strukturierbar sind und er über Ressourcen verfügt, um diesen Anforderungen gerecht zu werden (siehe auch Bengel et al, 2001 und Greiner, 1998). Die Formulierung der Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung war demnach das Fundament für eine innovative Ausrichtung und Profession im Gesundheitswesen. Das nun neue Verständnis (New Public Health) war, bzw. ist auch geprägt von der Forderung des Abbaus von gesellschaftlicher Ungleichheit in Bezug auf die Gesundheit und in diesem Zusammenhang auch die Kompetenzentwicklung und Partizipation der Betroffenen selbst. Die bereits oben genannte salutogenetische Sichtweise war ebenso neu wie die Verknüpfung dieser Disziplin mit Erkenntnissen aus der Sozialwissenschaft und Epidemiologie.

Im Hinblick auf die Unterscheidung von Prävention und Gesundheitsförderung herrschen über 20 Jahre später allerdings durchaus unterschiedliche Auffassungen. So unterscheidet Hafén (2004) drei vertretene Ansichten: Diejenigen, die an der strikten Trennung der beiden Begrifflichkeiten festhalten gegenüber denen, die eine integrative Sichtweise der beiden Begriffe befürworten und einer dritte Gruppe, die zwar beide Begriffe trennt, in deren Ansätzen aber durchaus Gemeinsamkeiten sieht.⁴

So stellen Altgeld/Kolip (2007) heraus, dass beide Begriffe oft synonym benutzt werden, obwohl sie sich in ihren Konzepten und Strategien grundsätzlich unterscheiden, nämlich der Verhinderung von Krankheiten und Risikominimierung in der Prävention und die Stärkung von Schutzfaktoren und damit der Steigerung des Wohlbefindens in der Gesundheitsförderung.

Hurrelmann/Altgeld (2004) grenzen die beiden Begriffe voneinander ab, heben aber gleichzeitig deren gemeinsames Ziel hervor, nämlich das des Gesundheitsgewinns. Dieses Ziel verfolgen beide Modelle im Rahmen ihres Verständnisses, also durch Krankheitsverhinderung auf der einen und Gesundheitsförderung auf der anderen Seite.

⁴ Es finden sich auch Beiträge in der Fachliteratur, in denen der Begriff "Gesundheitsprävention" auftaucht (bspw. Thiehoff, 2004, S. 75), wobei das "Verhüten von Gesundheit" kaum je gesundheitspolitisches Ziel sein würde.

Ein Beispiel synonyme Nutzung findet sich bei Seidel (2007). Verhältnisprävention wird dort als "[...] die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Umfeldes und eines gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzes unter Beachtung der Wissenschaft der Ergonomie" definiert (ebd, S. 234).

Im medizinischen Bereich werden Gesundheitsförderung und Prävention jeweils als Mittel zur Krankheitsvermeidung verstanden. Während jedoch die Maßnahmen in der Prävention der gezielten Risikoreduktion und Krankheitsvermeidung dienen, werden der Gesundheitsförderung auch unspezifische Maßnahmen zugeordnet (Walter et al 2001).

Kickbusch (2003) beschreibt Gesundheitsförderung als Verbindung von Prävention (Defizitmodell) und salutogenem Ansatz (Unterstützungsmodell), die sich an eine Gesamtpopulation und nicht an einzelne Individuen oder Risikogruppen wendet (vgl. auch Lenhardt, 1994 in: Westermayer, 1998, S. 122).

Handlungsfelder sind nach Kickbusch nicht klar abzugrenzen, da ein "Mehr" an Gesundheit, Lebensqualität, sozialen Netzwerken und weitere gesundheitsfördernde Komponenten in jedem gesellschaftlichen und politischen Umfeld geschaffen würden. Auf der anderen Seite sei nicht jede gesundheitsbezogene Maßnahme als "gesundheitsfördernd" zu bezeichnen, da dieser Begriff inzwischen auch eine inflationäre Verbreitung fände (ebd).

2.2 Gesundheitsförderung im Setting Unternehmen

2.2.1 Gesundheitsförderung im Betrieb

Als Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Betrieb werden solche bezeichnet, die sich auf das allgemeine präventive und gesundheitsförderliche Verhalten beziehen, wie Schulungen, Informationsvermittlung, Ernährungs-, Nichtraucher- und Bewegungsprogramme (siehe voriger Abschnitt). Die Maßnahmen werden zwar im Unternehmen angeboten und zum Teil auch von diesem finanziell unterstützt, haben jedoch nicht zwingend einen Bezug zum Arbeitsplatz.

Die Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Unternehmen hat mehrere Vorteile. Zum einen können durch die vorhandenen Unternehmensstrukturen Risikofaktoren und Handlungsfelder eindeutig identifiziert werden. Zum anderen werden Ziel- und Teilnehmergruppen gebündelt angesprochen. Dies ermöglicht, sonst nicht oder nur schwer erreichbare Zielgruppen für entsprechende Maßnahmen zu gewinnen. So gelten die Maßnahmen auch als besonders wirksam, weil die Teilnehmergruppen in sich geschlossen sind (Bindzius et al, 2005).

Ein weiterer Vorteil in der Durchführung dieser allgemeinen Maßnahmen im Unternehmen liegt darin, dass für ein effektives Marketing die vorhandene Kommunikations- und Infrastruktur des Unternehmens genutzt werden kann (z.B. Mitarbeiterzeitung, Schwarze Bretter, Auslage in Sozialräumen, etc.).

2.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Vergleich zur Gesundheitsförderung im Betrieb haben Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bezug zum Arbeitsplatz und umfassen nicht nur verhaltensbezogene Maßnahmen, sondern darüber hinaus auch solche, die im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz stehen (verhältnisbezogene Maßnahmen) (Bindzius et al, 2005).

Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) fasst unter Betrieblicher Gesundheitsförderung "[...] alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz" zusammen (European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP, 1997).

Bamberg et al (1998b) führen folgende Leitlinien auf, die bei der Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung eine Rolle spielen sollten:

- Berücksichtigung nicht nur somatischer sondern auch psychosozialer Gesundheitsaspekte
- Identifizierung von gesundheitsförderlichen Arbeitsaspekten und entsprechende Gestaltung der Arbeitsbedingungen
- Angebot nicht nur verhaltensbezogener, sondern auch verhältnisbezogener Maßnahmen
- Kompetenzerweiterung der Mitarbeiter
- Einbeziehen aller Mitarbeiter, nicht nur bestimmter Risikogruppen
- Langfristiges Konzept, das alle Mitarbeiter und Gesundheitsexperten einbezieht
- Mitbestimmung in der Planung und Umsetzung

Betriebliche Gesundheitsförderung ist laut Westermayer (1998) und Westermayer/Stein (2006) Teil der Organisationsentwicklung (OE). Den bereits genannten Sense of Coherence (Seite 15) überträgt er auf die anzustrebenden Bedingungen in einer Organisation wie gegenseitiges Vertrauen, Transparenz in den Entscheidungen und eine für die Mitarbeiter sinnstiftende Arbeit.

Betriebliche Gesundheitsförderung war und ist nicht ausschließlich ein unternehmensinternes Anliegen. Im Jahr 1988 wurde den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) durch den § 20 des Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erstmals die Zuständigkeit der allgemeinen Gesundheitsförderung übertragen und auch die Möglichkeit, Maßnahmen zur Verhinderung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durchzuführen. In diesem gesetzlichen Rahmen entwickelte sich der salutogene Ansatz zur Förderung von Gesundheit weiter und waren darüber hinaus auch maßgeblich an der Entwicklung von Instrumenten wie dem Gesundheitszirkelkonzept beteiligt (Kohte, 2001).

Aus Gründen der Kosteneinsparung wurde dieser Paragraph im Jahr 1996 aufgehoben, da man zu der Auffassung gekommen war, dass die Krankenkassen das Maßnahmeangebot weniger zielorientiert im Sinne der Gesundheitsförderung, sondern eher im Sinne eigener Marketingzwecke gestalteten. Von der Aufhebung des Paragraphen waren jedoch auch Bereiche der betrieblichen Gesundheitsförderung betroffen, in denen die Krankenkassen mit der Entwicklung und Anwendung von Gesundheitszirkeln durchaus erfolgreiche Partizipationsmodelle entwickelt und vielfach angewendet hatten.

Der Ansatz der Betrieblichen Gesundheitsförderung verschwand so zunächst aus der Gesetzgebung; auf europäischer Ebene blieb er durch die im Jahr 1997 ratifizierte Luxemburger Deklaration jedoch erhalten.

Mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 trat der § 20 SGB V in einer umfassenden Neuformulierung wieder in Kraft. Im Gegensatz zur früheren Version sollten die Krankenkassen nun "den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung" durchführen.

Hinzu kam außerdem die Vorgabe zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Unfallversicherungsträgern zur Verhütung von Gesundheitsgefahren sowie deren Unterrichtung über Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen⁵.

Der fehlenden Qualitätsorientierung der vorigen Fassung wurde insofern Rechnung getragen, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen nun per Gesetz den Auftrag erhielten, "[...] unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien [...] hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik" zu beschließen (§20 Abs.1 Satz 3 SGB V).⁶ So sollte das Angebot qualitätsorientierter Maßnahmen gewährleistet und der Wettbewerbsgedanke zwischen den Krankenkassen bei der Auswahl von Programmen und Maßnahmen ausgeschaltet werden.

⁵ "Nach der gängigen Definition, die auch in Deutschland gebräuchlich ist, handelt es sich bei arbeitsbedingten Erkrankungen um Gesundheitsstörungen, die durch Arbeitsbedingungen ganz oder teilweise verursacht sind, bzw. in ihrem Verlauf ungünstig beeinflusst werden können. Es gibt demnach nicht nur „spezifische“ arbeitsbedingte Erkrankungen, sondern grundsätzlich können alle Erkrankungen und Gesundheitsstörungen einen arbeitsbedingten Anteil haben."

(BKK Bundesverband (Hrsg.), Juli 2008, S. 4)

⁶ Seit der Fassung vom 10. Februar 2006 "Leitfaden Prävention", bis dahin "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000/in der Fassung vom 12. September 2003 Spitzenverbände der Krankenkassen, 2003. Aktuelle Auflage vom 02. Juni 2008

Im April 2007 erfolgte im Rahmen des "GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) dann nochmals eine grundlegende Überarbeitung des Paragraphen und zum 1. Juli 2008 eine vorerst letzte Änderung⁷:

§ 20 SGB V Abs. 1 und 2 [Primärprävention]⁸

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen⁹.

§ 20a SGB V [Betriebliche Gesundheitsförderung]

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

⁷ Mit Wirkung zum 01. Juli 2007 wurden die "Spitzenverbände der Krankenkasse" in "Spitzenverband Bund der Krankenkassen", bzw. "GKV-Spitzenverband" Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a, S. 4) umbenannt.

⁸ i.d.V.v. April 2007

⁹ Für die Ausgaben für Leistungen nach §§ 20, 20a und 20b zusammen gilt ein Richtwert von 2,86 € pro Kopf der Versicherten (2010).

§ 20b SGB V [Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren]

(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere unterrichten sie diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

Die Formulierung zur Durchführung von, den Arbeitsschutz ergänzenden, Maßnahmen entfiel komplett. Dafür wurde die Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern ausgeweitet. Sie beschränkt sich nun nicht mehr nur auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20b SGB V), sondern auch auf Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20a Abs. 2 SGB V).

Die Rolle der Krankenkasse als alleinigem Leistungserbringer von Gesundheitsförderungsmaßnahmen wurde aufgehoben, gleichzeitig aber von einer Kann- zur Pflichtleistung erhoben. So kann nun grundsätzlich jeder Arbeitgeber die Unterstützung der Krankenkassen bei der Bestandsaufnahme und Durchführung von Maßnahmen in Anspruch nehmen. Ebenfalls unter qualitativen Gesichtspunkten hat der GKV-Spitzenverband allerdings Mindestvoraussetzungen festgelegt, die von der Arbeitgeberseite erfüllt werden müssen. Diese orientieren sich an dem Qualitätsmodell und Kriterienkatalog des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) aus dem Jahr 1999 (siehe Abschnitt 8.2). Zudem werden das jeweilige Unternehmen und dessen Beschäftigte nun deutlich stärker eigenverantwortlich in den Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung einbezogen. Die unterstützende Funktion der GKV besteht beispielsweise in der Erhebung der Ausgangssituation und bei der Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der Gesundheitssituation.

Auch seitens der Maßnahmeträger und deren einzelnen Angebote sind nun Qualitätskriterien zu erfüllen, damit diese als gesundheitsfördernd anerkannt und Teilnehmerkosten an die Versicherten erstattet werden können (siehe hierzu Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a, S. 17 und 43).

Ebenfalls neu ist, dass die Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung an andere Kassen oder deren Verbände vergeben können und bei ihrer Aufgabenwahrnehmung mit anderen Kassen zusammen arbeiten.

Der medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) veröffentlicht jährlich im so genannten Präventionsbericht unter anderem alle, durch die Krankenkassen gemeldeten, Aktivitäten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Laut Präventionsbericht 2008 (Handschuh/Strippel, 2008) gaben die Krankenkassen im Jahr 2007 32,2 Mio. Euro für Betriebliche Gesundheitsförderung aus (Stand 12.09.2008). Anhand der zurück gemeldeten Dokumentationsbögen war festzustellen, dass die Dauer der Aktivitäten im Jahr 2007 mit durchschnittlich 23 Monaten deutlich höher lag, als in den Vorjahren (2004: ca. 16 Monate).

Die Anzahl der Maßnahmen, die länger als ein Jahr dauerten, lag bei 1.149 und entsprach bei einer Gesamtzahl von 2.442 Maßnahmen einem Anteil von 47 %. Davon hatten zwei Drittel einen Verhaltens- und Verhältnisbezug.¹⁰

Im Hinblick auf alle durchgeführten Aktivitäten verteilen sich die Ausrichtungen jährlich in etwa gleich. So haben jährlich mehr als 50 % der zurück gemeldeten Veranstaltungen einen ganzheitlichen Bezug (verhaltens- und verhältnisorientiert), etwa ein Drittel war nur verhaltensbezogen und zwischen 11 bis 15 % variieren die Werte über die Jahre 2005 bis 2007 bei den rein verhältnisbezogenen Aktivitäten.

Die angebotenen Maßnahmen hatten hauptsächlich die Reduktion körperlicher Belastungen zum Ziel. Aktivitäten in diesem Bereich wurden häufig mit denen von Stressmanagement oder zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung gemeinsam angeboten.

Verhältnisbezogene Aktivitäten umfassten die Verbesserung der Umgebungsbedingungen, den Arbeits- und Gesundheitsschutz, Veränderungen der Arbeits- und Betriebsorganisation, Informations- und Kommunikationsstrukturen, Handlungs- und Entscheidungsspielräume, Soziale Angebote und Einrichtungen und Work-Life-Balance (ebd, S. 78 ff).

Die Zahlen des Präventionsberichtes aus dem Jahr 2008 zeigen, dass Gesundheitsförderung in den Unternehmen ein weiter wachsendes Thema ist. Seitens der Krankenkassen lässt sich eine Zunahme an Systematik, auch was die Dokumentation und Erfolgskontrolle von Maßnahmen angeht, verzeichnen. Gestiegen ist außerdem auch der Anteil der Kooperationspartner, wie Unfallversicherungsträger und andere Krankenkassen, an den Gesundheitsförderungsprojekten.

Insgesamt betrachtet scheint die Gesundheitsförderung weiter auf einem erfolgreichen Weg zu sein und auch immer mehr an Professionalität in der Durchführung und Dokumentation zu gewinnen. Dies wird auch positive Auswirkung auf die Akzeptanz bei den Verantwortlichen in den Unternehmen zeigen und den Grad der Überzeugung, Gesundheitsförderung im Unternehmen dauerhaft zu implementieren, erhöhen.

¹⁰ Brandenburg/Nieder, 2003 S. 44) gehen von einer Laufzeit zwischen 12-24 Monaten aus, in denen die Zyklen Analyse, Entwicklung und Umsetzung durchlaufen werden.

2.2.3 Bezug zum Arbeits- und Gesundheitsschutz

Grundsätzlich ist in Deutschland jeder Arbeitgeber per Gesetz verpflichtet, für die Sicherheit und Gesundheit seiner Beschäftigten zu sorgen. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz ist in zahlreichen staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorschriften und Regelungen sowie unternehmensinternen Betriebsvereinbarungen geregelt. Hinzu kommen Vereinbarungen in Tarifverträgen, technische Normen und sicherheitstechnische Richtlinien (Böhnke, 2006).

Bis Anfang der 1970er Jahre beschränkte sich das Arbeitsschutzverständnis in deutschen Unternehmen auf die Verhütung akuter gesundheitlicher Gefahren am Arbeitsplatz. Eine grundlegende Erweiterung erfolgte 1973 mit dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG). Es regelt die Bestimmung von Betriebsärzten und Arbeitssicherheitsfachkräften und erweitert die Aufgaben im Arbeitsschutz und zur Unfallverhütung um den arbeitswissenschaftlichen Aspekt zur menschengerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen (§§ 3 und 6 ASiG). Mit dem Arbeitssicherheitsgesetz entstand der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen. Laut Westermayer (1998) definierte Ferber (1982) darunter "...solche chronisch-degenerative Krankheiten, für die sich eine enge Beziehung zur Berufstätigkeit nachweisen lassen, die aber weder zu den Unfällen noch zu den Berufskrankheiten gehören" (Ferber 1977, S. 87 ff, in: Westermayer, 1998, S. 120).

Aufgrund der Erkenntnis eines "multifaktoriellen Bedingungsgefüges" entstand in der Forschungsgruppe um Ferber und Slesina die Idee, durch die Analyse von Krankenkassendaten Informationen zur Entwicklung einer Theorie zur Entstehung von arbeitsbedingten Erkrankungen zu generieren (vgl. Ferber, ebd).

Die gesetzlichen Krankenkassen erhielten erstmals 1989 bis 1996 mit in Kraft treten des § 20 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die Möglichkeit, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten und durchzuführen. Nach dessen Aufhebung trat im August 1996 § 14 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) in Kraft, mit dem der Präventionsauftrag an die Unfallversicherungsträger übergang und den gesetzlichen Krankenkassen eine unterstützende Funktion zuwies (Gröben et al, 1999).

Allerdings waren in der allgemeinen Gesundheitsdiskussion nach Ansicht von Eugen Müller¹¹ die Möglichkeiten des Arbeitsschutzgesetzes in Verbindung mit dem SGB VII und dessen "umfassenden Präventionsbestimmungen und institutionellverfahrensrechtlichen Rahmenregelungen" weitgehend unbekannt (AOK Niedersachsen, 2004, S. 9).

¹¹ Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (BASI) e.V.

Die Arbeit von Böhnke (2006) basiert auf § 14 SGB VII und § 20 SGB V. Die Autorin leitete hieraus Standards für das Betriebliche Gesundheitsmanagement anhand arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ab und ging der Frage nach, inwieweit eine Zusammenführung unterschiedlicher Daten zur Identifikation arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Sinn macht.

Mittlerweile regelt und vereinfacht die aktuelle Fassung des § 20 SGB V aus dem Jahr 2008 die Unterstützung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung durch die Krankenkassen bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20b SGB V) und fördert so das Zusammenspiel zwischen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung.

Ebenfalls 1996 folgte das aus der Umsetzung der EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz¹² resultierende Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG). Dieses regelt seitdem die Aufgabe des Arbeitgebers, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern (§ 1 Abs. 1 Satz 1 ArbSchG). Dazu gehört die Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit (§ 2 Abs. 1 ArbSchG). Etabliert wurden somit ein "erweitertes Gesundheitsverständnis" im Sinne der Ottawa-Charta sowie das Partizipationsprinzip (vgl. auch Kohte, 2001).

Hauptaufgabe des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist es, Risiken im Arbeitsumfeld zu identifizieren und zu beseitigen, bzw. zu minimieren, die zu Unfällen, arbeitsbedingten Erkrankungen oder sonstigen gesundheitlichen Folgeschäden von Beschäftigten führen könnten. Der Ansatz war in vergangenen Zeiten ein überwiegend pathogener, da die Krankheitsverhinderung im Mittelpunkt stand und zum überwiegenden Teil auch heute noch steht. Allerdings werden seit geraumer Zeit mehr und mehr auch gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigt.

Der Arbeitsschutz hat sich in den vergangenen Jahren dem Wandel der Anforderungen durch veränderte Rahmenbedingungen wie Globalisierung, demographischer Wandel, Informations- und Wissensgesellschaft, etc. angepasst (Pieper/Goebel, 2001).

Die Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich von überwiegend körperlicher zu überwiegend geistiger Beanspruchung verändert. Entsprechend entwickelten sich die Arbeitsbelastung der Beschäftigten und damit auch die Handlungsfelder des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

¹² EG-Rahmenrichtlinie 89/391EWG über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit

Ging es vorher fast ausschließlich darum, konkrete körperliche Risiken am Arbeitsplatz zu verhindern oder zu minimieren, werden heute im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung Maßnahmen angeboten, die über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehen. Zielsetzung dabei ist die Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit (Bullinger et al, 1999).

Die neuen Herausforderungen an den Arbeitsschutz durch einen umfassenden gesellschaftlicher Wertewandel und technologischen Wandel in der Arbeitswelt ist sehr ausführlich und anschaulich in Bieback (1999) und Slesina (2001a) dargestellt.

Verwiesen wird außerdem auf eine umfassende Anzahl an Fachbeiträgen, u.a. von Prof. Rainer Müller, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen. Dort setzte man sich ebenfalls bereits in den frühen 1980er Jahren kritisch mit dem Wandel der Arbeitswelt und dessen Folgen auseinander.¹³

Bild I-1 und Tabelle I-2 zeigen die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale von Arbeitsschutz und Betrieblicher Gesundheitsförderung.

	Betrieblicher Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Betrachtung des Menschen als schutzbedürftiges Wesen → Defizitmodell → schwächenorientiert → pathogenetisches Grundverständnis	... autonom handelndes Subjekt → Potentialmodell → stärkenorientiert → salutogenetisches Grundverständnis
Aufgaben/Ziele verhältnisorientiert	Vermeiden bzw. Beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen → Schutzperspektive → Belastungsorientiert	Schaffen bzw. Erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen → Entwicklungsperspektive → ressourcenorientiert
Aufgaben/Ziele verhaltensorientiert	Erkennen und adäquates Handeln in gefährlichen Situationen → Wahrnehmen von Gefahren	Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen → Wahrnehmen von Chancen

Bild I-1 Betrieblicher Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung (nach: Ulich, 2005, S. 528)

¹³ <http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/navigation/veroeffentlichungen/publikationen-zes/>, abgerufen am 10.12.2011

Tabelle I-2: Unterschiede Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung (vgl. Kuhn/Kayser, 2002)

	Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Rechtsgrundlagen	gesetzliche Pflichten, sanktionsgebunden	§ 20a SGB V (Pflichtleistung der GKV), für Unternehmen freiwillig
Gesundheitskonzept	pathogenetischer Ansatz (Ursache, und Verhinderung von Krankheit)	salutogenetisch Ansatz (ganzheitlich; Befähigung zur Gesundheit)
Lebenssphärenbezug	betriebliche Sphäre	betriebliche und private Sphäre
sozialkompensatorischer Auftrag	nein; Schutz vor konkreten betrieblichen Gefahren oder Gefährdungen	ja; soll "einen Beitrag zur Vermin- derung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen" leisten, Schaffen eines sozialen Netzwerks
Finanzierung	Arbeitgeber	Co-Finanzierung durch GKV möglich, eigene Maßnahmen durch Arbeitgeber
Akteure	Institutionelle Akteure: Arbeitgeber mit betrieblichen Experten (Arbeitsschutzbeauftragte, Arbeitsmediziner, Arbeitssicherheitsingenieure), Arbeitsschutzbehörden, Unfallversicherungsträger Berufsgruppen: Techniker, Arbeitsmediziner (Arbeitspsychologen)	Institutionelle Akteure: Arbeitgeber mit betrieblichen Experten, Krankenkassen in Zusammenarbeit mit betrieblichen Fachbereichen zur Erfassung der gesundheitlichen Situation, mit Unfallversicherungsträgern und seit Juli 2007 auch Krankenkassen untereinander (§ 20a SGB V) Berufsgruppen: Sozial-, Sport-, Ernährungs-, Gesundheitswissenschaftler, Pädagogen
intersektorale Integration	Ansatzweise; präventive, kurative und rehabilitative Bereiche sind vorhanden (z.B. Unfallversicherungsträger), jedoch kein Bezug untereinander	nicht entwickelt; betriebliche Gesundheitsförderung bildet kein eigenes institutionelles System, sondern ist nur eine Leistungsart der Krankenkassen und wird auch dort separat von kurativen und rehabilitativen Systemen durchgeführt

Die zahlreichen Gesetzesneuerungen, die den Arbeitsschutz und die Gesundheit der Mitarbeiter unmittelbar betreffen, sollen dem Wandel der Arbeitswelt Rechnung tragen. Deren Umsetzung erfolgt in der Praxis jedoch eher zögerlich – dabei stellt sich die Frage, ob aus Unwissenheit bezüglich deren Existenz oder aufgrund der Unmöglichkeit, die Gesetze und Verordnungen im betrieblichen Alltag mit Inhalten zu füllen und dauerhaft umzusetzen.

Als Beispiel sei hier der im neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) etwas "versteckte" § 84 SGB IX zum betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement genannt, der seit Mai 2004 in Kraft getreten ist und Gültigkeit für alle Arbeitgeber hat. Nach Absatz 2 des Paragraphen haben Arbeitgeber und Betriebsrat sowie ggf. der Werks- oder Betriebsarzt bei Beschäftigten, die mehr als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, zu klären, "[...] wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Wiedereingliederungsmanagement)" (§ 84 Abs. 2 SGB IX i.d.V.v. 23. April 2004).

Auch hier erhält die betriebliche Prävention eine zentrale Bedeutung, mit dem primären Ziel der Beschäftigungssicherung. Laut ver.di Bundesverwaltung kommen dafür Maßnahmen

- zur beruflichen Qualifizierung
- des Arbeits- und Gesundheitsschutzes inklusive der menschengerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen
- zur Betrieblichen Gesundheitsförderung und
- einer betriebsnahen Rehabilitation

in Betracht.¹⁴

Seit Ende des Jahres 2008 gilt zudem eine neue Regelung im Arbeitsschutz, die "Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge"¹⁵, entstanden ebenfalls im Zuge des Arbeitsweltwandels und der demographischen Entwicklung sowie der damit verbundenen, wachsenden Bedeutung der arbeitsmedizinischen Vorsorge:

§ 1 Abs. 1 Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV, i.d.V.v. 18.12.2008)

Ziel der Verordnung ist es, durch Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge arbeitsbedingte Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten frühzeitig zu erkennen und zu verhüten. Arbeitsmedizinische Vorsorge soll zugleich einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes leisten.

¹⁴ Arbeitsblatt "Zur Neuregelung des § 84 SGB IX "Prävention", Ralf Stegmann, ver.di Bundesverwaltung, Ressort 12/Sozialpolitik, Projekt „Teilhabe behinderter Menschen und betriebliche Praxis“, Internet: http://www.schwbv.de/pdf/praevention_zur_neuregelung_des_sgb_ix.pdf, abgerufen am 06.01.2009

¹⁵ Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge i.d.V. vom 29.08.2008: http://www.bundesrat.de/cln_090/nn_8338/DE/parlamentsmaterial/to-plenum/848-sitzung/to-node.html?_nnn=true, abgerufen am 02.10.2008

Diese Verordnung zielt auf die Vereinfachung und Zusammenführung von Gesetzesregelungen und Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften. Der individuelle Gesundheitsschutz und die Beschäftigungsfähigkeit sollen ebenfalls gestärkt werden.¹⁶

Die Verzahnung der arbeitsmedizinischen Vorsorge und allgemeiner Vorsorge (freiwillige Gesundheitsprogramme in Unternehmen) sollen, laut Bundesministerium für Arbeit und Soziales, so gefördert werden. Außerdem sollen bislang von der Arbeitsmedizinischen Vorsorge wenig beachtete arbeitsbedingte Erkrankungen, wie die des Bewegungsapparates, verringert werden. Die EU-Kommission bezeichnet die Überwachung des Gesundheitszustandes der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen als ein "Präventionswerkzeug ersten Ranges".¹⁷

Eine weitere wichtige Neuerung erfolgte 2009 mit § 3 Abs. 34 des Einkommensteuergesetzes (EStG). Demnach ist eine Steuerbefreiung von bis zu 500 € im Jahr pro Arbeitnehmer möglich, wenn zusätzlich zum geschuldeten Arbeitslohn eine Leistung des Arbeitgebers der betrieblichen Gesundheitsförderung zugute kommt. Dies betrifft Angebote zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates, gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung oder Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Unter die Steuerbefreiung fallen auch Barleistungen des Arbeitgebers, die seine Arbeitnehmer für extern durchgeführte Maßnahmen - mit Ausnahme von Mitgliedsbeiträgen an Sportvereine und Fitnessstudios – verwenden.

Diese Neuerung ist wesentlich, weil auch sie das eigenverantwortliche Gesundheitshandeln der Mitarbeiter fördert und Unternehmen finanziell entlastet.

Arbeit birgt jedoch nicht nur Risiken, sondern leistet auch einen Beitrag zur Selbstentfaltung und Persönlichkeitsentwicklung. Bamberg et al (1998a) vertreten die Ansicht, dass Gesundheitsförderung den gesetzlichen Arbeitsschutz durch Maßnahmen ergänzt, die die Beschäftigten befähigt, ihre Gesundheitspotenziale eigenverantwortlich zu erkennen und umzusetzen. Voraussetzung dafür ist allerdings die Möglichkeit der Mitbestimmung und die Erweiterung ihrer Kompetenzen.

¹⁶ Pressemitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) vom 27.08.2008 unter: http://www.bmas.de/coremedia/generator/27326/2008_08_27_arbeitsmedizinische_vorsorge.html, abgerufen am 02.10.2008

¹⁷ Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge in der Version vom 29.08.2008

Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz ergänzen sich nach Ansicht Bambergs (ebd) auch im Hinblick auf die Interventionsmöglichkeiten, einschließlich der Ergonomie. Betrachtet man beispielsweise die häufigsten Arbeitsunfähigkeitsursachen durch Muskel-Skelett-Erkrankungen, so können ergonomische Maßnahmen zur Arbeitsplatzgestaltung (z.B. Hebevorrichtungen) ergänzt werden durch Angebote zur Verhaltensschulung, Trainingsmaßnahmen, o.ä. Es wäre wenig effektiv, nur das Eine ohne das Andere durchzuführen.

Auch Fahlbruch (1998) betrachtet die Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung als nicht voneinander trennbar. Beispielsweise würden Maßnahmen zur Sicherheit auch die Gesundheit fördern. Anders betrachtet, könne ein Unternehmen keinen niedrigen Krankenstand aufweisen, wenn es die Sicherheitsmaßnahmen vernachlässigen würde. Auch sie regt die Entwicklung ganzheitlicher integrativer Konzepte zur Gesundheitsförderung in Anlehnung an die der Sicherheitskonzepte an. Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung sollten außerdem als eines der höchsten Unternehmensziele begriffen und von allen Führungskräften verantwortlich mitgetragen werden.

Kohte (2001) sieht Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz ebenfalls in Wechselwirkung zueinander. Demnach bildet ein moderner Arbeitsschutz mit seinem partizipativen Ansatz und einem erweiterten Gesundheitsverständnis eine "unverzichtbare Basis für jegliche betriebliche Gesundheitspolitik" (ebd, S. 61). Die Weiterentwicklung und Anpassung an neue Rahmenbedingungen könne jedoch nicht maßgeblich über Gesetze und Verordnungen erfolgen, sondern vielmehr durch freiwillige Aktivitäten und Instrumente im Sinne der Betrieblichen Gesundheitsförderung wie zum Beispiel Gesundheitszirkel und den ergänzenden Maßnahmen nach § 20 SGB V (seit April 2007: § 20b SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren).

Seit längerer Zeit werden von Experten Modelle entwickelt, die den Arbeits- und Gesundheitsschutz systematisieren und qualitativ verbessern sollen. Allerdings existiert derzeit keine allgemein gültige Norm, die vorgibt, wie ein systematisches Arbeits- und Gesundheitsschutzmanagement zu implementieren und zu organisieren ist.

In Abschnitt 6.6 werden Arbeitsschutzmanagementsysteme vorgestellt, die bereits erfolgreich angewendet werden und auch in andere Qualitätsmanagementsysteme implementierbar sind, wie z.B. in die ISO-Norm 9000ff. Auch im betriebsärztlichen Gesundheitsschutz widmet man sich inzwischen der Entwicklung von Managementmodellen.

2.2.4 Gesundheitsförderung in der Automobilindustrie

Die Automobilkonzerne gehören in Deutschland mit zu den Vorreitern in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. So engagierte sich die Volkswagen AG beispielsweise bereits Ende der 1980er Jahre bei der Konzeption und Weiterentwicklung des Gesundheitszirkelmodells nach dem Berliner Ansatz in Zusammenarbeit mit der AOK.

Auch in den anderen deutschstämmigen Automobilkonzernen existiert inzwischen eine Vielzahl erfolgreicher Gesundheitsförderungs-Konzepte, wie verschiedene Auszeichnungen bundesweiter Wettbewerbe und Gesundheitsaktionen, beispielsweise von Bundesverbänden von Krankenkassen und Gesundheitsorganisationen zeigen.¹⁸ Außerdem engagiert sich eine Vielzahl interner Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten und solche der Betrieblichen Gesundheitsförderung in außerbetrieblichen Netzwerken und Organisationen, um die Entwicklung und Verbreitung erfolgreicher Gesundheitsmanagementkonzepte in Unternehmen weiter voranzutreiben und Methoden und Modelle zur Gesundheitsförderung zu entwickeln und weiter zu optimieren, dies häufig auch in Kooperation mit wissenschaftlichen Institutionen.

Dabei geht es nicht nur um die Erfüllung von Rechtsnormen; die Unternehmen kommen damit auch ihrer sozialen und gesellschaftlichen Verantwortung nach. Die Entwicklung einer nachhaltigen Unternehmenskultur und die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten, unter Berücksichtigung der sich ständig ändernden Rahmenbedingungen, sind ein weiterer Antrieb. Und natürlich spielen ökonomische Gründe für den Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ebenfalls eine übergeordnete Rolle (vgl. Brandenburg, 2004).

Bullinger et al (1999) erkennen hinter der Humanisierung von Arbeitsplätzen eine weit verbreitete Hoffnung, dass dadurch Mitarbeiter entsprechend motiviert würden und dadurch ein höheres Maß an Produktivität, Qualität, Innovation und Flexibilität erreicht werden könne. So gingen nach Bekanntwerden der Qualitäts- und Produktivitätsvorteile japanischer Automobilhersteller in den 1990er Jahren auch europäische Automobilhersteller dazu über, die teilautonome Gruppenarbeit einzuführen. Die Bezeichnung "*teilautonome* Gruppenarbeit" zeige laut den Autoren jedoch auch die Grenzen dieser Produktionsweise auf.

Die traditionellen Ansätze zur Humanisierung der Arbeitsplätze wie job enlargement, job enrichment, job rotation, Partizipation und Selbstkontrolle reichen ihrer Ansicht nach nicht aus, um bei den Mitarbeitern die nötige Motivation "von innen heraus" zu generieren, weil intrinsische Motivation eng verbunden sei mit Kreativität, Eigeninitiative, Leistungsfreude und Ausdauer.

Diese wiederum setzen Ganzheitlichkeit, Sinnhaftigkeit, Anforderungsvielfalt, Autonomie, Freiheitsgrade, Erfolgserleben und Verantwortung voraus. Die Abkehr vom Taylorismus hin zur teilautonomen Gruppenarbeit schaffe zwar Freiräume, die Mitarbeiter erhielten jedoch keine Orientierung, wie sie diese Freiräume im Sinne des Unternehmens gestalten könnten (ebd).

¹⁸ z.B. "Deutscher Unternehmerpreis Gesundheit" der Kampagne "Move Europe", woran sich Unternehmen unterschiedlicher Größen und Branchen beteiligen können

Muskel-Skelett-Erkrankungen bilden in der Automobilindustrie den Schwerpunkt bei Arbeitsunfähigkeit, sowohl was die Erkrankungshäufigkeit als auch die -dauer angeht (BKK Bundesverband, 2004 bis 2010). Trotz ergonomischer Gestaltung der Arbeitsplätze lassen sich einseitige Körperhaltung, ganztägiges Stehen, etc. nicht vollständig vermeiden. Je nach Arbeitsplatz kommt auch der Aspekt der psychischen Belastung hinzu. Diese nimmt seit Jahren auch in der Automobilproduktion zu, verursacht unter anderem durch Personaleinsparung, bzw. den Einsatz von Leiharbeitskräften, kurze Arbeitstaktung, hohe Arbeitsteiligkeit und einem dadurch hohen Grad repetitiver Arbeitsschritte, verbunden mit steigenden Qualitätsstandards und Produktivitätssteigerung. Hinzu kommen weitere, nicht offensichtliche Ursachen und der entsprechende Handlungsbedarf, die jedoch vor Ort im Rahmen einer Bestandsanalyse mittels entsprechender Instrumente zu erheben sind.

In Großunternehmen mit mehreren Produktionsstandorten liegt die Herausforderung darin, das Gesundheitsmanagement so weit wie möglich zentral zu steuern und den Werken und Standorten dabei so viel individuellen Spielraum wie nötig zu belassen. Bereits auf Werksebene existiert innerhalb der verschiedenen Organisations- und Produktionsbereiche unterschiedlicher Handlungsbedarf. Solche Unterschiede existieren im größeren Rahmen auch zwischen verschiedenen Werken und Standorten aufgrund regionaler Begebenheiten. Ein höherer Anteil an ausländischen Mitarbeitern mit unterschiedlichem religiösen Hintergrund macht beispielsweise das Einbeziehen kultureller Gesichtspunkte im Gesundheitsgeschehen erforderlich. Auch Produktionsschwerpunkte eines Werkes (Achsen-, Motoren-, Press-, oder Montagewerk) und produzierte Fahrzeugtypen (mittleres oder oberes Segment und entsprechend längere/ kürzere Taktzeiten und exakte Erfüllung von Qualitätsvorgaben) spielen eine Rolle.

Konzernleitlinien, auch zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz, existieren mittlerweile bei allen Herstellern und bilden das zentrale Grundgerüst für ein einheitliches Verständnis von Gesundheitsförderung, bzw. Gesundheitsmanagement und deren Ziele. Gröben (2002) kommt in seiner Analyse allerdings zu dem Ergebnis, dass in Unternehmen der Automobilindustrie zwar Leitlinien zur Gesundheitsförderung vorhanden seien, jedoch keine konzernweiten, einheitlichen Vorgaben für eine nachhaltige Gesundheitspolitik existierten. Sowohl die Maßnahmen als auch deren Qualität würden eine hohe Streubreite aufweisen, Mitbestimmung und Empowerment seien in der Automobilindustrie, wie in vielen produzierenden Unternehmen, kaum verbreitet.

Wie sich in der vorliegenden Praxisstudie zeigte, ist die Erarbeitung eines Portfolios mit standardisierten Maßnahmen sinnvoll. So können Kosten eingespart werden, weil ein Konzept nur ein Mal grundlegend erarbeitet werden muss und Materialien und/ oder Dienstleistungen in größeren Mengen eingekauft werden können. Controllinginstrumente können einheitlich entwickelt und angewendet werden und die Vergleichbarkeit hinsichtlich Maßnahmeerfolg und Optimierungspotenzial innerhalb des Unternehmens steigt und bildet die Grundlage für ein gesundheitsbezogenes Benchmarking zwischen den beteiligten Standorten.

Auch Vertriebswege und Marketinginstrumente können so gemeinsam genutzt werden, wie beispielsweise die Mitgliederzeitschrift der gesetzlichen Krankenkasse, Mitarbeiterzeitung, programmbezogene werksübergreifende Plakatierung, Business-TV, etc. Zur Entwicklung und Erarbeitung eines solchen Portfolios wurden im Konzern des im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Produktionswerkes die jeweils verantwortlichen Koordinatoren aus den einzelnen Werken einbezogen, um die Angemessenheit und Umsetzbarkeit vor Ort zu gewährleisten und nicht zuletzt, um die Akzeptanz zu erhöhen.

2.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Der Begriff "Management" meint einen geordneten, also systematischen, Umgang mit einer Aufgabe. Der Managementprozess in einer Organisation definiert die Geschäftsprozesse (Kern- und Unterstützungsprozesse) und gliedert sich in die Teilprozesse Zielsetzung, Planung, Umsetzung und Kontrolle (Wagner/Käfer, 2008; siehe auch Abschnitte 3.2 und 4.5.1).

Dieses Prozessmodell lässt sich auch auf kleinere Organisationseinheiten innerhalb der Geschäftsprozesse, wie beispielsweise das Betriebliche Gesundheitsmanagement, übertragen. Gesundheitsmanagement beinhaltet die Koordination, Beratung und Unterstützung der Unternehmensbereiche bezüglich aller Arbeits- und Gesundheitsschutzthemen sowie die Planung, Durchführung und Evaluation von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, mit dem Ziel, die Gesundheitssituation im Unternehmen zu optimieren (ebd).

Ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement unterstützt die Geschäftsleitung und Verantwortliche bei der Formulierung von Leitlinien und zur Erreichung gesundheitspolitischer Ziele, fördert die interdisziplinäre Kooperation und den Informationsaustausch sowie Innovation und Partizipation (vgl. auch Rosenbrock, 2000; Brandenburg/ Schrör 1999, in: Rosenbrock, 2000, S. 4 f; Badura et al, 1999).

"Betriebliches Gesundheitsmanagement entspricht [...] dem Interesse der Beschäftigten nach mehr Gesundheit, Berufs- und Lebensqualität, dem Interesse der Betriebe nach Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit und schließlich dem Interesse der Sozialversicherungsträger im Hinblick auf Gesundheit und Unfallverhütung ihrer Versicherten und damit mittelbar auf Begrenzung der Leistungsausgaben." (Drupp/Osterholz, 2001, S. 146)

Während sich der Arbeitsschutz im vergangenen Jahrhundert zu einer professionellen Institution entwickelt hat, um Arbeitnehmer vor akuten gesundheitlichen Gefahren am Arbeitsplatz zu schützen, hat die betriebliche Gesundheitsförderung als relativ junge Disziplin und freiwillige Ergänzung des Arbeitsschutzes hingegen diese Professionalität noch nicht erreicht. Nach Einschätzung von Badura et al (1999) liegt dies vor allem daran, dass bislang keine einheitliche und zugleich wissenschaftlich fundierte und praktikable Vorgehensweise entwickelt wurden.

Wo Konzeptansätze vorhanden seien, würden diese in der Praxis dennoch häufig nicht nachhaltig umgesetzt. So überwiegt, wider besseres Wissen, in den Unternehmen Aktionismus, statt planvolles Vorgehen und der Irrglaube, man könne im Zuge laufender Sparmaßnahmen "mal eben" gesundheitsbedingte Kosten auf Knopfdruck einsparen (ebd).

Zu einer ähnlichen Erkenntnis kommen Drupp/Osterholz (2001) im Rahmen ihrer Forschungsarbeit für das "Bonusprojekt der AOK Niedersachsen". Auch dort zeigten sich Akzeptanzprobleme bei den Unternehmensverantwortlichen, weil sich angestrebte Effekte oft erst mit zeitlicher Verzögerung bemerkbar machten, oder weil durch Sensibilisierungseffekte, wie beispielsweise der psychosozialen Gesundheit, zunächst eine scheinbare Verschlechterung der Zielgrößen eintrat.

Dieses Verständnis von, und damit falschen Erwartungen an, Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement gelte es, nachhaltig zu ändern. Allerdings könne den Managern und Führungskräften nicht allein der Vorwurf gemacht werden, zu wenig Verständnis und Entschlossenheit aufzubringen, Gesundheit als Zielgröße anzuerkennen und zu implementieren. Denn auf der anderen Seite fehle es, laut den Autoren, den Fachkräften in Gesundheitsprojekten und Maßnahmeangeboten dafür an zentralen Managementkompetenzen. Schwierig sei zudem eine realistische Planung der benötigten Ressourcen, vor allem, weil es sich meistens um ein innovatives und umfangreiches Projekt handle (ebd).

Hier sei allerdings angemerkt, dass eines der allgemein gültigen Merkmale eines Projektes eben genau dieser innovative Charakter des Vorhabens ist, mit dem sich Projektverantwortliche in der Regel grundsätzlich auseinander setzen müssen (vgl. Abschnitt 5.1). Gefordert ist also die konsequente Anwendung von Instrumenten des Projektmanagements, die es ermöglichen, ein anspruchsvolles und komplexes Gesundheitsförderungsprojekt in Teilprojekte herunter zu brechen und so u. a. der finanzielle Aufwand, wenn auch nicht exakt berechnet, so doch zuverlässig eingeschätzt werden kann.

Auch Drupp/Osterholz (ebd) vertreten die Ansicht, dass die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement Maßnahmen sind, die sich systematisch und zielorientiert am Unternehmenserfolg ausrichten. Das Thema Gesundheit müsse nicht nur auf allen Hierarchieebenen präsent, sondern auch interdisziplinär ausgerichtet sein. Maßnahmen sollten nach der Vorgehensweise des Projektmanagements mit den entsprechenden obligatorischen Phasen eines Projektes geplant und durchgeführt werden und sollen sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert ausgerichtet sein und sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Aspekte berücksichtigen.

Büchner/ Schröer (1996, in: Fritz, 2006, S. 170) analysieren ähnliche fördernde Faktoren und fügen weitere Aspekte wie ein ansprechendes Marketing und Zielgruppenerreichung, Attraktivität der Maßnahmen, auch im Hinblick auf Zeit und Ort, Einbeziehung der Familien und Information des Hausarztes über die Ergebnisse, erkennbarer Nutzen für die Infrastruktur der Gemeinde, etc. hinzu.

Aufgrund allgemein knapper Ressourcen wächst der Druck, die gegebenen Mittel effizient einzusetzen und die Effektivität der Maßnahmen auch nachweisen zu können. Selbst eine, der Gesundheitsförderung gegenüber aufgeschlossene Unternehmensführung wird eine dauerhafte finanzielle Unterstützung nur dann gewährleisten, wenn der Mitteleinsatz einen wirtschaftlichen Nutzen für das Unternehmen aufweist. Auch aus diesem Grund wächst sich die Notwendigkeit einer systematischen Vorgehensweise.

Badura et al (1999) kamen zu dem Erkenntnis, dass es in der Praxis häufig bereits an vorausgehenden Bedarfsanalysen fehle und nach Abschluss der Maßnahme in nur wenigen Fällen eine Erfassung und Bewertung von erzielten Effekten erfolge.

Auch ein Jahrzehnt später hat sich an dieser Situation scheinbar nicht viel geändert. Noch immer steht laut Badura et al (2008) der Durchbruch der Gesundheitsförderung und deren "volle Akzeptanz als zentrales Instrument zur Verbesserung von Mitarbeiterorientierung, Gesundheit und Wettbewerbsfähigkeit" aus, und noch immer fehlt es nach deren Ansicht weitgehend an einer systematischen Vorgehensweise und Evaluation. Auch die Zusammenarbeit von Arbeits- und Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung sei bislang noch unzureichend, ebenso wie die Entwicklung von Maßnahmen zur Wiedereingliederung chronisch Erkrankter.

Gerade in großen Unternehmen und Konzernen haben mehrere Fachbereiche einen Gesundheitsbezug (Gesundheitsförderung, Betriebliche Sozialberatung, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personal- und Organisationsentwicklung, Führungskräfteberatung, etc.) und können gleichzeitig organisatorisch unterschiedlich zugeordnet und/ oder auf mehrere Standorte verteilt sein. Es besteht so die Wahrscheinlichkeit, dass sich Aktivitäten überschneiden, doppelt angeboten werden, oder das berühmte Rad immer wieder neu erfunden wird, statt auf Erfahrungswerte oder Konzepte anderer Bereiche/ Standorte zurück zu greifen. Dadurch werden Ressourcen verschwendet, weshalb eine enge Abstimmung und Vernetzung der einzelnen Akteure eine große Relevanz hat.

Immer wieder stößt man in der Literatur auch auf die Problematik, dass Gesundheitsmaßnahmen in Betrieben nicht nachhaltig angeboten werden, sondern wieder "im Sande verlaufen". Abgesehen von der oben genannten zeitlichen Verzögerung, mit der Erfolge in der Regel erst sichtbar werden, können weitere Ursachen darin liegen, dass Maßnahmen nach dem Top-Down-Prinzip "von oben verordnet" wurden, wodurch es mangels Beteiligung der Betroffenen zu Akzeptanzproblemen kommen kann.

Auch kommt es vor, dass sich theoretisch entwickelte Modelle in der betrieblichen Praxis als kaum oder gar nicht umsetzbar erweisen. Gesundheitsförderung ist erfolgreich, wenn Leitlinien von der Geschäftsleitung nicht nur verabschiedet, sondern deren Umsetzung im gesamten Unternehmen – vom Mitarbeiter bis zur Führungskraft – auch gelebt wird und die Mitarbeiter in der Entwicklung von Verbesserungen einbezogen werden (Bottom-Up-Prinzip, vgl. auch Westermayer, 1998).

Die Vorgehensweise im Betrieblichen Gesundheitsmanagement entspricht, wie eingangs erwähnt, dem Deming-Zyklus Plan – Do – Check – Act (siehe 4.5.1). In der Größenordnung der *Organisation BGM* bedeutet dies die Zielsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Plan), die Operationalisierung der Ziele und Umsetzung in konkrete Maßnahmen und Aktivitäten (Do), die Kontrolle der Zielerreichung, Reflexion und ggf. Erarbeitung der Optimierungsmaßnahmen (Check) und als letzter Schritt die Umsetzung der Optimierungen bzw. Verstetigung der Vorgehensweise (Act).

Auf Maßnahmenebene erfolgt zunächst eine Bedarfsanalyse, Definition der Zielgruppe und Zielsetzung der Maßnahme, Projektplanung (Plan), die Umsetzung der Maßnahme (Do), die Steuerung während der Maßnahme (Projektcontrolling) und die Bewertung am Ende bezüglich Zielerreichung und Optimierungsbedarf (Check), die Umsetzung der Optimierung, bzw. Verstetigung der Maßnahme (Act) (siehe auch 4.5.2).

Zu einem effizienten und effektiven Gesundheitsmanagement gehört keinesfalls nur die Bewertung einzelner Maßnahmen und Programme. Im Rahmen der Qualitätssicherung und kontinuierlichen Verbesserung muss sich auch das Gesundheitsmanagement als Organisation regelmäßig in seiner Vorgehensweise selbst überprüfen.

In den folgenden Abschnitten wird ein Überblick zur Entstehung des Prozessmodells und nachfolgend zum Projekt- und Qualitätsmanagement gegeben.

3 Prozessmanagement

Prozessmanagement steht im unmittelbaren Zusammenhang zum Qualitätsmanagement und hat zum Ziel, Schwachstellen aufzudecken und zu beseitigen. Das Beherrschen von Prozessen ist die Grundlage für ein gleich bleibendes Qualitätsniveau des Ergebnisses (Outputs) eines einzelnen Prozesses oder einer ganzen Prozesskette (Kamiske/Brauer, 2008). Jede Aktivität kann als ein Prozess gesehen werden. Das gesamte unternehmerische Handeln ist eine Zusammensetzung wechselseitiger Prozesse und Prozessketten und ausgerichtet auf deren ständige Verbesserung zur Steigerung der Qualität und damit letztendlich des unternehmerischen Erfolges (vgl. "Demingsche Reaktionskette" ebd, S. 46).

Durch Prozessmanagement soll im Unternehmen hierarchisches und bereichsbezogenes Denken und Handeln überwunden werden und stattdessen eine ganzheitliche, bereichs- und funktionsübergreifende Sichtweise gefördert werden (Zollondz, 2006).

Wertschöpfende Arbeitsprozesse werden so in den Vordergrund gestellt, weil der Fokus bei der Durchführung auf den eigenen Stärken sowie der Ergebnis- und Zielorientierung liegt (vgl. Hirzel, 2008).

Ein Unternehmen ist zum einen funktional hierarchisch gegliedert in der so genannten Aufbau- oder Linien-Organisation (vertikale Organisationsstruktur). In ihr erkennt man die Teilsysteme wie Geschäftsleitung, Verwaltungs- und Produktionsbereiche, Abteilungen, Teams, usw. Quer dazu verlaufen sämtliche Unternehmensprozesse (horizontale Organisationsstruktur). Diese Prozesse gliedern sich in Kernprozesse und Unterstützungsprozesse. Kernprozesse haben einen direkten Bezug zum hergestellten Produkt, bzw. der erstellten Dienstleistung und leisten so einen Beitrag zum wirtschaftlichen Ergebnis des Unternehmens. Unterstützungsprozesse dagegen weisen keinen direkten Bezug zum Produkt/ zur Dienstleistung auf und leisten auch keinen direkten Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg. Kennzeichnend für Unterstützungsprozesse ist jedoch, dass ohne sie die Kernprozesse nicht durchführbar wären (Becker et al, 2005).

Am Beispiel eines Automobilproduktionswerkes betrachtet, besteht der Kernprozess aus der Produktion und Montage von Fahrzeugen. Um dies zu bewerkstelligen, sind Unterstützungsprozesse wie Personalwirtschaft, -beschaffung, Controlling, IT-Systeme, Logistik, Instandhaltung, etc. nötig.

Kern des Prozessmanagements bilden laut Kamiske/Brauer (2008) die Kundenorientierung sowie die Partizipation aller Beschäftigten aller Organisationsebenen an der Prozessgestaltung.

Die durch Prozessorientierung entstehenden Vorteile zeigen Wagner/Käfer (2008) auf:

- mehr Transparenz hinsichtlich der Abläufe und entstehenden Kosten
- eindeutige Zuordnung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten
- Leistungsflüsse werden ersichtlich (interne Kunden-Lieferanten-Verhältnisse)
- Steuerung der Prozessleistung (Messen, Kontrollieren, Optimieren)
- Ausrichtung der Prozesse am Kunden
- Partizipation der Mitarbeiter an der Prozessgestaltung und damit Steigerung der Motivation
- Nachweis qualitätsrelevanter Aktivitäten

Das o. g. Modell der horizontalen und vertikalen Organisationsstruktur lässt sich auf die jeweils nächst niedrigere Organisationseinheit und so auch auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement übertragen. Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst im Idealfall alle gesundheitsrelevanten Bereiche in einem Unternehmen. Die gesamte Organisation wie auch die einzelnen Maßnahmen bestehen aus mehreren Prozessen, die möglichst effizient aufeinander abzustimmen sind. Gleichzeitig ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement selbst Teil der Unternehmensprozesse und muss deshalb auch fortlaufend an diese angepasst und ggf. optimiert werden.

3.1 Der Prozessbegriff

Die ISO-Norm 9001 definiert einen Prozess als eine "logische Organisation von Menschen, Materialien, Energie, Einrichtungen und Abläufen in Arbeitsaktivitäten, die darauf ausgerichtet sind, ein spezifisches Ergebnis zu erzielen".

Becker et al (2005) grenzen den Begriff als eine "[...] inhaltlich abgeschlossene, zeitliche und sachlogische Folge von Aktivitäten, die zur Bearbeitung eines betriebswirtschaftlich relevanten Objektes notwendig sind" ab (ebd, S. 6).

Ein Prozess fertigt also mittels vorab definierten Inputs an Personal, Arbeitsmitteln, Werkstoffen, Finanzen, Zeit, etc., einen ebenfalls vorab festgelegten Output, bzw. Ergebnis. Eine Prozesseinheit besteht aus drei Teilen (siehe auch Bild I-2):

- Input; (externer) Lieferant
- Prozess; Prozessinhaber
- Output; (interner) Kunde

Prozesse werden in der Literatur, je nach Quelle, unterschiedlichen *Prozesskategorien* zugeordnet. Führungs-, bzw. Steuerungsfunktionen werden im so genannten *Management-*, oder auch *Steuerungsprozess* zusammengefasst und geben die strategische Ausrichtung der Organisation vor.

Der *Kern-* oder *Hauptprozess* eines Unternehmens setzt sich aus wertschöpfenden *Teilprozessen* zusammen. Sie dienen der Erstellung von Produkten oder Dienstleistungen. Kernprozesse orientieren sich am Kunden und besitzen Schnittstellen zu anderen Unternehmensbereichen.

Unterstützungsprozesse sind nicht wertschöpfend, aber notwendig zur Leistungserbringung der Kernprozesse.

Hinzu kommen *Mess-, Analyse- und Verbesserungsprozesse* (MAV), welche die Überwachung und kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und ihrer In- und Outputs gewährleisten (vgl. u.a. Wagner/Käfer, 2008; Becker, 2006; Binner, 2002).

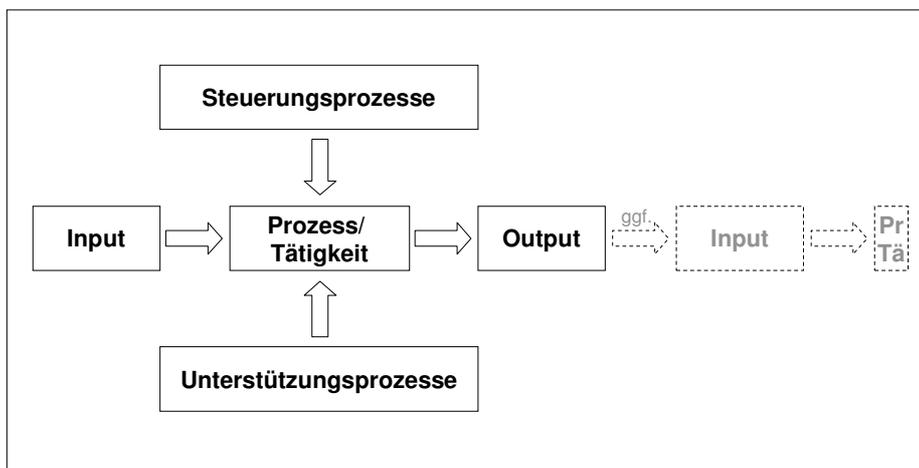


Bild I-2: Prozess-Grundmodell (in Anlehnung an Geiger/Kotte, 2005, S. 93)

3.2 Das Prozessmodell

Prozesse müssen ständig überprüft und ggf. verbessert und angepasst werden, um einen optimalen Output und in der Gesamtsicht eine optimale Wertschöpfung zu erreichen. Unternehmensprozesse können mit Hilfe eines strukturierten Prozessmodells abgebildet werden. Das Prozessmodell sollte dabei alle wesentlichen Inhalte des Prozesses, erforderlichen Aktivitäten, Ressourcen, Informationen, Daten und Dokumente und die Rollen der beteiligten Personen beinhalten Hirzel (2008).

Zur Prozessdefinition und -verbesserung gehen Wagner (2008, S. 57 ff.) in vier Schritten vor:

Schritt 1: Prozessidentifikation und Abgrenzung

Schritt 2: Analyse der Ist-Prozesse

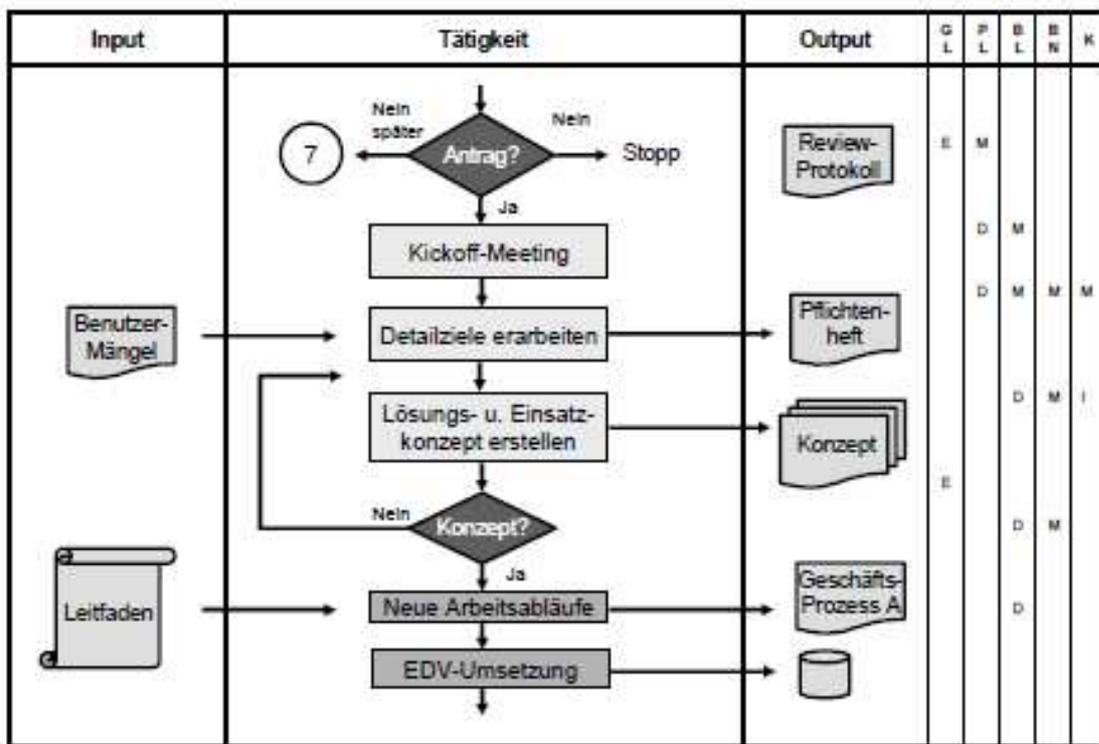
Schritt 3: Konzeption der Soll-Prozesse

Schritt 4: Realisierung des Verbesserungspotenzials

Die Definition von Prozessen ist auch ein wichtiger Bestandteil des Projektmanagements. Bei wiederkehrenden Projekten oder häufiger Projektstätigkeit - wie dies beispielsweise im Betrieblichen Gesundheitsmanagement gegeben ist - ist die Festlegung eines Standardprozesses sinnvoll. Dies sorgt für ein einheitliches Vorgehen und schafft Verbindlichkeit und Transparenz. Dabei wird in der Planungsphase das Projekt in Phasen strukturiert, die von Meilensteinen begrenzt sind. Es werden Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie Entscheidungssituationen festgelegt und zu erstellende oder zu berücksichtigende Dokumente erfasst. Das Ganze wird in einem Prozessplan übersichtlich abgebildet (siehe Bild I-3).

Zugehörige Prozessbeschreibungen sollen so detailliert sein, dass ein erfahrener Mitarbeiter sie als Checkliste nutzen und sich ein neuer Mitarbeiter anhand dieser Liste mit angemessenem Aufwand in das Thema einarbeiten kann.

Parallel zu allen drei Schritten existiert ein Prozesscontrolling zur Steuerung von Soll- und Ist-Werten. Ein Prozess orientiert sich immer am Kunden. Durch die Definition von Prozessen können Verantwortlichkeiten klar zugeordnet werden. Dies wiederum schafft eine höhere Verbindlichkeit an den Schnittstellen der einzelnen Prozesse und eine bessere Zielorientierung (Schulz-Wimmer, 2002).



Legende Verantwortlichkeiten: GL=Geschäftsleitung, PL=Projektleiter, BL=Bereichsleiter, BN=Benutzer, K=Kunden; E=Entscheid, D=Durchführung, M=Mitarbeit, I=Information

Bild I-3: Ausschnitt eines Standardprozesses für die Projektentwicklung (Kuster et al, 2008, S. 118)

3.3 Dienstleitung und Prozessorientierung

Das Prozessmodell beschränkt sich nicht nur auf Produktionsprozesse. Auch eine Dienstleistung besteht aus Prozessen, deren Ziele und einzelne Prozessschritte zu definieren und deren Output permanent zu überprüfen, zu bewerten und bei Abweichung zu optimieren sind.

Dazu zählen auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement und Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist hierbei als Hauptprozess zu sehen, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind Subprozesse des Gesundheitsmanagements. Beide setzen sich aus direkten und indirekten Prozessen zusammen, die wiederum aus Aufgaben und einzelnen Aktivitäten bestehen (ausführlich siehe hierzu unter Kapitel II: Prozessmodell Betriebliches Gesundheitsmanagement).

4 Qualitätsmanagement

Kern der vorliegenden Arbeit ist die Entwicklung und Umsetzung eines qualitätsorientierten Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Nachfolgend wird deshalb ein Überblick gegeben über Begrifflichkeiten sowie gängige und erfolgreich angewandte Qualitätsmanagementmethoden. Dabei kann nur ein Überblick über die gebräuchlichsten und für das Gesundheitsmanagement am ehesten relevanten Modellen und Vorgehensweisen gegeben werden, weil Umfang und Zusammenhänge zu komplex sind, um hier detailliert abgebildet zu werden. Auch hier wird auf die zitierte und weitere umfassend vorhandene Fachliteratur verwiesen.

Als erste Entwicklungsstufe bis zum heutigen Verständnis von Qualitätsmanagement, zählt die Qualitätskontrolle von Produkten in Produktionsunternehmen in den 1920er Jahren. Es folgte die Qualitätssteuerung und Qualitätssicherung (Rothlauf, 2010; Zollondz, 2006). Der Normbegriff Qualitätsmanagement (QM) löste im Jahr 1994 den Begriff Qualitätssicherung ab. Inzwischen ist man wieder einen Schritt weiter und immer mehr Unternehmen setzen die Philosophie des Total Quality Management (TQM) um.

Die Definition für Qualitätsmanagement nach ISO 9000:2000 lautet:

"Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. Dies sind insbesondere alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des QM-Systems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/ QM-Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen."

Anders ausgedrückt, soll durch Qualitätsmanagement die Differenz zwischen der geforderten und der tatsächlich realisierten Beschaffenheit einer Einheit (materielles Produkt oder immaterielle Dienstleistung) überprüft, gemessen und verbessert werden (Geiger/Kotte, 2005; Zollondz, 2006).

Es existieren zahlreiche Systeme, Philosophien, Methoden und Instrumente, mit denen sich Qualität managen, realisieren und messen lassen kann. Zum Teil überschneiden oder ergänzen sich diese, oder einzelne Bestandteile bestehender Modelle fließen in ein neues Modell ein. Auch Begriffe können mehrdeutig belegt sein, oder ähnliche Methoden je nach System anders bezeichnet werden, etc. (siehe dazu Geiger/Kotte, ebd).

Brunner/Wagner (2008, S. 6) fassen in ihrem Werk das Grundverständnis der verschiedenen Qualitätskonzepte zusammen:

- Ganzheitlich
 - Für das gesamte Management verpflichtend
 - Alle Mitarbeiter und Geschäftspartner einbeziehend
 - Für alle Geschäftsprozesse gültig
- Präventiv
 - durch systematische Qualitätsplanung
 - durch Fehlervermeidung bereits im Entwicklungsstadium
 - durch kontinuierliche Verbesserung
- Prozessorientiert
 - durch schlanke, beherrschte Prozesse
 - durch Gruppenarbeit mit Eigenverantwortung
 - durch das Prinzip des internen Kunden-/ Lieferanten-Verhältnisses
- Kundenbezogen
 - durch Erfüllung aller Kundenwünsche
 - durch Produktbetreuung bis zur Wiederbeschaffung
 - durch Berücksichtigung von Umwelterfordernissen

In Becker (2006, S. 42) finden sich die acht Grundsätze des Qualitätsmanagements:

1. Kundenorientierung
2. Führung
3. Einbeziehung der Personen
4. Prozessorientierter Ansatz
5. Systemorientierter Managementansatz
6. Ständige Verbesserung
7. Sachbezogener Ansatz zur Entscheidungsfindung
8. Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen

Durch Qualitätsmanagement entsteht Prozess-Transparenz und eine klare Organisationsstruktur. Qualitätskriterien werden anhand von Faktoren wie beispielsweise Kundenzufriedenheit, Rentabilität, gesetzliche Vorgaben, etc. festgelegt. Vorgehensweise, Inhalt und Umfang des Qualitätsmanagements werden individuell vom Unternehmen in einem Qualitätsmanagement-Handbuch festgelegt. Dessen Umsetzung wiederum erfolgt durch ein Qualitätsmanagement-System.

Inzwischen verfügen mehr als 90% der Industrieunternehmen über ein solches Qualitätsmanagement-System. Dessen Implementierung verschafft einem Unternehmen oder einer Organisation inzwischen also keinen Wettbewerbsvorteil mehr, ein Nicht-Vorhandensein jedoch einen Nachteil gegenüber Wettbewerbern (Schroeter et al, 2003).

Eine weit verbreitete Norm mit internationaler Gültigkeit ist die ISO-Reihe 9000ff. Sie wurde 1987 erstmals in Unternehmen eingeführt. Inzwischen existieren parallel oder ergänzend zahlreiche branchenbezogene Normen; im Automobilbau beispielsweise die VDA 6.1 und für ein systematisches Umweltmanagement eines Unternehmens die in ISO 9000ff integrierbare ISO 14001 (ebd; näheres zur ISO 9000ff siehe Abschnitt 4.6.2).

Einen vertiefenden Einblick in die Entwicklung des Qualitätsmanagements und Pioniere in der Entwicklung von QM-Systemen geben Zollondz (2006, S. 58 f) und Brunner/Wagner (2008, S. 91).

Geiger/Kotte (2005) stellen in ihrem Werk Grundlagen des Qualitätsmanagements verständlich dar und bemühen sich insbesondere um Begriffsentwerrung und -vereinheitlichung.

4.1 Der Qualitätsbegriff

Zahlreich, und dabei ähnlich, sind auch die Definitionen und Auslegungen zum Qualitätsbegriff. Die Normdefinition für Qualität nach ISO 9000:2005-12 ist "der Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt". Inhärent ist dabei als einer Einheit "innewohnendes" - also ihrer Beschaffenheit zugehöriges, nicht zugeordnetes - Merkmal zu sehen.¹⁹

Brunner/Wagner (2008) zitieren die Definition der ISO 8402:1995. Demnach ist Qualität "[...] die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit (Produkt, Prozess, Dienstleistung) bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen." (ebd, S. 3).

Etwas anschaulicher präzisiert Geiger (2001b, S. 802, in: Zollondz, 2006, S. 163 f) Qualität als ein Maßstab, wonach sie das Ergebnis des Vergleichs der (geforderten) Soll- und der (realisierten) Ist-Beschaffenheit bezeichnet.

Gerull (2001) liefert als weitere Definition von Qualität "[...] die Beschaffenheit eines Produktes bzw. einer Leistung, gemessen an den Bedürfnissen der Anspruchsgruppen". Qualität sei "[...] ein Maß der Übereinstimmung zwischen einer Anforderung (Soll) und einer realisierten Leistung (Ist) bzw. zwischen Leistungsversprechen und Leistungserbringung" (ebd, S. 135).

¹⁹ In ihren Werken äußern sich diverse Autoren kritisch zur unzureichenden Übersetzung des Begriffs "requirements" als "Anforderungen", statt "Forderungen" Zollondz (2006), bzw. Geiger/Kotte (2005) verwenden die eigentliche Übersetzung.

Aus diesen und weiteren Begriffsbestimmungen geht die gemeinsame Prämisse hervor, dass sich Qualität immer am Kunden orientiert. Dieser legt entweder im Vorfeld explizit fest, welche Qualitätseigenschaften das Ergebnis (Produkt, Dienstleistung, etc.) haben soll, bzw. hat grundlegende (subtile) Erwartungen an die Beschaffenheit des Produktes. Allerdings sind die Kundenerwartungen schwer vorhersehbar, da sie u.a. von der Marke, der Werbung, gesellschaftlichen Veränderungen, und vielen weiteren Einflussfaktoren abhängig ist. Dies wiederum ist Bestandteil der Marktforschung und des Marketings und damit nicht Teil der Problemstellung im Rahmen der vorliegenden Arbeit. Verwiesen wird deshalb auf die einschlägige Literatur.

4.2 Der Managementbegriff

Im Qualitätsmanagement hat sich laut Zollondz (2006) bislang keine allgemeine Definition von Management durchgesetzt.

Außer der Normdefinition nach ISO 9000:2000 als "aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation" (siehe auch Geiger/Kotte, 2005, S. 8), könne Management auch als "[...] die Verarbeitung von Informationen und ihre Verwendung zur zielorientierten Steuerung von Menschen und Prozessen [...]" verstanden werden (ebd, S. 214).

4.3 Qualitätsbedingte Eigenschaften

Zollondz (2006) unterteilt die qualitätsbezogenen Eigenschaften einer Einheit in *Güte* und *Beschaffenheit*. Eine Einheit bezieht sich dabei auf ein Produkt, eine Tätigkeit, einen Prozess oder eine Organisation.

Die *Güte* einer Einheit ist der Grad der Erfüllung von im Voraus festgelegten Ansprüchen und Erwartungen aus Kundensicht (subjektive Bewertung). Je nach Güte erfolgt eine Einordnung in bestimmte Kategorien (Klassifizierung).

Die *Beschaffenheit* einer Einheit und ggf. deren Abweichung von vorher festgelegten Qualitätsanforderungen ist objektiv messbar.

4.4 Qualitätscontrolling

Das Qualitätscontrolling dient der Steuerung der strategischen und operativen Qualitätsmanagement-Aktivitäten. Das operative Qualitätsmanagement unterliegt dabei dem Regelkreis Planung – Lenkung – Prüfung – Dokumentation der Qualität.

Schwerpunkt des Qualitätscontrollings ist die Wirtschaftlichkeitsanalyse des Qualitätsmanagements, geprüft und gemessen wird also die Effizienz des Qualitätsmanagements selbst. Dies dient der Operationalisierung der Qualitätsstrategie und der Überprüfung des Umsetzungsgrades der Strategie durch die operativen Aktivitäten mittels wirtschaftlicher Kennzahlen (Bruhn, 2008; Hölzle/Grünig, 2002).

4.4.1 Kennzahlensysteme

Aus den Qualitätszielen, bzw. den zu erfüllenden qualitätsbedingten Eigenschaften, werden Kennzahlen abgeleitet, die dazu dienen, den Grad der Zielerreichung messbar zu machen. Bei der Ermittlung von Kennzahlen müssen unterschiedliche Faktoren und damit ggf. verbundene Problemstellungen berücksichtigt werden. Festzulegen ist beispielsweise eine einheitliche Art der Erhebung und des Umfangs der zur erfassenden Personengruppe, die in allen Projekt- und Prozessphasen standardisiert erhoben werden. Dies ermöglicht einen Vergleich über alle Phasen und einen längeren Zeitraum (Kolb/Bergmann, 1997).

In einem Kennzahlensystem sind Daten aus unterschiedlichen Bereichen miteinander vernetzt und ermöglichen so auch die Darstellung von Abhängigkeiten.

4.4.2 Dokumentation

Die Dokumentation erstreckt sich über das schriftliche Festhalten von Vorgehensweisen, Anforderungen, Arbeitsanweisungen, Gefährdungsanalysen, Soll-Ist-Vergleiche, etc. Durch die Dokumentation von Entscheidungen, Anweisungen, Vorgängen und Ergebnissen soll sichergestellt werden, dass diese konsequent eingehalten und umgesetzt werden. Sie dient außerdem der Vereinheitlichung und schafft Transparenz und Nachvollziehbarkeit.

Durch die Dokumentation können unternehmensintern wie -extern Wirksamkeits- und Leistungsnachweise erbracht werden, z.B. in Bezug auf Einhaltung von Grenzwerten oder eine Zertifizierung, etc. Sie ermöglicht auch die einheitliche Information der Beschäftigten und Dritten von der Regelung Betroffenen.

Die Dokumentation von Abläufen und zu erzielenden Ergebnissen an einem Arbeitsplatz ermöglicht beispielsweise eine, für alle an diesem Arbeitsplatz Tätigen, immer gleiche Vorgehensweise in gleich bleibender Qualität.

Die Lenkung der Dokumente wird von einer zentralen Stelle festgelegt. Es muss sichergestellt sein, dass alle Beschäftigten Zugriff auf die für sie relevanten Dokumente in der aktuell gültigen Version haben. Entsprechend muss eine regelmäßige Anpassung an gesetzliche Änderungen, Änderungen der Kundenforderungen, technische Neuerungen, etc. erfolgen und ein System zur Aktualisierung, zum Austausch und wo nötig, zur zentralen Archivierung vorhanden sein (Hiltensperger et al, 2005).

Laut ISO 9000:2000 ist ein Dokument jegliche Art von Information, die auf einem Trägermedium gespeichert ist (elektronisch oder in Papierform) und gliedern sich in solche mit anweisender Eigenschaft ("Dokument, das Anforderungen angibt") und solche mit aufzeichnender Eigenschaft ("Dokument, das erreichte Ergebnisse angibt oder einen Nachweis ausgeführter Tätigkeiten bereitstellt"). Anweisende Dokumente sind in einem, eher global formulierten, Qualitätshandbuch hierarchisch gegliedert. Daraus abgeleitet werden detaillierte und differenzierte Arbeits- und Verfahrensanweisungen und den daraus resultierenden Tätigkeiten und Spezifikationen.

4.4.3 Audit

Bei einem Audit handelt es sich um einen systematischen, unabhängigen und dokumentierten "Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind (nach DIN EN ISO 9000:2005-12, in: Geiger/Kotte, 2008, S. 113).

Durch das Durchführen regelmäßiger Audits wird die Einhaltung von Qualitätsvorgaben und Erreichung von Qualitätszielen auf Produkt-, Verfahrens- und Systemebene mittels eines Soll-Ist-Abgleichs überprüft (Brunner/Wagner, 2008).

Ein Audit kann durch das Unternehmen selbst durchgeführt werden (internes Audit, auch: Selbstbewertung), durch einen Beauftragten des Kunden (Kundenaudit, z.B. Qualitätsüberprüfung eines Automobilzulieferers im Auftrag eines Automobilbauers) oder eine Zertifizierungsgesellschaft (Zertifizierungsaudit, z.B. den TÜV Nord/ Süd oder sonstige zur Zertifizierung berechnigte Institutionen).

4.5 Total Quality Management (TQM)

Total Quality Management ist eine Managementmethode, die über ein ausschließliches Qualitätsmanagement hinaus geht und strategische Zielgrößen zur Sicherung des langfristigen Geschäftserfolges einbezieht. Es umfasst somit das gesamte Managementsystem einer Organisation und basiert auf der gleichzeitigen Betrachtung von Menschen, Prozessen und Ergebnissen.

Qualität wird im TQM nicht am Ende eines Herstellungsprozesses geprüft, sondern ist Bestandteil des gesamten Prozesses. Gleichzeitig ist jeder Mitarbeiter hierarchieübergreifend für Qualität verantwortlich. Durch Planung und Steuerung sollen Prozesse kontinuierlich verbessert werden. Maßstab der Qualität sind die Kundenwünsche. Die kontinuierliche Verbesserung dient der optimalen Erfüllung der Kundenansprüche und dabei der flexiblen Anpassung an Veränderungen. Kunde in diesem Sinne ist nicht nur der externe Abnehmer des Produktes, sondern kann auch der nachfolgende Prozess sein (vgl. Schroeter et al, 2001).

