

Herausforderung betriebliche Gesundheitsförderung

Dr. Tomas Steffens

**Diakonisches Werk der EKD
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und
Pflege
Arbeitsfeld medizinische Rehabilitation,
Prävention und Selbsthilfe**

17.03.2010

Warum betriebliche Gesundheitsförderung?

- Dominanz chronischer Krankheiten und damit drohender Teilhabebeeinträchtigungen
- Bedeutungsgewinn psychischer Störungen:
 - BKK- Gesundheitsreport 2008: „Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen“:

„Die Zunahme psychischer Erkrankungen bei den Arbeitsunfähigkeiten ist seit Jahren ungebrochen. Mittlerweile ist jeder zehnte Ausfalltag mit einer psychischen Diagnose verbunden, bei Frauen sogar jeder achte. Allein seit Beginn der neunziger Jahre hat sich der Anteil der hierdurch begründeten AU-Tage beinahe verdreifacht“.

Warum betriebliche Gesundheitsförderung?

- BKK-Gesundheitsreport 2009: die häufigsten Krankheitsgruppen bei AU:
 - Muskel-Skelett-System: 26,3 %
 - Atmungssystem: 15,7 %
 - Verletzungen und Vergiftungen: 14,1 %
 - Psychische Störungen: 10,0 %
 - Verdauungssystem: 6,6 %
 - Kreislaufsystem: 4,5 %

Warum betriebliche Gesundheitsförderung?

- Arbeitswelt als „Verursacher“ von Krankheit
- Strukturwandel der Arbeit
- Gesundheitliche Ungleichheit
- Demographischer Wandel
- Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten
- Gesundheit als Produktivkraft für das Unternehmen und als Lebensäußerung der Mitarbeitenden
- Gesundheitsförderung als diakonischer Auftrag

Diakonische Verantwortung

- Diakonie will „für andere stark sein“
- Voraussetzung hierfür aber: die Mitarbeitenden brauchen gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, um der diakonischen Sache dienen zu können
- Mitarbeitende sind nicht nur als Mittel zum Zweck, sondern sie vertreten und leben das diakonische Profil
- Betriebliche Gesundheitsförderung in der Diakonie auch ein Beitrag zur Organisationsentwicklung

Prävention und Gesundheitsförderung - Begriffliches

- Prävention: Vermeidung eines schlechteren Gesundheitszustands durch
 - Belastungssenkung
 - Vermehrung gesundheitsfördernder Ressourcen
- Unterscheidung nach dem Interventionszeitpunkt: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention
- Verhaltens- und Verhältnisprävention
- Universelle und selektive Prävention

Prävention und Gesundheitsförderung - Begriffliches

- Gesundheitsförderung: Vermehrung individueller und sozialer Ressourcen
- Stärkung gesundheitlicher Ressourcen:
 - bessere Bewältigung gesundheitlicher Belastungen
 - Vergrößerung individueller Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens
 - Entwicklung von Handlungskompetenzen, um gesundheitsbelastende Strukturen und Verhaltenweisen zu verändern

Gesundheit als Ergebnis von Belastungen und Ressourcen

Ressourcen	Belastungen
Handlungs- und Entscheidungsspielräume	Arbeitsumgebung
soziale Unterstützung, Anerkennung	Schwere Lasten
Zeitsouveränität	Zeitdruck
Entspannungs- und Regenerationsmöglichkeiten	Rollenkonflikte
anregende, abwechslungsreiche Arbeit	Angst vor Arbeitsplatzverlust
transparente und unterstützende Führung	Über- und Unterforderung
Sicherheit und berufliche Entwicklungsperspektive	Zwangshaltungen
	Störungen im Arbeitsablauf

Ottawa-Charta der WHO

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.

In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.

Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.

Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.

Ottawa-Charta der WHO

Gesundheit entsteht dadurch,

„dass man für sich und andere sorgt, dass man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen Bürgern Gesundheit ermöglichen. Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“.

