

**hkk GESUNDHEITSREPORT | 2016**

# Fehlzeiten

Eine Analyse mit hkk-Routinedaten  
von Dr. Bernard Braun  
(Universität Bremen/BIAG)

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	2
1. „Highlights“- die wichtigsten Ergebnisse im Überblick .....	3
2. Datenbasis und Methodik.....	4
3. Krankengeldberechtigte hkk-Mitglieder 2015 .....	5
4. Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen .....	6
4.1. Krankenstand im jährlichen Verlauf .....	7
4.2. Entwicklung des Krankenstandes in Bremen, Niedersachsen und anderen Bundesländern .....	8
4.3. Krankenstand nach Geschlecht .....	9
4.4. Krankenstand nach Alter und Geschlecht .....	10
4.5. Krankenstand nach Regierungsbezirken .....	11
4.6. Krankenstand nach Regierungsbezirken, 2008-2015 .....	12
4.7. Fehltage nach Kreisen, 2015 .....	13
4.8. Krankenstand nach Branchen .....	14
4.9. Berufsgruppen mit längeren und kürzeren Fehlzeiten.....	16
4.10. Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage nach Krankheitsarten .....	17
4.11. Arbeitsunfähigkeitstage nach Erkrankung und Geschlecht.....	18
4.12. Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage nach Dauer .....	19
4.13. Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten und Bundesland .....	20
5. Exkurs: Der Wettbewerb „Gesunde Unternehmen Challenge“ zur Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	21

## Einleitung

Der hkk-Gesundheitsreport 2016 liefert aktuelle Daten zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von erwerbstätigen hkk-Mitgliedern und bietet somit erste Anhaltspunkte für deren gesundheitlichen Belastungsschwerpunkte.

Nach einer kurzen Erläuterung zur Datenbasis und Methodik gibt es in der Kurzzusammenfassung einen ersten Überblick über die wichtigsten Arbeitsunfähigkeitskennzahlen. Nachfolgend werden in einzelnen Tabellen und Grafiken Kennzahlen zum Krankenstand dargestellt.

- Neben den allgemeinen Krankenstandszahlen werden die Entwicklung des Krankenstandes seit 2008 insgesamt sowie in einzelnen Bundesländern und Regierungsbezirken der hkk-Kernregion in Niedersachsen und Bremen aufgezeigt. Neben der regionalen Entwicklung erfolgt auch eine Analyse nach Alters- und Geschlechtsgruppen, entsprechend der Branchen- und Berufsgruppen sowie nach ausgewählten Diagnosen.

Abschließend wird in einem Exkurs näher auf das Thema betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in kleinen und mittelständischen Unternehmen eingegangen.

• Bremen, im Mai 2016

## 1. „Highlights“- die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

### **Der Krankenstand bleibt unverändert**

Der Krankenstand der krankengeldberechtigten hkk-Mitglieder lag auch im Jahr 2015 bei 3,7 %. Jeden Tag fehlen somit krankheitsbedingt 37 von 1.000 krankengeldberechtigten Mitgliedern an ihrem Arbeitsplatz.

### **Fast jedes zweite erwerbstätige Mitglied mindestens einmal im Jahr arbeitsunfähig**

Der Anteil der Mitglieder, für die im Jahr 2015 mindestens einmal durch einen Arzt eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde, lag bei 47,0 %. Im Jahr 2014 lag dieser Wert bei 40,6 %.

### **Durchschnittliche Falldauer bei über 11 Tagen**

Die durchschnittliche Krankheitsdauer pro Fall lag im Jahr 2015 bei 11,2 Kalendertagen. Im Vorjahr waren es durchschnittlich 11,7 Tage je Fall.

### **Baugewerbe sowie Öffentliche Verwaltung/Sozialversicherung mit höchstem Krankenstand**

Die in der Branchen Baugewerbe sowie Öffentliche Verwaltung/Sozialversicherung arbeitenden hkk-Mitglieder verzeichneten mit 4,6 % und 4,4 % den höchsten Krankenstand. Der niedrigste Wert war in den Wirtschaftszweigen Dienstleistungen (2,3 %) und Banken/Versicherungen (3,2 %) festzustellen.

### **Arbeitsunfähigkeitsfälle um über 5 Prozent gestiegen**

Auf 100 erwerbstätige hkk-Mitglieder kamen 2015 insgesamt 121,8 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen. Im Vorjahr waren es 115,2 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen.

### **Arbeitsunfähigkeitstage leicht gestiegen**

Im Jahr 2015 kamen auf jedes erwerbstätige hkk-Mitglied 11,2 Arbeitsunfähigkeitstage. Im Vorjahr waren es 10,0 Arbeitsunfähigkeitstage.

### **Wichtigste Krankheitsarten**

Zwei Drittel (66,0 %) aller Krankheitstage entfielen im Jahr 2015 auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems, Verletzungen und psychische Erkrankungen.

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems waren mit anteilig 24,4 % Spitzenreiter aller Krankheitsarten.
- 15,6 % aller Krankheitstage entfielen auf Erkrankungen des Atmungssystems.
- Verletzungen verursachten 13,9 % aller Arbeitsunfähigkeitstage.
- 12,2 % der Fehltage sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen.

### **Langzeitarbeitsunfähigkeit**

Der Anteil von Arbeitsunfähigkeitsfällen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen betrug 3,3 %. Im Vorjahr lag der Anteil bei 4,0 %. Diese Langzeiterkrankungen verursachten 43,0 % aller Arbeitsunfähigkeitstage. Verursacht wurden die Langzeitausfälle vor allem durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (31,2 %) und psychischen Erkrankungen (18,0 %).

## 2. Datenbasis und Methodik

Die nachfolgenden Erläuterungen zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten von hkk-Mitgliedern fußen auf einer Analyse der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aller erwerbstätigen hkk-Mitglieder. Bei der Auswertung wurden sowohl Pflicht- als auch freiwillig Versicherte berücksichtigt und in den entsprechenden Kennzahlen als Gesamtgröße verwendet.

Als Basisdaten der Auswertung gelten alle Arbeitsunfähigkeitsfälle, die im Jahr 2015 und 2014 gemeldet wurden. Fehlzeiten, die im Zusammenhang mit Kuren, Kinderkrankengeldfällen und Schwangerschaft gemeldet wurden, sind nicht berücksichtigt.

Die Zeiten der Arbeitsunfähigkeiten werden von der Krankenkasse so erfasst, wie sie auf der Krankmeldung angegeben sind. Soweit sie in den Zeitraum der Krankschreibung fallen, werden Feiertage und Wochenenden mitberechnet. Bei Arbeitsunfähigkeitsfällen, die jahresübergreifend sind, wurden auch die Fehlzeiten in die Auswertung mit einbezogen, die schon im vorherigen Auswertungsjahr angefallen sind. Erkrankungen von bis zu drei Tagen Dauer werden von den Krankenkassen nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Deshalb ist der Anteil von Kurzerkrankungen tatsächlich höher, als er in den Daten der Krankenkassen dargestellt ist. Langzeitfälle mit einer Dauer von mehr als 42 Tagen sind ebenfalls in die Auswertung mit einbezogen worden, da sie eine bedeutende Rolle für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Betrieben sind.

Die Berechnung der Kennzahlen erfolgt auf der Basis der Versicherungszeiten nach dem Versichertenjahreprinzip. Mit der Verwendung dieser Bezugsgröße wird berücksichtigt, ob ein Mitglied durchgehend oder nur teilweise in dem Berichtszeitraum bei der hkk versichert war. Dasselbe gilt für die Beschäftigung in einer bestimmten Branche.

Für die Branchensystematik wurde auf die Klassifikation der Wirtschaftszweige (Ausgabe 2008) des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Die Bezeichnung der Krankheitsarten erfolgt nach der Internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10 (10. Revision des ICD, German Modifikation 2007). Das Schlüsselverzeichnis für die Berufsgruppen beruht auf der Klassifizierung der Berufe 2010 der Bundesagentur für Arbeit.

### 3. Krankengeldberechtigte hkk-Mitglieder 2015

Der hkk-Gesundheitsreport 2016 berücksichtigt alle im Jahre 2015 erwerbstätigen hkk-Mitglieder, die einen Anspruch auf Krankengeldleistungen hatten. Für diese Personen erhält die hkk im Krankheitsfalle eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Der größte Teil der hkk-Mitglieder ist in den Branchen Handel, verarbeitendes Gewerbe sowie im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt.