Die Begriffsinhalte des Total Quality Management veranschaulicht Binner (2002) in einer grafischen Darstellung (ebd, S. 97, siehe Bild I-4).

Nach Breucker (2001) eignet sich das Verfahren des TQM besonders für die Gesundheitsförderung zur Implementierung von zentralen Elementen. Wie im TQM ist auch in der Gesundheitsförderung die Mitarbeiterbeteiligung, die interne Kundenorientierung, Personalentwicklung und Arbeitsorganisation elementarer Bestandteil des Konzeptes.

Der Vorteil einer Implementierung in bestehende Managementsysteme liegt seiner Ansicht nach darin, dass ein Zusatzaufwand für Steuerung und Koordination bei parallel bestehenden Systemen vermieden werde. Gleichzeitig könne die Gesundheitsförderung grundlegende Prinzipien der Qualitätssicherung zur effizienteren Zielerreichung nutzen, wie kontinuierliche Verbesserung, Entwicklung von Qualitätskriterien, standardisierte Maßnahmen, interne Kundenorientierung.

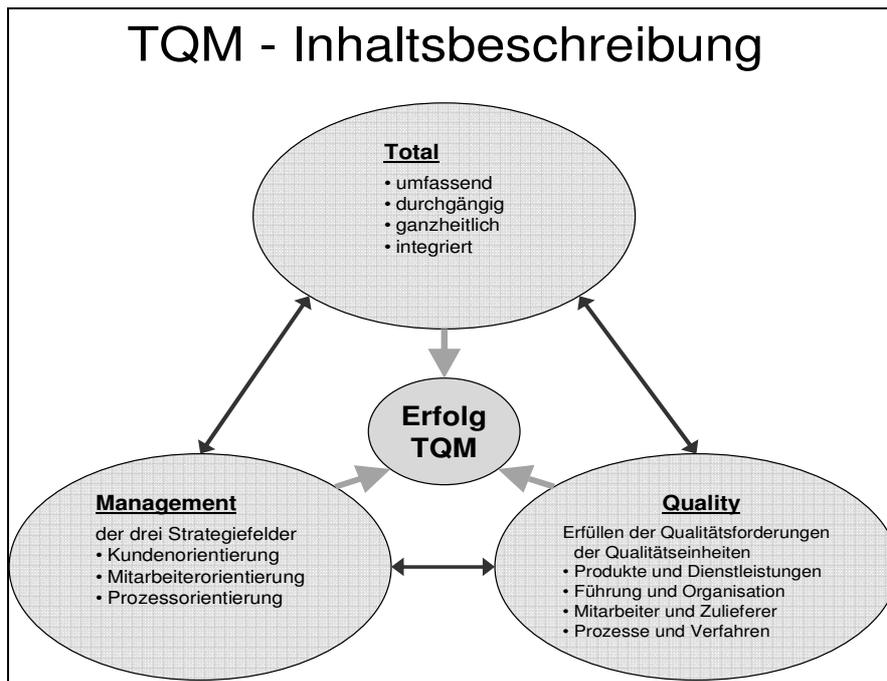


Bild I-4: Inhaltsbeschreibung des Total Quality Management (TQM) (in Anlehnung an Binner, 2002, S. 97)

Badura et al (1999) sehen Schnittstellen zwischen dem TQM und Betrieblichem Gesundheitsmanagement in den folgenden Punkten:

- Deming-Zyklus: Plan – Do – Check – Act als Lernzyklus für betriebliches Gesundheitsmanagement übertragbar
- Mitarbeiterführung und -förderung, Ideenmanagement und Fort- und Weiterbildung
- Qualitätszirkel – Gesundheitszirkel: Einbeziehen der Mitarbeiter in den Problemlösungsprozess, die Erfahrung der Mitarbeiter ist genauso wichtig wie die von Experten
- Experten sind Berater und Koordinatoren: Anstoßen, begleiten und moderieren eines Entwicklungsprozesses

Ein erfolgreiches Modell zur Umsetzung eines TQM-Systems ist das EFQM-Modell (siehe Abschnitt 4.6.3). Auf Basis dieses Modells entwickelte das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung ein Bewertungssystem für die Betriebliche Gesundheitsförderung. Dieses wiederum findet in der Bewertung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements seitens der gesetzlichen Krankenkassen umfassende Anwendung (siehe Abschnitt 8.2).

4.5.1 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

Die Systematik des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) ist die Grundhaltung einer kunden- und damit qualitätsorientierten Unternehmensphilosophie nach dem TQM-Prinzip. Die Systematik basiert auf der Annahme, dass jeder Vorgang im Unternehmen einen Prozess darstellt, der in kleinen Schritten verbessert werden kann. Das Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung von Prozessen und Ergebnissen durch Expertenwissen und Beteiligung der Mitarbeiter. Der Nutzen von KVP sind transparente und verschwendungsarme Prozesse und die qualitative Verbesserung der Ergebnisse bei gleichzeitiger Kostensenkung (Kamiske/Brauer, 2008).

Zum KVP gehören so genannte KVP-Workshops, die mit ca. sechs bis zehn Führungskräften und Mitarbeitern besetzt sind. Ein solcher Workshop gliedert sich in vier Phasen. Zunächst erfolgt die Darstellung der Ist-Analyse des Workshopbereichs. Auf diese aufbauend erfolgt die gemeinsame Erarbeitung von Lösungsvorschlägen und Verbesserungen. In Phase drei werden die Verbesserungen umgesetzt und in der darauf folgenden Phase vier deren Wirksamkeit überprüft. Sind die Verbesserungen Ziel führend, werden diese dokumentiert und standardisiert. Die Vorgehensweise erfolgt nach dem Deming-Zyklus Plan – Do – Check – Act (PDCA-Circle), auf den der folgende Unterabschnitt eingeht (ebd).

4.5.2 Deming-Zyklus

William Edwards Deming entwickelte in den 1950er Jahren in Japan im Rahmen seines Managementprogramms eine Problemlösungstechnik zur ständigen Verbesserung von Prozessen im Unternehmen, um so Kosten zu senken und die Wettbewerbsfähigkeit zu steigern. Aus dieser Technik ging auch der PDCA-Circle (auch Deming-Zyklus, abgeleitet aus den Teilschritten Plan – Do – Check – Act) hervor (siehe Bild I-5).

Diese Problemlösungstechnik umfasst (vgl. Kamiske/Brauer, 2008, S. 42):

- "14 Punkte für ein besseres Management"
- "7 tödliche Krankheiten", die zum Scheitern der neuen Philosophie führen können und in Erweiterung aus der Praxiserfahrung hervorgingen
- "Hindernisse und Falsche Starts", die ebenfalls ein Scheitern verursachen können.
- die Demingsche Reaktionskette
- den Deming-Zyklus als Prinzip zur ständigen Verbesserung

Ausführlicher auf das 14-Punkte-Programm und die Reaktionskette von Deming geht Rothlauf (2010, S. 57 ff) ein.

Der Deming-Zyklus hat noch heute eine grundlegende Bedeutung in der Qualitätsverbesserung und Demings Managementprogramm hatte einen wesentlichen Einfluss auf die Weiterentwicklung von Qualitätskonzepten in Richtung Umfassendes Qualitätsmanagement (TQM) (Brunner/Wagner, 2008; siehe auch Abschnitt 4.5).

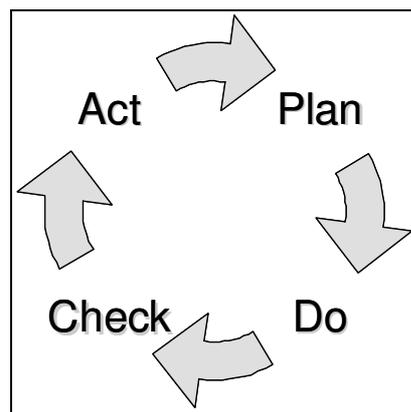


Bild I-5: PDCA-/Demingzyklus (Brunner/Wagner, 2008, S. 259)

Die vier Schritte P-D-C-A bilden einen Kreis zur stetigen Verbesserung (Deming 1986, S. 88, in: Zollondz, 2006, S. 85):

1. (PLAN) In der Planungsphase erfolgt eine Ist-Analyse und deren Auswertung mittels Qualitätstechniken, daraus wird ein Verbesserungsplan abgeleitet und es werden Prüfpunkte (Soll) festgelegt
2. (DO) In der Umsetzungsphase werden betroffene Mitarbeiter mit dem Plan vertraut gemacht und ggf. geschult. Die geplanten Verbesserungen werden durchgeführt.
3. (CHECK) In der Prüfphase werden die aktuellen Ist-Werte mit den Soll-Werten aus der Planungsphase verglichen
4. (ACT) In der Handlungsphase erfolgt bei Übereinstimmung von Soll- und Ist-Werten eine Standardisierung und Einführung der Methode. Bei Abweichungen wird die Planungs- und die Umsetzungsphase durchlaufen, bis Übereinstimmung besteht.

Zur Anwendung des Deming-Kreises im Rahmen eines systematischen Gesundheitsmanagements siehe Kapitel III.3.

4.5.3 KAIZEN

Kaizen bedeutet aus dem japanischen übersetzt "Veränderung zum Besseren". Kaizen ist ein TQM-Konzept des Japaners Masaaki Imai, das ebenfalls als übergeordnetes Ziel die Zufriedenstellung des Kunden setzt. Dies soll in der Produktion erreicht werden durch die kontinuierliche Verbesserung von Produkten, Prozessen und Arbeitshandgriffen in kleinsten Schritten durch die Mitarbeiter selbst (Zollondz, 2006; Kamiske/ Brauer, 2008).

Die Besonderheit liegt in der angenommenen Grundhaltung, dass alle Mitarbeiter und Führungskräfte selbstmotiviert nach ständiger Qualitätsverbesserung streben und dies in kleinen Schritten durch Verbesserungsvorschläge und -projekte umsetzen. Auch hier liegt der Fokus der Philosophie auf der Kundenorientierung (intern/ extern), der Qualitätssteuerung und -verbesserung, Durchführung regelmäßiger Qualitätszirkel, betriebliches Vorschlagswesen, Teamarbeit, Arbeitsdisziplin, Just-in-Time-Fertigung und Produktivitätssteigerung.

Grundlegende Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung sind die Verinnerlichung von interdisziplinärem Denken und Handeln, das Begreifen von Fehlern als Chance und die Selbstverständlichkeit auf mögliche Verbesserungen zu achten. Organisatorisch erfordert dies die Zusammenarbeit von Fachabteilungen, eine offene Kommunikationskultur und einen partizipativen Führungsstil (Zollonds, ebd).

4.5.4 Qualitätswerkzeuge

Qualitätswerkzeuge, oder auch Qualitätstechniken, sind Bestandteil der Verbesserungsstrategien im Qualitätsmanagement. Sie dienen der Datensammlung, der Moderation von Qualitätsworkshops, Kreativitätstechniken, der Fehleranalyse und der Problembearbeitung. Die Palette reicht dabei von relativ einfachen bis hin zu komplexen statistischen Methoden (Becker/Langosch, 2002). In Zollondz (2006, S. 336) findet sich ein ausführliches Schaubild, welche Technik in welchem Prozessschritt der Kontinuierlichen Verbesserung (Deming-Zyklus) Verwendung findet.

Für die Gesundheitsförderung relevant sind Qualitätszirkel. In deren Anlehnung wurden von gesetzlichen Krankenkassen die seit mehr als zwei Jahrzehnten erfolgreich angewandten Gesundheitszirkel entwickelt.

Als Ziele der Qualitätszirkel formulieren Becker/Langosch (2002, S. 216) die Verbesserung

- der Produkte
- der Arbeitsorganisation zur Vermeidung von Verschwendung von Material und Zeit
- der individuellen Handlungsfähigkeit durch Erweiterung der Fachkenntnisse und Problemlösungskompetenz
- der Zusammenarbeit und Gestaltung eines konstruktiven Gruppenklimas

Deppe (1992, S. 42) definiert Qualitätszirkel als:

1. Auf Dauer angelegte
2. Kleingruppe,
3. in der Mitarbeiter einer hierarchischen Ebene
4. mit einer gemeinsamen Erfahrungsgrundlage
5. in regelmäßigen Abständen
6. auf freiwilliger Basis zusammenkommen, um
7. Themen des eigenen Arbeitsbereichs zu analysieren und
8. unter Anleitung eines geschulten Moderators
9. mit Hilfe spezieller, erlernter Problemlösungs- und Kreativitätstechniken
10. Lösungsvorschläge zu erarbeiten und zu präsentieren,
11. diese Vorschläge selbständig oder im Instanzenweg umzusetzen und
12. eine Ergebniskontrolle vorzunehmen,
13. wobei die Gruppe als Bestandteil in den organisatorischen Rahmen des Qualitätszirkel-Systems eingebunden ist und zu den anderen Elementen Kommunikationsbeziehungen hat.

In Kamiske/Brauer (2008) gliedern sich die Zielsetzungen in qualitätsorientierte (ständige Verbesserung der Qualität), produktivitätsorientierte (Steigerung der Produktivität) und mitarbeiterorientierte Zielsetzungen (Steigerung der Arbeitsmotivation).

4.6 Qualitätsmanagementsysteme (QMS)

Ein Qualitätsmanagement-System sammelt und ordnet systematisch die qualitätsfördernden Bemühungen eines Unternehmens, um Qualitätslücken aufzudecken und durch entsprechende Gegenmaßnahmen zu schließen. Es umfasst Elemente wie Qualitätsplanung sowie deren Steuerung (beinhaltet die Q-Prüfung und Überwachung) und die Qualitätsverbesserung und Audit (intern und extern) (Geiger/Kotte, 2005; Zollondz, 2006).

In Produktionsunternehmen sind Qualitätsmanagementsysteme zur Sicherung des unternehmerischen Erfolgs im internationalen Vergleich etabliert. Das Qualitätsmanagement beinhaltet sämtliche Maßnahmen, die der Schaffung, Sicherung und Verbesserung der Qualität dienen. In technischen Bereichen lassen sich Kennzahlen für die Qualitätsmessung materieller Produkte anhand messbarer Faktoren wie Kundenzufriedenheit, Rentabilität, Umweltverträglichkeit, Einhalten von Toleranzmaßen und gesetzliche Vorgaben festlegen und vor deren Auslieferung überprüfen. (vgl. Kamiske/Umbreit, 2003).

Für Qualitätsmanagementsysteme existieren unterschiedliche Modelle und Normen. Eine in Dienstleistungs- und Produktionsbereichen weit verbreitete und international anerkannte ist die Normenreihe ISO 9000. Diese gliedert sich in die Teile 9000 (Grundlagen für Qualitätsmanagementsysteme und Begriffe), 9001 (Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme) und 9004 (Leitfadenreihe).

Nach dieser Qualitätsnorm sind weltweit mehr als eine halbe Million Unternehmen zertifiziert. Spezifische Standards im Automobilbereich sind QS-9000, VDA 6.1 oder ISO/TS 16949 (Zink/Reuter, 2003; Binner, 2002).

4.6.1 Integriertes Managementsystem (IMS)

In einem Integrierten Managementsystem (IMS) sind einzelne Managementsysteme (allgemeines Management, Qualität, Umwelt und Arbeits- und Gesundheitsschutz) zu einem übergeordneten System zusammengefasst und alle Regelungen, Vorgaben, Strukturen, Maßnahmen, Verfahren und Methoden zur systematischen Umsetzung der verschiedenen Bereiche vereint.

Bei der Neueinführung eines Integrierten Managementsystems steht anfangs dem Nutzen ein temporär erhöhter materieller und personeller Aufwand gegenüber, weil Mitarbeiter geschult werden müssen, Umstrukturierungen anstehen, etc.

Auf lange Sicht wird durch die Zusammenfassung der einzelnen Managementsysteme jedoch die Effizienz gesteigert, weil Synergieeffekte und Gemeinsamkeiten genutzt und Überschneidungen eingespart werden können.

Als Ziele zur Einführung eines IMS führt Zollondz (2006, S. 322) eine einheitliche Dokumentation, klare Zuständigkeiten, Schnittstellenoptimierung, Transparenz, Prozessorientierung, Lösen von Zielkonflikten, Corporate Identity, Rechtssicherheit, Reaktionsgeschwindigkeit und Innovationskraft an.

Zink/Reuter (2003) vertreten ebenfalls die Ansicht, dass eine höhere Transparenz dazu beitragen kann, Zielkonflikte zu erkennen und zu harmonisieren. Als Beispiel führen sie mögliche Kontroversen zwischen Gesundheitsschutz und Qualitätsverbesserung an, wenn ein verbesserter Korrosionsschutz zum einen zwar die Qualität des Produktes steigern, sich gleichzeitig jedoch negativ auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirken könnte.

Eine einheitlich gültige Norm für ein IMS existiert derzeit nicht. Bestehende Qualitäts- und Umweltmanagementsysteme sind jedoch inzwischen darauf ausgerichtet, gegenüber anderen Managementsystemen kompatibel zu sein. Somit ist die Integration beispielsweise des Umweltschutzmanagements in ein bestehendes Qualitätsmanagement ohne großen Mehraufwand möglich (ebd).

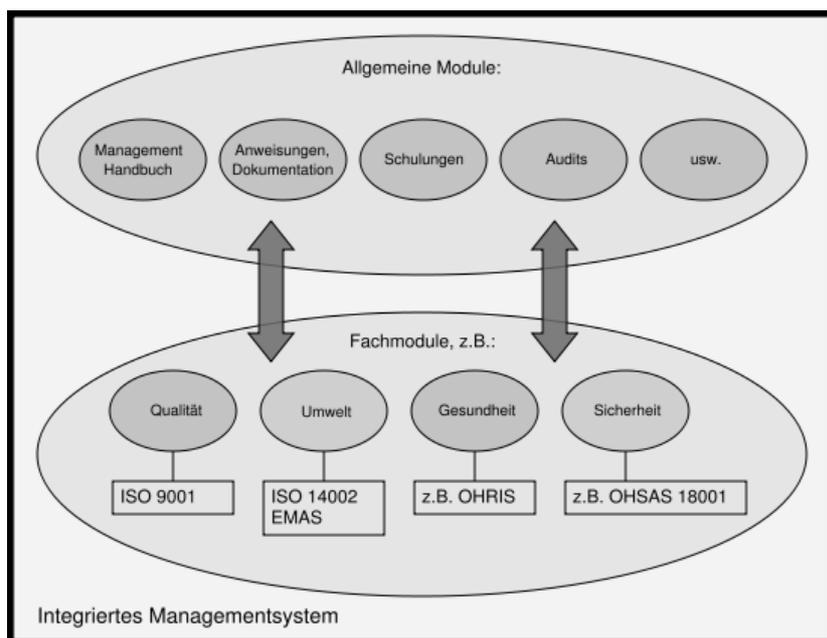


Bild I-6: Integriertes Managementsystem, Quelle: Wikipedia²⁰

4.6.2 DIN EN ISO 9000ff.

Bei dieser prozessorientierten Normstruktur handelt es sich um einen internationalen Standard, der sowohl in Produktions- als auch Dienstleistungs-Unternehmen angewendet werden kann. Die Norm gibt vor, wie das Qualitätsmanagement zu gestalten ist, sagt jedoch nichts über die tatsächliche Qualität der Produkte oder Dienstleistungen aus. Die Norm entstand 1987, es erfolgten Revisionen in den Jahren 1994, 2000, 2005 und zuletzt 2008 (EN ISO 9001:2008; Brunner/Wagner, 2008).

Bewertet werden nicht nur die Ergebnisse der einzelnen Prozessschritte, sondern auch der Gesamtprozess, dessen Struktur und Organisation (Kolb/Bergmann, 1997).

Die Einführung der ISO-Norm hatte zum Ziel, die bis dato zahlreich existierenden Unternehmensvorschriften in einer einheitlichen Norm zu bündeln. Allerdings existieren parallel zur ISO 9000-Familie auch weiterhin vor allem branchenbezogene Qualitätsmanagementsysteme. Meist sind sie so aufgebaut, dass sie mit der ISO 9000 kompatibel sind, um ein ganzheitliches Managementsystem (siehe Total Quality Management und Integriertes Managementsystem) zu unterstützen. Auch das Umweltschutzmanagement nach ISO 14001 und verbreitete Arbeitsschutzmanagementsysteme sind entsprechend implementierbar.

²⁰ http://de.wikipedia.org/wiki/Integriertes_Managementsystem, lizenzfreie Darstellung, Autor N.N., abgerufen am 09.03.2007

Zur Normenfamilie der ISO 9000ff gehören vier Hauptnormen (Zollondz, 2006; Becker, 2006 und Schroeter et al, 2003):

- ISO 9000 Grundlagen und Begriffe
- ISO 9001 Qualitätsmanagementsysteme - Forderungen
- ISO 9004 Qualitätsmanagementsysteme: Leitfaden zur Leistungsverbesserung
- ISO 19011 Leitfaden zum Auditieren von Qualitätsmanagement- und Umweltmanagementsystemen

Die Norm gliedert sich in vier Kernprozesse, die den Aufbau einer prozessorientierten Dokumentation unterstützt und in einem Prozessregelkreis dargestellt werden (Zollondz, 2006; Becker, 2006):

1. Verantwortung der Leitung
2. Management von Ressourcen
3. Produktrealisierung
4. Messung, Analyse und Verbesserung

Schroeter et al (2003, S. 8) führen zur aktuellen Revision der ISO 9001:2000 folgende wesentlichen Vorteile an:

- Der Kundenorientierung wird eine herausragende Bedeutung gegeben, die Produktorientierung wird verstärkt: Das Unternehmen prüft also, ob seine Produkte die Forderungen des Marktes und die Vorgaben der Produktspezifikation erfüllen
- Die Mitarbeiterorientierung wird ausgebaut: Jeder Mitarbeiter soll so qualifiziert werden, dass er die ihm übertragenen Aufgaben ordnungsgemäß durchführen kann
- Die neue Norm ist gleichermaßen gut geeignet zur Anwendung für Hersteller, Dienstleister, Software-Entwickler und Lieferanten
- Die neue Norm ermöglicht eine einfache Einbindung anderer Managementsysteme, vor allem von Umweltmanagement-Systemen (z.B. ISO 14001) sowie Arbeitsschutz- und Sicherheitsmanagementsystemen.

Die Kundenorientierung steht in dem, in Bild I-7 dargestellten, Systemmodell im Mittelpunkt. Am Anfang des Produktionsprozesses steht der Kunde mit seinen Forderungen an das Produkt. Am Ende steht ebenfalls der Kunde, dessen Zufriedenheit abhängig ist von der Erfüllung seiner Forderungen. Im Produktionsprozess existieren entlang der Hauptprozesskette ("Wertschöpfung") weitere Prozesse, die dazu dienen, das Produkt den Kundenforderungen entsprechend zu realisieren. Die Kundenzufriedenheit ist Teil der ständigen Verbesserung des Qualitätsmanagements.

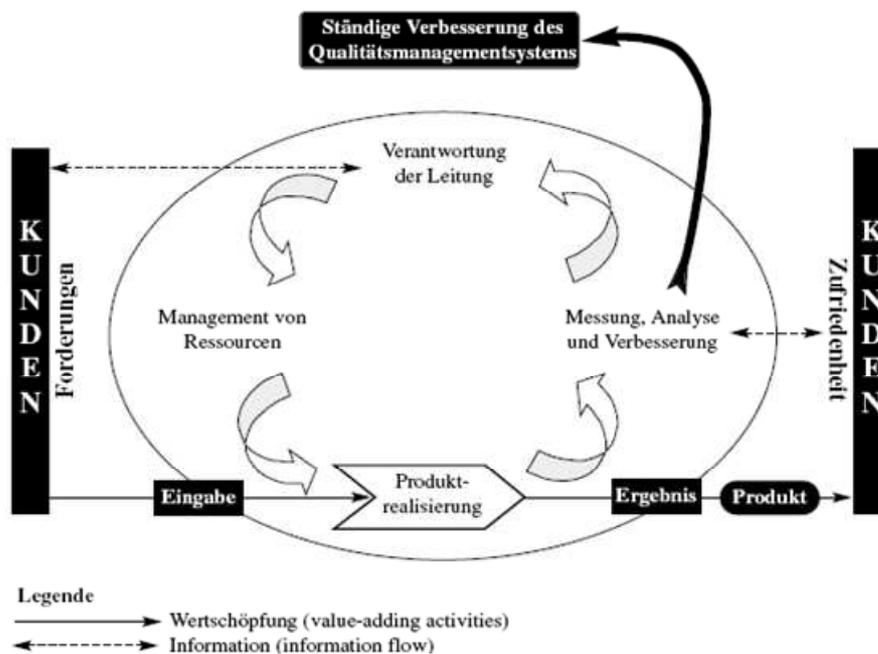


Bild I-7: ISO 9000:2000-12 Modell eines prozessorientierten QM-Systems
(Becker, 2006, S. 36)

Die ISO-Norm ist zwar weithin verbreitet. Dieser Umstand ist, laut Kolb/Bergmann (1997), jedoch nicht auf den Erfolg des Konzeptes zurück zu führen, sondern auf die Wettbewerbssituation der Unternehmen. Vor allem große Unternehmen und Konzerne verlangen von ihren Zulieferern beispielsweise eine Zertifizierung nach ISO 9000ff. Die Fixierung von Verfahrensabläufen und der daran orientierten strikten Vorgehensweise wird von den Autoren kritisch gesehen, weil sie eigenverantwortliches Handeln enorm einschränke und damit modernen Fertigungsformen wie teilautonomer Gruppenarbeit widerspricht und sich in der Motivation der Mitarbeiter und damit in der Produktqualität widerspiegelt (ebd, S. 26 f.).

Schwarze/Jehle (2003) diskutieren die Ergebnisse der Fachliteratur zu den Vor- und Nachteilen der Norm ausführlich, wie beispielsweise fehlende konkrete Anhaltspunkte, wie Qualität gestaltet werden sollte und Kundenanforderungen zu erfassen sind und stellen dabei auch fest, dass die Kostenperspektive zu wenig Berücksichtigung findet. Die Autoren machten die Beobachtung, dass es bei der Endkontrolle in der Fahrzeugproduktion trotz abzuarbeitenden Checklisten immer wieder zur Auslieferung von Fahrzeugen mit offensichtlichen Mängel kommt und dieser Umstand auf die "Gleichgültigkeit der Mitarbeiter gegenüber den Kunden" zurückzuführen sei (ebd, S. 267). In der kritischen Auseinandersetzung mit der ISO-Norm sehen sie durch den hohen Grad der Formalisierung die Gefahr, dass auf Kundenwünsche und Reklamationen nicht flexibel reagiert werden könne, was wiederum zur Kundenunzufriedenheit führt und genau das Gegenteil bewirkt von dem, was die Norm vorgibt, unterstützen zu wollen.

Kolb/Bergmann (ebd) setzen deshalb auf die intrinsische Motivation für Qualität, die durch Förderung der Arbeitsfreude, Kreativität, Zufriedenheit und Engagement realisiert werden soll. Die Zukunft sehen sie deshalb nicht in Qualitätsmodellen, die an Verfahrensweisungen und Qualitätsvorschriften festhält, sondern in solchen, die die Mitarbeiter in die Qualitätsgestaltung einbezieht. Dem entspricht beispielsweise das Modell der European Foundation for Quality Management.

4.6.3 European Foundation for Quality Management (EFQM)

Die European Foundation for Quality Management (EFQM) wurde 1988 von 14 führenden europäischen Unternehmen mit Sitz in Brüssel gegründet. Die Stiftung hat das Ziel, die Verbreitung von TQM in Europa und damit den Erfolg europäischer Unternehmen auf dem globalen Markt zu fördern. Im Jahr 1992 führte die Organisation das Qualitätsmanagementsystem "EFQM Excellence Model" ein (Rothlauf/Mietzner, 2001). Dabei handelt es sich um ein TQM-Modell zur ganzheitlichen Betrachtung von Organisationen und versteht sich als Instrument eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses hin zur Spitzenleistung. Das Modell ist flexibel und kann sowohl in privatwirtschaftlichen als auch öffentlichen und gemeinnützigen Einrichtungen angewendet werden, unabhängig von deren Größe und davon, ob Produkte oder Dienstleistungen erstellt werden.

Das Modell gliedert sich in neun Kriterien, die unter den beiden Hauptgruppen "Befähiger"²¹ und "Ergebnisse" zusammengefasst werden (siehe Bild I-8). Die angegebenen Prozentsätze werden bei einer Bewertung um den Europäischen Qualitätspreis zugrunde gelegt. Auch sie sind in der Überarbeitung neu bewertet worden. Für eine Selbstbewertung kann jedes Unternehmen eine eigene Gewichtung vornehmen oder auch ganz weglassen, wenn lediglich eine Konzentration auf das allgemeine Verbesserungspotenzial und Stärken vorgesehen ist (ebd).

Seit dem Jahr 2010 existiert eine Überarbeitung des EFQM-Modells. Dabei wurden die "Grundkonzepte der Excellence" in die Teilkriterien des EFQM-Modells integriert. Die acht Grundkonzepte (Teilkriterien) des überarbeiteten Modells lauten (EFQM, 2009, S. 4 ff):²²

1. Ausgewogene Ergebnisse erzielen (Ergebnisorientierung)
2. Nutzen für Kunden schaffen (Ausrichtung auf den Kunden)
3. Mit Vision, Inspiration und Integrität führen (Führung und Zielkonsequenz)
4. Mit Prozessen managen (Management mittels Prozessen und Fakten)

²¹ "Befähiger" meint nicht ausschließlich Personen, sondern allgemein "Mittel und Wege"

²² In Klammern die Bezeichnung bis zum Jahr 2009

5. Durch Mitarbeiter erfolgreich sein (Mitarbeiterentwicklung und -beteiligung)
6. Innovation und Kreativität fördern (Kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung)
7. Partnerschaften gestalten (Aufbau von Partnerschaften)
8. Verantwortung für eine nachhaltige Zukunft übernehmen (Soziale Verantwortung)

Eine Reihenfolge ist dabei nicht festgelegt, vielmehr sind die Kriterien in einem Regelkreis zu sehen, weil sie einander bedingen. Wichtiges Prinzip des Modells ist die Selbstbewertung und die Partizipation der Mitarbeiter am Verbesserungsprozess.

Anhand des Modells werden Kernelemente des Unternehmensmanagements strukturiert, analysiert, beurteilt und verbessert. Entgegen der gängigen Handhabung ist das Modell nicht dafür geeignet, die strategische Ausrichtung des Unternehmens auszuwählen, sondern zur Realisierung von Verbesserungen, die zum Erreichen vorgegebener Ziele führen (ten Have et al, 2003).

Bewertungsinstrument des Modells ist die so genannte RADAR-Logik. Dabei handelt es sich um ein Prozessmodell, das auf Basis des Deming-Zyklus entwickelt wurde. Die Buchstaben stehen dabei für Results (Ergebnisse), Approach (Vorgehen), Deployment (Umsetzung) und Assessment and Review (Bewertung und Überprüfung) (Zollondz, 2006, S. 305).

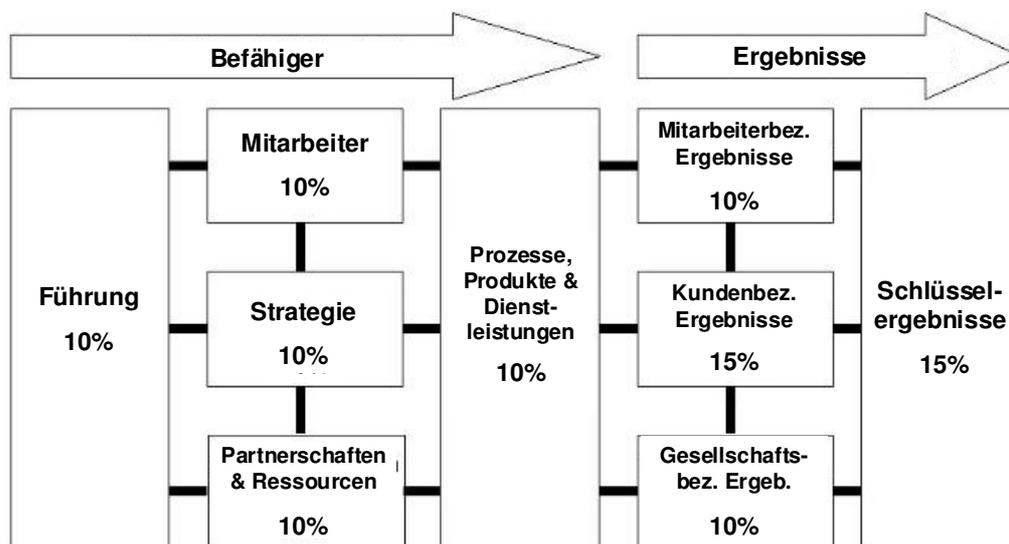


Bild I-8: Das EFQM-Modell für Excellence ab 2010 (vgl. EFQM, 2009, S. 28)

Zunächst gilt es, die zu erreichenden Ergebnisse zu bestimmen, welche die Organisation durch ihre Politik- und Strategieprozesse erreichen will. Anschließend soll die Vorgehensweise zur Zielerreichung fundiert geplant und erarbeitet werden. Darauf folgt die vollständige Umsetzung und Einführung der Vorgehensweise und anschließend eine Bewertung und Überprüfung der Zielerreichung. Dazu werden die geplanten mit den tatsächlichen Ergebnissen verglichen und aus den Abweichungen Verbesserungen identifiziert, die dann in priorisierter Reihenfolge geplant und umgesetzt werden sollen (ebd).

Auf dem EFQM-Modell basiert das Anforderungsmodell für Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, das 1997 vom Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) entwickelt wurde (siehe Abschnitt 8.2).

4.6.4 Balanced Scorecard (BSC)

Durch das Konzept der Balanced Scorecard (BSC; i. w. S. übersetzt als "ausgewogenes Kennzahlensystem") soll eine ausgewogene Ausrichtung des Unternehmens erreicht werden und eine einseitige Gewichtung einzelner Perspektiven – z.B. zu sehr kundenorientiert oder zu sehr finanzwirtschaftlich orientiert – verhindert werden. Zudem soll die Unternehmensstrategie bei geeigneter Auswahl von Zielen und deren Operationalisierung über alle Hierarchieebenen bis zum einzelnen Mitarbeiter getragen werden und so die Wahrscheinlichkeit der tatsächlichen Umsetzung erhöhen (Horváth Partner Stuttgart, 2004).

Grundlegend sind die vier Perspektiven der Strategie, die einer Top-Down-Logik folgen und in Wechselwirkung zueinander stehen. Diese Perspektiven können je nach Branche oder Unternehmen angepasst werden (Kaplan/Norton, 2001):

1. Finanzen (Finanzielle Ziele für Wachstum und Produktivität)
2. Kundenbeziehungen (Zielkunden, Kundenansprüche, Messbarkeit der Kundenzufriedenheit)
3. Interne Geschäftsprozesse (erforderliche Aktivitäten zur Erfüllung der Kundenanforderungen und der kalkulierten finanziellen Ergebnisse)
4. Lernen und Entwicklung (Fähigkeiten und Wissen der Mitarbeiter, angewendete Technologien, Betriebsklima zur Anpassungsfähigkeit an sich ändernde Geschäftsprozesse)

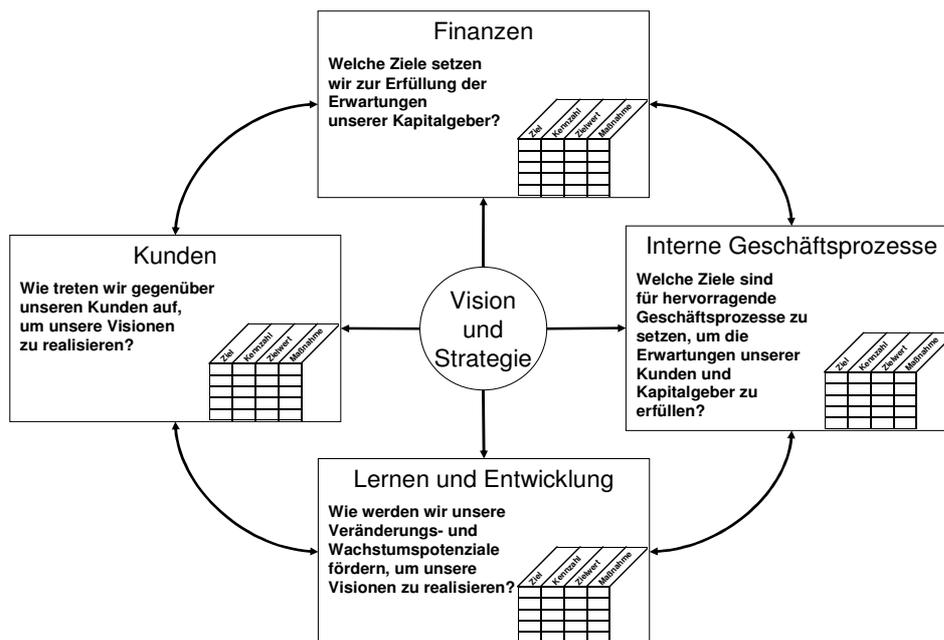


Bild I-9: Schema der Balanced Scorecard (in Anlehnung an Kaplan/Norton, 2001; Horváth Partner Stuttgart, 2004; Ehrmann, 2003)

Ausgehend von einem Leitbild (Vision) werden Unternehmensstrategien definiert. Aus diesen wiederum werden kritische Erfolgsfaktoren herausgearbeitet und anhand von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen Kennzahlen und Zielwerte abgeleitet (Operationalisierung der Strategie). Kennzahlen und Zielwerte können monetäre oder nicht-monetäre sein, wie z.B. Mitarbeiterzufriedenheit, Fehlzeiten, Fehlerquote, etc. Es werden Soll-Werte definiert und in regelmäßigen Abständen (z.B. wöchentlich/ monatlich) werden die Scorecards mittels Soll-Ist-Abgleich ausgewertet. Bei Abweichungen von Zielwerten müssen geeignete Maßnahmen und Aktivitäten zur Gegensteuerung eingeleitet werden. In großen Unternehmen werden Scorecards von mehreren unteren Organisationsebenen nach oben zusammen gefasst (z.B. Meisterei – Team – Abteilung – Produktionsbereich – Werk). Bewertet werden z.B. auch unterschiedliche Beschäftigten-gruppen (Angestellte, Lohnempfänger, etc.) (Burghardt, 2007).

Kennzahlen als quantifizierte Unternehmensziele sind grundlegender Bestandteil des in Abschnitt 4.5.2 beschriebenen Deming-Zyklus zur kontinuierlichen Verbesserung. Durch die Quantifizierung der Ziele wird in der Planungsphase (Plan) der jeweilige Sollwert einer Kennzahl gebildet. In der Umsetzungsphase (Do) dienen sie zur Ermittlung der entsprechenden Ist-Werte und in der Überprüfungsphase (Check) erfolgt die Messung der Soll-Ist-Abweichungen. Der nächste Schritt sind Verbesserungen zur Minimierung/ Eliminierung von Abweichungen in der Verbesserungsphase (Act) (Wolter, 2002).

Durch Kennzahlen lassen sich Soll-Ist-Vergleiche sowohl im zeitlichen Verlauf beobachten als auch innerbetriebliche Vergleiche anstellen. Fehlentwicklungen werden so erkannt und können gegengesteuert werden. Scorecards lassen sich auch für Steuerungs- und Controllingaufgaben durch Kennzahldefinition bei der Durchführung von Projekten bilden (Burghardt, ebd).

Mittels der BSC ist auch ein außerbetrieblicher Vergleich (Benchmarking) möglich. Allerdings setzt dies voraus, dass die Kennzahlen in den vergleichenden Unternehmen auf die gleiche Weise berechnet und bewertet werden. Jedes Unternehmen hat zudem eine eigene Unternehmenskultur und auch regional bedingte Besonderheiten können einen zuverlässigen Vergleich erschweren oder gar ausschließen. Dies muss bei der Generierung von Kennzahlen berücksichtigt werden, bzw. ein Ergebnis ggf. als Näherungswert betrachtet werden. In einem großen Unternehmen, bzw. einem Konzern, unterscheiden sich trotz gemeinsamer Unternehmenskultur auch einzelne Standorte; dies umso mehr, wenn es sich nicht nur um regionale Unterschiede sondern internationale Einflüsse wie landesspezifische Kulturen, Religionen, Weltanschauungen, etc. handelt.

Je nachdem, welche Kennzahlen ein Unternehmen für die BSC generiert, können diese auch für das Betriebliche Gesundheitsmanagement genutzt werden. Vor allem Daten aus der Perspektive "Lernen und Entwicklung" wie Mitarbeiterzufriedenheit, Fehlzeiten, Fluktuation, etc. bieten sich für die Bewertung der Gesundheitssituation des Unternehmens an. Denkbar ist auch, das Thema Gesundheit in die Strategie und damit in die BSC einzubeziehen. Sind Leitlinien zum Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung der Mitarbeiter vorhanden, ließen sich diese in die Perspektive "Lernen und Entwicklung" einbeziehen.

Zu überlegen ist auch der Aufbau eines Gesundheitsmanagement-Systems, das an die BSC angelehnt ist. Hat das Unternehmen eine Leitlinie zum Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung der Mitarbeiter formuliert, lassen sich daraus Ziele und Kennzahlen zur Realisierung und Messbarkeit am Vorbild der BSC ableiten. Dies hätte den Vorteil, dass nicht nur eine eindimensionale Orientierung an der Wirksamkeit von Maßnahmen stattfindet, sondern das Betriebliche Gesundheitsmanagement nach den Perspektiven "Finanzen", "Geschäftsprozesse", "Lernen und Entwicklung" und "Kunde" ausgerichtet wird.

4.6.4.1 BSC und Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das von Thiehoff (2004) dargestellte Verfahren der effizienzgesteuerten Präventionsprogramme (EPP) wurde in Anlehnung an die Balanced Scorecard entwickelt. Es stützt sich ebenfalls auf vier Perspektiven (Wirtschaftlichkeit, Wettbewerb, Mitarbeiter, Kunden²³), allerdings nicht auf der Unternehmensebene, sondern bezogen auf Präventionsprogramme. Die Ziele und deren Gewichtung legt "das Unternehmen"²⁴ fest, legitimiert werden die Ziele von der Geschäftsleitung. Die Visualisierung, Gewichtung und Grad der Zielerreichung werden in einem Kreisdiagramm dargestellt. Aus den erreichten Werten wird ein prozentualer "Arbeitssystemwert" errechnet, mit der "Homogenität" wird die Streuung der Bewertung abgebildet und die "multidimensionale Zielerfüllung" setzt sich aus dem Arbeitssystemwert und der Homogenität zusammen (ausführlich siehe dort).

Aus der Darstellung geht leider nicht hervor, wie die Gewichtungen und deren Ausprägung im Einzelnen definiert sind und ob die Kennzahlen aus Sicht des Gesundheitsmanagements definiert sind oder der des Unternehmens.

Unklar bleibt, wie beispielsweise die "Gesundheitskompetenz" der Mitarbeiter definiert ist und eine Steigerung um 0,5 Punkte in der Bewertung dieser Kennzahl zustande kommt.

Die Kennzahl "Abbau verzichtbaren Personalpuffers" erscheint fraglich. Die Winkelbreite lässt auf eine hohe Gewichtung schließen, erreicht wurde vom Beispielunternehmen jedoch nur ein Wert von 5, also mangelhaft. Wenn nun aber der Personalpuffer durch andere Maßnahmen wie Versetzungen, etc. bereits an seinem Minimum angelangt ist, wird ein zufriedenstellender Wert durch Präventionsmaßnahmen nicht erreicht werden können, was deshalb nichts mit der Qualität der Programme zu tun hat, und wird damit das Gesamtergebnis der "Scorecard für Gesundheitsprävention" (ebd., S. 70) immer nach unten ziehen.

Fraglich ist auch die Kennzahl an sich, im Zusammenhang mit Gesundheitsmanagement, denn der Abbau von Personalpuffer könnte aufgrund der Bedeutsamkeit für das Unternehmen zur Kosteneinsparung leicht zum "Missbrauch" des Gesundheitsmanagements für diesen Zweck führen und könnte für die Mitarbeiter in den Arbeitsbereichen zu erheblichem Anstieg an Stressfaktoren führen.²⁵

²³ in der Balanced Scorecard sind dies die Finanzielle sowie die Prozess-, Potenzial- und die Kundenperspektive

²⁴ Dem Text ist nicht zu entnehmen, um wen es sich dabei konkret handelt (siehe ebd., S. 70)

²⁵ Interessant hierzu Kadritzke (2004)

Dies wiederum führt zu einem logischen Widerspruch der Absichten und Ziele von Gesundheitsmanagement. Es stellt sich auch die Frage, wie der Anteil beispielsweise am Erfolg des "Außenimage", also der Kundenzufriedenheit durch ein Präventionsprogramm gemessen wird.

Das Konzept der EPP scheint zwar an der einen oder anderen Stelle Verbesserungspotenzial zu haben, insgesamt jedoch scheint es ein praktikables und eingängiges Controllinginstrument zu sein, das laut Autor nicht nur monetäre sondern auch "weiche" Faktoren abbilden kann und das den Lernprozess Gesundheitsmanagement unterstützt.

Auch Kesting/Meifert (2004) schlagen eine Verknüpfung des Gesundheitsmanagements mit der Balanced Scorecard vor. Sie sehen immer noch häufig erhebliche Umsetzungsprobleme von Betrieblichem Gesundheitsmanagement, aufgrund "konzeptionslosem Vorgehen, welches in einer wenig bedarfsorientierten eher intuitiven Streuung von Interventionsmaßnahmen besteht" (ebd, S. 29).

Außer einer systematischen Vorgehensweise im Sinne des Projektmanagements und den dazu gehörigen Instrumenten kann nach ihrer Erkenntnis Verbindlichkeit in der Umsetzung von Gesundheitsmanagementmaßnahmen nur geschaffen werden, wenn die Geschäftsleitung hinter dem Konzept stehe und dieses mit vorantreibe. Dies kann durch die Implementierung des Themas in die Balanced Scorecard erreicht werden und so Gesundheitsmanagement einen sichtbaren Erfolg zu den Unternehmenszielen leisten.

Janssen et al (2004) beschreiben in ihrem Beitrag, wie Betriebliches Gesundheitsmanagement und das Konzept der Balanced Scorecard zusammengeführt werden könnten. Die Autoren implementieren Betriebliches Gesundheitsmanagement in deren Potenzial- und die Prozessperspektive. Die Ergebnisse des Gesundheitsmanagements haben durch die bestehende Wechselwirkung zwischen den Perspektiven Auswirkungen nicht nur auf diese beiden, sondern auch auf die Kunden- und die Finanzielle Perspektive. Das Hauptproblem sehen die Autoren jedoch darin, sich wie in der BSC vorgesehen, auf einige wenige Zielgrößen zu beschränken (ebd., S. 48; siehe auch Thiehoff, 2004, S. 70).

Die Vorteile einer Implementierung in die Balanced Scorecard des Unternehmens überwiegen. Das stärkste Argument ist die Tatsache, dass der Beitrag zur Erreichung von Unternehmenszielen und damit dessen Erfolg dargestellt werden kann und so eine Legitimation für ein dauerhaftes und erfolgreiches Gesundheitsmanagement geschaffen werden kann. Die Integration von Gesundheitsmanagement in die Balanced Scorecard hat außerdem den Vorteil, dass die Kennzahlen vom unternehmensinternen Controlling routinemäßig und auf unterschiedlichen Organisationsebenen ausgewertet werden können.

4.6.5 Six Sigma (6σ)

Diese Methode spielt im Zusammenhang mit Betrieblichem Gesundheitsmanagement/ Gesundheitsförderung bislang keine bedeutende Rolle, ist im Bereich des Qualitätsmanagements allgemein jedoch eine ebenfalls relevante Unternehmensstrategie und wird deshalb zur Vollständigkeit an dieser Stelle ebenfalls kurz skizziert.

Six Sigma (6σ) steht für ein statistisches Qualitätsziel. Das US-amerikanische Unternehmen Motorola entwickelte diese Qualitätsmanagementmethode und setzte sie erstmals 1987 um. Als General Electrics nach weiteren Unternehmen diese Methode 1996 übernahm, erlangte die Methode im Wirtschaftsbereich weltweit Aufmerksamkeit. In Europa ist Six Sigma (noch) nicht in dem Maße verbreitet wie in den USA und einigen asiatischen Ländern. Europäische Unternehmen, die Six Sigma umsetzen, sehen darin meist keine unternehmensweite Strategie, sondern nur einen Teil der Bestehenden, bzw. ein Verbesserungsprogramm oder -instrument (siehe Grafik in: Magnusson et al, 2004, S. 16).

Der griechische Buchstabe σ steht in der Statistik für die Standardabweichung in einer Beobachtungsreihe. Die Verringerung von Variation, also der Abweichung vom Zielwert, ist das Ziel dieser QM-Methode. So sollen Zusatzkosten eingespart werden, die dem Unternehmen oder seinen Kunden und Zulieferern beispielsweise durch Reklamationen, Rücksendungen, Nacharbeit, Produktionsausfälle und verspäteter Lieferungen entstehen. Der ideelle Zielwert 6σ bedeutet einen Fehleranteil von 3,4 zu einer Million und eine Verbesserungsrate von 50 % der oben aufgeführten Beispiele für qualitätskritische Merkmale (CTQs). Mitarbeiter, Lieferanten und Kunden werden als "Stakeholder" in die Verbesserungsaktivitäten eingebunden.

Verbesserungsprojekte werden von speziell geschulten Mitarbeitern durchgeführt, deren Rollen hierarchisch aufgebaut sind und deren Verantwortung, bzw. Aufgaben sich am Gürtelsystem japanischer Kampfsportarten orientiert. Sie reicht vom Champion (Mitglied der Unternehmensleitung) über den Master Black Belt (Ausbilder/ Trainer), den Black Belt (Projektmanager/ Spezialist) und Green Belt (Ingenieur/ Meister/ Teammitglied) bis zum White Belt (ausführende Ebene/ Arbeiter) (Magnusson et al, 2004).

Der Kern von Six Sigma ist eine bestimmte Prozessverbesserungsmethode (Design for Six Sigma), die in die Schritte Definieren (define) – Messen (measure) – Analysieren (analyse) – Verbessern (improve) – Überprüfen (control) unterteilt ist (DMAIC).

Zur Durchführung von Verbesserungen steht die "sieben-mal-sieben-Toolbox" zur Verfügung, benannt in Anlehnung an die sieben Waffen eines japanischen Samurais. Die Toolbox besteht aus sieben Werkzeuggruppen und diese wiederum aus sieben Einzelwerkzeugen (ebd).

Nachstehend werden die Gruppen genannt (vertiefend wird auf Magnusson et al, 2004, S. 43 ff verwiesen):

- sieben Managementwerkzeuge
- sieben Quality-Control-Werkzeuge
- sieben Kundenwerkzeuge
- sieben Schlankheitswerkzeuge
- sieben Projektwerkzeuge
- sieben Statistikwerkzeuge
- sieben Designerwerkzeuge

Six Sigma als Unternehmensstrategie - oder doch zumindest einzelne Instrumente daraus - findet auch in Europa immer mehr Verbreitung und wird inzwischen nicht mehr nur in der technischen Produktion sondern auch im Dienstleistungsbereich umgesetzt. Es wäre demnach zu prüfen ob und inwiefern Betriebliches Gesundheitsmanagement in dieses Managementsystem implementiert werden könnte.

4.7 Qualitätssicherung von Dienstleistungen

Die Normenreihe ISO 9000ff schließt nicht nur materielle Produkte, sondern auch immaterielle, also Dienstleistungen ein. Allerdings existiert keine eindeutige Definition und Abgrenzung für den Begriff Dienstleistung (Geiger/Kotte, 2005). Die Autoren versuchen es deshalb mit folgender Definition:

"Dienstleistung = beabsichtigtes immaterielles Produkt, erbracht durch Tätigkeiten, von denen mindestens eine notwendigerweise an der Schnittstelle zwischen Lieferant und Kunde ausgeführt wird."

(ebd, S. 82)

Im Produktionsbereich lassen sich Kennzahlen für die Qualitätsmessung materieller Produkte anhand konkreter Kennzahlen ("hard facts", wie technische Beschaffenheit, Maßeinheiten, Fehlerquote, Durchlaufzeiten, Maschinennutzungsdauer, etc.) festlegen und überprüfen. Entsprechend eindeutig kann die Kundenzufriedenheit, Rentabilität, Umweltverträglichkeit und die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben anhand von Kennzahlen beurteilt werden.

Die Formulierung geeigneter Kennzahlen für Dienstleistungen dagegen gestaltet sich schwieriger, da Dienstleistungen in der Regel immateriell, also nicht greifbar sind, ihre Ergebnisse sind charakteristisch "soft facts".

Das Ergebnis, bzw. die Wirksamkeit kann vor der Erstellung nicht sicher vorhergesagt werden, weil der Output in hohem Maße abhängig ist vom Kunden, der die Dienstleistung in Anspruch nimmt. Dieser ist in gewisser Weise Co-Produzent, weil an ihm oder einem Gegenstand aus seinem Besitz die Dienstleistung erbracht wird und somit an der Entstehung des Ergebnisses maßgeblich beteiligt ist (Bruhn, 2008).

Auch Kamiske/Umbreit (2003) stellen fest, dass die Dienstleistung, außer von einer möglichen objektiven Erfassung der Ergebnisqualität, in der Hauptsache abhängig ist von der Erwartung des Kunden, bzw. des Konsumenten, dem Grad seiner Beteiligung sowie seiner subjektiven Beurteilung des Ergebnisses ("externer Faktor", Kamiske/Brauer, 2008, S. 59; Bruhn, 2008, S. 22).

Ein weiteres Merkmal der Dienstleistung ist, dass sie nicht gelagert werden kann. Sie wird unmittelbar bei Leistungserbringung konsumiert und ist außerdem vergänglich, wie beispielsweise der Inhalt und das erworbene Wissen eines Bildungsangebotes, das im Laufe der Zeit in Vergessenheit gerät, weil es nicht angewendet wird. Der Dienstleistungsanbieter hat zwar Einfluss auf die didaktische Aufbereitung und lernfreundliche Darstellung der Inhalte. Wie viel von dem, was er vermitteln möchte, aber tatsächlich in den Köpfen der Teilnehmer ankommt, verstanden und dann noch behalten wird, ist abhängig vom Individuum (Lerntypus, dem Interesse am Thema, Motivation, private/beruflich bedingte Ablenkung, regelmäßige Anwendung des Erlernten nach Abschluss des Bildungsangebots, etc.).

Wird die Qualität einer Dienstleistung als unzureichend erachtet, ist eine Nachbesserung je nach Art der Dienstleistung zwar nicht unmöglich, das Image des Anbieters leidet jedoch sehr viel schneller als bei einem Produkt, das einfach zurück genommen, bzw. ausgetauscht werden kann.

Die Maxime im Dienstleistungsangebot muss deshalb, mehr noch als in der Produktion materieller Güter lauten, "beim ersten Mal optimal zu handeln" ("The first time right", Atkinson 1990 in: Kolb/Bergmann, 1997, S. 15).

Die Ermittlung der Qualität von Dienstleistungen erstreckt sich laut Badura/Strodtholz (2003) über zwei Ebenen:

1. Die Bewertung der Arbeitsprozesse (Planung und Durchführung)
2. Das Ergebnis des Angebots (Wirksamkeit)

Die Bewertung der Bereiche/ Prozesse kann zum einen aus dem Blickwinkel des jeweiligen Interessensvertreters (auch: Stakeholder; Initiator/Auftraggeber, Anbieter/ Leistungserbringer, Teilnehmer) erfolgen, oder ergänzend/ alternativ aus der Perspektive des Kostenträgers (Shareholder).

4.8 Qualitätsdimensionen nach Donabedian

Als für das Gesundheitswesen bedeutend führen Badura/Strodtholz (2003) die Qualitätsforscher Donabedian (Qualitätsforschung im Gesundheitswesen), Cochrane (Evidenzbasierte Medizin), sowie Wennberg (Empirische Qualitätsforschung) an.

Der amerikanische Qualitätsforscher Avedis Donabedian übertrug erstmals den Qualitätsgedanken aus dem technischen in den medizinisch-pflegerischen Bereich und gilt allgemein als Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen (Zollondz, 2006; Badura/Strodtholz, 2003).

Donabedians Phasenmodell unterteilt Qualität in drei Dimensionen, die sich inhaltlich auf das Qualitätsmanagementsystem in der jeweiligen Organisation übertragen lassen (zusammenfassend aus Zollondz, 2006; Becker, 2006):

1. Strukturqualität (zur Leistungserstellung notwendige Eigenschaften)
 - Personal (Anzahl, Qualifikation, Führung, Zufriedenheit)
 - Infrastruktur (Erreichbarkeit, Zugangsmöglichkeiten, Umgebung)
 - Gebäude (Zustand, Ausstattung)
 - Arbeitsumgebung (technische Ausstattung, Betriebsmittel)
 - Arbeitsorganisation
2. Prozessqualität
 - Gesamtheit aller zur Leistungserstellung notwendigen Tätigkeiten
 - Aufteilung in Hauptprozesse (Wert schöpfend) und Hilfs-/ Unterstützungsprozesse (notwenig zur Unterstützung der Hauptprozesse aber nur Kosten verursachend)
3. Ergebnisqualität
 - Differenz zwischen Input und Output
 - Verhältnis Gesamtaufwand zu Ergebnis
 - Grad der Erfüllung von definierten objektiven Forderungen und subjektiven Erwartungen

Zur Umsetzung dieses Phasenmodells siehe weiter Abschnitt 4.9.2.

4.9 Evaluation als wissenschaftliches Instrument zur Qualitätssicherung

Die heutigen Evaluationsverfahren entstanden in den 1960er Jahren in den USA aufgrund einer umfassenden Reform des dortigen Bildungswesens, deren Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Verhältnis es nachzuweisen galt. Die Verfahren waren weitaus komplexer als die bisher vorhandenen und erweiterten die Zielsetzungen und Methodenvielfalt zur Bewertung von Bildungsmaßnahmen. Etwa Anfang der 1970er Jahre begann man auch hierzulande, diese Methoden anzuwenden (Wulf, 1972).

Die allgemeine Definition von Evaluation gilt nicht nur für den Bildungsbereich, sondern generell, beispielsweise auch in der Marktforschung, Qualitätskontrolle, Systemanalyse, Kosten-Nutzen-Analyse, etc. Je nach Entscheidungssituation, -bedingungen, verwendeten Instrumenten und Verfahren, Grad der Detaillierung der Informationssammlung sowie Qualifikation des Evaluators und dem Adressaten, unterscheiden sich jedoch die Verfahren, die zur Anwendung kommen (Stufflebeam, 1972).

4.9.1 Begriffsdefinition

Durch die Evaluation soll eine rationale Entscheidungsgrundlage geschaffen werden. Vereinfacht definiert Stufflebeam (1972) Evaluation als "[...] die Wissenschaft, mit deren Hilfe Informationen für Entscheidungsprozesse zur Verfügung gestellt werden." (ebd, S. 125).

Wichtige Evaluationskriterien sind demnach:

- Validität (Ist die Information diejenige, die der Entscheidungsträger braucht?)
- Reliabilität (Ist die Information reproduzierbar?)
- Rechtzeitigkeit (Steht die Information für den Entscheidungsträger rechtzeitig zur Verfügung?)
- Verfügbarkeit (Erreicht die Information alle Entscheidungsträger, die sie brauchen?)
- Zuverlässigkeit (Vertrauen die Entscheidungsträger der Information?)

Christiansen (1999) benennt Evaluation zusammenfassend als systematische Informationssammlung zur Bewertung von Programmen. Seine Expertise geht der Frage nach, wie die Programmevaluation zur Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsprojekten genutzt werden kann und welche Anforderungen an diese entsprechend gestellt werden müssen. Zur Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind nach seiner Erkenntnis in Europa drei Ansätze erkennbar:

1. Standardisierung durch Handlungsempfehlungen
2. Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der Planungsqualität, vor allem in Hinblick auf die Spezifizierung von Zielgruppen und Zielen
3. Programmevaluation zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung

Der Vorteil der Evaluationsforschung liegt nach Ansicht des Autors darin, dass auf eine große Anzahl an Erfahrungen zurückgegriffen und so ohne größeren Aufwand für die Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung übertragen werden könne.

Wie die Qualitätssicherung sei auch die Evaluationsforschung auf Verbesserung ausgerichtet. Durch ein ausformuliertes und differenziertes Interventionskonzept könne bereits in der Planungsphase die Qualität verbessert werden. Eine systematische Beobachtung während der Intervention soll zur Verbesserung der Effektivität beitragen und abschließend in einer Wirkungsanalyse untersucht werden.

Westermayer/Stein (2006, S. 209) verstehen Evaluation als Überprüfung von Vorgehen, Wirkungen und Nutzen, als "umfassende wissenschaftliche Beurteilung des Nutzens, der Kosten und sonstiger interner und externer Wirkungen von Produkten, Verfahren, Projekten, Modellen, Einrichtungen oder Programmen des Gesundheitswesens".

Durch die Evaluation sollen die Effektivität einer Maßnahme inklusive der Akzeptanz (Erreichen der Zielgruppe) durch die Teilnehmer gemessen werden, sowie auch die Effizienz der Maßnahme, also das Verhältnis des erzielten Nutzens zu den entstandenen Kosten (zur Wirtschaftlichkeitsanalyse siehe unter Abschnitt 6).

Bortz/Döring (2006, S. 98 ff) benutzen bewusst den Begriff *Evaluationsforschung* und bringen damit zum Ausdruck, dass Evaluation wissenschaftlichen Kriterien der empirischen Forschung zu entsprechen hat. Sie widersprechen Auffassungen anderer Autoren, wonach sich die Messkriterien einer Evaluation zu Ungunsten des methodischen Anspruchs an Rahmenbedingungen des zu evaluierenden Objektes, oder die Untersuchungsanlage und Berichterstattung am Auftraggeber orientieren sollte.

Evaluation hat nach deren Erkenntnis eine Erkenntnis-, Optimierungs-, Kontroll-, Entscheidungs- und Legitimationsfunktion und ähnelt damit den Ansprüchen aus dem Qualitätsmanagement. Allerdings hat das Qualitätsmanagement nicht den Anspruch, wissenschaftliche, sondern praxisrelevante Erkenntnisse zur Verbesserung konkreter Prozesse und Ergebnisse zu liefern (ebd).

Auch Badura/Strodtholz (2003) sehen Parallelen zwischen der Qualitäts- und Evaluationsforschung, weil sich beide beispielsweise in prozess- und ergebnisorientierte Ansätze einteilen ließen.

Pfaff (2001, S. 28) unterscheidet die *Evaluation von Managementsystemen, Programmen und Maßnahmen*. Dabei bilden Maßnahmen die kleinste der drei Einheiten. Eine Maßnahme hat zum Ziel, einzelne Prozess- oder Strukturvariablen zu ändern. Maßnahmen können allein stehend oder als Teil eines Programms, als eine Komponente, betrachtet werden. Bei der *Maßnahmeevaluation* handelt es sich laut Autor um eine "Evaluation 1. Ordnung" und kann sich auf den Maßnahmentyp (verhaltensbezogenen, verhältnisbezogenen oder "ergebnisoffenen", wie beispielsweise Gesundheitszirkel) oder die konkrete Maßnahme an sich beziehen. Bewertet werden kann auch die Maßnahme wie beispielsweise "Rückenschule" oder eine Einzelmaßnahme (Rückenschule in einer bestimmten Abteilung).

Die nächst höhere Ebene bildet das Programm, das sich aus mehreren einzelnen Maßnahmen und Maßnahmentypen zusammensetzt. Eine *Programmevaluation* nach dem Verständnis des Autors misst die bewirkten Veränderungen eines Systems und/ oder der in ihm Tätigen.

Über der Programmebene schließlich liegt die Managementebene (z.B. Qualitätsmanagement oder Gesundheitsmanagement). Auf der Managementebene werden Programme und Maßnahmen im Sinne der Unternehmensziele geplant, umgesetzt und gesteuert. Die *Managementevaluation* misst den Grad der Zielerreichung, die intern oder extern vorgegeben ist. Eine Bewertung auf Managementebene bezeichnet Pfaff als "Evaluation 2. Ordnung" (ebd, S. 36).

Steht die Bewertung von Gruppen oder Organisationen im Mittelpunkt, so handelt es sich um eine *Systemevaluation*. Sie misst die Systemzustände wie Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Als entscheidend sieht Pfaff die Differenzierung der *Ex-ante- und der Ex-post-Evaluation*. Erstere dient dazu, die generelle Wirksamkeit einer Maßnahme zu messen (summative Evaluation). Das hätte den Vorteil, dass die Wirksamkeit nur ein Mal wissenschaftlich fundiert nachgewiesen werden müsse und dann in mehreren Betrieben angewendet werden könne. Dabei können jedoch erhebliche Schwierigkeiten auftreten. Die interne Validität, also die eindeutige Wirkung einer Maßnahme, lässt sich im betrieblichen Kontext häufig kaum nachweisen, weil die Rahmenbedingungen einem ständigen Wandel ausgesetzt sind. Doch selbst wenn es gelingt, eine hohe interne Validität nachzuweisen bedeutet dies nicht, dass die erreichten Ergebnisse auch auf andere Unternehmen mit einer anderen Unternehmenskultur oder aus anderen Branchen, etc. übertragbar wären (externe Validität).

Die *Ex-post-Evaluation* misst im Nachhinein den Grad der Zielerreichung hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Im Gegensatz zur *Ex-ante-* muss diese Evaluationsform nach jeder Maßnahme angewendet werden. Sie ist als formative oder summative Evaluation durchzuführen und berücksichtigt auch "Lernschleifen" in einem Qualitätsprozess. Da in Unternehmen die Bildung einer Kontrollgruppe nicht möglich ist, empfiehlt Pfaff in diesem Fall ein Verfahren, das dem betriebswirtschaftlichen Controlling ähnelt. Dabei wird lediglich bei der Interventionsgruppe eine Vorher-Nachher-Untersuchung hinsichtlich der definierten Zielgröße durchgeführt ("Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Design" (ebd, S. 45).

Diese Methode könnte allerdings vor allem bei langfristigeren Maßnahmen, wie im Controlling auch, während der Umsetzung zur Steuerung Anwendung finden, um so bei erkennbarer Zielabweichung Gegenmaßnahmen einleiten zu können.

Zur Sicherung der wissenschaftlichen Qualität der Evaluation hat die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) vier Qualitätsdimensionen erarbeitet, deren Kriterien die Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Korrektheit und Genauigkeit einer Evaluation bestimmen (ausführlich hierzu siehe Bortz/Döring, 2006).

4.9.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

Der Soziologe Avedis Donabedian gilt als der Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen und formulierte 1966 die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese einfache Darstellung floss seitdem in viele QM-Ansätze ein. In Bezug auf die Gesundheitsförderung merken Thiehoff/Kleinöder (2003) jedoch an, dass das Modell den Fokus zu sehr auf einzelne Faktoren lege, statt auf das Gesamtziel der Gesunderhaltung.

Laut (Schwartz et al, 2006, S.1169) ist Evaluation:

"[...] die umfassende wissenschaftliche Beurteilung des Nutzens und zunehmend häufig der Kosten interner und externer Wirkungen von Produkten, Verfahren, Projekten, Modellen, Einrichtungen oder Programmen des Gesundheitswesens. Die Unterscheidung zu beliebig anderen Analysen im Gesundheitswesen ergibt sich (...) aus der betonten, expliziten und methodisch nachvollziehbaren Bewertung der Nutzendimensionen. Zweckmäßigerweise sollte von 'Evaluation' dann nicht gesprochen werden, wenn in Analysen dieser objektivierende Nutzenaspekt nicht eine zentrale Rolle spielt."

Um eine Evaluation durchführen zu können, müssen generell, wie auch im Projekt- und Qualitätsmanagement, vorab Maßstäbe gesetzt, also Ziele definiert werden, die durch die Intervention erreicht werden sollen. Ohne diese ist eine professionelle Bewertung nicht möglich.

Die *Strukturevaluation* umfasst die Organisation der Maßnahme, also Anzahl und Qualifizierung des Personals, Räumlichkeiten, Infrastruktur, Hilfsmittel, finanzielle Ressourcen, etc.).

Die *Prozessevaluation* bezieht sich auf den gesamten Problemlösungsprozess von der Zielformulierung über die Maßnahmenumsetzung bis zu deren Zielerreichung (Ergebnisse). Dies beinhaltet auch die Identifizierung hemmender und fördernder, personeller, finanzieller und organisatorischer Aspekte zur Akzeptanz der Maßnahme. Vor allem bei längerfristigen Projekten wird eine begleitende Evaluation durchgeführt, um bei Soll-Ist-Abweichungen intervenieren und die Zielerreichung optimieren zu können (Kickbusch, 2003).

Becker/Langosch (2002) beziehen dabei beispielsweise auch eine Evaluation der Kommunikationsstruktur, der Entscheidungsstrategie, der Auswahl der Verfahren, etc. ein. Überprüft werden sollte außerdem die Zweckmäßigkeit der Problembeschreibung und die Frage, ob die Interpretation der erhobenen Daten zusätzlich aus anderen wissenschaftlichen Perspektiven erfolgen sollte.

Zum Verständnis der Angemessenheitsprüfung im Rahmen der Prozessevaluation ist anzumerken, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht diese Prüfung in entgegen gesetzter Richtung erfolgen sollte. Denn es ist davon auszugehen, dass in der Regel die zur Verfügung stehenden Ressourcen eine gegebene Größe darstellen. Sollte es nicht möglich sein, den festgelegten Rahmen einzuhalten, könnte dies im ungünstigen Fall eine Zielanpassung notwendig machen. Im Vordergrund sollte aber zunächst die ökonomische Herausforderung stehen, mit den gegebenen Mitteln ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen.

Die *Ergebnisevaluation* bewertet den Output einer Maßnahme. Der wichtigste Anteil ist das Messen der Effektivität. Um den Wirkungsverlauf einschätzen zu können, bedarf es zumindest einer Ausgangsanalyse und, je nach Dauer der Intervention, möglichst weiterer Messzeitpunkte, bevor am Ende der Maßnahme eine abschließende Bewertung durchgeführt wird. Anhand der Wirksamkeit lassen sich anschließend der Grad der Zielerreichung (Erreichen der Zielgruppe, verbrauchte Ressourcen, etc.) bestimmen (Kickbusch, 2003; Becker/Langosch, 2002).

Im Rahmen der Evaluation müssen Einflussfaktoren aufgedeckt und bei einer Bewertung berücksichtigt werden. Bei der Ergebnisevaluation im Hinblick auf die Wirksamkeit kann der Faktor "Zeit" das Ergebnis positiv oder negativ beeinflussen. Westermayer/Stein (2006) nennen dazu zwei Beispiele: Bedingt durch die ungewohnte, weil neue Organisation zeigen sich die Erfolge verhältnisorientierter Maßnahmen beispielsweise erst langfristig, was eine Längsschnittuntersuchung nötig macht. Eine Erhebung direkt im Anschluss an die Maßnahme würde die Unsicherheitseffekte widerspiegeln und die gemessene Verschlechterung wäre falsch, weil nur vorübergehend. Genau gegenteilig gestalte sich dies bei verhaltensbezogenen Maßnahmen, wie einer Raucherentwöhnung. Würde man hier eine Messung direkt nach der Maßnahme durchführen, würde das den Erfolg ungemein erhöhen, weil sich erst im Laufe der Monate der "wahre" Erfolg durch die Höhe der Rückfallquote zeigen würde.

Die begleitende Evaluation wird auch als formative und die Ergebnisevaluation als summative definiert (Bortz/Döring, 2006). Die Bewertung einer Maßnahme hinsichtlich ihres finanziellen Nutzens sehen die Autoren in der Aufgabe von Wirtschaftsexperten und nicht in der eines Evaluators mit sozialwissenschaftlichem Schwerpunkt.

Badura/Strodtholz (2003, S. 721) sehen den Nachweis der Wirksamkeit und Effizienz einer Maßnahme als Teil der Ergebnisevaluation in Form der Berechnung einer Kosten-Nutzen-Quote. Nicht hervor geht aus ihrem Beitrag, ob dafür andere Experten als der Evaluator vorgesehen sind.

Slesina (2001a, S. 22) unterteilt die Evaluation in vier Ebenen:

1. Auf der ersten Ebene erfolgt die Evaluation von Maßnahmetypen und Programmen hinsichtlich ihrer generellen Wirksamkeit anhand mehrerer kontrollierter Studien (Efficacy-Prüfung unter Idealbedingungen). So sollen erreichbare Effekte, Effektstärken und die Effektdauer unter Berücksichtigung struktureller Rahmenbedingungen ermittelt werden.
2. Die zweite Ebene stellt die Bewertung konkreter Interventionen im Unternehmen im Hinblick auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dar (Effectiveness-Prüfung unter Normalbedingungen). Dafür sollten wissenschaftlich fundierte, aber praktikable und einfach handhabbare Instrumente zur Verfügung gestellt werden.
3. Auf der dritten Bewertungsebene wird das Umfeld der Betrieblichen Gesundheitsförderung, also das Unternehmen selbst und dessen vorhandene gesundheitsförderlichen Potenziale hinsichtlich Arbeitsbedingungen, Organisationsstruktur, Ressourcen, etc. sowie die Implementierung der Gesundheitsförderung in vorhandenen Strukturen bewertet.
4. Ebene vier bezieht sich auf die fachliche Beratung und Unterstützung zur Gesundheitsförderung mit überbetrieblichen Organisationen, insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen (KMU).

4.9.3 Evaluationsstandards

Laut der Gesellschaft für Evaluation e.V. (DeGEval)²⁶ sollen Evaluationen grundsätzlich die vier Eigenschaften Nützlichkeit [N], Durchführbarkeit [D], Fairness [F] und Genauigkeit [G] aufweisen. Darunter gliedern sich jeweils die Standards.

Fritz (2006) hat in ihrer Arbeit anhand der Auswertung von Metaanalysen zehn Evaluationsstandards unter einem praktikablen Blickwinkel zusammengefasst:

1. Verwendung von Längsschnittstudien zum Nachweis kausaler Zusammenhänge in adäquaten Zeitintervallen
2. Verwendung (repräsentativer) Kontrollgruppen
3. Theoretische Begründung der eingesetzten Faktoren und Verfahren
4. Verwenden validierter Messinstrumente und Pre-Test
5. Im Hinblick auf die Zielgruppe repräsentative Zusammensetzung der Stichprobe und deren detaillierte Beschreibung (Anzahl, Rücklaufquote [möglichst >60%], Geschlecht, Tätigkeit, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Alter, Qualifikation, Beschäftigtengruppe, soziale Schicht).
6. Kombinieren bedingungs- und personenbezogener Analyseinstrumente oder Hinzuziehen objektiver Daten

²⁶ http://www.degeval.de/index.php?class=Calimero_Webpage&id=9025, abgerufen am 30.01.2009

7. Kombinieren verschiedener Analysemethoden zur Prüfung der Zusammenhänge
8. Detaillierte Beschreibung der Intervention bezüglich Inhalt, Ablauf, Häufigkeit und Länge der Sitzungen, Qualifikation der Trainer, Rahmenbedingungen wie wirtschaftliche Lage, Unternehmenskultur, Umstrukturierungen, Bedingungen vor Ort wie Ausstattung, Räumlichkeiten, etc.)
9. Effektgröße und praktische Relevanz werden nur in wenigen Untersuchungen erhoben, würden jedoch die Aussagekraft erhöhen²⁷
10. Darstellung ökonomischer Perspektiven unter Einbezug von Diskontierung, Sensitivitätsanalyse, Perspektivendarstellung und Marginalbetrachtung

4.9.4 Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen der Evaluation im Kontext Gesundheitsförderung

Badura/Strodtholz (2003) führen Kritiker der ergebnisorientierten Evaluationsforschung an, welche die begrenzte praktische Relevanz der Methode bemängeln, weil sich experimentelle Methoden lediglich auf wenige Variablen beziehen, die in der Praxis kaum entscheidungsrelevant sind.

Konzentriert man sich zu sehr darauf, sämtliche Ergebnisse quantitativ erfassen zu können, besteht die Gefahr, dass schwer zu evaluierende, weil komplexe Projekte, wie beispielsweise Gesundheitszirkel, in Zukunft weniger durchgeführt werden und dafür weniger komplexen Vorhaben der Vorzug gegeben wird, weil sie einfacher zu bewerten sind (Sochert, 2000).

An dieser Stelle sei angemerkt, dass das Vorhaben, alles quantitativ bewerten zu wollen, zudem einen erheblichen Aufwand bedeutet, von dem ausgegangen werden kann, dass er im Unternehmensalltag in der Regel nicht zu bewältigen ist. Fehlt es Verantwortlichen an der Qualifikation, um komplexe Evaluationen zu erstellen und durchzuführen, ist der Einkauf dieser Dienstleistung eine Frage der Finanzierbarkeit, bzw. abhängig von der Entscheidung, ob für diese Kosten nicht eher weitere Maßnahmen angeboten werden sollten.

Personalentwicklung und Qualifizierung sowie die Organisationsentwicklung sehen sich vor der gleichen Problematik, ihre Erfolge quantitativ darstellen und dazu die erforderlichen methodengesicherten Erhebungen anzustellen. Es stellt sich daher die Frage, ob in einem Unternehmen in einer entsprechenden Größenordnung für solche Aufgaben eine Statistikstelle im Bereich Controlling geschaffen werden könnte, die auf dem Gebiet der "soft facts" spezialisiert ist und komplexe Erhebungen in diese Richtung routiniert auswerten kann.

²⁷ Siehe ausführlich in Fritz (2006). In ihrer Forschungsarbeit geht es schwerpunktmäßig um die Wirtschaftlichkeitsrechnung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und dabei insbesondere um die Problematik der Darstellung der Effektstärke, die für eine zuverlässige Berechnung notwendig ist.

Allerdings ist m. E. die Kooperation mit externen Institutionen auch für große Unternehmen von Relevanz, weil durch den fachlichen Austausch Erfahrungen anderer in der Planung, Gestaltung und Optimierung berücksichtigt werden können. Da auch Großunternehmen in der Regel nicht über ausreichende empirische Qualifikationen verfügt, ist auch eine Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen bedeutsam.

Der Bestand an Studien zur Wirksamkeit ist laut Slesina (2001a,) zwar umfangreich. Ein großer Bedarf bestehe aber an Erkenntnissen zum gesundheitlichen Nutzen, dessen Verhältnis zu entstanden Kosten und der Effektdauer. Auch gelte es, effiziente Methoden und Instrumente zur Qualitätssicherung für Praktiker im Unternehmen zu entwickeln.

Köbberling/Lux (2007) diskutieren in ihrem Beitrag institutionelle und konzeptionelle Konflikte des Evaluationsprozesses, der zwar einerseits der Qualitätsentwicklung dienen soll, auf der anderen Seite jedoch gleichzeitig ein "Instrument zur Durchsetzung von Kosten- und Konformitätsdruck" darstellt (ebd, S. 100).

