

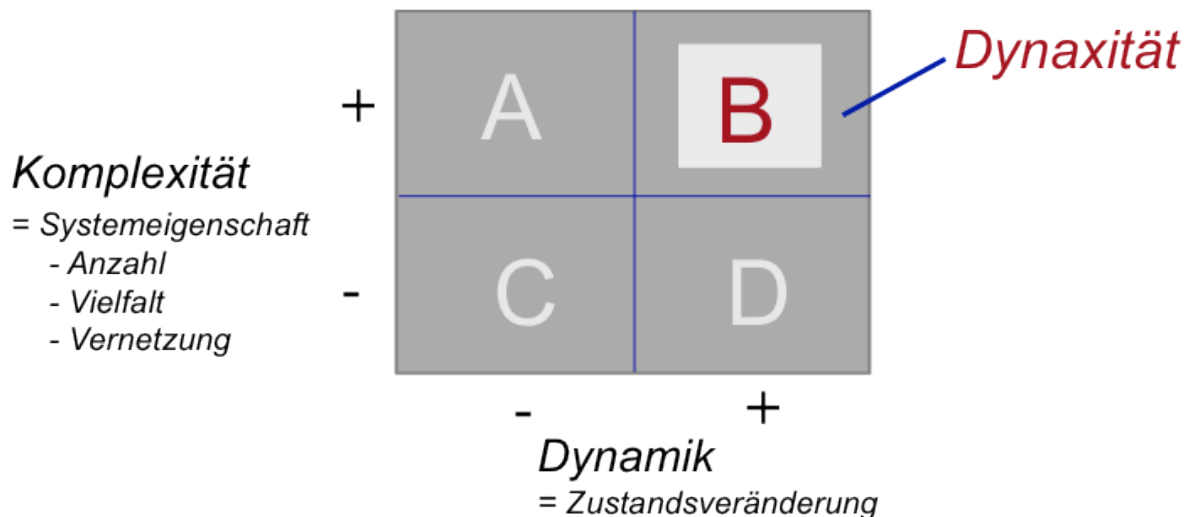
**Autoren: Burkhard Schmidt, Anja Höcke, Anja Borowczak, Michael Kastner**

## **Prävention durch ganzheitliches, vernetztes Gesundheitsmanagement**

### **1. Hintergrund**

„What you can't measure, you can't manage“ ist in den Köpfen vieler Unternehmensleitungen eine bestimmende Leitlinie. Gleichzeitig wird immer vom Personal als wichtigster Treiber für die Unternehmensentwicklung gesprochen (Scholz/Stein 2006, Schütte, 2005). Deshalb gilt die Personalpflege zunehmend als Erfolgsfaktor um die Ressource „Mitarbeiter“ zu bewahren und zu fördern (Kastner 1994). Dieser Prozess ist jedoch mit Investitionen in das Humankapital verbunden und oft ist der direkte monetäre Erfolg nicht ersichtlich (Schmidt 2006). Entscheider sehen leider zu oft nur die Kostenseite und sind über die positiven Wirksamkeitsbefunde aus Wissenschaft und Praxis meist wenig informiert. Ganz besonders gilt dies für den resultierenden Nutzen aus Investitionen in die Gesundheit und die Kompetenzen der Mitarbeiter.

Die Veränderungen in der globalisierten Arbeitswelt gehen mit einem vermehrten Anstieg an psychischen Beanspruchungen vieler Mitarbeiter einher, der u. a. auf immer kürzere Projektzyklen und knappere Ressourcen bei höheren Leistungserwartungen zurückzuführen ist. Diese Zunahme von Dynaxität (Kastner 1998), d.h. Komplexität und Dynamik führt entweder zu einem vermehrten Maß an psychisch bedingten Ausfällen oder zum „down-shifting“ - einer bewussten, schonenden Leistungsreduzierung. Auch die Tatsache, dass unsere Gesellschaft immer mehr überaltert, birgt einen vermehrten und spezifischeren Handlungsbedarf beim Erhalt der human resources auf dem Arbeitsmarkt.



**Abbildung 1:** Dynaxitätsmodell nach Kastner (Kastner 1998)

Aus wissenschaftlicher Sicht gelten heute die Zusammenhänge von Gesundheit und Motivation, Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung als gesichert (Badura 2001, Badura/Hehlmann 2003, Bamberg et al., 1998). Um diesen Vorgang leichter umsetzen zu können, ist die Kenntnis über Nutzen und Wirksamkeit von BGM unabdingbar.