Die gesamte Datenbasis umfasst insgesamt 229.598 krankengeldberechtigte Mitglieder in der hkk. Davon waren 122.056 Mitglieder männlich (53,2 %) und 107.542 weiblich (46,8 %).

hkk-Population nach Geschlecht und Alter 2015					
Altersgruppe	Personenzahl (Tsd.)			Anteil an Gesamtpopulation (%)	
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
15-19	4.251	3.257	7.508	1,9%	1,4%
20-24	10.625	9.250	19.875	4,6%	4,0%
25-29	14.240	12.416	26.656	6,2%	5,4%
30-34	15.828	12.078	27.906	6,9%	5,3%
35-39	14.774	10.912	25.686	6,4%	4,8%
40-44	13.500	11.509	25.009	5,9%	5,0%
45-49	16.899	15.814	32.713	7,4%	6,9%
50-54	15.164	15.200	30.364	6,6%	6,6%
55-59	10.433	10.923	21.356	4,5%	4,8%
60-64	6.342	6.183	12.525	2,8%	2,7%
<b>Gesamt</b>	122.056	107.542	229.598	53,2%	46,8%

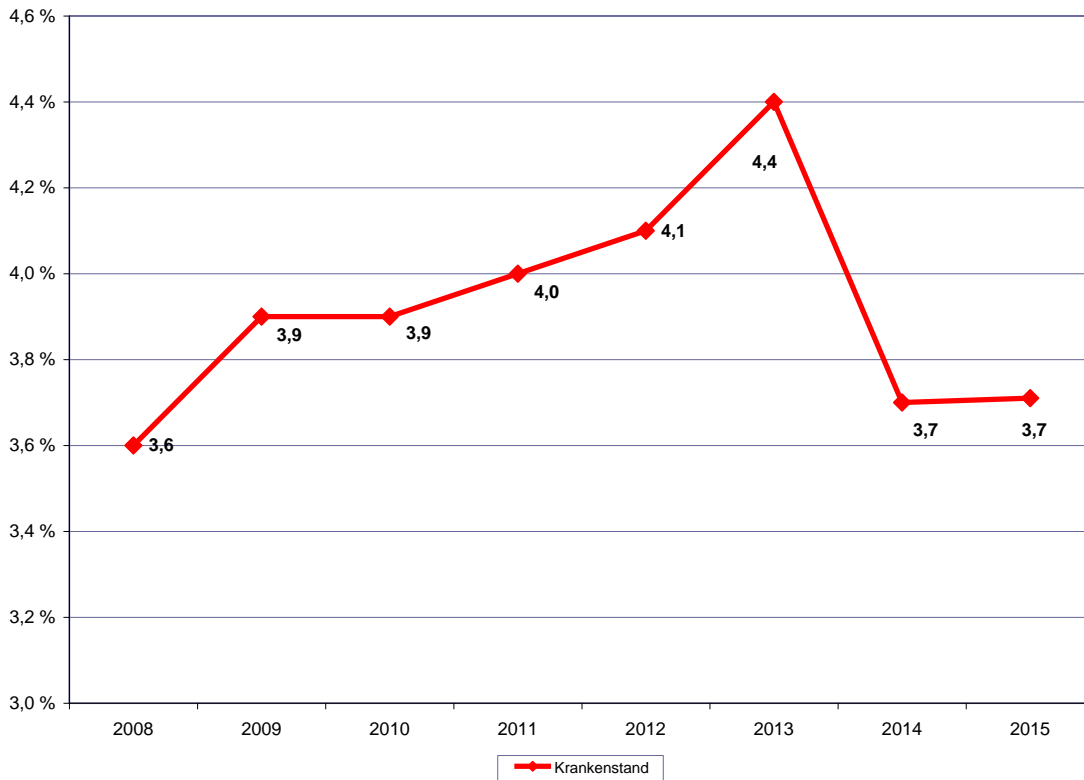
**Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen hkk-Mitglieder im Jahr 2015**

#### 4. Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Krankenstand in %		Arbeitsunfähigkeit je 100 Versichertenjahre				Tage je Fall	Veränderung zum Vorjahr in %	AU- Quote in%	
2015	2014	Fälle	Verände- rung zum Vorjahr in %	Tage	Verände- rung zum Vorjahr in %			2015	2014
<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	<b>121,8</b>	<b>5,7</b>	<b>1360,5</b>	<b>0,8</b>	<b>11,2</b>	<b>-4,7</b>	<b>47,0</b>	<b>40,6</b>

**Tabelle 2: Allgemeine Krankenstandszahlen**

#### 4.1. Krankenstand im jährlichen Verlauf

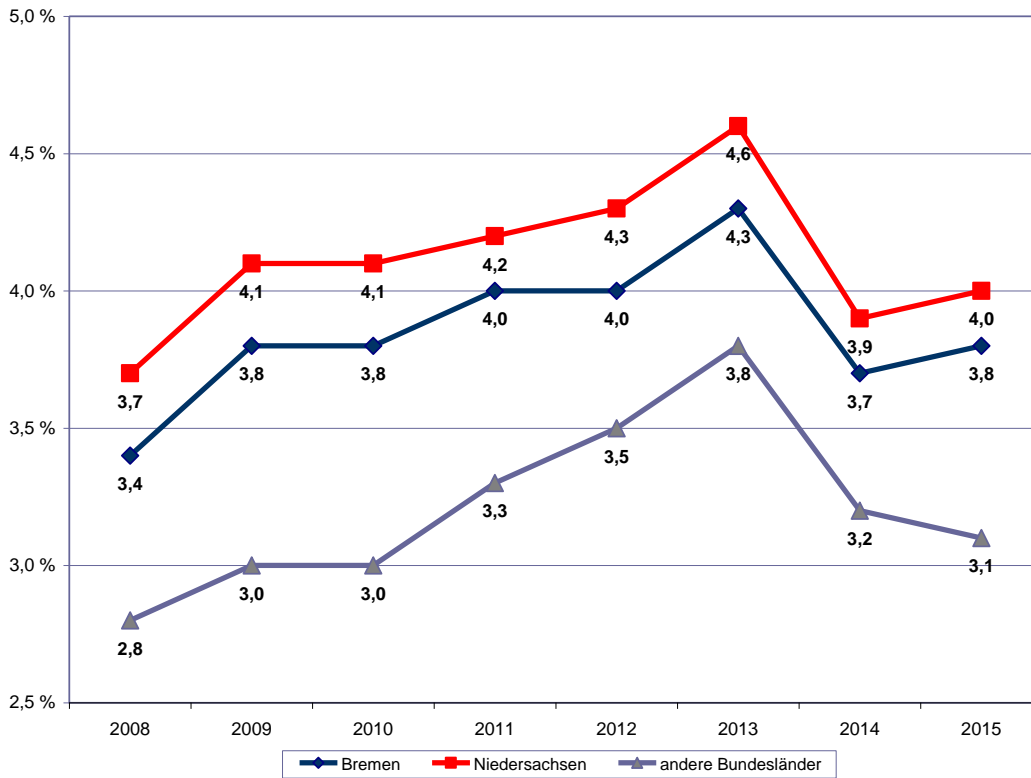


**Abbildung 1: Entwicklung des Krankenstandes, hkk-Mitglieder, 2008-2015**

Der Krankenstand blieb zwischen den Jahren 2014 und 2015 unverändert.



## 4.2. Entwicklung des Krankenstandes in Bremen, Niedersachsen und anderen Bundesländern

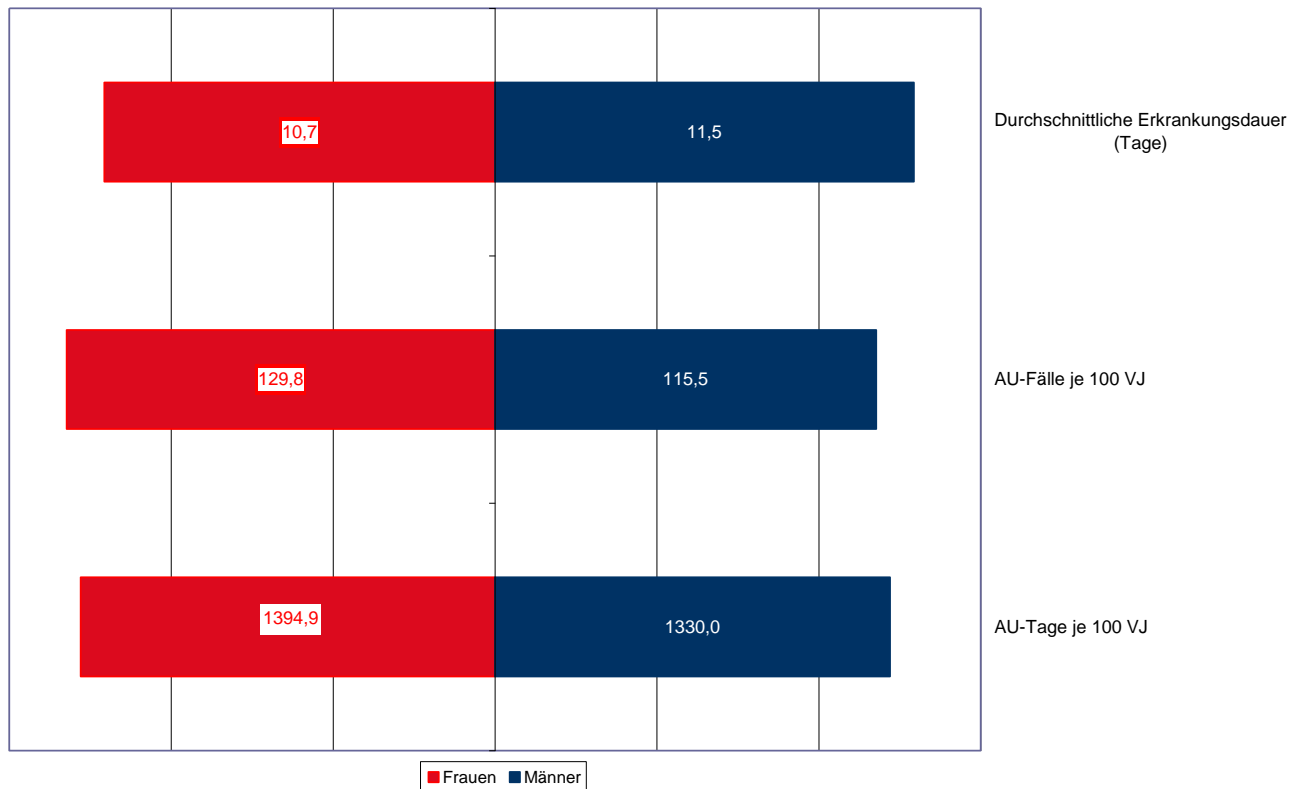


**Abbildung 2: Entwicklung des Krankenstandes in Bremen, Niedersachsen und andere Bundesländer, hkk-Mitglieder, 2008-2015**

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Krankenstand in Bremen und Niedersachsen gestiegen. In den übrigen Bundesländern dagegen gesunken.

