

Transparenzstudie

Gesundheitsmanagement

Ulrich J. Wilken

1	<u>Vorbemerkung</u>	2
2	<u>Begriffsklärungen</u>	2
2.1	<u>Gesundheit</u>	2
2.2	<u>Betriebliche Gesundheitsförderung</u>	3
2.3	<u>Betriebliches Gesundheitsmanagement</u>	4
2.4	<u>Prävention</u>	5
3	<u>Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements</u>	7
3.1	<u>Mitarbeiterbefragung</u>	7
3.2	<u>Krankenstandsanalyse</u>	7
3.3	<u>Gesundheitszirkel</u>	7
3.4	<u>Qualitätszirkel</u>	8
3.5	<u>Gefährdungsanalysen</u>	8
3.6	<u>Arbeitsplatzbegehungen</u>	9
3.7	<u>Arbeitskreis Gesundheit</u>	9
3.8	<u>Gesundheitsbericht</u>	9
4	<u>Erkenntnisse neuerer Forschungsprojekte</u>	9
4.1	<u>Gesina</u>	9
4.1.1	<u>Gesundheitsmanagement bei und nach Ausgründung</u>	12
4.1.2	<u>Gesundheitsmanagement bei und nach betrieblichen Verkleinerungsprozessen</u>	14
4.1.3	<u>Gesundheitsmanagement im Call Center</u>	15
4.1.4	<u>Gesundheitsmanagement bei Telearbeit</u>	17
4.1.5	<u>Gesundheitsmanagement und Vertrauensarbeitszeit</u>	18
4.1.6	<u>Gesundheitsmanagement und geringfügig Beschäftigte</u>	19
4.1.7	<u>Gesundheitsmanagement und psychosoziale Prävention am Arbeitsplatz</u>	19
4.2	<u>GAMAGS</u>	20
4.3	<u>Bertelsmann Stiftung, BKK Bundesverband und Hans-Böckler-Stiftung</u>	22
5	<u>Betriebliche Erfahrungen</u>	23
5.1	<u>Fördernde und hemmende Bedingungen beim Gesundheitsmanagement</u>	24
5.1.1	<u>Integration</u>	24
5.1.1.1	<u>Führung</u>	25
5.1.2	<u>Dauerhaftigkeit und Systematik</u>	27
5.1.2.1	<u>Kontinuität</u>	30
5.1.2.2	<u>Datenerhebung</u>	30
5.1.2.3	<u>Gesundheitszirkel und -bericht</u>	31
5.1.2.4	<u>Beteiligung der „Experten der Praxis“</u>	32
5.1.2.5	<u>Evaluation</u>	33
5.1.2.6	<u>Konkurrierende Handlungszwänge</u>	34
5.1.3	<u>Überbetriebliche Kooperation</u>	34
5.1.3.1	<u>Kooperation</u>	34
5.1.3.2	<u>KMU und Unternehmensnetzwerke</u>	35
6	<u>Literatur</u>	37

1 Vorbemerkung

Die vorliegende Studie stellt die neuesten Erkenntnisse zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (in Teilen der Literatur auch weiterhin unter betrieblicher Gesundheitsförderung firmierend) zusammen. Auf eine ausführliche Darstellung und ergebnisorientierte Diskussion der verschiedenen Methoden und Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements wird an dieser Stelle verzichtet. Ebenfalls keine Erwähnung finden (schwerpunktmäßig) außerbetriebliche Ansätze der Gesundheitsförderung, wie beispielsweise „healthy city“.

2 Begriffsklärungen

2.1 Gesundheit

In allen Ansätzen wird rekuriert auf die klassische Begriffsbestimmung der WHO von 1946, die Gesundheit definiert als:

„a state of complete physical and mental well-being which results when disease-free people live in harmony with their environment and with one another.“¹

Bereits diese Definition geht über eine Definition der Gesundheit durch Abwesenheit von Krankheit weit hinaus und bezieht Einflußfaktoren der Umgebung mit ein. Kritisiert wird heute an dieser Definition vor allem ihr statischer Gesundheitsbegriff. In der neueren Literatur wird vielmehr von einem mehrdimensionalen Kontinuum ausgegangen,

„welches erlaubt, das Befinden einer Person im Hinblick auf verschiedene Gesundheitsaspekte zu bestimmen.“²

Hierbei wird vor allem auf den Salutogenese-Ansatz von Antonovsky³ rekuriert, der beschreibt, dass trotz potenziell Krankheit auslösender Umgebungsfaktoren ein Erhalt oder gar eine Stärkung von Gesundheit möglich ist. Gesundheit wird hier als „Widerstandskraft“ gegenüber endogenen (körpereigenen) und exogenen (Umweltfaktoren) Stressoren gesehen. Neben der individuellen (genetischen) Konstitution gewinnen hier vor allem psychosoziale Bedingungen sowie das individuelle Kohärenzerleben an Bedeutung. Besondere Betonung liegt hierbei auf drei Faktoren im Erleben von Anforderungen:

1. comprehensibility, also Begreifbarkeit. Damit ist gemeint, daß die Anforderungen, die an einen herangetragen werden, vorhersehbar und zuordnungsfähig sein müssen.
2. manageability, also Machbarkeit. Mensch muss das Gefühl haben, die Anforderung erfüllen zu können, und muss die Chance sehen, Einfluß nehmen zu können.
3. meaningfulness, also Sinnhaftigkeit. Die Anforderung muß einen erkennbaren Sinn haben.

¹ WHO 1946

² Ayan, Kastner 2001

³ Antonovsky 1998

Mit dem Übergang zu dieser Sichtweise sind nicht mehr nur die Risikofaktoren der Gesundheit, sondern auch ihre Protektivfaktoren, welche Gesundheit stärken, zu bestimmen. Hieraus ergeben sich eine Reihe von Kriterien zur Beschreibung von Gesundheit⁴:

- Abwesenheit von Symptomen, Krankheit oder Behinderung
- Schmerz- und Beschwerdefreiheit
- keine funktionelle Beeinträchtigung von Lebensaktivitäten
- Fähigkeit, interne und externe Anforderungen (Konflikte, Belastungen und Krisen) erfolgreich zu bewältigen
- adäquate Einschätzung der eigenen Handlungskompetenz (Selbstvertrauen, Glaube an das „Ich“, Selbstwirksamkeit)
- Resistenz (Widerstandsfähigkeit) gegenüber Belastungen
- Fähigkeit, soziale Rollen zu erfüllen und zu bewältigen
- Liebes- und Genußfähigkeit, aber auch „Fähigkeit zu Trauern“
- Kapazität bzw. Potential, selbständig (langfristige) Ziele zu setzen und diese zu verfolgen
- Fähigkeit zur Selbstgestaltung und Selbstverwirklichung
- Suchen und Finden von „Sinn“ in allen Lebensaktivitäten

2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst im modernen Sinne alle Maßnahmen eines Unternehmens, welche die für die Gesundheit der Mitarbeiter verantwortlichen salutogenetischen Faktoren (vgl. Antonovsky 1998) stärkt, bzw. die Risikofaktoren reduzieren. Prinzipiell müssen hierbei sowohl personale Ressourcen (wie: persönliche Verhaltensweisen und Prädispositionen) als auch organisationale Ressourcen (wie: Arbeitsorganisation, Belastungen der Umgebungsbedingungen usw.) berücksichtigt werden. In der überwiegenden Masse der Programme betrieblicher Gesundheitsförderung wird allerdings immer noch ein Schwergewicht auf die Beeinflussung des Verhaltens Einzelner gelegt.

Aufschwung hat die betriebliche Gesundheitsförderung vor allem durch die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung⁵ bekommen, durch die auch in Deutschland eine breite Diskussion ausgelöst und bereichert wurde. Sie formuliert das Leitbild:

„Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- *Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen*

⁴ vgl.: Becker 1992 sowie Udris 1992 und Udris, Frese 1988

⁵ im November 1997

- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.⁶

2.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Heute wird davon ausgegangen, dass Gesundheit eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung ist, „durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden, insbesondere ein positives Selbstwertgefühl und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird.“⁷ Als Erfolgsfaktoren effektiven und effizienten Gesundheitsmanagements werden angesehen⁸:

- Leitbild und Führungsgrundsätze
Verankerung des Gesundheitsmanagements, Berücksichtigung von Gesundheit und Wohlbefinden bei der strategischen Unternehmensentwicklung
- Unternehmenskultur
auch Image der Organisation, Art der Kommunikation zwischen Führungskräften und Belegschaft sowie Betriebsklima und Sozialverhalten
- Mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten
Glaubwürdigkeit im Eintreten für Gesundheitsmanagement
- Wissensbasis
angemessene Verknüpfung externen Wissenschafts- und betriebsintern erzeugten Wissens
- Partizipation
Mitarbeiter als Experten für den Zusammenhang zwischen Arbeit, Organisation und Gesundheit
- Vernetzung und Qualifizierung
interdisziplinäres Vorgehen
- Volle Integration in betriebliche Routinen
Verzicht auf Einzelprojekte, stattdessen integraler Bestandteil der Unternehmensführung.

Betriebliches Gesundheitsmanagement wird nach heutigem Stand der (arbeits-) wissenschaftlichen Erkenntnis nachhaltige Wirkungen nur dann entfalten, wenn drei Bedingungen erfüllt werden:

1. Es erfolgt ein **integriertes** betriebliches Gesundheitsmanagement, welches einerseits Bestandteil des unternehmerischen Managements⁹ insgesamt ist und andererseits gleichermaßen verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen umfasst¹⁰.

⁶ Luxemburger Deklaration 1997

⁷ Badura 2000, S. 23

⁸ ebd.

⁹ vgl. unten Abschnitt 4.2 zu GAMAGS

¹⁰ In der Regel reicht es nicht aus, die Verhältnisprävention ausschließlich im Aufgabenbereich des „klassischen“ Arbeitsschutzes zu belassen.

2. Das betriebliche Gesundheitsmanagement muss als **dauerhafte**¹¹ Gemeinschaftsaufgabe aller Führungskräfte, inner- wie überbetrieblicher Experten und der Mitarbeiter fest verankert sein.
3. Es muss **systematisch** vorgegangen werden; d.h. Diagnose-, Interventions- und Evaluationsinstrumente müssen dauerhaft und aufeinanderbezogen eingesetzt werden.

2.4 Prävention

Der umfassende Begriff für alle (betrieblichen und überbetrieblichen) Anstrengungen im Rahmen des Arbeitsschutzes, der Gesundheitsförderung, aber auch des Umweltschutzes sowie Teilen des Qualitäts- und Personalmanagements ist „Prävention“¹². Manifestiert wurde der Begriff „Prävention“ im Feld der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit im Sozialgesetzbuch VII¹³. Das technisch (oder medizinisch) dominierte Verständnis von Prävention muss um die Handlungs- und Kommunikationszusammenhänge von Personen und sozialen Systemen erweitert werden¹⁴. Schädigenden Ereignissen oder Sachen und Gefahr zuvorzukommen, gelingt nur auf Grundlage von Entscheidungen von Personen und sozialen Systemen. Mit der Verbindung von Prävention und Entscheidungen wird Prävention Teil von Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten generell.

„Der Präventionsbegriff umfaßt alle Präventionsfelder, die schädigende Ereignisse vermeiden und die die Auswirkungen von Entscheidungen optimieren sollen. ... Der Präventionsbegriff orientiert auf das Zusammenspiel aller Wirkfaktoren. Je nach Person und sozialem System, je nach Kopplungsfeldern und je nach Ausprägung und Qualität des präventiven Anteils von Entscheidungen werden Präventionsfelder wirksam. Ist die Ausprägung und Qualität des präventiven Anteils von Entscheidungen groß, dann wird auch die Zukunftssicherung, Selbstbestimmung und Innovationsfähigkeit der Personen beziehungsweise der sozialen Systeme abgesichert und gefördert.“¹⁵

¹¹ Gesundheitsmanagement ist kontinuierliche Führungsaufgabe; sie ist kein zeitlich befristetes Projekt, auch wenn Einzelaufgaben in Form eines Projektes gestartet werden können, welches dann in die permanenten Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements überführt wird.