Ottawa-Charta der WHO - Settingsansatz

Ein Setting ist ein durch formale Organisation, durch regionale Situation oder durch gleiche Erfahrung oder gleiche Lebenslage oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter (...) Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse bzw. Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen oder auf Gesundheitsressourcen sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.“ (Rosenbrock)

Ottawa-Charta der WHO - Forderungen

- Sektorenübergreifende gesundheitsfördernde Gesamtpolitik
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Ottawa - und die Folgen für ein modernes Präventionsverständnis

- Senkung von Belastungen und Stärkung von Ressourcen
- Orientierung an den wichtigen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit
- Salutogenetische Perspektive: Was hält Menschen gesund?
- „Ganzheitlicher“, auf Teilhabe ausgerichteter Gesundheitsbegriff (vgl. auch ICF)
- Lebenswelt- und Sozialraumbezug (Setting-Ansatz)
- Partizipatives Vorgehen / Empowerment
- Verhalten und Verhältnisse
- Interdisziplinär, Ressort übergreifend
- Aufwertung unspezifischer Interventionen
- Institutionalisierung, Nachhaltigkeit, Managementaufgabe

Gesundheit und soziale Lage

- Steigen der durchschnittlichen Lebenserwartung und compression of morbidity
- Dominanz chronischer, überwiegend degenerativ verlaufenden Krankheiten
- aber: Gesundheitsgewinne sind ungleich verteilt
- Gesundheitliche Ungleichheit als Resultat von Belastungen und Ressourcen, die mit einer Lebenslage verbunden, dem Zugang zu und der Nutzung des Gesundheitssystems und des Gesundheitsverhaltens
- Wichtigste Erklärungsursachen für gesundheitliche Ungleichheit: Arbeitslosigkeit, geringe Bildung, materielle Armut etc.
- Enger Zusammenhang zwischen Klassenlage/Milieu und Gesundheit
- Zugleich: Vulnerable Lebenslagen als komplexe Konstellationen

Gesundheit und soziale Lage

- Zusammenhang gilt bereits im Kindes- und Jugendalter, also in der Phase erhöhter Vulnerabilität und biographischer Weichenstellungen
- gesundheitliche Ressourcen der Familie, der Person und soziale Netzwerke als „moderierende Faktoren“
- Rückkoppelung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die soziale Lage: „Krankheit macht arm“
- Lebensstil nur ein Element des Ursachenkomplexes; wichtige präventionspraktische und -politische Folgerung: beschränkte Wirksamkeit isolierter verhaltenspräventiver Aktivitäten
- Schluss: gesundheitliche Chancengleichheit nicht nur als Thema des Gesundheitssystems, sondern Thema verschiedener Politikfelder

Herausforderungen für die Prävention

- bildungsferne und einkommensarme Schichten zu erreichen
- frühe und vernetzte Hilfen anzubieten
- lebenswelt- und sozialraumbezogene Programme zu entwickeln
- geschlechtersensibel zu arbeiten
- Qualitätsstandards einzuhalten

Typologie Primärprävention (Rosenbrock)

	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontextes
Individuum	z.B. Ärztliche Gesundheitsberatung, Gesundheitskurse	z.B. Präventiver Hausbesuch
Setting	z.B. Anti-Tabak-Aufklärung in den Schulen	z.B. betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	z.B. „Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“	z.B. HIV/Aids-Kampagne, Trimming

Betriebliche Gesundheitsförderung als Perspektivenerweiterung

- Zielorientierung:
 - von Gefahrenabwehr (z. B. Unfälle) zur Verminderung auch psychischer Belastungen, Ressourcenstärkung
- Problemfokus:
 - von isolierten (physikalisch-stofflichen) Belastungsfaktoren mit eindeutiger Wirkung auf die Gesundheit hin zu organisatorischen und sozialen Bedingungsgefügen mit komplexen gesundheitlichen Wirkungen
- Typ der Problembearbeitung:
 - von Vorschrift, Vollzug, Kontrolle hin zu diskursiver Problembewertung und Maßnahmenentwicklung
 - von „institutioneller Zuständigkeit“ zur Vernetzung von Akteuren

Betriebliche Gesundheitsförderung als Perspektivenerweiterung

- Typ der Problembearbeitung:
 - von der Delegation an medizinische und technische Experten hin zur Integration in betriebliche Entscheidungsstrukturen
 - von Beschäftigten als „Schutzobjekte“ hin zu partizipativem Vorgehen
 - von Gefahrenabwehr (z. B. Unfall) hin zur Verminderung auch psychischer Belastungen, Ressourcenstärkung
- Dominierende Maßnahmen:
 - von medizinischen Untersuchungen, Sicherheitsüberwachungen, Belehrung hin zu Arbeitsgestaltung, Organisationsentwicklung und Kompetenzentwicklung

