

BAutzener Diskussionspapiere

Daten für Taten

*Die Gesundheitsberichterstattung als Instrument im
Betrieblichen Gesundheitsmanagement*

KATHARINA SENDE & PEGGY STÖHR

BAutzener Diskussionspapier 02/16

ISSN 2366-2158

Kontaktdaten der Autoren:

Katharina Sende

Staatliche Studienakademie Bautzen
Löbauer Straße 1
02625 Bautzen
Deutschland

E-Mail: sende@ba-bautzen.de

Peggy Stöhr

Landratsamt Bautzen
Jobcenter
Macherstraße 55
01917 Kamenz
Deutschland

E-Mail: peggy.stoehr@lra-bautzen.de

Herausgeber:

Andreas Bühn

E-Mail: buehn@ba-bautzen.de

Internet:

Eine elektronische Version des Diskussionspapiers steht auf folgender Seite zur Verfügung:
<http://buehn.ba-bautzen.de/bautzener-diskussionspapiere/>

Diskussionspapiere in englischer Sprache sind auch über die SSRN-Website verfügbar:
<http://www.ssrn.com>

Daten für Taten*

Die Gesundheitsberichterstattung als Instrument im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Katharina Sende[†]
Berufsakademie Sachsen

Peggy Stöhr[‡]
Landratsamt Bautzen

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag zu den Bautzener Diskussionspapieren wurde angeregt durch die Beobachtung der Autoren, dass entgegen dem Titel des Beitrags das Handeln vieler Unternehmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement vorrangig durch „Taten ohne Daten“ geprägt ist. In vielen Gesprächen mit Betrieben sowohl auf Fachtagungen als auch im Rahmen von studentischen Arbeiten wurde deutlich, dass es nicht selbstverständlich ist, sich vor der Implementierung von Maßnahmen zu vergewissern, ob diese bedarfsgerecht und nötig sind. Werden Daten erhoben, liegt der Fokus meist lediglich auf Fehlzeiten. Mit dem vorliegenden Papier soll ein grundlegendes Verständnis der vielfältigen Möglichkeiten in der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung geschaffen werden, um die gesundheitliche Situation von Beschäftigten und das Belastungsgeschehen im Betrieb umfassend zu beschreiben. Erst dann sind passgenaue und zielgerichtete Präventionsmaßnahmen möglich.

Schlagwörter: Gesundheitsberichterstattung, Betriebliches Gesundheitsmanagement

* Aus Gründen der Lesbarkeit wird als neutrale Formulierung durchgängig die männliche Sprachform verwendet, die alle verschiedenen Gruppen, insbesondere gleichberechtigt Frauen und Männer einschließt. Die Autoren freuen sich über Rückmeldungen zu den angestellten Überlegungen und stehen für Gespräche dazu gern zur Verfügung.

[†] Staatliche Studienakademie Bautzen, Löbauer Straße 1, 02625 Bautzen, Telefon: +49 (0) 3591 353-283, Email: sende@ba-bautzen.de.

[‡] Landratsamt Bautzen, Jobcenter, Macherstraße 55, 01917 Kamenz, Telefon: 049 (0) 03591 5251-45117, Email: peggy.stoehr@lra-bautzen.de.

1 Gesundheit als betriebliches Thema

Nie zuvor hatten die Themen Gesundheit und Prävention in Betrieben einen so hohen Stellenwert wie heute. Umfragen in Unternehmen ergeben, dass dies vor allem auf verlängerte Lebensarbeitszeiten und gestiegene Arbeitsbelastungen, aber auch auf den demografischen Wandel und den zukünftigen Fachkräftemangel zurückzuführen ist (vgl. Ärzteblatt 2014). Der Arbeitsmarktreport 2013/2014 des Deutschen Industrie- und Handelskammertags (DIHK) zeigte, dass jedes vierte Unternehmen offene Stellen längerfristig oder gar nicht besetzen kann, weil es keine passenden Arbeitskräfte findet. Besonders betroffen sind dabei Unternehmen, die technisch ausgebildete Fachkräfte benötigen oder Fachkräfte aus dem Bereich Pflege und Gesundheit suchen. Diese Situation am Arbeitsmarkt zeigt, dass sich ein Unternehmen als interessanter Arbeitgeber beweisen muss, um für knappe Arbeitskräfte attraktiv zu sein und das bereits bestehende Personal an sich binden zu können. Dies bedeutet, dass Humanressourcen optimal gefördert und genutzt werden müssen. An dieser Stelle knüpft das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) an. Es dient dem Unternehmen im Umgang mit den sich verändernden Bedürfnissen der Arbeitnehmer und der veränderten demografischen Gesellschaftsstruktur.

Die Unerlässlichkeit der Investition in ein betriebliches Gesundheitsmanagement lässt sich nicht nur durch die vorgenannten externen Beweggründe unterstreichen, auch unternehmensintern gibt es eine Vielzahl von Argumenten für die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Esslinger et al. (2010) gehen an dieser Stelle auf vier interne Beweggründe für ein BGM ein. Zunächst ist hier das Kostenmotiv zu nennen. Die Kosten krankheitsbedingter Fehlzeiten sollen mittels eines BGM reduziert werden. Aufgrund der vorgenannten demografischen Herausforderung, mit einer alternenden Belegschaft zu wirtschaften, folgt ein weiteres Motiv – das Motiv des Bestrebens der Mitarbeiterbindung. Qualifizierte und produktive Mitarbeiter sollen möglichst lang im Unternehmen gehalten werden. Als nächstes folgt das Wettbewerbsmotiv, welches vor allem vor dem Hintergrund des Bedeutungszuwachses des Dienstleistungssektors gesundheitsförderliche Maßnahmen immer relevanter erscheinen lässt. Gesunde und motivierte Arbeitnehmer sind nicht zuletzt das Mittel, um eine marktführende Position zu erlangen (vgl. Esslinger et al. 2010, S. 52). Abschließend ist noch das humanitäre Motiv zu nennen. Es stellt das wohlwollende soziale Verhalten des Managements gegenüber den Mitarbeitern dar und spiegelt die soziale Verantwortung des Unternehmens als Arbeitgeber wider (vgl. Esslinger et al. 2010, S. 49 ff.).

Diese Verantwortung liegt auch darin begründet, dass sich eine Einzelperson zwar individuell gesundheitsbewusst verhalten kann. Viele arbeitsbedingte Einflussfaktoren der Gesundheit sind jedoch nur schwer individuell zu beeinflussen. Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet daher bereits seit 1996 Arbeitgeber, eine systematische und regelmäßige Beurteilung an jedem Arbeitsplatz durchzuführen und zu dokumentieren. Diese Gefährdungsbeurteilung ist die Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen zur Beseitigung von Gesundheitsgefahren und fokussierte sich lange Zeit hauptsächlich an physischen Gefährdungen (z.B. Lärm, Beleuchtung). Seit Ende 2013 verlangt der Gesetzgeber, auch explizit „psychische Belastungen“ in die Gefährdungsbeurteilung aufzunehmen. Geschieht dies nicht, besteht ein klarer Verstoß gegen das Arbeitsschutzgesetz (vgl. Gündel et al. 2014, S. 186). Zahlreiche arbeitspsychologische Studien belegen, dass es nicht allein am Gesundheitsverhalten des Einzelnen liegt, ob man sich psychisch gesund erhalten kann. Selbst wenn Mitarbeiter sich gesundheitsbewusst verhalten, beinhalten die Arbeitsbedingungen immer noch erhebliche Risiken. Wenn z.B. Zeit- und Leistungsdruck, geringe Entscheidungsspielräume oder schlechte Führung über längere Zeit bestehen, dann ist dies mit massiven Gesundheitsrisiken verbunden (vgl. Literaturüberblick bei Bonde 2008). Unternehmen müssen also die Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliches Verhalten auch im Betrieb gewährleisten.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement vereint alle Maßnahmen des Arbeitgebers, die darauf abzielen, die Gesundheit, Leistung und den Erfolg für das Unternehmen und alle seine Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Der beliebte Ausspruch „Ein Apfel am Tag macht noch kein BGM“ zeigt, dass pauschale Einzelmaßnahmen wie ein Obstkorb oder ein Rückentraining nicht ausreichend sind. Optimal ist eine Anpassung der Aktivitäten auf die individuellen Bedürfnisse und Probleme eines Unternehmens. So entsteht ein BGM als kontinuierlicher Verbesserungsprozess ohne einen Endpunkt. Das ganze System „Betrieb“ soll idealerweise eine systematische und nachhaltige Implementierung gesundheitsförderlicher Strukturen erfahren (vgl. Matyssek 2015). Der PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act), adaptiert als Methode der Qualitätssicherung, gibt als strukturiertes Problemlöseverfahren Orientierung und kann für das Betriebliche Gesundheitsmanagement angepasst werden (vgl. DIN SPEC 91020). Die folgende Abbildung stellt den angepassten idealtypischen Phasenablauf eines BGM dar.

