

## Innerbetriebliches Benchmarking des Gesundheitsstands

Ulrich Funke

Gesundheitswesen, AUDI AG, Ingolstadt

Anwesenheit und Gesundheit der Mitarbeiter sind wichtige Produktivitätsfaktoren im Rahmen eines globalisierten Wettbewerbs. Ein innerbetriebliches Benchmarking der Förderung von Anwesenheit und Gesundheit hat sich dabei als geeignetes Instrument erwiesen. Transparenz und Chancengleichheit sind Voraussetzungen für die Akzeptanz eines solchen Benchmarkings beim Management. Der als 100 - Krankenstand in % ausgedrückte Begriff des Gesundheitsstands wird u. a. im VW-Konzern verwendet und drückt eine positive Zielvorstellung aus. Er ist sachlich insofern nicht unproblematisch, als die überwiegende Anzahl von Belegschaftsmitgliedern mit chronischen Erkrankungen stichtagsbezogen keine Arbeitsunfähigkeit in Anspruch nehmen. Zu nennen sind hier u. a. Mitarbeiter mit Hypertonie, Diabetes mellitus und Hautkrankheiten.

Da evident ist, dass u. a. Alter und Geschlecht bei der Festsetzung von Zielwerten für den Gesundheitsstand zu berücksichtigen sind, stellt sich die Frage, auf welche Weise dies umgesetzt werden kann. Hierbei bietet sich das Verfahren der indirekten Standardisierung an, wie es aus der Epidemiologie als Standardverfahren zur Lösung derartiger Fragestellungen bekannt ist. Im Rahmen der indirekten Standardisierung werden Kollektive entsprechend der zu differenzierenden Merkmale aufgeteilt und für jedes so entstehende Subkollektiv die Anzahl der dort zugeordneten Mitarbeiter mit entsprechenden Standardwerten multipliziert [1, 2]. Der Standardwert für das Kollektiv errechnet sich nun aus der Summe dieser Werte dividiert durch die Anzahl aller das zu untersuchende Kollektiv umfassenden Mitarbeiter.

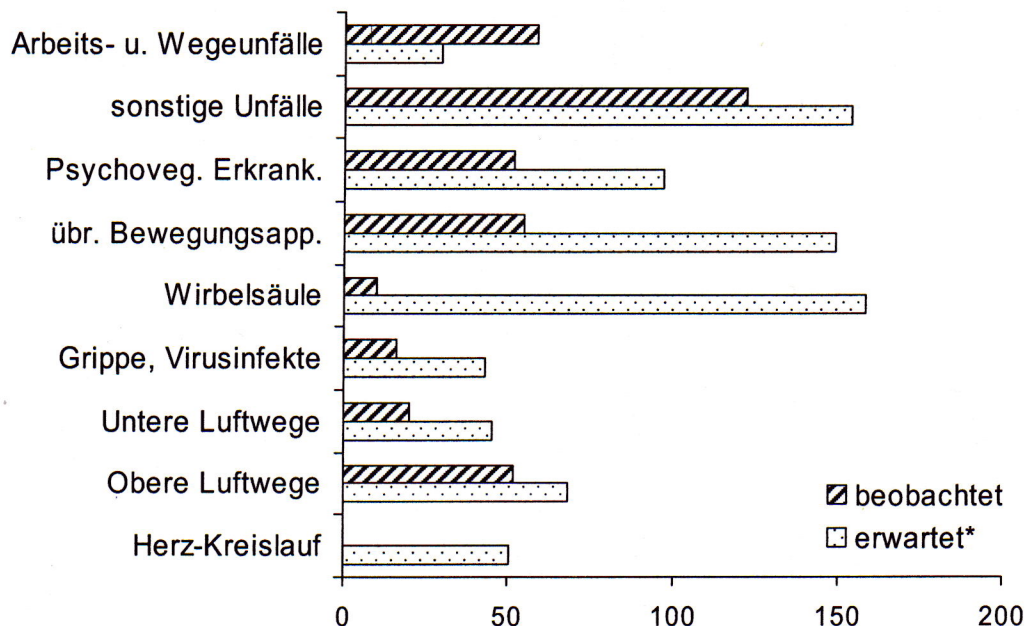
Nicht der absolut höchste Gesundheitsstand, sondern die größte Differenz zwischen erreichtem Ist-Wert und vereinbartem Ziel ist für das Benchmarking maßgeblich. Seit 2003 wird bei insgesamt ca. 160 verschiedenen Organisationseinheiten jährlich die Differenz zwischen Ist-Wert und nach Alter/Geschlecht/ indirekten/Arbeitern und Angestellten adjustierten Zielwerten berechnet. Obwohl aus statistischen Gründen [2] nur Organisationseinheiten mit mehr als 70 Mitarbeitern ausgewertet wurden, zeigte sich ein stetiger Wechsel der 10 Organisationseinheiten mit der höchsten nach o. g. Kriterien berechneten Differenz (Top 10). So fand sich in den Jahren 2005 und 2006 lediglich die Organisationseinheit Instandhaltung A3-Montage konstant unter den 10 Organisationseinheiten mit den höchsten positiven Differenzwerten (2005: 1,5, 2006: 1,7; jeweils Rangposition 2).

