

Ökonomische Evaluation von Betrieblicher Gesundheitsförderung

Im Rahmen der Evaluierung Betrieblicher Gesundheitsförderung ist es möglich, sowohl die Effektivität als auch die Effizienz zu überprüfen. Ziel dieses Argumentariums ist es, für EntscheidungsträgerInnen und operativ tätige Personen im Bereich Betrieblicher Gesundheitsförderung (z.B. BGF-BeraterInnen, BeraterInnen in der Sozialversicherung) Antworten auf Fragen zur ökonomischen Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung anzubieten.



HINWEIS: Nachfolgend wird sowohl die ökonomische Evaluation der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) als auch die ökonomische Evaluation von Betrieblichen Gesundheitsmanagementsystemen (BGM) im Sinne eines Monitorings thematisiert.

Die Frage der Effektivität und der Effizienz von BGF

Die Effektivität von Maßnahmen und Programmen ist ein Maß für den Grad der Zielerreichung bzw. der Wirksamkeit. Die Effizienz bezieht sich auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis und stellt somit ein Maß für die Wirtschaftlichkeit dar (Tabelle 1).

Tabelle 1: Effektivität und Effizienz

Evaluationskriterium	Fragestellung	Zieltypus	Zuordnung
Effektivität	Wie wirksam ist die Maßnahme bzw. das Programm?	Gesundheitsrelevante Ziele	Maß für die Zielerreichung bzw. Wirksamkeit
Effizienz	Wie ist das Verhältnis von Aufwand zu Nutzen der Maßnahme bzw. des Programms?	Ökonomische Ziele	Maß für die Wirtschaftlichkeit

Betriebliche Gesundheitsförderung hat sich etabliert, muss sich aber im Gegensatz zu anderen Managementsystemen (z.B. Qualitätsmanagement) oder Bereichen wie der Kuration (z.B. Chemotherapie) häufiger der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsdebatte stellen, da oft Einsparungsnachweise verlangt werden. Gesundheitsförderung ist aber nicht monetär gewinnorientiert ausgerichtet (Wellmann, 2008, S. 123), sondern auf Gesundheitsgewinne – mehr Gesundheit für MitarbeiterInnen von Unternehmen sowie für Bevölkerungsgruppen und die gesamte Bevölkerung.

„Healthy Employees in Healthy Organisations.“

Vision und Mission der ENWHP,
Europäisches Netzwerk für BGF

Die Orientierung an Gesundheitsgewinnen (und nicht an Einsparungen) erlaubt dennoch das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen zu berücksichtigen, um zu eruieren, inwieweit vorhandene Geldmittel bestmöglich eingesetzt werden können, um den größtmöglichen Gesundheitseffekt zu erreichen, d.h. Abwägung alternativer Maßnahmen bei gleicher Zielsetzung (Helmenstein et al., 2004, S. 10).

Der Nutzen arbeitsbezogener Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens ist mittlerweile in vielen Reviews aufgezeigt worden (z.B. Sockoll, Kramer & Bödeker, 2008). Eine Zusammenstellung von Nachweisen zum gesundheitlichen und ökonomischen Nutzen von Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz aus einer am IfGP durchgeführten systematischen Literaturrecherche ist in den Tabellen 2 und 3 wiedergegeben. Bei den recherchierten Studien werden die Auswirkungen einzelner oder kombinierter Maßnahmen berichtet und nicht die Auswirkungen der Maßnahmen im Rahmen von ganzheitlichen BGF-Projekten.