Diese Kontrollfunktion erschwert nach Ansicht der Autoren eine kritische Praxisreflexion und damit die Qualitätsverbesserung, wobei als Gründe methodische Unzulänglichkeiten vorgeschoben werden "und resultieren in einer Unübersichtlichkeit von Konzepten und Ansätzen sowie in Beliebigkeit und Folgenlosigkeit der Ergebnisse" (ebd, S. 102).

Evaluation also auch als politisches Instrument, das in der Gesundheitsförderung an seine Grenzen stößt, weil nicht nur Verhaltensänderungen gemessen werden sollen, sondern auch Veränderungen in der (Arbeits-)Umgebung. Dieses wiederum macht die Anwendung quasiexperimenteller Studiendesigns notwendig, die wissenschaftlich kaum relevante Daten liefern. Hinzu kommen notwendige spezifische Fachkenntnisse, über die ein Evaluator verfügen muss, um beurteilen zu können, welche Zielformulierungen sich tatsächlich für eine Evaluation operationalisieren lassen:

"Die 'vagen, globalen, umgangssprachlich gefassten Zielformeln oder Slogans ('Verbesserung der beruflichen Qualifikation', 'psychosoziale Kompetenz', 'Verbesserung des Betriebsklimas', 'Förderung des Gesundheitsverhaltens', 'Chancengleichheit', 'Steigerung des Lernerfolgs')', mit denen Evaluatoren konfrontiert sind, lassen sich jedoch eben nicht zu messbaren Zielen konkretisieren." (ebd, S. 102)

5 Projektmanagement

Projektmanagement umfasst laut ISO 69901 "[...] die Gesamtheit von Führungsaufgaben, Organisation, Techniken und Mitteln für die Abwicklung eines Projektes".

Projekte und Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sind Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Ob einmalig oder regelmäßig, ob klein oder umfangreich – eine systematische Planung, Durchführung und Bewertung ist dabei unerlässlich, um knappe Ressourcen zielgerichtet einzusetzen und Verschwendung zu vermeiden. Auch einzelne Maßnahmen bestehen aus mehreren Prozessen wie Analyse, Planung, Durchführung und Evaluation, und heruntergebrochen wiederum aus einzelnen Prozessschritten. Alle zusammen werden wiederum durch Methoden des Projektmanagements gesteuert. Qualitäts- und Prozessmanagement zielt darauf ab, ein gleichbleibendes Niveau des Outputs von Prozessen und Maßnahmen zu sichern.

Maßnahmen und Programme zur Gesundheitsförderung haben häufig Projektcharakter – beispielsweise, wenn ein neues Konzept entwickelt wird, das als Pilot zunächst in einem abgegrenzten Bereich getestet werden soll. Auch der Aufbau oder die Neustrukturierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in einem Unternehmen ist als Projekt zu sehen.

Die gesetzlichen Krankenkassen empfehlen zur Planung und Durchführung von Maßnahmen eine Vorgehensweise im Sinne des Projektmanagements (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a).

Umfassend und praxisnah, auch mit Checklisten, Vordrucken, etc. dargestellt wird Projektmanagement beispielsweise in Kuster et al (2008), Burghardt (2007), Fiedler (2008) und Heche (2004).

5.1 Der Projektbegriff

Umgangssprachlich wird ein Vorhaben oder eine Aufgabe als Projekt bezeichnet, das jedoch nicht die dafür definierten, typischen Eigenschaften aufweist.

Nationale und internationale Normen (DIN 69901, ISO 10006 3.5, ISO 9000:2000) ordnen einem Projekt folgende Haupteigenschaften zu:

1. Es handelt sich um ein einmaliges Vorhaben
2. außerhalb der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit
3. ist neuartig
4. und begrenzt - zeitlich (Termindruck), finanziell, personell
5. und weist eine gewisse Komplexität und damit die Erfordernis einer projektspezifischen Organisation auf

Neben einem klaren Anfang und einem klaren Ende, das durch die DIN 69901 vorgegeben ist, fasst Stöger (2007) folgende sieben Basisregeln zusammen (ebd, S. 12):

1. Der Auftrag liegt schriftlich vor
2. Die Ziele des Projekts sind definiert
3. Die Abgrenzung des Projekts ist vorgegeben
4. Der Auftraggeber ist verantwortlich und benannt
5. Der Projektleiter ist offiziell ernannt
6. Die Beteiligung aller Betroffenen ist gewährleistet
7. Der Rahmenplan (vorhandene Mittel) ist vorgegeben

Die Projektorganisation setzt sich zusammen aus dem Auftraggeber, dem verantwortlichen Projektleiter und dem Projektteam. Je nach Größe und Komplexität des Projektes gibt es weitere Gremien. Ein Lenkungsausschuss unterstützt, koordiniert und berät das Projekt. Ein Fachausschuss hat ausschließlich beratende Funktion bei speziellen Problemstellungen, die durch die vorhandenen Experten im Projektteam nicht abgedeckt werden.

5.2 Projektphasen

Jedes Projekt durchläuft, unabhängig von seiner Größe und Komplexität, mehrere Phasen. Die Untergliederung in Projektphasen ist nicht einheitlich festgelegt, ähnelt sich in der Fachliteratur jedoch häufig in der Vorgehensweise. So unterteilt beispielsweise Fiedler (2008) ein Projekt in die Phasen Konzeption, Planung, Realisierung und Abschluss.

Die Darstellung in Bild I-10 orientiert sich an Hölzle/Grünig (2002) und Stöger (2007). Das Projektcontrolling spielt dabei über alle Phasen hinweg eine Rolle. In der Initiierungsphase sind dies eher vorbereitende Instrumente für das spätere Umsetzungscontrolling, wie z.B. Zielsetzung, Meilenstein- und Budgetplanung für einen Soll-Ist-Vergleich.



Bild I-10: Projektphasen und deren Inhalte (in Anlehnung an Hölzle/Grünig (2002, S. 56) und Stöger (2007, S. 35 f))

5.3 Erfolgsfaktoren eines Projektes

Bei der Durchführung von Projekten müssen drei Dimensionen ganzheitlich beachtet werden: Das geforderte *Ergebnis* (auch: "Leistung") und dessen Qualität, die benötigte *Zeit* und der beanspruchte *Aufwand* für das Projekt (Burghardt, 2007).

Das Ergebnis sowie der Endzeitpunkt des Projektes, und damit dessen Dauer, werden bereits in der Planungsphase festgelegt. Der Aufwand umfasst materielle und personelle Ressourcen sowie den Sachaufwand (Hölzle/Grünig, 2002).

Diese drei Dimensionen sind die Erfolgsfaktoren eines Projektes. Sie bilden zusammen das so genannte "Magische Dreieck" im Projektmanagement und stehen in Wechselwirkung zueinander (Bild I-11). Eine Veränderung einer der Größen bedeutet eine Veränderung auch der anderen beiden (vgl. Burghardt, 2007; Fiedler, 2008 und Hölzle/Grünig, 2002).

Die Priorität liegt allerdings in der Dimension der Zielerreichung (Ergebnis), denn ohne sie ist kein Aufwand gerechtfertigt (Winkelhofer, 2005).

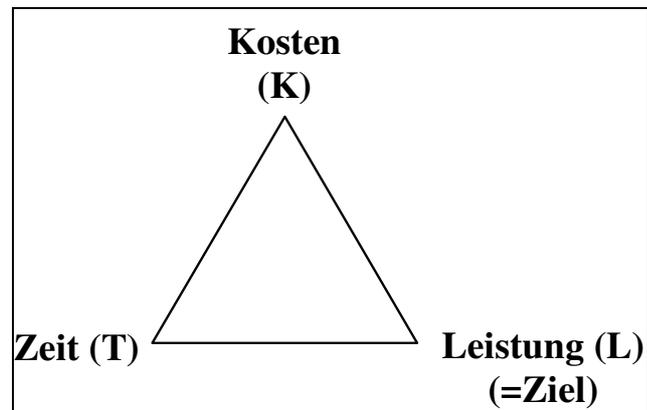


Bild I-11: "Magisches Dreieck" im Projektmanagement (vgl. Burghardt, 2007; Fiedler, 2008; Hölzle/Grünig, 2002)

Zur Steuerung der drei Erfolgsgrößen ist das Projektcontrolling Bestandteil des Projektmanagements.

5.4 Projektcontrolling

Controlling bedeutet im Sinne der Übersetzung Steuerung/ Lenkung. Projektcontrolling bedeutet demnach also die Steuerung der Projektprozesse.

Um das Ergebnis messen zu können, müssen bereits in der Planungsphase Ziele festgelegt werden, die durch das Projekt erreicht werden sollen. Allgemeine Anforderungen an Ziele im Projektmanagement verbergen sich hinter dem Akronym S.M.A.R.T. (Kuster et al, 2008, S. 354):

- **S**pezifisch
- **M**essbar
- **A**traktiv/Anspruchsvoll
- **R**ealistisch
- **T**erminiert

Aus den formulierten Zielen werden Kennzahlen abgeleitet. Durch sie lassen sich projektbegleitend Soll-Ist-Abweichungen und der Grad der Zielerreichung messen. Hierzu werden sämtliche relevante Daten bezüglich der Finanzen und dem Projektfortschritt zusammengeführt und ausgewertet. Verglichen werden dabei Soll- und Ist-Werte bezüglich Erreichen von Meilensteinen und damit die Einhaltung des Endtermins, den Stand der Umsetzung und das Ressourcenmanagement. Bei Abweichungen muss über Gegenmaßnahmen entschieden werden. So wird eine ständige Verbesserung zur Erlangung des Projekterfolges sichergestellt (Stöger, 2007).

Das Controlling ist von der ersten bis zur letzten Phase in ein Projekt implementiert. Zur Aufgabe des Projektcontrollings gehört auch das Risikomanagement eines Projektes. Durch dieses werden Risiken identifiziert und bewertet, die das Erreichen des Projektziels gefährden könnten. Durch das Bewusstmachen möglicher Risiken und die Bewertung deren Relevanz können Gegenmaßnahmen zur Verhinderung bzw. Minimierung bereits im Vorfeld geplant und durchgeführt bzw. bereit gehalten werden (dazu ausführlich Burghardt, 2006).

6 Wirtschaftlichkeitsrechnung

Die begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen gilt es, optimal einzusetzen, die Mittelverwendung nach dem ökonomischen Prinzip also so zu gestalten, dass sie dort investiert werden, wo sie den größten Nutzen stiften (Maximalprinzip), oder wo ein definiertes Ziel mit möglichst geringem Mitteleinsatz erreicht werden kann (Minimalprinzip).

Eine Investition in ein Programm oder eine Maßnahme ist dann wirtschaftlich, wenn der Wert der Leistung (Output) höher liegt als die Kosten, die für die Leistungserstellung aufgebracht werden mussten (Input).

Ein absolutes Ergebnis ergibt sich durch das Subtrahieren der Kosten vom monetären Nutzen. Der relative Wert errechnet den Nutzen im Verhältnis zu den Kosten. In der Betriebswirtschaft existieren verschiedene Modelle, um den (monetären oder nicht-monetären) Nutzen im Verhältnis zu den Kosten einer Investition (z.B. eines Projektes) abzubilden.

Es können entweder *zu erwartende* (prospektive) Werte einander gegenüber gestellt werden, oder aber im Nachhinein (retrospektiv) zur Erfolgskontrolle der *realisierte* Nutzen den *tatsächlich* entstandenen Kosten. Dadurch können zum einen Alternativen im Hinblick auf deren Nutzen oder zu erwartenden Kosten verglichen und priorisiert werden oder, bei nur einer Alternative, eine generelle Entscheidung zur Durchführung gefällt werden. Eine im Nachhinein durchgeführte Wirtschaftlichkeitsanalyse weist die realisierte Effizienz der Maßnahme nach.

Die (Gesamt-)kosten setzen sich aus den direkten und indirekten Kosten eines Vorhabens zusammen. In Bezug auf Gesundheitsförderung sind direkte Kosten die, die unmittelbar mit der Maßnahme zusammenhängen, wie Raumkosten, Personal-/ Trainerkosten, anzuschaffendes Material, Geräte, Druckkosten für Werbematerial, etc. Indirekte Kosten entstehen durch Instandhaltung, oder wenn die Intervention während der Arbeitszeit stattfindet, auch Produktionsausfallkosten, bzw. Kosten für das Ersatzpersonal ("Springer"). Die Ermittlung der direkten Kosten ist in der Regel ohne Weiteres möglich, bei den indirekten kann es hier bereits zu Ungenauigkeiten kommen (Brandenburg, 2004).

Wird beispielsweise eine Verbesserungsmaßnahme in der Arbeitsorganisation umgesetzt, kann dies aufgrund neuer Prozesse zu Unsicherheiten führen, dadurch vorübergehend zu Fehlern und entsprechenden Mehrkosten. Einen solchen Umstand zeitlich und finanziell abzuschätzen, dürfte enorm schwierig sein – abgesehen davon, dass alle möglichen negativen Beeinträchtigungen bedacht werden müssten. Hier kann ggf. die Risiko-Analyse in der Planungsphase des Projektmanagements unterstützen, zumindest eine Einschätzung vorzunehmen.

Für den Projektverantwortlichen ist die Wirtschaftlichkeitsanalyse ein wichtiges Instrument zur Ressourcenplanung und -steuerung. In der Vorstudie werden die generelle Machbarkeit und Wirtschaftlichkeit eines Vorhabens eingeschätzt, in der Planungsphase werden diese Schätzungen dann genauer. Wenn absehbar ist, dass der Nutzen in einem ungünstigen Verhältnis zu den Kosten stehen wird, können noch im Vorfeld Maßnahmen zur Optimierung ergriffen werden. Die Berechnung der Wirtschaftlichkeit erfolgt in mehrstufigen Projekten bei Erreichen eines Meilensteins und ist Voraussetzung zur Freigabe nachfolgender Projektphasen (Kuster et al, 2008).

Nach Abschluss des Projektes weist eine Wirtschaftlichkeitsanalyse den Erfolgsgrad des Projektes aus und dient gegenüber den Geldgebern als Nachweis der effizienten und effektiven Mittelverwendung. Nicht zuletzt versachlicht eine zahlenwerte Darstellung Diskussionen und verhindert Spekulationen.

Der Umfang der Wirtschaftlichkeitsberechnung im Bezug auf Gesundheitsförderungsprojekte sollte genau abgewogen werden und sich auf das Notwendige beschränken, um zu verhindern, dass der Aufwand für das Projektcontrolling das Nutzenverhältnis erheblich schmälert.

Im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz wurden bereits Modelle zur Darstellung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses entwickelt (siehe Abschnitt 6.5) und auch die Gesundheitsförderung sieht sich aufgrund des Kostendrucks in den Unternehmen veranlasst, ihren Erfolg nicht nur im Hinblick auf die Wirksamkeit für die Mitarbeiter sondern auch für das Unternehmen darzulegen. Ein bekanntes Problem stellt dabei der Umstand dar, dass "Gesundheit" keine Wertgröße besitzt, die sich in Geldeinheiten ausdrücken ließe.

Im Gesundheitswesen sind dagegen die Kosten-Nutzen-Analyse (monetärer Nutzen), die Kosten-Effektivitäts-Analyse (Kosten einer Maßnahme und deren Outcome) und die Kosten-Nutzwert-Analyse (z.B. gewonnene Lebensjahre) gängige Instrumente einer gesundheitsökonomischen Evaluation (Schell et al, 2001).

Im Gesundheitswesen geht es in der Hauptsache jedoch darum, medizinische Maßnahmen unter ökonomischen Aspekten zu bewerten. Studien dazu stammen hauptsächlich aus den USA und Großbritannien, in Deutschland ist dies noch eine "junge Fachdisziplin" (Schöffski/Schulenburg, 2008, S. 6).

Nach der gesundheitsbezogenen Gesetzgebung müssen Leistungen

"(...) ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen." (§ 12 SGB V i.d.V.v. 21. Juli 2004).

Mit der Neufassung des § 20 SGB V im April 2007 (dann § 20a) wurden Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zur Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen erhoben. Somit gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V auch uneingeschränkt in diesem Bereich.

Sockoll et al (2008) kommen in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass sich die Methoden der evidenzbasierten Medizin, wie die randomisiert kontrollierten Studien (RCT), nicht ohne weiteres auf die Gesundheitsförderung übertragen lassen. Dies liegt zum einen an der höheren Komplexität von Gesundheitsförderungsprogrammen im Vergleich zu medizinischen Maßnahmen, wie beispielsweise die Verabreichung von Arzneimitteln. Zum anderen verhindern die Rahmenbedingungen in Betrieben die Bildung von randomisierten Kontrollgruppen (siehe auch unter Punkt 4.9).

Im Folgenden werden nun verschiedene Bewertungsverfahren skizziert, die eine Gegenüberstellung von Kosten einem nicht-monetären Nutzen erlauben und somit für das Gesundheitsmanagement geeignet scheinen, bzw. bereits angewendet werden. Auch wenn sich der direkte Nutzen von Maßnahmen nicht genau berechnen lässt und indirekte Effekte hinzu kommen, so ist eine Abschätzung sowohl zur Planung als auch zur Erfolgskontrolle unerlässlich.

6.1 Return on Investment (ROI)

Beim Return on Investment (ROI) handelt es sich um ein Instrument der betriebswirtschaftlichen Investitionsrechnung. Investitionsrechnungen werden beispielsweise bei komplexen Großprojekten oder Anschaffungen von Maschinen, etc. angewandt und legen die Prämisse zugrunde, dass Kosten und Nutzen der Anschaffung jeweils in einem Geldwert beziffert werden können (Kuster et al, 2008).

Mittels des ROI wird die Rendite des unternehmerischen Gesamtkapitals als Produkt von Umsatzrendite und Kapitalumschlag in mehreren Schritten errechnet. Ausgegangen wird von einzelnen Bilanzkonten und enthält entsprechend Bilanzwerte wie Anlage- und Umlaufvermögen. In vorausgehenden Rechenschritten fließen außerdem Ergebnisse aus der Kostenrechnung, z.B. Herstell-, Vertriebs-, und Verwaltungskosten und der Deckungsbeitragsrechnung ein. Investitionen in nicht-bilanzierungsfähiges Kapital sind in diesem Modell nicht erfassbar, bzw. verfälschen den ROI.

Übernommen aus US-amerikanischen Studien zur Bewertung des ökonomischen Nutzens betrieblicher Gesundheitsförderung, wird der Begriff mittlerweile auch hierzulande verwendet, ohne jedoch einen Bezug zum betriebswirtschaftlichen Modell erkennen zu lassen. Bekanntermaßen lässt sich der Erfolg von Gesundheitsförderung schwer in geldwerten Größen abbilden, weil es hauptsächlich um "weiche" Faktoren und indirekte Wirkungsweisen geht, die da entwickelt und gefördert werden. Weil Gesundheit individuell ist und viele Einflussfaktoren hat und sich selbst auf viele Bereiche auswirkt. Weil sich Erfolge in den meisten Fällen erst langfristig und außerdem zeitversetzt bemerkbar machen.

Der Output einer Investition in diesem Bereich ist also nicht, wie es der ROI erfordert, in genauen Geldwerten auszudrücken. Da hilft es auch nichts, dem Kind einen Namen zu geben, der es so aussehen lässt als steckten dahinter eindeutige "Zahlen - Daten - Fakten".

Mit Sicherheit muss nicht jedes Rad neu erfunden werden und es macht durchaus Sinn, aus anderen Disziplinen Modelle und Systematiken bezüglich ihrer Übertragbarkeit auf Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung zu überprüfen und in ggf. angepasster Form zu verwenden, bzw. weiter zu entwickeln. Fraglich erscheint m. E. jedoch eine Simplifizierung eines Modells in der Form, dass es ausschließlich auf dessen Begrifflichkeit ("Wert, der aus einer Investition zurückfließt") reduziert und, völlig aus dem Zusammenhang genommen, als das verwendet wird, wofür in der Betriebswirtschaft ebenfalls bereits Modelle und Begrifflichkeiten existieren, nämlich das Kosten-Nutzen-Verhältnis bzw. allgemein die Wirtschaftlichkeitsrechnung. Somit kommt dieser Vorgang nicht einmal einer Metamorphose gleich, sondern erinnert eher an Frankens-teins Monster und leistet einen weiteren Beitrag zur Erweiterung des Sammelsuriums verwischter Begrifflichkeiten und Definitionen.

Kreis/Bödeker (2003) führen in ihrer Arbeit die Ergebnisse zahlreicher Metastudien an, wonach durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen der "ROI" (gemeint ist eigentlich das Kosten-Nutzen-Verhältnis (ebd, S. 32; Kramer/Bödeker, 2008, S. 5) zwischen 1:2,5 und bis zu 1:10,5 errechnet wurden. Relativ entspricht dies einer sagenhaften Rendite von 250 bis 1.050 %.

Auch Thiehoff (2004) führt in seinem Beitrag eine Unfall-, bzw. Ausfallkostenrechnung an, bei deren Rechenweise die durch einen Unfall verursachten Kosten denen gegenüber gestellt wurde, die eine Schutzmaße gekostet hätte, wenn sie vorher installiert worden wäre, wenn man sie denn hätte vorhersehen können. Auf diese Weise wird eine "Rentabilität" durch nicht eingetretene Unfälle in Höhe von 10.666 % erzielt wird (ebd, S. 62 f). Berechtigterweise stellt der Autor sich hier die Frage, weshalb diese hochrentable Anlageform Unternehmen und Investoren nicht längst für sich entdeckt haben.

Hier müsste notwendigerweise eine kritische Überprüfung der Denk- und Verfahrensweise stattfinden, um langfristig die Ernsthaftigkeit und Akzeptanz von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu sichern.

Weiter kommt bei dem Versuch einer Kennzahlenbildung auch hier erneut die Problematik der nicht eindeutigen Begriffsverwendung zutage. Im Beitrag von Kreis/Bödeker (2003) ist zwar von betrieblicher *Gesundheitsförderung* die Rede, als Kennzahlen bemüht werden jedoch nur solche, die durch *Krankheitsverhütung*, nämlich Verringerung von *Fehlzeiten* und *Krankheitskosten* erzielt wurden, und verringert so den Aussagewert zum Erfolg (ebd, S. 31).

Wenn der Nutzen von Gesundheitsförderung nachgewiesen werden soll, müssen die Kennzahlen entsprechend aus Gesundheitsförderungszielen abgeleitet werden.

Anm. d. Verf.: Keinesfalls zunichte gemacht werden soll durch die begriffliche Distanzierung das, was dahinter steckt: Der Versuch, den entstandenen Kosten einer Maßnahme einen möglichen Nutzen zuzuordnen und diesen nach Möglichkeit monetär zu bewerten. Denn dies wird auch in Zukunft das wichtigste Argument sein, um auf Dauer Akzeptanz gegenüber gesundheitsbezogener Aktivitäten im Unternehmen zu schaffen und den Beitrag zum Unternehmenserfolg darzulegen. Allerdings sollte hier eine Bewertung nicht um jeden Preis versucht werden, sondern eher sorgfältig an weniger marktschreierischen, dafür fundierten Möglichkeiten gearbeitet werden.

6.2 Kosten-Nutzen-Analyse (KNA)

Die Kosten-Nutzen-Analyse (engl.: cost-benefit-analysis) ist ein volkswirtschaftliches Analyseverfahren, das der betriebswirtschaftlichen Investitionsrechnung entstammt. Übertragen aus diesem Bereich verfolgt die KNA die beiden Fragestellungen nach der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit, ein Vorhaben umzusetzen und der ökonomisch rationalen Entscheidung zwischen mehreren Alternativen.

In erster Linie bewertet die traditionelle KNA das Verhältnis des Nutzens und der Kosten in monetären Größen (z.B. Marktpreise). Dadurch ist dieses Instrument für die Gesundheitsförderung eher ungeeignet, da sich gesundheitliche Auswirkungen kaum in konkreten Geldwerten ausdrücken lassen.

Die *erweiterte* KNA hingegen berücksichtigt auch intangible Effekte, also solche, die sich zunächst nur qualitativ umschreiben, nicht aber messen lassen. Wie die traditionelle KNA, bezieht sie ansonsten auch die positiven oder negativen direkten Effekte einer Maßnahme und die indirekten (positive oder negative, beabsichtigte oder unbeabsichtigte "Nebenwirkungen") ein. Positive Wirkungen sind als Nutzen, negative als Kosten zu bewerten (Hanusch, 1987).

In öffentlichen Projekten, wie sie Hanusch (ebd) anführt, fallen - wie in der Gesundheitsförderung auch - Investitionen (Kosten) in ein Projekt zeitnah an, während sich der Nutzeneffekt in der Regel erst zu einem späteren Zeitpunkt einstellt. Da Kosten und Nutzen also zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt anfallen und davon ausgegangen wird, dass ein Nutzen, der in der Zukunft liegt, weniger Wert ist als der, der in der Gegenwart eintritt, müssen diese auf einen gemeinsamen Zeitpunkt umgerechnet (homogenisiert) werden. Dieser Vorgang nennt sich Diskontierung (Abzinsung).

Die Relevanz einer Diskontierung dürfte im Hinblick auf Gesundheitsförderungsprojekte in erster Linie deshalb entfallen, weil ausschließlich metrische Effekte - in der Gesundheitsförderung bislang schwer nachweisbar - diskontierbar sind. Weitere Argumente gegen die Relevanz wären beispielsweise, dass sich die Arbeits- und Umfeldbedingungen im Unternehmen häufig ändern, so dass sich der Effekt (z.B. bei Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz) bereits nach kurzer Zeit relativiert haben könnte, oder nicht darauf zurück zu führen ist.

Hinzu kommt die begrenzte Verweildauer eines Mitarbeiters in einem Unternehmen, die heutzutage kaum mehr ein ganzes Arbeitsleben anhält und in Zukunft weiter abnehmen wird. Nicht zuletzt handelt es sich bei der Quantifizierung des Nutzens in der Gesundheitsförderung aus bekannten Gründen um eher ungenaue Werte.

Da die Diskontierung dazu dient, den "Nettogegenwartswert" zu errechnen, den Aussagewert einer KNA also präzisieren soll, erscheint dies unter dem Umstand der "naturbedingten" Ungenauigkeit der Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen als nicht übertragbar, bzw. nicht sinnvoll.

Die erweiterte Kosten-Nutzen-Analyse und deren Möglichkeiten zur Bewertung so genannter "weicher" Faktoren sind Gegenstand der Forschungsarbeit von Fritz (2006). Zur Berechnung des Bruttonutzens einer Maßnahme verwendet sie die Formel von Schmidt et al (1982, S. 346):

$$U_B = d_t \cdot SD_y \cdot A \cdot N \cdot t$$

U_B = Bruttonutzen; d_t = Effektstärke der Änderung; SD_y = monetärer Wert der Standardabweichung der Arbeitsleistung; A = prozentualer Anteil von d_t an Arbeitsleistung; N = Anzahl Teilnehmer; t = Effektdauer

Die größte Schwierigkeit liegt nach ihrer Erkenntnis in der Messung der Effektstärke einer Maßnahme und den sich ständig wechselnden Rahmenbedingungen in einem Unternehmen, die deshalb die am schwierigsten zu regulierenden Einflussfaktoren darstellen. Schwierig sei auch, die Einflüsse durch das private Umfeld zu erheben, da dies von den Befragten als Eingriff in die Privatsphäre verstanden werden könne. Positiv empfundene Veränderungen können außerdem auch entstehen, wenn der Soll-Zustand, also die Erwartungshaltung gesenkt, anstatt der Ist-Zustand angehoben würden (ebd).

Bereits 1996 untersuchte Gülpen (1996, in: Kolb/Bergmann, 1997, S. 147) die Möglichkeit einer ökonomischen Bewertung von Bildungsmaßnahmen am Beispiel eines Fachtrainings. Auch sie verwendet in ihrer umfassenden Evaluationsstudie eine Nutzenformel von Schmidt et al (1982, S. 335 in: Kolb/Bergmann, 1997, S. 147).

$$\Delta U = T \cdot N \cdot d_t \cdot SD_y - N \cdot K$$

ΔU = Nutzen des Trainingsprogramms; T = Dauer des Trainingseffekts auf die Leistung in Jahren; N = Anzahl Teilnehmer; d_t = wahre Leistungsdifférenz zwischen trainierten und untrainierten Teilnehmern in Standardabweichungen der Leistung ausgedrückt; SD_y = Standardabweichung der Leistung der untrainierten Gruppe in Geldeinheiten; K = Kosten pro Teilnehmer

Fritz (2006) führt in ihrer Arbeit außerdem eine Checkliste zur ökonomischen Qualitätsprüfung nach Drummond et al (2005, S. 28-29, in: Fritz, 2006, S. 160-162) an:

- Wurde eine genau definierte Fragestellung in zu beantwortender Form aufgestellt?
- Gibt es eine umfassende Beschreibung der zur Verfügung stehenden Alternativen?
- Wurde die Wirksamkeit des Projektes bestimmt?
- Wurden alle relevanten Kosten- und Nutzenbetrachtungen ermittelt?
- Wurden Kosten und Nutzen in geeigneten Einheiten gemessen?
- Wurden die ermittelten Kosten und Nutzen bzgl. ihrer Glaubwürdigkeit diskutiert?
- Wurden Kosten und Nutzen diskontiert?
- Wurde das Programm auf gleichzeitige Umsetzung von Maßnahmen geprüft?
- Wurde eine Sensitivitätsanalyse zur Reduzierung der Unsicherheit durchgeführt?
- Wurden bei der Präsentation und Diskussion der Ergebnisse alle den Nutzer betreffenden Belange berücksichtigt?

In der Gesundheitsökonomie findet außerdem die so genannte Krankheitskostenanalyse (Cost-of-illness-studies) Anwendung. Im Gegensatz zur Kosten-Nutzen-, oder Kosten-Effektivitätsanalyse geht es hier nicht um die Optimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, sondern um die Erhebung der absoluten Kosten innerhalb einer definierten Zeitperiode oder der Lebenszeit einer inzidenten Kohorte (Reis, 2005). Durch diese Studien kann aufgezeigt werden, wo für die Gesellschaft die größten Kosten entstehen und dienen beispielsweise als Grundlage für die Debatte, welche Leistungen der GKV als Basisleistungen angeboten werden sollen (ebd, S. 298).

6.3 Nutzwertanalyse (NWA)

Die Nutzwertanalyse (auch Punktwertverfahren oder "Scoring-Modell", siehe Corsten, 2000, S. 426) ist ein Entscheidungsinstrument bei mehreren möglichen Alternativen. Sie findet ihre Anwendung beispielsweise in der Vorstudie eines Projektes. Festgelegt werden zunächst Ziele, die das Vorhaben in jedem Fall erfüllen muss und werden somit bei Nicht-Erfüllen zu k.o.-Kriterien einer Alternative. Zusätzlich werden Optimierungskriterien (Wunsch-Ziele) definiert, denen ein entsprechender Rangwert (Nutzenwert) und eine Gewichtung zugeordnet werden. Da es sich bei den Zielkriterien um nicht-monetäre handelt, sind deren Auswahl sowie auch die der Nutzwerte und Gewichtungen rein subjektiv. Deshalb sollten mehrere Personen an diesem Prozess beteiligt sein und das Beurteilungsergebnis nachvollziehbar und transparent dokumentiert werden (ebd; Kuster et al, 2008).

Ziele sind nach Leistungs-, Kosten- und Terminzielen zu unterscheiden. Zusätzlich können sie nach finanziellen-, kunden- und prozessbezogenen Ziele sowie in Ober- und Unterziele eingeteilt werden (ausführlich in: Fiedler, 2008, S. 43).

Im Anschluss wird jedes Vorhaben auf Zielkriterien hin untersucht und die Ergebnisse kumuliert. Das Vorhaben mit dem höchsten Nutzwert wird entsprechend ausgewählt. Bei etwa gleichen Werten erfolgt eine Sensitivitätsanalyse. Dabei werden Gewichtung oder Werte leicht verändert. Ändert sich dadurch die Rangfolge, wird von einer in etwa Gleichrangigkeit ausgegangen. Dann können weitere Entscheidungskriterien wie bspw. das Ergebnis der Risiko-Analyse zur Entscheidungsfindung hinzu gezogen werden.

Gravierende Bewertungsfehler können entstehen, wenn politische oder psychologische Ziele in der Bewertung nicht berücksichtigt werden.

Finanzielle Ziele kommen nur als k.o.-Kriterium in Frage, für den Gesamtnutzen bleiben sie außer Acht. Im Anschluss an die Nutzwertanalyse folgt eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse, für die die Kosten je Punktwert bzw. die Punkte je Geldeinheit berechnet werden (anschaulich siehe das Beispiel "Hauskauf", Bild I-12).

Berger/ Nolting (2007) schlagen eine Wirtschaftlichkeitsanalyse per Ermittlung der Opportunitätskosten vor. Um diese zu ermitteln und eine Entscheidung für eine der Möglichkeiten herbei zu führen, bietet sich ebenfalls die Nutzwertanalyse an.

Opportunitätskosten stellen den entgangenen Nutzen oder Ertrag dar, der durch eine alternative Verwendung eines eingesetzten Gutes oder Produktionsfaktors erzielbar gewesen wäre. Da Ressourcen begrenzt und nur ein Mal einem bestimmten Zweck zugeführt werden können, entstehen durch die Entscheidung für die eine und gegen alle anderen Möglichkeiten Opportunitätskosten ("Gut A kostet den Verzicht auf Gut B") (vgl. Corsten, 2000, S. 576 f.).

Nutzwertanalyse: Hauskauf											
Ziele		Alternative A			Alternative B			Alternative C			
Muss-Ziele		Info	Ja / Nein		Info	Ja / Nein		Info	Ja / Nein		
Kosten/Mt. <2500 €		1900 €	ja		2400 €	ja		2800 €	Nein		
mind. 3 Schlafzimmer		3	ja		4	ja					
Wunsch-Ziele		G	Info	W	GxW	Info	W	GxW	Info	W	GxW
Zentrale Lage	25	10' Bus	4	100	5' zu Fuss	9	225				
Schulnähe	20	20' Bus	4	80	15' zu Fuss	8	160				
Komfort	45	4½ Zimmer	2	90	6½ Zimmer	9	405				
Hausstil	10	Altbau	3	30	Betonbau	6	60				
Gesamtnutzen = Summe aller GxW				300					850		
Zielerreichungsgrad				30%					85%		

Bild I-12: Beispiel Nutzwertanalyse (Kuster et al, 2008, S. 373)

Übertragen auf die Gesundheitsförderung gilt es bei einer Nutzwertbetrachtung, aus den möglichen Interventionsmöglichkeiten diejenigen herauszufinden, die zum einen den zur Verfügung stehenden Mitteln gerecht werden und zum anderen methodisch am besten geeignet sind, die "präventiven Potenziale möglichst optimal auszuschöpfen" (Walter/Schwartz, 2003, S. 193). Diese sollten sich laut den Autoren orientieren an:

- der Höhe der kollektiven Krankheitslast in den möglichen Zielpopulationen
- dem wahrscheinlichen Erfolg (Nutzen)
- dem Aufwand (direkte und indirekte Kosten)
- unbeabsichtigten Folgewirkungen (Nebenwirkungen)

6.4 Kosten-Wirksamkeits-Analyse (KWA)

In der Kosten-Wirksamkeits-Analyse (oder Kosten-Effektivitäts-Analyse) wird ein nicht-monetärer, allerdings in Einheiten messbarer Nutzen (physikalische Größe; gewonnene Lebensjahre, ungestörte Arbeitsstunde, Anzahl der Nichtraucher nach einem Entwöhnungsprogramm, etc.) den entstandenen Kosten gegenüber gestellt. Haben mehrere Maßnahmen(-alternativen) das gleiche Zielkriterium (also die gleiche Effektgröße), können sie so hinsichtlich des Wirksamkeits-Kosten-Verhältnisses miteinander verglichen und in eine Rangfolge gebracht werden (Hanusch, 1987).

(Kuster et al, 2008) verwenden die KWA im Anschluss an die Nutzwertanalyse, so dass auch der Vergleich von Maßnahmen mit mehreren, bzw. intangiblen Zielgrößen möglich ist. Der in der Nutzwertanalyse ermittelte Gesamtnutzen für das jeweilige Vorhaben und der jeweils angegebene Geldwert unter den finanziellen Zielen werden zueinander ins Verhältnis gesetzt. So können die Kosten je Punktwert, bzw. Punkte je Geldeinheit ermittelt werden. So ist ersichtlich, welche Alternative das günstigere Verhältnis zwischen Kosten und Nutzwert erreicht, bzw. in welcher "mehr Nutzwert je Euro" steckt.

6.5 Wirtschaftlichkeitsrechnung im Arbeitsschutz

Im betrieblichen Arbeitsschutz wird zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Arbeitsschutzmaßnahmen die Kennzahl "Kosten der ungestörten Arbeitsstunde" eingesetzt. Diese Kennzahl bildet das Verhältnis der Kosten des Arbeitsschutzsystems (alle Aufwendungen für Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen) zu der Anzahl der ungestörten Arbeitsstunden (Differenz zwischen eingekauften Arbeitsstunden abzüglich Ausfallstunden durch Unfall) ab (Thiehoff, 2004). Durch Branchen-, Betriebs- und Bereichsvergleiche ermöglicht diese Kennzahl im zeitlichen Verlauf einen Vergleich des wirtschaftlichen Erfolgs von Arbeits- und Gesundheitsschutz. Voraussetzung dafür ist allerdings eine systematische Dokumentation und die Berücksichtigung weiterer Faktoren, wie Ergebnisse von Arbeitsplatzbegehungen und -bewertungen.

Aus dem Beitrag geht allerdings nicht hervor, ob und wie die Arbeits- und Gesundheitsschutzkosten auf einzelne Produktionsbereiche umgelegt werden und ob es eine einheitliche Vorgehensweise bei der Erhebung gibt, die eine zuverlässige Vergleichbarkeit von Betrieben/ Branchen ermöglicht.

6.6 (Ökonomischer) Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement

Unternehmen unterliegen dem ökonomischen Prinzip. Dem entsprechend muss auch Gesundheitsförderung diesem gerecht werden. Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz kosten Geld und müssen sich dem entsprechend immer häufiger der Frage nach ihrem wirtschaftlichen Nutzen stellen (Thiehoff, 1998).

Allerdings sollte nicht nur das Unternehmen Interesse am Nachweis eines günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses haben, sondern auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement selbst, weil sich durch effizienten Mitteleinsatz der Spielraum an Möglichkeiten erhöht.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist aufgrund der Freiwilligkeit immer davon abhängig, dass das Unternehmen von deren Nutzen überzeugt und deshalb bereit ist, in diese zu investieren. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen für Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement sind begrenzt. Das gilt nicht nur für diejenigen, die innerhalb des Unternehmens bewilligt werden, sondern auch für Drittmittel, beispielsweise der Krankenkassen im Rahmen § 20a SGB V²⁸.

²⁸ In 2008 für Maßnahmen nach §20, 20a und 20b zusammen 2,78 Euro/Versicherten. Das Gesetz gibt keinen Verteilungsschlüssel vor. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt im Leitfaden Prävention (2008) 0,50 Euro/Vers. für Setting-Maßnahmen außerhalb von Betrieben vorzusehen.

Es muss also dargelegt werden können, dass sich Gesundheitsförderung "lohnt", dass das Unternehmen mehr zurück bekommt als es investiert hat. Der Nutzen muss dabei nicht zwingend rein monetär sein, und nicht alle Maßnahme erbringen den gleichen Nutzen.

In der Regel handelt es sich bei den Maßnahmen um Dienstleistungen. Damit hängt das Ergebnis zum einen stark von den Teilnehmern ab, von deren Motivation, Interesse, der Zusammensetzung der Teilnehmerstruktur, der Frage nach der Erreichung der Zielgruppe, etc. Hinzu kommt, dass sich in Produktionsbereichen kurzfristig die Produktionssituation ändern kann, so dass der weitere Ablauf der Maßnahme den geänderten Bedingungen angepasst werden muss und dies, sowie die geänderten Rahmenbedingungen, ebenfalls Einfluss auf den Erfolg der Intervention haben.

Eine Wirtschaftlichkeitsberechnung ist insofern schwierig, als Kosten und Nutzen gegenüber anderen Einflüssen nicht genau abgegrenzt werden können. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können beispielsweise auch in den Bereich Ergonomie einfließen oder Effekte der Maßnahmen können sich auf die Motivation und damit auf z.B. die Qualität der Produkte auswirken.

Hinzu kommt, dass Aktivitäten im Unternehmen eine gesundheitsfördernde Komponente enthalten können, die gar nicht explizit als Gesundheitsförderungsmaßnahme ausgewiesen ist. So lernt beispielsweise eine Führungskraft in einem Seminar zum Zeitmanagement, seine Ressourcen besser zu planen und einzuteilen. Dadurch treten Situationen, in denen wegen Zeitdruck Stresssituationen entstehen könnten, seltener ein. Dies wiederum wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden der Führungskraft, deren Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit aus, ohne eine explizite Gesundheitsförderungsmaßnahme besucht zu haben.

Ein weiteres Beispiel sind Qualitätszirkel, die im Rahmen eines TQM-Systems eingesetzt werden (siehe 4.5.4). Wenn ein Unternehmen diese einführt, gesteht es seinen Mitarbeitern bereits ein Mehr an Entscheidungs- und Handlungsspielräumen zu. Hauptziel der Qualitätszirkel ist die Steigerung der Produktivität und Qualität durch Partizipation der Mitarbeiter. Diese sollen eigenverantwortlich unternehmerisch im Produktionsgeschehen (mit-)denken und durch eigene Verbesserungsvorschläge Störungen beseitigen oder verhindern (Vollmuth, 1994).

Diese Erweiterung der Entscheidungs- und Handlungsspielräume kann die innere Einstellung der Beschäftigten zur Arbeit verbessern und zur Steigerung der Motivation, Flexibilität und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter beitragen und birgt somit auch Gesundheitsförderungspotenzial.

Das Problem der "verschiedenfristigen multifaktoriellen Ursache-Wirkungsbeziehungen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung" (Rosenbrock, 2000, S. 8) macht einen Vorher-Nachher-Vergleich oder eine Längsschnittuntersuchung bezüglich der Wirksamkeit und damit des Nutzens einer Gesundheitsförderungsmaßnahme - kaum möglich.

Damit ist gemeint, dass Effekte der Gesundheitsförderung erst eintreten (würden), wenn sich die Umstände und Rahmenbedingungen im Unternehmen schon wieder so weit verändert haben, dass ein Vergleich mit dem Ausgangszustand nicht mehr möglich ist, bzw. die Effekte nicht mehr eindeutig zugeordnet werden können, weil Einflussfaktoren dazu gekommen oder weggefallen sind. In der Fixierung darauf, den Maßnahmen unbedingt kausale Zusammenhänge nachweisen zu wollen, sieht Rosenbrock (ebd) die Gefahr, dass zukünftig bevorzugt weniger komplexe Maßnahmen durchgeführt würden, weil deren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang einfacher darzustellen sei und im Gegenzug dazu komplexere Maßnahmen, wie Gesundheitszirkel, dafür weggefallen würden.

In Summe gesehen muss das Betriebliches Gesundheitsmanagement und auch einzelne Maßnahmen und Programme ihren Beitrag zum Unternehmenserfolg leisten und auch belegen können. Nach dem ökonomischen Prinzip muss dabei der erzielte Nutzen höher liegen als die Summe der Kosten, die durch die Maßnahme entstanden sind.

Allerdings stellt sich die Frage, ob jede einzelne durchgeführte Maßnahme auf ihren genauen Nutzen hin überprüft werden sollte, bzw. ob dies zum einen personell überhaupt zu leisten ist und zum anderen in Bezug auf die Wirkungselemente überhaupt zu realisieren ist. Unzählige Faktoren im Unternehmen haben Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen und ebenso spielt die Gesundheit in vielen Bereichen des Unternehmens eine Rolle. Eine Erfassung und Abbildung in Kennzahlen zur Ergebnismessung scheint unmöglich. Zudem würde der enorme Aufwand, diese Kennzahlen zu generieren und abzufragen, den Nutzen jeder Maßnahme zunichte machen. Abgesehen davon wäre eine Erhebung nie vollständig und damit auch nicht repräsentativ - und somit überflüssig.

Ein Fragebogen der AOK, der den wirtschaftlichen Nutzen von BGF-Maßnahmen in Unternehmen ermitteln soll, umfasst folgende Nutzenkategorien mit einer fünffachen Abstufung von sehr hoch - hoch - eher gering - sehr gering - trifft nicht zu (Eberle et al, April 2005, S. 84 f):

- Senkung der Entgeltfortzahlung
- Personalverfügbarkeit: Reduzierung der Fluktuationsrate/ Einsatzflexibilität der Mitarbeiter
- Produktivitätssteigerung
- Produktverbesserung/ Qualitätssteigerung/ Produktinnovation
- Ablaufoptimierung/ Zeiteinsparungen
- Kundenzufriedenheit steigern
- Qualitätssicherung/ Senkung Fehlerquote/ Nacharbeiten
- Kostensenkung durch Abbau ungeplanter Ausfälle/ Verschleißreduktion
- Optimierung von Materialeinbringung/ Zusatzstoffen/ Abfall/ Entsorgung/ Reinigung/ Ökologie
- Ergänzung/ Optimierung von Arbeitsschutzmaßnahmen/ -strukturen
- Beratungsleistungen/ Informationen mit praxisrelevanten Inhalten

Von Bedeutung sind jedoch auch Daten zum monetären Erfolg durch eingesparte Lohnfortzahlungen und durch Produktivitätssteigerung durch eine gesündere/ höher motivierte Belegschaft. Zudem ist die Höhe des "ROI" abzuschätzen, sowie die Einsparung eines Prozentpunktes im Krankenstand in Euro.

Dazu, wird hier angemerkt, sollte im Vorfeld immer festgelegt werden, welche Erkenntnisse die Beantwortung der Punkte liefern soll und wie die Ergebnisse zu berechnen sind. Um beispielsweise die eingesparten Kosten durch die Verringerung des Krankenstandes um einen Prozentpunkt repräsentativ ermitteln zu können, müsste dies anhand individueller Entgeltsätze gerechnet werden; in der Regel wird hier jedoch von einem durchschnittlichen Brutto-Tagessatz ausgegangen.

Und den ROI abzuschätzen zu können würde bedeuten, dass vorher Kosten und Nutzen konkret ermittelt und die Quantifizierung aller Nutzenkomponenten keine Schwierigkeiten bereiten. Trotzdem würde es sich um einen ungefähren Schätzwert handeln, weil es nicht möglich ist, alle Kosten und Nutzen einer Maßnahme eindeutig zuzuordnen.²⁹

Da davon auszugehen ist, dass in den Unternehmen bislang selten eine adäquate Dokumentation erfolgt (vgl. auch Walter et al 2001), anhand derer zumindest grob die Kosten- und Nutzen-Werte abgeschätzt werden könnten, diese Kennzahl – zumal methodisch ungeeignet (siehe Abschnitt 6.1), allenfalls ein ungefährer Schätzwert.

Lediglich "3-4 %" der Befragten konnten (oder wollten) in diesem Zusammenhang zum ROI eine Aussage treffen; welche konkret und auf welchen Werten diese beruhen, ist dem Dokument jedoch nicht zu entnehmen. Auch die jährliche Produktivitätssteigerung durch eine gesündere Belegschaft (ebd. S. 7) lässt sich wohl nur schwerlich ermitteln. Es wäre mindestens die Korrelation einer Mitarbeiterbefragung mit den Produktivitätszahlen zu ermitteln.

Da die Angaben jeder empirischen Methode entbehren, sollten sie vielmehr als "während der Durchführung von BGF-Projekten gemachte Beobachtungen" betrachtet werden.

²⁹ Auf der Kostenseite sind dies vor allem die indirekten Kosten wie beispielsweise Personalausfallkosten durch den Besuch einer Maßnahme während der Arbeitszeit oder die Kosten, die durch eine Neuordnung der Arbeitsorganisation und damit verbundenen temporären Fehlern entstehen. Auf der Nutzenseite ist sowohl der indirekte als auch der direkte Nutzen nicht eindeutig zuzuordnen.

6.6.1 BGM-Controlling

Ein BGM-Controllingsystem dient der Planung, Analyse, Steuerung und Kontrolle einzelner Gesundheitsförderungsaktivitäten und dem gesamten Gesundheitsmanagement. Bereits in der Planungsphase werden aus den formulierten Zielen Kennzahlen generiert, anhand derer sich der Grad der Zielerreichung messen und lenken lässt. Das Controlling ist Teil der Prozesssteuerung und Bestandteil des Prozesszyklus Plan - Do - Check - Act. Hier fließen alle Daten und Informationen zusammen und werden für entsprechende Zwecke aufbereitet. Am Ende eines Projektes, bzw. bei langfristigen Angeboten auch beispielsweise zum Jahresabschluss, fließen die Controllingdaten auch in die Erfolgsbewertung ein.

6.6.2 Wirtschaftliche Erfolgsbewertung

Wie bereits unter Abschnitt 4.9 angeführt, erschwert die Komplexität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und der Einflussfaktoren auf die Gesundheit eine Erfolgsbewertung.

Weil sich aufgrund der Komplexität der Erfolg einer Maßnahme nicht mit "herkömmlichen Evidenzkriterien" messen lässt, erachtet Kickbusch (2003) es deshalb für wichtig, das Prinzip der Partizipation auch für die Bewertung einer Maßnahme umzusetzen. Unabdingbar sind dabei seiner Ansicht nach eine systematische Zielsetzung und das Festlegen von Strategien und Prozessen.

Slesina (2001b) bezieht sich zwar auf die Evaluation von Gesundheitszirkeln; die Aussagen hierzu scheinen jedoch ohne weiteres auch auf andere Interventionen übertragbar. Demnach ist es sinnvoll, Interventionsmaßnahmen einzeln auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen, da je nach Art der Maßnahme andere Effekte zu erwarten sind (Rückenschule, Hautschutzmaßnahme, Verbesserung der Kommunikation). Der Focus in Bezug auf die Wirksamkeit liegt dabei auf folgenden Veränderungen (vgl. ebd):

- Verbesserung der Belastungen und Ressourcen (Belastungs- und Ressourceneffektivität)
- Verbesserung des Befindens, von Beschwerden, der Arbeitszufriedenheit, Erkrankungshäufigkeit (Gesundheitseffektivität)
- Verhältnis Aufwand zu Ertrag (Effizienz)
- Effektdauer

Die Möglichkeiten einer Ergebnisevaluation mit Kontrollgruppendesign (Randomisierung) hält Slesina (ebd) unter betrieblichen Alltagsbedingungen für nicht realisierbar. Lediglich ein quasiexperimentelles Design liegt nach seinen Erfahrungswerten im Bereich des Möglichen, womit die Effektergebnisse methodisch jedoch nicht gesichert sind.

Für in der Praxis verwertbare, zuverlässige Ergebnisse schlägt er die Bewertung der Arbeitssituation (Belastungen und Ressourcen) vor Beginn, nach Abschluss und sechs bis zwölf Monate nach der Durchführung der Maßnahme, mittels Befragung von Mitarbeitern und Experten vor. Weitere Aspekte wie das (Wohl-)Befinden, vorhandene Beschwerden und die Zufriedenheit sowie der Krankenstand und die Haupterkrankungsarten sollten ebenfalls erhoben werden. In einem möglichst vergleichbaren Kontrollbereich sollen dann die gleichen Merkmale wie im Interventionsbereich gemessen werden. Relevante Veränderungen im Interventions- und Kontrollbereich, die nicht im Zusammenhang mit der Intervention stehen, müssen für die spätere Ergebnisinterpretation dokumentiert werden.

6.6.2.1 Wirtschaftlichkeit von Interventionen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung

Wie viel kann ein Unternehmen einsparen, wenn es ihm gelingt, den Krankenstand um einen Prozentpunkt zu senken? Die Beantwortung dieser Frage ist häufig der ausgeworfene Köder, um die Geschäftsleitung davon zu überzeugen, durch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dieses Einsparpotenzial auszuschöpfen. Ein Betrag, der seine Wirkung meist nicht verfehlt, folgt auf dem Fuße (vgl. Abschnitt 6.1 und Meifert, 2004).

Angemerkt sei an dieser Stelle, dass eine solche Berechnung ein hohes Fehlerpotenzial birgt. Zum einen ist sie unzuverlässig, weil sie in der Regel von einem durchschnittlichen Entgeltbetrag mit zudem relativ großer Spannbreite (im Beispiel hier: 200-400 Euro) ausgeht. Hinzu kommt, dass keine Erkenntnis über die Zusammensetzung des einen Prozentpunktes, bzw. der Gesamtquote vorliegt und ebenso wenig über die Zusammensetzung durch die Beschäftigtengruppen. Auch eine nicht erfolgte Differenzierung von Langzeitkranken führt zu falschen Berechnungen, weil sie Krankengeld, statt dem unternehmerischen Leistungsentgelt beziehen.

Zudem muss dem Betrag, der theoretisch eingespart werden könnte, jener gegenüber gestellt werden der aufgebracht werden muss, um den Krankenstand um einen Prozentpunkt zu senken. Das wiederum hängt zum Beispiel davon ab, für welche Dauer er gesenkt werden soll. Eine kurzfristige Senkung lässt sich so gut wie kostenlos durch Androhung disziplinarischer Maßnahmen umsetzen. Die Frage ist, ob dadurch auf Dauer Kosten eingespart, oder nicht einfach nur umverteilt würden, weil nun zwar die Fehlzeitenquote niedriger, die der Nacharbeit und Reklamationen jedoch höher ausfallen könnten.

Je nachhaltiger eine erzielte Verbesserung wirken soll, desto länger müssen die Laufzeiten einer Maßnahme angelegt werden und desto höher ist dann auch der Werteverzehr.

Sollte dies zur Folge haben, dass nun die Kosten der nötigen Maßnahmen die Höhe des potenziell einzusparende Betrags übersteigen würden, wäre dies jedoch noch kein Nachweis dafür, dass diese Interventionsstrategie wirtschaftlich nicht sinnvoll wäre, weil dies davon abhängt, auf welchen Zeitraum die Kosten der Maßnahme verteilt werden müssten.

Zeigt eine Intervention zwar die angestrebte Wirkung und werden Fehlzeiten dadurch auch tatsächlich positiv beeinflusst, bleibt letztendlich das Risiko, dass eine heftige Grippewelle oder mehrere auftretende Langzeiterkrankungen den Krankenstand erneut anheben und den positiven Effekt so schmälern oder aufheben.

Thiehoff (2004) sieht auch die Senkung der Lohnfortzahlung als kein geeignetes Mittel, um den Nutzen einer Maßnahme darzustellen und begründet dies damit, dass Personalkosten im betriebswirtschaftlichen Sinne kein "echter", sondern neutraler Aufwand seien und führt dazu das Beispiel an, dass Unternehmen immer über einen Personalpuffer verfügten und damit die Personalkosten immer gleich blieben, egal ob der Mitarbeiter anwesend sei, oder nicht³⁰. Vielmehr komme es auf die produktions- und umsatzbezogenen Konsequenzen an, die eine Verringerung der Fehlzeiten mit sich bringe, nicht der Umfang der Entgeltfortzahlung.

Dem ist m. E. anzumerken, dass in Zeiten von Lean-Management und extremen Marktveränderungen und Wettbewerbssituationen davon auszugehen ist, dass Unternehmen bemüht sind, den Personalpuffer so knapp wie möglich zu halten, da ein zu hoher Personalbestand im betriebswirtschaftlichen Sinn als "Verschwendung" zu betrachten ist. Ein Unternehmen muss auf Veränderungen schnell reagieren können. Dies wird zum Teil durch entsprechend flexible Arbeitszeitmodelle der Beschäftigten gelöst, zum anderen setzt sich der Personalbestand in vielen Unternehmen mittlerweile aus einem fixen Teil von Stammmitarbeitern und einem flexiblen Teil an Leiharbeitnehmern zusammen. So kann das Unternehmen je nach Auftragslage personell "atmen" und bei weniger Personalbedarf die Kosten entsprechend einsparen.

Allerdings ist dem Autor zuzustimmen, dass allein der Fokus auf die Senkung des Umfangs an Entgeltfortzahlung als Nutzenfaktor für die Betriebliche Gesundheitsförderung nicht ausreicht. Seiner Ansicht nach müsse die Produktivität der Anwesenden durch Maßnahmen des "Sicherheits- und Gesundheitsmanagements" verbessert werden, um das Verhältnis von Kosten und Ertrag zu optimieren und so also einen monetären Nutzen beizutragen (Thiehoff, 2004).

³⁰ In diesem Zusammenhang handelt es sich um "fixe Kosten", nicht um den vom Autor benutzten Begriff "neutraler Aufwand". Letzterer bezeichnet in der Betriebswirtschaft betriebsfremden, periodenfremden oder außerordentlichen Aufwand, der nicht in die Kostenrechnung einfließt. Personalkosten dagegen sind primäre Kosten, die zu den Produktionsgütern eines Unternehmens gehören und wertmäßig in die Gewinn- und Verlustrechnung der Finanzbuchhaltung und von dort in die Kostenrechnung einfließen.

Rosenbrock (2000) gibt in seinem Beitrag zu bedenken, dass der Nutzen einer Maßnahme "immer subjektiv und deshalb in gewissem Umfang beliebig" ist (ebd, S. 8). Seiner Ansicht nach blieben in Nutzenbetrachtungen ökonomisch wichtige Nutzenaspekte wie beispielsweise die Mitarbeitermotivation unberücksichtigt. Auch die "verschiedenfristigen multifaktoriellen Ursache-Wirkungs-Beziehungen" der Gesundheitsförderung sei betriebswirtschaftlich nicht lösbar. Ebenso sei eine Vorgehensweise im Sinne der evidence based medicine nicht auf die Gesundheitsförderung zu übertragen, weil sie kontrollierte und randomisierte Studien erfordert, die in der Betrieblichen Gesundheitsförderung schlicht nicht zu erfüllen sind. Wirtschaftlichkeitsrechnungen sind nach seiner Ansicht trotzdem sinnvoll, um Ansatzpunkte für die Maßnahmeneffektivität zu erhalten.

6.6.2.2 Beitrag zum Unternehmenserfolg

Wenn ein Unternehmen in Gesundheitsförderung investiert, dann tut es dies, weil es sich einen Nutzen davon verspricht. Geld, das für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder den Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement investiert wird, steht anderen Investitionen nicht mehr zur Verfügung.

Gesundheitsförderung muss heute mehr denn je zeigen, dass es nicht nur ein "Nice-to-have" darstellt, sondern einen tatsächlichen und nachweisbaren Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet.

Bei der Bewertung muss zwingend der dafür notwendige Aufwand (finanziell wie personell) im Vorfeld betrachtet werden. Eine wissenschaftlich fundierte Evaluation erfordert einen hohen Aufwand und verbraucht so große Teile der ohnehin knappen Ressourcen, die der Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen. Auch hier gilt, dass jeder Euro nur ein Mal ausgegeben werden kann: Was in die Evaluation von Gesundheitsförderung investiert wird, steht nicht mehr für die Maßnahmen selbst zur Verfügung.

Besser geeignet scheint da, das Gesundheitsmanagement in vorhandene Management-Instrumente wie beispielsweise die Balanced Scorecard zu implementieren und so den Beitrag zum Unternehmenserfolg abbilden zu können (siehe Abschnitt 4.6.4.1)

7 Arbeitsschutzmanagementsysteme

"Die hohe Qualität und die erreichten Standards des Arbeitsschutzes in Deutschland lassen eine weitere nachhaltige Senkung der Unfallzahlen und arbeitsbedingten Erkrankungen mit allein technischen Maßnahmen kaum noch erwarten. Hier setzen die Instrumentarien des Arbeitsschutzes an, die Organisations- und Verhaltensmängel einbeziehen und als systematisch entwickelte und bewertbare Managementsysteme den Arbeitsschutz weiter fördern sollen."³¹

Ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement bezieht auch den gesetzlichen Arbeitsschutz ein. Mit dem Inkrafttreten der Neufassung des § 20 SGB V wurde die Betriebliche Gesundheitsförderung für die gesetzlichen Krankenkassen zur Pflichtleistung erhoben (§ 20a Abs. 1 SGB V, i.d.V. v. 1. April 2007).

Die Schnittstelle zwischen Betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz liegt in § 20a Abs. 2 SGB V. Demnach sind die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, bei der Wahrnehmung der Aufgabe, zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenarbeiten.

Der Arbeitsschutz ist ein wichtiger Teil des Managementsystems eines Unternehmens. Im Gegensatz zum Qualitäts- und Umweltmanagement gibt es hierfür jedoch keine verbindliche Norm für ein Arbeitsschutzmanagementsystem (AMS).

Die Vorgängerversion der Qualitätsnorm ISO 9001:2000-12 berücksichtigte unter dem QM-Element "Arbeitsumgebung" auch die Bedingungen des Gesundheitsschutzes und der Arbeitssicherheit, Arbeitsmethoden, Arbeitsethik sowie Umgebungsbedingungen für die Arbeit. Diese entfielen jedoch mit Inkrafttreten der o.g. Version der Norm. Nach dieser Neuerung gilt:

"Die Organisation muss die Arbeitsumgebung ermitteln, bereitstellen und aufrecht erhalten, die zum Erreichen der Konformität mit den Produktanforderungen erforderlich ist" (Becker, 2006, S.56).

Dabei wird nach Auffassung von Becker (2005) jedoch keine Vorgehensweise formuliert, wie diese Forderung systematisch umgesetzt werden soll.

³¹ Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA):
<http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Arbeitsschutzmanagement/Arbeitsschutzmanagement.html>,
abgerufen am 23.07.2007

Wie in Publikationen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) jedoch nachzulesen ist, wird dort zwar die Notwendigkeit eines internationalen Standards zum Arbeitsschutz gesehen. Eine Normierung des Arbeitsschutzes nach ISO 9000 ff wird dort jedoch abgelehnt, ebenso wie eine Bewertung durch Dritte. Stattdessen setzt man hier auf das Prinzip der freiwilligen Selbstbewertung. Dazu veröffentlichte die International Labour Organization im Jahr 2001 eigenständige "Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems" (ILO-OSH). Dieser Leitfaden soll den internationalen Rahmen bei der Entwicklung nationaler Konzepte zu AMS setzen³².

7.1 ILO OSH-2001

Die International Labour Organization (ILO) ist eine Organisation der UN, die sich dreiteilig aus Mitgliedern von Regierung, Arbeitgebern und Arbeitnehmern zusammensetzt. Die Organisation widmet sich einer gerechten Gestaltung von Arbeitsverhältnissen und angemessenem Entgelt.³³

Auf die Entwicklung einer Leitlinie für Arbeitsschutzmanagementsysteme (AMS) einigte man sich mit der International Organization for Standardization (ISO) im Jahr 1996, um so die bereits bestehenden Qualitäts- und Umweltmanagementsysteme zu ergänzen. Ein Antrag bei der ISO zur Normierung von AMS fand im April 2000 nicht die notwendige Mehrheit der Mitglieder von ISO. So traten im Dezember 2001 die von der ILO entwickelten "Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems" (ILO OSH-2001) inkraft.

Im Juni 2002 wurde hierzu eine Übersetzung für den Arbeitsschutz in Deutschland veröffentlicht. Die Richtlinie bietet eine Anleitung zur Implementierung auf nationaler und auf organisationaler Ebene. Die Leitlinien sind so aufgebaut, dass sie ebenfalls in bestehende Managementsysteme implementiert werden können. Die Richtlinie soll Eckpunkte für die Entwicklung und Bewertung von betriebspezifischen AMS-Konzepten liefern, wobei die bereits bestehenden und angewendeten AMS weiter bestehen bleiben sollen. Nicht angestrebt ist die Entwicklung eines bundesweit einheitlichen Konzeptes für ein Arbeitsschutzmanagementsystem.

Ausführliche Publikationen finden sich hierzu auf der Webseite der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).³⁴

³² <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Arbeitsschutzmanagement/Arbeitsschutzmanagement.html>, abgerufen am 23.07.2007

³³ <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/managmnt/download/promo.pdf>, abgerufen am 29.09.2008

³⁴ <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Arbeitsschutzmanagement/Arbeitsschutzmanagement.html>, abgerufen 29.09.2008

7.2 OHSAS 18001

OHSAS steht für Occupational Health and Safety Assessment-Series. Dabei handelt es sich um einen international anerkannten Standard, der im Jahr 1999 von der British Standard Institution (BSI) erstmals veröffentlicht wurde. Er definiert Mindestanforderungen an ein AMS und dient zur Bewertung und Zertifizierung nach diesem Standard. Er ist, wie die Norm ISO 9001 und ISO 14001, prozessorientiert aufgebaut und ermöglicht so eine Integration in das vorhandene Managementsystem. Eine Zertifizierung nach dieser Norm unterstützt bzw. erteilt beispielsweise TÜV CERT³⁵. Nach Angaben der BSI auf deren Webseite³⁶ ist diese Norm inzwischen in über 80 Ländern anerkannt und etwa 16.000 Unternehmen sind danach zertifiziert.

Im Jahr 2007 erfolgte eine Revision unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen, die den Standard betreffen. So liegt der Schwerpunkt der neuen Norm auf Gesundheit allgemein und nicht mehr nur auf Arbeitssicherheit. Außerdem erfolgte eine deutlich verbesserte Anpassung an die Umweltschutznorm ISO 14001, um Unternehmen den Aufbau eines Integrierten Managementsystems zu ermöglichen. Weitere Änderungen werden auf der angegebenen Homepage der BSI aufgeführt.

Am 1. Juli 2009 endete die Übergangsfrist, dann löste der Standard OHSAS 18001:2007 den bisherigen 18001:1999 ab.

7.3 OHRIS

In Kooperation zwischen der Wirtschaft, dem bayerischem Verbraucherschutz und dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz entstand das professionelle Arbeitsschutzmanagementsystem OHRIS (Occupational Health and Risk Managementsystem).

Es wurde erstmals 1998 veröffentlicht und gilt inzwischen in der Version OHRIS:2005. Es ist inzwischen international anerkannt und laut den Verantwortlichen so konzipiert, dass es keine Beschränkung hinsichtlich der Unternehmensgröße gibt.

Das Managementsystem erfüllt die nationalen und internationalen Standards, wird konform zu anderen Normen (ISO 9001, 14001, etc.) laufend aktualisiert und lässt sich dadurch in bestehende Managementsysteme eines Unternehmens implementieren.

³⁵ http://www.tuev-cert.de/e12/e29/e152/e226/index_ger.html, aufgerufen am 29.09.2008. TÜV CERT ist die zentrale Zertifizierungsstelle aller TÜV-Organisationen

³⁶ <http://www.bsi-global.com/en/Shop/Publication-Detail/?pid=00000000030164695>, aufgerufen am 29.09.2008

Das Handbuch, Checklisten und weitere Zertifizierungsunterlagen können kostenlos bezogen bzw. auf der Website des Staatsministeriums heruntergeladen werden.³⁷ Auch die Zertifizierung erfolgt kostenlos durch die Gewerbeaufsichtsämter, allerdings können sich bislang nur Unternehmen in Bayern und Sachsen zertifizieren lassen. Davon haben nach Angaben des Ministeriums zufolge bislang mehr als 220 Unternehmen in Bayern Gebrauch gemacht.

7.4 LASI LV21/ LV22

Der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) veröffentlichte die "Spezifikation zur freiwilligen Einführung, Anwendung und Weiterentwicklung von Arbeitsschutzmanagementsystemen"; kurz bezeichnet als LV21³⁸.

Das Arbeitsschutzmanagementsystem ist branchen- und betriebsgrößenunabhängig. Das Modell ist in der Privatwirtschaft als auch öffentlichen Einrichtungen einsetzbar. Ziel der LV21 ist die systematische und nachhaltige Verbesserung des Gesundheitsschutzes und der Anlagensicherheit. Es ist außerdem so angelegt, dass es in bestehende Managementsysteme wie ISO 9000ff. und ISO 14001:2004 integriert werden kann.

Das System besteht aus acht Systemelementen. Diese entsprechen den grundlegenden Anforderungen, die gemeinsam mit zwischen dem damaligen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA)³⁹, den Unfallversicherungsträgern und den Sozialpartnern zur Entwicklung und Bewertung von Konzepten für Arbeitsschutzmanagementsysteme festgelegt wurden.⁴⁰

Die LV21 setzt den ILO-Leitfaden (siehe 7.1) auf nationaler Ebene um. Er erfüllt damit nicht nur die nationalen, sondern auch die europäischen Anforderungen an ein Arbeitsschutzmanagementsystem. Nicht einheitlich geregelt ist allerdings die Beratungsmöglichkeit durch die Aufsichtsbehörden, die nicht in allen Bundesländern angeboten wird. Auch eine "Überprüfung der Wirksamkeit des Systems und eine entsprechende schriftliche Bestätigung" (m. a. W. eine Zertifizierung) ist Ländersache.

³⁷ <http://www.stmugv.bayern.de/gesundheit/giba/betrieb/ohris.htm>, aufgerufen am 29.09.2008

³⁸ Download unter: http://lasi.osha.de/docs/lv21_03_06.pdf, abgerufen am 03.12.2011, Stand März 2006

³⁹ Seit 2005 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

⁴⁰ <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Arbeitsschutzmanagement/Toolbox/LV21/LV21.html>, abgerufen am 29.09.2008

Im Leitfaden findet sich auch ein Unterpunkt zu "Aktionsprogrammen und Gesundheitsförderung" (ebd, S. 19). Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass damit Maßnahmen gemeint sind, die "die Beschäftigten nachhaltig zur Beachtung der Arbeitsschutzmaßnahmen und zu gesundheits- und sicherheitsbewusstem Verhalten im Betrieb und außerhalb des Betriebs motivieren". Als Maßnahmebeispiele werden genannt: Verhalten am Arbeitsplatz, Tragen persönlicher Schutzausrüstungen, sicheres Heben und Tragen von Lasten, allgemeiner Brandschutz im Betrieb, verkehrsgerechtes Verhalten, Suchtgefahren.

Die dazugehörige LV22⁴¹ ist die "Handlungsanleitung für die freiwillige Einführung, Anwendung und Weiterentwicklung von Arbeitsschutzmanagementsystemen (AMS) für kleine und mittlere Unternehmen (KMU)". Sie enthält auch Tabellen zur Integration in bestehende QM- und Umweltmanagementsysteme, Vorlagen für Verfahrensanweisungen, Gefährdungsbeurteilungen, Prüfplan und Prüfprotokolle, Auditplan, Schulungsplan, etc.

⁴¹ Download: http://lasi.osha.de/docs/lv22_auf1_2006.pdf, abgerufen am 29.09.2008

8 Qualitätssicherung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Auf der Grundlage der Luxemburger Deklaration von 1997⁴² veröffentlichte das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP)⁴³ im Jahr 1999 Qualitätskriterien für die Betriebliche Gesundheitsförderung und einen Fragebogen zur Selbstbewertung für Unternehmen. Seitdem haben sich auch in Deutschland die Aktivitäten rund um die Qualitätssicherung und Evaluation der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements weiterentwickelt. Institutionen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), die Initiative für Gesundheit & Arbeit (IGA)⁴⁴ und zahlreiche Forschungsaktivitäten wissenschaftlicher Institutionen, Krankenkassen und Unfallversicherungsträger widmen sich konkret diesem Aufgabenfeld.

Die Gesetzlichen Krankenkassen legen das Qualitätsmodell und die Kriterien als Fördervoraussetzungen zugrunde, wenn es um die Bewilligung von Unterstützung für Unternehmen zur Betriebliche Gesundheitsförderung oder auch Bonusprogrammen geht.⁴⁵

Die Qualität und Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsaktivitäten ist in Deutschland somit nicht erst seit der Neufassung des § 20 SGB V im Jahr 2000 und nicht hauptsächlich für die Gesetzlichen Krankenkassen Thema wissenschaftlicher Fragestellungen.

Trotz langjähriger Forschungstätigkeit in diesem Bereich konzentriert sich die Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung nach Ansicht von Breucker, 2000 bislang jedoch zu sehr auf den produktionsbezogenen Ansatz und die Ergebnisqualität und deren Messbarkeit. Zu wenig Beachtung habe dagegen die Kunden- und Prozessorientierung gefunden, wie sie bei der Qualitätssicherung von Dienstleistungen Anwendung findet.

Auch Pfaff/Slesina (2001) kommen in ihrer Publikation zu dem Ergebnis, dass zwar die Vorgehensweise zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren methodische Fortschritte gemacht habe. Eine einheitliche Vorgehensweise erkennen sie dabei jedoch nicht. Außerdem liegt der Schwerpunkt zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung nach ihrer Erkenntnis auf der Evaluation, wohingegen evaluationsunabhängige Formen, wie beispielsweise Qualitätssicherung mittels Leitlinien, deutlich weniger Anwendung fänden.

⁴² Aktualisierte Version: Januar 2007

⁴³ Mitglieder des Europäischen Netzwerkes und gleichzeitig nationale Kontaktstellen sind staatliche Organisationen des Arbeitsschutzes und Gesundheitswesens aus allen 27 Mitgliedsstaaten, Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie der Schweiz.

⁴⁴ Kooperation des BKK Bundesverbandes, AOK-Bundesverbandes, des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung; mehr dazu unter www.iga-info.de

⁴⁵ BKK Bundesverband; ENWHP, 1999

Rosenbrock (2000) moniert ebenfalls, dass zwar verschiedene Ansätze zur Qualitätssicherung existieren, dieser Umstand jedoch nicht zwangsläufig dazu beiträgt, eine einheitliche Vorgehensweise zu entwickeln, weil sich die unterschiedlichen Vorgehensweisen häufig ähneln und teilweise überschneiden. Vergleichend führt er in seinem Beitrag den Bielefelder Leitfaden (siehe Badura et al, 1999) und die Qualitätskriterien des ENWHP (ENWHP, 1999) an. Auf diese Weise sei die Entwicklungsmöglichkeit einer systematischen Vorgehensweise trotz fehlenden einheitlichen Modells eingeschränkt.

Es stellt sich die Frage, ob der Grund der kaum vorhandenen Modellvielfalt darin liegt, dass man sich bereits einem Ideal angenähert hat. Oder andererseits, dass die Besonderheit der betrieblichen Praxis nicht mehr Spielraum für weitere Vorgehensweisen bietet. Es erscheint wenig sinnvoll, sich in der Systematik nicht an der betrieblichen Praxis zu orientieren, denn je praxisferner, desto unwahrscheinlicher ist eine (dauerhafte) Implementierung und Akzeptanz der Methode.

Auch im Hinblick auf die Knappheit der zur Verfügung stehenden Mittel ist es wichtig, den Aufwand und die Kosten für ein Qualitätsmanagement möglichst gering zu halten. Dies wird am ehesten erreicht und dauerhaft akzeptiert, wenn die Qualitätssicherung möglichst im Rahmen der "gewöhnlichen Geschäftstätigkeit" des Gesundheitsmanagements implementiert ist (vgl. auch Schubert/Zink, 2001).

Im Folgenden werden bestehende Modelle, die eine Bewertung von Gesundheitsmanagement ermöglichen und erfolgreich angewendet werden, vorgestellt.

8.1 Gesundheitsziele und Qualitätskriterien von der System- bis zur Angebotsebene

Es existieren bislang keine einheitlichen Gesundheitsziele und -indikatoren für die Gesundheitsförderung und Prävention. Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung (GVG) erarbeitete im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit während einer sechsjährigen Projektlaufzeit Gesundheitsziele auf Bundesebene (Bundesvereinigung für Gesundheit (Bundesvereinigung für Gesundheit, 2006 und Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 2003).

Diese gliedern sich in die Zielbereiche

- Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug
- Ziele zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention
- Ziele für ausgewählte Bevölkerungs- und Altersgruppen
- Ziele zur Stärkung der Bürger- und Patientenorientierung

Daran anknüpfend entwickelte das "Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung" (DFPG) Präventionsziele in den drei Arbeitsfeldern "Betriebliche Gesundheitsförderung", "Gesund altern" und "Gesunde Kindergärten und Schulen". Im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung unterstützt die GVG dabei den GKV-Spitzenverband bei der Entwicklung des Zielprozesses und der Verknüpfung mit internationalen Arbeitsschutzziele (Bundesvereinigung für Gesundheit, 2006, S. 4 f).

Der Spitzenverband der GKV entwickelte bundesweite Präventions- und Gesundheitsförderungsziele im nichtbetrieblichen und betrieblichen Setting und nahm diese mit der Version von 2008 in den Leitfaden Prävention auf. Die Zielformulierung basiert auf einem hierarchischen, morbiditätsorientierten Auswahlssystem (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a). Die Zahlen aus dem Berichtsjahr 2007 des Präventionsberichtes des MDS dienten als Basis zur jährlichen Erfolgskontrolle.

In Bezug auf die arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung wurde das Oberziel "Die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt ausschöpfen" festgelegt. Konkreter werden die drei darunter folgen Teilziele (siehe Bild I-13)

Die Funktion der Primärprävention ist relativ klar definiert (Krankheitsverhinderung, Risikoverminderung), die von Gesundheitsförderung dagegen nicht. Präventionsziele lassen sich empirisch ableiten und mittels eines Rangordnungsverfahrens priorisieren, indem Krankheiten und Krankheitsbilder nach Kriterien hierarchisch geordnet werden. Ziele zur Gesundheitsförderung fußen dagegen auf vielschichtigen Konzepten und haben meist mehrere Ziele, die zumindest anteilig unspezifisch, bzw. nicht klar definierbar sind. Diese sollten deshalb gleichrangig, statt nach hierarchischen Gesichtspunkten erfolgen (Bindzius et al, 2005).

Durch das Qualitätsmodell des ENWHP⁴⁶ existieren Kriterien und Leitlinien, die europaweit dazu beitragen, die erforderlichen strukturellen Rahmenbedingungen in Unternehmen zu schaffen, um Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umzusetzen (siehe Bild I-14). Die Anforderungen dieses Modells gelten als Grundvoraussetzung seitens des GKV-Spitzenverbandes, wenn es um die Prüfung und Gewährung von Unterstützung für die Betriebliche Gesundheitsförderung und Bonusprogramme für Betriebe geht.

⁴⁶ European Network for Workplace Health Promotion

3 Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention: "Reduktion von Psychischen und Verhaltensstörungen"	4 Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung: "Die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt ausschöpfen"
Teilziele 1. Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung "gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung" um 10% innerhalb von zwei Jahren 2. Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stress bewältigung/Stressmanagement um 10% innerhalb von zwei Jahren 3. Steigerung der Teilnahme älterer Arbeitnehmer an betrieblichen Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen um 10% innerhalb von zwei Jahren	Teilziele 1. Steigerung der Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen um 10% innerhalb von zwei Jahren 2. Steigerung der Anzahl an Betrieben, in denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt werden um 10% innerhalb von zwei Jahren 3. Steigerung der Anzahl an Betrieben mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben um 10% innerhalb von zwei Jahren

Bild I-13 Betriebliche Präventions- und Gesundheitsförderungsziele (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a, S. 15 f)

Auf der konkreten Angebotsebene betrachtet, ist die Zielformulierung im Sinne des Projektmanagements ein obligatorischer Bestandteil der Maßnahmeplanung. Ohne Zielformulierung kann das Projekt nicht gesteuert und nach dessen Abschluss nicht bewertet werden. Die Zielsetzung dient somit auch der Dokumentation des Problemlösungsprozesses und der Erstellung von Erfahrungsberichten (siehe auch Westermayer/Stein, 2006).