Benchmarking ist als ein Werkzeug zur Verbesserung aller Geschäftsprozesse definiert. Das Benchmarking-Verfahren kann jedoch nur dann seine Wirksamkeit entfalten, wenn seine Ablauf- und Qualitätskriterien nachvollzogen und umgesetzt werden. Dies umfasst



nicht nur die Identifikation der jeweils besten in der Praxis angewandten Prozesse zur Zielerreichung, sondern vor allem auch das Verstehen dieser Prozesse und deren Adaptation an die Verhältnisse im eigenem Unternehmen, um daraus entsprechenden Nutzen ziehen zu können. Dies ist bei (Gesundheits-) Prozessen, die zu einer Verminderung des Krankenstands führen sollen besonders schwierig, da sie über die zuvor genannten hinaus von zahlreichen anderen Faktoren abhängig sind. Zu nennen sind unter anderem: Arbeitsplatzsicherheit, Arbeitseinsatzflexibilität, Ergonomie, Führung, Zusammenarbeit, Motivation, betriebsärztliche Betreuung und ggf. Gesundheitsförderung/Prävention.

### Gesundheitsbericht 2006: Instandhaltung A3-Montage Arbeitsunfähigkeitstage nach Diagnosegruppen insgesamt 1032 AU-Tage erwartet; 434 AU-Tage beobachtet



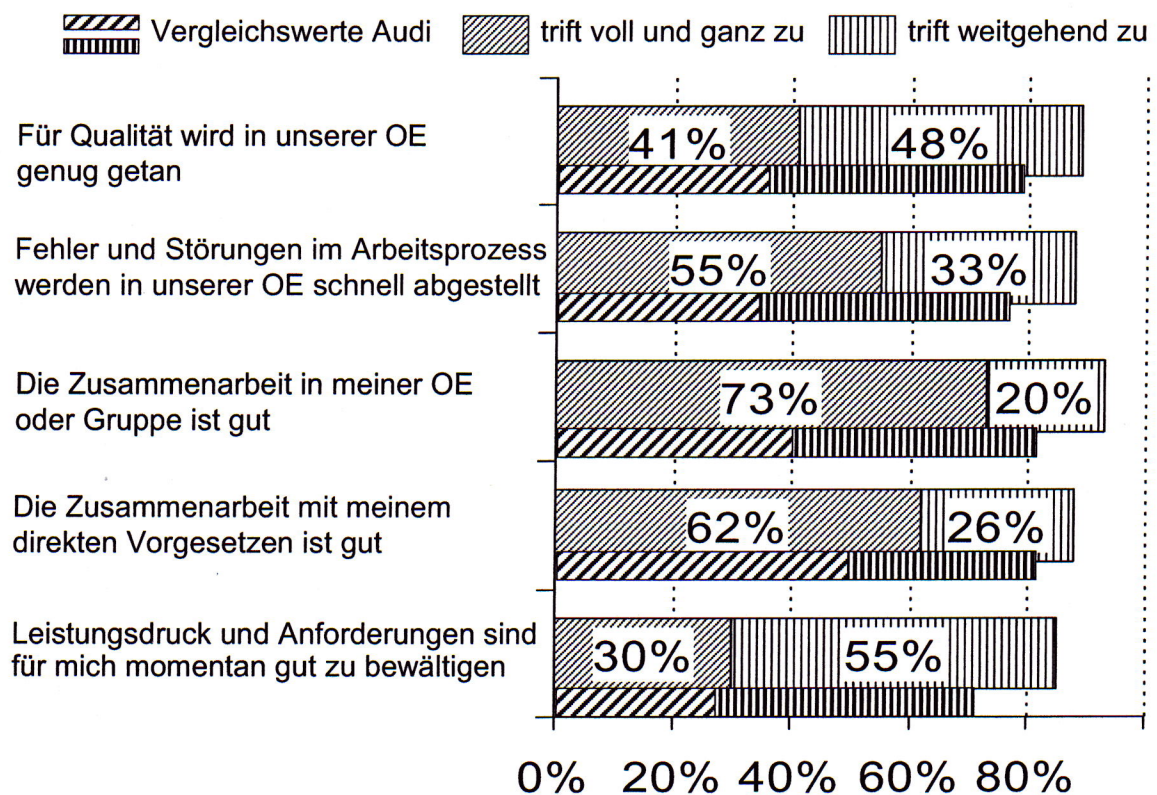
\* Unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Betriebszugehörigkeitsdauer, Nationalität