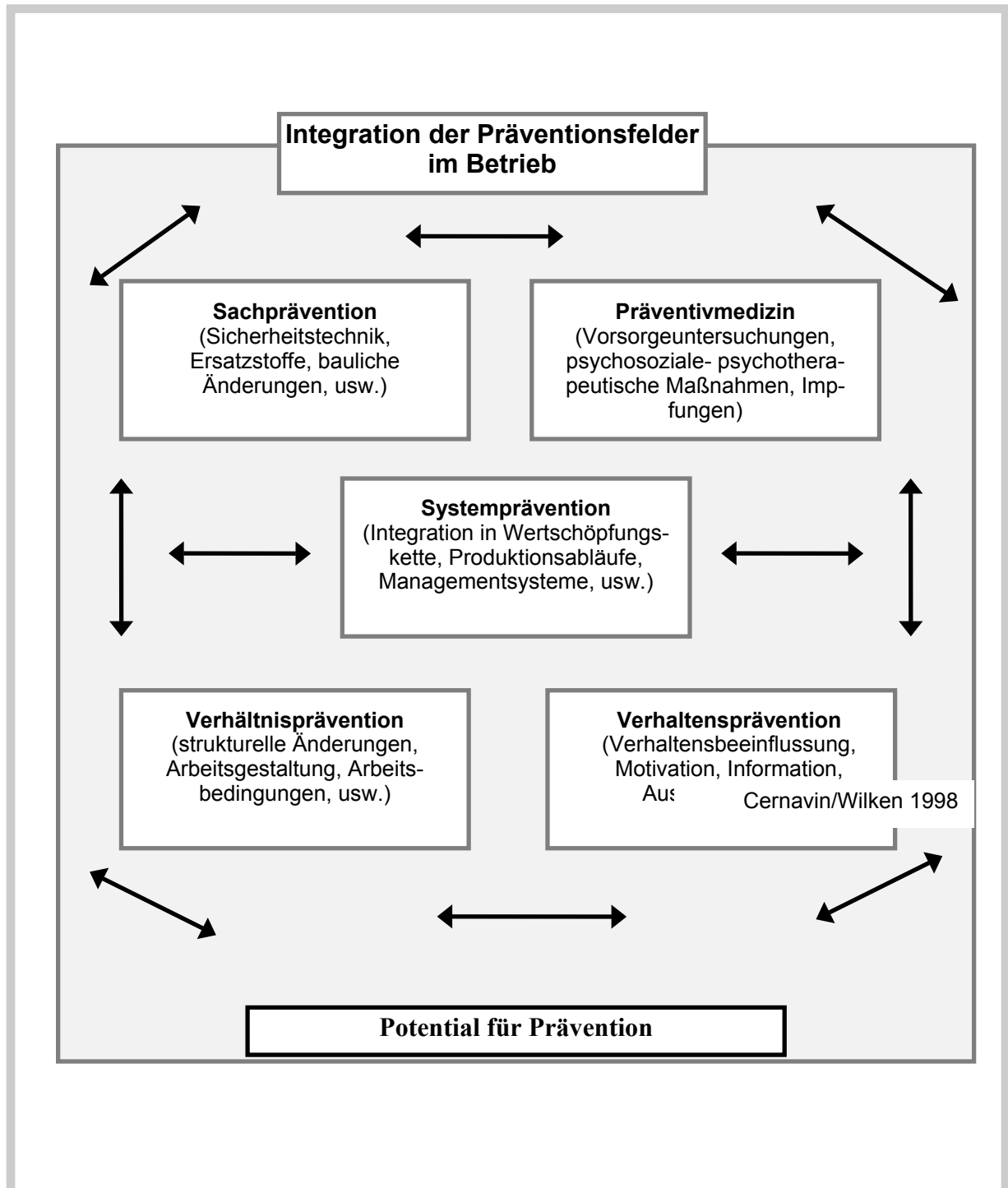
¹² Der Begriff „Prävention“ wird in vielen gesellschaftlichen Bereichen (Medizin, Recht, Sozialarbeit) mit teilweise unterschiedlichen Inhalten verwendet. Interessant für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit ist die Diskussion der sozialepidemiologischen Forschungen im medizinischen Bereich. Dieser Präventionsbegriff umfaßt weite Felder von Lebenswelten von Personen und sozialen Systemen.

¹³ Auch hier wird mit dem Begriff „Prävention“ der Einsatz für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit „mit allen geeigneten Mitteln“ verstanden. Es wird im SGB VII jedoch nicht genauer definiert, was diese Formulierung in bezug auf die Prävention von der identischen Formulierung der Reichsversicherungsgesetzgebung (RVO) in bezug auf Arbeitssicherheit unterscheidet.

¹⁴ vgl. hier und im Folgenden Cernavin, Wilken 1998

¹⁵ ebd. S. 101

Der Begriff vermeidet das Herausheben einzelner Sichtweisen und Disziplinen und das Ausgrenzen beziehungsweise ignorieren verschiedener Präventionsdisziplinen untereinander. Alle Präventionsfelder - Verhaltensprävention, Verhältnisprävention, Präventivmedizin, Sachprävention oder Systemprävention - können je nach spezifischer Konstellation der Entscheidung einer Person oder eines sozialen Systems dazu beitragen, den präventiven Anteil der Entscheidung möglichst groß zu halten. Der Präventionsbegriff bündelt die Präventionsressourcen und eröffnet Personen und sozialen Systeme alle Potentiale der Prävention.



3 Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Im Folgenden werden kurz die Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements vorgestellt. Diese sind nicht zu verwechseln mit den Interventionsmaßnahmen des Gesundheitsmanagements¹⁶, die jeweils als Reaktion auf konstatierte Problemfelder als Maßnahmen der Verhältnis- oder Verhaltensprävention ergriffen werden¹⁷.

3.1 Mitarbeiterbefragung

In regelmäßigen Abständen (ca. 1- 2 Jahre) wird - meist - durch die Organisations- und/oder Personalentwicklung eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Für die umfassende Teilnahme an der Befragung durch die Mitarbeiter ist die Erfahrung notwendig, dass auch unliebsame Ergebnisse seitens der Unternehmensleitung ernst genommen und zu Veränderungen führen werden. Durch die Regelmäßigkeit der Befragungen werden nicht nur Erkenntnisse über neue Belastungen gewonnen, sondern auch durchgeführte Veränderungen evaluiert. Zu betonen ist, dass hierbei weniger eine korrekte wissenschaftliche Auswertung benötigt wird, als vielmehr eine hinreichende Plausibilität für die betrieblichen Entscheidungen angestrebt wird.

3.2 Krankenstandsanalyse

Durch eine anonymisierte Krankenstandsanalyse (Arbeitsunfähigkeitszeiten [bis drei Tage, bis sechs Wochen, länger] aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis und Abteilung/Werk) können in Kombination mit Krankenkassendaten Erkenntnisse über Erkrankungsarten in Relation zum Arbeitsplatz gewonnen werden. Für einzelne Abteilungen (oder Betriebe) kann erkannt werden, ob der Krankenstand über- oder unterdurchschnittlich ist, und es können daraus Maßnahmen z.B. zur Verbesserung der Arbeitsorganisation oder des Betriebsklimas abgeleitet werden.

3.3 Gesundheitszirkel¹⁸

In Ergänzung zur anonymisierten Krankenstandsanalyse können in Gesundheitszirkeln arbeitsplatz- und personenspezifische Angaben über arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren gewonnen werden. Es werden reale Probleme (eigene oder die von Kollegen) thematisiert. In Gesundheitszirkeln werden - in der Regel - eine Vielzahl von Problemen genannt; sie leisten allein dadurch bereits einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung

¹⁶ Vereinzelt wird allerdings darauf verwiesen, dass bereits durch die verstärkte Kommunikation über Gesundheit im Unternehmen eine Verbesserung Motivation, Zusammenarbeit und damit auch des Wohlbefindens der Mitarbeiter zu verzeichnen ist. Unter diesem Blickwinkel der Kommunikation stellen die Instrumente bereits eine Präventionsmaßnahme dar.

¹⁷ Insbesondere sind betriebliche Einzelaktionen wie Anti-Mobbing-Aktion oder Rückkehrgespräche keine Instrumente des Gesundheitsmanagements. Als Einzelaktion können sie jedoch im Rahmen eines integrierten Gesundheitsmanagements eine Rolle spielen. Dies gilt auch für ein Fehlzeitenmanagement, welches häufig Auslöser verstärkter Bemühungen ist und **Bestandteil** eines integrierten Gesundheitsmanagements sein kann.

¹⁸ vgl. hier und im Folgenden Schröder, Sochert 1997, die unterschiedliche Modelle vorstellen (z.B. Düsseldorf, Berliner Modell)

von Kommunikation und Betriebsklima. Entscheidend ist auch hier die Bereitschaft der Unternehmensleitung, Ergebnisse ernst zu nehmen und eventuell Veränderungen vorzunehmen. Die Gesundheitszirkel können in regelmäßigen Abständen tagen oder bei Bedarf einberufen werden.

Zielsetzungen des Düsseldorfer Modells

- Verhütung arbeitsbedingter gesundheitlicher Beschwerden und arbeitsbedingter Erkrankungen gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen
- Systematischer Einbezug psychosozialer Belastungen in den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Erweiterung des Methodenrepertoires des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes um psychosoziale Gesundheitsrisiken
- Betonung der Praktikabilität des Verfahrens im betrieblichen Alltag

Wichtige Elemente sind:

- Einbezug des Erfahrungs- und Veränderungswissens der Beschäftigten in die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen
- Heterogene Zusammensetzung der Gesundheitszirkel; alle für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz zuständigen Positionen und Abteilungen werden einbezogen
- Flankierung der Zirkelarbeit durch Koordinationskreis

Zielsetzungen des Berliner Modells

- Befähigung, personale und situative Anteile bei der Stressgenese zu erkennen
- Verbesserung der Stressbewältigungskompetenz von stressexponierten Personen
- Schaffung eines Arbeitsklimas, das einen gesunden Umgang mit Stress fördert
- Schaffung betrieblicher Bedingungen, die ein gesundes Arbeitsklima fördern

Wichtige Elemente sind:

- Einbezug in erster Linie betrieblich stressexponierter Personen
- Homogene Zusammensetzung der Gesundheitszirkel aus Inhabern der gleichen Positionen
- Bildung eines heterogen zusammengesetzten Kontaktausschusses zur Lösung betriebsbedingter Stressursachen

Zentraler Unterschied beider Modelle ist die Zusammensetzung der Zirkel. Während das Düsseldorfer Modell auf einer heterogenen Zusammensetzung beruht und die Verbindung zwischen dem Erfahrungswissen der Beschäftigten und dem Fachwissen der Arbeitsschutzexperten betont, schlägt das Berliner Modell eine homogene Gruppe aus Personen gleicher Positionen vor. Dieser Ansatz wird meist dann angewendet, wenn Probleme in der Kommunikation zwischen den Hierarchieebenen vermutet werden.

3.4 Qualitätszirkel

Auch in Qualitätszirkeln, die eine Optimierung der Arbeitsbedingungen mit der Optimierung der Zielerreichung verbinden, werden gesundheitsrelevante Themen behandelt. Diese können sein: Kommunikation, Arbeitszeiten und ihre Flexibilisierung, Teamstrukturen usw.

3.5 Gefährdungsanalysen

Auch die seitens der Arbeitsschutzgesetzgebung vorgeschriebenen Gefährdungsanalysen, ihre Ergebnisse und die daraus erfolgenden Maßnahmen sind Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Hier ist darauf zu achten, dass nicht nur phy-

sische Belastungen, sondern auch organisatorische und psychosoziale Belastungen mit erhoben werden.

3.6 Arbeitsplatzbegehungen

Neben regelmäßigen Arbeitsplatzbegehungen durch Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt und Betriebsrat sollte jeder Mitarbeiter die Möglichkeit haben, bei besonderen Problemen eine Begehung an seinem konkreten Arbeitsplatz zu erfragen, um die besonderen Bedingungen zu diskutieren und Probleme zu beheben.

3.7 Arbeitskreis Gesundheit

Der Arbeitskreis Gesundheit versteht sich - in der Regel - als ein Steuerungsinstrument der oben genannten Instrumente. Hier werden abteilungsübergreifende Probleme thematisiert und Lösungsvorschläge erarbeitet.

3.8 Gesundheitsbericht

Alle Erkenntnisse des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden in einem (jährlichen) Gesundheitsbericht zusammengefasst, der sowohl unternehmensintern als auch nach außen den Stand der Gesundheit und die unternommenen Anstrengungen dokumentiert. Entscheidend ist, dass hierbei auch die konkreten Arbeitsbedingungen im Unternehmen berücksichtigt werden. Eine Beschränkung auf Arbeitsunfähigkeitsdaten z.B. der gesetzlichen Krankenversicherung reicht nicht aus.

4 Erkenntnisse neuerer Forschungsprojekte

4.1 Gesina

Das Projekt gesina¹⁹ (Gesundheit und Sicherheit in neuen Arbeits- und Organisationsformen) hat moderne Organisationskonzepte und -strategien mit den darin agierenden Personen analysiert und die Belastungsverschiebungen und neuen Anforderungen aufgezeigt. Anhand dieser Erkenntnisse sind Modelle zur Prävention und Bewältigung und Handlungsanweisungen entwickelt worden. Hierbei ist von den Prinzipien eines ganzheitlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes ausgegangen worden. Das Verständnis von Ganzheitlichkeit umfasst eine systematische Vorgehensweise, eine systemische Perspektive, eine integrative Betrachtung von Arbeitssicherheit, Gesundheit und Motivation sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit überbetrieblicher und betrieblicher Akteure.

In einem Teilprojekt²⁰ wurden im Rahmen von Befragungen, Beobachtungen und Interviews im Werk Würth der DaimlerChrysler AG Belastungen, Gefährdungen und Ressourcen erfasst, um die relevanten Faktoren zu identifizieren, die im Kontext von Ver-

¹⁹ Kastner et al. (Hrsg.) 2001

²⁰ Sonntag et al. 2001

änderungsprozessen die Gesundheit, Arbeitssicherheit und Motivation der Mitarbeiter beeinträchtigen bzw. fördern. Mithilfe ausgewählter psychologischer Arbeitsanalyseverfahren wurde untersucht, in welcher Ausprägung pathogenetische Faktoren (Stressoren i.S. von „krankmachenden“ Faktoren in der Arbeit) wie Zeitdruck, Umgebungsbelastungen, Arbeitsplatzunsicherheit vorliegen. Für sicherheitskritische Instandhaltungstätigkeiten sind zusätzlich die speziellen Gefährdungen an ausgewählten Anlagen dokumentiert worden. In Anlehnung an die aktuelle Forschung ist darüber hinaus die Bedeutung salutogenetischer Faktoren (**Ressourcen** i.S. von „gesunderhaltenden“ Faktoren in der Arbeit) für Gesundheit und Sicherheit geprüft worden. Von Ressourcen wird angenommen, dass sie die Auswirkungen von Belastungen und Stressoren „abpuffern“. Hierzu zählen organisationale Ressourcen (z.B. Handlungsspielraum), soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen sowie die individuellen Stressbewältigungsstile und das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass klassische Stressoren der Arbeitsorganisation (arbeitsorganisatorische Probleme, Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen) ein reduziertes Wohlbefinden und diverse emotionale Beeinträchtigungen bei Mitarbeitern hervorrufen. Diese äußern sich als „*Unruhe/Angespanntheit, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit/Belastetheit, Übermüdung*“²¹. Als „Protektoren“ demgegenüber werden „*Handlungs- und Zeitspielräume in ausgeprägtem Maße*“²² gesehen.