Die Qualität des Betrieblichen Gesundheitsmanagement lässt sich in drei Ebenen gliedern:

- Qualität der einzelnen Maßnahmen und Programme
- Qualität des Betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Beitrag des Gesundheitsmanagements zum Unternehmenserfolg

Zunächst muss auf der Unternehmensebene geprüft werden, welche Oberziele aus den Leitlinien des Unternehmens für das Gesundheitsmanagement abzuleiten sind, um das Gesundheitsmanagement politisch und strukturell danach auszurichten.

Diese Ziele werden sich aus solchen zusammensetzen, die im strukturellen Kontext des Gesundheitsmanagements direkt umgesetzt werden können und solchen, die zunächst für den jeweiligen Bereich (Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personal- und Organisationsentwicklung, Führungskräfteentwicklung, betriebliche Sozialberatung, etc.) heruntergebrochen und dort durch entsprechende Maßnahmenangebote operationalisiert werden. Neben dieser strategischen Top-Down-Zielsetzung und Festlegung der Rahmenbedingungen muss gleichzeitig auf der operativen Ebene die Partizipation der Mitarbeiter zur Ursachenanalyse von Problemschwerpunkten und Lösungsfindung gewährleistet sein.

Westermayer/Stein (2006) grenzen die Ziele für Betriebliches Gesundheitsmanagement und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nach der Perspektive der beteiligten Interessenvertreter ab:

- Unternehmen/ Arbeitgeber (Senkung der Kosten durch Arbeitsunfähigkeit, Verbesserung der Produktivität, Mitarbeiterzufriedenheit, Arbeitsklima, Flexibilität, Kommunikation, Planungssicherheit, Einhalten gesetzlicher Vorschriften, Unternehmensimage, Unterstützung durch die Krankenkasse, ...)
- Arbeitnehmervvertretung (Einhalten gesetzlicher Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, Partizipation der Mitarbeiter, Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit, Erhalt der Arbeitsfähigkeit durch Eingliederungsmanagement nach §84 SGB IX, Erhalt des Produktionsstandorts, Verankern der Betrieblichen Gesundheitsförderung in einer Betriebsvereinbarung, ...)
- Arbeitsmedizinischer Dienst (Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften, Erweitern des Gesundheitsschutzes, Ausbau von Kooperationen, "Marketing" für den AMD, Erhöhen des Einflusses auf Managemententscheidungen, ...)
- Krankenkasse (Senkung von Behandlungs- und Lohnfortzahlungskosten sowie chronischen Erkrankungen, "Marketing" durch verbreitertes Angebotsspektrum, Erfüllen § 20 SGB V und Leitfaden GKV-Spitzenverband, Ausbau von Kooperationen, ...)
- Gewerbliche Berufsgenossenschaften (Umsetzen § 14 SGB VII i.V.m. § 20 SGB V, Ausbau der Kooperation mit Krankenkassen, ...)
- Mitarbeiter (Erhalt der Beschäftigungs- und Leistungsfähigkeit, Erhalten und Fördern der eigenen Gesundheit, Verbesserung des Arbeitsklimas, der Kommunikation und der Vorgesetztenbeziehung.

Je nach Größe des Unternehmens ist die Einbeziehung weiterer Stakeholder wie beispielsweise die betriebliche Sozialberatung, Schwerbehindertenvertretung, Personalentwicklung, etc. denkbar. Eine solche Strukturierung nach Stakeholder-Perspektiven ermöglicht ein präzisiertes Bewertungsergebnis für die jeweilige relevante Zielgruppe. In jedem Fall berücksichtigt und bewertet werden sollte das Betriebliche Gesundheitsmanagement aus Unternehmenssicht und dessen Beitrag zur Steigerung der Produktivität. Bei Kooperationsprojekten, beispielsweise mit der Krankenkasse oder anderen Fachbereichen, scheint eine kooperative Bewertung unter Einbezug deren Zielsetzung sinnvoll.

Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung⁴⁰

- 1. Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik:**
Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung besteht darin, dass sie als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und in größeren Betrieben in bestehende Managementsysteme integriert wird. Dies schließt auch Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen ein.
- 2. Personalwesen und Arbeitsorganisation:**
Die wichtigste Aufgabe gesundheitsgerechter Personalführung und Arbeitsorganisation besteht darin, die Fähigkeiten der Mitarbeiter bei der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist dabei ausschlaggebend, dass alle Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter (Betriebs- bzw. Personalrat) möglichst weitgehend an Planungen und Entscheidungen beteiligt werden.
- 3. Planung betrieblicher Gesundheitsförderung:**
Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn sie auf einem klaren Konzept basiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeitern bekannt gemacht wird.
- 4. Soziale Verantwortung:**
Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist auch entscheidend, ob und wie die Stärkung persönlicher Kompetenzen den natürlichen Ressourcen gerecht wird. Soziale Verantwortung schließt die Rolle der Organisation auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene in Bezug auf die Unterstützung gesundheitsfördernder Initiativen ein.
- 5. Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung:**
Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden.
- 6. Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung:**
Der Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung kann an einer Reihe von kurz-, mittel- und langfristigen Indikatoren gemessen werden.

Bild I-14: Qualitätskriterien des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (Mai 1999), Darstellung nach: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a, S. 44 f, in: Handschuch/Strippel, 2008, S. 72.

Kriterien im Sinne des Qualitätsmanagements umfassen auch Strukturmerkmale wie personelle, räumliche und technische Ausstattung, Kenngrößen zur Beschreibung der Art und Weise, wie eine Dienstleistung erbracht werden soll (Prozesskennwerte), Ergebnisgrößen zur Beschreibung der Resultate wesentlicher Dienstleistungen (Ergebniskennwerte), eine Beschreibung des Evaluationssystems, in dem die Verantwortlichkeiten für die Steuerung der Prozess- und Ergebnisgrößen festgelegt sind und wie bei Abweichungen eine Optimierung herbei geführt wird (Schubert/Zink, 2001).

8.2 Bewertungsmodell des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP)

Im Jahr 1996 wurde das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP⁴⁷) gegründet. Mitglieder sind Institutionen des Arbeitsschutzes und des öffentlichen Gesundheitswesens aus allen EU-Mitgliedsstaaten und den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums.

Grundlage der Arbeit ist das Gemeinschaftsprogramm der EU zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -erziehung. Ziel des Netzwerkes ist ein informeller Austausch zu Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz und der Verankerung der Betrieblichen Gesundheitsförderung als ganzheitlichen Ansatz in allen Mitgliedsstaaten der EU.

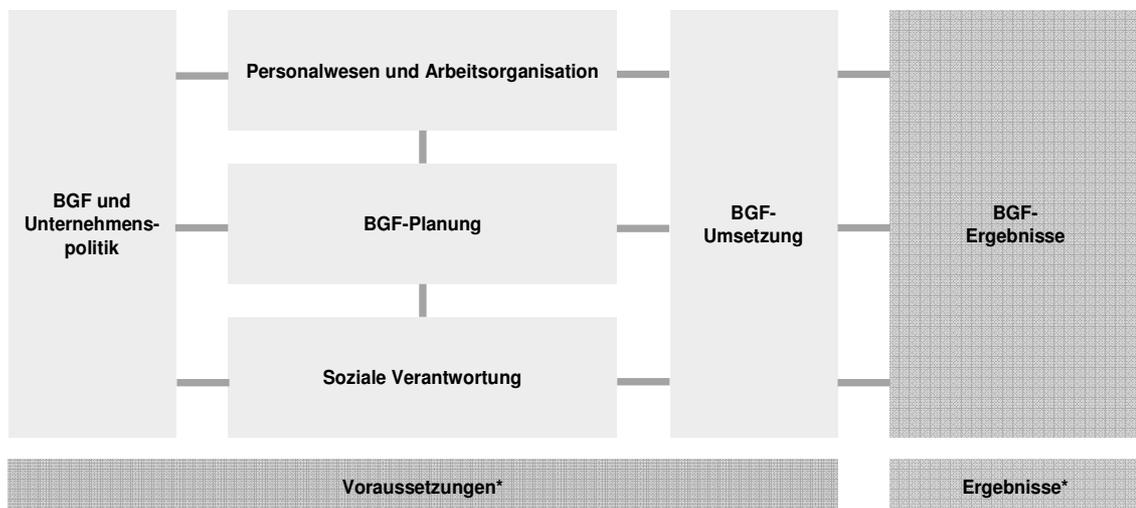
Die im Jahre 1997 verabschiedete Luxemburger Deklaration definiert ein gemeinsames, europaweites Verständnis betrieblicher Gesundheitsförderung, bei dem es insbesondere um die Anforderungen an die Qualität Betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen geht. Die Erklärung basiert auf der Europäischen Rahmenrichtlinie "über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit" (89/391/EWG), aus der das deutsche Arbeitsschutzgesetz von 1996 hervorgeht und der Tatsache, dass dem Arbeitsplatz als Handlungsfeld der öffentlichen Gesundheit eine größer werdende Bedeutung zukommt.

Seit 1999 existiert das im Rahmen eines zweijährigen Netzwerkprojektes erarbeitete Qualitätsmodell sowie ein Katalog, in dem die Qualitätskriterien für Betriebliche Gesundheitsförderung festgelegt sind. Dieser Katalog und ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung soll es Unternehmen ermöglichen, mit einem vertretbaren Aufwand die Qualität der innerbetrieblichen Gesundheitspolitik selbst zu bewerten und sich im Rahmen eines Lernprozesses zu einer "gesundheitsfördernden Organisation" zu entwickeln (Breucker, 2001).

⁴⁷ European Network for Workplace Health Promotion

Das Qualitätsmodell entstand in Anlehnung an das EFQM-Modell zum Total Quality Management (TQM) (siehe Abschnitt 4.6.3). Wie dieses gliedert es sich in zwei Hauptgruppen, in diesem Modell: "Voraussetzungen" und "Ergebnisse". Diese setzen sich aus sechs Qualitätsdimensionen zusammen, denen wiederum einzelne Kriterien unterliegen.

Durch Anwendung dieses Modells soll die Abgrenzung unterschiedlicher Professionen und dem traditionellen Arbeits- und Gesundheitsschutz überwunden und ein europaweiter Konsens über Inhalt und Ziele Betrieblicher Gesundheitsförderung geschaffen werden (Breucker, 2000). So soll ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch stattfinden und durch Kooperation der beteiligten Länder erfolgreiche Praxisbeispiele der betrieblichen Gesundheitsförderung verbreitet und Programme zur Gesundheitsförderung initiiert werden.



* Zu den Voraussetzungen gehören alle Verfahrensweisen und Strukturen, die eine gesundheitsfördernde Organisation benötigt. Diese führen zu entsprechenden Ergebnissen

Bild I-15: Qualitätsmodell des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (nach BKK Bundesverband; ENWHP, 1999, S. 4)

In der Praxis hat sich gezeigt, dass eine fehlende Einbettung betrieblicher Gesundheitsförderung in den Organisationsablauf und das Fehlen vorheriger Bedarfsanalysen zur Auswahl zielgerichteter Aktivitäten ein häufiges Defizit darstellt. Die Qualitätskriterien tragen dem Rechnung und zielen entsprechend auf ein hohes Maß an Systematik, Wirksamkeit und Integration der geplanten Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Die Kriterien des ENWHP umfassen folgende Dimensionen (zusammenfassend in ENWHP, 1999 und Breucker, 2001):

Unternehmenspolitik: Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg Betrieblicher Gesundheitsförderung besteht darin, dass sie als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und in größeren Betrieben in bestehende Managementsysteme integriert wird. Dies schließt auch Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen ein.

Kriterien: Existenz einer schriftlichen Unternehmensleitlinie zur BGF, vorbildhaftes Führungsverhalten, ausreichende Ressourcen für BGF, regelmäßige Prüfung des Fortschritts von BGF-Maßnahmen durch das Management, Berücksichtigung BGF in der Aus- und Weiterbildung (speziell Führungskräfte), Zugang zu wichtigen gesundheitsrelevanten Einrichtungen für alle Mitarbeiter.

Personalwesen und Arbeitsorganisation: Die wichtigste Aufgabe gesundheitsgerechter Personalführung und Arbeitsorganisation besteht darin, die Fähigkeiten der Mitarbeiter bei der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Für den Erfolg Betrieblicher Gesundheitsförderung ist dabei ausschlaggebend, dass alle Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter möglichst weitgehend an Planungen und Entscheidungen beteiligt werden.

Kriterien: Ausreichende Kompetenzen auf Seiten der Mitarbeiter im Hinblick auf Bewältigung der Arbeitsanforderung, Förderung von Entwicklungsmöglichkeiten für Mitarbeiter im Rahmen der Arbeitsorganisation, Partizipation in Gesundheitsfragen, Förderung eines positiven Arbeitsklimas durch Vorgesetzte, Wiedereingliederungsmanagement, Work-Life-Balance.

Planung von BGF: Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn sie auf einem klaren Konzept basiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeitern bekannt gemacht wird.

Kriterien: Flächendeckende Umsetzung von BGF-Maßnahmen, Ableitung von Maßnahmen anhand regelmäßiger Ist-Analysen, ausreichende interne Kommunikation von BGF-Aktivitäten.

Soziale Verantwortung: Für den Erfolg Betrieblicher Gesundheitsförderung ist auch entscheidend, ob und wie die Organisation ihrer Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen gerecht wird. Soziale Verantwortung schließt die Rolle der Organisation auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene in Bezug auf die Unterstützung gesundheitsförderlicher Initiativen ein.

Kriterien: Schädigende Umwelteinflüsse werden vermieden, Unterstützung gesundheitsbezogener, sozialer, kultureller und fürsorglich ausgerichteten Initiativen.

Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung: betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden.

Kriterien: Existenz einer Steuerungsstruktur, systematische Informationserhebung im Rahmen der Planung, Festlegen von Zielgruppen und quantifizierbaren Zielen, Kombination verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen.

Ergebnisse von BGF: Der Erfolg Betrieblicher Gesundheitsförderung kann an einer Reihe von kurz-, mittel-, und langfristigen Indikatoren gemessen werden.

Kriterien: Beitrag BGF zur Kundenzufriedenheit, zur Mitarbeiterzufriedenheit und zum wirtschaftlichen Unternehmenserfolg, verbesserte Gesundheitsindikatoren.

Eine nationale Plattform, die auf dem europäischen Vorbild des Netzwerks für Gesundheitsförderung basiert, ist das Deutsche Netzwerk zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (DNBGF). Auch dort werden vorhandene Informationen zu Aktivitäten vernetzt und eine Berücksichtigung bislang vernachlässigter Bereiche angeregt. Auch der internationale Erfahrungsaustausch und die Aufbereitung von Forschungsergebnissen gehören zu den Aufgaben des Netzwerks, um Entscheidungsträger vom Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu überzeugen und so eine Verbreitung in alle Bereiche der Arbeitswelt zu erreichen.

Ähnliche Ziele verfolgt auch das "Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union e.V.". Dort haben sich Unternehmen, Verwaltungen und Körperschaften zusammengeschlossen, um sich im Sinne der "Luxemburger Deklaration" des ENWHP für betriebliche Gesundheitsförderung zu engagieren. Mitglieder des Netzwerkes profitieren durch einen vereinfachten Zugang zu Gesundheitsförderungsprojekten.

In der Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V übernahmen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen die Qualitätskriterien des ENWHP in den "Leitfaden Prävention". Deren "weitgehende Erfüllung [...] bzw. die Verpflichtung des Betriebes für die Zukunft, sich an diesen Kriterien zu orientieren", ist die Voraussetzung, damit seitens der Krankenkassen eine Unterstützung von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung gewährt werden (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2010, S. 63).

Krankenkassen, wie z.B. der BKK Bundesverband und die AOK Niedersachsen haben die Kriterien in ihre Bewertungsmodelle einfließen lassen, die die Grundlage für ein Bonusmodell für Betriebe nach § 65a SGB V bilden (siehe 8.3).

Instrumente zur Selbstbewertung, wie das Modell des ENWHP, sind nach Ansicht von Pfaff/Slesina (2001) als Ergänzung, nicht jedoch als Ersatz konkreter Maßnahmenbewertungen zu sehen, weil sie keine Informationen über eine prinzipielle Wirksamkeit liefern.

Die Qualitätskriterien sind faktisch global formuliert und geben den Verantwortlichen nur wenige Anhaltspunkte zur konkreten Umsetzung. So wird zum Beispiel nach dem Vorhandensein von Leitlinien zur Gesundheitsförderung gefragt, nicht aber danach, ob sich diese in der Zielformulierung des Gesundheitsmanagements und den Maßnahmenzielen wiederfinden und die Zielerreichung überprüft wird.

Trotz der allgemeinen Formulierung stellen die Qualitätskriterien aber eine gute Ausgangsbasis, sozusagen als "Minimalanforderungen", zur Implementierung eines erfolgreichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements dar.

8.3 Bonusmodelle gesetzlicher Krankenkassen

8.3.1 Bonusmodell der AOK Niedersachsen

Im Zeitraum von 1996 bis 2004 entwickelte und erprobte die AOK Niedersachsen in Kooperation mit dem Institut für Technologie und Arbeit der Universität Kaiserslautern im Rahmen eines Modellvorhabens zur "Weiterentwicklung der Versorgung" nach § 63 ff Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ein Bonusmodell (§ 65a Abs. 2 SGB V) zur Qualitätssicherung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Das Bonusmodell orientiert sich, wie das Qualitätsmodell des ENWHP, ebenfalls am EFQM-Modell und gliedert sich wie dessen Vorbild in die beiden Kriteriengruppen "Voraussetzungen" für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement und "Ergebnisse" des Gesundheitsmanagements. Es zielt ebenfalls auf einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess ab, durch den eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitssituation im Unternehmen gefördert werden soll.

Als Betriebliches Gesundheitsmanagement wird in diesem Kontext die Verbindung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Gesundheitsschutz verstanden. Erfolgskritische Faktoren sollen die Qualität und damit den Erfolg des Betrieblichen Gesundheitsmanagements messbar machen.

Kombiniert werden in dem Modell die Selbst- und Fremdbewertung des Gesundheitsmanagements. Das Ergebnis der Selbstbewertung ist ausschlaggebend für die Gewährung eines Beitragsbonus für die Dauer von einem Jahr. Die Auswertung des Pilotprojektes zeigte, dass die Wirksamkeit eines umfassenden Gesundheitsmanagements größer ist als wenn nur Einzelmaßnahmen angeboten werden (Drupp/Osterholz, 2001).

Die Erfahrungen zeigten allerdings auch, dass es in den Unternehmen häufig an einer systematischen Überprüfung zur Konzept- und Prozessqualität mangelt (Thul/Zink, 2001).

Zudem bewarben sich, von insgesamt 60 Unternehmen in den ersten beiden Jahren, nur neun im dritten Jahr für die Gewährung eines prospektiven Beitragsbonus. Bei den über drei Jahre teilnehmenden Betrieben zeigten sich in diesem Zeitverlauf sowohl Verbesserungen der Kriterien wie auch Stagnation oder auch Verschlechterungen in den Werten. Die Ursache sehen die Autoren in nicht vorhandenen Regelkreisen im Gesundheitsmanagement eines Unternehmens.⁴⁸ In einer Überarbeitung des Modells soll diese Problematik berücksichtigt werden und außerdem auch eine ökonomische Bewertung zukünftig Bestandteil des Modells sein (Drupp/ Osterholz, 2001).

Die AOK Niedersachsen legt im Rahmen der gemachten Praxiserfahrungen folgende Kriterien für ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement fest (vgl. ebd, S. 145 f):

- Orientierung der Maßnahmen an der Unternehmensstrategie (Systematik und Zielorientierung)
- Präsenz des Themas "Gesundheit" auf allen Führungsebenen bis zu den Mitarbeitern
- Interdisziplinäre Kooperationen
- Regelkreis Gesundheitsmanagement: Bedarfs- und Potenzialanalyse, Prioritätensetzung, Ziel- und Maßnahmenplanung, Umsetzung, Kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse
- Projektorganisation
- Verbinden von Prävention und Gesundheitsförderung

Allerdings zeigten sich in der Projektphase des Bonusmodells auch Defizite (vgl. ebd, S. 153):

- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung schaffen es selten bis zur Verstetigung, meist bleibt es bei Aktionismus.
- Eine Verstetigung und Ausweitung der Prozesse auf das gesamte Unternehmen war nicht möglich. Somit verfielen auch die intervenierten Bereiche wieder in ihren alten Trott.

⁴⁸ Dass sich das Vorhandenseins eines Steuerungsgremiums positiv auf die Qualität und Vorgehensweise des Betrieblichen Gesundheitsmanagements auswirkt, zeigt auch der Präventionsbericht des MDS (Handschuh/Strippel, 2008, S. 105 f).

- Die Verknüpfung von Zielen des Themas Gesundheit und anderen Unternehmensinternen Themen gelang ebenfalls nicht (medizinische statt ganzheitliche Sicht).
- Wegen der fehlenden Verstetigung von Gesundheitsförderung bleibt diese weiterhin eine Schönwetteraktivität ohne strategische Ausrichtung, die in schwierigen Zeiten entsprechend eingestellt/ eingeschränkt wird.
- Expertensicht statt Beratung zur Organisationsentwicklung (Experten treffen in BGM-Steuerkreis auf weitere Experten).

Die Autoren äußern sich außerdem kritisch, dass Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement immer noch als humanistischer Akt verstanden werde, der jedes ökonomisches Verständnis entbehrt. Dies äußere sich vor allem dadurch, dass

"[...] Kosten ebenso wie die unterschiedlichen Nutzenaspekte nicht systematisch erfasst werden und dass auch eine Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen in allzu vielen Fällen fast als verwerflich wahrgenommen wird und deshalb die geforderten Reviews eher zögerlich angegangen werden." (ebd, S. 155)

Eine realistische Planung finanzieller und personeller Mittel ist nach Ansicht der Autoren jedoch wegen der kaum vorhandenen Erfahrungswerte und der Komplexität der Maßnahmen schwierig.

Dies allerdings kann m. E. so auf Dauer nicht gelten, denn irgendwann muss ein Anfang gemacht werden, was das Sammeln von Erfahrungen angeht, und eine realistische Planung ist zwar schwierig, aber doch nicht unmöglich, wohl eher unbequem, weil sie konkrete Überlegungen und ein verbindliches Festlegen von Vorgaben und entsprechende Einhaltung erfordert.

Kennzahlen wie Krankenstand, Unfallrate und Befindlichkeitswerte halten Drupp/Osterholz (ebd) für nicht geeignete Indikatoren zur Erfolgsmessung, weil sie in erster Linie von anderen Faktoren als gesundheitsfördernden Aktivitäten beeinflusst werden (Angst um Arbeitsplatz, umfangreiche Umstrukturierungen, neue Eigentümer, etc.).

Als problematisch bewerten sie den Umstand, dass in Betrieben mitunter mehrere zeitlich und prioritär nicht aufeinander abgestimmte Aktionen parallel durchgeführt werden, in der Hoffnung auf unmittelbar sichtbare Erfolge. Diese Vorgehensweise verschlinge jedoch fachliche und finanzielle Ressourcen und damit auch jeden Nutzeneffekt. Der Anspruch der Nachhaltigkeit kollidiert mit dem Anspruch auf schnelle und sichtbare Veränderungen sowohl seitens des Managements als auch der Mitarbeiter.

8.3.2 Modell für ein Integratives Betriebliches Gesundheitsmanagement (IBGM)

Zink/Reuter (2003) stellen in ihrem Leitfaden "Auf dem Weg zum Integrierten Managementsystem" auch das Konzept eines "Modells für integratives Betriebliches Gesundheitsmanagement (IBGM-Modell)" des Instituts für Technologie und Arbeit der Universität Kaiserslautern vor. Dieses Modell wurde gemeinsam mit den Landesverbänden der AOK entwickelt.

Auch hier ist das Ziel der Krankenkassen die jährliche Bewertung zur Gewährung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Beitragsboni (Thul/Zink, 2001, S. 161-197).

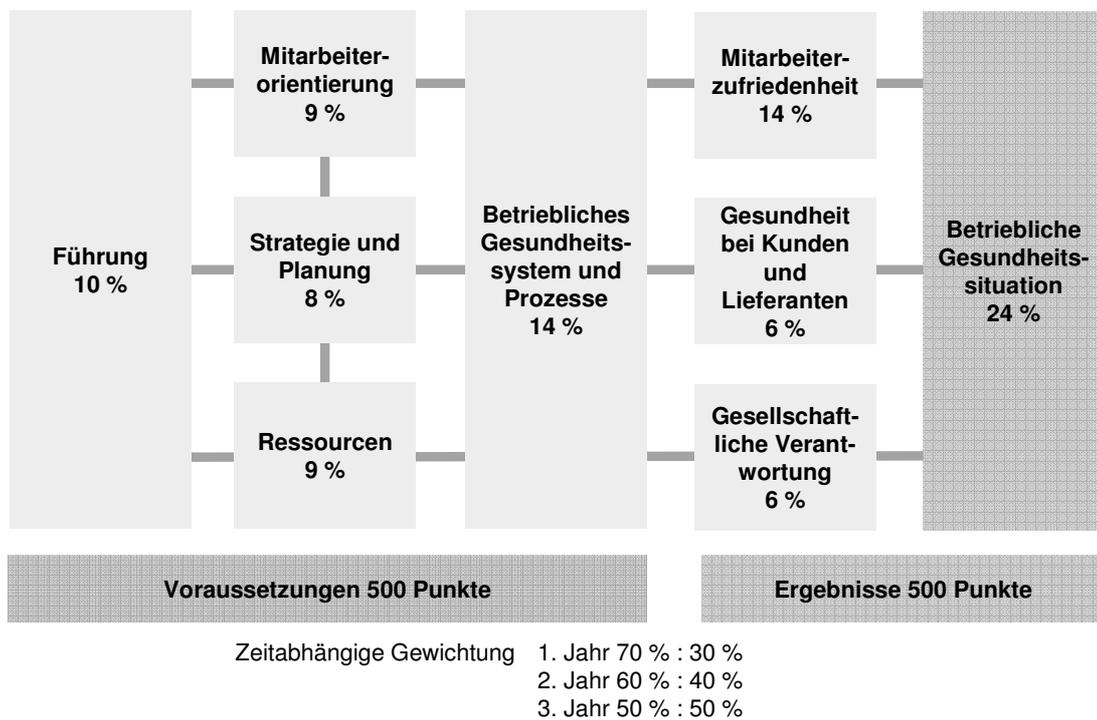


Bild I-16 Modell des integrativen Gesundheitsmanagements (vgl. Thul/Zink, 2001, S. 169)

Mit dem Modell erfolgt eine Erweiterung von einer ausschließlich "ergebnisorientierten zu einer potenzialorientierten Evaluation" (ebd., S. 165) also von der Vergangenheits- zu einer Zukunftsorientierung. Die Verknüpfung von Erfolgen und deren Erfolgsfaktoren sind die Voraussetzung für eine stetige Weiterentwicklung des Gesundheitsmanagements im Sinne eines Lernprozesses.

Als Vorteil der Gesundheitsförderung sehen die Autoren den weit reichenden, ressourcenorientierten Gesundheitsbegriff und das Ziel einer aktiven Einbindung der Mitarbeiter zur Verbesserung ihrer Gesundheit.

Zu den Schwachstellen zählt nach ihrer Einschätzung die weiterhin mangelhafte Systematisierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Sie erachten eine gesetzliche Verankerung und somit Verpflichtung für Unternehmen zur Durchführung von Gesundheitsförderung als notwendig, um zu verhindern, dass in wirtschaftlich schwierigen Zeiten die Gesundheitsförderung als freiwillige Leistung vernachlässigt oder gar eingestellt wird.

Dem ist anzumerken, dass eine "staatliche Anordnung" zwar dazu führen kann, dass das Thema an sich zwangsläufig im Unternehmen vorhanden ist. Wenn für den Arbeitgeber und dessen Vertreter der Nutzen jedoch nicht klar ersichtlich ist bzw. der dafür notwendige Aufwand als zu hoch erachtet wird, werden sich die Aktivitäten auf ein Mindestmaß beschränken.

Das Modell geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus und berücksichtigt physische und psychische Aspekte und ist verhaltens- als auch verhältnisorientiert ausgerichtet. Das zu implementierende Gesundheitsmanagement vereint den präventiv ausgerichteten Arbeits- und Gesundheitsschutz und den salutogenetischen Ansatz der Gesundheitsförderung. Implementiert werden soll das Gesundheitsmanagement außerdem in das im Unternehmen bestehende Managementsystem.

Das Thema Gesundheit soll nicht auf das Wissen einzelner Experten beschränkt sein, sondern im gesamten Unternehmen auf allen Ebenen gelebt werden. Die Arbeitgeberseite soll durch den finanziellen Anreiz dazu gebracht werden, die Gesundheitssituation im Unternehmen nachhaltig zu verbessern. Bei den Beschäftigten hingegen ist das Ziel, sie zu eigenverantwortlichem Gesundheitsverhalten durch Organisations- und Personalentwicklung zu befähigen.

Ein wichtiges Instrument innerhalb des Konzeptes ist der Selbst- und Fremdbewertungsansatz. Dessen Struktur orientiert sich am EFQM-Modell und soll Aussagen zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems liefern. Bewertet werden allerdings nicht nur Ergebnisse, sondern auch die Rahmenbedingungen, die sich maßgeblich auf das Ergebnis ausgewirkt haben (Thul/Zink, 2001).

Die Rolle Gesundheit im Integrierten Managementsystem nach Zink/Reuter, 2003 findet sich unter dem Element 4, Mitarbeiter (ebd S. 10 ff):

Teilelement 4a:

- Personalauswahl, -einsatzplanung und -entwicklung
- Bedürfnisse und Gesundheit der Mitarbeiter

Teilelement 4b:

- Arbeitsplatzgestaltung in Bezug auf organisatorische, technische und soziale Arbeitsbedingungen
- Festlegen von Entscheidungsbefugnissen und Verantwortungsspielräumen
- Umgang mit leistungsgeminderten Mitarbeitern
- Förderung der Eigenverantwortlichkeit, und Bewusstseinsförderung
- Einbindung Betriebsrat

Modelle für Qualitäts-, Umwelt-, Arbeitssicherheit- und Gesundheitsmanagementsysteme innerhalb eines Integrierten Managementsystems findet sich ausführlich in Zink/Reuter (2003, Anhang 2, S. 4 ff).

8.4 Qualitätssicherung von Prävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung nach Maßgabe §§ 20 und 20a SGB V

Die Aktivitäten der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) konzentrierte sich in den Anfangsjahren im Wesentlichen auf die Entwicklung und Implementierung von Gesundheits- und Präventionsprogrammen. Die Vorgehensweise war zu dieser Zeit wenig planmäßig, die Festlegung konkreter Gesundheitsziele und die Entwicklung geeigneter Methoden und Instrumente zum Nachweis der Zielerreichung von durchgeführten Angeboten und eine Bewertung auch nach betriebswirtschaftlichen Aspekten waren nachrangig oder existierten nicht. Sofern eine Bewertung durchgeführt wurde, beschränkte sich diese auf das nachträgliche Erfassen der Teilnehmerzahl und die Abfrage der allgemeinen Zufriedenheit mit der Veranstaltung und Organisation. Eine subjektive Einschätzung der Wirksamkeit oder gar eine objektive, valide Erhebung fand nicht statt (Walter et al, 2001; Pfaff/Slesina, 2001).

Die Krankenkassen erhielten im Jahr 1989 durch Inkrafttreten des § 20 SGB V einen Präventionsauftrag und die Möglichkeit zur Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Angebote, die auf dieser gesetzlichen Grundlage durchgeführt wurden, erweckten jedoch schon bald den Anschein, sich eher an der Nachfrage als an Problemstellungen zu orientieren und damit Marketingzwecke der Krankenkassen und nicht Gesundheitsförderungsinteressen von Versichertengruppen zu bedienen.

Mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform und des Beitragsentlastungsgesetzes im Jahr 1996 wurde § 20 SGB V dann auch aufgehoben.

Die weitere Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene führte unter anderem dazu, dass im Jahr 2000 eine Neuformulierung des § 20 SGB V in Kraft trat, mit dem die gesetzlichen Krankenkassen den Präventionsauftrag zurück erhielten. Um in Zukunft angemessene Angebote und eine qualitätsorientierte Vorgehensweise sicherzustellen, wurde gesetzlich verankert, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen⁴⁹ unter Einbezug von unabhängigem Sachverstand einheitliche Handlungsfelder und Kriterien in Bezug auf Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik, festlegen (§ 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 20a Abs. 1 Satz 2 SGB V).

8.4.1 Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbandes Bund

Zur Umsetzung der gesetzlichen Forderung verabschiedeten die Spitzenverbände der Krankenkassen im Juni 2000 erstmals den Leitfaden "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V". Der Leitfaden wird seitdem unter Berücksichtigung rechtlicher Änderungen, aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Praxiserfahrung der Krankenkassen kontinuierlich überarbeitet. Auch das Thema Qualitätssicherung und die Entwicklung von Methoden und Instrumenten werden im Leitfaden stetig ausgebaut und konkretisiert. Inhaltlich unterstützt wird der Spitzenverband GKV dabei von der Beratenden Kommission unabhängiger Expertinnen und Experten⁵⁰. Der Leitfaden gilt verbindlich für die Krankenkassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 20 und § 20a SGB V.

Maßnahmen, die nicht den dort festgelegten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Kassen nicht im Rahmen der beiden Paragraphen durchgeführt oder gefördert werden (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2010).

⁴⁹ Seit Mai 2007 im Zuge der Umsetzung der Gesundheitsreform GKV Spitzenverband Bund, als zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Krankenversicherung mit Sitz in Berlin. Er ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V, ihm gehören alle gesetzlichen Krankenkassen an. Seit dem 1. Juli 2008 vertritt GKV Spitzenverband Bund die Belange der GKV auf Bundesebene und gestaltet mit den Partnern auf Seite der Leistungserbringer die Rahmenbedingungen für Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland (Handschuh/Strippel, 2008, S. 17).

⁵⁰ Die „Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ setzt sich aus je einem Vertreter des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG), der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zusammen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2010, S. 18).

Der Leitfaden enthält grundsätzliche Anforderungen zur Anerkennung und möglichen (finanziellen) Unterstützung durch die Gesetzlichen Krankenkassen, (ebd, S. 61 ff):

- *Anbieter* - Adäquate Qualifikation, Qualitätsnachweis nach Maßgabe des Leitfadens. Das Anlegen eines hohen Qualitätsmaßstabs ist nach dem Leitfaden verbindlich, die Kriterien als Empfehlung formuliert.
- *Krankenkassen* - Bedarfsorientierte Vorgehensweise unter Verwendung geeigneter und bewährter Instrumente, Konzepterstellung in Abstimmung mit dem Betrieb und dem Unfallversicherungsträger und auf Grundlage der erfolgten Bedarfsermittlung, Kombination nachhaltiger verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen sind auch hier verpflichtend, die Dokumentation und Bewertung wird empfohlen.
- *Betriebe* - Weitgehende Erfüllung der Qualitätskriterien des ENWHP, bzw. Verpflichtung des Unternehmens, sich zukünftig an diesen zu orientieren, wird für die mögliche Finanzierung seitens der Krankenkassen vom Spitzenverband empfohlen. Anknüpfend daran sollen Maßnahmen nur dann finanziert werden, wenn eine Unternehmensleitlinie zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden ist, Mitarbeiter und/ oder Personalvertretung zum Thema Gesundheit partizipiert werden, eine regelmäßige Ist-Analyse durchgeführt wird, ein Steuerungsgremium vorhanden ist, eine regelmäßige Auswertung und Begleitung von Maßnahmen stattfindet und eine transparente Ergebnisdokumentation für alle beteiligten Akteure durchgeführt wird.

Die gesetzlichen Krankenkassen sehen sich in folgenden Rollen und Funktionen bei der Unterstützung von BGF-Projekten (ebd, S. 62 f):

1. Impulsgeber und Initiator
2. Konzeptentwicklung und Beratungsfunktion
3. Moderation der Projektgruppe (z. B. Arbeitskreis Gesundheit)
4. Moderation von Gesundheitszirkeln
5. Projektmanagement
6. Durchführung einzelner Bausteine innerhalb eines komplexen Programms
7. Dokumentation und Erfolgskontrolle
8. interne Öffentlichkeitsarbeit (Information der Belegschaft)
9. Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation

"Grundsätzlich werden diese Aufgaben nur übernommen, wenn beide Sozialpartner eingebunden sind, datenschutzrechtliche Belange berücksichtigt werden sowie ein integriertes Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung vorliegt."

Der monetäre Richtwert lag im Jahr 2010 für Maßnahmen nach §§ 20, 20a und 20b zusammen bei 2,86 Euro pro Versichertem (im Jahr 2008 bei 2,78 Euro pro Versichertem). Anzahl der GKV-Versicherten laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im selben Jahr 70.090.886 Mitglieder⁵¹).

Auch nach der Neuformulierung des § 20 SGB V und der Verabschiedung des ersten Leitfadens Prävention im Jahr 2000 gab es Kritiken, dass seitens des Spitzenverbandes weiterhin keine Vorgaben für spezifische Maßnahmen zur Qualitätssicherung formuliert wurden und zudem der Auftrag zur Schaffung von Transparenz und Entwicklung geeigneter Methoden und einer geeigneten unabhängigen Instanz zur wissenschaftlich fundierten und fachlichen Überprüfung der Ergebnisse fehle (Walter et al, 2001).

Dem steht inzwischen die Einbeziehung einer unabhängigen beratenden Expertenkommission entgegen. Zudem legte der GKV Spitzenverband in dessen Leitfaden Prävention in der Fassung von Juni 2008 fest, dass eine einheitliche Vorgehensweise zur Qualitätssicherung in einem mehrstufigen Prozess eingeführt und umgesetzt werden solle (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a).

In der Version von 2010 ist dies bereits konkreter und verbindlicher formuliert. Die Anwendung der vom GKV Spitzenverband zur Verfügung gestellten Instrumente und Materialien ist (bislang) jedoch freiwillig (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2010, S. 17).⁵²

Der Leitfaden Prävention (2008) enthält überdies eine Empfehlung zur Vorgehensweise im Sinne des Projektmanagements bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen (ebd, S. 20):

1. *Bedarfsermittlung*: Durchführung einer Analyse zur Ermittlung von settingspezifischen Belastungsschwerpunkten, Veränderungsbedarfe und -potentiale bei den betroffenen Gruppen.
2. *Zielformulierung*: Abgestimmte Priorisierung von Zielen und Einigung über Ergebnisparameter.
3. *Zielkonkretisierung*: Konkretisierung der Ziele in – ggf. mehrstufigen – Interventionen, Einigung über (Zwischen-) Ergebnisparameter und Bewertungsmaßstäbe.

⁵¹ http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte/KM1-Oktober-08.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/KM1-Oktober-08.pdf
abgerufen am 15.02.2009

⁵² Materialien zum Qualitätsmanagement in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß §§ 20 und 20a SGB V.; Download: www.gkv-spitzenverband.de; Versorgungsbereiche der GKV, Evaluation in der Primärprävention, dort u.a.: Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung

4. *Aufgabenverteilung*: Festlegung der Rollen der Akteure, Kooperationspartner und Finanziere für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte inner- und außerhalb des Settings und der Finanzierung; Zeitplanung.
5. *Einigung über Qualitätsmanagement*: Festlegung von Routinen für die Dokumentation und Bewertung von Interventionen.
6. Durchführung der Intervention
7. *Evaluation*: Bewertung der Durchführung und Ermittlung der Wirksamkeit der Interventionen – auch unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung/ Nachhaltigkeit.

Zu den von der GKV zur Verfügung gestellten Instrumenten und Materialien gehören auch die im September 2008 veröffentlichten "Gemeinsamen und einheitlichen Evaluationsverfahren [...] zur Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation von Maßnahmen" (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008b).

8.4.2 Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren des GKV Spitzenverbandes

Bereits in früheren Versionen des Leitfadens Prävention des GKV Spitzenverbandes wurden Maßnahmen zur Sicherung der *Strukturqualität* (nach den Qualitätskriterien für Betriebliche Gesundheitsförderung des ENWHP) und der *Dokumentation* der von der GKV erbrachten Leistungen im Sinne des § 20 SGB V (Präventionsbericht des MDS, seit 2001, siehe 8.4.3) vereinbart.

Dem Schwerpunkt *Ergebnisqualität* in Prävention und Gesundheitsförderung sind die "Einheitlichen Evaluationsverfahren" gewidmet, die im September 2008 (in einer vorläufigen Version) in Form eines Handbuchs veröffentlicht wurden⁵³. Sie stellen einen weiteren Schritt im Entwicklungsprozess von Methoden zur Qualitätssicherung im Sinne § 20 und § 20a dar.

Durch dieses Instrument soll kassenübergreifend die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung nachgewiesen werden und ein Vergleich sowohl zwischen den Einsatzfeldern (Individueller Ansatz, Betrieb und Schule), als auch zwischen den Betrieben und mit bundesweiten Referenzwerten und Normdaten aus großen Studien, möglich sein.

⁵³ <http://www.gesomed.de/downloads/Handbuch-2-BGF-2008-09.pdf>, abgerufen am 15. Februar 2009

Ein solches Handbuch existiert für jedes der drei Einsatzfelder und beinhaltet Materialien und Anleitungen zur Evaluation von Prävention und Gesundheitsförderung. Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, wurde bei der Erarbeitung der Erhebungsbögen so weit wie möglich auf Fragestellungen aus anderen Untersuchungen zurückgegriffen⁵⁴ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008b).

Die Ergebnisqualität von Maßnahmen und Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung wird mittels zwei zentraler Messinstrumente jeweils vor und nach der Durchführung erhoben:

1. Verankerung von Betrieblicher Gesundheitsförderung im Unternehmen
2. Messung des Gesamteffektes durch eine Mitarbeiterbefragung

Hinzu kommt eine Kurzdokumentation des Projektes und, sofern stattgefunden, steht auch eine Bewertung von durchgeführten Führungskräftebildungen zur Option (ebd, S. 6).

Der Evaluationsablauf und die zugehörigen Kategorien sind Bild I-17 zu entnehmen:

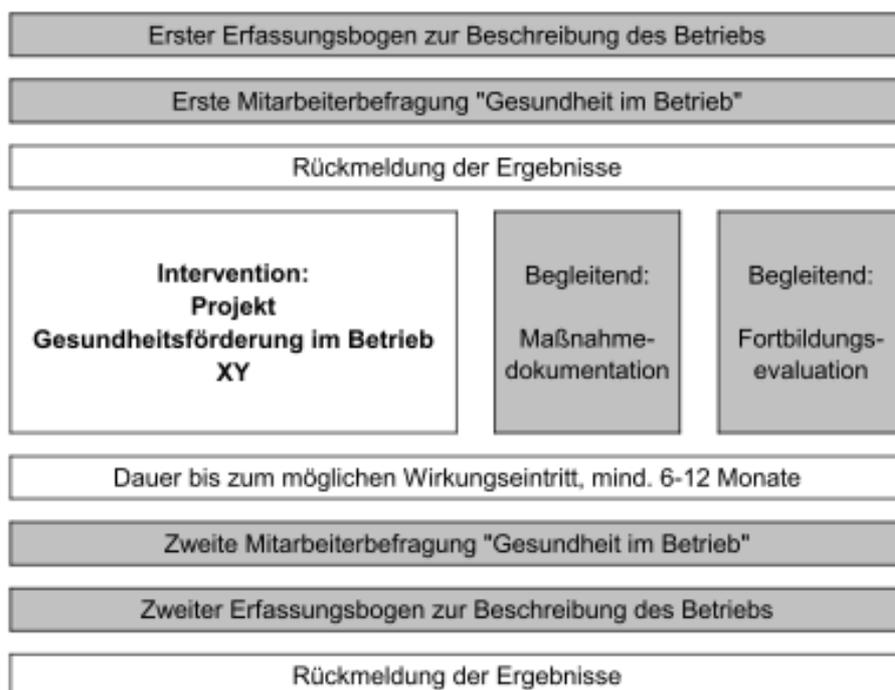


Bild I-17: Übersicht: Evaluationsverfahren der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008b, S. 6)

⁵⁴ Die Verfahrensentwicklung wurde vom GKV Spitzenverband vergeben an das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) in Hamburg und an GESO-MED - Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin mbH in Freiburg.

Instrumente <i>Einsatz/Zielpersonen</i>	Inhalte (Zahl der Vorgaben)
<p style="text-align: center;">B-1 Erfassungsbogen zur Beschreibung des Betriebs</p> <p style="text-align: center;"><i>vor/nach Projekt Fachkraft KK mit Betrieb</i></p>	Rahmendaten Betrieb <i>(Durchführungseinheit BGF, Branche, Zahl Mitarb., Fluktuation)</i> Rahmendaten Gesundheit <i>(Fehlzeiten, Unfälle)</i> Ausfüllende Person/en Rating von 26/28 Items zu "gesundheitsfördernden Idealzuständen" in 8 Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> • Verankerung von Gesundheitsförderung (5) • Fortbildung (2) • Planung (4) • Steuerung (4/5) • Partizipation (1) • Vielfalt (3) • Qualitätssicherung (4/5) • Soziale Verantwortung (3)
<p style="text-align: center;">B-2 Fragebogen für Mitarbeiter/innen</p> <p style="text-align: center;"><i>vor/nach Projekt alle Mitarb.</i></p>	Berufliche Stellung (12) Arbeitszufriedenheit (10) Gesundheitliche Beschwerden (21) Fehltage (1) Arbeitsplatzbelastungen (8) Gesundheitliche Lebensqualität SF-36: <ul style="list-style-type: none"> • subjektiver Gesundheitszustand (1) • Schmerz (2) • Vitalität (4) Alter, Geschlecht, Krankenkasse, Schulabschluss
<p style="text-align: center;">B-Dok1 Maßnahmedokumentation</p> <p style="text-align: center;"><i>begleitend Fachkraft KK</i></p>	Maßnahmetitel Zielebenen für Veränderungen (9) Themen (7) Art der Intervention (15) Arbeitsaufwand (3) Erreichte Personen Zielgruppe (4)
<p style="text-align: center;">B-3 Fortbildungsfragebogen</p> <p style="text-align: center;"><i>Teilnehmer/innen</i></p>	Ablauf, Methoden, Dozenten/innen, Teilnehmer/innen, Rahmenbedingungen, Lernzielerreichung, Gesamtbewertung Offene Zusatzfragen (Lob/Kritik/Umsetzung), Alter, Geschlecht

Bild I-18 Instrumente und Inhalte des Evaluationsinstruments des GKV-Spitzenverbandes (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, S. 8)

Bei der Entwicklung der Messinstrumente (Bild I-18) verfolgte man einen praktikablen Ansatz und analysierte zunächst bereits vorhandene Methoden, um möglichst diese in einem einheitlichen Instrument zusammen zu führen. In der Praxiserfahrung der Krankenkassen hatte man bereits erkannt, dass Längsschnittstudien aufgrund der Dynamik in einem Unternehmen nicht durchführbar sind und sich deshalb auf Querschnittsmessungen vor und nach einem Projekt geeinigt. Die Erhebungsbögen sollten individuellen betrieblichen Besonderheiten Raum lassen, eine angemessene Kürze aufweisen und sich auf das Wesentliche beschränken. Dadurch sind sie jedoch nicht für eine umfassende Ausgangsanalyse geeignet, müssen dies aber auch nicht, da die Krankenkassen hierfür bereits andere adäquate Methoden wie Arbeitsunfähigkeitsanalysen, Gefährdungsanalysen, Gesundheitszirkel, etc. einsetzen.

Ein weiteres Instrument zur Qualitätssicherung und zur Schaffung von Transparenz bezüglich der Aktivitäten aller Krankenkassen gemäß § 20 und § 20a SGB V ist die seit 2001 umgesetzte Dokumentation im Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

8.4.3 Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Seit dem Jahr 2001 veröffentlicht der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) jährlich einen Präventionsbericht. In ihm sind alle Leistungen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung (getrennt nach Setting-Ansatz und Betrieb) der Krankenkassen dokumentiert und veröffentlicht. Der Präventionsbericht soll Transparenz hinsichtlich der Aktivitäten der Krankenkassen in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung schaffen, Potenziale aufzeigen und Defizite aufdecken.⁵⁵ Seit 2009 übernimmt das Statistische Bundesamt Ergebnisse des Präventionsberichts auch in die Statistik des Bundes.

Die Daten für den Präventionsbericht werden mittels standardisiertem Fragebogen erhoben. Die Beteiligung und Rückmeldung ist für die gesetzlichen Krankenkassen freiwillig. Seit der Einführung des Berichts im Jahr 2001 hat die Anzahl der Rückmeldungen zu Projekten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung stetig zugenommen (von 1.189 im Jahr 2001 auf 3.014 im Jahr 2007) (Handschuch/Strippel, 2008, S. 78).

Einbezogen werden bei der Erhebung nicht nur Aktivitäten, die im abgelaufenen Berichtsjahr von den Kassen im Unternehmen durchgeführt wurden, sondern auch die, die von Dritten (Kooperationspartnern) unterstützt oder vom Unternehmen selbst durchgeführt und finanziert wurden.

⁵⁵ siehe ausführlich: <http://www.mds-ev.de/Praeventionsbericht.htm>, 13.02.2009

Allerdings wird dies nicht separat erhoben oder dargestellt, so dass nicht nachvollziehbar ist, in wie vielen Fällen allein die Kassen Unterstützung - auch finanzieller Art – geleistet haben und in welchen Dritte oder das Unternehmen selbst die Organisation und Finanzierung übernommen hat.

Erhoben werden durch den Fragebogen demographische Daten wie Branchenzugehörigkeit, Anteil weiblicher Beschäftigter, etc. Bezüglich der Interventionen werden die Durchführung von Bedarfsanalysen, Durchführung von Gesundheitszirkeln, Zielgruppenbezug, Koordination und Steuerung, die Laufzeit der Interventionen⁵⁶, außerbetriebliche Kooperationspartner, Anzahl erreichter Beschäftigter, Art der Interventionen und die Durchführung einer Erfolgskontrolle abgefragt.

Der Umfang der zu erhebenden Parameter entspricht damit im Wesentlichen auch denen, die Rosenbrock (2000) in seinem Beitrag fordert (vgl. ebd, S. 13 f.).

Auf eine bestimmte Zielgruppe ausgerichtet waren im Jahr 2007 laut Präventionsbericht lediglich 40 % der zurückgemeldeten Maßnahmen. Dabei handelte es sich meist um Maßnahmen in größeren Betrieben (Handschuh/Strippel, 2008, S. 84). Allerdings war in der Befragung eine Mehrfachnennung möglich, so dass eine konkrete Zielgruppendefinition nicht nachvollziehbar ist (Bild I-19).

Die Auswertungen des Präventionsberichts ergeben, dass das Vorhandensein einer Steuerungsgruppe für eine nachhaltige Integration von Vorteil ist. Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen erfolgten demnach umfassendere Bedarfsanalysen, Interventionen und Erfolgskontrollen.

Widersprüchlich sind die Angaben zu der Anzahl der durchgeführten Bedarfsanalysen. Laut Präventionsbericht 2008 wurde im Jahr 2007 in 90 % der Fälle eine Bedarfsanalyse durchgeführt. In den Berichtsjahren 2004 bis 2006 lag der Anteil bei etwa einem Viertel, was im Sinne einer zielgerichteten Vorgehensweise als mangelhaft zu bewerten ist⁵⁷ (Handschuh/Strippel, 2008).

⁵⁶ Nicht abgegrenzt werden zwischenzeitlich unterbrochene Maßnahmen. Dies kann zu Ergebnisverzerrungen führen, weil Laufzeiten u. U. erheblich "künstlich" verlängert werden.

⁵⁷ Die Formulierung im Präventionsbericht 2007 (Berichtsjahr 2006) berichtet andere Zahlen als die, die dem dazugehörigen Tabellenband zu entnehmen ist: "Im Berichtsjahr 2006 lagen bei 92 % aller Fälle Angaben zur Bedarfsermittlung vor (2004: 83 %, 2005: 90 %)." (Präventionsbericht 2007, S. 31, http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht_2007.pdf, Abruf 13.02.2009). Dagegen der Tabellenband zum Präventionsbericht 2007 (Berichtsjahr 2006), S. 54, Tabelle 60, http://www.mds-ev.de/media/pdf/Tabellenband_zum_Praeventionsbericht2007.pdf, Abruf 13.02.2009): "Zu unternommenen Schritten der Bedarfsermittlung seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten lagen Angaben vor" (2004) ja: 24,2 % nein: 75,8 %; (2005) ja: 26,1 %, nein: 73,9 %; (2006) ja: 24,6 % nein: 75,4 %

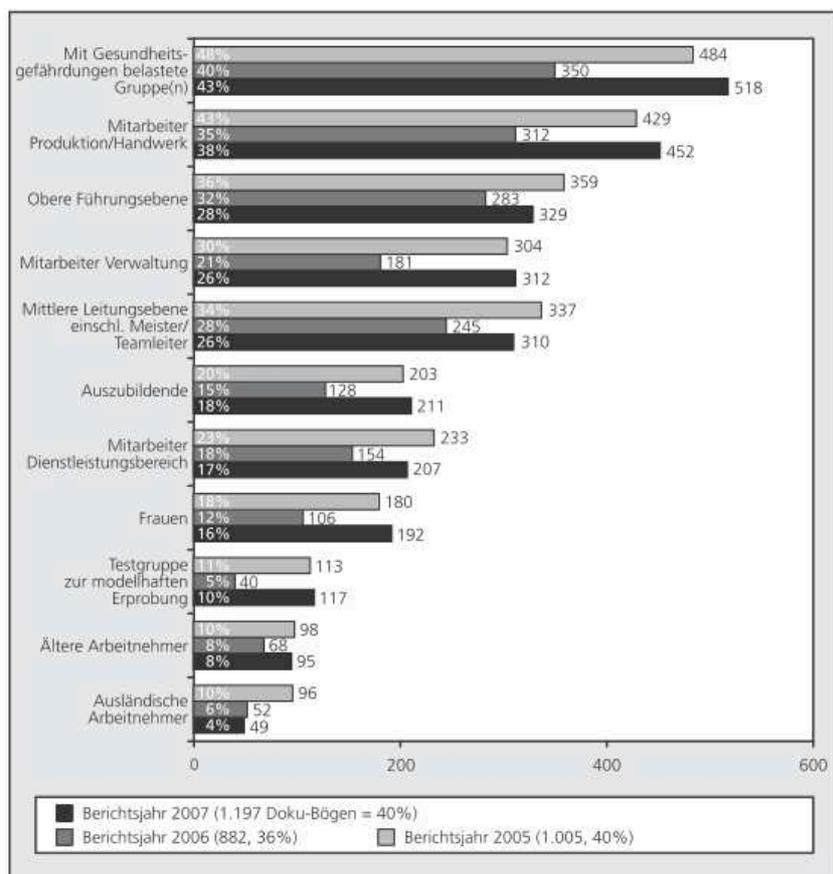


Bild I-19: Schwerpunktmäßige Zielgruppen bei Aktivitäten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2007 (Mehrfachnennungen möglich)(Handschuh/Strippel, 2008, S. 84)

Erkennbar ist, dass die Arbeitsunfähigkeitsanalysen der Krankenkassen in allen Berichtsjahren das am häufigsten zur Bedarfsermittlung eingesetzte Instrument ist. Es folgen Betriebs-/ Arbeitsplatzbegehungen sowie Zielgruppen-/ Mitarbeiterbefragungen und weitere Instrumente (ausführlich ebd, S. 87). In 45 % der Fälle wurden diese drei Methoden gleichzeitig angewendet. Gesundheitszirkel tauchen als Instrument der Bedarfsanalyse nicht auf, sondern werden separat ausgewertet (ebd).

Die Darstellung der durchgeführten Gesundheitszirkel ist für die Berichtsjahre 2004 bis 2008 m. E. zu vernachlässigen, da keine zuverlässige/ nachvollziehbare Darstellung erfolgt. Diese fällt in jedem Jahr sowohl in der Ausformulierung als auch in den Häufigkeitstabellen anders aus. Völlig aus dem Rahmen fällt die Grafik im Bericht 2008 die dargestellte Zahl an Gesundheitszirkeln (Handschuh/Strippel, 2008, S. 88) lässt vermuten, dass es sich um die Anzahl sämtlicher Zirkelsitzungen handelt, da sie völlig von den Vorjahreszahlen abweichen. Eine Erläuterung hierzu findet sich im Bericht nicht, dem Dokument "Ausfüllhinweise zum Dokumentationsbogen betriebliche Gesundheitsförderung", gültig ab dem Berichtsjahr 2007 ist lediglich zu entnehmen, dass nicht einzelne Sitzungen, sondern die Anzahl der Gesundheitszirkel als Ganzes genannt werden sollen.

Vergleicht man die Häufigkeitstabellen der Vorjahre, kann in den Jahren 2003 bis 2007 von einem Anteil an Gesundheitszirkeln in Höhe etwa eines Viertels an den zurückgemeldeten Maßnahmen ausgegangen werden.⁵⁸

Die Sorgfältigkeit, bzw. Nachvollziehbarkeit der Ausarbeitung der Präventionsberichte scheint demnach Entwicklungspotenzial zu bergen.

Der prozentuale Anteil an durchgeführten Erfolgskontrollen ging in den Berichtsjahren 2005 bis 2007 von 60 % auf 50 % stetig zurück. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Zufriedenheitsabfragen bei Teilnehmern und Arbeitgebern (nicht definiert ist, um welchen Unternehmensvertreter es sich hier handelt), sowie Veränderungen im Krankenstand. Eine gesundheitsökonomische Analyse erfolgte im Jahr 2007 in 11 % der Fälle. Was dort ermittelt wurde und welche Methoden dazu herangezogen wurden, lässt sich aus dem Bericht nicht schließen.

Als "Highlight" gefeiert wird im Präventionsbericht 2008 (ebd, S. 13), dass die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2007 knapp 300 Millionen Euro insgesamt für Primärprävention und Gesundheitsförderung ausgaben, was pro Versichertem laut Präventionsbericht einen Betrag von 4,25 Euro entspricht und damit das "gesetzlich vorgesehene Ausgabensoll von 2,74 Euro" um gut das 1,5fache übersteigt.

Die Freude aus Sicht der Gesundheitsförderung dürfte sich jedoch in Grenzen halten, liegen doch die Ausgaben für Primärprävention (Bewegung, Stressbewältigung, Ernährung, Suchtmittelkonsum) mit 250 Mio. Euro fast acht Mal so hoch wie die für Gesundheitsförderung (32,2 Mio. Euro; ebd, S. 78).

Das Überschreiten des gesetzlich vorgesehenen Betrags ist zudem nicht uneingeschränkt positiv zu sehen, denn eine deutliche Mehrausgabe bedeutet nicht automatisch einen effizienten Einsatz der Mittel und eine angemessene Wirksamkeit.

Die erreichte Personenzahl kann hier nicht als alleiniger Beleg für erfolgreiche Projekte gelten. Zumal lediglich nach den *direkt* Erreichten (mit anderen Worten die Teilnehmerzahl) und einer *geschätzten* (!) Anzahl derer, die *indirekt* erreicht wurden, unterschieden wird. Hier sollte der Erfolg der Maßnahme zumindest auch hinsichtlich des Transfererfolgs, also der Nachhaltigkeit, gemessen werden.

Dahingehend sind auch die Ergebnisse in der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu betrachten: Maßnahmen, die als qualitative Verbesserung gewertet werden könnten, wären beispielsweise ein höherer Anteil an durchgeführten Bedarfsanalysen, Gesundheitszirkeln, verhältnisbezogenen Maßnahmen und installierten Steuerungsgruppen.

⁵⁸ Alle zitierten Präventionsberichte und Tabellenbände abrufbar unter http://www.mds-ev.org/Dokumente_Formulare_Gesundheit.htm, Stand 15. Februar 2009

Die Oberflächlichkeit der Evaluation und die Tatsache, dass diese ausschließlich nachträglich erfolgt, moniert auch Lenhardt, 2007. Zu wünschen übrig lässt seiner Ansicht nach auch die immer noch zu geringe Verbreitung von Gesundheitszirkeln und zu starke Individuen- und Verhaltensausrichtung bei Angeboten.

Insgesamt sei die Entwicklung jedoch anzuerkennen, die die GKV in Bezug auf die Angebotsqualität seit dem erneuten Inkrafttreten des § 20 SGB V im Jahr 2000 erreicht habe. Besonders hebt er die trägerübergreifende Einigung auf gemeinsame Präventionsziele hervor⁵⁹, deren Erreichung seitdem auch in den jährlichen Präventionsbericht einfließt.

8.5 Leitfäden für Betriebliches Gesundheitsmanagement

Es wurden bereits mehrere Leitfäden zum Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements veröffentlicht.

Wissenschaftlich fundiert entwickelt und erprobt wurde beispielsweise der "Bielefelder Leitfaden" von Badura et al (1999). Er zielt auf ein Gesundheitsmanagement ab, das auf vorhandene Strukturen wie Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin, Personalarbeit und das betriebliche Qualitätsmanagement aufbaut und die Gesundheit der Mitarbeiter als Querschnittsaufgabe im Unternehmen sieht.

Eine "Quantitative Prüfung des Leitfadens für die 'Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung'" erfolgte durch Gröben et al (1999).

Auf dem "Bielefelder Leitfaden" basiert auch die thematische Auseinandersetzung im Rahmen der Dissertation von Ritter (2001).

Rosenbrock (2000) führt in seinem Beitrag den "Bielefelder Leitfaden" als das "elaborierteste Modell" in Deutschland an.

Wimmer (2002) liefert zwar keinen Leitfaden für eine konkrete Vorgehensweise beim Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, fasst jedoch eine Vielzahl an Werkzeugen und Methoden für ein "organisationales Gesundheitsmanagement" zusammen. Diese reichen von Methoden aus dem Qualitätsmanagement (KVP, TQM, EFQM, BSC) über solche aus der Organisationsentwicklung (Lernende Organisation, Wissensmanagement, Wertschätzende Unternehmensentwicklung, Re-Teaming, Organisationsgesundheitsbild, Open Space Technology, Systemaufstellung), jeweils unter dem Aspekt Gesundheit.

⁵⁹ Zu finden in Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a

Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (StMUGV) veröffentlichte erstmals im Jahr 2003 einen Leitfaden für ein "Ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement System" (GABEGS; Mollenkopf, 2003). Es basiert auf der Luxemburger Deklaration sowie den Qualitätskriterien des ENWHP und kann laut Verfasser in bereits vorhandene Qualitäts-, Umwelt- und Arbeitsschutzmanagementsysteme integriert werden. Die vorgesehenen Kennzahlen lassen sich in Qualitätsmodellen wie EFQM, Balanced Scorecard, etc. abbilden. Zur Verfügung gestellt wird außerdem ein "Selbstaudit BGM" für Unternehmen und eine kostenlose Zertifizierung.

Auch der Leitfaden von Gröben et al (2004) mit dem Schwerpunkt Muskel-Skelett-Erkrankungen enthält eine umfassende Methodenzusammenstellung und zusätzlich Hintergrundinformationen zu Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie eine Vielzahl an Checklisten zur Planung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten, Vorlagen für Befragungen, Präsentationen, etc.⁶⁰ Adressaten sind betriebliche Akteure im Arbeits- und Gesundheitsschutz, aber auch Betriebsleitung, Personalverantwortliche und Mitarbeitervertretung. Die Durchführung und Auswertung von Befragungen wie dem Arbeitsbewältigungsindex sollte für zuverlässige Ergebnisse ausschließlich – internen oder externen Fachkräften mit fundierten epidemiologischen Kenntnissen überlassen bleiben.

Böhnke (2006) leitet aus ihrer Forschungsarbeit Standards für das Gesundheitsmanagement ab.

⁶⁰ Forschungsprojekt der Universität Karlsruhe (TH), Institut für Sport und Sportwissenschaft RKW, Abteilung Arbeits- und Sozialwirtschaft, Eschborn

Kapitel II Qualitätsorientierung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Kapitel I der Arbeit befasste sich mit dem wissenschaftstheoretischen Hintergrund der relevanten Fachdisziplinen für ein qualitätsorientiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Bereits existierende Qualitätsmodelle für die Betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Gesundheitsmanagement und deren Anforderungen wurden aufgezeigt.

Die dargestellten Erkenntnisse aus der Fachliteratur bilden das "Soll" einer systematischen Vorgehensweise im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Aus dem theoretischen Status quo wird in diesem Kapitel die Struktur für die Umsetzung im Praxisfeld erarbeitet, die auch gleichzeitig die Ausgangssituation im untersuchten Produktionswerk abbildet.

In Teil III werden dann zwei konkrete Untersuchungen aus der Fallstudie dargestellt. Erörtert werden in der Fallstudie zum einen Möglichkeiten und Grenzen eines umfassenden Betrieblichen Gesundheitsberichts im betrieblichen Alltag und die qualitätsorientierte Vorgehensweise bei der Planung und Durchführung einer dauerhaften Trainingsmaßnahme für Produktionsmitarbeiter. Die Erfüllbarkeit des theoretischen Anspruchs in der praktischen Umsetzung mit den Ressourcen, die im konkreten Praxisfeld zur Verfügung standen, werden dort kritisch gewürdigt.

Die Qualitätsvorgaben an das Betriebliche Gesundheitsmanagement durch den GKV-Spitzenverband wurden in den vergangenen Jahren kontinuierlich weiter entwickelt. Der "Leitfaden Prävention" gibt inzwischen differenzierte Anforderungen und Kriterien für die beteiligten Akteure - Maßnahmeanbieter, Krankenkasse und Betrieb – vor (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 2010).

Grundsätzlich fordert der GKV-Spitzenverband eine Unternehmensleitlinie zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, Partizipation der Mitarbeiter und deren Vertreter und die Existenz eines Steuerungsgremiums. Eine Bewertung und Dokumentation der Maßnahmen durch die Krankenkassen und Betriebe zur Optimierung des Ressourceneinsatzes nachfolgender Maßnahmen werden dagegen lediglich "empfohlen", stellen also keine bindende Anforderung dar (ebd S. 62).

Die Forderungen nach messbaren Veränderungen nehmen jedoch nicht nur bei den Krankenkassen zu. Unternehmen initiieren zunehmend eigenständige Gesundheitsförderungsprogramme, so dass auch hier Methoden zur Effektivitäts- und Effizienzmessung aus deren Perspektive entwickelt werden müssen. Fehlzeiten verursachen im Unternehmen enorme Kosten und entsprechend werden Gesundheitsförderungsmaßnahmen maßgeblich unter dem Aspekt der Kosteneinsparung durchgeführt.

Bei der Qualitätssicherung im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement geht es nicht nur, wie auch im Beitrag von Rosenbrock (2000) angeführt, um die Verbesserung der Zielerreichung, sondern in vielen Fällen in den Unternehmen zunächst einmal darum, im Zuge des Aufbaus eines qualitätsgesicherten Gesundheitsmanagements über Ziele überhaupt erst nachzudenken und diese zu definieren.

In Unternehmen gehört die betriebliche Gesundheitsförderung nicht zum Kerngeschäft und beruht aus rechtlicher Sicht auf Freiwilligkeit. Entscheidet sich ein Unternehmen über die gesetzlichen Bestimmungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes hinaus für die Implementierung eines Gesundheitsmanagements, werden an dieses und dessen Ergebnisse hohe Erwartungen gestellt. Je nach Organisationsstruktur des Gesundheitsmanagements können auf das Unternehmen zunächst zusätzliche Kosten zukommen: Auf der einen Seite durch den Personal- und Sachaufwand der Organisation selbst und auf der anderen Seite für die Durchführung der Maßnahmen.

Dies gilt insbesondere für Angebote, die unabhängig von Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften durchgeführt und vom Unternehmen finanziell eigenständig getragen werden. Aber auch bei einer Förderung durch Dritte bleibt das Unternehmen in der Regel der Hauptkostenträger. Diese Kosten müssen sich in einem bestimmten Zeitraum amortisieren, d.h. der Nutzen muss den geleisteten Aufwand mindestens decken. Der Nutzen, bzw. Effekt der Gesundheitsförderung muss außerdem nachhaltig sein - kostspieliger Aktionismus ohne langfristige Effekte zehrt nach und nach Ressourcen auf, ohne einen für das Unternehmen brauchbaren Gegenwert zu liefern.

Das systematische Vorgehen - die Entwicklung von Zielen, Anforderungen und Methoden zur Qualitätssicherung sowie eine ausgewogene Kosten-Nutzen-Relation ist somit eine entscheidende Voraussetzung, um betriebliches Gesundheitsmanagement in einem Unternehmen zum festen Bestandteil der Unternehmenspolitik werden zu lassen.

Unter dem Aspekt der Effektivität soll ein wissenschaftlich fundiertes Angebot gewährleistet und die Effizienz des Mitteleinsatzes durch eine kritische Analyse sichergestellt werden, da sie Verbesserungspotenziale erschließt und damit den ökonomischen Einsatz der begrenzten Mittel ermöglicht.

9 Struktur und Organisation des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

In den folgenden Unterpunkten wird das Grundgerüst eines nachhaltigen, systematischen Gesundheitsmanagements dargestellt. Dieses Grundgerüst umfasst dessen strukturellen Aufbau (*funktionsorientierte Betrachtungsweise*), die Steuerung der Leistungserbringung (*prozessorientierte Betrachtungsweise*), Schaffen verbindlicher Rahmenbedingungen durch *Leitlinien und Betriebsvereinbarungen* sowie die Festlegung der Informationspolitik (*Dokumente und Kommunikationswege*).

9.1 Funktionsorientierte Betrachtungsweise des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Eine funktionsorientierte Betrachtungsweise bildet die Organisations- und Entscheidungsstruktur ab, also welche Gremien, Fachbereiche und Experten am Betrieblichen Gesundheitsmanagement beteiligt sind und welche Aufgabe sie dort übernehmen.

Aus den Überlegungen zu den Rahmenbedingungen und Zielsetzungen des Gesundheitsmanagements leitet sich die dafür notwendige Organisations- und Kommunikationsstruktur ab. Als konstruktiv und effizient gelten, sowohl in der Fachliteratur zum Thema Projektmanagement als auch der zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, die in Tabelle II-1 dargestellten Funktionsbereiche (vgl. Kapitel I):

Tabelle II-1 Gremien in Projekten und im Gesundheitsmanagement

	Projektmanagement	Gesundheitsförderung
Auftraggeber	Geschäftsführung/ beauftragender Fachbereich	Geschäftsführung/Werkleitung
Koordination und Beratung	Projektleiter	BGM-Koordinator
Planung, Durchführung, Controlling, Bewertung	Projektteam	Team Gesundheitsmanagement
Initiierung, Unterstützung, Koordination, Beratung	Lenkungsausschuss	Steuerungsgruppe
Weitere fachliche Beratung	Fachausschuss	interne/externe Berater (Werkärztlicher Dienst, Schwerbehindertenvertretung, betriebliche Sozialarbeit, etc.)

Fachliche Unterstützungsleistung zur Implementierung können auch von Krankenkassen im Rahmen § 20a SGB V in Anspruch genommen werden. Dafür sind, wie bereits in Kapitel I angeführt, bestimmte Anforderungen an das zukünftige Gesundheitsmanagement zu erfüllen, bzw. verpflichtet sich das Unternehmen, dieses zukünftig nach gewissen Zielsetzungen auszurichten. Auch durch diese Vorgehensweise kann eine Verbindlichkeit zur Realisierung des geplanten Konzeptes erreicht werden.

9.1.1 Steuerungsgremium

Wichtig für eine nachhaltige Integration von Gesundheitsförderung in die Unternehmensstrukturen ist die Einrichtung eines Steuerungsgremiums. Dieses Gremium bestimmt die strategische Ausrichtung des Gesundheitsmanagements im Sinne der Unternehmensziele und dessen Leitlinien. Mitglieder dieser Kommission sollten Entscheidungsbefugnis haben, denn hier wird auch über die Bereitstellung der Mittel für Aktivitäten und Maßnahmen im Rahmen des Gesundheitsmanagements entschieden.

Die Arbeitsgruppe sollte so besetzt sein, dass die wesentlichen Interessen der Akteure berücksichtigt werden. Das bedeutet auch, dass so viele wie nötig, aber so wenige wie möglich, fest in dieser Arbeitsgruppe vertreten sind. Je größer die Gruppe und damit die Anzahl von Einzelmeinungen, desto weniger konstruktiv werden die Sitzungen und desto schwieriger wird es, einen Entscheidungskonsens zu finden. Dies ist in zweifacher Hinsicht ineffizient: Zum einen investieren die Teilnehmer ihre Arbeitszeit, zum anderen ziehen sich Sitzungen und Entscheidungen unnötig in die Länge.

Laut Handschuch/Strippel (2008) wurde im Jahr 2007 in den von den Krankenkassen zurück gemeldeten Projekten in zwei Dritteln der unterstützten Unternehmen ein solches Gremium gebildet und waren in 84 % der Fälle u.a. mit Vertretern der Leitungsebene besetzt. Die Einrichtung einer Steuergruppe hat laut Auswertung der Rückmeldungen der Krankenkassen einen positiven Einfluss auf die Qualität des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Durch die Existenz eines Steuerungsgremiums scheint laut Erhebung des MDS¹ nicht nur die Vorgehensweise in der Interventionsplanung strukturierter. Auch die durchgeführten Maßnahmen haben nach Erkenntnis des Medizinischen Dienstes eine längere Laufzeit. Diese betragen im Jahr 2007 durchschnittlich 28 Monate mit, aber nur 15 Monaten ohne vorhandenes Steuerungsgremium. Auch der Anteil durchgeführter Gesundheitszirkel lag dem Ergebnis nach deutlich höher: 36 % mit vorhandenem Steuerungsgremium, 5 % ohne eine Steuergruppe. Hinzu kommt auch ein höherer Anteil an verhältnisbezogenen, bzw. verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen (ebd, S. 78 ff).

¹ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Im untersuchten Produktionswerk war die Gründung der "Steuerungsgruppe für Betriebliches Gesundheitsmanagement" im Jahr 2003 Teil der Neuausrichtung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Das Gremium setzte sich paritätisch aus jeweils fünf Vertretern der Werkleitung und der Personalvertretung mit Stimmrecht, sowie zwei beratenden Mitgliedern - einem Werksarzt und dem Schwerbehindertenvertreter - zusammen. Den Vorsitz übernahmen jährlich alternierend der Personalleiter und der Betriebsratsvorsitzende. Moderiert und mit fachlichem Inhalt gefüllt wurden die Sitzungen der Steuerungsgruppe durch den Werkskoordinator für Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Durch diese Zusammensetzung der Steuerungsgruppe sollte die Einbindung in die Werksstruktur und damit eine hohe Verbindlichkeit gewährleistet werden. Es wurde ein Organisationsmodell entwickelt, in welchem die Kommunikationsstruktur und Verantwortlichkeiten der einzelnen Bereiche verbindlich festgelegt und alle Hierarchieebenen des Werkes - von der Geschäftsleitung bis zur Mitarbeiterebene - einbezogen wurden.

Hauptaufgabe der Steuerungsgruppe war die Identifikation und Priorisierung von Handlungsbedarf und die Ableitung von Maßnahmeangeboten aus diesem. Das Gremium erarbeitete mit Unterstützung von Professor Bernhard Badura der Universität Bielefeld eine Betriebsvereinbarung für ein modern ausgerichtetes, ganzheitliches Gesundheitsmanagement. Durch die Betriebsvereinbarung verpflichteten sich alle Akteure zu einer professionellen Vorgehensweise bei der nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitssituation der Beschäftigten im Werk.

Der Werkskoordinator für Betriebliches Gesundheitsmanagement war zur Hälfte seiner Arbeitszeit für diese Aufgabe abgestellt. Dieser und eine weitere Mitarbeiterin, die ebenfalls zu 50 % für die Wahrnehmung der Aufgaben im Gesundheitsmanagement freigestellt war, bildeten das "Team Gesundheitsmanagement". Für die Zeit der Doktorandentätigkeit gehörte die Autorin der vorliegenden Arbeit diesem Team ebenfalls an, zeitweise auch mit Vertretungsfunktion des Werkskoordinators. Die Aufgabengebiete innerhalb des Teams waren eindeutig abgegrenzt. Das Team bildete außerdem die Schnittstelle zwischen den gesundheitsbezogenen Fach- und Funktionsbereichen (siehe Bild II-1).

Bereits vor der Neustrukturierung des Gesundheitsmanagements waren im Produktionswerk Kommunikationsrunden fest installiert, in denen in regelmäßigen Abständen (je nach Führungsebene wöchentlich bis monatlich) ein Austausch bereichsinterner und auch -übergreifender Themen stattfand. Hierzu gehörten auch Fragen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Um das Thema Gesundheitsförderung zum festen Bestandteil der betrieblichen Organisations- und Kommunikationsstruktur werden zu lassen, sollte in diesen Runden künftig verstärkt dieses Thema eingebracht werden.

Nach der Ausgabe des ersten umfassenden Gesundheitsberichts im Werk wurden diese Runden beispielsweise genutzt, um in einzelnen Bereichen nach Ursachen für besonders auffällige Ergebnisse und entsprechenden Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

In größeren Unternehmen kann die zusätzliche Einrichtung eines – wie im Projektmanagement vorgesehenen – "Sounding Boards" (Kuster et al, 2008, S. 99) die Transparenz und Akzeptanz der Projektaktivitäten erhöhen. Dabei handelt es sich um eine Projektbegleitgruppe, die Stellung zu wichtigen inhaltlichen Ergebnissen nimmt. Dies kann sinnvoll sein bei Projekten, in denen unterschiedliche Anspruchsgruppen vertreten sind.

Im untersuchten Unternehmen existierte eine solche Begleitgruppe, die sich aus dem Werkleiter und dem oberen Management zusammensetzte. Allerdings oblag dieser Gruppe nicht nur die Stellungnahme, sondern vor allem die letztendliche Entscheidung über die Realisierung von Projektvorhaben und Konzepten sowie die Bereitstellung dafür notwendiger finanzieller und ggf. personeller Mittel.