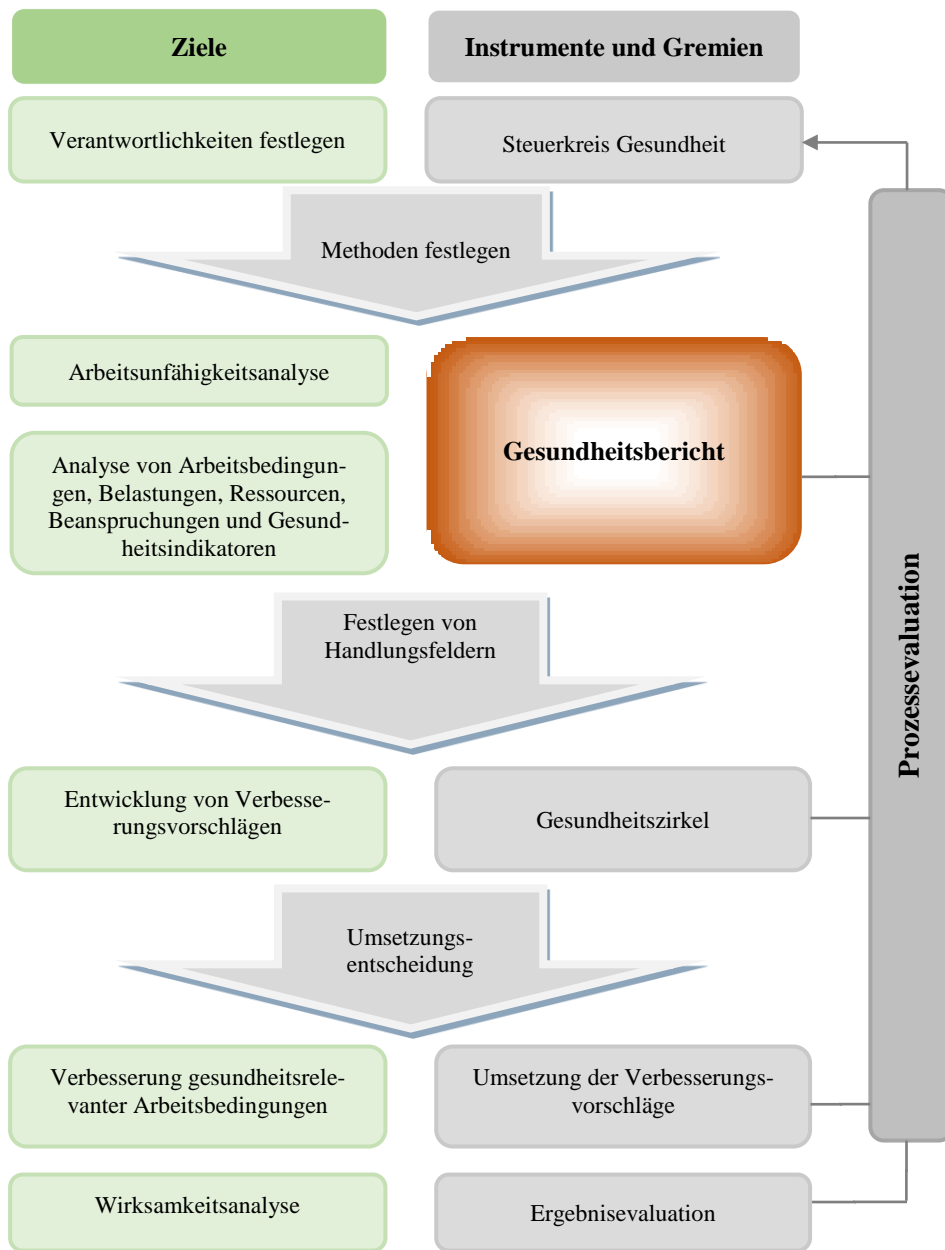


Abbildung 1: Phasen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Quelle: vgl. Ulich & Wülser (2010, S. 122)

Das Festlegen von Verantwortlichkeiten und Methoden zur Ermittlung von Gesundheitschancen und -risiken durch den Steuerkreis Gesundheit setzt den Ausgangspunkt. Die anschließende Analyse der vorhandenen Ressourcen und Belastungen sowie deren Auswertung legen den Grundstein für die Entwicklung spezifischer Handlungsfelder. Kennzahlen sind festzulegen, anhand derer in wiederkehrenden Zeitabständen die geschaffenen Maßnahmen und ihre Umsetzung auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.

Diese Ergebnisevaluierung zur Qualitätssicherung gibt auch Aufschluss darüber, inwieweit die Zielsetzungen erfüllt werden (z.B. Erhöhung der Arbeitszufriedenheit). Zudem verweist sie auf zusätzliche oder verbesserungsbedürftige Maßnahmen. In der Prozessevaluation erfolgt eine Identifikation und Bewertung von Fehlern des Gesamtablaufes, ggf. werden neue BGM-Ziele für folgende Zyklen festgelegt. Mit diesem Ablauf ist der BGM-Zyklus in die laufenden Managementprozesse integriert.

Basis für ein betriebliches Gesundheitsmanagement ist die Gesundheitsberichterstattung (GBE). Sie beinhaltet die Kennzahlen aller Analysen der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten und dient als Entscheidungsgrundlage für die Erarbeitung individueller bzw. bereichsbezogener, gesundheitsförderlicher Maßnahmen innerhalb des Unternehmens (vgl. Abb. 1). Nachfolgend werden die theoretischen Grundlagen der GBE erörtert. Die Verfahrensweise der Gesundheitsberichterstattung wird generalisiert und als mögliches Konzept zur Umsetzung in Unternehmen vorgestellt.

2 Auf dem Weg zu mehr Gesundheit - Die betriebliche Gesundheitsberichterstattung

Die betriebliche Gesundheitsberichterstattung ist als Instrument innerhalb des BGM einzugliedern (vgl. Abb. 1). Sie bewertet Daten und Informationen bezüglich der Arbeitsbedingungen, die Einfluss auf die Gesundheitssituation der Beschäftigten haben. Dies erfolgt zumeist in einem betrieblichen Gesundheitsbericht. Dieser dient der Bestimmung von Schwerpunkten des Belastungs- und Erkrankungsgeschehens im Unternehmen (vgl. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2005, S. 1).

Der betriebliche Gesundheitsbericht wird auf Grundlage von betriebs-, berufs- oder branchenbezogenen Krankenstandsdaten und /-analysen sowie auf subjektiven Befragungsdaten über Belastungen und Beanspruchungen innerhalb eines Tätigkeitsbereichs erstellt. Die Beschreibung gesundheitlicher Belastungen auf Grundlage einer einzigen Datenquelle würde den betrieblichen Gesundheitszustand der Beschäftigten lediglich eindimensional und damit unzureichend darstellen. Zur umfassenden Beschreibung der Belastungssituation ist die Integration verschiedener Quellen angebracht. Damit die GBE Antworten auf unternehmensbezogene Gesundheitsfragen geben kann, sind auf betriebliche Belange abgestimmte Analyseverfahren Voraussetzung. Eine bedarfsgerechte GBE spielt eine zentrale Rolle bei strukturellen Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements - liefert also die Daten und Informationen für die Erarbeitung abgestimmter Maßnahmen der Gesundheitsförderung (vgl. Robert Koch-Institut 2002, S. 99, 108, 115).

Die Diskussion um den Gesundheitsschutz im Unternehmen soll kompetent unterstützt werden und dazu beitragen, gesundheitliche Belastungen aufzudecken. Zudem sind die mediale Wirkung der Gesundheitsberichte sowie deren Präsentation nicht zu unterschätzen, besonders in Hinsicht des Abbaus von möglichen vorhandenen Widerständen und gerade zu Beginn der Einführung eines BGM (vgl. Robert Koch-Institut 2002, S. 105).

Um eine funktionierende betriebliche Gesundheitsberichterstattung zu gewährleisten, sind die grundsätzliche Bereitschaft und die prinzipielle Übereinkunft der Unternehmensführung und der Arbeitnehmervertretung gegenüber der Berichterstattung erforderlich. Anschließend ist zu bestimmen, ob der Bericht das gesamte Unternehmen oder ein Werk, eine Abteilung, etc. zur Betrachtung haben soll. Das folgende Kapitel erläutert detailliert die einzelnen Schritte der Gesundheitsberichterstattung.

Vorgehensweise bei der Erarbeitung des Gesundheitsberichtes

Die vorgenannten Ausführungen stellen das Erfordernis dar, einen mehrdimensionalen Gesundheitsbericht zu erstellen. So wird sichergestellt, dass der betriebliche Gesundheitsbericht den Anforderungen einer geeigneten Datengrundlage für gesundheitsförderliche Maßnahmen entspricht. Bis zur Fertigstellung des eigentlichen Berichtes sind mehrere Phasen zu durchlaufen (vgl. Abb. 2).

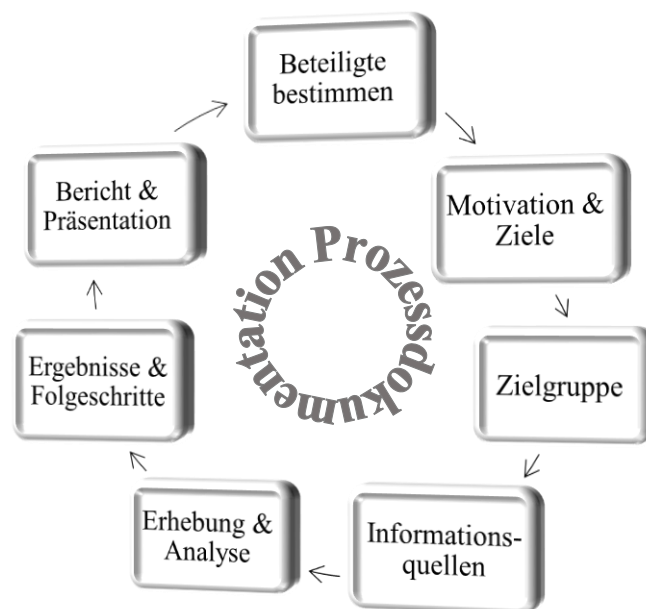


Abbildung 2: Prozessablauf der Gesundheitsberichterstattung

Quelle: eigene Darstellung

Zeitplanung

Die Erstellung eines betrieblichen Gesundheitsberichtes sollte zu Beginn eines Kalenderjahres für das vorausgegangene Jahr erarbeitet werden. Für eine effektive und zielführende Berichterstattung sollten personelle wie auch zeitliche Ressourcen geschaffen werden. Eine Präsentation des Gesundheitsberichts erscheint im Monat März oder April als geeignet, so dass für die Erarbeitung ca. 3 Monate Zeit besteht und das Jahr für die Präsentation des Berichts noch nicht zu weit fortgeschritten und damit die herangezogenen Zahlen des Vorjahres als veraltet angesehen werden könnten.

Phase 1 – Festlegung der Beteiligten

Bevor die Erarbeitung des betrieblichen Gesundheitsberichts begonnen werden kann, ist zu klären, wer die internen und externen Akteure sind. Zu den internen Beteiligten gehört in erster Linie die Unternehmensführung aufgrund ihrer Vorbildfunktion für das gesamte Unternehmen. Sie ist maßgeblich an der unternehmensinternen sowie -externen Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Unternehmungen beteiligt und damit Signalgeber für die Mitarbeiter. Daneben ist der Betriebsrat aufgrund seiner Mitbestimmungsrechte einzubeziehen. Dies ist auch im Hinblick auf die Verbindung zur Belegschaft sinnvoll. Weiterhin ist das Personalmanagement aufgrund der benötigten Datenbasis (Arbeitsunfähigkeitsstatistik, personenbezogene Daten usw.) zu einzubeziehen.

Daneben ist auch die mittlere Führungsebene zu beteiligen, da diese die direkte Verbindung zur Belegschaft darstellt und somit im Hinblick auf eine Beteiligung der Mitarbeiter positiv auf diese einwirken kann (z.B. Motivation zur Teilnahme an einer Mitarbeiterbefragung). Sie kennt die Besonderheiten jedes einzelnen Bereichs und kann auch mögliche Widerstände gegen Neuerungen verringern. Soll der Gesundheitsbericht nur für einen Unternehmensteil oder eine bestimmte Berufsgruppe erarbeitet werden, beschränkt sich die Beteiligung der mittleren Führungsebene auf die betreffenden Bereichsleiter, Werksleiter, Abteilungsleiter etc. Neben den verschiedenen Führungsebenen ist die Beteiligung des Beauftragten für Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie des Personalmanagements sinnvoll. Zu den externen Akteuren zählen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, der Betriebsarzt /-ärztin und die Sicherheitsfachkraft. Deren Beteiligung ist im Hinblick auf die Beschaffung von entscheidungsrelevanten Daten sowie der Nutzung des individuellen Knowhows zu empfehlen.

Für die Erstellung eines aussagekräftigen mehrdimensionalen Gesundheitsberichtes ist es sinnvoll, die Koordination des gesamten Prozesses einer unternehmensinternen Person zu überlassen (vorzugsweise eine Stabsstelle), um so den Überblick über das Geschehen zu behalten.

Phase 2 –Zielsetzung, Motivation und Klärung der Rahmenbedingungen

Anschließend ist die Zielsetzung zu bestimmen und vor Beginn der Berichterstattung zu präzisieren. Dies zielt auf die Fragestellung ab, was mit den gewonnenen Daten und Informationen unternommen werden soll. An dieser Stelle gibt es innerhalb der Gesundheitsberichterstattung zwei Möglichkeiten: zum einen kann ein vorhandener Istzustand erstmalig aufgezeigt werden, zum anderen können bereits eingeführte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung evaluiert und damit eine Veränderung in Bezug auf die vorherige Bestimmung des Gesundheitszustandes aufgezeigt werden. Es stellt sich also die Frage, ob es sich um eine Erst- oder Folgeerhebung (z. B. Evaluation bereits durchgeführter Maßnahmen) handelt. Auf dieser Grundlage sollen Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die betriebliche Gesundheit der Beschäftigten entwickelt und im Folgenden deren Wirksamkeit überprüft werden.

Sowohl für die Vorhaltung der innerbetrieblichen personellen Ressourcen als auch für die Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen ist es sinnvoll, finanzielle Mittel bereitzustellen. Die Kosten für die GBE sollten in die Personalkosten integriert und über das Entgelt für die Leistungserbringung refinanziert werden. Um eine hohe Qualität der Aussagekraft des Berichtes zu sichern, ist es erforderlich, neben den personellen Ressourcen auch zeitliche Ressourcen zu schaffen. Die Erarbeitung eines Gesundheitsberichtes neben dem „Tagesgeschäft“ ist oft nicht zielführend.

An dieser Stelle sind weiterhin die Ziele zu benennen, die mit der Untersuchung erreicht werden sollen bzw. festzulegen, welche Veränderungen verfolgt werden. Sie sind ebenso wie die Problemstellung zu konkretisieren. Hilfreich ist die sogenannte SMART-Regel für die Formulierung von Zielen: Ziele müssen eindeutig definiert sein (spezifisch). Des Weiteren müssen sie **m**essbar sein, von den Empfängern (i. d. R. Mitarbeiter) **a**kzeptiert werden (auch angemessen, anspruchsvoll, ausführbar), sie sind **r**ealistisch zu bilden und innerhalb eines zu bestimmenden Zeitraumes erreichbar sein (terminiert) (vgl. von Rosenstiel 2015, S. 152f.). Handelt es sich um eine Ersterhebung, sind die Ziele meist noch nicht so spezifisch formulierbar wie bei einer Folgeerhebung. Sie konzentrieren sich dann meist auf das Ziel, generell bis zu einem bestimmten Zeitpunkt einen Gesundheitsbericht zu erstellen und dabei verschiedene, vorher festgelegte Indikatoren zu verwenden. In einer Folgeerhebung orientieren sich die Ziele dann an den Ergebnissen der vorausgegangenen Gesundheitsberichterstattung (z.B. Erhöhung der Arbeitszufriedenheit um einen bestimmten Punktwert innerhalb von 2 Jahren).

Zusammenfassend sollten vor der Planung und Vorbereitung der Erhebung folgende Parameter bestimmt werden:

- Ziel / Problemstellung
- Mitwirkende (interne sowie externe Akteure)
- Reichweite des Berichts (gesamtes Unternehmen oder Teilbereiche)
- personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen

Phase 3 – Bestimmung der Zielgruppe

Die mit dem Gesundheitsbericht zu erreichenden Zielgruppen können sich von der Geschäftsführung über das mittlere Management (Einrichtungsleiter) bis hin zu den Mitarbeitern und dem Arbeitsschutzbeauftragten erstrecken. Soll der Gesundheitsbericht bereichsspezifisch erstellt werden, ist die Zielgruppe entsprechend einzugrenzen.

Phase 4 – Festlegen der Informationsquellen

Im nächsten Schritt erfolgt in Abhängigkeit der Datenquelle sowie der verursachenden Kosten (personelle, finanzielle, zeitliche Ressourcen) die Auswahl der geeigneten Erhebungsformen sowie des jeweils passenden Messinstrumentes. Hier stehen unterschiedliche Daten- und Informationsquellen zur Verfügung (vgl. Abb. 3).

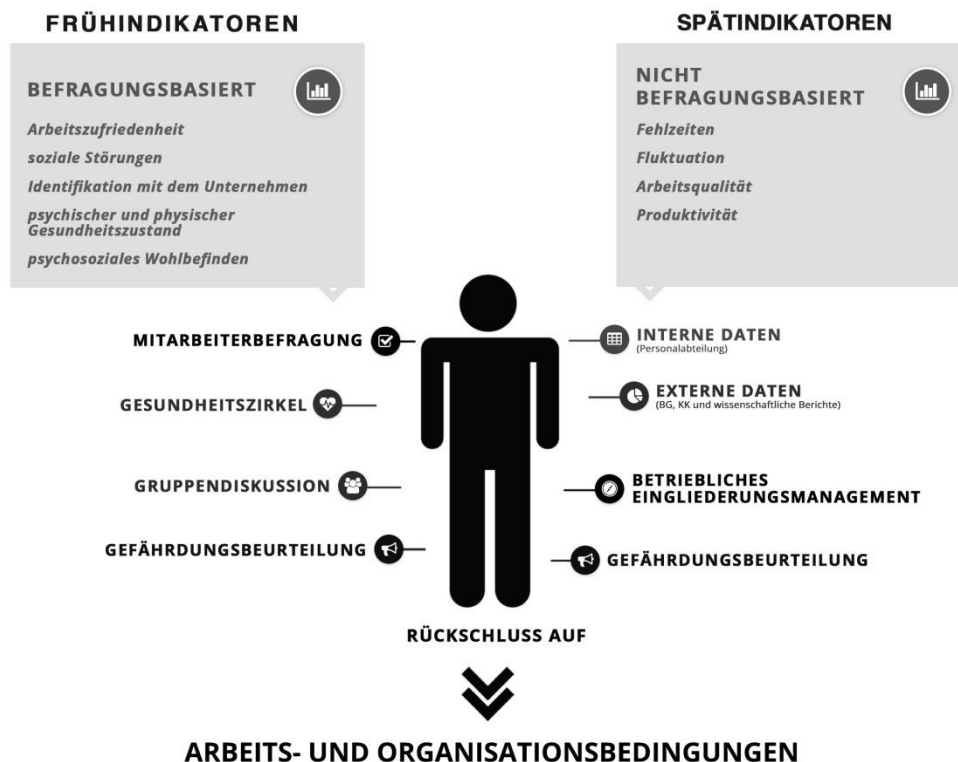


Abbildung 3: Mögliche Datenquellen eines betrieblichen Gesundheitsberichts

Quelle: vgl. Siebert & Hartmann (2007, S. 23)

Jede Informationsquelle spiegelt einen anderen Ausschnitt von Gesundheit und Krankheit im Unternehmen wider (vgl. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2005, S. 2). Generell ist es gerade zu Beginn ratsam, sich auf Kennzahlen zu konzentrieren, die leicht zu beschaffen sind und eine hohe Aussagekraft besitzen. Die Auswahl von Daten- und Informationsquellen zur Gesundheitsberichterstattung stellt Unternehmen oft vor eine Herausforderung. In vielen Betrieben ist in der Praxis nach Beobachtung der Autoren eine alleinige Fokussierung auf Fehlzeiten zu beobachten – diese gilt es zu überwinden! Denn der Krankenstand ist als sogenannter Spätindikator multikausal verursacht und weist folgende Nachteile auf:

- meist retrospektive Analyse
- zu langsame Reaktion des Fehlzeitenparameter, um als aussagekräftiges Verfolgungsinstrument zu fungieren
- relativ spätes Feststellen negativer Auswirkungen fehlbelastender Arbeitsbedingungen

Neben den nicht-befragungsbasierten Kennzahlen, also den Spätindikatoren, ist es wichtig, auch subjektive, befragungsbasierte Daten zu generieren. Diese zusätzliche Betrachtung von Frühindikatoren ist stärker auf das Individuum bezogen und besitzt mehr Erklärungskraft. Typische Frühindikatoren sind psychosoziales Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit und Identifikation mit dem Unternehmen. Nur eine derartige Datenerhebung kann potentiell gesundheitsgefährdende Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen in Bezug auf die individuelle Arbeitsleistung und Gesundheit von Mitarbeitern aufzeigen. Während also z.B. der Krankenstand als Spätindikator lediglich anzeigt, *dass* im Bereich Gesundheit etwas schief läuft und nicht die Frage nach dem *Warum* beantwortet, können anhand der Frühindikatoren gezielt die Risiken bestimmt werden. Kombiniert man die Ergebnisse aller Datenquellen, lassen sich auch die Ursachen hoher Fehlzeiten entschlüsseln (vgl. Uhle & Treier 2015, S. 145). Es sollte möglichst eine gute Balance zwischen Früh- und Spätindikatoren bei der Auswahl der Kennzahlen geschaffen werden. Nachfolgend werden die wichtigsten Datenquellen ausführlicher erläutert.

Nicht-befragungsbasierte Methoden der Datenerhebung

a) wissenschaftliche Fehlzeitenberichte

Der jährliche Fehlzeiten-Report des wissenschaftlichen Instituts der AOK stellt in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld umfassende Daten zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft zur Verfügung. Als Datenbasis werden die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen von ca. 11 Mio. erwerbstätigen AOK-Mitgliedern in Deutschland herangezogen. Die AOK hat bisher den größten Marktanteil in Deutsch-

land, weswegen sie über die umfangreichste Datenbasis bezüglich der Arbeitsunfähigkeit verfügt. Der Fehlzeiten-Report bietet u. a. einen umfassenden Überblick über die allgemeine Entwicklung des Krankenstandes, differenziert die Arbeitsunfähigkeit nach verschiedenen Parametern (z. B. nach Region, Alter, Betriebsgröße) und beleuchtet die Entwicklung der arbeitsbedingten Fehlzeiten in den unterschiedlichen Wirtschaftszweigen. Der Fehlzeiten-Report erscheint jährlich mit den gesammelten Daten des jeweiligen Vorjahres. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Veröffentlichungen verschiedenster Herausgeber hinsichtlich krankheitsbedingter Fehlzeiten (z.B. von Krankenkassen). Mit Hilfe dieser Daten kann eine erste grobe Einschätzung bezüglich der krankheitsbedingten Fehlzeiten im eigenen Unternehmen vorgenommen werden. Die Datenerhebung erfolgt durch eine literaturbasierte Recherche der Berichte unter Beachtung der zuvor definierten Zielstellung.

b) Arbeitsunfähigkeitsanalysen der Krankenkassen

Der betriebliche Gesundheitsbericht der Krankenkassen gibt detailliert Auskunft über den Gesundheitszustand der Mitarbeiter in einem bestimmten Unternehmen. „Die Krankenkassen sind in der Aufbereitung der Krankheitsdaten so weit fortgeschritten, dass sie den Unternehmen AU-Berichte und spezifische Branchenvergleiche als Dienstleistungen anbieten können.“ (Ulich & Wülser 2010, S. 144) Für eine solche Auswertung ist es allerdings erforderlich, dass mind. 30% (besser 50%) der Mitarbeiter bei der gewählten Krankenkasse versichert sind, um aussagekräftige Einschätzungen vornehmen zu können (vgl. Uhle u. Treier 2015, S. 226). Ist diese Voraussetzung erfüllt, kann sich ein Betrieb bei der Krankenkasse einen detaillierten Gesundheitsbericht erstellen lassen. Als Informationsquelle werden die unternehmensbezogenen Arbeitsunfähigkeitsdaten einschließlich der jeweiligen Krankheitsgründe der aufstellenden Krankenkasse herangezogen. Diese werden im ersten Schritt mit branchenspezifischen und regionalen Daten verglichen. Im Folgenden werden die Häufigkeit, Verteilung im Unternehmen, ihre Dauer und die zugehörige Diagnose unter Bezug auf den Tätigkeitsbereich (oder Arbeitsplatz) und des Mitarbeiteralters ausgewertet. Mit den gewonnenen Informationen können erste Auffälligkeiten im unternehmensinternen Krankheitsgeschehen ermittelt werden. Vergleiche der Arbeitsunfähigkeitsdauer und der häufigsten Krankheitsarten mit den Durchschnittswerten der jeweiligen Branche sowie betriebsinterne bereichsübergreifende Vergleiche können etwaige Problemfelder aufzeigen. Die Datenerhebung sowie -auswertung erfolgt durch die beauftragte Krankenkasse. Für eine differenzierte Betrachtung bestimmter unternehmensinterner Bereiche bzw. Problemstellungen können entsprechende Absprachen mit der Krankenkasse getroffen werden.

c) unternehmensinterne Fehlzeitendaten

Ausgangspunkte für die Erstellung einer internen Fehlzeitenstatistik sind die Erfassung der krankheitsbedingten Fehlzeiten auf Grundlage der eingereichten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie weitere personenbezogene Daten (z.B. Geburtsdatum für die Differenzierung nach Altersgruppen) der Mitarbeiter. Für differenziertere Arbeitsunfähigkeitsanalysen sollten mindestens 200 Beschäftigte in die Auswertung einbezogen werden. Für kleinere Unternehmen ist die interne Fehlzeitenanalyse somit nicht praktikabel (vgl. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Arbeitsschutz Hamburg 2005, S. 3). Weiterhin ist es bei der Datenerhebung unerlässlich, vorab zu klären, wer berücksichtigt wird, welche Abwesenheitszeiten als Fehlzeiten und welcher Zeitraum als Soll-Arbeitstage zugrunde gelegt werden sollen (vgl. Abb. 2). Die Art der Erfassung der Daten sowie der Umfang dieser sind unter Beachtung der Zielstellung unternehmensindividuell zu bestimmen. Allerdings ist es hilfreich, die Daten so zu erfassen und aufzubereiten, dass diese mit wissenschaftlichen Fehlzeitenberichten und den Berichten der Krankenkassen vergleichbar sind.

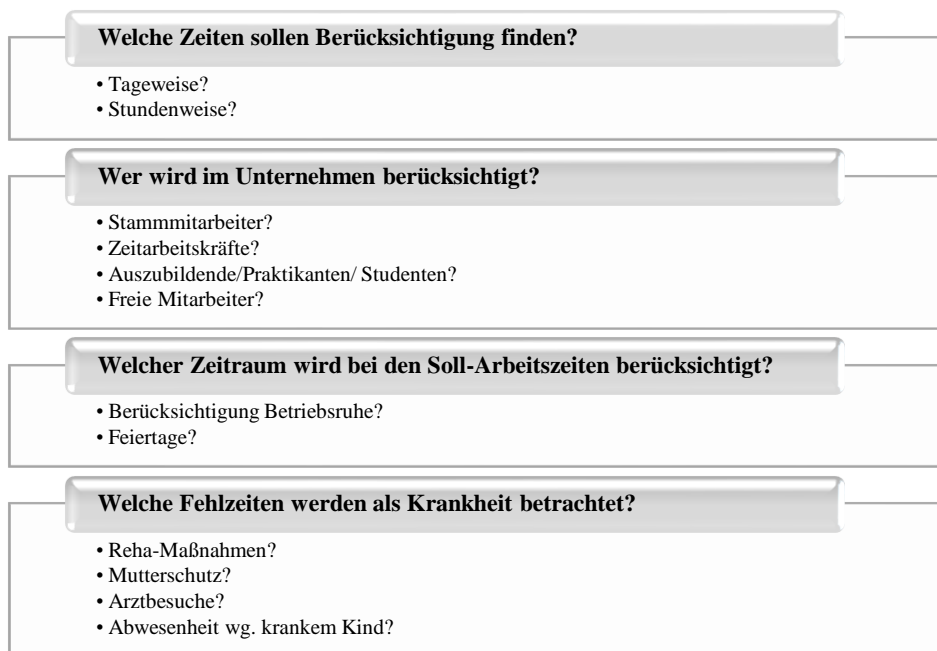


Abbildung 4: Fehlzeitenparameter

Quelle: vgl. Uhle & Treier (2015, S. 266)

An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Krankenstand als Spätindikator nur beschränkte Aussagekraft besitzt und keine Ursachensuche ermöglicht. Die Interpretation von Fehlzeiten fällt nicht zuletzt auch aufgrund der Entwicklungstendenzen zu sogenanntem Präsentismus schwer: trotz Erkrankung gehen viele Menschen

dennoch zur Arbeit und der Krankenstand sinkt – dies führt zu einer trügerischen Einschätzung der Fehlzeitenquote (vgl. Uhle & Treier 2015, S. 268).

d) Daten des betrieblichen Eingliederungsmanagements

Seit Mai 2004 sind Arbeitgeber gem. § 84 II SGB IX gesetzlich verpflichtet, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Das BEM ist in die Wege zu leiten, wenn Mitarbeiter innerhalb eines Jahres fortlaufend oder wiederholt länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind. Im Rahmen des BEM werden personenbezogene Daten bei den teilnehmenden Mitarbeitern abgefragt, um individuelle Eingliederungsmaßnahmen anbieten zu können. Diese können zur Aufklärung von möglichen Krankheitsursachen im Unternehmen hilfreich sein, weswegen die Sammlung von entsprechenden Daten äußerst wichtig ist. „Haben sich anlässlich der Durchführung von BEM in Einzelfällen Hinweise ergeben, dass bestimmte Faktoren bei den Arbeitsbedingungen negative Auswirkungen auf die Krankheitsrate der Beschäftigten haben, empfiehlt es sich, diese Erkenntnisse gesondert zu dokumentieren. Hierbei ist darauf zu achten, dass die personenbezogenen Daten anonymisiert werden, so dass ein Rückschluss auf bestimmte Personen nicht mehr möglich ist.“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, S. 15) An dieser Stelle kann bspw. eine Analyse der Arbeitsbereiche und der Altersstruktur der langzeiterkrankten Mitarbeiter hilfreich sein. Hierdurch lassen sich eventuelle Gefährdungsschwerpunkte im Unternehmen erkennen (vgl. Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e. V. 2014, S. 23). Welche weiteren Daten aus dem BEM-Prozess analysiert werden können, ist individuell abzuklären.

Befragungsbasierte Methoden der Datenerhebung

a) Gefährdungsbeurteilung

Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet Arbeitgeber dazu, alle erforderlichen Maßnahmen festzulegen, um die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei ihrer Arbeit zu sichern und zu verbessern (vgl. § 3 ArbSchG). Dies geschieht auf Basis einer Beurteilung der Arbeitsbedingungen (Gefährdungsbeurteilung). „Die Gefährdungsbeurteilung ist eine systematische Ermittlung und Bewertung relevanter Gefährdungen der Beschäftigten.“ (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012, S. 3) Mit deren Hilfe sind die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes festzustellen, umzusetzen und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit zu kontrollieren (vgl. § 5 ArbSchG). Die Regelungen des ArbSchG zur Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung werden u. a. durch die Gefahrstoffverordnung (GefStoffV), die Biostoffverordnung (BioStoffV) und die Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV) konkretisiert.

Soweit Mitarbeitervertretungen vorhanden sind, sind deren Mitbestimmungs- bzw. Mitwirkungsrechte bei allen die Gefährdungsbeurteilung betreffenden Regelungen zu berücksichtigen (vgl. § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG). Für die Erarbeitung einer Gefährdungsbeurteilung kann sich der Arbeitgeber fachkundigen Rat von internen als auch externen Experten für Arbeitsschutz holen. Hierzu zählen bspw. Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte, Sicherheitsbeauftragte, Berufsgenossenschaften, arbeitsmedizinische Dienste wie auch staatliche Aufsichtsstellen.

Zur Ermittlung der Gefährdung können verschiedene Methoden angewendet werden. Geeignet sind hierfür u. a. Betriebsbegehungen, sicherheitstechnische Überprüfungen von Arbeitsmitteln, spezielle Ereignis-, Sicherheits- oder Risikoanalysen und Mitarbeiterbefragungen. Im letzten Fall ist die Gefährdungsbeurteilung den befragungsbasierten Verfahren zuzuordnen, häufig wird sie jedoch mit den erstgenannten, objektiven Verfahren kombiniert. Letztendlich hat die Gefährdungsbeurteilung eine „Zwischenstellung“ inne: einerseits wird sie präventiv möglichst *vor* dem Eintreten von Arbeitsunfällen, Verletzungen oder berufsbedingter Erkrankungen durchgeführt und kann somit ebenfalls Frühindikatoren identifizieren. Eine Analyse der Gefährdungen *nach* Eintritt eines Unfalls oder einer Erkrankung ist dagegen wenig prospektiv und fokussiert sich auf Spätindikatoren.

Konkret sollten im Unternehmen folgende Bedingungen bei der Gefährdungsermittlung betrachtet werden:

- Einrichtung und Gestaltung der Arbeitsstätte (z. B. Arbeitsplatz, Aufenthaltsräume)
- Arbeitsmittel (z. B. Maschinen, Geräte, Anlagen, Werkzeuge)
- Arbeits- und Fertigungsverfahren einschließlich Arbeitsorganisation (z.B. Arbeitszeit, Pausen, Verantwortung, Arbeitsabläufe)
- Arbeitsumgebungsbedingungen (z. B. Beleuchtung, Lärm)
- persönliche Schutzausrüstung (z. B. Einmalhandschuhe)
- Qualifikation, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Beschäftigten, Unterweisung der Beschäftigten

Hiernach sind die möglichen Gefährdungen zu bewerten. Es ist zu prüfen, ob sowohl die Bedingungen also auch getroffene Maßnahmen sicherstellen, dass durch keinen der zuvor genannten Gefährdungsfaktoren Unfälle oder gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen können. Besonderheiten hinsichtlich der Eintrittswahrscheinlichkeit eines Risikos (z. B. ältere Beschäftigte, geringqualifizierte oder unerfahrene Beschäftigte)

sind bei der Beurteilung zu berücksichtigen. Auf Grundlage der so erarbeiteten Bewertung der Gefährdungen sind die zum Schutz der Gesundheit und vor Unfällen erforderlichen Maßnahmen zu ermitteln.

b) Befragung

Mitarbeiterbefragungen als spezielle Form der Befragung kommt eine besondere Bedeutung zu. Sie setzen das Signal, dass die Meinung der Beschäftigten sowie auf sie ausgerichtete Veränderungen erwünscht und gewollt sind. Probleme, die im Alltag nicht offen oder nur unter Kollegen angesprochen werden, können anonym an die Entscheidungsträger (Unternehmensführung) herangetragen werden. Eine Mitarbeiterbefragung ist vor allem dann umso wichtiger, wenn aufgrund einer zu geringen Betriebsgröße keine Krankenstandsanalyse bzw. eine Abforderung von detaillierten, unternehmensspezifischen Gesundheitsberichten bei den Krankenkassen möglich ist. Allerdings sollte auch bei einer Befragung eine Mindest-Mitarbeiterzahl von ca. 20 Personen berücksichtigt werden. Sind es weniger Beschäftigte, können auch kommunikative Formen (Gruppendiskussionen oder Gesundheitszirkel) zum Einsatz kommen, die dann im weiteren Verlauf mit Kennzahlen aus der Gefährdungsbeurteilung kombiniert werden.

Eine Antwort auf die Frage, welche Aspekte in Befragungen zu berücksichtigen sind, gibt das Treiber-Indikatoren-Modell (vgl. Uhle & Treier 2015, S. 256). Es vereint die aktuellen Erkenntnisse der arbeitswissenschaftlichen Forschung und liefert eine theoretisch und empirisch fundierte Basis für zu erhebende Kennzahlen. So entsteht ein möglichst vollständiges Bild des Belastungsgeschehens und Gesundheitszustandes der Mitarbeiter. Die Darstellung in Abbildung 5 beschreibt den Einfluss der Arbeitsorganisation, des Arbeitsinhalts und der sozialen Beziehungen (Treiber) auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten (Frühindikatoren) als auch auf das daraus folgende Arbeitsverhalten (Spätindikatoren). Aus diesem Modell können die abhängigen Variablen (Indikatoren) und die unabhängigen Variablen (Treiber) abgeleitet und in Beziehung gebracht werden. Spätindikatoren können mittels einer objektiven unternehmensinternen Statistik erfasst und analysiert werden und sind nicht befragungsbasiert. Die Kennzahlen der Treiber und Frühindikatoren sind als sogenannte Gesundheitsscores unverzichtbare Größen neben den Spätindikatoren, da sie die individuellen, subjektiven Sichtweisen der Mitarbeiter widerspiegeln und direkte Gestaltungshinweise beinhalten. Spätindikatoren allein bieten keinerlei Ansatzpunkte für Gestaltungsempfehlungen.

