

Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Investition in das Sozial- und Humankapital

Uta Walter
Eckhard Münch
Bernhard Badura

Im globalisierten Wettbewerb sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die wichtigste Ressource für den Unternehmenserfolg. Ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit – auch zum Zwecke guter Betriebsergebnisse – haben in den Chefetagen von Unternehmen geringe Priorität. Im Laufe der letzten zehn Jahre entstand an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld das Modell eines partizipativen Betrieblichen Gesundheitsmanagements, dessen Grundideen und Praxistauglichkeit im folgenden Beitrag skizziert werden.

1 Ausgangslage

Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungseinrichtungen stehen derzeit unter einem hohen Anpassungs- und Veränderungsdruck. Sie reagieren darauf in erster Linie mit technischen Neuerungen, optimierten Strukturen und Abläufen oder Produktinnovationen sowie einer „Verschlankung“ und „Verjüngung“ ihres Personals. Zur Bewältigung der zentralen Anforderungen – mehr Wettbewerbsfähigkeit, mehr Flexibilität, mehr Produkt- und Servicequalität – bedarf es jedoch auch leistungsbereiter und leistungsfähiger, d.h. qualifizierter und motivierter, zufriedener und gesunder Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Im Rahmen von Veränderungsprozessen sind daher – neben den notwendigen technischen und organisatorischen Neuerungen – vor allem nachhaltige Investitionen auf der Personalseite erforderlich: Programme zur mitarbeiterorientierten Führung sowie zur Vertrauensbildung und sozialen Vernetzung mit dem Ziel der Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit.

Obwohl zahlreiche Hinweise auf eine in den letzten Jahren stattgefundene Intensivierung der Arbeit vorliegen (Badura/Hehlmann 2002), kann von einer Intensivierung der betrieblichen Gesundheitspolitik kaum gesprochen werden. Entsprechende Ansätze sind bisher noch viel zu selten zu erkennen. Soziale und psychische Gefährdungen wie verbreitete Hilflosigkeit, innere Kündigung, Mobbing und Burnout – in der Tagespresse mittlerweile häufig

erwähnte und auch gut erforschte Themen (Grande 2002; Leppin 2002; Richter 2002) – werden in Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen noch viel zu selten systematisch beobachtet, verhütet oder beseitigt. Auch die Europäische Kommission teilt diese Problemsicht in ihrem neuesten Strategiepapier „Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft“ (Kommission der Europäischen Union 2002). Gesundheitspotenziale, wie vertrauensvolle Zusammenarbeit, gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln sowie Erwerb sozialer Kompetenz, werden noch viel zu selten systematisch entwickelt und gepflegt. Partizipation der Beschäftigten an der Entwicklung und Realisierung betrieblicher Gesundheitspolitik ist ebenfalls eher selten der Fall – auch weil das Thema Gesundheit in Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungseinrichtungen eine viel zu geringe Priorität hat. Eine bundesweite Befragung von Betriebs- und Personalräten zeigt allerdings, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz immer häufiger betrieblichen Konfliktstoff liefert. Zwischen 1994 und 1999 rückte dieser Bereich in der Frage nach konfliktbelasteten Themen von Rang drei auf Rang eins (Schäfer 2001). Auch dies signalisiert klaren Handlungsbedarf. Hier sind in erster Linie die Unternehmen selbst gefragt. Der Weg in Richtung „gesunde Organisation“ muss von beiden Seiten gewollt und gebahnt werden: vom Top-Management und den Betriebs- bzw. Personalräten.

Wie dabei im Einzelnen vorgegangen werden kann, die konzeptionellen Hintergründe, die Verfahren und möglichen Erträge für Beschäftigte und Unternehmen, soll im Folgenden knapp umrissen werden

(Badura/Ritter/Scherf 1999; Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung 2000; Badura/Hehlmann 2002; Badura/Litsch/Vetter 2002).

2 Theoretischer Hintergrund

Richtschnur und Maßstäbe liefern die Gesundheitsdefinition aus dem Gründungsdokument der WHO, die Ottawa Charta und neuere sozial- und gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse. Die WHO definiert Gesundheit als soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden. Der Soziologe *Antonovsky* entwickelte im Anschluss daran seinen „Kohärenzsinn“ als Fähigkeit einer Person, die Welt als sinn-

Dipl.-Biol. Uta Walter ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

e-mail: uta.walter@uni-bielefeld.de

Dipl.-Soz.Wiss. Eckhard Münch ist selbstständiger Trainer und Berater.