Ein integriertes Gesundheitsmanagement muss folglich diese Faktoren mit berücksichtigen, zumal „*gesundheitsrelevante Einflussfaktoren (arbeitsorganisatorische Probleme, soziale Konflikte) auch relevant für die Arbeitssicherheit sind.*“²³

Besonderer Verantwortung kommt hierbei den Vorgesetzten zu, die sich einsetzen müssen für:

- „*Führung durch Zielsetzung und Kontrolle (z.B. gemeinsames Festlegen von Sicherheitszielen),*
- *Führung durch Motivation und Rückmeldung (z.B. Vorgesetzter ermuntert Mitarbeiter zu Verbesserungsvorschlägen bzgl. Arbeitssicherheit),*
- *Sicherheitsbezogene Kommunikation und Information (z.B. Besprechen von Gefährdungen und Risiken bei ausgewählten Arbeitsaufgaben).*“²⁴

Entscheidend für die Gesundheit der Mitarbeiter sind dabei nicht die arbeitsorganisatorischen Veränderungen für sich, „*sondern vielmehr die **Bewertung** der stattgefundenen Bewertung durch die betroffenen Personen.*“²⁵ Ausdrücklich sehen die Autoren hierbei auch Arbeitsplatzunsicherheit und drohende innerbetriebliche Versetzungen als neue

²¹ ebd. S. 347

²² ebd. S. 347

²³ ebd. S. 347

²⁴ ebd. S. 349

²⁵ ebd. S. 357, Hervorhebung UJW

Stressoren. In Konsequenz wird betont, „*dass arbeitsgestalterische Maßnahmen zum Abbau organisationaler Belastungen weiterhin von eminenter Wichtigkeit sind.*“²⁶

In Konsequenz dieser Erkenntnisse sind Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitssicherheit bei innerbetrieblichen Restrukturierungen entwickelt und durchgeführt worden:

- Führungskräfteworkshop
Zu sicherem Verhalten führen mit den Zielsetzungen:
 - Führung durch Zielsetzung und Kontrolle,
 - Führung durch Motivation und Rückmeldung und
 - Sicherheitsbezogene Information und Kommunikation.
- Workshop zum Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz - Stärkung personaler Ressourcen der Salutogenese
Ausgehend von der Zielsetzung, bewusste oder unbewusste Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen, die in arbeitsbezogenen Belastungssituationen auftreten, zu berücksichtigen:
 - Reflexion persönlicher Reaktionsmuster auf belastende Ereignisse und Konflikte
 - Kennenlernen alternativer Verhaltensweisen zur Problemlösung
- Arbeitssicherheitscoaching - Zur Eigeninitiative für sicheres Verhalten motivieren
Zielsetzung „*ist die Steigerung und Entwicklung von Kompetenzen und Ressourcen zur Selbststeuerung und -motivation bei der Ausgestaltung des sich stetig verändernden Arbeitsumfeldes*“²⁷. Als Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit oder Arbeitssicherheit wurden identifiziert:
 - „*Spielregeln mit Kunden*“²⁸, z.B. bei Störungsbehebung vereinbaren
 - *mentale Stressbewältigung optimieren,*
 - *fachliche Qualifizierung durch Rotation*
 - *themenspezifischer Informationsfluss zwischen Gruppe und Vorgesetzten ... optimieren ...*
 - *arbeitsplatzbezogene Verhaltensanforderungen vereinbaren - über Sicherheitsbestimmungen hinaus*²⁹,
 - *stärkeres Bewußtmachen der Gefährdung durch optimierte Wissensweitergabe vom Experten an den Novizen anhand anlagen- und tätigkeitsbezogener Gefährdungsdokumentation*
 - *Spielregeln und Verhaltensweisen zwischen Gruppe und Vorgesetztem vereinbaren,*
 - *präventive Sicherheitskommunikation bei technischen und organisatorischen Veränderungen*³⁰,

²⁶ ebd. S. 357

²⁷ ebd. S. 385

²⁸ Hier wird der integrative Ansatz deutlich auch über den Betrieb erweitert! UJW

²⁹ Die arbeitsplatzbezogene Differenzierung ist sicherlich auch innerhalb bestehender - notwendigerweise verallgemeinernder Normen und Verordnungen - sinnvoll. UJW

- *Beinahe-Unfälle und auftretende Sicherheitsmängel sofort besprechen.*³¹

Bereits vorhandene innerbetriebliche Dienstleister - auch aus dem Arbeitsschutz - können und müssen hier wichtige Unterstützungsfunktionen wahrnehmen, um das Ziel fachlicher und überfachlicher Kompetenzen, die zum Erhalt der eigenen Gesundheit, der Motivation sowie zur Gewährleistung des Arbeitsschutzes und zur Innovationskraft des Unternehmens beitragen, zu erreichen. Unterstützt werden muss dabei der Prozesscharakter, in dem Mitarbeiter

*„ihre Ziele kontinuierlich reflektieren und bewerten, ihren Qualifizierungsbedarf erkennen und entsprechende Maßnahmen wie Wissensaustausch unter Kollegen arbeitsplatznah umsetzen. ... Die Rollenanforderungen der Akteure im Arbeits- und Gesundheitsschutz erweitern sich damit hin zu einer prozess- und lernberatenden Funktion. ... Selbstbefähigung und Selbststeuerung, neue Kooperationen und Netzwerke, neue Professionen und Dienstleistungen werden hierbei als zentrale Begriffe eines zukunftsorientierten Arbeits- und Gesundheitsschutzes genannt.“*³²

Gleichzeitig müssen für das Gesundheitsmanagement relevante Kenntnisse und Fertigkeiten auch den Führungskräften vermittelt werden, um einen integrierten Zugang zu erleichtern und Führungskräfte als Multiplikatoren des Gesundheitsmanagements zu gewinnen. Anstrebenswert ist, Führungskräfte bereits im Rahmen der Ausbildung (vor allem Studium) mit Problemen und Nutzenpotentialen des Gesundheitsmanagements vertraut zu machen.

4.1.1 Gesundheitsmanagement bei und nach Ausgründung

Zur Verbesserung der Organisationsentwicklung und Erhöhung der Leistungsfähigkeit bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung des Arbeitslebens ist bei einem Automobilhersteller und zwei Fremdfirmen ein „Kooperationszirkel Sicherheit“³³ entwickelt worden.

*„Die Förderung zwischenbetrieblicher Lern- und Kommunikationsprozesse dient hierbei nicht nur der Verbesserung sicherheitsrelevanter Abläufe, sie hat in der Regel ebenfalls positive Auswirkungen auf das Qualitäts- und Innovationsmanagement in den Unternehmen.“*³⁴

Besonderer Wert ist neben der Verbesserung der Informations- und Kommunikationsstrukturen für alle Beteiligten auf das Einbeziehen sowohl der Führungs- (in Steuerkreis und Zirkeln) als auch der Mitarbeiterebenen (Zirkeln mit fünf 1½-stündigen Sitzungen in 4-6 wöchigem Abstand) gelegt worden. Nach einer Analyse der Belastungen und Gefährdungen sind in beiden Gremien anhand der Ergebnisse gesundheitliche und ar-

³⁰ Hier sollte sicherlich keine Beschränkung nur auf die Sicherheit erfolgen. UJW

³¹ ebd. S. 386f

³² ebd. S. 390, vgl. auch Cernavin et al. 2001

³³ Beese et al. 2001 S. 256ff; vgl. auch Gerlmaier, Kastner 1999

³⁴ ebd. S. 256

beitsorganisatorische Probleme erarbeitet und Umsetzungsverantwortliche bestimmt worden. In einer Nacherhebung sind die Veränderungen der Belastungs- und Gefährdungssituation mit dem Ergebnis bestimmt worden:

*Durch die Förderung der Schnittstellenkonstellation zwischen Fremdfirmen und Auftraggeber mit Hilfe des Kooperationszirkels konnte der Informationsfluss erheblich verbessert werden. Damit konnten viele der unwissentlich verschuldeten Gefährdungen beseitigt werden.*³⁵

Neben arbeitsgestalterischen Maßnahmen ist im Einzelnen eine Checkliste „Sicherheitsorganisation für Fremdfirmen“ erarbeitet sowie eine systematische Bereitstellung von Gefährdungs- und Unfallschwerpunktanalysen erreicht worden. Die Kooperation ist durch die Bereitstellung von PSA durch den Auftraggeber sowie Zugangsmöglichkeiten zum werksärztlichen Dienst und Teilnahme am innerbetrieblichen Vorschlagswesen auch für die Fremdfirmen verbessert worden.

³⁵ ebd. S. 261

<p>Zusammenfassung der Checkliste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verständigungsmöglichkeit (deutsche Sprache beherrschen) • Einsatz von PSA und Schutzvorkehrungen vertraglich festhalten • zur Wartung von PSA verpflichten • Nachweis regelmäßiger Unterweisungen vereinbaren • Sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung sicherstellen • Hauptverantwortlichen für Koordination bei Fremdfirma festlegen <p>Organisatorische Voraussetzungen beim Auftraggeber</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremdfirmenkoordinator (ansprechbar zu Zeiten des realen Einsatzes der Fremdfirma) • Arbeitsschutzschnittstellen ermitteln • Arbeitsschutzvereinbarung erstellen • regelmäßige Abstimmung zwischen Koordinatoren, FaSi und anderen Beauftragten • zentrale Erfassung aller Einsatzzeiten, -orte sowie Namen vor Fremdfirmen und Mitarbeitern, Abrufbarkeit im Intranet • Abstimmung der Einsatzzeiten von Stammpersonal und Fremdfirmen • Festlegen der Regeln für Materialbeschaffung und Maschinennutzung • Durchführen einer Gefährdungsanalyse für Einsatzort der Fremdfirma und Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste mit sicherheits- und gesundheitsrelevanten Ansprechpartner zur Verfügung stellen • Informationen für den Notfall • Betriebsspezifische Regeln bekannt geben <p>Informationen für die Stammebelegschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information über den Einsatz von Fremdfirmen und Begründung • Information auch für die Vorgesetzten • Regeln für den Umgang festlegen <p>Qualifikationen und Befugnisse für Fremdfirmen-Koordinator</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitspracherecht gegenüber Einkäufer • Weisungsbefugnis gegenüber Fremdfirmenmitarbeitern bei Gefahr • Kenntnis der gesetzlichen Vorschriften • Überblick über Organisation und Mitarbeiter des Unternehmens <p>Förderung der Kooperation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationszirkel „Sicherheit“ einrichten • Fremdmitarbeiter in betriebliches Vorschlagswesen integrieren • Schulungen gemeinsam durchführen • Schutzausrüstungen gemeinsam beschaffen (Großaufträge)
---	---

4.1.2 Gesundheitsmanagement bei und nach betrieblichen Verkleinerungsprozessen

Während und nach Folge von betrieblichen Verkleinerungsprozessen (Downsizing) sind eine Reihe von gesundheitsrelevanten Reaktionen zu beobachten, die durch das Gesundheitsmanagement zu bearbeiten sind³⁶:

- Trauerphasen, Reaktionen wie nach Katastrophe und Desorientierung bei Gekündigten
- Depression, Scham- und Schuldgefühle bei Personalverantwortlichen und Managern
- Zunahme von Stresserkrankungen, innere Kündigung, Depression usw. bei den im Unternehmen verbleibenden Mitarbeitern

Als hilfreich haben sich folgende Unterstützungsmaßnahmen erwiesen:

³⁶ Weber, Kastner 2001, vgl. auch: Kastner 1998 zur systemverträglichen Organisationsentwicklung
fof_020122transparenzstudie_gesundheitsmanagement.doc

- Intensive Kommunikation über alle Änderungspläne ermöglichen und fördern (Forum, in dem Geschäftsleitung regelmäßig über Entwicklungen informiert, individuelle Information der Betroffenen (auch mit Leistungsträgern, die im Unternehmen verbleiben sollen) in vertraulicher Atmosphäre)
- Gefühle des Managements glaubwürdig zeigen (Mitarbeiter erwarten glaubwürdiges Verständnis für ihre Sorgen und Ängste)
- Mitteilung über Aufgabenwegfall an Information über neue Arbeitsaufgabe koppeln (auch bei „Weiterbeschäftigungsgarantie“ benötigen Mitarbeiter Informationen über neues Einsatzgebiet)
- Coaching für Management und Mitarbeiter (auch Outplacementberatung, um Gekündigten eine neue Bewerbung zu erleichtern)
- Schulung/Training für neue Aufgaben
- Ganzheitliche Entlastungsmaßnahmen der Personalpflege (z.B. Maßnahmen zur Stressbewältigung)
- Unternehmenszukunft aktiv mit gestalten lassen

4.1.3 Gesundheitsmanagement im Call Center

Ein wichtiger Ansatzpunkt wird in der Intervention in sozialen Systemen (Teams) gesehen, „um *Selbstentwicklung und Problemlösungskapazität des Systems zu erhöhen*“³⁷. In diesem Zusammenhang geraten nicht nur die Gestaltung der Voraussetzungen für Gesundheit, sondern auch die Entscheidungsspielräume, Kooperationsbeziehungen, Kommunikationsprozesse und die expliziten und impliziten Normen, wie mit Belastungen im Unternehmen umgegangen wird, in den Blick. Anstrebenswert ist ein partizipativer Prozess der Selbstveränderung der Organisation. In einem Unternehmen der Telekommunikationsbranche sind in dieser Richtung in einem „Arbeitskreis Gesundheit“ Belastungen diagnostiziert, Interventionsmaßnahmen erarbeitet und nach der Umsetzung evaluiert worden.

Die Belastungsdiagnose hat zusammenfassend

- hohe Regulationsanforderungen kombiniert mit hohen Belastungspotenzialen
 - Zeitdruck, Regulationsbehinderungen durch organisatorische Probleme, stark vorkonstruierte Arbeitsabläufe mit geringen Spielräumen und emotionale Anforderungen im Umgang mit Kunden (vor allem bei Front-Office-Tätigkeiten)
 - psychosomatische Beschwerden und Burnout
- ergeben³⁸. Auf dieser Basis sind folgende Interventionsmaßnahmen entwickelt worden:
- Information und Beteiligung (Information der Mitarbeiter, Entwicklung von Verbesserungsansätzen auf Team- und Managementebene)

³⁷ Gerlmaier, Böcker, Kastner 2001. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese Organisationsform der Arbeit in öffentlichen Verwaltungen gerne „Bürger-Informations- und Service-Agentur“ genannt wird.