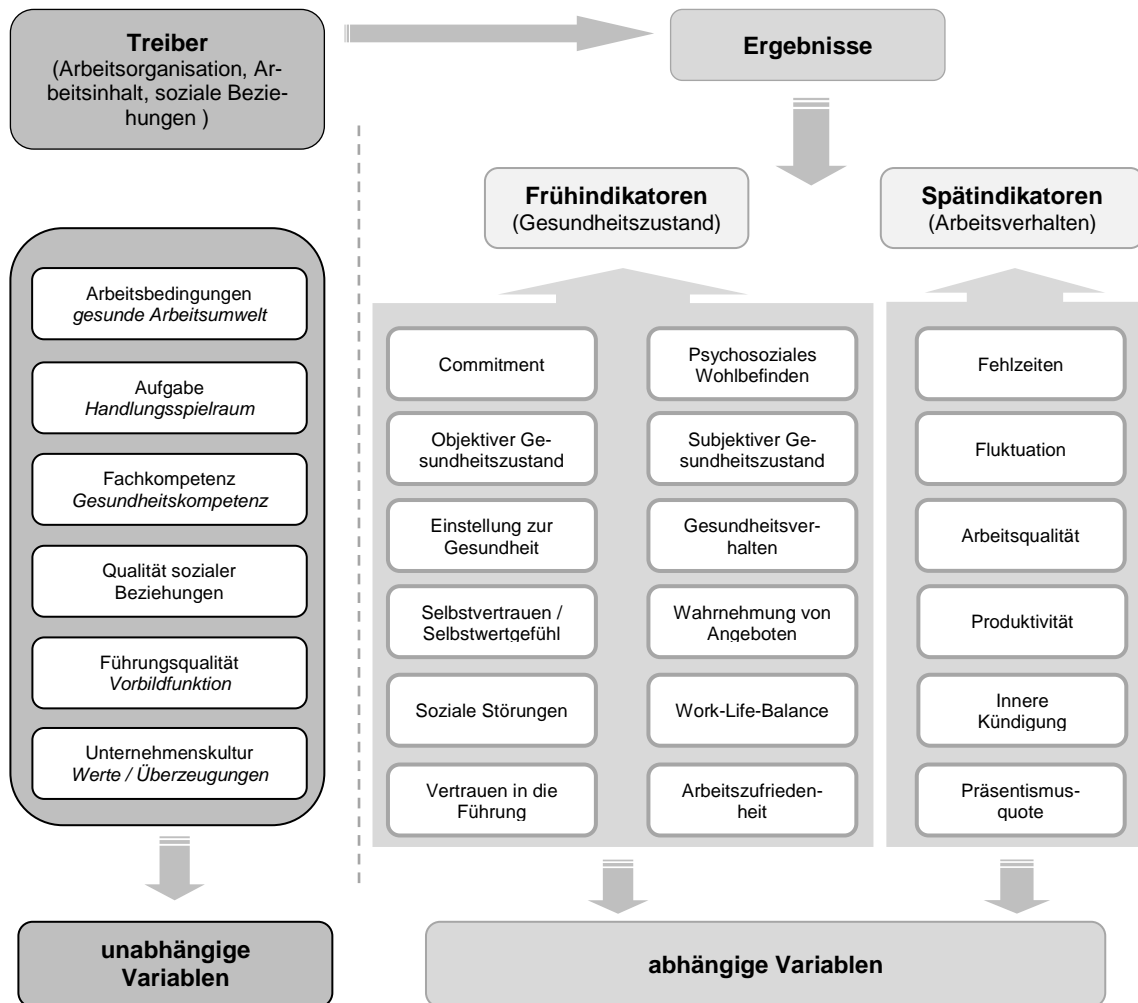


Abbildung 5: Treiber-Indikatoren-Modell

Quelle: vgl. Uhle & Treier (2015, S. 256)

Bezüglich der **Treiber** sollten also folgende Merkmalsbereiche berücksichtigt werden:

a) Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen gliedern sich in physikalische und chemische Faktoren (z.B. Klima, Lärm, Gefahrstoffe), physische Faktoren (z.B. ergonomische Arbeitsgestaltung, körperlich schwere Arbeit), Arbeitsplatz- und Informationsgestaltung sowie Arbeitsmittel. Auch arbeitsorganisatorische Aspekte wie die Arbeitszeit (z. B. Mehrstunden, Schichtarbeit), der Arbeitsablauf (Zeitdruck/hohe Arbeitsintensität, häufige Störungen o. Unterbrechungen) sowie Art und Umfang der Kommunikation mit Kollegen und Partnern spielen eine Rolle.

b) Arbeitsaufgabe/Arbeitsinhalt

Im Merkmalsbereich des Arbeitsinhaltes bzw. der Arbeitsaufgabe können verschiedene Faktoren abgefragt werden. Zu diesen zählen die Vollständigkeit der Arbeit, der Handlungsspielraum, der Abwechslungsreichtum, das Informationsangebot, der Grad der Verantwortung, Qualifikationen des Beschäftigten und die emotionale Inanspruchnahme des Stelleninhabers.

c) Fachkompetenz/Gesundheitskompetenz

Mit diesen Begriffen ist insbesondere die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter gemeint. Es sollte erfasst werden, inwieweit die Beschäftigten z.B. Wissen zur Stressentstehung und -bewältigung besitzen und anwenden können. Es beinhaltet also die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken („Herr über die eigene Gesundheit sein“) und zielt auch auf die Eigenverantwortung des Mitarbeiters ab. Ohne Unterstützung des ganzen Systems kann kein wirklicher Aufbau der Gesundheitskompetenzen eines Einzelnen erfolgen.

d) Qualität sozialer Beziehungen

An dieser Stelle wird zwischen sozialen Beziehungen zu Kollegen und zu Vorgesetzten unterschieden. Soziale Beziehungen zu Kollegen ergeben sich aus der arbeitsbezogenen Interaktion. Soziale Beziehungen zu Vorgesetzten erwachsen aus der organisatorischen Einbindung der individuellen Arbeitstätigkeit eines Mitarbeiters in das Arbeitssystem sowie aus der durch den Vorgesetzten entgegengebrachten sozialen Unterstützung.

e) Führungsqualität

Hier sind die Wechselwirkungen zwischen Führungsstil und Arbeitsbedingungen zu beachten. Es ist empirisch nachgewiesen, dass Führungskräfte mitverantwortlich sind für die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitssituation. So kann z.B. ein mitarbeiterorientierter Führungsstil gesundheits- und leistungsförderliche Zustände erhöhen und dysfunktionale Beanspruchungen mildern.

f) Unternehmenskultur

Dieser Aspekt zielt auf eine funktionierende Gesundheitskultur ab, die Sinnhaftigkeit und Relevanz des Themas „Gesundheit“ im Unternehmen aus Sicht der Beschäftigten (Werte und Einstellungen). Sie korreliert hoch mit den Spätindikatoren, v.a. der Fehlzeitenquote.

Die genannten **Treiber** stellen die Basis und den Nährboden für die Entwicklung einer gesunden Organisation dar (vgl. Uhle & Treier 2015, S. 256). Die Indikatoren haben Ergebnischarakter, wobei auch die Frühindikatoren als Treiber für die Spätindikatoren fungieren können. So kann z.B. das Gesundheitsverhalten durch Gesundheitskompetenz positiv beeinflusst und dadurch im zweiten Schritt Fehlzeiten reduziert werden. Solche Veränderungen benötigen jedoch Zeit. Der bekannteste **Frühindikator** ist die Arbeitszufriedenheit, welche ebenfalls mit Fehlzeiten und Arbeitsleistung in Verbindung gebracht werden kann. Aber auch das psychosoziale Wohlbefinden, der subjektive Gesundheitszustand oder Vertrauen in die Führung sind mit den **Spätindikatoren** assoziiert und ebenfalls in einer Befragung zu erheben.

Die Befragung an sich sollte in schriftlicher Form mithilfe eines einzigen Fragebogens realisiert werden. Die Anfertigung eines standardisierten Fragebogens auf Basis bereits bestehender validierter Fragebogen ist gegenüber der selbstständigen Erarbeitung zu bevorzugen, da die inhaltlichen wie auch optischen Konstruktionskriterien bereits Berücksichtigung fanden. Nachfolgend werden drei mögliche validierte und frei verfügbare Befragungsinstrumente für den Einsatz in der Gesundheitsberichterstattung in Kurzform vorgestellt.

- *Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber (BASA II)*
Dieses Frageinstrument bewertet Arbeitsbedingungen über das Erleben der Mitarbeiter am Arbeitsplatz. Arbeitsinhalte werden nicht analysiert. Der Fragebogen kann sowohl zur Selbsteinschätzung, zur Fremdeinschätzung (z. B. Tätigkeitsbeobachtung) als auch im Rahmen einer Gruppendiskussion genutzt werden. Das Instrument soll förderliche und beeinträchtigende Bedingungen der Arbeit ermitteln und kann auch im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung eingesetzt werden (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) 2011a, S. 7).
- *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)*
Der COPSOQ fragt vor allem psychische Beanspruchungsfaktoren und Belastungsfolgen ab und bietet sich ebenfalls zum Einsatz in der Gefährdungsbeurteilung an. Persönliche Ressourcen werden nicht abgeprüft. Kern des Instrumentes ist die Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen der Arbeitssituation und den Belastungsfolgen. Die Langversion besteht aus 87 Fragen (vgl. Neuner 2008, S. 82).