Organisationsmodell Betriebliches Gesundheitsmanagement im untersuchten Produktionswerk

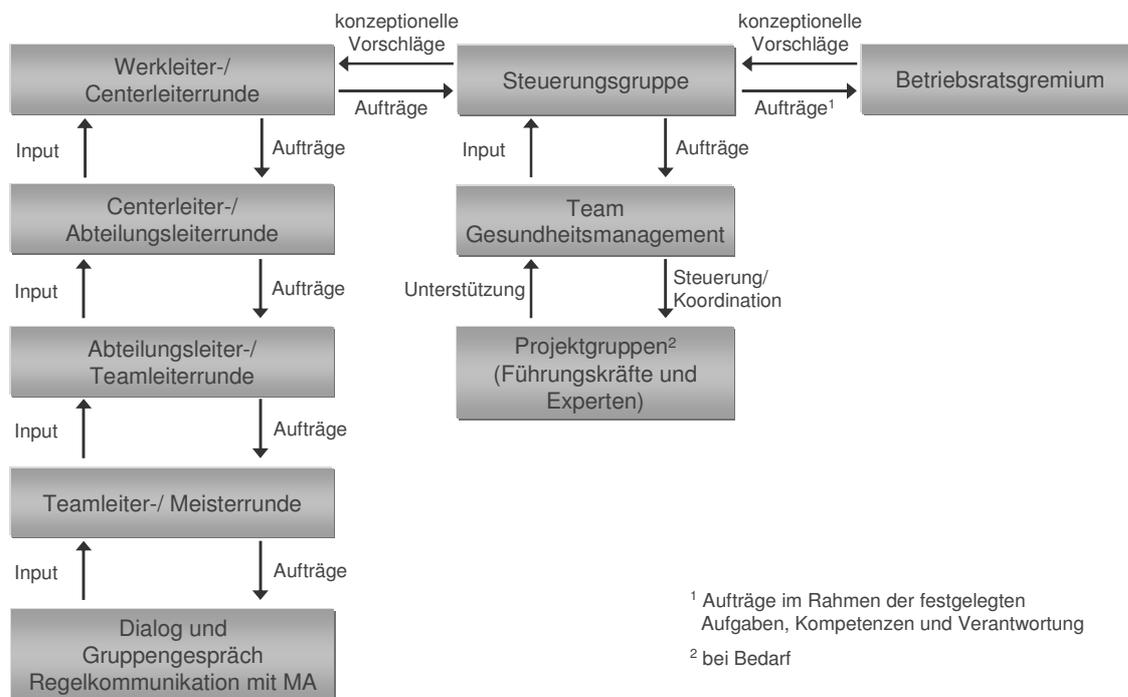


Bild II-1 Organisationsmodell Betriebliches Gesundheitsmanagement (vereinfachte Darstellung, Quelle: Betriebsvereinbarung des untersuchten Unternehmens, intern, 2003)

9.1.2 Koordination Gesundheitsmanagement

Für ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement sollte die Verantwortung für die Gesamtorganisation dauerhaft einem entsprechend qualifizierten Mitarbeiter übertragen werden (BGM-Koordinator, Gesundheitsmanager, o.ä.). Dieser muss den Aufgaben entsprechend über fachliche Kompetenz und Professionalität verfügen.

Im untersuchten Unternehmen waren die zu erfüllenden Aufgaben und Eigenschaften im Rahmen des Gesundheitsmanagements:

- ein positives Gesundheitsverständnis
- Organisation und Administration im operativen Geschäft
- Operationalisieren der Unternehmensleitlinien zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Fachliche Arbeit in Gremien und Arbeitsgruppen
- Beratung und Unterstützung des Steuergremiums und der Unternehmensbereiche in gesundheitlichen Belangen
- Koordination und Vernetzung der internen Gesundheitsakteure
- Externe Netzwerkarbeit
- Organisationsentwicklung im Rahmen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen
- Personal- und Führungskräfteentwicklung
- Analyse und Ableitung angemessener Maßnahmen
- Erstellen tragfähiger Konzepte
- Projektmanagement
- Wirksames Marketing des Themas im Unternehmen unter Nutzung der Kommunikationsstrukturen
- Überzeugungsarbeit in den Führungsebenen
- Entwickeln eines Gesundheitsverständnisses und wecken der Eigenverantwortung in der gesamten Belegschaft
- Qualitäts-, Prozess- und Projektmanagement
- Vorgehen nach dem ökonomischen Prinzip im gesamten Tätigkeitsfeld

Die Aufgaben sind nicht die alleinigen des BGM-Verantwortlichen, bei ihm laufen jedoch alle Fäden zusammen und er koordiniert deren Umsetzung in möglichst effektiver und effizienter Weise. Je nach Unternehmensgröße, den Zielsetzungen und den Rahmenbedingungen kann das Tätigkeitsfeld variieren. Fachlich reichen die Anforderungen von Sozial- und Gesundheitswissenschaften inkl. Empirie über die Betriebswirtschaft bis zur Organisationspsychologie.

Gesundheitsförderung ist Teil der Organisationsentwicklung. Es werden alte Strukturen und Verhaltensweisen aufgebrochen, und neue Verhaltensweisen, ein neues Verständnis soll in der Organisation implementiert werden.

Gesundheitsförderung soll helfen, eine neue Vertrauenskultur zu schaffen und Mitglieder der Organisation sollen zu eigenverantwortlichem, gesundheitsbewussten Handeln bewegt werden. Gesundheitsförderung hat somit auch Einfluss auf die Unternehmenskultur (vgl. dazu auch Badura et al, 1999; Grossmann/Scala, 2001).

Im Untersuchungsfeld war die Stelle des BGM-Koordinators nach diesen Gesichtspunkten optimal besetzt, da dieser über eine hohe fachliche Qualifikation im Bereich Organisationsberatung und -entwicklung sowie Betrieblicher Gesundheitsförderung verfügte und vor der Benennung zum Koordinator für Betriebliches Gesundheitsmanagement bereits einem Fachbereich angehörte, dessen Aufgabe die Organisations-, Team- und Personalentwicklung war.

Da dies vermutlich nicht immer so passgenau umzusetzen ist, sollte im Hinblick auf die fachlichen Fähigkeiten abgewogen werden, welche davon in der Person des Koordinators zwingend erforderlich sind und welche durch weitere Experten – sei es intern oder extern – ergänzt werden können.

In jedem Fall zu beachten ist, dass der Koordinationsauftrag nicht an ein Mitglied der Steuerungsgruppe vergeben wird, sondern an eine neutrale Dritte Person, um Interessenkonflikte zu vermeiden und Objektivität zu gewährleisten.

9.1.3 Weitere Gremien und Kooperationen

Die Steuergruppe sollte sich, wie unter Punkt 9.1.1 dargestellt, in ihrer Besetzung auf Entscheidungsträger und die Personalvertretung konzentrieren. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz ist im Unternehmen in der Regel in einem separaten Ausschuss organisiert und auch weitere Akteure und Fachkräfte zum Thema Gesundheit sind in unterschiedlichen Gremien und Fachgruppen vertreten. Die Vernetzung aller gesundheitsrelevanten Bereiche im Sinne eines abgestimmten Agierens ist die Voraussetzung für die Effektivität des Gesundheitsmanagements. Schnittstelle ist auch hier der BGM-Verantwortliche. Informationen zu Gesundheitsaktivitäten laufen bei ihm zusammen und werden koordiniert.

Somit findet ein interaktiver Austausch statt, in dem nicht nur die Steuerungsgruppe bedarfsweise fachliche Beratung aus anderen Bereichen hinzuzieht, sondern auch der BGM-Koordinator interne Fachgruppen und Gremien zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung berät.

Eine weitere Möglichkeit ist die Einrichtung einer "Arbeitsgruppe Gesundheitsmanagement", in der die gesundheitsrelevanten Akteure gebündelt vertreten sind.² Dieses Vorgehen soll gewährleisten, dass auch zwischen den verschiedenen gesundheitsbezogenen Akteuren ein regelmäßiger fachlicher Austausch stattfindet.

² Im günstigen Fall ist hier auch ein Vertreter der Krankenkasse beteiligt. Bei einer Betriebskrankenkasse ist die Beteiligung aufgrund der homogeneren Versichertenstruktur sicher einfacher zu klären. Ansonsten sollte die Krankenkasse mit dem größten Versichertenanteil im Unternehmen aktiv beteiligt werden; nicht, ohne andere in die Informationsstruktur einzubinden.

Die Arbeitsgruppe tagt in sinnvollen Abständen (z.B. zu Beginn und in der Mitte des Jahres) und stimmt die Jahresplanung bezüglich Programmen und Maßnahmen ab. So können sich ggf. Maßnahmen sinnvoll ergänzen, ein gemeinsames Marketing genutzt und Überschneidungen ausgeschlossen sowie Möglichkeiten zur Unterstützung durch andere Institutionen, wie beispielsweise Krankenkassen, ermittelt werden.

Nicht nur die interne Kooperation ist für ein effizientes Gesundheitsmanagement wichtig; der Aufbau und die Pflege überbetrieblicher Netzwerke und die Beteiligung an, bzw. der Besuch von Messen, Tagungen und Seminaren zeigt Handlungsmöglichkeiten auf und Erfahrungen können im Sinne "best practice" ausgetauscht werden.

Kooperationen mit Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern oder auch projektbezogene Kooperationen mit Forschungseinrichtungen (Universitäten, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, wissenschaftliche Institute der Krankenkassen, etc.) bringen beiden Seiten Vorteile.

Im Untersuchungsfeld fand nicht nur innerhalb des Werkes, sondern auch auf Ebene der verschiedenen Standorte ein regelmäßiger fachlicher Austausch statt. Gebündelt wurde das Know-how durch ein zentrales Konzernteam, das die Werkskoordinatoren des jeweiligen Standortes an der Weiterentwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligte.

9.2 Prozessorientierte Betrachtungsweise des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Eine funktionsorientierte Betrachtungsweise bildet die Organisations- und Entscheidungsstruktur des Betrieblichen Gesundheitsmanagement ab (wer macht was).

Eine prozessorientierte Betrachtungsweise legt den Fokus auf den Prozess der Leistungserstellung. Die Darstellung des Gesundheitsmanagements in einer Prozesslandkarte soll notwendige Überlegungen anregen, welchem internen und externen Einfluss das Gesundheitsmanagement unterliegt, wer welche Rolle im Gesamtprozess spielt und wie der Leistungsfluss verläuft. Durch ein prozessorientiertes Gesundheitsmanagement wird eine territoriale Denkweise aufgehoben und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht (wie wird das Ziel erreicht).

Eine solche Prozesslandkarte lässt sich auch auf komplexe Teilprozesse herunter brechen. Ausgehend von der Prozesslandkarte lässt sich die Leistungserstellung jedes Teilprozesses dann in einer Prozessbeschreibung abbilden. Dadurch werden die einzelnen Prozessschritte und Aufgaben sowie die Kenngrößen für einen erfolgreichen Prozessoutput festgelegt.

Die Prozesslandkarte in Bild II-2 visualisiert beispielhaft diese Rollenverteilung und gliedert sie in die Module Steuerungs-, Kern- und Unterstützungsprozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Darstellung orientiert sich an der im Qualitätsmanagement verwendeten (siehe Kapitel I.2.2). Die Darstellung ist nicht abschließend; je nach den Rahmenbedingungen vor Ort können die Faktoren variieren oder einem anderen Prozessmodul als hier dargestellt, zugeordnet werden.

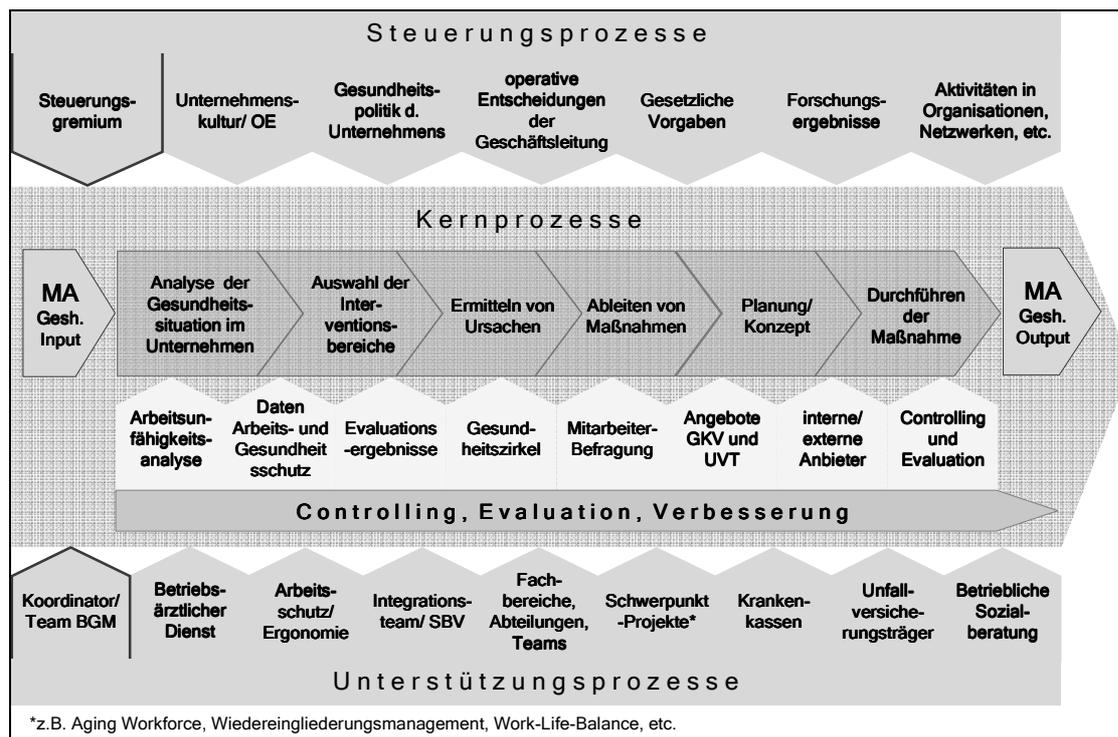


Bild II-2: Prozesslandkarte Betriebliches Gesundheitsmanagement

Innerhalb der drei Prozessmodule können sich Teilprozesse auch untereinander (horizontal) beeinflussen. So fließen beispielsweise Erkenntnisse aus Forschungsergebnissen in die Aktivitäten von externen Organisationen ein und operative Entscheidungen der Geschäftsleitung können sich auch auf die Arbeit des Steuerungsgremiums auswirken.

Direkten Einfluss auf den Kernprozess Betriebliches Gesundheitsmanagement hat im Unternehmen jedoch die Steuerungsgruppe. Bei ihr fließen die Rahmen gebenden Aspekte zusammen und sie berücksichtigt diese bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und der Gestaltung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Die Unterstützungsprozesse sind allesamt Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Deren Kerngeschäft ist aber nicht das Gesundheitsmanagement oder die Gesundheitsförderung, sondern z.B. der Gesundheitsschutz, die Arbeitssicherheit, Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung, etc.

Sie leisten aber einen Beitrag zum Kernprozess, unterstützen diesen und haben dafür unterschiedliche Instrumente zur Verfügung wie die Gefährdungsbeurteilung, Fehlzeitenanalyse, usw.

Gebündelt und organisiert werden die Unterstützungsprozesse durch den BGM-Koordinator bzw. das Team Gesundheitsmanagement.

Kernprozess: Betriebliches Gesundheitsmanagement

Am Anfang und Ende des Kernprozesses steht der Mitarbeiter (MA; im Prozessmodell "Kunde"). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsbedingungen jedes einzelnen Mitarbeiters liefern in Summe den Input des ersten Prozessschrittes - der Analyse der Gesundheitssituation des Unternehmens. Informationen darüber liefern in erster Linie ein aktueller Gesundheitsbericht sowie Evaluationen aus dem vorangegangenen Prozesszyklus, Ergebnisse von Gefährdungsanalysen, betriebsärztlichen Untersuchungen, etc.

Das Ableiten von Maßnahmen für den Interventionsbereich ist der nachfolgende Prozessschritt, wobei jede Maßnahme wieder ein eigener Prozess mit entsprechenden Teilprozessen ist. Um die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient einzusetzen, werden anhand der Analyseergebnisse Bereiche mit besonderen Auffälligkeiten für Interventionen ausgewählt. Je nach Erkrankungsschwerpunkt können Ergebnisse aus dem Gesundheitsbericht ausreichen. In besonders auffälligen Bereichen, deren Ergebnis auf vielschichtigere bzw. psychosoziale Ursachen schließen lässt, sollten auch Gesundheitszirkel als Methode zur Ableitung von Maßnahmen herangezogen werden. Auch Mitarbeiterbefragungen sind denkbar, allerdings sind hier Aufwand und zu erwartende Ergebnisse abzuwägen.

Im nächsten Schritt folgt die Konzeption und Planung der Interventionen. Das können Konzepte und Maßnahmen sein, die von Krankenkassen und/oder Unfallversicherungsträgern angeboten werden und entsprechend an das Unternehmen angepasst werden. Aber auch externe Trainer und interne Bereiche wie beispielsweise die Organisationsentwicklung sind hier beteiligt.

Schließlich folgt die Durchführung der Maßnahme, je nach Konzeption mit den entsprechenden Akteuren und Beteiligten und am Ende dieses Prozessschrittes steht schließlich die Evaluation.

Am Ende der Prozesskette steht wieder der Mitarbeiter und das Prozessziel "verbesserte Gesundheit", bzw. in Summe aller Beschäftigten eine verbesserte Gesundheitssituation des Unternehmens.³

Der Pfeil entlang aller Teilprozesse visualisiert, dass Controlling und Evaluation nicht nur maßnahmenbezogen stattfinden, sondern im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (vgl. Deming-Zyklus in Kapitel I.3.5.2) begleitend während des gesamten Kernprozesses. Am Ende des Prozesses steht ein Abschlussbericht, anhand dessen Maßnahmen zur Prozessoptimierung umgesetzt werden, bevor im folgenden Prozesszyklus alles von vorn beginnt.

Steuerungsprozesse

Die in der Grafik dargestellten Steuerungsprozesse bilden den strukturellen Rahmen, bzw. geben die strategische Ausrichtung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements vor. Unternehmensleitlinien zur Gesundheitspolitik und die Unternehmenskultur bestimmen die Ausgestaltung des Gesundheitsmanagements. Auch operative Entscheidungen der Geschäftsleitung wie Produktionsanpassung oder andere Ereignisse, die sich auf das Unternehmen auswirken, können auch auf das Gesundheitsmanagement durchdringen. Gesetzliche Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, und in diesem Zusammenhang neueste arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse, wirken obligat auf das Gesundheitsmanagement.

Gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse haben, je nach Anspruch des Unternehmens, keinen verpflichtenden, aber einen optionalen Einfluss, ebenso gesetzliche Neuerungen wie beispielsweise die steuerbefreiten Kosten für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (§ 3 Abs. 34 EstG), die das Angebot von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in einem Unternehmen durchaus fördern können, aber nicht müssen.

Direkten Einfluss auf die Ausgestaltung des Kernprozesses übt jedoch die Steuerungsgruppe aus (deshalb umrandet). In ihr sind in der Regel Entscheidungsträger der Unternehmensführung und Betriebsräte vertreten.

Die Mitglieder geben die politische Ausrichtung vor und bestimmen über Rahmenbedingungen wie die Verfügbarkeit von Ressourcen (personell, materiell und immateriell) oder, ob Maßnahmen beispielsweise im Rahmen der Arbeitszeit zur Verfügung gestellt werden, etc.

Inwiefern Erfahrungen, Erkenntnisse, Modelle und Methoden externer Organisationen wie das Qualitätsmodell des ENWHP, Best-Practice-Beispiele, etc. im Betrieblichen Gesundheitsmanagement Berücksichtigung finden, bestimmen letztendlich die Entscheidungsträger im Unternehmen.

³ Dieses globale Prozessziel existiert auf der Ebene des Gesamtprozesses Betriebliches Gesundheitsmanagement und muss anhand konkreter Ziele und Aktivitäten zur Zielerreichung ausgestaltet werden.

Ebenfalls frei steht einem Unternehmen die Entscheidung, Unterstützungsleistungen von Dritten zu beanspruchen, wie beispielsweise Beitragsboni von Krankenkassen oder deren fachliche/finanzielle Unterstützung bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Entschieden sich ein Unternehmen für die Beantragung, müssen jedoch für eine Gewährung die Vorgaben der Krankenkasse im Hinblick auf Qualitätskriterien und Voraussetzungen in der Ausgestaltung und Vorgehensweise des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erfüllt werden (siehe Kapitel I.7.4).

Unterstützungsprozesse

Unterstützungsprozesse gehören nicht zum Kernprozess, sind jedoch notwendig für dessen erfolgreiche Leistungserbringung. Der Maßgeblichste (deshalb ebenfalls umrandet) in dieser Prozesskette ist die Koordination des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und ggf. ein eigens hierfür eingesetztes "Team Gesundheitsmanagement". Dieser Teilprozess trägt zum Output des gesamten Kernprozesses bei.

Auch hier kann die Leistung weiterer Teilprozesse, z.B. Beratungsschwerpunkte der betrieblichen Sozialberatung, ergonomisch problematische Arbeitsplätze, etc. der anderen Teilprozesse zentral in der Koordination zusammenlaufen oder fließt direkt in den Kernprozess ein.

9.3 Dokumente und Kommunikationswege

Die systematische Dokumentation von Prozessen, Aktivitäten und Ergebnissen, von Vereinbarungen und Vorgaben gehört neben dem Aufbau eines Organisationssystems zu den Anforderungen aus dem Qualitätsmanagement (siehe hierzu Kap. I.3.4.2).

Dokumentationen sorgen für Transparenz, sie dienen allen Beteiligten und Interessenvertretern der Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durch Vorher-/Nachher-, bzw. Soll-/Ist-Vergleiche, sie gewährleisten einen einheitlichen Wissensstand, eine einheitliche Vorgehensweise und Eindeutigkeit.

Im gesamten Prozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements entsteht eine vielfältige Anzahl von offen zugänglichen oder vertraulichen Informationen und Dokumenten, beispielsweise Protokolle aus verschiedenen Gremien und projektbezogenen Runden, Maßnahmedokumentationen und -auswertungen, Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeiten, Rechnungen, Reklamationen, Arbeitsaufträge, allgemeines Informationsmaterial für unterschiedliche Zielgruppen, Daten zur Erstellung des Gesundheitsberichts, der Gesundheitsbericht selbst, etc.

Diese Vielzahl an Informationen gilt es, sachgerecht aufzubereiten, zusammenzuführen und zielgruppenspezifisch zur Verfügung zu stellen und dafür auch geeignete Kommunikationswege zu nutzen. Auch die Aktualität der Dokumentationen muss gewährleistet und nicht zuletzt die Einhaltung des Datenschutzes gesichert sein.

Die unterschiedlichen Informationen können auf Laufwerken - ggf. mit Zugriffsbeschränkung - und Datenbanken zur Verfügung gestellt werden. Betriebliches Gesundheitsmanagement allgemein: Protokolle (spezifische Datenbank), Konzeptentwürfe (BGM-internes Laufwerk), Maßnahmeangebote (Intranet), Daten und Informationen für den Gesundheitsbericht (BGM-internes Laufwerk), verabschiedete Konzepte (spezifische Datenbank), Berichte (spezifische Datenbank), Studienergebnisse, Fachinformationen, Beschlüsse und Vorgaben aus dem Unternehmen mit Relevanz für das Betriebliche Gesundheitsmanagement, Gesundheitsbericht.

Das OHRIS-Konzept orientiert sich beim Aufbau eines Arbeitsschutz-Managementsystems und des zugehörigen Dokumentationssystems an den geltenden DIN-Normen (Hiltensperger et al, 2005). In diesem Sinne unterschieden werden anweisende Dokumente (Dokumente) und nachweisende Dokumente (Aufzeichnungen), die als Standard mindestens enthalten sein sollten: Verfasser, Zweck der Dokumentation, Geltungsbereich, Zuständigkeiten, Ausgabedatum, Revisionsstand und Verteiler.

Geht es um darum, Aktivitäten bekannt zu machen, also Marketinginstrumente zu nutzen, bietet sich, soweit vorhanden, eine eigenständige Seite im Firmenintranet an. Dort können in einem für alle Mitarbeiter zugänglichen Bereich und einem separaten mit Zugriffsbeschränkung gesundheitsrelevante Informationen bereit gehalten werden. Eine weitere Möglichkeit sind Informationswände in den Abteilungen (z.B. ein "Blaues Brett" für Gesundheitsthemen), Prospektaufsteller oder Poster in Kantinen, Beilagen in Entgeltabrechnungen und Infostände auf Betriebsversammlungen.

Im untersuchten Produktionswerk hatte das Gesundheitsmanagement einen eigenen Intranetauftritt, dessen Aktualisierung dem *Team Gesundheitsmanagement* unterlag. Auf diese Seite konnten alle Mitarbeiter zugreifen und erhielten Informationen zu laufenden Angeboten, Gesundheitstipps, etc.

Separate, zugriffsgeschützte Laufwerke oder Datenbanken existierten beispielsweise für das Organisationsteam Gesundheitsmanagement, die Steuerungsgruppe oder für die Projektbeteiligten einer langfristigen Gesundheitsförderungsmaßnahme. Diese enthielten für die jeweils Zugriffsberechtigten relevante Informationen, Sitzungsprotokolle, projektbezogene Dokumente, etc.

Die Einrichtung separater Laufwerke mit individueller Zugriffsbeschränkung ist vor allem im Sinne des Datenschutzes grundlegend, wie auch jede Erhebung und Befragung oder die Verwendung personenbezogener Sekundärdaten zwingend im Vorfeld mit dem Betriebsrat und dem Datenschutzbeauftragten abgestimmt und genehmigt werden müssen.

10 Planung und Kommunikation - Der Betriebliche Gesundheitsbericht

Ein maßgebliches Instrument für das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist der Betriebliche Gesundheitsbericht. Seine Informationen bilden die Grundlage für die Ist-Analyse zur Ableitung von Handlungsbedarf und der Planung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Den Ursprung hat die betriebliche Gesundheitsberichterstattung im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), das 1973 in Kraft trat, und dem darin enthaltenen neuen Begriff der "arbeitsbedingten Erkrankungen". Diese sind seitdem nach § 3 Abs. 1 Satz 3c ASiG von den Betriebsärzten auf ihre Ursachen hin zu untersuchen, zu dokumentieren und zu analysieren. Mittels der systematischen Erfassung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen in Bezug auf die Krankheitsverläufe von Versicherten sollten Zusammenhänge zwischen Belastungen und Erkrankungen erforscht und ein Erklärungsmodell entwickelt werden. Im Rahmen diverser Forschungsvorhaben entwickelte sich daraus die betriebliche Gesundheitsberichterstattung (Westermayer, 1998).

Das heutige Verständnis der Arbeitsunfähigkeitsanalysen der Krankenkassen bildete sich aus dem Forschungsvorhaben "Krankenkassen- und Betriebsmedizindaten - ihre Verwendung für die Gesundheitsvorsorge und den betrieblichen Gesundheitsschutz" des BKK-Bundesverbandes von 1987 bis 1991 (Sochert, 1998, S. 13).

Bei den gesetzlichen Krankenkassen hat sich diese Analyse zu einem Standardinstrument entwickelt. Sie gehört zusammen mit der Auswertung von arbeitsmedizinischen Untersuchungen und Gefährdungsbeurteilungen, gesundheitsbezogenen Mitarbeiterbefragungen und betrieblichen Gesundheitszirkeln zu den Instrumenten, die der GKV-Spitzenverband in seinem Leitfaden vom Juni 2008 als geeignet und damit förderungswürdig aufführt, um die betriebliche Ausgangssituation im Rahmen der Aufgabe der Kassen nach § 20a SGB V zu erfassen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a).

Der betriebliche Gesundheitsbericht an sich ist keine Gesundheitsförderungsmaßnahme, sondern - zusammen mit dem Steuerungsgremium und Gesundheitszirkelkonzept - eines von drei Kerninstrumenten der Gesundheitsförderung (siehe auch Westermayer, 1998; Rosenbrock, 2000).

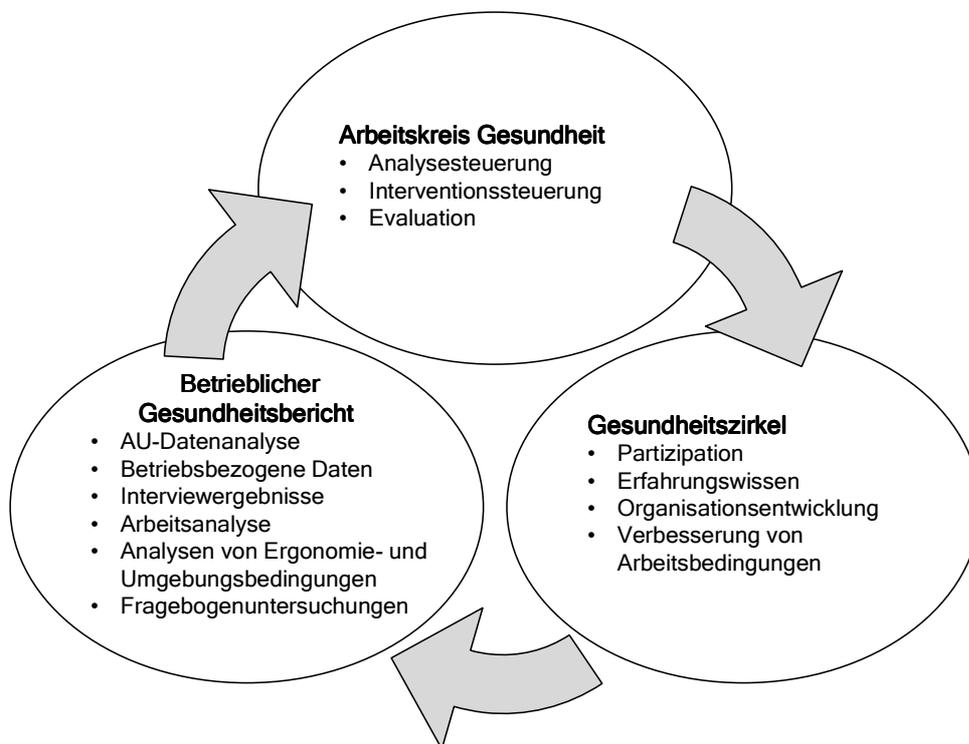


Bild II-3: Basisinstrumente betrieblicher Gesundheitsförderung (nach Westermayer, 1998, S. 126)

Auch in der Prozesslandkarte unter Abschnitt 9.2 ist zu erkennen, dass die Analyse der Gesundheitssituation - und damit der Gesundheitsbericht - der erste Teilschritt im Kernprozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist.

Dieser *Teilprozess Gesundheitsbericht* setzt sich wiederum ebenfalls aus einzelnen Prozessen zusammen. Ebenso wie der *Gesamtprozess Gesundheitsmanagement*, unterliegt auch der *Teilprozess Gesundheitsbericht* der kontinuierlichen Verbesserung.

Für eine standardisierte Vorgehensweise bezüglich dem Aufbau und Inhalt, den einzufordernden Daten, der Benennung der Fachbereiche und Ansprechpartner sowie dem Zeitpunkt der frühest möglichen Bereitstellung, etc. wird ein Handbuch erstellt, das die einzelnen Prozessschritte erläutert. Jährlich werden die Prozessschritte im Hinblick auf Optimierungsmöglichkeiten überprüft und ggf. überarbeitet.

Auch der inhaltliche Umfang des Berichts wird unter dem Fokus der Adressaten im Vorfeld festgelegt und kommt ebenfalls jährlich auf den Prüfstand. Unternehmen sind permanenten Veränderungen ausgesetzt, so dass der Bedarf und die Angemessenheit regelmäßig überprüft werden und gegebenenfalls Ziele neu ausgerichtet werden müssen.

Im Hinblick auf Verbindlichkeit sollte der Mindeststandard, sowie auch die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und -verarbeitung, wie im untersuchten Praxisfeld geschehen, in einer Betriebsvereinbarung festgelegt werden.

Für das Betriebliche Gesundheitsmanagement geht es darum, mit möglichst geringem Aufwand zuverlässige Informationen zu gesundheitsrelevanten Verbesserungsmöglichkeiten zu erhalten und daraus konkrete Maßnahmen ableiten zu können. Der Umfang an Daten muss sich dabei auf das Wesentliche beschränken. Bereits vor der Datensammlung sollte ein Konsens gefunden werden, welche Informationen benötigt und wie diese Informationen gewonnen werden können.

Die Erarbeitung eines Konzeptes zur Gesundheitsberichterstattung erfordert eine komplette Prozessplanung zum Betrieblichen Gesundheitsbericht. Aus dem Konzept wird dann ein Leitfaden in Form eines Handbuchs erstellt. Durch dieses soll eine gleichbleibende Datenqualität und Aussagekraft sichergestellt werden. Im Handbuch ist die gesamte inhaltliche und gestalterische Vorgehensweise von der Zeitplanung über die Datensammlung bis zur internen Veröffentlichung festgelegt.

10.1 Adressaten und Funktion des Gesundheitsberichts

Adressat des Gesundheitsberichts sind die Akteure im Gesundheitsmanagement eines Unternehmens. In erster Linie sind dies die Mitglieder des Steuerungsgremiums und der Geschäftsleitung. Für sie muss der Bericht so aufbereitet sein, dass er einen Überblick über den relevanten Handlungsbedarf und die wichtigsten Informationen zur Gesundheitssituation im Unternehmen liefert, denn sie sind es, die über die Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen zu entscheiden haben.

Aber auch Führungskräften im mittleren und unteren Management kann er Hinweise auf Interventionsbedarf liefern, sofern die Größe der Organisationseinheit im Hinblick auf den Datenschutz eine aussagekräftige Auswertung ermöglicht (keine Auswertung von Personengruppen, denen weniger als 50 Mitarbeiter angehören).

Das Anfordern, Sammeln und Aufbereiten interner und externer Daten erfolgt zentral durch den BGM-Verantwortlichen oder eine damit beauftragte Stelle. Ziel ist nicht, so viele Daten von so vielen Stellen wie möglich zu sammeln. Wie sich im Praxisfeld gezeigt hat, nimmt ein zu umfangreicher Datenpool zum einen sehr viel Arbeitszeit zur Aufbereitung in Anspruch. Der Informationsumfang kann durch die Vielzahl an Daten außerdem so groß werden, dass er sich kaum noch knapp und übersichtlich zusammenfassen lässt und dabei noch einen Mehrwert an Informationen liefert. Ziel muss es sein, für das Management knapp und präzise die tatsächlich relevanten Auswertungen bereitzustellen, mit einem gleichzeitig möglichst hohen Informationsgrad.

Der Bericht sollte zumindest einen zusammenfassenden Teil enthalten, der die Gesundheitssituation und die daraus abzuleitende Problematik bzw. Handlungsfelder für das Management knapp und präzise darstellt, damit er für die Beteiligten eine aussagekräftige Planungsgrundlage darstellt und nicht zum "Datenfriedhof" gerät.

Weiterer Bestandteil des Berichtes sind Informationen zu geplanten, laufenden und abgeschlossenen Projekten und den Aktivitäten der Fachbereiche. Diese Informationen richten sich an die beteiligten Fachbereiche, an die Geschäftsleitung als "Geldgeber", aber auch an Führungskräfte der unteren Führungsebene. Da der Gesundheitsbericht als Planungsgrundlage für Maßnahmen dient, schafft er mit diesen Informationen gleichzeitig Transparenz über bereits vorhandene Angebote und deren Erfolg im Unternehmen. So haben Verantwortliche einen Überblick, bei welcher gesundheitsbezogenen Problemstellung welches Angebot in Frage kommt.

An deren Informationsbedarf und der sonstigen gesundheitsbezogenen Infrastruktur im Unternehmen orientiert sich der Inhalt des Berichts in erster Linie. Existiert beispielsweise ein Auftritt des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Intranet, auf der alle Aktivitäten und Projekte aktuell dargestellt werden, ist eine detaillierte Aufführung im Gesundheitsbericht nicht unbedingt notwendig, bzw. auch nicht praktikabel, da die Informationen der Homepage ständig auf dem neuesten Stand gehalten werden können, während der Gesundheitsbericht ein "Blitzlicht" in der Regel ein Mal im Jahr liefert.

10.2 Struktur und Inhalt des Gesundheitsberichts

Im Rahmen der diversen Geschäftstätigkeiten im Unternehmen selbst und auch in dessen Umfeld werden routinemäßig Daten erfasst und verarbeitet, so dass es zunächst scheint, dem Gesundheitsmanagement stünden für dessen Zwecke ohne größeren Aufwand eine Fülle an Routinedaten zur Verfügung.

Inhalt und Aussagewert des Berichtes hängen hauptsächlich von den verfügbaren Daten ab, und diese wiederum von der Unternehmensgröße und der Versichertenstruktur der Kassenzugehörigkeit. Zwar sind die Krankenkassen aufgrund der vorhandenen Daten grundsätzlich in der Lage, eine Arbeitsunfähigkeitsanalyse zu erstellen. Je nach Unternehmensgröße und/oder der Versichertenstruktur ist eine Auswertung auf Unternehmensebene oder für einzelne Organisationseinheiten aufgrund des Datenschutzes jedoch nicht möglich. Dies gilt auch für Daten, die unternehmensintern erfasst werden, wie beispielsweise im Arbeits- und Gesundheitsschutz, der betrieblichen Sozialberatung oder dem Personalbereich.

Forschungsbemühungen wie das KOPAG-Projekt⁴ kommen zu dem Ergebnis, dass Daten im Unternehmen nicht einheitlich, zum Teil nur handschriftlich oder nicht systematisch erfasst und deshalb nur mit größerem Aufwand für andere Zwecke verfügbar gemacht werden konnten. Auch ließen sich Daten aus unterschiedlichen Quellen nicht, oder nur mit großem Aufwand zusammenfügen, weil keine gemeinsame Kennziffer (z.B. RV-Nummer) zur Identifikation existierte.

⁴ Kooperation Arbeit und Gesundheit (KOPAG): Vom BMA gefördertes Modellprojekt von 1994-1997 zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Kooperationspartner BKK-Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG).

In der benannten Studie erfolgte eine Zusammenführung von Krankenkassen-, Unfallversicherungsträger- und unternehmensinternen Daten über die Generierung einer "Rumpf-Rentenversicherungsnummer". Das Ergebnis gab dann Auskunft über das vorhandene Präventionspotenzial (Böhnke, 2006).

Die Arbeit von Böhnke (ebd) skizziert, dass das Einführen routinemäßiger Zusammenführung von Daten in Unternehmen sowie das Generieren valider Aussagen durch korrekte Berechnungen, in der Regel die im betrieblichen Alltag vorhandenen Ressourcen übersteigt. Solange kein einheitliches Identifikationsmerkmal routinemäßig vorhanden ist, werden solcherlei Erkenntnisse nur im Rahmen von dafür initiierten Kooperationsprojekten mit professionellen externen Institutionen erlangt werden können.

Im betrieblichen Alltag stellt sich demzufolge die Frage nach dem Aussagewert der Daten für den gewünschten Zweck - also der Darstellung der Gesundheitssituation im Unternehmen - und ob, und mit welchem Aufwand, die Daten für diesen Zweck bereitgestellt und ggf. mit denen anderer Quellen in Zusammenhang gebracht werden können. Steht dies fest, wird im Sinne des Prozessmanagements eine "Prüfliste" für die Gesundheitsberichterstattung deren Bestandteile festgelegt. Dazu gehört beispielsweise eine Liste interner und externer Netzwerkpartner und deren verfügbare Daten, die Festlegung der Darstellung von Analyseergebnissen, Messgrößen, Kennziffern, Analysestandards, Datenquellen, Besonderheiten, etc.

Kennzahlen und Messgrößen müssen eindeutig festgelegt werden, um – zumindest unternehmensintern – Vergleiche zu ermöglichen (Fehlzeiten mit/ohne Mutterschutz, Berücksichtigung individueller Arbeitszeitmodelle, etc.) (siehe hierzu auch Ducki, 1998b).

Im untersuchten Praxisfeld ergab sich der Inhalt des zu erstellenden Gesundheitsberichts aus den Anforderungen des Steuerungsgremiums, die in der Betriebsvereinbarung zur Einrichtung einer Steuerungsgruppe aus dem Jahr 2003 festgehalten wurde: Als "zentrales Instrument für Diagnose, begleitende Bewertung und Information" müssen in ihm "(...) alle Daten und Informationen enthalten sein, die für die Identifikation, Analyse und Bewertung gesundheitlicher Probleme und ihrer Ursachen sowie zur Abschätzung der Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der einzuleitenden Maßnahmen erforderlich sind". Vorgesehen war hierzu auch die Zusammenführung von Daten aus verschiedenen gesundheitsrelevanten Bereichen. Der Gesundheitsbericht musste außerdem über den Stand von verabschiedeten und geplanten Maßnahmen berichten.

Es erfolgte eine Gliederung des Berichts in einen analytischen Teil zur Gesundheitssituation und einen informellen Teil zum Stand der geplanten, laufenden und abgeschlossener Gesundheitsförderungsangebote aus allen gesundheitsrelevanten Bereichen im Werk. Aufgrund der Größe des Werkes mit mehr als 12.000 Mitarbeitern (Stand 2007) wurde außerdem entschieden, zusätzlich zu einem Gesamt-(Werks-)bericht, für die größten Produktionsbereiche (Center) auch separate Centerberichte zu erstellen.

Im untersuchten Werk waren etwa 97 % der Mitarbeiter bei der internen Betriebskrankenkasse versichert, bei der es sich zudem um eine "geschlossene" Krankenkasse handelt, eine Mitgliedschaft also nur für Mitarbeiter und deren Angehörige im Rahmen der Familienversicherung möglich ist. Im Werk existierten außerdem große Produktionsbereiche mit ähnlichen Arbeitsplatzanforderungen und Tätigkeiten existierten. Aufgrund dieser Rahmenbedingungen waren im Sinne des Datenschutzes Auswertungen und Vergleiche bis auf Abteilungsebene möglich.

Allerdings zeigte sich auch hier, dass unterschiedliche Routinen der Datenerfassung und -verarbeitung eine Zusammenführung von Daten erschweren oder zumindest ihre Aussagefähigkeit hinsichtlich eines Zusatznutzens soweit vermindern, dass eine Zusammenführung keine Steigerung der Aussagefähigkeit bedeuten würde. Besonders gravierend zeigte sich dies in der Erfassung von krankheitsbedingten Fehlzeiten. Während die Krankenkassen diese anhand des vorliegenden ärztlichen Atteste in Kalendertagen erfassen, wurden Fehlzeiten im untersuchten Unternehmen in tatsächlichen Arbeitstagen, und sogar unter Berücksichtigung des individuellen Arbeitszeitmodells, erfasst. In die Fehlzeitenquote des Unternehmens flossen außerdem die Fehltage ein, die innerhalb der Drei-Tage-Regelung lagen. Diese wiederum wurden in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik der Krankenkassen nicht berücksichtigt, weil faktisch kein Attest vom Arzt - und somit keine Arbeitsunfähigkeit - vorhanden war.

Auch Sochert (1998) kommt zu dem Ergebnis, dass ein erheblicher Zielkonflikt besteht, zwischen dem Wunsch der Wissenschaftler, möglichst viele Daten umfassend erheben zu können und der betrieblichen Notwendigkeit, dem Betriebspraktiker mit möglichst geringem Aufwand valide und reliable Informationen zeitnah zur Verfügung zu stellen.

10.3 Zweckmäßigkeit des Gesundheitsberichts

Der Betriebliche Gesundheitsbericht liefert im optimalen Fall Informationen zur Priorisierung und Planung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei ist unerheblich, ob es sich um eine weniger umfangreiche Einzelmaßnahme, ein dauerhaftes Programm mit mehreren Modulen oder um eine stationäre Einrichtung, wie beispielsweise ein Gesundheitszentrum im untersuchten Unternehmen handelt. Unerheblich ist auch, ob die Maßnahme in der Vergangenheit und/oder in anderen Unternehmen, bzw. -bereichen bereits erfolgreich durchgeführt wurde, da sich die Gegebenheiten regional bedingt unterscheiden können. Auch können nach dem Ende einer Maßnahme gravierende Änderungen in den Rahmenbedingungen oder der Beschäftigtenstruktur eingetreten sein, so dass die Maßnahme an sich nicht mehr angemessen erscheint oder eine Modifizierung notwendig wird.

Eine regelmäßige und einheitliche Berichterstattung ermöglicht eine Beobachtung von Entwicklungen im Gesundheitsgeschehen. Daraus lassen sich einerseits in Interventionsbereichen mögliche Erfolge ableiten, aber auch allgemeine Entwicklungen im Zeitverlauf beobachten (Entwicklung chronischer und/oder psychischer Erkrankungen, etc.). Bestenfalls kann in einem Unternehmen mit mehreren Standorten ein Vergleich zwischen diesen vorgenommen werden, sofern unternehmensweit eine einheitliche Vorgehensweise und Datenerfassung möglich ist und festgelegt wurde. Somit könnte ein Standort Informationen nicht nur darüber erhalten, wo interne Bereiche im Vergleich zu anderen oder dem Unternehmensdurchschnitt steht, sondern auch, in welchem Bereich mit ähnlichen Problemen mit welchem Erfolg Interventionen durchgeführt wurden, welche Angebote Fachbereiche wie Werksärztlicher Dienst oder die Betriebliche Sozialberatung bereit halten, etc. Somit ist der Bericht nicht nur Planungsgrundlage, sondern auch Medium für Gesundheitsaktivitäten und Marketinginstrument in Sachen Gesundheitsförderung.

Brandenburg/Nieder (2003) modifizieren die Gesundheitsberichterstattung zum Instrument eines *Gesundheitscontrollings*. Nicht ein Mal pro Kalenderjahr, sondern in monatlichen Abständen sollen ihrer Ansicht nach die Ergebnisse einer systematischen und regelmäßigen Erfassung und Darstellung von krankheitsbedingten Fehlzeiten im Rahmen dieses Berichtsystems veröffentlicht werden. Die Fehlzeiten sollen im jeweiligen Bereich (hier: Kostenstellen) nach Alter, Geschlecht und beruflichem Status dargestellt und außerdem ein Vergleichswert eines analogen Produktions- oder Unternehmensbereichs hinzu gezogen werden. Auch die Anzahl der durchgeführten Rückkehrgespräche soll demnach in das Controlling einfließen. Das Zusammenführen von Unfalldaten, Gefährdungsanalysen, Belastungsbeurteilungen, Mitarbeiterbefragungen, Ergebnissen von Vorsorgeuntersuchungen, etc. sehen die Autoren in diesem Zusammenhang als kritisch, da die Daten ursprünglich zu anderen Zwecken erhoben wurden.

Eine nach Beschäftigtengruppen differenzierte und altersstandardisierte AU-Analyse der Krankenkassen könne im Rahmen des Gesundheitscontrollings jedoch zuverlässige Aussagen über Entwicklungen liefern - unter der Voraussetzung, dass über Jahre regelmäßig die Daten unter möglichst gleich bleibenden Bedingungen erhoben werden (ebd).

Auch im untersuchten Praxisfeld wurde eine solche Überlegung angestellt, um Gesundheitsförderung auch in die Balanced Scorecard einfließen zu lassen. Hierzu wurde ein Pilotprojekt im Montagebereich eines Fahrzeugtyps initiiert. Wie sich zeigte, ist in einem Großunternehmen mit mehreren Produktionsstandorten ein Gleichbleiben der Rahmenbedingungen nicht realisierbar, weil das gesamte Unternehmen und die einzelnen Standorte einer kontinuierlichen, wettbewerbsbedingten Optimierung unterliegen, in der beispielsweise Produktionsbereiche zusammengelegt, ausgelagert oder werksintern Umstrukturierungen vorgenommen werden (müssen).

Dieser Umstand verhindert eine kontinuierliche Beobachtung von prozessualen Veränderungen unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten über einen längeren Zeitraum. Insgesamt betrachtet stand dem zu leistenden Aufwand kein erkennbarer Mehrwert gegenüber. Auch eine monatliche Analyse der AU-Daten konnte seitens der zugehörigen Krankenkasse aus personellen und organisatorischen Gründen nicht geleistet werden.

Ducki (1998b) merkt zur Betrieblichen Gesundheitsberichterstattung kritisch an, dass jedes Unternehmen nach eigenen Maßstäben Krankheitsstatistiken führt und dabei unterschiedliche Zuordnungsmerkmale und Relationsmaße zugrunde legt, was eine überbetriebliche Berichterstattung praktisch unmöglich macht.

Die bei den Krankenkassen erfassten Tätigkeitsbezeichnungen sind nach dieser Erkenntnis nicht nur zu grob, sondern meist auch nicht aktuell, weil sie meist bei Versicherungsbeginn erfasst und während der Versicherungsdauer nicht aktualisiert werden, was wiederum das Einbeziehen weiterer betrieblicher Daten erforderlich macht.

Auch Röttger et al (2005) machen die Zuverlässigkeit der Auswertung der Routinedaten nach Berufsgruppen, bzw. Tätigkeiten abhängig von der Sorgfalt, mit der diese Daten arbeitgeberseitig gepflegt und aktuell gehalten werden. Das System der Krankenkassen kontrolliere lediglich die Gültigkeit des Zahlenschlüssels; ob eine Tätigkeit dem falschen Zahlencode zugeordnet oder eine falsche Berufsgruppe gewählt wurde, lasse sich nicht überprüfen. Außerdem bestehe die Wahrscheinlichkeit, dass die Tätigkeit zwar bei der Einstellung korrekt erfasst wurde, bei Versetzungen oder Weiterqualifizierung jedoch keine Aktualisierung mehr erfolgt.

Eine tabellarische Darstellung von Demmer (1995) zeigt die Vor- und Nachteile verschiedener Quellen und Instrumente zur Gesundheitsberichterstattung auf (Bild II-4).

Der Aufwand zur Datensammlung, -aufbereitung und -analyse ist einer von zwei Faktoren, der dem zu erwartenden - begrenzten - Aussagewert der Gesundheitsberichterstattung gegenüberzustellen ist. Der Bericht kann wertvolle Hinweise auf Handlungsfelder geben. Bedacht werden muss allerdings, dass der Bericht eine Bestandsaufnahme mit Blick in die Vergangenheit liefert. In der Regel werden von den Krankenkassen jeweils am Anfang des Jahres Auswertungen der Daten des Vorjahres vorgenommen und daraus die Arbeitsunfähigkeitsanalyse erstellt.

Der Vorteil der Verwendung von Sekundärdaten liegt in der Zeitersparnis, da die benötigten Daten bereits vorhanden sind und nicht aufwendig erhoben werden müssen. Allerdings können die Arbeitsunfähigkeitsanalysen maximal *Anhaltspunkte* für mögliche Ursachen von hohen Fehlzeiten oder besonders häufig auftretenden Erkrankungen liefern. Um die tatsächlichen Gründe herauszufinden, führt der Weg nur über die Erhebung von Primärdaten in Form einer direkten Befragung oder beispielsweise durch Gesundheitszirkelprojekte.

Instrumente	Besondere Vorteile	Mögliche Nachteile
statistische Analysen von Unternehmensdaten zu Fluktuation, Absentismus, Produktivität,	sofern Routinedaten kein zusätzlicher Aufwand für Datenerhebung	lassen Beschreibung, nicht jedoch Erklärung von Ursachen und Zusammenhängen zu, Gesundheitsbezug unterschiedlich stark
statistische Analysen von Krankenversicherungsdaten zu Arbeitsunfähigkeitsfällen, -tagen	ohne zusätzliche Erhebung leicht verfügbare Routinedaten	Zuverlässigkeit der Diagnosen und der erfaßten Dauer der Arbeitsunfähigkeit etwas beeinträchtigt; liegen nicht immer für alle Beschäftigten vor; aussagekräftige Auswertungen setzen die Erfassung der Kostenstellen als Indikatoren für gleichartige Tätigkeiten/Belastungen voraus; beschreibend, nicht erklärend
Analyse von Daten der Sicherheitsingenieure zu Arbeitsunfällen und arbeitsplatzbezogenen Gefährdungen (Kataster)	liegen teilweise ebenfalls als Routinedaten vor	werden mit unterschiedlicher Genauigkeit erhoben; beschreiben Risiken, nicht Verursachungszusammenhänge
Analyse von Daten der arbeitsmedizinischen Vorsorge-Untersuchungen	werden teilweise als Pflichtdokumentation routinemäßig erhoben	Pflichtdaten beziehen sich lediglich auf Einsatzfähigkeit am jeweiligen Arbeitsplatz und nur die Beschäftigtengruppen, die aufgrund ihrer Tätigkeit regelmäßig untersucht werden müssen; dies gilt meist auch für teilweise freiwillig ausführlicher dokumentierte Untersuchungen; beschreiben individuelle gesundheitliche Verfassung
Auswertung von Screening-Aktionen	geben Auskunft über einzelne Risikofaktoren, die mit geringem organisatorischen Aufwand meßbar sind; Wiederholungsmessungen ebenfalls leicht durchführbar	TeilnehmerInnen rekrutieren sich in der Regel freiwillig; es werden nur wenige physiologisch meßbare Faktoren erfaßt; keine Schlußfolgerungen auf Verursachungszusammenhänge möglich
Auswertung von Beschäftigtenbefragungen	das subjektive Befinden kann in vielen Facetten vergleichsweise ganzheitlich erhoben werden; es kann zugleich nach möglichen arbeitsbedingten Ursachen und nach Veränderungsvorschlägen gefragt werden	im Unterschied zu Routinedaten zusätzliche Erhebung

Bild II-4 Vor- und Nachteile verschiedener Quellen und Instrumente (Demmer, 1995, S. 26)

Rosenbrock (2000) kommt in seinem Beitrag ebenfalls zu dem Ergebnis, dass der Gesundheitsbericht lediglich dazu dient, mittels Arbeitsunfähigkeitsdaten, Mitarbeiterbefragung und Arbeitsschutzinformationen Prioritäten zu setzen, bzw. Bereiche mit Handlungsbedarf zu identifizieren - "Mehr kann ein Gesundheitsbericht nicht." (ebd, S. 6).

Unter Abschnitt 12 folgt eine Übersicht, der einem Unternehmen zur Verfügung stehenden Daten zur Analyse der Gesundheitssituation und überprüft deren Relevanz und das Verhältnis des Aufwandes zur Bereitstellung der Daten in Relation zum Nutzen, bzw. deren Aussagefähigkeit für die Maßnahmenplanung.

11 Projekt-, Prozess- und Qualitätsmanagement im BGM und der BGF

Für eine systematische Vorgehensweise im Betrieblichen Gesundheitsmanagement greifen Dimensionen aus dem Qualitäts-, Prozess- und Projektmanagement ineinander, bzw. verlaufen parallel ergänzend (siehe Bild II-5).⁵ Die Vorgehensweise basiert auf den jeweiligen Modellen und bedient sich auch den zugehörigen Instrumenten.

Eine Besonderheit im Gesundheitsmanagement besteht darin, dass, vorgeschaltet zur eigentlichen Gesundheitsmaßnahme, eine generelle Analyse stattfindet, um zunächst mögliche Interventionsbereiche und Handlungsschwerpunkte ausfindig zu machen. Eine weitere, maßnahmespezifische Analyse folgt dann im Rahmen des Projektverlaufs.

Allgemeine Anwendung in den Gesundheitswissenschaften finden die drei Qualitätsdimensionen *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* nach Donabedian. Diese werden auch als Grundlage für nachhaltig wirksame Gesundheitsförderungsangebote herangezogen (Zollondz, 2006; Becker, 2006).

Die Bewertung der *Strukturqualität* beinhaltet dabei die Bewertung der Rahmenbedingungen wie beispielsweise räumliche Ausstattung (Lage und Erreichbarkeit, Größe, Vorhandensein erforderlicher Trainings-, bzw. Unterrichtsgeräte, die sanitären Anlagen, ein behindertengerechter Zugang, etc.), personelle Ausstattung (Qualifikation, Verhältnis Anzahl Teilnehmer zu Trainer oder Dozent) und Arbeitsorganisation (Verfügbarkeit von Arbeitsmitteln, Kommunikationsstrukturen, Marketing des Maßnahmeangebots, etc.).

Prozess- und Ergebnisqualität werden bestimmt durch die Vorgehensweise nach dem Deming-Zyklus: Plan - Do - Check - Act. Die Maßnahmen werden nicht isoliert betrachtet, sondern im Rahmen eines Gesamtprozesses geplant, durchgeführt und ständig optimiert.

Zur Sicherung der *Prozessqualität* des Betrieblichen Gesundheitsmanagement steht am Beginn der Planungsphase (Plan) eine Bedarfsanalyse. Deren Ergebnis gibt Aufschluss über den Handlungsbedarf und notwendige Maßnahmen. Anhand der Bedarfsanalyse werden Zielgrößen für die Ergebnismessung festgelegt und die Zielgruppe ausgewählt. Auch Zugangswege und Marketing, Interventionsverfahren und einzubeziehende Kooperationspartner sind Teil der Bedarfsanalyse und die Grundlage einer qualitätsgesicherten Umsetzung (siehe auch Kickbusch, 2003). Die Planungsphase sollte auch die Unterteilung in und Beschreibung von Hauptprozessen sowie Hilfs-/ Unterstützungsprozessen beinhalten, um so Ressourcen effizient planen zu können.

⁵ ausführlich zu den Projektphasen sowie zum Prozess- und Qualitätsmanagement siehe entsprechende Abschnitte in Kapitel II

Als nächster Prozessschritt folgt die Durchführung (Do) inklusive Steuerung der Maßnahme. Gesteuert werden Maßnahme oder Programm durch das Projektcontrolling. Dadurch werden regelmäßig die Soll-/oder Zielgrößen mit den tatsächlichen, aktuellen Ist-Werten abgeglichen. Bei Abweichungen können dann Maßnahmen zur Gegensteuerung erfolgen, um die Zielerreichung und damit letztendlich die Wirksamkeit der Maßnahme zu gewährleisten.

Das Überprüfen der Zielerreichung (Check) ist Teil der Prozessqualität, dient letztendlich aber auch der Bewertung der Ergebnisqualität. Dazu werden jedoch weitere Kenngrößen wie das Verhältnis zwischen Aufwand und Ergebnis und Grad der Zielerreichung herangezogen. Die Kenngrößen spiegeln die Ergebniserwartungen aller Beteiligten wider. Dazu gehören die Interessenvertreter und Akteure des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ebenso wie die Teilnehmer selbst, da nicht nur die objektive Wirksamkeit, sondern auch ihre subjektive Zufriedenheit Teil der Ergebnisqualität ist.

Aus der Bewertung der Ergebnisqualität resultieren Handlungen (Act) zur Prozessverbesserung oder zur Standardisierung der Vorgehensweise. Nach diesem Schritt beginnt der Prozess im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung wieder von vorn; bei der Planung eines Folgeprozesses oder -projektes werden die Resultate des vorangegangenen Zyklus berücksichtigt.

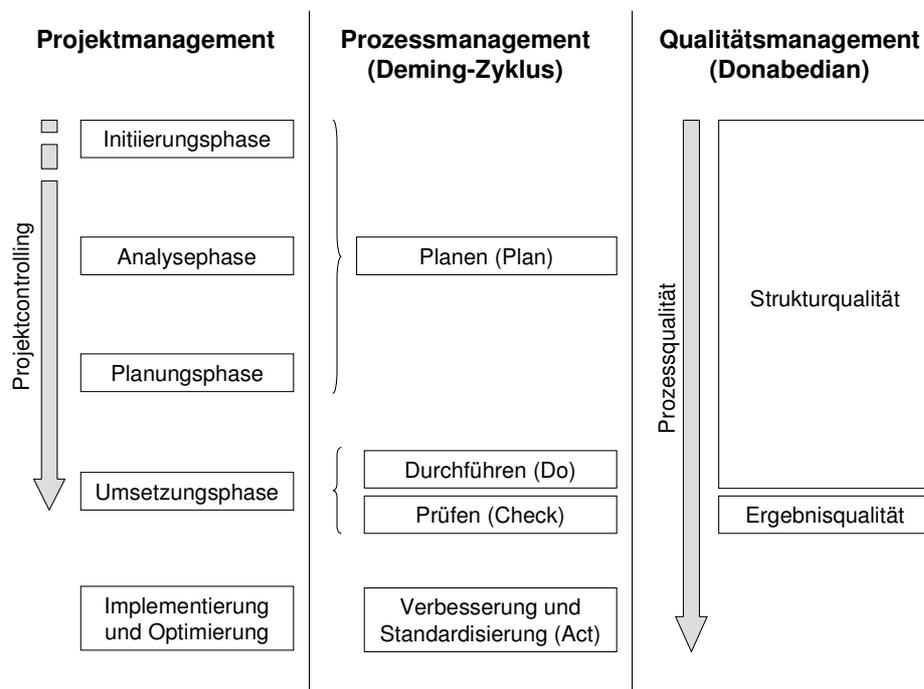


Bild II-5 Parallele Dimensionen des Projekt-, Prozess- und Qualitätsmanagements in Bezug auf Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (eigene Darstellung)

12 Analyse und Bedarfsermittlung

Die Bedarfsanalyse ist unabdingbarer Bestandteil eines systematischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Ist-Analyse liefert eine Momentaufnahme der Gesundheitssituation im Unternehmen und der Beschaffenheit des Arbeitsumfeldes unter dem Aspekt Gesundheit. Zur Bedarfsanalyse können verschiedene Daten erhoben und herangezogen werden.

Laut Präventionsbericht 2008 des Medizinischen Dienstes des Krankenkassen (MDS) erfolgte im Jahr 2007 eine Bedarfsermittlung in durchschnittlich 90 % aller zurückgemeldeten Fälle. Bei vorhandenen Entscheidungsstrukturen waren es sogar 98 %, angewendet wurden dazu im Durchschnitt vier Instrumente. Ohne Steuerungsgruppe, o.ä. erfolgte eine Bedarfsanalyse in nur 77 % der Fälle und hierzu wurden auch nur durchschnittlich zwei Instrumente herangezogen. Die Arbeitsunfähigkeitsanalyse (AU-Analyse) der Krankenkassen ist dabei laut Präventionsbericht das am meisten genutzte Werkzeug zur Bedarfsermittlung. Die AU-Analyse wird entweder als alleiniges Werkzeug oder in Verbindung mit weiteren Instrumenten genutzt (Handschuh/Strippel, 2008; siehe auch Abschnitt 12.1). Ob am Ende die gewonnenen Erkenntnisse in einem Gesundheitsbericht zusammenfließen, geht aus dem Präventionsbericht des MDS nicht hervor.

In einem größeren Unternehmen werden Routinedaten erhoben, deren Auswertung auch für die Betriebliche Gesundheitsförderung interessant sein können. Datenquellen sind beispielsweise die Bereiche:

- Personalmanagement
- Gesundheitsschutz/Werksärztlicher Dienst
- Arbeitsschutz/Arbeitssicherheit
- Betriebliche Sozialberatung
- Personalvertretung
- Krankenkassen
- Unfallversicherungsträger

Aus wissenschaftlicher Sicht unterliegt die Datenqualität folgenden Anforderungen:

- zuverlässige Datenerhebung (Objektivität, Reliabilität)
- aussagekräftige Daten (Objektivität, Validität)
- Datenfortschreibung für Längsschnittstudien (Reliabilität)
- Datenverknüpfung über Betriebsschlüssel und Tätigkeitsschlüssel (Objektivität, Reliabilität, Validität)
- Möglichkeit der statistischen epidemiologischen Analyse (Cox-Modell, Berechnung von Wechselwirkungen)
- Dateninterpretation: valide Aussagen, Formulierung von Verdachtsmomenten

Im Praxisfeld zeigte sich allerdings, dass die Erfüllung wissenschaftlicher Ansprüche in Bezug auf die Datenqualität im betrieblichen Alltag schwierig ist. Dies liegt zum einen an den permanenten Veränderungen, denen ein Unternehmen ausgesetzt ist, so dass Beobachtungen und Messungen über einen erforderlichen mehrjährigen Zeitraum nicht möglich sind. Auch begrenzte Ressourcen im Unternehmen - finanziell, personell und fachlich - schränken eine Bewertung von Maßnahmen ein.

Bei der Bedarfsermittlung sollten nicht nur "reaktive" Maßnahmen im Blickpunkt stehen, sondern auch ein zukünftiger Bedarf, z.B. durch bevorstehende Umstrukturierungen, Mehrbelastung durch Produktneuanläufe, etc. berücksichtigt werden.

Die Auswahl der Interventionsstrategie hängt nach Ansicht von Ducki (1998a) von mehreren Faktoren ab, wie beispielsweise der Größe des Unternehmens und der Branche, den vorhandenen Arbeitsschutzstrukturen, technologischen Standards im Betrieb, der Zielgruppe, den vorhandenen gesundheitlichen Risiken und den zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen.

Einfluss haben auch die Personalpolitik, existierende Unternehmensleitlinien sowie das Interesse und die Bereitschaft der Geschäftsleitung, beispielsweise Maßnahmen während der Arbeitszeit durchzuführen und nicht zuletzt auch die Rahmenbedingungen in den Bereichen mit - laut AU-Analyse - vorhandenen Problemschwerpunkten.

Grundsätzlich sollte vor der Datensammlung und -aufbereitung eine präzise Aufstellung erfolgen, welche Daten tatsächlich benötigt werden und welche Fragestellung mit den Ergebnissen beantwortet werden sollen.

Im Folgenden werden mögliche Datenquellen zur Analyse der Gesundheitssituation und Bedarfsermittlung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen dargestellt. Dabei wird jeweils nur ein Überblick über das jeweilige Instrument gegeben, da zu jedem eine umfassende Auswahl an ausführlicher Fachliteratur vorhanden ist.

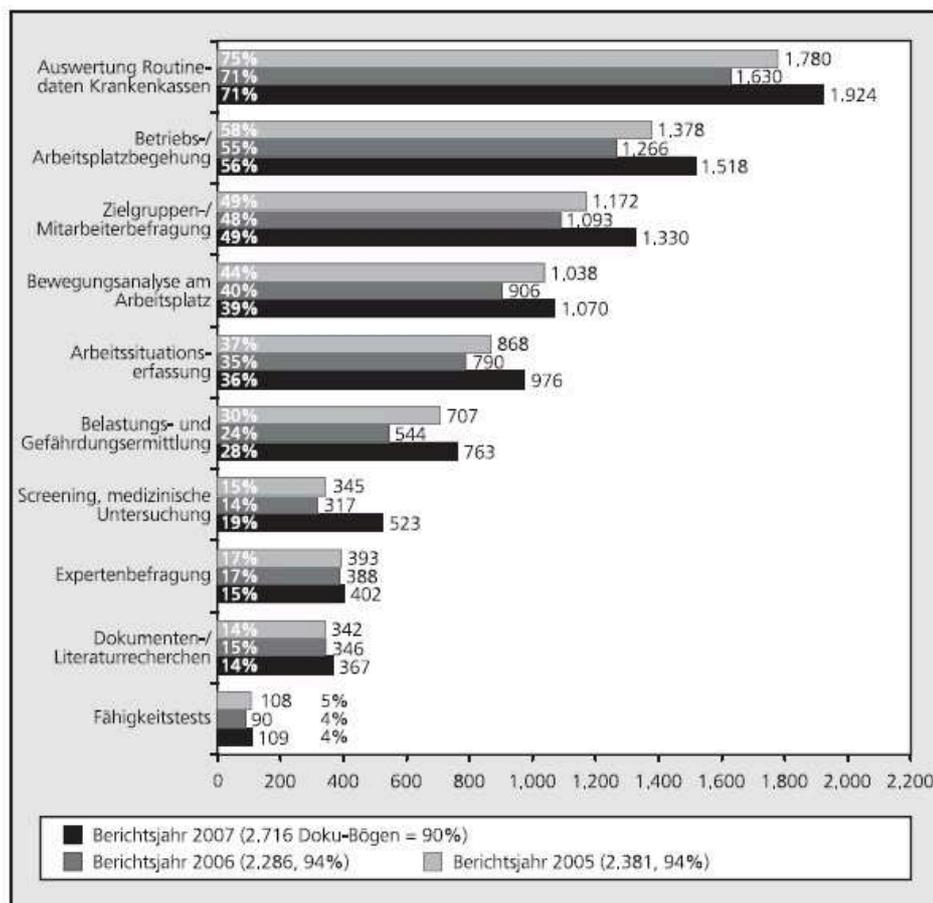


Bild II-6 Anwendung von Instrumenten zur Bedarfsermittlung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Handschuh/Strippel, 2008, S. 87)

12.1 Arbeitsunfähigkeitsanalyse (GKV)

Der Ursprung der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung liegt in der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Analyse) der gesetzlichen Krankenkassen. Vom Beginn an, Ende der 1980er Jahre, diente deren Gesundheitsbericht⁶ als Grundlage zur gezielten Priorisierung von Interventionsbereichen - seinerzeit mit dem Fokus Gesundheitszirkel, die in dieser Zeit ebenfalls von den gesetzlichen Krankenkassen entwickelt und im Rahmen von integrativen betrieblichen Gesundheitsförderungsangeboten eingesetzt wurden.

⁶ Ducki (1998b) weist darauf hin, dass die Arbeitsunfähigkeitsanalysen der Krankenkassen von diesen missverständlich als (betrieblicher) Gesundheitsbericht bezeichnet würden. Diese Bezeichnung hält sie insofern für unangemessen, weil sich der Umfang dieser Dokumente lediglich auf Krankheitsdiagnosen und Arbeitsunfähigkeit beschränke.

Die Grundidee war eine umfassende Zusammenschau der Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen mit betrieblichen Daten des medizinischen Dienstes und Ergebnissen von Arbeitsplatzanalysen. Dabei zeigte sich jedoch, dass die vorgesehenen betrieblichen Daten nicht routinemäßig erfasst wurden und nur mit hohem Aufwand zusammengeführt werden konnten. Im weiteren Verlauf beschränkte sich eine routinemäßige Berichterstattung der Krankenkassen deshalb auf deren selbst erfassten Arbeitsunfähigkeitsdaten (Sochert, 1998).

Die Spannweite der Auswertungen reicht inzwischen von der Bundesverbandsebene einzelner gesetzlicher Krankenkassen (sog. "Gesundheitsreports") mit Branchen-, Bundesländer- und Berufsgruppenvergleichen bis hin zu den Gesundheitsberichten auf betrieblicher Basis und dort wiederum bis zu Organisationseinheiten wie Abteilungen und Kostenstellen im Unternehmen. Eine Auswertung wird auch nach Berufsgruppen und Tätigkeitsfeldern vorgenommen, die entsprechende Zuordnung erfolgt im Vorfeld durch den Arbeitgeber.

Die Zuverlässigkeit der Daten hängt von der Sorgfalt ab, mit der die Zuordnung erfolgte, sowie von der Aktualität der Daten im Hinblick auf Veränderungen wie beispielsweise beruflicher Aufstieg, Tätigkeitswechsel oder Versetzung des Versicherten innerhalb des Unternehmens.

Das Ergebnis der AU-Analyse zeigt Erkrankungsschwerpunkte im Unternehmen auf und kann anhand der Kostenstellen-Zuordnung und, soweit datenschutzrechtlich möglich, bis auf kleinere Organisationseinheiten wie beispielsweise Abteilungs-, oder Teamebene abgebildet werden.

Keinen Aufschluss können die Daten über die Ursachen der Erkrankungen geben. Deshalb sind weiterführende Maßnahmen wie beispielsweise Gesundheitszirkel notwendig, um die Ursachen herauszufinden und dagegen steuern zu können (siehe dazu nachfolgende Abschnitte).

Die Arbeitsunfähigkeitsanalyse dient dem Gesundheitsmanagement zur Auswahl von Interventionsbereichen. Hauptsächlich sollen durch die Analyse innerhalb des Unternehmens Bereiche ermittelt werden, die vom Unternehmensdurchschnitt abweichen und somit für eine Intervention in Betracht kommen.

Im Sinne von "best practice" sind aber auch Bereiche mit positiven Abweichungen interessant. Hier gilt es, nach möglichen Gesundheitsressourcen zu suchen und die Übertragungsmöglichkeiten in andere Produktions-/Unternehmensbereiche zu überprüfen.

Durch die Analyse auf betrieblicher Ebene erhält ein Unternehmen Einblick in dessen soziodemographische Struktur seiner Beschäftigten.

Die von Sochert (1998) dargestellte Berichtstruktur entspricht auch heute noch der Vorgehensweise der BKKen und fand in dieser Form auch Anwendung im untersuchten Unternehmen:

1. Mitgliederstruktur und Haupterkrankungsarten
2. Vergleich der Arbeitsunfähigkeitsdaten des Unternehmens mit Bund/Branche
3. Arbeitsunfähigkeiten in Unternehmensbereichen (Abteilungen/Kostenstellen)
4. Langzeit-Arbeitsunfähigkeiten

Der Datenschutz steht bei der Auswertung strikt im Vordergrund. Die Auswertung erfolgt in Gruppengrößen von mindestens 50 Versicherten, Fallzahlen unter drei je Erkrankungsart werden nicht abgebildet, so dass kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich ist. Außerdem verzichten die gesetzlichen Krankenkassen auf "tagesgenaue" Angaben wie das Geburtsdatum, und auch eine genaue Zuordnung der Nationalität erfolgt nicht (differenziert wird nur nach deutsch/nicht deutsch). Die Rentenversicherungsnummern der Versicherten werden zudem irreversibel verschlüsselt, so dass auch hierüber kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich ist (vgl. Sochert, 1998).

Die AU-Analyse ist eine Stichtagserhebung und erstreckt sich retrospektiv über den Zeitraum von einem Jahr. Erfasst und in der Auswertung dargestellt werden - entsprechend der Bezeichnung - Erkrankungen, die zur Arbeitsunfähigkeit führten.

Laut Sochert/Schröer (1996) hat sich die Nutzung von Krankenkassendaten bewährt, weil sie die wichtigsten Fehlzeiten erfassen (Krankheit, Kur, Mutterschutz, Arbeitsunfälle) und, ohne Mehrkosten zu verursachen, routinemäßig bereitgestellt werden können. Den Autoren zufolge ist die Datenverwaltung innerhalb der jeweiligen Krankenkassen weitgehend standardisiert und dem entsprechend seien auch die Auswertungsprogramme untereinander kompatibel.

Fraglich ist jedoch die *kassenübergreifende* Kompatibilität, denn laut Gröben et al (2004) liegt das Problem genau darin, dass lediglich alters- und geschlechtsstandardisierte Daten verwendet würden und nur mit erheblichem Aufwand die nötigen Rohdaten für eine Zusammenführung zu generieren seien.

Dies wird beispielsweise in Unternehmen mit heterogener Versichertenstruktur relevant. Um hier ebenfalls einen aussagekräftigen Bericht zu ermöglichen, ist eine standardisierte Vorgehensweise erforderlich, durch die sich eine Zusammenführung der Daten unterschiedlicher Kassen realisieren ließe.

Auch die Neuerung des § 20 SGB V vom April 2007⁷, wonach Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung zusammen arbeiten sollen, setzt eine solche Vereinheitlichung voraus. Zur Wahrnehmung der Teilaufgabe "Erfassung der gesundheitlichen Situation im Betrieb" sieht der GKV-Spitzenverband u.a. die "Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (Gesundheitsbericht)" als ein Instrument vor (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a).

Inhaltlich basiert die Krankheitsartenstatistik auf den seit dem Jahr 2000 gültigen internationalen Klassifikationsstandards (ICD-10)⁸ und ermöglicht ein Ranking der Haupterkrankungsarten.

Sechs Haupterkrankungsarten nach ICD-10 verursachen jährlich mehr als dreiviertel (etwa 77-78 %) der AU-Tage erwerbstätiger Pflichtmitglieder laut den BKK-Gesundheitsreports (siehe Bild II-7, dort dargestellt die Jahre 2004 bis 2009). Während fünf der sechs Erkrankungsarten in etwa auf demselben Niveau blieben, stieg der Anteil der psychischen Störungen kontinuierlich an.

Die Klassifizierung nach dem Kodierungsschlüssel birgt Fehlerpotenzial, das Schubert et al (2005) beispielhaft aufführen. Demnach erfordert die Erfassung von Erkrankungen eine ärztliche Diagnose, setzt also zunächst voraus, dass überhaupt eine ärztliche Leistung in Anspruch genommen wird. Als nächstes muss dann vom Arzt eine (korrekte) Diagnose gestellt und diese anschließend auch (korrekt) kodiert werden.

Eine weitere Ungenauigkeit entsteht dadurch, dass ein AU-Fall nur *einer* (Haupt-)Diagnose zugeordnet werden kann. Gleichzeitige Mehrfacherkrankungen bleiben also unberücksichtigt (Priester, 2003).

Eine weitergehende Analyse in Form einer Befragung, o.ä. ist nicht nur hinsichtlich möglicher Ursachen angezeigt. Die dargestellten Haupterkrankungsarten sind, wie beispielsweise "Muskel-Skelett-Erkrankungen", der Überbegriff für eine Erkrankungsgruppe, die nach ICD-10 erfasst wird (in diesem Fall die Krankheitsgruppe M00-99). Bereits die korrekte Bezeichnung "Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems *und des Bindegewebes*" zeigt, dass hinter dieser Gruppe nicht nur "allgemeine" Rückenerkrankungen stecken.

⁷ Leistungen der Gesundheitsförderung werden von einer Kann- zu Pflichtleistungen erhoben

⁸ "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" der WHO, 10. Revision

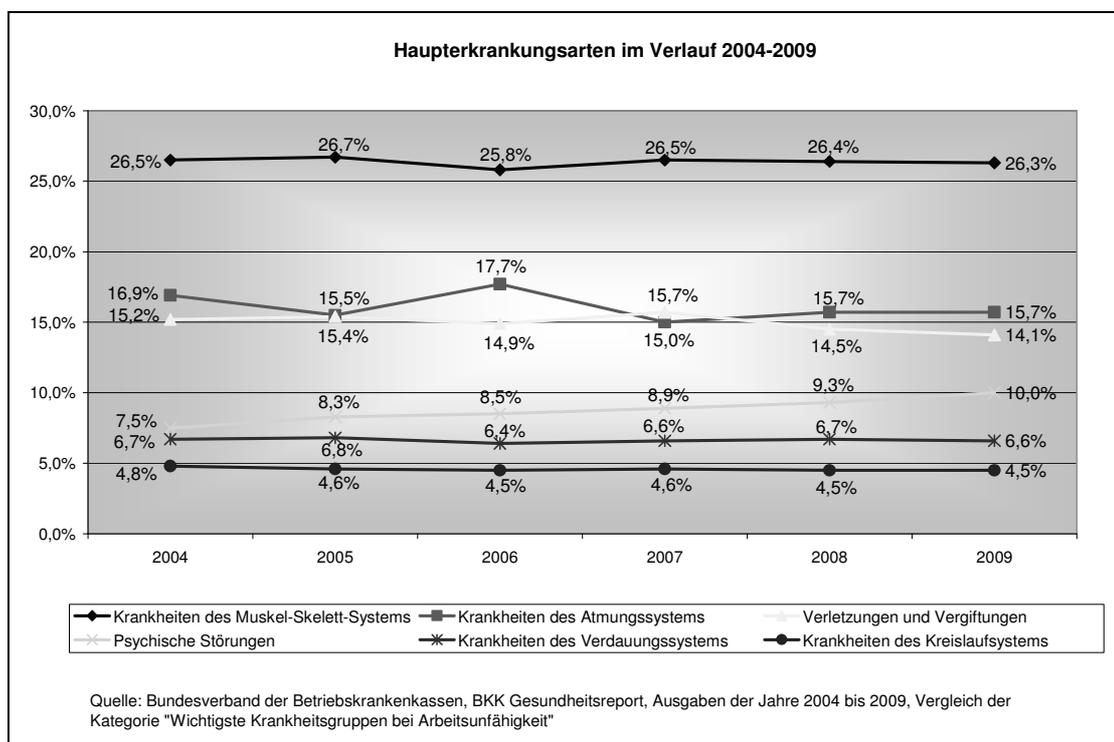


Bild II-7 Haupterkrankungsarten lt. BKK-Gesundheitsreports 2004-2009 (BKK Bundesverband, 2004 bis 2009; eigene Zusammenfassung)

Eine Aufschlüsselung und Auswertung nach Untergruppen (z.B. M40-M54: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens) könnte ein spezifischeres Bild liefern. Auch für die Priorisierung von Maßnahmen, bzw. deren Wirksamkeit ist eine detaillierte Darstellung der Erkrankungsarten notwendig. Denn wenn innerhalb der eher globalen Erkrankungsgruppe hauptsächlich solche Erkrankungen vorhanden sind, auf die innerhalb des Betriebes kein/kaum Einfluss ausgeübt werden kann, werden im Extremfall Maßnahmen für nicht vorhandene Problemstellungen angeboten.