Aufgrund der genannten Veränderungen ist die Erhaltung und Steigerung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter mehr denn je ein zentraler Wettbewerbsfaktor und Prävention nicht nur das humanste, sondern das langfristig ökonomischste Vorgehen (Kastner 2010).

Wie verschiedene aktuelle Studien belegen, hat die Anzahl psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren stark zugenommen (Badura et al., 2001, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2008). Vor allem psychosomatische Erkrankungen, Angsterkrankungen, Depressionen und Burnout sind Krankheiten, die im Arbeitsalltag mehr und mehr Einzug halten und nicht mehr nur Randerscheinungen in Form einiger „labiler“ Menschen im Arbeitsumfeld darstellen. Unser Jahrhundert gilt als das Jahrhundert der Depressionen und psychische Krankheiten werden nach und nach „salonfähig“, gelten z. T. sogar als Ausdruck übermäßigen Arbeitseinsatzes im Unternehmen. In einer Metaanalyse von Fessler & Knospe (2009) wird gezeigt, dass durch krankheitsbedingten Absentismus und Präsentismus 10 bis 15% der Gesamtproduktivität verloren gehen (35% Absentismus, 65% Präsentismus), pro Mitarbeiter so ein Verlust von 27 Tagen/Jahr entsteht und die wichtigsten „Produktivitätsräuber“ Stress, Kopfschmerzen, Allergien, Schlafprobleme und Depressionen sind. 25% der Männer und 29% der Frauen sollen burnout gefährdet sein, wobei die Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren am stärksten gefährdet ist. Diese Zahlen belegen, dass die Programme für betriebliches

Gesundheitsmanagement zunehmend auf die psychische Gesunderhaltung der Mitarbeiter ausgerichtet werden müssen und nicht mehr nur auf den klassischen Arbeitsschutz.

Durch die fortschreitende Globalisierung werden auch die Arbeitsbedingungen des Einzelnen zunehmend entgrenzter, flexibler und dezentraler (Kastner 2004). Ein Verschwimmen der Grenzen zwischen Arbeits- und Privatleben ist keine Ausnahme mehr, sondern der Regelfall geworden. Der Mangel einer adäquaten Work-Life-Balance führt somit zu vermehrtem Stress und in Folge zu Krankheit und AU-Tagen. Diese Dynamizitätssteigerung führt unmittelbar zu einer Vervierfachung der Krankheitstage durch psychische Erkrankungen (Kastner, 2010).

Diesen veränderten Herausforderungen muss sich ein ganzheitliches, betriebliches Gesundheitsmanagement stellen, insbesondere wenn es primärpräventiv wirken soll. Bisher sind innerbetriebliche Gesundheitsinterventionen oft zu pauschal („Gießkannenprinzip“), nicht präventiv und wenig nachhaltig angelegt. Zudem werden oft nur Insellösungen punktuell in engen Organisationsgrenzen umgesetzt, ohne die zahlreichen Vernetzungen innerhalb der Organisation und mit anderen relevanten wichtigen Schnittstellen zu berücksichtigen.

Gerade der demografische Wandel erfordert zunehmend präventives Denken in Unternehmen. Die hiermit verbundenen Handlungsfelder zielen auf den Erhalt von Gesundheit und Erfahrungswissen der älteren und den Erhalt der langfristigen Beschäftigungsfähigkeit der jüngeren Mitarbeiter ab (Shultz/Adams 2007). Das führt zu neuen, spezifischeren Herausforderungen für Unternehmen in der Zukunft. Diese sollten weg von einer Politik des Ersetzens „alt durch jung“ hin zu einem produktiven Miteinander, bei dem ältere und jüngere Mitarbeiter voneinander lernen und profitieren zum Nutzen aller. Durch gezielte Maßnahmen am Arbeitsplatz (Ergonomie, Pausengestaltung, etc.), die auf die Bedürfnisse älterer Mitarbeiter eingehen, können diese dauerhaft gesund, motiviert und leistungsfähig bleiben. Um der Defizithypothese der Älteren entgegenzuwirken, muss das Age-Management besonders Faktoren wie adäquate Handlungsspielräume und angepasste Führungsstile fördern, da sich gerade hier die Altersunterschiede bemerkbar machen. Auch die Inhalte des betrieblichen Gesundheitsmanagements sollten altersgerechter auf die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Lebensbedingungen der Mitarbeiter im Unternehmen ausgerichtet sein, denn nur so lassen sich nachhaltige Wirkungen zum Nutzen jedes Einzelnen und des gesamten Unternehmens erzielen.

