
**Evidenzbasis betrieblicher Gesundheitsförderung:
von Einzelmassnahmen zu integriertem betrieblichen Gesundheitsmanagement für einen breiteren Impact in Betrieben**

Workshop: Was kann betriebliche Gesundheitsförderung bewirken?

Tagung Fonds Gesundes Österreich, 25.4.2008

PD Dr. med. Georg Bauer, DrPH

Abteilung Gesundheitsforschung und Betriebliches Gesundheitsmanagement

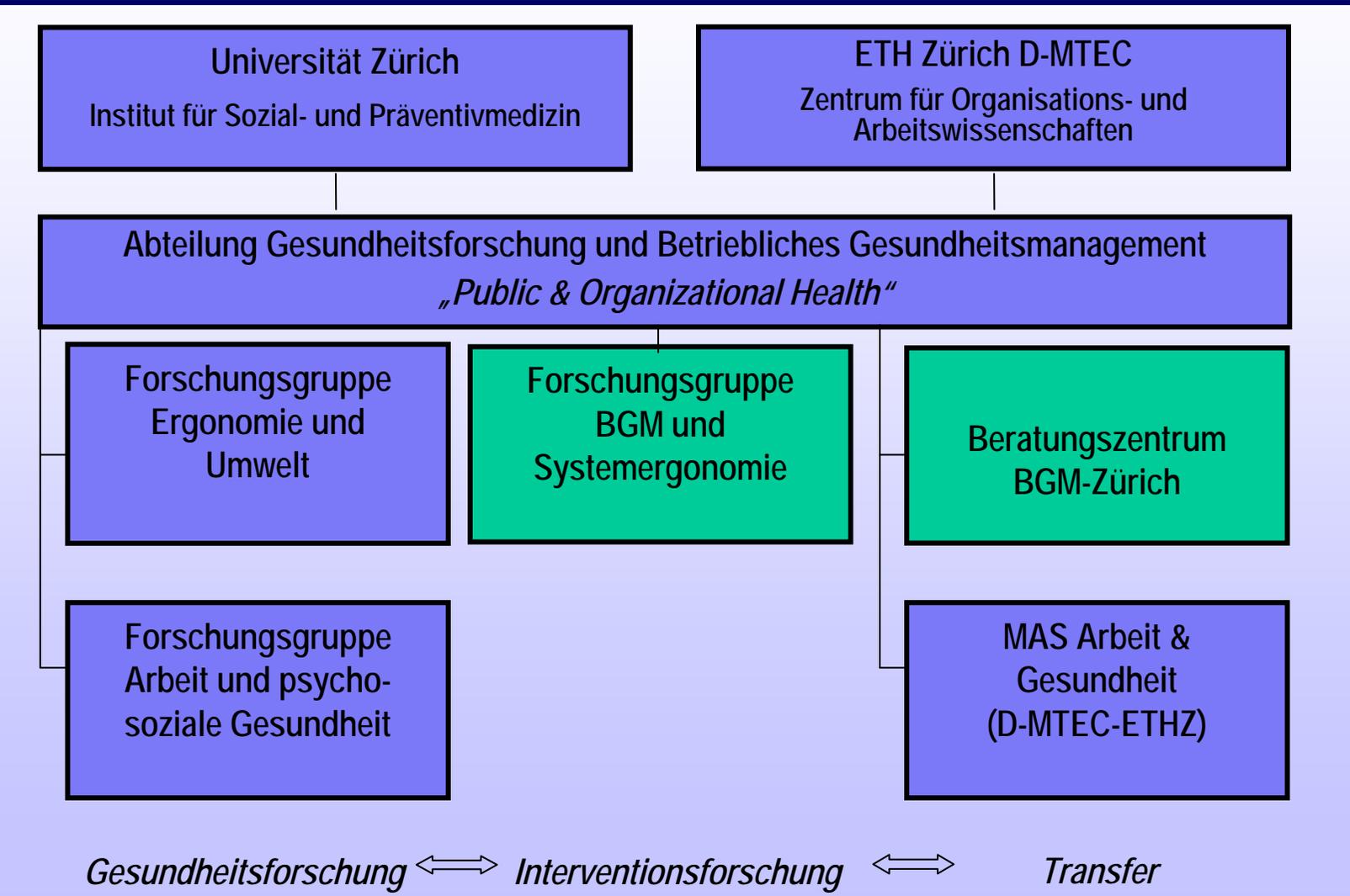
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich

Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften, ETH Zürich

0041- 44 634 46 38

gfbauer@ifspm.uzh.ch

Abteilung Gesundheitsforschung & BGM, UZH/ETH Zürich



Überblick

- BGF-Ansätze
 - gesundheits- und arbeitsorientierte Einzelinterventionen
 - BGF-Programme
 - BGM als gesundheitsförderliche Systemoptimierung
- Evidenz zu BGF & BGM
 - Stakeholderspezifische Wirksamkeits-Evidenz
 - Erfolgskriterien: Public Health Impact & RE-AIM Kriterien
- Stand & Limitationen der vorhandenen Evidenz zu BGF
- Evidenz der Wirksamkeit von BGM: Stand & Ausblick

