

Prof. Dr. Viviane Scherenberg, Fachbereich Prävention und Gesundheitsförderung, APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Bremen

Fokus verhaltenspräventive Maßnahmen:
Qualitätskriterien in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Kombinierte Ansätze erhöhen die Wirksamkeit

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) liegt im Trend. Ausgehend von der Studie der BKK pronova bieten nach Aussagen der befragten Mitarbeiter (n=1.660) 65 % der Unternehmen BGF-Angebote an, von denen 85 % der Mitarbeiter diese auch in Anspruch nehmen (vgl. BKK pronova, 2016). Die positive Beeinflussung auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter auf Verhaltens- und Verhältnisebene soll auf ökonomischer Ebene zur Reduzierung von Fehlzeiten, zur Produktivitätssteigerung und zur Imagesteigerung und damit Bindung und Gewinnung von Mitarbeitern führen. Besonders wirksam sind kombinierte Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention (vgl. Ducki, 2013), die laut Präventionsbericht 2015 des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen von 66 % der Unternehmen durchgeführt werden. Danach dominieren 32 % verhältnispräventiver Maßnahmen (= Gestaltung gesundheitsfördernder Umfeldbedingungen, z.B. ergonomische Arbeitsplatzgestaltung) im Vergleich zu 3 % verhaltenspräventiver Maßnahmen (Anleitung und Motivation des Gesundheitsverhaltens, z.B. Rückenschule, Kooperationen mit Fitnessstudios) (vgl. MDS, 2015). Insbesondere bei verhaltenspräventiven BGF-Maßnahmen entscheidet die Art und Weise, wie Interventionen geplant und umgesetzt werden darüber, ob diese auch tatsächlich langfristig Früchte tragen.

Qualität erfordert nachhaltiges Engagement

Eine langfristige Perspektive bei der Initiierung von verhaltenspräventiven BGF-Maßnahmen ist notwendig, da (gesundheitliche) Verhaltensweisen habituiert sind. Denn laut einer Studie des University College in London stellen sich gesundheitliche Routinen durchschnittlich nach 66 Tagen ein. Je nachdem wie diszipliniert Menschen und wie festgefahren die zu verändernden Gewohnheiten sind, können 18 bis 254 Tage vergehen (vgl. Lally et al., 2009). Aufgrund der enormen Heterogenität möglicher BGF-Maßnahmen im Bereich der Verhaltensprävention ist die Definition spezifischer Qualitätsmerkmale schwierig. Werden Qualitätskriterien zur positiven Gesundheitsbeeinflussung gesucht, hilft ein Blick auf die drei Bezugsebenen nach dem amerikanischen Arzt Donabedian. Diese werden in Input-, Troughput- und Ergebnis- bzw. Output- und Outcome-Qualität unterteilt (vgl. Donabedian, 1980; Ehlers, 2011) (siehe Abb. 1). Denn die Qualität und damit die Wirksamkeit von Maßnahmen kann im Vorfeld, während und nach Implementierung einer BGF-Maßnahme beeinflusst und evaluiert werden.