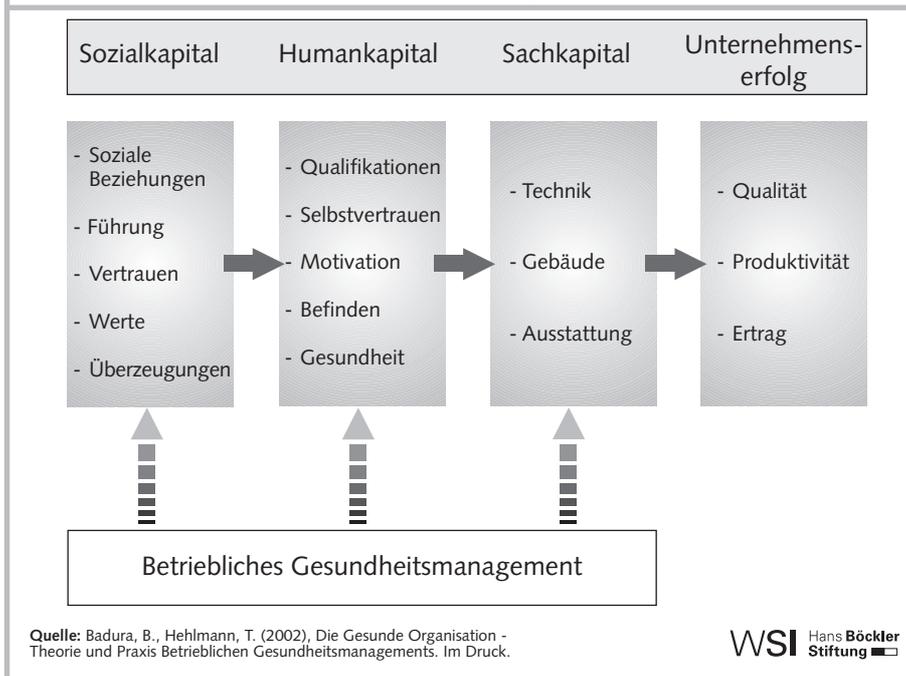
e-mail: muench.eckhard@t-online.de

Prof. Dr. Bernhard Badura ist Lehrstuhlinhaber an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

e-mail: bernhard.badura@uni-bielefeld.de

Unser Dank gilt der nachhaltigen Unterstützung der Hans Böckler Stiftung und der Bertelsmann Stiftung.

Abb. 1: Zusammenhang von Betrieblichem Gesundheitsmanagement, Sozialkapital und Unternehmenserfolg



haft, verständlich und beeinflussbar zu erleben (Antonovsky 1979, 1991). In Weiterentwicklung dieser Vorgaben wiederum und unter Rückgriff auf den Sozialkapitalansatz der europäischen und angelsächsischen Soziologie (Badura/Kickbusch 1991) gehen wir davon aus, dass sich nicht nur Menschen darin unterscheiden, wie sinnhaft, verstehbar und beeinflussbar sie ihre soziale Umwelt erleben, sondern dass sich auch soziale Systeme in ihrer objektiven Sinnhaftigkeit, Verständlichkeit und Beeinflussbarkeit von einander unterscheiden und dementsprechend einem Kontinuum „gesund – krank“ zuordnen lassen. Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen unterscheiden sich in ihrer Transparenz („Verstehbarkeit“). Sie unterscheiden sich in der Bindekraft ihrer Unternehmenskultur („Sinnhaftigkeit“). Sie unterscheiden sich auch in ihrem – mehr oder weniger partizipativen – Führungsstil („Beeinflussbarkeit“) sowie in dem Maß an Vertrauen, das in ihnen herrscht, in den Beziehungen der Beschäftigten untereinander und zwischen ihnen und der Unternehmensführung (für eine Zusammenfassung des Forschungsstandes vgl. Badura 2002).

Hohe Fehlzeiten sind so etwas wie ein „Fieberthermometer“. Sie verweisen auf Problemzonen und Handlungsbedarf. Mobbing, innere Kündigung und Burnout sind Symptome für den Gesundheitszu-

stand einer Organisation. Nicht jedoch diese Hinweise und Symptome sind das eigentliche Problem – so unsere These –, sondern die ihnen zugrundeliegenden Ursachen: Mangelhafte Führung und mangelhafte Gestaltung des sozialen Systems einer Organisation. Der erste Mobbingreport der Bundesregierung liefert dafür repräsentative Belege (Meschkutat u.a. 2002; vgl. dazu auch Badura/Litsch/Vetter 2000, 2001, 2002).

3 Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Investition in das Sozial- und Humankapital

3.1 WAS IST SOZIALKAPITAL?

Betriebliches Gesundheitsmanagement dient der Zukunftsfähigkeit eines Unternehmens durch Investitionen in sein Sozial- und Humankapital. Während der Begriff „Humankapital“ in der Betriebs- und Volkswirtschaft eine weitgehend bekannte Größe darstellt, ist der Begriff „Sozialkapital“ noch wenig bekannt. Da er für unser Verständnis von Betrieblichem Gesundheitsmanagement von zentraler Bedeutung ist, soll er zunächst kurz erläutert werden:

Unter Sozialkapital verstehen wir, in Weiterführung vorliegender Ansätze (z.B. Narayan 1999; Putnam 2001; Cohen/Prusak 2001), Merkmale sozialer Systeme, die sich gleichermaßen positiv auf die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden ihrer Mitglieder auswirken und sich in ihren Wirkungen dabei wechselseitig verstärken. Investitionen in das Sozialkapital eines Unternehmens oder einer Dienstleistungsorganisation zielen in erster Linie auf:

- die Stärkung einer Vertrauenskultur,
- die bessere Vernetzung der Mitarbeiter sowie
- die Entwicklung und Pflege unternehmensweit geteilter Überzeugungen, Werte und Regeln.