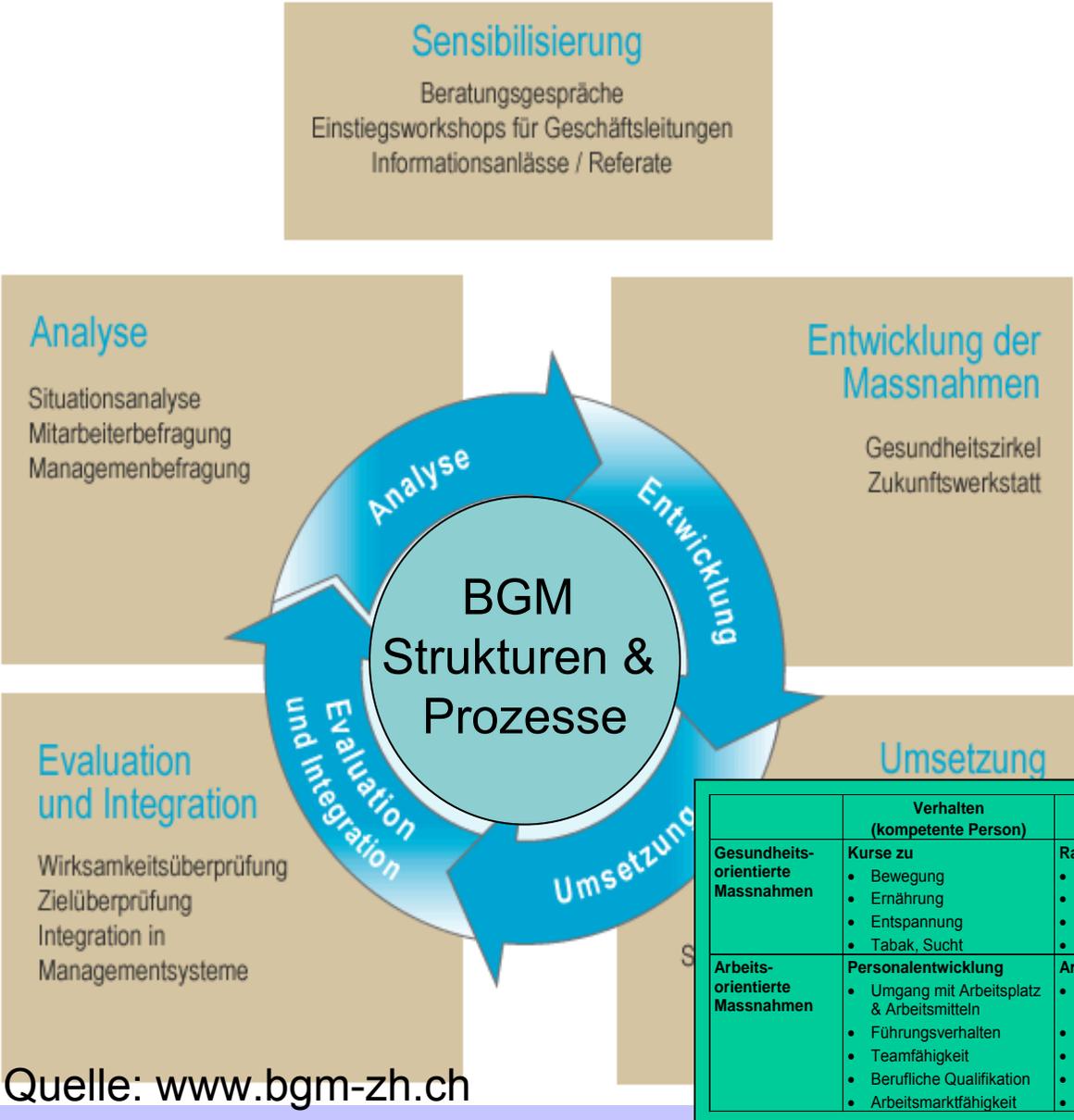
BGF Ansätze: Einzelinterventionen

	Verhalten (kompetente Person)	Verhältnisse (gesunde Organisation)
Gesundheits-orientierte Massnahmen	Kurse zu <ul style="list-style-type: none"> • Bewegung • Ernährung • Entspannung • Tabak, Sucht 	Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> • betriebliches Fitnesscenter • gesundes Kantinenessen • Ruheräume • Rauchfreies Unternehmen
Arbeits-orientierte Massnahmen	Personalentwicklung <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Arbeitsplatz & Arbeitsmitteln • Führungsverhalten • Teamfähigkeit • Berufliche Qualifikation • Arbeitsmarktfähigkeit 	Arbeitsgestaltung <ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung Arbeitsplatz, Arbeitsmittel, Arbeitszeit • Entscheidungsspielräume • Teamarbeit • Erweiterung Arbeitsaufgaben • Arbeitsplatzsicherheit

BGF-Ansätze: BGF-Programme

	Verhalten (kompetente Person)	Verhältnisse (gesunde Organisation)
Gesundheitsorientierte Massnahmen	Kurse zu <ul style="list-style-type: none"> • Bew • Ernä • Ents • Tabak, Sa 	Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> • Fitnesscenter • Kantinenessen • me • des Unternehmen
Arbeitsorientierte Massnahmen	Person: <ul style="list-style-type: none"> • Umg & Ar • Führ • Teamfähigkeit • Berufliche Qualifikation • Arbeitsmarktfähigkeit 	Übergeordnete Outcomes <ul style="list-style-type: none"> • Psychische Gesundheit • Muskuloskeletale Gesundheit haltung <ul style="list-style-type: none"> • ng Arbeitsplatz, mittel, Arbeitszeit • dungsspielräume • Teamarbeit • Erweiterung Arbeitsaufgaben • Arbeitsplatzsicherheit

BGF-Ansätze: BGM als System- optimierung



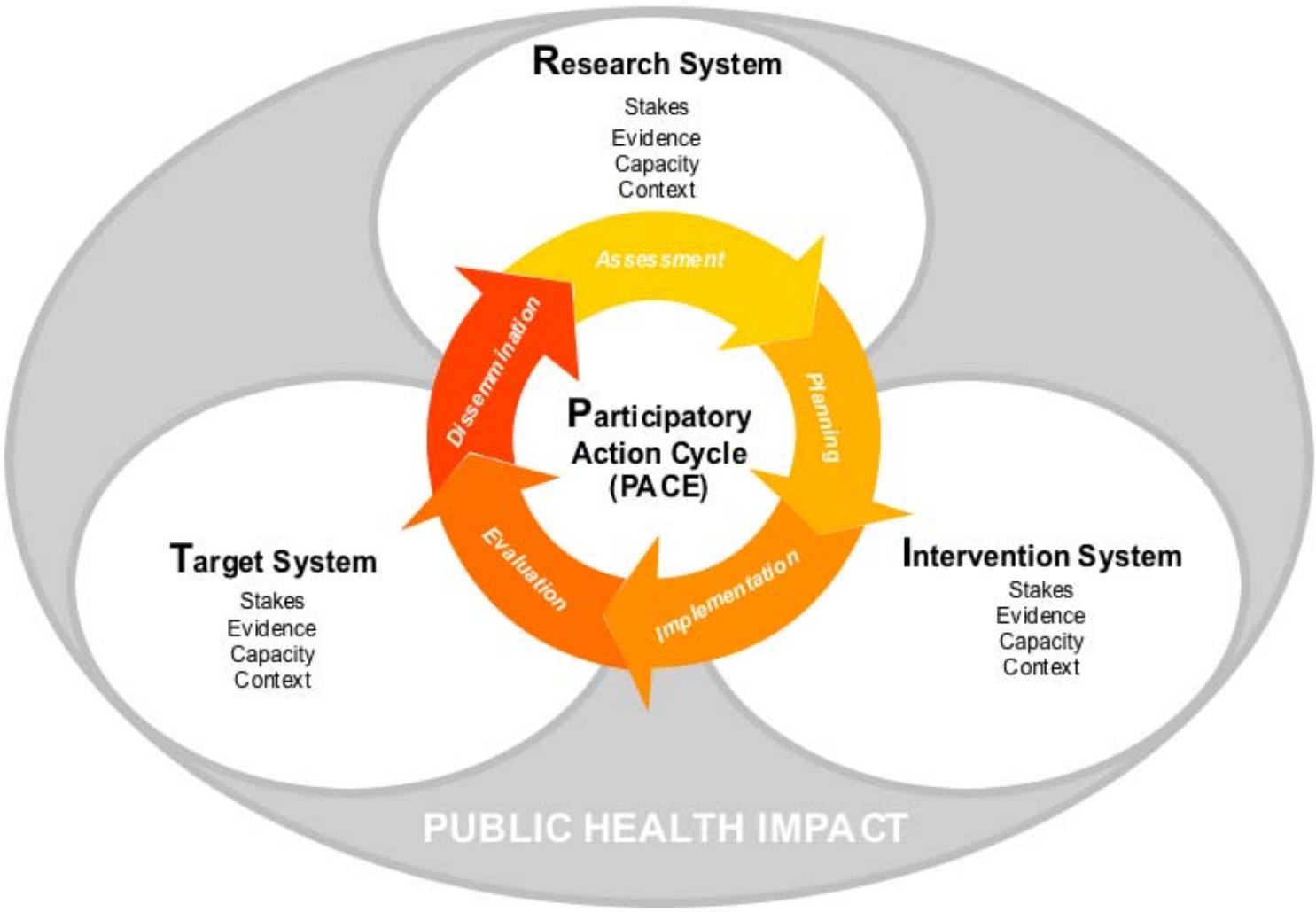
Quelle: www.bgm-zh.ch

Ziel BGF: Public Health Impact (Abrams 1996)

