

Verhaltensprävention: Sicheres Investment oder betriebspolitisches Feigenblatt?

Ein Beitrag von Dr. Ingo Weinreich

1 Zum Argumentationsnotstand in Sachen „Prävention“

Der Präventionsgedanke fand in Betrieben und Verwaltungen seit den 80er Jahren rasche Verbreitung. Die Ansätze zielten zunächst auf den Aufbau und die Stabilisierung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen ab (Verhaltensansatz). Später wurden sie durch die Schaffung gesundheitsgerechterer Arbeitsbedingungen ergänzt (Verhältnisansatz). Man erhoffte sich dadurch ein Gegengewicht zur veränderten Werte- und Morbiditätsstruktur der arbeitenden Bevölkerung zu schaffen – und wurde enttäuscht! Die Erwartungen waren (zu) hoch, die Möglichkeiten (eben doch nicht) unbegrenzt und der Nutzwert der Maßnahmen blieb weitestgehend unbestimmt. Erschwerend kam hinzu, dass sich die strategischen Orientierungsprozesse des Managements deutlich von emanzipatorischer Arbeitsgestaltung wegbewegten. Im Fokus des „90er-Managements“ lagen vorwiegend kurzfristig wirkende Kostensenkungsmaßnahmen. Unter diesem Paradigma erhöhte sich die Eintrittsschwelle von Präventionsangeboten gewaltig. Anbieter müssen heute neben der *Wirksamkeitsfrage* auch die betriebliche *Nutzwertfrage* beantworten und befinden sich hier in erheblichem Argumentationsnotstand. Gründe für den Notstand liegen u.a. in der unvollständigen Darstellbarkeit aller Kosten- und Nutzengrößen, der fehlenden Messbarkeit der Nutzengrößen sowie der unzureichenden kausalen Verknüpfung von Input und Output.

Zwar können sich die Präventionsanbieter auf einige globale Ergebnisse der Bedeutsamkeitsforschung stützen (so kommt der Bundesverband der Betriebskrankenkassen zum Ergebnis, dass der arbeitsbedingte Anteil an allen Erkrankungen des Bewegungsapparates ca. 33 % beträgt); Unternehmen sind heute aber erst dann bereit, Präventionsprogramme aufzulegen, wenn deren Beitrag zur Erreichung *ihrer höchststrangigen Ziele* (i.d.R. sind dies Renditeziele) annähernd bestimmt werden kann.

Der folgende Abschnitt skizziert deshalb ein Denkmodell, das versucht, den Wert solcher Programme schon im Vorfeld (also in der Investitionsplanung) zu berechnen und die Argumentationsfähigkeit für Präventionsexperten zu erhöhen. Dabei werden die entstehenden Kosten eines solchen Programms nicht mehr „krampfhaft“ dem (erwarteten) Nutzen gegenübergestellt, sondern geprüft, auf welchen Wegen ein ökonomisches Ziel am güns-

tigsten zu erreichen ist. Unter Umständen kann das Ergebnis dieser Methode sein, dass Präventionsprogramme *keinen* geeigneten Weg zur Zielerreichung darstellen.

2 Hierarchische Effektplanung verhaltensorientierter Präventionsprogramme

Das Modell der hierarchischen Effektplanung ist kausal angelegt und durchläuft insgesamt 4 Phasen. Ihm liegt ein arbeitssystemischer Denkansatz zugrunde.

Phase 1: Entwicklung von strategischen Leitlinien auf Unternehmensebene

Die strategischen Leitlinien sollen aufzeigen, wohin und auf welchen Wegen sich das Unternehmen in den nächsten 3 bis 5 Jahren entwickeln will. Die Leitlinien münden in der Formulierung einer unternehmerischen *Vision* (z.B. „Umsatzrendite von 10 %“). Die formulierte Vision wird anschließend mit einigen Zielfeldern der höchsten Ebene (z.B. „Produktvielfalt“, „Vertriebssystem“, „externes Unternehmensimage“, „gesunde Mitarbeiter“ o.ä.) untersetzt. Die Zielfelder stehen in komplexer Wechselwirkung miteinander, werden aber vorerst als eigenständige Arbeits- und Interventionssysteme behandelt.