### 4.3. Krankenstand nach Geschlecht

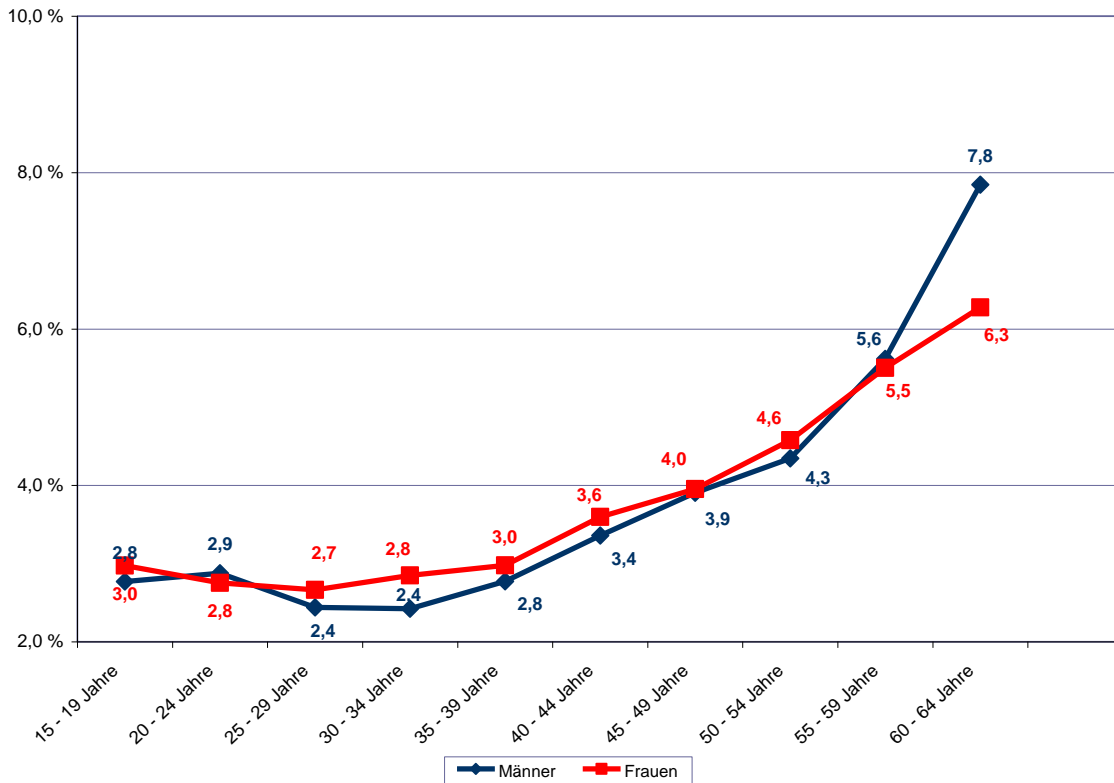
Der Krankenstand lag im Jahr 2015 bei den Frauen bei 3,8 % und bei den Männern bei 3,7 %.



**Abbildung 3: Krankenstand nach Geschlecht, hkk-Mitglieder, 2015**

Frauen sind mit 129,8 AU-Fällen je 100 VJ häufiger krank als Männer (115,5 AU-Fälle je 100 VJ). Männer sind durchschnittlich 11,5 Tage im Jahr krank. Frauen dagegen nur 10,7 Tage im Jahr.

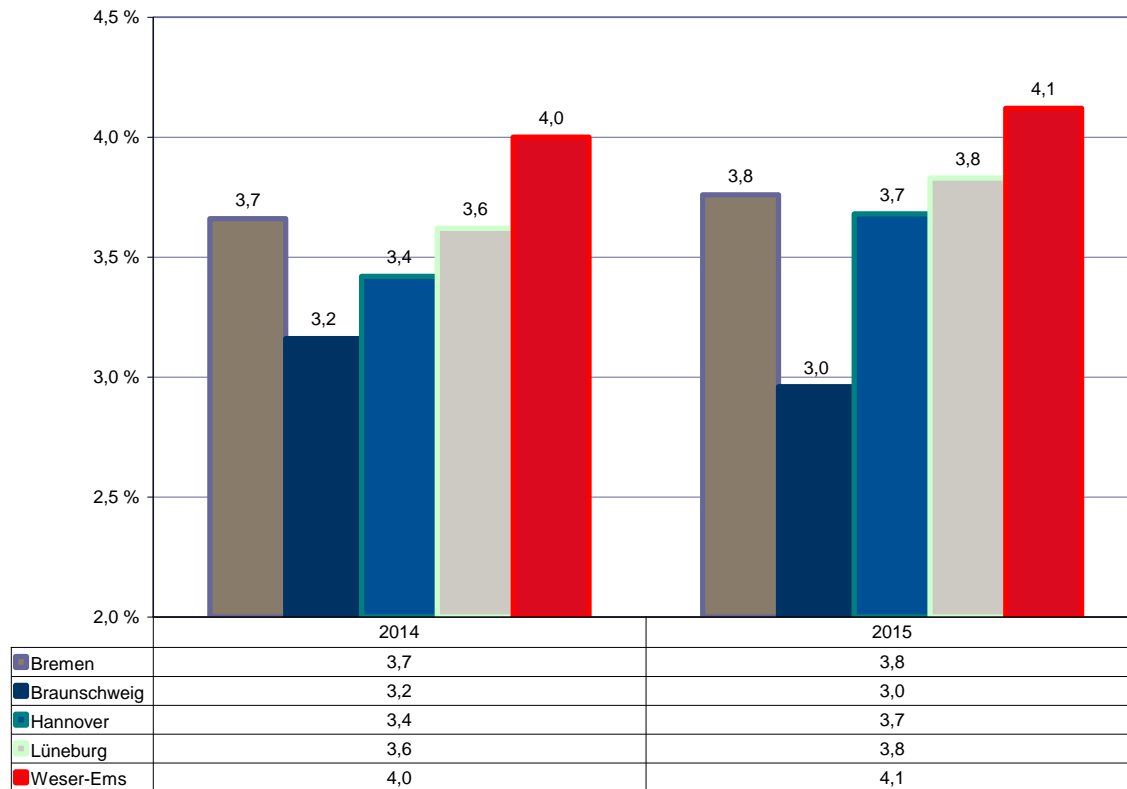
#### 4.4. Krankenstand nach Alter und Geschlecht



**Abbildung 4: Krankenstand nach Alter und Geschlecht, hkk-Mitglieder, 2015**

Insbesondere in der Altersklassen der 60 bis 64-Jährigen weisen die männlichen hkk-Mitglieder einen deutlich höheren Krankenstand als die Frauen auf. Zwischen 25 und 54 Jahren sind die Frauen häufiger krank.

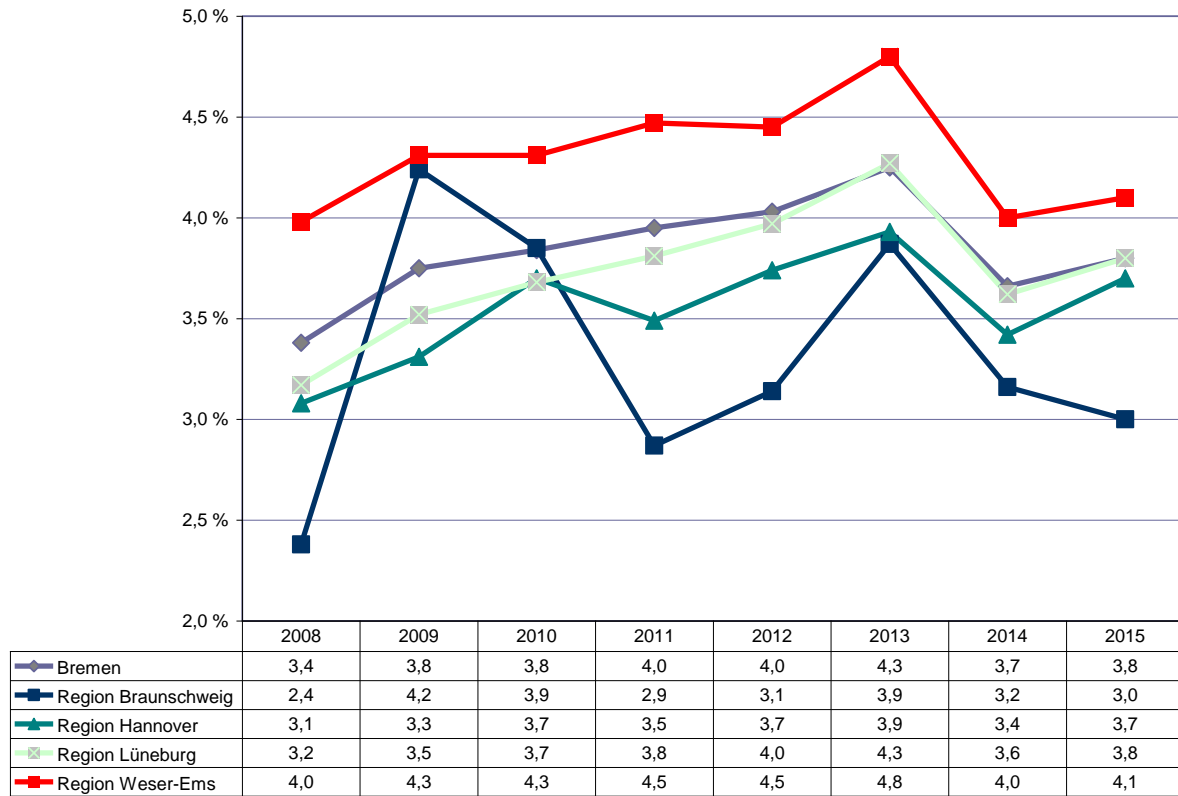
## 4.5. Krankenstand nach Regierungsbezirken