Public Health Impact

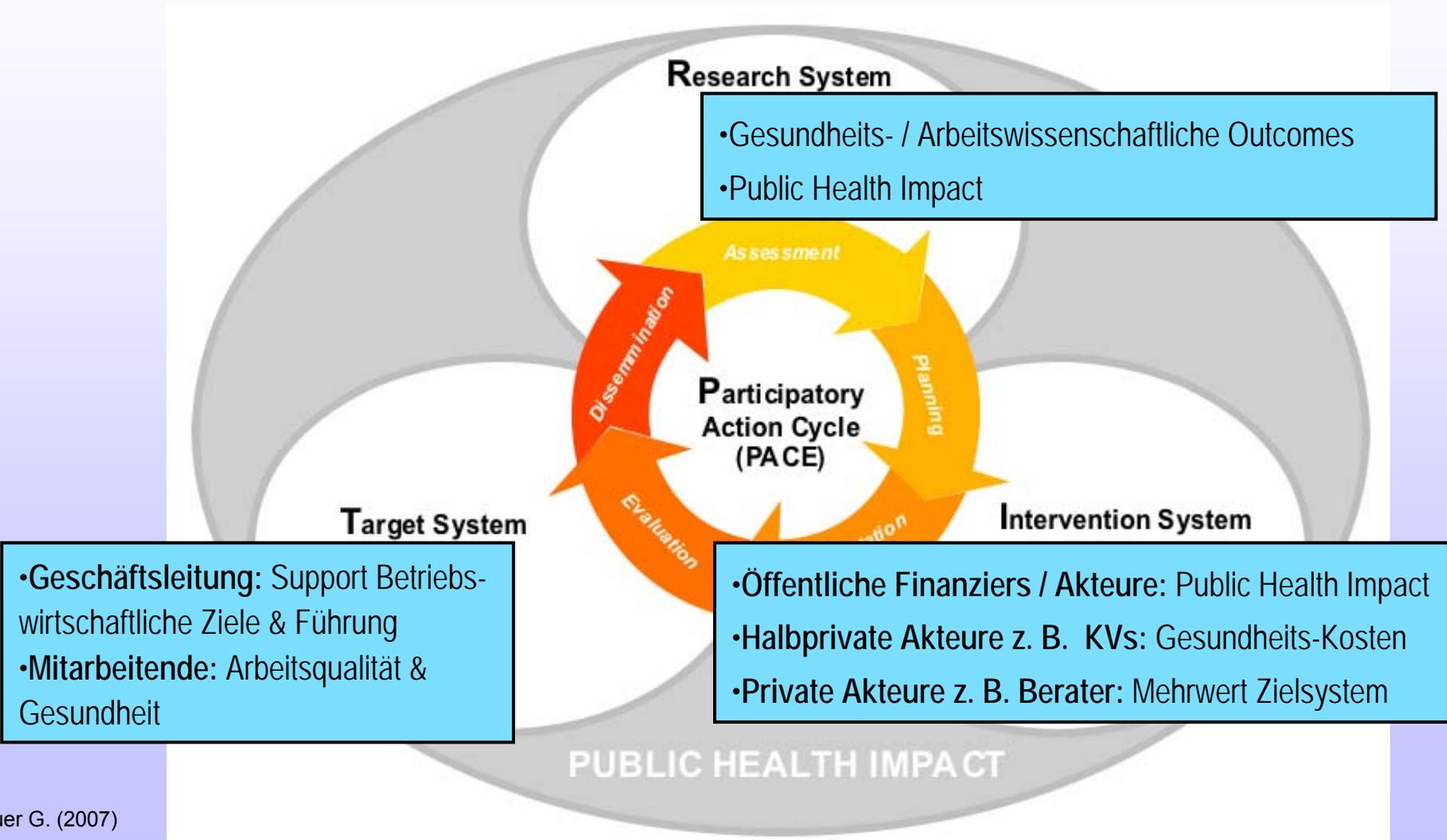
= Wirksamkeit x Verbreitung einer
gesundheitsorientierten Intervention

Erweiterter Interventionsforschungsansatz: TRIP Modell (Bauer 2007)



Bauer G. (2007)

**Bedarf: Stakeholderspezifische Wirksamkeits-Evidenz
(Message: adäquate Ergebnisse & „Evidenzhierarchie“)**



Bauer G. (2007)

Stand der Evidenz zu gesundheitsorientierten BGF Einzelinterventionen & Programmen (vgl. BKK Berichte 03 & 08)

- Wirkungen Einzelinterventionen
 - Hohe interne Validität (tatsächlich interventionsbedingte Effekte)
 - Gesundheitliche Effekte ✓
 - Teilweise betriebswirtschaftliche Bewertung ROI ✓
- Wirkungen Programme (= Kombinationen von Einzelint.)
 - Wenige Studien zu fest definierten Programmpaketen (v. a. Kombinationen gesundheitsorientierter Massnahmen) - aber eher wirksamer als Einzelinterventionen

Relevanz gesundheitsorientierter Interventionen & Outcomes für Zielsystem Betriebe?

- Gesundheit = strategisches Unternehmensziel?
- ROI als Hilfskonstruktion (Reduktion Absenz/Krankheitskosten)
- Dauer der Kosteneinsparung?
- BGF bleibt Zusatzinvestition
- Beitrag zu verbesserten Strukturen & Prozessen bzw. Produktivität?

RE-AIM Kriterien & verfügbare Evidenz

Bsp. Review Bull 2003: n = 24 BGF Interventionsstudien

RE-AIM Dimension: Level	% Studies
Adoption: Organization	25% (0% representativeness)
Reach: Individual	Partizipation: 87.5% Representativeness: 9%
Implementation: Organization	12.5% Treatment delivered on time (none: staff time needed or treatment fidelity)
Efficacy: Individual	= Fokus
Maintenance: Individual Setting	4% > 6 months follow-up 4% continuation after study

Quelle: Bull 2003

Limitationen der Evidenz zu gesundheitsorientierten BGF Einzelinterventionen & Programmen

- Externe Validität: Generalisierbarkeit Intervention & ihrer Effekte?
 - Selektive, homogene Untersuchungskollektive?
 - Expertengetragene Interventionen?
 - Welche Interventionen sind bei welchen Zielgruppen wirksam (Bsp. Art der Bewegungsförderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen)?
- Bedarfs- & Veränderungswissen
 - wie Indikation stellen/Prioritäten setzen?
 - passende Interventionen auswählen & konkret umsetzen?
- Wirkung adaptiver Programmpakete?
 - Bedarfs-/Bedürfnisanalyse -> unternehmensspez. Prioritätensetzung
- Verbreitungswissen: wie Interventionen vermarkten?