Allerdings könnte eine zu kleine Versichertengruppe, oder eine Zusammenführung von Daten (bei mehreren unterschiedlichen Krankenversicherungen) zu aufwendig werden, bzw. wäre aufgrund des Datenschutzes nicht möglich. Eine segmentierte Darstellung sollte deshalb nur in Betracht gezogen werden, wenn anhand der Haupterkrankungsarten bereits in einem Bereich Auffälligkeiten zu finden sind und abzusehen ist, dass eine weitere Aufschlüsselung machbar ist und zu neuen Erkenntnissen führen würde.

Die Partizipation der Beschäftigten im Interventionsbereich, z.B. durch Befragung und/oder Gesundheitszirkel kann hier helfen, auch im Hinblick darauf, dass in der Automobilindustrie Rückenerkrankungen und -beschwerden der "Klassiker" unter den krankheitsbedingten Fehlzeiten darstellen, die selten rein physisch, sondern vielfach durch psycho-soziale Einflüsse bedingt sind (vgl. auch Lenhardt, Juli 2001).

Ungenauigkeiten in der Darstellung der Arbeitsunfähigkeitssituation des Unternehmens ergeben sich durch folgende Faktoren:

- Arbeitgeber verzichtet auf ein Attest bis zum dritten Arbeitstag. Diese AU-Tage bleiben bei den Kurzeiterkrankungen unberücksichtigt.
- Erfasst sind nur Fälle, denen eine ärztliche Behandlung zugrunde liegt und die außerdem zu einer Arbeitsunfähigkeit führen
- Bei der Analyse beziehen die Krankenkassen nur Pflichtversicherte in die Auswertung ein, keine freiwillig und privat Versicherten.
- Der Tätigkeitsschlüssel ist grob gegliedert, so dass eine eindeutige berufliche Zuordnung schwierig sein kann.
- Ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird zudem nur einer Diagnose zugeordnet - gleichzeitige Mehrfacherkrankungen bleiben also unberücksichtigt.
- Eine routinemäßige Berichterstattung für Unternehmen mit inhomogener Versichertenstruktur ist nicht vorhanden.

Bödeker (2005, S. 59) führt folgende Defizite in der Gesundheitsberichterstattung mit AU-Daten an:

1. Es existiert keine einheitliche Methodik zur Erstellung der Gesundheitsberichte innerhalb der Krankenkassen und Kassenarten (BKK, AOK, IKK, Ersatzkassen) und somit keine Vergleichbarkeit der Berichte. Die Ersatzkassen haben im Hinblick auf die Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen und der Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern eine Empfehlung zur Erstellung einheitlicher Gesundheitsberichte erarbeitet, um so zu einem einheitlichen Standard zu kommen.
2. Durch die Öffnung der Krankenkassen sind die Versichertengruppen wenig homogen. Die noch vorhandenen geschlossenen Kassen haben einen deutlichen Vorteil, da ihre Mitglieder nur dem einen Unternehmen angehören.
3. Krankheiten, die keine Arbeitsunfähigkeit verursachen, chronische Erkrankungen und sonstige Befindlichkeitsstörungen werden von den Krankenkassen nicht erfasst und fließen somit auch nicht in die Auswertungen der Kassen ein.
4. BKK und AOK verwenden einen jeweils unterschiedlichen Standard zur Darstellung der angefallenen AU-Daten eines Jahres. Während die BKK nur die Fälle berücksichtigt, die innerhalb des Berichtsjahres *abgeschlossen* wurden, verwendet die AOK alle Fälle, die innerhalb des Berichtsjahres *gemeldet* wurden. Der Standard der BKK bildet somit die genaue Dauer von AU-Fällen ab, wobei AU-Tage bereits schon im Vorjahr entstanden sein können. Dieser Standard entspricht den Vorgaben zur Berichterstattung der GKV gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Verfahren der AOK bildet dagegen die tatsächlich in einem Jahr angefallenen AU-Tage ab. Der 1. Januar und 31. Dezember eines Jahres begrenzt dabei die AU-Dauer eines Falles.

5. Die AU-Daten der Kassen reichen als alleiniges Instrument nicht aus, da Arbeitsunfähigkeit nicht unbedingt bedeutet, dass auch tatsächlich eine Erkrankung vorliegt.

Nicht nur im Hinblick auf die Aussagekraft sondern auch auf eine Zusammenschau mit internen Unternehmensdaten spielt ein Umstand eine maßgebliche Rolle: Krankenkassen erfassen die Arbeitsunfähigkeit nach Kalendertagen, wohingegen Unternehmen von Arbeitstagen ausgehen und in der Regel sogar die vertragliche Arbeitszeit jeden Mitarbeiters bei der Fehlzeitenerfassung berücksichtigen.

Es ist also nicht ersichtlich, welche der Arbeitsunfähigkeitstage auf Arbeitstage entfallen und damit Fehlzeiten im Unternehmen verursachten - mit den direkten und indirekten Folgen und Kosten (Ersetzen der Arbeitskraft, Produktionsengpass, erhöhter Zeit-/Leistungsdruck für die anwesenden Mitarbeiter, Lohnfortzahlung, etc. - siehe hierzu auch Abschnitt 12.4). Zudem zeigt die Arbeitsunfähigkeitsanalyse die Situation in der *Vergangenheit* (in der Regel des vergangenen Kalenderjahres) auf Zukünftige Entwicklungen lassen sich allenfalls durch Längsschnittvergleiche des Anteils der Haupterkrankungsarten am Krankheitsgeschehen abschätzen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Aussagefähigkeit der Arbeitsunfähigkeitsanalysen begrenzt ist, zum einen weil sie keine Information zu konkreten Arbeitsbelastungen enthalten und damit auch keine Rückschlüsse auf mögliche Erkrankungsursachen zulassen. Zum anderen existieren zahlreiche Faktoren, die die Ergebnisse der Daten in ihrer Zuverlässigkeit maßgeblich einschränken können.

Auch den Krankenkassen selbst sind die Grenzen der Arbeitsunfähigkeitsanalyse bewusst und so sieht der GKV-Spitzenverband Bund im Rahmen des Auftrags nach § 20a SGB V für eine weitergehende Analyse die Auswertung von Gefährdungsbeurteilungen und arbeitsmedizinischen Untersuchungen, sowie die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkeln vor (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a).

Trotz Einschränkungen sind die Ergebnisse der AU-Analysen der wichtigste Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsberichts. Als Einstieg für ein systematisches Vorgehen in der Gesundheitsförderung und zur Versachlichung der Diskussion haben sich die Analysen der Kassen bewährt.

12.2 Gesundheitsbezogene Mitarbeiterbefragung

Erkrankungen werden in der Regel durch das Auftreten mehrerer Faktoren ausgelöst. Bei der Entstehung sowohl physischer als auch psychischer Erkrankungen spielen psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz eine wichtige Rolle. Dies können unzureichende Arbeitsbedingungen, soziale Probleme und Konflikte mit Kollegen oder dem direkten Vorgesetzten sowie Über- oder Unterforderung am Arbeitsplatz sein. Eine Mitarbeiterbefragung kann hierzu Aufschluss geben.

Wie bei der Analyse der Gesundheitssituation besteht auch hier die Möglichkeit, *Primärdaten* zu erheben, oder *Sekundärdaten* zur Ursachenforschung heran zu ziehen.

Sekundärdaten sind beispielsweise Ergebnisse der regelmäßig betriebsintern durchgeführten Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung. Für das Gesundheitsmanagement relevant sind Items zur Arbeitsorganisation, Unternehmenskultur, Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen und zum Führungsverhalten von Vorgesetzten.

Bei der Nutzung dieser vorhandenen Daten ist zu beachten, dass diese ursprünglich einen anderen Zweck erfüllen sollte. Je nach Umfang der vorhandenen Befragung kann dies dazu führen, dass die Ergebnisse wenig konkrete oder nicht Ziel führende Aussagen enthalten. Als Grundlage für eine vertiefende Analyse des Gesundheitspotenzials und Krankheitsrisiken, beispielsweise durch Gesundheitszirkel, ist diese kostengünstige Datennutzung jedoch geeignet.

Ein immer häufiger auftretendes Problem bei der Sekundärdatenanalyse von Mitarbeiterbefragungen stellt allerdings der Umstand dar, dass Unternehmen aus Kostengründen dazu übergehen, die Mitarbeiterzufriedenheit nicht mehr mittels einer Vollerhebung zu erfassen, sondern Stichproben diese Kennzahl für das gesamte Unternehmen repräsentieren. Das Ergebnis ist entsprechend global, eine Auswertung einzelner Organisationsbereiche für eine detaillierte Ergebnisdarstellung ist nicht mehr möglich.

Nicht nur Stichprobenbefragungen können zu "Informationslücken" führen, sondern auch nicht jährlich durchgeführte Mitarbeiterbefragungen. Auswirkungen von zwischenzeitlich eingetretenen Veränderungen wie Umstrukturierungen, Versetzungen, Fluktuation, etc. werden nicht aktuell abgebildet und so sind auch keine Zusammenhänge von Veränderungen und auftretenden Auffälligkeiten anhand weiterer Daten mehr nachweisbar.

Bei der Erhebung von *Primärdaten* in der Gesundheitsförderung entscheidet die Frage, ob diese mündlich oder schriftlich erfolgen soll, darüber ob eine Voll- oder Stichprobenerhebung durchgeführt werden sollte. Für eine mündliche Befragung in Form von Interviews ist die Befragung der Gesamtpopulation zu aufwendig, so dass diese Art der Befragung die Konstruktion einer repräsentativen Stichprobe voraussetzt. Eine Befragung in Form einer Gruppendiskussion findet beispielsweise im Gesundheitszirkelkonzept Anwendung; diese Methode wird in Abschnitt 12.3 gesondert betrachtet.

Die schriftliche Befragung hat den Vorteil einer hohen Beteiligung, und daraus resultierend gewährleistet sie eine hohe Akzeptanz der Ergebnisse. Ein Nachteil verbirgt sich jedoch im "Kontrollverlust", da nicht sichergestellt werden kann, dass der Fragebogen tatsächlich ausgefüllt, vollständig und von dem Betroffenen selbst ausgefüllt und außerdem auch zurückgegeben wird. Trotzdem ist diese Form der Datengewinnung "aus erster Hand" vermutlich die kostengünstigere, da die Konstruktion von repräsentativen Stichproben teurer werden kann als eine Vollerhebung⁹.

⁹ Zum Thema "Vollbefragung vs. Stichprobenbefragung" siehe Borg (2003, S. 77 ff)

Alle Formen der Befragung erfordern in jedem Fall das Einverständnis von Betriebs-/ Personalrat. Dieser sollte also frühzeitig in das Vorhaben eingebunden werden. Aber auch für die Beteiligungsquote ist eine umfassende Kommunikation in Richtung Mitarbeiter wichtig, um Transparenz zu schaffen und Vertrauen aufzubauen.

In einer gesundheitsbezogenen Mitarbeiterbefragung sollen die Teilnehmer Antworten zu Themen wie Arbeitsbelastungen, Beanspruchung, vorhandene gesundheitliche Beschwerden, Gesundheitsverhalten und Mitarbeiterzufriedenheit (Führungsverhalten, etc.) geben. Je nachdem, welches Ziel die Befragung hat, können auch weitere Aspekte wie Gesundheitsverhalten (Sportliche Aktivitäten, Rauchen, Ernährungsgewohnheiten, etc.), vorhandene psychische/physische Beeinträchtigungen, aber auch Ressourcen (z.B. Kommunikations- und Kooperationsstrukturen, Kontroll- und Entscheidungsspielraum, Anerkennung, etc.) in eine Befragung einfließen (vgl. auch Beck, 2004; Nieder, 2006).

Der Vorteil der themenspezifischen Primärerhebung liegt - neben der Partizipation der Mitarbeiter - in der bedarfs-, bereichs- und zielgerechten Befragung zur körperlichen und geistigen Belastung und Beanspruchung durch die Arbeitsumgebung und -organisation. Denkbar ist außerdem eine Vorher-Nachher-Befragung, beispielsweise zur Erfolgsmessung eines Gesundheitsförderungsprojektes.

Befragungen sind ressourcenaufwendig; ihre Notwendigkeit, Zielsetzung und deren Umfang sind im Vorfeld deshalb gründlich abzuwägen. Auch hier geht es nicht darum, eine möglichst große Datenansammlung zu erhalten, sondern darum, Anhaltspunkte für wirkungsvolle Maßnahmen zu generieren, um die Gesundheitssituation in diesem Bereich zu verbessern. Trotzdem ist die Erhebung von Primärdaten mit einem hohen Aufwand für Planung, Durchführung und Auswertung der Befragung verbunden. Ein einmal entwickeltes Standardinstrument kann jedoch bei Bedarf modifiziert und immer wieder eingesetzt werden.

Mitarbeiterbefragungen, die Belastungen und Ressourcen der Versicherten im Fokus haben, gehören zu den bewährten Standardinstrumenten der gesetzlichen Krankenkassen zur Unterstützung von Unternehmen zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 2010). Die Kassen verfügen somit nicht nur über die statistischen Instrumente und Kenntnisse, sondern auch über eine entsprechende Routine und umfassende Erfahrungswerte in der Durchführung und der Interpretation der Ergebnisse. Anhand des Datenpools können außerdem interne und externe Vergleiche angestellt werden. Anwendung finden die Befragungen häufig im Zusammenhang mit Gesundheitszirkelkonzepten (Abschnitt 12.3).

Für die gesetzlichen Krankenkassen dienen die Ergebnisse nicht zuletzt der Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen, "die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren [zu unterstützen und diese] insbesondere über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben [zu unterrichten]" (§ 20b Absatz 1 SGB V i.d.V.v. April 2007).

Durch eine Befragung werden Mitarbeiter am Gesundheitsmanagement beteiligt. Außerdem können durch eine gezielte Fragestellung Einzelfälle selektiert und so gewährleistet werden, dass nach dem Prinzip der Gesundheitsförderung Interventionen nicht individuenbezogen, sondern für breite Gruppen angeboten werden.

Auch wenn eine professionelle externe Unterstützung zur Verfügung steht, sollten betriebliche Akteure im Gesundheitsmanagement dennoch über grundlegende empirische Kenntnisse verfügen. Zum einen kann nicht davon ausgegangen werden, dass in jedem Fall ein externer Dienstleister beauftragt werden kann, u.a. weil dies ggf. von der Geschäftsführung z.B. aus Kostengründen nicht unterstützt wird. Ferner müssen die BGM-Verantwortlichen in der Lage sein, Analysen auf ihre Aussage und Relevanz hin zu beurteilen und in das betriebliche Geschehen einzuordnen, bzw. Handlungen daraus abzuleiten (vgl. auch Böhnke, 2006).

Bei einer geplanten Befragung muss den Verantwortlichen bewusst sein, dass dadurch bei den Mitarbeitern auch Hoffnungen und Erwartungen geweckt werden können. Auf diese nach Vorlage des Ergebnisses nicht einzugehen, kann bei den Mitarbeitern Enttäuschung hervorrufen, die sich wiederum negativ auf das Arbeitsklima und somit auch auf die Gesundheitssituation auswirken kann und würde einen positiven Effekt ins Gegenteil umkehren. Die Kommunikation eines möglichen (auch finanziellen) Handlungsspielraums im Vorfeld der Befragung kann solche Enttäuschungen eindämmen.

12.3 Betriebliche Gesundheitszirkel

Das Gesundheitszirkelkonzept der gesetzlichen Krankenkassen sieht im Anschluss an die Arbeitsunfähigkeitsanalyse ebenfalls eine Befragung vor. An ihr werden alle Mitarbeiter eines Interventionsbereichs beteiligt, der anhand der AU-Analyse ermittelt wurde. Vorgesehen ist die Erhebung von vier Belastungsarten am Arbeitsplatz, die zu Beanspruchungen führen können (körperliche sowie nervliche/seelische/psychische Belastungen, ungünstige Umgebungseinflüsse, organisatorische Belastungen). Die Beteiligten werden außerdem zu vier Beschwerdeguppen befragt (Bewegungs- und Stützapparat, Herz-Kreislaufsystem, Magen-Darm-Trakt, Störungen des Allgemeinbefindens). Die Ergebnisse sollen Zusammenhänge zwischen den Belastungen und dem Krankheitsgeschehen im Interventionsbereich, aber auch psychosoziale Belastungsfaktoren aufdecken. Durch die Befragung im Vorfeld lassen sich Einzelwahrnehmungen von Mitarbeitern selektieren und fördert so eine sachliche Diskussion im weiteren Verlauf des Gesundheitszirkelprojektes (Sochert, 1998).

Gesundheitszirkelprojekte gehören neben der Arbeitsunfähigkeitsanalyse zu den Standardinstrumenten von Gesundheitsförderungsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Laut Handschuch/Strippel (2008) haben die Krankenkassen ihre Ausgaben für Gesundheitszirkel von 22 Cent je Versichertem im Jahr 2006 auf 35 Cent im Jahr 2007 gesteigert, die Zielgröße liegt bei 50 Cent je Versichertem (ebd, S. 12).

Gesundheitszirkel ähneln in der Organisation und Zielsetzung denen von Qualitätszirkeln in Produktionsbetrieben. Auch hier werden in Kleingruppenarbeit Lösungsvorschläge erarbeitet. Während in Qualitätszirkeln die Qualität der Produkte und Prozesse des Unternehmens im Mittelpunkt stehen, liegt der Fokus der Gesundheitszirkel auf der Erarbeitung von Ressourcen und Verbesserungspotenzial in Bezug auf die Gesundheit der Mitarbeiter - wobei die Ergebnisse der Gesundheitszirkel auch mittelbar Einfluss auch auf die Produktqualität haben können.

Die direkte Beteiligung der Beschäftigten an der Lösungserarbeitung entspricht dem Ansatz der Partizipation in der Gesundheitsförderung und hat den Vorteil, dass Maßnahmen auch tatsächlich problembezogen angeboten werden. Außerdem liegt die Akzeptanz der Veränderungsmaßnahmen höher, als wenn Angebote durch einen Beschluss der Geschäftsführung einfach "übergestülpt" werden (Westermayer, 1998).

Das Instrument Gesundheitszirkel und die Anzahl der durchgeführten Zirkelprojekte werden in der jährlichen Erhebung des MDS separat abgefragt. Gesundheitszirkel sind das Aushängeschild der gesetzlichen Krankenkassen, deren Grundmodelle von den Allgemeinen Ortskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen konzipiert, angewendet und maßgeblich weiter entwickelt wurden. Gesundheitszirkel sind deshalb erfolgversprechend, weil sie ein wichtiges Prinzip der Gesundheitsförderung – die Partizipation der Mitarbeiter – berücksichtigt. In Ergänzung zur AU-Analyse liefern Gesundheitszirkel außerdem Informationen zu möglichen Ursachen von Auffälligkeiten im Gesundheitsgeschehen von Interventionsbereichen.

Die Anzahl der Zirkel stieg laut Präventionsbericht in den vergangenen Jahren an - parallel allerdings zu der Zahl der Rückmeldungen von Projekten durch die Krankenkassen, so dass der relative Anteil konstant bei 25 % blieb. Inhaltlich konzentrieren sich die Zirkelprojekte laut dem Bericht auf die Reduktion von körperlichen Belastungen, Stressmanagement, gesundheitsgerechte Führung und Verpflegung sowie Suchtmittelkonsum.

Im Folgenden werden die beiden Grundmodelle und Modifikationen vorgestellt.

12.3.1 Düsseldorf und Berliner Modell

Nahezu parallel, jedoch unabhängig voneinander, wurden Mitte/Ende der 1980er Jahre zwei Gesundheitszirkel-Modelle entwickelt:

- Das Düsseldorf Modell in Kooperation der Universität Düsseldorf, Thyssen-Edelstahlwerke und der AOK
- Das Berliner Modell in Zusammenarbeit der Technischen Universität Berlin, der Volkswagen AG und der BKK

Beide haben sich im weiteren Verlauf etabliert und werden seitdem von den Krankenkassen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung vielfach erfolgreich durchgeführt. Beiden Modellen gemein ist die Partizipation der Mitarbeiter bei der Suche nach gesundheitsbezogenen Verbesserungsmöglichkeiten im Umfeld ihres Arbeitsplatzes (Slesina et al 1998; Slesina, 2001b; Sochert, 1998)

Das Ursprungsmodell nach dem Düsseldorfer Ansatz sah eine *heterogen besetzte Zirkelgruppe* vor. Diese setzte sich aus von ihren Kollegen gewählten Mitarbeitern, den zuständigen Vorgesetzten, Betriebsrat und Arbeitsschutzexperten zusammen. Im Mittelpunkt der Diskussionen standen physische Belastungen und das Bestreben, Arbeitsplätze entsprechend - gesundheitsfördernd - umzugestalten.

Das Konzept des Berliner Modells setzte dagegen auf eine *homogene Zirkelgruppe*, bestehend nur aus Mitarbeitern des Interventionsbereichs. Ziel nach diesem Modell war die Identifizierung psychosozialer Belastungen am Arbeitsplatz und das Erarbeiten von Bewältigungsressourcen durch die Zirkelteilnehmer (Preußner, 2003).

Beide Modelle brachten Vor- und Nachteile mit sich. Diese werden in Tabelle II-2 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle II-2 *Eigenschaften der Zirkelkonzepte in ihrer Ursprungsform und deren Vor- und Nachteile (zusammengefasst nach Preußner, 2003, S. 19 ff)*

Konzept	Zusammensetzung/ Schwerpunkt	Vor-/Nachteile
Düsseldorfer Modell	heterogene Zirkelgruppe körperliche Belastungen belastungs- und gestaltungsorientiert	<i>Vorteil:</i> Durch Beteiligung von Entscheidungsträgern bessere Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen <i>Nachteil:</i> Befangenheit der Mitarbeiter durch Anwesenheit des Vorgesetzten Psychosoziale Aspekte (v.a. Führungsverhalten) werden wenig berücksichtigt
Berliner Modell	homogene Zirkelgruppen psychosoziale Belastungen ressourcen- /befähigungsorientiert	<i>Vorteil:</i> Angst- und konfliktfreie Beteiligung der Mitarbeiter durch Abwesenheit des Vorgesetzten <i>Nachteil:</i> Durch mangelnde Beteiligung des Managements Probleme bei der Umsetzung von Veränderungsmaßnahmen

12.3.2 Weiterentwicklung der Zirkelmodelle

Im Laufe der Jahre und mit zunehmender Erfahrung in der Durchführung, haben sich die beiden Konzepte weitgehend angeglichen (Preußner, 2003; Ulich/Wülser, 2009). Um eine stärkere Umsetzung der Verbesserungsvorschläge zu erreichen und dennoch die Effizienz einer homogenen Arbeitsgruppe beizubehalten, wurde beispielsweise das Konzept des Berliner Modells im Jahr 1994 modifiziert. Seitdem arbeiten Führungskräfte und Mitarbeiter in der "Basisphase" weiterhin in jeweils separaten Gruppen, in der "Umsetzungsphase" setzen sich die Projektgruppen dann aber aus Vertretern der jeweiligen Basisgruppen zusammen, um gemeinsam gesundheitsbezogene Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten (Preußner, 2003).

Eine ähnliche Vorgehensweise sieht inzwischen auch das abgewandelte Konzept des Düsseldorfer Modells vor.

Auch das Konzerngesundheitswesen der Volkswagen AG feilte nach der Etablierung des Berliner Modells an einer Variante des Zirkelmodells. Ziel war ein Optimum zwischen "Wünschenswertem und betrieblich Machbarem" (Brandenburg, 1994, S. 80), in das auch Erfahrungen aus anderen Zirkelprojekten einfließen sollten. Um den Aufwand für die Unternehmensseite zu verringern, verzichtete man beispielsweise auf aufwendige Informationsveranstaltungen und beschränkte sich stattdessen auf schriftliche Informationen. Eine weitere Begleiterscheinung war die Umbenennung von Gesundheitszirkeln in "Gesundheitsförderungskreise", weil die Bezeichnung "Zirkel" bei Volkswagen in einem anderen, technischen Kontext gesehen wurde. Der Grundsatz der Partizipation blieb erhalten.

Eine weitere Abwandlung des Berliner Modells erprobte Sochert (1998) in seiner Untersuchung zur Evaluation eines integrierten Gesundheitsförderungskonzeptes. Entwickelt und erprobt wurde ein "Kompaktzirkel", der sich auf die Dauer von zwei Tagen beschränkte (ebd, S. 293). Eine Prozess- und Ergebnisevaluation wies anschließend die gleichen Werte aus wie bei den "Standardmodellen". Allerdings kam der gewünschte Effekt der Förderung sozialer Unterstützungs- und Kommunikationsprozesse durch die Zirkelarbeit aufgrund der Kürze des Projektes nicht zum Tragen. Ebenfalls wegen der kurzen Dauer stiegen die Anforderungen zur Vor- und Nachbereitung (z.B. Arbeitsplatzbeobachtung, sorgfältige Vorbereitung der Sitzungen, um alle relevanten Informationen in den Diskussionen zu berücksichtigen, etc.).

Hinsichtlich der Einsparung von Arbeitszeit der beteiligten Mitarbeiter und Führungskräfte dürfte dieses Modell für das Unternehmen jedoch deutlich attraktiver erscheinen, weil es eine deutliche Minderung des finanziellen Aufwands bedeutet. Der Autor selbst sieht die Stärken des Kompaktzirkel-Projektes neben der besseren Anpassungsfähigkeit an unterschiedliche betriebliche Gegebenheiten ebenfalls in einem optimierten Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag der Maßnahme (Sochert, ebd).

Eine weitere Variante des Berliner Modells sind "Optimierungszirkel", die - ähnlich wie Qualitätszirkel - dauerhaft im Unternehmen implementiert werden sollen. Diese stellen Westermayer et al (2004) in ihrem Werk ausführlicher vor.

Eine dauerhafte Implementierung hält Slesina (2001b) dagegen für nicht notwendig, ein wiederholtes Projekt nach einer gewissen Zeit jedoch für sinnvoll.

Der Verfahrensablauf eines gesamten Gesundheitszirkelprojektes gliedert sich in Projektphasen, die je nach Zirkelmodell leicht variieren können. Allgemein steht am Anfang die *Initiierung des Projektes* durch das Steuerungsgremium. Dieser Phase schließt sich die *Analysephase* an, für die Instrumente wie Arbeitsunfähigkeitsanalyse, Mitarbeiterbefragung und Arbeitsplatzbeobachtung herangezogen werden und in einen Gesundheitszirkel münden, in dem Belastungs-/Beschwerdenzusammenhänge erarbeitet werden, etc.). In der Planungsphase werden dann Änderungsvorschläge erarbeitet und präsentiert und Entscheidungen über deren Umsetzung von der Geschäftsleitung getroffen. In der Umsetzungsphase werden diese realisiert und abschließend eine Wirksamkeitsanalyse durchgeführt (vgl. Preußner, 2003; Sochert, 1998; Slesina et al, 1998; Friczewski et al, 1994; Slesina, 1994).

Entscheidend für den Erfolg eines Gesundheitszirkelprojektes sind der Informationsfluss und die Transparenz der Entscheidungen für oder gegen eine Verbesserungsmaßnahme sowie des Zeitraums der Umsetzung von Veränderungen.

Um Frustrationen bei Mitarbeitern zu verhindern, sollte bereits im Vorfeld bekannt gemacht werden, welche Maßnahmen nicht umsetzbar sind (Maßnahmen über einen bestimmten Geldbetrag hinaus, Hallenwände gelb streichen, o.ä.).

Gesundheitszirkel und das gesamte Gesundheitszirkelprojekt unterliegen der Erfolgsmessung, aus deren Ergebnissen Verbesserungen für die Prozess- und Ergebnisqualität abgeleitet werden sollen.

Die *Qualitätsprüfung* erfolgt unter den Aspekten Prozess- und Ergebnisqualität (Slesina, 2001b; Sochert, 1998). Die *Prozessqualität* bewertet die Ergebnisse aus vorangegangenen Phasen (Arbeitsbelastungen, -beanspruchungen und Ressourcen sowie deren Auswirkungen, Zusammensetzung der Zirkelgruppen, Lösungsfindung und Anzahl der Veränderungsvorschläge/ Anzahl der Umsetzungen, Qualität der Moderation.

Die *Ergebnisqualität* richtet sich auf die "Intensität und Qualität der Vorschlagsumsetzung" (Slesina, 2001b, S. 67) und auf die Effektstärke der Veränderungen durch Gesundheitszirkel (Wirksamkeitsanalyse) im Hinblick auf

1. die Verringerung von Belastungen und Verbesserung von Ressourcen am Arbeitsplatz
2. Gesundheitseffektivität in Bezug auf Verringerung von AU-Dauer und -Fälle, Verbesserung des Befindens und der Arbeitszufriedenheit
3. Kosten-Nutzen-Verhältnis
4. Effektdauer

Zentrales Instrument zur Ergebnisevaluation ist auch hier die Mitarbeiterbefragung, weil eine methodisch gesicherte Ergebnisevaluation aufgrund der Rahmenbedingungen in der betrieblichen Praxis kaum möglich ist (Slesina, 2001b; Sochert, 1998). Bestenfalls sei, nach Ansicht der Autoren, eine quasi-experimentelle Erhebung möglich, die Voraussetzungen für ein experimentelles Design seien jedoch nicht gegeben.

An eine praktikable Erhebung, die dennoch aussagekräftige Ergebnisse liefert, stellt Slesina (ebd) folgende Anforderungen:

1. Vergleich der Belastungen und Beanspruchungen unmittelbar vor und nach einem Zirkelprojekt, sowie sechs bis zwölf Monate später. Dabei sollten bereits erprobte Instrumente genutzt werden und subjektive sowie objektive Daten kombiniert werden.
2. Erheben der drei gesundheitsrelevanten Indikatoren Befinden, Beschwerden, Zufriedenheit. Auch der Krankenstand könne im Vorher-Nachher-Vergleich hinzu gezogen werden, aussagekräftiger sei jedoch eine Auswertung der AU-Daten hinsichtlich Erkrankungsschwerpunkte im Interventionsbereich.
3. Auswahl eines adäquaten Bereichs als Vergleichseinheit und dort Erheben der selben Merkmale wie im Interventionsbereich
4. Dokumentation belangreicher Veränderungen im Interventions- und im Vergleichsbereich, die in keinem Zusammenhang mit dem Zirkelprojekt stehen für Einbezug in die Ergebnisinterpretation.
5. Vor der Effektmessung sollten Annahmen formuliert werden, welche Effekte welche Änderungen haben werden und eine Auswertung unter diesen Gesichtspunkten erfolgen.

Die Anzahl wissenschaftlich fundierter Evaluationen zur Wirksamkeit von Gesundheitszirkeln ist insgesamt sehr gering (Ulich/Wülser, 2009).

Aust/Ducki (2004) kommen im Rahmen ihres Literatur-Reviews zu dem Ergebnis, dass der Großteil der Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Gesundheitszirkeln auf nicht randomisierten Vorher-Nachher-Vergleichen sowie Erfahrungsberichten von beteiligten Moderatoren und einzelner Zirkelteilnehmer beruht (ebd, S. 268):

"The reviewed studies give indications for improvements in working conditions, subjective and objective health measurements, as well as work satisfaction and work climate, but the methods used are very weak and mostly based on retrospective surveys."

Der Präventionsbericht 2008 des MDS zeigt, dass die Anzahl von Gesundheitszirkeln in Projekten zur Gesundheitsförderung in den Jahren 2004 bis 2007 parallel zur Anzahl der gesamten Anzahl an Gesundheitsförderungsmaßnahmen gestiegen ist und konstant einen Anteil von etwa 25 % hatte (Handschuh/Strippel, 2008).

Es ist zu überlegen, ob der Anteil gesteigert werden könnte, wenn der zeitliche und personelle Aufwand reduziert werden könnte, wie Sochert (ebd) dies erfolgreich erprobt hat.

Denkbar ist auch eine dauerhafte Implementierung in vorhandene Strukturen. So könnten vorhandene Qualitätszirkel ein Mal im Jahr dem Thema Gesundheit am Arbeitsplatz gewidmet werden. Ausbaufähig ist außerdem, das Thema Gesundheit in das betriebliche Vorschlagswesen aufzunehmen und bekannt zu machen.

12.4 Unternehmensinterne Daten

Daten, die in einem Unternehmen erfasst und ausgewertet werden, können auch für das Gesundheitsmanagement interessant sein, um Handlungsbedarf oder Handlungsfelder abzuleiten. Hierzu können vorhandene Daten, wie beispielsweise die Fehlzeitenstatistik des Unternehmens, direkt übernommen werden. Im Idealfall würde man diese Daten mit denen anderer Datenquellen verknüpfen, um ein möglichst genaues Bild der Gesundheitssituation und des Handlungsbedarfs zu erhalten.

Die folgenden Abschnitte zeigen, dass dies in der Praxis jedoch kaum möglich ist, bzw. der Aufwand sich im Hinblick auf das zu erwartende Ergebnis nicht lohnt.

12.4.1 Fehlzeitenstatistik des Personalbereichs

Im Personalbereich eines Unternehmens werden die meisten der, für das Gesundheitsmanagement interessantesten, Daten erfasst und ausgewertet. Die Bereiche Personalverwaltung und Personalführung umfassen beispielsweise die Personalakquise und -auswahl, die Betreuung und Entwicklung der Mitarbeiter, die Personaleinsatzplanung, Lohn und Gehalt, Unternehmenskommunikation, Personalcontrolling, etc. (siehe auch Böhnke, 2006).

Zu den wichtigsten Personalkennzahlen zählt die Fehlzeitenstatistik. Fehlzeiten verursachen direkte und indirekte Kosten durch Entgeltfortzahlung, Einsatzprobleme bei der Vertretungsregelung, Motivationsprobleme in der Belegschaft und durch Kosten einer vorzuhaltenden Personalreserve (vgl. Priester, 2003).

Diese Kosten gilt es, so niedrig wie möglich zu halten, um die Wettbewerbsfähigkeit zu sichern. Fehlzeiten stören zudem einen reibungslosen Betriebsablauf und können die strategische Zielerreichung eines Unternehmens negativ beeinflussen. Die Fehlzeitenquote ist in der Regel Bestandteil der Balanced Scorecard, soweit diese im Unternehmen Anwendung findet, und fließt so auch in die Zielvereinbarung von Führungskräften ein.

Die Verbesserung der Fehlzeiten steht deshalb nach wie vor häufig im Mittelpunkt des Interesses von Management und Geschäftsführung, und der Erfolg von Gesundheitsförderungsmaßnahmen wird nach wie vor von Entscheidungsträgern daran gemessen.

Unter diesem Gesichtspunkt gilt es weiterhin, Arbeitgeber davon zu überzeugen, dass sich erfolgreiche Gesundheitsförderung nicht unbedingt, oder ausschließlich, in der Verbesserung der Anwesenheitsquote widerspiegelt, weil diese Zahl zu ungenau im Hinblick auf deren Ursachen ist.

Selbst wenn eine Maßnahme hypothetisch direkten Einfluss auf den Krankenstand hätte und diesen um einen gewissen prozentualen Anteil senken würde - eine Grippewelle oder die Langzeiterkrankung eines Mitarbeiters könnte diesen "Effekt", bei oberflächlicher Betrachtung trotz einer Maßnahme zunichte machen, denn die Fehlzeitenquote bildet nur die Fehlzeiten, nicht aber die Gründe und die dahinter liegenden Ursachen ab.

Beobachtet werden konnte in der betrieblichen Praxis, dass die Versetzung eines Vorgesetzten die Anwesenheit verbessern kann, ohne dass es einer Gesundheitsförderungsmaßnahme bedarf. Ebenso können Produkt-Neuanläufe einen positiven Effekt auf die Motivation und die Anwesenheit der Beschäftigten haben.

Das betriebliche Ausscheiden von Langzeit- oder chronisch kranken Mitarbeitern kann sich ebenfalls auf die Fehlzeitenstatistik auswirken, ohne dass dies im Zusammenhang mit einer Maßnahme steht (siehe auch Brandenburg/Nieder, 2003).

Der Krankenstand kann außerdem durch konjunkturelle Einflüsse positiv beeinträchtigt werden. Allerdings scheint bei anhaltend schlechter Konjunktur und hoher Arbeitslosigkeit ein gewisser "Gewöhnungseffekt" einzutreten, so dass sich der Einfluss etwas abschwächt (Priester, 2003).

In der betrieblichen Praxis scheint es nahezu unmöglich, solche "Störfaktoren" und deren Einfluss in der Bewertung von Maßnahmen sicher abzugrenzen.

Auswirkungen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen haben zudem einen Langzeiteffekt, Veränderungszyklen in Unternehmen werden dagegen immer kürzer, Versetzungen und Umstrukturierungen immer häufiger.

Auch im untersuchten Praxisfeld zeigte sich, dass sich Veränderungen im Hinblick auf die Mitarbeitergesundheit in Interventionsbereichen deshalb kaum über eine Dauer von mehreren Jahren, sondern eher nur über mehrere Monate beobachten lassen.

Trotz möglicher Ungenauigkeiten ist die interne Fehlzeitenstatistik eine nützliche Ergänzung der AU-Analyse. Ihre Aussagekraft ist, was die tatsächlichen Fehlzeiten und damit die tatsächlich entstehenden Kosten für das Unternehmen angeht, höher als die der AU-Daten der Krankenkassen. Die betrieblichen Fehlzeiten aller Mitarbeiter werden in Arbeitstagen und nicht in Kalendertagen erfasst und dabei werden zudem die individuellen Arbeitszeitmodelle berücksichtigt. Bei den AU-Daten der Krankenkassen hingegen handelt es sich um einen altersstandardisierten Wert, der lediglich Pflichtversicherte Mitglieder einbezieht (je nach Krankenkasse davon nur ganzjährig Versicherte). Die betriebsinternen Fehlzeiten geben jedoch keine Auskunft über die Erkrankung, da diese vom Arbeitgeber nicht erfasst oder erfragt werden darf

Die Fehlzeiten aus dem Personalbereich werden in der Regel monatlich bis auf Teamebene ausgewertet. Der Arbeitsunfähigkeitsbericht der Krankenkassen wird dagegen in der Regel nur ein Mal jährlich erstellt. Dieser Umstand ist für das Gesundheitsmanagement aber eher nachrangig, da die Wirkungsweise von Maßnahmen eine langfristige ist, so dass kurzfristige Veränderungen in monatlichen Abständen in der Regel keinen relevanten Aussagewert haben.

Für die Berechnung der Kennzahl existiert kein allgemeingültiger Standard. Außer der Berücksichtigung individueller Arbeitszeitmodelle (Vollzeit/Teilzeit, etc.) führt Brandenburg/Nieder (2003) weitere Beispiele an, die einen Vergleich wegen nicht standardisierter Vorgehensweise ausschließen. So erfolgt die Abbildung entweder von Brutto-Fehlzeiten (inkl. Mutterschutz, Kuren) oder Netto-Fehlzeiten (ohne diese), Auszubildenden und leitende Führungskräfte werden in die Berechnung einbezogen oder nicht und ebenso wird bei Fehlzeiten verfahren, die auf Arbeitsunfälle zurück gehen oder Fehlzeiten, die außerhalb der Lohnfortzahlung liegen (so genannte "Langzeiterkrankte").

Die Aussage der Kennzahl unterliegt also jedem Unternehmen selbst und macht einen Vergleich mit anderen schwierig. Eine "optimale" Fehlzeitenquote gibt es ohnehin nicht. Jedes Unternehmen muss individuell prüfen, ab welchem Grad die Fehlzeitenquote für den wirtschaftlichen Erfolg relevant wird. Vergleichswerte anderer Unternehmen derselben Branche könnten jedoch, wie von den Krankenkassen mit AU-Daten bereits angeboten, Aufschluss darüber geben, ob sich das Unternehmen im Rahmen des Gesamtdurchschnitts bewegt, oder nicht.

Thiehoff (1998) definiert die optimale Gesundheitsquote als

"[...] diejenige %uale Anwesenheitsquote [...], bei der weitere Verbesserungen der Anwesenheit des Personalbestandes höhere Kosten verursachen würden, als der noch erzielbare betriebswirtschaftliche Nutzen abdeckt. Bis zu diesem Punkt jedoch ist es für jedes Unternehmen schon betriebswirtschaftlich interessant, die freiwilligen Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen auszuweiten oder durch eine andere Zusammensetzung der Maßnahmen die Effizienz zu optimieren." (ebd, S. 221)

Die Kennzahl "Fehlzeiten" und deren Ursachen lässt sich jedoch auch umkehren: Abgebildet wird die Quote derer, die im vergangenen Kalenderjahr *keine* Fehlzeiten verursacht haben. In diesen Bereichen gilt es, die positiven Ursachen zu erfragen und die Übertragbarkeit auf andere Bereiche zu überprüfen.

Die Verringerung der Fehlzeiten ist kein zuverlässiger Indikator, um die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu belegen. Zum einen spiegelt der Gesundheitsstand lediglich die physische Anwesenheit von Mitarbeitern wider, keinesfalls aber deren Motivation und Leistungsbereitschaft oder Qualitätsbewusstsein gegenüber ihrer Arbeit oder dem Unternehmen. Gleichzeitig sagt die Fehlzeitenquote nichts über den gesundheitlichen Zustand der fehlenden Mitarbeiter aus, der unter Umständen nicht/nicht direkt beeinträchtigt ist (Pflege von Familienangehörigen, erkranktes Kind, in seltenen Missbrauchsfällen aber beispielsweise auch der Hausbau, oder landwirtschaftlicher Nebenerwerb).

Belegt ist auch, dass der Anwesenheitsstand stark mit der Arbeitsmarktlage und der Konjunktur eines Unternehmens zusammenhängt. In wirtschaftlich unsicheren Zeiten oder anstehendem Personalabbau fehlen Mitarbeiter tendenziell weniger am Arbeitsplatz – das bedeutet jedoch auch, dass Mitarbeiter trotz Arbeitsunfähigkeit am Arbeitsplatz erscheinen. Dies wiederum kann die Entstehung von chronischen bzw. schwerwiegenderen Erkrankungen und dadurch steigenden Fehlzeiten nach sich ziehen.

Ein weiteres Argument gegen die bloße Fokussierung auf den vermeintlichen Indikator Gesundheitsstand ist die fehlende allgemeingültige Definition (vgl. Westermayer/Stein, 2006).¹⁰

¹⁰ Gegensätzlich dazu jedoch das Projektbeispiel im Beitrag von Westermayer/Wellendorf (2007) bei dem "Ein wesentliches Kriterium zur Prüfung der Effektivität [...] der Krankenstand" war und sich zudem "[...] ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Maßnahmen und Krankenstandsrückgang erkennen" ließ. Fraglich auch, ob die Bezeichnung "Gesundheitsförderungsprojekt" angemessen ist für eine "Verabredung, dass anderen gegenüber nicht mehr schlecht über die Abteilung geredet wird" (ebd, S. 128).

12.4.2 Weitere Daten aus dem Personalbereich

Neben den Fehlzeiten können Fluktuationsrate, Arbeitsplatz-, Tätigkeits- und Stellenbeschreibungen, Personaleinsatzplanung und die Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen Hinweise auf gesundheitliche Problembereiche im Unternehmen hinweisen (Böhnke, 2006).

12.4.3 Betriebliche Sozialberatung

Die Betriebliche Sozialberatung liefert Informationen beispielsweise zu Beratungsschwerpunkten und Ergebnissen durchgeführter Stresseminare und kann so Aufschluss über Belastungssituationen in der Belegschaft geben. Gründe, die Betriebliche Sozialberatung aufzusuchen, sind Konflikte am Arbeitsplatz innerhalb des Teams oder mit dem Vorgesetzten. Aber auch Suchterkrankung oder Probleme im häuslichen Bereich, die sich auf die Arbeit auswirken, gehören dazu. Angeboten werden Beratungsleistungen und Unterstützung für Mitarbeiter und deren Angehörige, Informationsvermittlung und Vermittlung an externe Fachstellen, z.B. bei einer Suchterkrankung. Inzwischen nehmen auch mehr und mehr Führungskräfte im Rahmen ihrer Führungsrolle spezifische Angebote in Anspruch, wie beispielsweise Konfliktmediation oder auch individuelles Coaching zum Führungsverhalten sowie Beratung bei Umstrukturierungs- und/ oder Ausgliederungsprozessen.

12.4.4 Personal- und Organisationsentwicklung

Die Personal- und Organisationsentwicklung (PE/OE) regelt das angemessene Angebot von Qualifizierungsmöglichkeiten für Mitarbeiter und Führungskräfte und berät, initiiert und unterstützt Maßnahmen und Projekte zur (Weiter-)Entwicklung der Unternehmensstrategie und Unternehmenskultur.

Im Sinne der Gesundheitsförderung fließen hier Projekte zur Work-Life-Balance und zum demographischen Wandel sowie Seminare zu Stress- und Zeitmanagement, Module in Führungskräfte Seminaren unter dem Aspekt der Mitarbeitergesundheit und Vorbildfunktion, etc. ein. Diese Themenfelder, die sich maßgeblich auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter auswirken, leisten einen Beitrag zur Gesundheitssituation der Belegschaft.

12.4.5 Arbeits- und Gesundheitsschutz und Unfallversicherungsträger

Der Fachbereich Arbeits- und Gesundheitsschutz liefert Daten zu Schwerpunkten durchgeführter medizinischer Untersuchungen sowie Ergebnissen von Screening-Aktionen und Check-Ups, Arbeitsplatzbewertung und -beobachtung, Gefährdungsbeurteilungen und ergonomische Maßnahmen, Arbeits- und Wegeunfälle, Berufskrankheiten (Böhnke, 2006).

Wo diese in Unternehmen Anwendung finden, geben auch Erhebungen zur Belastung am Arbeitsplatz Aufschluss über mögliche Handlungsfelder, z.B. Arbeitsbewältigungsindex (Gröben et al, 2004) und Health-Risk-Assessment (Kesting/Meifert, 2004).

Nicht immer werden Daten routinemäßig in den Fachbereichen so erfasst, dass sie für eine weitere Bearbeitung im Gesundheitsmanagement genutzt werden können. Auch hier muss abgewogen werden, ob der Aufwand sich bezüglich des Informationsgehalts lohnt, oder ob auch hier auf die direkte Beteiligung von Mitarbeitern zurückgegriffen werden sollte.

12.4.6 Betriebliches Vorschlagswesen

Das betriebliche Vorschlagswesen beteiligt die Belegschaft eines Unternehmens im Sinne der TQM-Philosophie. Durch ein betriebliches Vorschlagswesen soll das Problemlösungs- und Kreativitätspotenzial aller Mitarbeiter aktiviert und genutzt werden. Gefördert und erreicht werden soll so eine interdisziplinäre Denk- und Arbeitsweise, bei der Mitarbeiter "unternehmerisch" denken und eigenverantwortlich handeln (Rothlauf, 2010).

Da die Gesundheit und das Wohlbefinden sich auch auf die Qualität der Arbeit auswirken, scheint es aus Sicht der Autorin sinnvoll, das Vorschlagswesen um das Thema Gesundheitsförderung zu erweitern. Bislang ist der Autorin der vorliegenden Arbeit kein Unternehmen bekannt, in dem gesundheitsbezogene Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern, also das Thema Gesundheitsförderung, systematisch in das Vorschlagswesen implementiert und entsprechend auch im Unternehmen bekannt gemacht wurde.

Realisierte Verbesserungsvorschläge werden in der Regel anteilig des Einsparpotenzials finanziell vergütet. Hier wird vermutlich das generelle Problem von Gesundheitsförderung, deren Erfolg eindeutig – auch im materiellen Sinne, zuzuordnen und zu prämiieren, Schwierigkeiten bereiten. Abhilfe könnte da ggf. eine gesundheitsbezogene - statt eine rein materielle - Prämie schaffen, also Incentives wie ein Wellness-Wochenende, o.ä. Trotz sollte das Unternehmen in der Lage sein, in etwa abzuschätzen, ob diese Vergütung im Verhältnis zur erzielten Verbesserung steht.

12.4.7 Betriebsverpflegung

Die Betriebsverpflegung hat einen wesentlichen Einfluss auf das allgemeine Ernährungsverhalten und damit auf die Gesundheit der Mitarbeiter. Beschäftigte nutzen betriebsinterne Kantinen, Shops und Snackautomaten. In der Regel findet sich dort ein Nahrungsangebot, das sich nicht an einer modernen Arbeitswelt und entsprechenden Ernährungsphilosophie orientiert. Körperlich anstrengende Arbeit ist selbst in Produktionsbetrieben durch technischen Fortschritt und geänderte Arbeitsbedingungen rückläufig, so dass eine kalorienreiche Kost also nur in wenigen Fällen angemessen und unter gesundheitlichen Aspekten sinnvoll sein dürfte.

Betriebskantinen unterliegen einem enormen Kostendruck, und unter diesem Argument werden häufig fast ausschließlich modular vorgefertigte Produkte (sog. Convenience-Produkte) verwendet, deren Nährstoff- und Vitamingehalt fraglich ist. Fettreiche "Klassiker" wie Currywurst, paniertes Schnitzel und Pommes Frites werden mit dem Argument dass "es eben verlangt" werde, täglich angeboten, ohne dabei zu berücksichtigen, dass der Kunde/Mitarbeiter häufig gar keine Möglichkeit hat, sich zur Abwechslung für etwas "gesünderes" zu entscheiden.

Eine moderne Betriebsverpflegung sollte auf eine frische Zubereitung der Mahlzeiten und Ausgewogenheit des Angebots ausgerichtet sein. Ziel ist dabei nicht das Missionieren der Essgewohnheiten, aber das Anbieten einer Wahlmöglichkeit im Hinblick auf eine ausgewogene Ernährung. Zusammen mit Informationen für ein ausgewogenes Ernährungsverhalten wird somit das eigenverantwortliche Gesundheitshandeln der Mitarbeiter gefördert.

Auch Kesting/Meifert (2004) bezieht die Kantinendiagnose unter ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten in die Bedarfsermittlung ein.

Das Ergebnis kann in einem Projekt münden, das Angebot in der Kantine unter gesundheitlichen Aspekten neu auszurichten. Zur Unterstützung existieren mittlerweile Beratungsunternehmen, die sich auf gesunde Ernährung in der Gemeinschaftsverpflegung spezialisiert haben.

Da die Ernährung elementaren Einfluss auf den Erhalt von Gesundheit und die Entstehung von Krankheiten hat, haben die gesetzlichen Krankenkassen die Betriebsverpflegung als förderfähiges Handlungsfeld, neben arbeitsbedingten körperlichen Belastungen, psychosozialen Belastungen und Suchtmittelkonsum, in den "Leitfaden Prävention" aufgenommen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008a). Im Leitfaden werden ausführlich Zielgruppe, Ziel der Maßnahme, Inhalt, Methodik und Anforderungen an die Qualifikation eines Anbieters definiert.

13 Durchführung und Erfolgsbewertung

Durch das Ergebnis der vorangestellten Ist-Analyse wurden mögliche Interventionsbereiche herausgefiltert und, im Idealfall, beispielsweise durch Gesundheitszirkelprojekte oder eine Befragung der Mitarbeiter, Ursachen und Gründe für die vorhandene Gesundheitssituation und somit der konkrete Handlungsbedarf ermittelt. Anhand diesem werden nun Maßnahmen ausgewählt, bzw. abgeleitet und initiiert. Die weitere Vorgehensweise zur Planung, Durchführung und Erfolgskontrolle folgt dann dem Projekt-, Prozess- und Qualitätsmanagement.

Die Priorisierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung lässt sich dabei an denen von Präventionsmaßnahmen ableiten. Diese erfolgt laut Walter/Schwartz (2003) unter den Gesichtspunkten

- Höhe der Krankheitslast in den Zielpopulationen
- wahrscheinlicher Erfolg (Nutzen)
- benötigter Aufwand (Kosten; direkte und indirekte)
- Auftreten unbeabsichtigter Folge-/Nebenwirkungen

Sochert (1998) fügt dem noch das Veränderungspotential der Arbeitsbedingungen hinzu. Bei einer anstehenden Umstrukturierung ist das Für und Wider beispielsweise der Installation eines Gesundheitszirkels abzuwägen. Für eine Durchführung im Rahmen einer Umstrukturierung spricht laut den Autoren die Beteiligung der Mitarbeiter am Veränderungsprozess unter gesundheitlichem Aspekt. Dagegen sprechen könnte allerdings, dass in einem Bereich, der sich im Umbruch befindet, durch ein Zirkelprojekt nicht noch mehr Unruhe verursacht werden sollte.

Um Maßnahmen für Beschäftigte, und dabei vor allem die geplante Zielgruppe, bekannt zu machen, bietet sich an, Vertriebswege zu nutzen, die im Unternehmen im Rahmen der Kommunikationsstruktur bereits vorhanden sind. Wie bereits unter Punkt 1.3 genannt, kommen hierzu beispielsweise das Intranet, Email-Verteiler, Newsletter, Beilagen zur Gehaltsabrechnung, Aushänge im Unternehmen, Auslagen in Sozialräumen, Kundenanschriften der Krankenkasse, etc. in Frage. Die Kommunikation soll dabei über die bloße Bekanntmachung der Maßnahme hinausgehen und über Hintergründe, Zielgruppe und Ziele informieren.

Ein weiteres wichtiges Werkzeug ist das Maßnahmecontrolling, über welches die Zielerreichung über den gesamten Zeitraum der Maßnahme gemessen und gesteuert wird.

Laut Thiehoff (2004) fördert ein Controllingsystem den Lernprozess. Indem die Effizienz und Effektivität permanent erhoben, verglichen und bei Zielabweichung verbessert werden, wächst auch das Wissen um Wirkungszusammenhänge, so dass im Laufe der Zeit Effizienz und Effektivität gesteigert werden können.

Das Controlling soll sich an den strategischen Zielen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und nicht an denen einzelner Maßnahmen orientieren. Die Ansicht von im Hinblick auf das Bildungscontrolling lässt sich auch auf verhaltensbezogene Maßnahmen zur Gesundheitsförderung übertragen. Demnach gehört zur Ergebnisqualität auch der Transfererfolg, also der Grad, in dem tatsächlich eine Verhaltensänderung stattfindet, bzw. der Seminar-, Trainingsinhalt in der Praxis angewendet wird.

Die Kundenzufriedenheit hinsichtlich Organisation, der Art der Aufbereitung von Seminarinhalten, zu den Räumlichkeiten, etc. sind für die Optimierung des Angebots wichtig und sollte differenziert abgefragt werden.

Damit das gesamte Projektgeschehen, also erzielte Ergebnisse, Vereinbarungen mit Projektbeteiligten und Verantwortlichen, projektbezogene Aktivitäten, etc. auch noch zu einem späteren Zeitpunkt und beispielsweise für Folgeprojekte nachvollziehbar ist, ist des weiteren eine systematische Dokumentation unerlässlich.

Kapitel III Fallstudie

Der empirische Teil dieser Arbeit beruht auf Ergebnissen aus der praktischen Arbeit als Doktorandin im Betrieblichen Gesundheitsmanagement in einem Produktionswerk eines Automobilherstellers. Die in den vorangegangenen Kapiteln ermittelten Standards wurden im Praxisbezug im Rahmen der Fallstudie überprüft. Im Mittelpunkt stand dabei auch die Umsetzbarkeit wissenschaftlicher Ansprüche in der Praxis.

Die Ergebnisse der Fallstudie umfassen den Betrieblichen Gesundheitsbericht als Grundlage eines systematischen und qualitätsgesicherten Gesundheitsmanagements sowie die Implementierung einer mobilen Trainingsmaßnahme zur Gesundheitsförderung von Beschäftigten am Arbeitsplatz.

14 Untersuchungsfeld

Die Fallstudie wurde in einem Produktionswerk eines Automobilkonzerns erstellt. Im Zeitraum der Untersuchung, Mai 2004 bis Dezember 2007, umfasste der Standort ca. 12.400 Mitarbeiter, davon waren etwa 9.100 Mitarbeiter im direkten Produktionsbereich und 3.300 im indirekten Bereich und in der Verwaltung tätig¹.

Das Unternehmen beteiligt sich seit den ersten Jahren der Betrieblichen Gesundheitsförderung an deren Weiterentwicklung und ist kompetentes Mitglied in unterschiedlichen Netzwerken, u.a. im Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). Es existiert außerdem eine intensive Kooperation mit Institutionen wie beispielsweise der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie Universitäten und wissenschaftlichen Instituten durch Dissertationen, Diplomarbeiten sowie Forschungsarbeiten im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zur (Weiter-)Entwicklung innovativer Konzepte.

Im Zuge konzernweiter Sanierungsmaßnahmen erfolgte im August 2006 auch eine Neustrukturierung des Bereichs Arbeits- und Gesundheitsschutz für eine flexiblere und effizientere Organisation. Einheitliche Leitsätze dienen zukünftig der strategischen Einordnung umfassender Prozesse im Arbeits- und Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung (Health and Safety). Zu entwickelnde standortübergreifend einheitlich abgestimmte Angebote, Konzepte und Erhebungsmethoden sollten Kosten einsparen und die Effizienz steigern.

¹ Wert gerundet, Stand 2005. Quelle: HRM/BW AZ-/ BZ-Gestaltung, Arbeitsorganisation und Personalplanung

Aber auch eine bessere Vergleichbarkeit von durchgeführten Maßnahmen und Projekten im Rahmen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes innerhalb der deutschen Standorte sollte so erzielt werden.

Beteiligt im Arbeitsschutz und Gesundheitsmanagement waren - sowohl zentralseitig als auch auf einzelne Werke bezogen - verschiedene Fachbereiche und Funktionsträger. Im Rahmen der Zentralisierung des Gesundheitsmanagements wurden innerhalb der deutschen Standorte die jeweiligen Werkskoordinatoren in den Veränderungsprozess einbezogen. In der Konzernzentrale fanden mehrere Workshops für einen fachlichen Austausch statt, an denen die Koordinatoren die Erfahrungen aus den eigenen Werken einbrachten und an der Entwicklung neuer Konzepte mitwirkten. Werksübergreifend wurde nach Gemeinsamkeiten gesucht, die zentralseitig gesteuert werden konnten. Gleichzeitig sollten die Werke genügend Spielraum behalten, um individuelle Besonderheiten in der Umsetzung von Konzepten berücksichtigen zu können.

15 Ausgangssituation

Zum Zeitpunkt des Beginns der Fallstudie im Mai 2004 orientierten sich die einzelnen Produktionsstandorte an den Konzernleitlinien für den Arbeits- und Gesundheitsschutz. Auch zentralseitige Programme zum Gesundheitsschutz der Mitarbeiter wurden durchgeführt. In der Gestaltung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Sinne der Gesundheitsförderung waren die einzelnen Werke - von der Organisationsstruktur bis hin zum Maßnahmeangebot - jedoch weitgehend autark. Dies förderte die Entwicklung einer Vielzahl von Konzeptansätzen und Ideen für wirksame Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Die in den folgenden Abschnitten präsentierten Ergebnisse der Fallstudie beziehen sich lediglich auf das untersuchte Produktionswerk und nur für den Zeitraum der Untersuchung bis Ende 2007. Die Weiterentwicklung und Zentralisierung des Gesundheitsmanagements im Konzern ging jedoch über diesen Zeitraum der Fallstudie hinaus.

Bevor im Jahr 2006 durch die konzernweite Umstrukturierung auch der Bereich Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung neu aufgebaut wurde, erfolgte im untersuchten Werk bereits im Jahr 2003 eine Neuausrichtung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. So waren zu Beginn der Fallstudie im Mai 2004 bereits grundlegende Instrumente für ein modern ausgerichtetes und umfassendes Betriebliches Gesundheitsmanagement geschaffen worden. Diese wurden im vorangegangenen Kapitel II bereits ausführlich in Beziehung zu den theoretischen Anforderungen dargestellt.

Grundlage des Gesundheitsmanagements bildete die, ebenfalls in Kapitel II vorgestellte, "Betriebsvereinbarung zur Einrichtung einer Steuerungsgruppe" im Produktionswerk. Durch sie waren die Zusammensetzung sowie Aufgaben und Ziele des Steuerungsgremiums und die Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen im Werk zum Thema Gesundheitsförderung verbindlich geregelt.

Die Finanzierung von Maßnahmen und deren Voraussetzungen waren darin ebenso festgelegt wie Empfehlungen zum Aufbau eines erfolgreichen und wirksamen Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Im ersten Teil dieser Arbeit wurde der wissenschaftliche Anspruch und theoretische Hintergrund zum Thema Qualität und Gesundheitsmanagement/ Gesundheitsförderung erörtert. Im zweiten Teil wurden die erforderliche Vorgehensweise und Instrumente für ein qualitätsgesichertes Betriebliches Gesundheitsmanagement dargelegt und der vorhandenen Situation im untersuchten Werk verknüpft. Von der im vorigen Kapitel dargestellten allgemeinen Gesamtorganisation werden in diesem Teil der Arbeit konkret der Gesundheitsbericht als ein wichtiges Instrument des Gesundheitsmanagements und die Durchführung einer langfristigen Gesundheitsförderungsmaßnahme vorgestellt, wie sie im Untersuchungsfeld konzipiert und realisiert wurden.

Anhand dieser beiden Beispiele zeigte sich im Praxisfeld, inwiefern wissenschaftliche Ansprüche erfüllt werden konnten, bzw. wo in der Praxis Hürden vorhanden waren, die ggf. zu Kompromissen zwangen und im Zweifelsfall die Praktikabilität den Vorrang vor der Erfüllung wissenschaftlichen Anspruchs hatte oder haben musste, weil es aufgrund gegebener Rahmenbedingungen nicht anders zu lösen war.

Zunächst folgt die kritische Abhandlung des Gesundheitsberichts, wie er im Untersuchungsfeld im Rahmen der vorliegenden Arbeit realisiert wurde. Sie verdeutlicht, dass eine systematische Vorgehensweise auf alle Aktivitäten des Gesundheitsmanagements übertragen und angewendet werden kann. So folgte auch hier die Implementierung den Prozessschritten Bedarfsermittlung - Planung - Durchführung - Erfolgsbewertung.

16 Betrieblicher Gesundheitsbericht

Grundlage allen Handelns im Gesundheitsmanagement des untersuchten Produktionswerks war die im Mai 2003 zwischen Werkleitung, Personalleitung und Betriebsrat abgeschlossene "Betriebsvereinbarung zur Einrichtung einer Steuerungsgruppe [...]".

Die zukünftigen Mitglieder der Steuerungsgruppe und der verantwortliche Werkskoordinator für das Gesundheitsmanagement holten sich Beratung und Unterstützung durch die Universität Bielfeld in Person von Prof. Bernhard Badura. Durch die verabschiedete Betriebsvereinbarung entstand so eine verbindliche Vorgabe zum Aufbau eines modernen und nachhaltig ausgerichteten Gesundheitsmanagements unter dem Gesichtspunkt aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Das Gesundheitsmanagement im untersuchten Werk war durch die Betriebsvereinbarung von Anfang an so ausgerichtet, dass es in die betrieblichen Strukturen implementiert werden sollte. Die Verantwortung für die Initiierung und Steuerung der Angebote oblag der Steuerungsgruppe, die konkrete Durchführung aber den jeweiligen Organisationseinheiten, also Abteilungen, Teams oder Meistereien.

Neben Mitarbeiterorientierung und Nachhaltigkeit war die Professionalität der dritte Grundsatz für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement laut der Betriebsvereinbarung. Ein professionelles Gesundheitsmanagement umfasste demnach nicht nur die adäquate Qualifikation der Beteiligten, sondern insbesondere die systematische Vorgehensweise Diagnose, Planung, Steuerung und begleitende Bewertung von bedarfs- und zielorientierten Interventionen (Betriebsvereinbarung zur Einrichtung einer Steuerungsgruppe zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement [...], 2003).

16.1 Bedarfsermittlung und Ableitung von Qualitätskriterien aus der Betriebsvereinbarung

Die im Jahr 2003 verabschiedete, umfassende Betriebsvereinbarung sah als "zentrales Instrument" einer systematischen Vorgehensweise einen regelmäßig zu erstellenden Gesundheitsbericht vor. Dessen Mindeststandard und die entsprechenden Inhalte waren durch die Betriebsvereinbarung ebenfalls festgelegt. Die Betriebsvereinbarung bildete das Grundgerüst, anhand dessen das Konzept für den Gesundheitsbericht erarbeitet wurde; ein weiter zu entwickelnder Vorläufer existierte nicht, da in den Vorjahren lediglich die AU-Analyse der zugehörigen BKK heran gezogen wurde.

"[...] In ihm müssen alle Daten und Informationen enthalten sein, die für die Identifikation, Analyse und Bewertung gesundheitlicher Probleme und ihrer Ursachen sowie zur Abschätzung der Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der einzuleitenden Maßnahmen erforderlich sind. In den Bericht sollten u. A. einfließen:

- *Ergebnisse der (internen) Fehlzeitenanalyse, Gefährdungsanalysen*
- *Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen*
- *Wissen und Erfahrungen der Experten*
- *Wissen und Erfahrungen der Beschäftigten*
- *Wissen und Erfahrungen der Werksleitung*
- *Wissen und Erfahrungen des Betriebsrats*

Er muss über den Stand der verabschiedeten Maßnahmen und geplanten Schwerpunkte unterrichten." ²

² Quelle: Betriebsvereinbarung zur Einrichtung einer Steuerungsgruppe zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement, untersuchtes Unternehmen, intern, 2003

Auf Konzernebene wurde bereits jährlich ein Konzerngesundheitsbericht für die deutschen Produktionsstandorte veröffentlicht. Dessen Aufbau und Inhalt floss in den Konzeptentwurf des zu erstellenden Werkgesundheitsberichts ein. So sollte ein weiteres Merkmal einer qualitätsgesicherten Vorgehensweise - die Standardisierung und Vergleichbarkeit - realisiert werden.

Der Konzernbericht beinhaltete bis zum Jahr 2006 die tabellarische Darstellung verschiedener konzerninterner Gesundheitskennzahlen.

Dargestellt wurden die Anzahl der Mitarbeiter im Konzern (gesamt, nach Berufsgruppen, Geschlecht und die Anzahl derer mit anerkannter Schwerbehinderung), die Fehlzeitenquote und der prozentualer Anteil an Langzeit- und Kurzzeiterkrankungen, die Kosten der Fehlzeiten, Unfallkennzahlen, Anteil der Versicherten bei der BKK und die Beiträge zur Berufsgenossenschaft. Prozentual abgebildet war auch der Anteil der Mitarbeiter ohne Fehlzeiten im Vorjahreszeitraum.

Im August 2006 wurde die Gesundheitsförderung im Rahmen der umfassenden Neustrukturierung des Konzerns mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz unter dem Dach "Health and Safety" zentralseitig zusammengefasst³.

Die im August 2006 begonnene Neustrukturierung fand in der vorliegenden Arbeit keine Berücksichtigung mehr, da Veränderungen sukzessive und größtenteils erst im Jahr 2007 umgesetzt wurden; die Beschäftigung als Doktorandin endete im Dezember 2007.

Die Zielgruppe des Gesundheitsberichts war laut Betriebsvereinbarung die Steuerungsgruppe, deren Aufgabe es war, aus den Ergebnissen des Berichts Maßnahmen zu initiieren und zu planen. Die *erste handlungsleitende Frage* war also: Welche Informationen sind für die Steuerungsgruppe für die Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Belang, und wie müssen Inhalt und Ergebnisse der Analyse im Gesundheitsbericht dargestellt werden, damit daraus Handlungsbedarfe und Maßnahmen abgeleitet werden können?

³ Für das Jahr 2007 erschien der erste konzernweite "Health & Safety Report". Er berichtet seitdem jährlich zu den Aktivitäten im Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz. In erweiterter Form beinhaltet er nun auch Beiträge der internationalen Standorte zu landesspezifischen Programmschwerpunkten im Bereich Mitarbeitergesundheit.

Ebenfalls erweitert wurden die Gesundheitskennzahlen (hier blieb es bei der Darstellung nur der deutschen Standorte). Diese gliederten sich dann in "Auswirkungen des Gesundheitsmanagements" (Fehlzeitenquote und Quote der Mitarbeiter ohne Fehlzeiten) und "Gesundheitskosten", dort waren die Berufsgenossenschafts- und Krankheitsversicherungsbeiträge abgebildet. Neu war eine Darstellung der "Kennzahlen zu Aktivitäten im Gesundheitsmanagement". Sie umfassten unter der Überschrift BKK die Anzahl der Versicherten und der erstellten Gesundheitsberichte, Anzahl von Ergonomieanalysen in Planungsprojekten, Anzahl Teilnahmen und Mitglieder des Konzerngesundheitsports, Anzahl und Beratungsschwerpunkte der Sozialberatung sowie Anzahl und Behandlungsschwerpunkte des Werksärztlichen Dienstes. Die Rubrik "Netzwerkpartner im Gesundheitsmanagement" waren bereits seit 2004 Bestandteil des Werkgesundheitsberichts im Praxisfeld.

Aus dieser Fragestellung entwickelten sich weitere Überlegungen, ob Inhalt und Ergebnisse des Gesundheitsberichts auch für andere Interessensgruppen im Praxisfeld von Belang sein könnten. Führungskräfte hatten laut Zielvereinbarungen die Aufgabe, die Anwesenheit in ihrem Verantwortungsbereich zu verbessern und die Zielvorgabe der Anwesenheitsquote zu erfüllen. Mitarbeiter sollten außerdem möglichst ihren Fähigkeiten entsprechend eingesetzt werden, was auch den Einsatz von Langzeitkranken oder solchen mit chronischen Erkrankungen umfasste.

Wie eine Befragung im Vorfeld zeigte, existierten vor allem auf der unteren und mittleren Führungsebene nur punktuelle Kenntnisse, was die Möglichkeiten von gesundheitsbezogenen Angeboten und Zugangsmöglichkeiten betraf.

Die *zweite handlungsleitende Frage* war deshalb: Wie kann der Gesundheitsbericht als Informationsplattform bezüglich der gesundheitsbezogenen Angebote im Werk genutzt werden und welche Angebote werden für welche Problemstellung vorgehalten?

Der Gesundheitsbericht sollte nun also nicht mehr nur als Planungs- sondern auch als Marketinginstrument für das Gesundheitsmanagement eingesetzt werden. Da ein durch die Betriebsvereinbarung erklärtes Ziel die Implementierung von Gesundheitsmanagement in sämtliche Strukturen und Geschäftsprozesse war, erschien es schlüssig, den Gesundheitsbericht auch als Medium zur Verbreitung von Gesundheitsmanagement im Rahmen der internen Kommunikationskanäle zu nutzen.

Ein weiteres erklärtes Ziel in der Betriebsvereinbarung war das Schaffen von Transparenz durch das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Dieses Ziel sollte durch den werksinternen Gesundheitsbericht auch innerhalb des Gesundheitsmanagements selbst erreicht werden.

Es gab im Werk eine Vielzahl von Fachbereichen und Akteuren, die sich mit dem Thema Gesundheit befassten, oder deren Tätigkeitsfeld an die Thematik angrenzte. Zu Beginn der Neustrukturierung des Gesundheitsmanagements existierte keine systematische Vernetzung der einzelnen Akteure im Praxisfeld. Somit war nicht auszuschließen, dass Angebote sich überschneiden oder ähnelten. Die Anforderung aus der Betriebsvereinbarung, das Wissen von Experten einzubeziehen, konnte somit verknüpft werden mit der Verbesserung der Kooperation und Maßnahmenabstimmung durch Schaffen von Transparenz und Information.

Die *dritte handlungsleitende Frage* lautete: Wie schafft der Gesundheitsbericht Transparenz im Hinblick auf intern vorhandenes Expertenwissen, Angebote und Programme und wie kann der Gesundheitsbericht einen Beitrag zur zukünftigen Vernetzung der gesundheitsbezogenen Fachbereiche beitragen?

Somit standen *drei Zielgruppen und drei Leitfragen* für den Gesundheitsbericht fest:

Steuerungsgruppe - Welche Informationen sind für die Steuerungsgruppe für die Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Belang, und wie müssen Inhalt und Ergebnisse der Analyse im Gesundheitsbericht dargestellt werden, damit daraus Handlungsbedarfe und Maßnahmen abgeleitet werden können?

Führungskräfte - Wie kann der Gesundheitsbericht als Informationsplattform bezüglich der gesundheitsbezogenen Angebote im Werk genutzt werden und welche Angebote werden für welche Problemstellung vorgehalten?

Akteure im Betrieblichen Gesundheitsmanagement - Wie schafft der Gesundheitsbericht Transparenz im Hinblick auf intern vorhandenes Expertenwissen, Angebote und Programme und wie kann der Gesundheitsbericht einen Beitrag zur zukünftigen Vernetzung der gesundheitsbezogenen Fachbereiche beitragen?

Aus diesem Ergebnis wurden im nächsten Schritt, der Planung, unter Berücksichtigung der Vorgaben aus der Betriebsvereinbarung, erforderliche Inhalte und Kennzahlen sowie die konkrete Struktur des Gesundheitsberichts abgeleitet.

16.2 Planung und Umsetzung

Im ersten Jahr ging es zunächst darum, ein Konzept für einen zukünftig jährlich zu erstellenden Gesundheitsbericht zu erarbeiten. Der Gesundheitsbericht sollte dabei ebenfalls dem Prozesszyklus folgen und kontinuierlich im jährlichen Abstand verbessert werden.

Im Praxisfeld existierten keine Erfahrungswerte, was den notwendigen zeitlichen und personellen Aufwand vom Entwurf bis zur Realisierung eines Gesundheitsberichts in dem geplanten Umfang betraf.

Das nach der ersten Ausgabe (Pilotbericht) optimierte Konzept sollte dann als Standard in einem Handbuch festgeschrieben und in die Linie übergehen. Durch die Festschreibung der grundlegenden Vorgehensweise in diesem Handbuch sollte eine gleichbleibende Qualität in der jährlichen Fortschreibung des Vorjahresberichts gewährleistet werden.

Trotz einer standardisierten Vorgehensweise war jährlich das Konzept zu überprüfen und an ggf. veränderte Rahmenbedingungen, etc. anzupassen.

Im Jahr 2006 entfiel aufgrund der konzernweiten Umstrukturierungen beispielsweise die Durchführung der Mitarbeiterbefragung, was einen erheblichen Verlust an Informationen bedeutete.

16.3 Struktur des Gesundheitsberichts

Das untersuchte Produktionswerk setzte sich aus verschiedenen Produktionsbereichen (Centern) zusammen, innerhalb derer große Unterschiede hinsichtlich Arbeitsanforderungen und Arbeitsumfeld vorhanden waren. Eine ausschließlich globale Darstellung der Gesundheitssituation wäre den jeweiligen Rahmenbedingungen und dem entsprechenden Gesundheitspotenzial nicht gerecht geworden. Für die vier größten Center wurden deshalb separate Centerberichte entwickelt, in denen die Darstellung bis auf Abteilungsebene dargestellt wurde.⁴

Der Bericht für das gesamte Werk gliederte sich in einen allgemeinen (informativen) Teil, in dem alle Aktivitäten im Gesundheitsmanagements vorgestellt wurden und einen analytischen Teil, der in "Zahlen, Daten und Fakten" einen Überblick über Fehlzeiten- und Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Werk und Bereiche mit besonderem Handlungsbedarf gab.

16.3.1 Werksbericht - Allgemeiner Teil

Der Gesundheitsbericht sollte nicht nur als Planungs- sondern auch als Marketinginstrument für das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement im Produktionswerk dienen.

Zur Unterstreichung der Verbindlichkeit enthielt der allgemeine Teil im ersten Jahr des Gesundheitsberichtes ein gemeinsames Vorwort des damaligen Werkleiters, Personalleiters und Betriebsratsvorsitzenden.

Auch die Betriebsvereinbarung zur Einrichtung einer Steuerungsgruppe war Bestandteil des ersten Berichts, um Hintergrund und Grundsätze sowie Ziele und Handlungsfelder des "neuen" Gesundheitsmanagements transparent zu machen. Es folgte zusätzlich eine Darstellung der Organisationsstruktur, der Mitglieder der damaligen Steuerungsgruppe und der Ansprechpartner des Koordinationsteams im Gesundheitsmanagement (siehe Bild II-1, S. 134).

Den Vorgaben der Betriebsvereinbarung folgend, war und blieb auch in den folgenden Jahren die Dokumentation geplanter und laufender, sowie die Ergebnisse abgeschlossener Maßnahmen, fester Bestandteil des Berichts.

Allerdings beschränkte sich die Darstellung nicht nur auf die von der Steuerungsgruppe initiierten Maßnahmen, sondern bezog die Aktivitäten weiterer Fachbereiche zum Thema Gesundheitsförderung und Arbeits- und Gesundheitsschutz ein ("Netzwerkpartner Gesundheit").

⁴ Im Jahr 2003 reichte die Mitarbeiterzahl in den vier Centern von ca. 700 im kleinsten und gut 4.000 Mitarbeitern im größten Center. Alle Auswertungen erfolgten unter strikter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen, es erfolgte keine Auswertung von Gruppen kleiner als 50 Personen, so dass kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich war.

Dazu steuerten die Netzwerkpartner Gesundheit⁵ sowie die BKK des untersuchten Werkes jeweils eine Zusammenfassung ihre Vorjahresaktivitäten und laufende Angebote bei. Der Fokus der Darstellung lag auf den jeweiligen Aufgaben zum Thema Gesundheit, eine Kurzdarstellung des Bereichs, Aktivitäten, Zielgruppen, Tendenzen, etc.

16.3.2 Werksbericht - Analyseteil

Der analytische Teil enthielt die "Zahlen, Daten, Fakten" zur Gesundheitssituation im gesamten Werk und zusammenfassend auch die Ergebnisse einzelner Werksbereiche (Produktionsbereiche, indirekte Bereiche und Verwaltung) zur Fehlzeitenquote und deren Entwicklung im Zeitverlauf mehrerer Jahre, damit verbundene Kosten, prozentualer Anteil der Mitarbeiter ohne Fehlzeiten und die AU-Analyse der Betriebskrankenkasse (BKK).