Betriebliche Gesundheitsförderung als Perspektivenerweiterung

- Leitbild: systemische Intervention, integriertes Konzept, partizipative Organisationsentwicklung:
 - Arbeitsmittel und Arbeitsumgebung
 - Arbeitszeit
 - Arbeitsorganisation
 - Sozialbeziehungen
 - Individuelle Ressourcenentwicklung
 - Unterstützendes Umfeld

Gesundheitsförderung als Lernprozess der Organisation: Basisstrukturen

- Problemanalyse (u. a. AU-Daten)
- Planung und Steuerung (Leitung, MAV)
- Maßnahmendurchführung (Arbeitsbedingungen, Verhaltensprävention)
- Evaluation (Prozess, Wirksamkeit, Kosten/Nutzen)

Gesundheitsförderung als Lernprozess der Organisation: Basisstrukturen

Handlungskreislauf betriebliche Gesundheitsförderung



Bausteine betrieblicher Gesundheitsförderung

- Interventionsvoraussetzung: Förmliche Einigung zwischen Akteuren, Gesundheit zum Thema zu machen - strukturelle Voraussetzungen
- Steuerungskreis
- Gesundheitsbericht (Interventionsgrundlage)
- Auftaktveranstaltung, aktivierende Befragung
- Gesundheitszirkel als zentrales Interventionsinstrument / Gesundheitsworkshop
- Umsetzung: verbindlich, verantwortet und nach Prioritäten
- Qualitätssicherung/Evaluation

Bausteine betrieblicher Gesundheitsförderung - Voraussetzungen

- Betriebliche Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe und Element des Managementsystems - partnerschaftliche Unternehmenskultur
- Investitionsbereitschaft
- Schriftliche Rahmenregelungen
- Einrichtung eines Steuerungsgremiums sowie
- Vereinbarung einer konkreten Zieldefinition
- Festlegung von Zuständigkeiten
- Einsetzung eines Beauftragten
- Einbindung externer Beratungs- oder Moderationskompetenz

Bausteine betrieblicher Gesundheitsförderung - Steuerungskreis

- Mitglieder: GF, Personal- /QM-Abteilung, Sicherheitsfachkraft, betriebsärztlicher Dienst, MAV
- Aufgaben: Regelmäßige Berichterstattung, Prioritätensetzung, Entwicklung von Interventionen, Verständigung über den Fortgang der Aktivitäten, Information von Geschäftsleitung und MAV Steuerungskreis
- als politisches Entscheidungsgremium benötigt der Steuerungskreis eine Infrastruktur
- bei kleineren und mittleren Unternehmen: regionaler Arbeitskreis, bgw: Z ASA

Bausteine betrieblicher Gesundheitsförderung - Gesundheitsbericht

- Standardinstrument der Ist-Ermittlung
- Zusammenführung einer betriebsinternen und -externen Perspektive (Vergleichsmöglichkeit)
- Datenquellen: AU-Daten (über Krankenkassen), Fehlzeiten und Fluktuationen (über Dienstgeber), Arbeitsunfälle, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Ergebnisse der Gefährungsbeurteilungen, Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen
- Von größter Bedeutung: Mitarbeiterbefragung

Bausteine betrieblicher Gesundheitsförderung - Gesundheitszirkel

- Zentrales Beteiligungsinstrument
- Teilnahme der direkt Betroffenen einer (Berliner Modell) oder mehrerer Hierarchieebenen (Düsseldorfer Modell), freiwillig
- Leitung: Moderatorin
- Ablauf, inhaltliche Grundlage: Mitarbeitendenbefragung
- Alternative: Gesundheitsworkshops in Kleinbetrieben: als betriebliche Kleingruppe zu den Arbeitsverhältnissen
- Ablauf: Sammlung von gesundheitsfördernden und -belastenden Aspekten der Arbeit, Analyse der belastenden Aspekte, Lösungsvorschläge und Maßnahmeplan, Umsetzung (außerhalb der Arbeit der Gruppe)

Bausteine betrieblicher Gesundheitsförderung - Qualitätssicherung und Evaluation

- Gesundheit als Interventionsziel
- Problem der Messung, Verständigung über Indikatoren
- Partizipativer Ansatz: von Problemfeststellung bis Auswertung
- Qualitätsstandards einhalten qua Selbstbewertung, z.B. Europäisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
- Hilfreich: Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung im QM-System
- Evaluation als Nadelöhr, hemmt „Gesundheitsaktivismus“
- Wesentlich für die Evaluation: Vorabverständigung der Ziele
- Evaluation zielt auf: Effektivität, Eignung der Maßnahmen, Akzeptanz, Effizienz