Investitionen in das Sozialkapital sind somit zu unterscheiden von Investitionen in das Sachkapital (z.B. neue Technologien, Gebäude) oder das Humankapital (z.B. fachliche Qualifikation). Für einen dauerhaften Unternehmenserfolg bedarf es u.E. nicht nur hoch entwickelter Technik und fachlicher Kompetenz der Beschäftigten, sondern vor allem unterstützender und vertrauensvoller sozialer Beziehungen sowie gemeinsam geteilter Überzeugungen und Werte. Investitionen in das Sozialkapital leisten einen Beitrag zu beidem: zur Steigerung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten und zur Steigerung der Wettbewerbskraft der Unternehmen – durch Erleichterung der Zusammenarbeit, Förderung des Informationsflusses, Unterstützung der Identifikation mit der eigenen Arbeit und dem Unternehmen, Schaffung von Voraussetzungen für ein positives Selbstwertgefühl und ein gesundheitsförderliches Verhalten. Investitionen in das Sozialkapital unterstützen zugleich die Verhütung oder Bewältigung weit verbreiteter Organisationskrankheiten wie Motivationsverlust, innere Kündigung und hohe Fehlzeiten und tragen zur Steigerung von Flexibilität und Leistungsbereitschaft bei. Ein professionelles Betriebliches Gesundheitsmanagement bietet aus unserer Sicht hierzu das geeignete Instrumentarium (zum Zusammenhang von Betrieblichem Gesundheitsmanagement, Sozialkapital und Unternehmenserfolg siehe *Abbildung 1*).

3.2 ZIELE VON BETRIEBLICHEM GESUNDHEITSMANAGEMENT

Systematisch betriebenes Gesundheitsmanagement beinhaltet eine nachhaltige Investition in das Sozial- und Humankapital eines Unternehmens, von der beide Seiten profitieren: die Unternehmen und die Beschäftigten. Vier Ziele stehen dabei im Vordergrund:

(1) *Nutzen stiften, Zukunftsfähigkeit steigern*

Durch verbreitetes Auftreten von Motivationsverlusten und innerer Kündigung, Hilflosigkeit und Ängsten, Mobbing und Burnout entgehen Unternehmen jährlich bedeutende Wettbewerbsvorteile und namhafte Erträge. Professionelles Gesundheitsmanagement mobilisiert bisher unerschlossene Leistungspotenziale zum Wohle beider: der Beschäftigten und der Unternehmen. Dieses erste Ziel steht in einem kausalen Zusammenhang mit dem zweiten. Wo der Rückgang des Wohlbefindens verhindert wird, werden in der Regel damit zugleich auch Fehlzeiten verhütet (Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung 2000).

(2) *Kosten senken*

Fehlzeiten sind ein kostentreibender Faktor. Unternehmensbeispiele zeigen, dass die Einsparungen, die Unternehmen durch die Reduzierung von Fehlzeiten erzielen, in der Regel weit über den Investitionen in ein systematisches Gesundheitsmanagement liegen. Nach einer aktuellen Studie (BAuA 2001) verursachen allein Produktionsausfälle aufgrund von Arbeitsunfähigkeit jährlich Kosten in Höhe von 40 Milliarden Euro. Dazu kommen den Unternehmen durch Frühberentung entstehende Kosten und die erwähnten entgangenen Wettbewerbsvorteile und Erträge. Gesundheitsmanagement zielt auf Kostensenkung durch erhöhte Flexibilität und Leistungsbereitschaft, sinkende Fehlzeiten und Fluktuation der Beschäftigten sowie gesteigerte Produktivität und Qualität.

(3) *Arbeits- und Gesundheitsschutz neu ausrichten*

Gesundheitsexperten beobachten seit geraumer Zeit eine zunehmende Diskrepanz zwischen den durch Globalisierung und

Wettbewerbsdruck von den Beschäftigten erwarteten Leistungen und den Fähigkeiten der Unternehmen, darauf mitarbeiterorientiert zu reagieren. Die in den Betrieben vorhandenen Möglichkeiten des Gesundheits- und Arbeitsschutzes müssen neu ausgerichtet sowie Entscheider, Führungskräfte und Experten entsprechend weitergebildet werden.

(4) *Gesundheitsmanagement als kontinuierlichen Lernprozess organisieren*

Vision der betrieblichen Gesundheitspolitik ist die gesunde Organisation. Der Weg dahin ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement: das systematische und nachhaltige Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und die Förderung persönlicher Gesundheitspotenziale der Beschäftigten.