Um im ersten Schritt zumindest die Krankheitsarten zu identifizieren, die für eine Senkung des Krankenstands maßgeblich sind, bietet sich bei der AUDI AG die Auswertung des seit 1992 jährlich vorliegenden Gesundheitsberichts der Audi BKK [1] an. Für die Instandhaltung A3-Montage finden sich im Jahr 2006 die in Abb.1 dargestellten Ergebnisse, die sich u. a. im Bereich der Erkrankungen von Wirbelsäule und übrigem Bewegungsapparat nicht wesentlich vom Vorjahr unterscheiden. Das gerade diese Krankheitsarten im vorliegenden Fall mit besonders wenigen Arbeitsunfähigkeitstagen verknüpft waren und so den insgesamt sehr niedrigen Krankenstand der OE verursachten ist nicht ungewöhnlich. Erkrankungen des



Bewegungsapparates insgesamt und Wirbelsäulenerkrankungen im Besonderen sind die quantitativ bedeutsamsten grundsätzlich beeinflussbaren Krankheitsarten im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen [3]. Außerdem lösen wiederum diese Krankheitsarten im Wesentlichen auch den altersbezogenen Anstieg des Krankenstands aus [3], während mit Arteriosklerose assoziierte Herz-Kreislaufkrankheiten selbst bei der Altersgruppe der 55-64 jährigen weit nachrangig sind (Audi Gesundheitsbericht 2006: Arbeiter 55-64 Jahre: insgesamt 25,0 Arbeitsunfähigkeitstage/Jahr; davon: Wirbelsäulenerkrankungen: 5,7 - 22,7%; Erkrankungen des übrigen Bewegungsapparats: 4,5 - 18,1%; mit Arteriosklerose assoziierte Herz-Kreislaufkrankheiten 1,6 - 6,3%).

### Stimmungsbarometer 05/2006: Instandhaltung A3-Montage N=87



Weitere Hinweise auf die Genese des niedrigen Krankenstands in der Instandhaltung A3- Montage ergeben sich aus der Auswertung des Audi Stimmungsbarometers (regelmäßige standardisierte Belegschaftsbefragung, s. Abb. 2). Hier zeigt sich, dass die Instandhaltung A3-Montage die ohnehin schon sehr guten Audi Gesamtergebnisse vor allem im Bezug auf die Zusammenarbeit in der Gruppe und die Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten noch deutlich übertrifft. Bei nicht zu unterschätzenden Arbeitsanforderungen können diese nach Angaben der Mitarbeiter gut bewältigt werden, wobei offenbar auch die Arbeitsprozesse gemeinsam adäquat gestaltet werden und so die erforderliche Qualität der Arbeit erreicht werden kann. Da im genannten Bereich in



den letzten Jahren keine speziellen Gesundheitsförderungsprogramme und noch keine Audi Checkup Untersuchungen durchgeführt wurden, bietet sich letztlich nur die Arbeitseinsatzflexibilität bei gegebenen Möglichkeiten von Alternativtätigkeiten als Ursache der geringen Arbeitsunfähigkeit bei Wirbelsäulenerkrankungen und Erkrankungen des übrigen Bewegungsapparates an. Hierfür ist eine entsprechend qualifizierte Führung, die sich auch in den Daten des Stimmungsbarometers widerspiegelt, unabdingbar.

Auch im Rahmen der langjährig durchgeführten krankheitsartenbezogenen Auswertungen des flächendeckenden betrieblichen Gesundheitsberichts der Audi Betriebskrankenkasse zeigt sich, dass neben der ergonomischen Arbeitsgestaltung vor allem der adäquate Einsatz leistungsgewandelter Mitarbeiter und die möglichst frühzeitige Wiedereingliederung nach Krankheiten/Unfällen unter Mitwirkung des Betriebsarztes entscheidend für einen hohen Gesundheitsstand ist [4]. Die Prävention von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen insgesamt spielt in diesem Zusammenhang im Gegensatz zu Erkrankungen des Bewegungsapparates und speziell zu Wirbelsäulenerkrankungen nur noch eine nachgeordnete Rolle. In Anbetracht alternder Belegschaften, die mit zunehmendem Anteil leistungsgewandelter Mitarbeiter und mit altersbezogen steigendem Krankenstand verknüpft sind, wird das (innerbetriebliche) Benchmarking des Gesundheitsstands in Zukunft noch wachsende Bedeutung haben. Dabei gewährleistet die alters- und geschlechtsverteilungsbezogene Zielvorgabe die Vermeidung entsprechender Diskriminierungs- bzw. Ausgrenzungsprozesse, da hierdurch kein relativer Gesundheitsstandsgewinn erreicht werden kann.

#### **Literatur**

1. Funke, U.: Betriebliche Gesundheitsberichte als Instrumente der Prävention. ASU 33 1998: 104-109
2. Funke, U.: Zielsysteme Gesundheitsstand. Tagungsbericht 2003 des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte. Gentner Verlag, Stuttgart 2004: 323-332
3. BKK Bundesverband (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2006. Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen. Buchdruckerei P. Dobler, Alfeld 2006: 30-31
4. Funke, U: Einbeziehung betrieblicher und außerbetrieblicher Ebenen in Konzepte der Prävention chronischer Erkrankungen. In: Badura, B., Schnellschmidt, H., Vetter, C. Fehlzeiten- Report 2006. Chronische Krankheiten – Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2007: 111-123