³⁸ ebd. S. 318

- Qualifizierung
(z.B. zum Umgang mit schwierigen Kunden bzw. mit überfordernden Situationen)
- Optimierung des Softwaresystems
(Bedienerfreundlichkeit)
- Transparenz bei Verantwortlichen für Gesundheitsmanagement.

Für die Gestaltung von Arbeitsplätzen und -aufgaben sind darüber hinaus Empfehlungen zusammengestellt worden³⁹:

- zu **Ergonomie** (Arbeitsmöbel, Hardware) und **Arbeitsumgebung** (Schall, Luft [Temperatur/Feuchte], Licht)
Call Center Arbeitsplätze sind Bildschirmarbeitsplätze. Die EU-Normen müssen eingehalten werden: Schreibtische (Breite und Tiefe!) und Stühle (dynamisches Sitzen) sind wichtige Faktoren, die die Zwangshaltung beim Telefonieren erleichtern. Umgebungsbedingungen (Schallpegel höchstens 55 db(a), Luftfeuchtigkeit ca. 50% für Schleimhäute und Augen) machen konzentrierte Informationsverarbeitungsprozesse und Problemlösungen während der Kommunikationsarbeit möglich. Schallschutz und Belegungsdichte im Großraum prüfen!
- zu **Arbeitsorganisation** (Arbeitsteilung, Aufgabenzuschnitte) und **Tätigkeitsspektrum** (Frontoffice/Backoffice)
Die starke Arbeitsteilung muß zum Teil wieder aufgehoben werden. Anzahl der Anrufe nicht zu hoch schrauben und Dauer nicht zu kurz takten (schneller und mehr telefonieren gerät schon mittelfristig an Grenzen für die Kommunikatoren). Vollständige Arbeitsaufgaben und Mitsprache können durch Projektorganisation erreicht werden. Mischarbeit durch Anreicherung der Aufgaben und Sachbearbeitungsanteilen(Backoffice-Tätigkeiten) ermöglichen.
- zu **Personal** (Auswahlverfahren) und **Qualifizierung** (Agents, Teamleiter)
Personalauswahl, Verfahren und Eignungskriterien auf das vorhandene Tätigkeitsspektrum abstimmen.
Qualifizierungen für verschiedene Gruppen im Call Center anlegen: Nicht nur produkt- und kundenspezifisch, sondern umfassend Hintergründe vermitteln und individuelle Verarbeitung fördern.
- zu **Software** (Benutzerbeurteilung)
Ist die Software aufgabenangemessen und anwendungsfreundlich? Welche Verbesserungen können von der internen EDV vorgenommen werden? (Individualisierbarkeit und Transparenz)
- **Arbeitsverträge und -zeiten** (Organisational Individuell) sowie **Pausenzeiten/Regelungen**
Für die langfristige Planung der Kapazitäten ist ein Minimum an Arbeitsplatzsicherheit für das Personal günstig. Die Arbeitszeiten sollten die Interessen der Beschäftigten berücksichtigen.

³⁹ Scherrer 2001

Parameter der ACD-Anlage überprüfen: Nachbearbeitungszeiten einbauen, Rückmeldung statt Kontrolle fördert Transparenz und Motivation.

Pausen fördern die interne Kommunikation und spielen bei der Verarbeitung von Ärger, Dissonanzen und Konflikten eine wichtige Rolle. Kollegiales Lernen und Austausch zu direkten Problemfällen/Anlässen.

- zu **Führung** (Instrumente, Formen und Inhalte, KollegInnen/Vorgesetzte) sowie **Kontrolle und Rückmeldung**

Sach- und Beziehungsebene unterstützen: Kompensation monotoner Arbeitsaufgaben durch mitarbeiterbezogene Führung ermöglichen. Auch die „eigenen“ Beschäftigten als „Kunden“ betrachten und entsprechenden Umgang praktizieren.

Teamleiter als wichtige Führungsebene besonders beachten: Sie sind Multiplikatoren und Motivatoren.

Soziale Unterstützung und Kollegialität der Kolleginnen untereinander fördern, Konkurrenzverhalten abbauen.

SOLL-Werte nicht zu hoch ansetzen: Eine hohe Differenz von SOLL/IST sowie zwischen BRUTTO/NETTO - Anrufen kann zu Druck und Stress führen, die reale Erfolge eher verhindert und das Arbeitsklima verschlechtert.

4.1.4 Gesundheitsmanagement bei Telearbeit

Betont werden der Zuwachs psychischer Belastungen bei Informationsarbeit sowie die psychosozialen Bedingungen, bei denen der familiäre Kontext mehr berücksichtigt werden muss⁴⁰. Notwendig ist eine schädigungslose und beeinträchtigungsfreie Arbeitsplatzgestaltung nach systemisch-ergonomischen Richtlinien:

- adäquates Anforderungs-Kapazitätsverhältnis
- Förderung der Ganzheitlichkeit und Autonomie
- gesundheitsfördernde Gestaltung der dezentralen Tätigkeit,
- Qualifizierung in Bezug auf Selbstregulation
- Möglichkeiten der sozialen Interaktion schaffen
- Arbeitsplatzintegration in Wohnraumkultur
- sozial verträgliche, partizipative Gestaltung von Arbeitszeit in Abstimmung mit der Familienzeit.

Hierzu sei eine stärkere Berücksichtigung der Telearbeit in arbeitsschutzrelevanten Verordnungen erforderlich, die allerdings eine flexible Regulierungsfreiheit bei verschiedenen individuellen Anforderungen ermöglichen soll.⁴¹

Für das betriebliche Gesundheitsmanagement wird der Mitarbeiter in dieser Organisationsform der Arbeit zum Hauptakteur. Da - in der Regel - eine räumliche Distanz zum Arbeitgeber und Verantwortlichen für die Arbeitsorganisation gegeben ist, müssen die

⁴⁰ Treier 2001

⁴¹ Über die Realisierungsmöglichkeiten einer solchen gleichermaßen allgemein regulierenden und individuelle Flexibilisierung eröffnenden Verordnung lässt sich der Autor nicht weiter aus. UJW

Betroffenen selber informiert und qualifiziert werden. Außerdem muss in einer Perspektivenerweiterung die Familienregulation in das Blickfeld des Gesundheitsmanagements geraten, da Prozesse in der Familie wesentlichen Einfluss auf das Geschehen am Telearbeitsplatz haben.

4.1.5 Gesundheitsmanagement und Vertrauensarbeitszeit

Nach einer empirischen Untersuchung eines Pilotbereichs von Angestellten in einem großen Zuliefererunternehmen der Automobilindustrie⁴² sind Empfehlungen zusammengestellt worden, die bei der Implementierung von Vertrauensarbeitszeit beachtet werden sollen:

- Ziele des Arbeitszeitmodells auf betrieblicher Ebene definieren und mit Interessengruppen abstimmen
Welche Vorteile (Kostenreduzierung, Eigenverantwortung, Individuelle Zeitautonomie) ergeben sich für:
 - Geschäftsleitung
 - Angestellte
 - Gewerbliche ArbeitnehmerInnen
- Vorgehen und Einzelschritte der Einführung mit den Betroffenen kommunizieren
 - Informationen und Workshops zur detaillierten Exploration von Sichtweisen und Ideen durchführen.
 - Informationen und Argumente wiederholt und auf verschiedenen Wegen (Medien) zur Verfügung stellen.
- Zeit für die Einführung des neuen Modells bzw. der neuen Praxis (bisherige minutengenaue Zeitwirtschaft prägte Mentalität)
 - Zeiträume von 6-12 Monaten einplanen: Prozess der Umstellung muss auch psychologisch stattfinden
 - Pilotprojekt planen
 - Mit Vorgesetzten vorbereiten
 - Korrekturen vornehmen
- Bedingungen für die Realisierung der neuen Spielräume schaffen
 - Rahmen festlegen (z. B. nicht über 10 h/ Tag)
 - „Abbummeln“ von Überstunden sichern
 - bezahlte Mehrarbeit definieren (planen)
 - Flexibilität fordern und fördern
- Arbeitsinhalte und Aufgaben in ihrer Struktur und Ausrichtung anreichern
 - Sind die Arbeitsaufgaben vollständig und spielraumreich, so dass eigene Planungen zur Gewohnheit werden?
 - Eigenverantwortung bringt dann einen Entwicklungsschub, wenn sie umfassend praktiziert wird (nicht hier gängeln und da Verantwortung fordern....)

⁴² Scherrer 2001 (b)

- Vertrauen in der Kultur des Unternehmens ernst nehmen und sukzessive praktizieren
Multiplikatoren und Führungskräfte orientieren:
 - nicht Anwesenheitskontrolle sondern Prozess- und Ergebnisunterstützung
 - ausbalancieren von Spannungen in der Abteilung/Arbeitsgruppe
 - Kommunikation und „Aushandeln“ gewinnt neuen Stellenwert
- Formelle und informelle Faktoren in der Kommunikation und Koordination zur Deckung bringen
Alte Regeln (auch informelle) bewusst ablösen - wer früher geht, wird nicht schief angeguckt
 - Flexibles Arbeitszeitverhalten verstärken
 - Koordination der Kollegen untereinander fördern

4.1.6 Gesundheitsmanagement und geringfügig Beschäftigte

Nach einer Befragung von 112 Personen beschreiben die Autoren⁴³ Wissensdefizite bezüglich Sicherheits- und Gesundheitsfragen sowie Gesundheitsbelastungen durch quantitative Arbeitsbelastung oder qualitative Unterforderung bei geringfügig Beschäftigten. Sie stellen dabei fest, dass persönlichkeitsfördernde Tätigkeitsmerkmale - wie Ganzheitlichkeit und Handlungsspielräume - Entfremdungsgefühle minimieren. Sie entwickeln Handlungsempfehlungen, wie dem durch Gesundheitsmanagement zu begegnen ist:

- Sorgfältige Analyse der Tauglichkeit der Stelle (gute Abgrenzung und Teilbarkeit?)
- Informationen über Teilzeitarbeit an alle Führungskräfte und Vollzeitkollegen
- Sorgfältige Bewerberauswahl (Austausch sämtlicher relevanter Informationen, z.B. Belastungen der Tätigkeit und Klärung der Umstände, wie Anfahrtsmöglichkeit, Berücksichtigung der Familie)
- Beiderseitige Bereitschaft zur Flexibilität
- Arbeitsvertrag der Teilzeitkräfte sollte uneingeschränkt dem Grundsatz der Gleichbehandlung unterliegen
- Berücksichtigung der spezifischen Situation von Teilzeitkräften durch Vorgesetzte (z.B. familiäre Doppelrolle, seltenere Anwesenheit, Probleme mit Vollzeitkräften)
- Sehr detaillierte Aufklärung bei Bewerbungs- und Einstellungsgesprächen über die zukünftige Tätigkeit, um unrealistischen Vorstellungen vorzubeugen (z.B. auch über flexible Arbeitszeiten)
- Förderung des Engagements im Betriebsgeschehen (muss auch von Teilzeitkraft ausgehen), Interesse an Weiterbildungsmöglichkeiten wecken und diese anbieten.

4.1.7 Gesundheitsmanagement und psychosoziale Prävention am Arbeitsplatz

Zur Unterstützung der psychosozialen Prävention ist eine dreiteilige Handlungshilfe für unterschiedliche Zielgruppen entwickelt worden:

⁴³ Spanke, Kastner 2001

- Teil 1: für Führungskräfte und technisch ausgebildete Fachkräfte im Gesundheitsmanagement, um psychosoziale Prävention zu fördern;
- Teil 2: für technisch ausgebildete Fachkräfte mit Engagement in der psychosozialen Prävention, um Erkennen, Beurteilen und Verhüten psychischer Fehlbeanspruchung zu unterstützen;
- Teil 3: für technisch ausgebildete Fachkräfte im Gesundheitsmanagement, um Verhüten psychischer Fehlbeanspruchung durch Arbeitsgestaltung zu unterstützen.

4.2 GAMAGS

In Erweiterung ausschließlich auf technische Normierung setzender Arbeitsschutzmanagementsysteme⁴⁴ ist das Arbeitsschutzmanagementkonzept GAMAGS⁴⁵ entwickelt worden.

„Das 'Ganzheitliche Managementsystem des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes' (GAMAGS) ... wird in ein übergeordnetes, unternehmensspezifisches Managementsystem eingebunden.“⁴⁶

Schutz und Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität werden dabei in drei sich gegenseitig bedingenden Teilsystemen realisiert:

- *"Präventionssysteme für Sicherheit und Gesundheit,*
- *Systeme zur Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität (Gesundheitssysteme),*
- *Lern- und Beteiligungssysteme.“⁴⁷*

Die Integration in die vorhandenen betrieblichen Strukturen erfolgt dabei vor allem durch:

- *"Willenserklärung und ... Commitment der Leitung,*
- *Übertragung von Pflichten und Verantwortung auf alle Beschäftigten,*
- *Beteiligung ... aller Beschäftigten einschließlich ... Kontraktoren, Partnerfirmen sowie Anwohner von Anlagen,*
- *durch die Teilführungssysteme Personal und Führung, Information und Kommunikation sowie Arbeits- und Technikgestaltung.“⁴⁸*

Ausgehend von der Erkenntnis, dass Erwerbsarbeit sowohl zu Gesundheitsbeeinträchtigungen und -schäden als auch zur Förderung von Wohlbefinden führt⁴⁹, liegen die Hauptansatzpunkte betrieblicher Gesundheitsförderung in der Gestaltung der Arbeit

⁴⁴ z.B. das Qualitätsmanagement der ISO 9000 Reihe; davon zu unterscheiden ist das Managementsystem der European Foundation for Quality Management (EFQM)

⁴⁵ Zimolong (Hrsg.) 2001 und Elke 2000

⁴⁶ Zimolong (Hrsg.) 2001, S. 22

⁴⁷ ebd. S. 24

⁴⁸ ebd. S. 24

⁴⁹ Dieser Doppelcharakter ist vor allem in anspruchsvollen Tätigkeiten angelegt; sie können sowohl belastend und krankheitsfördernd als auch krankheitsvorbeugend und gesundheitsfördernd sein.