4

Ergebnisse aus einem Modellprojekt

Effizientes und wirksames Betriebliches Gesundheitsmanagement ist gegenüber bislang praktizierten Vorgehensweisen betrieblicher Gesundheitsförderung durch einen dreifachen Perspektivenwechsel gekennzeichnet: erstens von einem belastungs- und symptombezogenen Ansatz hin zu einer salutogenen,¹ kompetenzfördernden Sichtweise, zweitens von verhaltensbezogenen Maßnahmen hin zu organisationsbezogenen Interventionsstrategien und drittens von Einzelaktivitäten hin zu einer Systematik und Nachhaltigkeit des Vorgehens (Badura/Hehlmann 2002).

Die Einführung und dauerhafte Verankerung eines so verstandenen Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist ein längerfristiger Lern- und Entwicklungsprozess und abhängig von den konkreten Bedingungen „vor Ort“, wie beispielsweise der Größe des Unternehmens, den Beziehungen zwischen Management, Arbeitnehmervertretung und Belegschaft, der Unternehmenskultur sowie den im Unternehmen vorhandenen Vorerfahrungen und Kompetenzen. Im Folgenden werden ein systematisches und zielorientiertes Vorgehen exemplarisch beschrieben und die aus unserer Sicht zentralen Erfolgsfaktoren benannt. Eingeflossen sind dabei ins-

besondere die Erfahrungen aus einem unlängst abgeschlossenen Modellprojekt im öffentlichen Sektor (Münch/Walter/Badura 2002).²

Für die Implementierung des Gesundheitsmanagements bedarf es erstens einer Reihe betriebspolitischer Voraussetzungen sowie struktureller und planerischer Rahmenbedingungen, zweitens der professionellen Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation und drittens der Integration der entsprechenden Strukturen und Prozesse in die betrieblichen Routinen.

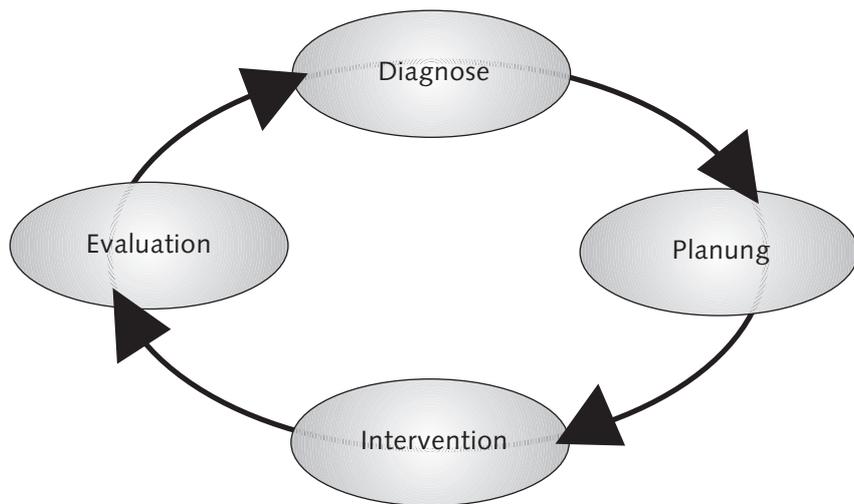
Betriebspolitische Voraussetzungen

Unabdingbare Voraussetzung zur Institutionalisierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die ausdrückliche und nachhaltige Unterstützung und Begleitung durch das Top-Management, in Kooperation mit dem Betriebs- bzw. Personalrat. Dies geschieht am überzeugendsten durch Investitionsbereitschaft (Bereitstellung ausreichender, personeller und sonstiger Ressourcen), durch schriftliche Rahmenregelungen, wie z.B. eine Betriebsvereinbarung, durch die Einrichtung eines zentralen Steuerungsgremiums für das Betriebliche Gesundheitsmanagement sowie die Befähigung und kontinuierliche Beteiligung der Beschäftigten an den angestoßenen Lernprozessen.

¹ Die salutogenetische Sichtweise, der sich die modernen Gesundheitswissenschaften verschrieben haben, fragt nach den Ursachen guter Gesundheit. Sie fragt m.a.W. nach Potenzialen einzelner Personen, aber auch komplexer sozialer Systeme, die dazu beitragen, Wohlbefinden und Gesundheit der Menschen zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen.

² Bei dem Projekt handelt es sich um ein Modellprojekt der Gewerkschaft ver.di (ehemals ötv) mit dem Titel „Effiziente Organisations- und Führungsformen – ein integratives Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ (1999–2002). Wissenschaftlich begleitet wurde das Projekt durch die Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften (Prof. Bernhard Badura) im Auftrag der Hans Böckler Stiftung. An dem Projekt haben vier Modellbetriebe aus dem öffentlichen Sektor teilgenommen – zwei Kliniken, ein Altenpflegeheim und ein Verkehrsbetrieb. Primäres Ziel des Projektes war es – durch Implementierung und dauerhafte Verankerung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements – Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten zu verbessern und darüber auch die Dienstleistungsqualität und Wirtschaftlichkeit der Betriebe zu steigern.