**Abbildung 5: Krankenstand nach Regierungsbezirk, Bremen und Niedersachsen, hkk-Mitglieder, 2014 – 2015**

Innerhalb der Regierungsbezirke in Niedersachsen ist im Bezirk Weser-Ems der Krankenstand auch im Jahr 2015 mit 4,1 % am höchsten.

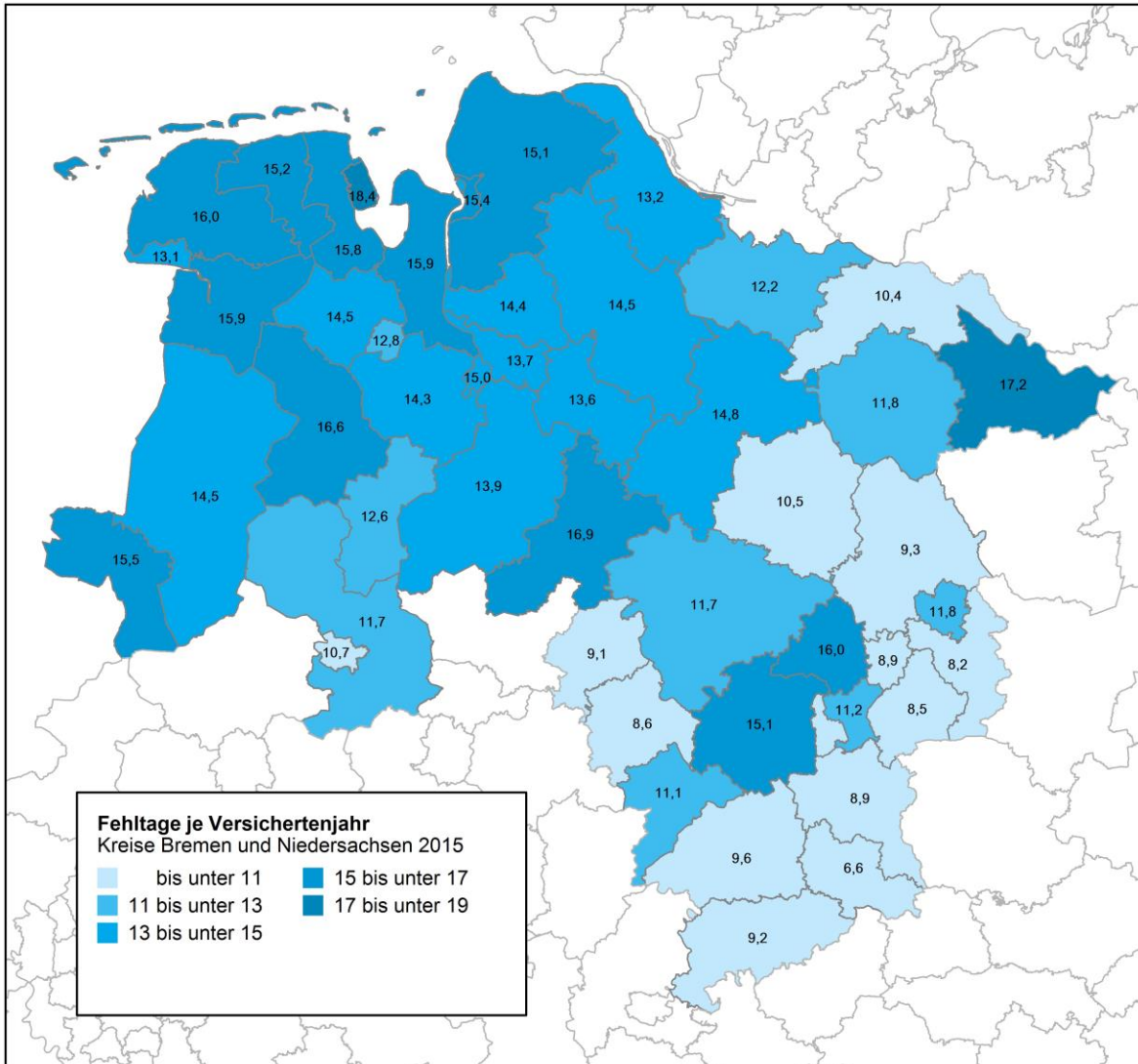
#### 4.6. Krankenstand nach Regierungsbezirken, 2008-2015



**Abbildung 6: Krankenstand nach Regierungsbezirk, Bremen, Niedersachsen, hkk-Mitglieder, 2008-2015**

Innerhalb Niedersachsens hat der Regierungsbezirk Braunschweig mit 3,0 % den niedrigsten Krankenstand.

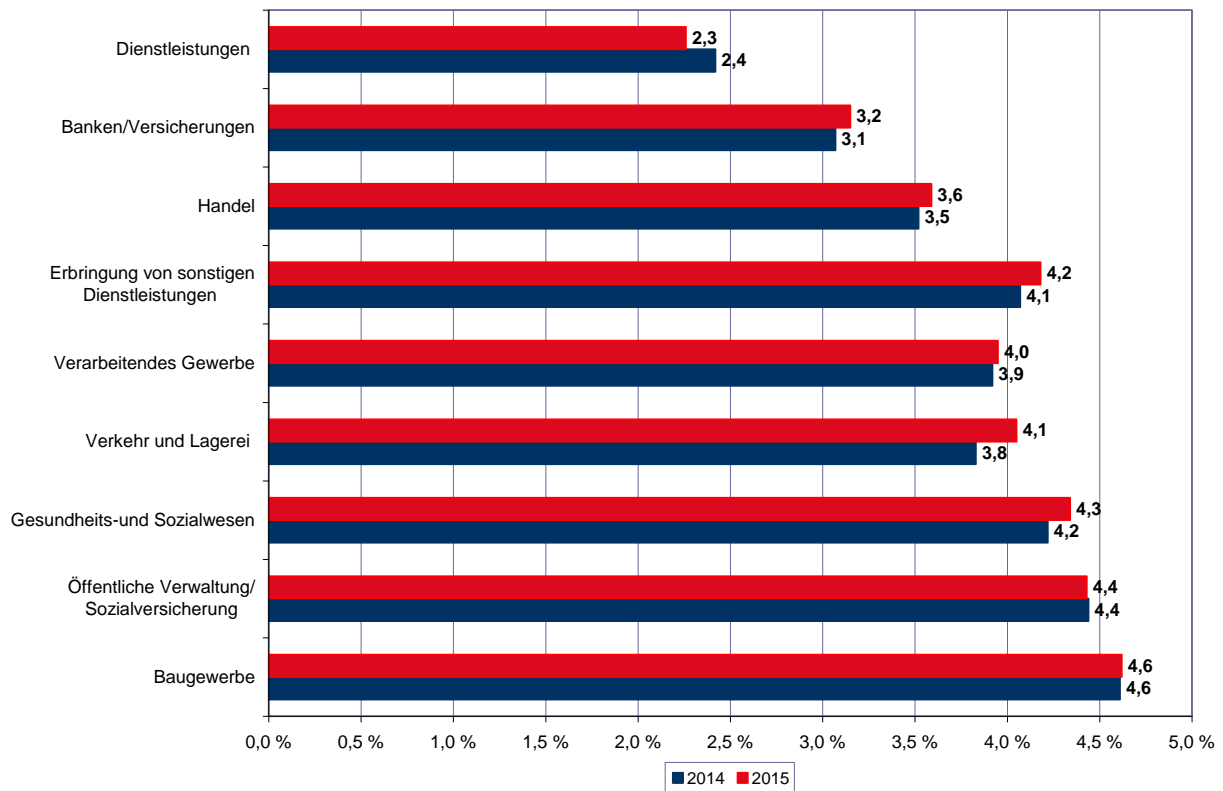
#### 4.7. Fehltage nach Kreisen, 2015



**Abbildung 7: Fehltage nach Kreisen, Bremen, Niedersachsen, hkk-Mitglieder, 2015**

Es zeigt sich ein deutliches Nord-Süd und West-Ost-Gefälle. In den Kreisen Aurich, Leer und Wesermarsch fehlen erwerbstätige hkk-Mitglieder deutlich länger als im Süd-Osten Niedersachsens.