Veränderungsbereitschaft: Stand BGM Kt. Zürich

(n=1000 Untern. > 20 MA; TN-Rate 18%) (Jenny, Deplazes, Lehmann, Bauer 2006)

Work-directed (factor 1)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Personnel development

Organisational development

Absence management

Ergonomics

Job design

Casemanagement

Health-directed (factor 2)

Workplace safety

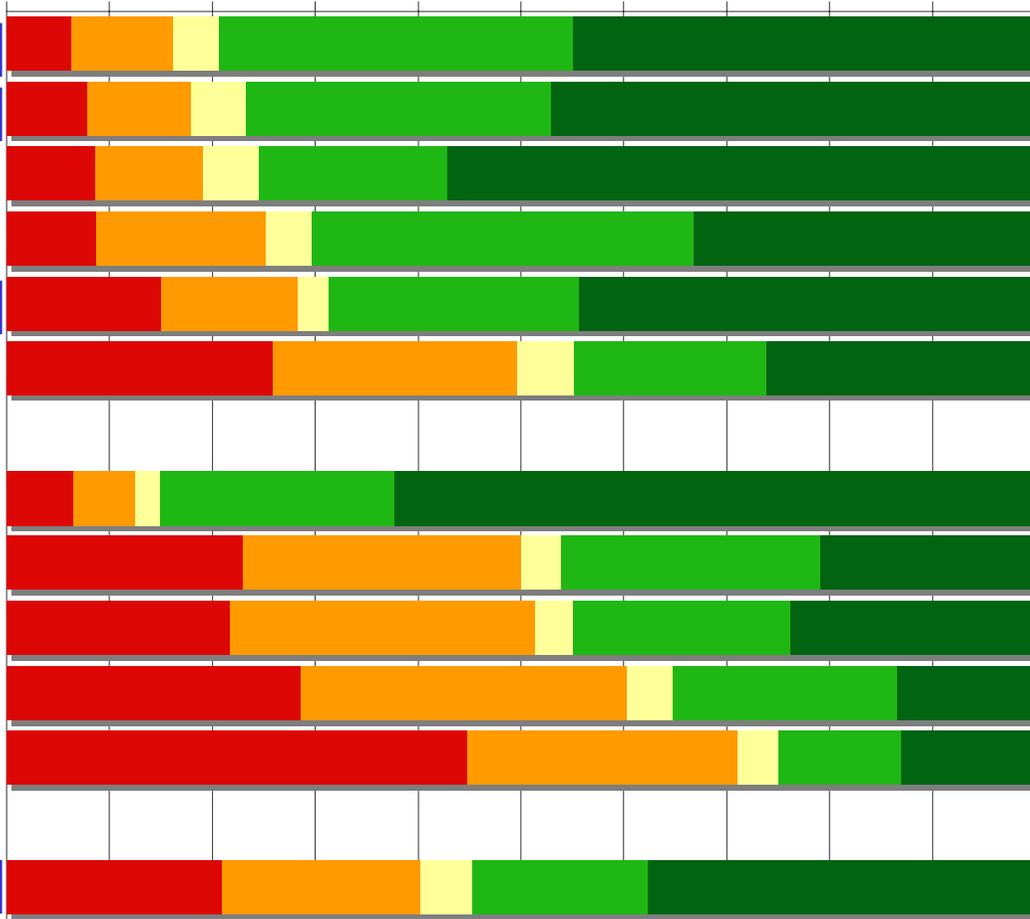
Health behaviour information

Addiction prevention

Health behaviour courses

Workgroup health and working conditions

Employee survey



Selbsteinschätzung Personalmanager!

■ Precontemplation ■ Contemplation ■ Preparation ■ Action ■ Maintenance

Wirksamkeit arbeitsorientierter BGM Massnahmen

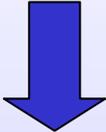
- Verhaltens-Ebene: Meta-Analyse von Stress Management Programmen
 - Psychologische & physiologische Auswirkungen (Van der Klink 2001)
 - Auswirkungen auf Stresssymptome > Arbeitsqualität > □ Organisation (Bamberg & Busch 1996)
- Organisationale (“Verhältnis-”) Ebene (Arbeitsgestaltung & -organisation)
 - Heterogene Interventionen & Outcomes -> kaum Meta-Analysen (Klink et al. 2001)
 - Reviews zeigen heterogene Effekte, jedoch konsistent positive Effekte auf Arbeitszufriedenheit & Absentismus (Semmer & Zapf 2004, Semmer 2006, Bond et al. 2006)
 - Hohe Teilnahme & gute Umsetzung erforderlich
- Kombinierte Interventionen Verhalten (Kompetenzen) & Verhältnisse
 - Positive Wechselwirkungen

Evidenz bez. arbeitsorientierter Massnahmen: Review Gesundheitszirkel (Aust & Ducki 2004)

- **Basis:** Review von 11 Studien; 3 mit Kontrollgruppe; 8 Retrospektive Veränderungsbefragung
- **Ergebnis:** 45% - 86% der Massnahmenvorschläge werden umgesetzt; betreffen sowohl gesundheits- als auch arbeitsorientierte Massnahmen
- **Schlussfolgerung:** “GZ sind ein effektives Instrument zur Verbesserung physischer & psychosozialer Arbeitsbedingungen & haben einen positiven Effekt auf Gesundheit, Wohlbefinden und krankheitsbedingte Absenzen”
- **Verbreitung:** 25% Gross- und 10% Klein/Mittlere-Unternehmen haben schon Gesundheitszirkel umgesetzt (Gröben & Bös 1999)

BGM: System-optimierung

•Unternehmensspezifische Analyse & Massnahmen



•Wirkungen nicht aufgrund früherer Forschung vorhersehbar

•Erfordert kontinuierliche, unternehmensspezifische Überprüfung der Zielerreichung (erwünschte & unerwünschte Effekte!)

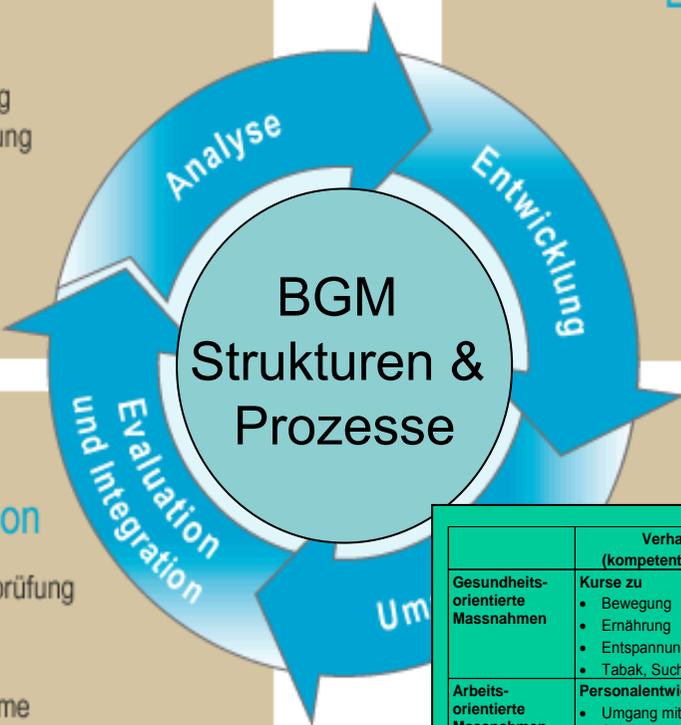
•Beachtung Kontext

Sensibilisierung
Beratungsgespräche
Einstiegsworkshops für Geschäftsleitungen
Informationsanlässe / Referate

Analyse
Situationsanalyse
Mitarbeiterbefragung
Managementbefragung

Entwicklung der Massnahmen
Gesundheitszirkel
Zukunftswerkstatt

Evaluation und Integration
Wirksamkeitsüberprüfung
Zielüberprüfung
Integration in Managementsysteme