Tabelle 2: Studienergebnisse zum gesundheitlichen Nutzen von Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Nutzendimension	Maßnahmen	Ergebnisse	AutorInnen (Jahr)
Gesundheitlicher Nutzen	Ernährung und Bewegungsmaßnahmen: Information, Schulung und Beratung, verhaltens- und teilweise verhältnispräventive Maßnahmen	Mäßig positive Effekte auf das Gewicht der MitarbeiterInnen Positive Effekte bei verhältnisorientierten Maßnahmen zur Stärkung eines gesunden Ernährungsverhaltens; uneindeutige Effekte auf erhöhtes Bewegungsverhalten; kein Effekt auf das Gesundheitsrisiko Uneindeutige Effekte auf erhöhtes Bewegungsverhalten	Anderson et al. (2009), Benedict & Arterburn (2008), Mhurchu et al. (2010) Engbers et al. (2005) Ogilvie et al. (2007)
	Maßnahmen zur Erhöhung des Tätigkeitsspielraums	Positive Effekte auf die subjektive Gesundheit (für einige oder alle Subgruppen); bei Verminderung des Handlungsspielraums wurde jedoch auch die mentale (und physische) Gesundheit schlechter bewertet.	Bambra et al. (2009), Egan et al. (2007)
	Veränderung in der Schichtarbeit: Umstellung von 8h/5 Tage auf 10-12h/4 Tage, von langsamen auf schnellen Schichtwechsel, von Rückwärts- auf Vorwärtsrotation, Selbst-einteilung	Positiver Effekt auf die Work-Life-Balance und Gesundheit	Bambra et al. (2009)
	Privatisierung von staatlichen Unternehmen	Geringere Job-Sicherheit und Arbeitslosigkeit haben negative Effekte auf die mentale und teilweise auf die physische Gesundheit	Bambra et al. (2009)
	Maßnahmen zur Verminderung von Rückenschmerzen	Positiver Effekt von Rückentrainings, kein linearer Zusammenhang zu Stressmanagement, Schuheinlagen, ergonomischen Schulungen ausgewiesen	Bigos et al. (2009)
	Maßnahmen zur Veränderung des Lebensstils	Positive Effekte auf Reduktion des Körperfettanteils; Positive Effekte auf Reduktion des Körpergewichts bei Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen; geringster Effekt bei begleiteten Bewegungseinheiten	Groeneveld et al. (2010)
	Rauchfreie Betriebe	Positiver Effekt auf Zigarettenkonsum von ArbeitnehmerInnen	Hopkins et al. (2010)
	Finanzielle Anreize und unterstützende Maßnahmen zum Raucherstopp	Positiver Effekt auf die Anzahl der MitarbeiterInnen zum Raucherstopp	Leeks et al. (2010)
	Maßnahmen zur Verringerung von muskuloskelettalen Erkrankungen	Positiver Effekt auf Krankenstände	Van Oostrom et al. (2009)

Tabelle 3: Studienergebnisse zum ökonomischen Nutzen von Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Nutzendimension	Maßnahmen	Ergebnisse	AutorInnen (Jahr)
Ökonomischer Nutzen	Erhöhung der gesetzl. Sicherheitsvorschriften	Positive Effekte auf die Anzahl der Unfälle (wenn die Einhaltung der Gesetze auch geprüft wurde)	Bambra et al. (2009)
	Rauchfreie Betriebe und öffentliche Bereiche	Kosten von \$ 526 per QUALY für Betriebe; Nettonutzen von \$ 48 Mrd. bis \$ 89 Mrd./Jahr bei U.S. Implementierung; Kosteneinsparung bei Krankenversorgung und Verhinderung von Produktivitätseinbußen	Hopkins et al. (2010)
	Präventive Bonusprogramme der betrieblichen Krankenversicherung in Deutschland	Jährlicher Nutzen von mindestens € 129/TeilnehmerIn (da die Bonusprogramme allen Versicherten offenstehen, liegt eine Selbstselektion der Interventionsgruppe vor; Bonusprogramme werden stärker von Männern ab 40 und von Frauen zwischen 30 und 50 Jahren genutzt)	Friedrichs et al. (2009)
	Ökonomischer Nutzen diverser Gesundheitsförderungsprogramme	Reduktion von Krankheitskosten um durchschnittlich 26% ROI Krankheitskosten von 1:2,3 bis 1:5,9 Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten um durchschnittlich 27% ROI krankheitsbedingter Fehlzeiten von 1:1,3 bis 1:10,1	Ahrens & Schott (2004) Aldana (2001) Chapman (2003, 2005) Golaszewski (2001) Helmenstein et al. (2004) LaMontagne et al. (2006) Moher et al. (2005) Pelletier (2001, 2005) Rey-Riek et al. (2003) Riedel et al. (2001) Sockoll et al. (2008)

Anmerkungen. QUALY: Quality Adjusted Life Year. Beim qualitätskorrigierten Lebensjahr handelt es sich um eine Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit. Ein QUALY von 1 stellt ein bei vollständiger Gesundheit verbrachtes Lebensjahr dar. Aus Kunz et al. (2007, S. 209).