- *Work Ability Index (WAI)*

Mithilfe des Fragebogens zum WAI werden die individuelle subjektive Einschätzung über die aktuelle sowie zukünftige Arbeitsfähigkeit, die Arbeitsfähigkeit in Relation zu psychischer sowie körperlicher Arbeitsanforderungen, krankheitsbedingte Beeinträchtigungen (Gesundheitszustand) sowie psychische Leistungsreserven abgefragt. Ziel des WAI ist die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) 2011b, S. 9 f.).

Eine Kombination der Instrumente bietet sich an, damit zur Darstellung eines möglichst genauen Gesundheitszustandes verschiedene Merkmalsbereiche für die Ermittlung physischer sowie psychischer Belastungen Beachtung finden. Diese gliedern sich wiederum in verschiedene abzufragende Faktoren, deren individuelle Ausprägung mögliche Belastungen der Mitarbeiter aufzeigen und somit Auswirkungen auf den Gesundheitszustand dieser haben können (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2014, S. 163 ff.). Zur Zielgruppenidentifikation sind zusätzlich demografische Variablen wie Altersklasse, Geschlecht, Tätigkeitskategorie und Führungsverantwortung zu erheben.

Bei der Durchführung einer Mitarbeiterbefragung sind die Informations- und Beratungsrechte des Betriebsrates zu berücksichtigen (vgl. § 87 Abs. 1, Nr. 1, 6 und § 94 BetrVG). Er ist frühzeitig über alle Aktivitäten zu informieren und erhält alle erforderlichen Unterlagen zur Mitarbeiterbefragung ohne besondere Aufforderung. Ob die Beteiligung des Betriebsrates in Form einer mündlichen Übereinkunft oder in Form einer Betriebsvereinbarung erfolgt, kann individuell entschieden werden. Eine Entscheidung des Arbeitgebers ohne Information und Beteiligung des Betriebsrates ist nicht zulässig.

Bedeutend für den Erfolg der Befragung ist es auch, das gesamte Vorhaben mit gezielten Kommunikationsmaßnahmen zu begleiten. Es ist wichtig, die Befragten über Ziele, Inhalte, Ablauf, Zuständigkeiten und Darstellung der Maßnahmen zur Sicherung der Anonymität zu informieren sowie das Vertrauen aufzubauen, dass die Befragung notwendig angesehene Veränderungen mit sich bringt (vgl. Domsch et al. 2013, S. 24). Vorteilhaft ist auch die Mitteilung, welches Interesse die Befragten selbst an der Beantwortung des Fragebogens haben könnten. Die Zusicherung der Bekanntgabe der Ergebnisse in Form eines Kurzberichtes kann ebenfalls die Kooperation fördern. Hierfür kann sich verschiedener Mittel zur Information der Befragten bedient werden. Beispielhaft sei hier ein vorrangendes Informationsschreiben oder eine Informationsveranstaltung bei den teilnehmenden Beschäftigten zu nennen. Welche Form der Vorabinformation gewählt wird, ist individuell zu bestimmen, wobei eine Informationsveranstaltung eher bei größer angelegten Befragungen sinnvoll sein dürfte (vgl. Raitchel 2008, S. 78). Für

eine ausreichend repräsentative Aussage sollten Rückläufe zwischen 30% und 50% erreicht werden. Wird eine 70%ige Rücklaufquote erreicht, kann bereits von einer Totalerhebung gesprochen werden. Liegt die Rücklaufquote unter 30%, sollte eine „Nachfassaktion“ überdacht werden, d. h. eine evtl. nochmalige Kontaktaufnahme zu den Befragten (vgl. Hans-Böckler-Stiftung 2001, S. 13). Es kann lohnenswert sein, bei einer Mitarbeiterbefragung auf externe Unterstützung (z.B. Unternehmensberatung, Krankenkassen etc.) zurückzugreifen. Oft ist im eigenen Haus nicht die nötige Expertise zur Erstellung von Fragebögen und statistischen Analyse vorhanden. Zudem erhöht die Durchführung durch einen externen Partner oft die Rücklaufquote, da die Mitarbeiter weniger um ihre Anonymität fürchten. Die Fragebögen können dann nach dem Ausfüllen entweder in eine verschlossene „Wahlurne“ geworfen werden, die dann direkt extern abgeholt wird. Aber auch eine postalische Übersendung durch den Mitarbeiter an das externe Institut ist möglich, wenn der Umfrage ein frankierter Rückumschlag beigelegt wird.

Phase 6 – Erhebung und Analyse

Hiernach erfolgt die Erhebung der Kennzahlen und Erfassung der Ergebnisse zunächst ohne Wertung. Daran anschließend werden die Ergebnisse statistisch aufbereitet und mit Studien aus ähnlichen Bereichen oder Kennzahlen aus bereits erfolgten Befragungen verglichen. Abschließend sollte ein Ausblick für weitere Schritte gegeben werden.

Phase 7 – Diskussion der Ergebnisse und Folgeschritte

In dieser Phase werden die Ergebnisse kritisch in Zusammenhang mit dem bisher Bekanntem gebracht. Hierdurch sollen die Vor- und Nachteile der vorgenommenen Untersuchung dargestellt (z. B. Fehler bei der Durchführung) und in Bezug auf bekannte Ergebnisse anderer Untersuchungen (z.B. Studien) hinterfragt werden. Hinsichtlich des Ablaufs der Diskussion wird sich an den Empfehlungen von Docherty und Smith (S. 1224 f.) orientiert. Die Diskussion wird in drei Unterpunkte gegliedert: (1) Zusammenfassung, (2) Diskussion der Methoden und (3) Diskussion der Ergebnisse. Im Unterpunkt „Zusammenfassung“ werden die Hauptergebnisse der Untersuchung komprimiert dargestellt. Die letzten beiden Abschnitte können nach den folgenden fünf Punkten durchgearbeitet werden:

1. Zusammenfassung
2. Stärken und Schwächen der Untersuchung
3. Äußerung zu Unterschieden zwischen der eigenen Untersuchung und anderen (bereits Bekanntes und neue Erkenntnisse)

4. Bedeutung der eigenen Untersuchung und Schlussfolgerungen
5. Perspektive für die Zukunft, Vorschläge für die weitere Verfahrensweise

Mit dem Festlegen von Folgeschritten schließt Phase 6 ab. Hier sollten alle externen und internen Akteure beteiligt werden (vgl. Phase 2). Allgemein gesprochen sind drei Ansatzpunkte für Veränderungsmaßnahmen denkbar, um Fehlbelastungsreaktionen auf personaler Ebene (z.B. Schlafstörungen, innere Kündigung, Müdigkeit etc.) und organisationaler Ebene (z.B. Fluktuation, verringerte Produktivität etc.) zu verringern (vgl. Uhle & Treier 2015, S. 76):

- Reduktion der festgestellten Fehlbelastungen (Ansatzpunkt Arbeits-, Aufgaben- und Organisationsgestaltung): z.B. Ausgleichen ergonomischer Defizite, Reduzierung des Zeitdrucks und von Unterbrechungen
- Erhöhung des Sozialkapitals (Ansatzpunkt Gesundheitskultur und gesunde Führung): z.B. durch Verbesserung des Betriebsklimas und der sozialen Beziehungen
- Steigerung des Humankapitals (Ansatzpunkt Gesundheitskompetenz, Empowerment): z.B. Vermittlung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen (Anti-Stress-Training), Weiterbildungen

Phase 7 – Bericht und Präsentation

Die Präsentation des Gesundheitsberichtes erfolgt in Form eines schriftlichen Berichts über die Verfahrensweise sowie die Ergebnisse mit grafischer Darstellung derselben. Er sollte kurz und prägnant gefasst sein. Es muss sichergestellt sein, dass die Beschäftigten den Bericht verstehen und in Beziehung zu ihrer eigenen Gesundheit setzen, um Interesse zu wecken. Aus diesem Grund sind z.B. ausführliche Tabellen sparsam zu verwenden und sollten nicht ohne nähere Erläuterung aufgenommen werden. Sie sind oft nicht anschaulich genug. Der Gesundheitsbericht, der den Beschäftigten zugänglich gemacht wird, enthält dann z.B. Stellungnahmen von Unternehmensleitung und Mitarbeitervertretung bzgl. gesundheitspolitischer Ziele, eine Zusammenfassung der erhobenen betrieblichen Gesundheitsdaten und ihrer Interpretation (z.B. auch ggf. Vergleich mit den Daten des Vorjahres) und eine beispielhafte Beschreibung einiger Arbeitsplätze.

Ebenfalls ist der Datenschutz sicherzustellen: Die Steuerungsgruppe legt den Umgang mit personenbezogenen Daten fest und begleitet systematisch den Erhebungs- und Auswertungsprozess.

Für eine ausführliche Darstellung des betrieblichen Gesundheitszustandes eignet sich eine Präsentation im Rahmen eines Meetings auf Führungsebene (Geschäftsführung

sowie das mittleres Management). Sollten Fragen bestehen, können diese direkt beantwortet werden. Des Weiteren kann die Verteilung der schriftlichen Berichte im Rahmen dieser Zusammenkunft erfolgen. Geeignete Möglichkeiten für die Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse des Gesundheitsberichts wären bspw. die Auslage des schriftlichen Berichtes in den jeweiligen Bereichen sowie Information durch den Bereichsleiter.