## 4.8. Krankenstand nach Branchen



**Abbildung 8: Krankenstand nach Branchen, hkk-Mitglieder, 2014-2015**

Die Branchen Baugewerbe und Öffentliche Verwaltung/Sozialversicherung verzeichnen den höchsten Krankenstand bei gleichem Niveau gegenüber dem Vorjahr. Bei den Dienstleistungen ist im Jahr 2015 der Krankenstand gesunken (2,4 % vs. 2,3 %).

### Allgemeine Krankenstandskennzahlen nach Branchen

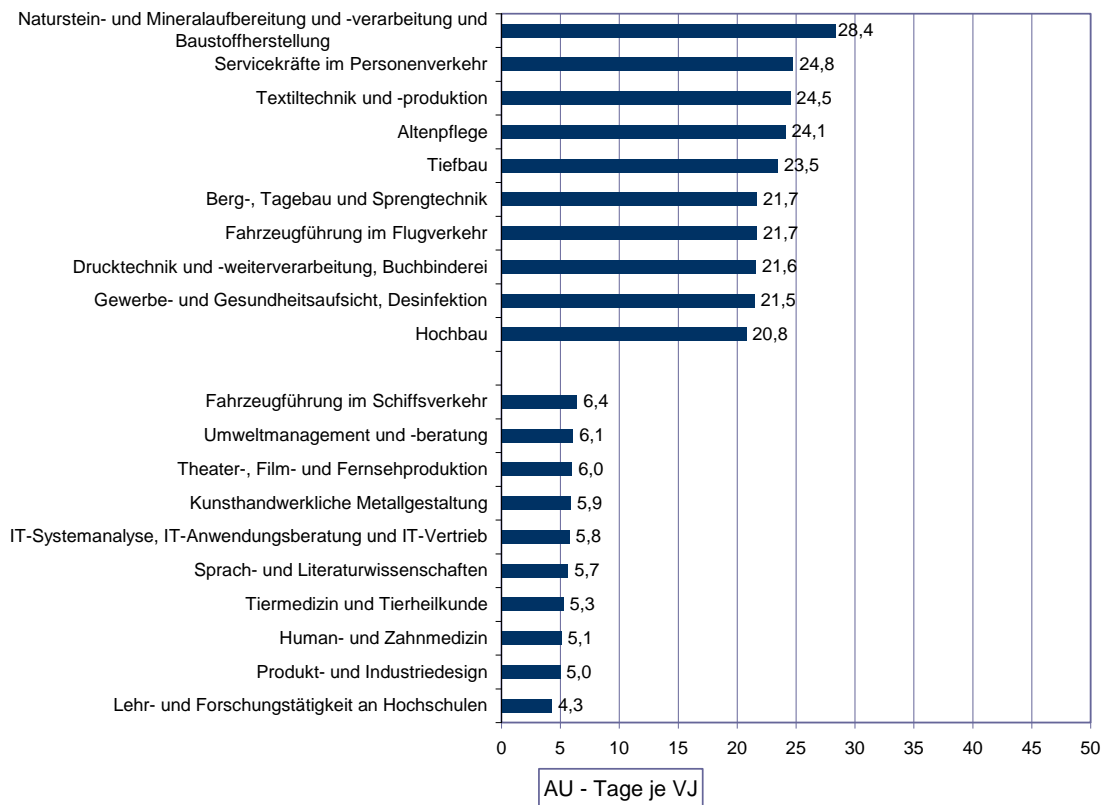
Branchenabschnitt	Krankenstand in %		Arbeitsunfähigkeit je 100 Versichertenjahre				Tage je Fall	
	2015	2014	AU-Fälle	Veränd. z. Vorj. in %	AU-Tage	Veränd. z. Vorj. in %	2015	Veränd. z. Vorj. in %
Handel	3,6	3,5	117,7	6,4	1313,2	2,1	11,2	-4,0
Verarbeitendes Gewerbe	4,0	3,8	133,3	4,1	1446,5	3,4	10,9	-0,7
Gesundheits- und Sozialwesen	4,3	4,2	134,5	5,6	1589,7	3,2	11,8	-2,2
Baugewerbe	4,6	4,6	131,9	7,8	1691,8	0,5	12,8	-6,8
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Leistungen	4,2	4,1	140,8	6,5	1529,0	2,8	10,9	-3,5
Verkehr und Lagerei	4,1	3,8	118,4	5,4	1481,8	6,0	12,5	0,6
Dienstleistungen	2,3	2,4	105,8	5,7	826,8	-6,8	7,8	-11,9
Banken/ Versicherungen	3,2	3,1	121,8	5,0	1151,6	2,8	9,5	-2,2
Öffentliche Verwaltung/Sozialversicherung	4,4	4,4	134,5	-9,4	1589,7	-2,0	11,1	1,6

**Tabelle 3: Allgemeine Krankenstandszahlen nach Branchen, hkk-Mitglieder, 2014-2015**

Der sinkende Krankenstand in der Branche der Dienstleistungen basiert auf dem deutlichen Rückgang von Arbeitsunfähigkeitstagen.



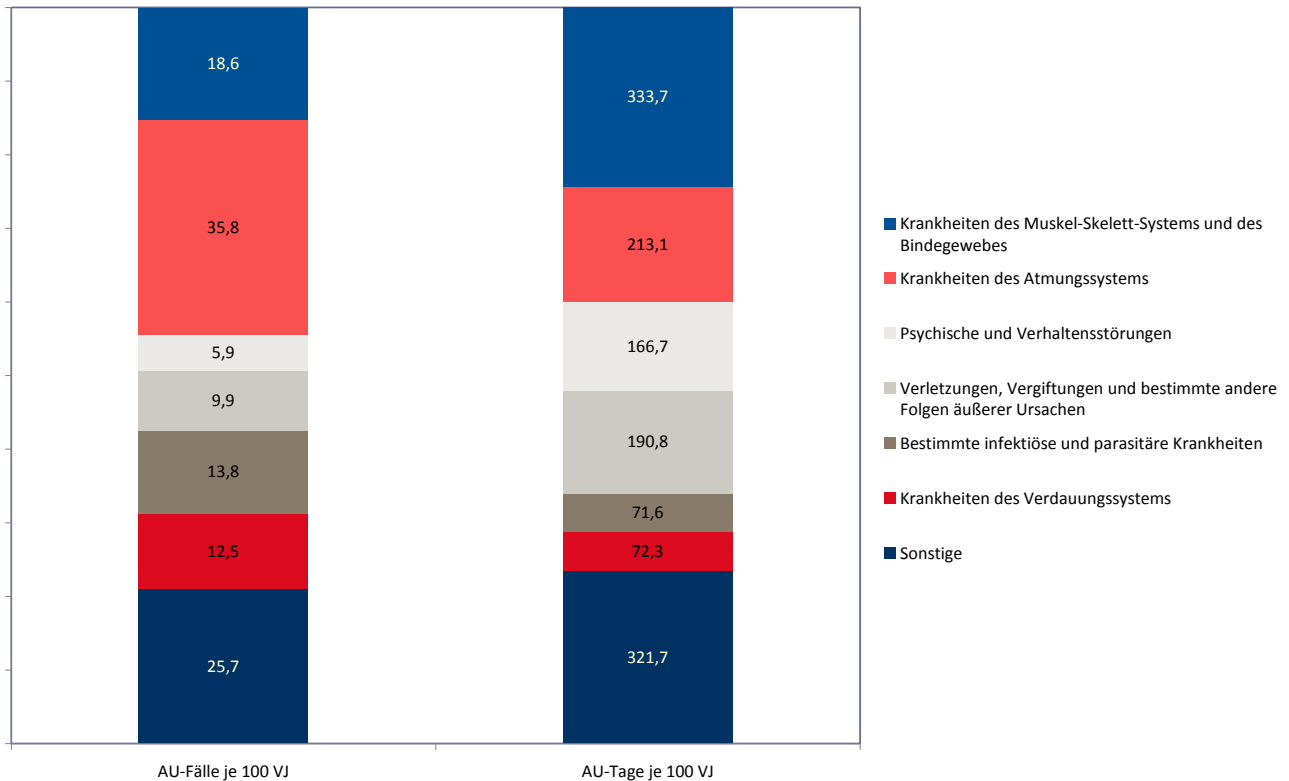
## 4.9. Berufsgruppen mit längeren und kürzeren Fehlzeiten



**Abbildung 9: Berufsgruppen mit längeren und kürzeren Fehlzeiten, hkk-Mitglieder, 2015**

Abb.8 zeigt die Arbeitsunfähigkeitstage je Versichertenjahr in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf. Die meisten Fehltag 2015 weisen demnach Personen auf, die in der Berufsgruppe „Naturstein- und Mineralaufbereitung und -verarbeitung und Baustoffherstellung“ tätig sind (28,4 Arbeitsunfähigkeitstage je Versichertenjahr). Am wenigsten Fehltag hatten 2015 Beschäftigte mit einer Lehr- und Forschungstätigkeit (4,3 Arbeitsunfähigkeitstage je Versichertenjahr).