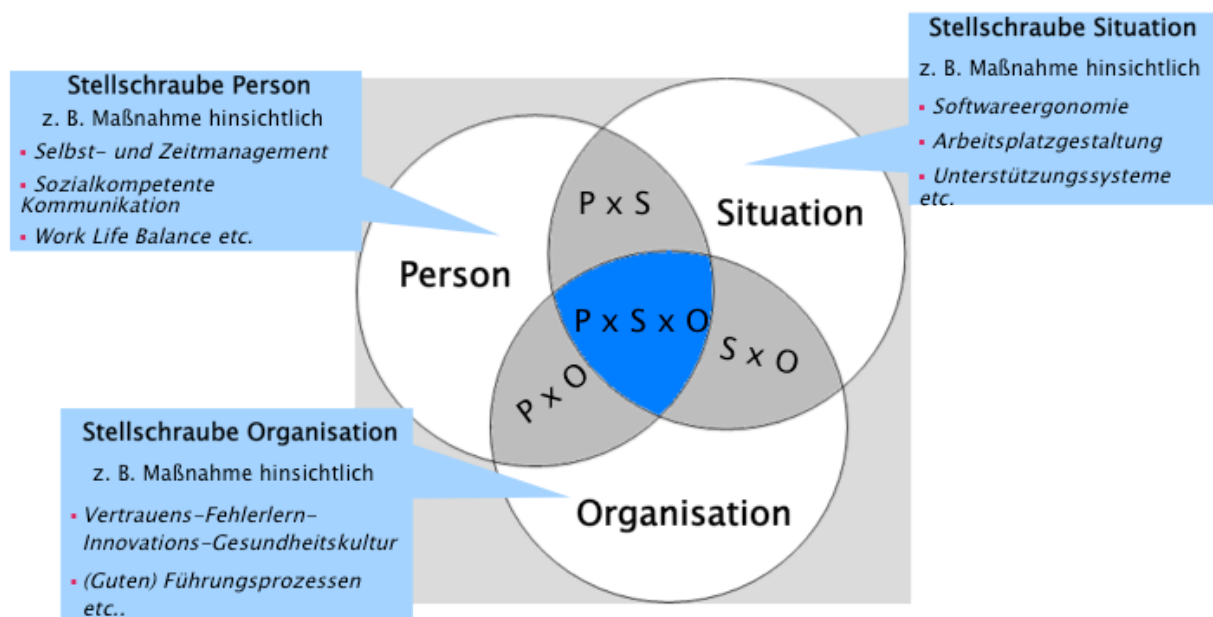
Gerade im Bereich der Wissensarbeit zeigt sich immer häufiger das Phänomen des „Downshifting“, d.h. junge, gut ausgebildete Mitarbeiter, die aufgrund ihrer Ausbildung und ihres hervorragenden Wissenstandes Leistungsträger Ihrer Unternehmen sind, fahren Ihre

Leistungen bewusst zurück und entziehen sich so bewusst den immer dynamischer werdenden Arbeitsanforderungen zugunsten ihrer persönlichen Work-Life-Balance und Gesundheit. Die organisatorischen Rahmenbedingungen erlangen hier mittlerweile mehr Bedeutung (Unternehmenskultur Bsp. Google) als die Entlohnung. Die Bewahrung von Mitarbeitern und damit der Schutz der in sie getätigten Investitionen sowie deren Innovationspotenzial ist einer der zentralen Faktoren im „war for talents“ geworden. Dafür ist es wichtig anzuerkennen, dass Menschen nicht den Gesetzen einfacher „Input-Output“-Relationen gehorchen, sondern komplexen Wirkzusammenhängen unterliegen, die auch in der Prävention berücksichtigt werden müssen.

## 2. Prävention im strategischen BGM umsetzen

Mehr Möhren in der Kantine, ein Fitness-Studio, ein Gesundheitszirkel und ein Gesundheitstag sowie bei psychischen Problemen ein externes EAP-System (Employee Assistance Program) sind noch kein Gesundheitsmanagement. Vielmehr müssen Arbeitsorganisation, -tätigkeiten und Führungsprozesse so gestaltet werden, dass Gesundheitsgefahren vorgebeugt, einerseits Belastungen und Anforderungen adäquat austariert werden und andererseits Mitarbeiter zu deren Bewältigung befähigt (Enabling), motiviert und ermächtigt (Empowerment) werden.

Prävention soll Verhalten, hier das Leistungs- und Gesundheitsverhalten, optimieren, damit es zu keinen negativen Effekten durch Fehlverhalten kommt. Aber eben dieses Verhalten muss differenziert betrachtet werden um präventive Faktoren angemessen beschreiben und erklären zu können. Hierzu dient das PSO-Modell (vgl. Kastner, 1998, 2004), das die dynamischen Wechselwirkungen von Person, Situation und Organisation abbildet.