(Inhalte, Bedingungen, Organisation) und der Personalführung. Gesundheitsmanagement muss so zu einem integralen Bestandteil aller unternehmerischen Leistungen einer gesunden und produktiven Arbeitsorganisation werden.

Erfolgreiches Gesundheitsmanagement zeigt sich auch im Personalmanagement. Vorbildverhalten und Motivation sind hierbei wichtiger als Zielsetzung und Rückmeldung.

"Ein weiterer Erfolgsfaktor bildet die Einbindung (Partizipation) der Mitarbeiter. Erfolgreiche Betriebe informieren ihr Mitarbeiter nicht nur mehr und besser, sondern sie beziehen sie auch stärker in Entscheidungen ein."⁵⁰

Das Gesundheitsmanagement muss dabei, um vor allem auch der psychosozialen Gesundheitsförderung gerecht zu werden, - in Anlehnung an ISO 10075-1 eine Vielzahl von Anforderungsarten bei Arbeitsaufgaben sowie sozialen und Organisationsfaktoren bearbeiten⁵¹:

- Dauer und Verlauf der Tätigkeit
 - Arbeitskomplexität
 - Verantwortlichkeit
 - Daueraufmerksamkeit
 - Informationsverarbeitung
- Arbeitsumgebung (physische Bedingungen)
 - Beleuchtung
 - Klima
 - Lärm
 - Arbeitsstoffe
 - Unfall- und Gesundheitsgefahren
- Arbeitsorganisationsformen
 - Macht- und Entscheidungsstrukturen
 - Führungsstile
 - Information und Kommunikation
 - Arbeitszeitregelungen und -modelle
 - Soziale Beziehungen
- Gesellschaftliche Faktoren
 - Gesellschaftliche Anforderungen
 - Kulturelle Normen
 - Wirtschaftliche Lage, u.a. Arbeitsmarktsituation

Der Erfolg des Gesundheitsmanagements wird dabei am stärksten durch das Management, die Führungskräfte und die Fachexperten gesteuert.

„Ihnen kommt ... vor allem eine Integrationsfunktion zu... In ... Fortschrittsbetrieben wird nicht nur dem Management, sondern auch den Mitarbeitern oder ihrer Moti-

⁵⁰ Beckmann et al. 2001, S. 78

⁵¹ vgl. Zimolong, Stapp 2001, S. 143

vation, allerdings bezogen auf den Unternehmenserfolg, eine positive Integrationsfunktion zugeschrieben. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer wechselseitig aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit und der Zweiseitigkeit der betrieblichen Kommunikation, sowohl in der Hierarchie als auch zwischen den Funktionsbereichen.⁵²

4.3 Bertelsmann Stiftung, BKK Bundesverband und Hans-Böckler-Stiftung

Die langjährigen Erfahrungen aller drei Organisationen münden derzeit in mehreren in Zweierkooperationen durchgeführten Projekten⁵³.

Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement

Ausgehend von der Überzeugung, dass betriebliche Gesundheitspolitik in einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur optimiert werden kann, haben die Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung einen praxisorientierten Ratgeber für Unternehmen mit konkreten Unternehmensbeispielen über erfolgreiche Ansätze in der betrieblichen Gesundheitspolitik veröffentlicht⁵⁴. Es wird betont, dass die Unternehmensorganisation einen wesentlichen Einfluss auf das körperliche und seelische Wohlbefinden der Mitarbeiter hat. Ein zeitgemäßes, bedarfsgerechtes und effizient betriebenes Gesundheitsmanagement verbessert einerseits Betriebsklima, Motivation und Zufriedenheit und senkt andererseits langfristig hohe Fehlzeiten und die damit verbundenen Kosten für die Unternehmen.

In diesem Zusammenhang weist Benz-Overhage angesichts der demografischen Entwicklung vor allem auf die Notwendigkeit hin, „*dass in den Betrieben dringend präventive Maßnahmen gerade für leistungsgewandelte Beschäftigte entwickelt werden müssen*“.⁵⁵ Weiter weist sie auf einen aus Sicht der Gewerkschaften bedeutenden Unterschied zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und betrieblichem Gesundheitsmanagement hin: „*Betriebliche Gesundheitsförderung unterscheidet sich von Systemen des Gesundheitsmanagements insofern, als sie die aktive Beteiligung der Beschäftigten betont. Denn Beschäftigte wollen ihre Gesundheit nicht bemanagt haben, sondern mitentscheiden können, wo sie Schwerpunkte in der Prävention und Gesundheitsförderung setzen können und wollen.*“⁵⁶

⁵² Elke 2001 S. 197

⁵³ zur Diskussion der betriebspraktischen Erfahrungen vgl. Abschnitt 5.1 zu „Fördernde und hemmende Bedingungen beim Gesundheitsmanagement“

⁵⁴ Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.) 2000

⁵⁵ Benz-Overhage 2000, S. 17

⁵⁶ ebd. S. 18

Enterprise for Health

Die Bertelsmann Stiftung und der BKK Bundesverband sowie Mitgliedsunternehmen des Europäischen Netzwerkes „Enterprise for Health“ entwickeln gemeinsam eine auf partnerschaftlicher Unternehmenskultur basierende vorbildliche betriebliche Gesundheitspolitik. Die Arbeiten basieren auf dem Grundsatz, dass partnerschaftliche Unternehmenskultur alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Entscheidungen über Fragen der Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und am Erfolg des Unternehmens beteiligt. Zielsetzung der vorbildlichen betrieblichen Gesundheitspolitik ist hierin, durch Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit auch Motivations- und Kreativitätspotenziale der Mitarbeiter zu erschließen.

Die langjährige Praxis des BKK Bundesverbandes sowie des Europäischen Netzwerkes „Betriebliche Gesundheitsförderung“, Beispiele guter Praxis zu veröffentlichen, soll für folgende Themenschwerpunkte fortgesetzt werden:

- Grundsätze, Erfolgsfaktoren und Leitlinien einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur und betrieblichen Gesundheitspolitik
- Strategien und betriebliche Ansätze zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Unterschiedlichkeit als Herausforderung für eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt:
 - Gestaltungskonzepte für ältere Arbeitnehmer
 - Umgang mit der Integration von Unternehmenskulturen bei Fusionen
 - Geschlechtsspezifische Anforderungen an eine partnerschaftliche und gesundheitsförderliche Unternehmenskultur
- Methoden und Instrumente für die Entwicklung einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur und betrieblichen Gesundheitspolitik
- Rolle sozialer Kompetenzen für die Gestaltung einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur

5 Betriebliche Erfahrungen

Obwohl mittlerweile zahlreiche betriebliche Erfahrungen des Gesundheitsmanagements beschrieben sind, erhellen sich aus diesen Publikationen nur selten die Bedingungen, warum ein Ansatz (oder welcher Teil eines Ansatzes) gescheitert oder erfolgreich gewesen ist. Gerade dies sind allerdings die Informationen, die einerseits betrieblich benötigt werden, um ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement zu starten oder zu verbessern, und andererseits offene Fragen und damit verbliebenen Forschungsbedarf aufdecken. Deswegen wird im Folgenden - statt eines Überblicks über die veröffentlichten Praxisbeispiele - eine an den Kriterien „fördernde und hemmende Bedingungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement“ orientierte Synopse der veröffentlichten Praxisbeispiele versucht. Hierbei dürfen nicht nur die „harten Ergebnisse“ der betrieblichen Gesundheitsförderung wie Krankenstandsentwicklung, Kostensenkung oder ergonomisch verbesserte Arbeitsplätze berücksichtigt werden. Betrachtet werden soll auch,

inwieweit selbsttragende organisationale Lernprozesse angeregt werden, die neue Problemsichten und -lösungen sowie Handlungsroutinen eröffnen.

Die Darstellung orientiert sich dabei an den oben (Abschnitt 2.3) erwähnten Kriterien der Integration, Dauerhaftigkeit und Systematik.

5.1 Fördernde und hemmende Bedingungen beim Gesundheitsmanagement

5.1.1 Integration

Unter dem Aspekt der Integration sind vor allem zwei Gesichtspunkte zu beachten:

- Integration in das Management oder die Unternehmensführung
- Herstellen einer Einheit von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen

Integration in Management

Erfolgreiches Gesundheitsmanagement benötigt die Verankerung im Gesamtmanagement des Unternehmens. Hierzu gehört auch die Berücksichtigung in schriftlich formulierten Leitlinien, Vereinbarungen sowie dem Unternehmensleitbild. Verantwortlichkeiten und Verknüpfungen mit den verschiedenen Unternehmensbereichen wie Personalführung und Arbeitsgestaltung müssen geregelt sein.

Einheit von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen

Erfolgversprechende Maßnahmen des Gesundheitsmanagements müssen sowohl die Gestaltung von Arbeitsmitteln, -gegenständen und -organisation als auch die Lebensgewohnheiten und individuellen oder arbeitsgruppenspezifischen Verhaltensweisen zum Ansatz nehmen. Es wird nicht nur immer wieder darauf hingewiesen, dass diese Einheit in der betrieblichen Praxis zu selten verfolgt wird. Es werden sogar bei ausschließlich verhaltens- oder verhältnispräventiven Maßnahmen häufig zu kurzfristige Ansätze verfolgt, wie beispielsweise Priester beschreibt:

„Zur Herstellung gesundheitsförderlicher Bedingungen und Verhaltensweisen genügen weder in gesundheitserzieherischer Absicht formulierte Appelle an ‚gesundheitsgerechtes‘ Verhalten noch allein die Bekämpfung von als Gesundheitsrisiken erkannten (oder auch nur vermuteten) Einzelfaktoren im Bereich der Arbeitsbedingungen per se.“⁵⁷

Die Integration der beiden Präventionsaspekte muss hingegen vor allem darauf zielen, gesundheitsförderliches Verhalten in gegebenen (bzw. unter dieser Zielsetzung veränderten) Arbeitsbedingungen zu erleichtern. Dabei ist darauf zu achten, dass veränderte Arbeitsbedingungen nicht automatisch veränderte (gesundheitsförderliche) Verhaltens-

⁵⁷ Priester 1998, S. 202

weisen bewirken.⁵⁸ Breucker und Schröer weisen darauf hin, dass außerdem eine Verknüpfung mit bewusstseinsbildenden Maßnahmen und Informationen (Aufklärung) erfolgen soll. *„Maßnahmen werden im Idealfall durch eine kontinuierlich angelegte PR und Kommunikationspolitik unterstützt.“*⁵⁹

In der betrieblichen Praxis überwiegen häufig noch einfach zu organisierende und wenig Kosten verursachende Maßnahmen zur individuellen Verhaltensänderung (Ernährungsberatung, Entspannungsübungen, Raucherentwöhnungskurse u.ä.). Auch ohne Evaluation der mittel- oder langfristigen Erfolge in der Verhaltensänderung werden diese Maßnahmen als Alibi für das Angehen kostenintensiverer Veränderungen der Arbeitsorganisation oder -bedingungen genommen, auch wenn letztere als krankheitsverursachend identifiziert worden sind.

5.1.1.1 Führung

Als eine wichtige Bedingung erfolgreichen Gesundheitsmanagements werden immer wieder gute Management- und Führungssysteme erwähnt. Notwendig ist eine *„verbindliche und betriebsöffentlich nachvollziehbare Unterstützung durch die Betriebsleitung.“*⁶⁰ Hierbei sind alle „Betriebsgestaltenden“⁶¹ sowohl aus den Unternehmensleitungen, als auch den Interessenvertretern der Beschäftigten einzubeziehen. Diese müssen über wirkungsvolle Feed-back-Systeme⁶² und eine hohe Empfänglichkeit für alle das Gesundheitsmanagement betreffenden Reaktionen und Strömungen verfügen.

*„Der Erfolg der betrieblichen Gesundheitsförderung hängt wesentlich davon ab, inwieweit die Bereitschaft bei allen (einschließlich Führung) besteht, bei der Umsetzung auch die volle Bandbreite an entsprechenden Instrumenten zu nutzen und überholte Gewohnheiten zu ändern.“*⁶³

Hierzu ist ein Umlernen aller Betroffenen notwendig: *„Führungskräfte und Mitarbeiter mussten lernen, dass in einer schlanken Organisation zusehends die auf **Sanktionsmacht** basierende Führungshierarchie **schwindet** und für eine noch unbestimmte Zeitspanne abgelöst wird durch eine so genannte Expertenhierarchie oder auf der Sozial-*

⁵⁸ Bei Verhaltensänderungen sind immer der praktische Nutzen sowie soziale Angemessenheit und Akzeptanz mit zu berücksichtigen. (Priester 1998, S. 202)

⁵⁹ Breucker, Schröer 1998, S. 35

⁶⁰ Lenhardt 1999, S. 126

⁶¹ Deutsche Telekom AG 2000, S. 112

⁶² z.B. Nokia Networks 2000, S. 43

Auch die Bertelsmann Service Group 2000, S. 92ff nennt Feed-back-Instrumente als wichtigen Teil der partnerschaftlichen Unternehmenskultur und des Gesundheitsmanagements. Hier wird allerdings auch betont, dass bei Konflikten in Form einer „Eskalationsspirale“ (ebd. S. 93) auf immer höheren Leitungsebenen Betriebsrat und Vorgesetzte eingeschaltet werden, mit dem Erfolg, dass rasche Konfliktlösungen an der Basis gefunden werden. *„Wer möchte einen Konflikt schon bis auf die oberste Unternehmensebene tragen?“* (ebd. S. 93)

⁶³ Stadtverwaltung Detmold 2000, S. 132f

Priester (2001, S. 296 ff) weist in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeiten der Handlungen und Regelungen im Rahmen von Betriebsvereinbarungen hin.

*kompetenz basierenden Coaching.*⁶⁴ Zu betonen ist hier vor allem die Bedeutung der mittleren und unteren Vorgesetztenenebene⁶⁵. Zum einen liegt hier eine weitgehende Gestaltungskompetenz der alltäglichen Betriebsabläufe, zum anderen sind diese Managementebenen vornehmliches Ziel von Kritik (z.B. in Gesprächszirkeln).