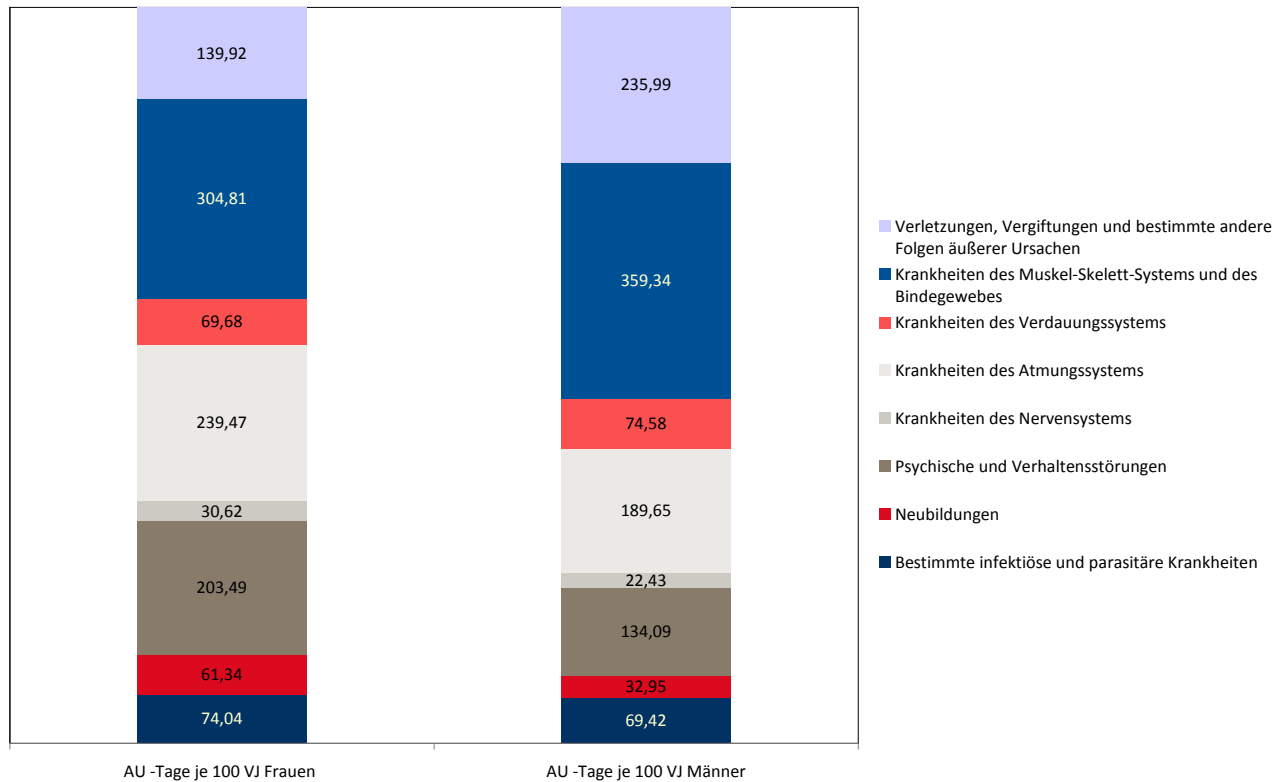
## 4.10. Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage nach Krankheitsarten



**Abbildung 10: Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage nach Krankheitsarten, hkk-Mitglieder, 2015**

Die häufigsten Arbeitsunfähigkeitsfälle sind auf Krankheiten des Atmungssystems zurückzuführen (35,8 AU-Fälle je 100 VJ). Bei den Arbeitsunfähigkeitstagen fallen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Krankheiten des Atmungssystems und Verletzungen besonders hoch aus. Psychischen Erkrankungen verursachen bei vergleichsweise wenigen Arbeitsunfähigkeitsfälle (5,9 AU-Fälle je 100 VJ) viele Fehltage (166,7 AU-Tage je 100 VJ).

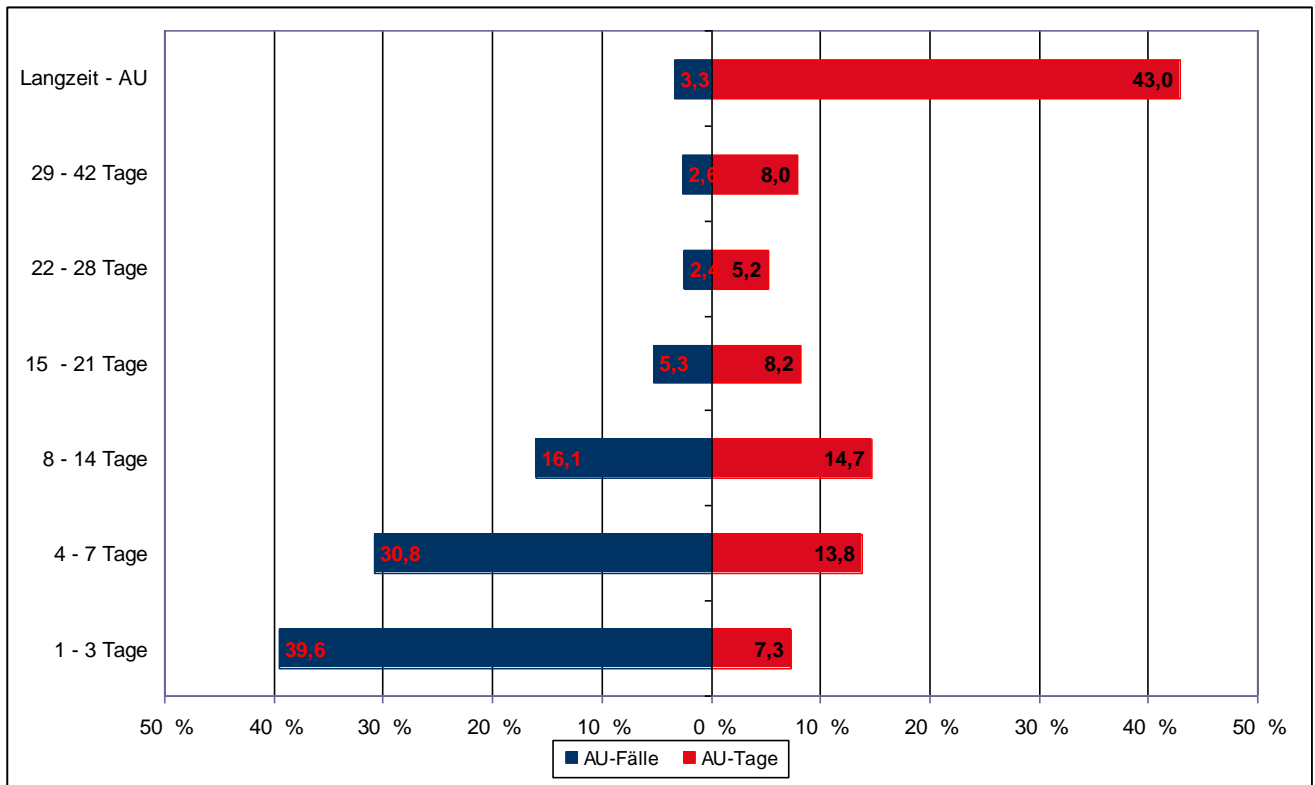
## 4.11. Arbeitsunfähigkeitstage nach Erkrankung und Geschlecht



**Abbildung 11: Arbeitsunfähigkeitstage und wichtigen Krankheitsarten nach Geschlecht, hkk-Mitglieder, 2015**

Arbeitsunfähigkeitstage wegen Verletzungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems traten bei den Männern häufiger auf als bei den Frauen. Fehlzeiten wegen Psychische Erkrankungen und Erkältungen hingegen fielen bei den Frauen stärker ins Gewicht.