Qualitätsdimension und Beispiele:	
Input-Qualität:	
Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden bzw. Ressourcen bereitgestellt werden, damit die BGF-Maßnahmen unmittelbare und langfristige Wirkungen erzeugen?	
Beispiele:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grad der Entwicklung von Experten (Medizin; Prävention etc.) ▪ Grad der Berücksichtigung des aktuellen Gesundheitsstatus/-verhalten (z.B. ältere Mitarbeiter) und der Bedürfnisse spezieller Mitarbeiter-Gruppen ▪ Grad der Partizipation und der Integration von Mitarbeitern und Vorgesetzten
Troughput-/Durchführungs-Qualität:	
Wie müssen die verhaltenspräventiven Maßnahmen ausgestaltet werden, um unmittelbare und langfristige Wirkungen bei den Mitarbeitern zu erzeugen?	
Beispiele:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Form und Art der ausgewählten verhaltenspräventiven Maßnahmen ▪ Integration von Motivationskomponenten (ermutigende Werbung; Vorbildfunktion von Vorgesetzten) ▪ Integration auf inhaltlicher Ebene (Stärkung der Gesundheitskompetenzen)
Ergebnisqualität:	
Welche Wirkungen haben die BGF-Maßnahmen auf die Mitarbeiter?	
Outcome-Qualität:	
Welche unmittelbaren Ergebnisse haben die BGF-Maßnahmen auf die Mitarbeiter?	
Beispiele:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erreichungsgrad der Mitarbeiter (mit schlechtem Gesundheitsverhalten) ▪ Persönlicher Nutzengrad/Akzeptanz der BGF-Maßnahmen ▪ Nutzung(sintensivität) der BGF-Maßnahmen
Output-Qualität:	
Welche langfristigen Ergebnisse haben die BGF-Maßnahmen auf die Mitarbeitergesundheit?	
Beispiele:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirkung auf das Wissen/die Einstellung der Mitarbeiter ▪ Wirkung auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter ▪ Wirkung auf den Gesundheitszustand der Mitarbeiter

Abb. 1: Qualitätsdimensionen von BGF-Maßnahmen (eigene Darstellung)

Der Blick auf die Ergebnisqualität zeigt deutlich, dass vielschichtige Hürden genommen werden müssen. Denn die Ergebnisqualität bezieht sich auf den tatsächlichen Erfolg von verhaltenspräventiven BGF-Maßnahmen, die durch den Erreichungsgrad, die Akzeptanz und die Nachfrage (Outcome-Qualität) und durch langfristige Wirkungen (z.B. Kompetenzsteigerung, verändertes Gesundheitsverhalten, Gesundheitsstatus bzw. medizinische Parameter) (Output-Qualität) messbar sind.

Um eine hohe Ergebnisqualität überhaupt erzielen zu können, müssen die spezifischen Zielgruppenbedürfnisse und Nutzkomponenten (Input-Qualität) berücksichtigt werden. Entsprechend wird die Input-Qualität von BGF-Maßnahmen im Vorfeld dabei z.B. durch die interdisziplinäre Zusammensetzung einer Steuerungsgruppe, der Integration von Mitarbeitern und Vorgesetzten beeinflusst. Die Durchführungsqualität kann sich sowohl auf die „werbliche“ Ermutigung z.B. von Gesundheits-Lotsen als auch von Vorgesetzten beziehen und sollte gleichermaßen die Steigerung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter berücksichtigen.

Qualität bedeutet auch die richtige Zielgruppe zu erreichen

Da die Vermeidung von unnötigem (Kosten-)Aufwand und Gesundheitsrisiken als immanenter Bestandteil des Qualitätsbegriffs angesehen werden kann, sollten mit BGF-Maßnahmen vor allem Mitarbeiter erreicht werden, die sich bisher nicht gesundheitsbewusst verhalten. Maßnahmen, die nur sogenannte „health user“ erreichen, würden das Ziel verfehlen und zu einer weiteren Selbstselektion von Mitarbeitern mit einem schlechten Gesundheitsverhalten führen. Bedingung muss es daher sein, dass kein Leistungsgedanke oder Wettbewerb unter den Mitarbeitern im Rahmen von BGF-Maßnahmen herrscht, der leicht bei sportlichen Aktivitäten entstehen kann (z.B. Firmenläufe). Die Förderung sozialer Beziehungen und die Stärkung des Wir-Gefühls sollten im Vordergrund stehen, um Mitarbeiter zu ermutigen und das klassische Präventionsdilemma zu überwinden. Denn gerade männliche Mitarbeiter neigen zu Wettbewerbsgedanken. Nicht verwunderlich, dass Männer eher pharmakologische Neuroenhancer zur Leistungssteigerung konsumieren, während Frauen zu Neuroenhancern eher zur Stimmungsaufhellung greifen (vgl. Hildebrandt/ Marschall, 2015).