Abb. 2: Kernprozesse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement



Quelle: Badura, B., Hehlmann, T. (2002), Die Gesunde Organisation - Theorie und Praxis Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Im Druck.

WSI Hans Böckler Stiftung

Im Modellprojekt waren aufgrund einer geschlossenen Kooperationsvereinbarung zwischen den beteiligten Organisationen und dem Projektträger ver.di eine Reihe betriebspolitischer Rahmenregelungen vorgegeben:

- Top-Management und Betriebs- bzw. Personalrat als gemeinsamer Auftraggeber (Co-Management),
- Abschluss einer Betriebsvereinbarung,
- Formulierung eines Projektauftrags,
- Einrichtung eines Projektlenkungsausschusses mit entsprechender Geschäftsordnung,
- Partizipation der Beschäftigten aus den beteiligten Piloteneinheiten,
- Einbindung externer Experten (Krankenkasse, Berufsgenossenschaft).

Es hat sich gezeigt, dass insbesondere die Integration aller beteiligten internen und externen Akteure eine Herausforderung für die Modellbetriebe darstellte und eine Vielzahl von Diskussionen erforderte.

Strukturelle und planerische Rahmenbedingungen

Neben den betriebspolitischen Voraussetzungen bemisst sich die erfolgreiche Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements auch an einer Reihe struktureller und planerischer Rah-

menbedingungen. Dazu gehören in erster Linie eine präzise inhaltliche Zielsetzung, eindeutig festgelegte Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, eine detaillierte Planung und Steuerung, ein kontinuierliches internes Marketing sowie die Vernetzung mit anderen Managementansätzen (z.B. Qualitätsmanagement, Balanced Scorecard) und Führungsinstrumenten (z.B. Zielvereinbarungen).

Um eine erfolgreiche Projektumsetzung zu gewährleisten, wurde im Modellprojekt in allen beteiligten Organisationen eine verantwortliche Projektleitung eingesetzt. Dabei hat sich gezeigt, dass die Projektleitung neben dem erforderlichen fachlich-methodischen Know-how vor allem über persönliche Kompetenzen, d.h. Engagement, Eigeninitiative, Belastbarkeit sowie über soziale Kompetenzen, d.h. Fähigkeiten zur Kommunikation, Zusammenarbeit und Konfliktlösung verfügen muss. Darüber hinaus ist für eine adäquate Aufgabenbewältigung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement die uneingeschränkte Unterstützung durch das Top-Management erforderlich – insbesondere in Form bereitzustellender zeitlicher und finanzieller Ressourcen.

Im Modellprojekt hat sich auch gezeigt, dass die Bedeutung einer sorgfältigen Planung häufig unterschätzt wird. So war beispielsweise die Zieldefinition der Betriebe zumindest anfänglich nicht ausreichend

präzise. Zwar wurde eine Reihe von Globalzielen für das Projekt benannt, jedoch keine konkreten und messbaren Teilziele und Meilensteine formuliert. In diesem Kontext hat sich die Einbindung einer externen Prozessbegleitung zur Unterstützung und Beratung bei der Planung, Koordination und Steuerung des gesamten Implementierungsprozesses als äußerst förderlich erwiesen.

Durchführung der Kernprozesse

Zu den zentralen Qualitätselementen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zählen die vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation. Die Prozesse bilden den eigentlichen Kern des Gesundheitsmanagements. Sie stehen in einer zeitlich und inhaltlich logischen Abfolge und ermöglichen bei kunstgerechter Durchführung planvolles und zielgerichtetes Handeln (Abbildung 2).

Diagnose

Die Diagnose bezeichnet im Betrieblichen Gesundheitsmanagement die systematische Erfassung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten und der dafür in Frage kommenden organisationsbezogenen Einflussgrößen. Die Diagnose erfüllt keinen Selbstzweck sondern ist die notwendige Voraussetzung für alle nachfolgenden Schritte, d.h. die Identifizierung von Handlungsbedarfen und Festlegung von Prioritäten, die Planung und Durchführung wirksamer Interventionen sowie die spätere Erfolgsbewertung.

Im Modellprojekt wurde im Rahmen der Diagnose von allen Organisationen eine Mitarbeiterbefragung in den ausgewählten Piloteneinheiten durchgeführt. Die Befragung diente dazu, Arbeitsbedingungen und -belastungen, körperliches und psychosoziales Befinden sowie die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten unter Einbindung der Betroffenen systematisch und valide zu erfassen. Im zweiten Schritt sollten daraus Handlungsbedarfe abgeleitet werden und geeignete Interventionen geplant und durchgeführt werden.

Es hat sich gezeigt, dass die Durchführung einer Mitarbeiterbefragung – Entwicklung des Fragebogens, Auswertung und Interpretation des Datenmaterials – eine höchst anspruchsvolle und aufwändige Aufgabenstellung ist. Je nach Umfang und Komplexität des Datenmaterials sowie

im Unternehmen vorhandener Kompetenzen und Ressourcen ist dazu die Einbindung externen Sachverständigen erforderlich.