## 4.12. Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage nach Dauer

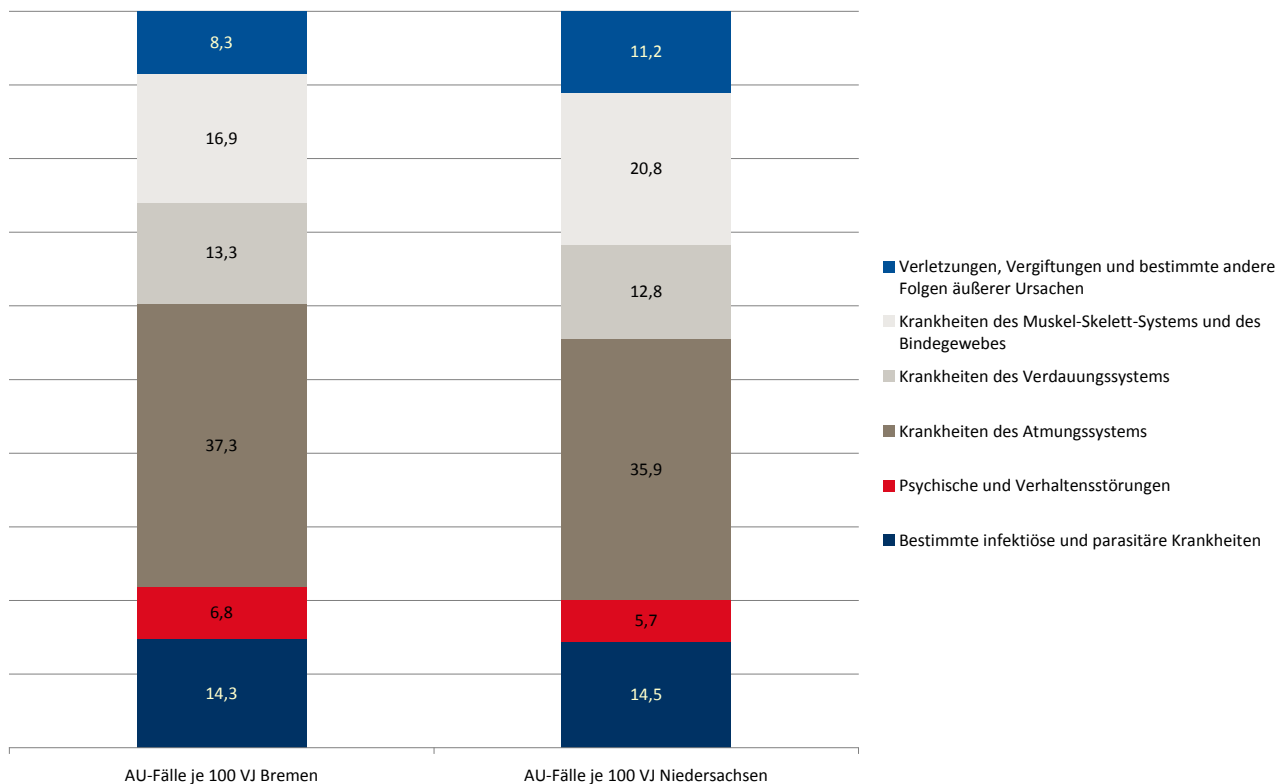


**Abbildung 11: Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage nach Dauer, hkk-Mitglieder, 2015**

Etwa 43 % aller Arbeitsunfähigkeitstage beruhen auf Langzeitarbeitsunfähigkeit, die 3,3 % der AU-Fälle ausmacht.

### 4.13. Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten und Bundesland

Niedersachsen weist gegenüber Bremen insgesamt mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle auf (127,3 AU-Fälle je 100 VJ und 124,0 AU-Fälle je 100 VJ).



**Abbildung 12: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 VJ nach Bundesland, Niedersachsen und Bremen, 2015**

In Niedersachsen sind mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Verletzungen zurück zu führen. In Bremen treten häufiger Krankheiten des Atmungssystems und Psychische Erkrankungen auf.

## 5. Exkurs: Der Wettbewerb „Gesunde Unternehmen Challenge“ zur Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Wolfgang Ritter, Andrea Gumtau und Stefan Dubenkrop

Qualitätsmanagement ist für eine Vielzahl von Produkten und Dienstleistungen heutzutage eine Selbstverständlichkeit. Sowohl unternehmensinterne wie externe Standards regeln die Beschaffenheit der Güter. Auch neue auf Strukturen und Prozesse abzielende Interventionen im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) bedürfen einer umfassenden Qualitätssicherung, wenn sie den Anforderungen von Betrieben, Beschäftigten und Anbietern gerecht werden wollen.

Eine Strategie, die diese Erfordernisse u.a. erfüllen könnte, wird in einem von der hkk initiierten Wettbewerb mit der Handelskammer Bremen - IHK für Bremen und Bremerhaven, der Gesundheitswirtschaft Nordwest, Qualitrain und dem Landesbetriebssportverband Bremen unter der Schirmherrschaft der Bremer Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, Prof. Dr. Eva Quante-Brandt in Form eines Unternehmenswettbewerbs „Gesunde Unternehmen Challenge“ weiterentwickelt. Dabei ist die Challenge eine verfahrensorientierte Vorgehensweise, die als „Hilfe zur Selbsthilfe“ beitragen soll und als Wettbewerb gestaltet ist. Der Wettbewerb dient in erster Linie der Orientierung und Motivation von Führungskräften und Gesundheitsexperten aber auch den Beschäftigten. Er soll anregen, dass das BGM zu einem selbsttragenden Prozess mit dazugehörigen Strukturen wird und zugleich die individuellen Gesundheitskompetenzen der Beschäftigten zu entwickeln. Die dem Wettbewerb zugrundeliegenden Beurteilungskriterien können zum zweiten als Instrument zur systematischen Selbstbeurteilung einer Organisation eingesetzt werden. Die Challenge mit den dazu konzipierten diesjährigen Fachveranstaltungen und beschriebenen Unterstützungsleistungen kann drittens schließlich auch Hilfestellung bei der Weiterbildung der Experten und Führungskräfte geben (vgl. Badura et al. 1999).

In diesem Artikel werden zunächst die Hintergründe für ein BGM aber auch für dessen Qualitätsmanagement skizziert. Im Anschluss wird die Wettbewerbsstrategie, ebenso wie der Verfahrensvorschlag zur Etablierung eines BGM dargestellt. Ferner wird der Wettbewerb durch die kritische Reflexion hinsichtlich seiner Umsetzung für die Qualitätssicherung im BGM unterzogen. Den Abschluss bildet eine Zusammenfassung des hier dargestellten Wettbewerbs.

### **Ausgangslage für das betriebliche Gesundheitsmanagement**

Mit der Einführung des Präventionsgesetzes (PrävG) in das SGB im Juli 2015 kommt es zu einer weiterführenden Initialisierung des Präventions- und Gesundheitsförderungsgedanken, bei der die Gesundheit der Beschäftigten zu einem expliziten Aufgaben- und Förderungsgebiet der gesetzlichen Krankenkassen wurde. Vom Gesetzgeber sind den Krankenkassen schwerpunktmäßig die Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen und deren Verhütung, die Ursachenanalyse sowie eine Erstellung und Finanzierung über Versichertenbeiträge von Angeboten zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit als Aufgaben zugewiesen (vgl. Ulich 2011).

Die Veränderung im Krankheitsspektrum, neue komplexe Anforderungen in den Unternehmen bspw. hinsichtlich Flexibilität und Kommunikation an die Beschäftigten sind Faktoren, die einer umfassenden Gesundheitspolitik bedürfen. Die Möglichkeit auch von Beschäftigten in der Arbeitswelt ihre Umwelt sinnhaft und aktiv zu gestalten und damit Einfluss auf das persönliche Befinden zu nehmen, sind wichtige partizipative

Faktoren, um den pathogenen Konsequenzen begegnen zu können. Für Hauß (1990: 68) sind die möglichen Ziele der Gesundheitspolitik, "Gruppen oder Individuen in ihrer Kompetenz zu stärken, die Konsequenzen des eigenen Handelns und des Handelns von anderen in Bezug auf die eigene Gesundheit beurteilen zu können, und ihnen das Handlungswissen zu verleihen, das notwendig ist, ... um sich eine gesundheitsgerechte Umgebung schaffen zu können".

Dieser Wandel der betrieblichen Gesundheitspolitik wie auch der veränderte Gesetzeskontext bildet den Hintergrund für die Entwicklung eines Wettbewerbs im BGM durch die Krankenkasse.

### **Qualitätssicherung im BGM durch den Wettbewerb „Gesunde Unternehmen Challenge 2016“**

Es kam uns in dem Wettbewerb nicht darauf an, ein neues Verfahren zu entwickeln. Vielmehr sollten bereits bewährte Vorgehensweisen im BGM an Ziele, Aufgaben und Leistungen in den Unternehmen angepasst werden. Zum einen ging es darum, Merkmale zu identifizieren, die für die Qualität des BGM wichtig sind. Zum zweiten sollten, Kriterien aufgezeigt werden, die es erlauben, den Zustand des BGM in den Organisationen zu beurteilen. Erfahrungen aus der Beratungspraxis zeigen jedoch, dass jede Organisation einen Fall für sich darstellt. Dadurch stellen sich Grenzen der Generalisierbarkeit hinsichtlich einzelner Ziele oder Maßnahmen. Bei der Challenge der Unternehmen orientieren wir uns deshalb an vergleichbare Vorgehensweisen im Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbands, der Public-Health-Wissenschaften und den Ansätzen der Organisationsberatung, in den primär verfahrensorientierte Vorschläge das Handeln der Experten vor Ort mit Blick auf Größe, Belegschaft und Arbeitsbedingungen etc. inspiriert. Diese als Selbstbeurteilung umgesetzte BGM-Strategie beschreibt die Gestaltung eines möglichen Prozesses und dafür erforderliche Strukturen, überlässt aber die Auswahl Maßnahmen im BGM den Experten vor Ort (vgl. Ritter 2003).