## **Abbildung 2:** PSO-Modell (Kastner 1998)

Verhalten setzt sich nun zusammen aus den Faktoren:

- Person (P)
- Situation (S)
- Organisation (O)
- Interaktion P x S, z. B. richtiges Sitzen auf dem richtig konstruierten Bürostuhl in einer Weise, die keine Rückenschmerzen provoziert
- Interaktion P x O, z. B. Opfer und Täter zugleich im Umgang in einer bestimmten Kultur zu kommunizieren, etwa Duzen/Siezen, Kleiderordnung, Regeln einhalten, Mikropolitik inklusive Tratschen
- Interaktion O x S, z. B. Großraumbüros mit Kommunikationsecken
- Tripel-Interaktion O x S x P, z. B. fördert eine Organisation Großraumbüros mit einem dadurch lauten Arbeitsplatz, was bei der Konzentration stört.

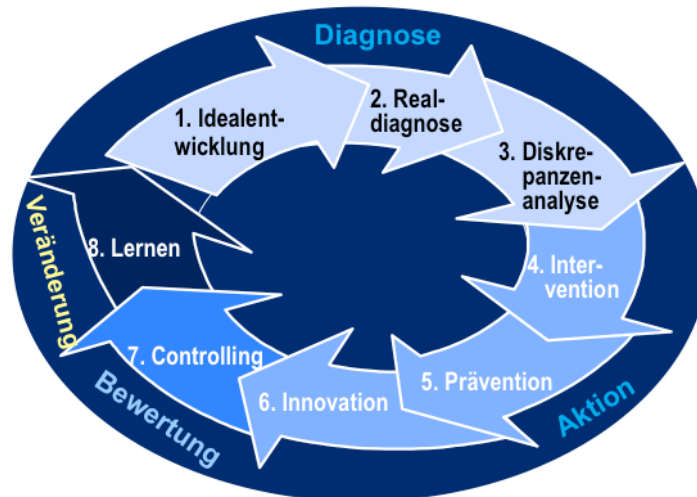
Um Leistungs- und Gesundheitsverhalten und –erleben möglichst präventiv zu optimieren, sind die Faktoren P, S und O die Hebel, die in den multiplikativ verzweigten Ursache-Wirkungsbeziehungen ihre Wirkung zeigen. Ein wesentlicher Vorteil dieser Zerlegung in die verschiedenen Komponenten besteht in einer präziseren Erfassung der Auswirkungen präventiver Maßnahmen.

Leistungs- und Gesundheitsmanagement ist systemisches und systematisches, effizientes Handhaben konkreter präventiver und interventiver Aktivitäten and den Faktoren P, S und O, so dass langfristig Leistungs- und Gesundheitsverhalten optimiert werden, dies in einer Weise, dass Kosten und Nutzen in einem gesunden Verhältnis stehen. Dazu wird ein Konzept benötigt, das den Anwender durch den Prozess führt. Hierzu dient die systemverträgliche Organisationsentwicklung (Kastner 1998, 2010, s. Abb. 3).

Hierbei werden zunächst Ideal- und Realzustand des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Unternehmen erhoben. Eine darauffolgende Diskrepanzenanalyse zeigt Schwächen auf und macht den Handlungsbedarf deutlich, so dass im Anschluss direkt auf das Unternehmen zugeschnittene Interventionsmaßnahmen eingeleitet werden können (Phase Diagnose).

Folgend wird das Fehlverhalten durch Interventionen korrigiert, aber damit ist noch nicht sichergestellt, dass sich der Fehler nicht wiederholt. An dieser Stelle muss der präventive Fokus im Vordergrund stehen. Prävention wiederum erfordert Kenntnis der Systemzustände. Um also einem neu aufgetretenen Zustand insbesondere primärpräventiv begegnen zu können, muss es zur Entwicklung von Innovationen (Phase Aktion).

In der Bewertungsphase muss sowohl die inhaltliche als auch die ökonomische Dimension des Prozesses beurteilt werden, was letztlich in einem Entwicklungs- oder Lernprozess schließt, der wiederum zu „neuen“ Idealanforderungen führt.



**Abbildung 3:** SOE-Kreis nach Kastner (Kastner 2010)

Die genannten Schritte dienen der Analyse von Ursache-Wirkungs-Beziehungen, die in eine Gesundheits-Balanced-Scorecard Eingang finden. So entsteht ein praxistaugliches Instrumentarium, mit Hilfe dessen die Wirkungen des präventiven Gesundheitsmanagements umfassend identifiziert und so dessen langfristige betriebliche Steuerung ermöglicht werden kann. Damit sollen nachhaltig Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter als grundlegende Faktoren für dauerhaften Unternehmenserfolg, vor allem in Zeiten der Globalisierung, des demografischen Wandels und der stetig ansteigenden dynaxischen Anforderungen gesichert werden.