Interventionsplanung

Im Rahmen des zweiten Kernprozesses des Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden – auf Grundlage der Ergebnisse der Diagnose – Handlungsbedarfe festgelegt und die nachfolgende Intervention inhaltlich und konzeptionell vorbereitet und geplant. Ziel ist die Ermittlung realistischer Soll-Vorgaben hinsichtlich Durchführung und Steuerung der Intervention. Am Ende der Planungsphase sollten vor allem Handlungsbedarfe im Unternehmen bzw. in einzelnen Unternehmensbereichen identifiziert und festgelegt, konkrete und operationale Interventionsziele formuliert, Zielgruppen für die Intervention ausgewählt und Zuständigkeiten für die Umsetzung der geplanten Maßnahmen (z.B. Projektgruppen) benannt sein sowie ein detaillierter Zeit-, Arbeits- und Kostenplan für die Intervention vorliegen.

Ebenso wie auf der Ebene des Gesamtprojektes wurde die Bedeutung einer detaillierten Interventionsplanung von den beteiligten Modellbetrieben zunächst unterschätzt, es wurden keine ausreichend konkreten Ziele für die nachfolgende Intervention festgelegt. Diesbezüglich war im weiteren Projektverlauf eine Feinabstimmung erforderlich.

Intervention

Der dritte Kernprozess beinhaltet die Durchführung und Steuerung der zuvor geplanten Maßnahmen und Aktivitäten. Was auch immer die einzelne Problemstellung sein mag, zu deren Bewältigung die eingesetzte Intervention dient, die zentrale Aufgabe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements darf nicht aus dem Blick verloren werden: Investitionen in das Sozial- und Humankapital. Interventionen sollten zumindest als Nebeneffekt der Vernetzung, Vertrauensbildung und Entwicklung gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln dienen, und dürfen diesen zentralen Anliegen in keinem Fall entgegenwirken. Interventionen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zielen daher in erst Linie auf:

– die Verbesserung der Transparenz im Unternehmen durch laufende Informatio-

nen über Ziele und Grad der Zielerreichung,

- die Stärkung der Vertrauenskultur,
- die Verbesserung der Dialogmöglichkeiten zwischen Management und Belegschaft,
- die gesundheitsförderliche Gestaltung der Organisations- und Arbeitsbedingungen,
- die Befähigung der Mitarbeiter, z.B. zu mehr sozialer Kompetenz.

Vor diesem Hintergrund wurden im Modellprojekt in allen Betrieben in einem ersten Schritt Qualitäts- bzw. Gesundheitszirkel zu ausgewählten Themen wie z.B. „Reduzierung von Arbeitsbelastungen“, „Verbesserung der Kooperation und Kommunikation zwischen Berufsgruppen“ durchgeführt und die dazu entwickelten Lösungsvorschläge umgesetzt. Grundlage der Zirkelthemen waren im Wesentlichen die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung. Im zweiten Schritt wurden in den Modellbetrieben – z.T. in Kooperation mit den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften und den externen Prozessbegleitungen – weitere Interventionen realisiert. Dazu gehörten z.B. Führungskräfte trainings sowie das Coaching von Führungskräften, Mitarbeiterfördergespräche, Einsatz von Teamkoordinatoren, flexiblere Dienstplangestaltung sowie Programme zur Stressprävention.

Evaluation

Der vierte Kernprozess im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – die Evaluation – zielt auf zweierlei: die Erreichung der definierten Ziele und die Einhaltung von Standards. Nicht zuletzt sind ohne eine Erfolgsbewertung keine Lernerfahrungen mit Blick auf zukünftiges Handeln möglich. Grundsätzlich ist bei der Evaluation zu berücksichtigen, dass hierbei auch andere inner- und außerbetriebliche Faktoren (z.B. Restrukturierungen, personelle Veränderungen, veränderte Marktsituation, Arbeitsmarkt) Einfluss auf die Ergebnisse nehmen können. Insofern ist nicht in jedem Fall davon auszugehen, dass sich im Rahmen der Evaluation eine kausale Validität herleiten lässt. Vielmehr wird man sich immer wieder auch mit einer attributiven Validität genügen müssen. Weiterhin ist zu beachten, dass der Zeitfaktor eine wesentliche Rolle spielt. Je weitreichender und veränderungsintensiver die Interven-

tion, um so länger ist wahrscheinlich die Zeitspanne, bis sich die angestrebten Ergebnisse einstellen.

Im Modellprojekt erfolgte die Evaluation mit unterschiedlichen Methoden und Instrumenten. In den meisten Betrieben wurde erneut eine Mitarbeiterbefragung in den Piloteneinheiten durchgeführt. Darüber hinaus kamen Gruppeninterviews sowie moderierte Gruppendiskussionen mit Mitarbeitern und Führungskräften zum Einsatz.