	Verhalten (kompetente Person)	Verhältnisse (gesunde Organisation)
Gesundheitsorientierte Massnahmen	Kurse zu <ul style="list-style-type: none"> • Bewegung • Ernährung • Entspannung • Tabak, Sucht 	Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> • betriebliches Fitnesscenter • gesundes Kantinenessen • Ruheräume • Rauchfreies Unternehmen
Arbeitsorientierte Massnahmen	Personalentwicklung <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Arbeitsplatz & Arbeitsmitteln • Führungsverhalten • Teamfähigkeit • Berufliche Qualifikation • Arbeitsmarktfähigkeit 	Arbeitsgestaltung <ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung Arbeitsplatz, Arbeitsmittel, Arbeitszeit • Entscheidungsspielräume • Teamarbeit • Erweiterung Arbeitsaufgaben • Arbeitsplatzsicherheit

Quelle: www.bgm-zh.ch

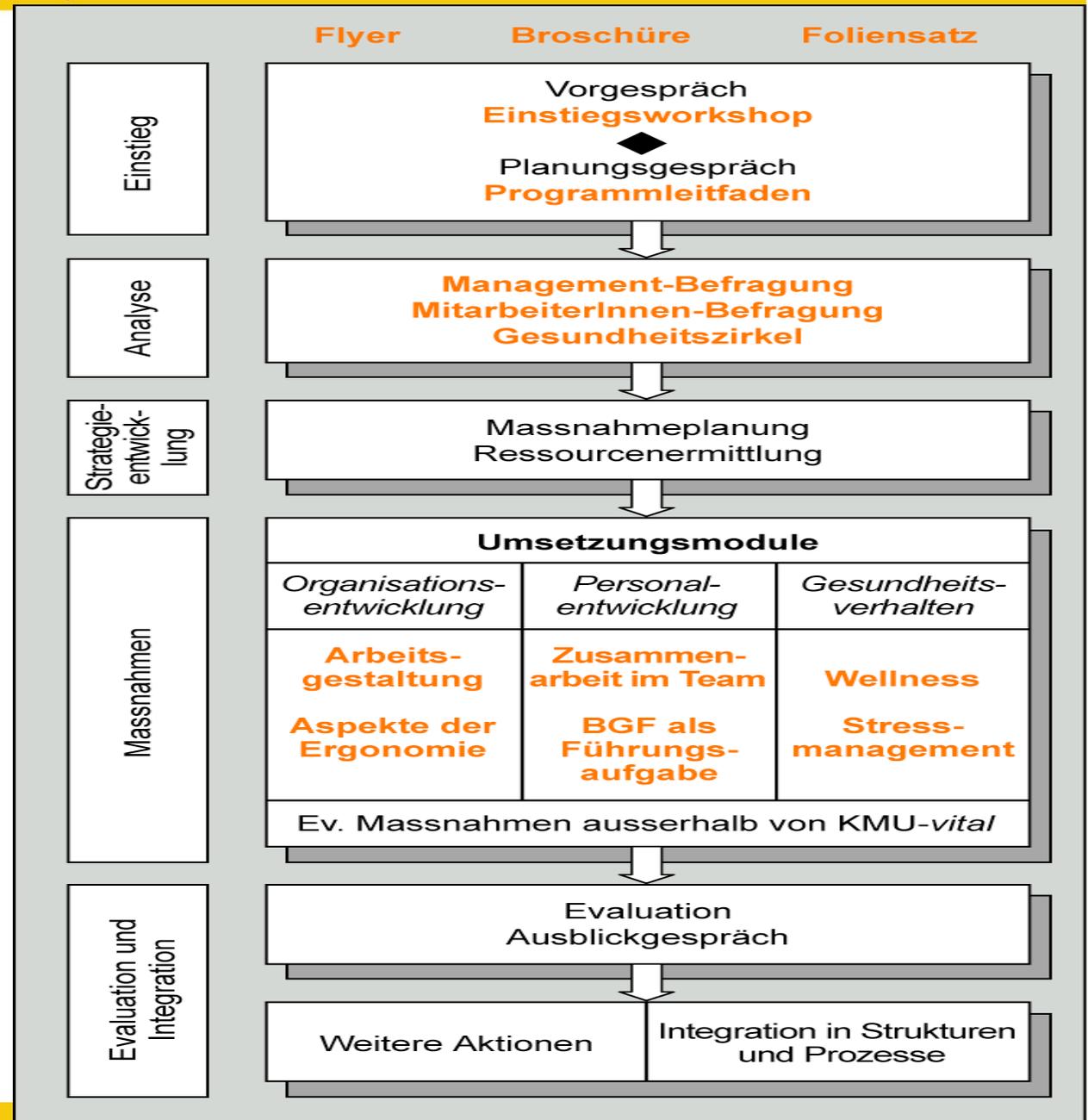


BGM-Programm:
 Entwicklung mit
 Zielsystem (10 KMU) &
 Interventionssystem
 (Stiftung, 6 Anbieter)