Die Aktion „Gesunde Unternehmen – Challenge 2016“ verknüpft das moderne Betriebliche Gesundheitsmanagement im Unternehmen mit der individuellen Gesundheit jedes einzelnen Mitarbeiters. Denn Arbeitgeber und Arbeitnehmer engagieren sich gemeinsam – für den Erfolg eines möglichen Gewinns. Durch die Anmeldung des Arbeitgebers sind automatisch alle Beschäftigte zur Aktion zugelassen. Punkte werden auf zwei Ebenen gesammelt: für Verhältnisorientierte Angebote (Arbeitgeber) und verhaltensorientierte Angebote (teilnehmende Beschäftigte). Es kann jedoch nur ein Betrieb gewinnen, der auf beiden Ebenen (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) Punkte gesammelt hat. Die Dokumentation erfolgt mithilfe der einzelnen Aktivitätskalender sowie einer Auswertungsmatrix des Arbeitgebers, die den teilnehmenden Unternehmen zur Verfügung gestellt werden. Mitarbeiter können einen Punkt pro Aktivität und Kalendertag für nicht nachweisbare Aktivitäten dokumentieren und drei Punkte pro Kalendertag für nachweisbare Aktivitäten. Nachweisbare Aktivitäten sind bspw. belegte Präventionsangebote der Krankenkassen, Check-In bei Firmenfitnessangeboten, Teilnahme an Angeboten in Sportvereinen, Teilnahme an Sonder-Events, die vom Unternehmen bekanntgegeben werden und somit alle Aktivitäten über die ein Nachweis erbracht werden kann (Teilnahmebescheinigung/Check-In). Nicht nachweisbare Aktivitäten sind z.B. privates Laufen, Radfahren, Schwimmen oder ähnliches.

Unternehmen können je 50 Punkte für die vorgehaltenen Angebote Firmenfitness, finanzielle Unterstützung bei Betriebssport und eine Übererfüllung der Inklusionsanforderungen erhalten. Jeweils 20 Punkte werden für vorhandene BGM-Maßnahmen und Strukturen angerechnet, entsprechend der Vorgaben der Bewertungsmatrix. Zehn Punkte werden vergeben, wenn ein Unternehmen ein Kriterium aufgrund seiner Größe

nicht erfüllen kann (z. B. eine Kantine für einen Kleinbetrieb mit acht Mitarbeitern). Die Auswertung der beiden Ebenen findet im Unternehmen statt. Zur Ermittlung der Gewinner bzw. der aktivsten Unternehmen wird ausschließlich die von der hkk zur Verfügung gestellte, vollständig ausgefüllte Auswertungsmatrix genutzt. Diese wird am Ende des Aktionszeitraumes von dem teilnehmenden Unternehmen an die hkk weitergeleitet. Das Unternehmen erklärt sich mit einer stichprobenartigen Überprüfung durch die hkk einverstanden. Die drei aktivsten Unternehmen (höchste Punktzahl) gewinnen Preisgelder für ihr BGM. Darüber hinaus werden unter den aktivsten Beschäftigten (höchste Punktzahl) aller teilnehmenden Unternehmen Sachpreise verlost. In dem ersten Wettbewerbsdurchlauf 2015 nahmen 10 Unternehmen und rund 3.800 Beschäftigte an der Aktion von September bis Dezember teil. Prämiert wurden schließlich drei Organisationen, wovon zwei aus dem öffentlichen Dienst und ein Unternehmen aus der Versicherungsbranche kamen.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Als "Hilfe zur Selbsthilfe" könnte das Ziel des hier vorgestellten Wettbewerbs umschrieben werden. Stand bei den ersten Überlegungen mit den Kooperationspartnern 2014 noch der Gedanke einer generalisierbaren Standardisierung von Strukturen und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Hinblick auf einen systematischen Angebotskatalog im Vordergrund, so entwickelte sich im Laufe des Planungsprozesses bei allen Beteiligten eher eine systemische Sichtweise von Qualität, betrieblicher Gesundheitsförderung und Unternehmensbedürfnissen. Unternehmen sollen aus eigener Kraft (Gesundheits-)Probleme und Potenziale erkennen und eigenständige und bedarfsgerechte Lösungsstrategien planen, durchführen und auf ihren Erfolg hin bewerten.

Die Strategie des Wettbewerbs ist dabei die Entwicklung von Lernschleifen zur Selbstbeobachtung und Rückmeldung, über den Zustand von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen mit dem Ziel einer kontinuierlichen Ressourcendiskussion, einer kontinuierlichen Verbesserung oder bei Bedarf auch einer grundsätzlichen Überarbeitung ggf. mit Beratung der zuständigen Krankenkasse. Die Lernschleife enthält dafür die immer gleichen Schritte der Situationsanalyse, der Zielsetzung, der Intervention und der Evaluation.

Die teilnehmenden Unternehmen stellen somit nicht mehr nur "Konsumenten" extern entwickelter und begrenzter Maßnahmen dar, sondern können vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Größe, Belegschaft, Arbeitsbedingungen und Tradition Strukturen und Prozesse einer betrieblichen Gesundheitspolitik langfristig entwickeln und institutionalisieren. Die Organisationen, d.h. sowohl Beschäftigte wie auch Experten und Führungskräfte, können gemeinsam Gesundheit "managen". Grundidee aller an diesem Wettbewerb Beteiligten ist es, eine im betrieblichen Alltag praktikable Strategie zu erstellen, die in erster Linie für die verantwortlichen Akteure "vor Ort" eine Handlungs- und Orientierungshilfe hinsichtlich möglicher Vorgehensweisen aufzeigt. Dabei ist von den Veranstaltern der Challenge weder ein Zertifizierungsverfahren noch ein bis ins Detail festgelegtes Regelsystem beabsichtigt. Vielmehr soll ein wissensbasierter „Strategieplan“ den Praktikern helfen, wissenschaftlich fundierte und möglichst weitgehend konsensfähige Ansatzpunkte und Maßstäbe für ihr eigenes Handeln im BGM zu liefern. Mit diesem Ansatz geht der Wettbewerb „Gesunde Unternehmen Challenge“ mit neuen Partnern (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen/Bremen), Fachveranstaltungen und einem Radius von 50 Km um Bremen 2016 in die zweite Runde.



## **Literatur**

Badura, B.; Ritter, W., Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis. Forschung aus der Hans Böckler Stiftung, Band 17. Berlin. Sigma

Hauß, F. (1990): Die Bedeutung des Krankenstandes für den Arbeitsschutz, die Gesundheitsförderung und die betriebliche Gesundheitspolitik. In: Pröll, U.; Peter, G. (Hrsg.): Prävention als betriebliches Alltagshandeln, Tb 54, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bremerhaven, Wirtschaftsverlag N. W. Verlag für neue Wissenschaft, S. 64-79.

Ritter, W. (2003): Betriebliches Gesundheitsmanagement "erlernen" durch Leitfäden? Bremerhaven. Wirtschaftsverlag N. W. Verlag für neue Wissenschaft.

Ulich, E. (2011): Arbeitspsychologie. 7. Auflage. Zürich, vdf Hochschulverlag.

### **Mitglieder**

Summe der Mitglieder im Auswertungsjahr. Eingeschlossen sind krankengeldberechtigte Mitglieder, wie versicherungspflichtig Beschäftigte, freiwillig Versicherte, Arbeitslose mit Bezug von Arbeitslosengeld I, Rehabilitanden und sonstige freiwillig Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld (Selbstständige).

### **Versichertenjahre**

Anzahl der Versichertenjahre aller Mitglieder in der zu untersuchenden Gruppe. Dies bedeutet die Summe der Versicherungszeiten aller Mitglieder im Berichtszeitraum, geteilt durch die Anzahl der Tage im Zeitraum.

### **Krankenstand**

Anteil der im Auswertungsjahr angefallenen AU-Tage im Kalenderjahr. Durch die Versichertentage wird berücksichtigt, dass ein Versicherter nicht ganzjährig bei der hkk versichert war.

### **Arbeitsunfähigkeitsquote (AU-Quote)**

Anteil der Mitglieder mit einem oder mehreren AU-Fällen im Berichtszeitraum im Verhältnis zu allen Mitgliedern.

### **Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) je 100 Versichertenjahre**

Jede AU-Meldung, mit Ausnahme von Verlängerung von bestehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten, wird als ein Fall gezählt. Ein AU-Fall hat einen definierten Anfangs- und Endtermin und kann mehrere Diagnosen umfassen. Innerhalb eines Jahres kann ein Mitglied mehrere AU-Fälle haben. Zu Vergleichszwecken wird die Anzahl AU-Fälle auf 100 Versichertenjahre normiert.

### **Arbeitsunfähigkeitstage (AU- Tage) je 100 Versichertenjahre**

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage, die im Auswertungszeitraum anfielen. Zu Vergleichszwecken wird die Anzahl AU-Tage auf 100 Versichertenjahre normiert.

## Impressum

### Herausgeber:

hkk Krankenkasse  
Martinistraße 26, 28195 Bremen  
Tel. 0421 - 36 550, Fax 0421 - 3655 3700  
info@hkk.de

### Wissenschaftliche Leitung:

Bremer Institut für Arbeitsschutz und  
Gesundheitsförderung (BIAG)  
Socium/ZeS der Universität Bremen  
Dr. Bernard Braun, Tel. und Fax 0421 - 59 76 896  
info@biag-forschung.de  
www.biag-forschung.de

### Projektleitung und Redaktion:

hkk Krankenkasse  
Anna Dietrich, Tel. 0421 - 3655 3041  
anna.dietrich@hkk.de  
Holm Ay, Tel. 0421 - 3655 1000  
holm.ay@hkk.de

Veröffentlicht im Mai 2016