Phase 2: Globale Zielfeld – Gewichtung

Durch Gewichtung werden die Zielfelder hinsichtlich ihres Stellenwertes quantifiziert. Die Gewichte bringen zum Ausdruck, in welcher Relation die Zielfelder zur angestrebten Vision stehen. In der Phase 2 müssen Unternehmen erklären, wie viel Ihnen der Faktor „Gesundheit“ als Zielfeld „wert“ ist, d.h. welchen Beitrag er zur Erreichung der Vision leistet. Hierbei schwanken die Beiträge je nach Branche z.T. erheblich. Ein Bauunternehmen mit einem hohen Anteil gering qualifizierter (und damit substituierbarer) Mitarbeiter wird dem Zielfeld „Gesundheit“ u.U. weit weniger Gewicht beimessen, als etwa ein Pharmaunternehmen seinem (hochqualifizierten und fluktuationsanfälligen) Außendienst. Den Anspruch, einen Zielbeitrag objektiv zu messen, erhebt das Modell auf dieser Ebene noch nicht. Das Vorgehen schafft aber Transparenz und das ermittelte Gewicht bestimmt zudem die Obergrenze des Investitionsanteils zur Zielerreichung.

Phase 3: Gewichtung und Bewertung innerhalb eines Zielfeldes

In Phase 3 werden die Einflussfaktoren innerhalb der einzelnen Zielfelder präzisiert. Für das Zielfeld „Gesundheit“ bieten sich hierbei z.B. mehrdimensionale Gesundheitsanalysen (vgl. auch WEINREICH, 2000) an. Mit ihnen können Merkmale der Arbeitswelt beschrieben, verglichen und in Bezug auf die Entstehung bzw. Verhinderung von Gesundheit gewichtet werden. Im Ergebnis solcher Gesundheitsanalysen erhält man Aussagen über die konkreten Wirkzusammenhänge in einem Arbeitssystem, also ob z.B. einseitige muskuläre

Beanspruchungen oder das betriebliche Informationsmanagement tatsächlich einen bedeutsamen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Belegschaft haben. Zugleich ermöglichen die Analysemethoden eine Bewertung des Ist – Zustandes. Der Skalierungshintergrund kann hierbei variieren, muss aber zum Zweck der Vergleichbarkeit für alle Merkmale gleich sein.

Phase 4: Bestimmung des Nutzenpotenzials einer Maßnahme

Alle Daten gehen in eine Berechnungsformel ein, deren Grundlage SCHWERES, SENGOTTA und ROESLER (1999) geschaffen haben. Jeder Aspekt trägt aufgrund seines absoluten Gewichts und seiner momentanen Bewertung ein unterschiedlich großes Nutzenpotenzial zur Verbesserung des Arbeitssystems in sich. Im Fokus der Interventionen müssen dann folglich Aspekte stehen, die hoch gewichtet und schlecht bewertet sind. Bei Veränderungen in diesen Aspekten wird das Gesamtsystem bei gleichem Ressourceneinsatz erheblich weiter vorgebracht, als z.B. durch die Bearbeitung von Aspekten, die eher gering gewichtet und ohnehin schon gut bewertet wurden. Ein Präventionsprogramm zum Abbau oder Ausgleich monotoner muskulo-skelettaler Beanspruchungen hat in diesem Zusammenhang nur dann eine Realisierungschance, wenn der Wirkzusammenhang im Arbeitssystem nachgewiesen und der Ausgangszustand als unzureichend interpretiert wurde. Ein bemerkenswerter Vorteil des beschriebenen Vorgehens liegt in der erheblich veränderten Wahrnehmung des Veränderungsangebotes. Aus einer möglicherweise „Krankenkassen – kofinanzierten – good – will – Aktion“ wird dann ein „Präventionsinvestment“ mit kalkulierbarem Rückfluss, vorausgesetzt, die intendierten Effekte (z.B. nachhaltige Verhaltensänderungen) treten auch wirklich ein.

Literatur

Schweres, M., Sengotta, M. & Roesler, J. (1999). Gesundheits- und Arbeitsschutz in der Investitionsplanung. DV-Unterstützung für erweiterte Wirtschaftlichkeitsrechnungen. FB 849 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Weinreich, I. (2000). Mehrdimensionale betriebliche Gesundheitsanalysen. Darstellung eines 4 – Ebenen – Ansatzes. Regensburg: Roderer.