Vorgehensweise bei der ökonomischen Evaluation

Ist die Durchführung einer ökonomischen Evaluation vorgesehen, sind die dazu erforderlichen Schritte bereits bei der Planung des BGF-Projektes zu beachten (wie z.B. Verfügbarkeit der erforderlichen Daten, Aufwand der Datenaufbereitung, Anforderungen an die Datenanalyse). Der Einbeziehung der MitarbeiterInnenperspektive sollte bei der ökonomischen Evaluation von BGF-Projekten jedenfalls eine hohe Bedeutung beigemessen werden.

Herausforderungen und Limitierungen

Die wesentlichen Herausforderungen und gleichzeitig Limitierungen der ökonomischen Evaluation von BGF liegen auf der Seite der Effekte. Ob ein Effekt in Zukunft auftritt und wie stark dieser ausfallen wird, lässt sich schwer abschätzen (Helmenstein et al., 2004, S. 10). Studienergebnisse zeigen, dass Kostenauswirkungen aufgrund von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bereits nach 12 bis 18 Monaten feststellbar sind (Edington, 2001, S. 345). Ist es lediglich möglich, kurzfristige Effekte zu evaluieren, sollten diese durch Studienergebnisse (Tabelle 2 und Tabelle 3) – unter Berücksichtigung der bedingten Übertragbarkeit dieser Studienergebnisse – ergänzt werden (Rothgang & Salomon, 2009, S. 352).

„Financial impact of health promotion: we need to know much more, but we know enough to act.“

Harris et al., 2001, S. 378

Für ein Ergebnis sollten direkter, indirekter und intangibler Nutzen zunächst getrennt voneinander betrachtet werden. Der direkte betriebliche Nutzen, wie z.B. weniger Krankenstand, weniger Unfälle, kann zumindest teilweise monetär gemessen und ausgedrückt werden (Greiner, 1998, S. 58ff). Indirekten Nutzen (z.B. Anstieg der Produktivität aufgrund von reduzierten Krankenständen) in Geldeinheiten auszudrücken, ist sehr aufwändig. Die Bewertung sog. intangibler bzw. immaterieller Nutzenfaktoren wie z.B. Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen wurde bisher „als besondere Herausforderung gesehen“ (Horvath & Möller, 2004, S. 97). Zur Berücksichtigung immaterieller Werte gibt es aber eine Vielzahl von Methoden (Fritz, 2006). Die Erhebung der immateriellen Werte sollte die Perspektive der MitarbeiterInnen widerspiegeln (z.B. MitarbeiterInnenbefragung statt ExpertInnenbewertung).

Es ist schwierig, Effekte den jeweiligen Maßnahmen zuzuordnen, da die verschiedenen Maßnahmen in der BGF auf unterschiedlichen Ebenen umgesetzt werden und Gesundheit zudem von individuellen, sozialen und umweltbezogenen Bedingungen abhängig ist. Eine Herausforderung besteht darin, angemessene Kennzahlen zu finden, welche die Effekte widerspiegeln (Helmenstein et al., 2004, S. 10). Nach Meyer (2004) muss eine Kennzahl „gleichzeitig theoretischen, methodischen, praktischen und politischen Anforderungen genügen“ (S. 24), um entscheidungsrelevante Informationen liefern zu können, die dann in tatsächliche Entscheidungsprozesse einfließen.

Grundsätzlich gilt, dass jede Evaluation mit Einschränkungen verbunden ist. Evaluationsstandards wie z.B. Durchführung einer Längsschnittstudie, Einsatz einer Kontrollgruppe, Theoretisches Modell als Basis, Validierung der Messinstrumente, Stichprobenbeschreibung, Kombination verschiedener Analyseinstrumente, unterschiedliche Auswertungsmethoden, Beschreibung der Interventionen, Berechnung der Effektstärke, Bewertung der praktischen Relevanz sowie Durchführung einer ökonomischen Qualitätsanalyse sollten daher eingehalten werden (Fritz, 2006, S. 157ff).