Vorgesetzte als Vorbilder

Die Akzeptanz und die Aktivierung von Vorgesetzten nehmen auf die Ergebnisqualität einen besonderen Einfluss. Hier scheint – angesichts einer aktuellen Studie der BKK pronova (n=1.669) – noch erheblicher Nachholbedarf zu bestehen, denn nur 22% der Arbeitnehmer denken, dass ihre Vorgesetzten selbst gesundheitsförderlich arbeiten (vgl. BKK pronova, 2016). Vorgesetzte mit einem geringen Involvement stellen einen besonderen Hemmschuh dar. Denn laut einer aktuellen Studie der Fachzeitschrift Personalwirtschaft stellen neben begrenzten und personellen Ressourcen nicht Widerstände innerhalb der Belegschaft, sondern Widerstände bei den Führungskräften die größte Hürde bei der Einführung von BGM-Maßnahmen dar (vgl. Personalwirtschaft, 2015).

Nachhaltigkeit setzt Eigenqualifizierung voraus

Um die angesprochene hohe Qualität bei BGF-Maßnahmen zu erreichen, ist eine Dauerhaftigkeit Voraussetzung. Diese kann nur erreicht werden, wenn intern verantwortliche Mitarbeiter und Vorgesetzte über den (eigenen) Nutzen aufgeklärt werden und entsprechend qualifiziert werden. Die interne Eigenqualifizierung trägt zudem dazu bei, dass eine fachbezogene Qualitätsbeurteilung bei der Auswahl und Zusammenarbeit involvierter Anbieter und Dienstleister vorgenommen werden kann und die internen Verantwortlichen angesichts ihres BGM-Fachwissens ihren persönlichen Beitrag zu einem positiven Gelingen leisten können.

Autorkontakt:

Email: viviane.scherenberg@apollon-hochschule.de

Homepage: www.apollon-hochschule.de

Zitation:

Scherenberg V (2016). Fokus verhaltenspräventive Maßnahmen: Qualitätskriterien in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Newsletter Corporate Health Network, Ausgabe?, S. 1-4.

Literaturverzeichnis

BKK pronova (2016). Betriebliche Gesundheitsförderung 2016. URL:

<https://www.pronovabkk.de/downloads/daae5e87365e21c9/pronovaBKK-160317-Arbeitnehmerbefragung-BGM-2016-Gesamt.pdf> (23.10.2016).

Donabedian A (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Band 1, Chicago: Health Administration Press.

Ducki A (2013). Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit. Präventionsbericht 2013. GKV-SV und MDS in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Berlin, Essen 2013.

Ehlers UD (2011). Qualität im E-Learning aus Lerner Sicht (Medienbildung und Gesellschaft). 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hildebrandt S, Marschall J (2015). Pharmakologisches Neuroenhancement unter Erwerbstätigen: Epidemiologie und Ansatzpunkte für die betriebliche Prävention. In: Pundt J, Scherenberg V (Hrsg.): Erfolgsfaktor Gesundheit in Unternehmen – Zwischen Kulturwandel und Profitkultur. Bremen: APOLLON University Press. S. 335-368.

Lally P, van Jaarsveld CHM, Potts, HWW, Wardle J (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. Eur. J. Soc. Psychol., 40: 998–1009. doi:10.1002/ejsp.674.

Personalwirtschaft (2015). BGM im Mittelstand 2015 - Ziele, Instrumente und Erfolgsfaktoren für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Studie der Zeitschrift Personalwirtschaft in Zusammenarbeit mit dem Fürstenberg Institut, IAS Gruppen und der Techniker Krankenkasse. URL:https://www.ias-gruppe.de/fileadmin/user_upload/Leistungen/BGM/PW_Studie_10_2015_BGM_im_Mittelstand_web.pdf (23.10.2016).

Spitzenverband der Krankenkassen (2015). Präventionsbericht 2015. URL:https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2015_GKV_MDS_Praeventionsbericht-2.pdf (23.10.2016).