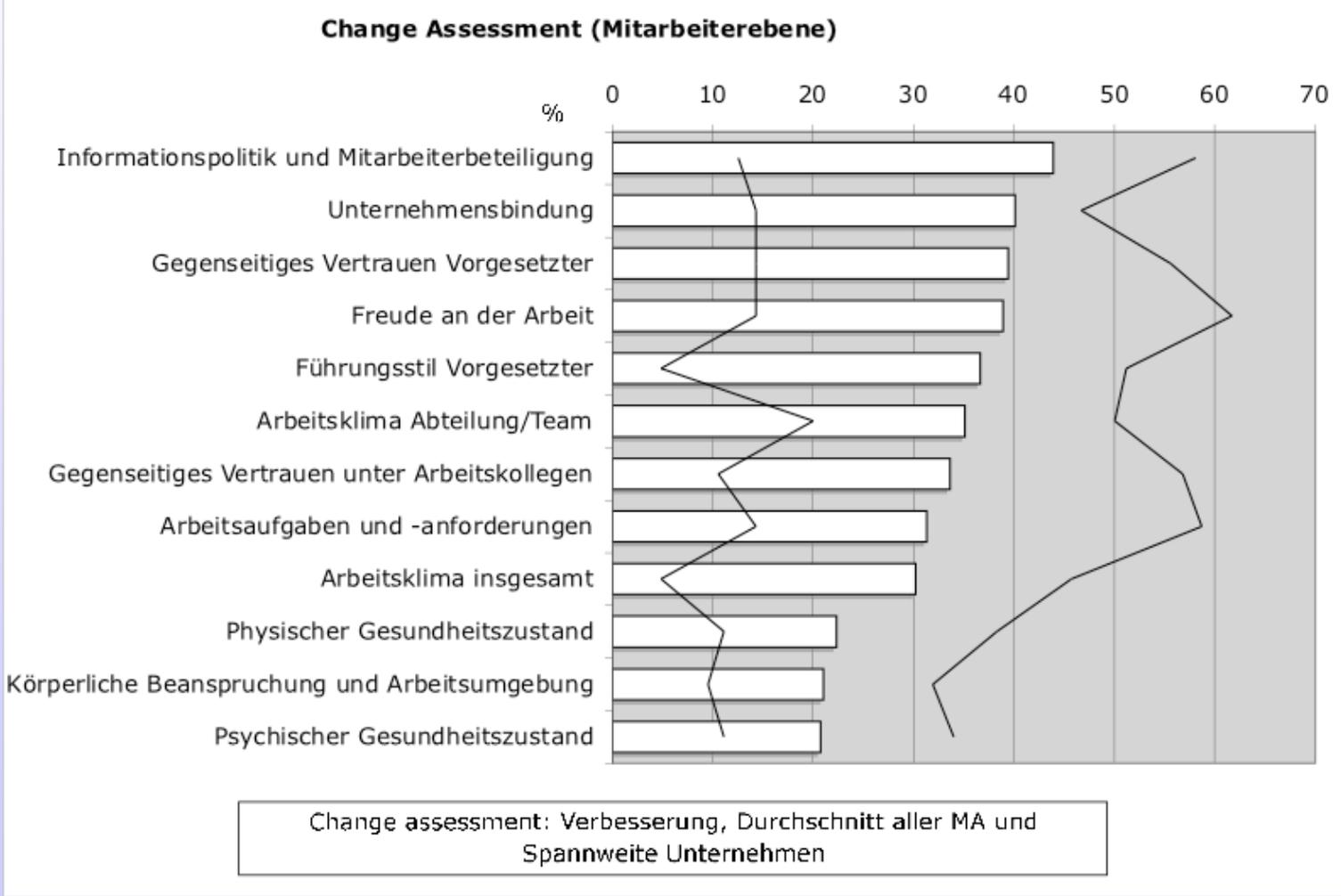
www.kmu-vital.ch
www.pme-vital.ch



Gesundheitsförderung Schweiz
 Promotion Santé Suisse
 Promozione Salute Svizzera



KMU-vital: Ergebnisevaluation

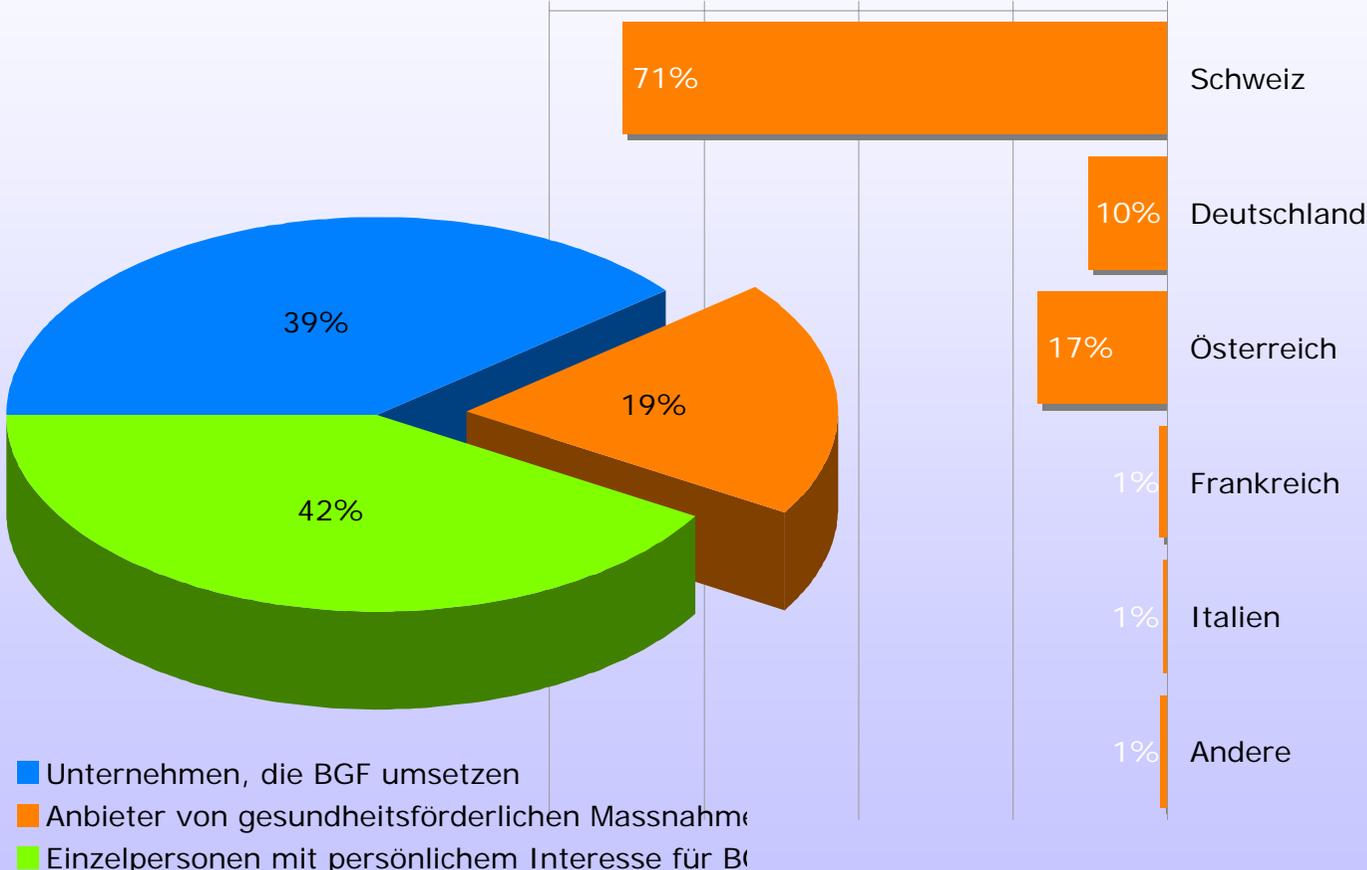


Bauer, G., & Jenny, G., Hämmig, O., Lehmann, K., & Schmid, M. (2007). Summative Evaluation of a standardized, comprehensive worksite health promotion toolbox in small- and medium-sized enterprises. Submitted

Evaluation der Verbreitung von KMU-vital

(Periode: Juli 2004 bis November 2006)

- 1'800 registrierte User
- Download von 12'000 Dokumenten



Jenny, G., & Bauer, G. (2008). NutzerInnen und Nutzung der Website KMU-vital. In Bauer, G. & Schmid, M. (Hrsg.), KMU-vital. Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Zürich: vdf.

Wirksamkeitsstudie: Erreichen unternehmensspezifischer BGM-Ziele (Ebene GL & Gesundheitszirkel)

Zur Anzeige wird der QuickTime™
Dekompressor „TIFF (LZW)“
benötigt.