Risiken

Die Durchführung einer ökonomischen Evaluation birgt das Risiko, dass im Falle eines negativen Ergebnisses BGF nicht mehr weiterverfolgt wird. Wie jede Form der Evaluation ist auch die ökonomische Evaluation mit Einschränkungen verbunden die stets vollständig kommuniziert werden sollen und bei der Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen sind. Die Entscheidung für oder gegen das Weiterführen einer Maßnahme oder eines Programms zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz sollte nie allein auf Basis ökonomischer Evaluationen getroffen werden. Die Durchführung einer betriebswirtschaftlichen bzw. ökonomischen Evaluation ist jedoch trotz aller damit verbundenen Einschränkungen zu empfehlen.

“Cost-effectiveness estimates are a decision aid, NOT a decision rule“

Grosse et al., 2007, S. 365

Literatur

- Ahrens, D., Goldgruber, J. & Erfkamp, H. (2008). Evidenzbasierung gesundheitsbezogener Interventionen in Gesundheitsförderung und Prävention. *Soziale Sicherheit*, 2, 85–93.
- Badura, B., Schröder, H. & Vetter, C. (Hrsg.). (2009). *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Heidelberg: Springer.
- Edgington, D. W. (2001). Emerging Research: A View From One Research Center. *American Journal of Health Promotion*, 15 (5), 341–349.
- Fritz, S. (2006). *Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen. (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit* (2. Aufl.). Zürich: vdf Hochschulverlag AG.
- Goldgruber, J. & Ahrens, D. (2009). Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4 (1), 83–95.
- Greiner, W. (1998). Die Berechnung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen. In P. Glaser, O. Schöffski, & J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluation* (S. 55–67). Berlin: Springer.
- Grosse, S. D., Teutsch, S. M. & Haddix, A. C. (2007). Lessons from Cost-Effectiveness Research for United States Public Health Policy. *Annual Review of Public Health*, 28, 365–391.
- Harris, J., Holman, P. & Carance-Kulis, V. (2001). Financial impact of health promotion – we need to know much more but we know enough to act. *American Journal of Health Promotion*, 15 (5), 378–382.
- Helmenstein, C., Hofmarcher, M., Kleissner, A., Riedel, M., Röhring, G. & Schnabl, A. (2004). *Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung*. Studie im Auftrag des Bundeskanzleramtes, Sektion Sport. Wien, Eisenstadt: IHS, ESCE Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Forschung.
- Horvath, P. & Möller, K. (2004). *Intangibles in der Unternehmenssteuerung. Strategien und Instrumente zur Wertsteigerung des immateriellen Kapitals*. München: Vahlen.
- Meyer, W. (2004). *Indikatorenentwicklung: Eine praxisorientierte Einführung* (2. Auflage). CEval Arbeitspapiere. Saarbrücken: Centrum für Evaluation.
- Rothgang, H. & Salomon, T. (2009). Die ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. In Kolip, P. & Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. (S. 345–362). Bern: Verlag Hans Huber.
- Sockoll, I., Kramer, I. & Bödeker, W. (2008). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. IGA-Report 13*. Essen Dresden Bonn Siegburg: BKK-BV DGUV AOK-BV AEV.
- Wellmann, H. (2008). Das 5-Stufen-Modell zur ökonomischen Evaluation der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In Froböse, I., Wellmann, H. & Weber, A (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung. Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Bewertung* (S. 65–199). Wiesbaden: Universum Verlag GmbH.



Für den Inhalt verantwortlich:

Mag. Hubert Langmann
Mag.^a (FH) Marlene Gerger
Mag.^a Beate Atzler, MPH
IfGP – Institut für Gesundheitsförderung
und Prävention GmbH
Haideggerweg 40, 8044 Graz
www.ifgp.at

Mag. Werner Bencic
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Gruberstraße 77, 4020 Linz
www.oegkk.at

Mag.^a Christa Peinhaupt
Dr. Klaus Ropin
Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich
Fonds Gesundes Österreich
Aspernbrückengasse 2, 1020 Wien
www.goeg.at / www.fgoe.org

Besonderer Dank gebührt Prof. Dr. Dieter Ahrens, Hochschule Aalen (D), für die Durchsicht und wertvolle fachliche Hinweise.