Führungskräfte (nicht nur der mittleren und unteren Ebene) beeinflussen die ergonomische und arbeitsorganisatorische Gestaltung der Arbeitsbedingungen in großem Maße. Wichtige, gesundheitsförderliche Aspekte sind dabei z.B.

- die Passung von Arbeitsaufgaben und Qualifikation,
- Ziel- und Zeitvorgaben bzw. -absprachen,
- Rückmeldung über Leistungs- und Sozialverhalten,
- Schaffung von Entscheidungs- und Handlungsspielräumen,
- Beteiligung der Beschäftigten und Unterstützung.

Eine konstruktive Gestaltung des sozialen Miteinanders im Arbeitsbereich durch Förderung eines konstruktiven Umgangsstils (auch Eingreifen und Vermitteln bei Konflikten) sowie die Umsetzung eines kooperativen, mitarbeiterorientierten Führungsstils verlangen von Führungskräften große Sozialkompetenz. Gleichzeitig stehen Führungskräfte selber unter erheblichem Druck. Die Fähigkeit, mit Stress umzugehen bzw. diesen beispielsweise durch Veränderung stresserzeugender Denkweisen im Vorfeld zu vermeiden, ist für Führungskräfte besonders wichtig, damit sie ihre eigenen gesundheitlichen Ressourcen schonen und effektiver handeln können.

Bei der Einführung von Projekten des Gesundheitsmanagements in einzelnen Betrieben eines Konzerns hat es sich als vorteilhaft erwiesen, jeweils einen „Sprecher“⁶⁶ als Verantwortlichen für das Projekt zu benennen, um in allen Betriebsteilen einen ähnlichen Erfolg verzeichnen zu können. Allerdings muss erreicht werden, dass Unternehmenskultur und Gesundheitsmanagement nicht nur von einzelnen wichtigen Persönlichkeiten abhängt, sondern *„unabhängig von einzelnen Führungspersönlichkeiten und Promotoren täglich gelebte Praxis wird und bleibt.“*⁶⁷ Immer wieder wird darauf hingewiesen, dass zur Erreichung dieses Ziels eine *„verstärkte Zusammenarbeit eines Steuerungsgremiums mit den im Unternehmen vorhandenen organisatorischen Einheiten ... unerlässlich“*⁶⁸ ist.

Es wird ebenfalls betont, dass auch Akteure gewonnen werden müssen, welche aufgrund ihres Aufgabengebietes dem betrieblichen Gesundheitsmanagement sehr aufgeschlossen sein müssten. Dies gilt gleichermaßen für die Interessenvertretung, falls sie sich in eine Defensivposition gedrängt fühlen, als auch für die Akteure des Arbeitsschutzes, insofern sie sich einem eher traditionellen Arbeitsschutzverständnis ver-

⁶⁴ Pinneberger Verkehrsgesellschaft mbH 1999, S. 88f (Hervorhebungen ebd.)

⁶⁵ Lenhardt 1999, S. 131

⁶⁶ Nokia Networks 2000, S. 48

⁶⁷ Bertelsmann Service Group 2000, S. 89

⁶⁸ HAT Troplast AG 1999 S. 47

pflichtet fühlen.⁶⁹ Letztgenanntes spiegelt damit ein in vielen Untersuchungen genanntes Problem der Prävention als Disziplin (besser: Disziplinen) wieder: *„Hiernach führt das Zusammenwirken von restriktiven betrieblichen Handlungsbedingungen sowie reduktionistischen professionellen Aufgaben- und Rollenverständnissen bei den entsprechenden Experten vielfach zu einem Tätigkeitsprofil, das den Präventionsanforderungen der modernen Arbeitswelt kaum gerecht wird.“*⁷⁰

5.1.2 Dauerhaftigkeit und Systematik

Wie alle Managementaufgaben muss auch das Gesundheitsmanagement langfristig angelegt sein. Veränderungen der Belastungs- und Gesundheitssituationen vollziehen sich nur langsam und schrittweise. Zielsetzung muss es dabei sein, bei allen Mitarbeitern ein Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln, das eine positive betriebliche Gesundheitskultur ermöglicht. Dem widerspricht nicht, dass eine schnelle Umsetzung erster Maßnahmen notwendig sein kann, um die Ernsthaftigkeit der Vorgehensweise zu vermitteln und Motivationsverlusten vorzubeugen.

Die kurzfristige Zielsetzung der Senkung des Krankenstandes kann hierbei allerdings durchaus mit dem dauerhaften Aufbau einer auf stabile Veränderungen zielenden „Gesundheitskommunikation“ kollidieren. *„Um durch betriebliche Gesundheitsförderung stabile Veränderungen zu erreichen, wird Zeit für den Aufbau von Kommunikationsstrukturen, für die Erarbeitung eines gemeinsamen Denkens über Ursachen betrieblicher Probleme und sinnvolle Interventionsmöglichkeiten benötigt. Die häufig gewünschte Senkung des Krankenstandes ist durch dieses Instrument kurzfristig meist nicht zu erreichen. Betriebliche Gesundheitsförderung - auch im Sinne ökonomischen Denkens - ist in der Regel erst mittel- oder langfristig als integraler Bestandteil der Unternehmenskultur wirksam.“*⁷¹

Erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung benötigt als Grundlage eine umfassende Bestandsaufnahme von Belastungsbedingungen, Morbiditätsverhältnissen sowie epidemiologischer Daten zu Betriebsschwerpunkten von Erkrankungen. Auf dieser Grundlage können nicht nur Einzelaktivitäten geplant, sondern vor allem ein systematisches und umfassendes Gesundheitsmanagement entwickelt werden, welches insbesondere auch auf mittel- und langfristige Veränderungen abzielt. Priester⁷² hat hierfür eine idealtypische Vorgehensweise skizziert:

1. Kenntnis über abteilungsspezifische Häufung von Gesundheitsbeschwerden oder Erkrankungen gewinnen.
Dies kann z.B. durch Beschwerden von Beschäftigten geschehen; Erkenntnisse und

⁶⁹ vgl. u.a. Lenhardt 1999, S. 135ff

⁷⁰ Lenhardt 1999, S. 145f

⁷¹ Lück 1999, S. 301 unter Berufung auf Busch 1996

⁷² Priester 1998, S. 204ff

Befunde der Experten der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz können demgegenüber durchaus keine Auffälligkeiten ergeben.

2. Betriebsrat thematisiert das Problem auf Betriebsversammlung, und Arbeitsschutzausschuss regt bei Personalabteilung einen Gesundheitsarbeitskreis zur umfassenden Beurteilung an.
Vorher ist festgestellt worden, dass keine groben sicherheitstechnischen Verstöße vorliegen.
3. Nach Betriebsversammlung wird Gesundheitsarbeitskreis mit folgenden Vertretern konstituiert, der die betrieblichen Probleme betriebsintern lösen soll:
 - Personalabteilung
 - Betriebsarzt
 - Fachkraft für Arbeitssicherheit
 - Leiter Kantine
 - Betrieblicher Sozialarbeiter
 - Betriebsrat
 - Einige Abteilungsleiter
 - Betriebskrankenkasse
4. Gesundheitsarbeitskreis einigt sich nicht über Ursachen der Probleme.
5. Betriebskrankenkasse wird auf Vorschlag des Gesundheitsarbeitskreises beauftragt, Arbeitsunfähigkeit nach Abteilungen, Alter, Geschlecht und Diagnosen aufzuschlüsseln.
6. Der Gesundheitsbericht der Betriebskrankenkasse zeigt überraschende Ungleichverteilung der Krankenstände zwischen Abteilungen, nicht unbedingt in den bisher ins Visier genommenen, auch bezüglich der Verteilung von Kurzzeit- und Langzeit-Arbeitsunfähigkeit.
7. In einigen „auffälligen Abteilungen“ werden für begrenzte Zeit - auch auf Wunsch der Beschäftigten - professionell moderierte, während der Arbeitszeit tagende Gesundheitszirkel (Mitarbeiter, unmittelbare Vorgesetzte, Betriebsarzt, Betriebsrat) eingerichtet, um Ursachen der Krankenstände zu erhellen und dem Gesundheitsarbeitskreis zu berichten.
8. Teilweise scheitern Gesundheitszirkel, teilweise werden umfangreiche Listen mit Gesundheitsbeschwerden und deren mutmaßliche Ursachen erstellt. Diese umfassen Einzelfaktoren, aber auch organisatorische Mängel und schlagen teils aufwendige Verbesserungsmaßnahmen vor, welche der Gesundheitsarbeitskreis an Personalabteilung weiterleitet.
9. Unternehmensleitung unterbreitet - nach Konsultation betriebsexterner Experten - dem Gesundheitsarbeitskreis Lösungsvorschläge, welche einen Mix aus verhaltens-

und verhältnispräventiven Maßnahmen darstellen. Die Wirksamkeit der Maßnahmen soll überprüft werden.

Priester⁷³ thematisiert an diesem Beispiel

„betriebliche Problemfelder, potentielle Umsetzungsbarrieren sowie Mängel und Leerstellen ...:

- *Tatsächliche Gesundheitsprobleme im Betrieb sind der Ausgangspunkt für Gesundheitsförderungsaktivitäten. Von Anfang an werden gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen und Verhältnisse gleichermaßen thematisiert.*
- *Das im Betrieb vorhandene Wissen über Gesundheitsprobleme und mögliche Ursachen wird durch Belegschafts- und Expertenbefragungen sowie statistische Analysen von betrieblichen und Krankenkassendaten (Gesundheitsbericht) fundiert.*
- *Betriebliche Gesundheitsförderung wird als dauerhaft (zumindest mittelfristig) den Betrieb beschäftigendes Thema von den betrieblichen Instanzen insofern akzeptiert, als institutionalisierte Rahmenbedingungen zur ‚Bearbeitung‘ dieses Themas geschaffen werden...*
- *Die Erfahrungen und Kenntnisse der Beschäftigten als Experten für ihre eigenen Arbeitsbedingungen werden ebenso wie das professionelle Wissen der Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten ... berücksichtigt. Der Kreis der Experten ... ist multidisziplinär zusammengesetzt. ...*
- *Die innerhalb des Betriebs unter Beteiligung externer Experten erarbeiteten Zielsetzungen, Vorschläge, Forderungen und konkreten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden auf den ‚traditionellen‘ betrieblichen Aushandlungsweg gebracht und so zum Gegenstand interessengeleiteter (impliziter wie expliziter) betrieblicher Gesundheitspolitik.*
- *Die von den betrieblichen Gesundheitsförderungsakteuren als sinnvoll, wirksam, wünschenswert und realisierbar angesehenen Vorschläge, Ansätze und Maßnahmen werden nach Priorität und Machbarkeit zu einem (mehr oder minder konsistenten) betrieblichem Umsetzungsprogramm zusammengestellt. Aktuell nicht Umsetzbares bleibt dabei auf der mittel- und langfristigen Tagesordnung.*
- *Die Realisierung des Umsetzungsprogramms wird kontinuierlich kontrolliert. Ggf. werden gravierende Auswirkungen von Umstellungsprozessen ... vertraglich geregelt (Betriebsvereinbarungen), um Rechtssicherheit zu gewährleisten.*
- *Umgesetzte Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden evaluiert...“*

Betont werden muss, dass keine Einzelmaßnahme für sich bereits als Gesundheitsmanagement oder als Ersatz für dieses angesehen werden darf. Jedes einzelne Instrument (z.B. Zirkel, Befragungen) und jede Maßnahme (z.B. arbeitsorganisatorische Veränderungen) muss in systematisch angelegte Organisationsstrukturen und -abläufe

⁷³ ebd. S. 209f

eingebettet sein, um maximale Wirkung entfalten zu können. Voraussetzung ist hierfür auch ein betrieblicher Minimalkonsens über die grobe Zielsetzung des Gesundheitsmanagements.

Zur systematischen Vorgehensweise gehört ebenso die multidisziplinäre Kooperation im Gesundheitsmanagement. Die bisher vorherrschende Expertenzentrierung vor allem im naturwissenschaftlich-technischen und medizinischen Bereich muss durch beteiligungs- und handlungsorientiertes Einbeziehen weiterer Disziplinen, Ansätze, Methoden und Interessenslagen überwunden werden. Dabei reicht eine Addition verschiedener Ansätze nicht aus; Gesundheitsmanagement muss als Querschnittsaufgabe wahrgenommen werden.

5.1.2.1 Kontinuität

Notwendig für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement ist eine kontinuierliche Verankerung in den Führungsaufgaben. Dies muss auch Bestandteil der Beurteilung der Führungskräfte sein.

„Führungskräfte müssen daran gemessen werden, wie aktiv sie sich dafür einsetzen, z.B. den betrieblichen Arbeitsschutz und die sonstigen betrieblichen Gesundheitsexperten zu motivieren und zu befähigen...“⁷⁴

Nur punktuell eingeführte und dann wieder in Vergessenheit geratene Maßnahmen, welche nicht zu einer Integration der betrieblichen Gesundheitsförderung in ein Gesundheitsmanagement und damit zu Kontinuität geführt haben, sind zahlreich. Dem muss durch einen konsequenten integrativen Ansatz des betrieblichen Gesundheitsmanagements begegnet werden, welches zwar seinen Ausgangspunkt in punktuell geförderten Projekten nehmen kann, aber von vorne herein auf den Aufbau eines integrierten Managementsystems ausgerichtet werden muss. Erfolg stellt sich für die Maßnahmen im Gesundheitsmanagement nur dann ein, *„wenn sie langfristig und ganzheitlich angelegt ist und alle ihren Part bezüglich der Verantwortung für die Gesundheit ... übernehmen. Hierzu gehören i.S. von Eigenverantwortung, insbesondere auch die betroffenen Mitarbeiter selbst sowie die Gremien der Betriebsräte.“⁷⁵* Erfolgreiche Unternehmen betonen, dass Gesundheitsförderung *„keine Verkettung von Einzelmaßnahmen bleiben (darf), die quasi neben dem Tagesgeschäft herlaufen, sondern ... sich zu einem Management entwickeln (muss), welches Teil des Unternehmens und dessen Arbeitsabläufe und der eigenen Unternehmensphilosophie wird.“⁷⁶*

5.1.2.2 Datenerhebung

Die aus der betrieblichen Fehlzeiten- und Krankenstandstatistik - so sie überhaupt geführt wird - zu gewonnenen Daten geben häufig nur einen pauschalen Überblick über

⁷⁴ DaimlerChrysler AG 2000, S. 176

⁷⁵ DaimlerChrysler AG 1999, S. 37

⁷⁶ HAT Proplast AG 1999, S. 51. Die im Zitat suggerierte Vorstellung, dass es eventuell Managementsysteme gibt, die nicht Teil des Unternehmens sind, bleibt unkommentiert.