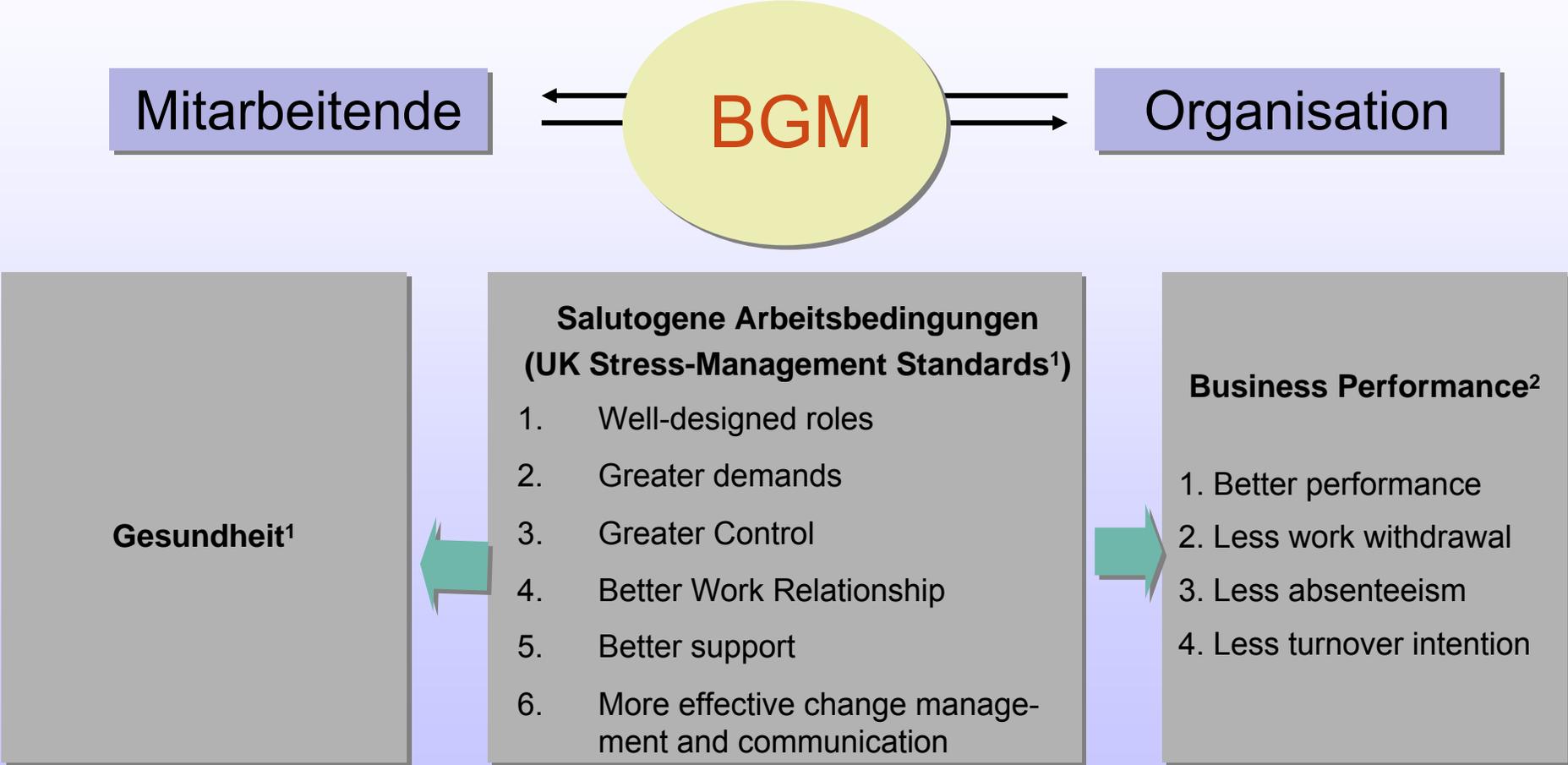
Weitere Evidenzbasis: Ökonomischer Nutzen gesundheitsförderlicher Organisationen

- Personalpraxis ökonomisch erfolgreicher Unternehmen (Pfeffer 1998)
- Evaluation nationaler Arbeitsreformprogramme (Swedish Work Life 2000, Gustavsen et al. 1996)
- Werte- & Sozialkapital (Badura et al. 2007)
 - > Führung & Arbeitsqualität -> Gesundheit & finanzielle Performance
- Mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur
 - “Great Place to Work” & Aktienperformance - (Fulmer et al. 2003)
 - MA-orientierte Unternehmenskultur -> Arbeitsqualität -> Engagement -> finanzielle Performance (Hauser et al. Bundesminist. für Arbeit & Soziales 2007)
- UK Stress Management Standards

Balanced Score Card - Zielfelder von BGM (Kaplan & Norton 1996)



Gesundheitsförderliche Organisation



1. MacKay C, Cousins R et al. Management standards and work-related stress in the UK: Policy background and Science. Work & Stress 2004

2. Bond, F. W., Flaxman, P. E., & Lovett, S. (2006). A business case for the management standards for stress. UK Health and Safety Executive (HSE) Contract Research Report 431.

Evidenzbasierte Medizin vs. BGM

Medizin (Individual-Ansatz)

Wirkungsebene

- Klar definierbare Einzeldiagnose & Therapie
- Vergleichbare physiologische Wirkmechanismen
- Vielzahl vergleichbarer Fälle (Basis für RCT & Generalisierbarkeit Ergebnisse)
- Verallgemeinerbare, definierbare Wirkung
- Passive Rolle der Zielgruppe; geringe Kontrollierbarkeit der (Neben-) Wirkungen

BGM (Setting-Ansatz)

Wirkungsebene

- Organisationsspezifischer Problemkomplex & Kombinations-“Therapie“
- Organisationsspezifische Wirkmechanismen
- Spezifische Einzelfälle
- Organisationsspezifische, offene Wirkung
- Aktive Rolle der Zielgruppe: Hohe Kontrollierbarkeit der (Neben-) Wirkungen

Evidenzbasierte Medizin vs. BGM

Medizin (Individual-Ansatz)

Verbreitungsebene

- Medizinisches Versorgungssystem, das neue Standards übernimmt

Fazit

- Wirksamkeitsforschung zentral: generalisierbare Evidenz der Wirksamkeit
- anschliessende Verbreitung durch medizinisches Versorgungssystem gegeben

BGM (Setting-Ansatz)

Verbreitungsebene

- Kein klar definiertes Interventionssystem

Fazit

- Veränderungswissen zentral („wie setzt man BGM konkret um?“)
- Verbreitungsforschung zentral: organisationsspez. Interventionen mit hohem Verbreitungspotential
- Wirksamkeitsüberprüfung immer im Feld notwendig