Der betriebliche Gesundheitsbericht sollte in regelmäßigen Abständen (empfohlen wird jährlich) aktualisiert erstellt werden, um sowohl positive als auch negative Veränderungen in den Kennzahlen rechtzeitig feststellen zu können. Das beinhaltet ebenfalls, dass Mitarbeiterbefragungen regelmäßig durchgeführt werden und keine Momentaufnahme darstellen. Eine einmalige Querschnittserhebung enthält keinen Nachweis für die Wirksamkeit einer Intervention. Erst im Längsschnitt sind Veränderungsprozesse nach Maßnahmen bei den betroffenen Mitarbeitern aufzeigbar.

3 Fazit oder: Was kommt danach?

Ziel dieses Diskussionspapiers war die Schaffung einer mehrdimensionalen Informationsbasis bezüglich Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand der Mitarbeiter als Grundlage für die Erarbeitung gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Dabei ist deutlich geworden, dass die Fehlzeitenquote als alleinige Kennzahl keineswegs ausreichend ist. Sie muss durch Treiber und Frühindikatoren ergänzt und im Gesamtzusammenhang mit diesen Variablen betrachtet werden. Um eine Basis für Veränderungen zu schaffen, ist eine umfassende Sicht auf verschiedene subjektive und objektive Indikatoren notwendig, die entweder befragungsbasiert sind oder objektiv erfasst werden bzw. bereits vorliegen. Eine solche „Rundumsicht“ ist eindeutiger als die reine Betrachtung der Spätindikatoren und bietet mehr Ansatzpunkte für Gestaltungen. Ziel ist einerseits eine prospektive Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeit und andererseits die Befähigung der Mitarbeiter zum gesunden Verhalten. Wichtig sind präventive Maßnahmen zur Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, *bevor* sich Fehlbelastungen an den Spätindikatoren niederschlagen können. Leider wird dies in Betrieben bisher häufig nur in Ansätzen realisiert. Die nachträgliche Bewältigung gesundheitlicher Probleme und ihrer negativen Konsequenzen ist der Moment im betrieblichen Gesundheitsmanagement, in welchem lediglich reagiert nicht mehr proaktiv gehandelt wird (vgl. Uhle & Treier 2015, S. 412).

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung können Auffälligkeiten zu ermitteln, z.B. in der Höhe des Krankenstandes oder Häufung bestimmter gesundheitlicher Be-

schwerden. Die Antwort auf die Frage „Ist das viel oder wenig?“ kann nur gegeben werden, wenn Vergleiche gezogen werden (z.B. zwischen Betrieb und Branche, Arbeitsbereichen, Beschäftigtengruppen usw.). Nur durch eine betriebsinterne Diskussion des Gesundheitsberichts können mögliche betriebliche und außerbetriebliche Ursachen gefunden werden. Die geschieht idealerweise unter Einbezug der Mitarbeiter. Denn bei der Findung von Lösungen und Maßnahmen ist das betriebspezifische Wissen aller Akteure gefragt. Eine Möglichkeit, die Ergebnisse des Gesundheitsberichtes zu beurteilen und Lösungen zu entwickeln, bieten die bereits erwähnten Gesundheitszirkel.

Um dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und dem vorliegenden Thema der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung die nötige Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, könnte in Erwägung gezogen werden, dieses Thema in das Qualitätsmanagement zu integrieren. Weitere Vorteile bei dieser Vorgehensweise ergeben sich hinsichtlich der personellen, zeitlichen und schlussendlich finanziellen Ressourcen, da keine zusätzlichen Gremien erforderlich sind. Des Weiteren erfährt die betriebliche Gesundheitsförderung durch diese Vorgehensweise eine Integration in die strategische Planungsebene.

Ein Zitat von Badura et al. erfasst das Thema der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung im Kern:

„Ohne valide Erfassung des Gesundheitszustandes der Beschäftigten und ohne Analyse der diesen Gesundheitszustand beeinflussenden Arbeits- und Organisationsbedingungen keine wirksame Intervention.“ (Badura et al. 2001, S. 147)

Literatur

- Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.)(2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement im Aufwind, letzte Aktualisierung: 14.08.2015, URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59746/Studie-Betriebliches-Gesundheitsmanagement-im-Aufwind>, abgerufen am 20.09.2015.
- ArbSchG (Arbeitsschutzgesetz) i. d. F. vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Art. 8 BUK-Neuorganisierungsgesetz v. 19.10.2013 (BGBl. I S. 3836).
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.)(2001): Evaluation und Qualitätsentwicklung betrieblichen Gesundheitsmanagements, In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2000, Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement, Berlin.
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Arbeitsschutz Hamburg (Hrsg.)(2005): Betriebliche Gesundheitsberichterstattung (Merkblatt).
- BetrSichV (Betriebssicherheitsverordnung) i. d. F. vom 27. September 2002 (BGBl. I S. 3777), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 8. November 2011 (BGBl. I S. 2178).
- BetrVG (Betriebsverfassungsgesetz) i. d. F. vom 25. September 2001 (BGBl. I S. 2518), zuletzt geändert durch Art. 3 Abs. 4 des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 868).
- BioStoffV (Biostoffverordnung) i. d. F. vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2514).
- Bonde, J. P. E.: Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence in: Journal of Occupational and Environmental Medicine, 65 (2008), S. 438-445.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.)(2011a): Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen: Screening für Arbeitsplatzinhaber II: Basa II: Validierung, Anwendungsbefragung und Software, 2. überarbeitete Auflage, Dortmund, Berlin, Dresden.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.)(2011b): Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention - Erfahrungsberichte aus der Praxis, Dortmund.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.)(2012): Ratgeber zur Gefährdungsbeurteilung: Handbuch für Arbeitsschutzleute, Dortmund.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.)(2014): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen, Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e.V. (Hrsg.)(2014): Leitfaden zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Praxishilfe für die Beratung der UV-Träger in den Betrieben, Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement, Handlungsleitfaden zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Ein Wegweiser für Unternehmen und andere Akteure im Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Berlin.

- Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V (Hrsg.)(2014): Fachkräftesicherung – Unternehmen aktiv, DIHK-Arbeitsmarktreport, Ergebnisse einer DIHK-Unternehmensbefragung 2013 / 2014, Berlin.
- DIN SPEC 91020: Betriebliches Gesundheitsmanagement, letzte Aktualisierung: 2015, URL:<http://www.kosmas.din.de/cmd?artid=153182508&bcrumblevel=1&contextid=kosmas&subcommitteeid=144596636&level=tpl-artdetailansicht&committeeid=90708147&languageid=de>, abgerufen am 17.09.2015.
- Domsch, M. E., Ladwig, D. (Hrsg.)(2013): Handbuch Mitarbeiterbefragung, 3. Auflage, Berlin: Springer Verlag.
- Esslinger, A. S., Emmert, M., Schöffski, O. (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement: Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, 1. Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag.
- GefStoffV (Gefahrstoffverordnung) i. d. F. vom 26. November 2010 (BGBl. I S. 1643, 1644), zuletzt geändert durch Art. 2 der Verordnung vom 03. Februar 2015 (BGBl. I S. 49).
- Gündel, H., Glasel, J., Angerer (2014): Arbeiten und gesund bleiben, K.O. durch den Job oder fit im Beruf, Berlin u.a.: Springer-Verlag.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.)(2001): Leitfaden Mitarbeiterbefragung, Öffentliche Verwaltung, Nr. 110400/9/2001, Archiv Betriebliche Vereinbarungen, Düsseldorf.
- Matyssek, A. K. (2015): Wann ist Betriebliches Gesundheitsmanagement BGM? Die Sache mit der BGM-Definition, letzte Aktualisierung: 2015, URL: <http://www.docare.de/wann-ist-betriebliches-gesundheitsmanagement-bgm-definition/>, abgerufen am 17.09.2015.
- Neuner, R. (2008): Vergleichende Darstellung und Bewertung von Methoden zur Erfassung von psychischen Arbeitsbelastungen im Schulbereich: Zwischenbericht, Ulm.
- Raithel, J. (2008): Quantitative Forschung: Ein Praxiskurs, 2. durchgesehene Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaftler.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.)(2002): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: Stand und Perspektiven, Berlin: Mercedes-Druck.
- SGB IX (Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) i. d. F. vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047), zuletzt geändert durch Artikel 1a des Gesetzes vom 7. Januar 2015 (BGBl. 2015 II S. 15).
- Siebert, D., Hartmann, T. (2007): Basiswissen Gesundheitsförderung: Instrumente der Gesundheitsförderung, Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal.
- Docherty, M., Smith, R.(1999): The case for structuring the discussion of scientific papers in British Medical Journal, Nr. 318, S. 1224-1225.
- Uhle, T. & Treier, M. (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt: Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten Erfolge messen, 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, Heidelberg: Springer Verlag.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2010): Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag.
- von Rosenstiel, L. (2015): Motivation im Betrieb, mit Fallstudien aus der Praxis, 11. Auflage, München: Springer Gabler Verlag.

BAutzener Diskussionspapiere

- 01/15 **Fritsch, Friederike/ Bühn, Andreas:** Der Komponentenansatz als alternative Bilanzierungsmöglichkeit des Anlagevermögens steuerbegünstigter Körperschaften
- 01/16 **Bühn, Andreas / Löhr, Albrecht:** Fachkräftemangel und Diversität
- 02/16 **Sende, Katharina / Stöhr, Peggy:** Daten für Taten – Die Gesundheitsberichterstattung als Instrument im Betrieblichen Gesundheitsmanagement