Zentrale Ergebnisse

Mehrheitlich ist es den Modellbetrieben im Projektverlauf gelungen, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren, d.h. Strukturen und Rahmenbedingungen aufzubauen, die vier Kernprozesse professionell durchzuführen sowie die Voraussetzungen zu schaffen für eine dauerhafte Integration in die Betriebsroutinen. Dazu gehören beispielsweise: der Auftrag zur Implementierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement als dauerhaftes Führungsinstrument, die Einrichtung einer Vollzeitstelle für Betriebliches Gesundheitsmanagement, die Verknüpfung des Themas mit anderen Managementansätzen und Führungsinstrumenten (z.B. Qualitätsmanagement, Personalentwicklung, Balanced Scorecard), die Einbindung des Themas in die betriebliche Fort- und Weiterbildung sowie der Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung.

Mit Blick auf die getätigten Investitionen in das Sozial- und Humankapital, d.h. die getätigten Investitionen in die Stärkung der Vertrauenskultur, in die bessere Vernetzung der Mitarbeiter, in die Entwicklung gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln sowie in die Kompetenzentwicklung der Beschäftigten, wurden in den beteiligten Unternehmen folgende Ergebnisse erzielt:

- Verbesserungen im Führungsverhalten,
- Verbesserung von Transparenz und Einfluss,
- Stärkung des Teamzusammenhaltes,
- Verbesserung der Kooperation und Kommunikation,
- Reduzierung von Über- und Unterforderung,
- Zuwachs an institutioneller Verbundenheit,
- Kompetenzentwicklung von Führungskräften,

– Verbesserungen im psychosozialen Wohlbefinden.

Welche positiven betriebswirtschaftlichen Effekte die Investitionen in das Sozial- und Humankapital nach sich ziehen, lässt sich aufgrund der Projektverläufe noch nicht für alle Betriebe exakt belegen. Derzeit kann allerdings schon auf zwei wesentliche Ergebnisse hingewiesen werden: In dem beteiligten Altenpflegeheim reduzierten sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten innerhalb des Projektzeitraums drastisch, und zwar von durchschnittlich 12,6 % im Jahr 1999 auf durchschnittlich 5 % im Jahr 2001. In einer der beteiligten Kliniken ist es im gleichen Zeitraum gelungen, die Versorgungsqualität in dem ausgewählten Unternehmensbereich durch Veränderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation nachweislich zu verbessern. Dazu gehören z.B. die Einführung interdisziplinärer Aufnahmegespräche, regelmäßige Fallbesprechungen und Sitzvisiten sowie Behandlungsdokumentationen.

Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt machen zugleich deutlich, dass Betriebliches Gesundheitsmanagement kein Selbstläufer ist, sondern es erheblicher Anstrengungen für eine erfolgreiche Institutionalisierung bedarf. Dies gilt im Besonderen für die Wahrnehmung des Themas als dauerhafte Führungsaufgabe. Die Ergebnisse unterstreichen, dass sich ohne das ernsthafte „Wollen“ und die ausdrückliche Unterstützung des Top-Managements in Kooperation mit der Arbeitnehmervertretung ein Betriebliches Gesundheitsmanagement auf Dauer nicht wirkungsvoll betreiben lässt. Die Projektergebnisse zeigen aber auch, dass gerade das Thema „Führung“ und die Ableitung adäquater Maßnahmen zu dessen Bearbeitung eine große Herausforderung für Unternehmen darstellt. Dies gilt in ähnlicher Weise auch für das Thema „psychosoziale Belastungen“. Insgesamt besteht dazu in den Einrichtungen des öffentlichen Sektors noch erheblicher Qualifizierungsbedarf.

5 Fazit

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass das Thema Gesundheit insgesamt eine Aufwertung in Unternehmen und Dienstleistungseinrichtungen erfahren muss. Erforderlich ist ein zukunftsfähiges, bedarfsgerechtes und systematisches Vorgehen – Führung und Organisation sind dabei zentrale Ansatzpunkte. Insbesondere die Führungskräfte und betrieblichen Gesundheitsexperten müssen dafür entsprechend qualifiziert werden. Auch in der gewerkschaftlichen Arbeit sollte der betrieblichen Gesundheitspolitik zukünftig ein noch höherer Stellenwert eingeräumt werden. Betriebs- und Personalräte müssen stärker als bisher in die Rolle des Co-Managements hineinwachsen, um Betriebliches Gesundheitsmanagement aktiv mitgestalten zu können. Auch hier besteht sicherlich noch deutlicher Qualifizierungsbedarf.