Veränderungswissen arbeitsorientierte BGF: generelle Erfolgsfaktoren

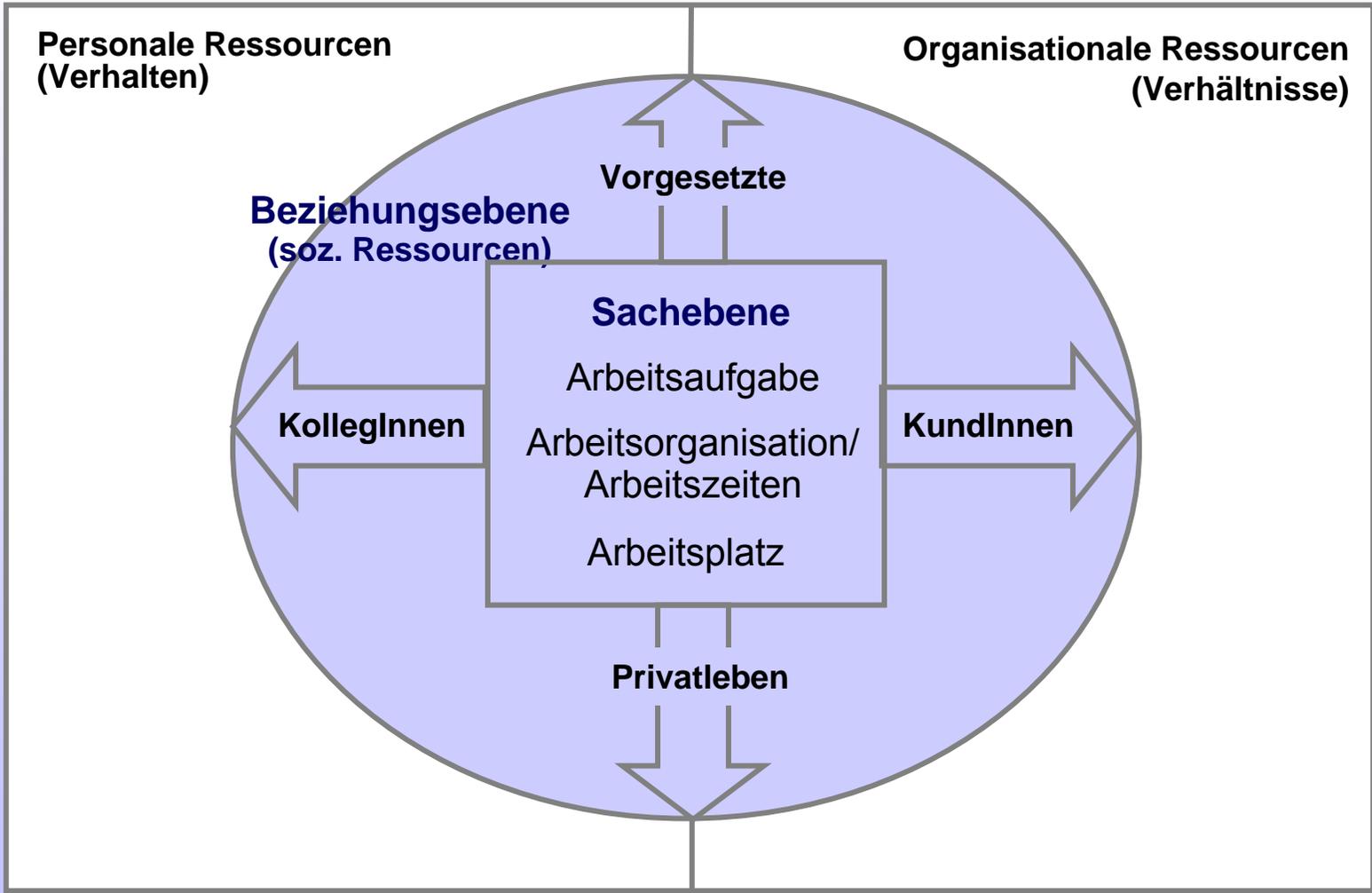
Quellen

- BGF (Lenhard, Rosenbrock 1998)
- Stresspräventionsprogramme (Kompier et al. 1998-2000)
- Arbeitssicherheitskomitees (Milgate et al. 2002)
- Gesundheitszirkel (Slesina 2001, Sochert 2002)

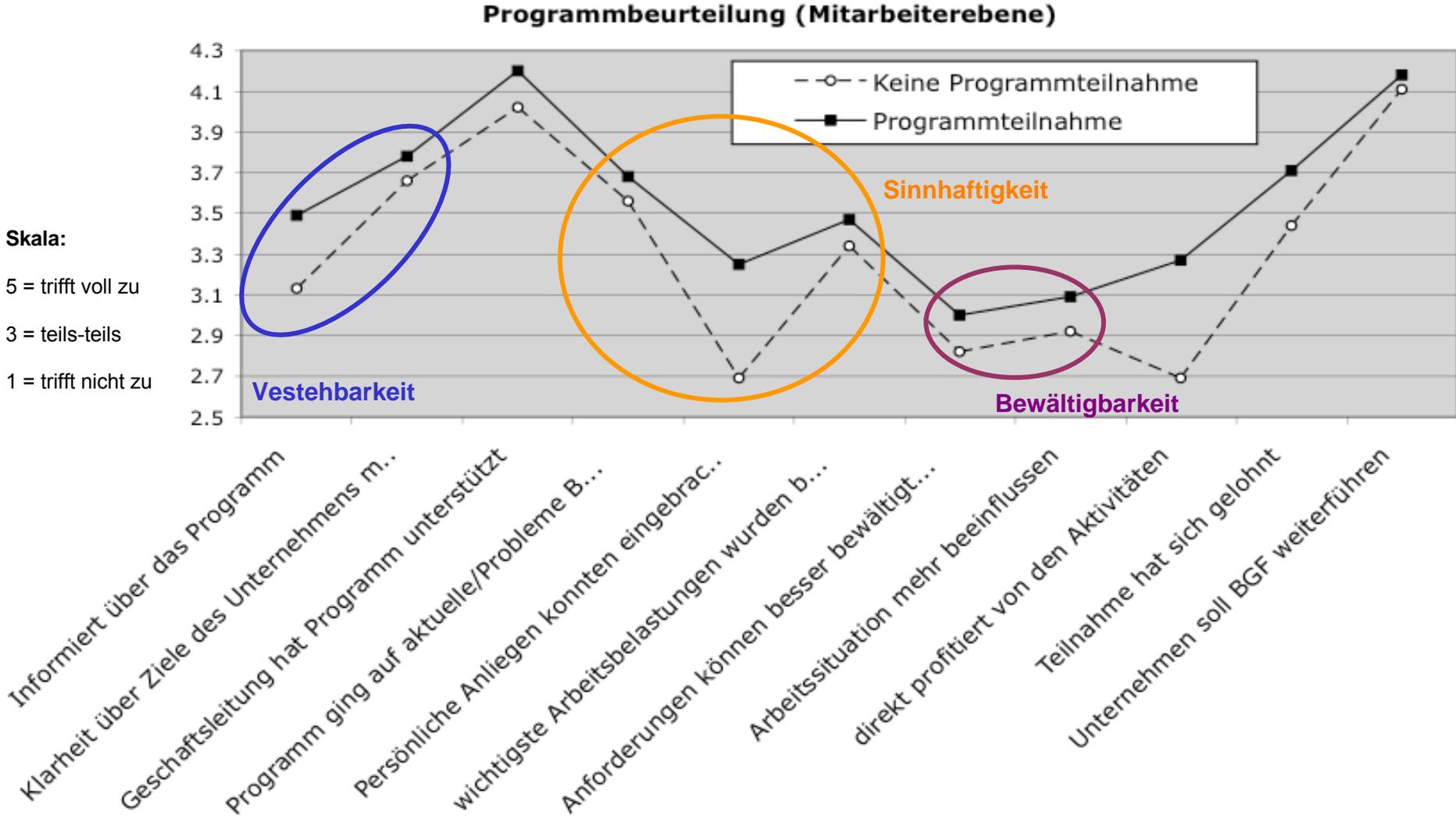
Wichtige Ergebnisse

- Unterstützung durch GL
- Breite Partizipation & Kommunikation

BGM: Ansatzpunkte für Interventionen



KMU-vital Evaluation: Interventionsqualität SoC



Bauer, G., Jenny, G., Hämmig, O., & Schmid, M. (2006). Evaluation eines Pilot-Programms für betriebliche Gesundheitsförderung in KMU. In GfA (Hrsg.) Innovationen für Arbeit und Organisation. Bericht zum 52. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft. Dortmund: GfA-Press.

Evidenzbasis BGF: Bereiche & Fragestellungen

- Bedingungswissen
 - Relevanz verschiedener Gesundheitsdeterminanten
 - Priorisierung von Interventionen
- Wirksamkeitswissen
 - Generalisierbare Wirksamkeit?
 - Wirkung von Programmen?
- Veränderungswissen
 - Konkrete Umsetzung in Betrieben?
 - Standardisiertes vs. Unternehmensspezifisches Vorgehen?
- Verbreitungswissen
 - Was motiviert Organisationen zu BGF/BGM?