Im "Pilotbericht" des Jahres 2004 war die Ergebnisdarstellung noch sehr umfangreich. Sie enthielt beispielsweise auch ein Ranking der Haupterkrankungsarten und eine Darstellung der Entwicklung von AU-Tagen und -Fällen im Verlauf der vergangenen drei Jahre für jedes Center.

Die nach der ersten Veröffentlichung eingeholten Rückmeldungen aus den Zielgruppen zeigten jedoch, dass dieser Umfang an Informationen eher verwirrte, ohne den Zielgruppen tatsächlich einen Mehrwert zu liefern. Im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserung war das Ziel im Folgejahr deshalb eine gründlichere Prüfung der Datenrelevanz und eine pointierte Zusammenfassung der Ergebnisse.

Einen guten Überblick über das AU-Geschehen lieferten Punktwolkendiagramme, die standardmäßig von der beteiligten Betriebskrankenkasse angefertigt wurden. Sowohl der Vergleich von Centern und deren Abteilungen als auch der von Altersgruppen mit den Durchschnittswerten des gesamten Werkes konnten so auf einen Blick erfasst werden (siehe Bild III-1).

Auch die "klassische" Darstellung des AU-Geschehens nach Altersgruppen und Langzeit-/ Kurzzeiterkrankungen der BKK waren die, die mit Blick auf den demographischen Wandel und damit verbundenen Anstieg chronischer Erkrankungen für die Zielgruppen und die Erfüllung ihrer Aufgaben wichtig waren.

Die Betriebsvereinbarung sah auch vor, jährlich das Ergebnis der Mitarbeiterbefragung aus dem Vorjahr im Gesundheitsbericht abzubilden.

⁵ Dieses Netzwerk umfasste Werksärztlichen Dienst, Betriebliche Sozialberatung, Arbeitssicherheit und Ergonomie, Betriebsgastronomie, Personalbereich, Betriebssport und die Betriebskrankenkasse.

Hierzu hatte der verantwortliche BGM-Werkskoordinator gemeinsam mit betriebsinternen Experten bereits im Vorfeld der Doktorandentätigkeit aus dem gesamten Fragenkatalog der Mitarbeiterbefragung diejenigen Items abgeleitet, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen einen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mitarbeitern haben: Arbeitsorganisation, Unternehmenskultur, Identifikation und Führungsverhalten.

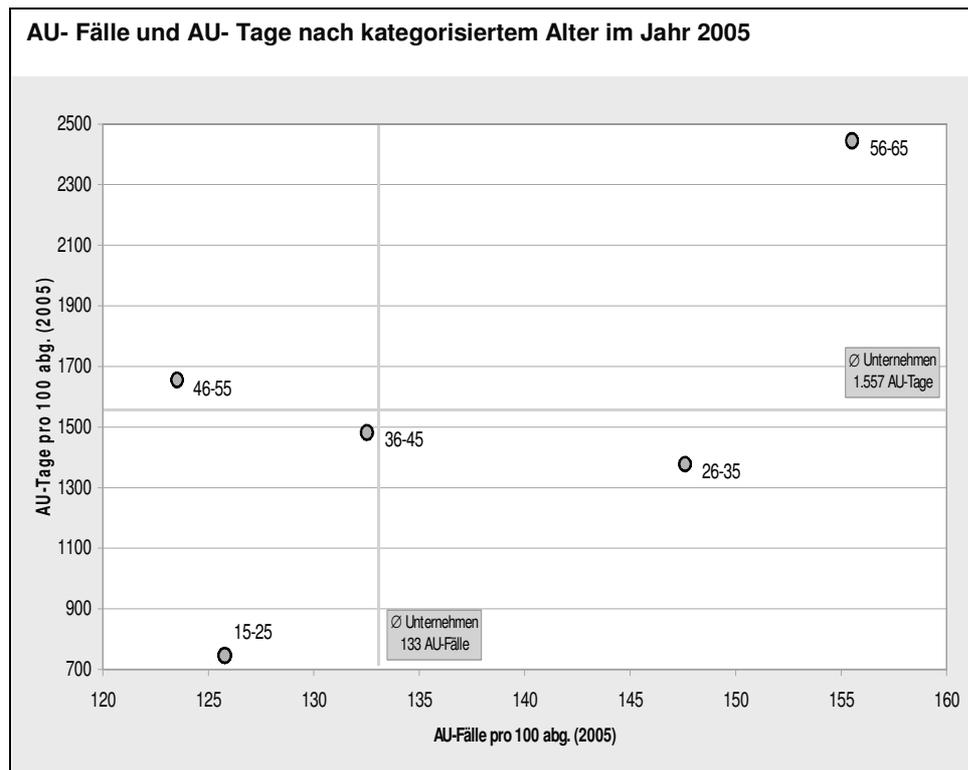


Bild III-1: Beispiel Punktwolkendiagramm der BKK (Quelle: BKK des untersuchten Unternehmens, 2005)

Aufgrund nicht identischer Erhebungszeiträume und beteiligten Personengruppen, ließen sich die Ergebnisse methodisch nicht in Korrelation mit den Fehlzeitendaten bringen. So blieben nur eine parallele Betrachtung der Ergebnisse und die Ableitung möglicher Anhaltspunkte für Zusammenhänge. Aber auch für sich betrachtet lieferten die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung Hinweise auf Potenzial zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter.

Diese Informationsquelle entfiel jedoch ab dem zweiten Berichtsjahr. Zunächst wurde aufgrund der konzernweiten Neustrukturierungen die Befragung für ein Jahr ausgesetzt. Zur Verringerung des Gesamtaufwands wurde anschließend konzernweit von einer Vollerhebung zu einer Stichprobenbefragung gewechselt.

Das Ergebnis ließ sich dann nur noch auf Werksebene darstellen, die Abbildung einzelner Produktionsbereiche war aus Datenschutzgründen nicht mehr möglich. Ein Ersatz in Form einer, durch das Betriebliche Gesundheitsmanagement initiierten regelmäßigen Befragung, kam aufgrund des Mehraufwands nicht in Betracht, so dass auf diese Art der Information in den Folgejahren im Gesundheitsbericht verzichtet werden musste.

16.3.3 Centerbericht

Die separaten Centerberichte waren im inhaltlichen Aufbau und der Darstellung der Ergebnisse weitestgehend identisch mit denen des Werksberichts. Dies erleichterte die Orientierung, und Werks- und Centerbericht konnten für Vergleiche einfach nebeneinander gelegt werden. Während im Gesamtbericht das Werk und dessen Center verglichen wurden, wurden in den Teilberichten die jeweiligen Center und deren Abteilungen dargestellt.

16.4 Informationsbedarf, Datenquellen und Verfügbarkeit der Daten

Die gesamte Datennutzung und Informationsbeschaffung wurde durch eine Betriebsvereinbarung geregelt, die eigens für die erweiterte Gesundheitsberichterstattung im untersuchten Werk verabschiedet wurde, um in jedem Fall den Datenschutz der Mitarbeiter zu gewährleisten.

Nach der Festlegung der Zielgruppen des Gesundheitsberichts und den daraus generierten Fragestellungen und darzustellendem Inhalt, erfolgte die Ableitung des Informationsbedarfs und der Datenquellen (siehe Tabelle III-1 Gesundheitsbericht - Informationsbedarf, Datenquellen und Verfügbarkeit der Daten). Anschließend musste zunächst geprüft werden, inwiefern die vorgesehenen Daten routinemäßig zur Verfügung standen oder für den Bericht in den Fachbereichen aufbereitet werden mussten.

Schwierig stellte sich dabei die zeitliche Koordination und Synchronisation der Datenverfügbarkeit dar. Zum einen waren die jeweiligen Fachkräfte/ Ansprechpartner vorrangig in ihr Tagesgeschäft und die Bewältigung der entsprechenden Aufgaben eingebunden. Je nachdem, ob Daten einfach abgerufen werden konnten, oder aufbereitet werden mussten, waren mehrere Tage bis wenige Wochen einzuplanen. Häufig mussten die Informationen dann noch bearbeitet werden, zum Teil waren auch noch dem Bedarf entsprechende Grafiken zu erstellen, etc.

Auch bei der Krankenkasse waren "Wartezeiten" einzuplanen. Die Datenerfassung der gesamten BKK des Vorjahres mussten zunächst abgeschlossen werden, bevor im Hauptsitz der BKK zentral für mehrere deutsche Produktionswerke Arbeitsunfähigkeitsanalysen erstellt werden konnten. Je nach Rangordnung der Werke standen die Analysen im Praxisfeld jährlich im Zeitraum zwischen Ende Januar und Anfang März zur Verfügung.

Größere Probleme bereitete die umfassende Neustrukturierung des Konzerns ab 2006, weil mit dieser auch Datenstrukturen wie Kostenstellenzuordnungen, etc. neu gefasst wurden. Diese Neuordnung in die Darstellungen aus den Vorjahren zu integrieren, bzw. so aufzubereiten, dass überhaupt eine Datenabfrage möglich war, bedeutete gerade im Bereich AU-Analyse der BKK einen immensen zusätzlichen Zeitaufwand in der Vorbereitungsphase.

Insgesamt betrachtet aber war ein entscheidender Vorteil im untersuchten Werk eine nahezu homogene Versichertenstruktur der BKK des Konzerns, weil über 90 Prozent der Mitarbeiter hier krankenversichert waren. Hinzu kam, dass es sich um eine geschlossene Krankenkasse handelte, die Mitgliedschaft also Mitarbeitern und deren Familienangehörigen vorbehalten war.

Die Auswertung unterschiedlicher Krankenkassen mit ggf. unterschiedlichen Standards entfiel somit und das Ergebnis war eine aussagekräftige AU-Analyse für das untersuchte Werk.

Daten der Mitarbeiterbefragung konnten dagegen nur im ersten Berichtsjahr berücksichtigt werden, hier lag aber immerhin ein Vergleich über die letzten drei Jahre vor, so dass ein Trendverlauf abgeschätzt werden konnte.

Eine regelmäßige Mitarbeiterbefragung nach Abschluss der Umstrukturierung war geplant, lag zeitlich aber außerhalb des Doktorandenzeitraums, so dass keine weitergehenden Informationen hierzu vorliegen.

16.5 Verbreitung des Berichts und Ableiten von Maßnahmen

Nach der Fertigstellung des Gesundheitsberichts ging es jährlich darum, diesen "in die Fläche" zu bringen. Je nach Zielgruppe geschah dies auf unterschiedlichen Kommunikationswegen.

16.5.1 Ergebniskommunikation - Zielgruppe Steuerungsgremium

Für die Zielgruppe Steuerungsgremium sollte der Gesundheitsbericht in erster Linie Fakten zur Gesundheitssituation als Basis für die Initiierung von Maßnahmen liefern.

Als primäre Zielgruppe gingen die Werks- und Centerberichte zunächst in das Steuerungsgremium. Die Ergebnisse waren in einer Managementpräsentation zusammengefasst, und unter der Moderation des BGM-Werkskoordinators wurden mit dessen fachlicher Unterstützung aus den Handlungsschwerpunkten mögliche Maßnahmen abgeleitet.

Aus dieser Ableitung erfolgte im Koordinationsteam Gesundheitsmanagement und unter Einbeziehung weiterer interner Experten und Fachbereiche, die Ausarbeitung eines Grobkonzeptes einer Maßnahme. Dieses wiederum wurde im Zusammenhang mit den Ergebnissen aus dem Gesundheitsbericht in der Werkleitungsrunde vorgestellt. Von hier aus erfolgte eine grundsätzliche Prüfung und Genehmigung, bzw. Ablehnung eines geplanten Projektes. Mögliche Nachbesserungen am Konzept wurden hier ebenso festgelegt wie generelle Rahmenbedingungen (z.B. Angebotszeiten) und die Bewilligung der Finanzierung einer Maßnahme.

Im ersten Jahr der Doktorandentätigkeit lag der Handlungsschwerpunkt, wie allerdings auch schon in den Vorjahren anhand der BKK-Analysen festgestellt, auf Muskel-Skelett-Erkrankungen. Geplant war eine mobile Trainingseinheit, durch die die Häufigkeit und Dauer dieser Erkrankungsart verringert werden sollten. Deren Planung und Umsetzung sowie die Bewertung der mobilen Trainingsmaßnahme stellen den zweiten Teil der Fallstudie dar und werden in Abschnitt 17 dieses Kapitels dargestellt.

16.5.2 Ergebniskommunikation - Zielgruppe Führungskräfte

Der Leiter des jeweiligen Centers war der Multiplikator, über den der Gesundheitsbericht und dessen wichtigste Ergebnisse im jeweiligen Bereich an die Abteilungsleiterbene in den Regelkommunikationsrunden weitergegeben wurden. Aufgrund der hohen Anzahl an Führungskräften auf Teamleiter und Meisterebene im gesamten Werk hätte eine weitere Verbreitung des Gesundheitsberichts in Papierform den Kostenrahmen gesprengt.

Als Alternative hätte sich hier grundsätzlich ein Einstellen des Berichts auf der Intranetseite des Gesundheitsmanagements angeboten. Der konkrete Inhalt der Berichte durfte jedoch ausdrücklich nur für interne Zwecke verwendet werden.

Die Verfügbarkeit in Dateiform hätte jedoch eine unkontrollierte Verbreitung des Berichts auch an externe Stellen ermöglicht, weshalb man von dieser Möglichkeit Abstand nahm. Eine Lösung fand sich zunächst durch die Übersendung bei konkreter Anfrage im Team Gesundheitsmanagement. Die Rückmeldungen ergaben, dass die Ergebnisse bis zur Abteilungsebene für die unteren Führungsebenen kaum relevant waren. Hier war viel eher Bedarf an Informationen über das Maßnahmeangebot im Werk vorhanden.

16.5.3 Ergebniskommunikation - Zielgruppe Akteure im Gesundheitsmanagement

Zur Kommunikation des ersten umfassenden Gesundheitsberichts wurde für die Netzwerkpartner im Gesundheitsmanagement ein Workshop durchgeführt. Dort wurden die Ergebnisse präsentiert und Optimierungsmöglichkeiten aus Sicht der beteiligten Fachbereiche für nachfolgende Berichte erarbeitet.

Das Ergebnis des Workshops zeigte, dass die Mehrzahl der Netzwerkpartner deren Darstellung im Gesundheitsbericht als eine weitere Möglichkeit sahen, im Werk über deren Aktivitäten zu berichten und deren Angebote bekannter zu machen. Die im Workshop verabschiedete Struktur und Darstellungsform wurde so auch in den folgenden Berichten beibehalten.

Tabelle III-1 Gesundheitsbericht - Informationsbedarf, Datenquellen und Verfügbarkeit der Daten

Zielgruppe	Fragestellung	Darzustellender Inhalt	Daten / Informationen	Datenquelle	Verfügbarkeit
1. Steuerungsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> Welche Informationen sind für die Steuerungsgruppe zur Planung von GF-Maßnahmen von Belang? Wie müssen Inhalt und Ergebnisse der Analyse im Bericht dargestellt werden, um daraus Handlungsbedarfe und Maßnahmen ableiten zu können? 	Gesundheitssituation im Werk – Ursachen und Zusammenhänge	AU-Tage und –Fälle, Werk im Branchenvergleich, Produktionsbereiche im Werksvergleich, Daten im Zeitverlauf	AU-Analyse BKK	jährlich (Jahresbeginn)
		Produktionsbereiche mit erhöhtem Handlungsbedarf	Fehlzeitenentwicklung im Zeitverlauf ab 1999 Kosten der Fehlzeiten	Personalbereich	monatlich, im Rahmen BSC, auch im Zeitverlauf abbildbar
		Planungsgrundlage	Mitarbeiter ohne AU-bedingte Fehlzeiten Mitarbeiterbefragung, gesundheitsbezogene Items		
		<ul style="list-style-type: none"> Stand laufender Maßnahmen Erfolg durchgeführter Maßnahmen 	Evaluationsergebnisse	Team BGM	Durch Maßnahmecontrolling laufend und am Ende der Maßnahme
2. Führungskräfte	<ul style="list-style-type: none"> Wie kann der Gesundheitsbericht als Informationsplattform bzgl. gesundheitsbezogener Angebote im Werk genutzt werden? Welche Angebote werden für spezifische Problemstellung vorgehalten? 	<ul style="list-style-type: none"> Hintergrundinformationen BGM Grundsätze und Ziele 	<ul style="list-style-type: none"> Leitlinien Konzern Grundsätze und Ziele aus der Betriebsvereinbarung 	Konzernzentrale, Fachbereiche Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, BGM Werk	jährlich
		Gesundheitssituation im Verantwortungsbereich	Darstellung der entsprechenden Daten auf Werksebene	Datenquellen entsprechend der Werksebene	Wie unter Steuerungsgruppe
		Maßnahmeangebot Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> Konzernweite Programme Standortspezifische Angebote 	Konzernzentrale, Fachbereiche, BGM Werk	jährlich, Vorschau/Rückschau
		Spezifische Angebote nach Problemstellung/ Beschäftigten-gruppe?	Angebote und Ansprechpartner	Fachbereiche	jährlich, Vorschau/Rückschau
3. Akteure im Gesundheitsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> Wie schafft der Gesundheitsbericht Transparenz im Hinblick auf intern vorhandenes Expertenwissen, Angebote und Programme? Wie kann der Gesundheitsbericht einen Beitrag zur künftigen Vernetzung der gesundheitsbezogenen Fachbereiche beitragen? 	Kooperationsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> Aktivitäten der Netzwerkpartner im BGM Aktuelle und geplante Programme 	Fachbereiche	jährlich, Vorschau/Rückschau
		Erfahrungsaustausch	Ergebnisse abgeschlossener Programme	Konzernzentrale, Fachbereiche, BGM Werk	

16.6 Erfolgsbewertung - Ergebnis

Ein umfassender Gesundheitsbericht, der möglichst vielseitige Informationen zur Gesundheitssituation liefert, scheint zunächst als unabdingbares Instrument und zuverlässige Planungsgrundlage für ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement.

Im untersuchten Unternehmen zeigte sich im Verlauf von vier jährlich erstellten Gesundheitsberichten, dass diese "Idealform" der Gesundheitsberichtserstattung in der Praxis in diesem Umfang kaum aufrecht zu erhalten ist, bzw. der Nutzen, den dieser Umfang stiftet, den erforderlichen Aufwand auf Dauer nicht rechtfertigt.

Der Hauptkritikpunkt, vor allem seitens der Steuerungsgruppe, zum Gesundheitsbericht lag darin, dass dieser eine "Rückschau" in das vergangene Jahr darstellte und nicht die aktuelle Situation abbildete. Üblicherweise erfolgt die Planung von Investitionen und Ausgaben in Unternehmen für das Folgejahr im letzten Quartal eines Jahres; dies schloss auch das Gesundheitsmanagement im Praxisfeld ein.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen bedeutete dies, dass die Steuerungsgruppe im aktuellen Jahr (J0) mit den Zahlen aus dem Vorjahr (J-1) Maßnahmen für das kommende Jahr (J+1) plant. Anders ausgedrückt, reichte die Datengrundlage laufender Maßnahmen zwei Jahre zurück.

Vor allem bei den AU-Analysen der Krankenkassen ließ sich keine andere Lösung als die Auswertung der Vorjahresdaten finden. Seitens der Steuerungsgruppe wurde angeregt, monatlich oder ein Mal pro Quartal eine AU-Analyse zu erstellen. Dies ist jedoch seitens der Krankenkassen nicht zu leisten und, wie sich im Jahresrückblick auf die Monatswerte zeigte, auch nicht notwendig.

Die Daten der Krankenkasse werden jährlich zum Stichtag 31.12. *standardisiert auf ganzjährig versicherte Mitglieder* erhoben und ausgewertet, eine unterjährige Auswertung ist methodisch und technisch nicht möglich.

Die Häufung bestimmter Krankheitsarten oder Krankheitstage zu bestimmten Jahreszeiten ist zudem bekannt und es soll an dieser Stelle nochmals betont werden, dass sich nachhaltige Maßnahmeerfolge nicht innerhalb von Wochen oder Monaten einstellen. Auch der Anstieg kostenintensiver chronischer Erkrankungen tritt ebenso wenig plötzlich häufig auf. Somit sind die jährlich vorliegenden Werte im Grunde genommen ausreichend für eine verlässliche Planung; insbesondere dann, wenn sie gemeinsam mit anderen Faktoren, wie beispielsweise der Entwicklung der Altersstruktur, betrachtet werden und Instrumente zur Ursachenforschung, wie z.B. die Gesundheitszirkelarbeit, in die Prozessstrukturen des Unternehmens implementiert werden.

Auch bei akutem Handlungsbedarf im Werk oder in einem Produktionsbereich müssen solche Instrumente eingesetzt werden, um im Bedarfsfall zeitnah reagieren zu können. Wie allerdings auch die Datenanalyse der BKK jährlich zeigte, hat der weitaus größte Teil an Fehlzeiten und die damit verbundenen direkten und indirekten Kosten keine plötzliche Ursache.

Vielmehr handelt es sich um Erkrankungen, die im Laufe der Jahre aufgrund der arbeitsspezifischen Belastung entstehen und sich im weiteren Verlauf, sofern nicht gegensteuert wird, zu chronischen Erkrankung entwickeln oder Folgeerkrankungen nach sich ziehen. Ebenso wenig wie deren Entstehung, lassen sich auch die Ursachen nicht einfach "abstellen".

Die Fehlzeitenquote wurde im Untersuchungsfeld zwar im Rahmen der Balanced Scorecard routinemäßig monatlich bis auf die unterste Führungsebene ausgewertet. Sie allein hat jedoch keine Aussagekraft als Planungsinstrument, bildet sie doch nur die An- oder Abwesenheitsquote der Mitarbeiter ab.

Aufgrund unterschiedlicher Datenbasen und Erhebungszeitpunkte war es zudem nicht möglich, Daten zu verknüpfen, um kausale Zusammenhänge zwischen Arbeitssituation und Krankheitsgeschehen zu erhalten. Anhaltspunkte lieferten im ersten Jahr noch die gesundheitsrelevanten Items der Mitarbeiterbefragung. Da diese jedoch zunächst ausgesetzt und später in einer Form zur Verfügung stand, die für einzelne Werksbereiche keine Aussagekraft mehr hatten, entfiel hier eine wichtige Informationsquelle.

Ein weiteres Problem stellte die Tatsache dar, dass sich ein Unternehmen den ständig wechselnden Anforderungen von außen anpassen muss, was auch Umstrukturierungen der Organisation und Produktion nach sich zieht. Produktions- und Verwaltungsbereiche werden umgelagert, ausgelagert oder mit denen anderer Werke zusammengefasst.

Diese Unbeständigkeit in den Unternehmensstrukturen verhindert eine kontinuierliche Vergleichbarkeit von gesundheitsbezogenen Trends und Entwicklungen, wie sie eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung abbilden könnte. Dies, in Verbindung mit dem vorangegangenen Kritikpunkt, bedeutet für Institutionen wie das Betriebliche Gesundheitsmanagement eine gewisse Planungsunsicherheit, aber auch eine Ungenauigkeit in der Bewertung der Maßnahmen. Umstände, die zu einer Auffälligkeit geführt haben könnten und im Gesundheitsbericht abgebildet werden, könnten zum Zeitpunkt der Berichterstattung bereits hinfällig sein, oder initiierte Maßnahmen keine (oder eine falsche) Wirkung zeigen, weil sich Rahmenbedingungen im Interventionsbereich im Laufe der Maßnahme ändern. Nicht zuletzt auf langfristig ausgelegte Evaluationsstudien kann dies negative Auswirkungen haben, wie in Abschnitt 4 in diesem Kapitel dargestellt.

Die Umstrukturierung im Untersuchungsfeld hatte beispielsweise zur Folge, dass die so genannten "Organisationskennziffern" neu vergeben wurden. Diese Kennziffern strukturierten die Organisationseinheiten des Werkes. In codierter Form wurden sie benötigt, damit die Betriebskrankenkasse in deren Analyse die Ergebnisse den Produktionsbereichen zuordnen konnte.

In der Übergangszeit von den alten auf die neuen Organisationskennziffern, kam es hier partiell zu Überschneidungen und Datenverlusten. Somit war die Betrachtung der Fehlzeitenquote im Verlauf mehrerer Jahre differenziert nach Produktionsbereichen nicht mehr fortzuführen. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob eine solch einschneidende Veränderung nicht auch bereits im vergangenen betrachteten Zeitraum schon einmal stattgefunden hatte und die Daten somit ohnehin nur eine begrenzte Verlässlichkeit in ihrer Aussage aufwiesen.

Die Tatsache der permanenten Veränderungen in Unternehmen erschwert nicht nur das Ableiten geeigneter Maßnahmen, sondern auch die Steuerung während der Durchführung (Controlling) sowie die Erfolgsbewertung nach deren Abschluss, wie unter Abschnitt 17 noch ausführlich dargestellt wird.

Über den Zeitraum von drei Jahren zeigte sich, dass ein umfassender Bericht, der möglichst das gesamte Spektrum der Gesundheitssituation im Werk abbildet, auf Dauer kaum aufrecht erhalten werden kann. Der Hauptfaktor war der hohe zeitliche Aufwand, der für die Erstellung eines Berichtes in diesem Umfang in Anspruch genommen wurde. Dieser konnte auch trotz Optimierungsmaßnahmen und einer gewissen sich einstellenden Routine nicht wesentlich reduziert werden. In diesem Zusammenhang stellte sich dann auch die Frage nach der Notwendigkeit, bzw. Handhabbarkeit eines solchen Umfangs für die Planungsverantwortlichen.

Allein die Tatsache, dass die zuständige BKK jeweils zum Jahresbeginn für mehrere Produktionswerke AU-Analysen zu erstellen hatte, hatte zur Folge, dass es hier zu mehrwöchigen zeitlichen Verschiebungen kommen konnte.

Aufgrund der Vielzahl an Informationen aus den unterschiedlichen Fachbereichen und der Krankenkasse lagen deren Daten erst in der zweiten Hälfte des ersten Quartals vollständig vor. Die Ergebnisse mussten mit Vorjahreswerten verknüpft und Grafiken erstellt werden. Der Inhalt war redaktionell zu überarbeiten und die Ergebnisse zu kommentieren und zusammen zu fassen. Nicht zuletzt gehörten auch die Ergebnispräsentationen für die Steuerungsgruppe und die Werkleitung zum jährlichen Gesundheitsbericht. Die Fertigstellung des Werks- und der Centerberichte war somit häufig erst am Ende des ersten oder im zweiten Quartal des laufenden Jahres abgeschlossen.

Aufgrund der Zentralisierung, auch des Gesundheitsmanagements und hier auch der Maßnahmeplanung, wurde ab dem Jahr 2007 auf diese umfassende Form eines Gesundheitsberichts verzichtet, auch vor dem Hintergrund einer unklaren Planungssituation für das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Werk. Im Fall des untersuchten Praxisfeldes wurde dort in den Jahren 2003 bis 2007 jedoch eine Vielzahl umfangreicher Konzepte zur Gesundheitsförderung entwickelt und umgesetzt. Diese galt es zunächst zu optimieren und zu verfestigen, bzw. auszubauen oder in die Linie zu übergeben, so dass der Umstand der Zentralisierung bis zum Ende der Doktorandentätigkeit nicht maßgeblich war. Vor diesem Hintergrund beschränkte man sich im Jahr 2007 auf die AU-Analyse der Betriebskrankenkasse.

Auch Sochert (1999, S. 16) kommt zu dem Ergebnis:

"Deutlich wurde insgesamt ein erheblicher Zielkonflikt zwischen dem Wunsch der Wissenschaftler, möglichst viele Daten umfassend erheben zu können und der Notwendigkeit, mit möglichst geringem Aufwand valide und reliable Informationen dem Betriebspraktiker zeitnah zur Verfügung zu stellen."

Bezüglich des Gesundheitsberichtes sind folgende Besonderheiten zu beachten, dass sich der Berichtszeitraum auf das vergangene Kalenderjahr bezieht, also eine Rückschau darstellt. So ermöglicht er - außer in Bezug auf geplante Projekte - keine Aussagen über zukünftige Entwicklungen. Allerdings können im Zeitverlauf erfasste Daten wie Fehlzeiten oder die Häufigkeit bestimmter Erkrankungsarten einen Hinweis auf Trends im Unternehmen geben; immer unter der Voraussetzung, dass keine einschneidenden Veränderungen wie Umstrukturierungen, etc. anstehen/ durchgeführt wurden.

Der Zeitaufwand für diese Art von Bericht ist relativ hoch. Sekundärdaten, die aus Fachbereichen einfach übernommen werden können, stehen relativ zeitnah zur Verfügung. Andere, die den Anforderungen entsprechend aufgearbeitet werden müssen, werden, abhängig von anderen Prioritäten in den Fachbereichen, verzögert geliefert. Bei der Arbeitsunfähigkeitsanalyse der Krankenkassen kommt es darauf an, wie viele Standorte oder Unternehmen mit Berichten versorgt werden und wie die Rangfolge aufgebaut ist.

Hier entsteht eine Diskrepanz im Hinblick auf eine möglichst zeitnahe Maßnahmenplanung am Anfang des Jahres, da diese faktisch nicht möglich ist.

Streng genommen müsste eine Maßnahmenplanung bereits im letzten Quartal des Vorjahres erfolgt sein, wenn auch das Budget für das nächste Jahr geplant wird.

Die Lösung kann hier jedoch nicht sein, den Jahresbericht erst im vierten Quartal zur Maßnahmenplanung heranzuziehen. Das würde bedeuten, dass mit dem Bericht des aktuellen Jahres, der Daten aus dem vergangenen Jahr enthält, Maßnahmen für das Folgejahr geplant würden.

Da die Daten jedoch nur zur Schwerpunktanalyse dienen, und die Generierung von Maßnahmen mittels Vorschlägen in Zirkelsitzungen, etc. dienen, basieren die Aktivitäten dann trotzdem auf aktuellen Verhältnissen. Dies zeigt jedoch umso mehr, dass sich die Planung nicht nur auf vergangenheitsbezogene Daten stützen darf.

17 Qualitätsorientierung BGF am Beispiel einer mobilen Trainingsmaßnahme

In diesem Kapitel wird die Machbarkeit der Erfüllung wissenschaftlichen Anspruchs in der betrieblichen Praxis am Beispiel einer mobilen Trainingsmaßnahme zur Betrieblichen Gesundheitsförderung überprüft. Diese wurde während der Doktorandentätigkeit im Praxisfeld geplant und realisiert. Aufbau und Implementierung eines Maßnahmencontrollings und die Projektkoordination gehörten, wie der jährliche Gesundheitsbericht, zum Aufgabenbereich der Doktorandentätigkeit vom Start der Maßnahme im November 2004 bis zur Fremdvergabe im Dezember 2007 und dem gleichzeitigen Vertragsende als Doktorandin.

Die im untersuchten Produktionswerk im Jahr 2004 zu implementierende Maßnahme wurde bereits Anfang 2000 in einem Produktionswerk in Wörth in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg entwickelt. Nach und nach übernahmen auch andere Produktionswerke das Konzept, teilweise als mobiles oder auch stationäres Angebot.

Das Konzept des mobilen Angebots sah vor, innerhalb eines Trainingssatzes einen bestimmten Teil der Rückenmuskulatur mit einer bestimmten Methode so zu belasten, dass mit nur einem Training pro Woche ein Effekt erzielt werden konnte.⁶

Die Effektivität und Wirksamkeit wurde im Rahmen mehrerer, nicht veröffentlichter Magisterarbeiten des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Universität Heidelberg und dem Institut für Sportwissenschaft der Universität Stuttgart wissenschaftlich begleitet (Eckert, 2003; Huber, 2005; Huber, 2006; Kalb, Lang, 2004; 2004; Lehmann, 2004; Stöfken, 2005).

Einen ausführlichen Einblick in den wissenschaftstheoretischen Hintergrund der Maßnahme liefert die Dissertation von Sammet (2006). Seine Arbeit befasst sich konkret mit der Evaluation der mobilen Trainingsmaßnahme in einem Produktionswerk des Konzerns an einem weiteren deutschen Standort und umfasst auch den sportwissenschaftlichen Hintergrund zur Trainingshäufigkeit und -intensität, sowie Wirksamkeit und Effizienz der Maßnahme (ebd S. 34 ff.).

Im untersuchten Praxisfeld zur vorliegenden Arbeit wurde das Konzept der bereits existierenden Maßnahme in den Grundzügen übernommen. Auch hier sollte ein niedrigschwelliges Angebot dazu beitragen, Rückenschmerzen und Fehlzeiten aufgrund von Rückenerkrankungen zu reduzieren, langfristig auch die Gefahr von Chronifizierung zu verringern und Mitarbeiter zu einem insgesamt gesundheitsbewussten Verhalten anzuregen.

⁶ Auch nachzulesen auf www.uni-heidelberg-sportundgesundheit.de/Studie_Kraftwerk%20Woerth.html (20.11.2007). Wissenschaftliche Arbeit hierzu siehe Sammet (2006).

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement des untersuchten Werkes⁷ und die Geschäftsleitung verständigten sich darauf, dass zusätzlich zum Rücken- auch die Bauchmuskulatur im Trainingskonzept einbezogen werden sollte. Das vom beteiligten Werksarzt und BGM-Werkskoordinator präferierte Konzept sah ein Training vor, das ggf. vorhandene Dysbalancen zwischen Bauch- und Rückenmuskulatur ausgleichen sollte. Dieser Modifikation ging die Annahme voraus, dass ein unausgewogenes Verhältnis von Rücken- und Bauchmuskulatur ebenfalls die Ursache von Rückenbeschwerden sein, oder vorhandene Beschwerden verstärken konnte.

17.1 Planungsphase (PLAN)

Den Anlass, die mobile Trainingsplattform im untersuchten Werk zu implementieren, gaben die AU-Analysen aus den Vorjahren der BKK und der erste Werksgesundheitsbericht in seiner umfassenden Form nach der Neustrukturierung des Gesundheitsmanagements. Dessen Ergebnisse zeigten, dass im Werk Bereiche existierten, die einen erhöhten Handlungsbedarf im Hinblick auf die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitstagen und -fällen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen und speziell Rückenerkrankungen aufwiesen. Positive Untersuchungsergebnisse und Erfahrungen aus anderen Interventionswerken gaben den Anlass, das bereits vorhandene Konzept auch im untersuchten Praxisfeld einzusetzen.

In der Planungsphase wurde im ersten Schritt durch eine Ist-Analyse die Zielgruppe für die Maßnahme abgeleitet und die Bereiche mit erhöhtem Handlungsbedarf gefiltert, in denen der Maßnahmepilot zunächst implementiert werden sollte. Daraus folgten die Zielsetzung der Maßnahme und ein Grobkonzept. Aus diesem heraus erfolgte die Planung der notwendigen Rahmenbedingungen, die Organisation der Maßnahme und deren begleitende Steuerung und Koordination, notwendige materielle und personelle Ressourcen und der Entwurf der mobilen Trainingsplattform sowie deren Realisierung.

Die Größe der Plattform war zum einen davon abhängig, dass zwei Trainingsgeräte darauf Platz haben sollten. Beachtet werden mussten aber auch die Fahrwege und Abstellmöglichkeiten vor Ort. Ein Probelauf durch die für das Pilotprojekt vorgesehenen Produktionsbereiche zeigte Optimierungsbedarf, der noch in der Planungsphase umgesetzt wurde.

⁷ Steuerungsgruppe des Werkes und Team Gesundheitsmanagement, bzw. der projektverantwortliche BGM-Werkskoordinator

17.1.1 Ist-Analyse - Handlungsbedarf und Zielgruppe

Die Ist-Analyse erfolgte, gemäß der Betriebsvereinbarung, anhand der Werks- und Gesundheitsberichte des Werkes. Deren Ergebnisse zeigten einen erhöhten Handlungsbedarf aufgrund Muskel-Skelett-Erkrankungen in bestimmten Produktionsbereichen.

Muskel-Skelett-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Ursachen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im verarbeitenden Gewerbe. Bild III-2 zeigt, dass in der Kfz-Branche im Jahr 2003 die Anzahl der AU-Tage je Pflichtversichertem aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei 15,4 Tagen lag. Der Anteil von Muskel-Skelett-Erkrankungen an den Haupterkrankungsarten betrug 31,3 % (Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2004, S. 66).

Auch der Werksgesundheitsbericht im Praxisfeld zeigte im Jahr 2004, dass im Vorjahr an erster Stelle der Haupterkrankungsarten im gesamten Werk Muskel-Skelett-Erkrankungen standen. Allerdings lagen die Werte laut AU-Analyse der zugehörigen BKK hier deutlich höher als im Branchenvergleich (Bild III-2 und Tabelle III-2).

In den drei größten Produktionsbereichen (C1-C3) lagen die Werte sogar noch deutlich über dem Werksdurchschnitt (36,4 %). Im größten Center (C1) betrug der Wert 39,9 %, im zweitgrößten (C2) 35,9 % und im drittgrößten (C3) 39,8 %.

Die Mitarbeiter-Anzahl machte in diesen drei Centern über 70 % der Gesamtbelegschaft des Werkes aus, so dass hier von einem erheblichen Potenzial zur Verbesserung der Gesundheitssituation mit Auswirkung auf das Werksgesamtergebnis ausgegangen werden konnte. Allerdings gab es auch innerhalb der Center Unterschiede zwischen den so genannten direkten und indirekten Produktionsbereichen. Zu letzteren gehörten Tätigkeiten mit überwiegend verwaltenden oder administrativen Aufgaben. Um in den direkten Produktionsbereichen diejenigen mit dem größten Handlungsbedarf herauszufiltern, wurden die Ergebnisse der Centerberichte hinzugezogen.

Außer den AU-Daten der BKK flossen auch die Arbeitsplatzanalysen des Werksärztlichen Dienstes im Hinblick auf ergonomisch auffällige Bereiche ein.

Auf der Basis der Ist-Analyse wurden nun konkrete Interventionsbereiche ausgewählt, in denen so genannte "Haltestellen" eingerichtet werden sollten. Dabei handelte es sich vielfach um Arbeitsplätze im Rohbau und der Montage, wo Mitarbeiter trotz ergonomischer Gestaltung des Arbeitsplatzes einer einseitigen und höheren Arbeitsbelastung ausgesetzt waren, als in anderen Produktionsbereichen.

Zielgruppe der Maßnahme waren Produktionsmitarbeiter, die bereits Beschwerden hatten, oder bei denen die Gegebenheiten am Arbeitsplatz ein erhöhtes Risiko für Rücken-erkrankungen bargen. Durch das Training sollten sich diese Mitarbeiter den Anforderungen und Belastungen am Arbeitsplatz besser gewachsen fühlen.

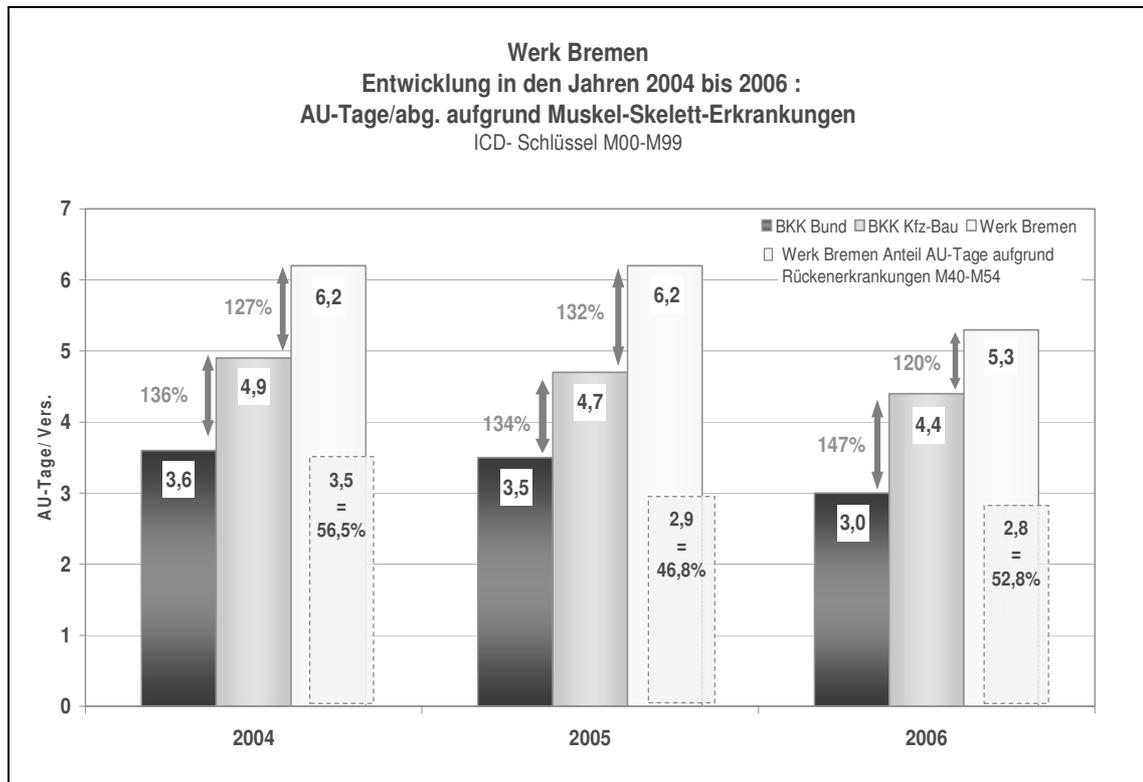


Bild III-2: Entwicklung der AU-Tage 2004 bis 2006 - Vergleich BKK Bund, BKK Branche Kfz-Bau und untersuchtes Werk (Quelle: BKK Bundesverband und BKK des untersuchten Unternehmens)

Tabelle III-2: AU-Tage und Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen im Vergleich Branche und Praxisfeld (Quelle: BKK Bundesverband und BKK des untersuchten Unternehmens)

	Kfz-Bau	Werk	(C1)	(C2)	(C3)
AU-Tage je Pflichtvers. Gesamt	15,4	16,6	20,8	17,5	17,4
Prozentualer Anteil Muskel-Skelett-Erkrankungen an AU-Tagen	31,6 %	36,4 %	39,9 %	35,9 %	39,8 %

17.1.2 Beschreibung der Maßnahme

Das Konzept existierte vor der Implementierung im Untersuchungsfeld bereits an anderen Produktionsstandorten des Konzerns in Deutschland, sowohl als mobile als auch stationäres Trainingsangebot. Das Training auf einer mobilen Plattform beinhaltete zu diesem Zeitpunkt lediglich ein Rückentrainingsgerät.

Im Praxisfeld der vorliegenden Arbeit wurde das Maßnahmeangebot weiter entwickelt, indem ein zweites Gerät zur Kräftigung der Bauchmuskulatur in das Konzept einbezogen wurde. Dies basierte auf der Annahme, dass durch häufiges Bücken und Heben am Arbeitsplatz ein Defizit in der Bauchmuskulatur wahrscheinlicher schien und ein einseitiges Training - also nur das der Rückenmuskulatur – im ungünstigen Fall vorhandene Dysbalancen zwischen Bauch- und Rückenmuskulatur – und damit Krankheitsrisiken - eher verstärken als ausgleichen würde.

Anhand der vorliegenden Ergebnisse und aufgrund des hohen zu erwartenden Entwicklungspotenzials wurden als *Zielgruppe* der Maßnahme Mitarbeiter der besonders auffälligen Bereiche in der direkten Produktion definiert. Die zukünftigen Interventionsbereiche wurden ebenfalls anhand der Ergebnisse aus dem Gesundheitsbericht ausgewählt. Dabei handelte es sich vielfach um Arbeitsplätze im Rohbau und der Montage, wo Mitarbeiter trotz ergonomischer Gestaltung des Arbeitsplatzes einer einseitigen und höheren Arbeitsbelastung ausgesetzt waren als in anderen Produktionsbereichen.

Mitarbeitern aus den indirekten Produktionsbereichen oder der Verwaltung stand die Teilnahme grundsätzlich offen, allerdings wurden keine Trainingsmöglichkeiten in deren Arbeitsplatznähe eingeplant, da die Auslastung der verfügbaren Trainingszeiten durch die definierte Zielgruppe Vorrang hatte.

Es sollten möglichst viele Teilnehmer aus der Zielgruppe bewegt werden, am Training teilzunehmen. Die Mitarbeiter hatten während der Arbeitszeit, sowohl in der Früh- als auch in der Spätschicht in Arbeitsplatznähe die Möglichkeit, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Die Zugangsschwelle wurde bewusst niedrig gehalten und Interessierte sollten sich auch nur unverbindlich informieren oder einen Test absolvieren können.

Um das Verletzungsrisiko möglichst gering zu halten, musste jeder Teilnehmer vor dem Start einen Erhebungsbogen zu akuten Erkrankungen/ Beschwerden oder kürzlich erfolgten Operationen ausfüllen. Der Bogen diente auch dazu, das Training an vorhandene Beschwerden anzupassen und gesundheitliche Schäden auszuschließen. Bei akuten Beschwerden musste in einer Untersuchung durch den werksärztlichen Dienst abgeklärt werden, ob die Teilnahme möglich war, bzw. unter welchen Einschränkungen ein Training durchgeführt werden konnte (z.B. Einschränkung der Maximalbelastung oder Einschränkung des Eingangstests auf den Mobilitätstest, unter Weglassen des Statiktests).

Waren keine Einschränkungen vorhanden, folgte ein computergesteuerter Kraft- und Mobilitäts-Test. Daraus wurde softwaregestützt ein Trainingsplan für die Rücken- und/oder Bauchmuskulatur inkl. Belastung (Gewicht), Wiederholungen und Anzahl der Trainingssätze errechnet, durch den eine Balance zwischen den Muskelgruppen erreicht werden sollte. Der Test inklusive Eingabe der Daten eines neuen Teilnehmers nahm ca. 15 Minuten in Anspruch.

Durch die Teilnahme am Eingangstest konnte den Mitarbeitern zunächst ein persönliches Leistungsbild ausgehändigt werden, das die Defizite und die Stärke der Ausprägung im Bereich der Bauch- und Rückenmuskulatur im Vergleich zu den Referenzwerten des Geräteherstellers visualisierte. Ein ausgedrucktes Exemplar für den Teilnehmer sollte der Anreiz sein, etwas gegen ein mögliches Defizit zu tun. Bei regelmäßiger Teilnahme erfolgte nach Abschluss der jeweiligen Trainingsphasen ein Wiederholungstest. Auch hier erhielten die Teilnehmer einen Ausdruck und hatten das Erfolgserlebnis "in den Händen", was wiederum motivieren sollte, weiter zu machen oder eigenverantwortlich zusätzlich sportliche Aktivitäten in der persönlichen Freizeit aufzunehmen.

Den Teilnehmern stand das mobile Angebot an bestimmten Tagen an bestimmten Haltestellen in Arbeitsplatznähe zur Verfügung. Ein Haltestellenplan wurde dort entsprechend ausgehängt, aber auch durch die direkten Vorgesetzten (Meister) an die Mitarbeiter kommuniziert. Den Teilnehmern wurde das 5 - 7minütige Training während der Arbeitszeit ermöglicht. Die verfügbaren Trainingszeiten waren über Teilnehmerlisten von den Meistern durchorganisiert und wurden über Ablöseregungen (sog. "Springer") geregelt.

Eine gesamte Trainingsphase umfasste im untersuchten Werk 16 Wochen Aufbau- und 24 Wochen Erhaltungstraining.

Als Pilot startete die erste Plattform im untersuchten Werk im November 2004. Bau und Unterhalt der Plattformen wurden finanziert aus Mitteln eines gesonderten "Gesundheitsfonds", aus dem die Freigabe von finanziellen Mitteln für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung jährlich durch die Steuerungsgruppe zu beschließen war. Für einen späteren Regelbetrieb war eine nutzungsabhängige Beteiligung der Interventionsbereiche an den Kosten vorgesehen.

Das Training wurde von ehemaligen Produktionsmitarbeitern mit entsprechenden Trainerlizenzen betreut. Dadurch entwickelte sich eine hohe Akzeptanz des Angebotes. Der Erfolg der ersten Trainingsplattform und die hohe Nachfrage aus weiteren Produktionsbereichen hatten den Bau einer zweiten Plattform zur Folge. Auch sie wurde von entsprechend qualifizierten Produktionsmitarbeitern betreut.

Ende 2007 wurden beide Plattformen ausgegliedert an das inzwischen im Werk ansässige und extern betriebene Gesundheitszentrum, das auch die nun externen Trainer stellte. Zur abschließenden Aufgabe im Rahmen der Doktorandentätigkeit gehörte die Vorbereitung und Realisierung der Ausgliederung der Maßnahme.

17.1.3 Ziel der Maßnahme

Die im Vergleich mit dem Branchendurchschnitt erhöhten AU-Fälle und -Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen waren ausschlaggebend, um die mobile Trainingsplattform zu implementieren. Durch die Maßnahme sollten vorhandene Erkrankungen vermindert und Neufälle verhindert werden. Die Ziele des Maßnahmeangebots bezogen sich auf Veränderungen zum einen für die teilnehmenden Mitarbeiter und zum anderen für das Unternehmen.

Als *Ziele für die Teilnehmer* waren definiert:

- Ausgleich vorhandener Dysbalancen der Bauch- und Rückenmuskulatur und Kräftigung der jeweiligen Muskelgruppen. Senken von Rückenschmerzhäufigkeit und -intensität sowie damit verbundenen Fehlzeiten (Sekundärprävention).
- Bei Mitarbeitern ohne Beschwerden sollte durch das Training das Entstehen solcher verhindert werden (Primärprävention).
- Durch weitere Angebote und Beratung sollten Mitarbeiter zu eigenverantwortlichem Gesundheitshandeln (Ernährung, Bewegung) angeregt und "Schwellenängste" gegenüber sportlichen Aktivitäten abgebaut werden (Gesundheitsförderung).⁸
- Als indirekter Effekt: Steigerung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit am Arbeitsplatz, bzw. Steigerung der Attraktivität des Arbeitgebers

Langfristig sollte durch diese Ziele und durch den Eintritt von Folgewirkungen (Aufnahme regelmäßiger sportlicher Aktivitäten, etc.) das Auftreten von Rückenerkrankungen reduziert und der allgemeine Gesundheitszustand verbessert/ stabilisiert werden.

Ziel für die Arbeitgeberseite war die langfristige Reduzierung direkter und indirekter Kosten, die durch die Häufigkeit und Dauer von Fehlzeiten aufgrund von Rückenerkrankungen entstanden. Durch das Angebot sollte aber auch die allgemeine Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert und damit Fehlzeiten gesenkt werden, auch eine Steigerung des Unternehmensimages und der -attraktivität war zu erwarten. Die Kosten für das Maßnahmeangebot und die eingesparten Kosten sollten dabei in einem möglichst günstigen Verhältnis stehen.

Für die Projektgruppe, bzw. das Betriebliche Gesundheitsmanagement selbst waren somit die primären Ziele das Erreichen einer effizienten Auslastung der möglichen Trainingszeiten, eine gute Durchführungsqualität sowie eine reibungslose Integration in den Produktionsablauf. Grundvoraussetzung war außerdem eine hohe Akzeptanz der Maßnahme seitens der Teilnehmer und der Führungskräfte.

⁸ Im späteren Verlauf der Maßnahme diente die Plattform auch als Werbefläche für das neu gebaute Gesundheitszentrum auf dem Werksgelände und dessen Angebote für Mitarbeiter.

Das globale Ziel "hohe Maßnahmeakzeptanz" führte zur Überlegung und Entscheidung, qualifizierte Mitarbeiter mit mindestens einer Übungsleiter- oder Trainerlizenz aus den Produktionsbereichen für die Angebotsbetreuung zu akquirieren.

Dies hatte letztendlich einen beiderseitigen, positiven Effekt: Bereits zum Start der Pilotphase zeigte sich, dass nicht nur die Akzeptanz der Teilnehmer gegenüber den Trainern sehr hoch war, sondern auch die Trainer wussten, wie die teilnehmenden Kollegen "tickten" und wie Akquise und Training zu gestalten waren, um die Mitarbeiter zum Mitmachen und Dabeibleiben zu motivieren. Der hohe Auslastungsgrad im Vergleich zu anderen Produktionswerken spiegelte dies in der Umsetzungsphase wider.

Aus den oben genannten Zielen wurden Kennzahlen abgeleitet, siehe hierzu Abschnitt 17.2.3.1.

17.2 Umsetzungsphase (DO)

Ziel führend in der Phase der Umsetzung war ein Projektplan, der sämtliche notwendigen Arbeitsschritte und Aufgaben bis zum Start der Maßnahme beinhaltete. Das Gesamtprojekt gliederte sich in Teilprojekte, die von den Mitgliedern der Projektgruppe arbeitsteilig realisiert wurden. Zur Projektgruppe gehörten ein Werksarzt und in der Pilotphase der BGM-Werkskoordinator (Projektverantwortliche), die Mitarbeiterin des Teams Gesundheitsmanagement (Organisation) sowie die Autorin der vorliegenden Arbeit im Rahmen der Doktorandentätigkeit (Projektkoordination und -controlling).

Teilprojekte waren beispielsweise

- Trainingsplattform: Entwurf, Bestellung der Geräte, Bau der Plattform, deren technische und visuelle Ausstattung, Beschaffung eines Transportfahrzeugs, Terminierung und Durchführung eines Testlaufs, organisatorische und konstruktionsbezogene Optimierungsmaßnahmen aufgrund der Ergebnisse des Testlaufs
- Trainer: Akquise und Personalauswahl aus der Stammebelegschaft, Organisation deren Schulung bzgl. der spezifischen Software des Geräteherstellers, Auswahl und Gestaltung der Trainerkleidung, Bestellen und Bedrucken dieser
- Haltestellen: Abstimmung mit den Centerkoordinatoren und der internen Logistik im Bezug auf mögliche Haltestellen in den Produktionsbereichen, Entwurf und Realisierung der Haltestellenschilder, Beauftragung der Anfertigung und Anbringung, Stromversorgung an den Haltestellen
- Maßnahmemarketing: Abstimmen der Informationsveranstaltungen in den Kommunikationsrunden der Meistereien, Entwurf und Druckauftrag von Informations-Flyern, verbreiten dieser in den Interventionsbereichen
- Erstellen eines Fahr- und Trainingszeitenplans unter effizienten Gesichtspunkten

- Entwicklung eines Marketing- und Kommunikationskonzeptes: Bekanntmachen des Maßnahmeangebots, Einrichten regelmäßiger Koordinatoren-treffen zur operativen Steuerung des Projekts, Einrichten einer zugriffsbeschränkten Dateiablage für die Projektbeteiligten (Projektgruppe, Hallenkoordinatoren, Trainer), Entwickeln eines standardisierten Dokumentationskonzeptes (Protokolle der Koordinatoren-treffen, Trainer-Handbuch, Trainingskarten, Auslastungstabellen für einzelne Haltestellen, etc.)
- Evaluation der Maßnahme, Einarbeiten der Ergebnisse in den Werksgesundheitsbericht, Vorstellen der Ergebnisse in der Geschäftsführung

17.2.1 Erreichen der Zielgruppe - Projektmarketing und Teilnehmerakquise

Als primäre Zielgruppe wurden Mitarbeiter aus den direkten Produktionsbereichen definiert. In den anhand des Gesundheitsberichts ausgewählten Interventionsbereichen wurden vor dem Projektstart die Führungskräfte und Meister durch den zuständigen werksärztlichen Dienst und den BGM-Werkskoordinator über das Angebot, die Hintergründe und dessen Zielsetzung informiert. Der Meister konnte seine Mitarbeiter allgemein über die Möglichkeit der Teilnahme am Angebot informieren oder auch - sofern er spezifische Beschwerden eines Mitarbeiters kannte - diesen gezielt über das Angebot in Kenntnis setzen. Nach dem Maßnahmenanlauf konnten sich Mitarbeiter auch direkt an der Plattform über das Angebot informieren und/ oder einen unverbindlichen Einstiegstest absolvieren. Die Teilnahme an der Maßnahme war in jedem Fall freiwillig.

Da die Maßnahme langfristig angelegt war, wurden die Kennzahlen zur Zielerreichung und die Untersuchungsergebnisse auch jährlich im Werksgesundheitsbericht veröffentlicht.

17.2.2 Trainingsablauf

In den Interventionsbereichen wurden Haltestellen eingerichtet, die ein Mal pro Woche nach festgelegtem Fahrplan in der Früh- und Spätschicht angefahren wurden.

Da von der Arbeitgeberseite Arbeitszeit für das Training zur Verfügung gestellt wurde, sollte eine Teilnahmekontrolle die missbräuchliche Nutzung, z.B. für eine zusätzliche "Raucherpause", verhindern. Hierzu meldete der jeweilige Meister am Trainingstag die anwesenden Teilnehmer mit deren Trainingszeitpunkt an den Trainer. Die Teilnahme wurde von den Trainern an die Meisterei zurück gemeldet. Diese akribische Vorgehensweise war notwendig, weil die Produktion störungsfrei durch eine Springerregelung aufrecht erhalten werden musste. Für die Auslastungsquote wurde die Teilnahme zahlenmäßig in entsprechenden Tabellen erfasst und wöchentlich an die Projektkoordination gemeldet.

Da die reibungslose Produktion immer Vorrang hatte, konnte es vorkommen, dass Teilnehmer aufgrund der Produktions- und/ oder Personalbedingungen eine Trainingsphase ab- oder unterbrechen mussten. Maßnahmeabbrüche kamen beispielsweise durch Abordnung in andere Werke zustande, da keine zentral standardisierte Teilnahmeregelung existierte. Unterbrechungen konnten auch durch Produktionspausen, beispielsweise im Sommer oder zum Jahreswechsel, entstehen.

Eine Trainingsphase dauerte 40 Wochen, wobei eine Woche einer Trainingseinheit entsprach, da jeder Teilnehmer ein Mal pro Woche trainieren konnte. Die Trainingsphase im Interventionswerk teilte sich auf in zwei Trainingsphasen, 16 Wochen Aufbautraining und 24 Wochen Erhaltungstraining.

Für das Training erhielt jeder Teilnehmer eine persönliche Trainingskarte, die je nach Trainingsphase eine unterschiedliche Farbe hatte. Auf ihr wurden das Datum der absolvierten Trainingseinheit, Geräteeinstellungen und die Anzahl der Wiederholungen erfasst. Ebenfalls vermerkt wurden die Werte der Eingangs- und Wiederholungstests. Die Karte diente nicht nur der persönlichen Erfolgskontrolle, sondern auch dazu, den Trainingsablauf effizienter zu gestalten, weil der Teilnehmer die individuellen Einstellungen bereits vornehmen konnte, während der Trainer am zweiten Gerät das Training eines weiteren Teilnehmers beaufsichtigte. Durch die eingetragenen absolvierten Trainings war es später außerdem möglich, relevante Teilnehmer für die Erfolgsmessung der Maßnahme zu extrahieren.

Vor dem Eingangstest waren obligatorisch von jedem Interessierten auf einem Fragebogen akute Beschwerden oder kürzlich erfolgte Operationen anzugeben.

Lagen keine akuten Beschwerden vor, erfolgte ein computergesteuerter Eingangstest, der einen Statik-Krafttest und einen Mobilitätstest beinhaltete.

Die Software errechnete daraus einen Trainingsplan mit der Höhe des Gewichts, der Anzahl der Trainingssätze und die der Wiederholungen. Außerdem wurde dem Teilnehmer anhand eines Schaubilds visualisiert, ob sich dessen Ergebnis im Referenzbereich, bzw. wie viel darüber oder darunter befand. Bei jedem darauf folgenden Training erfasste die Software personenbezogen den weiteren Trainingserfolg (Kraftzuwachs, Annäherung der Bauch- und Rücken-Kraftbalance). Nach dem Aufbautraining erfolgte erneut ein Test und ebenso zum Abschluss der Maßnahme nach dem Erhaltungstraining.

17.2.3 Maßnahme-Controlling

Der Aufbau eines Controllingsystems und die Koordination des Maßnahmeangebots im Praxisfeld oblagen im Rahmen der Doktorandentätigkeit der Projektkoordination.

Um die definierten Ziele effizient zu erreichen, war es notwendig, ein *Prozess begleitendes Controlling* zu entwickeln und verbindlich zu installieren. Für den Aufbau des Maßnahmecontrollings wurden die Ziele der Maßnahme operationalisiert (siehe Punkt 17.2.3.1) und in regelmäßigen Abständen während des laufenden Prozesses die Ist- mit den Soll-Werten verglichen. Bei Abweichungen konnte so nachgesteuert werden, um wieder "auf Zielkurs" zu kommen. Auch bei einer signifikanten positiven Abweichung, also einer "Übererfüllung" der Sollwerte, bestand so die Möglichkeit zu prüfen, ob das Ziel ggf. zu niedrig angesetzt wurde, bzw. was die Ursache für den höheren als den angenommenen Erfolg war und, ob eine Korrektur der Soll-Kennzahlen nach oben sinnvoll erschien. Grundlage für das Controlling war eine *systematische Dokumentation* von relevanten Daten und Aktivitäten und ein *Kommunikationskonzept*.

Die erforderliche Dokumentation umfasste alle direkt projektbezogenen Daten zur Nachvollziehbarkeit der Zielerreichung und Steuerung, aber auch Protokolle, Dokumentensteuerung und ein Handbuch als Arbeitshilfe waren Bestandteil des *Dokumentationskonzeptes*.

Wesentlicher Bestandteil des *Kommunikationskonzeptes* war der Austausch zwischen den so genannten Hallenkoordinatoren und den Mitgliedern der Projektgruppe in regelmäßigen "Koordinatorentreffen". Auch die "Öffentlichkeitsarbeit" innerhalb des Werkes, bzw. des Konzerns gehörte zum Kommunikationskonzept.

Trotz der ganzen Systematik, mit der das Maßnahmeangebot umgesetzt und gesteuert wurde, wirkte sich im Jahr 2007 die bereits an anderer Stelle benannte Neustrukturierung des Konzerns sowie Produktneuanläufe an mehreren deutschen Standorten jedoch auch auf das Maßnahmeangebot aus. Durch temporäre oder dauerhafte Umsetzung von Mitarbeitern in andere Produktionsbereiche oder andere Werke und dem Ausscheiden von Mitarbeitern aus dem Unternehmen, herrschte eine hohe Teilnehmerfluktuation. Dies wirkte sich vor allem auf die Auslastung des Angebots aus und ein Einknicken der Quote konnte nicht immer durch geeignete Gegenmaßnahmen aufgefangen werden.

Die Ausgliederung des Maßnahmeangebots an einen externen Betreiber Ende des Jahres 2007 erforderte die Erarbeitung eines Übergabekonzeptes und dessen Realisierung. Die während der Maßnahme regelmäßig erfolgte Evaluation musste deshalb aus Kapazitäts- und Organisationsgründen entfallen.

17.2.3.1 Kennzahlen und Dokumentation

Um die Zielerreichung messbar zu machen, wurden die in der Planungsphase festgelegten Ziele der Maßnahme operationalisiert.

Zu den Kennzahlen gehörten u.a.

- die Auslastungsquote und Regelmäßigkeit der Teilnahme
- Abbrecherquote
- Ergebnisse der Befragungen hinsichtlich Verhaltensänderung, Rückgang von Beschwerden, Schmerzintensität und -häufigkeit
- Zufriedenheit der Teilnehmer und deren Akzeptanz hinsichtlich Maßnahmeangebot und den Trainern
- Veränderungen des Krankheitsgeschehens in den Interventionsbereichen hinsichtlich AU-Fälle und AU-Dauer aufgrund von Rückenerkrankungen im Vergleich zu anderen Produktionsbereichen

Die softwaregesteuerte kontinuierliche Dokumentation der Teilnahme, der Häufigkeit der Trainingsbesuche, dem Kraftzuwachs je Teilnehmer, etc. ermöglichte eine umfassende Auswertung des Trainingserfolgs.

Ebenfalls systematisch dokumentiert wurde die Angebotsauslastung. Für eine optimale Auslastung der mobilen Trainingsmaßnahme wurde für jede Haltestelle die gesamte mögliche Netto-Trainingszeit (exklusive Anfahrt, Aufbau, Pausen, Abbau) errechnet. Die Trainer erfassten die realisierten Trainingszeiten in Dateiform und lieferten sie wöchentlich an die Projektkoordination. Dort wurden sie aufbereitet und auf signifikante oder länger andauernde Abweichungen hin gesichtet.

Diese routinemäßige Erfassung signalisierte auch Handlungsbedarf in neuen Interventionsbereichen, wenn der Anlauf scheinbar nicht erfolgreich war. So konnte nach möglichen Ursachen gesucht und gegebenenfalls nachgesteuert werden.

In Bereichen, in denen über mehrere Berichtswochen die Zielwerte trotz Gegenmaßnahmen deutlich unterschritten wurden, wurden die Trainingseinheiten freigesetzt und in Bereiche umgelagert, in denen Kapazitäten fehlten, oder es wurden neue Haltestellen in interessierten Bereichen eingerichtet. Nach dem Start der Maßnahme im November 2004 konnte durch diese Vorgehensweise bereits im ersten Jahr eine durchschnittliche Auslastung von 72 % erreicht werden. Dieser Wert wurde im Jahr 2006 gesteigert auf 83 %.

Ein Mal jährlich erfolgte außerdem die Bewertung der Maßnahme durch eine Befragung der Teilnehmer und einer objektiven Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der BKK (Abschnitt 17.3)

Zum Dokumentationskonzept gehörten außerdem die Protokollierung der regelmäßigen Koordinatorentreffen und die Verfügbarkeit von relevanten Dokumenten für Projektmitarbeiter in einem zugriffsbeschränkten Ordner. Die Ergebnisse der laufenden Evaluation flossen später in die Maßnahmeevaluation ein (siehe Punkt 17.3.1).

17.2.3.2 Kommunikation

Die Ergebnisse der Bewertung flossen in den jährlichen Gesundheitsbericht ein. So waren für alle Interessierten der Verlauf des Projektes und dessen Auswirkungen nachvollziehbar, was wiederum zur Akzeptanz und Steigerung des Bekanntheitsgrades innerhalb des Werkes beitrug.

Im Rahmen der Steuerungsgruppe, als Initiator des Projekts, wurden die Ergebnisse detailliert vorgestellt und diskutiert und dienten als Grundlage für die weitere Bewilligung von finanziellen Mitteln aus dem Gesundheitsfonds.

Zur Steuerung des Maßnahmeerfolgs fanden regelmäßig so genannte "Koordinatorentreffen" statt. An ihnen nahmen die Hallenkoordinatoren, ein Trainer, der projektverantwortliche Werksarzt und die Projektkoordinatorin teil.

Die Sitzungen dienten dem informellen Austausch; zur festen Tagesordnung gehörte die Auslastung des Kraftwerks in den einzelnen Bereichen, Fahrplanänderungen, Problemstellungen und die Suche nach Lösungen, etc.). Später wurde hier auch die Organisation der Inbetriebnahme einer zweiten Plattform vorbereitet. Dort wurden u.a. die Kennzahlen besprochen, Ursachen für Abweichungen und Mängel erörtert und zeitnahe Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Die Hallenkoordinatoren wurden in den jeweiligen Produktionsbereichen benannt und waren die Schnittstelle zwischen Meisterei, Trainer und Projektgruppe und der direkte Ansprechpartner. Sie unterstützten so die optimale Auslastung und die Organisation vor Ort, beispielsweise wenn Haltestellen aus Produktionsgründen kurzfristig umgelagert werden mussten.

Von jedem Treffen wurde zeitnah ein Ergebnisprotokoll erstellt und die Umsetzung von Vereinbarungen im jeweiligen Folgetreffen nachgehalten. Das Protokoll wurde für alle Akteure verfügbar als PDF-Datei in einem zugriffsbeschränkten Ordner abgelegt.

17.2.3.3 Arbeitshandbuch

Um eine einheitliche Vorgehensweise im Betrieb des mobilen Trainingsangebots zu gewährleisten und als Arbeitshilfe für die Trainingsanleiter wurde seitens der Projektkoordination ein Maßnahme-Handbuch erstellt.

Bestandteil des Handbuchs war je eine Wochenübersicht des Haltestellenplans inklusive Arbeitszeiten der Trainer, Trainingszeitraum an einer Haltestelle, Netto-Trainingszeiten und den Standortwechselzeiten.

Hinzu kamen die Hallenpläne mit den markierten Haltestellen und eine Übersicht aller relevanten Ansprechpartner vom Hersteller der Trainingsgeräte und der Software über die jeweiligen Hallenkoordinatoren bis hin zu den Mitgliedern der Projektgruppe. So sollte gewährleistet werden, dass auch im Vertretungsfall der Ablauf nachvollziehbar war. Die Aktualität der Haltestellenpläne wurde von der Projektkoordination gewährleistet.

17.2.4 Trainingsplattform als Informationsplattform

Im Laufe der Zeit entwickelte sich die mobile Trainingsplattform zu einer "Informationsplattform Gesundheit". Von den Trainern wurden eigeninitiativ arbeitsplatzorientierte Übungspläne für die Mitarbeiter angefertigt, welche sie zusätzlich zum wöchentlichen Training zuhause anwenden konnten.

Eine Tafel an der Plattform informierte außerdem über aktuelle Gesundheitsprogramme im Unternehmen, Fahrplanänderungen und später auch über Angebote und Aktionen im werksinternen Gesundheitszentrum.

17.3 Prüfphase (CHECK)

In dieser Phase erfolgt der Vergleich der Soll-Werte mit der Ist-Situation, also der Ziele, die zu Beginn der Maßnahme festgelegt wurden, mit dem tatsächlich erreichten Gesamtergebnis des Projektes.

Durch diese Bewertung wird überprüft, ob die in der Planungsphase festgelegten Ziele erreicht wurden und welche Defizite oder Fehler auftreten. Hier kann für den weiteren Projektverlauf, bzw. den Regelbetrieb nachgesteuert und Fehler für zukünftige Projekte vermieden werden. Dabei kann es sich auch um wirtschaftliche Defizite, z.B. einen hohen Wartungsaufwand, Materialverschleiß und damit verbundenen Kosten handeln. Wichtig ist deshalb bereits während der Durchführung eine regelmäßige Überprüfung von Zielwerten und die systematische Dokumentation der Ergebnisse und von auftretenden Auffälligkeiten.

Zur Erfolgsmessung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Bereich Muskel-Skelett-, bzw. Rückenerkrankungen existieren verschiedene wissenschaftliche Arbeiten. Von diesen kommt ein Großteil zu ähnlichen Ergebnissen, was die Schwierigkeiten und Problemstellungen einer qualitätsorientierten Projektdurchführung betrifft.

So beschäftigen sich Michaelis et al (2000) in deren Arbeit unter anderem mit der Frage, welche Evaluationskriterien auf Maßnahmenebene existieren (Art der entsprechenden Interventionen und ihre Wirksamkeit) und welche Parameter zur Effektivitäts- und Effizienzmessung auf der Evaluationsebene angewendet werden (Studiendesign, Erfolgskriterien). Dazu wurden 52 internationale Veröffentlichungen zu Studien der letzten zwei Jahrzehnte einer Durchsicht unterzogen⁹.

Als Hauptproblemstellung erwiesen sich fehlende standardisierte Messmethoden und Untersuchungen. Dieses Defizit basiert laut den Autoren auf unterschiedlichen Definitionen von muskuloskelettalen Erkrankungen.

⁹ Davon fünf aus Deutschland stammend, der Großteil jedoch überwiegend aus den USA und skandinavischen Ländern

Dies, zusammen mit den unterschiedlichen Gegebenheiten in den betrieblichen Settings, macht nach Ansicht der Autoren eine Vergleichbarkeit von Ergebnissen schwierig. Ein großer Teil der Bewertungen beschränke sich außerdem auf die Ergebnismessung, während eine für die Maßnahmeentwicklung wichtige, prozessbegleitende Evaluation eher selten stattfände. Im Hinblick auf die Komplexität der Arbeitseinflüsse auf die Gesundheit von Mitarbeitern und der Instabilität der Rahmenbedingungen in Unternehmen regen die Autoren im Hinblick auf die Methodik an, gegenüber dem ergebnisorientierten epidemiologischen Ansatz, eine prozessorientierte kontrollierte Beobachtung zu bevorzugen (ebd).

Auch Lenhardt (2001) kommt in seiner Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, dass das "randomized controlled trial" keinen geeigneten Maßstab zur Evaluation von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung darstellt. Wie Michaelis et al (2000) stellt auch er anhand der von ihm untersuchten Materialien fest, dass eine routinemäßige, systematische Dokumentation von Gesundheitsförderungsprojekten nicht erfolgt und zudem keine einheitliche Vorgehensweise zugrunde liegt.

Als Mindeststandard zur Qualitätssicherung fordert Lenhardt (ebd, S. 45):

1. Nachvollziehbare Dokumentation und Beschreibung der ergriffenen Maßnahmen
2. Ermittlung von Daten, die etwas über Veränderungen im Gesundheitszustand der darin einbezogenen Beschäftigtenpopulation aussagen
3. Ermittlung und Darstellung von Referenzwerten, die einen Hinweis darauf geben, wie sich die Gesundheitsindikatoren in Bereichen ohne (bzw. mit weniger) Maßnahmen entwickelt haben
4. Messen der Veränderungen über einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr

Stöbel/Michaelis (2001) sehen die Ursache eines nicht eindeutig messbaren Maßnahmeerfolgs ebenfalls in den kaum nachweisbaren kausalen Zusammenhängen von Arbeitsbedingungen und Krankheitsentstehung, bzw. deren weiterem Verlauf. Hinzu kommen nach ihren Erkenntnissen fehlende methodische Standards zur Effektmessung (fehlende geeignete und konkrete Indikatoren, fehlende Vergleichsgruppen, "Momentaufnahmen" statt Längsschnittstudien).

Auch Sammet (2006) führt in seiner Arbeit diese und weitere Defizite an, wie beispielsweise die Schwierigkeiten der Kosten-Nutzen-Zuordnung und der Umstand, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen keine monetären Erträge bringen, sondern durch "Verhinderung des Eintritts von Ereignissen" – in diesem Fall Krankheitstagen - Kosten eingespart würden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgte eine Bewertung des Maßnahmeerfolgs aus der Perspektive der Teilnehmer und der des Unternehmens - dabei konkret des untersuchten Produktionswerkes - sowie aus der Perspektive des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Im Bezug auf die Teilnehmer standen Veränderungen des Gesundheitszustandes (objektiv und subjektiv), des Gesundheitsverhaltens und die Zufriedenheit mit der Maßnahme (jeweils subjektiv) im Mittelpunkt der Erhebung.

Für die Unternehmensseite im Fokus standen die Fragen nach dem wirtschaftlichen Nutzen, indem Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle aufgrund von Rückenerkrankungen reduziert werden konnten und das Verhältnis der eingesparten Kosten zu den Maßnahmekosten.

Für das Betriebliche Gesundheitsmanagement selbst waren die Ergebnisse hinsichtlich Effizienz, Effektivität und Akzeptanz wichtig für die Weiterführung des Angebots und dessen kontinuierlicher Verbesserung.

17.3.1 Evaluation

Christiansen, 1999 definiert Evaluation als "[...] die systematische Informationssammlung für die Bewertung von Programmen" (ebd, S. 20). Diese sollte nicht erst am Ende einer Maßnahme erfolgen (summative Evaluation), sondern bereits in der Konzeptions- und Implementierungsphase geplant und umgesetzt werden (formative Evaluation, siehe auch Bortz/Döring, 2006).

Die Darstellung des Nutzens einer Gesundheitsförderungsmaßnahme im Sinne der physischen Effektivität auf der einen und dem monetären Nutzen auf der anderen Seite ist unumstritten notwendig. Es stellt sich allerdings die Frage, in welchem methodischen Umfang diese Bewertungen in einem Unternehmen im Regelbetrieb dauerhaft durchführbar und in welchem Umfang sie erforderlich sind, um valide Ergebnisse zu generieren.

Eine Evaluation erfordert einen hohen Ressourcenaufwand. Dieser muss zu den bisher angefallenen Maßnahmekosten (Planung, Anschaffung, Durchführung, Instandhaltung, etc.) hinzugerechnet werden. Das wiederum kann den Aufwand derart vervielfachen, dass sie den Wert des geplanten Nutzens übersteigen, oder zumindest deutlich schmälern können.

Häufig wird in einem Unternehmen oder einer Institution die Aufgabe, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu installieren, oder Gesundheitsförderungsangebote zu organisieren, zunächst intern an einen Mitarbeiter in einem angrenzenden Tätigkeitsfeld (z.B. Arbeits-/ Gesundheitsschutz, Personalmanagement) oder eine Projektgruppe übertragen.

Der Fokus für den Verantwortlichen liegt in der Regel zunächst auf der Durchführungskompetenz, um ein systematisches Gesundheitsmanagement nachhaltig zu implementieren und nicht auf der Fachkompetenz, um eine methodisch fundierte Evaluation vorzubereiten, durchzuführen, auszuwerten und zu interpretieren. Dies erfordert belastbares Fachwissen zu empirischen Forschungsmethoden und der analytischen Statistik (ausführlich in Bortz/Döring, 2006).

Aufgrund der begrenzten personellen und materiellen Ressourcen sowie der ggf. eingeschränkten Methodenkompetenz, die im Unternehmen zur Verfügung stehen ist zu überlegen, welche Mindeststandards erfüllt werden müssen, um ein praktikables, gleichzeitig aber aussagekräftiges und verlässliches Maßnahmeergebnis für die betriebliche Anwendung zu erhalten.

Wie bereits im Theorieteil der vorliegenden Arbeit abgefasst, werden Gesundheit und Wohlbefinden durch zahlreiche Faktoren beeinflusst. In einem großen Produktionswerk eines Konzerns alle relevanten Einfluss-/ Störgrößen zu erfassen, war im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht möglich.

Im untersuchten Produktionswerk wurden während des Zeitraums des mobilen Trainingsangebots weitere Programme und Angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung initiiert. So wurde beispielsweise das Essensangebot in der Werkskantine erweitert, um täglich eine vollwertige Mahlzeit, die frisch zubereitet wurde, ohne Verwendung von so genannten "Convenience-Produkten", also vorgefertigten oder vorgegarten Lebensmitteln, Geschmacksverstärkern, etc.

Auf dem Werksgelände wurde im Jahr 2006 außerdem ein Gesundheitszentrum für alle Mitarbeiter errichtet. Dort wurden physiotherapeutische Maßnahmen sowie Fitness- und Gesundheitstrainings angeboten, so dass dies eine eindeutige Zuordnung des Effekts "Kraftzuwachs" aufgrund des untersuchten Maßnahmeangebots erschwerte.

Auch negative, konzernweite Ereignisse hatten einen Einfluss auf die Motivation und das Wohlbefinden der Mitarbeiter. Inwiefern diese und weitere – offene und verdeckte – Faktoren einen Einfluss auf die Gesundheit von Teilnehmern über das mobile Maßnahmeangebot hinaus hatten, war durch die begrenzten materiellen und personellen Ressourcen nicht abzugrenzen.