### **3. Prävention durch Vernetzung optimieren**

Als Lösungsansatz für eine möglichst synergetische und ökonomische Vernetzung von Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung, wie z.B. Kranken- und Rentenversicherern und natürlich den Unternehmen selbst müssen sinnvolle interne und externe Vernetzungsmöglichkeiten erfasst und aufgezeigt werden. Zielführend ist es, Vertreter netzwerkerfahrener Unternehmen, Experten von Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung sowie Netzwerkexperten aus Wissenschaft und Praxis an einen Tisch zu bringen um deren Wissen und Erfahrungen zu bündeln, um daraus Normstrategien und Handlungsempfehlungen für BGM-Netzwerke abzuleiten (Höcke et al. 2010). Gerade Beispiele guter Praxis müssen schnell Ihren Weg in die breite Öffentlichkeit finden, damit

andere Unternehmen (z.B. KMU) von den Lösungen profitieren können, um selbst primärpräventiv tätig zu werden. Wie die Zusammenarbeit mit verschiedensten Unternehmen bisher gezeigt hat, scheinen die Möglichkeiten, die ein solches Netzwerk von kompetenten Partnern in- und außerhalb des Unternehmens zur Prävention für alle Seiten bieten kann, derzeit noch nicht annähernd ausgeschöpft zu werden. Gerade hier besteht noch erheblicher Handlungsbedarf bei der Einführung, Pflege und Evaluation solcher Netzwerke.

Im Sinne des Aachener Appells zeigt sich deutlich weiterer Handlungsbedarf um Prävention in Kombination aus Wissenschaft und Praxis weiter zu erforschen. Neben brachliegenden, ungenutzten Kooperations- und Synergiepotenzialen ist auf der praktischen Seite noch oft viel Überzeugungsarbeit zu leisten. Gerade der Nachweis der ökonomischen Notwendigkeit von Prävention für Unternehmen bleibt eine der größten Herausforderungen für Forschung und Praxis in der Zukunft.

- BADURA, B. (2001) Betriebliches Gesundheitsmanagement. Was ist das, und wie lässt es sich erfolgreich praktizieren? Berlin, Springer.
- BADURA, B. & HEHLMANN, T. (2003) Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin. Springer.
- BADURA, B., LITSCH, M. & VETTER, C. (Eds.) (2001) Fehlzeiten-Report 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement. Berlin. Springer.
- BAMBERG, E., DUCKI, A. & METZ, A.-M. (Eds.) (1998) Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen. Verlag für Angewandte Psychologie.
- BAUA BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (Ed.) (2008) Qualität der Arbeit. Markenzeichen des Standortes Europa. Dortmund.
- FISSLER, E. R. & KNOSPE, S. (2009) Produktivität erhöhen. Personal. 4. 49-55.
- HÖCKE, A., SCHMIDT, B., BOROWCZAK, A. & KASTNER, M. (2010) Synegoistische Vernetzung als Aufgabe eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements. (in Druck)
- KASTNER, M. (1994) Personalpflege-Der gesunde Mitarbeiter in einer gesunden Organisation. BeltzPVU.
- KASTNER, M. (1998) Verhaltensorientierte Prozeßoptimierung. Herdecke. Maori.
- KASTNER, M. (2004) Die Zukunft der Work Life Balance. Kröning. Asanger Verlag.
- KASTNER, M. (2010) Führung und Gesundheit - Ganzheitliches Leistungs- und Gesundheitsmanagement. (in Druck)
- SCHMIDT, B. (2006) Strategic Human Capital Management- A Critical Classification of State-of-the-Art Human Capital Measurement Approaches. Lehrstuhl für Theorien und Grundlagen der Organisationspsychologie. Dortmund. Technische Universität Dortmund.
- SCHOLZ, C. & STEIN, V. (2006) Humankapital messen : Schwerpunkt: Leadership. In: (Z 5582) Personal (Düsseldorf). - Düsseldorf. - 58. 2006, 1. - Umfang: 8- 11.
- SCHÜTTE, M. (2005) Humankapital messen und bewerten: Sisyphusarbeit oder Gebot der Stunde? Personalführung. 4. 18-28.
- SHULTZ, K. S. & ADAMS, G. A. (Eds.) (2007) Aging and Work in the 21st Century, London, Lawrence Erlbaum Associates. Publishers.