LITERATUR

Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping, San Francisco

Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Stressforscher, in: Jahrbuch für kritische Medizin 17, Berlin, S. 112-130

Badura, B. (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein neues Forschungs- und Praxisfeld für Gesundheitswissenschaften, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2, Weinheim, S. 100–118

Badura, B./Kickbusch, I. (eds) (1991): Health Promotion Research: Towards a New Social Epidemiology. WHO Regional Publications, European Series, No.37. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

Badura, B./Ritter, W./Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis, Berlin

Badura, B./Litsch, M./Vetter, C. (Hrsg) (2000): Fehlzeitenreport 1999 – Psychische Belastungen am Arbeitsplatz, Berlin

Badura, B./Litsch, M./Vetter, C. (Hrsg) (2001): Fehlzeitenreport 2000 – Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement, Berlin

Badura, B./Litsch, M./Vetter, C. (Hrsg) (2002): Fehlzeitenreport 2001 – Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor, Berlin

Badura, B./Hehlmann, T. (2002): Die Gesunde Organisation – Theorie und Praxis Betrieblichen Gesundheitsmanagements (im Druck)

BAuA (Hrsg.) (2001): Gesundheitsschutz in Zahlen 1999, Amtliche Mitteilungen der BAuA, Sonderausgabe 15

Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung (Hrsg.) (2000): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Beispiele aus der Arbeitswelt, Gütersloh

Cohen, D./Prusak, L. (2001): In Good Company: How Social Capital Makes Organizations Work, Harvard Business School Press

Grande, G. (2002): Zwei Seiten sozialer Beziehungen: Mobbing und soziale Unterstützung, in: Badura, B./ Hehlmann, T. (Hrsg.), Die Gesunde Organisation. Theorie und Praxis Betrieblichen Gesundheitsmanagements (im Druck)

Kommission der Europäischen Union (2002): Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft. Eine neue Strategie für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, Brüssel, 11.03.

Leppin, A. (2002): Burnout, in: Badura, B./Hehlmann, T. (Hrsg.), Die Gesunde Organisation. Theorie und Praxis Betrieblichen Gesundheitsmanagements (im Druck)

Meschkatat, B./Stackelbeck, M./Langenhoff, G. (2002): Der Mobbing-report. Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland, Dortmund

Münc, E.,/Walter, U.,/Badura, B. (2002): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor, Berlin (im Erscheinen)

Narayan, D. (1999): Bonds and Bridges. Social Capital and Poverty. PREM World Bank, Poverty Group, Washington D.C.

Putnam, R. D. (2001): Sozialkapital im internationalen Vergleich, Gütersloh

Richter, G. (2002): Innere Kündigung und Gesundheit, in: Badura, B./Hehlmann, T. (Hrsg.), Die Gesunde Organisation. Theorie und Praxis Betrieblichen Gesundheitsmanagements (im Druck)

Schäfer, C. (2001): Die WSI-Befragung von Betriebs- und Personalräten 1999/2000 im Überblick, in: WSI-Mitteilungen 2, S. 65–75

Dienst – Leistung(s) – Arbeit **Kundenorientierung und Leistung in tertiären Organisationen**

Dieter Sauer (Hrsg.)

Moderne Dienstleistungsarbeit ist mit dem Anspruch zunehmender Kundenorientierung und mit neuen Leistungsanforderungen verbunden.

In diesem Band werden Zwischenergebnisse zum arbeitspolitischen Gehalt dieser Entwicklung vorgestellt, die der vom BMBF geförderte Forschungsverbund „Dienst-Leistung(s)-Arbeit“ (IAT, ISF München, ISO Saarbrücken und WSI in der Hans-Böckler-Stiftung) in Zusammenarbeit mit Experten aus Wissenschaft und Praxis erarbeitet hat. Der Sammelband enthält neben Beiträgen aus den vier Verbund-Instituten folgende Aufsätze:

Teil A: Wandel der Leistungspolitik, u.a.

Gerd Bender: Entstandardisierte Formen der Leistungsbeurteilung – Ein Beispiel und vier Thesen

Reinhard Bahnmüller: Wandel in der Leistungsentlohnung: Ausmaß, Ziele, Formen

Hilde Wagner: Leistungspolitik im flexiblen Kapitalismus – Eine Zukunftsfrage für Gewerkschaften

Wolfgang Menz/Tilla Siegel: Repolitisierung der Leistungsfrage?

Teil B: Kundenorientierung in verschiedenen Dienstleistungsfeldern, u.a.

Ursula Holtgrewe/Stephan Voswinkel: Kundenorientierung zwischen Mythos, Organisationsrationalität und Eigensinn der Beschäftigten

Heike Jacobsen: Dimensionen von Kundenorientierung im Einzelhandel: Ansatzpunkte für ein sektorspezifisches Verständnis von Dienstleistungsqualität

Martin Weiß: Kundenorientierung im Dienstleistungsfeld Software/EDV-Dienstleistungen

Axel Link: Kundenorientierung im Dienstleistungsfeld Audiovisuelle Medien

Das **Buch** hat einen Umfang von ca. 260 S., ist 2002 erschienen und kann über das ISF München bezogen werden (Preis € 15.–).

Bestellungen an: ISF München (Fax: 0 89/27 29 21-60 oder e-mail: isf@lrz.uni-muenchen.de).