Eine weitere Schwierigkeit zur Effektmessung ergab sich im Bezug auf die methodische Umsetzung der Erhebung von Längsschnittwerten. Diese sind regelmäßig über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder Jahren zu erheben, um eine verlässliche Aussage über Maßnahmeeffekte zu erhalten. Wie sich auch im untersuchten Praxisfeld zeigte, ist eine solche Panelstudie durch die strukturelle Dynamik in einem Unternehmen kaum zu realisieren.

Auch hier stellte sich die Frage nach der praktischen Relevanz für Akteure und Interessenvertreter im alltäglichen Gebrauch und somit nach praktikableren Methoden, um den Erfolg einer Maßnahme messbar und Ergebnisse nachvollziehbar zu machen.

17.3.2 Untersuchungsdesign

Die Evaluation umfasste einen Methoden-Mix zur Bewertung unterschiedlicher Aspekte des Maßnahmeangebots. In die Bewertung flossen auch die bereits während der Maßnahme in regelmäßigen Abständen im Rahmen des Projektcontrollings erhobenen Kennzahlen ein.

Hauptbestandteile der Untersuchung waren jedoch eine regelmäßige Analyse von Arbeitsfähigkeitsdaten der zugehörigen Betriebskrankenkasse (BKK) aufgrund von Rückenerkrankungen (objektive Bewertung) sowie eine anonymisierte schriftliche Befragung von Angebotsteilnehmern (subjektive Bewertung).

Bei der Planung und Vorbereitung der Evaluation zeigten sich Schwierigkeiten in der Realisierung, wie sie auch im theoretischen Teil dieser Arbeit aus Ergebnissen von Studien und der Fachliteratur in Bezug auf das betriebliche Setting dargestellt wurden.

Anhand der Qualitätsmerkmale, wie sie Stöbel/Michaelis (2001, vgl. dort S. 77 ff, im folgenden Absatz *kursiv* gedruckt) über die Charakterisierung des Untersuchungsdesigns hinaus fordert, wird dies im Folgenden dargestellt:

So wurde eine *Längsschnittstudie*, die die Veränderungen bei den Teilnehmern des Angebots über mehrere Jahre messen und vergleichen sollte, zwar angestrebt. Bereits im zweiten Jahr fand im gesamten Konzern jedoch eine umfassende Neuordnung in der Organisationsstruktur statt, in deren Zuge auch Kostenstellen in Produktionsbereichen umgelagert oder zusammengelegt wurden. Somit stimmte die Zusammensetzung der Interventionsbereiche mit denen aus den Vorjahren nicht mehr überein.

Zudem zeigte sich, dass mit steigender Dauer des Maßnahmeangebots immer mehr auf äußere Einflüsse, die sich auf den Trainingsbetrieb auswirkten pragmatisch reagiert werden musste, um beispielsweise die Auslastung im Optimum aufrecht zu erhalten. Unregelmäßigkeiten im Trainingsbetrieb konnten beispielsweise entstehen, wenn Mitarbeiter kurzfristig innerhalb des Werkes oder über mehrere Wochen oder Monate in andere Produktionswerke versetzt wurden. Diese Schwankungen versuchte man beispielsweise durch "überbuchen" der Trainingskapazität aufzufangen, d.h. es gab mehr angemeldete Trainierende, als berechnete Trainingskapazität zur Verfügung stand. In teilnehmerstarken Phasen hatte dies eine vorübergehende Auslastung von über 100% zur Folge. Bei einem absehbaren länger andauernden Anstieg der Auslastung wurde die Kapazität jedoch entsprechend erweitert, indem aus weniger ausgelasteten Bereichen Trainingszeiten umgelagert wurden.

Bei der Auswahl der Stichprobe "Teilnehmer" zeigte sich dann, dass zwar die Auslastungsquote weiterhin stimmte, die Trainingskontinuität jedoch im Jahr 2006, dem Jahr mit den umfassenden strukturellen Veränderungen im Konzern, rapide abgenommen hatte. Die Prämissen für die Untersuchungsstichprobe "Teilnehmer" erfüllten von über 500 Trainierenden nur noch 106 Personen.

In Produktionsbereichen, die sehr großflächig bei gleichzeitig geringer Mitarbeiteranzahl waren, war es schwierig, eine ausreichende Anzahl an Teilnehmern für eine Haltestelle zu akquirieren - das Bilden eines "Teilnehmerpuffers" war in diesen Bereichen kaum möglich. Dem entsprechend konnte produktions-, krankheits- oder urlaubsbedingt die Auslastung kurzfristig bis auf 30 % abfallen. Beim Auftauchen solcher Problemstellungen hatten pragmatische Lösungen Vorrang vor der Erfüllung wissenschaftlicher Anforderungen.

Die Beobachtung möglicher Effekte erfolgte in einer quasiexperimentellen Untersuchung. Die *Auswahl einer* (konstanten) *randomisierten Kontrollgruppe* war nicht möglich, weil das Trainingsangebot allen Mitarbeitern in den Interventionsbereichen gleichberechtigt offenstand (unter der Voraussetzung, dass die Produktionssituation die Teilnahme zuließ). Wurde ein Platz durch Abschluss des Trainingszyklus oder Abbruch der Teilnahme frei, konnte ein beliebiger Interessent aus dem jeweiligen Produktionsbereich nachrücken.

Alternativ wurde eine Vergleichsgruppe gebildet. Die Aufteilung in Untersuchungs- und Vergleichsgruppe erfolgte zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmer zum Stichtag der Erhebung unter bestimmten Prämissen (siehe 0). Aufgrund der o.g. betrieblichen Bedingungen war die Zusammensetzung der beiden Gruppen jedoch nicht konstant.

Das *Zeitintervall zwischen den Untersuchungen* betrug ein Jahr, jeweils zum Ende eines Trainingszyklus, gemessen vom Beginn der Maßnahme.

Ein *Pretest der Erhebungsinstrumente* erfolgte nicht, da der Fragebogen bereits in einem anderen Produktionswerk entwickelt und angewandt wurde (*Nutzen bereits existierender Erhebungsinstrumente*). Es erfolgte lediglich eine Modifikation des Instruments aufgrund der Gegebenheiten vor Ort.

Die *Festlegung von Erfolgskenngrößen und deren Operationalisierung* erfolgte bereits in der Planungsphase:

- *Auslastung*: Laufende Erhebung der Auslastung nach Haltestellen und Produktionsbereichen während der Durchführung
- *Störungen im Betriebsablauf*: Regelmäßige Projekttreffen zur Problemanalyse und Lösungsfindung im laufenden Trainingsbetrieb
- *Objektive Wirksamkeit*: Erfassen der Veränderung des AU-Geschehens durch Vorher-Nachher-Untersuchung der Interventionsgruppe und einer Vergleichsgruppe im Hinblick auf Veränderungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten aufgrund von Rückenerkrankungen.

- *Kraftzuwachs*: Aus Datenschutzgründen nur Persönliche Auswertung für jeden Teilnehmer, da kein anonymisierter Auszug zur weiteren Analyse aus der Software möglich war. Beobachtungswerte zeigten jedoch einen höheren Effekt beim Kraftzuwachs bei den Teilnehmern, die vor der Maßnahme keinerlei sportlichen Aktivitäten nachgegangen waren. Entsprechend war zu beobachten, dass im länger andauernden Erhaltungstraining der Effekt des Kraftzuwachses ebenfalls nachließ.¹⁰
- *Subjektive Wirksamkeit*: Startbefragung zu Beginn des Projektes und anschließend ein Mal jährlich Befragung von Teilnehmern, die das Aufbau-training absolviert haben und sich in der Phase Erhaltungstraining befanden. Erhoben wurden Wirksamkeit, Verhaltensänderung und die Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Maßnahme.

Bereits während der Intervention fand eine *kontinuierliche Prozessevaluation* durch regelmäßige Erhebung von Routinekennzahlen, wie beispielsweise das wöchentliche Erfassen der Auslastungsquote statt.

Die *Kombination von subjektiven und objektiven Daten* erfolgte durch die Befragung der Teilnehmer zum Maßnahmeangebot auf der einen und die Arbeitsunfähigkeitsanalyse der zugehörigen BKK und auf der anderen Seite.

Ende des Jahres 2007 wurden das Trainingskonzept und die beiden mobilen Plattformen an den externen Betreiber des Gesundheitszentrums auf dem Werksgelände ausgelagert. Im Zuge dessen wurde beispielsweise die Maßnahmebetreuung nicht mehr durch Werksmitarbeiter, sondern durch Mitarbeiter des Gesundheitszentrums sichergestellt. Dies stellte eine grundlegende Veränderung der Rahmenbedingungen dar, da die Betreuung durch ehemalige Produktionsmitarbeiter einen positiven Einfluss auf die Maßnahmeakzeptanz bei den Teilnehmern hatte. Aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit und Kapazitäten wurde auf eine weitere Bewertung Ende des Jahres 2007 verzichtet.

¹⁰ Effekte zur Leistungssteigerung im Rahmen der Maßnahme an einem weiteren Produktionsstandort stellt Sammet, 2006 in seiner Forschungsarbeit ausführlich dar (S. 38 ff. und S. 172 ff).

Tabelle III-3: Fallstudie - Maßnahmecontrolling und -evaluation

Erhebungszeitpunkt	Erhebungsintervall	Parameter	Methode	Indikator	Steuerung bei Abweichung
Begleitend	wöchentlich	Auslastung der Trainingskapazität	Excel-Tabelle mit Soll-/ Ist-Werten	Abweichung der möglichen Trainingszeit (Soll) der tatsächlich genutzten Trainingseinheiten (Ist)	Negative Abweichung: Hinterfragen der Gründe, Problemlösung. Wenn keine Lösung möglich, reduzieren der Kapazität und Verlagerung an andere Haltestellen Positive Abweichung: Ausweiten der Trainingszeiten
Begleitend	Startmessung und trainingsbegleitend nach Abschluss einer Trainingsphase	Kraftzuwachs, ausgleichender Effekt von Dysbalancen	Gerätesoftware, computergesteuerte Messungen	Kraftwerte (softwaregesteuerter Statiktest) und ausgewogenes Verhältnis von Bauch- und Rückenkraft	Softwaregestützte Optimierung des Trainings
Begleitend	14-/ 21tägig	Problemstellungen im laufenden Betrieb (Materialverschleiß, Softwareprobleme, Störung im Trainingsbetrieb durch Produktionsumstellung, etc.)	Koordinatorentreffen	Abweichungen in der Auslastung, Hinweise/ Informationen durch die Hallenkoordinatoren, Trainer oder Teilnehmer	Protokollführung, Problemstellungen und Lösungswege, Verantwortlichkeiten festlegen, überprüfen des Umsetzungsfortschritts in der folgenden Sitzung
Zu Beginn und am Ende einer Trainingsphase	Jährlich	Verringerung von Fehlzeiten durch Rückenerkrankungen	Analyse der routinemäßig erfassten AU-Daten der BKK	Entwicklung der AU-Daten (BKK) in Bezug auf Rücken-erkrankungen (ICD10 M00-M45)	Hinterfragen möglicher Ursachen und Problemlösung/ ggf. Ergänzung durch andere Angebote
Startbefragung zu Beginn des Projekts	Einmalig	Demographische Daten, Arbeitsbelastung, subjektive Wirksamkeit des Angebots, Verhaltensänderung	Standardisierter Fragebogen	Veränderungen in der subjektiven Wahrnehmung von Arbeitsbelastung, Schmerzintensität und -häufigkeit, Verhaltensänderung	---
Am Ende einer Trainingsphase	Jährlich	Demographische Daten, Arbeitsbelastung, subjektive Wirksamkeit des Angebots, Verhaltensänderung	Standardisierter Fragebogen	Befragung anhand standardisiertem Fragebogen inkl. demographischer Angaben	Optimierungsmöglichkeiten erarbeiten und umsetzen
Am Ende des Projekts	Einmalig	Verhältnis der Kosten zum Ergebnis der Maßnahme	Nutzwertanalyse	---	---

17.3.2.1 Untersuchungsstichproben

Zur *Erhebung der Ausgangssituation* erfolgte eine schriftliche Startbefragung, in die alle Mitarbeiter der Interventionsbereiche einbezogen wurden, die innerhalb des zweiwöchigen Erhebungszeitraums im Februar 2005 das Maßnahmeangebot nutzten. Die Teilnahme war freiwillig, die Befragung anonym.

Die Stichprobe "Teilnehmer" der jeweiligen *Folgebefragung im November 2005 und 2006* setzte sich zusammen aus Trainierenden, die die Phase "Aufbautraining" abgeschlossen hatten und sich in der Phase "Erhaltungstraining" befanden, bzw. auch diese Phase abgeschlossen hatten. Weitere Prämissen waren eine Trainingsdauer von mindestens 40 Wochen und dabei mindestens 60 % der möglichen Trainingseinheiten absolviert zu haben. Wie sich zeigte, erfüllten dies im November 2006 weniger Trainierende (106 "Teilnehmer", Rücklauf Fragebögen: 71) als im November 2005 (438 Trainierende, davon entsprachen der Prämisse "Teilnehmer" 131 Personen, Rücklauf Fragebögen: 114). Die Ursache hierfür kann u.a. im umfangreichen Produktionsanlauf eines neuen Fahrzeugmodells und dadurch bedingte Trainingsausfälle gesehen werden. Auch dies zeigt, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen direkt von Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz abhängig sind und deren Verlauf und Erfolg stark durch diese beeinflusst werden können.

Die Stichprobe wurde anhand der Trainingskarten unmittelbar vor der Maßnahmebewertung gezogen. Eine Auswertung über die Gerätesoftware war zu diesem Zeitpunkt technisch nicht möglich. Auch die Tabellen der Auslastungsquote waren hier nicht hilfreich, da die Teilnahme aus Datenschutzgründen nicht namentlich elektronisch erfasst wurde, sondern lediglich die Anzahl aller erschienenen Teilnehmer an der jeweiligen Haltestelle.

Für die maßnahmebezogene AU-Analyse der zugehörigen BKK war die Stichprobe "Teilnehmer" der AU-Analyse nicht identisch mit der schriftlichen Befragung, da nur Pflichtversicherte der BKK in die Datenauswertung einfließen.

Alle Mitarbeiter aus den Interventionsbereichen, die nicht die Kriterien "Teilnehmer" erfüllten, wurden der Vergleichsgruppe zugeordnet. Eine Abgrenzung von Abbrechern oder denen, die lediglich einen Eingangstest absolviert hatten, erfolgte nicht.

Beschreibung der Stichproben

Der Anteil an Frauen, die sich an der Befragung beteiligt hatten, entsprach zu Beginn der Maßnahme in etwa dem Werksdurchschnitt von 6 %¹¹. Dieser Anteil reduzierte sich jedoch im weiteren Verlauf des Untersuchungszeitraumes (Tabelle III-4).

¹¹ Quelle: Werksgesundheitsbericht 2005/2006, Daten der Personal- und Arbeitspolitik des untersuchten Produktionswerkes

Tabelle III-4: Entwicklung des Anteils weiblicher und männlicher Trainierender in den Stichproben "Teilnehmer" von Beginn der Startbefragung Februar 2005 bis November 2006

Geschlecht	Startbefragung 02/2005		Folgebefragung 11/2005		Folgebefragung 11/2006	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
weiblich	8	5,8 %	3	2,6 %	1	1,4 %
männlich	128	92,8 %	111	97,4 %	70	98,6 %
keine Angabe	2	1,4 %	-	-	-	-
Gesamt	138	100,0 %	114	100,0 %	71	100,0 %

Tabelle III-5 zeigt die Altersverteilung der Stichproben vom Beginn der Maßnahme und der jeweiligen Folgebefragung im November 2005 und 2006. Der Anteil der 40- bis 55-jährigen Teilnehmer stieg im Untersuchungszeitraum von etwa der Hälfte auf fast Dreiviertel und das Durchschnittsalter von knapp 40 Jahren auf über 44 Jahre an.¹²

Aufgrund der Rahmenbedingungen im Zeitraum der Untersuchung ist davon auszugehen, dass die Altersstruktur innerhalb der Stichproben maßgeblich dadurch beeinflusst wurde, dass ein großer Teil der jüngeren Mitarbeiter in den Altersklassen bis 35 Jahren im Rahmen von produktionsbedingten Umsetzungen temporär an andere Produktionsstandorte innerhalb des Konzerns wechselten.

Tabelle III-5: Entwicklung der Altersverteilung in den Stichproben "Teilnehmer" von Beginn der Startbefragung Februar 2005 bis November 2006

Alter (in Jahren)	Startbefragung 02/2005		Folgebefragung 11/2005		Folgebefragung 11/2006	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Untersuchungsstichprobe	138	100,0 %	193	100,0 %	71	100 %
Mittelwert (Jahren)	39,7		42,0		44,2	
Spannbreite Alter	23-60		23-57		24-57	
16 bis 25 Jahre	4	2,9 %	3	1,6 %	1	1,4 %
26-35 Jahre	29	21,0 %	22	11,4 %	0	0,0 %
36-45 Jahre	77	55,8 %	116	60,1 %	44	62,0 %
46-55 Jahre	22	15,9 %	47	24,4 %	19	26,8 %
56-65 Jahre	2	1,4 %	5	2,6 %	4	5,6 %
keine Angabe	4	2,9 %	0	0,0 %	3	4,2 %

¹² Für das gesamte Werk lag das Durchschnittsalter für Produktionsmitarbeiter im Jahr 2004 bei 40,6 Jahren (aktive Belegschaft Werk gesamt: 41,7 Jahre) und im Jahr 2005 bei 41,5 Jahren (aktive Belegschaft Werk gesamt: 42,5 Jahre). Quelle: Projekt "Aging Workforce", Daten der Personal- und Arbeitspolitik des untersuchten Produktionswerks.

Entsprechend der Altersstruktur entwickelte sich auch die Dauer der Werkzugehörigkeit über die Dauer des Untersuchungszeitraums (Tabelle III-6)

Tabelle III-6: Entwicklung Dauer der Werkzugehörigkeit in den Stichproben "Teilnehmer" von Beginn der Startbefragung Februar 2005 bis November 2006

Werkzugehörigkeit (in Jahren)	Startbefragung 02/2005		Folgebefragung 11/2005		Folgebefragung 11/2006	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Untersuchungsstich- probe	138		193		71	
Mittelwert (Jahren)	16,1		17,3		19,0	
1 bis 5 Jahre	1	0,7 %	-	-	-	-
6 bis 10 Jahre	28	20,3 %	32	16,6 %	6	8,5 %
11 bis 15 Jahre	21	15,2 %	35	18,1 %	7	9,9 %
16 bis 20 Jahre	47	34,1 %	66	34,2 %	32	45,1 %
21 bis 25 Jahre	27	19,6 %	48	24,9 %	20	28,2 %
26 bis 30 Jahre	8	5,8 %	12	6,2 %	5	7,0 %
31 bis 35 Jahre	1	0,7 %	-	-	1	1,4 %
keine Angabe	5	3,6 %	-	-	-	-

17.3.2.2 Schriftliche Befragung

Nach der Implementierung des Angebots im November 2004 wurde Anfang Februar 2005 eine *Startbefragung* durchgeführt. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und erfolgte mittels eines standardisierten Fragebogens anonym. Sie unterlag, wie auch die Auswertung, dem Datenschutz. Der spätere Erhebungszeitpunkt wurde gewählt, weil zeitgleich mit dem Beginn des Maßnahmeangebots die Produktion aufgrund des Neuanlaufs sowie Weihnachtspause und Jahreswechsel unregelmäßig war und sich entsprechend auch erst die Teilnahme regulieren musste.

Einbezogen wurden alle Mitarbeiter, die im zweiwöchigen Erhebungszeitraum das mobile Trainingsangebot nutzten. Die Fragebögen wurden durch die Trainer ausgehändigt und konnten direkt vor Ort beantwortet und anonym in einer Wurfbox zurückgegeben werden. Die Anzahl der Personen, die einen Eingangstest absolviert hatten, betrug im Erhebungszeitraum 321 Produktionsmitarbeiter, der Rücklauf lag bei 138 Fragebögen.

Für die Befragung wurden bereits entwickelte und angewandte Fragebögen der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg¹³ genutzt und wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit an die vereinbarte Zielsetzung im untersuchten Werk angepasst.

Die *Startbefragung* umfasste Fragen nach

- demographischen Daten der Teilnehmer zur Erfassung der Teilnehmerstruktur zur Messung und Steuerung der Zielgruppenerreichung¹⁴
- subjektiver Belastung am Arbeitsplatz
- Art, Intensität und Häufigkeit akuter Schmerzerkrankungen
- bisherigen Sportliche Aktivitäten und Gesundheitsverhalten
- allgemeine Zufriedenheit mit dem Trainingspersonal
- Kritik/Anregungen (Freitext)

Ergebnisse der Startbefragung

50 % der Befragten gaben an, zu Beginn der Maßnahme Rückenschmerzen zu haben, 39 % hatten damit keine Probleme. Weitere 11 % hatten eine Schmerzerkrankung, jedoch nicht im Rückenbereich.

Von den Befragten gaben 44 % an, bereits Sport zu treiben, 52 % der Befragten gaben an, keinen Sport zu treiben, nicht beantwortet wurde diese Frage von 4 %.

Die *Folgebefragung* jeweils im November der Jahre 2005 (N = 114) und 2006 (N = 71) unterschied sich inhaltlich durch Fragen

- nach subjektiv empfundenen Veränderungen bezüglich Art, Intensität und Häufigkeit von Schmerzen im Vergleich zum Zustand vor der Teilnahme
- ob die Teilnahme am Angebot Anlass war, mehr für die eigene Gesundheit zu tun und wenn ja, was
- nach dem allgemeinen empfundenen Nutzen des Angebots

Bei der schriftlichen Befragung erfolgte keine personenbezogene Codierung der Fragebögen. Die Ergebnisse der Folgebefragung konnten deshalb nicht denen der Startbefragung zugeordnet und somit Veränderungen im individuellen Verhalten auch nicht direkt verglichen und abgebildet werden.

¹³ Eckert, Katharina Gesa (Magisterarbeit, April 2003), vorgelegt bei Prof. Dr. Gerhard Huber, Ruprecht-Karls-Universität, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

¹⁴ Als Zielgruppe definiert waren Produktionsmitarbeiter, bei denen von einer hohen Arbeitsbelastung ausgegangen wurde und die bislang keiner sportlichen Aktivität nachgingen, bereits Beschwerden hatten oder durch die Arbeitsschwere voraussichtlich Beschwerden oder Erkrankungen entwickeln würden. Eine möglichst umfassende Zielgruppenerreichung sollte auch eine Verzerrung des Trainingseffektes verhindern, da dieser bei trainierten Teilnehmern geringer war als bei Nichttrainierten.

Zum Ende des Jahres 2007 wurden die Plattformen an die externen Betreiber des mittlerweile eingerichteten Werk-Gesundheitszentrums ausgegliedert, eine weitere Messung war deshalb aus organisatorischen Gründen nicht möglich.

17.3.2.3 Arbeitsunfähigkeitsanalyse der Betriebskrankenkasse

Zur Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der BKK konnte aufgrund der betrieblichen Rahmenbedingungen keine randomisierte Kontrollgruppe gebildet werden. Ein Vergleich der Analyseergebnisse erfolgte in einer nicht repräsentativen, parallelen Vergleichsgruppe. Diese setzte sich zusammen aus allen Mitarbeitern des definierten Interventionsbereichs, die nicht die Kriterien "Teilnehmer" erfüllten (mindestens 40 Wochen Training, Teilnahme an mindestens 60% der möglichen Trainingseinheiten).

Es fand keine Abgrenzung von Abbrechern und denjenigen statt, die lediglich einen Eingangstest absolviert hatten.

Die Untersuchungsstichprobe der AU-Analyse unterschied sich von der schriftlichen Befragung, da nur Daten von Pflichtmitgliedern der zugehörigen BKK ausgewertet werden.

Ausgewertet wurde standardisiert die Anzahl der Arbeitsunfähigkeit-Fälle und -Tage aufgrund von Rückenerkrankungen (M40-M54) der BKK Pflichtversicherten. Dabei wurden die Vergleichswerte "gesamtes Werk", "Nichtteilnehmer" und "Teilnehmer" erhoben, jeweils zum Stichtag in den Jahren 2004, 2005 und 2006.

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten erfolgte durch die Unterstützung der angeschlossenen BKK, die eine Analyse der AU-Daten der Teilnehmer und der Nichtteilnehmer durchführte. Die Durchführung dieser Auswertung folgte den Datenschutzbestimmungen der jährlichen Gesamtanalyse für den Gesundheitsschutz.

Zunächst erfolgte die Festlegung der Kriterien, wonach Interventionsbereiche in Teilnehmer und Nichtteilnehmer (Referenzgruppe) eingeteilt wurden. Diese beiden Gruppen wurden verschlüsselt an die BKK übergeben.

Dort erfolgte eine Stichtag-Analyse eines Datums unmittelbar *vor* dem Start der Maßnahme und eine weitere Auswertung eines Stichtags nach 40 Wochen Training. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Arbeitsunfähigkeitszahlen der Teilnehmer deutlicher gesunken waren als die der Nichtteilnehmer. Ein zuverlässiges Ergebnis ist dies jedoch nicht, da es sich um eine verhältnismäßig kleine Population handelte, in denen Ausreißer, wie Langzeitkranke, das Ergebnis beeinflussen können. Zusammen mit der Mitarbeiterbefragung vor und nach der Teilnahme kann jedoch von einem positiven Effekt ausgegangen werden.

Die erste Analyse fand parallel zur Startbefragung statt. Der Untersuchungsgruppe "Teilnehmer" gehörten 112 BKK pflichtversicherte Mitarbeiter an, 3871 pflichtversicherte Mitarbeiter aus den Interventionsbereichen wurden den "Nichtteilnehmern" zugeordnet.

Die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsdaten genau derselben Personen im Folgejahr war nicht möglich, da ein Trainingszyklus nach 40 Wochen abgeschlossen war und nur ein kleiner Teil danach noch im Erhaltungsmodus weiter trainierte. Dem entsprechend existierte bei den Nichtteilnehmern im Jahr 2006 im Vergleich zum Vorjahr zwar eine Übereinstimmung von 3006 Personen, bei den "Teilnehmern" jedoch nur von 25 Personen, so dass aus Datenschutzgründen diese Gruppe nicht auswertbar gewesen wäre.

Bild III-3 zeigt das Ergebnis der Analyse für die jeweilige Personengruppe. Das nicht repräsentative Ergebnis zeigt, dass in allen drei Kategorien die Rückenerkrankungen im Analysezeitraum rückläufig waren. Während auf Werksebene und bei den Nichtteilnehmern die Zahl der Arbeitsunfähigkeit-Tage von 2004 auf 2005 leicht zurück ging, stagnierten sie anschließend nahezu im Vergleich zu 2006. Bei der Gruppe der Teilnehmer dagegen halbierte sich die Anzahl der Arbeitsunfähigkeit-Tage nahezu und war auch in 2006 weiter rückläufig. Auch die Anzahl der AU-Fälle verringerte sich deutlich innerhalb des Messzeitraums. Eine identische Zusammensetzung der Untersuchungsgruppen und der Vergleichsgruppen zu jedem Erhebungszeitpunkt, war nicht realisierbar. Zudem handelt es sich bei der Auswertung nur um Momentaufnahmen der zum Stichtag zugehörigen Pflichtversicherten. Eine Messung zu einem anderen Zeitpunkt könnte aufgrund von Fluktuation, dem Auftreten langwieriger Rückenerkrankungen in der kleinen Gruppe der "Teilnehmer", oder anderen Störgrößen ein anderes Bild ergeben.

Von einer positiven Wirkung ist jedoch auszugehen, auch im weiteren Hinblick auf die subjektive Bewertung der Wirksamkeit durch die befragten Teilnehmer.

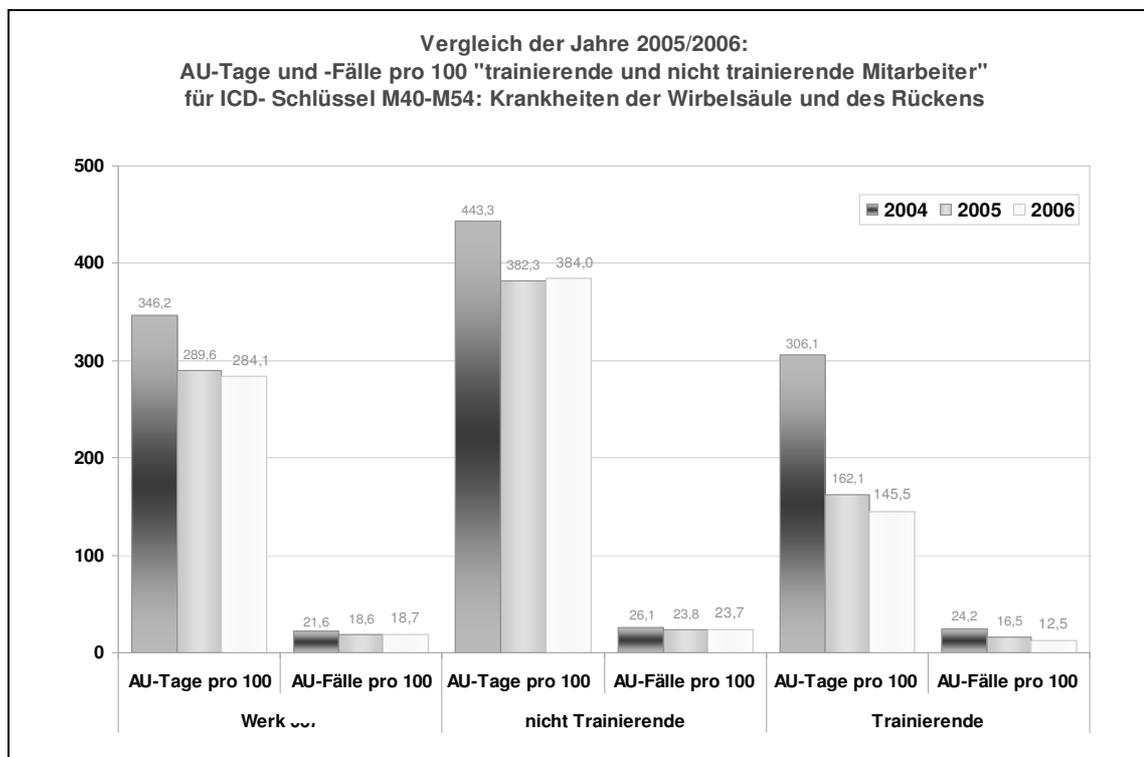


Bild III-3: Entwicklung der AU-Tage und -Fälle nach ICD-10 M40-M54 im Zeitraum 2004 bis 2006; Vergleich Werk, Teilnehmer und Nichtteilnehmer. Quelle: BKK des Untersuchten Unternehmens (2006)

17.3.3 Bewertung der Zielerreichung

Im Verlauf der Maßnahme wurden regelmäßig Kennzahlen zur Steuerung der Zielerreichung erhoben. Eine konkrete und detaillierte ökonomische Bewertung der Maßnahme erfolgte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht. Eine Rohberechnung, vor allem mit zu berücksichtigenden Aufwendungen findet sich im Folgenden.

Unter Punkt 17.1.3 wurde die Zielsetzung unter dem Aspekt der Teilnehmer, der Arbeitgeberseite und der Projektgruppe dargestellt. An dieser Stelle wird nun die Zielerreichung abgefasst.

Zielerreichung in Bezug auf die Teilnehmer

Der Trainingseffekt wurde bei jedem Training der Teilnehmer automatisch elektronisch erfasst und davon ausgehend die weitere Trainingsbelastung und Wiederholungen berechnet. Der *Ausgleich vorhandener Dysbalancen der Bauch- und Rückenmuskulatur und die Kräftigung* der jeweiligen Muskelgruppen konnten durch die Trainer für die Teilnehmer jederzeit visualisiert werden. Eine Gesamtauswertung der erzielten Trainingseffekte aller Teilnehmer erfolgte nicht.

Die Trainer beobachteten jedoch einen höheren Trainingseffekt bei Teilnehmern, die keiner, oder nicht regelmäßig einer sportlichen Betätigung nachgingen im Gegensatz zu denen, die vor und während des Kraftwerk-Trainings bereits Sport trieben.

Der Rückgang von *Rückenschmerzhäufigkeit und -intensität* wurde durch den standardisierten Fragebogen erhoben. Demnach hatten vor der Teilnahme an der Maßnahme im Jahr 2005¹⁵: 71 % der Befragten Rückenschmerzen (Jahr 2006¹⁶: 81 %). In dieser Gruppe sank die Schmerzstärke bei 91 % der Befragten (2006: 87 %), die Schmerzhäufigkeit reduzierte sich im Jahr 2005 bei 93 % (2006: 91 %).

Vom Nutzen voll überzeugt waren im Jahr 2005 noch 94 % derer, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, im Jahr 2006 sank dieser Wert auf 91 %.

Nicht bewertet werden konnte, ob durch das Training das Entstehen von Schmerzen verhindert werden konnte.

Förderung eines eigenverantwortlichen Gesundheitshandelns: Die Teilnahme am Kraftwerk regte im Jahr 2005 74 % an, mehr für ihre Gesundheit zu tun (2006: 78 %), unter anderem durch mehr Sport, Ernährungsumstellung und rückerengerechtem Verhalten.

Die *Steigerung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit am Arbeitsplatz* als indirekter Effekt konnte nicht bewertet werden, da keine Verknüpfung mit dem Ergebnis der Mitarbeiterbefragung möglich war. Allerdings fühlten sich 57 % der Teilnehmer im Jahr 2005 den Belastungen am Arbeitsplatz eher gewachsen, im Jahr 2006 waren es 60 %.

Zielerreichung in Bezug auf die Arbeitgeberseite

Ziel für die Arbeitgeberseite war die *langfristige Reduzierung direkter und indirekter Kosten*, die durch die Häufigkeit und Dauer von Fehlzeiten aufgrund von Rückenerkrankungen entstanden. Laut Arbeitsunfähigkeitsanalyse ist dies im Erhebungszeitraum gelungen, allerdings ist diese Erhebung nicht repräsentativ und für eine höhere Aussagekraft wären Auswertungen über mehrere Jahre notwendig gewesen.

Die *Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit* konnte durch die nicht mögliche Verknüpfung der Mitarbeiterbefragung mit den Daten der Angebotsbefragung lediglich parallel betrachtet werden und dies auch nur im ersten Jahr. In den Folgejahren fand keine Mitarbeiterbefragung statt, bzw. derart eingeschränkt, dass einzelne Produktions-/ Interventionsbereiche nicht mehr abgebildet werden konnten.

¹⁵ N = 114

¹⁶ N = 71

Von einer *Steigerung des Unternehmensimages* und der *-attraktivität* intern wie auch außerhalb des Konzerns kann ausgegangen werden. Das Maßnahmeangebot wurde intern auf Betriebsversammlungen, im Rahmen von Seminaren zur Personalentwicklung, in Kommunikationsrunden und Werksdialogen vor- und ausgestellt.

Auch extern wurde das Angebot und die Durchführungsweise in Tagungen, Foren, etc. vom Werkskoordinator vorgestellt.

Aufgrund fehlender Werte und zu starken Veränderungen in den Rahmenbedingungen während der Laufzeit konnte das *Verhältnis der aufgewendeten Kosten für das Maßnahmeangebot und die eingesparten Kosten durch die Intervention* nicht ermittelt werden.

Zielerreichung in Bezug auf die Projektgruppe

Für die Projektgruppe, bzw. das Betriebliche Gesundheitsmanagement selbst waren die primären Ziele das Erreichen einer effizienten Auslastung der möglichen Trainingszeiten, eine gute Durchführungsqualität sowie eine reibungslose Integration in den Produktionsablauf. Grundvoraussetzung war außerdem eine hohe Akzeptanz der Maßnahme seitens der Teilnehmer und den Führungskräften.

Eine hohe Maßnahmeakzeptanz bei den Teilnehmern wurde durch den Einsatz entsprechend qualifizierter Mitarbeiter aus den Produktionsbereichen mit vorhandener Übungsleiter- oder Trainerlizenz erreicht. Dies zeigte sich unter anderem an der hohen Auslastungsquote und der regelmäßigen Teilnahme der Mitarbeiter wie auch an dem wachsenden Interesse während des Interventionszeitraums. In der durchgeführten Startbefragung gaben zudem etwa 98 % der Befragten an, sich von den Trainern kompetent betreut zu fühlen.

Die Frage danach, ob sich die Maßnahme "gelohnt" hat, im Sinne eines günstigen Kosten-Nutzenverhältnisses, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden, da eine detaillierte Berechnung nicht durchgeführt wurde.

Es erfolgt an dieser Stelle die Aufstellung einer Beispielberechnung der mobilen Trainingsplattform. Diese Beispielrechnung soll lediglich einen Überblick der zu berücksichtigenden Kostenfaktoren liefern und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Beispiel zur Kostenberechnung einer Trainingsplattform pro Trainingszyklus und Mitarbeiter¹⁷

Anzahl der möglichen Trainingseinheiten (TE) pro Woche:

Arbeitszeit (Stunden) pro Woche * Anzahl der Schichten (Früh-/ Spät-/ ggf. Nachtschicht) * Anzahl der möglichen TE (= Anzahl Trainierende) pro Stunde
 = 35 Std. * 2 Schichten * 7 TE
 = 490 TE max.

Kosten der Trainer pro Trainingszyklus und Mitarbeiter bei Trainingsangebot in Zweischicht:

Anzahl Trainer * Entgelt pro Std. * Arbeitszeit Trainer pro Woche
 = 2 * 15,00 Euro * 35 Std.
 = 1.050,00 Euro/ Woche

Trainerkosten pro Woche/Anzahl TE pro Woche * Anzahl TE (Wochen) pro Trainingszyklus

= 1.050,00 Euro/490 TE * 40 Wochen
 = 85,71 Euro pro Trainierendem und Trainingszyklus (zzgl. Personalkosten pro Trainierendem bei angenommen 10 Minuten Zeitaufwand pro TE und 40 TE pro Trainingszyklus und einem Arbeitsentgelt von 20,00 Euro pro Stunde = 155,00 Euro)

Eine möglichst hohe Auslastung ist anzustreben, weil jede nicht genutzte Trainingseinheit die Kosten je Mitarbeiter erhöht.

Bei einer angestrebten Zielauslastung von 85 %, erhöhen sich die Kosten pro Trainierendem Mitarbeiter um den Faktor 1,15 auf

85,71 Euro * 1,15
 = 98,57 Euro zzgl. Personalkosten der Trainierenden

Eine tatsächlich nur erreichte durchschnittliche Auslastung von 60 % entspricht einer Kostensteigerung um Faktor 1,4

= 119,99 Euro zzgl. Personalkosten der Trainierenden.

¹⁷ Alle Werte fiktiv

Ab einem gewissen Kostenpunkt stellt sich also die Frage, ob ein alternatives Gesundheitsförderungsangebot ggf. mit einem geringeren Kostenaufwand die gleiche Wirkung, bzw. die mit dem gleichen finanziellen Aufwand einen höheren Wirkungsgrad erzielen würde.

Bei diesen Überlegungen müssen allerdings auch die Zielsetzungen berücksichtigt werden. Wenn die Maßnahme bisher sportlich/ gesundheitlich nicht aktive Mitarbeiter "niedrigschwellig" an eine Verhaltensänderung heranführen soll, stellt sich die Frage, welches alternative, kostengünstigere Angebot es geben könnte.

In eine Gesamtrechnung des Ressourceneinsatzes pro Jahr fließen folgende Faktoren ein:

- Anschaffungskosten der Trainingsgeräte (Abschreibung 10 Jahre)
- Kosten für Planung und Realisierung der mobilen Plattform sowie
- Wartung und Reparatur und Optimierung, Ersatzteile durch Abnutzung
- Personalkosten der Trainer
- Kosten Laptop (Anschaffung, bzw. Miete und Wartung pro Jahr)
- Kosten Drucker und Zubehör (siehe Laptop, zzgl. Tonerkartuschen, Papier, etc.)
- Lizenz Software (Anschaffung, Kosten für Updates/ Upgrades)
- Schnurloses Telefon zur Erreichbarkeit der Plattform (Miete/ Jahr)
- Kosten für Druckerei (Trainingskarten)
- Planung der Maßnahme, Verwaltung/ Organisation
- Kosten der Evaluation
- Direkte/Indirekte Kosten (z.B. Trainingsabbruch durch Teilnehmer)
- Kosten der Planung und Verbesserung
- Laufende Kosten für Projektkoordination und Besprechungen ("Koordinatorentreffen" 21tägig, Dauer bis 1 Std., Personalkosten der Teilnehmer; Erstellen und Aktualisieren von Auslastungstabellen; Haltestellenkoordination, etc.)
- Kosten der Personalausfallzeiten durch die Freistellung der Teilnehmer, zzgl. Personalkosten eines Springers
- Opportunitätskosten: Wert des entgangenen Nutzens, den die für die Maßnahme aufgewendeten Ressourcen bei einer alternativen Verwendung gehabt hätten.

17.4 Handlungsphase (Act)

Im Anschluss an die Prüfphase folgt die Handlungsphase. Ergibt das Ergebnis der Prüfphase eine Übereinstimmung von Soll- und Ist-Werten, wird die Vorgehensweise standardisiert und in der Fläche, bzw. dauerhaft eingeführt. Bei Abweichungen muss festgelegt werden, wie oft die Planungs- und Umsetzungsphase durchlaufen werden sollen, um eine Übereinstimmung zu erreichen (vgl. Zollondz, 2006).

Aus der Bewertung der mobilen Trainingsplattform nach dem ersten abgeschlossenen Trainingszyklus folgte aufgrund der positiven subjektiven und objektiven Ergebnisse sowie der hohen Nachfrage weiterer Produktions- und Werksbereiche die Planung und Umsetzung einer zweiten Plattform. Auch für diese wurden weitere entsprechend qualifizierte Produktionsmitarbeiter eingesetzt, da sich zudem die Betreuung durch betriebsinterne Trainer im Hinblick auf die Akzeptanz der Maßnahme bewährt hatte.

Nach dem ersten Jahr und mit der Planung einer zweiten Plattform ging die Maßnahme in den Regelbetrieb über. Ende des Jahres 2007 wurden beide mobile Plattformen aufgrund der allgemeinen Neustrukturierung des konzernweiten Arbeits- und Gesundheitsschutzes an das extern betriebene Gesundheitszentrum auf dem Werksgelände ausgliedert.

18 Fazit

In der Fallstudie zeigte sich, dass eine planvolle und systematische Vorgehensweise für ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement unerlässlich ist. Bestätigt wurden aber auch Erkenntnisse aus Studien, wonach durch die vorhandene Dynamik in einem Unternehmen eine stringente wissenschaftliche Vorgehensweise häufig problematisch ist.

Hilfreich, gerade in der Phase der Neustrukturierung des Gesundheitsmanagements vor Beginn der Fallstudie, war die wissenschaftliche Unterstützung durch die Universität Bielefeld. Hier erfolgte beispielsweise die wissenschaftliche Beratung und Begleitung zur Verankerung des Gesundheitsmanagements in einer Betriebsvereinbarung. Die Betriebsvereinbarung bildete im untersuchten Produktionswerk die Grundlage für ein systematisches Gesundheitsmanagement. Sie schaffte zum einen eine hohe Verbindlichkeit für ein dauerhaftes Gesundheitsmanagement und legte gleichzeitig (Mindest-)Standards, Zuständigkeiten, Vorgehensweisen und Instrumente verbindlich fest.

Eines der Instrumente war der jährlich zu erstellende Gesundheitsbericht. Hier zeigte sich, dass in den verschiedenen Fachbereichen vielfältige Informationen und Daten vorhanden waren, die für eine ganzheitliche Abbildung der Gesundheitssituation des Praxisfeldes nützlich gewesen wären. Allerdings stellte sich schnell heraus, dass die Informationen nur parallel betrachtet werden konnten. Eine Zusammenführung war – wenn nicht wegen des Datenschutzes – aufgrund nicht einheitlicher Erhebungsmethoden oder Schlüsselungen nicht möglich, oder im Verhältnis zu den zu erwartenden zusätzlichen Informationen schlicht zu aufwendig.

Für das obere Management hatte der umfassende Gesundheitsbericht keinen direkten informellen Nutzen. Für diese Zielgruppe war lediglich die Essenz der Ergebnisse zur Initiierung und Entscheidung für eine Finanzierung geplanter Projekte wichtig. Ähnliches galt für das mittlere und untere Management (Teamleiter, Meistereien). Aus Zeitgründen wünschte man sich hier die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und eine Unterstützung aus dem Gesundheitsmanagement zur Ableitung notwendiger Maßnahmen.

Die jährliche Erstellung eines umfassenden Gesundheitsberichts erforderte einen hohen zeitlichen Aufwand, zum einen wegen der unterschiedlichen zeitlichen Verfügbarkeit der Daten und zum anderen für deren Aufbereitung und visuelle Darstellung. Im letzten Jahr der Fallstudie wurde deshalb, auch im Zusammenhang mit der konzernweiten Neustrukturierung, entschieden, auf diese umfassende Berichtsform zu verzichten und lediglich die AU-Analyse der zuständigen BKK heran zu ziehen.

Ob umfassender Gesundheitsbericht oder AU-Analyse der Krankenkasse – die Anwendung weiterer Methoden wie beispielsweise Gesundheitszirkelprojekte, sind auch weiterhin notwendig, wenn es darum geht, Ursachen für Auffälligkeiten im Gesundheitsgeschehen aufzuspüren und Lösungsmöglichkeiten gemeinsam mit den Mitarbeitern zu erarbeiten.

Der Erfolg und die hohe Akzeptanz der mobilen Trainingsplattform war maßgeblich der Entscheidung zuzuschreiben, für die Trainingsbetreuung qualifizierte Mitarbeiter aus den Produktionsbereichen, statt externer Trainer, einzusetzen. Durch die Implementierung eines Maßnahmecontrollings sowie regelmäßige Projekttreffen mit den Koordinatoren aus den Produktionsbereichen wurde die Auslastung des Trainingsangebots laufend optimiert und konnte auf Veränderungen in den Produktionsbereichen zeitnah reagiert werden.

Den wissenschaftlichen Anforderungen bei der Evaluation gerecht zu werden, war dagegen schwierig. Vorübergehende Versetzungen innerhalb des Produktionswerkes und dauerhafte in andere Werke innerhalb Deutschlands führten zu Fluktuationen, die ihre Ursache nicht in der Qualität der Maßnahme hatten und gleichzeitig eine abschließende Effektmessung erschwerten.

Die Evaluationsergebnisse der mobilen Trainingsmaßnahme lassen zwar den Schluss zu, dass bei Mitarbeitern, die regelmäßig am Angebot teilnahmen, Fehlzeiten aufgrund von Rückenerkrankungen deutlicher zurück gingen, als bei denen, die unregelmäßig oder gar nicht am Angebot teilnahmen. Dieses Ergebnis ist jedoch nicht repräsentativ. Die Zusammensetzung der Stichproben zum jeweiligen Zeitpunkt war nicht identisch, so dass beide Ergebnisse nur jeweils eine "Momentaufnahme" und keine Entwicklung über zwei Messzeitpunkte zuließen.

Grundsätzlich ist es wichtig, in den Unternehmen eine professionelle Vorgehensweise im Betrieblichen Gesundheitsmanagement anzustreben und dabei auch die wissenschaftlichen Ansprüche gezielt einzubeziehen. Ein kontinuierliches Streben nach dem Optimum an Professionalität wird zu deren dauerhaften Entwicklung beitragen. Gleichzeitig sind praxisbezogene Studien notwendig, um Methoden im Gesundheitsmanagement nach wissenschaftlichen Erkenntnissen weiter zu entwickeln. Wissenschaftlich fundierte Ergebnisse sind für die Weiterentwicklung erfolgreicher Konzepte dabei ebenso wichtig, wie praktikable Ansätze, die in Unternehmen kostengünstig zum Ziel führen und gleichzeitig aussagekräftige Ergebnisse liefern.

Auch zukünftig wird eine zentrale Fragestellung, sowohl für Akteure im Unternehmen als auch in der Forschung sein, welchen Beitrag ein qualitätsorientiertes Gesundheitsmanagement zum Unternehmenserfolg leistet und wie dieser Beitrag abgebildet werden kann. Die Abbildung des Erfolgs - also dessen Nachweis - ist letztendlich die Voraussetzung, für die Dauerhafte Implementierung von Gesundheitsmanagement im Unternehmen und des Themas Gesundheit in der gesamten Managementstruktur.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. / Bunzendahl, I. / Prümel-Philippsen, U. (2001): *Praxisnahes Qualitätsmanagement jenseits von Zertifizierungsautomatismen und Leitlinieninflation*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen.*, S. 170-181. Köln: BZgA.
- Altgeld, T. / Kolip, P. (2007): *Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung*. In: Hurrelmann, K. / Altgeld, T. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, S. 41-50. Bern: Huber.
- AOK Niedersachsen (2004): *Bonus- und Anreizsysteme im betrieblichen Gesundheitsmanagement - Erfahrungen und Perspektiven*. Veranstaltungsdokumentation vom 16. Juni 2004, Hannover.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008a): *Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008*. AOK-Bundesverband Bonn; BKK Bundesverband Essen; IKK-Bundesverband Bergisch Gladbach; Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen Kassel; Knappschaft Bochum; Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg; AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. Siegburg (Hrsg.). Bonn [u.a.]: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008b): *Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu §§ 20 und 20a SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Anwenderhandbuch Evaluation Teil 2: Evaluation von betrieblicher Gesundheitsförderung - vorläufige Fassung vom September 2008*. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Federführend: IKK-Bundesverband Bergisch Gladbach, Bergisch Gladbach: Eigenverlag
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2010): *Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010*. AOK-Bundesverband Bonn; BKK Bundesverband Essen; IKK-Bundesverband Bergisch Gladbach; Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen Kassel; Knappschaft Bochum; Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg; AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. Siegburg (Hrsg.). Bonn [u.a.]: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.

- Aust, B. / Ducki, A. (2004): *Comprehensive Health Promotion Interventions at the Workplace: Experiences With Health Circles in Germany*. In: Journal of Occupational Health Psychology, Bd. 9 (3), S. 258-270.
- Bachmeier, C. (1994): *Gesundheitsorientierung bei Arbeitnehmern. Möglichkeiten der Gesundheitspsychologie/ Gesundheitspädagogik zur Verhaltensänderung bei Erwachsenen*. Dissertation, Universität Bremen.
- Badura, B. / Greiner, W. / Rixgens, P. / Ueberle, M. / Behr, M. (2008): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Badura, B. / Scherf, M. / Ritter, W. (1999): *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: Edition Sigma.
- Badura, B. / Strodtholz, P. (2003): *Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen*. In: Schwartz, F. / Badura, B. / Busse, R. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J. / Walter, U. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*, S. 714-724. München [u.a.]: Urban & Fischer.
- Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A. - M. (1998a): *Handlungsbedingungen und Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung*. In: Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A. - M. (Hrsg.): *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, S. 17-36. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A. - M. (. (1998b): *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte*. Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Beck, D. (2004): *Zum Stellenwert der Mitarbeiterbefragung in der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Discussion Paper März/April 2004. Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung, Berlin.
<http://www.bgf-berlin.de/DP04-0304.html>, abgerufen am 31.07.2006.
- Becker, H. / Langosch, I. (2002): *Produktivität und Menschlichkeit. Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis*. Stuttgart: Lucius und Lucius.
- Becker, J. / Kugeler, M. / Rosemann, M. (2005): *Prozessmanagement. Ein Leitfaden zur prozessorientierten Organisationsgestaltung*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Becker, P. (2005): *Prozessorientiertes Qualitätsmanagement. Nach der Ausgabe Dezember 2000 der Normenfamilie DIN EN ISO 9000 - Zertifizierung und andere Managementsysteme; mit 7 Tabellen*. Renningen: Expert.
- Becker, P. (2006): *Prozessorientiertes Qualitätsmanagement. Nach der Ausgabe Dezember 2000 der Normenfamilie DIN EN ISO 9000 - Zertifizierung und andere Managementsysteme*. Renningen: Expert.

- Bengel, J. / Strittmatter, R. / Willmann, H. (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA.
- Bertelsmannstiftung; Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004): *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Bieback, K. (1999): *Strukturwandel des Arbeitsschutzes*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bindzius, F. / Bödeker, W. / Eberle, G. / Jahn, F. / Kreis, J. / Wetzstein, A. / Wolters, J. (2005): *IGA-Report 8. Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen*. Essen/ Dresden: BKK BV & HVBG
- Binner, H. F. (2002): *Prozessorientierte TQM-Umsetzung*. München [u.a.]: Hanser.
- BKK Bundesverband; Hrsg. (Juli 2008): *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland. Wettbewerbsvorteil Gesundheit*. Essen: BKK.
- BKK Bundesverband; European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (1999): *Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung*. Essen: BKK.
- BKK Bundesverband (2004): *BKK-Gesundheitsreport 2004. Gesundheit und Sozialer Wandel*. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (2005): *BKK-Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen - Blickpunkt psychische Gesundheit*. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (2006): *BKK-Gesundheitsreport 2006. Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen*. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (2007): *BKK-Gesundheitsreport 2007. Gesundheit in Zeiten der Globalisierung*. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (2008): *BKK-Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen*. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (2009): *BKK-Gesundheitsreport 2009. Gesundheit in Zeiten der Krise*. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (2010): *BKK-Gesundheitsreport 2010. Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft*. Essen: BKK Bundesverband.
- Bödeker, W. (2005): *Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsforschung mit Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen*. In: Swart, E. / Ihle, P. (Hrsg.): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*, S. 57-78. Bern [u.a.]: Huber.

- Böhnke, E. (2006): *Standards für das Gesundheitsmanagement in der Praxis: Konsequenzen des gesetzlichen Präventionsauftrags für Unternehmen und den Arbeits- und Gesundheitsschutz*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag/ GWV Fachverlage GmbH.
- Borg, I. (2003): *Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung. Theorien, Tools und Praxiserfahrungen*. Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bortz, J. / Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizinverlag.
- Brandenburg, U. (1994): *Gesundheitsförderungskreise bei Volkswagen*. In: Westermayer, G. (Hrsg.): *Betriebliche Gesundheitszirkel*, S. 80-86. Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Brandenburg, U. (2004): *Fallstudie zum Gesundheitsmanagement aus der Automobilindustrie - Die Volkswagen AG*. In: Meifert, M. T. (Hrsg.): *Gesundheitsmanagement im Unternehmen - Konzepte, Praxis, Perspektiven*, S. 305-318. Berlin [u.a.]: Springer.
- Brandenburg, U. / Nieder, P. (2003): *Betriebliches Fehlzeiten-Management: Anwesenheit der Mitarbeiter erhöhen*. Wiesbaden: Gabler.
- Breucker, G. (2000): *Qualitätsstandards im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz in Europa*. In: Schröer, A. (Hrsg.): *Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Qualität und Effizienz der betrieblichen Gesundheitsförderung*, S. 39-46. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Breucker, G. (2001): *Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung. Ergebnisse aus dem Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung*. In: Holger Pfaff, W. S. (Hrsg.): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, S. 127-144. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Bruhn, M. (2008): *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Grundlagen, Konzepte, Methoden*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Brunner, F. J. / Wagner, K. W. (2008): *Taschenbuch Qualitätsmanagement. Leitfaden für Studium und Praxis*. München [u.a.]: Hanser.
- Bullinger, H. - J. / Korge, A. / Lentjes, H. - P. (1999): *Problemfelder und Lösungsansätze*. Forum Automobilindustrie "Produktion und Arbeitspolitik - Herausforderungen und Perspektiven im Rahmen der Globalisierung". Stuttgart. http://www.produktion.iao.fhg.de/KUR/06_ver, abgerufen am 20.07.2006
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz (1985): *Arbeitsschutz, Humanisierung des Arbeitslebens, Wirtschaftlichkeit*. Informationstagung Arbeitsschutz, Humanisierung des Arbeitslebens, Wirtschaftlichkeit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

- Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.) (2006): *Gesundheitsziele als Instrument. Ergebnisse, Hindernisse, Erwartungen.* Dokumentation des Mitgliederkolloquiums der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. am 20. September 2006 in der Charité in Berlin.
- Burghardt, M. (2006): *Projektmanagement. Leitfaden für die Planung, Überwachung und Steuerung von Entwicklungsprojekten.* Erlangen: Publicis Corporate Publishing.
- Burghardt, M. (2007): *Einführung in Projektmanagement: Definition, Planung, Kontrolle, Abschluss.* Erlangen: Publicis Corporate Publishing.
- Christiansen, G. (1999): *Evaluation - ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* Köln: BZgA.
- Corsten, H. (2000): *Lexikon der Betriebswirtschaftslehre.* München [u.a.]: Oldenbourg.
- Demmer, H. (1995): *Betriebliche Gesundheitsförderung - von der Idee zur Tat.* Essen: Europäisches Informationszentrum Gesundheitsförderung im Betrieb.
- Deppe, J. (1992): *Quality circle und Lernstatt. Ein integrativer Ansatz.* Wiesbaden: Gabler.
- Drupp, M. / Osterholz, U. (2001): *Das "Bonusprojekt" der AOK Niedersachsen. Kontext, Grundzüge, Möglichkeiten und Grenzen.* In: Holger Pfaff; Wolfgang Slesina (Hrsg.): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung,* S. 145-160. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Ducki, A. (1998a): *Allgemeine Prozessmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung.* In: Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A. - M. (Hrsg.): *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung,* S. 135-143. Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Ducki, A. (1998b): *Analyse.* In: Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A. - M. (Hrsg.): *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung,* S. 155-175. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Eberle, G. / Kraemer, R. / Lück, P. (April 2005): *Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen. Dokumentation einer Befragung.* Berlin: AOK Bundesverband.
- Eckert, K. G. (2003): *Evaluation eines maschinengestützten Muskeltrainings in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Analyse der Teilnehmerstruktur und Allokation im DaimlerChrysler Werk in Wörth.* Magisterarbeit, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Universität Heidelberg.

- European Foundation for Quality Management (EFQM) (2009): *EFQM Excellence Modell*. Brüssel: EFQM.
- Ehrmann, H. (2003): *Kompakt-Training Balanced Scorecard*. Ludwigshafen (Rhein): Kiehl.
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (1997): *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung*. In der Fassung von Januar 2007.
http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl2011/Luxemburger_Deklaration_09_11.pdf, abgerufen am 17.02.2008
- Fahlbruch, B. (1998): *Arbeitssicherheit und betriebliche Gesundheitsförderung*. In: Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A. - M. (Hrsg.): *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, S. 111-118. Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Fiedler, R. (2008): *Controlling von Projekten: Projektplanung, Projektsteuerung und Projektkontrolle. Mit konkreten Beispielen aus der Unternehmenspraxis - Alle Aspekte der Projektplanung, Projektsteuerung und Projektkontrolle*. Wiesbaden: Vieweg.
- Friczewski, F. / Flathmann, H. / Görres, H. - J. (1994): *Arbeit mit Gesundheitszirkeln in den Projekten des AOK-Landesverbandes Niedersachsen*. In: Westermayer, G. (Hrsg.): *Betriebliche Gesundheitszirkel*, S. 72-79. Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Fritz, S. (2006): *Ökonomischer Nutzen "weicher" Kennzahlen. (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit*. Zürich: vdf Hochschulverlag an der ETH.
- Geiger, W. / Kotte, W. (2005): *Handbuch Qualität. Grundlagen und Elemente des Qualitätsmanagements: Systeme - Perspektiven*. Wiesbaden: Vieweg.
- Geiger, W. / Kotte, W. (2008): *Handbuch Qualität. Grundlagen und Elemente des Qualitätsmanagements: Systeme und Perspektiven*. Wiesbaden: Vieweg.
- Gerull, P. (2001): *Qualitätsmanagement light: Beiträge zur ressourcenschonenden Professionalisierung*. Münster: Votum.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) (2003): *gesundheitsziele.de Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Bericht. 14. Februar 2003, Köln: GVG.
www.gesundheitsziele.de – Publikationen – BGM-Berichte, abgerufen am 12.05.2008

- Greiner, B. A. (1998): *Der Gesundheitsbegriff*. In: Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A. - M. (Hrsg.): *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, S. 39-55. Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Gröben, F. (2002): *Gesundheitsförderung in der Automobilindustrie. Hemmende und fördernde Faktoren*. Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“, Bertelsmann-Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung. Institutsbericht Nr. 17, Karlsruhe.
http://www.boeckler.de/pdf/fof_gesundheitsfoerderung_automobilindustrie.pdf,
abgerufen am 16.02.2007
- Gröben, F. / Freigang-Bauer, I. / Bös, K. (2004): *Leitfaden zur erfolgreichen Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb. Schwerpunkt: Muskel-Skelett-Erkrankungen*. Forschungsvorhaben F5096, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaaagehh,
abgerufen am 30.04.2011
- Gröben, F. / Ritter, W. / Badura, B. / Bös, K. (1999): *Quantitative Prüfung des Leitfadens für die "Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung"*. Institutsbericht Nr. 6, Universität Karlsruhe (TH), Institut für Sport und Sportwissenschaft
<http://www.rz.uni-karlsruhe.de/~Ferdinand.Groeben/InstitutsberichtKA6.pdf>,
abgerufen am 03.04.2011
- Grossmann, R. / Scala, K. (2001): *Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verlag
- Hafen, M. (2004): *Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung?* In: *Prävention*, Bd. 27 (1), S. 8-11. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Handschuh, M. / Strippel, H. (2008): *Präventionsbericht 2008*. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V (MDS). Essen: MDS
- Hanusch, H. (1987): *Nutzen-Kosten-Analyse*. München: Vahlen.
- Heche, D. (2004): *Praxis des Projektmanagements*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Hiltensperger, S. / Rötzer, M. / Sikora, S. (2005): *Schriftenreihe Managementsysteme für Arbeitsschutz und Anlagensicherheit. Das OHRIS Gesamtkonzept*. Bayreuth: Druckerei Heinz Neubert e.K.
- Hirzel, M. (2008): *Prozessmanagement in der Praxis. Wertschöpfungsketten planen, optimieren und erfolgreich steuern*. Wiesbaden: Gabler.

- Hölzle, P. / Grünig, C. (2002): *Projektmanagement: professionell führen - Erfolge präsentieren*. Freiburg (Breisgau) [u.a.]: Haufe.
- Horváth Partner Stuttgart (2004): *Balanced Scorecard umsetzen*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Huber, G. (2006): *Abschlussbericht Evaluation des Wirbelsäulenkonzeptes Kraftwerk*. DaimlerChrysler AG Werk Wörth. Magisterarbeit, Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heidelberg.
- Hug, T. / Poscheschnik, G. / Lederer, B. (2010): *Empirisch forschen. Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Hurrelmann, K. / Altgeld, T. (2004): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern [u.a.]: Huber.
- Hurrelmann, K. / Klotz, T. / Haisch, J. (2007): *Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. In: Hurrelmann, K. / Altgeld, T. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, S. 11-19. Bern: Huber.
- Janssen, P. / Kentner, M. / Rockholtz, C. (2004): *Balanced Scorecard und betriebliches Gesundheitsmanagement*. In: Meifert, M. T. (Hrsg.): *Gesundheitsmanagement im Unternehmen - Konzepte, Praxis, Perspektiven*, S. 41-56. Berlin [u.a.]: Springer.
- Kadritzke, U. (2004): *Arbeiten oder Leben? Eine falsche Alternative*. In: Meifert, M. T. (Hrsg.): *Gesundheitsmanagement im Unternehmen - Konzepte, Praxis, Perspektiven*; mit 8 Tabellen, S. 321-337. Berlin [u.a.]: Springer.
- Kalb, R. (2004): *Überprüfung der Effekte anhand von Veränderungsmessungen der Projekts "Kraftwerk/ Kraftwerk-mobil" im DaimlerChrysler Werk in Wörth mit dem Schwerpunkt auf die Muskelkraft der lumbalen Extensoren*. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Sportinstitut, Heidelberg.
- Kamiske, G. F. / Brauer, J. - P. (2008): *Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements*. München [u.a.]: Hanser.
- Kamiske, G. F. / Umbreit, G. (2003): *Qualitätsmanagement. Eine multimediale Einführung*. München [u.a.]: Fachbuchverlag Leipzig im Carl-Hanser-Verlag
- Kaplan, R. S. / Norton, D. P. (2001): *Die strategiefokussierte Organisation: Führen mit der Balanced Scorecard*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Kesting, M. / Meifert, M. T. (2004): *Strategien zur Implementierung des Gesundheitsmanagements im Unternehmen*. In: Meifert, M. T. (Hrsg.): *Gesundheitsmanagement im Unternehmen - Konzepte, Praxis, Perspektiven*, S. 29-39. Berlin [u.a.]: Springer.

- Kickbusch, I. (2003): *Gesundheitsförderung und Prävention*. In: Schwartz, F. / Badura, B. / Busse, R. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J. / Walter, U. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*, S. 181-188. München [u.a.]: Urban & Fischer Verlag.
- Köbberling, G. / Lux, V. (2007): *Evaluationen im Spannungsfeld zwischen Qualitätsverbesserung und Kontrolle*. In: *Prävention*, Bd. 30 (4), S. 100-103. Schwabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Kohte, W. (2001): *Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung*. In: Holger Pfaff; Wolfgang Slesina (Hrsg.): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, S. 53-62. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Kolb, M. / Bergmann, G. (1997): *Qualitätsmanagement im Personalbereich. Konzepte für Personalwirtschaft, Personalführung und Personalentwicklung*. Landsberg/Lech: Verlag moderne Industrie.
- Kramer, I. / Bödeker, W. (2008): *IGA-Report 16. Return on Investment im Kontext Gesundheitsförderung und Prävention und Prävention. Die Berechnung des prospektiven Return on Investment: eine Analyse von ökonomischen Modellen*. Essen/Dresden: BKK BV & HVBG.
- Kreis, J. / Bödeker, W. (2003): *IGA-Report 3. Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. Essen/Dresden: BKK BV & HVBG.
- Krüger, W. / Müller, P. / Stegemann, K. (1998): *Kosten-Nutzen-Analyse von Gesundheitsförderungsmaßnahmen*. Forschungsbericht. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Kuhn, J. / Kayser, T. (2002): *Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung - Anmerkung zu einem schwierigen Verhältnis*. In: *Prävention*, Bd. 25 (4), S. 103-105.
- Kuster, J. / Huber, E. / Lippmann, R. / Schmid, A. / Schneider, E. / Witschi, U. / Wüst, R. (2008): *Handbuch Projektmanagement*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Lang, J. (2004): *Die Kosten-Nutzen-Analyse betrieblicher Gesundheitsförderung*. Masterarbeit, Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg.
- Lehmann, P. (2004): *Querschnittliche Analyse der Erhebungstechnik des Projekts "Kraftwerk/Kraftwerk-Mobil" im DaimlerChrysler Werk in Wörth*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Sportinstitut, Universität Heidelberg.
- Lenhardt, U. (2007): *Präventionsaktivitäten der GKV. Qualitätssicherung, Berichterstattung und Evaluierung*. In: *Prävention*, Bd. 30 (4), S. 104-107. Schwabenheim a. d. Selz: Sabo.

- Lenhardt, U. (Juli 2001): *Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit*. Publications series of the Research Unit Public Health Policy, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Arbeitsgruppe Public Health, W. B. f. S., Berlin: Wissenschaftszentrum.
<http://skylia.wzb.eu/pdf/2001/p01-203.pdf>, abgerufen am 17.04.2011
- Magnusson, K. / Kroslid, D. / Bergman, B. (2004): *Six Sigma umsetzen. die neue Qualitätsstrategie für Unternehmen; mit neuen Unternehmensbeispielen*. München [u.a.]: Hanser.
- Meifert, M. T. (2004): *Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Konzepte, Praxis, Perspektiven*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Michaelis, M. / Nübling, M. / Hoffmann, A. / Stöbel, U. / Hofmann, F. / Matschke, B. (2000): *Evaluationskriterien für betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Prävention arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen: Workshop vom 10. Juni 1998 in Berlin*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Mollenkopf, K. (2003): *Ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement System (GABEGS). Version vom 17.09.2008*. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz.
- Nieder, P. (2006): *Mitarbeiterbefragung und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)*. In: Domsch, M. E. / Ladwig Désirée H., (Hrsg.): *Handbuch Mitarbeiterbefragung*, S. Berlin [u.a.]: Springer.
- Pfaff, H. (2001): *Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements*. In: Holger Pfaff, W. S. (Hrsg.): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, S. 27-49. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Pfaff, H. / Slesina, W. (2001): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Pieper, R. / Goebel, C. (2001): *Handbuch Arbeitsschutz. Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz*. Frankfurt am Main: Bund-Verlag
- Preußner, I. (2003): *Betriebliche Gesundheitsförderung durch Partizipation. Eine qualitative Studie zu den individuellen Voraussetzungen für eine Beteiligung an Gesundheitszirkeln*. Universität Hamburg.
- Priester, K. (2003): *Betriebliche Gesundheitsförderung. Voraussetzungen - Konzepte - Erfahrungen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

- Reis, A. (2005): *Krankheitskostenanalysen*. In: Swart, E. / Ihle, P. (Hrsg.): *Routinedaten im Gesundheitswesen - Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*, S. 291-300. Bern: Huber.
- Ritter, W. (2001): *Betriebliches Gesundheitsmanagement "erlernen" durch Leitfäden? Organisationstheoretische und betriebspraktische Anforderungsdimensionen an Verfahrenswege im betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Dissertation, Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld.
- Röttger, C. / Bender, S. / Friedel, H. / Friedrichs, M. / Bödeker, W. (2005): *Rekonstruktion von Erwerbsverläufen aus Sekundärdaten zur Bestimmung beruflicher Belastungen*. In: Swart, E. / Ihle, P. (Hrsg.): *Routinedaten im Gesundheitswesen - Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*, S. 281-289. Bern: Huber.
- Rosenbrock, R. (2000): *Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung*. In: Schröer, A. (Hrsg.): *Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Qualität und Effizienz betrieblicher Gesundheitsförderung*, S. 1-16. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rothlauf, J. (2010): *Total Quality Management in Theorie und Praxis. Zum ganzheitlichen Unternehmensverständnis*. München [u.a.]: Oldenbourg.
- Rothlauf, J. / Mietzner, D. (2001): *Total quality management in Theorie und Praxis*. München [u.a.]: Oldenbourg.
- Ruckstuhl, B. / Kolip, P. / Gutzwiller, F. (2001): *Qualitätsparameter in der Prävention*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*, S. 38-50. Köln: BZgA.
- Sammet, T. (2006): *Evaluation einer Intervention in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Bewertung eines Kräftigungstrainings zur Prävention von Rückenschmerzen*. Dissertation, Institut für Sportwissenschaft, Universität Stuttgart.
- Schell, H. M. / Schichtherle, S. / Lauterbach, K. W. (2001): *Evidenzbasierte Medizin zur Sicherung der Qualität der betrieblichen Gesundheitsförderung*. In: Pfaff, H. / Slesina, W. (Hrsg.): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, S. 117-126. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Schöffski, O. / Graf v. d. Schulenburg, J. M. (2008): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Schroeter, S. / Göhringer, M. / Köppe, D. / Keck, R. (2003): *Qualitätsmanagementsysteme. Ein Wegweiser für die Praxis*. Industrie- und Handelskammern in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg (Hrsg.). Erkrath: Toennes Gruppe.

- Schubert, H. / Zink, K. J. (2001): *Eine Einführung in das Werk: Zur Qualität sozialer Dienstleistungen*. In: Schubert, H. / Zink, K. J. / Albert, W. (Hrsg.): *Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen*, S. 1-7. Neuwied [u.a]: Luchterhand.
- Schubert, I. / Ihle, P. / Köster, I. (2005): *Verwendung von GKV-Daten in der Sekundärdatenforschung*. In: Swart, E. / Ihle, P. (Hrsg.): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*, S. 235-241. Bern [u.a.]: Huber.
- Schulz-Wimmer, H. (2002): *Projekte managen: Werkzeuge für effizientes Organisieren, Durchführen und Nachhalten von Projekten*. Planegg b. München: Haufe.
- Schwartz, F. - W. / Bitzer, E. - M. / Dörning, H. / Walter, U. (2006): *Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen*. In: Hurrel (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, S. 1169-1200. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Schwarze, J. / Jehle, E. (2003): *Kundenorientiertes Qualitätsmanagement in der Automobilindustrie*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag
- Seidel, H. - J. (2007): *Prävention in der Arbeitsmedizin*. In: Hurrelmann, K. / Altgeld, T. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, S. 233-242. Bern: Huber.
- Slesina, W. (1994): *Gesundheitszirkel: Der "Düsseldorfer Ansatz"*. In: Westermayer, G. (Hrsg.): *Betriebliche Gesundheitszirkel*, Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Slesina, W. (2001a): *Formen betrieblicher Gesundheitsförderung: Bedarf an Evaluation und Qualitätssicherung*. In: Holger Pfaff, W. S. (Hrsg.): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, S. 17-26. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Slesina, W. (2001b): *Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel*. In: Holger Pfaff; Wolfgang Slesina (Hrsg.): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, S. 75-96. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Slesina, W. / Beuels, F. / Sochert, R. (1998): *Betriebliche Gesundheitsförderung. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen*. Weinheim [u.a.]: Juventa
- Sochert, R. (1998): *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

- Sochert, R. (2000): *Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung*. In: Schröer, A. (Hrsg.): *Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Qualität und Effizienz der betrieblichen Gesundheitsförderung*, S. 47-63. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Sochert, R. / Schröer, A. (1996): *Betriebliche Gesundheitsförderung durch Gesundheitszirkel*. In: Marr, R. (Hrsg.): *Absentismus: Der schleichende Verlust an Wettbewerbspotential*, S. 133-148. Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Sockoll, I. / Kramer, I. / Bödeker, W. (2008): *IGA-Report 13. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006*. Essen/ Dresden: BKK BV & HVBG
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2003): *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003*.
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2010): *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010*. Berlin.
- Stöfken, K. (2005): *Überprüfung der Effekte anhand Veränderungsmessungen des Projekts "Kraftwerk/ Kraftwerk mobil" im DaimlerChrysler Werk in Wörth mit dem Schwerpunkt auf die Muskelkraft der Lumalextensoren*. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Sportinstitut, Heidelberg.
- Stöger, R. (2007): *Wirksames Projektmanagement. Mit Projekten zu Ergebnissen*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Stöbel, U. / Michaelis, M. (2001): *Interventionsstrategien und evaluierte Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung zur Verhütung arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen*. In: Holger Pfaff, W. S. (Hrsg.): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, S. 63-73. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Stufflebeam, D. L. (1972): *Evaluation als Entscheidungshilfe*. In: Wulf, C. (Hrsg.): *Evaluation - Beschreibung und Bewertung von Unterricht, Curricula und Schulversuchen*; S. 113-145. München: Piper.
- ten Have, S. / ten Have, W. / Stevens, F. (2003): *Handbuch Management-Modelle. Die Klassiker: Balanced Scorecard, CRM, die Boston-Strategiematrix, Porters Wettbewerbsstrategie und vieles mehr*. Weinheim: Wiley.
- Thiehoff, O. / Kleinöder, T. (2003): *Qualitätsmanagement*. In: Schwartz, F. W. / Badura, B. / Leidl, R. / Raspe, H. (Hrsg.): *Das Public Health Buch - Gesundheit*

- und Gesundheitswesen, S. 725-738. München: Urban u. Schwarzenberg.
- Thiehoff, R. (1998): *Betriebswirtschaftliche Evaluation*. In: Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A. - M. (Hrsg.): *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, S. 211-222. Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Thiehoff, R. (2004): *Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagement - Zum Return on Investment der Balance zwischen Lebens- und Arbeitswelt*. In: Meifert, M. T. (Hrsg.): *Gesundheitsmanagement im Unternehmen - Konzepte, Praxis, Perspektiven*, S. 57-77. Berlin [u.a.]: Springer.
- Thul, M. J. / Zink, K. J. (2001): *Selbstbewertung als Ansatz zur Bewertung betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme. Konzepte, Möglichkeiten und Grenzen*. In: Holger Pfaff; Wolfgang Slesina (Hrsg.): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, S. 161-180. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Ulich, E. (2005): *Arbeitspsychologie*. Zürich: vdf Hochschulverlag an der ETH.
- Ulich, E. / Wülser, M. (2009): *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler.
- Vollmuth, H. J. (1994): *Controlling-Instrumente von A - Z*. Planegg bei München: Verlag Wirtschaft Recht und Steuern.
- Wagner, K. W. / Käfer, R. (2008): *PQM - Prozessorientiertes Qualitätsmanagement: Leitfaden zur Umsetzung der ISO 9001. Leitfaden zur Umsetzung der ISO 9001; neu: Rollen im Prozessorientierten Qualitätsmanagement*. München: Hanser.
- Walter, U. / Schwartz, F. - W. / Hoepfner-Stamos, F. (2001): *Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*, S. 18-37. Köln: BZgA.
- Walter, U. / Schwartz, F. W. (2003): *Prävention*. In: Schwartz, F. / Badura, B. / Busse, R. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J. / Walter, U. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*, S. 189-214. München [u.a.]: Urban & Fischer.
- Westermayer, G. (1998): *Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung*. In: Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A. - M. (Hrsg.): *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, S. 119-132. Göttingen [u.a.]: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Westermayer, G. / Stein, B. A. / Beck, D. / Riese, I. / Bonn, V. / Wellendorf, J. / Wohlfeil, J. (2004): *Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung durch die AOK Berlin*. In: Busch, R. (Hrsg.): *Unternehmensziel Gesundheit - betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven*, S. 70-91. München [u.a.]: Hampp.

- Westermayer, G. / Stein, B. A. (2006): *Produktivitätsfaktor betriebliche Gesundheit*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Westermayer, G. / Wellendorf, J. (2007): *Evaluation Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. In: Prävention, Bd. 30 (4), S. 125-128. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Wimmer, K. (2002): *Gesundheitsmanagement in Organisationen. Der gesunde Mensch in der gesunden Organisation. Eine nützliche Synthese*. Linz: N.N.
<http://www.wimmer-partner.at/pdf.dateien/gesundheitsmgt.pdf>, abgerufen am 20.10.2008
- Winkelhofer, G. (2005): *Management- und Projektmethoden. Ein Leitfaden für IT, Organisation und Unternehmensentwicklung*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Wolter, O. (2002): *TQM Scorecard. Die Balanced Scorecard in TQM-geführten Unternehmen umsetzen*. München [u.a.]: Hanser.
- World Health Organization (WHO) (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.
- Wulf, C. (1972): *Evaluation. Beschreibung und Bewertung von Unterricht, Curricula und Schulversuchen; Texte*. München: Piper.
- Zink, K. / Reuter, A. Y. (2003): *Der Weg zum integrierten Managementsystem. Leitfaden zur ganzheitlichen und prozessorientierten Integration von Qualitäts-, Umwelt- und Gesundheitsmanagement*. Kaiserslautern: ITA.
- Zollondz, H. (2006): *Grundlagen Qualitätsmanagement. Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte*. München [u.a.]: Oldenbourg.

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt habe, die benutzten Quellen und Hilfsmittel vollständig angegeben und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Dissertation hat noch keiner anderen Fakultät oder Universität zur Prüfung vorgelegen und ist noch nicht veröffentlicht.

Oldenburg, den 30. Mai 2012

Daniela Metschar