Abwesenheit ohne Angaben von Gründen oder Ursachen⁷⁷. Fehlzeitenstatistiken enthalten dabei im Gegensatz zu Krankenstandstatistiken in der Regel noch nicht einmal detaillierte Angaben über Ursachen krankheitsbedingter Abwesenheitszeiten und sind insofern nur bedingt als Ausgangsmaterial für Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu verwenden. Auf jeden Fall sollten auch Daten des betrieblichen Arbeitsunfall- und Berufskrankheitengeschehens, Erkenntnisse des betriebsärztlichen Dienstes und überbetrieblicher (auch Aufsichts-) Dienste sowie aufbereitete betriebsspezifische Arbeitsunfähigkeitsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen werden, auch wenn letztgenannte *„augenblicklich noch eher Arbeitsunfähigkeits- als bereits schon ‚Gesundheitsberichte‘ darstellen.“*⁷⁸

Überkommene professionelle Anschauungen von (arbeitsmedizinischen oder sicherheitstechnischen) Experten behindern oftmals die Berücksichtigung „weicher“ Daten, welche aus subjektiven Einschätzungen und Meinungen gewonnen werden können. Hierdurch werden zu häufig individuelle oder gruppenspezifische Belastungs- und Bewältigungsmuster vernachlässigt, deren Kenntnis für eine erfolgreiche Präventionsstrategie allerdings unerlässlich ist.

Des weiteren wird mangel- oder lückenhafte Datenerhebung bei Mitarbeiterbefragungen als ein Problem genannt. So betont die Bertelsmann Service Group den Vorteil, wenn man die Datenerhebung, als *„nicht nur Repräsentativbefragung oder Teilbefragung, sondern als Totalbefragung aller Mitarbeiter durchführt und die Ergebnisse bis hinunter zu kleinen Befragungseinheiten aufschlüsselt.“*⁷⁹

5.1.2.3 Gesundheitszirkel und -bericht

Gesundheitszirkel stellen eine von der Bedeutung her noch wachsende Methode der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. In ihnen werden neue Erkenntnisse und Informationen über betriebliche und arbeitsplatzbezogene Belastungen sowie ihre gesundheitlichen Konsequenzen gewonnen. Einhellig wird darauf hingewiesen, dass die Einrichtung von Gesundheitszirkeln mit der Ressourcenbereitstellung für ihre Arbeit einhergehen muss, z.B. Freistellung der Teilnehmer während der Arbeitszeit⁸⁰, Bereitstellung von Räumen und geschulten Moderatoren. Die Beteiligung von Vorgesetzten in Gesundheitszirkeln wird seitens der Deutschen Telekom AG betont. *„Arbeitsentlastungskonzepte werden dadurch realitätsnaher und die Umsetzung der gemeinsam erarbeiteten Veränderungsideen hat größere Chancen.“*⁸¹ Auch zur moderierten Konfliktlösung im Team zwischen Gruppenleitern und Vorgesetzten ist dieses Modell erfolgreich

⁷⁷ vgl. hier und im Folgenden Priester 1998, S. 215f

⁷⁸ ebd. S. 217

⁷⁹ Bertelsmann Service Group 2000, S. 94

⁸⁰ z.B. Lenhardt 1999, S. 122. Hier wird auch die Option erwähnt, dass bei hoher betrieblicher Bereitschaft zum Gesundheitsmanagement aufgrund hohen ökonomischen Drucks eine partielle Anrechnung der Zirkelarbeit auf die Arbeitszeit möglich ist.

⁸¹ Deutsche Telekom AG 2000, S. 105

gewesen.⁸² Wichtig für die offene Teilnahme an Gesundheitszirkeln ist vor allem die Gewährleistung von Sanktionsfreiheit⁸³, wenn arbeitsbezogene Probleme diskutiert werden. Nur dann kann die allseits vertretene aktive Einbeziehung der Mitarbeiter⁸⁴ als „Experten der Praxis“ erfolgreich sein.

Neben der prinzipiellen Bereitschaft zur Verständigung im Zirkel und zum Kompromiss sind Verfahrens- und Umgangsregeln für die Zirkelarbeit hilfreich. Hierzu gehören beispielsweise:

- Wechselseitige Akzeptanz als „Experte“
- Freie Meinungsäußerung
- Vertraulichkeit
- Differenzierung zwischen Meinung und Person

Priester⁸⁵ weist bereits 1998 auf Leerstellen in der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung hin. Hiernach fehlen häufig Angaben zu

- gesundheitsförderlichen bzw. risikoträchtigen individuellen und gruppenspezifischen Verhaltensweisen,
- Stand und Entwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements,
- Strukturen und Problemen der betrieblichen Gesundheitskommunikation sowie
- Umgestaltung potenziell pathogener Arbeitsbedingungen bzw. zur Effektivierung potenziell gesundheitsförderlicher Strukturen.

Als entscheidend für die Arbeitsatmosphäre und das Wohlbefinden von Mitarbeitern wird weiter die Herstellung eines „Wir-Gefühls“ genannt. Dies kann so weit gehen, dass *„einige aus Rationalisierungsgründen abgeschaffte Gemeinschaftsveranstaltungen wie z.B. Dienstbesprechungen mit und ohne Vorgesetzte wieder einzuführen“⁸⁶* sind.

Betont wird auch die Notwendigkeit der Mitarbeiterqualifikation, um für gemeinsame Problemlösungen trainiert zu werden. Allerdings wird dies vor allem durch eine bessere Schulung der Vorgesetzten versucht zu erreichen, die erfolgreichere Mitarbeitergespräche führen sollen.⁸⁷

5.1.2.4 Beteiligung der „Experten der Praxis“

Sowohl die Novellierung des Arbeitsschutzrechts als auch moderne Managementkonzepte weisen den Mitarbeitern erweiterte Kompetenzen und Aufgabenfelder zu, welche auch im Gesundheitsmanagement stärker berücksichtigt werden müssen. Bereits die Beteiligung an betrieblichen Arbeits- und Entscheidungsstrukturen hat nicht nur persön-

⁸² ebd. S. 108

⁸³ Lenhardt 1999, S. 123

⁸⁴ vgl. Abschnitt 5.1.2.4 zur Beteiligung der „Experten der Praxis“

⁸⁵ S. 220

⁸⁶ Deutsche Telekom AG 2000, S. 110

⁸⁷ z.B. Stadtverwaltung Detmold 2000, S. 132

lichkeitsfördernden, sondern auch Gesundheitsressourcen stärkenden Charakter.⁸⁸ Zahlreiche Beispiele⁸⁹ belegen, dass erweiterte Handlungsspielräume, Verantwortlichkeiten und Mitspracherechte gesundheitsfördernd wirken, indem sie Arbeitsmotivation und -zufriedenheit verbessern. Dies führt zu einer Mobilisierung von Gesundheitsressourcen, die auch hohe Arbeitsbelastungen kompensieren können. Priester kommt zu dem Schluss:

„Die individuelle und kollektive (arbeitsgruppenbezogene) Wahrnehmungsfähigkeit beim Auftreten von Krankheitssymptomen muß gefördert werden, denn gerade die oftmals unspezifischen Befindlichkeitsstörungen und Krankheitssymptome können Ausdruck für individuell verbal nicht kommunizierbare Arbeitsplatzprobleme mit negativen gesundheitlichen Auswirkungen sein. ...

Die Betroffenen müssen hierbei insofern zu ‚Aktiven‘ werden, als ihre Einschätzungen und Meinungen sowie ihr Erfahrungswissen auch ‚offiziell‘ - von ‚Experten‘, Vorgesetzten usw. – ‚abgefragt‘ wird. Dabei kann es jedoch nicht einfach nur um die Abschöpfung von Beschäftigtenwissen im betriebswirtschaftlichen Interesse gehen (etwa im Sinne einer ‚Enteignung‘ von Fähigkeiten und Fertigkeiten nach dem Ansatz des Taylorismus); vielmehr muß in diesem Zusammenhang deutlich werden, daß im Unternehmen Beschäftigtererfahrungen und -wissen um z.B. gesundheitsrelevante arbeitsorganisatorische Zusammenhänge mobilisiert werden, um potentiell pathogene Strukturen auch tatsächlich zu verändern.“⁹⁰

5.1.2.5 Evaluation

Obwohl sich die Evaluation durchgeführter Maßnahmen in den letzten Jahren verbessert hat (bzw. erstmals konsequent aufgenommen wurde), bleiben eine Reihe von Kritikpunkten bestehen⁹¹:

- mangelnde Ziel-, Zielgruppen- und Bedarfsbestimmung,
- Dominanz nachfragedeterminierter und (einzel-) maßnahmenorientierter Angebote,
- mangelnde Kooperation zwischen betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren,
- Fehlen verallgemeinerter operationalisierbarer Evaluationskriterien,
- Fehlnutzung von Angeboten.

Problematisch sind nach wie vor Messungen sogenannter „weicher“ Veränderungen und ihrer Akzeptanz. Meist bestehen die Instrumente zur Evaluation aus einer Mischung der Erhebung objektiver Daten (z.B. zur Entwicklung des Krankenstandes⁹²) und subjektiver Zustimmungsggrade zu stattgefundenen Zirkeltreffen.

⁸⁸ vgl. Rosenbrock 1993 (b)

⁸⁹ auszugsweise zusammengestellt z.B. bei Priester 1998, S. 226ff

⁹⁰ ebd. S. 229f

⁹¹ vgl. u.a. ebd. S. 285

⁹² Zur widersprüchlichen Zielsetzung von Fehlzeitensenkung und strukturellen kommunikativen Veränderungen s.o. S. 27

5.1.2.6 Konkurrierende Handlungszwänge

Nicht verschwiegen werden soll die Abhängigkeit betrieblichen Gesundheitsmanagements von konkurrierenden Handlungszwängen und (daraus resultierenden) Alltagserfahrungen. Zu Zeiten hohen ökonomischen Drucks, auf den eventuell mit Personalabbau, Rationalisierungen oder anderen betrieblichen Umstrukturierungen reagiert werden muss, bestehen bisher kaum Chancen eines erfolgreichen Gesundheitsmanagements.⁹³ Hierzu müssen Ansätze gefunden werden, wie Gesundheitsmanagement im Zuge immer häufiger werdender betrieblicher Umbauprozesse gleichzeitig wandelübergreifend und wandelgestaltend implementiert werden kann. Keller fasst hierzu die Erfahrungen in der Siemens AG zusammen:

„Erfahrungen zeigen, daß es weder besonders sinnvoll noch glaubwürdig kommunizierbar ist, wenn ... Programme überhaupt in einer Situation gestartet werden sollen, die beispielsweise geprägt ist von angekündigtem Stellenabbau (welcher sozusagen automatisch eine Veränderung der Mitarbeiterstruktur mit sich bringt). Neue Formen der Arbeitsorganisation, die beispielsweise die Teamarbeit favorisieren, funktionieren bekanntlich nur, wenn Mitarbeiter befähigt und bereit sind, in solchen Organisationsformen zu arbeiten. Deshalb erscheint hier auch ein Blick auf die Mitarbeiterstruktur sinnvoll, bevor eine solche neue Arbeitsorganisation eingeführt wird.

Programme zur Steigerung der Gesundheitskompetenz verlieren viel an Wirkung oder stoßen sogar auf Ablehnung, wenn wichtige Themen bezüglich der Arbeits-situation noch nicht bereinigt sind. So wird die Einführung von Bewegungspausen oder Arbeitsplatzprogrammen von Mitarbeitern schnell als ‚alibi‘-Aktion verstanden, wenn vorhandene Probleme in der Zusammenarbeit, im Betriebsklima oder in der Führungskultur als weitaus wichtiger wahrgenommen werden als mangelnde Bewegung am Arbeitsplatz oder nicht optimal gestaltete Arbeitsplätze.“⁹⁴

5.1.3 Überbetriebliche Kooperation

5.1.3.1 Kooperation

Vereinzelt, aber zunehmend, wird auf die Vorteile einer unternehmens- und institutsübergreifenden Kooperation bei Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung verwiesen⁹⁵, welche auch internationale Erfahrungen mit einbezieht. In Unternehmen tauchen allerdings auch Schwierigkeiten in der Planung von Maßnahmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements bei der Zusammenarbeit mit zuständigen überbetrieblichen Organisationen wie Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften auf. Der punkt- und zeitgenaue Einsatz von Maßnahmen wird durch die budgetbedingte Jahresvorausplanung dieser Organisationen behindert.⁹⁶

⁹³ vgl. u.a. Lenhardt 1999, S. 147ff

⁹⁴ Keller 1998, S. 120

⁹⁵ vgl. z.B. LBK Hamburg 1999, S. 75

⁹⁶ Jahn 2001

5.1.3.2 KMU und Unternehmensnetzwerke

In Klein- und Mittelunternehmen ist häufig eine geringere Motivation zum betrieblichen Gesundheitsmanagement vorzufinden, da u.a. Fehlzeiten in diesen Unternehmen weniger häufig auftreten und daher ein entsprechender Handlungsbedarf nicht gesehen wird. Andererseits sind ausfallende Mitarbeiter in diesen Unternehmen auch weitaus schwieriger zu kompensieren. Der IKK-Bundesverband kommt daher zum Schluss:

„Verhinderung von Fehlzeiten durch Gesundheitsförderung und Prävention ist daher in Klein- und Mittelbetrieben ein ebenso dringendes Anliegen wie in der Großindustrie“⁹⁷

Hierbei sind aufgrund der Betriebsgröße eine Reihe von Vorteilen gegeben⁹⁸:

- problemloses Erreichen aller Mitarbeiter,
- einfachere Kommunikation, auch in allgemeinen Arbeitsbesprechungen,
- häufig familienähnliche Strukturen mit ihrem salutogenetischen Charakter.

Gute Erfahrungen liegen vor in der Ansprache von KMU über Verbände/Innungen, welche sich auch an den entstehenden Kosten beteiligen⁹⁹. Allerdings werden in KMU häufig wohl nur verhaltenspräventive Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung umgesetzt. *„Der Einstieg in verhältnisorientierte Maßnahmen dürfte sich in dieser betrieblichen Zielgruppe allerdings wesentlich schwieriger gestalten.“¹⁰⁰*

Spezifische Erfahrungen sind in Unternehmensnetzwerken bzw. nach Ausgründung oder Beauftragung externer Dienstleister gemacht worden. Es treffen unterschiedliche Unternehmenskulturen aufeinander, die in aller Regel auch unterschiedliche Gesundheits- und Sicherheitskonzepte beinhalten. Um Gefährdungen (vor allem der eigenen) Mitarbeiter und teure sowie rufschädigende Unfälle zu vermeiden, hat deswegen die Petrochemie schon bereits Anfang der 90er Jahre das Sicherheits-Certifikat-Contractoren (SCC) eingeführt¹⁰¹, welches bei Dienstleistern einheitliche Sicherheits- und Qualitätsstandards durchsetzt. Dieses Konzept hat sich aber bei weitem nicht in anderen Branchen durchgesetzt. Darüber hinaus bleibt das Problem, dass die Informations- und Kommunikationsprozesse zwischen den kooperierenden Unternehmen häufig unzureichend geregelt sind, es fehlen Ansprechpartner und gemeinsame Arbeitsgruppen und Zirkel, um ein gemeinsames Gesundheitsmanagement (wie ein gemeinsames Management schlechthin) umzusetzen.

Im Projekt gesina¹⁰² ist auf ein den ursprünglichen Ausgründungszielsetzungen entgegenlaufendes Phänomen mit Folgen für Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter aufmerksam gemacht worden: Die angestrebte Vereinfachung von Strukturen „führt zu

⁹⁷ IKK-Bundesverband 2000, S. 195

⁹⁸ ebd.

⁹⁹ vgl. z.B. Kuhn, Sommer 1996

¹⁰⁰ ebd. S. 162

¹⁰¹ vgl. Ritter 1997

¹⁰² Beese et al. 2001

*komplexeren, unübersichtlichen Prozessen und damit zum Anstieg der Kommunikations- und Kooperationserfordernisse.*¹⁰³

¹⁰³ ebd. S. 256

6 Literatur

- Antonovsky, A.: Salutogenese (im englischen Original: Unraveling the Mystery of Health), Tübingen 1998 (1987)
- Ayan, T.; Kastner, M.: Gesundheitsmodelle und Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001, S. 111-128
- Badura, B.: Einleitung, in: Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement, Gütersloh 2000, S. 21-36
- Badura, B.; Litsch, M.; Vetter, C.: Fehlzeiten-Report 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement, Heidelberg 2001
- Badura, B.; Münch, E.; Ritter, W.: Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Fehlzeiten durch Motivationsverlust, Gütersloh 1999
- Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis, Berlin 1999
- Becker, P.: Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung - Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit, in: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, Köln 1992, S. 91-107
- Beckmann, J.; Zimolong, B.; Stapp, M.; Elke, G.: Personalmanagement erfolgreicher Betriebe, in: Zimolong, B. (Hrsg.): Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen, Wiesbaden 2001, S. 49-82
- Beese, A.; Gerlmaier, A.; Böcker, M.; Spanke, C.; Kastner, M.: Sicherheits- und Gesundheitsmanagement durch Organisationsentwicklung bei Outsourcingprozessen, in: Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001, S. 247-275
- Benz-Overhage, K.: Betriebliches Gesundheitsmanagement aus Sicht der Gewerkschaften, in: Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement, Gütersloh 2000, S. 15-20
- Bertelsmann Service Group: Partnerschaftliche Unternehmenskultur - Kernelement einer gesunden Organisation (II), in: Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement, Gütersloh 2000, S. 87-100
- Breucker, G.; Schröer, A.: Blickpunkt Krankenstand - Wettbewerbsvorteil Gesundheitsförderung, in: Schröer, A. (Hrsg.): Blickpunkt Krankenstand - Wettbewerbsvorteil Gesundheitsförderung, Bremerhaven 1998, S. 1-39
- Busch, R. (Hrsg.) FU-DGB-Kooperationsstelle: Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitsförderung, Berlin 1996
- Cernavin, O.; Luczak, H.; Scheuch, K.; Sonntag, K. et al.: Arbeitsschutzforschung als Innovation - Eine Bilanzierung von 20 Jahren Arbeitsschutzforschung, in: Luczak; (Hrsg.), H.; Rötting; (Hrsg.), M.; Scheuch; K.; Sonntag; Kh.; Cernavin; O. (Hrsg.): forum Arbeitsschutz. Bilanz und Zukunftsperspektiven des Forschungsfeldes, Bremerhaven 2001, S. 9-74
- Cernavin, O.; Wilken, U. J.: Das dynamische Potential der Prävention, in: dies. (Hrsg.): Dienstleistung Prävention. Bedarf, Konzepte, Praxisbeispiele, Wiesbaden 1998, S. 70-120
- Craes, U.; Mezger, E.; Badura, B.: Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Beispiele aus der Arbeitswelt, Gütersloh 2000
- DaimlerChrysler AG: Gesundheitsförderung, in: Schröer, A. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Schriftenreihe Bundesverband BKK Band 17, Bremerhaven 1999, S. 35-40
- DaimlerChrysler AG: Kernprozesse: Diagnostik, Intervention, Evaluation, in: Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement, Gütersloh 2000, S. 175-192
- Damberg, W.: Unternehmensgewinn Arbeitsschutz. Integration von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in die Unternehmensstrategie, Wiesbaden 1997

- Deutsche Telekom AG: Strukturwandel durch Gesundheitsmanagement mitgestalten (I), in: Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement, Gütersloh 2000, S. 101-118
- Elke, G.: Management des Arbeitsschutzes, Wiesbaden 2000
- Elke, G.: Sicherheits- und Gesundheitskultur, in: Zimolong, B. (Hrsg.): Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen, Wiesbaden 2001, S. 171-200
- Galliker, D.: Betriebe in Bestform. Gesundheit, Qualität und Umweltschutz aus einem Guss, Wiesbaden 2000
- Gerlmaier, A.; Böcker, M.; Kastner, M.: Betriebliches Belastungs- und Ressourcenmanagement im Call Center - Ein Ansatz der Organisationsentwicklung, in: Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001, S. 303-326
- Gerlmaier, A.; Kastner, M.: Outsourcing - Auswirkungen betrieblicher Verkleinerungstendenzen auf die Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit, in: Kastner, M. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in neuen Arbeits- und Organisationsformen, Herdecke 1999, S. 147-172
- Gröben, F.; Bös, K.: Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung, Berlin 1999
- Grunewald, R.; Megnin, J.; Müller, H.; Schmauder, M.: Gesundheitsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben, in: Sicherheitsingenieur, 1/2000, S. 14-16
- HT Troplast AG: Gesundheitsmanagement, in: Schröer, A. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Schriftenreihe Bundesverband BKK Band 17, Bremerhaven 1999, S. 45-53
- IKK-Bundesverband: Diagnostik in Klein- und Mittelbetrieben, in: Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement, Gütersloh 2000, S. 193-208
- Jahn, G.: Fahrdiensttauglichkeit - ein Gesundheitsförderungskonzept. Vortrag auf Abschlussstagung der 13 Projekte „Bilanzierung der Arbeitsgestaltung“ 20.11.2001 Bad Honnef
- Kastner, M.: Der Prozess der Prozessoptimierung, in: Kastner, M. (Hrsg.): Verhaltensorientierte Prozessoptimierung, Herdecke 1998, S. 173-194
- Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001
- Keller, W.: "top in Form" - Das Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung und Leistungsentfaltung in der Siemens AG, in: Schröer, A. (Hrsg.): Blickpunkt Krankenstand - Wettbewerbsvorteil Gesundheitsförderung, Bremerhaven 1998, S. 107-122
- Kentner, M.; Kiparski, R. v.: Moderne Methoden im betrieblichen Gesundheitsmanagement - Softfactors. IAS-Schriftenreihe Mitteilung 25, Karlsruhe 2000
- Kuhn, D.; Sommer, D.: Gesundheitsförderung in Klein- und Handwerksbetrieben - ein Praxisbeispiel, in: Busch, R. (Hrsg.) FU-DGB-Kooperationsstelle (Hrsg.): Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitsförderung, Berlin 1996, S. 155-162
- LBK Hamburg: Gesundheitsförderung im Krankenhausbetrieb, in: Schröer, A. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Schriftenreihe Bundesverband BKK Band 17, Bremerhaven 1999, S. 67-77
- Lenhardt, U.: Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen - Rahmenbedingungen - Angebotsstrategien - Umsetzung, Berlin 1999
- Lück, P.: Betriebliche Gesundheitsförderung bei multiplen Belastungen der Mitarbeiter eines Transportdienstleisters, in: Badura, B.; Litsch, M.; Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin 1999, S. 300-312
- Luczak, H. (Hrsg.); Rötting, M. (Hrsg.); Scheuch, K.; Sonntag, Kh. ; Cernavin, O.: Arbeitsschutzforschung als Innovation - Eine Bilanzierung von 20 Jahren Arbeitsschutzforschung, im Druck
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 1997
- Merdian, J.; Scheuermann, K.: Leitfaden Arbeitsschutzmanagement. DIN Deutsches Institut für Normung e.V., Berlin 1999
- Müller, R.; Rosenbrock, R. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung - Bilanz und Perspektiven, St. Augustin 1998

- Nokia Networks: Wohlbefinden - das zentrale Ziel betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement, Gütersloh 2000, S. 39-51
- Picot, A.; Reichwald, R.; Wigand, R.: Die grenzenlose Unternehmung. Information, Organisation und Management, Wiesbaden 1996
- Pinneberger Verkehrsgesellschaft mbH 1999: Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Schröder, A. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Schriftenreihe Bundesverband BKK Band 17, Bremerhaven 1999, S. 83-97
- Pohlandt, A.; Blume, C.; Gruber, H.: Handlungshilfen für die psychosoziale Prävention am Arbeitsplatz, in: Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001, S. 465-470
- Preußner, I.: Bestandsaufnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ergebnisse aus einer ExpertInnenbefragung in Berlin und Brandenburg, in: WSI-Mitteilungen, 50/1997, S. 877-883
- Priester, K.: Betriebliche Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main 1998
- Reichwald, R.; Höfer, C.; Wechselbaumer, J.: Erfolg von Reorganisationsprozessen. Leitfaden zur strategieorientierten Bewertung, Stuttgart 1996
- Ritter, A.: Systematischer Vergleich ausgewählter Standards von Arbeitsschutz-Managementsystemen, Dortmund 1997
- Ritter, A.; Langhoff, T.: Arbeitsschutzmanagementsysteme. Vergleich ausgewählter Standards. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschung, Fb 792, Dortmund 1998
- Rosenbrock, R.: Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung, in: Pelikan, J.; Demmer, H.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen, Weinheim 1993 (b), S. 123-140
- Rosenbrock, R.: Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt, in: Jahrbuch für Kritische Medizin Nr. 20 (Hrsg.): Die Regulierung der Gesundheit, Hamburg 1993, S. 128-149
- Rosenbrock, R.; Lenhardt, U.: Die Bedeutung von Betriebsärzten in einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik, Gütersloh 1999
- Scherrer, K.(b): Die Einführung von Vertrauensarbeitszeit, in: Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001, S. 214-225
- Scherrer, K.: Kommunikationsarbeit im Call Center, in: Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001, S. 169-189
- Schröder, A.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Schriftenreihe Bundesverband BKK Band 17, Bremerhaven 2000
- Schröder, A.: Erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis - Führende Unternehmen aus Deutschland berichten. Schriftenreihe Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Band 12, Bremerhaven 1999
- Schröder, A.; Sochert, R.: Gesundheitszirkel im Betrieb. Modelle und praktische Durchführung, Wiesbaden 1997
- Sochert, R.: Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung, Bremerhaven 1998
- Sonntag, K.; Benz, D.; Edelmann, M.; Kipfmüller, K.: Gesundheit, Arbeitssicherheit und Motivation bei innerbetrieblichen Restrukturierungen, in: Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001, S. 329-395
- Spanke, C.; Kastner, M.: Sicherheit und Gesundheit geringfügig Beschäftigter, in: Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001, S. 226-246

- Stadtverwaltung Detmold: Strukturwandel durch Gesundheitsmanagement mitgestalten (II), in: Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement, Gütersloh 2000, S. 119-139
- Thiehoff, R.: Betriebliches Gesundheitsschutzmanagement, Berlin 2000
- Treier, M.: Menschengerechte Arbeitsgestaltung bei der Telearbeit - eine Herausforderung für den AGS, in: Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001, S. 190-213
- Udris, I.: Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept, in: Psychosozial, 4/1992, S. 9-22
- Udris, I.; Frese, M.: Belastung, Fehlbeanspruchung und ihre Folgen, in: Frey, D. et al. (Hrsg.): Angewandte Psychologie, München 1988, S. 427-447
- Weber, P.; Kastner, M.: Neue Formen der Unternehmensorganisation: Downsizing, in: Kastner, M.; Kipfmüller, K.; Quaas, W.; Sonntag, K.; Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina, Bremerhaven 2001, S. 276-302
- WHO: Constitution of the World Health Organisation, Genf 1946
- Zimolong, B. (Hrsg.): Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen, Wiesbaden 2001
- Zimolong, B.: Arbeitsschutz-Managementsysteme, in: Zimolong, B. (Hrsg.): Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen, Wiesbaden 2001, S. 13-30
- Zimolong, B.; Stapp, M.: Psychosoziale Gesundheitsförderung, in: Zimolong, B. (Hrsg.): Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen, Wiesbaden 2001, S. 141-170