Probleme

- Gesundheitsförderung im Spannungsfeld unterschiedlicher betrieblicher Interessen: kein Konsensthema
- wirtschaftlicher Aufwand
- klein- und mittelständische Struktur
- makrosoziale und -ökonomische Beschränkungen
 - erheblicher Wettbewerbsdruck
 - Arbeitsverdichtung
- Gesundheitsförderung als Störung der betrieblichen Routine
- Selbstverständnis („für andere da sein“)
- Kompetenz- und Wissensfragen

Diakonische Positionen

- Interdisziplinäre bundesweite Projektgruppe 2004/05 zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Diakonie
- Fachtagung Herbst 2005
- Handreichung „Betriebliche Gesundheitsförderung in der Diakonie“
- Mitarbeit Deutsches Netzwerkwerk Betriebliche Gesundheitsförderung: www.dnbgf.de - bundesweite Veranstaltungen
- Zahlreiche diakonische Einrichtungen sind in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagiert
 - z. B. Bethel: Gesundheitsworkshops, Kooperation mit BKK Diakonie und der bgw
 - z. B. Krankenhäuser (z. B. Immanuel Diakonie Group) sind Mitglied im Deutschen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser: www.dngfk.de
 - z. B. auch betriebliche Suchtprävention

Diakonische Positionen

- Fragebogenerhebung im Rahmen der Tagung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Diakonie - exemplarische Ergebnisse (ohne Repräsentativitätsanspruch):
 - Betriebliche Gesundheitsförderung als wichtiges Thema identifiziert
 - Fachliche Fragen (u. a. zur Gesundheitsberichterstattung)
 - Verhaltsbezogene Maßnahmen leichter zu machen als als Organisationsentwicklung
 - Fragen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben

Diakonische Positionen 2009/10

- Erklärung des Diakonie Bundesverbands (Vorstand, Leitungs- und Fachverbandskonferenz) zur Betrieblichen Gesundheitsförderung
- Ziel: Gewinnen von Ansprechpartnern auf Landes- bzw. Regionalebene, Etablierung regionaler Foren, die mit Krankenkassen/bgw kooperieren
- ESF- Programmlinie „Entwicklung der Sozialarbeit“. Vorhaben zur Personalentwicklung u. a.: Entwicklung von Konzepten zur Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Sozialwirtschaft
Infos: www.bagfw-esf.de

Diakonische Positionen 2009/10 - Projekt psyGA

- Kooperationsprojekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ im Rahmen von INQA, Organisation durch BKK-Bundesverband/DNBGF mit 18 Kooperationspartner (darunter DWEKD)
- Ziele: Förderung psychischer Gesundheit, diesbezügliche Prävention, Entscheider und Multiplikatoren sensibilisieren, Erfahrungsaustausch und Vernetzung, Wissen bereitstellen, Unterstützung bdes Europäischen Pakts für psychische Gesundheit und Wohlbefinden
- 1. Projektstufe endet im Frühjahr 2010; Ergebnisse: Selbsteinschätzungsinstrument, Qualitätskriterien, Handlungshilfe Führungskräfte, Handlungshilfe Beschäftigte
- 2. Projektstufe: geplant ab Frühjahr 2010; geplant: Konzept Themen-Infoportal, Umsetzungsprojekte guter Praxis, Beteiligung an Europäischer Konferenz Mental Health Pact; im Rahmen der Umsetzung auch: Konferenzen für und mit der Diakonie

Diakonische Handlungsperspektiven

- Verknüpfung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz
- Verknüpfung mit dem BEM (nach § 84 Abs. 2 SGB): BEM als Baustein und Anreiz betrieblicher Prävention und als Chance frühzeitig Rehabilitationsbedarf zu erkennen (ICF-basiert)
- Chance der Verbindung von außerbetrieblichen Leistungen (z. B. eine stationäre oder ambulante med. Reha) mit Leistungen im Betrieb (oder an den Arbeitgeber) - bessere Verknüpfung von Leistungen zur med. Reha und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz
- Kooperation mit Krankenkassen, weiteren Reha-Trägern, Gem. Servicestellen, Reha- Einrichtungen, Berufsförderungswerken
- Aber zunächst: Gesundheit als wichtiges Thema für die Mitarbeitenden und das Unternehmen erkennen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit