

**Qualitätsentwicklung durch Standardisierung –  
am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

der Gesundheitswissenschaften

„Doctor of Public Health“

an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften

der Universität Bielefeld

Vorgelegt von

Uta Walter

Erstgutachter: Prof. Dr. Bernhard Badura

Zweitgutachter: Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Bielefeld, im April 2007

*„Wo es keine Standards gibt, gibt es auch keine Verbesserung. Der Ausgangspunkt jeder Verbesserung ist es, genau zu wissen, wo man steht. Für jeden Arbeiter, für jede Maschine und für jeden Prozess muß es einen genauen Standard geben.“ (Imai 2002, S. 126)*

## **Vorwort**

Qualitätsentwicklung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement durch Standardisierung ist ein Thema, das seit einigen Jahren im Zentrum meiner wissenschaftlichen Tätigkeit steht. Insofern liegt auch die Datengewinnung für die Dissertation bereits eine geraume Zeit zurück.

Gleichwohl ist die behandelte Thematik heute aktueller denn je. Mehr Investitionen in die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung zu fordern, bedeutet zugleich den Nutzen dieser Investitionen zu belegen, d.h. den Nachweis der Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Handelns zu erbringen. In diesem Zusammenhang stellt sich zum einen die Frage nach adäquaten Zielwerten, und es stellt sich zum zweiten die Frage nach geeigneten Vorgehensweisen und Instrumenten zur Zielerreichung. An welchen wissenschaftlich begründeten Standards sollen sich zukünftig Bedarfserhebung, Intervention und Erfolgsbewertung in der betrieblichen Gesundheitsarbeit orientieren? Darauf versucht die vorliegende Dissertation Antworten zu geben.

Mein ganz besonderer Dank gilt an dieser Stelle meinem wissenschaftlichen Lehrer Prof. Dr. Bernhard Badura, der mein Interesse frühzeitig auf das Thema gelenkt hat und mich bei der Erstellung der Dissertation stets unterstützt und fachlich konstruktiv beraten hat.

In die Arbeit sind empirische Daten aus zwei Projekten eingeflossen, an denen ich selbst maßgeblich beteiligt war. Im Jahr 2002 wurde durch das Institut BIT e.V., Bochum und eine Arbeitsgruppe der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld eine repräsentative Befragung zum Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der Betrieblichen Gesundheitsförderung in nordrhein-westfälischen Unternehmen durchgeführt. Die Erhebung war Bestandteil der Machbarkeitsstudie „Manager gesundheitlicher Ressourcen“ und wurde mit finanziellen Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen und der Europäische Union gefördert. Ausdrücklich möchte ich mich bei Dr. Andreas Blume, Andrea Lange und Robert Schleicher für die Erlaubnis bedanken, die quantitativen Daten der Untersuchung in meiner Dissertation verwenden zu dürfen.

Die unmittelbaren Daten für die von mir erarbeitete Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement lieferten vier betriebliche Fallstudien aus einem bundesweiten Modellprojekt der Gewerkschaft ver.di „Effiziente Organisations- und Führungsformen – ein integratives Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ (Laufzeit 1999 bis 2002). Die wissenschaftliche Begleitforschung erfolgte durch eine Arbeitsgruppe der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und wurde durch die

Hans-Böckler-Stiftung finanziert. Sehr herzlich möchte ich mich bei meinem Kollegen Eckhard Münch bedanken, der mich berechtigt hat, das gesamte Datenmaterial der Fallstudien in der Arbeit zu verwenden und mit Blick auf das hier bearbeitete Thema neu zusammenzustellen und auszuwerten.

Schließlich gilt mein aufrichtiger Dank meinem Lebensgefährten Stefan Brams für das mühevollen Korrekturlesen in der Schlussphase der Arbeit sowie Katrin Matuschek, Judith Rennkamp und Reinhard Samson für die technische Bearbeitung des Manuskriptes.

Bielefeld, im April 2007

Uta Walter

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Einführung in das Thema Qualität.....	9
2.1	Begriffsdefinitionen .....	10
2.2	Qualitätsentwicklung in der Industrie .....	15
2.2.1	Qualitätsentwicklung in Europa und den USA.....	15
2.2.2	Qualitätsentwicklung in Japan.....	20
2.2.3	Total Quality Management.....	26
2.3	Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen .....	32
2.4	Qualitätsentwicklung durch Prozessstandards am Beispiel medizinischer Leitlinien .....	37
2.5	Zwischenfazit .....	43
3	Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	46
3.1	Die Ottawa-Charta .....	47
3.2	Betriebliche Gesundheitsförderung im Handlungsfeld der Krankenkassen ....	51
3.3	Arbeitsschutz im Handlungsfeld des Staates und der Unfallversicherungsträger.....	59
3.4	Betriebliches Gesundheitsmanagement .....	69
3.5	Zwischenfazit .....	77
4	Verbreitung und Qualität betrieblicher Gesundheitsarbeit.....	79
4.1	Ergebnisse aus empirischen Erhebungen.....	81
4.1.1	Leistungsdokumentation der gesetzlichen Krankenversicherung.....	81
4.1.1.1	Zielsetzung und methodisches Vorgehen .....	82
4.1.1.2	Ergebnisse.....	83
4.1.1.3	Resümee der Autoren der Studie .....	90
4.1.2	Flächenbefragung zum Stand des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Hessen und Thüringen.....	92
4.1.2.1	Zielsetzung und methodisches Vorgehen .....	92
4.1.2.2	Ergebnisse.....	93
4.1.2.3	Resümee der Autoren der Studie .....	99
4.1.3	Flächenbefragung zum Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen .....	100
4.1.3.1	Zielsetzung und methodisches Vorgehen .....	101
4.1.3.2	Ergebnisse.....	102
4.1.3.3	Analyse verschiedener Betriebstypen.....	110
4.1.3.4	Resümee der Autoren der Studie .....	122
4.2	Zusammenfassende Bewertung der Daten.....	124
4.3	Zwischenfazit .....	128

---

5	Erarbeitung eines Vorschlags für eine Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement .....	129
5.1	Fragestellung, wissenschaftliches Erkenntnisinteresse und Zielsetzung .....	130
5.2	Vorgehensweise und Methodik.....	130
5.3	Erkenntnisse aus vier Fallstudien.....	133
5.3.1	Vorstellung der Fallbetriebe .....	134
5.3.1.1	Arbeiterwohlfahrt Landesverband Hamburg e.V. ....	134
5.3.1.2	Essener Verkehrs-AG .....	136
5.3.1.3	Klinikum Lippe GmbH.....	139
5.3.1.4	Westfälisches Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Dortmund.....	141
5.3.2	Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	143
5.3.2.1	Betriebspolitische Voraussetzungen.....	144
5.3.2.2	Strukturell-planerische Rahmenbedingungen.....	150
5.3.2.3	Durchführung der Kernprozesse.....	154
5.3.3	Zielerreichung.....	182
5.3.3.1	Aufbau und Etablierung des Managementsystems.....	182
5.3.3.2	Stärkung des Sozial- und Humankapitals .....	184
5.3.3.3	Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten .....	186
5.3.3.4	Betriebswirtschaftliche Effekte .....	186
5.3.3.5	Gesamtbilanz, fördernde und hemmende Faktoren .....	187
5.4	Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse .....	189
6	Die Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	193
6.1	Zielsetzung, Adressaten und Anwendungsbereich .....	193
6.2	Empfehlungen zur Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	194
6.2.1	Ziele und angestrebte Ergebnisse .....	194
6.2.2	Betriebspolitische Voraussetzungen.....	196
6.2.3	Strukturell-planerische Rahmenbedingungen.....	200
6.2.4	Durchführung der Kernprozesse.....	206
6.3	Qualitätskriterien und Prüfpunkte .....	217
7	Zusammenfassung, Fazit, Forschungs- und Entwicklungsbedarf .....	227
7.1	Zusammenfassung.....	227
7.2	Fazit.....	237
7.3	Forschungs- und Entwicklungsbedarf.....	239
8	Literatur .....	242
	Anhang .....	254

## Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1:	Kettenreaktion nach Deming .....	21
Abb. 2:	Kontinuierliche Verbesserung mit Hilfe des PDCA-Zyklus .....	22
Abb. 3:	Das EFQM-Modell .....	30
Abb. 4:	Entwicklung und Effizienzsteigerung bei Qualität und im Arbeitsschutz ...	66
Abb. 5:	Kernprozesse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement .....	76
Abb. 6:	Dokumentation der Krankenkassen: betriebliche Gesundheitsförderung verteilt nach Branchen .....	84
Abb. 7:	Dokumentation der Krankenkassen: betriebliche Gesundheitsförderung verteilt nach Betriebsgrößen .....	85
Abb. 8:	Dokumentation der Krankenkassen: Datenquellen zur Bedarfsermittlung ...	87
Abb. 9:	Dokumentation der Krankenkassen: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung .....	88
Abb. 10:	Dokumentation der Krankenkassen: Durchführung einer Erfolgsbewertung .....	90
Abb. 11:	Flächenbefragung in NRW: Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsschutz/betrieblicher Gesundheitsförderung mit anderen Themen .....	104
Abb. 12:	Flächenbefragung in NRW: Verfahren der Diagnostik .....	105
Abb. 13:	Flächenbefragung in NRW: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung .....	107
Abb. 14:	Flächenbefragung in NRW: Erfolgsbewertung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung .....	108
Abb. 15:	Flächenbefragung in NRW: Herausforderungen der nächsten Jahre .....	109
Abb. 16:	Flächenbefragung in NRW: Geplante Maßnahmen im Arbeitsschutz/in der betrieblichen Gesundheitsförderung in den nächsten 1,5 Jahren .....	110
Abb. 17:	Flächenbefragung in NRW: Verteilung der „Betriebstypen“ in der Gesamtstichprobe .....	110
Abb. 18:	Flächenbefragung in NRW: Profil der „Pionierunternehmen“ .....	112
Abb. 19:	Flächenbefragung in NRW: Profil der „Schwellenbetriebe“ .....	115
Abb. 20:	Flächenbefragung in NRW: Profil der „stark rechtlich orientierten Betriebe“ .....	117
Abb. 21:	Flächenbefragung in NRW: Profil des „Mittelfeldes“ .....	119
Abb. 22:	Flächenbefragung in NRW: Profil der „Nachzügler“ .....	121
Abb. 23:	Fallbetrieb AWO: Teamzusammenhalt im Pilotbereich .....	156
Abb. 24:	Fallbetrieb AWO: Psychosoziales Wohlbefinden der Beschäftigten im Pilotbereich .....	157

---

Abb. 25: Fallbetrieb EVAG: Gesundheitsgefährdende Faktoren in den Pilotbereichen .....	159
Abb. 26: Fallbetrieb EVAG: Psychosomatische Beschwerden der Beschäftigten in den Pilotbereichen .....	159
Abb. 27: Fallbetrieb KLG: Arbeitsbelastungen der Ärzte im Pilotbereich .....	160
Abb. 28: Fallbetrieb KLG: Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte im Pilotbereich .....	161
Abb. 29: Fallbetrieb KLG: Psychosomatische Beschwerden der Pflegekräfte im Pilotbereich .....	162
Abb. 30: Fallbetrieb KLG: Psychosomatische Beschwerden der Ärzte im Pilotbereich .....	162
Abb. 31: Fallbetrieb WZPPP: Arbeitsbelastungen der Beschäftigten im Pilotbereich .....	164
Abb. 32: Fallbetrieb WZPPP: Psychosomatische Beschwerden der Beschäftigten im Pilotbereich .....	165
Abb. 33: Fallbetrieb AWO: Zufriedenheit der Pflegekräfte im Pilotbereich mit baulich-räumlichen Bedingungen .....	175
Abb. 34: Fallbetrieb AWO: Häufigkeit von Spannungen und Konflikten im Pilotbereich .....	175
Abb. 35: Fallbetrieb AWO: Psychosoziales Wohlbefinden der Pflegekräfte im Pilotbereich .....	176
Abb. 36: Fallbetrieb EVAG: Zufriedenheit der Beschäftigten mit Bedingungen am Arbeitsplatz im Pilotbereich TI 5 .....	177
Abb. 37: Fallbetrieb EVAG: Zufriedenheit der Beschäftigten mit Bedingungen am Arbeitsplatz im Pilotbereich FB 3 .....	177
Abb. 38: Fallbetrieb EVAG: Arbeitsbelastungen der Beschäftigten im Pilotbereich TI 5 .....	178
Abb. 39: Fallbetrieb EVAG: Arbeitsbelastungen der Beschäftigten im Pilotbereich FB 3 .....	178

---

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Geschichte des Qualitätswesens .....	16
Tab. 2:	Universelle Prozesse im Qualitätsmanagement.....	23
Tab. 3:	Merkmale von Kaizen und Innovation .....	25
Tab. 4:	Herausgeber von Leitlinien im deutschen Gesundheitswesen .....	40
Tab. 5:	Merkmale gesunder und ungesunder Organisationen .....	74
Tab. 6:	Dokumentation Krankenkassen: Rücklauf Dokumentationsbögen betriebliche Gesundheitsförderung.....	83
Tab. 7:	Flächenbefragung in Hessen und Thüringen: Verteilung der Stichproben 1997 und 2003 nach Bundesland, Branche und Betriebsgröße .....	94
Tab. 8:	Flächenbefragung in Hessen und Thüringen: Maßnahmen der Bedarfsermittlung 1997 und 2003 .....	96
Tab. 9:	Flächenbefragung in Hessen und Thüringen: Maßnahmen der Verhaltensprävention 1997 und 2003 .....	97
Tab. 10:	Flächenbefragung in Hessen und Thüringen: Maßnahmen der Verhältnisprävention 1997 und 2003 .....	98
Tab. 11:	Flächenbefragung in NRW: Verteilung der Gesamtstichprobe nach Branchen und Betriebsgrößen .....	103
Tab. 12:	Eckdaten zu den Projekten in den vier Fallbetrieben .....	146

## 1 Einleitung

„Drei Selbstmorde beim Autobauer Renault – vermutlich wegen zu hohen Leistungsdrucks und Mobbing“, so lautet der Beginn eines Kommentars der „Süddeutschen Zeitung“ vom 24./25. Februar 2007 zu steigenden psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Und in der „Wirtschaftswoche“ vom 19. März 2003 heißt es zum Auftakt einer dreiteiligen Serie zum Thema Stress in der Arbeitswelt: „Bereits jeder fünfte Deutsche leidet unter Stress. Die Weltgesundheitsorganisation hat die neue Volkskrankheit zu einer der größten Gesundheitsgefahren des 21. Jahrhunderts erklärt.“

Fortschreitende Globalisierung sowie der Strukturwandel der Wirtschaft in Richtung wissensbasierte Dienstleistungen führen zu tief greifenden Umwälzungen in der Arbeitswelt. Neue Beschäftigungsformen entstehen, Organisations- und Arbeitsstrukturen verändern sich, Arbeitsinhalte und Aufgaben werden vielfältiger und komplexer. All dies bietet Chancen, beinhaltet aber auch die Gefahr neuer Belastungen und gesundheitlicher Risiken. Nationale und internationale Untersuchungen zeigen, dass sich die Arbeitsbelastungen in den letzten Jahren deutlich gewandelt haben. Im 21. Jahrhundert werden physische Belastungen und Beanspruchungen, mit Ausnahme einzelner Branchen und Berufsgruppen, mehr und mehr an Bedeutung verlieren. Zunehmend ins Blickfeld geraten hingegen psychosoziale Risiken und chronische Beeinträchtigungen sowie die hierfür relevanten arbeitsbedingten Einflussgrößen. Auf den Prüfstand gehören in diesem Kontext nicht mehr allein die unmittelbaren Arbeitsbedingungen und das individuelle Gesundheitsverhalten der Beschäftigten, sondern die gesamte Organisation und hier insbesondere die Qualität der Führung, die Unternehmenskultur und das Betriebsklima.

Zahlreiche Studien zeigen, dass sich das psychische Befinden der Beschäftigten in den letzten Jahren deutlich verschlechtert hat. Rückenbeschwerden aufgrund von anhaltendem Stress und Überforderung, Verunsicherung und Angst, Erschöpfung sowie das Gefühl, nicht abschalten zu können und ausgebrannt zu sein – von Symptomen dieser Art sind Erwerbstätige heute zunehmend betroffen. Werden die Störungen chronisch, können eingeschränkte Leistungsfähigkeit und krankheitsbedingte Fehlzeiten sowie das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben die negativen Folgen sein. Für die Unternehmen und die Volkswirtschaft entstehen dadurch hohe, vermeidbare Kosten. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin beziffert die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen aufgrund von psychischen Belastungen in Deutschland auf insgesamt 24,5 Milliarden Euro pro Jahr (Bödeker et al. 2002).

Daten der Krankenkassen belegen, dass die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten zehn Jahren im Vergleich zu anderen Diagnosegrup-

pen überproportional angestiegen sind. Dieser Anstieg ist umso bedenklicher, als der Krankenstand insgesamt eine rückläufige Tendenz zeigt. Bis zum Jahr 2020 werden nach heutigen Schätzungen die psychischen Erkrankungen in Deutschland die zweithäufigste Ursache für Arbeitsausfälle und verminderte Arbeitsfähigkeit darstellen (DAK 2005). Ihre Verhütung und Bekämpfung wird daher zu einer vorrangigen Aufgabe der betrieblichen Personal- und Gesundheitspolitik.

Verschärfend hinzu kommt der demographische Wandel, der zur Folge hat, dass sich die Altersstruktur in der Erwerbsbevölkerung national wie international in den nächsten Jahren spürbar verändert. Nach heutigen Prognosen wird in Deutschland bis zum Jahr 2020 die Gruppe der 50 bis 64jährigen nahezu die gleiche Stärke wie die mittlere Altersgruppe (30 bis 49) besitzen. Die Bevölkerung im Erwerbsalter wird zukünftig deutlich durch die Älteren geprägt sein (Statistisches Bundesamt 2006). Alter führt nicht zwangsläufig zu verminderter Leistungsfähigkeit und erhöhten Arbeitsausfällen. Unterbleiben jedoch Investitionen in eine altersgerechte Personal- und Gesundheitspolitik, ist das Risiko groß, dass die Belastbarkeit der Beschäftigten mit zunehmendem Alter sinkt, das Erkrankungsrisiko zunimmt und die Fehlzeiten ansteigen. Eine gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung trägt hingegen dazu bei, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter längerfristig zu erhalten und einer vorzeitigen Verrentung entgegenzuwirken.

Die skizzierten Entwicklungen stellen große Herausforderungen für den Wirtschaftsstandort Deutschland dar, die ein „Weiter so wie bisher“ nicht erlauben. Die erfolgreiche Bewältigung der anstehenden Aufgaben setzt vielmehr voraus, dass der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung zukünftig auf allen Ebenen ein höherer Stellenwert eingeräumt wird. Bisher eingesetzte Methoden und Instrumente reichen zur Bearbeitung heutiger, vorwiegend an der Mensch-Mensch-Schnittstelle auftretender gesundheitlicher Problemstellungen und Risiken nicht mehr aus. Notwendig sind vielmehr eine aktive, qualitativ hochwertige betriebliche Gesundheitspolitik und geeignete Standards zu ihrer operativen Umsetzung.

Wenngleich das im ersten Anlauf gescheiterte Präventionsgesetz derzeit auf Eis liegt, hat die Bundesregierung bereits in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform ihren Willen bekundet, die betriebliche Gesundheitsförderung zu stärken und die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen zu verbessern. Mit dem zum 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (Bundesgesetzblatt 2007) kommt die Aufwertung zumindest begrifflich klar zum Ausdruck. Durch die Neuregelung des § 20 Sozialgesetzbuch V erhält die betriebliche Gesundheitsförderung eine eigene Rechtsgrundlage und wird für die Krankenkassen von einer Kann- zu einer Pflichtleistung (§ 20a Abs. 1

SGB V). Zukünftige Aufgabe der Kassen ist es, die gesundheitliche Situation in den Betrieben unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen systematisch zu erheben, Vorschläge zu ihrer Verbesserung zu entwickeln und die Umsetzung zu unterstützen. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben sollen die Kassen mit den Unfallversicherungsträgern sowie mit anderen Kassen kooperieren (§ 20a Abs. 2 SGB V).

Zur Stärkung der Zusammenarbeit der überbetrieblichen Akteure auf dem Gebiet der betrieblichen Prävention ist darüber hinaus im Gesetzestext die Aufforderung ergänzt worden, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren gemeinsam mit den Unfallversicherungsträgern regionale Arbeitsgemeinschaften zu bilden (§ 20b Abs. 2 SGB V). An den finanziellen Ressourcen für das Handlungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt ändert sich allerdings auch in Zukunft nichts. Das Ausgabenvolumen bleibt weiterhin auf den bisherigen Betrag von 2,74 Euro pro Person und Kalenderjahr begrenzt (§ 20 Abs. 2)

Als ein weiterer Beleg für das langsame Umdenken der Politik sei an dieser Stelle auch auf den erweiterten Präventionsauftrag nach § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX hingewiesen, der Arbeitgeber seit dem Jahr 2004 zu einem betrieblichen Eingliederungsmanagement bei Beschäftigten mit länger andauernder Arbeitsunfähigkeit verpflichtet. Vor dem Hintergrund alternder Belegschaften eröffnet das Eingliederungsmanagement neue Handlungsoptionen, um chronische Erkrankungen zu verhüten, bestehende Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, neuer Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen sowie die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und nachhaltig zu fördern. Um das Eingliederungsmanagements in den Unternehmen zu aktivieren, hat der Gesetzgeber den zuständigen Sozialversicherungsträgern die Möglichkeit eröffnet, Arbeitgeber durch Prämien oder Bonusregelungen zu fördern.

Das deutsche Arbeitsschutzsystem reagiert ebenfalls zunehmend deutlich auf den Wandel in der Arbeitswelt und die damit für die handelnden Akteure anstehenden neuen Aufgaben und Verantwortungen. Im Zentrum der Bemühungen steht derzeit eine gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie, getragen von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern mit dem Ziel, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten durch einen präventiven und systematischen Arbeitsschutz zu erhalten und zu verbessern – als Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erfolg und die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen. Mit der gemeinsamen Strategie soll zugleich das duale Arbeitsschutzsystem optimiert und die Effektivität und Effizienz des betrieblichen Arbeitsschutzes verbessert werden. Gegenwärtig bleibt abzuwarten, inwieweit es tatsächlich gelingt, die Ressourcen der beiden Partner – Unfallversicherungsträger und Länderbehörden – so zu bündeln, dass sich die anstehenden Präventionsaufgaben erfolgreich bewältigen lassen.

Auch in der betrieblichen Praxis ist in Sachen Prävention und Gesundheitsförderung Bewegung zu beobachten. Wenngleich im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung nach wie vor deutliche Lücken existieren, erkennt eine langsam, aber stetig wachsende Anzahl von Unternehmen die Chancen einer aktiven Gesundheitsarbeit und reagiert mit modernen Personal- und Gesundheitskonzepten. Pflege und Förderung der Humanressourcen werden von Unternehmen zunehmend als wichtige Voraussetzung für Rentabilität und Wettbewerbsfähigkeit erachtet. Als ein Indiz in diese Richtung kann nicht zuletzt die aktuelle Leistungsdokumentation der Krankenkassen gewertet werden, nach der im Berichtsjahr 2005 mehr als 600.000 Beschäftigte an Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung teilgenommen haben, die von den Kassen gemeinsam mit den Unternehmen angeboten wurden (AOK-Bundesverband 2007).

Prävention und Gesundheitsförderung erfüllen jedoch keinen Selbstzweck, sondern müssen möglichst rasch Erfolge zeigen – für die Beschäftigten und die Unternehmen. Insbesondere in Zeiten zunehmender Ressourcenknappheit erfordert die Legitimation von Investitionen in Gesundheit den Nachweis der Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Für die Erfolgsbewertung bedarf es zum einen klarer Ziele – zur Überprüfung der erreichten Effekte. Und es bedarf zum zweiten anerkannter Standards für ein systematisches, qualitätsgesichertes Vorgehen – als zwingende Voraussetzung für gute Ergebnisse.

Was die strategischen Ziele in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung betrifft, haben internationale Institutionen, allen voran die Weltgesundheitsorganisation sowie das International Labour Office und die Kommission der Europäischen Union, in den vergangenen 20 Jahren entscheidende Vorgaben gemacht. Erhalt und Förderung von Wohlbefinden sowie gesunde Arbeit in gesunde Organisationen als Voraussetzung für eine verbesserte Qualität der Arbeit und eine gesteigerte Effizienz sind die Leitmaximen, an denen sich auch die vorliegende Dissertation orientiert.

Dieser gesundheitspolitisch zu entscheidende Zielsetzungsprozess ist nicht Gegenstand der Dissertation. Die betriebliche Gesundheitspolitik definiert, welchen Stellenwert das Thema Gesundheit besitzt und welche Ziele verfolgt werden sollen. Sie legt Zuständigkeiten, Ressourcen und den erforderlichen Qualifikationsbedarf fest. Die Expertenkommission „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung hat hierzu in ihrem Abschlussbericht wegweisende Empfehlungen formuliert (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004). Zur Aktivierung der betrieblichen Gesundheitspolitik setzt die Kommission auf dezentrales Handeln, orientiert an den konkreten Problemstellungen und Rahmenbedingungen in den Betrieben. Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen sollen

zukünftig selbst mehr Verantwortung für die Gesundheit ihrer Beschäftigten übernehmen: durch konsequentes Verfolgen der gesetzlichen Zielvorgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, durch gezielte Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie durch die Etablierung eines in die Routinen integrierten Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Was die Realisierung einer solchen betrieblichen Gesundheitspolitik auf der operativen Ebene betrifft, besteht noch erheblicher Entwicklungsbedarf. Um das Handeln in den Unternehmen wirksam und effizient zu gestalten, bedarf es adäquater Vorgehensweisen und Instrumente. Erforderlich ist vor allem eine stärkere Systematisierung und Institutionalisierung der betrieblichen Gesundheitsarbeit unter Anwendung hierzu geeigneter Standards.

Qualitätsentwicklung durch Standardisierung ist eine Strategie, die sich in der Industrie bewährt hat, und auch im Gesundheitswesen immer stärkere Anwendung findet. Besonders deutlich kommt dies im Konzept der medizinischen Leitlinien zum Ausdruck, die weltweit in der gesundheitlichen Versorgung an Bedeutung gewinnen. Auch im Bereich der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung sind in der jüngeren Vergangenheit eine Reihe von Qualitätsmaßstäben und Standards entwickelt worden. Von Bedeutung sind hier vor allem die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen sowie des staatlichen Arbeitsschutzes.

Gleichwohl ist der Standardsetzung insgesamt in diesem Themenfeld bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Hier setzt die vorliegende Dissertation an. Ziel ist die Erarbeitung eines umfassenden Prozessstandards in Form einer Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement – auf der Basis des vorhandenen Grundlagenwissens der Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Erkenntnissen aus der betrieblichen Praxis sowie mit Hilfe des Datenmaterials aus vier betrieblichen Fallstudien und einer repräsentativen Bedarfsanalyse. Die Bezeichnung „Leitlinie“ soll dabei bewusst die Orientierung am Konzept der medizinischen Leitlinien zum Ausdruck bringen. Auch wenn es sich im vorliegenden Fall nicht um eine durch einen Berufsverband oder eine Fachgesellschaft legitimierte Norm handelt, ist die Zielsetzung die gleiche: einen wissenschaftlich begründeten und durch Erfahrung belegten Prozessstandard für ein systematisches Vorgehen zu beschreiben und damit zugleich einen Maßstab zu liefern, mit dessen Hilfe die Qualität des Handelns messbar und bewertbar wird.

Das Thema besitzt eine hohe praktische Relevanz, ist aber auch für die Wissenschaft von großer Bedeutung. Das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse besteht darin, die Qualität gesundheitsbezogener Dienstleistungen durch eine verbesserte Struktur- und Prozessqualität nachweislich zu befördern, gemessen an erfahrungs- und zugleich evi-

denzbasierten Standards, die ihrerseits kontinuierlich zu überprüfen und zu verbessern sind. Aufgabe der Wissenschaft ist es zum einen, das wissenschaftliche Fundament zu legen, und auf dieser Grundlage praxistaugliche Standards zu erarbeiten. Aufgabe der Wissenschaft ist es darüber hinaus, die Qualifizierung betrieblicher und überbetrieblicher Akteure im Umgang mit den Standards sicherzustellen – durch die ausreichende Berücksichtigung des Themas in entsprechenden Ausbildungsgängen und Curricula.

Mit Blick auf die betriebliche Praxis geht es in erster Linie darum, die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements lehr- und lernbar zu machen und ein professionelles, zielorientiertes Vorgehen zu ermöglichen, unabhängig von der individuellen Problemlage und Zielsetzung eines Unternehmens. Darüber hinaus soll die Standardisierung dazu beitragen, die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsarbeit zu verbessern und somit die Effektivität und Effizienz zu steigern. Mit der Standardsetzung soll schließlich ein Maßstab geliefert werden, mit dessen Hilfe sich die Qualität von Strukturen und Prozessen prüfen, sichern und kontinuierlich verbessern lässt.

Der Aufbau der Dissertation lässt sich wie folgt skizzieren:

Der Theorieteil beginnt mit einer grundlegenden Einführung in das Thema Qualität (Kapitel 2). Anhand von Meilensteinen wird die Entwicklung des Qualitätswesens in der Industrie dargestellt, mit einem besonderen Augenmerk auf die Standardsetzung als Instrument zur Sicherung, Prüfung und Verbesserung der Qualität. Es folgen Ausführungen zur Qualitätsentwicklung und Standardsetzung im Gesundheitswesen. Vertiefend widmet sich das Kapitel dem Thema medizinische Leitlinien – als Musterbeispiel für ein rational begründetes Handeln unter Nutzung der jeweils bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz sowie als Musterbeispiel für die Standardisierung von Prozessen im Dienstleistungsbereich. Die Auseinandersetzung mit dem Konzept der medizinischen Leitlinien ermöglicht es, die Chancen aber auch die Grenzen von Prozessstandards zu verdeutlichen und die Erkenntnisse für das eigene Thema nutzbar zu machen.

Kapitel 3 befasst sich mit der Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und damit dem eigentlichen Gegenstand der Arbeit. In einem historischen Rückgriff auf den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs der letzten 20 Jahre sowie die Konzepte und Handlungsstrategien relevanter überbetrieblicher Akteure werden die wesentlichen Entwicklungsschritte und konvergierenden Linien auf dem Gebiet der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung nachgezeichnet. Dabei gilt es, die zentralen Qualitätsmaßstäbe und Standards herauszuarbeiten, die im Betrieblichen Gesundheitsmanagement aufgegriffen, zusammengeführt und weiterentwickelt wurden. Der letzte Abschnitt dieses Kapitels widmet sich dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement

selbst – seiner Konzeption, Schwerpunktsetzung und Vorgehensweisen. Mit Blick auf das Thema der Dissertation wird ein grundlegender Verfahrensvorschlag vorgestellt, der Mitte der neunziger Jahre von einer Arbeitsgruppe der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld entwickelt wurde, und der als Vorläufer der Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement zu betrachten ist.

Das anschließende Kapitel 4 geht der Frage nach, in welchem Umfang und mit welcher Qualität sich Unternehmen und Dienstleistungsorganisation heute im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren und welche der zuvor herausgearbeiteten Standards und Qualitätskriterien hierbei zum Einsatz kommen. Dazu wird das Datenmaterial aus drei aktuellen empirischen Untersuchungen herangezogen und systematisch ausgewertet. An der Konzeption, Durchführung und Auswertung einer der drei Studien war die Verfasserin der Dissertation maßgeblich beteiligt. In der zusammenfassenden Bewertung der drei Erhebungen am Ende des Kapitels werden die zentralen Qualitätsdefizite und Entwicklungsnotwendigkeiten in der betrieblichen Gesundheitsarbeit herausgearbeitet.

Aufbauend auf dem theoretischen Fundament der Arbeit und den Erkenntnissen aus der betrieblichen Praxis befasst sich Kapitel 5 mit der Erarbeitung der Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement. Zu Beginn des Kapitels werden die Fragestellung, das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse, die Zielsetzung und das methodische Vorgehen erläutert. Das empirische Datenmaterial für die Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement entstammt vier betrieblichen Fallstudien aus einem bundesweiten Modellprojekt der Gewerkschaft ver.di, das unter Mitarbeit der Autorin wissenschaftlich begleitet und evaluiert wurde. Die vier Fallbetriebe haben während der dreijährigen Projektlaufzeit ein Betriebliches Gesundheitsmanagement in ihren Organisationen eingeführt. Aus wissenschaftlicher Sicht galt es, die Qualität der Strukturen und Prozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie die erzielten Effekte zu bewerten. Die Befunde aus den vier Fallstudien werden ausführlich dargestellt und mit Blick auf die Leitlinie zu zentralen Kernaussagen zusammengefasst.

In Kapitel 6 wird die Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement präsentiert. Der umfassende Prozessstandard formuliert Empfehlungen für die systematische und zielorientierte Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements – zum Aufbau betriebspolitischer Voraussetzungen und Strukturen sowie zur Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation. Die Vielzahl an Qualitätskriterien und Prüfpunkten ermöglicht ein fortlaufendes Controlling des Vorgehens sowie die Evaluation von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Die Leitlinie in der hier vorgeschlagenen Form stellt eine „Idealnorm“ bzw. einen Maximalstandard dar, der

in Unternehmen nicht immer in Gänze zum Einsatz kommen wird. Gleichwohl hat sich das empfohlene Vorgehen im Grundsatz bewährt und sollte daher nach Möglichkeit eingehalten werden.

Kapitel 7 fasst noch einmal die zentralen Aussagen und Ergebnisse der Dissertation zusammen. Darüber hinaus werden ein Ausblick auf zukünftigen Forschungs- und Entwicklungsbedarf gegeben und Handlungsnotwendigkeiten mit Blick auf die Praxis aufgezeigt. Der Schlussteil formuliert Mindeststandards für eine hochwertige Prävention und Gesundheitsförderung, die auch über das Setting Arbeitswelt hinaus von Bedeutung sind.

## 2 Einführung in das Thema Qualität

Das Bemühen um gute Qualität gehört heute zu den vorrangigen Zielen einer Organisation – ganz gleich ob es sich um ein Industrieunternehmen, eine öffentliche Verwaltung oder ein Krankenhaus handelt. Vor allem in Zeiten knapper Ressourcen wird die Qualität von Produkten und Dienstleistungen zu einer zentralen Erfolgsgröße und zu einem wichtigen Wettbewerbsfaktor am Markt.

Dabei scheint die Antwort auf die Frage: „Was ist Qualität?“ zunächst durchaus nicht leicht. Davon zeugen zahlreiche Begriffsdefinitionen sowie unterschiedliche Auffassungen über das geeignete Vorgehen zur Prüfung und Verbesserung der Qualität. Darüber hinaus hat sich im Zuge massiver weltwirtschaftlicher Veränderungen sowie unter dem Einfluss von Erkenntnissen der Organisations- und Managementlehre das Verständnis von Qualität in den vergangenen Jahrzehnten deutlich und mit großer Geschwindigkeit verändert. Ein ursprünglich technisch geprägtes, im Wesentlichen auf den Fertigungsbereich und die Produktkontrolle beschränktes Qualitätsverständnis ist durch einen umfassenden Qualitätsbegriff ersetzt worden sowie durch Strategien, die auf die Erfüllung der Bedürfnisse mehrerer Anspruchsgruppen abzielen (Seghezzi 1996, S. 16).

Qualität steht nie für sich, sondern ist immer „Qualität von etwas“, in der Arbeitswelt von Zielen, Wertschöpfungsprozessen und der dadurch erzeugten Güter und Dienstleistungen. Davon zu unterscheiden gilt es Bemühungen zur Prüfung, Stabilisierung und Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen – heute besser bekannt unter Bezeichnungen wie Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Standards spielen dabei eine wichtige Rolle – als Grundlage für ein systematisches, zielorientiertes Vorgehen, als Maßstab zu Bewertung des bereits erreichten Qualitätsniveaus und als Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen.

Standards gehören zu den Urformen der Qualitätsentwicklung und gelten heute als Grundvoraussetzung für jedes professionelle Handeln (Badura 2001). Der Einsatz wissenschaftlich fundierter und praxistauglicher Standards ist auch für das kunstgerechte Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement unerlässlich und begründet das Thema der vorliegenden Arbeit.

Im Folgenden wird eine Einführung in das Thema Qualität gegeben. Das Kapitel beginnt mit Definitionen zu den Begrifflichkeiten „Qualität“ und „Standard“. Anschließend wird anhand von Meilensteinen die Entwicklung des Qualitätswesens in westlichen Industrieländern und kontrastierend dazu in Japan nachgezeichnet. Ein Schwerpunkt des Kapitels liegt auf den Darstellungen zum Total Quality Management und seiner engen Wahlverwandtschaft mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Es

folgt ein Überblick zur Qualitätsentwicklung und Standardsetzung im Gesundheitswesen. Besondere Bedeutung kommt in diesem Kontext dem Konzept der medizinischen Leitlinien zu – als originärer Beitrag der Medizin zur Qualitätsförderung in der gesundheitlichen Versorgung unter Nutzung der jeweils bestmöglichen Evidenz sowie als Musterbeispiel für Prozessstandards im Dienstleistungsbereich. Das Kapitel schließt mit einem ersten Zwischenfazit.

## 2.1 Begriffsdefinitionen

Der Begriff *Qualität* ist abgeleitet aus dem lateinischen „qualis“ bzw. „qualitas“ und bedeutet dem Ursprung des Wortes nach „wie beschaffen, von welcher Art“ bzw. „Beschaffenheit, Verhältnis, Eigenschaft“. Zunächst in der Heilkunde im Sinne von „Eigenschaft, Merkmal“ verwendet, gewinnt der Begriff im 17. Jahrhundert besonders in der Kaufmannsprache an Bedeutung und entwickelt danach unterschiedliche fachsprachliche Bedeutungsnuancen (Pfeifer 1995).

Die Europeanorm DIN EN ISO 9000:2000 definiert Qualität als „das Vermögen einer Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produkts, Systems oder Prozesses zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien“ (Deutsches Institut für Normung 2000). Danach könnte Qualität verstanden werden als Erfüllung geforderter bzw. vereinbarter Eigenschaften (Zink 2004, S. 43). Andere Definitionen bezeichnen Qualität als:

- das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren, bezogen auf die Menge des Gewünschten (van Eimeren),
- die realisierte Beschaffenheit einer Einheit bezüglich der Qualitätsanforderung (Deutsche Gesellschaft für Qualität),
- der unter Anwendung des medizinischen Wissens vom medizinischen Versorgungssystem erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden (US Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations) (vgl. Ollenschläger 2001).

Darüber hinaus wird in der Literatur zwischen einem objektiven und einem subjektiven Qualitätsbegriff unterschieden. Der objektive, leistungsbezogene Qualitätsbegriff kennzeichnet die Summe bzw. das Niveau der vorhandenen Eigenschaften eines Produktes oder einer Dienstleistung. Die Qualitätsbeurteilung erfolgt in diesem Fall nach objektiven Messkriterien, soweit diese zuvor festgelegt wurden. Bei einem subjektiven Quali-

tätsverständnis wird die Qualität aus Sicht eines Kunden oder Konsumenten bestimmt. Die Qualitätsbeurteilung eines Produktes oder einer Dienstleistung erfolgt in diesem Fall auf der Grundlage subjektiver Maßstäbe und Bewertungskriterien (Ollenschläger 2001).

David A. Garvin, amerikanischer Professor an der Harvard Business School, fasst die unterschiedlichen Definitionen des Qualitätsbegriffes in fünf Ansätzen zusammen:

- absoluter Qualitätsansatz (transcendent), wonach Qualität das Ausmaß der Vortrefflichkeit und der Güte einer Leistung bezeichnet;
- produktorientierter Qualitätsansatz (product based), wonach die Qualität die Ausprägungen der die Leistungen konstituierenden Merkmale bezeichnet, die objektiv gemessen werden können;
- kundenorientierter Qualitätsansatz (user based), wonach sich Qualität im Ausmaß der Erfüllung der Verwenderanforderungen ausdrückt;
- herstellungsorientierter Qualitätsansatz (manufacturing based), wonach Qualität bei Einhaltung vorgegebener betrieblicher Standards vorliegt, die wiederum objektiv auf der Basis des produktorientierten Ansatzes oder subjektiv auf der Grundlage von Einstellungs- oder Zufriedenheitswerten ermittelt werden;
- wertbezogener Qualitätsbegriff (value based), wonach sich Qualität in einem vom Nutzer als günstig empfundenen Preis-Leistungs-Verhältnis äußert (Garvin 1984).

Die meisten Qualitätsdefinitionen lassen sich vermutlich einem dieser Ansätze zuordnen. Für die vorliegende Dissertation ist der herstellungsorientierte Qualitätsansatz unter Einhaltung von Standards von besonderer Bedeutung.

Im Dienstleistungsbereich, insbesondere auch im Gesundheitswesen, wird heute, zurückgehend in erster Linie auf den amerikanischen Wissenschaftler Avedis Donabedian, in der Regel zwischen den Qualitätsdimensionen *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* unterschieden (Donabedian 1966; 1980). Die Strukturqualität bezieht sich auf die eher stabilen Rahmenbedingungen einer Dienstleistungsproduktion, wie z.B. das baulich-räumliche Umfeld, die technische Ausstattung, finanzielle und personelle Ressourcen sowie die Qualifikation der Mitarbeiter. Die Prozessqualität umfasst die zur Zielerreichung erforderlichen Arbeitsabläufe und -prozesse und die dazu eingesetzten Vorgehensweisen und Instrumente. Parameter der Prozessqualität sind z.B. diagnostische Verfahren, die Therapieplanung, eingesetzte Behandlungsmethoden sowie die Dokumentation und Evaluation. Die Ergebnisqualität schließlich bezieht sich auf die festgelegten Ziele und angestrebten Ergebnisse. Messdimensionen der Ergebnisqualität können bei-

spielsweise sein: die Wirksamkeit eines Medikamentes oder einer Behandlungsmethode, die Mortalität oder die Patientenzufriedenheit (vgl. Badura et al. 1995, S. 21 ff.).

Ergänzt werden heute häufig die Dimensionen *Konzeptqualität* und *Assessmentqualität* (Ruckstuhl et al. 2001; Trojan 2001; Kliche et al. 2004). Konzeptqualität und Assessmentqualität (Assessment = Situationsanalyse) fragen in erster Linie nach den konzeptionellen Grundlagen und dem institutionellen Rahmen und Kontext, in dem eine Intervention stattfinden soll, nach dem zugrunde liegenden Bedarf für die Intervention, den subjektiven Bedürfnissen der angesprochenen Zielgruppen sowie nach dem theoretischen Fundament, auf dem die Intervention basiert (Evidenzbasierung).

Bei der Betrachtung von Qualität als Bestandteil moderner Managementstrategien sind eine Reihe weiterer Begrifflichkeiten von Bedeutung:

Die *Qualitätspolitik* kennzeichnet der Normenreihe DIN EN ISO 9000:2000 zufolge die übergeordneten Absichten und die Ausrichtung einer Organisation zur Qualität. Aufgabe der Leitung eines Unternehmens ist es sicherzustellen, dass die Qualitätspolitik für den Zweck der Organisation angemessen ist und den Rahmen zur Festlegung und Bewertung der Qualitätsziele bietet. *Qualitätsmanagement* bezeichnet die aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität (Deutsches Institut für Normung 2000). Unter *Qualitätsmanagementsystemen* werden durchstrukturierte Modellbeschreibungen zur Umsetzung des Qualitätsmanagements verstanden. Qualität wird hierbei zu einer unternehmerischen Funktion, die gleichrangig neben anderen Managementaufgaben wie Personal, Finanzen etc. steht (Simon 2000). Die *Qualitätssicherung* ist Teil des Qualitätsmanagements und kennzeichnet die Gesamtheit organisatorischer, technischer, normativer und motivierender Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001). Die *Qualitätsentwicklung* schließlich bezeichnet eine Strategie, die auf kontinuierliche Verbesserungsprozesse zielt (Pfaff 2001).

Um die Güte bzw. die Qualität einer Handlung, eines Produktes oder einer Dienstleistung zu bewerten, bedarf es anerkannter Maßstäbe bzw. Standards, die als Referenzgröße verwendet werden. Der Begriff *Standard*, im allgemeinen Sprachgebrauch häufig gleichgesetzt mit „Regel“ oder „Norm“, ist dem Ursprung des Wortes nach zurückzuführen auf die „Standarte“ (afz. „estandard“) – ein militärisches Feldzeichen, das dem kämpfenden Heer in der Schlacht als weithin sichtbarer Orientierungs- und Sammelpunkt voraus getragen wurde. Im Laufe der Zeit haben sich unterschiedliche Bedeutungen herausgebildet. Während ein Standard am Ende des 17. Jahrhunderts den gesetzlich festgelegten Feingehalt einer Münze bezeichnete, wurde der Begriff Anfang des 19. Jahrhunderts als Synonym für Richtschnur, Maßstab (Vorbild), Norm, Qualitätsniveau

und erreichter Stand (z.B. der Lebensführung) verwendet. Er bezeichnete im Weiteren aber auch die Durchschnittsbeschaffenheit bzw. das Mittelmaß. Seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wird der Begriff häufig im Sinne von Grundmodell oder Normalausführung verwendet (Pfeifer 1995).

Das Verb *standardisieren* bedeutet der Herkunft des Wortes nach „nach einem vorgeschriebenen Muster vereinheitlichen, normen“ (Pfeifer 1995). Standardisieren steht demnach für den Prozess, Dinge einheitlich zu gestalten, der Standard ist dabei zugleich Mittel und Ergebnis dieses Prozesses (Timmermans und Berg 2003, S. 24).

In der Literatur finden sich weitere Definitionen zum Standardbegriff, z.B.:

- die genaue Menge für ein angemessenes, annehmbares und optimales Qualitätsniveau (Donabedian 1980);
- ein allgemein zu erreichendes Leistungsniveau, welches durch ein oder mehrere Kriterien umschrieben wird (WHO 1987; zit. n. Baartmans und Geng 2000, S. 28);
- maßgebende Aussagen, welche mit den Werten der Berufsgruppe übereinstimmen und das Niveau oder die Leistungen beschreiben, mit denen die Dienstleistung beurteilt werden kann (American Nursing Association, zit. n. Baartmans und Geng 2000; S. 29).

Nach Timmermans und Berg (2003, S. 24 ff.) lassen sich vier idealtypische Arten von Standards unterscheiden:

*Strukturstandards* (design standard) bezeichnen Standards, mit deren Hilfe strukturelle Eigenschaften/Spezifikationen von Einzelkomponenten oder von ganzen technischen und/oder sozialen Systemen festgelegt werden – als Voraussetzung für ihre Uniformität und damit zugleich ihre Kompatibilität. Ein Beispiel hierfür sind die genormte Größe von Krankenhausbetten oder die definierten Maße von Injektions-Nadeln.

*(Fach-)Begriffsstandards* (terminological standards) umfassen z.B. Klassifikations-schemata wie die internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD-Schlüssel). Diese Standards gewährleisten die Stabilität von Fachausdrücken und sind beispielsweise im Gesundheitswesen erforderlich, um individuelle Daten zu aggregieren und statistische Aussagen treffen zu können.

*Leistungsstandards* (performance standards) geben Maßstäbe für die Ziele bzw. die gewünschten Ergebnisse vor. Sie regeln nicht, wie das Handeln in bestimmten Situationen auszusehen hat, sondern was das Resultat der Handlung sein soll. Leistungsstandards werden in technischen Zusammenhängen auch alternativ zum design standard verwendet.

*Prozessstandards* (procedural standards) beziehen sich im Unterschied zu Leistungsstandards weniger auf das Ziel bzw. die Ergebnisse einer speziellen Handlung, sondern auf die Gestaltung der Prozesse zur Zielerreichung. Festgelegt bzw. standardisiert werden einzelne Arbeits- und Entscheidungsschritte und die Reihenfolge, in der diese Schritte auszuführen sind. Prozessstandards – hierzu gehören beispielsweise medizinische Leitlinien – werden von einzelnen Experten oder aber in einem komplexen, mehrstufigen Konsensusverfahren unter Beteiligung von Expertengruppen entwickelt.

Obwohl alle vier Standards ineinander greifen, werden Prozessstandards als die höchste und zugleich als die schwierigste Stufe der Standardisierung angesehen, indem sie das Handeln und die Kooperation von Akteuren unterschiedlicher Disziplinen festlegen und vereinheitlichen (ebd., S. 26).

Die vorgelegte Dissertation beschäftigt sich in ihrem Schwerpunkt mit der letzt genannten Standardkategorie. Prozessstandards sind auch für das Betriebliche Gesundheitsmanagement unverzichtbar – um das Vorgehen aller beteiligten Akteure zu systematisieren und zu koordinieren sowie als Maßstab, um die Qualität des Handelns und der dadurch erzielten Effekte zu überprüfen und kontinuierlich zu verbessern. Als Prozess wird dabei in Anlehnung an Juran (1993, S. 253) der systematische Ablauf von Aktivitäten zur Erreichung eines Ziels verstanden.

In der Medizin sind noch zwei weitere Arten von Standards von Bedeutung: der durchschnittliche *Versorgungsstandard*, der das Minimum bereitgestellter Versorgungsleistungen definiert, und der seinerseits Struktur-, Prozess- und Leistungsstandards umfassen kann, sowie der *Goldstandard*, der den ultimativen bzw. höchsten und in der Regel über lange Zeit gültigen Standard beschreibt, und an dem alle anderen Standards oder Maßstäbe gemessen werden (Timmermans und Berg 2003, S. 26). Die Begrifflichkeiten Minimal- und Goldstandard werden in der Medizin häufig auch benutzt, um den Handlungskorridor des Standards nach unten („Boden“) und nach oben („Decke“) zu beschreiben (Hart 2000, S. 17). Evidenzbasierte Medizin und randomisierte klinische Kontrollstudien gelten heute im Gesundheitssystem als die neuen Goldstandards (Timmermans und Berg, 2003, S. 27).

Für die Festlegung von Standards werden im Allgemeinen folgende Anforderungen formuliert: Entwicklung auf der Grundlage valider Daten, Anwendbarkeit auf die Praxis, Erarbeitung durch ein Expertengremium, Konsensfähigkeit innerhalb einer Fachgesellschaft sowie systematische Evaluierung und Fortentwicklung (vgl. Jaster 1997, S. 87). Standards werden darüber hinaus üblicherweise in Kriterien unterteilt. Kriterien stellen die messbaren Elemente eines Standards dar, mit Hilfe derer sich die Qualität

bewerten lässt. Sie liefern zugleich die Grundlage, um zu entscheiden, ob der festgelegte Standard erfüllt worden ist oder nicht (Baartmans und Geng 2000, S. 30).

## **2.2 Qualitätsentwicklung in der Industrie**

### **2.2.1 Qualitätsentwicklung in Europa und den USA**

Die Beschäftigung mit dem Thema Qualität besitzt eine lange Tradition, die sich bis ins Altertum zurückverfolgen lässt. So sind bereits aus dem Pyramidenbau im alten Ägypten Längenmessungen bekannt, die von qualifizierten Messkräften durchgeführt wurden (Seghezzi 1996, S. 5).

In Europa sind die Themen Qualität und Qualitätssicherung eng verbunden mit dem im Mittelalter aufkommenden Markenwesen im Handelsverkehr und insbesondere mit dem System der amtlichen Tuchprüfung und Besiegelung im Bereich der Textilindustrie (Lerner 1994, S. 19 ff.).<sup>1</sup> Verordnungen über die Länge, Breite und Qualität der Tuche sowie die Überprüfung der Bestimmungen durch städtische Beamte dienten in erster Linie gewerbepolizeilichen und fiskalischen Interessen und weniger dem Kunden- bzw. Käuferschutz. Jedoch nicht nur die Obrigkeit, sondern auch die Handwerksmeister selbst waren mit Blick auf die Begrenzung der Konkurrenz und somit letztlich die eigene Existenzsicherung an einer Qualitätskontrolle ihre Produkte interessiert. Vor diesem Hintergrund entwickelten sich seit dem Spätmittelalter im Bereich der Zünfte die so genannten „Schauen“, d.h. die Prüfung der für den Markt bestimmten Produkte und ihre Kennzeichnung durch Marken als Garant für gute Qualität. Diese Form der Qualitätsprüfung und -sicherung existierte für viele Gewerbe, war allerdings besonders im Metallhandwerk ausgeprägt (ebd., S. 21).

Kennzeichnend für dieses frühe Qualitätsmodell ist, dass sich die Qualität der hergestellten Produkte an den von Handwerksmeistern und Zünften festgelegten Maßstäben bzw. Qualitätskriterien orientierte und damit an einem unter „Experten“ festgelegten Konsensus (Badura und Strodtholz 1998).

---

<sup>1</sup> Das System der amtlichen Tuchprüfung und Besiegelung war in ganz Nordwesteuropa mehr als 500 Jahre bis hin zur industriellen Revolution üblich (Lerner 1994, S. 19).

Altertum	Ägypten, Pyramiden	Längenmessungen
Mittelalter	Zünfte	Normen, Meister, Gesellen
Beginn des 20. Jahrhunderts	Taylorismus, Scientific Management	Arbeitsteilung, Qualitätskontrolle
2. Weltkrieg	Shewhart u.a.	Statistische Qualitätskontrolle, Stichprobenpläne
60er Jahre	Qualitätssicherung	Vorbeugen, Fehlerverhüten in der Produktion
70er Jahre	Integrierte Qualitätssicherung, Qualitätszirkel	Andere Bereiche (Entwicklung, Verkauf), Verbesserungen
80er Jahre	Systemnormen (ISO), TQM (Awards)	Qualitätsmanagement, allgemeines Management
90er Jahre	Awards, IQM	Top Management-Einbindung, Integration in Managementsysteme

Tab. 1: Geschichte des Qualitätswesens

Quelle: modifiziert n. Seghezzi (1996, S. 5)

Im Zuge der industriellen Revolution, und damit einhergehenden veränderten Produktionsweisen und grenzüberschreitenden Güterbewegungen, kam es im 19. Jahrhundert in Europa ebenso wie in Nordamerika in zunehmendem Maße zum Einsatz von Standards und Normen zur Prüfung und Sicherung der Produktqualität. Frühe Standardisierungsbewegungen in der Industrie wurden jedoch nicht allein durch das Qualitätsmotiv angetrieben. Bei der Einführung von Standards spielten auch Sicherheitsaspekte eine wichtige Rolle – vor allem aber Erwartungen an eine bestmögliche Effizienz. Industrielle Standardsetzungen wurden in der Folgezeit zu einem charakteristischen Merkmal industrieller Rationalisierungsstrategien (Timmermans und Berg 2003, S. 8 ff.).

Anfang des 20. Jahrhunderts hielt das von dem US-Amerikaner F.W. Taylor entwickelte System der Wissenschaftlichen Betriebsführung weltweiten Einzug in die Fabriken.<sup>2</sup> Taylors Zergliederung des Produktionsprozesses in kleinste, exakt vorgeschriebene und kontrollierbare Arbeitsvorgänge gilt als sehr umstrittener Auswuchs früher industrieller Standardisierungsbewegungen. Für die Entwicklung des Qualitätswesens ist sein Werk trotz aller Kritik nicht unbedeutend – durch die Einführung wissenschaftlicher Methoden in das Management und die damit verbundene Erziehung aller Verantwortlichen zur kontinuierlichen Kontrolle der Produktionsprozesse, mit dem Ziel der Sicherung eines einmal festgelegten Qualitätsstandards. Als wichtig gilt zudem sein Drängen auf ständige

<sup>2</sup> Taylors grundlegendes Werk „The Principles of Scientific Management“ wurde erstmals 1911 veröffentlicht.

Verbesserung und insbesondere auf die Normung von Maschinen und Werkzeugen, um alle technischen und ökonomischen Möglichkeiten voll auszuschöpfen (Lerner 1994, S. 25).

Im Unterschied zum Handwerksmodell hing die Qualität von Produkten fortan nicht mehr vom Wissen einzelner Personen ab, sondern orientierte sich an den vom Management vorgegebenen Standards und Normen. Für die Qualitätsprüfung wurden zentrale Inspektionsabteilungen eingerichtet.

*„Im Qualitätsmodell der industriellen Massenfertigung orientiert sich die Qualität der hergestellten Produkte an vom Management festgelegten Standards. [...] Qualität wird hier zu einer Eigenschaft soziotechnischer Systeme und fällt in die ‚Zuständigkeit‘ einer für die ‚Prüfung‘ der Endprodukte eigens eingerichteten Organisationseinheit.“ (Badura und Strodtholz 1998, S. 575)*

Stark verbessert wurde die Qualitätsprüfung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch den Einsatz statistischer Methoden, insbesondere durch die so genannten Stichprobenpläne. Der Amerikaner W.A. Shewhart gilt als Vater der statistischen Qualitätskontrolle, sein 1931 herausgebrachtes Buch „Economic Control of Quality of Manufactured Product“ als Klassiker auf diesem Gebiet. Die von Shewhart entwickelten statistischen Prüfungen erlebten ihren Höhepunkt in den USA während des Zweiten Weltkrieges. Nach dem Krieg kamen seine Methoden zunächst in England und anschließend auf dem Kontinent zur Anwendung (Lerner 1994, S. 26).

Die Entwicklung des Qualitätswesens in den westlichen Industrieländern nach dem Zweiten Weltkrieg war eng verbunden mit den weltwirtschaftlichen Veränderungen und dem fortschreitenden Strukturwandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgüterproduktion. Das Qualitätsverständnis unterlag dabei einem enormen Wandlungsprozess (s.u.). Zugleich wurde mit dem Aufkommen internationaler Handelsorganisationen und der zunehmenden Verflechtung der Weltmärkte das Thema Standardisierung zu einem zentralen Wirtschaftsfaktor. Während bei der frühen Standardisierungswelle Anfang des 20. Jahrhunderts der wissenschaftliche und technologische Fortschritt wichtige Impulse lieferte, lag der Anreiz nun in der Ideologie freier, globalisierter Märkte. Standardisierung wurde als notwendiger Faktor erachtet, um im internationalen Handel erfolgreich zu bestehen (Krislow 1997, zit. n. Timmermans und Berg 2003, S. 12).

In den fünfziger Jahren war Qualität zunächst ein im Wesentlichen technisch geprägter Begriff. Qualitätsbetrachtungen bezogen sich – als Ergebnis tayloristischer Produktionskonzepte – in erster Linie auf den Fertigungsbereich. Qualitätssicherung bedeutete nahezu ausschließlich Endkontrolle von erzeugten Produkten. Eine systematische Feh-

leranalyse und -vermeidung entlang der Wertschöpfungskette fand hingegen nicht statt (Beutler und Langhoff 1997).

Auch die Situation in Deutschland war durch ein statisches, auf die Merkmale des Endproduktes ausgerichtetes Qualitätsverständnis geprägt. In den Unternehmen breiteten sich zunehmend statistische Verfahren zur Qualitätskontrolle nach amerikanischem Vorbild aus (s.o.). Durch Eingangs- und Endkontrollen in der Fertigung wurde allerdings ein hoher Qualitätsstandard erzielt. Die Bezeichnung „Made in Germany“ galt als Synonym für das Wirtschaftswunder und garantierte eine gute Produktqualität (Oess 1993, S. 137). Mit dem 1952 ins Leben gerufenen Ausschuss für technische Statistik (AWF) begann zugleich die Institutionalisierung des Qualitätswesens, die fortan Standards und Normen sowie die Qualitätspolitik der Unternehmen maßgeblich beeinflusste. Die Institution lieferte den Qualitätsprüfern das Fachwissen und das methodisch-instrumentelle Know-how und optimierte die Kontrollverfahren (ebd., S. 137).<sup>3</sup>

In den sechziger Jahren begann sich das Augenmerk stärker auf die Verhütung von Fehlern zu richten, d.h. an die Stelle der nachträglichen Fehlerfeststellung trat die Fehlerverbeugung. In den siebziger Jahren weitete sich zudem die Qualitätssicherung von der Produktion auch auf andere Bereiche (z.B. Entwicklung, Verkauf) aus (Seghezzi 1996, S. 6).

Der eigentliche Paradigmenwechsel im Qualitätswesen begann jedoch erst in den achtziger Jahren. Steigende Produkt- und Prozesskomplexität erforderten eine zunehmend stärkere Integration der Qualitätsprüfung in die Fertigungsprozesse. Die Qualitätssicherung und -verbesserung wurde notwendigerweise mehr und mehr zu einer Querschnittsaufgabe (Beutler und Langhoff 1997). Unter dem Einfluss der Globalisierung sowie steigenden Kundenanforderungen führte dieser Entwicklungsprozess schließlich zur Implementierung durchstrukturierter Qualitätsmanagementsysteme. Im Unterschied zu den japanischen Qualitätskonzepten (s.u.) blieb das Qualitätsverständnis dennoch zunächst weiter statisch-technisch geprägt, und der Blick richtete sich in erster Linie auf die Sicherung und Verbesserung der Ergebnisqualität.

Mit der in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre aufkommenden DIN EN ISO 9000-Normenreihe zur Beschreibung und Bewertung von Qualitätsmanagementsystemen wurde zugleich eine neue Stufe der Standardisierung im Qualitätswesen erreicht (Oess 1993; Seghezzi 1996; Simon 2000; 2001). Beschränkten sich Standards und Normen

---

<sup>3</sup> Aus dem Ausschuss für technische Statistik (AWF) ging 1957 die „Deutsche Arbeitsgemeinschaft für statistische Qualitätskontrolle“ (ASQ) hervor. 1972 entwickelte sich hieraus die „Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V.“ (DGQ) (Oess 1993, S. 137).

zuvor im Wesentlichen auf technische Begriffe, Eigenschaften oder Sachverhalte, wurden mit der ISO 9000-Reihe erstmals Standards und Qualitätskriterien für unternehmensweite Qualitätssysteme formuliert.<sup>4</sup> Um dem hierbei auftretenden Problem Rechnung zu tragen, dass Unternehmensführungssysteme entsprechend den spezifischen Gegebenheiten eines Unternehmens gestaltet sein müssen und daher in Marktwirtschaften nicht normiert werden dürfen, legten die Normungsinstitutionen nur die Anforderungen bzw. Rahmenbedingungen an die Qualitätssysteme fest, nicht aber ihre konkrete Ausgestaltung (Seghezzi 1996, S. 205 f.).

Qualitätsmanagementsysteme (nach DIN EN ISO 9000) sowie Umweltschutzmanagementsysteme (nach DIN EN ISO 14000) haben nachfolgend starken Einfluss auch auf die Entwicklung von Managementsystemen im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz genommen, die seit Mitte der neunziger Jahre auf nationaler und internationaler Ebene diskutiert und entwickelt wurden (s. Kapitel 3.3).

Die ISO 9000-Normenreihe, mit der zugleich der formale Qualitätsnachweis in Form einer Zertifizierung einherging (Seghezzi 1996, S. 222 ff.), verdrängte nach kurzer Zeit vorherige nationale und industriebezogene Normen und gewann zunehmend Einfluss in der Weltwirtschaft. Diese Entwicklung wurde auch darauf zurückgeführt, dass es mit fortschreitender Globalisierung zunehmend wichtig erschien, international einheitliche Anforderungen an Qualitätssysteme zu schaffen. Auch die Europäische Union sorgte für eine schnelle Akzeptanz der Normenfamilie, nicht zuletzt, um mit den USA und Japan auf dem Weltmarkt konkurrieren zu können. Der weitaus größte Anteil ausgestellter Zertifizierungen nach ISO 9000 entfiel denn auch nach den Erhebungen der Internationalen Organisation für Normung (ISO) bis Ende 1997 auf europäische Staaten, und hier wiederum insbesondere auf Deutschland (Glauser 1999, S. 15 f.).<sup>5</sup>

Das zunächst stark industriell geprägte Normenwerk wurde bis heute mehrfach überarbeitet und reformiert, da die ursprünglichen Fassungen – Kritiker sprachen auch von einer Re-Taylorisierung betrieblicher Abläufe – als unverständlich, technokratisch und kleinteilig galten. Darüber hinaus entsprachen die Normen in zunehmendem Maße nicht

---

<sup>4</sup> Das ISO 9000-Normenwerk stammt ursprünglich aus der Weltraum- und Militärtechnik und wurde durch die amerikanische Automobilindustrie weltweit verbreitet. Primäres Ziel war es, die Qualitätssfähigkeit der Zulieferer mit Hilfe einer Norm zu überprüfen. Qualitätsmodelle, die auf die Normenreihe ISO 9000 ausgerichtet sind, gelten heute als die am stärksten verbreiteten Unternehmensführungsmodelle (Seghezzi 1996, S. 204).

<sup>5</sup> Als Auslöser für einen in den neunziger Jahren einsetzenden Zertifizierungs-Boom nach der Norm ISO 9000 gilt die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft. Es wurde befürchtet, dass Unternehmen ohne ein entsprechendes Zertifikat auf dem Weltmarkt nicht mehr mithalten konnten. Gleichzeitig schien ein ISO 9000-Zertifikat ein positives Marketinginstrument in einzelnen Branchen zu sein. Man erhoffte sich von dem Zertifikat einen Vorteil gegenüber der Konkurrenz (Glauser 1999).

mehr den Anforderungen einer modernen Weltwirtschaft und erschwerten den Transfer von der Industrie in den Dienstleistungsbereich (Simon 2001).

In den neunziger Jahren schließlich begann in Europa der stärkere Einbezug des Top-Managements und die Integration des Qualitätsmanagements in unternehmensweite Managementstrategien mit dem Ziel der Business Excellence. Es entwickelten sich organisationsbezogene Qualitätskonzepte – gefördert insbesondere durch das Konzept des Total Quality Management (TQM), das ausgehend von Japan zunächst von der US-amerikanischen und nachfolgend von der europäischen Wirtschaft aufgegriffen wurde (Frehr 1994; Seghezzi 1996, Imai 2002; Zink 2004). Diese heute von vielen Unternehmen favorisierte Qualitätsstrategie stellte im Unterschied zu den traditionellen Qualitätssicherungskonzepten westlicher Industriestaaten eine umfassende und kontinuierliche Qualitätsverbesserung in den Vordergrund, mit der primären Ausrichtung auf die Erwartungen und Bedürfnisse (interner und externer) Kunden und einer zugleich konsequenten Prozessorientierung (s. dazu im Detail Kapitel 2.2.2 und 2.2.3).

Auch in das DIN EN ISO 9000-Normenwerk wurde im Zuge der umfassenden Reform im Jahr 2000 ein entsprechend erweitertes Qualitätsverständnis aufgenommen und damit eine deutliche qualitative Weiterentwicklung in Richtung TQM sowie eine Annäherung an Business-Excellence-Modelle eingeleitet (Simon 2001).

## 2.2.2 Qualitätsentwicklung in Japan

Den Grundstein für die Qualitätsentwicklung in Japan nach dem Zweiten Weltkrieg legten zwei Amerikaner – William E. Deming und Joseph M. Juran –, die in den fünfziger Jahren unabhängig voneinander Erfahrungen und Techniken aus der amerikanischen industriellen Massenfertigung an die Japaner weitergaben. Im eigenen Land fand das Gedankengut der beiden Statistiker zunächst keine Beachtung. Sichtbaren Erfolgen in der japanischen Industrie begegneten amerikanische Manager zunächst mit deutlicher Skepsis. Erst erhebliche Qualitätsverbesserungen japanischer Produkte und Dienstleistungen und der damit einhergehende wirtschaftliche Erfolg führten dazu, dass die Qualitätskonzepte und Instrumente von Deming und Juran ca. 30 Jahre später auch in den USA und nachfolgend in Europa auf Gehör stießen (Bondt 1999; O’Toole und Lawler 2006, S. 50 f.).<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Der 1980 von der NBC ausgestrahlte Film „If Japan Can ... Why Can't We?“, der das Lebenswerk von Deming darstellte, sowie sein Bestseller „Out of the crisis“ (1986) rüttelten die Amerikaner auf und machten Deming in den folgenden Jahren zu einem der gefragtesten Unternehmensberater in Amerika (Bondt 1999).

Vor allem W.E. Demings Theorien bedeuteten in einer industrialisierten, dem Taylorismus verhafteten Weltwirtschaft eine Revolution des Denkens. Eckpfeiler seiner Lehre sind die Prinzipien „Nachhaltigkeit der Ziele“, „System vom umfassenden Wissen“ und „ständige Verbesserung“ (Deming 1982; 1986). Seine Empfehlungen zu einer umfassenden Qualitätsverbesserung fasste Deming in 14 Managementregeln zusammen, die ihrerseits die Basis für die Demingsche Kettenreaktion lieferten. Qualitätsverbesserungen führten Deming zufolge zwangsläufig zu: verbesserter Produktivität, reduzierten Kosten, reduzierten Preisen, steigenden Marktanteilen, gesicherter Position des Unternehmens, Sicherung von Arbeitsplätzen und schließlich Unternehmenserfolg (s. Abb. 1).

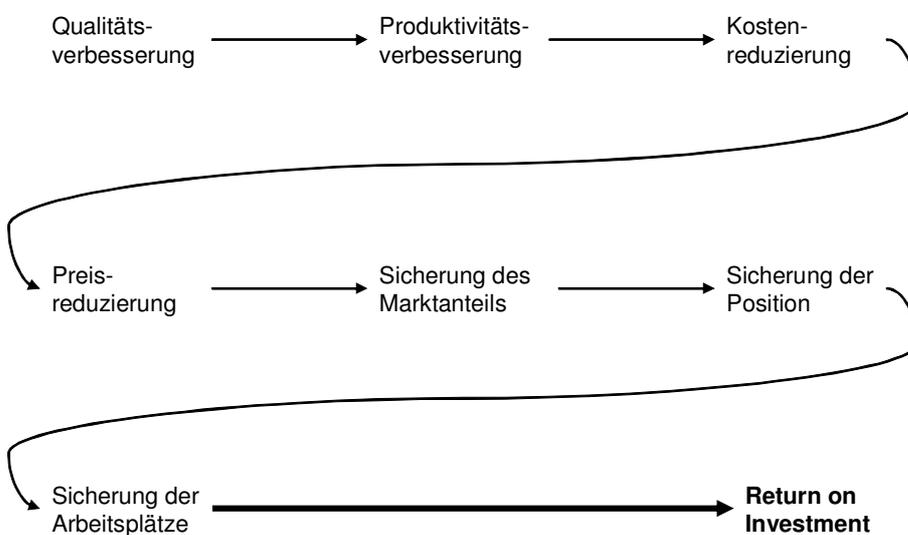


Abb. 1: Kettenreaktion nach Deming

Quelle: Frehr (1994, S. 37)

Deming war von Haus aus Statistiker und betonte daher den Einsatz statistischer Methoden zur Verbesserung der Qualität. Gleichzeitig legte er jedoch hohen Wert auf das Verhalten der Mitarbeiter bezogen auf Kommunikation, Kooperation, freie Meinungsäußerung und ein offenes Klima. Er wird daher auch als „Statistiker mit dem sozialen Gewissen“ bezeichnet (Oess 1993, S. 79).

Eines der wichtigsten Instrumente in Demings auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichteten Qualitätsansatz wurde der PDCA-Zyklus (PDCA = Plan, Do, Check, Act) – ein dynamischer Regelkreis, den er bereits in den fünfziger Jahren in Japan einführte (Imai 2002, S. 39 ff.).<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Der PDCA-Regelkreis wird in der Literatur unterschiedlich als Shewhart-Kreis, Deming-Kreis oder Ishikawa-Kreis bezeichnet.

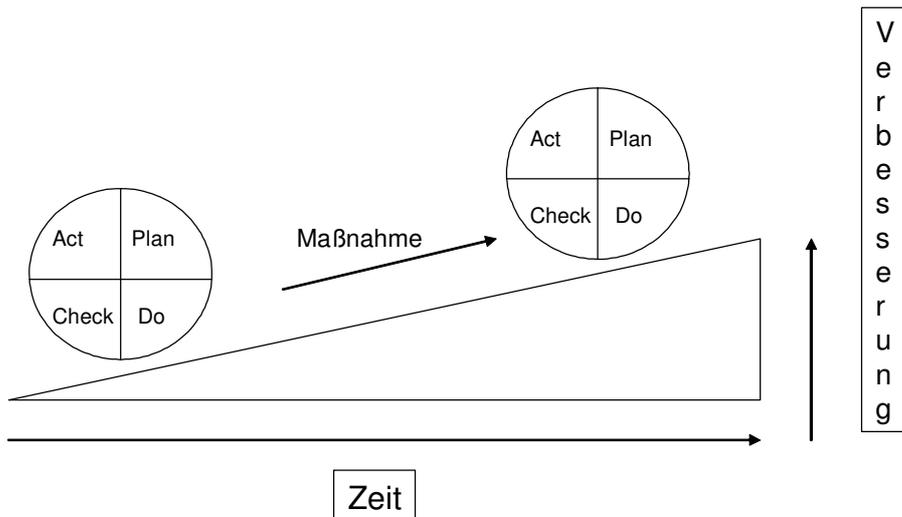


Abb. 2: Kontinuierliche Verbesserung mit Hilfe des PDCA-Zyklus  
 Quelle: Biffli (2003, S. 14)

Jeder Zyklus beginnt auf der Basis einer vorausgegangenen Analyse mit einer Planungsphase, in der die Ziele sowie die Maßnahmen zur Problemlösung festgelegt werden. In der nachfolgenden Ausführungsphase werden die Maßnahmen umgesetzt. In der Überprüfungsphase erfolgen die Bewertung der Ergebnisse und die Prüfung der erreichten Verbesserung. Die abschließende Phase schließlich dient dazu, ausgehend von einer erneuten sorgfältigen Analyse der Ergebnisse, einen neuen Zyklus zu planen (Biffli 2003). Der PDCA-Zyklus findet heute – in verschiedenen Varianten – weltweite Anwendung in der Managementlehre. Er bildet auch das Kernelement des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (s. Kapitel 3.4).

Bereits im Jahr 1951 wurde in Japan durch die Union of Japanese Scientists and Engineers (JUSE) der „Deming-Preis“ eingerichtet und damit zugleich Demings Beitrag für die japanische Qualitätsentwicklung anerkannt. Der Preis sollte an solche Unternehmen vergeben werden, die nachweislich die Lehre Demings und damit das japanische Qualitätsverständnis vorbildlich umsetzen (Glauser 1999, S. 11).

*„The Deming Application Prize is an annual award presented to a company that has achieved distinctive performance improvements through the application of total quality control.“ (Union of Japanese Scientists and Engineers 2006)*

Der zweite Amerikaner, J.M. Juran, kam erstmalig 1953 auf Empfehlung von Deming und auf Einladung der JUSE nach Japan. Neben Deming gilt er als die Person mit dem stärksten Einfluss auf die Entwicklung des Qualitätsgeschehens (Glauser 1999, S. 9). Juran definierte als erster im Zusammenhang mit Qualität den Begriff „fitness for use“ (Juran 1974). Sein Verständnis des „Users“ bzw. „Nutzers“ war dabei weit gefasst, in-

dem er damit zum einen die externen Kunden meinte, d.h. die Käufer eines Produktes sowie die breite Öffentlichkeit. Er fasste darunter zum zweiten die internen Kunden, d.h. alle in die Herstellung eines Produktes eingebundenen Bereiche und Personen. Für das Qualitätsmanagement entwickelte Juran die nach ihm benannte Qualitätstrilogie – ein systematisches Vorgehen basierend auf den drei zentralen Managementprozessen „Qualitätsplanung“, „Qualitätsregelung“ und „Qualitätsverbesserung“ (Juran 1990). Die Qualitätsplanung umfasst dabei die Entwicklung von Produkten und Prozessen zur Erfüllung der Kundenbedürfnisse. Die Qualitätsregelung ist für den Ist-/Soll-Abgleich zwischen aktuellem Qualitätsstand und Qualitätszielen und die Durchführung von Maßnahmen bei Abweichungen verantwortlich. Die Qualitätsverbesserung schließlich hat die Aufgabe, den Verbesserungsbedarf zu ermitteln und den Qualitätsstand auf ein höchst mögliches Niveau zu bringen (Juran 1993). Die dazu jeweils erforderlichen Arbeitsschritte sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

<b>Qualitätsmanagement</b>		
<b>Qualitätsplanung</b>	<b>Qualitätsregelung</b>	<b>Qualitätsverbesserung</b>
Festlegung von Qualitätszielen Identifizierung der Kunden Bestimmung der Kundenbedürfnisse Entwicklung von Produkteigenschaften zur Erfüllung der Kundenbedürfnisse Entwicklung von Prozessen zur Produktion der Produkteigenschaften Entwicklung von Verfahren zur Prozessregelung: Übergabe der Pläne an die Fertigung	Beurteilung des aktuellen Qualitätsstandes Vergleich der aktuellen Qualitätsleistung mit den Qualitätszielen Durchführung der erforderlichen Maßnahmen bei Abweichungen	Überprüfung der Notwendigkeit Einrichtung der Infrastruktur Ermittlung der Verbesserungsprojekte Zusammenstellung von Projektteams Versorgung der Teams mit Ressourcen, Ausbildung und Motivation zur Ermittlung der Ursachen und zur Anregung von Korrekturmaßnahmen Einführung von Kontrollen zur Wahrung des verbesserten Qualitätsstands

Tab. 2: Universelle Prozesse im Qualitätsmanagement  
 Quelle: Juran (1993, S. 28)

Jurans Ideen gaben der japanischen Wirtschaft wichtige Impulse, das Thema Qualität und die Qualitätskontrolle aus der Managementperspektive zu betrachten (Imai 2002, S. 39). Mit seinem Ansatz vermittelte er ein umfassendes Management-Konzept zur Qualitätsverbesserung, das sich allerdings voll und ganz auf das technische System von Unternehmen konzentrierte (Oess 1993, S. 82).

Die Japaner entwickelten das Gedankengut von W.E. Deming und J.M. Juran seit den fünfziger Jahren systematisch weiter. Die Qualitätsphilosophie „Kaizen“ wurde schließlich zum eigentlichen Motor der Qualitätsentwicklung und zum Schlüssel für den wirt-

schaftlichen Erfolg Japans (Imai 2002). Kaizen steht für das Prinzip der ständigen Verbesserung, unter Einbeziehung aller Führungskräfte und Mitarbeiter eines Unternehmens. Nach japanischem Verständnis breitet sich Kaizen wie ein Schirm oder ein Dach über verschiedene Management-Konzepte und Methoden aus (ebd., S. 28 ff.).

Im Unterschied zum Denken westlicher Industrieländer basiert Kaizen auf einem umfassenden Qualitätsverständnis, das durch eine konsequente Mitarbeiterorientierung und eine ebenso konsequente Prozessorientierung gekennzeichnet ist – als notwendige Voraussetzung für eine gute Ergebnisqualität.

*„Im weitesten Sinn ist Qualität etwas, das verbessert werden kann. In diesem Kontext bezieht sie sich nicht nur auf Produkte und Dienstleistungen, sondern auch darauf, wie Menschen arbeiten, wie Maschinen bedient werden und wie man mit Systemen und Richtlinien umgeht. Dieser Qualitätsbegriff beinhaltet alle Aspekte menschlichen Verhaltens. Deshalb ist es auch sinnvoller, über KAIZEN als über Qualität und Produktivität zu reden.“ (ebd., S. 37)*

*„KAIZEN fördert prozeßorientiertes Denken, weil die Prozesse verbessert werden müssen, ehe wir verbesserte Ergebnisse erwarten können. KAIZEN ist aber auch mitarbeiterorientiert und hängt von den Bemühungen der Mitarbeiter ab. Ein scharfer Kontrast zum ergebnisorientierten Denken der meisten westlichen Manager.“ (ebd., S. 48)*

Dem japanischen Verständnis nach setzt Kaizen nicht auf Innovationen im Sinne einmaliger, spektakulärer Veränderungen, sondern auf kleine Schritte in einem kontinuierlichen, nachhaltigen Veränderungsprozess. Die nachfolgende Abbildung fasst das unterschiedliche Qualitätsdenken westlicher Industrieländer und Japans zusammen.

	<b>Kaizen</b>	<b>Innovation</b>
1. Effekt	langfristig und andauernd, aber undramatisch	kurzfristig, aber dramatisch
2. Tempo	kleine Schritte	große Schritte
3. Zeitlicher Rahmen	kontinuierlich und steigend	unterbrochen und befristet
4. Erfolgchance	gleichbleibend hoch	abrupt und unbeständig
5. Protagonisten	jeder Firmenangestellte	wenige „Auserwählte“
6. Vorgehensweise	Kollektivgeist, Gruppenarbeit, Systematik	„Ellbogenverfahren“, individuelle Ideen und Anstrengungen
7. Devise	Erhaltung und Verbesserung	Abbruch und Neuaufbau
8. Erfolgsrezept	konventionelles Know-how und jeweiliger Stand der Technik	technologische Errungenschaften, neue Erfindungen, neue Theorien
9. Praktische Voraussetzungen	kleines Investment, großer Einsatz zur Erhaltung	großes Investment, geringer Einsatz zur Erhaltung
10. Erfolgsorientierung	Menschen	Technik
11. Bewertungskriterien	Leistung und Verfahren für bessere Ergebnisse	Profitresultate
12. Vorteil	hervorragend geeignet für eine langsam ansteigende Wirtschaft	hautsächlich geeignet für eine rasch ansteigende Wirtschaft

Tab. 3: Merkmale von Kaizen und Innovation

Quelle: Imai (2002, S. 58)

Im Bemühen um ständige Verbesserung wurde der PDCA-Zyklus (s.o.) zum Kernelement der japanischen Qualitätsstrategie. Während sich der Regelkreis bei Deming zunächst nur auf die konstante Interaktion zwischen Forschung, Design, Produktion und Verkauf bezog, um ein mit Blick auf den Kunden zufrieden stellendes Qualitätsniveau zu erreichen, wurde das Konzept in Japan zu einem dynamischen, fortlaufenden Prozess weiterentwickelt, mit dem Ziel, auf allen Ebenen des Unternehmens und in allen Situationen Verbesserungen zu erzielen (Imai 2002, S. 108 ff.).

Standards spielen in diesem Kontext eine zentrale Rolle. Definierte Standards beschreiben dem japanischen Verständnis zufolge jedoch keinen endgültig erreichten Zustand, sondern sind lediglich der Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen.

*„Wo es keinen Standard gibt, gibt es auch keine Verbesserung. Der Ausgangspunkt jeder Verbesserung ist es, genau zu wissen wo man steht. Für jeden Arbeiter, für jede Maschine und für jeden Prozess muß es einen genauen Standard geben.“ (Imai, 2002, S. 126)*

Standards dienen der Stabilisierung neuer Arbeitsprozesse sowie als Basis für die Entwicklung neuer, noch besserer Standards. Bei der Anwendung des PDCA-Zyklus wird

der Einsatz von Standards als unerlässlich angesehen. Der Prozess der Stabilisierung und Standardisierung wird dabei auch SDCA-Kreis genannt (SCDA = Standardize-Do-Check-Act). Erst wenn dieser Zyklus funktioniert, setzt der PDCA-Zyklus und damit der Verbesserungsprozess ein (ebd., S. 112 f.).

Beeinflusst von der Kaizen-Philosophie sind verschiedene Managementstrategien und Konzepte bekannt geworden, unter Begrifflichkeiten wie Lean Management, Kamban, Just-in-Time, Total Productive Maintenance. Hervorgegangen aus der Kaizen-Philosophie ist jedoch vor allem die Qualitätsstrategie des Total Quality Management, die im folgenden Kapitel – nicht zu letzt aufgrund der engen Wahlverwandtschaft mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement – näher beleuchtet werden soll.

### 2.2.3 Total Quality Management

Total Quality Management (TQM), in Japan besser bekannt und verbreitet unter den Begrifflichkeiten „Total Quality Control“ (TQC) oder „Company Wide Quality Control“ (QWQC), bezeichnet eine organisationsweite, auf Qualität ausgerichtete Managementstrategie, die über die Konzepte und Instrumente der Qualitätssicherung und Qualitätslenkung sowie die DIN ISO-Normen 9000 (s.o.) deutlich hinausgeht (Ishikawa 1985; Frehr 1994; Seghezzi 1996, Imai 2002; Zink 2004).<sup>8</sup>

Entsprechend der Kaizen-Philosophie steht auch im TQM das Streben um ständige Verbesserung im Vordergrund und richtet sich der Blick vor allem auf die internen und externen Kunden und die Prozesse. Der Mensch gilt – in seiner Rolle als Führungskraft oder Mitarbeiter – als entscheidender Erfolgsfaktor für TQM, indem er Verantwortung für die Qualität der Arbeitsprozesse trägt. Voraussetzung für ein hohes Qualitätsbewusstsein und ein entsprechendes Verhalten sind zum einen die „weichen“ Faktoren einer Organisation wie „Führung“, „Unternehmenskultur“ und „Betriebsklima“. Erfolg-relevant sind darüber hinaus aber auch „harte“ Faktoren, insbesondere gut strukturierte, standardisierte Prozesse und Verfahren, getragen von Strukturen sowie einer klaren Unternehmenspolitik und Strategie (Seghezzi 1996, S. 215 f.).

Die eindeutige Prozessorientierung von TQM steht im klaren Gegensatz zu einer anderen, in westlichen Industrieländern häufig eingesetzten Managementstrategie – der Stra-

---

<sup>8</sup> Bei der Entstehung der TQC-Bewegung in Japan spielte K. Ishikawa eine entscheidende Rolle, ebenso wie bei der Entwicklung und Verbreitung des Qualitätszirkelkonzeptes. Seine Managementlehre umfasst im Wesentlichen sechs Elemente: Quality first (Qualität ist Aufgabe der Unternehmensleitung), Conformance to customers requirements, Einbeziehung aller wichtigen betrieblichen Funktionen, kontinuierliche Verbesserung, Einbeziehung aller Ebenen, Berücksichtigung des sozialen Systems (Ishikawa 1985).

ategie des Management by Objectives (MbO). Kennzeichnend für diesen Ansatz ist im Unterschied zu TQM die konsequente Ausrichtung auf Ziele. Der Grad der Zielerreichung wird durch einen Ist-Soll-Abgleich zwischen den tatsächlich erreichten Ergebnissen (Ist-Wert) mit den ursprünglichen angestrebten Zielen (Soll-Wert) überprüft (Brown und Laurence 1993, zit. n. Jaster 1997, S. 17). Als wesentliche Merkmale des MbO gelten: Vorrangigkeit der Ziele als Steuerungsinstrumente arbeitsteiliger Organisation, Partizipation der Mitarbeiter bei der Zielbildung, regelmäßige Zielüberprüfung und Zielanpassung sowie Qualitätskontrolle und -bewertung durch einen Soll-/Ist-Vergleich (Jaster 1997, S. 17).

Im Vergleich dazu lassen sich die Merkmale von TQM in folgenden sechs Punkten zusammenfassen (Seghezzi 1996, S. 214):

1. Die Firma richtet sich auf die Erfüllung aller Anspruchsgruppen, insbesondere ihrer Kunden und der Öffentlichkeit aus.
2. Fehler werden als Lernquelle angesehen, ihre Folgen werden kurzfristig eliminiert. Bei sich wiederholenden Tätigkeiten wird versucht, alle Fehler zu vermeiden (Null-Fehler-Prinzip).
3. Unter dem Motto „Ständig besser werden“ laufen Verbesserungsaktionen der verschiedensten Art, unter Einbeziehung aller Mitarbeiter.
4. Qualitätsverantwortung trägt jeder; Arbeiten in Prozessen erfolgt nach dem Prinzip des internen Kunden/Lieferanten; Ergebnisse werden gemessen.
5. Die traditionellen Stärken eines Unternehmens und die Erfolgspositionen werden in das Konzept einbezogen.
6. TQM muss von der Geschäftsleitung geführt werden. Mit einem gut strukturierten Vorgehen werden alle Führungskräfte und Mitarbeiter einbezogen. Systeme, Strukturen und Abläufe, Firmenkultur und Lernverhalten unterstützen die Aktivitäten.

Um das Qualitätsbewusstsein aller Mitarbeiter zu stärken und sie in die kontinuierlichen Verbesserungsprozesse unmittelbar mit einzubeziehen, spielte im japanischen TQM das Qualitätszirkel-Konzept von Anfang an eine wichtige Rolle (Ishikawa 1985, Imai 2002). Grundlegendes Prinzip der Qualitätszirkel ist es bis heute, dass die Beschäftigten im Rahmen von Kleingruppen Probleme am Arbeitsplatz identifizieren und analysieren sowie Vorschläge zur Problemlösung entwickeln.

In Deutschland wurden Qualitätszirkel erstmalig Anfang der achtziger Jahre eingesetzt (Antoni 1990, 1992; Bungard und Wiendieck 1986; Bungard 1992).<sup>9</sup> Vorrangiges Ziel war es, dem Geheimnis des japanischen Wirtschaftserfolges auf die Spur zu kommen, wobei jedoch die Zirkelbewegung in Japan vor dem Hintergrund einer anderen Gesellschaft, einer anderen Unternehmenskultur und auch eines anderen Qualitätsverständnisses entstand. Die anfängliche Euphorie um dieses Instrument verflieg daher relativ schnell, und Qualitätszirkel spielten weder im Rahmen von Qualitäts- noch von Rationalisierungsstrategien des Managements eine zentrale Rolle (Antoni 1996). Erst in den neunziger Jahren, im Zuge der Auseinandersetzung mit umfassenden, organisationsbezogenen Qualitätskonzepten (s.o.), gewann das Qualitätszirkel-Konzept in Deutschland wieder an Bedeutung.<sup>10</sup>

Eine der tragenden Säulen von TQM ist dem japanischen Verständnis nach die Standardisierung. Für jeden Arbeitsprozess müssen klare Standards vorliegen – als notwendiges Instrument zur permanenten Überprüfung und Verbesserung der Qualität. Dabei werden nicht für jeden einzelnen Arbeitsschritt Standards formuliert, sondern lediglich entscheidende Abläufe standardisiert und damit messbar gemacht. Aufgabe des Managements ist es, die Standards festzulegen und dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter nach diesen Standards arbeiten. Aufgabe des Managements ist es zudem, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass bestehende Standards permanent hinterfragt und durch neue, bessere Standards ersetzt werden (Imai 2002, S. 126 f.).

Ausgehend von Japan kommt TQM heute weltweit in Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen in unterschiedlichen Umsetzungsmodellen zum Einsatz (z.B. Frehr 1994; Spörkel et al. 1995; Zink 2004). Das amerikanische Umsetzungsmodell des TQM-Konzeptes, das zugleich die Basis für den 1988 von Präsident Ford ins Leben gerufenen Malcom Baldrige National Quality Award (MBNQA) lieferte, basiert auf insgesamt sieben, nach Punkten gewichteten Kategorien: „Führung“, „Information und Analyse“, „Strategische Qualitätsplanung“, „Entwicklung und Management von Humanressourcen“, „Prozess-Management“, „Geschäftsergebnisse“ sowie „Kundenzufriedenheit“ (Nakhai und Neves 1994).

---

<sup>9</sup> In Deutschland setzten Mitte der achtziger Jahre von den 100 größten deutschen Unternehmen 40% Qualitätszirkel ein, weitere 15% planten dieses (Bungard und Antoni 1986).

<sup>10</sup> Im Gesundheitswesen kamen Qualitätszirkel ebenfalls in den achtziger Jahren erstmalig zum Einsatz, zunächst in der stationären Versorgung, später auch im Bereich der niedergelassenen Ärzte (Bahrs 2001). Sie wurden darüber hinaus auch in der Gesundheitsförderung erfolgreich erprobt (Bahrs et al. 2000). Im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde dieses Konzept in der modifizierten Form der Gesundheitszirkel aufgegriffen (Müller et al. 1997; s. auch Kapitel 3.2).

Eine amerikanische Variante von TQM ist Six Sigma, ein datenorientiertes Qualitätsmanagementsystem, das in den achtziger Jahren zunächst bei Motorola entwickelt und später vor allem bei General Electric mit großem Erfolg eingesetzt wurde (Töpfer 2004; Magnusson et al. 2004).<sup>11</sup> Ziel von Six Sigma ist es, durch konsequente und systematische Verbesserungen möglichst fehlerfreie Geschäftsprozesse zu erreichen. Die Qualitätsanforderungen werden dabei grundsätzlich aus der Kundenperspektive formuliert. Im Unterschied zu TQM geht Six Sigma von der Annahme aus, dass jeder Geschäftsprozess eines Unternehmens als eine mathematische Funktion darstellbar ist und alle prozessrelevanten Parameter messbar und damit quantifizierbar sind. Zur Umsetzung von Six Sigma-Projekten in Unternehmen bedarf es festgelegter Strukturen, Teams mit klar definierten Rollen und Aufgaben sowie der Durchführung eines standardisierten Regelkreises DMAIC (D = Define, M = Measure, A = Analyse, I = Improve, C = Control) (Rehbehn und Yurdakuhl 2003, S. 95 ff.).

Das europäische Umsetzungsmodell von TQM ist das Ende der achtziger Jahre von der European Foundation for Quality Management<sup>12</sup> entwickelte EFQM-Modell (EFQM 1995, 2003; Zink 2004).<sup>13</sup> Das Modell war ebenfalls – als europäische Antwort auf den japanischen Deming-Preis und den amerikanischen MBNQA – Grundlage für einen Qualitätspreis. Der European Quality Award (EQA) wurde erstmals 1992 in Madrid von der Kommission der Europäischen Union gemeinsam mit der European Organization for Quality (EOQ) und der EFQM vergeben (vgl. Seghezzi 1996, S. 216 ff.). Auf nationaler Ebene knüpft der Ludwig-Erhard-Preis, der seit 1997 einmal pro Jahr verliehen wird, an die internationalen Auszeichnungen an (ILEP 2007).

Das EFQM-Modell gilt im Vergleich zu seinen japanischen und amerikanischen Schwestermodellen als klarer strukturiert (Seghezzi 1996, S. 217). Darüber hinaus wird es mit den Kategorien „Mitarbeiterorientierung“ und „Mitarbeiterzufriedenheit/Mitarbeiterergebnisse“ gegenüber dem amerikanischen Modell als stärker mitarbeiterbezogen angesehen. Zudem hat sich das EFQM-Modell, im Unterschied zum amerikanischen MBNQA, von Beginn an nicht nur auf die Strukturen und Prozesse konzentriert, sondern zugleich auch die Ziele und Ergebnisse in den Blick genommen (Zink 2004, S. 70).

---

<sup>11</sup> Der Begriff „Six Sigma“ entstammt der Statistik und steht für Null-Fehler-Qualität.

<sup>12</sup> Die European Foundation for Quality Management wurde 1988 von 14 führenden europäischen Unternehmen als gemeinnützige Organisation auf Mitgliederbasis gegründet. Bis Januar 2003 waren ca. 800 Organisationen aus den meisten europäischen Ländern und den meisten Tätigkeitsbereichen Mitglied (EFQM 2003).

<sup>13</sup> Das Modell fungiert in Europa unter unterschiedlichen Bezeichnungen, so z.B. in der Schweiz unter Euro-TQM-Modell.

In der Grundstruktur werden zwei grundsätzliche Kriterienbereiche unterschieden (s. Abb. 3): der Bereich „Befähiger“ (Enablers) und der Bereich „Ergebnisse“ (Results). Von den insgesamt neun, unterschiedlich gewichteten Kategorien beziehen sich fünf – „Führung“, „Mitarbeiterorientierung“, „Politik und Strategie“, „Ressourcen“ und „Prozesse“ – auf den Bereich der Befähiger eines Unternehmens. Vier Kategorien – „Kundenzufriedenheit“, „Mitarbeiterzufriedenheit“, „Auswirkungen auf die Gesellschaft“ und „Geschäftsergebnisse“ – bilden den Bereich der Ergebnisse ab. Zum Jahr 2000 sind die Kategorien des EFQM-Modells überarbeitet bzw. erweitert worden. Das Kriterium „Ressourcen“ wurde dabei um „Partnerschaften“ ergänzt. Die Ergebnisseite wurde begrifflich neutraler gefasst, indem aus „Kundenzufriedenheit“ „Kundenergebnisse“, aus „Mitarbeiterzufriedenheit“ „Mitarbeiterergebnisse“, aus „Auswirkungen auf die Gesellschaft“ „gesellschaftsbezogene Ergebnisse“ und aus „Geschäftsergebnisse“ „Schlüssel-ergebnisse“ wurden (Zink 2004, S. 68 ff.).

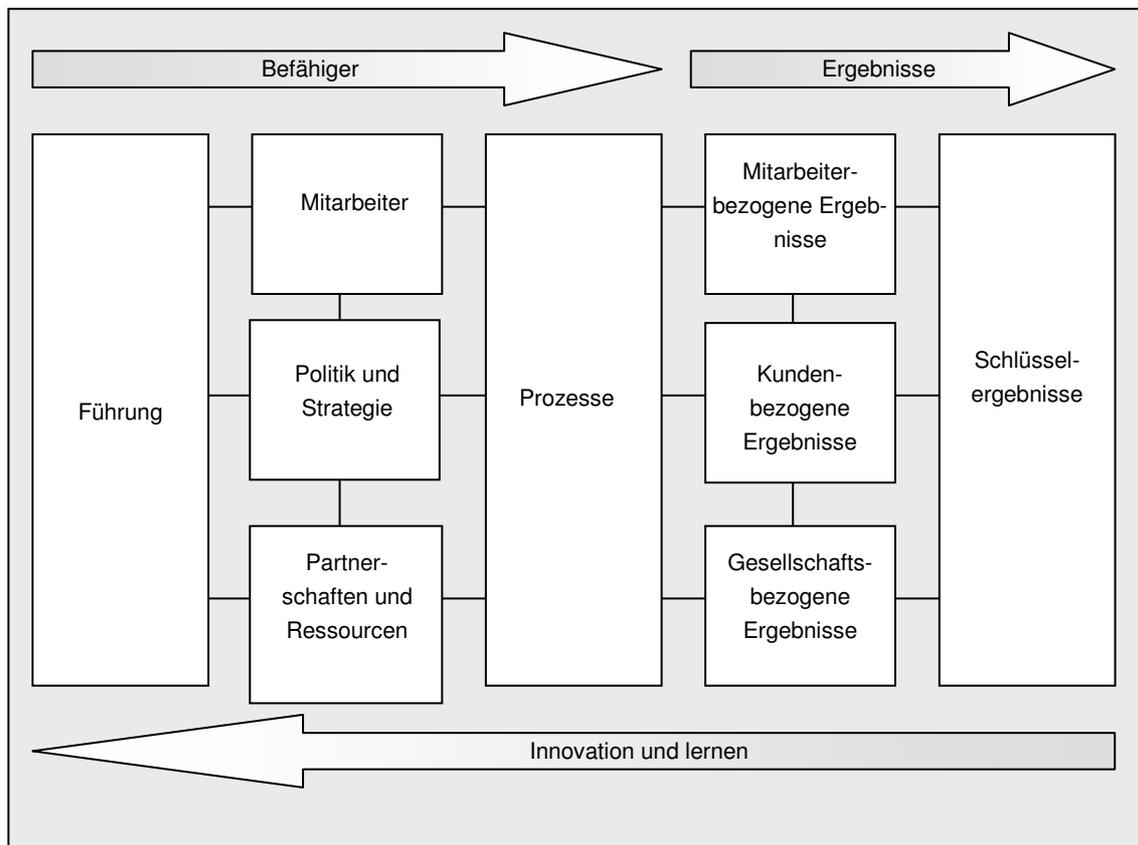


Abb. 3: Das EFQM-Modell

Quelle: EFQM (2003)

TQM und seine Umsetzungsmodelle haben nicht nur das Qualitätsgeschehen in der Industrie maßgeblich beeinflusst, sondern in jüngerer Zeit auch zunehmend Einzug in das Gesundheitswesen, insbesondere in die stationäre Versorgung gehalten (z.B. Jaster

1997; Möller et al. 2003). Im Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde das EFQM-Modell zu einem maßgeblichen Qualitätsmodell einzelner Krankenkassen (s. Kapitel 3.2).

Für das in der vorliegenden Arbeit betrachtete Betriebliche Gesundheitsmanagement besitzt TQM eine zentrale Bedeutung. Die Prinzipien von TQM und Betrieblichem Gesundheitsmanagement lassen eine enge Wahlverwandtschaft erkennen – sowohl in der zugrunde liegenden Konzeption als auch in der Methodik und im Vorgehen (Badura 2004a).

Ebenso wie im TQM stehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement die Menschen respektive die Mitarbeiter im Mittelpunkt der Betrachtung. Während es im TQM vor allem um die Qualität ihrer Arbeitsleistung geht, geht es im Betrieblichen Gesundheitsmanagement in erster Linie um die Gesundheit der Beschäftigten, als maßgebliche Voraussetzung für hohe Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft (ebd., S. 2). Beiden Konzepten gemeinsam sind eine ganzheitliche, auf die gesamte Organisation ausgerichtete Betrachtungsweise und die Ausrichtung auf intangible Unternehmensfaktoren wie Kultur, gemeinsame Werte/Normen und Klima.

*„Eine weitere wichtige Übereinstimmung zwischen TQM und BGM liegt in der zentralen Bedeutung, die dem Vertrauen innerhalb einer Organisation für ihre ökonomische und soziale Funktionsfähigkeit zugewiesen wird. Aufwendungen für die Kontrolle der Mitarbeiter lassen sich durch Vertrauen drastisch reduzieren. Im BGM-Ansatz wird unterstellt, dass die Pflege guter sozialer Beziehungen auf der Basis gegenseitigen Vertrauens Ängste und Hilflosigkeitsgefühle reduziert und die Kreativität, Flexibilität und Risikobereitschaft der Mitarbeiter fördert.“ (ebd., S. 4)*

Darüber hinaus besteht zwischen TQM und Betrieblichem Gesundheitsmanagement eine große Übereinstimmung in der auf ständige Verbesserung ausgerichteten Prozessorientierung. Während im TQM die kontinuierliche Verbesserung der Qualität von Arbeitssystemen und Arbeitsprozessen im Vordergrund steht, geht es im Betrieblichen Gesundheitsmanagement primär um die kontinuierliche Verbesserung des gesundheitlichen Befindens der Beschäftigten. Grundlage ist in beiden Fällen die Anwendung eines Regelkreises, bestehend aus der zyklischen Abfolge von Diagnose, Planung, Durchführung und Steuerung von Interventionen und Evaluation (ebd., S. 3.). Der Standardisierung der Prozesse kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu – als Voraussetzung für ein systematisches Handeln sowie als Maßstab zur Prüfung und Verbesserung der Qualität des Handelns.

## 2.3 Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen

Im deutschen Gesundheitswesen hat das Thema Qualität, vergleichbar mit anderen Industrienationen, in den vergangenen Jahren eine wachsende Bedeutung erlangt. Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität werden heute von allen Seiten – Politik, Wissenschaft, Versorgungspraxis, Versicherte und Patienten – als vordringliche Aufgabe im Bemühen um mehr Bedarfsgerechtigkeit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens erachtet. Als relevante Bestimmungsfaktoren für diese Entwicklung gelten in erster Linie:

- ansteigende Kosten bei gleichzeitiger Verknappung der finanziellen Ressourcen,
- Qualitätsdefizite in der Versorgung (Über-, Unter- und Fehlversorgung),
- Rasanzen der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung sowie eine daraus resultierende Intransparenz des Leistungsgeschehens,
- ein nicht ausreichender Beleg über die Angemessenheit, Wirksamkeit und Zuverlässigkeit zahlreicher Diagnose- und Therapiemethoden.

Forderungen nach einem Mehr an Qualität haben dazu geführt, dass ursprünglich aus der Industrie stammende Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung sowie umfassende Qualitätsmanagementansätze wie Total Quality Management (s. Kapitel 2.2.3) nach und nach in unterschiedliche Bereiche des Versorgungsgeschehens – Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ambulante Praxen – Einzug gehalten haben und dort zunehmend als wichtiger Wettbewerbsfaktor erachtet werden (z.B. Spörkel et al. 1995; Jaster 1997; Ollenschläger 2001; Kaltenbach 1993; Möller et al. 2003). In diesem Kontext haben auch medizinische Leitlinien in der stationären und ambulanten Versorgung seit den achtziger Jahren eine wachsende Bedeutung erlangt (s. Kapitel 2.4).

Im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung wird das Thema Qualität seit Beginn der neunziger Jahre ebenfalls breit diskutiert. Bemühungen zur Bewertung und Verbesserung der Qualität haben seitdem deutlich zugenommen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001). Wenngleich in der Fachwelt noch kein grundlegender Konsens über die anzustrebenden Qualitätsziele besteht und keine einheitlichen Standards zur Zielerreichung vorliegen (Kliche et al. 2004), zeichnen sich dennoch konvergierende Linien hinsichtlich effektiver Qualitätsstrategien ab. Aus der Praxis wird inzwischen über zahlreiche positive Beispiele zur Einführung von Methoden und Instrumenten der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements berichtet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001, S. 169 ff.). Erfolgversprechende Ansätze und Konzepte finden sich vor allem im Setting Arbeitswelt (s. Kapitel 3).

Die deutsche Gesetzgebung hat das Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen erstmalig mit der Gesundheitsreform 1988 aufgegriffen und mit dem Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1992 präzisiert. Demnach ist Qualitätssicherung für die ambulante und die stationäre Versorgung Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltungen (Hoffacker 1995). Pflichten, Organisationen und Verfahren der Qualitätssicherung sind insbesondere im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) durch die §§ 135-139 („Sicherung der Qualität der Leistungserbringer“) geregelt. Die Regelungen betreffen vor allem die kurative Versorgung. Für die Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung gelten die Bestimmungen nach § 20 SGB V. Die gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen des SGB V umfassen Begründungen zu den Handlungspflichten der Leistungserbringer, Regelungen zu den Organisationen, in denen die gemeinsame Selbstverwaltung über Qualitätssicherungsmaßnahmen berät und entscheidet, sowie bereichsspezifische Konkretisierungen zur Qualitätssicherung bezogen auf Ziele, Verfahren und Beteiligungen. Zu diesen öffentlich-rechtlichen Standards kommen privatrechtliche normierte Verfahren sowie ärztliche Standards und Leitlinien hinzu, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden, privaten Leistungserbringern etc. erstellt werden (Hart und Francke 2001; s. Kapitel 2.4).

Als organisatorische Strukturen der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen sind in erster Linie folgenden Institutionen zu nennen: die Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V), die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) und die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) (Hart und Francke 2001).<sup>14</sup> Im Zuge der Gesundheitsreform 2004 wurde darüber hinaus im Juni 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) als fachlich unabhängige Einrichtung gegründet mit dem Ziel, die Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen zu stärken. Die primären Aufgaben des IQWiG bestehen nach § 139a SGB V darin, den medizinischen Nutzen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit von Versor-

---

<sup>14</sup> Aufgabe der Bundesausschüsse ist es, durch Richtlinien (nach § 92 SGB V) das Maß für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu konkretisieren. In der ÄZQ koordinieren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer ihre Aktivitäten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung, insbesondere die Anerkennung ärztlicher Leitlinien (s. Kapitel 2.4). Die AQS, ein Zusammenschluss aus Bundesärztekammer, kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft sowie Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Berufsorganisation der Krankenpflege, stimmt die Ziele und Arbeitsprogramme der Qualitätssicherung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ab. Die von der AQS nach § 137b SGB V wahrgenommenen Aufgaben wurden allerdings inzwischen dem gemeinsamen Bundesausschuss übertragen, um die Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst einheitlich und sektorenübergreifend zu regeln (Hart und Francke 2001, S. 137 ff.).

gungsleistungen wissenschaftlich zu bewerten sowie für die Versicherten und Patienten transparente Informationen zur Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu erstellen. Der Schwerpunkt liegt auf der Bewertung von Arzneimitteln, Diagnose- und Therapieverfahren sowie Behandlungsleitlinien (IQWiG 2007).

Bei aller Aktualität der Qualitätsdebatte ist festzuhalten, dass die Beschäftigung mit dem Thema Qualität und in diesem Kontext auch mit Standards im Gesundheitswesen keineswegs neu ist. Frühe Qualitätsbemühungen und Standardsetzungen konzentrierten sich dabei zunächst nahezu ausschließlich auf die Verbesserung der Strukturqualität, wie z.B. die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und weiterem medizinischen Personal, sowie die medizinisch-technische Ausstattung der Krankenhäuser (Badura und Strodtholz 1998).

Als ein früher, wichtiger Meilenstein für die Qualitätsentwicklung durch Standardsetzung im Gesundheitswesen gilt das Entstehen komplexer, mit neuen Technologien ausgerüsteter und auf der Basis wissenschaftlicher Prinzipien arbeitender Krankenhäuser. Die Wurzeln moderner Krankenhäuser sind bereits im 19. Jahrhundert in der deutschen Medizin zu finden. Jedoch erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts setzte ausgehend vor allem von den USA eine starke Krankenhaus-Standardisierungsbewegung ein. Angetrieben durch den medizinisch-technischen Fortschritt aber auch durch den Wunsch nach einer verbesserten Effizienz und Kontrolle, wurden Qualitätsstandards im Sinne von Minimalanforderungen formuliert, die jedes Krankenhaus fortan zu erfüllen hatte. Die Standards bezogen sich im Wesentlichen auf folgende Strukturelemente: die Ausstattung von Operationssälen und Untersuchungslaboratorien, die Leichensektion, Schulungsprogramme und Sicherheitsaspekte, vor allem aber auch auf eine standardisierte patientenorientierte Falldokumentation (Timmermans und Berg 2003, S. 30 ff.).

Als weiterer Meilenstein für die Qualitätsentwicklung durch Standardisierung ist das Aufkommen medizinischer Leitlinien in den späten achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts anzusehen. Mit der Entwicklung von Leitlinien wurde der Blick erstmalig nicht mehr allein auf die Qualität der Strukturen, sondern auch auf die Qualität der Arbeitsabläufe und Prozesse gelenkt, als Voraussetzung für gute Ergebnisse. Damit gerieten zugleich die Inhalte medizinischer Arbeit und das konkrete Handeln der Ärzte auf den Prüfstand (Timmermans und Berg 2003). Darüber hinaus spielten Leitlinien eine wichtige Rolle bei der Verbreitung und praktischen Umsetzung des Konzeptes der evidence-based-medicine, d.h. im Bemühen um ein rational begründetes Handeln unter Nutzung der jeweils bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz (Lauterbach 1998; Ollenschläger et al. 1998a; Timmermans und Berg 2003; s. auch Kapitel 2.4).

Gebahnt wurde diese Entwicklung durch eine Reihe namhafter, vorwiegend britischer und amerikanischer Wissenschaftler. Als Gründungsväter der evidence-based-medicine gelten insbesondere Archibald Cochrane sowie David Sackett und John Wennberg. Der englische Medizinsoziologe A. Cochrane (1972) konzentrierte sich in seiner Forschung vor allem auf die epidemiologische Wirksamkeitsprüfung medizinischer Interventionen – mit dem Ziel, den übermäßigen Einsatz medizinischer Interventionen mit fragwürdiger Evidenz einzudämmen. Methodisch setzte er dazu auf die Durchführung randomisierter klinischer Kontrollstudien, d.h. auf ein experimentelles Design unter Idealbedingungen („efficacy-Prüfung“) (vgl. Badura et al. 1995, S. 15 ff.).

Der Epidemiologe D. Sackett lieferte zusammen mit A. Cochrane und A. Feinstein zahlreiche methodische Beiträge zur Datenanalyse aus randomisierten Kontrollstudien und legitimierte die klinische Epidemiologie als Fundament der evidenzbasierten Medizin (Sackett et al. 1997). Der amerikanische Epidemiologe J. Wennberg und seine Mitarbeiter kamen während ihrer jahrzehntelangen Forschungsbeobachtungen zu dem Ergebnis, dass je nach geografischer Region erhebliche Varianzen in der medizinischen Versorgung bestehen (Wennberg und Gittelsohn 1973). Die Variationen in der Behandlung bei ein und derselben Indikationsstellung konnten dabei nicht allein durch den Zufall erklärt werden, sondern wurden vielmehr auf unzureichendes medizinisches Wissen, individuelle Behandlungsvorlieben der Ärzte, ein überzogenes Vertrauen in nicht genügend abgesicherte diagnostische Verfahren sowie Ungleichheiten im Versorgungssystem zurückgeführt. Einer der Lösungsvorschläge von Wennberg zur Überwindung dieses Problems war es, für spezifische Interventionen, wie z.B. Brustamputationen, eine evidenzbasierte Grundlage in Form klinischer Leitlinien zu schaffen (vgl. Timmermans und Berg 2003, S. 14 f.).

Wichtige Impulse für die Qualitätsentwicklung lieferte darüber hinaus der amerikanische Mediziner und Public Health-Experte Avedis Donabedian (1966; 1980). Im Unterschied zu Cochrane, der sich auf die epidemiologische Wirksamkeitsprüfung medizinischer Interventionen unter Idealbedingungen konzentrierte, ging es Donabedian in erster Linie um die „effectiveness-Prüfung“, d.h. die Qualitätsbeurteilung von Interventionen unter Alltags- bzw. Realbedingungen (vgl. Badura 1999, S. 25 f.). Er war einer der ersten, der auf das (mögliche) Auseinanderfallen zwischen Qualitätsansprüchen in der modernen Medizin und der realen Qualität in der Routineversorgung hingewiesen hat. Donabedian vertrat darüber hinaus sehr früh die These, dass Qualitätsbeurteilungen und Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen nicht nur einer Betrachtung der Ergebnisse (Endpunkte) bedürfen, sondern eine Bewertung des gesamten Leistungsgeschehens voraussetzen, und die Ergebnisorientierung von Cochrane deshalb nur einen ersten Schritt in die richtige Richtung bedeutete (ebd., S. 25 f.). Im Vordergrund seines

Forschungsinteresses stand dabei vor allem die Prüfung und Verbesserung der Prozessqualität innerhalb der Dienstleistungsproduktion:

*„In any system of monitoring, the measurement of outcome is only the first step. ... In order to take corrective action, one must dig back into the processes that led to unwanted outcomes.” (Donabedian 1980, S. 121)*

Die Förderung der Prozessqualität war für ihn zugleich eng verbunden mit einem streng regelgeleiteten Handeln („normative behaviour“). Sein Verständnis von Qualität orientierte sich hierbei an Regeln und Standards der medizinischen Profession. Qualitätsentwicklung bedeutete für Donabedian die Annäherung von Entscheidungen im Behandlungsprozess an den von den Meinungsführern der eigenen Profession vorgegebenen Normen (Badura 1999, S. 27). Mit der Konzentration auf das klinische Handeln von Ärzten und auf naturwissenschaftlich begründete Standards und Leitlinien traten bei ihm allerdings die Ziele und Ergebnisse einer Behandlung in den Hintergrund, ebenso wie die für gute Qualität erforderlichen sozialen und emotionalen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten sowie die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und den am Behandlungsprozess beteiligten nichtärztlichen Berufsgruppen (ebd., S. 27 f.).

Donabedians Forschungen und Erkenntnisse haben weit über die Medizin hinaus Einfluss genommen und waren auch für die Qualitätsverbesserung in anderen Bereichen personenbezogener Dienstleistungen von großem Nutzen. Seine Unterscheidung in die Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und das dazu zugrunde gelegte Kausalmodell sind auch für das in der vorliegenden Arbeit behandelte Betriebliche Gesundheitsmanagement von großer Relevanz: Strukturen bedingen Prozesse und diese wiederum bedingen Ergebnisse. D.h. eine hohe Strukturqualität ist Voraussetzung für eine hohe Prozessqualität, und diese wiederum ist erforderlich für eine hohe Ergebnisqualität (ebd., S. 29).

Im folgenden, abschließenden Teil dieses Kapitels wird der Fokus auf medizinische Leitlinien gerichtet. Leitlinien kommt in der vorliegenden Dissertation eine besondere Bedeutung zu. Zum einen stellen sie den originären Beitrag der Medizin zur Absicherung des eigenen Handelns und zur Förderung einer evidenzbasierten Qualitätsentwicklung dar. Zum zweiten sind Leitlinien ein Musterbeispiel für Prozessstandards im Dienstleistungsbereich. Vor diesem Hintergrund kommt ihnen eine Vorbildfunktion für die erarbeitete Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement (s. Kapitel 5 und 6) zu.

## 2.4 Qualitätsentwicklung durch Prozessstandards am Beispiel medizinischer Leitlinien

Prozessstandards in Form von Leitlinien spielen im Gesundheitswesen weltweit eine zunehmend wichtige Rolle. Leitlinien gelten gemeinhin als zentraler Beitrag der Medizin zur Sicherung und Förderung der Qualität in Diagnostik und Therapie. Zugleich werden Leitlinien unter allen Standardisierungsbemühungen in der Medizin des 20. Jahrhunderts als direktester und weitestgehender Versuch angesehen, um das Handeln von Ärzten und anderen Berufsgruppen in der gesundheitlichen Versorgung auf den Prüfstand zu stellen und mit Blick auf eine verbesserte Qualität und Wirtschaftlichkeit zu vereinheitlichen und festzulegen (Hart 2000; Nagel und Fuchs 1997; Timmermans und Berg 2003).<sup>15</sup>

Laut Definition sind Leitlinien „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Versorgung bei speziellen gesundheitlichen Problemen“ (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997) bzw. „systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über zweckdienliche Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen klinischen Umständen zu unterstützen“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2001; Field und Lohr 1990). Darüber hinaus sollen Leitlinien wissenschaftlich begründete (Evidenzbasierung) und durch ärztliche Erfahrung belegte Vorgehensweisen beschreiben sowie Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ sein, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Leitlinien stellen den Stand des Wissens bzw. den medizinischen Standard zu einem definierten Zeitraum dar und müssen daher regelmäßig auf ihre Gültigkeit hin überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben werden (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2001).

Im Kontext professioneller Normensetzung tauchen in der Medizin neben Leitlinien weitere Formen der Standardsetzung auf, die sich vor allem durch den Grad der Verbindlichkeit unterscheiden. Richtlinien beispielsweise kennzeichnen Handlungsregeln einer gesetzlich, berufsrechtlich, standesrechtlich oder satzungsrechtlich legitimierten

---

<sup>15</sup> In Deutschland wurden medizinische Leitlinien erstmals 1924 in die gesundheitspolitische Diskussion eingeführt und vom Reichsgesundheitsrat in seinen „Leitsätzen für eine sparsame und doch sachgemäße Behandlungsweise der Kranken durch Aerzte“ festgeschrieben (Kraus 1924, zit. n. Ollenschläger et al. 2001).

Institution, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind, und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich ziehen kann. Die Unterscheidung zwischen Richtlinie und Leitlinie ist dabei allerdings spezifisch für den europäischen Sprachraum. Insbesondere in der Amtssprache der EU gilt „guideline“ = „Leitlinie“, „directive“ = „Richtlinie“. Im Sprachraum der USA hingegen steht der Begriff „guideline“ sowohl für Richtlinien als auch für Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2001). Empfehlungen beschreiben lediglich eine Möglichkeit des Handelns oder Unterlassens und weisen somit den geringsten bindenden Charakter auf (Hart 2000, S. 140 f.).

Maßgeblich verantwortlich für die Erarbeitung von Leitlinien sind die ärztlichen Körperschaften sowie die medizinischen Fachgesellschaften. Ihren Angaben zufolge dienen Leitlinien in erster Linie der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, der Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfen in der ärztlichen Berufspraxis, der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten, der Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten, der Verminderung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung sowie der Information der Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Fachöffentlichkeit etc.) über notwendige und allgemeinübliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Störungen (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2001). Darüber hinaus wird Leitlinien auch eine unterstützende Funktion im Rahmen eines integrierten Disease-Managements an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (ambulant, stationär, rehabilitativ), Behandlungsansätzen (präventiv, kurativ, rehabilitativ), Berufs- und Fachgruppen sowie Kostenträgern zugeschrieben (Helou und Schwartz 2000).

Die Entwicklung von Leitlinien erfolgt in drei Entwicklungsstufen: S1 (Handlungsempfehlungen erarbeitet von Expertengruppen in informellen Konsensusverfahren), S2 (formale, interdisziplinäre Konsensusprozesse) und S3 (evidenz- und konsensusbasierte Leitlinie, unter Berücksichtigung z.B. von Outcome-Bewertung, Nutzen-/Risikoabwägung alternativer Vorgehensweisen). Experten- und Konsensusleitlinien gelten allerdings aus methodischen Qualitätsgesichtspunkten inzwischen als überholt. Moderne Leitlinienkonzepte stellen vielmehr die Evidenzbasierung in den Vordergrund, mit Blick auf Akzeptanz und Anwendung in der Praxis, erweitert um Elemente einer multidisziplinären, transparenten und formalen Konsensusbildung (Ollenschläger et al. 1998a; Lauterbach 1998; Helou 2003).

Vor dem Hintergrund vergleichbarer Probleme in den Gesundheitssystemen der industrialisierten Länder – steigender Kostendruck, ein sich rasch erneuerndes medizinisch-technologisches Wissen, Qualitätsprobleme in der Versorgung (Über-, Fehl- und Unterversorgung), gewandelte Patientenrollen sowie Forderungen nach mehr Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen Versorgung – haben medizinische Leitlinien in den vergangenen Jahrzehnten in zahlreichen Industrienationen eine wachsende Bedeutung erlangt (Ollenschläger und Thomeczek 1996; Ollenschläger et al. 1998b; Kopp et al. 2002; Kopp 2005).

Unterschiedliche Akteursgruppen im Gesundheitssystem – Gesundheitspolitik, Sozialversicherungsträger, Patientenvertretungen und insbesondere auch ärztliche Organisationen und die medizinische Wissenschaft – haben dabei hohe, zum Teil unterschiedliche oder konfligierende Erwartungen an die Einführung von Leitlinien geknüpft. In der Politik und bei den Kostenträgern standen die Erwartung einer verbesserten Transparenz des Leistungsgeschehens, die Möglichkeit einer verstärkten Regulation und Kostendämpfung im Vordergrund. Aus Sicht der Patienten wurde mit Leitlinien die Hoffnung auf eine größere Transparenz und verbesserte Informationen über Behandlungsprozesse geknüpft – mit dem Ziel, als kompetenter Partner im Behandlungsprozess mit dem behandelnden Arzt zu interagieren. Mediziner haben in der Leitlinienentwicklung nicht zuletzt auch eine Strategie gesehen, um die eigene Vormachtstellung und den Führungsanspruch innerhalb der gesundheitlichen Versorgung zu legitimieren und zu stärken sowie die Jurisdiktion der Profession mit einer wissenschaftlichen und empirischen Basis zu untermauern. Andere, weniger etablierte Professionen, wie z.B. die Pflege, sahen in Leitlinien auch ein unterstützendes Instrument, um den eigenen Professionalisierungsprozess voranzutreiben bzw. neue Jurisdiktionen zu bestimmen (Timmermans und Berg 2003, S. 16 ff.).

In Deutschland wurde das Thema im Jahr 1993 aktuell aufgegriffen, als der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) den Vorschlag machte, fachspezifische Leitlinien für eine angemessene und qualitativ hochwertige medizinische Diagnose und Therapie zu entwickeln. Infolgedessen kam es seit Mitte der neunziger Jahre in Deutschland zu einer regelrechten Leitlinienflut. Allein durch die Mitgliedsgesellschaften der AWMF wurden inzwischen weit mehr als 1.000 Leitlinien erarbeitet. Darüber hinaus existiert inzwischen eine Vielzahl weiterer Anbieter ärztli-

cher sowie nichtärztlicher Leitlinien, wie z.B. Berufsverbände, Krankenhausträger, wissenschaftliche Institute und Experten (s. Tab. 4).<sup>16</sup>

**Leitlinien für Ärzte:**

- Berufsgenossenschaften
- Berufsverbände
- Bundesärztekammer: Wissenschaftlicher Beirat, Arzneimittelkommission der Ärzteschaft
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Richtlinien)
- Kliniken und Klinikverbände
- Krankenhausträger
- Medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften (mit und ohne Koordination der AWMF)
- Arztnetze
- Wissenschaftliche Institute und Experten
- Qualitätszirkel

**Leitlinien/Standards für Fachberufe im Gesundheitswesen:**

- Pflegestandards (Pflegeeinrichtungen)
- Ergotherapie-Leitlinien/Indikationskatalog (Berufsverband)
- Ernährungsberatungs-Standards (Deutsche Gesellschaft für Ernährung)
- Physiotherapie und Ergotherapie in der Rheumatologie-Leitlinien (Berufsverband)

Tab. 4: Herausgeber von Leitlinien im deutschen Gesundheitswesen (Auswahl)

Quelle: Kirchner et al. (2001, S. 1215)

Mit der Novellierung des SGB V im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurden Leitlinien zudem im Gesetzestext verankert und erlangten dadurch einen zusätzlichen gesundheitspolitischen Stellenwert.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> In den USA wurden beispielsweise durch die bundeseigene Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) im Zeitraum von 1992-1996 hingegen nur 19 nationale Leitlinien ausschließlich für übergeordnete Versorgungsprobleme entwickelt. Das Leitlinienprogramm der Scottish Intercollegiate Guidelines Network hat im Zeitraum von 1987 bis 1993 24 Leitlinien entwickelt, kombiniert mit Instrumenten zur Implementierung in Klinik und Praxis, flankiert durch eine systematische Begleitforschung (Ollenschläger et al. 1998b).

<sup>17</sup> Nach Paragraph § 137 SGB V hat der „Koordinierungsausschuss auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten pro Jahr zu beschließen und Empfehlungen zu den zur Umsetzung und Evaluierung der Kriterien notwendigen Verfahren zu geben“ (§ 137e Abs. 3 SGB V). Die Kriterien sind unmittelbar verbindlich für Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen.

Wengleich Leitlinien vor allem bei der Qualitätsverbesserung in der gesundheitlichen Versorgung eine hohe Bedeutung zugesprochen wird und der Beleg hierfür in systematischen Studien erbracht worden ist (Grimshaw und Russel 1993, 1994, zit. n. Ollenschläger et al. 2001), haben sie dennoch in der Fläche des Versorgungsalltags bislang nicht zu den erwarteten Erfolgen geführt. Kritisch wird auf eine Kluft zwischen theoretischem Wissen und der Anwendung des Wissens im praktischen Handeln hingewiesen (Kopp 2005).

Vor allem die Ärzteschaft – dies hat die in den vergangenen Jahren geführte Debatte um Leitlinien deutlich gemacht – begegnet dem Einsatz von Leitlinien bis heute vielfach mit Skepsis und auch Widerstand. Gefahren werden vor allem in einer zunehmenden Verrechtlichung der Medizin, in der Einflussnahme und Außensteuerung durch Krankenkassen und Juristen sowie in der Einschränkung der Therapiefreiheit und Aufhebung der Eigenverantwortung gesehen (Buchborn 1997; Nagel und Fuchs 1997; Hart 2000; Ollenschläger et al. 2001).

Darüber hinaus ist vielfach die Qualität der Leitlinien bemängelt worden. Zu den benannten Kritikpunkten gehören u.a.: mangelnde methodische Qualität und Transparenz im Entwicklungsprozess, unzureichende Dokumentation von Belegen für Empfehlungen, fehlende Angaben zum Umfang von Kosten und Nutzen der Empfehlungen, unabgestimmtes Nebeneinander verschiedener Leitlinien zu identischen Versorgungsproblemen, fehlende Angaben über die Disseminierung (Verbreitung) und Implementierung (Transfer der Empfehlungen in individuelles Handeln) sowie unzureichende Berücksichtigung der Probleme in der hausärztlichen Versorgung (Ollenschläger et al. 2001; Sachverständigenrat 2002).

Zur Überwindung der Qualitätsprobleme wurde in Deutschland – ähnlich wie in anderen Ländern – in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre ein Qualitätsförderungsprogramm für die Leitlinienentwicklung initiiert mit dem Ziel, die Entwicklung qualitativ hochwertiger Leitlinien zu unterstützen und die Transparenz, Praktikabilität, Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Leitlinien zu verbessern. Zu nennen sind hier in erster das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2001) sowie das Leitlinien-Clearingverfahren der Ärztlichen Selbstverwaltung (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 1999).

Zu dem Förderprogramm gehören eine Reihe von Maßnahmen und Instrumenten, die sich an internationalen Vorgaben wie z.B. Leitlinienprogrammen der USA und Schott-

land orientieren. Zu nennen sind hier vor allem: die Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung (Leitlinie für Leitlinien) (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997; Lauterbach 1997), die „Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien“ (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 1999), Trainingsprogramme für Autoren von Leitlinien und Leistungsanbieter und Leistungsempfänger (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2001; Kirchner und Ollenschläger 2000) sowie das Programm zur Qualitätsförderung von medizinischen Informationen für Laien (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2000).

Eine jährliche Erfassung von Leitlinien im Zeitraum von 1998 bis 2005 lässt inzwischen eine kontinuierliche Zunahme von Leitlinien höherer Entwicklungsstufen (evidenzbasierte Konsensleitlinien) erkennen, bei einer gleichzeitig in den letzten Jahren rückläufigen Gesamtzahl. Darin wird zugleich der Trend zu einer zunehmenden Akzeptanz von methodischen Qualitätskriterien und eine kritische Prioritätensetzung bei der Auswahl von Themen für die Leitlinienentwicklung gesehen (Kopp et al. 2005). Vermutet wird darüber hinaus, dass das Interesse der Ärzteschaft an deutschen und englischsprachigen Leitlinien kontinuierlich zunimmt (Ollenschläger et al. 2001).

Trotz dieser insgesamt positiven Entwicklung werden bezogen auf den verbesserten Einsatz von Leitlinien in der alltäglichen Praxis und ihren Einfluss auf die Verbesserung der Versorgungsqualität nach wie vor Optimierungspotenziale gesehen. Das Hauptproblem wird bei Kriterien gesehen, die die Anwendbarkeit von Leitlinien, d.h. den Transfer von der Entwicklung in den Versorgungsalltag betreffen (Ollenschläger et al. 2001; Kopp 2005). Zu den Maßnahmen, die zur Überwindung als erfolgreich erachtet werden, gehören u.a.: transparente Darlegung der Methodik, stärkere Einbindung von Praktikern und Patienten in den Entwicklungsprozess, klare Strategien zur Verbreitung und Bekanntmachung der Leitlinien auf regionaler Ebene, finanzielle Anreize (Bonussysteme) für Leistungserbringer sowie die Befähigung der handelnden Akteure im Umgang mit Leitlinien, beispielsweise durch Fortbildung in Qualitätszirkeln (Ollenschläger et al. 2001; Kopp 2005).

Darüber hinaus schlagen Experten für ausgewählte Versorgungsaspekte die Verbindung von evidenzbasierten Leitlinien, Qualitätsmanagement, externer Qualitätssicherung und Versorgungsforschung zu einem Gesamtkonzept der Qualitätsentwicklung vor. Neuere Ansätze zur Qualitätsförderung in der integrierten Versorgung erfordern Leitlinien oder Leitlinien-Sets, mit denen der Versorgungsablauf und die zu treffenden medizinischen Entscheidungen für definierte Patientengruppen, über verschiedene Versorgungsbereiche hinweg und unter Berücksichtigung von Schnittstellen, abgebildet werden (Kopp

2005). Leitlinien würden sich in diesem Fall nicht mehr auf das Handeln einzelner Professionen konzentrieren, sondern die interprofessionelle Zusammenarbeit aller in den Behandlungsprozess eingebundenen Akteure unterstützen und befördern. Als ein wichtiger Schritt in diese Richtung sind in diesem Kontext die nationalen Versorgungs-Leitlinien zu sehen, die in einer Gemeinschaftsinitiative der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung seit dem Jahr 2000 für chronische Erkrankungen entwickelt werden (Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin 2007).<sup>18</sup>

Die Anwendung medizinischer Leitlinien ist letztlich nur dann gerechtfertigt, wenn dadurch tatsächlich die angestrebten (gesundheitlichen und wirtschaftlichen) Ergebnisse erzielt werden. Für die Evaluation der Wirksamkeit der Leitlinien wird daher in Fachkreisen die Entwicklung von Qualitätsindikatoren als eine wichtige Aufgabe der Versorgungsforschung vorgeschlagen, um die Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Versorgung messbar zu machen (Kopp 2005).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Prozessstandards in Form medizinischer Leitlinien eine große Chance zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen bieten. Zugleich lassen Leitlinien aber auch die Grenzen von Prozessstandards erkennen. Leitlinien legen das Vorgehen für eine qualitativ hochwertige Versorgung fest, sie sagen aber nichts darüber aus, ob die verfolgten Versorgungsziele adäquat und angemessen sind. Darüber hinaus – dies haben die Ausführungen gezeigt – führen Leitlinien auch bei klaren Zielwerten nicht automatisch zu Qualitätsverbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung. Der Erfolg ist vielmehr an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Dazu gehört insbesondere das Qualitätsniveau der Leitlinien, die Einbindung in ein Gesamtkonzept der Qualitätsentwicklung sowie die Akzeptanz und Anwendung im Versorgungsalltag. Schließlich bedarf es geeigneter Messgrößen zur Bewertung der tatsächlichen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

## 2.5 Zwischenfazit

In den westlichen Industrieländern hat sich die Auffassung von Qualität in den letzten Jahrzehnten enorm gewandelt – weg von einem statisch-technisch geprägten Qualitätsverständnis und einer nachträglichen Produktkontrolle, vorgenommen durch ausgewähl-

---

<sup>18</sup> Derzeit liegen Versorgungs-Leitlinien zu den Themen Asthma und COPD, Typ2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit vor. Weitere Versorgungs-Leitlinien sind in Arbeit (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2007).

te Spezialisten, hin zur aktiven Erzeugung von Qualität auf jeder Ebene einer Organisation und unter Einbindung aller ihrer Mitglieder.

Beeinflusst wurde dieser Wandel zum einen durch einen Paradigmenwechsel in der Organisations- und Managementlehre. Von großer Bedeutung waren aber vor allem auch Veränderungen im Systemumfeld, insbesondere wachsende Markt- und Kundenforderungen an die Produkt- und Dienstleistungsqualität. Die Wirtschaft reagierte auf die neuen Anforderungen zunächst mit der Entwicklung normierter, zertifizierbarer Qualitätsmanagementsysteme und schließlich – angetrieben durch die wirtschaftlichen Erfolge Japans und anderer südostasiatischer Länder – mit dem Aufbau umfassender, organisationsweiter Qualitätsstrategien orientiert am Konzept des Total Quality Management. TQM ist für das in dieser Arbeit betrachtete Betriebliche Gesundheitsmanagement von großer Bedeutung. Die Prinzipien beider Ansätze zeigen eine enge Wahlverwandtschaft – bezogen auf die zu Grunde liegende Konzeption sowie die eingesetzten Vorgehensweisen und Methoden.

Mit dem erweiterten Qualitätsverständnis in der Industrie ging zugleich eine zunehmende Prozessorientierung einher. Moderne Qualitätsstrategien stellen zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität die kontinuierliche Prüfung und Verbesserung der Prozesse in den Vordergrund. Im Zentrum des Handelns steht der PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act), ein dynamischer Regelkreis, der heute in unterschiedlichen Managementansätzen weltweit zur Anwendung kommt und auch im Mittelpunkt des Betrieblichen Gesundheitsmanagements steht. Eine wichtige Rolle bei der Ausrichtung auf die Prozessqualität spielt die Standardisierung – als Voraussetzung für ein systematisches Vorgehen, als Maßstab zur Bewertung und Stabilisierung des bereits erreichten Qualitätsniveaus sowie als Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen.

Auch im Gesundheitswesen hat die Qualitätsdebatte in den vergangenen Jahren einen zunehmend hohen Stellenwert erlangt. Im Bemühen um mehr Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung wurden Impulse aus der Industrie aufgenommen, Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung sowie umfassende Qualitätsmanagementkonzepte in verschiedene Bereiche des Versorgungsgeschehens, insbesondere die stationäre Versorgung, eingeführt. In diesem Kontext zeichnet sich – ebenfalls vergleichbar mit der Industrie – eine langsam wachsende Orientierung auf die Prozesse sowie die Prüfung und Verbesserung ihrer Qualität mit Hilfe von Standards ab. Medizinische Leitlinien, die weltweit eine zunehmend wichtige Rolle im Gesundheitswesen spielen, machen diese Entwicklung besonders deutlich.

Medizinische Leitlinien verdeutlichen die Chancen von Prozessstandards im Rahmen der Qualitätsentwicklung. Durch die Vereinheitlichung von Arbeitsabläufen wird ein

systematisches, qualitätsorientiertes Handeln lehr- und lernbar, unabhängig von individuellen Problemlagen und Zielsetzungen. Die Standardisierung trägt auch dazu bei, die Entscheidungsprozesse und Vorgehensweisen der handelnden Akteure zu koordinieren und für alle Beteiligten transparenter und besser nachvollziehbarer zu machen. Und schließlich liefert die Standardisierung einen Maßstab, mit dessen Hilfe das Handeln messbar und bewertbar wird.

Medizinische Leitlinien weisen zugleich aber auch auf die Grenzen von Prozessstandards hin. Prozessstandards geben klare Orientierung für ein zielorientiertes Vorgehen, sagen jedoch nichts darüber aus, ob die Ziele und angestrebten Ergebnisse adäquat und angemessen sind. Prozessstandards definieren somit lediglich, wie richtig etwas getan wird, nicht aber ob es sich dabei tatsächlich um das Richtige handelt. Das Einhalten von Standards – auch dies macht das Beispiel der Leitlinien deutlich – darf darüber hinaus nicht zum Selbstzweck werden. Nur wenn Standards zu nachweislich guten Ergebnissen führen, ist ihr Einsatz in der Praxis gerechtfertigt. Die Orientierung an Standards darf schließlich nicht dazu führen, dass das Erfahrungswissen und die Intuition der verantwortlich handelnden Akteure außer Acht gerät. Standards dürfen somit kein starres Korsett liefern, sondern müssen flexibel und an die individuellen Erfordernisse des Arbeitsalltags anpassbar sein.

### 3 Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und damit dem eigentlichen Gegenstand der Dissertation. Ebenso wie in der Qualitätsdebatte in der Industrie und im Gesundheitswesen geht es auch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement letztlich um die Beantwortung von zwei zentralen Fragen – die der richtigen Ziele und die der geeigneten Vorgehensweisen und Standards zur Zielerreichung.

Mit Blick auf die Zielsetzung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement hat vor allem der sozial- und gesundheitswissenschaftliche Diskurs der letzten 20 Jahre eine entscheidende Rolle gespielt. Besondere Bedeutung kommt dem in den modernen Gesundheitswissenschaften im Vordergrund stehenden und maßgeblich von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagierten Gesundheitsförderungskonzept zu – ein Konzept, das in erster Linie auf die Erforschung und Förderung von Gesundheitspotenzialen setzt (z.B. Hurrelmann 2000; Laaser und Hurrelmann 2003). Mit dem Gesundheitsförderungskonzept verband sich zum einen eine neue Gesundheitsdefinition. Gesundheit wurde fortan weniger als ein körperlicher oder seelischer Zustand verstanden, sondern als erlernbare Fähigkeit zu einer aktiven Lebensbewältigung. Mit dem Gesundheitsförderungskonzept verband sich zum zweiten eine neue Interventionsstrategie, die nicht primär auf die einzelne Person und ihr Verhalten blickt, sondern die Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Vordergrund stellt, als relevante Einflussgrößen für die Gesundheit und das Verhalten eines Menschen (Hurrelmann 2000).

Für die Entwicklung adäquater Vorgehensweisen und Standards zur Zielerreichung waren zum einen die Erkenntnisse der Organisations- und Managementlehre von Bedeutung sowie insbesondere die Erfahrungen der Industrie mit Qualitätsmanagementkonzepten und der Standardisierung von Arbeitsprozessen. Von Bedeutung waren darüber hinaus die relevanten überbetrieblichen Experten – insbesondere die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und die Akteure des Arbeitsschutzes – und ihre Aktivitäten auf dem Gebiet der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. Die jeweiligen Bemühungen zur Qualitätssicherung und -verbesserung zeigen eine zur Industrie analoge Entwicklung. Ansätze und Methoden des Qualitätsmanagements haben im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung zunehmende Bedeutung erlangt, ebenso wie die damit einhergehende Prozessorientierung und der Einsatz von Standards.

Nachfolgend werden in einem historischen Rückgriff auf den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs der letzten 20 Jahre und die Leitideen der modernen Gesundheitswissenschaften sowie die Konzepte und Handlungsstrategien relevanter überbetrieblicher Akteure die maßgeblichen Entwicklungsschritte und konvergierenden Linien im Bereich

der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung nachgezeichnet. Ziel ist es, wesentliche Qualitätsmaßstäbe und Standards herauszuarbeiten, die im Betrieblichen Gesundheitsmanagement aufgegriffen, zusammengeführt und weiterentwickelt wurden.

Eingegangen wird zunächst auf die Ottawa-Charta der WHO und die darin formulierten Leitsätze und Strategien zur Gesundheitsförderung. Es folgen Ausführungen zu den Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie im Anschluss daran zu den Aktivitäten des Staates und der gesetzlichen Unfallversicherungsträger im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Detailliert wird auf Arbeitsschutzmanagementsysteme eingegangen, die wichtige Impulse für die Standardsetzung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement geliefert haben.

Im letzten Abschnitt wird das Betriebliche Gesundheitsmanagement hinsichtlich seiner Konzeption, Schwerpunktsetzung und Vorgehensweisen vorgestellt. Für das Thema der vorliegenden Arbeit sind vor allem die Ausführungen zu dem Mitte der neunziger Jahre an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld entwickelten Leitfaden für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement von Bedeutung. Der Verfahrensvorschlag ist als Vorläufer bzw. Grundmodell für die in der Dissertation entwickelte Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement zu betrachten.

### 3.1 Die Ottawa-Charta

Die Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist nicht zu denken ohne die im Jahr 1986 von der WHO verabschiedete Ottawa-Charta. Das Programmdokument und die darin formulierten Strategien zur Gesundheitsförderung gelten als Leitideen der Gesundheitswissenschaften und als richtungweisendes Konzept für die Entwicklung einer modernen, präventiv ausgerichteten Gesundheitspolitik (v. Troschke et al. 1996; Hurrelmann 2000; Kickbusch 2003).<sup>19</sup> Flankiert von politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Entwicklungen, neuen Erkenntnissen insbesondere der Sozial-, Organisations- und Gesundheitswissenschaften sowie unterstützenden

---

<sup>19</sup> Die WHO entwickelte ihr „Health-Promotion-Konzept“ seit 1977 unter dem Motto „Health for all“. Als erster Meilenstein für die Entwicklung in Deutschland gilt eine Tagung des WHO-Regionalbüros für Europa im September 1981 in Berlin und die dort vorgeschlagenen richtungweisenden Grundorientierungen zur Gesundheit (vgl. v. Troschke 1996, S. 9 f.). Unter dem Titel „An International Conference on Health Promotion – The move towards a New Public Health“ fand vom 17. bis 21. November 1986 in Ottawa eine Konferenz mit 212 Teilnehmern aus 38 Ländern statt, auf deren Abschlussveranstaltung eine Resolution, die „Ottawa Charter for Health Promotion“, verabschiedet wurde (v. Troschke 1996, S. 9 f.). Mit den Konferenzen von Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) und Mexiko City (2000) wurde das Programm weiterentwickelt.

Initiativen und Förderprogrammen der WHO und anderer Institutionen gab die Ottawa-Charta den Anstoß dazu, dass gesundheitsförderliche Aktivitäten vermehrt in unterschiedliche Gesellschaftsbereiche Einzug hielten und in den Folgejahren entsprechend große Fortschritte in der Gesundheitsförderung erzielt wurden.

Die Ideen von Ottawa haben maßgeblich auch dazu beigetragen, dass seit Mitte der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts Maßnahmen und Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung in Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen eine wachsende Bedeutung erlangten. Für die Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements war die Ottawa-Charta vor allem durch das Setzen klarer Gesundheitsziele von Bedeutung: Gesundheit statt Krankheit, Befähigung (Empowerment) statt Gesundheits-erziehung und Setting-Ansatz statt individuelle Verhaltensmodifikation (Risikofaktorenmodell).

Die Ottawa-Charta propagierte ein grundlegend neues, positives Gesundheitskonzept – ein Konzept, das auf den Erhalt und die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden zielt, als Ressource und Beitrag zu einer verbesserten Lebensqualität. Damit wurde zugleich der in den siebziger Jahren in den Gesundheitswissenschaften angestoßene Paradigmenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese, d.h. die Schwerpunktverlagerung von der Suche nach den krankheitsverursachenden Faktoren hin zur Suche nach den Ursachen guter Gesundheit, in die gesundheitspolitische Diskussion aufgenommen (s. dazu Kapitel 3.4).

Bereits in ihrem Gründungsdokument aus dem Jahr 1949 hatte die WHO für eine neue, umfassende Definition von Gesundheit plädiert: Gesundheit als ein Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. In der Ottawa-Charta formulierte die WHO in Erweiterung dieser Definition Grundsätze und Ziele der Gesundheitsförderung:

*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ (WHO 1986)*

Anders als noch in der WHO-Definition von 1949 wurde Gesundheit fortan nicht mehr als ein somatischer oder psychischer Zustand verstanden, sondern als Kompetenz zu einer aktiven Lebensbewältigung, d.h. als etwas, zu dem Menschen selbst beitragen können, und wozu sie befähigt werden können. Diesem Verständnis folgend wird Gesundheit heute auch als eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung defi-

niert, durch die ein positives psychisches und physisches Befinden sowie ein unterstützendes Netzwerk von sozialen Beziehungen gefördert wird (Badura und Hehlmann 2003, S. 18). Der Begriff Empowerment, d.h. die Befähigung von Individuen zu einem gesundheitsbewussten Handeln und zur Einflussnahme auf gesundheitsrelevante Faktoren in der sozialen Umwelt, entwickelte sich, ausgehend von der Ottawa-Charta sowie maßgeblich beeinflusst durch die Erkenntnisse der Stress- und Copingforschung (z.B. Lazarus 1991; Lazarus und Folkmann 1984), zu einer Leitmaxime von Gesundheitstheorie und Gesundheitspraxis (s. auch Kapitel 3.4).

Zu einer Schlüsselstrategie im WHO-Konzept der Gesundheitsförderung wurde der Setting-Ansatz und damit die Ausrichtung an alltäglichen Lebensbereichen wie Schule, Arbeitsplatz oder Freizeit, gemäß dem Leitsatz „Gesundheit wird im Alltagskontext hergestellt“ (Kickbusch 2003, S. 187).

*„Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“ (WHO 1986)*

Das entscheidend Neue an diesem Konzept war, dass die Beeinflussung der sozialen Umwelt als relevante Einflussgröße für Gesundheit in den Vordergrund rückte, anstelle des Individuums und der Modifikation des persönlichen Lebensstils. Im Setting-Ansatz richten sich Interventionen somit primär auf die Veränderung sozialer Systeme und nicht auf einzelne Personen (Grossmann und Scala 1994). Die Einwirkung auf das Verhalten von Menschen fällt im Setting-Ansatz nicht weg, richtet sich jedoch in erster Linie auf die Förderung eines sozialen und politischen Veränderungsverhaltens (Lenhardt 1999, S. 12).

Der Setting-Ansatz verbreitete sich erfolgreich, unterstützt durch eine Vielzahl von WHO-Projekten und Initiativen wie z.B. „Gesunde Städte“ (Tsouros 1990), „Gesundheitsfördernde Schulen“ (Burgher et al. 1999), „Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt“ (Breucker et al. 1998) sowie „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ (Lobnig und Pelikan 1996). Aus zunächst europäischen Gesundheitsförderungsinitiativen der WHO entwickelten sich in den Folgejahren europäübergreifende und weltweite Netzwerke. Zu allen Settings existiert heute eine detaillierte Evaluationsliteratur (vgl. Kickbusch 2003, S. 187).

Die Gesundheitsziele der Ottawa-Charta wurden in der Konzeption des Betrieblichen Gesundheitsmanagements aufgegriffen und unter dem Einfluss neuer Erkenntnisse der

Sozial-, Gesundheits- und Organisationswissenschaften konsequent weiterentwickelt. Die salutogenetische Perspektive und der Setting-Ansatz wurden auf Unternehmen als eine spezifische Form des Settings übertragen und im Konzept der „Gesunden Organisation“ zusammengeführt. Der Blick richtet sich dabei vor allem auf die salutogenen Merkmale des sozialen Systems einer Organisation und die Auswirkungen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder. Das psychische (Wohl-)Befinden wird zur wichtigsten Zielgröße im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, weil ihm eine zentrale Bedeutung für die körperliche Gesundheit und das gesundheitsbewusste Verhalten von Individuen beigemessen wird. Als Voraussetzung für ein stabiles Wohlbefinden gelten vor allem Selbstvertrauen, ein positives Selbstwertgefühl und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen (Badura und Hehlmann 2003; s. auch Kapitel 3.4).

Hinsichtlich der Zielwerte „Wohlbefinden“ und „Gesunde Organisation“ zeichnet sich heute, nicht zuletzt vor dem Hintergrund gewandelter Arbeitswelten und neuer gesundheitlicher Risiken, auf nationaler und internationaler Ebene eine wachsende Übereinstimmung ab. So hat sich die Europäische Union zur Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft auf eine Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002 bis 2006 verständigt und hierbei die Förderung des „Wohlbefindens bei der Arbeit“ zu einem zentralen Zielwert erklärt:

*„Sie geht vom globalen Konzept des Wohlbefindens bei der Arbeit aus, wobei sie die Veränderungen in der Arbeitswelt und das Auftreten neuer, insbesondere psychosozialer, Risiken berücksichtigt, und zielt auf eine Verbesserung der Qualität der Arbeit ab, wofür eine gesunde und sichere Arbeitsumgebung eine unverzichtbare Voraussetzung darstellt.“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2002)*

Die Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung zur Zukunft der Betrieblichen Gesundheitspolitik hat in Übereinstimmung dazu in ihrem Abschlussbericht formuliert:

*„Die Vision betrieblicher Gesundheitspolitik ist gesunde Arbeit in gesunden Organisationen. Gesunde Organisationen fördern beides: Wohlbefinden und Produktivität ihrer Mitglieder.“ (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004, S. 21)*

Konvergenzen werden jedoch nicht nur hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Problemstellungen und den daraus abgeleiteten Zielwerten erkennbar, sondern – wie das nachfolgende Kapitel deutlich macht – auch hinsichtlich der von den relevanten Akteursgruppen vorgeschlagenen Vorgehensweisen und Standards zur Zielerreichung.

### 3.2 Betriebliche Gesundheitsförderung im Handlungsfeld der Krankenkassen

Die Programmdokumente der WHO und insbesondere die Ottawa-Charta (s. Kapitel 3.1) lieferten national und international die konzeptionell-inhaltliche Basis für die seit Mitte der achtziger Jahre rasche Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die entscheidende Rechtsgrundlage trat in Deutschland im Jahr 1989 mit der Einführung des § 20 des fünften Sozialgesetzbuches (§ 20 SGB V) in Kraft. Mit der neuen Sozialgesetzgebung wurden die Grundsätze der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und die Möglichkeiten der betrieblichen Umsetzung in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkassen übertragen. Konkret lautete der Auftrag an die Krankenkassen, den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken (§ 20 SGB V Abs. 1). Darüber hinaus erhielten die Kassen die Möglichkeit, in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken (§ 20 SGB V Abs. 2).<sup>20</sup> Von diesem Zeitpunkt entwickelten sich die gesetzlichen Krankenkassen, trotz zwischenzeitlicher Einschränkungen, zu einem maßgeblichen Akteur in der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Lenhardt 1999, 2003).<sup>21</sup> Sie haben das Handlungsfeld wie kaum ein anderer Akteur geprägt und wesentlich zur Qualitätsentwicklung in der betrieblichen Gesundheitsförderung beigetragen. Mit ihrer Arbeit haben sie darüber hinaus wichtige Impulse für das Betriebliche Gesundheitsmanagement geliefert (s.u.).

Vor allem in den Anfängen des Kassenhandelns wurde in Fachkreisen allerdings eine Diskrepanz gesehen zwischen den an der Ottawa-Charta orientierten, ganzheitlich-integrativen Ansätzen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und dem tatsächlichen Angebotskatalog der Kassen. Zu den formulierten inhaltlichen und strukturellen Qualitätsdefiziten gehörten insbesondere eine fehlende Zielformulierung und Zielgruppenorientierung, eine unzureichende Bedarfsermittlung, überwiegend individuenbezogene, verhaltenspräventive Maßnahmen (Bewegung, Nicht-Rauchen, gesunde Ernährung), zu wenig Evaluation von Aktivitäten und fehlende Evaluationsroutinen, fehlende Nachhal-

---

<sup>20</sup> Die neue Rechtslage bot die Grundlage zur Initiierung gemeinsamer Projekte, wie z.B. das vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderte sowie vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen und dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften durchgeführte Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG) (Bundesverband der Betriebskrankenkassen und Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften 1999).

<sup>21</sup> Die schnelle Zunahme der Kassenaktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung wird allerdings nicht allein auf die neue Gesetzeslage zurückgeführt, sondern auch mit dem seit Beginn der neunziger Jahre zunehmenden Kassenwettbewerb, Beitragssatzproblemen sowie institutionellen Anpassungsbedarfen begründet (vgl. Lenhardt 1999, S. 46 ff.).

tigkeit in den Gesundheitsförderungsprozessen sowie geringe und oft nur formale Kooperation mit anderen Akteuren (Lenhardt 1994; Kirschner et. al. 1995; Hartmann und Traue 1996; Walter 2002). Vorgeworfen wurde den Kassen auch, Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung in erster Linie in der Dienstleistungs- und Wettbewerbspolitik zu verorten bzw. die betriebliche Gesundheitsförderung für eigene Marketingzwecke zu missbrauchen (z.B. durch das Angebot von Bauchtanz- und Aerobic-Kursen) (Lenhardt 1999, S. 25).

Mit der Novellierung des Paragraph 20 SGB V durch das Beitragsentlastungsgesetz im Jahr 1996 wurde den Krankenkassen die Möglichkeit, eigene Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten, vorübergehend in weiten Teilen aberkannt. Als Motiv für die Streichung im Gesetzestext wurden neben der offiziellen Begründung einer wettbewerbsinduzierten Fehlsteuerung auch die erheblichen Einsparungen des Bundes im Bereich der Sozialleistungen zugunsten der Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie der Pflegeversicherung gesehen (Schwarz und Walter 1997).

Trotz dieser Restriktionen behielten die Krankenkassen mit den §§ 63 und 64 SGB V die Möglichkeit, wissenschaftlich begleitete und evaluierte Modellvorhaben zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten entweder selbst durchzuführen, sich daran zu beteiligen oder diese zu fördern. Dies ermöglichte ihnen, ihre Aktivitäten in der Arbeitswelt teilweise fortzuführen, wenn auch nicht unter der Begrifflichkeit „betriebliche Gesundheitsförderung“ (Lenhardt 2003, S. 34). Der gesetzliche Auftrag zur Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren erhielt darüber hinaus verpflichtenden Charakter.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (Bundesgesetzblatt 1999) und der damit einhergehenden abermaligen Novellierung des Paragraph 20 SGB V erhielten die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung erneut erweiterte Handlungsspielräume im Bereich der primären Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Primärprävention wurde hierbei zu einer Soll-Leistung, die betriebliche Gesundheitsförderung zu einer Kann-Leistung.<sup>22</sup> Die Verpflichtung der Krankenkassen zur Kooperation mit den Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren blieb unverändert bestehen. An die Möglichkeit, in diesen Themenfeldern wieder gesetzlich legitimiert aktiv zu werden, waren seitens des Gesetzgebers klare Auflagen geknüpft. Zum einen wurden die Ausgaben der Kassen für die Primärprävention und die

---

<sup>22</sup> Mit der Formulierung, dass die betriebliche Gesundheitsförderung den Arbeitsschutz ergänzen soll, wollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass die Kassen nicht eigenständig in ein Hoheitsgebiet eindringen, das in der (finanziellen) Verantwortung der Arbeitgeber liegt bzw. in den Aufgabenbereich der Unfallversicherungsträger fällt.

betriebliche Gesundheitsförderung klar begrenzt – für das Jahr 2000 auf 2,56 € pro Versicherten und Kalenderjahr.<sup>23</sup> Darüber hinaus erfolgte die Aufforderung an die Kassen, für die Primärprävention und die betriebliche Gesundheitsförderung Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ergreifen durch Festlegung prioritärer Handlungsfelder und Kriterien hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methoden (s.u.).

Durch die zum 1. April 2007 in Kraft getretene Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) erhält die betriebliche Gesundheitsförderung nun eine eigene Rechtsnorm und wird für die Krankenkassen von einer Kann- zu einer Pflichtleistung (Bundesgesetzblatt 2007). Das Ausgabenvolumen bleibt gegenüber dem Vorjahr 2006 mit einem Betrag von 2,74 Euro pro Versichertem und Kalenderjahr unverändert bestehen. Zukünftige Aufgabe der Kassen nach § 20 a Abs. 1 SGB V ist es, unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb, die gesundheitliche Situation zu erheben sowie Vorschläge zu ihrer Verbesserung und zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sind die Kassen zur Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung verpflichtet. Die Krankenkassen können darüber hinaus auf diesem Gebiet mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten sowie Arbeitsgemeinschaften bilden. Die Verpflichtung der Krankenkassen zur Kooperation mit den Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren bleibt weiterhin bestehen. Auch hier sollen zukünftig regionale Arbeitsgemeinschaften zur Aufgabenwahrnehmung gebildet werden.

Bereits im Jahr 2000 – in Folge des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 (s.o.) – haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von Paragraph 20 Abs. 1 und 2 SGB V entwickelt (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2001). Damit wurde ein deutlicher Qualitätsfortschritt im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung erzielt, vor allem deshalb, weil hier erstmalig grundlegende Qualitätsstandards im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung gesetzlich verankert wurden.<sup>24</sup>

Der Handlungsleitfaden legt Mindeststandards für Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung fest, die für alle Kassen verbindlich einzuhalten sind.

---

<sup>23</sup> Im Jahr 2006 war dies ein Betrag von 2,74 Euro pro Versichertem und Kalenderjahr.

<sup>24</sup> Im Gesetzestext finden die Begriffe Qualitätssicherung und Evaluation keine explizite Erwähnung, womit das Gesetz hinter dem Referentenentwurf aus dem Jahr 1999 zurückblieb (Walter 2002, S. 55).

Auf Grundlage des Leitfadens sowie als Bestandteil der eigenen Qualitätssicherung veröffentlichen die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Spitzenverbände seit dem Jahr 2001 jährlich eine Dokumentation, die das im jeweiligen Berichtsjahr bundesweite Leistungsgeschehen der Kassen statistisch nachzeichnet (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und MDS 2003-2006). Mit der regelmäßigen Berichtslegung – inzwischen liegt die vierte Dokumentation vor<sup>25</sup> – haben sich die Kassen freiwillig zu einer Selbstevaluation des eigenen Handelns verpflichtet und zugleich Transparenz für die Öffentlichkeit geschaffen (s. Kapitel 4.1).

Der Handlungsleitfaden, in der aktualisierten Fassung vom 10. Februar 2006 (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006), benennt vier prioritäre Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung: „Arbeitsbedingte körperliche Belastungen“, „Betriebsverpflegung“, „psychosoziale Belastungen (Stress)“ sowie „Suchtmittelkonsum“. Zu jedem dieser Handlungsfelder zeigt der Leitfaden den Präventionsbedarf auf und formuliert Mindeststandards zu konkreten Maßnahmen, Methodik und Anbieterqualifikation.

So steht z.B. im Handlungsfeld „arbeitsbedingte körperliche Belastungen“ die Vorbeugung und Reduzierung von Belastungen des Bewegungsapparates als Präventionsprinzip im Vordergrund. Als konkrete Maßnahmen werden genannt: „Arbeitsplatzbezogene verhaltensorientierte Gruppenverfahren zur Vorbeugung und zum Abbau von Belastungen und Beschwerden im Bereich des Muskel- und Skelettsystems, die im Kern aus zwei Einheiten bestehen: theoretisch-praktischen Schulungseinheiten (im Sinne einer arbeitsplatzbezogenen Rückenschule) und praktischen Einheiten zur Anwendung der erworbenen (Er-)Kenntnisse am eigenen Arbeitsplatz“ (ebd., S. 51 f.). Zur Methodik werden Gruppenschulungen und -beratungen sowie arbeitsplatzbezogene praktische Anleitungen unter Einbeziehung der Beschäftigten und der zuständigen Führungskräfte vorgeschlagen. Als qualifizierte Anbieter der Programme werden Sportwissenschaftler, Krankengymnasten sowie Ergotherapeuten benannt (ebd., S. 52). Im Handlungsfeld „Psychosoziale Belastungen (Stress)“ steht die Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz im Vordergrund. Als Interventionen werden z.B. die Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen zur Problemlösung, Zeitmanagement sowie psychophysiologische Entspannungsverfahren angeführt (ebd., S. 58). Bei der vorgeschlagenen Methodik handelt es sich in erster Linie um systematische Trainingsprogramme für Gruppen auf Basis der kognitiven Verhaltenstherapie sowie

---

<sup>25</sup> Stand Dezember 2006.

um praktische Übungen und Anleitungen zur individuellen Stressreduktion (ebd., S. 58).

Fachexperten äußerten bezogen auf den Handlungsleitfaden Kritik. So wurde bemängelt, die Krankenkassen fielen damit hinter den eigenen programmatischen Anspruch und die dazu entwickelten Handlungskonzepte zurück. Die propagierten verhaltensorientierten Kursangebote genügten nicht dem Setting-Ansatz und blieben gesundheitlich unwirksam, wenn sie nicht im Kontext größerer, systematischer und integrierter Projekte verortet würden (Rosenbrock 2000; Lenhardt 2003, S. 39). Ergänzend dazu wurde von anderer Seite darauf hingewiesen, dass sich der Handlungsleitfaden der Kassen nach wie vor zu sehr am Risikofaktorenmodell und den Krankheitsbildern der Verhaltensmedizin orientiere und somit pathogenetisch ausgerichtet sei (Badura und Hehlmann 2003, S. 69).

Festzuhalten ist, dass die Krankenkassen mit dem gemeinsamen Handlungsleitfaden als gültigem Mindeststandard für das eigene Vorgehen eine konsequent maßnahmenorientierte Interventionsstrategie (im Sinne einzelner, kompakter Leistungspakete) verfolgen, die schwerpunktmäßig auf das Verhalten von Individuen ausgerichtet ist. Diese Strategie unterscheidet sich damit deutlich von der Schwerpunktsetzung und Vorgehensweise des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (s. Kapitel 3.4). Die Kassen weisen allerdings in diesem Kontext selbst auf ihr eigenes Dilemma hin. Sie fühlen sich in ihrem Handeln einem ganzheitlichen, verhaltens- und verhältnisorientiertem Ansatz verpflichtet, durften sich jedoch zumindest bislang bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation nicht finanziell engagieren, weil diese Aktivitäten in der Verantwortung Dritter (vor allem Arbeitgeber und gesetzliche Unfallversicherung) liegen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006, S. 47).

### *Impulse für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*

Gleichwohl haben die gesetzlichen Krankenkassen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement wichtige Impulse geliefert. Letztlich waren es vor allem drei Struktur- bzw. Verfahrensstandards der Krankenkassen, die in der Konzeption des Betrieblichen Gesundheitsmanagements aufgegriffen wurden: erstens der Arbeitskreis Gesundheit als Steuerungs- und Entscheidungsgremium für betriebliche Gesundheitsaktivitäten, zweitens die Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten als Grundlage für die Erstellung von Gesundheitsberichten und zielgerichtete Präventionsangebote sowie drittens die Gesundheitszirkel als mitarbeiterorientiertes Interventionsinstrument. Alle drei Bausteine – Lenkungsausschuss, Dateninfrastruktur sowie partizipative Kleingruppenarbeit – stellen

unerlässliche Standards für das kunstgerechte Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement dar (s. Kapitel 6).

Die Arbeitsunfähigkeitsanalysen gehören seit den Anfängen der betrieblichen Gesundheitsförderung zum Routine-Instrumentarium vieler Krankenkassen. Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgt zum einen über regelmäßig von den Krankenkassen veröffentlichte branchen- und berufsgruppenbezogenen Berichte sowie über die betriebliche Gesundheitsberichterstattung für einzelne Unternehmen (Zoike 2003, S. 201 f.). Auch der Einsatz moderierter Gesundheitszirkel zur Identifizierung und Bearbeitung von gesundheitlichen Problemstellungen im Betrieb, gestützt auf das Expertenwissen der Beschäftigten, spielte in der Konzeption der Kassen von Beginn an eine wichtige Rolle (Friczewski et al. 1994; Schröer und Sochert 1994; Slesina et al. 1998; Westermayer und Bähr 1994; Slesina 2001).<sup>26</sup> Ihre Bedeutung in der betrieblichen Praxis ist allerdings erst über die Jahre hinweg langsam angestiegen (Arbeitsgemeinschaft der GKV-Spitzenverbände und Medizinischer Dienst der Krankenkassen 2006).<sup>27</sup>

Deutlichere Konvergenzen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement zeigt jedoch das Vorgehen einzelner Krankenkassen. Hervorzuheben sind insbesondere die von der AOK und der BKK in den letzten Jahren entwickelten organisationsbezogenen Qualitätsmodelle, die sich ihrerseits an den Qualitätsmanagementansätzen der Industrie orientieren. Für die Anwendung in der betrieblichen Praxis hat vor allem das EFQM-Modell (s. Kapitel 2.2.3) eine besondere Bedeutung erlangt.

Die AOK Niedersachsen entwickelte und erprobte ihr Modell zur Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit dem Institut für Technologie und Arbeit (ITA) der Universität Kaiserslautern (Drupp und Osterholz 2001; Oster-

---

<sup>26</sup> Arbeitsunfähigkeits-Datenanalysen und Gesundheitszirkel wurden bereits in den siebziger und achtziger Jahren vor dem Hintergrund der Prävention „arbeitsbedingter Erkrankungen“ (nach § 3.1.3c Arbeitssicherheitsgesetz) entwickelt und erprobt (Slesina et al. 1998).

<sup>27</sup> Das Gesundheitszirkelkonzept wurde im Rahmen von Modellprojekten (Förderprogramm zur Humanisierung des Arbeitslebens) in zwei Grundformen an der Universität Düsseldorf in Kooperation mit den Stahlwerken Thyssen und an der Technischen Universität Berlin in Zusammenarbeit mit der Volkswagen AG entwickelt und erprobt. Während das „Düsseldorfer Modell“ verhältnisorientiert war und in erster Linie auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitssituation zielte, verfolgte das „Berliner Modell“ verhaltensorientierte Ziele, indem es vor allem darum ging, die Beschäftigten zu befähigen, Belastungen am Arbeitsplatz zu erkennen und mit Hilfe geeigneter Problemlösungsstrategien zu bewältigen. Mitte der neunziger Jahre waren bereits 300 Zirkel ermittelt, die einer der beiden Grundformen entsprachen oder eine Kombination aus beiden Ansätzen darstellten (Slesina 2001, S. 76).

holz und Schott 2001; Thul und Zink 2001).<sup>28</sup> Ebenso wie das EFQM-Modell unterscheidet das AOK-Modell zwischen den zwei Bereichen „Voraussetzungen“ (Potenzialfaktoren) und „Ergebnissen“, denen neun unterschiedlich gewichtete Kriterien zugeordnet werden (vgl. Kapitel 2.2). Auf Seite der Voraussetzungen handelt es sich um die Kriterien „Führung“, „Mitarbeiterorientierung“, „Strategie und Planung“, „Ressourcen“, „Betriebliches Gesundheitssystem und Prozesse“, auf der Ergebnisseite um „Mitarbeiterzufriedenheit“, „Gesundheit bei Kunden und Lieferanten“, „gesellschaftliche Verantwortung“ und „betriebliche Gesundheitssituation“.

Mit diesem Qualitätsmodell wurde seitens der AOK Niedersachsen der Versuch unternommen, nicht mehr einzelne, isolierte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und dafür geeignete Methoden und Instrumente in den Vordergrund zu stellen, sondern ein standardisiertes Qualitätsmodell auf Organisationsebene zu entwickeln – in Form eines steuerbaren und bewertbaren Managementsystems. Unternehmen, die betriebliche Gesundheitsförderung auf dieser Basis nachweislich qualitätsgesichert betreiben, werden finanziell belohnt. Das Verfahren sieht vor, dass Unternehmen, die mit Hilfe einer kombinierten Selbst- und Fremdbewertung den Nachweis systematisch und umfassend angelegter Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen, für jeweils ein Jahr prospektiv den Beitragsbonus von einem Monatsbeitrag für die Krankenversicherung erhalten (Drupp und Osterholz 2001, S.148).<sup>29</sup> Das Bonus-Modell hat maßgeblich dazu beigetragen, dass seit Januar 2004 den Krankenkassen vom Gesetzgeber erstmalig die Möglichkeit eröffnet wurde, Unternehmen einen Bonus für betriebliche Gesundheitsförderung zu gewähren (Abs. 3 § 65a SGB V).

Ebenfalls in Anlehnung an das EFQM-Modell wurden unter der Federführung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen Ende der neunziger Jahre europäische Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt (BKK Bundesverband

---

<sup>28</sup> Das Modellprojekt „Prospektiver Beitragsbonus“ startete im Jahr 1996 und war auf eine Erprobungsdauer von maximal acht Jahren angelegt. Teilgenommen haben über die gesamte Laufzeit 44 Unternehmen mit rund 17.0000 Beschäftigten. Das Modellvorhaben endete Mitte 2004 und wird seit dem 1. Juli 2004 auf Basis der gesammelten Erfahrungen in veränderter Form fortgesetzt. Zunächst waren an dem Projekt ausschließlich niedersächsische Unternehmen unterschiedlichen Branchen und Größen beteiligt. Später ist das Konzept auch von der AOK Hessen und der AOK Rheinlandpfalz übernommen worden (Drupp und Osterholz 2001).

<sup>29</sup> Die Modellbetriebe und ihre Mitarbeiter haben im Projektzeitraum etwas über 15 Millionen Euro an Bonuszahlungen erhalten. Die AOK Niedersachsen konnte dafür ihrerseits acht Prozent weniger Leistungsausgaben durch geringere Inanspruchnahme von Ärzten, Arznei- und Heilmittelverschreibungen sowie eingespartes Krankengeld verbuchen. Im Fortsetzungsprojekt wurde die Bonusregelung mit Blick auf die Leistungsausgabenentwicklung modifiziert, indem u.a. die Höhe des Bonus nur noch 33 bis 80 Prozent eines Monatsbeitrags beträgt und sich nicht nur nach der Qualität des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sondern auch nach den Einsparungen der Leistungsausgaben (Krankengeld) richtet (AOK- Institut für Gesundheitsconsulting 2004).

und Europäisches Informationszentrum 1999a; Breucker 2001). Ergänzend wurde ein Fragebogeninstrument erstellt und pilotiert, das Unternehmen eine Selbstbewertung der Qualität betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen ermöglichen soll – vergleichbar dem Selbstbewertungsverfahren im Rahmen von EFQM-Zertifizierungen (BKK Bundesverband und Europäisches Informationszentrum 1999b).

Die europäischen Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung wurden vom ENBGF im Zeitraum von zwei Jahren (1997-1999) auf Grundlage der Luxemburger Deklaration zusammengestellt.<sup>30</sup> Sie formulieren Anforderungen an Organisationen, die sich gesundheitsförderlich entwickeln wollen (Breucker 2001, S. 133 ff.). Auch hier werden die beiden Bereiche „Voraussetzungen“ und „Ergebnisse“ unterschieden und diesen insgesamt sechs Qualitätsdimensionen zugeordnet: „Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik“, „Personalwesen und Arbeitsorganisation“, „Planung betrieblicher Gesundheitsförderung“, „soziale Verantwortung“, „Umsetzung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung“ sowie „Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung“. Eine Weiterentwicklung und Konkretisierung dieses Modells stellt das Europäische Prozessmodell für betriebliches Gesundheitsmanagement dar, das, orientiert an internationalen Konzepten und Erfahrungen, „ein allgemeingültiges Handlungsmodell für die Organisation betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen liefern soll“ (ebd., S. 139 f.). Erfahrungen in der betrieblichen Praxis stehen hierzu allerdings noch aus.

Trotz einer insgesamt positiven Einschätzung dieser Entwicklung bleibt anzumerken, dass es sich bei den von AOK und BKK vorgeschlagenen Modellen um allgemeine Qualitätsmodelle zur Organisationsentwicklung handelt, die keine klare Konzeption von Gesundheit und ihren Einflussgrößen erkennen lassen. Darüber hinaus weisen die Modelle eine relativ komplizierte Systematik auf, die in der Umsetzung und Bewertung für Unternehmen (und Krankenkassen) zeitlich und organisatorisch aufwendig erscheint, und sie bieten wenig Handwerkszeug für das konkrete Vorgehen in der betrieblichen

---

<sup>30</sup> Mit der Luxemburger Deklaration aus dem Jahr 1997 zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BKK Bundesverband und Europäisches Informationszentrum 1998) sowie mit dem Cardiff Memorandum zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben aus dem Jahr 1998 (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 1998) einigten sich die Mitglieder des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) erstmalig auf eine gemeinsame, EU-weit gültige Definition betrieblicher Gesundheitsförderung. Mit der Formulierung von Leitsätzen wurden zudem grundlegende Qualitätsanforderungen an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gestellt: fachübergreifende Zusammenarbeit von Schlüsselakteuren, Einbeziehung aller Beschäftigten (Partizipation), Berücksichtigung von betrieblicher Gesundheitsförderung bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen (Integration) und systematische Durchführung aller Maßnahmen (Projektmanagement).

Gesundheitsarbeit. Dies steht einer breiteren Durchsetzungsfähigkeit in der Praxis vermutlich eher erschwerend im Wege.

### **3.3 Arbeitsschutz im Handlungsfeld des Staates und der Unfallversicherungsträger**

Der Arbeitsschutz blickt in Deutschland auf eine lange, über 100jährige Tradition zurück – gekennzeichnet durch einen hohen Grad an Professionalisierung sowie ein stark regelgeleitetes, auf die Einhaltung von Standards (gesetzliche Vorschriften, Normen, Richtlinien) ausgerichtetes Handeln. Das deutsche Arbeitsschutzsystem weist dabei gegenüber anderen Ländern eine Besonderheit auf, indem es sich auf zwei tragende Säulen stützt – die staatliche Arbeitsschutzaufsicht der Länder und die gesetzliche Unfallversicherung. Staatliche Institutionen und Unfallversicherungsträger haben gemeinsam, auf der Basis unterschiedlicher Gesetze und mit unterschiedlichen Kompetenzen, für die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz Sorge zu tragen. Während der Staat eher fachorientiert ausgerichtet ist, werden die Berufsgenossenschaften in erster Linie branchenbezogen tätig. Dieser Dualismus im Arbeitsschutzsystem hat sich in der Vergangenheit im Grundsatz bewährt, mit unübersehbaren Erfolgen im technischen Arbeitsschutz sowie bei der Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten.

Im Zuge der Deregulierungsdebatte ist das duale Arbeitsschutzsystem in den vergangenen Jahren immer wieder diskutiert und mit wechselndem Blick auf einen der beiden Systemakteure in Frage gestellt worden. So war zwischenzeitlich z.B. vorgesehen, die Überwachungsaufgaben des Staates auf die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu übertragen und damit das duale System faktisch aufzulösen – eine Absicht, die vor allem von den Gewerkschaften scharf kritisiert wurde (Deutscher Gewerkschaftsbund 2005). Dem aktuellen Diskussionsstand zufolge wird jedoch auf absehbare Zeit keine grundlegende Reform des dualen Systems, sondern lediglich eine Optimierung angestrebt. Im Zentrum steht eine gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern, in der gemeinsame Arbeitsschutzziele, prioritäre Handlungsfelder und Arbeitsprogramme sowie grundlegende Vorgehensweisen festgelegt werden (Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2005). Dazu liegt seit August 2006 ein erster Arbeitsentwurf vor.

Festzuhalten ist, dass der moderne Arbeitsschutz maßgeblich zur Qualitätsentwicklung im Bereich der arbeitsweltbezogenen Prävention beigetragen hat. Er hat zudem wichtige Impulse für das Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement geliefert. Entscheidend waren in diesem Kontext vor allem die Ansätze zur Systematisierung und

Institutionalisierung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes – eine Entwicklung, die in Deutschland mit dem Arbeitsschutzgesetz von 1996 angestoßen wurde und eine konsequente Fortsetzung in der Einführung von Arbeitsschutzmanagementsystemen erfuhr. Für das Thema der vorliegenden Arbeit sind Managementsysteme im Arbeitsschutz insofern von besonderer Bedeutung, weil sie ein weiteres Musterbeispiel für die Qualitätsverbesserung durch Prozessstandards liefern. Auf ihre Konzeption und Zielsetzung wird daher an späterer Stelle detailliert eingegangen (s.u.).

### *Arbeitsschutz im Handlungsfeld des Staates*

Technologischer Fortschritt, wirtschaftlicher Strukturwandel in Richtung Dienstleistungsberufe und damit einhergehende neue Problemstellungen und gesundheitliche Risiken haben im traditionellen Arbeitsschutz in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts eine Reihe von Strukturdefiziten sowie inhaltliche Defizite zunehmend deutlich zutage treten lassen. Dazu zählen insbesondere (vgl. Bieback und Oppolzer 1999, S. 7 ff.):

- eine Aufsplitterung der Zuständigkeiten und eine Unübersichtlichkeit des Regelwerks (z.B. staatliche Vorschriften in Form von Gesetzen, Richtlinien sowie berufs-genossenschaftliche Vorschriften, Merkblätter) aufgrund des historisch gewachsenen dualen Systems im Arbeitsschutz, mit der Folge einer erschwerten Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes;
- eine starke Expertenorientierung in den Betrieben (Sicherheitsbeauftragte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte) und auf überbetrieblicher Ebene (technische Aufsichtsbeamte der Berufsgenossenschaften, staatliche Gewerbeaufsichtsbeamte und Gewerbeärzte), bei gleichzeitig geringer Einbeziehung der Beschäftigten;
- die Orientierung an Kontroll- und Überwachungsaufgaben, verbunden mit einem Fokus auf Grenzwerte und das Einhalten von Arbeitsschutz- und Sicherheitsvorschriften;
- eine nahezu ausschließliche Konzentration auf traditionelle, messbare industrielle Belastungsarten und Gefährdungsquellen (z.B. Unfälle, Schadstoffe, Umgebungseinflüsse);
- eine einseitige Ausrichtung auf die Verhütung von Gefahren sowie die nachträgliche Korrektur und Reparatur vorhandener Mängel unmittelbar am Arbeitsplatz und eine Vernachlässigung von Prävention und vorbeugendem Gesundheitsschutz.

Auf neue Anforderungen und Risiken in den Betrieben, insbesondere an der Mensch-Mensch-Schnittstelle auftretende psychische und psychosoziale Belastungen und Beanspruchungsfolgen, sowie auf die zunehmende Zahl chronisch-degenerativer Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen) konnte der traditionelle Arbeitsschutz mit diesem Herangehen keine adäquaten Antworten mehr geben.

Die Betriebe erachteten den Arbeitsschutz vor allem als leidige Pflichterfüllung, bei der die Einhaltung von Vorschriften im Vordergrund stand. Diese Aufgabe wurde zumeist auf das untere Management und die Sicherheitsexperten übertragen. Die Wahrnehmung des Arbeitsschutzes als strategische Aufgabe des oberen Managements sowie eine Integration des Arbeitsschutzes in die betrieblichen Routinen fand hingegen nicht statt (Kohte 2001, S. 53 ff.).

Der zunehmende Anpassungs- und Modernisierungsdruck sowie verpflichtende rechtliche Vorgaben der Europäischen Gemeinschaft führten schließlich in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts zu einer Erneuerung des Arbeitsschutzrechtes. Damit wurde zugleich ein grundlegender Wandel im deutschen Arbeits- und Gesundheitsschutz eingeleitet.

Mit der Verabschiedung des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) im Jahr 1996 und den nachgehenden Einzelverordnungen (z.B. Bildschirmverordnung und Lastenhandhabungsverordnung, Arbeitsstättenverordnung) erfolgte die Übernahme der europäischen Arbeitsschutz-Richtlinie aus dem Jahr 1989 in nationales Recht (Arbeitsschutz-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG).<sup>31</sup> Damit wurde der Arbeitsschutz in Deutschland auf eine neue Rechtsgrundlage gestellt und der Rahmen für einen modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz abgesteckt (Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW 2001, S. 9). Das Arbeitsschutzgesetz und die gleichzeitige Erweiterung des Präventionsauftrages der Berufsgenossenschaften (s.u.) gelten als die bedeutendste Strukturreform des Arbeitsschutzes auf nationaler Ebene (Konstanty und Zwingmann 1997).

Präventiver Ansatz, organisationsbezogene Perspektive sowie die Ausrichtung auf ein systematisches, prozessorientiertes Vorgehen waren die wesentlichen Neuerungen des Arbeitsschutzgesetzes. Damit einher ging auch eine Neuauslegung des Gesundheitsbegriffs, die sich allerdings weniger an dem umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO im Sinne eines physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens orientierte (s. Ka-

---

<sup>31</sup> Die Europäische Rechtsprechung hatte die Übernahme der EG-Rahmenrichtlinie in nationales Recht bereits bis zum Jahr 1992 vorgesehen. Deutschland kam seinen Verpflichtungen somit erst mit vierjähriger Verspätung nach.

pitel 3.1), sondern stärker an dem vergleichsweise engeren Gesundheitsbegriff der International Labour Office (ILO). So heißt es in Artikel 3e des ILO-Übereinkommens Nr. 155 über Arbeitsschutz und Arbeitsumwelt, dass der Begriff „Gesundheit“ im Zusammenhang mit der Arbeitswelt nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen, sondern auch die physischen und geistig-seelischen Faktoren umfasst, die sich auf die Gesundheit auswirken und die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Sicherheit und der Gesundheit bei der Arbeit stehen (vgl. Kohte 2001, S. 59).

Ingesamt lassen sich die Reformen des Arbeitsschutzgesetzes wie folgt zusammenfassen (vgl. Lenhardt 1998):

- eine, bis auf wenige Ausnahmen, einheitliche Rechtsgrundlage für alle Tätigkeitsbereiche, Branchen und Betriebsgrößen (§ 1,1);
- die Anpassung des Arbeitsschutzes an den technischen und wissenschaftlichen Fortschritt (§ 4);
- ein erweitertes Verständnis von Arbeits- und Gesundheitsschutz, das neben Maßnahmen zur Unfallverhütung die Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit mit einschließt (§ 2,1);
- eine ganzheitliche, präventive und auf ständige Verbesserung (KVP) ausgerichtete Arbeits- und Gesundheitspolitik, integriert in die betrieblichen Routinen und die betrieblichen Führungsstrukturen (§ 3, 2);
- die systematische Durchführung und Dokumentation von Gefährdungsbeurteilungen durch den Arbeitgeber als Grundlage für die Planung und Durchführung von Maßnahmenplanung sowie die Überprüfung der ergriffenen Schutzmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit (§ 5 und § 6);
- die Partizipation der Beschäftigten, d.h. ihre aktive Einbeziehung in den Arbeits- und Gesundheitsschutz (§ 15; § 16, § 17);
- die Zusammenarbeit der Landesbehörden mit den Trägern der Unfallversicherung bei der Wahrnehmung von Überwachungsaufgaben sowie der wechselseitige Erfahrungsaustausch (§ 21, 3).

Den Unternehmen wurden für die Einhaltung der Anforderungen und die Umsetzung von Maßnahmen im Arbeitsschutz klare Rahmenbedingungen und verpflichtende Mindeststandards vorgegeben (Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW 2001, S. 9). Zugleich erhielten sie bei der individuellen Ausgestaltung viel Gestaltungsfreiraum. Damit ging auch ein Wandel in Rolle und Aufgaben der Arbeitsschutzorganisationen einher – weg von rein überwachenden Auf-

sichtsbehörden hin zu stärker beratenden und moderierenden Dienstleistungsinstitutionen, in enger Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und Beschäftigten.

Heute, zehn Jahre nach Einführung des Arbeitsschutzgesetzes wird in der Fachwelt konstatiert, dass das Gesetz nichts von seiner Modernität eingebüßt hat, allerdings nach wie vor eine deutliche Diskrepanz besteht zwischen der gültigen Rechtsgrundlage einerseits und der Umsetzung in der betrieblichen Praxis andererseits (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004, S. 50). Dies belegen auch Daten, die im Jahr 2002 im Rahmen einer eigenen repräsentativen Studie erhoben wurden (Blume et al. 2003; s. dazu auch Kapitel 4.1.3).

#### *Arbeitsschutz im Handlungsfeld der Unfallversicherungsträger*

Ebenfalls im Jahr 1996, und damit zeitgleich mit der Verabschiedung des neuen Arbeitsschutzgesetzes, erfolgte die Neufassung des Sozialgesetzbuches VII („Gesetz zur Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch“, SGB VII). Damit erhielten auch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger, als zweite Säule im dualen Arbeitsschutzsystem, einen erweiterten Präventionsauftrag. Ihre Aufgaben wurden an das Arbeitsschutzrecht angepasst (Konstanty und Zwingmann 1997).

Die grundsätzlichen Neuerungen des Sozialgesetzbuches VII lauteten wie folgt:

- Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen (§ 14, 1);
- Bei der Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen (§ 14, 2).

Für die Unfallversicherungsträger bedeuteten diese Neuerungen vor dem Hintergrund ihrer historisch gewachsenen Organisationsstruktur und ihres bisherigen Aufgabenprofils eine große Herausforderung. So bestand der gesetzliche Präventionsauftrag laut Reichsversicherungsverordnung bis zum Jahr 1996 ausschließlich in der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Auf dieser Basis bildete sich ein autonomes Vorschriften- und Regelwerk heraus, das ebenso wie im staatlichen Arbeitsschutz überwiegend auf die Gewährleistung der technischen Sicherheit am Arbeitsplatz sowie die Kontrolle chemisch-physischer Risiken ausgerichtet war. Andere gesundheitsrelevante Aspekte, wie z.B. psychosoziale Risiken, wurden nahezu vollständig ausgeblendet (vgl. Lenhardt 2003, S. 14 ff.). Hinzu kommt, dass es sich bei den Aufsichtspersonen der Berufsgenossenschaften bis heute überwiegend um Ingenieure mit einem naturwissen-

schaftlich-technisch geprägten Welt- und Menschenbild und einem entsprechenden Verständnis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes handelt (Hahn und Löster 2001, zit. n. Lenhardt 2003, S. 17).

Dennoch gab es bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung ein starkes institutionelles Eigeninteresse, die Organisationsstrukturen und Handlungskonzepte weiterzuentwickeln und partiell neu auszurichten. So wollte man sich bei der Umsetzung der EU-Arbeitschutzrichtlinien und des deutschen Arbeitsschutzrechtes nicht ins Abseits drängen lassen, sondern aktiv mitgestalten. Zugleich erforderte die Bewältigung neuer Problemlagen in der Arbeitswelt neue Strategien und Interventionsinstrumente. In diesem Zusammenhang erhoffte man sich Anschluss an das neue Gesundheitsförderungskonzept der Krankenkassen, auch in Richtung einer stärkeren Zusammenarbeit mit den Kassen (Lenhard 2003, S. 24 ff.).

Auf der Basis der neuen Gesetzgebung verabschiedeten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Jahr 1997 eine an die gesetzlichen Änderungen angepasste Rahmenvereinbarung.<sup>32</sup> Auf dieser Grundlage initiierten sie eine Reihe von Kooperationsprojekten sowie weitere gemeinsame Aktivitäten (z.B. Schulungs- und Trainingsmaßnahmen für überbetriebliche und betriebliche Akteure) zum Thema Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung (Bindzius 2001).

Trotz vieler positiver Entwicklungen in der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften weisen beide Seiten auf nicht erschlossene Kooperationspotenziale sowie auf Kooperationsbarrieren in der betrieblichen Praxis hin. Als erschwerend für die Kooperation gelten u.a. (Lenhardt 2003, S. 50 ff.): ein in Teilen unterschiedliches Problemverständnis und daraus resultierend unterschiedliche Zielsetzungen und Handlungsorientierungen im Bereich der arbeitsweltbezogenen Prävention, keine ausreichende Klarheit über die jeweiligen Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche als Voraussetzung für eine geregelte Zusammenarbeit sowie organisatorische Erschwernisse, wie z.B. institutionelle Rahmenbedingungen der Träger (Wettbewerbsordnung und Zergliederung der Krankenkassenlandschaft auf der einen Seite, Überwachungsaufgaben und Sanktionsbefugnisse der Berufsgenossenschaften auf der anderen Seite).

---

<sup>32</sup> Bereits im Jahr 1992 wurde eine erste Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften verabschiedet und darin gemeinsame Handlungsempfehlungen zur Zusammenarbeit formuliert. Auf dieser Basis wurden erste Kooperationsprojekte initiiert, wie z.B. das Modellprojekt KOPAG „Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit“ (1994-1997), gefördert vom BMA und durchgeführt in Trägerschaft des Bundesverbandes der BKK und des Hauptverbandes der Gewerblichen Berufsgenossenschaften (BKK Bundesverband und HVBG 1999).

Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass die Reform des Arbeitsschutzrechtes einschließlich des erweiterten Präventionsauftrages im SGB VII auch bei den Unfallversicherungsträgern die Basis für vielfältige Anpassungsprozesse geschaffen hat und eine tendenzielle Öffnung hin zu einem umfassenderen Präventionsverständnis und darauf hin angepasster Konzepte und Interventionsansätze ermöglichte. Dem eigenen Selbstverständnis zufolge verstehen sich die Berufsgenossenschaften heute, ebenso wie die staatlichen Arbeitsschutzorganisationen, vor allem als Dienstleister für Sicherheit und Gesundheit im Betrieb, mit einer in erster Linie beratenden Funktion für Unternehmen und Versicherte (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2005).

Erkennbar wird diese neue Herangehensweise z.B. an einer Verbesserung von Beratungs- und Unterstützungsleistungen für Betriebe, insbesondere im Bereich der Arbeitsschutzplanung und -organisation, neuen Organisationskonzepten und Handlungsinstrumenten zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, einer stärkeren Verankerung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in klein- und mittelständischen Betrieben (z.B. Unternehmermodell), der Entwicklung neuer Aus- und Fortbildungsangebote für betriebliche Akteure und die eigenen berufsgenossenschaftlichen Akteure sowie an der Neuordnung des eigenen Vorschriften- und Regelwerkes (Lenhardt 2003, S. 25 ff.). Darüber hinaus findet im Bereich der Unfallversicherung seit geraumer Zeit ein Fusionsprozess statt mit dem Ziel, die eigenen Organisationsstrukturen an die veränderten Rahmenbedingungen und Aufgabenstellungen anzupassen.<sup>33</sup> Dazu ist auch die Absicht der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallkassen zu zählen, zum 1. Juli 2007 einen gemeinsamen Spitzenverband für die gesetzliche Unfallversicherung zu schaffen, in dem der bisherige Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und der Bundesverband der Unfallkassen (BUK) aufgehen sollen (HVBG und BUK 2006).

### *Impulse für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*

Für das systematische, regelgeleitete Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement haben vor allem die bereits erwähnten Arbeitsschutzmanagementsysteme (s.o.) wichtige Impulse geliefert. Arbeitsschutzmanagementsysteme sind seit Mitte der neunziger Jahre des 20. Jahrhunderts auf nationaler und internationaler Ebene erarbeitet

---

<sup>33</sup> Im Bereich der gewerblichen Unfallversicherung existieren derzeit 26 rechtlich selbstständige Berufsgenossenschaften. Bis zum Jahr 2012 soll die Zahl auf 9 verringert werden. Auch bei den Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbänden findet ein Fusionsprozess statt. Die Zahl der ursprünglich 54 Unfallversicherungsträger ist auf aktuell 32 gesunken und soll zukünftig weiter reduziert werden (HVBG und BUK 2006).

worden (Beutler und Langhoff 1997; Bamberg et al. 2002; Ritter und Langhoff 1998; Poppendieck et al. 1999). Beeinflusst wurde diese Entwicklung durch folgende Faktoren: einen Paradigmenwechsel in der Organisations- und Managementlehre und eine damit einhergehende stärkere Verknüpfung von Unternehmenszielen mit der Pflege und Förderung der Humanressourcen, gewandelte gesellschaftliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen, veränderte Problemlagen und gesundheitliche Risiken in den Betrieben sowie neue rechtliche Anforderungen an den Arbeits- und Gesundheitsschutz (Beutler und Langhoff 1997).

Einfluss genommen hat darüber hinaus die zunehmende praktische Relevanz anderer betrieblicher Teil-Managementsysteme (insbesondere in den Bereichen Qualität und Umwelt) sowie das starke Aufkommen umfassender Qualitätsmanagementansätze, wie z.B. Total Quality Management (s. Kapitel 2.2.3). Ebenso wie im Qualitätsmanagement sollte der Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht mehr als Einhaltung von Vorschriften und die nachgehende Kontrolle durch die Aufsichtsbehörden verstanden werden, sondern als präventive, von den Unternehmen eigenverantwortlich zu steuernde Managementaufgabe (Beutler und Langhoff 1997; Blume und Schleicher 2003). Abb. 4 zeigt die analogen Entwicklungen in den Bereichen Qualität und Arbeitsschutz.

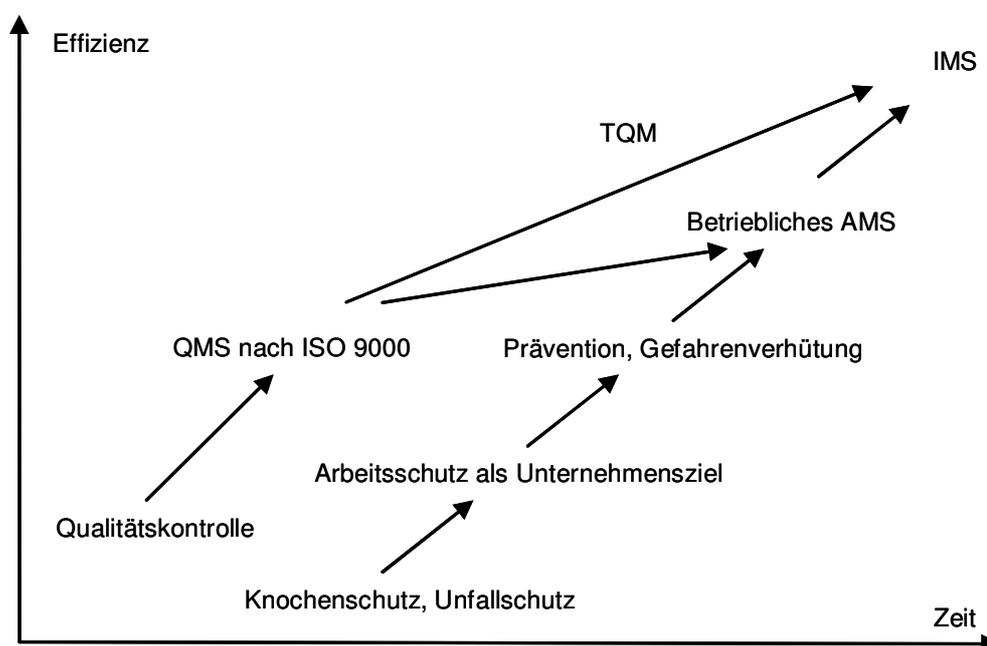


Abb. 4: Entwicklung und Effizienzsteigerung bei Qualität und im Arbeitsschutz  
Quelle: Beutler und Langhoff (1997, S. 830)

In diesem Zusammenhang wurde in Fachkreisen auch über die Notwendigkeit einer Normierung entsprechend den Normen nach DIN ISO 9000 ff. (Qualitätsmanagement)

und DIN ISO 14000 ff. (Umweltmanagement) diskutiert. Im Fall der Arbeitsschutzmanagementsysteme sprachen sich die verantwortlichen Experten gegen eine internationale Normung auf ISO-Ebene aus (Bamberg et al. 2002, S. 17). Um dennoch einen einheitlichen Standard für AMS-Konzepte zu erreichen, wurde seitens der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) ein internationaler Leitfaden für AMS entwickelt, der den Rahmen für nationale Leitfäden (s.u.) lieferte (Internationale Arbeitsorganisation 2001).<sup>34</sup> Zu den grundlegenden Prinzipien des ILO-Leitfadens gehören: keine Zertifizierungsverpflichtung, freiwillige Anwendung, keine rechtliche Verbindlichkeit und kein Infragestellen nationaler Gesetze und Regelungen (ebd., S. 1).

Ausgangspunkt für die Aktivitäten in Deutschland und zugleich wichtiger Impulsgeber für das Betriebliche Gesundheitsmanagement waren Ende der neunziger Jahre zwei nationale Konsenspapiere des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit (BMA), der obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialpartner: der „Gemeinsame Standpunkt zu Arbeitsschutzmanagementsystemen“ (Bundesarbeitsblatt 9/1997, S. 85 f.) sowie die „Eckpunkte zur Entwicklung und Bewertung von AMS-Konzepten“ (Bundesarbeitsblatt 2 /1999, S. 43-46).

Der „Gemeinsame Standpunkt“ aus dem Jahr 1997 lieferte eine allgemeine arbeitspolitische Rahmensetzung. Die „Eckpunkte“ aus dem Jahr 1999 formulierten im Sinne einer Leitlinie grundlegende Anforderungen an branchen- oder betriebsgrößenspezifische AMS-Konzepte. Die Eckpunkte waren dabei nicht als Standard zur unmittelbaren Einführung von AMS zu verstehen, sondern als Handlungsorientierung für die Entwicklung von AMS-Konzepten (Bamberg et al. 2002, S. 17).

---

<sup>34</sup> An der Entwicklung des internationalen Leitfadens war u.a. auch Deutschland maßgeblich beteiligt. Der Leitfaden basiert auf den international vereinbarten Grundsätzen der in der ILO vertretenen drei Parteien (Regierungen, Arbeitgeber, Beschäftigte).

Auf der Grundlage des „Gemeinsamen Standpunktes“ und dem „Eckpunktepapier“ erfolgte wenige Jahre später, unter Federführung des BMA sowie in Anlehnung an den Standard der Internationalen Arbeitsorganisation (s.o.), die Entwicklung eines nationalen Standards in Form eines Leitfadens zur Einführung von AMS (BAuA 2002).<sup>35</sup> Auf dieser Basis sind inzwischen weitere, in unternehmensspezifische Managementsysteme integrierbare Konzepte für Arbeitsschutzmanagementsysteme entwickelt und in der betrieblichen Praxis erprobt worden (z.B. Elke 2000).

Der Leitfaden benennt zum einen die übergeordneten Ziele eines Arbeitsschutzmanagements und formuliert darüber hinaus Empfehlungen zur inhaltlichen Ausgestaltung von AMS in Unternehmen. Die Empfehlungen beziehen sich, vergleichbar und damit zugleich kompatibel mit anderen Managementsystemen, auf folgende Aspekte: Politik (Arbeitsschutzpolitik und Arbeitsschutzziele), Organisation (z.B. Ressourcen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, Beteiligung, Qualifikation), Planung und Umsetzung (z.B. Ermittlung, Beurteilung und Vermeidung von Gefährdungen), Messung und Bewertung (z.B. Leistungsüberwachung, interne Audits) sowie Verbesserungsmaßnahmen (Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen, kontinuierliche Verbesserung) (BAuA 2002).

Kernelement von Arbeitsschutzmanagementsystemen ist die systematische Vorgehensweise und eine am Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung ausgerichtete Prozessorientierung, basierend auf dem Plan-Do-Check-Act-(PDCA)-Regelkreis von Deming (s. Kapitel 2.2.2). Im Fall des Arbeits- und Gesundheitsschutzes umfasst das Vorgehen folgende Arbeitsschritte: Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen und damit verbundenen Risiken für Sicherheit und Gesundheit in der gesamten Organisation (Diagnose), Planung und Durchführung problemorientierter Maßnahmen zur Vermeidung und Verminderung der Gefährdungen und Risiken (Planung und Intervention), regelmäßige Überprüfung der Arbeitsschutzaktivitäten und der Zielerreichung (Evaluation).

Auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement muss mit Blick auf eine hohe Ergebnisqualität systematisch betrieben und kontinuierlich verbessert werden. Aus der Kon-

---

<sup>35</sup> Eingeflossen in die Entwicklung sind auch Konzepte einzelner Bundesländer sowie Leitfäden des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Zu nennen sind hier vor allem: der ASCA-Leitfaden „Arbeitsschutzmanagement“ aus Hessen, OHRIS (Occupational Health and Risk-Managementssystem) aus Bayern, die LASI-Leitfäden „Spezifikation zur freiwilligen Einführung, Anwendung und Weiterentwicklung von Arbeitsschutzmanagementsystemen (AMS)“ und „Handlungshilfe zur freiwilligen Anwendung von Arbeitsschutzmanagementsystemen (AMS) für kleinere und mittlere Unternehmen (KMU)“ sowie die vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften herausgegebenen „5 Bausteine für einen gut organisierten Betrieb – auch in Sachen Arbeitsschutz: Leitfaden zur Organisation des Arbeitsschutzes im Betrieb“ (vgl. Bamberg et al. 2002).

zeption der Arbeitsschutzmanagementsysteme wurden daher folgende Impulse aufgegriffen und für das eigene Thema nutzbar gemacht: die Wahrnehmung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als Managementaufgabe, die Orientierung auf die Qualität der Prozesse und ihre kunstgerechte Durchführung mit Hilfe von Standards sowie die Integration des Vorgehens in die betrieblichen Routinen.

### 3.4 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gegenüber den bisherigen Ansätzen und Vorgehensweisen im Bereich der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung zeichnet sich Betriebliches Gesundheitsmanagement durch eine dreifache Perspektiverweiterung aus:

1. in der Konzeption: von einem belastungs- und symptombezogenen Ansatz hin zu einer salutogenen, das Sozial- und Humankapital fördernden Sichtweise;
2. in der Schwerpunktsetzung: von personenbezogenen, verhaltenspräventiven Maßnahmen hin zu organisationsbezogenen Interventionsstrategien;
3. in der Vorgehensweise: von Einzelaktivitäten zum Aufbau eines Managementsystems (Münch et al. 2003).

Beigetragen zu dieser Entwicklung haben das vorhandene Grundlagenwissen aus den Sozial-, Organisations- und Gesundheitswissenschaften, Erkenntnisse aus der Qualitäts- und Managementlehre, das Expertenwissen zahlreicher überbetrieblicher Akteure und Institutionen sowie Erfahrungen aus der betrieblichen Praxis.

#### *Von der Pathogenese zur Salutogenese*

Die Wissensbasis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements hat ihren Ursprung in unterschiedlichen Denk- und Forschungstraditionen. Zu nennen sind hier vor allem die Stressforschung, die Verhaltensmedizin und die Sozialepidemiologie (Badura und Hehlmann 2003, S. 13 ff.).<sup>36</sup> Einen großen Erkenntnisgewinn brachte die Soziale Unterstützungsforschung, mit der in zahlreichen, zum Teil groß angelegten empirischen Studien seit Mitte der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts belegt werden konnte, dass zwischenmenschliche Beziehungen und die soziale Umwelt maßgebliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben (z.B. Cassel 1976; Cobb 1976; Badura 1981; House et al. 1988). Diese Erkenntnisse waren zugleich mit verantwortlich für eine Wende in der

---

<sup>36</sup> Auf die einzelnen Forschungsrichtungen und deren Theorien, Konzepte und Interventionsansätze wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen, sondern stattdessen auf die hierzu einschlägige Fachliteratur verwiesen.

Forschung von einer ausschließlich pathogenetischen hin zu einer stärker salutogenetischen Sichtweise. Im Vordergrund stand fortan nicht mehr nur die Frage nach den krankheitsverursachenden Faktoren, sondern vor allem auch die Frage nach den gesundheitsförderlichen Faktoren bei der Person und in ihrer sozialen Umwelt (Badura und Kickbusch 1993).

Das Konzept der Salutogenese verbindet sich maßgeblich mit dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1979, 1987, 1991).<sup>37</sup> Seine Erkenntnisse haben entscheidende Impulse für das in den modernen Gesundheitswissenschaften vorherrschende Verständnis von Gesundheit und Krankheit und die Handlungsmodelle von Prävention und Gesundheitsförderung geliefert. Der salutogenetische Ansatz hat zugleich deutlichen Einfluss auf die wissenschaftliche Fundierung und Zielsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements genommen (s. Kapitel 3.1).

Dem salutogenetischen Modell von Antonovsky zufolge befinden sich Menschen Zeit ihres Lebens auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Gesundheit ist demnach kein statischer Zustand, sondern Ergebnis und zugleich Voraussetzung einer permanenten, dynamischen Interaktion zwischen Mensch, Umwelt und Verhalten. Gesundheit wird als das Resultat einer jeweils aktuellen Balance zwischen Risikofaktoren und Ressourcen innerhalb und außerhalb einer Person verstanden (vgl. Hurrelmann 2000; S. 55 ff.).

Antonovskys Erkenntnisinteresse galt nicht primär der Frage, wie Krankheiten entstehen. Seine Suche richtete sich vor allem auf die salutogenen Merkmale von Personen, die es ihnen ermöglichen, auch unter äußerst belastenden Lebensumständen, gesund zu bleiben, während dies anderen Menschen nicht gelingt.<sup>38</sup> Eine zentrale Rolle bei der Erhaltung der Gesundheit spielte in seinem Modell das seelische Gleichgewicht eines Menschen, oder wie er es nannte, der „sense of coherence“ (Kohärenzempfinden) mit den drei Komponenten „Verstehbarkeit“ (comprehensibility), „Sinnhaftigkeit“ (meaningfulness) und „Handhabbarkeit“ bzw. „Beeinflussbarkeit“ (manageability) (Antonovsky 1979; 1987). Die Fähigkeit eines Menschen, die eigene Umwelt als sinnhaft, verstehbar und beeinflussbar zu erleben, stellt offenbar eine entscheidende gesundheitli-

---

<sup>37</sup> Antonovsky prägte in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts den Begriff der „Salutogenese“ als Gegenbegriff zur „Pathogenese“ und entwickelte seine Theorie in bewusster Kontrastierung zur Stressforschung. Wenngleich der Begriff der Salutogenese auf Antonovsky zurückgeht, gelten bereits Wissenschaftler weit vor ihm, wie der französische Soziologe Emile Durkheim (1858-1917) und der russische Verhaltensforscher Peter Kropotkin (1842-1921) als Pioniere einer salutogenetischen Perspektive (Badura 2006).

<sup>38</sup> Hintergrund waren hierbei vor allem Erfahrungen mit Überlebenden aus Konzentrationslagern.

che Ressource dar, die dazu beiträgt, gesundheitliche Risiken zu vermeiden oder zu vermindern sowie belastende Situationen erfolgreich zu bewältigen.

Trotz des großen Einflusses von Antonovsky auf die Entwicklung moderner Gesundheitstheorien haben Gesundheitswissenschaftler auch auf Schwächen des Modells hingewiesen. So legt Antonovsky nach Ansicht von Hurrelmann (2000, S. 58 f.) kein in sich geschlossenes Konzept von psychischer und körperlicher Gesundheit und ihrer Wechselwirkungen vor. Auch Badura (2006, S. 27) vertritt die Ansicht, dass Antonovsky die Bedeutung der Gefühlsregulierung für den Erhalt der Gesundheit unterschätzte. Neuere Forschungsergebnisse vor allem der Stressforschung, der Psychoneuroimmunologie, der Neuroanatomie und -physiologie belegen, dass es offenbar vor allem die Gefühle sind, die den Organismus steuern und dadurch Einfluss auf Denken, Motivation und Handeln nehmen. Basisemotionen wie Freude, Angst oder Hilflosigkeit stellen das Bindeglied zwischen äußeren Einflüssen, biochemischen Reaktionen und sozialen Interaktionen dar (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004, S. 14). Gut belegt ist weiterhin, dass anhaltend negative Gefühle (z.B. Angst, Wut, Hilflosigkeit) auf Dauer das Immunsystem schädigen und die Entstehung chronischer Krankheiten befördern können. Von positiven Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsgefühlen wird hingegen angenommen, dass sie förderlich auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit einwirken (ebd., S. 15).

Aus diesem Erkenntnisgewinn leitet sich eine Neufassung des Gesundheitsbegriffs ab, die neben die kognitiven Bewältigungspotenziale eines Menschen auch die Fähigkeit zum salutogenen Umgang mit den eigenen Gefühlen stellt.

*„Gesundheit ist eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird.“ (Badura und Hehlmann 2003, S. 18)*

Zugleich geht damit auch ein neues Verständnis von Krankheit einher:

*„Krankheit ist mehr als nur körperliche Fehlfunktion oder Schädigung: Auch beschädigte Identität oder länger anhaltende Angst- oder Hilflosigkeitsgefühle müssen wegen ihrer negativen Auswirkungen auf Denken, Motivation und Handeln aber auch auf das Immun- und Herz-Kreislaufsystem als Krankheitssymptome begriffen werden.“ (ebd., S. 19)*

### *Vom Individuum zur Organisation*

Dennoch lässt sich laut Badura (2004b, S. 24) mit salutogenen Merkmalen und Fähigkeiten von Individuen allein der enorme Gesundheitsgewinn der letzten 150 Jahre nicht erklären. Seiner Ansicht nach sind es vor allem die salutogenen Merkmale sozialer Systeme (Gruppen, Organisationen, Gesellschaften), die sich positiv auf die psychische und körperliche Gesundheit ihrer Mitglieder auswirken. Salutogene Potenziale sozialer Systeme treten nach seinem Verständnis, fundiert durch die sozialwissenschaftliche und organisationswissenschaftliche Forschung, vor allem in folgenden Formen auf:

- als Möglichkeit zur Entwicklung vertrauensvoller, stabiler Bindungen an einzelne Menschen, soziale Gruppen oder Kollektive;
- als positiv bzw. hilfreich empfundene Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld in Form von Zuwendung, Information, Anerkennung und praktischer Unterstützung;
- als gemeinsame Überzeugungen Werte und Regeln, die Berechenbarkeit und Steuerbarkeit sozialer Systeme und die zwischenmenschliche Kooperation erleichtern sowie
- als mitarbeiterorientierte Führung (ebd., S. 3).

Zusammen werden sie als die Grundelemente des Sozialkapitals betrachtet, von dem angenommen wird, dass es die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitglieder eines sozialen Systems beeinflusst sowie den Umfang und die Qualität der in dem System erbrachten Leistungen (Pfaff et al. 2005).<sup>39</sup>

Die bindenden Kräfte sozialer Beziehungen gelten als wichtiges Gesundheitspotenzial sozialer Systeme. Vor allem der salutogene Einfluss sozialer Unterstützung ist heute als empirisch gesichert zu betrachten (z.B. Schwarzer und Leppin 1989). Soziale Unterstützung mildert bzw. modifiziert die gesundheitsschädigenden Effekte von Stressoren und stellt eine Ressource dar für die Bewältigung von Belastungen oder belastenden Situationen (Badura et al. 1987; Berkman und Glass 2000). Negative soziale Beziehungen hingegen, wie fehlende soziale Integration oder auch Mobbing, stellen einen Risikofaktor für das körperliche und psychische Wohlbefinden dar (House 1991; Grande 2003).

Als weiteres Grundelement sozialer Systeme werden gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln erachtet. Unterstellt wird, dass sie es den Mitgliedern erleichtern, sich mit den Zielen einer Organisation zu identifizieren, die Versteh- und die Berechen-

---

<sup>39</sup> Auf den Sozialkapitalansatz wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen, sondern auf die einschlägige Literatur verwiesen (vgl. hierzu ausführlich Badura und Hehlmann 2003, S. 6 ff.).

barkeit fördern und die Basis für eine konfliktarme Zusammenarbeit liefern. Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln gelten als Voraussetzung für die Entstehung und den Erhalt einer Vertrauenskultur, für Teamgeist und den ungehinderten Informationsfluss (Badura und Hehlmann 2003, S. 17 f.). Je weniger gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln in einer Organisation vorhanden sind, umso höher wird der Bedarf an Koordination und Abstimmung eingeschätzt und umso konfliktreicher die Zusammenarbeit der Mitglieder, mit möglichen Konsequenzen für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit (Badura 2004b, S. 12).

Die Führung schließlich gilt ebenfalls als eine zentrale Komponente sozialer Systeme, die sich sowohl gesundheitsförderlich als auch -schädigend auswirken kann. Angenommen wird, dass sich Führung in folgender Hinsicht auf das Befinden der Mitglieder auswirken kann: durch die Einflussnahme auf die Ziele, Strukturen und Prozesse einer Organisation und durch das tägliche Entscheidungs- und Kommunikationsverhalten. Führungskräfte erzeugen durch ihr Verhalten positive oder negative Emotionen. Durch ihre Entscheidungen fördern sie entweder ein Vertrauensklima oder aber ein Klima, das durch Misstrauen und Konflikte geprägt ist (Strobel und Stadler 2000; Münch et al. 2003, S. 20 f.).

Auch Wirtschaftsunternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen stellen soziale Systeme dar, deren Sozialkapital Einfluss auf das gesundheitliche Befinden der Beschäftigten nimmt und in Folge davon auf die Qualität der produzierten Sachgüter und Dienstleistungen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht lassen sich auch Betriebe – ebenso wie Individuen – auf einem Kontinuum zwischen „gesund“ und „ungesund“ einordnen. Je häufiger sich das soziale System einer Organisation dem ungesunden Ende nähert, umso größer wird das Risiko erachtet, dass „Organisationspathologien“ in Form von Mobbing, Burnout und innerer Kündigung vermehrt auftreten sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen, Fehlzeiten und Qualitätsmängel zunehmen (Badura 2006, S. 32 f.).

Die nachfolgende Tabelle fasst den derzeitigen Kenntnissstand zu den Merkmalen gesunder und ungesunder Organisationen zusammen.

	<b>Gesunde Organisation</b>	<b>Ungesunde Organisation</b>
Sinnstiftende Betätigung (Arbeit, Freizeit etc.)	stark verbreitet	weniger stark verbreitet
Soziale Kompetenz	stark ausgeprägt und verbreitet	gering ausgeprägt und verbreitet
Stabilität, Funktionsfähigkeit primärer Beziehungen (Familie, Arbeitsgruppe etc.)	hoch	gering
Umfang sozialer Kontakte jenseits primärer Beziehungen	hoch	gering
Gegenseitiges Vertrauen, Zusammenhalt unter Mitgliedern („Klima“)	hoch	gering
Ausmaß persönlicher Beteiligung an systemischer Willensbildung, Entscheidungsfindung („Partizipation“)	hoch	gering
Vertrauen in die Führung	hoch	gering
Identifikation der Mitglieder mit übergeordneten Zielen und Regeln ihres sozialen Systems („Wir-Gefühl“; „Commitment“)	stark ausgeprägt	gering ausgeprägt
Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten, Regeln („Kultur“)	groß	gering
Ausmaß sozialer Ungleichheit (Bildung, Status, Einkommen)	moderat	hoch

Tab. 5: Merkmale gesunder und ungesunder Organisationen

Quelle: Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (2004, S. 19).

Investitionen in das betriebliche Sozialkapital, z.B. durch die Entwicklung einer mitarbeiterorientierten Führung und eine gesundheitsförderliche Organisations- und Arbeitsgestaltung sowie die Entwicklung hierzu geeigneter Standards, sind – neben der Förderung persönlicher Gesundheitspotenziale und einem gesundheitsbewussten Verhalten – zentrales Anliegen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Walter et al. 2002). Im Unterschied zu traditionellen Interventionsstrategien, die dem verhaltensmedizinischen Risikofaktorenmodell verhaftet sind und sich damit in erster Line auf das Individuum und die Modifikation gesundheitsschädigender Verhaltensweisen beziehen, folgt das Betriebliche Gesundheitsmanagement einer systemischen Betrachtungsweise, geht von einem Primat der sozialen Umwelt gegenüber Person und Umwelt aus. Ausgehend davon, dass in der heutigen Arbeitswelt das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitgehend den vorgegebenen Strukturen und Prozessen folgt, richtet das Betriebliche Gesundheitsmanagement den Blick zuallererst auf die Organisation, die Arbeitsbedingungen und ihre gesundheitsförderliche Gestaltung und erst im zweiten Schritt auf

die Person und ihre Befähigung zu einem gesundheitsbewussten Verhalten (Badura und Hehlmann 2003, S. 19).

### *Von Einzelmaßnahmen zum Managementsystem*

Perspektiverweiterungen in der Konzeption und Schwerpunktsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements haben maßgeblich Einfluss auf die zur Zielerreichung gewählten Strategien und Vorgehensweisen genommen. Anders als die betriebliche Gesundheitsförderung setzt Betriebliches Gesundheitsmanagement nicht auf einzelne, in sich geschlossene Maßnahmen oder Maßnahmenpakete, sondern auf die Systematisierung und Institutionalisierung der betrieblichen Gesundheitsarbeit, d.h. auf die Entwicklung von Standards für Strukturen und Prozesse, die in die betrieblichen Routinen integriert werden, als Voraussetzung für nachhaltige Effekte bei den Beschäftigten und den Unternehmen.

An der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld wurde bereits in den neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts ein erster, grundlegender Verfahrensvorschlag zur Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements erarbeitet. Primäres Ziel des Leitfadens war es, das Vorgehen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit zu systematisieren und es lehr- und lernbar zu machen, unabhängig von der jeweiligen Branche- und Betriebsgröße sowie unabhängig von betriebspezifischen Rahmenbedingungen, Problemstellungen und Zielsetzungen (Badura et al. 1999).<sup>40</sup>

Im Mittelpunkt des Leitfadens stand – orientiert am Deming-Zyklus (s. Kapitel 2.2.2) – ein dynamischer Regelkreis, bestehend aus den vier Kernprozessen Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation (s. Abb. 5). Zu jedem Kernprozess formulierte der Leitfaden Umsetzungskriterien, ergänzt um Beispiele aus der betrieblichen Praxis (ebd., S. 55 ff.). Mit dem regelmäßigen Durchlaufen der vier Kernprozesse im Sinne eines Lernzyklus stellte der Leitfaden die Prozessorientierung und das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung in den Vordergrund. Damit wurde zugleich die prinzipielle Anschlussfähigkeit des Betrieblichen Gesundheitsmanagements an andere betriebliche Managementsysteme, beispielsweise an Qualitäts- oder Arbeitsschutzmanagementsysteme, sichergestellt.

---

<sup>40</sup> Der Leitfaden war das Ergebnis eines zweijährigen Entwicklungsprojektes, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung sowie mit Unterstützung der Spitzenverbände der Krankenkassen AOK, BKK und IKK. Wichtige Beiträge zur Entwicklung des Leitfadens lieferten zwei nationale Konsensusworkshops, bei denen Experten aus relevanten Institutionen im Bereich der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung den Leitfaden diskutierten und Anregungen zur Verbesserung gaben. Zur Validierung des Instrumentes dienten darüber hinaus die Rückmeldungen aus zwölf deutschen Pilotunternehmen (Badura et al. 1999, S. 11).

## Lernzyklus

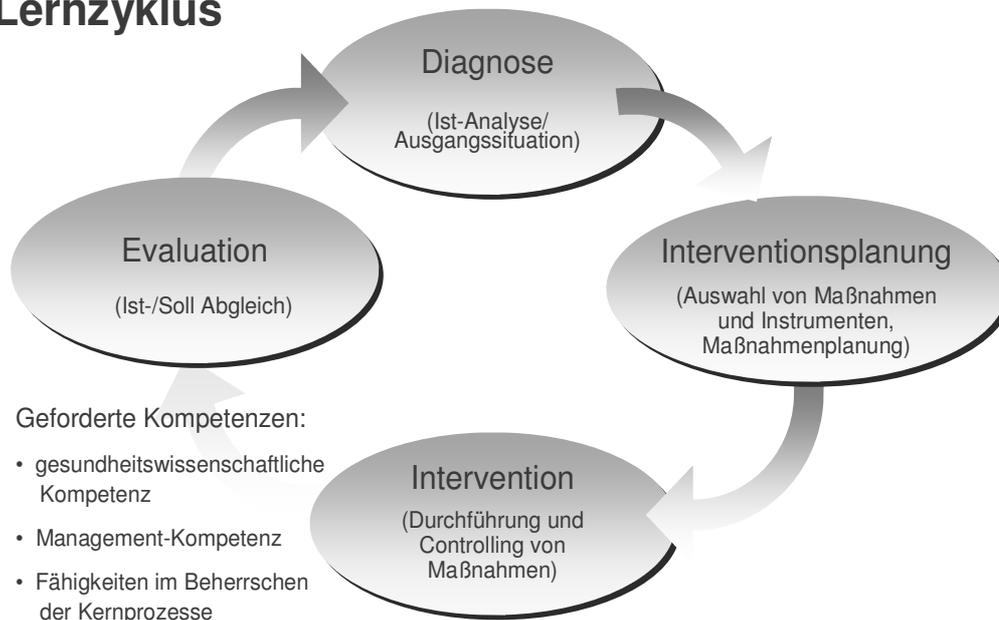


Abb. 5: Kernprozesse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement  
Quelle: Badura und Hehlmann (2003, S. 86, modifiziert)

Der Leitfaden richtete sich in erster Linie an Führungskräfte und Gesundheitsexperten aus privatwirtschaftlichen Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen sowie an Akteure aus überbetrieblichen Institutionen (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, staatlichen Ämtern für Arbeitsschutz). Auf der operativen Ebene sollte der Leitfaden Führungskräfte und Experten motivieren, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement als selbstlernendes System zu implementieren und hierzu Information und Orientierung liefern. Darüber hinaus sollte der Leitfaden Hilfestellung bei der systematischen Selbstbeurteilung einer Organisation geben, d.h. die Möglichkeit bieten, die eigene betriebliche Gesundheitsarbeit hinsichtlich vorhandener Stärken und Schwächen zu überprüfen und zu verbessern (ebd., S. 11).

Mit Blick auf die Zukunft wiesen die Autoren auf die Notwendigkeit einer stetigen Weiterentwicklung des Leitfadens hin – unter Einbeziehung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Berücksichtigung gewandelter Anforderungen und Problemstellungen in der Arbeitswelt (ebd., S. 12). Mit der vorliegenden Arbeit soll – wie die nachfolgenden Kapitel zeigen – ein wichtiger Schritt in diese Richtung geleistet werden.

### 3.5 Zwischenfazit

Betriebliches Gesundheitsmanagement, so hat das Kapitel versucht deutlich zu machen, speist sich in erster Linie aus dem Grundlagenwissen der Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Erkenntnissen aus der Qualitäts- und Managementlehre, Konzepten und Handlungsstrategien relevanter überbetrieblicher Institutionen und Akteursgruppen sowie den Erfahrungen aus der betrieblichen Praxis.

Richtungweisend für die Zielsetzung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement waren vor allem die Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahr 1986 und die darin formulierten Leitsätze für gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitswelten. Die Zielvorgaben der Charta – Gesundheit statt Krankheit (Salutogenese), Befähigung von Individuen zu einem gesundheitsbewussten Verhalten (Empowerment) sowie Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Setting-Ansatz) – wurden im Betrieblichen Gesundheitsmanagement aufgegriffen und auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse für das Setting Arbeitswelt weiter entwickelt.

Das psychische (Wohl-)Befinden ist die wichtigste Zielgröße im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, weil dem psychischen Befinden eine zentrale Bedeutung für die körperliche Gesundheit und das Verhalten von Individuen beigemessen wird. Die salutogene Perspektive und der Setting-Ansatz werden auf Unternehmen als eine spezifische Form des Settings übertragen und im Konzept der „Gesunden Organisation“ zusammengeführt. Der Blick richtet sich dabei vor allem auf die salutogenen Merkmale des sozialen Systems einer Organisation, ihre Auswirkungen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder sowie daran ausgerichtete Interventionen.

Für das systematische Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement haben vor allem die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der staatliche Arbeitsschutz wichtige Impulse geliefert. Die Krankenkassen haben, auf der Grundlage von § 20 SGB V, das Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung wie kaum ein anderer Akteur geprägt und maßgeblich zur Qualitätsentwicklung auf diesem Gebiet beigetragen. In der Konzeption des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden in erster Linie drei von den Kassen entwickelte und in der Praxis verbreitete Struktur- bzw. Verfahrensstandards aufgegriffen: der Arbeitskreis Gesundheit als Steuerungs- und Entscheidungsgremium für die betriebliche Gesundheitsarbeit, die Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens als Datenbasis für die Erstellung von Gesundheitsberichten und als Grundlage zielgerichteter Präventionsangebote sowie die Gesundheitszirkel als mitarbeiterorientiertes Interventionsinstrument.

Mit dem gemeinsamen Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der die einzuhaltenden Mindeststandards in den Bereichen Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung verbindlich festlegt, verfolgen die Krankenkassen bis heute eine konsequent maßnahmenorientierte, vorwiegend auf das Verhalten von Individuen ausgerichtete Interventionsstrategie, die sich deutlich vom Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement unterscheidet. Betriebliches Gesundheitsmanagement setzt in erster Linie auf organisationsbezogene Interventionsstrategien und die Entwicklung dazu erforderlicher Standards. Deutlichere Konvergenzen hierzu zeigen die von einzelnen Kassenarten (BKK, AOK) entwickelten organisationsbezogenen Qualitätsmodelle, die sich an Qualitätsmanagementsystemen der Industrie, und hier insbesondere am EFQM-Modell orientieren.

Von großer Relevanz für das Betriebliche Gesundheitsmanagement waren die in den neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts aufgekommenen Arbeitsschutzmanagementsysteme, bzw. zwei ihnen zugrunde liegende nationale Konsenspapiere, und die darin formulierten Empfehlungen zur Systematisierung und Institutionalisierung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Aufgegriffen wurden daraus folgende drei Aspekte: die Wahrnehmung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als Managementaufgabe, die Orientierung auf die Qualität der Prozesse und ihre systematische, regelgeleitete Durchführung und kontinuierliche Verbesserung sowie die Integration von Strukturen und Prozessen in die betrieblichen Routinen.

Mit dem vor rund zehn Jahren an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld entwickelten „Leitfaden für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement“ wurde erstmalig ein grundlegender Verfahrensvorschlag zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements vorgelegt. Ein dynamischer Regelkreis, bestehend aus den vier Kernprozessen Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation, stand im Mittelpunkt des Verfahrens. Damit stellte der Leitfaden das Qualitätsprinzip der Prozessorientierung sowie das Bestreben nach ständiger Verbesserung auf der Grundlage von Standards in den Vordergrund. Die im Rahmen der Dissertation entwickelte Leitlinie stellt eine deutliche Weiterentwicklung, Konkretisierung und Präzisierung des Grundmodells dar.

Zuvor wird im folgenden vierten Kapitel der Frage nachgegangen, in welcher Weise die vorliegenden Konzepte arbeitsweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren Eingang in die betriebliche Praxis gefunden haben.

## 4 Verbreitung und Qualität betrieblicher Gesundheitsarbeit

Seit der Konferenz in Ottawa 1986 und der dort verabschiedeten Charta zur Gesundheitsförderung sind mittlerweile 20 Jahre vergangen, in denen Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen praktische Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt haben. Auch das Arbeitsschutzgesetz aus dem Jahr 1996 blickt mittlerweile auf ein zehnjähriges Bestehen und eine entsprechend lange Umsetzungspraxis zurück. Und schließlich ist es ebenfalls fast zehn Jahre her, dass von einer Arbeitsgruppe an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld ein Konzept für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement entwickelt und ein grundlegender Verfahrensvorschlag für die Einführung in Unternehmen entwickelt wurde.

Vor diesem Hintergrund ist zu fragen, ob die vorgeschlagenen Konzepte und Handlungsmodelle tatsächlich in der Arbeitswelt angekommen sind? In welchem Umfang engagieren sich Unternehmen heute in der betrieblichen Gesundheitsarbeit, und welche Qualität weisen die Aktivitäten auf?

In der Fachwelt besteht heute weitgehend Einigkeit darüber, dass nach wie vor deutliche Defizite bestehen, sowohl was die Verbreitung gesundheitsbezogener Aktivitäten als auch das Qualitätsniveau betrifft. Der größte Nachholbedarf wird hierbei vor allem bei Klein- und Mittelbetrieben gesehen (z.B. Gröben und Bös 1999; Pfaff und Slesina 2001). Nach Auffassung der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung bestehen darüber hinaus generelle Qualitätsmängel in der Systematik und Nachhaltigkeit des Vorgehens, d.h. in der Integration der Gesundheitsarbeit in die betrieblichen Routinen eines Unternehmens (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004). In ihrem Abschlussbericht empfiehlt die Kommission daher den Unternehmen, ihre gesundheitsbezogenen Aktivitäten in Richtung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements weiterzuentwickeln:

*„Betriebliche Gesundheitspolitik sollte zu einer dauerhaften Führungsaufgabe werden. Sie sollte bedarfsgerecht und partizipativ vorgehen und sich dabei an professionellen Standards der Diagnose, Planung, Durchführung von Interventionen und Erfolgsbewertung orientieren. Betriebliche Gesundheitspolitik sollte Bestandteil von Unternehmenskultur und Führungsverantwortung werden.“*  
(*ebd.*, S. 79)

Zur Umsetzung dieses Anspruchs bedarf es nach Auffassung der Experten grundlegender Standards. Besonders hervorgehoben werden: der Abschluss einer Betriebs-/Dienstvereinbarung und die Bereitstellung ausreichender Ressourcen, die Festlegung von Zuständigkeiten, die Formulierung adäquater Gesundheitsziele und das Controlling

der Zielerreichung, ein professionelles, systematisches Vorgehen und die Integration von Strukturen und Prozessen in die betrieblichen Routinen. Darüber hinaus wird die regelmäßige Erstellung eines Gesundheitsberichtes als Grundlage für die Bedarfsgerechtigkeit und Nachvollziehbarkeit des Handelns empfohlen (ebd., S. 79 f.).

Festzuhalten ist, dass die empirische Datenlage zur Verbreitung und Qualität der betrieblichen Gesundheitsarbeit bis heute unbefriedigend ist. Zwar häufen sich Publikationen, in denen über Pilotprojekte und Best-Practice-Beispiele berichtet wird. Wissenschaftlich fundierte Untersuchungen, die hierzu valide, repräsentative Befunde liefern, existieren jedoch bislang nur in begrenztem Umfang. Weitaus schwächer ist die Datenlage hinsichtlich der Effektivität und Effizienz gesundheitsbezogener Aktivitäten. Vorliegende, zumeist internationale Studien (USA, Skandinavien) lassen zum Teil positive Ansätze erkennen. Ein Großteil der Studien weist jedoch methodische Fehler und beschränkt sich zudem in der Bewertung auf einzelne Programme zur Verhaltensprävention, wie z.B. Rückenschulen, Fitness-Kurse oder Anti-Raucher-Programme (vgl. zusammenfassend Ahrens und Schott 2003). Insofern besteht nach wie vor deutlicher Forschungsbedarf – bezogen auf die Verbreitung betrieblicher Gesundheitsarbeit, insbesondere aber mit Blick darauf, wie sich der Nutzen eines ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements sichtbar, messbar und bewertbar machen lässt. Grundlegende Erkenntnisse werden hierzu aus einem laufenden Forschungsprojekt an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld erwartet, das die Kennzahlenentwicklung und Nutzenbewertung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zum Gegenstand hat (Badura und Greiner 2007).

Um in der Dissertation dennoch empirisch gesicherte Aussagen über den Umfang und die Qualität gesundheitsbezogener Aktivitäten sowie über den Einsatz relevanter Standards treffen zu können, wurden drei aktuellere Erhebungen ausgewählt, die nachfolgend präsentiert und mit Blick auf das Thema der Arbeit ausgewertet werden. Bei den Untersuchungen handelt es sich um:

1. Leistungsdokumentation der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2006);
2. Flächenbefragung zum Stand des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Thüringen und Hessen (Gröben und Ulmer 2004);
3. Flächenbefragung zum Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen (Blume et al. 2003).

Die drei Erhebungen werden zunächst der Reihe nach vorgestellt. Der Schwerpunkt liegt auf der Flächenbefragung in Nordrhein-Westfalen, da die Verfasserin der Dissertation an Konzeption, Durchführung und Auswertung dieser Studie maßgeblich beteiligt war (s. Kapitel 4.1.3).

Eingegangen wird auf die Zielsetzung und das methodische Vorgehen sowie auf die zentralen Befunde der Untersuchungen. Im Anschluss an die Einzeldarstellung erfolgt eine zusammenfassende Interpretation der Daten unter Berücksichtigung der in Kapitel 3 herausgearbeiteten Zielvorgaben und Standards. Im Einzelnen sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden: Sind die Ziele und Handlungsstrategien der Betriebe eher pathogenetisch oder salutogenetisch ausgerichtet? In welchem Verhältnis stehen verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen zueinander? Setzen die Betriebe bei ihren Aktivitäten eher auf einzelne Maßnahmen und in sich geschlossene Leistungspakete oder auf umfassendere Managementansätze? In welchem Ausmaß findet eine Erfolgsbewertung hinsichtlich der Ziele und angestrebten Ergebnisse sowie hinsichtlich des Vorgehens zur Zielerreichung statt? Das Kapitel schließt mit einem Zwischenfazit.

## **4.1 Ergebnisse aus empirischen Erhebungen**

### **4.1.1 Leistungsdokumentation der gesetzlichen Krankenversicherung**

Seit dem Jahr 2001 veröffentlichen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen jährlich eine Dokumentation der Kassenleistungen im Bereich der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß Paragraph 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Mit der Dokumentation 2004 liegt inzwischen der vierte Bericht vor (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2003-2006).<sup>41</sup> Die jährliche Dokumentation ist Bestandteil der internen Qualitätssicherung der Krankenkassen, bei der die bundesweiten Aktivitäten der Kassen in verschiedenen Lebenswelten – Kindergärten, Schulen, Vereine, Kommunen sowie Betriebe – statistisch nachgezeichnet werden. Die inhaltliche Grundlage liefert der gemeinsame Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Inhalte und Qualitätsstandards von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung beschreibt (s. Kapitel 3.2). Innerhalb der drei präsentierten Untersuchungen nimmt die jährliche Dokumentation insofern eine Sonderstellung ein, als es sich hier

---

<sup>41</sup> Stand Dezember 2006.

nicht um eine empirische Studie im engeren Sinne, sondern um eine Beschreibung der eigenen Leistungen handelt.

#### **4.1.1.1 Zielsetzung und methodisches Vorgehen**

Mit der jährlichen Dokumentation soll aus Sicht der Krankenkassen ein Beitrag zur nachhaltigen Verankerung von Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung geleistet werden. Erklärtes Ziel ist es, mit Hilfe der erhobenen Daten ein fortlaufendes Controlling zur Einhaltung der eigenen Qualitätsstandards zu ermöglichen, als maßgeblicher Baustein für ein professionelles Qualitätsmanagement (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2006, S. 4). Dazu werden verschiedene Aspekte der Strukturqualität (z.B. Auswahl von Zielgruppen, Einrichtung von Entscheidungs- bzw. Steuerungsstrukturen) und der Prozessqualität (Diagnose, Intervention und Erfolgskontrolle) im Bericht abgebildet. Standards zur Messung der Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen befinden sich nach Aussage der Kassen derzeit noch in der Entwicklung. Ein weiteres Ziel besteht darin, mit der Berichtslegung Transparenz über die Kassenaktivitäten gegenüber der Öffentlichkeit herzustellen (ebd., S. 4).

Die Datenerhebung erfolgt mit Hilfe eines hierzu von den Kassen entwickelten Dokumentationsverfahrens. Zum Einsatz kommen drei verschiedene Ansätze: Im individuellen Ansatz werden die von Versicherten in Anspruch genommenen Seminar- und Kursangebote erfasst. Im Setting-Ansatz werden die Aktivitäten in nicht betrieblichen Settings über einen bundesweit einheitlichen, kassenübergreifenden Dokumentationsbogen erhoben und die Daten über die Spitzenverbände an den Medizinischen Dienst zur Auswertung an die Kassen weitergeleitet. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgt die Erhebung ebenfalls über einen Dokumentationsbogen, der entsprechend des Setting-Ansatzes ausgewertet und dokumentiert wird. Die Dokumentationsbögen zum Setting-Ansatz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung beziehen sich auf die gleichen Themen, die Inhalte sind dabei an das jeweilige Setting angepasst. Abgefragt werden Daten zu folgenden Themenblöcken: Allgemeine Daten, Zielgruppen, (außerbetriebliche) Kooperationspartner, Koordination und Steuerung, Bedarfsermittlung, Gesundheitszirkel, Intervention und Erfolgsbewertung.

Nachfolgend werden zentrale Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung aus der Dokumentation 2004 (ebd., S. 67 ff.) präsentiert und zum Vergleich die Befunde aus den Vorjahren 2002 und 2003 (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2004,

2005) herangezogen. Dabei kann grundsätzlich nur auf die von den Kassen dokumentierten Daten zurückgegriffen werden.<sup>42</sup>

#### 4.1.1.2 Ergebnisse

Die Dokumentation der Krankenkassen für das Berichtsjahr 2004 basiert auf einem Datensatz von insgesamt 2.563 Dokumentationsbögen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2006, S. 69). Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurden laut Studie an insgesamt 4.768 Standorten durchgeführt. Tab. 6 zeigt den Anstieg der Aktivitäten seit Beginn der Berichtslegung im Jahr 2001.

<b>Rücklauf Dokumentationsbögen</b>	
<b>Berichtsjahr</b>	<b>Anzahl Dokumentationsbögen</b>
2001	1.189
2002	1.895 (+ 463 AU-Profile*)
2003	2.164 (+ 628 AU-Profile)
2004	2.563 (+ 2.665 AU-Profile)

\* Fälle, in denen nur Arbeitsunfähigkeits-Analysen erstellt wurden

Tab. 6: Dokumentation Krankenkassen: Rücklauf Dokumentationsbögen betriebliche Gesundheitsförderung

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Dokumentation 2004, S. 69)

#### *Branchen und Betriebsgrößen*

Nach Aussage der Studie (ebd., S. 71) wurden im Berichtsjahr 2004 41%, und damit der weitaus größte Anteil der Kassenaktivitäten, in Betrieben des Verarbeitenden Gewerbes erbracht (2003: 43%, 2002: 52%). Bereits mit deutlichem Abstand folgten der Dienstleistungssektor mit 10,4 % (2003: 17%, 2002: 13%), der Bereich „Handel; Instandhaltung und Reparatur“ mit 9,2%, (2003: 9,2%, 2002: 8,0%) und das Baugewerbe mit 8,9% (2003: 6,3%, 2002: 4,5%). Unter sonstige Branchen fielen z.B. das „Kredit- und Versicherungsgewerbe“, die „Land-/Forstwirtschaft, Fischerei“, die „Energie- und Wasserversorgung“, das „Gastgewerbe“ und der „Bergbau“. Zusammen machten diese einen Anteil von 10,6% aus (2003: 9,7%, 2002: 9,3%) (s. Abb. 6).

<sup>42</sup> Bei den Ergebnissen ist der Studie zufolge zu berücksichtigen, dass sich in der Dokumentation 2004 die Prozentwerte im Unterschied zu den Vorjahren nicht auf den Gesamtdatensatz beziehen, sondern nur auf die Fälle, in denen Angaben zu dem jeweiligen Fragen/Themenkomplexen gemacht wurden. Daher sind die Daten aus 2002 und 2003 nicht in allen Fällen direkt mit den Daten aus 2004 vergleichbar (ebd., S. 71).

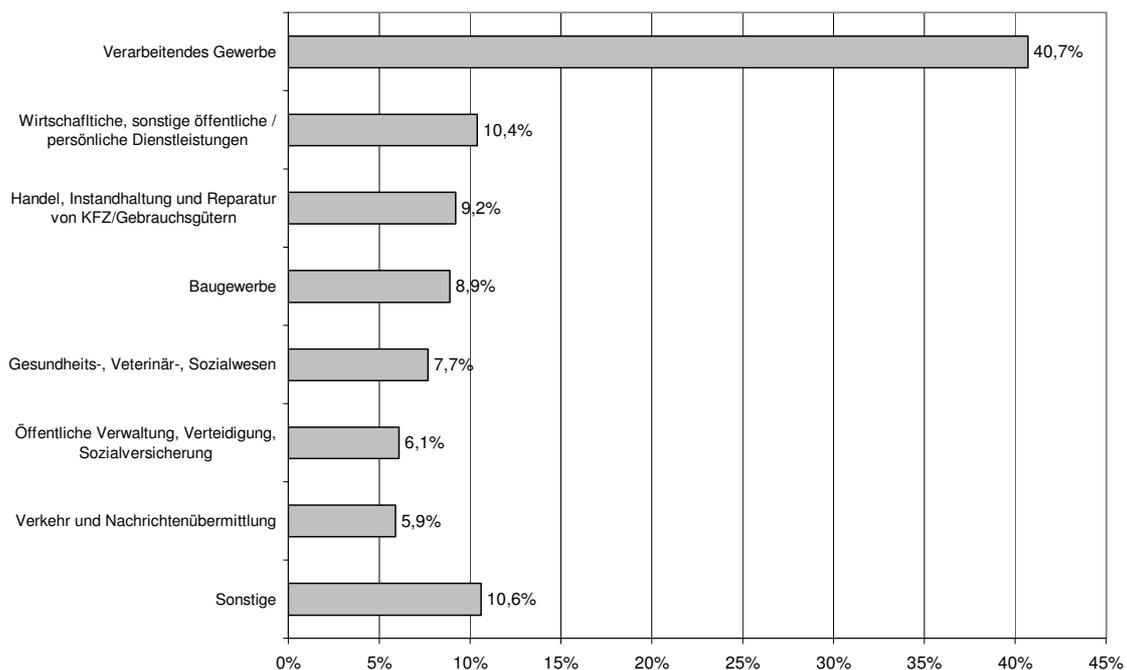


Abb. 6: Dokumentation der Krankenkassen: betriebliche Gesundheitsförderung verteilt nach Branchen (N = 2.563)

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Dokumentation 2004, S. 71)

Wie die Studie berichtet (ebd., S. 72), wurden Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung mit einem Anteil von 37% überwiegend in Betrieben mit 100 bis 499 Mitarbeitern durchgeführt (2003: 38%, 2002: 36%) (s. Abb. 7). An zweiter Stelle standen Betriebe mit 10 bis 49 Mitarbeitern, in denen 22% der Aktivitäten durchgeführt wurden (2003: 18%, 2002: 24%). Mit 5,9% erfolgten die wenigsten Aktivitäten in Großbetrieben mit 1.500 und mehr Beschäftigten (2003: 7,4%, 2002: 7,2%). Erreicht wurden nach Aussagen der Krankenkassen in 2004 insgesamt ca. 670.000 Personen (2003: 680.000, 2002: 604.000).

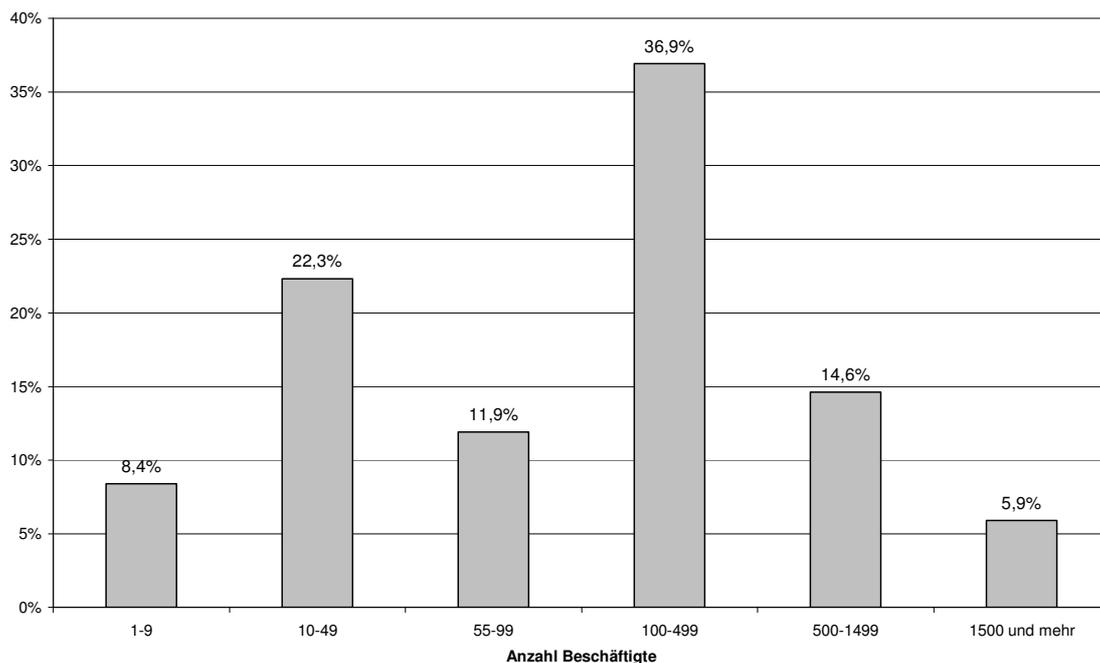


Abb. 7: Dokumentation der Krankenkassen: betriebliche Gesundheitsförderung verteilt nach Betriebsgrößen (Anzahl der Beschäftigten) (N = 2.445)

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Dokumentation 2004, S. 73)

### *Strukturqualität*

Im Berichtsjahr 2004 lag in 35% der dokumentierten Fälle eine schriftliche Vereinbarung zur Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen vor (ebd., S. 77); in 65% der Fälle wurde eine mündliche Verabredung getroffen (für die Berichtsjahre 2003 und 2002 wurde nach Angabe der Kassen zu diesem Aspekt auf eine Ergebnisdarstellung verzichtet).

Kooperationen mit externen Partnern (z.B. Unfallversicherung, gewerbliche Anbieter, wissenschaftliche Einrichtungen, Gewerkschaften, staatlicher Arbeitsschutz) wurden in 63% der dokumentierten Fälle eingegangen (2003: 48%, 2002: 50%). Im Mittel wurden vier überbetriebliche Partner pro Dokumentationsbogen benannt. Außerbetriebliche Partner waren am häufigsten in größeren Unternehmen (550 und mehr Mitarbeiter) eingebunden.

In 65% aller Fälle wurde der Dokumentation zufolge (ebd., S. 76) ein Entscheidungs-/Steuerungsgremium eingerichtet (2003: 54%, 2002: 54%). Das Vorhandensein eines solchen Gremiums korrespondierte mit der Betriebsgröße: Je größer die Unternehmen waren, umso häufiger waren entsprechende Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen vorhanden. Wie in den Vorjahren waren in diesen Gremien folgende Akteure/Akteurs-

gruppen vertreten: die Geschäfts-/Personalleitung, der Betriebs-/Personalrat, Führungskräfte der mittleren Führungsebene, betriebliche Gesundheitsexperten (Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte) sowie Vertreter der Krankenkassen als externe Partner. Weitere außerbetriebliche Akteure, wie die Unfallversicherung, waren hingegen nur selten in die Gremienarbeit eingebunden.

### *Prozessqualität*

Nach Angaben der Studie (ebd., S. 78) erfolgte im Berichtsjahr 2004 in 96% der dokumentierten Fälle eine Bedarfsermittlung als Grundlage zur Durchführung gesundheitsförderlicher Aktivitäten (2003: 89%, 2002: 92%).<sup>43</sup> Die Betriebsgröße spielte dabei laut Studie eine eher untergeordnete Rolle. In 70% der Fälle wurden subjektive und objektive Daten erhoben (s. Abb. 8). In 73% der Fälle, und damit am häufigsten, kam die Auswertung von Routine-Daten der Krankenkassen (Arbeitsunfähigkeitsanalysen) zur Anwendung (2003: 67%, 2002: 73%), gefolgt in deutlichem Abstand von Arbeitsplatzbegehungen mit 58% (2003: 45%, 2002: 52%), Mitarbeiterbefragungen mit 52% (2003: 38%, 2002: 41%), Arbeitssituationserfassungen mit 47% (2003: 31%, 2002: 34%), Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz mit 43% (2003: 29%, 2002: 33%) sowie Belastungs- und Gefährdungsermittlungen mit 40% (2003: 29%, 2002: 31%). Weitere Datenquellen, wie z.B. medizinische Screenings/Untersuchungen, Expertenbefragungen und Dokumentenanalysen, wurden von den Kassen in deutlich geringerem Umfang zur Bedarfserhebung herangezogen.

---

<sup>43</sup> Anders als bei den Vorjahres-Dokumentationen beziehen sich laut Studie die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern nur auf die Fälle, in denen Angaben zu diesem Thema gemacht wurden. Daher sind die Daten aus 2003 und 2002 nicht direkt vergleichbar.

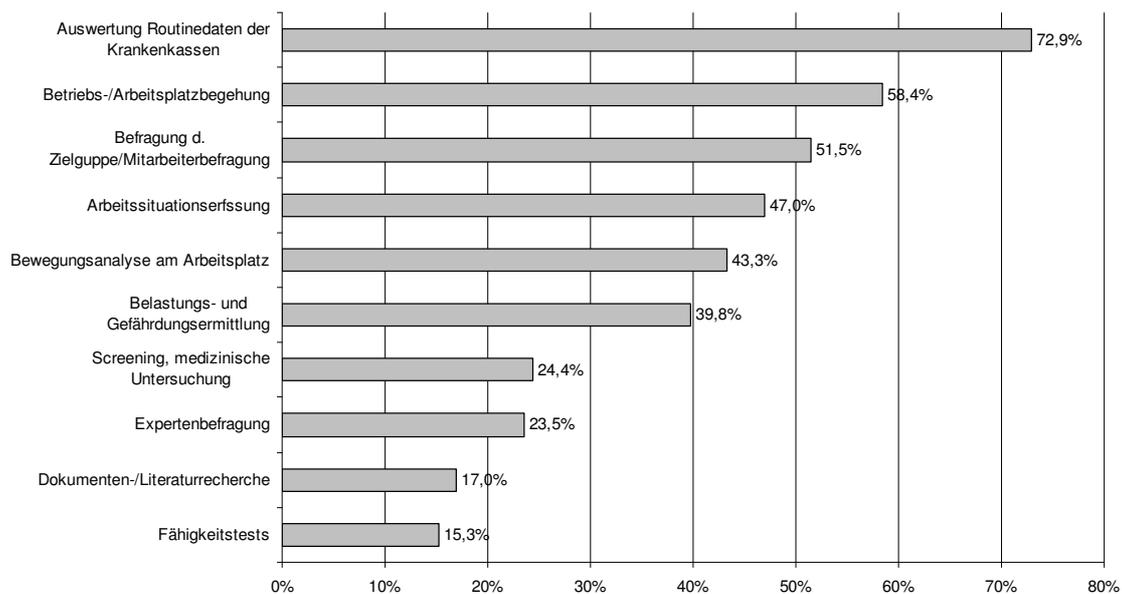


Abb. 8: Dokumentation der Krankenkassen: Datenquellen zur Bedarfsermittlung (N = 2.464 (96%))  
 Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Krankenkassen (Dokumentation 2004, S. 78)

Gesundheitszirkel kamen – so die Dokumentation (ebd., S. 79) – trotz einer im Vergleich zu den Vorjahren positiven Entwicklung in nur 24% aller Fälle zum Einsatz (2003: 20%, 2002: 18%). In größeren Unternehmen wurde dieses Instrument der Studie zufolge tendenziell häufiger eingesetzt (1-49 Mitarbeiter: 21%; 50-499 Mitarbeiter: 24%; 500 und mehr Mitarbeiter: 28%). Der Zirkelarbeit wurde ein positiver Einfluss auf Aktivitäten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zugesprochen. Betriebe mit Gesundheitszirkeln führten in 75% der Fälle verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen durch (2003: 52%, 2002: keine Angabe). Bei Betrieben ohne Zirkelarbeit waren die Maßnahmen hingegen nur in 42% der Fälle verhaltens- und verhältnisbezogen (2003: 23%, 2002: keine Angabe).

Wie Abb. 9 zeigt, orientierten sich die von den Kassen realisierten Maßnahmen im Rahmen der Intervention entsprechend der Vorjahre an den gemeinsamen Handlungsfeldern der Spitzenverbände der Krankenkassen (s.o.). An erster Stelle standen Maßnahmen zur Reduzierung körperlicher Belastungen. Diese wurden in 70% der Fälle durchgeführt (ebd., S. 81 f.) (2003: 64%, 2002: 62%).<sup>44</sup>

<sup>44</sup> Anders als bei den Vorjahres-Dokumentationen beziehen sich laut Studie die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern nur auf die Fälle, in denen Angaben zu diesem Thema gemacht wurden. Daher sind die Daten aus 2003 und 2002 nicht direkt vergleichbar.

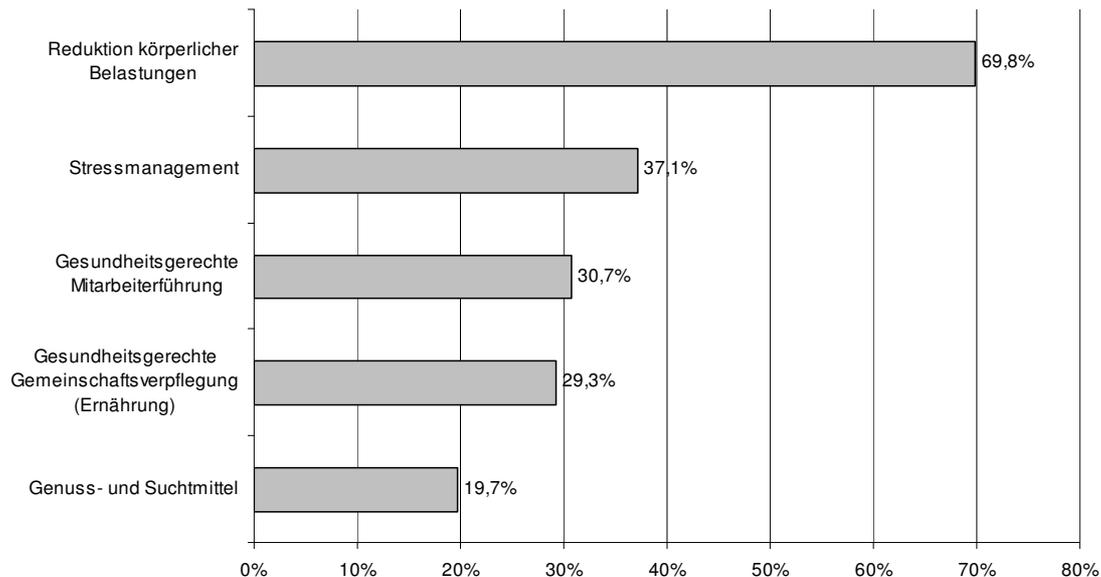


Abb. 9: Dokumentation der Krankenkassen: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (N = 2.199 (86%))

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Krankenkassen (Dokumentation 2004, S. 80)

Mit deutlichem Abstand folgten Angebote zum Stressmanagement in 37% der Fälle (2003: 20%, 2002: 17%), Aktivitäten zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung in 31% der Fälle (2003: 24%, 2002: 27%), Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Verpflegung in 29% der Fälle (2003: 16%, 2002: 19%) sowie Maßnahmen zur Prävention von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch in 20% der Fälle (2003: 13%, 2002: 10%). Die Prioritätensetzung galt der Studie zufolge im Wesentlichen über alle Branchen und Betriebsgrößen hinweg. Zumeist wurden mehrere Themen parallel bearbeitet. Am häufigsten wurden nach Angabe der Kassen Maßnahmen zur Reduktion körperlicher Belastungen und Stressmanagementangebote verknüpft.

Verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen wurden laut Studie (ebd., S. 81) in 51% der Betriebe und damit gegenüber den Vorjahren (2003: 41%, 2002: 44%) in höherem Umfang kombiniert. In 38% der Fälle waren die Maßnahmen in 2004 ausschließlich verhaltensorientiert, in 12% der Fälle rein verhältnisorientiert. Die Betriebsgröße spielte keine Rolle dabei, ob Aktivitäten verhaltens- und verhältnisbezogen waren. Rein verhältnisorientierte Maßnahmen wurden hingegen häufiger in größeren Unternehmen durchgeführt.

Bei den von den Krankenkassen eingesetzten Methoden/Instrumenten handelte es sich in erster Linie um Gruppenschulungen und -beratungen. Diese kamen in 63% der do-

kumentierten Fälle zum Einsatz (2003: 52%, 2002: 56%).<sup>45</sup> Es folgten arbeitsplatzbezogene praktische Anleitungen in 55% (2003: 40%, 2002: 46%) und individuelle Beratungen in 48% der Fälle (2003: 42%, 2002: 45%). In 26 % der Betriebe wurden Gesundheitstage/-wochen durchgeführt (2003: 21%, 2002: 15%), in 21% Seminare (2003: 17%, 2002: 13%) und in 20% Organisationsberatungen (2003 und 2002: keine Angaben) angeboten.

Verhältnisbezogene Aktivitäten richteten sich in 65% der dokumentierten Fälle und damit mehrheitlich auf Veränderungen der Umgebungsbedingungen, wie z.B. Umgestaltungen am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitsumfeld (2003: 70%, 2002: 43%).<sup>46</sup> Es folgten Maßnahmen des persönlichen Arbeits-/Unfallschutzes mit 51% (2003: 8%), Veränderungen in der Arbeits-/Betriebsorganisation wie z.B. Arbeitszeit-/Pausenregelungen mit 49% (2003: 72%, 2002: 43%), Verbesserungen von Informations- und Kommunikationsstrukturen wie z.B. regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen mit 41% (2003: 12%), Erweiterungen von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen mit 34% (2003: 3%) sowie soziale Angebote und Einrichtungen mit 20% (2003: 4%).

Da verhältnisbezogene Interventionen nicht zum originären Angebotskatalog der Krankenkassen gehören, sondern in der Eigenverantwortung der Unternehmen liegen, richtete sich der Beitrag der Krankenkassen laut Studie auf die Anregung bzw. fachliche Begleitung dieser Aktivitäten (ebd., S. 83).

Im Berichtsjahr 2004 erfolgte in 59% und damit in etwas mehr als der Hälfte der dokumentierten Fälle eine Erfolgskontrolle der durchgeführten Maßnahmen (ebd., S. 84 f.) (s. Abb. 10). Dies bedeutete gegenüber den Vorjahren einen deutlichen Anstieg (2003: 33%, 2002: 42%). In den unterschiedlichen Betriebsgrößen war laut Krankenkassen der Anteil an durchgeführten Erfolgskontrollen vergleichbar. Allerdings wurden in kleineren Betrieben tendenziell weniger Erfolgsparameter gleichzeitig überprüft.

---

<sup>45</sup> Im Berichtsjahr 2004 wurde der Dokumentationsbogen laut Studie bezogen auf die Art der Aktivität weiterentwickelt. Die Vorjahresdaten sind daher nur eingeschränkt vergleichbar.

<sup>46</sup> Im Berichtsjahr 2004 wurde der Dokumentationsbogen laut Studie bezogen auf die Art der Aktivität weiterentwickelt. Die Vorjahresdaten sind daher nur eingeschränkt vergleichbar.

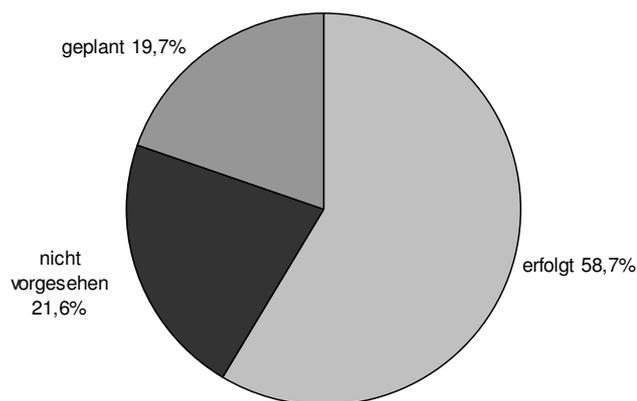


Abb. 10: Dokumentation der Krankenkassen: Durchführung einer Erfolgsbewertung (N = 2.497 (97%))  
 Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Krankenkassen (Dokumentation 2004, S. 85)

Wenn eine Evaluation durchgeführt wurde, konzentrierte sich diese der Dokumentation zufolge in 74% der Fälle auf die Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention (2003: 64%, 2002: 53%) und in 58% der Fälle auf die Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention (2003: 56%, 2002: 62%).<sup>47</sup> Zu den weiteren Parametern, die in die Erfolgskontrolle einbezogen wurden, gehörten der Krankenstand mit 49% (2003: 55%, 2002: 51%), die Akzeptanz und Inanspruchnahme der Intervention seitens der Zielgruppen mit 43% (2003: 50%, 2002: 59%), die Arbeitsabläufe mit 34% (2003: 36%, 2002: 27%), Verhaltensparameter wie z.B. Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung mit 32% (2003: 50%, 2002: 36%), Strukturen mit 31% (2003: 27%, 2002: 23%), die subjektive Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität mit 27% (2003: 31%, 2002: 25%), die Verstetigung der Intervention mit 25% (2003: 20%, 2002: 20%), der Kompetenzerwerb mit 24% (2003: 37%, 2002: 45%) sowie medizinische Gesundheitsparameter wie z.B. Blutdruck und Body-Maß-Index mit 19% (2003: 14%, 2002: 6,7%). Eine gesundheitsökonomische Bewertung wie z.B. eine Kosten-Nutzen-Analyse wurde der Studie zufolge nur in 7,6%, der Fälle durchgeführt (2003: 5,8%, 2002: 6,8%).

#### 4.1.1.3 Resümee der Autoren der Studie

In der zusammenfassenden Bewertung der Leistungsdokumentation kommen die Spitzenverbände der Krankenkassen zu einer insgesamt positiven Bewertung der Befunde.

<sup>47</sup> Anders als bei den Vorjahres-Dokumentationen beziehen sich laut Studie die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz sondern nur auf die Fälle, in denen Angaben zu diesem Thema gemacht wurden. Daher sind Vergleichswerte aus 2003 und 2002 mit den Daten aus 2004 nicht direkt vergleichbar.

Hingewiesen wird im Vergleich zu den Vorjahren auf quantitative und qualitative Fortschritte in der betrieblichen Gesundheitsförderung (ebd., S. 109 ff.).

Positiv hervorgehoben wird der kontinuierliche Anstieg der Fallzahlen seit Beginn der Berichtslegung. Gegenüber 2001 habe sich – so die Kassen – die Fallzahl mehr als verdoppelt, und im Vergleich zum Vorjahr sei in 2004 nochmals eine Zunahme um 16% zu verzeichnen. Der Schwerpunkt der Leistungen liege nach wie vor eindeutig im Verarbeitenden Gewerbe, wenngleich der Anteil insgesamt rückläufig sei. Aktivitäten im Dienstleistungsbereich und im Handel hätten weiter zugenommen, seien aber im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Relevanz nach wie vor deutlich unterrepräsentiert. Hinsichtlich der Betriebsgröße liege der Schwerpunkt bei Betrieben mit 100 bis 499 Mitarbeitern. Auch die Zunahme an Aktivitäten in Klein- und Kleinstbetrieben (Betriebe mit bis zu 49 Mitarbeitern machten in 2004 knapp ein Drittel der Fälle aus) bewerten die Autoren positiv.

Qualitative Fortschritte, konstatieren die Kassen, seien vor allem bezogen auf die Einrichtung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen, die Einbeziehung externer Kooperationspartner sowie die Durchführung von Interventionen und Erfolgskontrollen zu beobachten. Der Anstieg von Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen um 20% gegenüber dem Vorjahr (2004: 65%; 2003: 54%) könne insofern als Qualitätsverbesserung bewertet werden, als in der Erhebung ein positiver Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein entsprechender Strukturen und dem Umfang sowie der Qualität von Diagnose, Intervention und Evaluation festgestellt worden sei. Auch die verstärkte Einbindung externer Partner (beobachtet wurde eine Zunahme gegenüber dem Vorjahr um 30%) sei als Qualitätsverbesserung in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu bewerten.

Mit Blick auf die Interventionen wird resümierend festgehalten, dass der größte Teil gesundheitsförderlicher Maßnahmen wie in den Vorjahren auf die Reduktion körperlicher Belastungen abziele, gefolgt von Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung und zum Stressmanagement. Erfreulich sei der im Vergleich zum Vorjahr gestiegene Anteil sowohl verhaltens- auch verhältnisbezogener Aktivitäten (2004: 51%, 2003: 41%) zu bewerten. Auch der verstärkte Einsatz durchgeführter Gesundheitszirkel (2004: 24%, 2003: 20%) sei in diesem Kontext als positiver Trend zu beurteilen. Schließlich könne die im Berichtsjahr 2004 beobachtete deutliche Zunahme durchgeführter Erfolgskontrollen (Anstieg um 79% gegenüber dem Vorjahr) deutlich positiv bewertet werden.

#### **4.1.2 Flächenbefragung zum Stand des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Hessen und Thüringen**

Die nachfolgend dargestellte Studie von Gröben und Ulmer (2004) hat mit Hilfe von Befragungsdaten die Veränderungen in der Praxis des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung im Zeitraum von 1997 bis 2003 untersucht. Hierbei handelte es sich um eine Wiederholungsbefragung. Bei der Ersterhebung im Jahr 1997 wurde eine repräsentative Stichprobe von 447 hessischen und thüringischen Betrieben aus der Metallverarbeitung und dem Dienstleistungsbereich zu ihren Aktivitäten im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung befragt (Gröben und Bös 1999). Von diesen 447 Betrieben nahmen 150 Betriebe (33,6%) im Jahr 2003 erneut an der Befragung teil. Das von den Autoren gewählte Studiendesign ermöglichte somit sowohl eine Querschnittsuntersuchung für das Jahr 2003 als auch eine Längsschnittbetrachtung für den Zeitraum 1997 bis 2003.

##### **4.1.2.1 Zielsetzung und methodisches Vorgehen**

Dokumentiertes Ziel der Studie war es, zu analysieren, inwieweit Maßnahmen des Arbeitsschutzes und insbesondere der betrieblichen Gesundheitsförderung über den Beobachtungszeitraum von sechs Jahren nachhaltig im Setting Arbeitswelt etabliert werden konnten. Beantwortet werden sollten vor allem die Fragen, in welchem Umfang und in welcher Art Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Unternehmen angeboten werden, ob in den vergangenen Jahren erkennbare Fortschritte in der Verbreitung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erzielt wurden, oder aber eine Stagnation bzw. ein Rückgang der Aktivitäten zu verzeichnen ist. Aus den Befunden sollten Entwicklungsbedarfe für die Zukunft abgeleitet werden (Gröben und Ulmer 2004, S. 15).

In die Befragung wurden nur Betriebe mit 50 und mehr Beschäftigten einbezogen. Aus der repräsentativen Ausgangsstichprobe von 447 Betrieben der Ersterhebung wurde eine Zufallsstichprobe von zunächst 273 Betrieben für die Wiederholungsbefragung gezogen. Von dieser Stichprobe haben schließlich 150 Betriebe an der Wiederholungsbefragung teilgenommen. Dieser prozentuale Anteil (33,6%) wurde von den Autoren der Studie als ausreichend erachtet, um repräsentative Aussagen über die Veränderungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung von 1997 bis 2003 zu formulieren (ebd., S. 19).

Zur Datenerhebung wurde ein Fragebogen eingesetzt, der sich in erster Linie an die Betriebs-/Personalräte und an die Geschäftsleitung der Unternehmen richtete und folgende Themen fokussierte: allgemeine Strukturdaten zum Betrieb, krankheitsbedingte Fehlzei-

ten, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Belastungen am Arbeitsplatz, betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung, Betriebsvereinbarungen, Beratung im Arbeits- und Gesundheitsschutz, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, Motive für die Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung und erwarteter Nutzen, Qualitätssicherung, Informations- und Beratungsbedarf.<sup>48</sup>

Um das Ausmaß der Aktivitäten der Unternehmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erheben, konzentrierte sich die Befragung, vergleichbar mit der Leistungsdokumentation der gesetzlichen Krankenversicherung (s. Kapitel 4.1.1), auf die Aspekte „Bedarfsanalyse“, „Verhaltensprävention“ und „Verhältnisprävention“. Zur Ermittlung des Qualitätsniveaus der Aktivitäten wurde aus den Einzelaussagen der befragten Betriebe ein Gesamtindex „betriebliche Gesundheitsförderung“ gebildet, wobei die eingesetzten 36 Items der Themenblöcke „Bedarfsanalyse“, „Verhaltensprävention“ und „Verhältnisprävention“ zusammengefasst, die einzelnen Items gewichtet und mit einer Punktzahl versehen wurden (ebd., S. 33). Die optimale Erfüllung aller Kriterien führte zu einer maximalen Zahl von 100 Punkten. Der Gesamtindex wurde zudem in eine Skala nach Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) unterteilt.<sup>49</sup>

Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse der Studie im Überblick präsentiert (ebd., S. 21 ff.). Dabei kann grundsätzlich nur auf die von den Autoren selbst dokumentierten Daten zurückgegriffen werden. Für die Längsschnittbetrachtung ist nach Angabe der Autoren zu berücksichtigen, dass nur die 150 Betriebe berücksichtigt werden konnten, die an beiden Befragungszeitpunkten teilgenommen haben. Das führt dazu, dass die für den Testzeitpunkt 1 (T1) (Ersthebung) angeführten Daten nicht ganz mit den veröffentlichten Ergebnissen der Gesamtstichprobe (N = 447) (Gröben und Bös 1999) übereinstimmen.

#### **4.1.2.2 Ergebnisse**

##### *Branchen und Betriebsgrößen*

Ausgewertet wurden in der Studie insgesamt 150 Betriebe aus der Metallverarbeitung (61%) und der Dienstleistungsbranche (39%). Entsprechend der Erstbefragung (Gröben und Bös 1999) stammten zwei Drittel der Betriebe aus Hessen, ein Drittel aus Thürin-

---

<sup>48</sup> Zur Datenerhebung wurde laut Studie das Instrument aus der Ersterhebung eingesetzt. Die befragten Personen hatten die Möglichkeit im Rahmen eines Telefongespräches die Fragen direkt zu beantworten oder den Fragebogen auszufüllen und zurückzuschicken.

<sup>49</sup> Skalierung: 1 = 83,4 bis 100 Punkte; 2 = 66,7 bis 83,3 Punkte; 3 = 50,1 bis 66,6 Punkte, 4 = 33,4 bis 50,0 Punkte; 5 = 16,7 bis 33,3 Punkte; 6 = 0 bis 16,6 Punkte.

gen. Bei 43,4% der Stichprobe (T1: 49,1%) handelte es sich um kleinere und mittlere Unternehmen mit 50 bis 199 Mitarbeitern. 27,3% der Betriebe beschäftigten zwischen 200 und 499 Mitarbeitern (T1: 26,8%). Die weiteren Betriebe (29,3%) waren größere Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern (T1: 24,1%). Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung der Ausgangsstichprobe und der Stichprobe der Zweitbefragung hinsichtlich Bundesland, Branche und Betriebsgröße im Vergleich.

Bundesland		Branche		Größenklasse			
Hessen	Thüringen	Dienstleister	Verarb. Gewerbe	>1000	500-999	200-499	50-199
<b>Ausgangsstichprobe 1997</b>							
65,8	34,2	47,5	52,5	10,7	13,4	26,8	49,1
<b>Längsschnittstichprobe 2003</b>							
66,0	34,0	39,3	60,7	14,0	15,3	27,3	43,4

Tab. 7: Flächenbefragung in Hessen und Thüringen: Verteilung der Stichproben 1997 (N = 447) und 2003 (N = 150) nach Bundesland, Branche und Betriebsgröße (Angaben in %)

Quelle: Gröben und Ulmer (2004, S. 19)

### *Strukturqualität*

Betriebsvereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz lagen der Studie zufolge im Jahr 2003 in 38,5% der Betriebe vor (ebd., S. 25). Damit erhöhte sich der Anteil an Betrieben, die über eine solche Vereinbarung verfügen, gegenüber der Ersterhebung im Jahr 1997 leicht (T1: 35,1%). Branchenunterschiede waren nach Angabe der Autoren nicht zu beobachten. Abweichungen wurden allerdings mit Blick auf das Bundesland und die Betriebsgröße erkennbar. In Hessen hatten 41,1% der Betriebe und in Thüringen 33,3% der Betriebe Betriebsvereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz abgeschlossen. Darüber hinaus war nach Angabe der Autoren bei den größeren Unternehmen der Anteil mit Betriebsvereinbarungen deutlich höher als in den kleineren Unternehmen. Die vorliegenden Vereinbarungen bezogen sich auf Themen wie „Arbeitsorganisation und Arbeitsschutz“ (12,0%), „Sucht“ (9,3%) oder „Bildschirmarbeit“ (6,0%). Schriftliche Vereinbarungen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention lagen hingegen lediglich in 2,7% aller Fälle vor.

Über einen funktionstüchtigen Arbeitsschutzausschuss berichteten laut Studie (ebd., S. 23) im Jahr 2003 82,1% der befragten Betriebe (T1: 75,4%). Auch hier korrespondierte das Ergebnis vor allem mit der Betriebsgröße. Betriebe unter 200 Mitarbeiter verfügten nur in 66% der Fälle über einen Arbeitsschutzausschuss; bei den größeren Unternehmen waren dies 95%. Die Existenz eines Steuerungsgremiums für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde von 43,6% der Betriebe und damit in einem deutlich

geringeren Umfang bejaht. Bei den für Gesundheitsförderung verantwortlichen Gremien handelte es sich entweder um einen Arbeitskreis Gesundheit, den Arbeitsschutzausschuss oder einen Zusammenschluss der Geschäftsführung mit dem Betriebs-/Personalrat.

Was die Zusammenarbeit mit externen Partnern betrifft, so hatten 72,4% der in 2003 befragten Unternehmen Kontakt zu Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, 79,9% zu staatlichen Arbeitsschutzämtern und 44,4% zu sonstigen Experten (z.B. Krankenkassen).<sup>50</sup> Eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen fand dabei überwiegend bei größeren Unternehmen statt (in der Größenklasse 500-999: 73,3%; in der Größenklasse >1.000: 81,3%). Defizite wurden hingegen bei kleineren Betriebsgrößen erkennbar (in der Größenklasse 200-499: 42,9%; in der Größenklasse 50-199: 24,5%) (ebd., S. 30 f.).

In der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung kam es der Studie zufolge im Zeitraum von 1997 bis 2003 zu deutlichen Verbesserungen (ebd., S. 24). So gab es bei der Befragung im Jahr 2003 in 95,3% der Betriebe einen Betriebsarzt bzw. einen betriebsärztlichen Dienst (T1: 82,2%). Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit bzw. ein überbetrieblicher sicherheitstechnischer Dienst war in 97,7% der Betriebe vorhanden (T1: 92,9%). Der Anteil arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Experten, die zu Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung gehört werden, erhöhte sich seit 1997 von 80,7% auf 90,1% im Jahr 2003.

### *Prozessqualität*

Bei der Diagnose setzten der Studie zufolge im Jahr 2003 78,7% der befragten Betriebe mindestens eines der in Tab. 8 aufgeführten Erhebungsinstrumente ein (ebd., S. 34 f.). Dies bedeutete gegenüber der Erstbefragung im Jahr 1997 einen leichten Anstieg (T1: 74,7%). An erster Stelle standen Gefährdungsanalysen mit 63,3%, gefolgt von Fehlzeitendatenauswertungen (57,3%), Mitarbeiterbefragungen (34%) und Gesundheitsberichten (33,3%). Das „Schlusslicht“ bildeten Gesundheitszirkel. Diese kamen lediglich in 11,3% der Fälle zum Einsatz. Gegenüber der Erstbefragung im Jahr 1997 wurden in deutlich größeren Umfang Fehlzeitenanalysen durchgeführt und Gesundheitsberichte erstellt. Darüber hinaus konnten gegenüber 1997 keine wesentlichen Veränderungen festgestellt werden.

---

<sup>50</sup> Dieser Aspekt wurde laut Studie in der Erstbefragung nicht behandelt.

Maßnahmen	1997	2003
Analysen*	65,3	63,3
Auswertung der Fehlzeiten	46,7	57,3
Mitarbeiterbefragungen	34,0	34,0
Gesundheitsbericht	20,7	33,3
Gesundheitszirkel	9,3	11,3

\* Gefährdungsbeurteilung und Ermittlung von psychischen Belastungen (Zusammenfassung von zwei Items).

Tab. 8: Flächenbefragung in Hessen und Thüringen: Maßnahmen der Bedarfsermittlung 1997 und 2003 (N = 150, Angaben in %)

Quelle: Gröben und Ulmer (2004, S. 35)

Der von den Autoren für das Qualitätsniveau errechnete Indexwert für den Bereich „Bedarfsanalyse“ war mit durchschnittlich 9,1 Punkten (Minimum 0 Punkte, Maximum 33,33 Punkte) gering. Signifikante Unterschiede wurden in Abhängigkeit vom Bundesland (Thüringen 10,0 Punkte, Hessen: 8,6 Punkte) und der Betriebsgröße (> 1000 Mitarbeiter: 15,7 Punkte, 500-999 Mitarbeiter: 12,3 Punkte, 200-499 Mitarbeiter: 7,8 Punkte, 50-199 Mitarbeiter: 6,6 Punkte) ermittelt (ebd., S. 34).

Bezogen auf die im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführten Interventionen wurde in der Erhebung zum einen nach Maßnahmen der Verhaltensprävention gefragt (ebd., S. 36 f.). In die Befragung einbezogen wurden dabei insgesamt 14 Maßnahmen.<sup>51</sup> 55,3% der in 2003 befragten 150 Unternehmen führten der Studie zufolge mindestens eine Maßnahme der Verhaltensprävention durch (T1: 58,0%). An erster Stelle standen, anders als bei der Ersterhebung im Jahr 1997, Gruppenangebote außerhalb des Betriebes (z.B. Sportprogramme), gefolgt von Kommunikationstrainings, Führungskräfte-seminaren, Angeboten zur Konfliktbewältigung, Seminaren zu Teamwork sowie Bewegungs- und Entspannungsprogramme (s. Tab. 9). Bei den meisten Aspekten konnten keine wesentlichen Veränderungen gegenüber der Ersterhebung festgestellt werden. Eine Ausnahme bildeten Führungskräfte-seminare. Diese wurden im Vergleich zu 1997 mehr als doppelt so häufig angeboten.

<sup>51</sup> Bei den abgefragten Maßnahmen handelte es sich um: Entspannungsprogramme, Bewegungsprogramme, Herz-Kreislauf-Trainings, Krebsvorsorge, Ernährungsprogramme, Suchtprävention, Bewältigung von Mobbing, Führungskräfte-seminare, Konfliktbewältigungsseminare, Kommunikationstrainings, Bewältigung von Schichtarbeit, Übergang in den Ruhestand, Seminare zu Teamwork, Gruppenangebote außerhalb des Betriebs.

Maßnahmen	1997	2003
Kommunikationstraining	31,3	28,0
Gruppen außerhalb des Betriebes	24,7	29,3
Konfliktbewältigungsseminare	21,3	26,7
Führungskräfteseminare	12,0	26,7
Bewegungsprogramme	14,7	18,0
Suchtprävention	16,0	12,7
Entspannungsprogramme	11,3	14,7
Seminare zu Teamwork	k.A.*	21,3
Ernährungsprogramme	8,7	10,7
Herz-Kreislauf-Training	8,7	8,7
Übergang in den Ruhestand	5,3	10,7
Krebsvorsorge	4,7	4,7
Bewältigung von Schichtarbeit	3,3	5,3
Bewältigung von Mobbing	k.A.	6,0

\* Variable in 1997 nicht erfasst.

Tab. 9: Flächenbefragung in Hessen und Thüringen: Maßnahmen der Verhaltensprävention 1997 und 2003 (N = 150; Angaben in %)

Quelle: Gröben und Ulmer (2004, S. 37)

Der für den Themenkomplex „Verhaltensprävention“ errechnete durchschnittliche Indexwert von 4,4 Punkten (Minimum 0 Punkte, Maximum 27,92 Punkte) wurde von den Autoren als sehr gering bewertet (ebd., S. 37). Signifikante Unterschiede zeigten sich hier in Abhängigkeit von der Betriebsgröße. Je größer die befragten Betriebe, umso höher waren die Punktzahlen und damit das erreichte Qualitätsniveau.

Die Auswertung der Befunde zur Verhältnisprävention ergab folgendes Bild: 68,0% der befragten Unternehmen – und damit im Vergleich zur Erstbefragung (T1: 77,3%) deutlich weniger Betriebe – führten mindestens eine der in Tab. 10 genannten verhältnispräventiven Maßnahmen durch. An erster Stelle standen Aktivitäten zur Verbesserung des Arbeitsumfeldes mit 56,0%, gefolgt von Zeitmodellen, Seminaren zum Umgang mit Gefahrstoffen, Veränderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation, Maßnahmen zur Mitarbeiterpartizipation und Gruppenarbeit (ebd., S. 37 f.).

Maßnahmen	1997	2003
Zeitmodelle	60,0	48,7
Verbesserung des Arbeitsumfeldes	55,3	56,0
Umgang mit Gefahrstoffen	36,0	32,7
Aufbau- und Ablauforganisation	24,7	24,7
Mitarbeiterpartizipation	18,0	10,0
Gruppenarbeit	9,3	7,3

Tab. 10: Flächenbefragung in Hessen und Thüringen: Maßnahmen der Verhältnisprävention 1997 und 2003 (N = 150; Angaben in %)

Quelle: Gröben und Ulmer (2004, S. 38)

Auch bei diesem Themenkomplex wurde der ermittelte durchschnittliche Indexwert von 8,1 Punkten (Minimum: 0 Punkte; Maximum 33,33 Punkte) von den Autoren als gering bewertet (T1: 6,0 Punkte). In diesem Fall wurden weder bezogen auf das Bundesland, noch die Branche und die Betriebsgröße signifikante Unterschiede festgestellt (ebd., S. 38).

Die Frage nach der Durchführung einer Erfolgsbewertung wurde in der Untersuchung nicht explizit gestellt. Das Vorhandensein von Erfolgskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung bestätigten der Studie zufolge lediglich 9,3% der befragten Unternehmen.

#### *Gesamtindex betriebliche Gesundheitsförderung*

Für den Gesamtindex „betriebliche Gesundheitsförderung“, zusammengesetzt aus den drei Themenkomplexen „Bedarfsanalyse“, „Verhaltensprävention“ und „Verhältnisprävention“, errechneten die Autoren bei den im Jahr 2003 befragten 150 Betrieben einen durchschnittlichen Wert von 21,6 Punkten (Minimum: 0 Punkte, Maximum: 92,55 Punkte) und ermittelten damit ein insgesamt niedriges Qualitätsniveau. Gegenüber der Ersterhebung in 1997 (T1: 18,8 Punkte) bewerteten sie diesen Befund als eine leichte, jedoch statistisch nicht signifikante Verbesserung. Das Niveau im Bereich der Verhaltensprävention war mit 4,4 Punkten am niedrigsten, das Niveau der Bedarfsanalyse mit 9,1 Punkten am höchsten ausgeprägt. Deutliche Unterschiede wurden der Studie zufolge in Abhängigkeit von der Betriebsgröße festgestellt: Größere Unternehmen erzielten signifikant höhere Punktzahlen als kleinere Betriebe (ebd., S. 39 f.).

Differenziert nach Schulnoten ergaben die Befunde ein entsprechend negatives Bild. Lediglich 0,7% der befragten Betriebe erreichten eine sehr gute und ebenfalls 0,7% eine gute Note; 8,0% wurden mit befriedigend und 18,0% mit ausreichend benotet; 24,6%

der Betriebe erhielten eine mangelhafte und 48,0% eine ungenügende Note hinsichtlich des Niveaus ihrer betrieblichen Gesundheitsförderung. Bei den in der Studie als so genannte „Good Practicer“ bezeichneten Unternehmen – Betriebe mit einem sehr guten, guten oder befriedigendem Gesamtergebnis (N = 14) – handelte es sich nach Angabe der Autoren vorwiegend um Großbetriebe bzw. kleinere Konzernstandorte aus dem Verarbeitenden Gewerbe.

#### *Geplante Maßnahmen für die Zukunft und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung*

30,7% der im Jahr 2003 befragten Betriebe planten der Studie zufolge, eine der 36 abgefragten Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Zukunft durchzuführen (ebd., S. 41 f.). An erster Stelle stand hierbei die Ermittlung psychischer Belastungen (10,7%), gefolgt von der Einrichtung flexiblerer Arbeitszeiten (6,0%), Programmen zur Entspannung (5,3%) und zur Bewegung, Gefährdungsbeurteilungen und Maßnahmen zur Bewältigung von Mobbing (jeweils 4,7%).

Der Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung für das Unternehmen und die Mitarbeiter wurde von den Befragten durchschnittlich als hoch eingeschätzt. Auf einer fünfstufigen Skala („1 = sehr groß“ bis „5 = sehr gering“) bewerteten die Betriebe den Nutzen für das Unternehmen im Mittel mit 2,1 (T1: 2,0) und den Nutzen für die Mitarbeiter mit 1,9 (T1:1,8). Den höchsten Nutzen erwarteten die befragten Betriebe bezogen auf die Steigerung des Wohlbefindens der Mitarbeiter, gefolgt von erhöhter Arbeitszufriedenheit, sinkendem Krankenstand und erhöhter Produktivität.

#### **4.1.2.3 Resümee der Autoren der Studie**

In der zusammenfassenden Bewertung kommen Gröben und Ulmer zu folgendem Schluss (ebd., S. 55 ff.): Bezogen auf die Querschnitterhebung bewerten sie das Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung, gemessen als „Gesamtindex betriebliche Gesundheitsförderung“ (zusammengesetzt aus „Bedarfsanalyse“, „Verhaltensprävention“ und „Verhältnisprävention“), mit durchschnittlich 21,6 Punkten als gering. Signifikante Unterschiede konstatieren sie zum einen in Abhängigkeit von der Betriebsgröße. Unternehmen mit mehr als 1.000 Mitarbeitern erzielten ein deutlich höheres Niveau als kleinere Unternehmen. Ein positiver, signifikanter Zusammenhang besteht den Autoren zufolge auch mit der Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Unternehmen, in denen dem Arbeits- und Gesundheitsschutz eine wichtige Bedeutung beigemessen wurde, erreichten auch im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ein signifikant höheres Niveau. Schließlich wiesen Unternehmen, die von betrieblicher Ge-

sundheitsförderung einen höheren Nutzen für das Unternehmen und/oder die Beschäftigten erwarteten, ein höheres Ausmaß an betrieblicher Gesundheitsförderung auf.

Mit Blick auf die Längsschnitterhebung kommen die Autoren zu folgendem Resümee: In dem insgesamt sechsjährigen Untersuchungszeitraum (1997 bis 2003) ist es ihrer Analyse zufolge in der Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung zwar nicht zu einem quantitativen Anstieg gekommen, wohl aber zu einer qualitativen Verbesserung der Aktivitäten. Dies gilt insbesondere für Betriebe in der Größenklasse von 500 bis 999 Mitarbeitern. Defizite werden hingegen vor allem in kleineren Betrieben mit weniger als 200 Mitarbeitern konstatiert.

Die Niveauverbesserung wird zum einen mit einer leichten Verbesserung des „Gesamtindex Betriebliche Gesundheitsförderung“ begründet. Zum zweiten weisen Gröben und Ulmer auf eine Erhöhung des Anteils an Unternehmen hin, die ein sehr gutes bis ausreichendes Niveau in der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten. Insgesamt vertreten die Autoren die Ansicht, dass in den Unternehmen, in denen betriebliche Gesundheitsförderung betrieben werde, dieses regelmäßiger und ernsthafter geschehe als sechs Jahre zuvor. Parallel zu der qualitativen Ausweitung betrieblicher Gesundheitsförderung habe sich die arbeitsmedizinische und die sicherheitstechnische Betreuung in den Betrieben deutlich verbessert und seien die betrieblichen Gesundheitsexperten auch stärker in die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden worden. Kritisch weisen die Autoren allerdings darauf hin, dass die Mitarbeiterpartizipation in 2003 in deutlich geringerem Umfang realisiert wurde als in 1997.

Mit Blick auf die Zukunft wird von den Autoren vor allem der Bedarf einer verbesserten Information und Beratung der Betriebe durch die überbetrieblichen Akteure – Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, staatliche Ämter für Arbeitsschutz sowie Beratungsstellen und Gewerkschaften – hervorgehoben. Stärkere Unterstützung wird insbesondere mit Blick auf kleine und mittlere Betriebe als notwendig erachtet. Konkret empfohlen werden Kooperationsmodelle mit dem Ziel, die betriebliche Gesundheitsförderung vor allem in diesen Betriebsgrößen zu befördern (ebd., S. 60).

#### **4.1.3 Flächenbefragung zum Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen**

Im Jahr 2002 wurde im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen durch das Institut BIT e.V., Bochum<sup>52</sup> und eine Arbeitsgruppe der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der

---

<sup>52</sup> BIT = Berufsforschungs- und Beratungsinstitut für interdisziplinäre Technikgestaltung e.V.

Universität Bielefeld (unter Mitarbeit der Verfasserin der Dissertation) eine repräsentative Befragung zum Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der Betrieblichen Gesundheitsförderung in 501 nordrhein-westfälischen Unternehmen durchgeführt (Blume et al. 2003). Die Daten der Studie sind in Gänze bislang unveröffentlicht.<sup>53</sup>

#### **4.1.3.1 Zielsetzung und methodisches Vorgehen**

Zielsetzung der Studie war es, den Status quo des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in nordrhein-westfälischen Betrieben möglichst repräsentativ zu erfassen. Aus den Befunden sollte der Entwicklungsbedarf in Richtung eines systematischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements abgeleitet werden. Ein weiteres Ziel der Untersuchung bestand darin, die Bereitschaft der Unternehmen zu ermitteln, zukünftig in Qualifizierung auf diesem Gebiet zu investieren.

Das Untersuchungsdesign zielte auf die Überprüfung folgender Arbeitshypothesen:

1. Umfang und Qualität der betrieblichen Gesundheitsarbeit hängen von der Unternehmensgröße ab. Je mehr Mitarbeiter ein Unternehmen beschäftigt, umso wahrscheinlicher ist ein höheres Aktivitätsniveau.
2. Je höher das bisherige Niveau im Arbeits- und Gesundheitsschutz, umso wahrscheinlicher ist auch das Interesse an Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.
3. Je mehr (nachweislich positive) Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit insgesamt gesammelt wurden, umso wahrscheinlicher ist ein (weiter) steigendes Aktivitätsniveau.
4. Auch dort, wo bereits ein vergleichsweise hohes Niveau in der betrieblichen Gesundheitsarbeit vorhanden ist, bestehen Defizite bei der Integration der Aktivitäten in die betrieblichen Routinen und bei der Evaluation.
5. Je höher die Diskrepanz zwischen wahrgenommenem und erwünschtem Aktivitätsniveau, umso wahrscheinlicher ist die Bereitschaft, in Qualifizierung zu investieren.

---

<sup>53</sup> Die Erhebung war Bestandteil der Machbarkeitsstudie „Manager gesundheitlicher Ressourcen“ und wurde mit finanziellen Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union gefördert. Die Ergebnisse der Untersuchung lieferten die Grundlage zur Entwicklung eines Qualifizierungsprogramms „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ an der Universität Bielefeld. Das Datenmaterial wurde mit Zustimmung von BIT e.V. (s. Anlage) in der Dissertation verwendet und mit Blick auf das Thema der Arbeit neu ausgewertet.

Orientiert an der Grundgesamtheit nordrhein-westfälischer Betriebe wurde für die Untersuchung eine Zufallsstichprobe von 501 Betrieben gezogen.<sup>54</sup> Repräsentativität konnte für die Betriebe des Verarbeitenden Gewerbes mit 200 und mehr Mitarbeitern erzielt werden. Für den Dienstleistungsbereich und die Betriebe in der Größenklasse bis zu 199 Mitarbeitern war dies aufgrund der unsicheren Gesamtdatenlage in Nordrhein-Westfalen nicht möglich (zur Verteilung der Stichprobe nach Branchen und Betriebsgröße s.u.).

Die Befragung erfolgte mit Hilfe leitfadengestützter Telefon-Interviews.<sup>55</sup> In den Interviews wurden Daten zu folgenden Themenkomplexen erhoben: Allgemeine Strukturdaten zum Unternehmen, strukturelle Rahmenbedingungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Durchführung von Diagnose, Intervention und Evaluation, Verknüpfung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung mit anderen Querschnittsaufgaben im Unternehmen (s. Fragebogen im Anhang).

Bei den Gesprächspartnern handelte es sich in 71% der Fälle um Akteure der obersten Führungs-/Entscheidungsebene (Geschäftsleitung, Personalleitung, Betriebsleitung). Weitere 12% der Befragten hatten Funktionen in der Personalabteilung bzw. der Personalentwicklung unterhalb der oberen Leitungsposition inne. Sicherheitsingenieure oder Betriebsärzte waren zu 9%, Managementbeauftragte (Gesundheit, Qualität bzw. Umwelt) zu 4% in der Erhebung vertreten. Die restlichen 4% der befragten Personen besetzten unterschiedliche Funktionen und waren beispielsweise als Betriebsrat oder als Assistenz der Geschäftsleitung tätig. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse der Studie präsentiert.

#### **4.1.3.2 Ergebnisse**

##### *Branchen und Betriebsgrößen*

Die ausgewertete Stichprobe umfasste insgesamt 501 Unternehmen aus Nordrhein-Westfalen. 51,3% der Betriebe waren dem Verarbeitenden Gewerbe und 45,9% dem Dienstleistungsbereich zuzurechnen. Weitere 2,8% gehörten dem Baugewerbe an. Bei

---

<sup>54</sup> Zur Ermittlung der Grundgesamtheit wurde auf zwei Datenquellen zurückgegriffen: für das Verarbeitende Gewerbe auf Daten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik (2001) sowie für den Dienstleistungsbereich auf die Branchenbilder des Institutes für Arbeit und Technik (1998). Danach existierten in NRW zu den angegebenen Zeitpunkten 10.743 Betriebe des Verarbeitenden Gewerbes und 478.846 Dienstleistungsbetriebe.

<sup>55</sup> Mit der Durchführung der Interviews wurde ein Dienstleistungsunternehmen der Kommunikationsbranche beauftragt.

22,5% der Stichprobe handelte es sich um kleinere Betriebe mit weniger als 200 Mitarbeitern. 39,7% der Betriebe beschäftigten 200 bis 499 und 18,0% der Betriebe 500 bis 999 Mitarbeiter. In 19,8% der Fälle handelte es sich um Betriebe mit 1.000 und mehr Mitarbeitern. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung der Stichprobe nach Branchen und Größenklassen.

Branchen			Betriebsgrößen			
Verarbeiten- des Gewerbe	Dienstleis- tungsbetriebe	Baugewerbe	≥ 1000	500 - 999	200 - 499	< 200
51,3% (n = 257)	45,9% (n = 230)	2,8% (n = 14)	19,8% (n = 99)	18,0% (n = 90)	39,7% (n = 199)	22,5% (n = 113)

Tab. 11: Flächenbefragung in NRW: Verteilung der Gesamtstichprobe nach Branchen und Betriebsgrößen (N = 501)

Quelle: Blume et al. (2003, S. 21, modifiziert)

### Strukturqualität

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten etwas mehr als ein Drittel (38,9%) der befragten nordrhein-westfälischen Betriebe eine Betriebs-/Dienstvereinbarung zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz bzw. betriebliche Gesundheitsförderung abgeschlossen. Weitere 4,2% der Betriebe planten den Abschluss einer solchen schriftlichen Vereinbarung. Der Anteil im Verarbeitenden Gewerbe (42,4%) lag dabei etwas oberhalb, der Anteil im Dienstleistungsbereich (35,2%) etwas unterhalb des Durchschnittswertes. Das Vorhandensein einer Betriebs-/Dienstvereinbarung korrespondierte darüber hinaus mit der Betriebsgröße. Größere Betriebe verfügten in höherem Maße über entsprechende Vereinbarungen (≥ 1.000 Mitarbeiter: 45,5%; 500-999 Mitarbeiter: 45,6%; 200-499 Mitarbeiter: 36,2%; < 200 Mitarbeiter: 32,7%).

Ein Arbeitsschutzausschuss war in 64,5% der befragten Unternehmen vorhanden. Hinsichtlich dieses Strukturelementes ergab die Auswertung nach Branchen deutliche Unterschiede. Während zum Befragungszeitpunkt in knapp drei Viertel (71,2%) der Unternehmen aus dem Verarbeitenden Gewerbe ein Arbeitsschutzausschuss existierte, war dieses Gremium nur in 57,0% der Dienstleistungsbetriebe eingerichtet. Das Vorhandensein des Arbeitsschutzausschusses korrespondierte auch mit der Größe der befragten Unternehmen: 80,8% der Unternehmen mit 1.000 und mehr Mitarbeitern bestätigten das Vorhandensein dieses Gremiums. Bei den Unternehmen mit 500 bis 999 Beschäftigten waren dies 75,6%. Betriebe mit 200 bis 499 Mitarbeitern hatten in 63,8% und Betriebe mit weniger als 200 Mitarbeitern lediglich in 42,5% der Fälle einen Arbeitsschutzausschuss eingerichtet.

Das Vorhandensein eines Arbeitskreises Gesundheit bestätigten nur 15,4% aller befragten Betriebe (weitere 2,4% planten die Einrichtung eines solchen Steuerungsgremiums). Auch hier zeigten sich Unterschiede in Abhängigkeit von der Branche und der Betriebsgröße. Während 20,6% der Unternehmen aus dem Verarbeitenden Gewerbe einen Arbeitskreis Gesundheit eingerichtet hatten, waren dies bei den Dienstleistungsbetrieben lediglich 10,0%. Größere Unternehmen verfügten deutlich häufiger über einen Arbeitskreis Gesundheit als kleinere Betriebe ( $\geq 1.000$  Mitarbeiter: 34,3%; 500-999 Mitarbeiter: 11,1%; 200-499 Mitarbeiter: 13,1%;  $< 200$  Mitarbeiter: 6,3%).

Die systematische Einbindung von Führungskräften in den Arbeits- und Gesundheitsschutz wurde von 43,1% der befragten Betriebe bestätigt. Auch hier korrespondierten die Ergebnisse mit der Branche und der Größe der Unternehmen.

60,7% aller befragten Betriebe gaben an, Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bzw. der betrieblichen Gesundheitsförderung mit anderen Querschnittsaufgaben bzw. Themenfeldern im Unternehmen zu verknüpfen. Bei den Betrieben des Verarbeitenden Gewerbes beantworteten 65,4%, bei den Dienstleitern 55,7% diesen Aspekt positiv. Insgesamt wurde in diesem Kontext an erster Stelle die Investitionsplanung/Arbeitsplatzgestaltung genannt (26,5%), gefolgt von anderen Managementsystemen wie z.B. dem Qualitätsmanagement (15,6%) sowie der Personalentwicklung (11,6%). Eine umfassende Integration des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bejahten nur 5,8% der befragten Betriebe (s. Abb. 11).

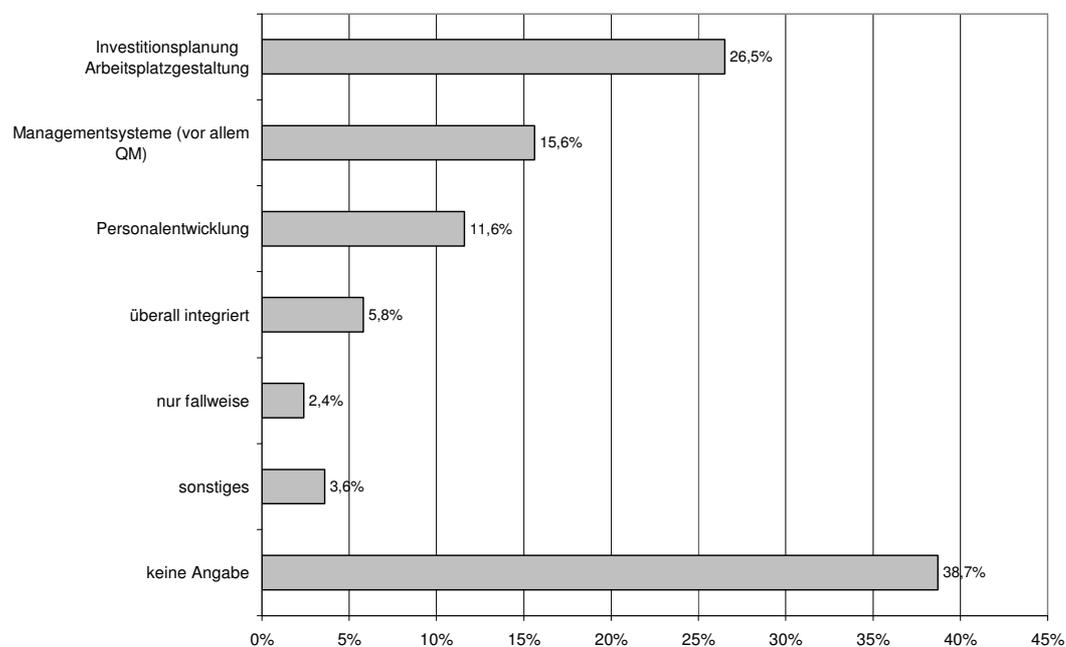


Abb. 11: Flächenbefragung in NRW: Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsschutz/betrieblicher Gesundheitsförderung mit anderen Themen (N = 501)

Quelle: Blume et al. (2003, S. 34)

### Prozessqualität

97,6% der Unternehmen in Nordrhein-Westfalen setzten zum Zeitpunkt der Befragung im Rahmen der Diagnose mindestens ein Verfahren zur Bedarfserhebung ein. Abb. 12 zeigt die Ergebnisse im Überblick: An erster Stelle standen Arbeitsplatzbegehungen. Diese wurden in 92,8% aller Fälle durchgeführt, gefolgt von der Analyse des Unfallgeschehens mit 74,5%. Eine Gefährdungsbeurteilung kam in 69,3% und damit in rund zwei Drittel der befragten Betriebe zum Einsatz. Etwas mehr als ein Drittel (35,1%) der Unternehmen, die bereits eine Gefährdungsbeurteilung eingesetzt hatten, berücksichtigten dabei auch die psychischen Belastungen der Beschäftigten. Bezogen auf die Gesamtstichprobe lag dieser Anteil mit 25,1% deutlich niedriger. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten wurden von 58,1% aller befragten Unternehmen analysiert. 40,5% aller befragten Unternehmen setzten zum Zeitpunkt der Befragung bereits Mitarbeiterbefragungen ein, weitere 4,6% planten dies für die nächsten 1,5 Jahre.

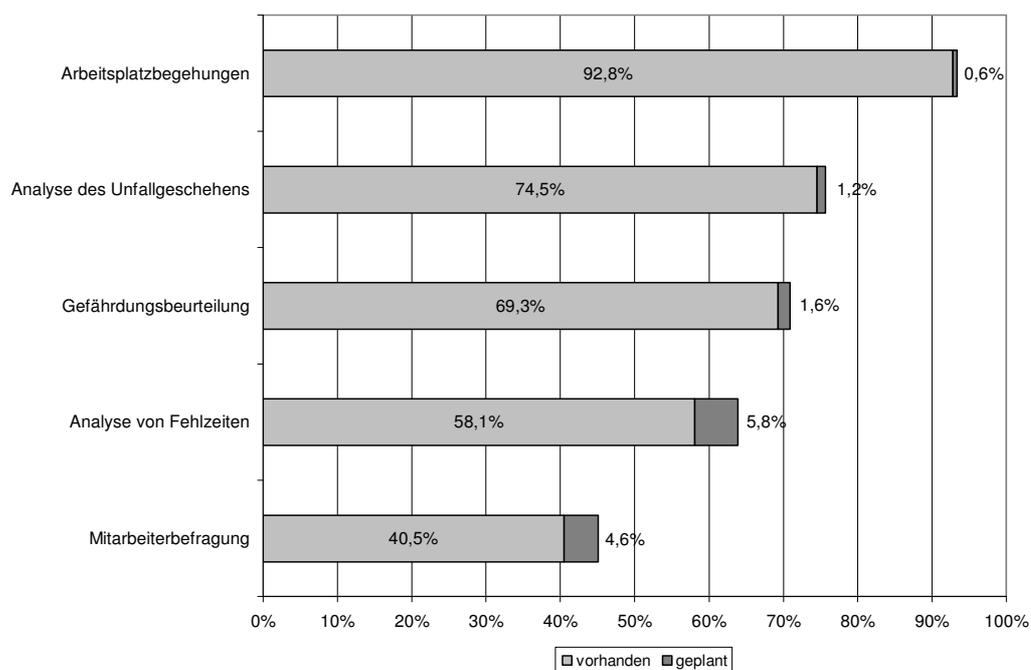


Abb. 12: Flächenbefragung in NRW: Verfahren der Diagnostik (N = 501)

Die Ergebnisse korrespondierten zum einen mit der Branche, wobei die Betriebe des Verarbeitenden Gewerbes im Vergleich besser abschnitten als die Dienstleistungsbetriebe. Arbeitsplatzbegehungen wurden in 95,7% der Betriebe des Verarbeitenden Gewerbes durchgeführt (Dienstleistungsbetriebe: 90,0%), gefolgt von der Analyse des Unfallgeschehens mit 82,5% (Dienstleistungsbetriebe: 65,2%), Gefährdungsbeurteilungen mit 80,2% (Dienstleistungsbetriebe: 57,0%), der Analyse krankheitsbedingter Fehlzeiten

ten mit 63,8% (Dienstleistungsbetriebe: 51,3%) und Mitarbeiterbefragungen mit 45,9% (Dienstleistungsbetriebe: 33,9%).

Die Ergebnisse korrespondierten darüber hinaus auch mit der Betriebsgröße. Je größer die Betriebe waren, umso häufiger wurden die einzelnen Instrumente zur Bedarfsermittlung eingesetzt. So gab es z.B. bei den Betrieben mit 1.000 und mehr Mitarbeitern in 47,5% der Fälle eine Mitarbeiterbefragung. In der Größenklasse von 500 bis 999 Beschäftigten waren es 43,3%, in der Größenklasse mit 200 bis 499 Beschäftigten 40,2% und in der Größenklasse mit weniger als 200 Beschäftigten nur noch 32,7%, die eine Mitarbeiterbefragung zur Bedarfserhebung einsetzten. Bei den anderen Diagnose-Instrumenten zeigten sich vergleichbare prozentuale Unterschiede.

Bezogen auf die Intervention wurden die Betriebe nach dem Einsatz verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung gefragt. Angesprochen wurden im Einzelnen: Rückenschulen, Anti-Stress-Trainings, sonstige verhaltenspräventive Programme (z.B. Nichtraucherprogramme, Programme zur gesunden Ernährung), Krankenrückkehrgespräche und Gesundheitsgespräche, Suchtberatung, Gesundheitstage sowie Gesundheitszirkel.

80,2% der Gesamtstichprobe berichteten über mindestens eine Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Abb. 13 zeigt die Befunde bezogen auf bereits vorhandene und geplante Aktivitäten im Überblick. Am häufigsten wurden Krankenrückkehrgespräche genannt: 68,9% aller Fälle bestätigten das Vorhandensein dieses Instrumentes. Die Frage, inwieweit diese Gespräche tatsächlich mit einer gesundheitsförderlichen Zielsetzung und in gesundheitsförderlicher Art und Weise zum Einsatz kommen, konnte auf Basis der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden und wäre einer Einzelfallprüfung zu überlassen.

Als zweithäufigste Maßnahme wurden Gesundheitsgespräche genannt, die in 38,3% der befragten Betriebe realisiert wurden, gefolgt von Rückenschulen (30,1%) und Suchtberatungen (27,3%). Mit deutlichem Abstand folgten Gesundheitszirkel, die nur in 15,6% der Betriebe zum Einsatz kamen. Weitere 4,4% planten die Durchführung von Gesundheitszirkeln in den nächsten 1,5 Jahren. Gesundheitstage fanden in 16,0% der Betriebe statt, 2,2% planten einen solchen Tag für die Zukunft. Kursangebote zur Verhaltensprävention (z.B. Ernährung) waren in 14,8% der Betriebe vorhanden. Anti-Stress-Trainings schließlich wurden zum Zeitpunkt der Befragung in 13,4% der Betriebe eingesetzt.

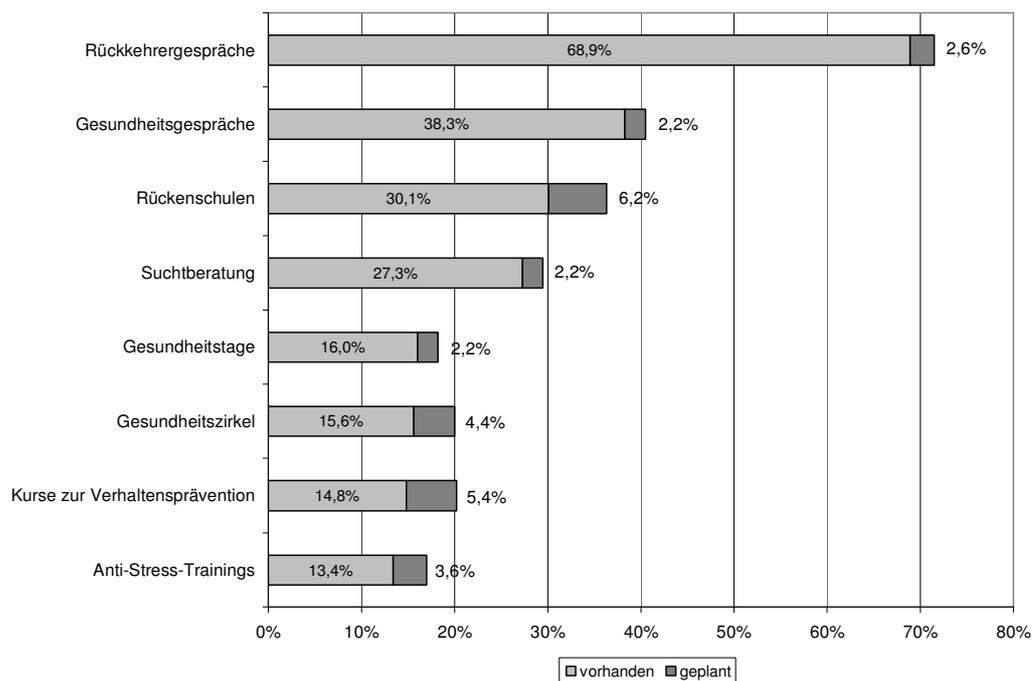


Abb. 13: Flächenbefragung in NRW: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (N = 501)

Die Auswertung nach Branchen ergab folgendes Bild: Im Verarbeitenden Gewerbe wurden ebenfalls als häufigstes Instrument Rückkehrergespräche eingesetzt (73,5%), gefolgt von Gesundheitsgesprächen (41,2%). Anders als in der Gesamtstichprobe standen hier Suchtberatungen (31,5%) an dritter Stelle und damit vor Rückenschulen (27,6%). Bezogen auf die weiteren Maßnahmen entsprachen die Befunde in etwa den Ergebnissen der Gesamtstichprobe. Gesundheitszirkel wurden in 17,9%, Gesundheitstage in 16,0%, Angebote der Verhaltensprävention in 13,6% und Anti-Stress-Trainings in 11,7% der Betriebe eingesetzt.

Bei den Dienstleistungsbetrieben führten 63,5% der Betriebe Rückkehrergespräche durch, gefolgt von Gesundheitsgesprächen (35,2%), Rückenschulen (33,5%), Suchtberatungen (23,0%), Gesundheitstagen (16,1%), Maßnahmen zur Verhaltensprävention (16,1%) und Anti-Stress-Trainings (15,2%) sowie Gesundheitszirkel (12,6%). Rückenschulen, Anti-Stress-Trainings und sonstige Maßnahmen zur Verhaltensprävention wurden somit häufiger durchgeführt als im Verarbeitenden Gewerbe. Gesundheitszirkel standen hier im Unterschied zum Verarbeitenden Gewerbe an letzter Stelle.

Bezogen auf die Betriebsgrößen zeigte sich erneut folgendes Muster: Je größer die Betriebe waren, umso höher war der prozentuale Anteil derer, die Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung einsetzten. Das größte Defizit wurde bei den Betrieben mit weniger als 200 Mitarbeitern erkennbar – sowohl im Verarbeitenden Gewerbe als auch

im Dienstleistungsbereich. Als Beispiel seien hier Gesundheitszirkel genannt. Dieses Instrument der Verhaltens- und Verhältnisprävention setzten Betriebe mit mindestens 1.000 Mitarbeitern in 33,3% der Fälle ein; in Betrieben mit 500 bis 999 waren es 16,7%, in Betrieben mit 200 bis 499 Beschäftigten 12,1% und in Betrieben mit weniger als 200 Mitarbeitern lediglich 5,3%. Bei den anderen Instrumenten zeigte sich ein vergleichbares Bild. Lediglich die Krankenrückkehrgespräche wurden auch in den kleineren Betrieben mit relativ großer Häufigkeit realisiert ( $\leq 200$  Mitarbeiter: 53,1%; 200-499 Mitarbeiter: 71,9%).

Von allen befragten 501 Betrieben in Nordrhein-Westfalen unterzogen lediglich 29,3% ihre Maßnahmen einer Erfolgsbewertung; weitere 5,2% planten dies für die nähere Zukunft (s. Abb. 14). Deutliche Unterschiede zeigte wiederum die Auswertung nach Branchen und Betriebsgrößen. Während im Verarbeitenden Gewerbe 40,1% der Betriebe eine Erfolgsbewertung von Maßnahmen bejahten, waren es im Dienstleistungsbereich nur 16,5%. Je größer die Betriebe waren, umso häufiger wurde eine Evaluation durchgeführt ( $\geq 1.000$  Mitarbeiter: 44,4%, 500-999 Mitarbeiter: 32,2%; 200-499 Mitarbeiter: 28,1%;  $< 200$  Mitarbeiter: 15,9%).

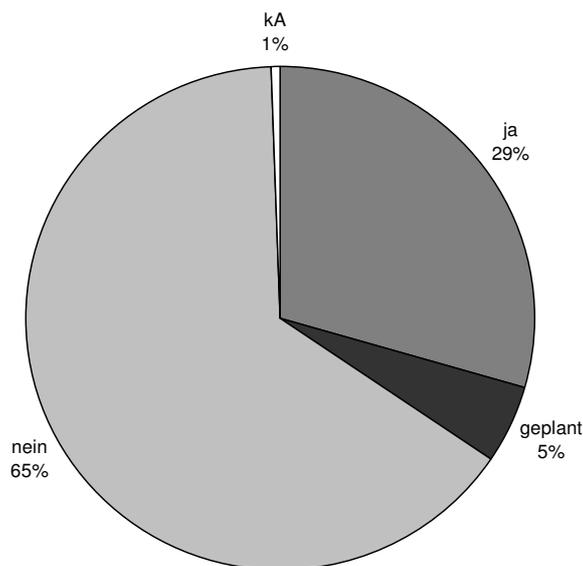


Abb. 14: Flächenbefragung in NRW: Erfolgsbewertung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (N = 501)

### *Herausforderungen der nächsten Jahre*

Mit Blick auf die zentralen Herausforderungen in den nächsten Jahren nannten die Betriebe am häufigsten die Kostenreduzierung (78,2%). Mit deutlichem Abstand dazu folgten Veränderungen in der Arbeitsorganisation (56,7%), die Einführung neuer Technologien (50,9%) und neuer Produkte (30,7%), die Einführung bzw. Zertifizierung von

Managementsystemen wie z.B. Qualität oder Umwelt (28,7%) sowie die Fusion mit anderen Unternehmen bzw. die Suche nach neuen Partnern (19,2%). 73,3% der Gesamtstichprobe waren der Ansicht, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung einen positiven Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderungen leisten können (z.B. über die Verbesserung von Motivation und Leistungsbereitschaft sowie die Senkung von Kosten). Abb. 15 zeigt die Ergebnisse im Überblick.

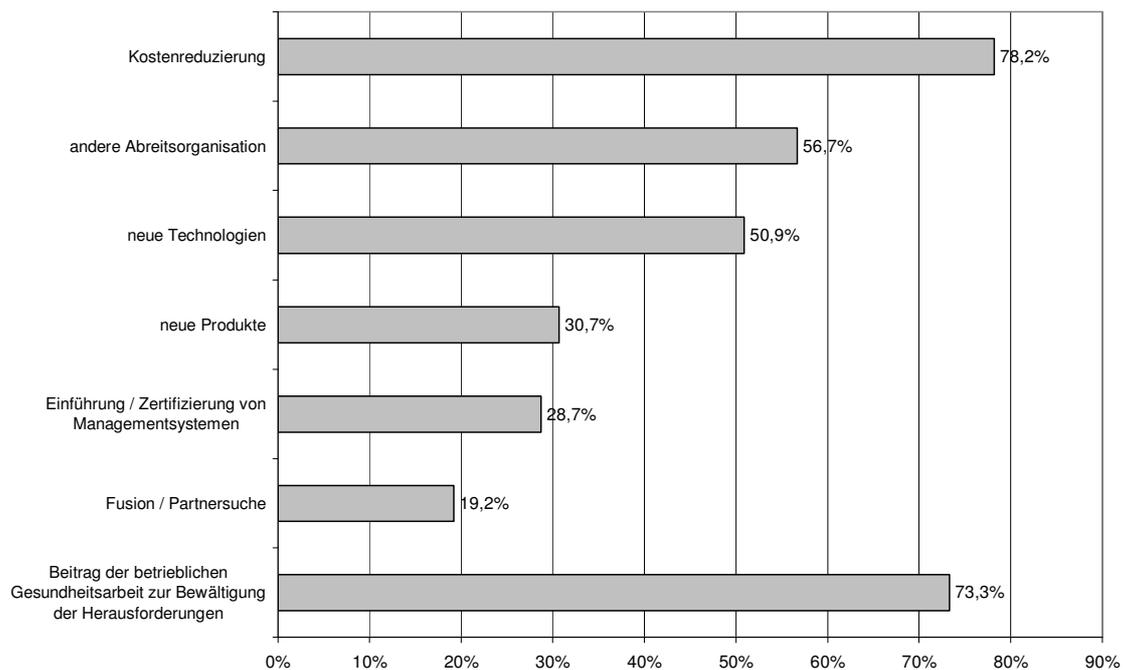


Abb. 15: Flächenbefragung in NRW: Herausforderungen der nächsten Jahre (N = 501)

### *Geplante Maßnahmen für die Zukunft und Wichtigkeit betrieblicher Gesundheitsarbeit*

Was die konkrete Planung zukünftiger Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsarbeit betrifft, ergab sich in der Gesamtstichprobe folgendes Bild (s. Abb. 16): An erster Stelle stand die Einführung von Rückenschulen (6,2%), gefolgt von der Analyse krankheitsbedingter Fehlzeiten (5,8%), der Durchführung von Mitarbeiterbefragungen (4,6) und Gesundheitszirkeln (4,4%). Eine Erfolgsbewertung von Maßnahmen planten 5,2%. Gefragt danach, wie wichtig der Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung generell für das Unternehmen seien, antworteten 90,2% der Befragten mit „sehr bis ziemlich wichtig“.

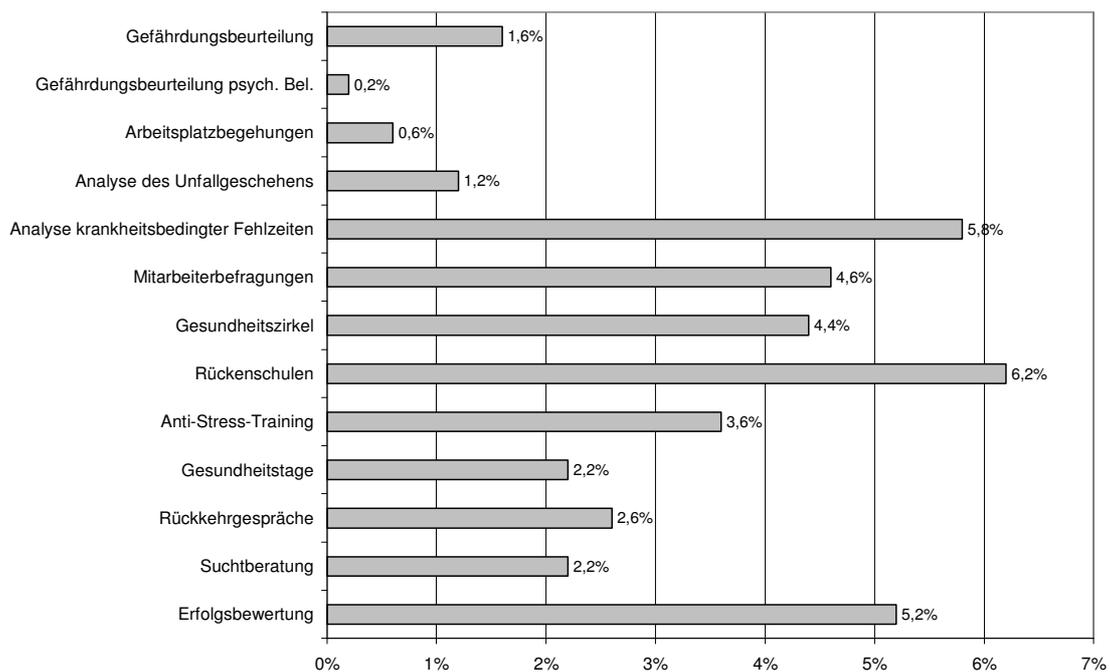


Abb. 16: Flächenbefragung in NRW: Geplante Maßnahmen im Arbeitsschutz/in der betrieblichen Gesundheitsförderung in den nächsten 1,5 Jahren (N = 501)

Quelle: Blume et al. (2003, S. 33, modifiziert)

#### 4.1.3.3 Analyse verschiedener Betriebstypen

Orientiert an der Anzahl umgesetzter arbeitsschutzrechtlicher Vorgaben und Maßnahmen im freiwilligen Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden in einer vertiefenden Datenanalyse fünf verschiedene Betriebstypen gebildet, die sich wie folgt charakterisieren lassen (s. Abb. 17):

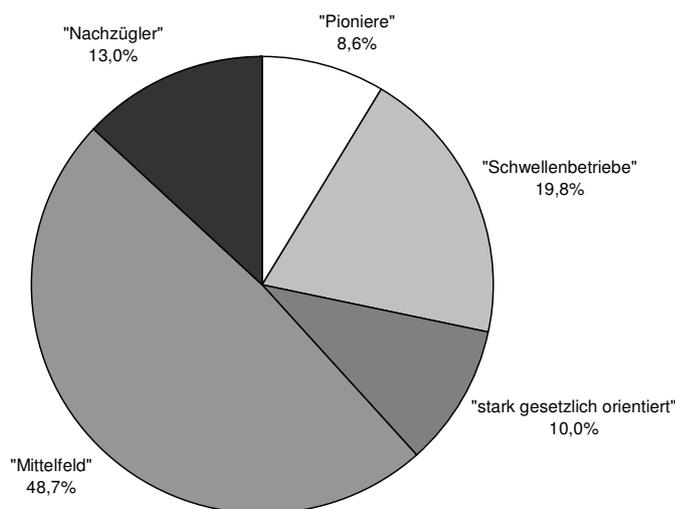


Abb. 17: Flächenbefragung in NRW: Verteilung der „Betriebstypen“ in der Gesamtstichprobe (N = 501)

Quelle: Blume et al. (2003, S. 37)

„*Pionierunternehmen*“ (N = 43) sind Betriebe, die sowohl im gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz als auch im freiwilligen Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung sehr aktiv sind. Sie hatten zum Zeitpunkt der Befragung mindestens sechs bis acht der gesetzlichen Anforderungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und zudem mindestens sechs freiwillige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umgesetzt.

„*Schwellenbetriebe*“ (N = 99) sind Betriebe, die im Arbeits- und Gesundheitsschutz *oder* in der betrieblichen Gesundheitsförderung ein hohes Engagement zeigen. Sie hatten zum Zeitpunkt der Befragung sechs bis acht der gesetzlichen Anforderungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes *oder* sechs bis acht Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt und mindestens drei bis fünf Maßnahmen des jeweils anderen Themenfeldes umgesetzt.

„*Stark rechtlich orientierte Betriebe*“ (N = 50) konzentrieren sich vor allem auf die Umsetzung gesetzlicher Vorschriften, realisieren jedoch kaum Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Diese Betriebe hatten zum Zeitpunkt der Befragung sechs bis acht der gesetzlichen Anforderungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, aber maximal zwei darüber hinausgehende Aktivitäten durchgeführt.

Das „*Mittelfeld*“ (N = 244) weist eine mittlere Anzahl von Maßnahmen im Arbeits- und Gesundheitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung auf. Betriebe des Mittelfelds hatten zum Zeitpunkt der Erhebung drei bis fünf Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes *oder* der betrieblichen Gesundheitsförderung umgesetzt.

Bei den „*Nachzüglern*“ (N = 65) sind kaum Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes *oder* der betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden. Diese Betriebe hatten zum Zeitpunkt der Befragung maximal zwei der gesetzlichen Anforderungen und höchstens zwei der freiwilligen Aktivitäten durchgeführt.

Unter Berücksichtigung folgender Qualitätsdimensionen und Standards wurden für die fünf Betriebstypen „Profile“ erstellt:

- *Strukturqualität*
  - Vorhandensein von Betriebs-/Dienstvereinbarungen
  - Vorhandensein eines Arbeitsschutzausschusses
  - Vorhandensein eines Arbeitskreises Gesundheit
  - Verknüpfung der betrieblichen Gesundheitsarbeit mit anderen Themenfeldern (Integration)

- *Prozessqualität*

- Diagnose: Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung; Analyse psychischer Gefährdungen; Durchführung einer Mitarbeiterbefragung
- Intervention: Realisierung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen; Einsatz von Gesundheitszirkeln
- Evaluation: Durchführung einer Erfolgsbewertung von Maßnahmen

Darüber hinaus wurde bei der Profilbildung die Bejahung eines positiven Beitrags der betrieblichen Gesundheitsarbeit zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen berücksichtigt sowie die Bereitschaft, auf dem Gebiet des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Qualifizierung zu investieren.

### „Pionierunternehmen“ (N = 43)

Zu den „Pionierunternehmen“ gehörten vor allem Großbetriebe mit mehr als 1.000 Mitarbeitern, Betriebe mit weniger als 500 Mitarbeitern waren hingegen stark unterrepräsentiert. Die Mehrheit der Unternehmen (56%) war dem Verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen. Sie waren damit etwas häufiger vertreten, als es ihrem Anteil in der Gesamtstichprobe entsprach (51%). Das Profil der Unternehmen im Vergleich zur Gesamtstichprobe zeigt die Abb. 18.

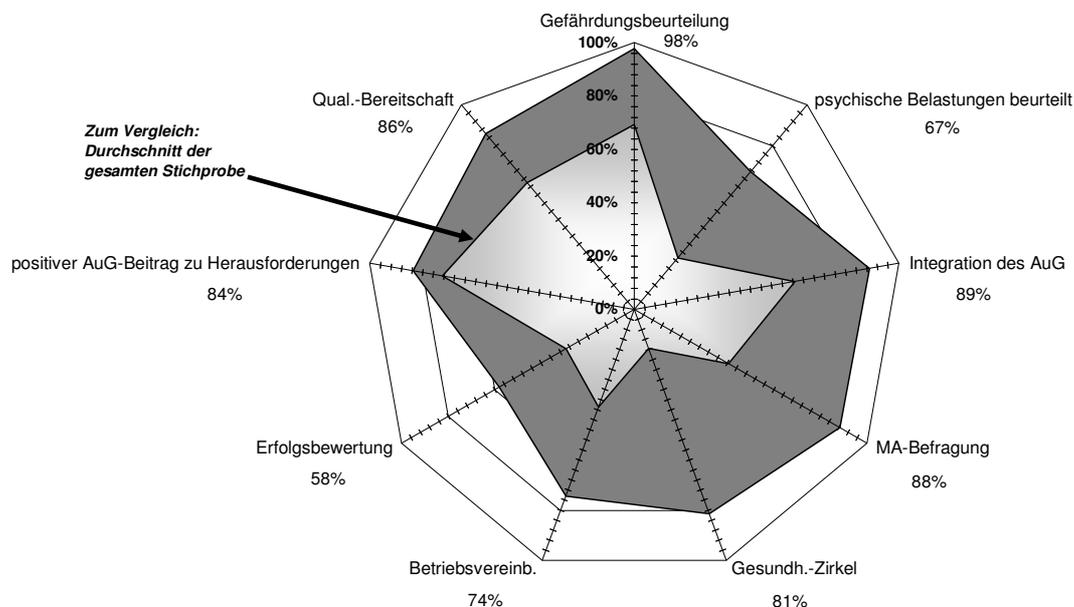


Abb. 18: Flächenbefragung in NRW: Profil der „Pionierunternehmen“. Anteil positiver Antworten („vorhanden“ bzw. „ja“) auf zentrale Fragestellungen (N = 43)

Quelle: Blume et al. (2003, S. 39)

Charakteristisch für diese Gruppe ist ein hoher Umsetzungsgrad sowohl bei den gesetzlichen Anforderungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie bei der Durchführung darüber hinausgehender freiwilliger Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung.

### *Strukturqualität*

74,4% der Pionierunternehmen hatten zum Zeitpunkt der Befragung eine Betriebs-/ Dienstvereinbarung zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz bzw. zur betrieblichen Gesundheitsförderung abgeschlossen. Ein Arbeitsschutzausschuss war in allen Betrieben (100%) vorhanden. Über einen Arbeitskreis Gesundheit verfügten darüber hinaus 67,4%.

88,6% der Betriebe gaben an, den Arbeits- und Gesundheitsschutz bzw. die betriebliche Gesundheitsförderung mit anderen Aufgaben/Themen im Unternehmen zu verknüpfen. Hier stand die Einbeziehung in die Investitionsplanung und in die Arbeitsplatzgestaltung mit 37,2% im Vordergrund; die Verknüpfung mit anderen Managementsystemen (insbesondere Qualitätsmanagement) wurde in 30,2% der Fälle genannt. 11,6% gaben an, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz überall integriert sei. 9,3% stellten eine Verbindung zur Personalentwicklung her.

### *Prozessqualität*

Daten zur gesundheitlichen Situation der Beschäftigten wurden von den Pionierbetrieben in hohem Umfang erhoben. An erster Stelle stand die Analyse des Unfallgeschehens (100%), gefolgt von Arbeitsplatzbegehungen (97,7%) und Gefährdungsbeurteilungen (97,7%). Eine Analyse der psychischen Belastungen führten 67,4% der Betriebe durch. Fehlzeitenanalysen und Mitarbeiterbefragungen kamen jeweils in 88,4% der Fälle zum Einsatz.

Im Bereich der Intervention standen bei den Pionierbetrieben Rückenschulen an erster Stelle – diese kamen in 93,0% der Fälle zum Einsatz. Mit deutlichem Abstand (60,5%) folgten sonstige verhaltenspräventive Programme (Ernährung, Nichtrauchen). Anti-Stress-Trainings realisierten 58,1% der Betriebe. In einem Großteil der Betriebe wurden Suchtberatungen (90,7%) durchgeführt. Ebenso wie in der Gesamtstichprobe standen auch hier Krankenrückkehrgespräche (86,0%) sowie Gesundheitsgespräche (76,7%) hoch im Kurs. Gesundheitstage erfolgten in 76,7% der Betriebe. Anders als in der Gesamtstichprobe kamen Gesundheitszirkel in der überwiegenden Mehrheit der Betriebe (81,4%) zum Einsatz.

58,1% der Pionierbetriebe führten eine Erfolgsbewertung von Maßnahmen durch, weitere 9,3% planten dies für die nähere Zukunft.

### *Herausforderungen der nächsten Jahre*

Mit Blick auf die zentralen Herausforderungen in den nächsten Jahren nannten die Pionierbetriebe am häufigsten das Thema Kostenreduzierung (60,5%). Mit deutlichem Abstand dazu folgten Veränderungen in der Arbeitsorganisation (48,8%), die Einführung neuer Technologien (30,2%) und neuer Produkte (18,6%), die Einführung bzw. Zertifizierung von Managementsystemen wie z.B. Qualität oder Umwelt (23,3%) und die Fusion mit anderen Unternehmen bzw. die Suche nach neuen Partnern (14,0%). 83,7% der Pionierbetriebe waren hierbei der Ansicht, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung einen positiven Beitrag zu Bewältigung dieser Herausforderungen leisten können. 86% der Betriebe signalisierten Bereitschaft, in diesem Themenfeld in Qualifizierung zu investieren.

### **„Schwellenbetriebe“ (N = 99)**

Die als „Schwellenbetriebe“ bezeichneten Unternehmen hatten zum Zeitpunkt der Befragung sechs bis acht der gesetzlichen Anforderungen (93 Betriebe) oder sechs bis acht freiwillige Maßnahmen der Gesundheitsförderung (sechs Betriebe) ergriffen und drei bis fünf Maßnahmen des jeweils anderen Themenfeldes realisiert. Sie verfügten somit über überdurchschnittlich viele Erfahrungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Zu den Schwellenbetrieben gehörten vor allem Betriebe des Verarbeitenden Gewerbes, die in dieser Gruppe mit 61% vertreten waren. Bezogen auf die Betriebsgröße waren in dieser Gruppe nur die Betriebe mit weniger als 200 Mitarbeitern (16,2%) im Vergleich zur Gesamtstichprobe (22,6%) unterrepräsentiert. Abb. 19 zeigt das Profil der Schwellenbetriebe.

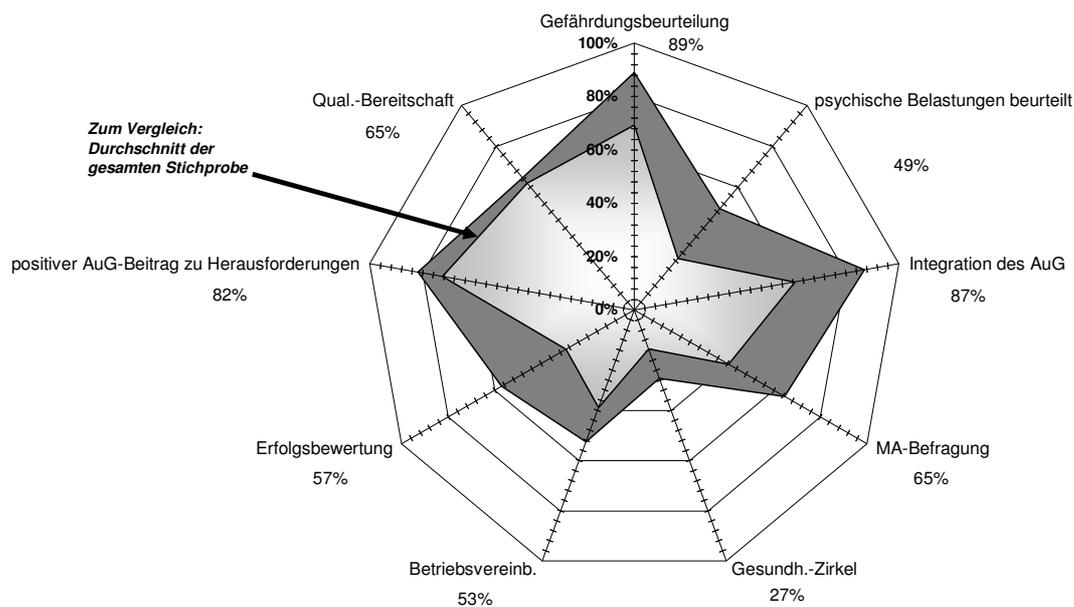


Abb. 19: Flächenbefragung in NRW: Profil der „Schwellenbetriebe“. Anteil positiver Antworten („vorhanden“ bzw. „ja“) auf zentrale Fragestellungen (N = 99)  
 Quelle: Blume et al. (2003, S. 42)

### Strukturqualität

Über schriftliche Vereinbarungen in Form einer Betriebs-/Dienstvereinbarung verfügten zum Zeitpunkt der Erhebung 52,5% der Betriebe. Ein Arbeitsschutzausschuss war in fast allen Betrieben (96,0%) installiert, ein Arbeitskreis Gesundheit dagegen nur in 20,2% der Fälle vorhanden. Die Verknüpfung von Aspekten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung mit anderen Aufgaben/Themen im Unternehmen bejahten 86,9% der Betriebe. Ebenso wie bei den Pionierunternehmen stand hierbei die Investitionsplanung/Arbeitsplatzgestaltung im Vordergrund (27,3%), gefolgt von der Einbindung in andere Managementsysteme (19,0%) und in die Personalentwicklung (17,0%). Eine Integration in alle Bereiche und Themen fand in 15,2% der Fälle statt.

### Prozessqualität

Bei der Diagnose standen bei den Schwellenbetrieben die Arbeitsplatzbegehungen mit 100% an erster Stelle, gefolgt von der Analyse des Unfallgeschehens (94,9%), der Gefährdungsbeurteilung (88,9%) und der Fehlzeitenanalyse (84,8%). Psychische Belastungen wurden von 49,4% der Betriebe im Rahmen der Gefährdungsanalyse erfasst. Mitarbeiterbefragungen wurden von 64,6% der Betriebe und damit gegenüber den Pionierunternehmen in deutlich geringerem Umfang durchgeführt.

Bei der Intervention spielten Krankenrückkehrgespräche mit 86,9% die wichtigste Rolle, gefolgt von Gesundheitsgesprächen (60,6%). Maßnahmen zur Verhaltensprävention folgten erst mit deutlichem Abstand. Suchtberatungen führten 48,5% der Betriebe durch; Rückenschulen setzten 42,4% der Betriebe ein. Anti-Stress-Trainings und sonstige verhaltenspräventive Programme (Ernährung, Nichtrauchen) wurden von jeweils 18,2% der Betriebe angeboten. Gesundheitszirkel kamen in 27,3% der Schwellenbetriebe zum Einsatz. Gesundheitstage führten 26,3% der Betriebe durch.

Eine Erfolgsbewertung von Programmen und Maßnahmen realisierten die Schwellenbetriebe mit 56,6% ähnlich häufig wie die Pionierunternehmen. Weitere 6,1% der Betriebe planten eine Evaluation für die nächsten 1,5 Jahre.

### *Herausforderungen der nächsten Jahre*

Ähnlich wie die Pionierunternehmen nannten auch die Schwellenbetriebe mit Blick auf die zentralen Herausforderungen in den nächsten Jahren am häufigsten das Thema Kostenreduzierung (80,8%). Mit deutlichem Abstand folgten Veränderungen in der Arbeitsorganisation (54,5%), die Einführung neuer Technologien (59,6%) und neuer Produkte (38,4%), die Einführung bzw. Zertifizierung von Managementsystemen wie z.B. „Qualität“ oder „Umwelt“ (33,3%) sowie die Fusion mit anderen Unternehmen bzw. die Suche nach neuen Partnern (22,2%). 81,8% der Schwellenbetriebe waren der Ansicht, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung einen positiven Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderungen leisten können. Knapp zwei Drittel (65%) der Betriebe zeigte Interesse an Qualifizierung auf dem Gebiet des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

### **„Stark rechtlich orientierte Betriebe“ (N = 50)**

Bei dieser Gruppe handelte es sich um Betriebe, die sich mit sechs bis acht umgesetzten rechtlichen Vorschriften stark an der Arbeitsschutzgesetzgebung orientierten (der Umsetzungsanteil bei den gesetzlichen Vorschriften lag insgesamt zwischen 88% und 100%), aber lediglich maximal zwei darüber hinaus gehende freiwillige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt haben.

Im Vergleich zur Gesamtstichprobe waren in dieser Gruppe Großbetriebe ab 1.000 Mitarbeiter sowie Mittlere Betriebe mit 200 bis 499 Mitarbeitern überrepräsentiert. Der Anteil der Kleinbetriebe mit weniger als 200 Mitarbeitern war hier nur halb so groß wie in der Gesamtstichprobe. Der Anteil von Betrieben aus dem Verarbeitenden Gewerbe

(53,2%) und Dienstleistungsbetrieben (44,2%) spiegelt in etwa die Verteilung in der Gesamtstichprobe wider. Das Profil dieser Gruppe zeigt Abb. 20.

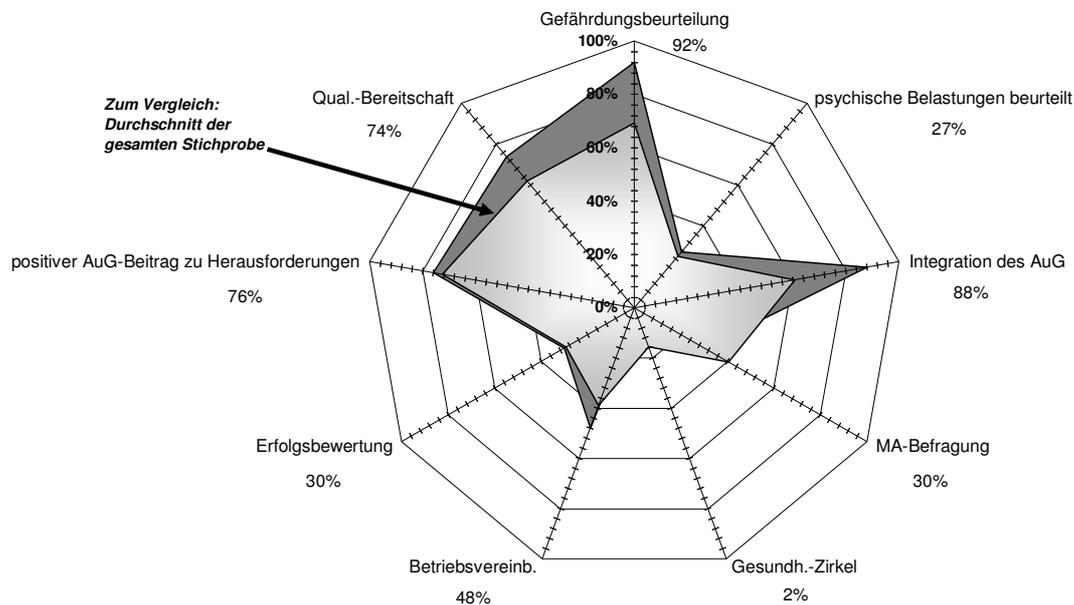


Abb. 20: Flächenbefragung in NRW: Profil der „stark rechtlich orientierten Betriebe“. Anteil positiver Antworten („vorhanden“ bzw. „ja“) auf zentrale Fragestellungen (N = 50)  
Quelle: Blume et al. (2003, S. 44)

### Strukturqualität

Eine Betriebs-/Dienstvereinbarung zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bzw. zur betrieblichen Gesundheitsförderung lag zum Zeitpunkt der Befragung in 48,0% der Betriebe vor. Einen Arbeitsschutzausschuss hatten 90,0% installiert, ein Arbeitskreis Gesundheit existierte hingegen nur in 8,0% der Fälle. Die Integration des Arbeits- und Gesundheitsschutzes beschränkte sich hier in erster Linie auf die Investitionsplanung bzw. die Arbeitsplatzgestaltung (40,7%). In geringerem Maße wurde die Einbindung in andere Managementsysteme (20,4%) und in die Personalentwicklung (7,4%) genannt.

### Prozessqualität

Ebenso wie bei den Schwellenbetrieben führten auch die stark rechtlich orientierten Betriebe zu 100% Arbeitsplatzbegehungen durch, gefolgt von der Analyse des Unfallgeschehens und der Gefährdungsbeurteilung mit jeweils 92,0% (psychische Belastungen wurden hier lediglich in 27% der Fälle erfasst). Die Fehlzeiten analysierten 38,0% der Betriebe, eine Mitarbeiterbefragung kam in nur 30,0% der Fälle zum Einsatz.

Interventionen im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und in der betrieblichen Gesundheitsförderung fanden bei diesem Betriebstypus kaum statt. Lediglich Krankenrückkehrgespräche kamen in 58,0% der Fälle zum Einsatz, gefolgt von Gesundheitsgesprächen (32,0%) und Suchtberatungen (12,0%). Angebote zur Verhaltensprävention im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden den Mitarbeitern kaum unterbreitet. Gesundheitszirkel führten lediglich 2,0% der Betriebe durch.

Der Anteil der Betriebe, die eine Erfolgsbewertung von Maßnahmen vornahmen, fiel gegenüber den Pionier- und Schwellenbetrieben deutlich ab und erreichte lediglich 30,0%. Planungen für eine zukünftige Erfolgsbewertung lagen bei den Betrieben nicht vor.

#### *Herausforderungen der nächsten Jahre*

Mit Blick auf die zentralen Herausforderungen in den nächsten Jahren nannten die stark rechtlich orientierten Betriebe am häufigsten das Thema Kostenreduzierung (78,0%). Mit deutlichem Abstand dazu folgten Veränderungen in der Arbeitsorganisation (60,0%), die Einführung neuer Technologien (62,0%) und neuer Produkte (38,0%), die Einführung bzw. Zertifizierung von Managementsystemen wie z.B. „Qualität“ oder „Umwelt“ (30,0%) sowie die Fusion mit anderen Unternehmen bzw. die Suche nach neuen Partnern (16,0%). 76,0% der Betriebe vertraten die Ansicht, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung einen positiven Beitrag zu Bewältigung dieser Herausforderungen leisten können. Grundsätzliches Interesse an Qualifizierung zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement formulierten knapp drei Viertel (74,0%) der Betriebe.

#### **Das „Mittelfeld“ (N = 244)**

Die Umsetzung von mindestens drei bis fünf gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen bzw. freiwilligen Aktivitäten charakterisiert diese Gruppe von Betrieben. Die Verteilung nach Betriebsgrößen entsprach in etwa derjenigen in der Gesamtstichprobe. Betriebe mit mehr als 500 Mitarbeitern waren leicht überrepräsentiert, kleinere Betriebe fanden sich entsprechend etwas seltener. Betriebe aus dem Verarbeitenden Gewerbe (48,8%) und dem Dienstleistungssektor (48,4%) waren nahezu gleich verteilt. Das Profil dieser Gruppe zeigt Abb. 21.

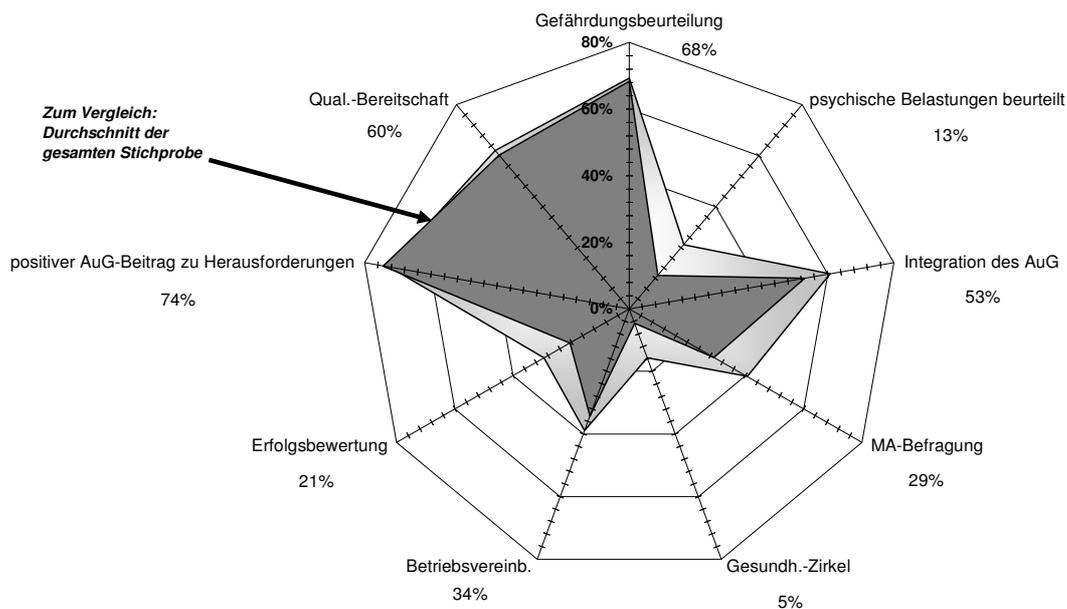


Abb. 21: Flächenbefragung in NRW: Profil des „Mittelfeldes“. Anteil positiver Antworten („vorhanden“ bzw. „ja“) auf zentrale Fragestellungen (N = 244)  
 Quelle: Blume et al. (2003, S. 46)

### Strukturqualität

Über eine Betriebs-/Dienstvereinbarung verfügten 33,5% der befragten Betriebe. Ein Arbeitsschutzausschuss war in 53,3%, ein Arbeitskreis Gesundheit nur in 8,6% der Fälle vorhanden. Bei der Integration des Arbeits- und Gesundheitsschutzes spielten die Investitionsplanung und die Arbeitsplatzgestaltung auch in dieser Gruppe mit 24,6% die Hauptrolle. Verbindungen zur Personalentwicklung (11,5%) und zu anderen Managementsystemen (11,5%) wurden hingegen eher selten genannt.

### Prozessqualität

Im Bereich der Diagnose standen bei diesen Betrieben Arbeitsplatzbegehungen an erster Stelle – diese wurden in 94,3% der Fälle durchgeführt, gefolgt von der Analyse des Unfallgeschehens (71,5%). Gefährdungsbeurteilungen kamen in 68,0% der Fälle zum Einsatz, die Beurteilung psychischer Belastungen erfolgte jedoch nur bei 13,0% der Betriebe. Eine Analyse der krankheitsbedingten Fehlzeiten nahmen 52,9% der Betriebe vor. Der Anteil der Betriebe, die eine Mitarbeiterbefragung einsetzten, lag mit 29,1% nur knapp unter dem Anteil der rechtlich orientierten Betriebe.

Im Rahmen der Intervention dominierten bei den Betrieben des Mittelfelds die Krankrückkehrgespräche mit 66,8%, gefolgt von Gesundheitsgesprächen (29,9%). In 22,5% der Betriebe wurden Rückenschulen angeboten. Suchtberatungen fanden in

16,8% der Fälle statt. Alle weiteren Aktivitäten lagen unter 10%. Gesundheitszirkel wurden zum Zeitpunkt der Befragung nur von 4,9% der Betriebe eingesetzt.

Der Anteil der Betriebe, die eine Erfolgsbewertung von Maßnahmen vornahmen, lag in dieser Gruppe nur bei 21,1%, weitere 6,1% planten dies für die nächsten 1,5 Jahre.

### *Herausforderungen der nächsten Jahre*

Was die zentralen Herausforderungen in den nächsten Jahren betrifft, nannten die Betriebe des Mittelfeldes ebenfalls am häufigsten das Thema Kostenreduzierung (79,1%). Mit deutlichem Abstand dazu folgten Veränderungen in der Arbeitsorganisation (59,4%), die Einführung neuer Technologien (49,2%) und neuer Produkte (29,9%), die Einführung bzw. Zertifizierung von Managementsystemen wie z.B. „Qualität“ oder „Umwelt“ (27,9%) sowie die Fusion mit anderen Unternehmen bzw. die Suche nach neuen Partnern (18,9%). 73,8% der Betriebe waren hierbei der Ansicht, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung einen positiven Beitrag zu Bewältigung dieser Herausforderungen leisten können. Das grundsätzliche Interesse, in Qualifizierung zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement zu investieren, lag bei diesen Betrieben bei 59,4%.

### **Die „Nachzügler“ (N = 65)**

Als „Nachzügler“ bezeichnete Betriebe hatten zum Zeitpunkt der Erhebung maximal zwei gesetzliche Anforderungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erfüllt und höchstens zwei darüber hinausgehende freiwillige Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung realisiert. Zu dieser Gruppe zählten vor allem kleinere Betriebe mit weniger als 200 Mitarbeitern, die hier deutlich überrepräsentiert waren. 70% der Betriebe gehörten dem Dienstleistungssektor an – diese Branche war gegenüber der Gesamtstichprobe ebenfalls stark überrepräsentiert. Das Profil der „Nachzügler“ zeigt Abb. 22.

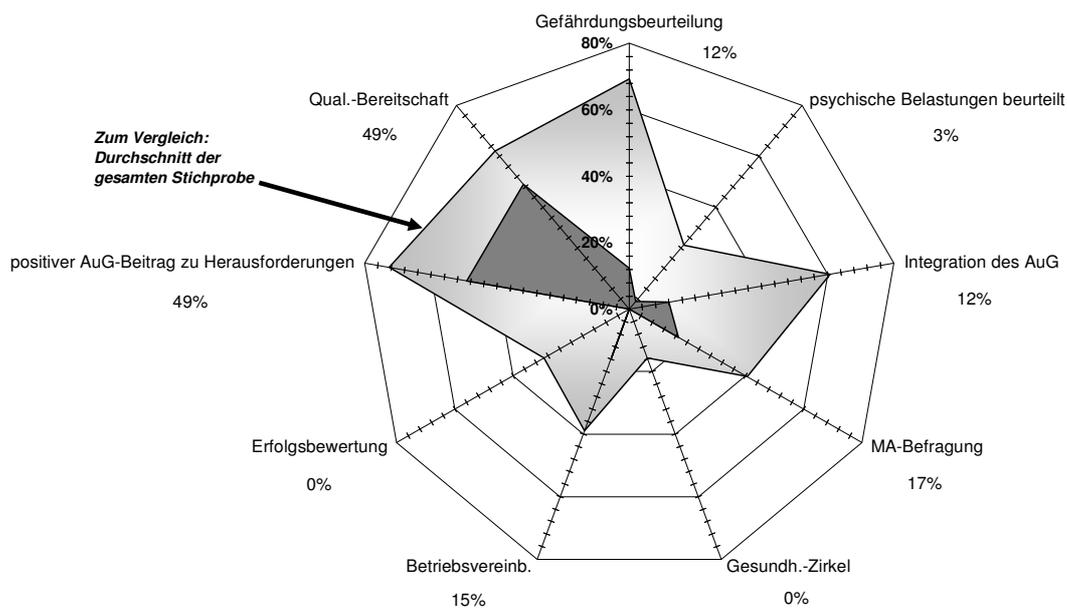


Abb. 22: Flächenbefragung in NRW: Profil der „Nachzügler“. Anteil positiver Antworten („vorhanden“ bzw. „ja“) auf zentrale Fragestellungen (N = 65)  
Quelle: Blume et al. (2003, S. 48)

### Strukturqualität

Lediglich 15,4% dieser Betriebe verfügten über eine Betriebs-/Dienstvereinbarung im Themenfeld des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bzw. der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ein Arbeitsschutzausschuss war nur in 7,7% der Betriebe vorhanden, ein Arbeitskreis Gesundheit in keinem Fall installiert. Eine Verknüpfung mit anderen Aufgaben/Themen im Unternehmen fand kaum statt. Eine geringe Anzahl von Betrieben bejahte die Einbeziehung in die Investitionsplanung und in die Arbeitsplatzgestaltung (6,2%) sowie die Einbindung in andere Managementsysteme (4,6%).

### Prozessqualität

Bei der Diagnose wurden in 67,7% der Betriebe Arbeitsplatzbegehungen realisiert. Eine Analyse der Fehlzeiten erfolgte in 27,7% und eine Analyse des Unfallgeschehens in 24,6% der Betriebe. Nur 12,3% dieser Betriebe berichteten über eine Gefährdungsbeurteilung. 3,1% berücksichtigten hierbei auch die psychischen Belastungen. Eine Mitarbeiterbefragung kam in 16,9% der Betriebe zum Einsatz.

Maßnahmen der Intervention beschränkten sich bei den „Nachzüglern“ auf Krankentrückkehrgespräche. Diese wurden in 41,5% der Fälle eingesetzt, gefolgt mit großem Abstand von Gesundheitsgesprächen (15,4%). Hinsichtlich der verhaltenspräventiven Angebote im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden lediglich Rücken-

schulen in 12,3% der Fälle angeboten. Weitere Aktivitäten fanden in nicht nennenswertem Umfang statt. Gesundheitszirkel wurden in keinem der Betriebe durchgeführt. Erfolgswertungen wurden in diesen Betrieben zum Zeitpunkt der Befragung nicht realisiert.

#### *Herausforderungen der nächsten Jahre*

Mit Blick auf die zentralen Herausforderungen in den nächsten Jahren nannten die Nachzügler ebenfalls am häufigsten das Thema Kostenreduzierung (76,9%). Mit deutlichem Abstand dazu folgten Veränderungen in der Arbeitsorganisation (49,2%), die Einführung neuer Technologien (46,2%) und neuer Produkte (27,7%), die Einführung bzw. Zertifizierung von Managementsystemen wie z.B. „Qualität“ oder „Umwelt“ (18,5%) sowie die Fusion mit anderen Unternehmen bzw. die Suche nach neuen Partnern (20,0%). Knapp die Hälfte (49,2%) der Nachzügler vertrat die Ansicht, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung einen positiven Beitrag zu Bewältigung dieser Herausforderungen leisten können. Knapp die Hälfte (49,2%) der „Nachzügler“ zeigte grundsätzliches Interesse an Qualifizierung auf dem Gebiet des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

#### **4.1.3.4 Resümee der Autoren der Studie**

In der zusammenfassenden Bewertung kommen die Autoren der Studie zu folgendem Schluss (Blume et al. 2003, S. 4 ff. und S. 21-22): Positiv wird hervorgehoben, dass 90,2% und damit die überwiegende Mehrheit der befragten Unternehmen in Nordrhein-Westfalen den Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung als sehr wichtig (52,1%) bzw. als wichtig (38,1%) erachteten. Die positive Einschätzung gilt nach Ansicht der Autoren auch für den Befund, dass fast drei Viertel (73,3%) der Betriebe die Auffassung vertraten, Arbeits- und Gesundheitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung könnten zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen im Unternehmen einen positiven Beitrag leisten.

Gleichwohl weisen die Autoren auf deutliche Defizite in der betrieblichen Gesundheitsarbeit hin. Die Mängel korrespondieren aus ihrer Sicht zum einen mit der Betriebsgröße. Mit zunehmender Größe der Unternehmen stieg bei den befragten Unternehmen auch die Anzahl der Aktivitäten im Arbeits- und Gesundheitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die größten Defizite zeigten Betriebe mit weniger als 200 Mitarbeitern. Die Ergebnisse korrespondieren darüber hinaus in weiten Teilen auch mit

der Branche. Tendenziell fielen die Befunde im Verarbeitenden Gewerbe besser aus als im Dienstleistungssektor.

Aber auch über alle Betriebsgrößen und Branchen hinweg werden den Autoren zufolge Defizite deutlich. Diese werden zum einen im Bereich von Diagnose und Evaluation gesehen. So setzten zum Zeitpunkt der Befragung nur 25,1% der Betriebe die gesetzlich geforderte Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen um. Gesundheitszirkel kamen sogar nur in 15,6% der befragten Betriebe zum Einsatz. Lediglich etwas mehr als ein Viertel (29,3%) aller befragten Betriebe führte eine Erfolgsbewertung von Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung durch. Defizite werden darüber hinaus bei der Institutionalisierung der betrieblichen Gesundheitsarbeit gesehen. So fand eine umfassende Integration in die betrieblichen Routinen zum Zeitpunkt der Befragung nur in 5,8% der Betriebe in Nordrhein-Westfalen statt.

Den Stand weiterer Planungen für die nächsten 1,5 Jahre bewerten die Autoren ebenfalls als sehr gering. Weniger als 5% der Betriebe planten beispielsweise die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen, Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkeln, eine Erfolgsbewertung durchgeführter Maßnahmen war in 5,3% der Fälle vorgesehen.

Die tiefer gehende Analyse ergibt aus Sicht von Blume et al. ein differenzierteres Bild: Einer kleinen Gruppe von Betrieben (N = 43) wird ein insgesamt hohes bis sehr hohes Umsetzungsniveau im Arbeits- und Gesundheitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung bescheinigt. Der betrieblichen Gesundheitsarbeit wurde von diesen Betrieben überwiegend (86%) eine hohe Bedeutung für das Unternehmen beigemessen. Mehrheitlich (83,7%) waren diese Betriebe zudem der Auffassung, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz/die betriebliche Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen im Unternehmen leisteten.

Eine zweite Gruppe von Betrieben (N = 99) befindet sich nach Meinung der Autoren „auf der Schwelle“ in Richtung „Pionierunternehmen“. Diese Betriebe verfügen einerseits über zahlreiche praktische Erfahrungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz, haben auch Erfahrungen mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemacht, sind aber insgesamt noch unsicher über die darin für ihre Unternehmen tatsächlich enthaltenen Entwicklungs- und Nutzenpotenziale. So wurden der Arbeits- und Gesundheitsschutz/die betriebliche Gesundheitsförderung von einem deutlich geringeren Anteil (63,3%) als sehr wichtig für das Unternehmen erachtet. Dennoch vertrat auch hier der überwiegende Anteil (81,8%) die Auffassung, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz/die betriebliche Gesundheitsförderung zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen beitragen könne.

Ein dritte Gruppe (N = 50) ist sehr stark an der Gesetzeslage orientiert, ergreift aber so gut wie keine freiwilligen Maßnahmen auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das große Mittelfeld (N = 244) beschränkt sich aus Sicht der Autoren auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsarbeit weitgehend auf das Nötigste. Lediglich 48,0% dieser Betriebe betrachteten den Arbeits- und Gesundheitsschutzes/die betriebliche Gesundheitsförderung als sehr wichtig für das Unternehmen, wengleich immerhin 73,8% der Ansicht waren, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz/die betriebliche Gesundheitsförderung zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen im Unternehmen beitrage.

Eine fünfte Gruppe überwiegend kleiner Betriebe (N = 65) schließlich verfügt nach Meinung der Autoren über so gut wie keine Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit. Nur 26,2% erachteten zum Zeitpunkt der Befragung den Arbeits- und Gesundheitsschutz/die betriebliche Gesundheitsförderung als sehr wichtig für das Unternehmen und knapp die Hälfte vertat die Auffassung, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz/die betriebliche Gesundheitsförderung zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen im Unternehmen einen Beitrag leisten könne.

## **4.2 Zusammenfassende Bewertung der Daten**

Bei einer Interpretation der voran dargestellten Daten ist zu berücksichtigen, dass die drei Untersuchungen Unterschiede aufweisen – hinsichtlich der Zielsetzung und der inhaltlichen Schwerpunksetzung sowie hinsichtlich des gewählten Studiendesigns. Die Befunde sind daher nicht 1:1 vergleichbar. Bei den Studien von Gröben und Ulmer (2004) sowie von Blume et al. (2003) handelte es sich um repräsentative Unternehmensbefragungen in ausgewählten Bundesländern (Thüringen und Hessen sowie Nordrhein-Westfalen). Zur Datenerhebung wurde in beiden Studien ein Fragebogeninstrument eingesetzt. Die Befragung selbst erfolgte mündlich per Telefon bzw. schriftlich über den Postweg. Gegenstand der beiden Untersuchungen waren jeweils der Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die betriebliche Gesundheitsförderung. Bei der Untersuchung der Krankenkassen handelte es sich hingegen nicht um eine empirische Erhebung im engeren Sinne, sondern um eine Dokumentation des eigenen Leistungsgeschehens. Als Erhebungsinstrumentarium wurde ein standardisierter Dokumentationsbogen eingesetzt. Gegenstand der Untersuchung war in diesem Fall ausschließlich das Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung. Mit Blick auf die Aussagekraft der Daten ist darüber hinaus festzuhalten, dass die Untersuchung von Blume et al. eine reine Querschnittsuntersuchung darstellt und die Befunde somit nur für den Zeitpunkt der Befra-

gung Gültigkeit besaßen. Im Unterschied dazu ermöglichte das Design der Erhebungen von Gröben und Ulmer sowie der Krankenkassen auch Betrachtungen im Längsschnitt.

Trotz dieser Einschränkungen erlauben die vorliegenden Daten dennoch einige verallgemeinerbare Aussagen zu Umfang und Qualität der betrieblichen Gesundheitsarbeit. Die Daten geben auch Hinweise darauf, in wie weit die in Kapitel 3 herausgearbeiteten Qualitätsstandards arbeitsweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in die betriebliche Praxis Eingang gefunden haben. Im Einzelnen lässt sich folgendes festhalten:

Die vorliegenden Befunde lassen erkennen, dass gesundheitsbezogene Aktivitäten in den Betrieben offensichtlich „angekommen“ sind. So zeigen die Ergebnisse aus den Befragungen in Hessen und Thüringen (Gröben und Ulmer 2004) sowie in Nordrhein-Westfalen (Blume et al. 2003), dass die Mehrheit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung gegenüber positiv eingestellt ist. Der mögliche Nutzen gesundheitsbezogener Aktivitäten wird offenbar als hoch erachtet – zum Wohle der Beschäftigten und der Betriebe. Mehrheitlich vertreten die Betriebe zudem die Auffassung, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die betriebliche Gesundheitsförderung zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen der Unternehmen einen positiven Beitrag leisten können.

Auch die Leistungen der Krankenkassen im Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Dies belegt der kontinuierliche Anstieg der dokumentierten Fallzahlen seit Beginn der Berichtslegung im Jahr 2001. Dabei weisen die Kassen zugleich auf Fortschritte in der Struktur- und Prozessqualität hin. Diese werden vor allem festgemacht an der ansteigenden Zahl von Steuerungs-/Entscheidungsgremien, an einer stärkeren Einbindung externer Experten in die Gesundheitsarbeit, an einer Zunahme verhältnisorientierter Maßnahmen sowie vor allem an dem Anstieg von Erfolgskontrollen. Die Ergebnisse von Gröben und Ulmer lassen für den Untersuchungszeitraum von sechs Jahren (1997 bis 2003) zwar keine quantitative Ausweitung der Aktivitäten insgesamt erkennen, dennoch aber eine Zunahme einzelner Bausteine im Bereich des Arbeitsschutzes und in der betrieblichen Gesundheitsförderung. So zeigen die Befunde einen Anstieg abgeschlossener Betriebsvereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, eine größere Anzahl funktionsfähiger Arbeitsschutzausschüsse sowie eine Zunahme an durchgeführten Fehlzeitenanalysen und erstellten Gesundheitsberichten im Bereich der Diagnose. Darüber hinaus weisen die Daten darauf hin, dass sich das Qualitätsniveau betrieblicher Gesundheitsförderung im Untersuchungszeitraum von 1997 bis 2003 leicht verbessert hat und dieser Qualitäts-

anstieg mit einer verbesserten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung einhergeht.

Die Ergebnisse aller drei Untersuchungen (insbesondere die Befunde von Gröben und Ulmer sowie von Blume et al.) zeigen, dass Umfang und Qualität der Aktivitäten im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit der Betriebsgröße korrespondieren. Je größer die Unternehmen sind, umso mehr Aktivitäten auf höherem Niveau werden in der Regel realisiert. Defizite treten vor allem bei kleineren Betriebsgrößen zu Tage – sowohl was vorhandene Strukturen und Rahmenbedingungen betrifft als auch die durchgeführten Maßnahmen. Umfang und Qualität der Aktivitäten korrespondieren darüber hinaus mit der Branche. Tendenziell fallen die Untersuchungsergebnisse im Verarbeitenden Gewerbe besser aus als im Dienstleistungsbereich. So führen die Krankenkassen ihre bundesweiten Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung am häufigsten im Verarbeitenden Gewerbe durch. Gröben und Ulmer kommen aufgrund der Datenlage ihrer Studie zu dem Schluss, dass es sich bei den sogenannten „Good Practicers“ in Thüringen und Hessen vorwiegend um Großbetriebe bzw. um kleinere Konzernstandorte aus dem Verarbeitenden Gewerbe handelt. Und Blume et al. resümieren in ihrer Untersuchung ebenfalls, dass die „Pionierbetriebe“ in Nordrhein-Westfalen vor allem Großbetriebe aus dem Verarbeitenden Gewerbe sind.

Aber auch über die Betriebsgrößen und Branchen hinweg weisen die Daten auf Mängel in der betrieblichen Gesundheitsarbeit hin. Dies gilt zum einen für die Diagnose und die Evaluation. So führen beispielsweise laut Blume et al. nur ein Viertel der Betriebe in Nordrhein-Westfalen die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen durch. Auch Gesundheitszirkel kommen – trotz beobachtbarer positiver Entwicklungen – insgesamt nur in sehr geringen Umfang zum Einsatz. Dieses beteiligungsorientierte Instrument spielt im Handeln der Unternehmen offenbar nach wie vor eine deutlich untergeordnete Rolle. Erhebliche Defizite werden darüber hinaus in der Evaluation sichtbar. Eine Erfolgswertung von Maßnahmen führen beispielsweise in Nordrhein-Westfalen nur 29 % der Betriebe durch. Und weniger als 10% der Betriebe in Hessen und Thüringen verfügen über Erfolgskriterien in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Wenngleich die Ergebnisse der Krankenkassen auf einen Anstieg von Erfolgskontrollen hinweisen (bei 59% der in 2004 dokumentierten Fälle erfolgt eine Erfolgskontrolle gegenüber 33% in 2003), zeigen die Befunde gleichwohl, dass sich die Evaluation in erster Linie auf Parameter wie die Zufriedenheit mit der Intervention und auf die Inanspruchnahme der Maßnahmen konzentriert, weniger aber auf die Wirksamkeit der Maßnahmen, d.h. die tatsächlich erzielten Effekte. Mängel zeigen sich schließlich in der Institutionalisierung, beispielsweise bei der Verknüpfung der betrieblichen Gesundheitsarbeit mit anderen Querschnittsaufgaben im Unternehmen. So verknüpfen

in Nordrhein-Westfalen lediglich 16% der Betriebe den Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung mit dem Qualitätsmanagement und 12% mit der Personalentwicklung. In nur 6% der befragten Betriebe findet eine umfassende Integration der betrieblichen Gesundheitsarbeit statt.

Mit Blick auf die zu Beginn des Kapitels formulierten Fragestellungen (s.o.) lässt sich die vorliegende Datenlage wie folgt zusammenfassen:

Die mit der betrieblichen Gesundheitsarbeit verfolgten Ziele sind bis heute vorwiegend pathogenetisch ausgerichtet. Bei der Diagnose und Intervention eingesetzte Verfahren und Instrumente dienen in erster Linie der Identifizierung und Reduzierung von Arbeitsbelastungen, der Vermeidung von Unfällen und der Vermeidung individueller gesundheitlicher Risiken. Die salutogenetische Perspektive bzw. der Ressourcen-Blick und daran ausgerichtete Handlungsstrategien mit den Zielwerten „Wohlbefinden“ (insbesondere das psychische Befinden) und „gesunde Organisation“ sind bislang in den Betrieben wenig erkennbar.

Gesundheitsbezogene Maßnahmen zielen nach wie vor sehr stark auf den einzelnen Mitarbeiter und sein Verhalten. Deutlich wird dies vor allem bei den Krankenkassen, deren Aktivitäten sich überwiegend an den gemeinsamen Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen orientieren – arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosoziale Belastungen, Mitarbeiterführung, Genuss- und Suchtmittelkonsum – und an den dazu empfohlenen Maßnahmen wie z.B. Schulungen zur Bewegungsförderung, Ergonomieberatungen oder individuelle Maßnahmen zum Stressabbau. Dort wo verhältnisbezogene Maßnahmen eine Rolle spielen, fokussieren sie in erster Linie Umgestaltungen am unmittelbaren Arbeitsplatz oder in der unmittelbaren Arbeitsumgebung sowie Verbesserungen einzelner Arbeitsbedingungen. Die Organisation insgesamt – und hier insbesondere die relevanten Einflussgrößen Unternehmenskultur, Führung und Betriebsklima – bleibt bei der Diagnose und Intervention weitgehend unberücksichtigt.

Die betriebliche Gesundheitsarbeit ist nach wie vor geprägt durch isolierte Einzelmaßnahmen oder abgeschlossene Leistungspakete, wobei der Einsatz grundlegender Qualitätsstandards durchaus erkennbar wird. Ein systematisches Vorgehen im Sinne eines Managementansatzes, mit den dazu erforderlichen betriebspolitischen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen sowie der konsequenten, fortlaufenden Anwendung des Deming-Zyklus, ist hingegen nicht zu erkennen.

Aufgrund einer unzureichenden Evaluation des Vorgehens und der Effekte gesundheitsbezogener Aktivitäten bleibt der Nachweis über die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Handelns nach wie vor aus. Damit fehlt letztlich auch die Datengrundlage, um be-

reits geleistete oder geplante Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten zu legitimieren.

### **4.3 Zwischenfazit**

Die betriebliche Gesundheitsarbeit – dies belegen die Befunde der präsentierten empirischen Studien nachdrücklich – weist nach wie vor über alle Betriebsgrößen und Branchen hinweg Qualitätsdefizite auf, bei einem insgesamt niedrigen Niveau der Verbreitung. Das Vorgehen in den Betrieben ist bis heute von einer gewissen Uneinheitlichkeit geprägt sowie von einer unzureichenden Systematik und Nachhaltigkeit. Dies ist nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, dass der Entwicklung und Anwendung einheitlicher Standards auf diesem Gebiet bislang nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

Bei der Qualitätsverbesserung besteht daher Handlungs- und Entwicklungsbedarf insbesondere in Richtung einer stärkeren Systematisierung und Institutionalisierung gesundheitsbezogener Aktivitäten. Im Vordergrund steht die Erarbeitung und Verbreitung wissenschaftlicher fundierter und zugleich praxistauglicher Standards für ein professionelles Betriebliches Gesundheitsmanagements.

Von zentraler Bedeutung für das weitere Vorgehen der Arbeit ist die Unterscheidung zwischen betrieblicher Gesundheitspolitik und Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Die betriebliche Gesundheitspolitik wird durch die oberste Leitung bzw. das Top-Management eines Unternehmens bestimmt. Sie liefert den Rahmen zur Festlegung der verfolgten Gesundheitsziele und angestrebten Ergebnisse sowie der dazu notwendigen Ressourcen und Qualifikationen. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement hingegen legt das Handeln zur Zielerreichung auf der operativen Managementebene fest – durch die Formulierung von Standards und Qualitätskriterien für Strukturen sowie zur Durchführung, Steuerung und kontinuierlichen Verbesserung der Kernprozesse. Das Erkenntnisinteresse der Dissertation richtet sich ausschließlich auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement.

Im folgenden Kapitel wird der Versuch unternommen, auf der Basis des vorhandenen Grundlagenwissens, den Befunden aus der betrieblichen Praxis sowie mit Hilfe des empirischen Datenmaterials aus vier betrieblichen Fallstudien, einen umfassenden Prozessstandard zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erarbeiten.

## **5 Erarbeitung eines Vorschlags für eine Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement**

Bei der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements handelt es sich um ein innovatives und komplexes Vorhaben, das sich gegenüber traditionellen Handlungskonzepten arbeitsweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung vor allem durch dreierlei auszeichnet: erstens die salutogene Perspektive, zweitens den Organisationsbezug und drittens die Systematik und Nachhaltigkeit in der Vorgehensweise (s. Kapitel 3.4).

Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Motive zum Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements von Fall zu Fall durchaus unterschiedlich sein können. Das Gleiche gilt für die verfolgten Ziele und die zur Zielerreichung gewählten Handlungsstrategien. Die Umsetzung des Vorhabens wird zudem stets beeinflusst von den jeweiligen Rahmenbedingungen vor Ort: von der Größe und Struktur des Unternehmens, von der wirtschaftlichen Situation, von der Unternehmenskultur, von den Beziehungen zwischen Management, Arbeitnehmervertretung und Beschäftigten, von den bereits vorhandenen Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit, von den internen Ressourcen und Kompetenzen sowie von dem herangezogenen externen Expertenwissen. In jedem Fall aber erfordert die erfolgreiche Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ein systematisches, zielorientiertes Handeln.

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Erarbeitung eines Prozessstandards in Form einer Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit der Bezeichnung „Leitlinie“ wird bewusst die Orientierung am Konzept der medizinischen Leitlinien zum Ausdruck gebracht (s. Kapitel 2.4). Auch wenn es sich im vorliegenden Fall nicht um eine offizielle, durch einen Berufsverband oder eine medizinische Fachgesellschaft erarbeitete und bereitgestellte Norm handelt, ist die Funktion dennoch dieselbe. Die Leitlinie soll ein wissenschaftlich begründetes und durch Erfahrung belegtes Vorgehen beschreiben und eine Orientierungshilfe im Sinne eines „Handlungs- und Entscheidungskorridors“ sein, und sie soll zudem einen Maßstab für die Bewertung der Qualität des Handelns liefern.

Zunächst werden die Fragestellung, das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse und die Zielsetzung der Arbeit formuliert, im Anschluss daran die gewählte Vorgehensweise und Methodik erläutert. Es folgt eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse aus vier betrieblichen Fallstudien, die das unmittelbare empirische Datenmaterial für die Leitlinie lieferten. Abschließend werden die Befunde einer zusammenfassenden Bewertung unterzogen und die Kernaussagen herausgearbeitet.

## **5.1 Fragestellung, wissenschaftliches Erkenntnisinteresse und Zielsetzung**

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Dissertation lautet: Was ist – über alle Unterschiede im Einzelfall hinweg – generalisierbar als Standard, d.h. an allgemeingültigen Werten, Regeln und Fertigkeiten des Vorgehens im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, inklusive des bereitstehenden Grundlagenwissens. Das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse der Arbeit richtet sich somit nicht in erster Linie auf die Entwicklung oder Testung generalisierbarer Hypothesen, sondern auf die Entwicklung und Erprobung generalisierbarer Regeln bzw. Standards professionellen Handelns.

Die primäre Zielsetzung der Arbeit besteht darin:

1. auf der Basis des Grundlagenwissens aus den Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Erfahrungen aus der Praxis sowie mit Hilfe des Datenmaterials aus vier betrieblichen Fallstudien erfolgsrelevante Faktoren für ein nachhaltig wirksames Betriebliches Gesundheitsmanagement zu identifizieren,
2. daraus allgemeine Qualitätskriterien zur Systematisierung und Institutionalisierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu entwickeln sowie
3. diese Kriterien zu einem Prozessstandard in Form einer Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement auszuarbeiten.

Mit der Standardisierung soll ein grundlegender Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der betrieblichen Gesundheitsarbeit geleistet werden. Beabsichtigt ist, die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements lehr- und lernbar zu machen und ein professionelles, zielorientiertes Vorgehen zu ermöglichen, unabhängig von den individuellen Zielen und Entwicklungsnotwendigkeiten eines Unternehmens. Darüber hinaus soll die Standardsetzung dazu beitragen, die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu verbessern und somit die Effektivität und Effizienz im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu steigern. Und die Standardsetzung soll schließlich das Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement messbar und bewertbar machen. Nur durch den Einsatz wissenschaftlich fundierter Standards lässt sich die Qualität des Handelns überprüfen und verbessern, als Voraussetzung für gute Ergebnisse.

## **5.2 Vorgehensweise und Methodik**

Das empirische Datenmaterial für die zu entwickelnde Leitlinie lieferten vier betriebliche Fallstudien aus einem bundesweiten Modellprojekt der Gewerkschaft ver.di „Effi-

ziente Organisations- und Führungsformen – ein integratives Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung“.<sup>56</sup> Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation erfolgte durch eine Arbeitsgruppe der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Badura.<sup>57</sup> Die vier Fallstudien wurden von der Verfasserin der Dissertation gemeinsam mit Dipl.-Soz.Wiss. Eckhard Münch durchgeführt. Das gesamte Datenmaterial der Studien wurde mit Zustimmung von Herrn Münch (s. Anhang) in der Arbeit verwendet und mit Blick auf das hier bearbeitete Thema neu zusammengestellt und ausgewertet.<sup>58</sup>

Die vier Fallbetriebe – ein Wohlfahrtsverband, zwei Kliniken und ein Verkehrsbetrieb – haben im Rahmen des o.g. Projektes ein Betriebliches Gesundheitsmanagement in ihren Organisationen eingeführt. Aus wissenschaftlicher Sicht galt es, die Qualität der dazu aufgebauten Strukturen und durchgeführten Prozesse sowie die Qualität der erzielten Effekte zu bewerten.

Im Vordergrund stand die Beantwortung folgender Leitfragen:

- In wie weit gelingt den vier Fallbetrieben die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements?
- Welches sind die erforderlichen betriebspolitischen Voraussetzungen und strukturellen Rahmenbedingungen?
- In welchem Ausmaß wenden die Betriebe die Kernprozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements an, und was sind hierbei maßgebliche Qualitätskriterien?
- Welche gesundheits- und/oder organisationsbezogenen Effekte werden durch das Betriebliche Gesundheitsmanagement erzielt?
- Welches sind die erfolgsrelevanten Standards und Qualitätskriterien für ein systematisches, nachhaltig wirksames Vorgehen?

Die Bewertung der Struktur- und Prozessqualität orientierte sich an einem grundlegenden Verfahrensvorschlag, der in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre von einer Ar-

---

<sup>56</sup> Das Projekt startete im Frühsommer 1999 und endete im Mai 2002. Träger des Modellprojekts war der ver.di Bundesvorstand, Ressort 12, Abteilung Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik. Die Auswahl der Modellbetriebe erfolgte auf der Basis festgelegter Kriterien durch die ver.di-Projektleitung, ein überbetriebliches Projektsteuerungsgremium sowie die in den Betrieben eingesetzten externen Prozessbegleitungen.

<sup>57</sup> Die Begleitforschung wurde durch die Hans-Böckler-Stiftung gefördert. Die Buchpublikation zum Projekt ist im Verlag edition sigma, Berlin erschienen (Münch et al. 2003).

<sup>58</sup> Die überbetriebliche Projektstruktur unterlag ebenfalls der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation durch die genannte Arbeitsgruppe. Die Ergebnisse sind jedoch nicht Gegenstand der hier vorgelegten Dissertation.

beitsgruppe der Fakultät für Gesundheitswissenschaften entwickelt wurde (Badura et al. 1999; s. dazu Kapitel 3.4). Die dort entwickelten Qualitätskriterien galt es in der Praxis zu erproben, zu ergänzen und daraus einen allgemeinen Prozessstandard für die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu entwickeln. Bezogen auf die Strukturqualität wurden zum einen betriebspolitische Aspekte betrachtet: die Wahrnehmung von Betrieblichen Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe sowie die aktive Unterstützung durch das Top-Management und den Betriebs-/Personalrat, das Vorliegen schriftlicher Vereinbarungen, die Bereitstellung erforderlicher Ressourcen, die Einrichtung eines Steuerungsgremiums sowie die Partizipation der Beschäftigten. Bei den aufzubauenden Strukturen und Rahmenbedingungen waren dies: eine inhaltliche Zieldefinition, die Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, die Einbindung einer externen Prozessbegleitung, die Projektplanung und Steuerung sowie das interne Marketing zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Bezogen auf die Prozessqualität wurde die systematische Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation bewertet.

Bei der Bewertung der Ergebnisqualität kam der ziel- und ergebnisorientierte Ansatz aus der Managementlehre zur Anwendung, d.h. ein Soll-/Ist-Abgleich zwischen angestrebten Zielen und tatsächlich erreichten Ergebnissen. Im Einzelnen war zu prüfen, inwieweit es den vier Betrieben gelingt, positive Effekte bezogen auf folgende vier Teilziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erreichen:

- Aufbau und Verankerung des Managementsystems,
- Stärkung des Sozial- und Humankapitals,
- Verbesserungen von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten,
- Steigerung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Zur Datenerhebung wurden die folgenden Methoden und Instrumente der empirischen Sozialforschung eingesetzt:

- Leitfadengestützte Experteninterviews mit ausgewählten betrieblichen Schlüsselpersonen sowie den externen Prozessbegleitungen (Interviewleitfäden s. Anhang),
- Schriftliche Befragung der Mitglieder der betrieblichen Steuerungsgremien und daran anschließende Gruppendiskussion (Fragebogen s. Anhang),
- Auswertung betrieblicher Dokumente und Unterlagen (Dokumentenanalyse),

- Teilnehmende Beobachtung (z.B. an den Sitzungen der betrieblichen Steuerungsgremien),
- Meta-Analyse der im Projektverlauf von den Betrieben selbst erhobenen Daten (im Rahmen von Diagnostik und Evaluation).

Bei den Interviewpartnern in den Fallbetrieben handelte es sich um die Auftraggeber der betrieblichen Projekte (Geschäftsführung und Betriebs-/Personalrat), die Projektleitungen, die Leitungen der Piloteinheiten und nachgeordnete Führungskräfte, die betrieblichen Gesundheitsexperten (Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit) sowie die externen Prozessbegleitungen. Insgesamt wurden 49 Interviews durchgeführt.

Die nachfolgend präsentierten Ergebnisse stützen sich zum einen auf das Datenmaterial der Wissenschaftlichen Begleitforschung und zum zweiten auf Daten, die von den Fallbetrieben selbst im Projektverlauf erhoben wurden.

### **5.3 Erkenntnisse aus vier Fallstudien**

Die Darstellung der vier Fallstudien unterliegt folgender Systematik:

Im ersten Schritt erfolgt eine kurze Vorstellung der vier Betriebe unter Berücksichtigung relevanter Strukturdaten und betrieblicher Rahmenbedingungen, der handlungsleitenden Motive zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie der vorhandenen Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit. Im zweiten Schritt wird die Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in den vier Betrieben dargestellt und unter Anlegen der in Kapitel 5.2 skizzierten Qualitätskriterien bewertet. Hierbei wird der Reihe nach auf folgende Aspekte eingegangen: Aufbau betriebspolitischer Voraussetzungen und Entwicklung strukturell-planerischer Rahmenbedingungen, Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation sowie Zielerreichung bezogen auf die vier Teilziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements – Aufbau und Verankerung des Managementsystems, Stärkung des Sozial- und Humankapitals, Verbesserungen von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten, Steigerung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

In den beschreibenden und bewertenden Textteilen werden die vier Fallbetriebe, soweit möglich, gemeinsam betrachtet. Überall dort, wo relevante Unterschiede auftreten, erfolgt eine Darstellung des Einzelfalls.

### 5.3.1 Vorstellung der Fallbetriebe<sup>59</sup>

#### 5.3.1.1 Arbeiterwohlfahrt Landesverband Hamburg e.V.

Die Arbeiterwohlfahrt ist ein Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege, die nach 1945 wieder gegründet wurde als einer der großen unabhängigen und überparteilichen Wohlfahrtsverbände. Die Organisation ist gegliedert in Ortsvereine, Kreisverbände, Bezirks- und Landesverbände sowie den Bundesverband. Der Landesverband der Arbeiterwohlfahrt Hamburg (im Folgenden AWO genannt) verfügte zum Zeitpunkt der Fallstudie über 60 Einrichtungen mit Aktivitäten in den Handlungsfeldern „Kinder und Jugend“, „Ausländer/Flüchtlinge/Aussiedler“ sowie „Soziale und Ambulante Dienste“. Beschäftigt waren zum Zeitpunkt der Fallstudie ca. 750 Mitarbeiter, davon die meisten im Fachbereich Soziale Dienste.<sup>60</sup>

Insbesondere im Bereich der Pflege war die wirtschaftliche Lage der AWO seit einigen Jahren durch einen zunehmenden Wettbewerb mit anderen Trägern und Anbietern gekennzeichnet. Die Einführung der Pflegeversicherung Mitte der neunziger Jahre, insbesondere aber die Einführung der zweiten Pflegestufe im Juli 1996, haben diese Wettbewerbssituation noch verschärft. Konsequenzen haben sich daraus auch für die Arbeitssituation der Mitarbeiter in den entsprechenden Einrichtungen ergeben: veränderte Patientenstrukturen und steigender Versorgungsbedarf, wachsende Arbeitsanforderungen und -belastungen, zunehmende Leistungsverdichtung, unzureichende Qualifikation und chronischer Personalmangel. Mehr Wettbewerb und Markt erforderten zudem eine verbesserte Dienstleistungsqualität sowie eine bedarfsorientierte Pflege und Betreuungsangebote, um neue potentielle Kunden zu gewinnen. Auf diesen Sachverhalt reagierte der Landesverband Hamburg u.a. mit der Initiierung eines umfassenden Qualitätsmanagementprozesses im Bereich der Pflege sowie mit speziellen Angeboten wie z.B. der Einrichtung eines Programms für Demenzerkrankte.

Die sich zunehmend verändernden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und die Auswirkungen auf die AWO und ihre Beschäftigten – steigender Wettbewerbsdruck, knapper werdende Ressourcen, zunehmende Leistungsverdichtung – waren für die Geschäftsführung ein entscheidender Grund, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement einzuführen. Mit dem Vorhaben verfolgte die AWO in erster Linie folgende Ziele: Ver-

---

<sup>59</sup> Die Vorstellung der Betriebe sowie ihrer Motive zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements basiert im Wesentlichen auf Dokumentenanalysen sowie auf Befunden aus den Experteninterviews zu Projektbeginn. Interviewpartner waren die Projektauftraggeber (Geschäftsführung und Betriebs-/Personalrat), die Projektleitung, die Leitung und nachgeordnete Führungskräfte der Pilot-einheit/en sowie betriebliche Gesundheitsexperten (Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit).

<sup>60</sup> Stand Juni 2002.

besserung der Kommunikation und Kooperation innerhalb und zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Steigerung des Wohlbefindens, der Zufriedenheit und der Motivation der Beschäftigten. Zugleich erhoffte sich das Management aber auch positive betriebswirtschaftliche Effekte, und hier insbesondere die Reduzierung der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Pflegedienst und der damit verbundenen Personalkosten.<sup>61</sup> Die Geschäftsführung formulierte als ein weiteres Ziel, durch das Gesundheitsmanagement bzw. dessen Ergebnisse valide Aussagen über die Arbeitssituation in der stationären Altenpflege zu erhalten, und damit eine adäquate Datengrundlage für die Pflege-satzverhandlungen an die Hand zu bekommen. Durch das Vorhaben und die daraus gewonnenen Erkenntnisse erhoffte sich die AWO nicht zuletzt Impulse für einen umfassenderen Organisations- und Personalentwicklungsprozess im gesamten Landesverband.

Die Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgte zunächst in einer exemplarisch ausgewählten Organisationseinheit – dem Seniorenzentrum Hagenbeckstraße. Im Anschluss an die Modellphase war geplant, die verwertbaren Ergebnisse aus dem Pilotbereich in andere Einrichtungen des Landesverbandes zu transferieren.<sup>62</sup>

Die Arbeitssituation im Seniorenzentrum war vor Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements insbesondere für die Mitarbeiter im Pflegedienst gekennzeichnet durch hohe psychische und physische Belastungen. Durch die deutlich veränderte Bewohnerstruktur nach Einführung der Pflegeversicherung (zunehmender Anteil stark pflegebedürftiger und demenzerkrankter Patienten) hatten sowohl die körperlichen Belastungen durch das Heben, Drehen und Lagern von Bewohnern als auch die psychischen Belastungen über die Jahre deutlich zugenommen. Hinzu kamen zunehmende Personalknappheit sowie Mängel in der Arbeitsorganisation und den Arbeitsabläufen. Dadurch, dass auch Mitarbeiter aus dem Hauswirtschaftsbereich patientenbezogene Tätigkeiten ausüben, waren auch diese zunehmend solchen Belastungen ausgesetzt. Eine weitere Belastungsquelle stellten die seit Jahren beeinträchtigten Kommunikations- und Konfliktstrukturen dar. Dies betraf zum einen die Zusammenarbeit innerhalb

---

<sup>61</sup> Die Fehlzeiten im Pflegedienst lagen im Jahr 1999 bei durchschnittlich 13 Prozent.

<sup>62</sup> Mit der Auswahl des Seniorenzentrums Hagenbeckstraße wurde eine komplette Einrichtung der Trägerorganisation als Piloteinheit benannt. Die Überschaubarkeit der in sich abgeschlossenen Einrichtung schien gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Projektdurchführung zu bieten. Bei dem Seniorenzentrum handelt es sich um eine mehrgliedrige Einrichtung, die zum Zeitpunkt der Fallstudie rund 80 Beschäftigte hatte. Zu der Einrichtung gehört ein vollstationäres Pflegeheim mit damals insgesamt 76 Plätzen. In einer besonderen Wohngruppe werden – in Zusammenarbeit mit der Hamburger Behörde für Familie und Soziales – auch schwer demenzerkrankte Personen betreut. Darüber hinaus verfügt das Seniorenzentrum über eine betreute Wohnanlage, in der im Untersuchungszeitraum 76 Bewohner selbstständig in ihren Wohnungen lebten.

des Pflegedienstes, zum anderen die Zusammenarbeit zwischen dem Pflegedienst und dem Hauswirtschaftsbereich.

Was die Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit betrifft, so hat die AWO vor der Einführung des Gesundheitsmanagements lediglich punktuelle, verhaltensbezogene Einzelmaßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten, wie z.B. Kurse zum Thema „Heben und Tragen“. Hierbei kooperierte die Organisation vor allem mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) und der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) sowie mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW). Eine darüber hinausgehende kontinuierliche Zusammenarbeit mit externen Partnern gab es hingegen nicht. Die Kooperation relevanter interner Akteure fand im Vorfeld ebenfalls nur punktuell bzw. problembezogen statt. Eine institutionalisierte Form der Zusammenarbeit existierte in diesem Themenfeld nicht. Auch die gesetzlichen Anforderungen des Arbeitsschutzes, wie z.B. die Bestellung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie die Einrichtung des Arbeitsschutzausschusses, waren vor der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements nicht geregelt.

### **5.3.1.2 Essener Verkehrs-AG**

Die Essener Verkehrs-Aktiengesellschaft (im Folgenden EVAG genannt) wurde 1895 als Süddeutsche Eisenbahngesellschaft gegründet und 1954 umbenannt in Essener Verkehrs-AG; sie wird seitdem als Aktiengesellschaft mit städtischer Mehrheitsbeteiligung geführt. Mit 136 Stadt- und Straßenbahnwagen sowie 240 Bussen werden ca. 300.000 Fahrgäste pro Werktag befördert. Das öffentliche Nahverkehrsunternehmen beschäftigte zum Zeitpunkt der Fallstudie rund 2.000 Mitarbeiter, davon ca. 1.000 im Fahrdienst.<sup>63</sup>

Auch bei der EVAG war die wirtschaftliche Situation seit einigen Jahren geprägt durch einen zunehmend stärker auf das Unternehmen einwirkenden Wettbewerbsdruck. Aufgrund veränderter Rahmenbedingungen im Öffentlichen Personennahverkehr (z.B. Marktöffnung, EU-Konkurrenz) wurde im Jahr 1995 eine erste große Umstrukturierung durchgeführt mit dem Ziel der Existenzsicherung des Unternehmens und der damit verbundenen Arbeitsplätze. Erreicht werden sollte dies in erster Linie durch eine verbesserte Kunden- und Mitarbeiterorientierung sowie eine stärkere Ausrichtung am Markt und eine verbesserte Wirtschaftlichkeit auf allen Ebenen. Eine Reihe weiterer Reorganisationsprozesse folgten seitdem. Dazu gehörte auch die Gründung der „EVAG-Betriebsgesellschaft“ zum 1. Januar 2001, die sämtliche Fahrbetriebsleistungen und

---

<sup>63</sup> Stand Mai 2002.

fahrbetriebsbezogenen Werkstattleistungen der Essener Verkehrs-AG übernommen hat. Die durchgeführten Umstrukturierungsmaßnahmen waren auch mit einer Leistungsverdichtung verbunden, die aus Sicht der Beschäftigten zu einer wachsenden Arbeitsbelastung sowie zu einer erhöhten Angst um die Sicherheit ihrer Arbeitsplätze geführt hat.

Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter waren nach Ansicht des Vorstands der EVAG eine maßgebliche Voraussetzung für die Wettbewerbsfähigkeit und Existenzsicherung des Unternehmens. Die veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und die Folgen für das Unternehmen und die Beschäftigten stellten daher ein wichtiges handlungsleitendes Motiv für die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. Das Vorhaben wurde darüber hinaus vom Unternehmen als eine sinnvolle Ergänzung zu dem seit einigen Jahren laufenden Organisations- und Personalentwicklungsprozess erachtet.

Mit der Einführung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement sollten gemeinsam mit den Mitarbeitern konkrete Maßnahmen für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit entwickelt und umgesetzt werden. Vorrangiges Ziel war es, die Arbeitsabläufe zu optimieren und als Folge davon Gesundheit und Wohlbefinden sowie Zufriedenheit und Motivation der Beschäftigten zu verbessern. Nicht zuletzt erhoffte man sich dadurch auch ökonomische Effekte, wie z.B. die Senkung von Fehlzeiten und eine insgesamt verbesserte Effizienz und Dienstleistungsqualität. Mit Blick auf die Nachhaltigkeit war geplant, Strukturen und Prozesse des aufzubauenden Betrieblichen Gesundheitsmanagements mit anderen Managementansätzen und Führungsinstrumenten im Unternehmen (z.B. Qualitätsmanagement und Kontinuierlicher Verbesserungsprozess, Balanced Scorecard, Zielvereinbarungen) zu verknüpfen.

Die Durchführung des Vorhabens erfolgte zunächst modellhaft in zwei exemplarisch ausgewählten Piloteneinheiten: dem Fahrbetrieb Straßenbahn (FB 3) und dem Bereich Gleis- und Weichentechnik (TI 5).<sup>64</sup> Damit wurden zwei Unternehmensbereiche mit unterschiedlichen Aufgaben- und Anforderungsprofilen und dadurch unterschiedlichen Belastungen ausgewählt. Die Arbeitssituation im Fahrbetrieb war vor Einführung des Gesundheitsmanagements in erster Linie geprägt durch die Schichtdiensttätigkeit, Belastungssituationen im Straßenverkehr sowie durch Witterungseinflüsse aufgrund offe-

---

<sup>64</sup> Im Fahrbetrieb (FB 3), der zugleich einen Teil des Kerngeschäftes des Unternehmens abdeckt, waren zum Zeitpunkt der Fallstudie 414 Fahrer im Schicht- oder Teilzeitdienst beschäftigt. Aufgrund der Erfahrungen aus einem früheren Projekt zur Verbesserung der Arbeitssituation im Fahrdienst wurden in diesem Unternehmensbereich gute Voraussetzungen für die Projektumsetzung gesehen. Im deutlich kleineren Bereich Gleis- und Weichentechnik (TI 5) waren zum gleichen Zeitpunkt insgesamt 52 Mitarbeiter (Maschinenbauer, Schlosser, Installateure, Elektriker, Maler, Lackierer) beschäftigt; ein Teil davon arbeitete im Schichtdienst.

ner Fahrerkabinen in älteren Fahrzeugen. Die Gründung der EVAG-Betriebsgesellschaft (s.o.) und die damit einhergehenden organisatorischen Veränderungen haben bei den Mitarbeitern zu Verunsicherungen bis hin zu der Sorge um den Verlust des Arbeitsplatzes geführt. Die Arbeitssituation in der Gleis- und Weichentechnik war insbesondere gekennzeichnet durch körperlich zum Teil sehr anstrengende Tätigkeiten und das häufige Arbeiten im Freien, auch unter ungünstigen Witterungsbedingungen. Für die Gleis- und Weichenreinigung stellte der Straßenverkehr eine weitere Belastungsquelle dar. Innerhalb des Störungsdienstes wurden vor allem die permanenten Arbeitsunterbrechungen aufgrund der Abrufbereitschaft als zusätzlich belastend empfunden. Im gesamten Bereich haben seit Mitte der neunziger Jahre eine Reihe zeitnah aufeinander folgende Umstrukturierungen stattgefunden, aus denen u.a. die Übernahme neuer, zusätzlicher Tätigkeiten resultierte.

In der betrieblichen Gesundheitsarbeit verfügte die EVAG vor Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bereits über einige Erfahrungen. Im Jahr 1997 wurde ein Arbeitskreis Gesundheit unter Einbeziehung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der Betriebsmedizin, des Betriebsrates, der Aus- und Weiterbildung sowie der Personalabteilung eingerichtet. Treffen des Arbeitskreises fanden allerdings eher unregelmäßig statt, und auch die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure erfolgte nicht kontinuierlich, sondern punktuell bzw. problemorientiert.

Seit Anfang des Jahres 1999 kamen im gesamten Unternehmen regelmäßig Gefährdungsbeurteilungen zur Ermittlung physischer und psychischer Gefährdungen zum Einsatz. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden zudem einzelne, verhaltenspräventive Maßnahmen angeboten, schwerpunktmäßig im Fahrdienst. In diesem Unternehmensbereich war darüber hinaus bereits ein größeres Projekt zur Verbesserung der Arbeitssituation der Beschäftigten realisiert worden. Eine hinreichende Erfolgsbewertung der Maßnahmen und Projekte fand jedoch nicht statt. Eine Reihe von Aktivitäten, wie z.B. Rückenschulen, Vorsorgeuntersuchungen oder die Erstellung von Gesundheitsberichten (Arbeitsunfähigkeitsanalysen), erfolgte in Kooperation mit der Betriebskrankenkasse ThyssenKrupp und Partner. Darüber hinaus wurde punktuell auch die zuständige Berufsgenossenschaft (BG Bahnen) zur Realisierung einzelner Maßnahmen herangezogen. Eine kontinuierliche und systematische Zusammenarbeit mit externen Partnern gab es vor Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements jedoch nicht.

### 5.3.1.3 Klinikum Lippe GmbH

Die Klinikum Lippe GmbH (im Folgenden KLG genannt) gehört zu den größten Krankenhausträgern in Ostwestfalen-Lippe und stellt die stationäre Versorgung für die Region Lippe mit mehr als 365.000 Einwohnern sicher. Die GmbH ist Träger von drei Krankenhäusern an den Standorten Bad Salzuflen, Detmold und Lemgo und versorgt mit 29 Betten führenden Fachabteilungen und ca. 1.550 Planbetten jährlich rund 48.000 stationäre Patienten. Alleiniger Gesellschafter ist der Kreis Lippe. In den drei Häusern waren zum Zeitpunkt der Fallstudie insgesamt mehr als 3.000 Mitarbeiter beschäftigt.<sup>65</sup>

Die wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und die daraus resultierenden Konsequenzen für Einrichtungen im Gesundheitswesen fordern die KLG seit Jahren in zunehmendem Maße, sich mit Themen wie Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement zu beschäftigen und dabei insbesondere Strukturen und Prozesse sowie den Ressourceneinsatz zu optimieren. Vor diesem Hintergrund ist auch der Zusammenschluss der ehemals eigenständigen drei Kliniken Lippe-Detmold, Lippe-Lemgo und Lippe-Bad Salzuflen zur KLG im Jahr 1998 zu sehen. Der damit verbundene Organisationsentwicklungsprozess ist u.a. durch die Teilnahme an verschiedenen überregionalen Projekten begleitet worden.

In der KLG orientierten sich die mit der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements verfolgten Ziele vor allem an der Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation. Neben dem effizienteren Einsatz von Ressourcen und einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit wurde in diesem Zusammenhang vor allem die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit hervorgehoben. Zudem erhoffte sich das Unternehmen ein höheres Maß an Transparenz und Information über die Ist-Situation in der ausgewählten Piloteinheit (s.u.). Daran schloss sich der Wunsch an, durch das Betriebliche Gesundheitsmanagement geeignete Indikatoren zur Bewertung der interdisziplinären und abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit zu erhalten. Ein weiteres Ziel bestand darin, mit Hilfe externer Unterstützung Mitarbeiter für Veränderungen zu motivieren und diese mit ihnen gemeinsam umzusetzen.

Die Implementierung des Gesundheitsmanagements erfolgte zunächst modellhaft in einer exemplarisch dazu ausgewählten Organisationseinheit – der Neurologischen Klinik am Standort Lippe-Lemgo.<sup>66</sup> Im Anschluss an die Modellphase war geplant, die

---

<sup>65</sup> Stand Juni 2002.

<sup>66</sup> Die Neurologische Klinik ist eine von zwölf Fachabteilungen des Klinikums Lippe-Lemgo mit ca. 50 Beschäftigten zum Zeitpunkt der Fallstudie. Die Abteilung umfasst zwei Neurologische Stationen und einen Funktionsbereich. Zudem ist ihr eine Stroke Unit zur interdisziplinären Behandlung von Schlaganfallpatienten angegliedert.

verwertbaren Erkenntnisse und Ergebnisse in andere Organisationseinheiten des Trägers zu übertragen. Die Auswahl der Fachabteilung erfolgte nicht auf der Basis eines besonderen Problem- bzw. Handlungsdrucks. Um die Erfolgs- und Transferchancen für das Projekt zu erhöhen, war sogar die gegenüber anderen Abteilungen des Hauses vergleichsweise niedrige Problemlage mitentscheidend für die Vorauswahl. Letztlich ausschlaggebend waren die Aufgeschlossenheit und das Interesse der Ärztlichen Leitung der Neurologischen Klinik. Im Vergleich zu anderen Abteilungen des Hauses bestanden vor Einführung des Gesundheitsmanagements für die Mitarbeiter der Neurologischen Abteilung keine spezifischen Arbeitsanforderungen und -belastungen. Vielmehr spiegelte die Abteilung diesbezüglich ein eher typisches Bild wider. Aufgrund eines starken Patientenzuwachses bei gleichzeitig knapper werdenden personellen Ressourcen war auch hier in den letzten Jahren eine zunehmende Arbeitsverdichtung und ein wachsender Leistungsdruck wahrnehmbar. Die Einrichtung einer speziellen Schlaganfallereinheit führte noch zu einer weiteren Zunahme der Belastung. Hervorgehoben wurde für den Ärztlichen Dienst außerdem die überdurchschnittliche Anzahl von Konsilen.

Auch die KLG konnte vor Beginn des Vorhabens bereits auf eine Reihe von Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit zurückblicken. Mit der Gründung der GmbH im Jahr 1998 ging die Einrichtung einer Stabsstelle „Ökologie/Gesundheitsförderung“ einher. Damit wurde eine wesentliche strukturelle Voraussetzung für die Bearbeitung beider Themen in allen drei Krankenhäusern geschaffen. Zugleich beabsichtigte die Geschäftsführung mit dieser Entscheidung, die Wichtigkeit des Themas Betriebliche Gesundheitsförderung zu dokumentieren. Zeitgleich mit der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde das Krankenhaus Lippe-Lemgo in das „Deutsche Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser der WHO“ aufgenommen. Die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements bedeutete daher einen wichtigen Baustein in der geplanten Gesamtentwicklung.

Hinsichtlich konkreter Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung konnte in allen drei Häusern, insbesondere aber im Klinikum Lippe-Lemgo, auf eine Reihe von Erfahrungen geblickt werden. Bei den Angeboten handelte es sich vorwiegend um verhaltenspräventive Einzelmaßnahmen, wie z.B. Rückenschulen, Nicht-Raucher-Projekte oder Hebe-Trage-Programme. Einzelne Aktivitäten (z.B. Rückenschulen) erfolgten in Zusammenarbeit mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK). Punktuell fand auch eine Kooperation mit der zuständigen Berufsgenossenschaft statt. Einen Bezug zum Thema zeigten auch die im Bereich der Innerbetrieblichen Fortbildung durchgeführten Maßnahmen zur Förderung der persönlichen Kompetenz (z.B. Konfliktbewältigungstrainings). Diese Maßnahmen adressierten allerdings fast ausschließlich den Pflege-

dienst. Eine adäquate Erfolgsbewertung von Maßnahmen erfolgte in der Vergangenheit nicht.

Die Kooperation relevanter betrieblicher Akteure fand im Vorfeld der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements vor allem über den gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzausschuss statt. Eine darüber hinaus gehende institutionalisierte Form der Zusammenarbeit hat es in der Klinikum Lippe GmbH vor Projektbeginn nicht gegeben.

#### **5.3.1.4 Westfälisches Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Dortmund**

Das Westfälische Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Dortmund (im Folgenden WZPPP genannt) gehört zum Psychiatrieverbund des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe mit 76 Einrichtungen an 25 Standorten, darunter Fachkrankenhäuser, Tageskliniken, Institutsambulanzen, Pflege- und Förderzentren sowie eine Spezialklinik zur medizinischen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen. Der Psychiatrieverbund beschäftigte zum Zeitpunkt der Fallstudie ca. 8.000 Mitarbeiter.<sup>67</sup>

Das WZPPP ist Akademisches Lehrkrankenhaus und Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Ruhr-Universität Bochum und stellt zugleich die Versorgung psychisch Kranker für die Stadt Dortmund sowie den Kreis Unna sicher. Die Einrichtung umfasst sechs Fachabteilungen, einen Wirtschafts- und Verwaltungsdienst, die Innerbetriebliche Fortbildung sowie eine staatlich anerkannte Krankenpflegeschule. Zusätzlich ist der Klinik ein Pflege- und Förderbereich angegliedert. Zum Zeitpunkt der Fallstudie unterhielt das Haus insgesamt rund 540 Krankenhausbetten und beschäftigte ca. 950 Mitarbeiter.<sup>68</sup>

Die Rahmenbedingungen für das WZPPP waren – wie für die meisten psychiatrischen Einrichtungen – seit einigen Jahren geprägt durch Themen wie die Verkürzung der Verweildauer von Patienten und die Finanzierung der Behandlungsleistungen. Bei vergleichbarer Durchschnittsbelegung ist es in der Klinik zu einer insgesamt höheren Fall- bzw. Patientenzahl gekommen. Bei den Beschäftigten sind – nicht zuletzt aufgrund der höheren Anzahl von Aufnahmeverfahren – die Arbeitsbelastungen angestiegen.

Auf die Vorgabe des Krankenhaus-Trägers, neue Führungsstrukturen in Form dezentraler Steuerungsgremien einzuführen, reagierte das WZPPP u.a. mit der Durchführung

---

<sup>67</sup> Stand Mai 2002.

<sup>68</sup> Stand Mai 2002.

eines Organisationsentwicklungsprojektes „Implementierung neuer Führungsstrukturen“, in dessen Rahmen insbesondere eine Abteilungsleiterkonferenz als neue Führungsstruktur implementiert wurde. Für die betreffenden Führungskräfte haben parallel dazu entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen stattgefunden.

Von der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements erhoffte sich das WZPPP Impulse für die Weiterentwicklung der Organisation und den bereits laufenden, abteilungsübergreifenden Organisationsentwicklungsprozess. Auch wurde der Wunsch geäußert, mit dem Projekt die Entwicklung einer partnerschaftlicheren Unternehmenskultur zu unterstützen. Ein sehr viel vordergründiges Motiv bestand allerdings darin, die krankheitsbedingten Fehlzeiten und daraus resultierende Arbeitsbelastungen für die anwesenden Mitarbeiter zu reduzieren. Schließlich hat sich das WZPPP auch deshalb für das Vorhaben entschieden, um damit zu einer Steigerung der Motivation und Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeiter beizutragen.

Die Projektdurchführung erfolgte zunächst modellhaft in einer exemplarisch ausgewählten Piloteinheit – der Abteilung Allgemeine Psychiatrie III.<sup>69</sup> Geplant war, die dort gewonnen Erkenntnisse im Anschluss an die Modellphase in andere Einheiten des Hauses zu übertragen. Ausschlaggebend für die Auswahl dieses Bereiches war auch in diesem Fallbetrieb weniger eine spezifische oder besonders ausgeprägte Problematik in der Abteilung. Vielmehr wurden die aufgeschlossene und interessierte Haltung der Ärztlichen Abteilungsleitung zum Einstieg in die Thematik genutzt.

Nach Einschätzung betrieblicher Experten traten vor Einführung des Gesundheitsmanagements in der Piloteinheit im Vergleich zu anderen Abteilungen keine besonders hervorzuhebenden Anforderungen und Belastungen sowie körperliche Beschwerden oder Beeinträchtigungen im psychosozialen Befinden auf. Vielmehr wurden bekannte Belastungsarten in Organisationen des Gesundheitswesens wie Rückenprobleme, Migräne sowie psychomentele Belastungen beobachtet. Die Arbeitszufriedenheit und die institutionelle Verbundenheit der Beschäftigten mit dem WZPPP wurde als „befriedigend bis unterdurchschnittlich“ eingeschätzt – allerdings mit z.T. deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Stationen sowie den verschiedenen Dienstarten. Konkret erhoffte das WZPPP für die ausgewählte Abteilung eine Verbesserung der Kommunikation und Kooperation innerhalb und zwischen den Berufsgruppen, Unterstützung bei anstehen-

---

<sup>69</sup> Die Allgemeine Psychiatrie III umfasste zum Zeitpunkt der Fallstudie vier Stationen mit ca. 85 Mitarbeitern, darunter drei Allgemeinpsychiatrische Stationen mit insgesamt rund 70 Betten sowie eine ausgelagerte Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik, in der bis zu 21 Patienten teilstationär behandelt werden konnten.

den Umstrukturierungsprozessen sowie eine Reduzierung der krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Vor Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden in der Organisation über die Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften im Arbeits- und Gesundheitsschutz hinaus singuläre, vorwiegend verhaltenspräventive Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten. Dazu gehörten z.B. Rückenschulen und Entspannungstrainings. Hierbei arbeitete das WZPPP punktuell mit externen Partnern, wie z.B. der Betriebskrankenkasse und dem zuständigen Unfallversicherungsträger (Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe) zusammen. Soweit die innerbetrieblichen Experten in diesem Themenfeld kooperierten, geschah dies in der Regel einzelfall- und problembezogen. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit der relevanten Gesundheitsakteure fand hingegen nicht statt.

#### *Zusammenfassende Bewertung der Ausgangssituation*

Festzuhalten ist, dass die vier Fallbetriebe mit Blick auf die Motive zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements durchaus Unterschiede aufwiesen. Alle vier Organisationen standen jedoch in ähnlicher Weise vor der Herausforderung gewandelter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und eines wachsenden Wettbewerbsdrucks. Die Reaktionen der Unternehmen auf den Wandel (z.B. Restrukturierungen) haben bei den Beschäftigten zu neuen Arbeitsanforderungen und Belastungen geführt. Vor diesem Hintergrund erhofften sich alle Betriebe durch die Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements positive Effekte für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten, zugleich aber auch einen erkennbaren betriebswirtschaftlichen Nutzen.

Was die Erfahrungen in der Gesundheitsarbeit betrifft, waren ebenfalls Unterschiede in den vier Fallbetrieben zu beobachten. Vergleichbar war jedoch wiederum, dass allen vier Organisationen in diesem Themenfeld eine organisationsbezogene Strategie fehlte sowie ein systematisches, in die Betriebsroutinen integriertes Vorgehen. Ebenso fand im Vorfeld in keinem Betrieb eine Erfolgsbewertung gesundheitsbezogener Maßnahmen statt.

### **5.3.2 Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements**

Nachfolgend wird die Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in den Fallbetrieben dargestellt und bewertet. Alle vier Organisationen realisierten das Vorhaben mit Hilfe einer Projektstruktur. Im Laufe des Projektes bauten sie zunächst eine Reihe betriebspolitischer Voraussetzungen sowie Strukturen und Rahmenbedingungen

auf der Ebene der Gesamtorganisation auf. Darüber hinaus wählten die Betriebe eine oder mehrere Piloteinheiten aus (s. Kapitel 5.3.1), in denen die vier Kernprozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements – Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation – exemplarisch durchgeführt wurden. Schließlich leisteten die Fallbetriebe erste Schritte zur Etablierung von Strukturen und Prozessen in die betrieblichen Routinen. Die Eckdaten zum Vorgehen der vier Betriebe sind der Tab. 12 zu entnehmen.

### **5.3.2.1 Betriebspolitische Voraussetzungen**

Zu den wesentlichen betriebspolitischen Voraussetzungen zählten in allen vier Fallbetrieben folgende Aspekte: die Festlegung einer Auftraggeberstruktur auf der obersten Führungsebene, der Abschluss einer Betriebsvereinbarung, die Einrichtung eines betrieblichen Steuerungsgremiums, die Bereitstellung finanzieller und personeller Ressourcen sowie Vereinbarungen zur Partizipation der Beschäftigten.

Als gemeinsamer Auftraggeber für das Projekt zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements traten jeweils das Top-Management (Geschäftsführung, Vorstand, Betriebsleitung) und die Arbeitnehmervertretung (Betriebs-/Personalrat) auf (s. Tab. 12). Beide Betriebsparteien waren im betrieblichen Steuerungsgremium (s.u.) vertreten.

In jedem Fallbetrieb wurde eine Betriebs-/Dienstvereinbarung abgeschlossen und ein Projektauftrag erteilt. Die Betriebsvereinbarungen beinhalteten Festlegungen zur Zielsetzung und Vorgehensweise im Projekt, zur Zusammensetzung und zu den Aufgaben des betrieblichen Steuerkreises, zu den im Projekt einzusetzenden Vorgehensweisen, Methoden und Instrumenten sowie zur Umsetzung und Dokumentation gesundheitsförderlicher Maßnahmen in den Piloteinheiten. In den jeweiligen Projektaufträgen wurden der Auftrag und die Projektziele formuliert, das Steuerungsgremium und die ausgewählten Piloteinheiten benannt sowie Regelungen hinsichtlich bereitzustellender personeller und finanzieller Ressourcen getroffen. Im Fall der AWO Hamburg wurde als weitere schriftliche Vereinbarung eine Geschäftsordnung für den betrieblichen Steuerkreis abgeschlossen.

	<b>AWO</b>	<b>EVAG</b>	<b>KLG</b>	<b>WZPPP</b>
<b>Auftraggeber</b>	Geschäftsführung und Betriebsrat	Vorstand und Betriebsrat	Geschäftsführung KLG und Betriebsrat des Hauses Lippe-Lemgo	Betriebsleitung und Personalrat
<b>Projektleitung und Stellvertretung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leiterin der Piloteinheit</li> <li>- Personalleiterin des Landesverbandes (03/99 – 05/01)</li> <li>- Betriebsratsvorsitzende des Landesverbandes (05/01 – 03/02)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leiter Personal u. Organisation</li> <li>- Leiter Arbeitssicherheit und Unfallschutz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stabsstelle Ökologie/Gesundheitsförderung KLG (09/99 – 02/01)</li> <li>- Leiter Personalwesen der KLG (ab 10/00)</li> <li>- Fachkraft für Arbeitssicherheit des Klinikums Lippe-Lemgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leiter Personalwesen</li> <li>- Ärztlicher Abteilungsleiter der Piloteinheit</li> </ul>
<b>Piloteinheit/en</b>	Seniorenzentrum Hagenbeckstraße	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fahrbetrieb Straßenbahn (FB 3)</li> <li>- Bereich Gleis- und Weichtechnik (TI 5)</li> </ul>	Neurologische Klinik am Standort Lippe-Lemgo	Abteilung Allgemeine Psychiatrie III
<b>Schriftliche Vereinbarungen/Verträge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kooperationsvereinbarung mit dem Projektträger</li> <li>- Betriebsvereinbarung</li> <li>- Projektauftrag</li> <li>- Vertrag mit der externen Prozessbegleitung</li> <li>- Geschäftsordnung für den Projektlenkungsausschuss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kooperationsvereinbarung mit dem Projektträger</li> <li>- Betriebsvereinbarung</li> <li>- Projektauftrag</li> <li>- Vertrag mit der externen Prozessbegleitung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kooperationsvereinbarung mit dem Projektträger</li> <li>- Betriebsvereinbarung</li> <li>- Projektauftrag</li> <li>- Vertrag mit der externen Prozessbegleitung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kooperationsvereinbarung mit dem Projektträger</li> <li>- Dienstvereinbarung</li> <li>- Projektauftrag</li> <li>- Vertrag mit der externen Prozessbegleitung</li> </ul>
<b>Strukturen</b>	Projektlenkungsausschuss	Projektlenkungsausschuss	Projektlenkungsausschuss	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projektlenkungsausschuss</li> <li>- kleiner örtlicher Projektlenkungsausschuss</li> <li>- Projektbüro</li> </ul>

<b>Kernprozesse</b>	<b>AWO</b>	<b>EVAG</b>	<b>KLK</b>	<b>WZPPP</b>
<b>Diagnose</b>	Mitarbeiterbefragung im Pilotbereich	Mitarbeiterbefragung in den Pilotbereichen	Mitarbeiterbefragung im Pilotbereich	Mitarbeiterbefragung im Pilotbereich
<b>Planung</b>	Identifizierung von Problemfeldern und Ableitung von Maßnahmen auf Basis der Mitarbeiterbefragung	Identifizierung von Problemfeldern und Ableitung von Maßnahmen auf Basis der Mitarbeiterbefragung	Identifizierung von Problemfeldern und Ableitung von Maßnahmen auf Basis der Mitarbeiterbefragung	Identifizierung von Problemfeldern und Ableitung von Maßnahmen auf Basis der Mitarbeiterbefragung
<b>Intervention</b>	<p><i>Qualitätszirkel im Pilotbereich:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Spannungen am Arbeitsplatz“</li> <li>- „Informationsverhalten der Führungskräfte und Informationsfluss zwischen Mitarbeitern“</li> <li>- „Belastungen im Stationsalltag“</li> </ul> <p><i>Gesundheitszirkel im Pilotbereich:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Belastungen im Arbeitsalltag“</li> </ul> <p><i>Weitere Maßnahmen/Aktivitäten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Führungskräfteseminar</li> <li>- AG „Leitbildentwicklung“</li> <li>- AG „Dienstkleidung“</li> <li>- AG „Gesundheitsbericht“</li> </ul>	<p><i>Gesundheitszirkel in den Pilotbereichen</i></p> <p><i>Weitere Maßnahmen/Aktivitäten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coaching der Leiter der Pilotbereiche</li> <li>- Einführung eines Programms zur Stressprävention im Bereich FB 3</li> <li>- Einführung eines flexiblen Dienstplans im Bereich FB 3</li> <li>- Belastungsmessungen „Heben und Tragen“ im Bereich TI 5</li> <li>- Aktion „Das Kreuz mit dem Kreuz“</li> </ul>	<p><i>Qualitätszirkel im Pilotbereich:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Verbesserung der Teamarbeit zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst im stationären Bereich“</li> <li>- „Verbesserung der Kommunikation zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst im stationären Bereich“</li> </ul>	<p><i>Qualitätszirkel im Pilotbereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Reduzierung von Arbeitsbelastungen“</li> <li>- „Effiziente Arbeitsabläufe“</li> </ul> <p><i>Weitere Maßnahmen/Aktivitäten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunikationstrainings für Führungskräfte</li> <li>- AG „Mitarbeiterfördergespräche“</li> <li>- AG „Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität“</li> <li>- AG „Gesundheitsbericht“</li> <li>- AG „Evaluation“</li> <li>- AG „Entscheidungsmodell Projektstruktur“</li> <li>- AG „Öffentlichkeitsarbeit“</li> </ul>
<b>Evaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitarbeiterbefragung im Pilotbereich</li> <li>- Gruppeninterviews im Pilotbereich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitarbeiterbefragung in den Pilotbereichen</li> <li>- Evaluation der Gesundheitszirkel</li> </ul>	Mitarbeiterbefragung im Pilotbereich	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppeninterviews im Pilotbereich</li> <li>- Evaluation der Qualitätszirkel</li> </ul>

Tab. 12: Eckdaten zu den Projekten in den vier Fallbetrieben

Die Bereitstellung finanzieller Mittel für das Vorhaben erfolgte in den vier Betrieben auf unterschiedliche Art und Weise. Im Fall der EVAG wurde durchgängig ein Projektbudget eingestellt. Das Budget basierte auf einer detaillierten Kalkulation der im Verlauf des Vorhabens anfallenden Eigen- und Fremdleistungen (z.B. Mitarbeiterbefragung, Qualifizierungsmaßnahmen, Öffentlichkeitsarbeit, externe Moderation). Im Fall der AWO stand nur im ersten Projektjahr ein eigenes Budget zur Verfügung. Im zweiten Jahr wurde auf Wunsch der Geschäftsführung ein Wechsel im Finanzierungsmodus vorgenommen, und die Mittel für das Projekt waren fortan dem laufenden Wirtschaftsplan zu entnehmen. In den beiden anderen Fällen (KLG und WZPPP) stand für das gesamte Vorhaben kein eigenes Budget zur Verfügung. Die erforderlichen Mittel wurden entsprechend des Bedarfs dem laufenden Wirtschaftsplan entnommen.

Was die personellen Ressourcen betrifft, benannten alle Betriebe eine Projektleitung und eine stellvertretende Projektleitung (s.u.). Zeitliche Ressourcen für das Projekt wurden den verantwortlich handelnden Akteuren in keinem Fall zur Verfügung gestellt, die Projektaktivitäten waren vielmehr zusätzlich zu den Kernaufgaben zu erledigen. Eine Besonderheit stellt das WZPPP dar, indem hier ein Projektbüro mit einer Projektsstelle eingerichtet wurde. Primäre Aufgabe des Projektbüros war es, die Projektleitung bei der Erledigung des operativen Tagesgeschäftes zu unterstützen.

Alle vier Betriebe richteten für die Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ein zentrales Steuerungsgremium in Form eines betrieblichen Projektleitungsausschusses ein. Ständige Mitglieder dieses Arbeitskreises waren jeweils folgende interne und externe Akteure: die Projektleitung und ihre Stellvertretung, Vertretungen des Arbeitgebers und des Betriebs-/Personalrates, die Leitungen der Piloteinheiten, betriebliche Gesundheitsexperten (Betriebsarzt, Sicherheitsbeauftragter bzw. Fachkraft für Arbeitssicherheit), Vertreter der zuständigen Kranken- und Unfallversicherungsträger, ein örtlicher Vertreter des Projektträgers ver.di sowie die wissenschaftliche Begleitforschung. Hinzu kamen dauerhaft oder punktuell Vertreter aus den Bereichen Organisations-/Personalentwicklung, Aus- und Weiterbildung, Qualitätsmanagement sowie Mitarbeiter aus den Piloteinheiten. Die Sitzungen wurden durch eine externe Prozessbegleitung (s.u.) moderiert. In den Betrieben haben unterschiedlich viele Treffen des Steuerkreises stattgefunden. Die Anzahl reichte von acht (KLG) über elf (EVAG, WZPPP) bis zu maximal 15 (AWO) Sitzungen. Die Hauptaufgabe der Projektleitungsausschüsse bestand in der strategischen Projektplanung und -steuerung in Kooperation mit der Projektleitung und unterstützt durch die externe Prozessbegleitung (s.u.). In einem Fall (WZPPP) wurde aufgrund anfänglicher zeitlicher Verzögerungen im Projekt zunächst ein weiterer, kleiner Steuerkreis zur Planung und Steuerung eingesetzt. Hier übernahm der offizielle Lenkungsausschuss zunächst ausschließlich die Funktion eines Informati-

onsgremiums. Diese Doppelstruktur wurde allerdings im weiteren Projektverlauf wieder aufgelöst.

Die Partizipation der Beschäftigten erfolgte, festgelegt in den Betriebsvereinbarungen, in allen vier Fallbetrieben im Wesentlichen über die Beteiligung an den Kernprozessen, d.h. über die aktive Einbindung in Diagnose, Intervention und Evaluation (s.u.). Als konkrete Beteiligungsinstrumente sind hier insbesondere die Mitarbeiterbefragungen sowie die Qualitäts-/Gesundheitszirkel (s. 5.3.2.3) zu nennen. Darüber hinaus nahmen in drei Betrieben (AWO, EVAG und KLG) Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen an den Sitzungen des Projektlenkungsausschusses teil.

#### *Zusammenfassende Bewertung der betriebspolitischen Voraussetzungen*

Die Analyse der vier Fallstudien hat gezeigt, dass die betriebspolitischen Voraussetzungen auf der formalen Ebene in allen vier Betrieben durchaus vergleichbar waren – nicht zuletzt deshalb, weil diesbezüglich klare Vorgaben seitens des Modellprojektträgers ver.di bestanden. Ebenfalls vergleichbar war, dass in allen vier Organisationen in der Startphase erhebliche zeitliche Verzögerungen eintraten, beispielsweise bei der Unterzeichnung der Betriebsvereinbarung oder der Erteilung des Projektauftrages. Die Verzögerungen resultierten z.B. aus parallel stattfindenden Auseinandersetzungen im Rahmen von Tarifverhandlungen (EVAG), aus Terminschwierigkeiten der Auftraggeberparteien (AWO), oder sie waren die Folge von Auseinandersetzungen des Fallbetriebs mit dem Projektträger in anderen Sachverhalten (KLG). Darüber hinaus ergibt die Auswertung des Datenmaterials ein differenziertes Bild:

Das Ausmaß der Unterstützung durch das Management differierte in den Betrieben deutlich und reichte von einem durchgängig hohen Engagement und aktiver Unterstützung (AWO, EVAG) bis hin zu einer lediglich verbalen Befürwortung des Projektes (KLG). Die Arbeitnehmervertretung erwies sich im Vergleich dazu als engagierter und zeigte insgesamt ein höheres Maß an aktiver Beteiligung. Deutlich zu beobachten war, dass das Top-Management eine entscheidende Erfolgsgröße für die Umsetzung des Vorhabens und die Zielerreichung darstellte. Überall dort, wo die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements seitens der Geschäftsführung bzw. der Betriebsleitung aktiv als Führungsaufgabe erkannt und in enger Kooperation mit den Betriebs-/Personalräten wahrgenommen wurde, war ein zügigeres Vorankommen im Projekt erkennbar und wurden im weiteren Verlauf eindeutiger Projektergebnisse erzielt. Eine entsprechende Unterstützung hat sich z.B. im Fall der AWO darin gezeigt, dass ein Geschäftsführer und die Betriebsratsvorsitzende kontinuierlich an den Sitzungen des Projektlenkungsausschusses teilnahmen. Durch ihre unmittelbare Präsenz war das Tref-

fen schneller Entscheidungen möglich sowie die direkte Kommunikation mit den Projektakteuren und beteiligten Mitarbeitern.

Die schriftlichen Vereinbarungen, und hier insbesondere die Betriebsvereinbarung, haben sich in allen vier Organisationen als wichtige, weil verpflichtende Grundlage für die Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erwiesen. Die in den Interviews befragten betrieblichen Akteure erachteten die getroffenen Rahmenregelungen mehrheitlich als hilfreich und förderlich für die Realisierung des Vorhabens, vor allem aufgrund der hierdurch geschaffenen Verbindlichkeit und klaren Orientierung.

Die bereitgestellten finanziellen Ressourcen waren in allen vier Fallbetrieben prinzipiell ausreichend bzw. angemessen. Als förderlich für das Vorhaben hat sich die dauerhafte Einrichtung eines Projektbudgets wie im Fall der EVAG erwiesen. Hierdurch wurde ein flexiblerer Einsatz von Mitteln möglich sowie das Treffen u. U. auch kurzfristiger Entscheidungen. Ein im laufenden Prozess herbeigeführter Wechsel im Finanzierungsmodus (wie im Fall der AWO) hat sich dagegen als problematisch erwiesen, weil dadurch für die handelnden Projektakteure Entscheidungen sehr viel mühseliger wurden.

Die personell-zeitlichen Ressourcen – insbesondere auf Seiten der Projektleitungen – waren in allen vier Fallbeispielen eher knapp bemessen; ein Umstand, der sich für den zügigen Aufbau des Betrieblichen Gesundheitsmanagements als erschwerend erwies und nur durch das hohe persönliche Engagement der Projektleitungen und ihrer Stellvertretungen ausgeglichen werden konnte. Auch die Akteure selbst bewerteten die zur Verfügung stehenden personell-zeitlichen Ressourcen mehrheitlich als unzureichend. Dadurch hätten viele Arbeitsschritte nur unter Zeitdruck und mit unzureichender Effizienz erledigt werden können. Positiv hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang das im Fallbetrieb WZPPP eingerichtete Projektbüro, dessen Mitarbeiter die Projektleitung bei der Erledigung administrativer Aufgaben unterstützte und dadurch zu einer deutlichen Entlastung beitrug.

Das Steuerungsgremium hat sich als ein zentrales, erfolgsrelevantes Strukturelement für das Betriebliche Gesundheitsmanagement erwiesen. Festzuhalten ist, dass die Qualität der betrieblichen Gremien mit Blick auf ihre Effektivität und Effizienz sehr unterschiedlich war. Als erfolgsrelevante Faktoren konnten herausgearbeitet werden: klare Regelungen bezogen auf die Aufgaben und Entscheidungskompetenzen des Gremiums, eine sorgfältige Vorbereitung der Sitzungen sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen der Projektleitung und ihrer Stellvertretung (AWO und EVAG); ebenso eine vertrauensvolle Kooperation zwischen der Projektleitung und der externen Prozessbegleitung (AWO) sowie eine insgesamt offene und konstruktive Arbeitsatmosphäre. Hinderlich für den Arbeitsprozess und die Ergebnisse waren hingegen: ein zu langer zeitlicher Abstand

zwischen den Sitzungen (KLG und WZPPP), eine unzureichende Vorbereitung der Sitzungen durch die Projektleitung (KLG), ein wenig konstruktiver Umgang mit Spannungen und Konflikten sowie die permanente Einbindung zu vieler Akteure und damit einhergehende z. T. langwierige Diskussions- und Abstimmungsprozesse. So vertraten befragte Projektakteure aller Fallbetriebe die Auffassung, das betriebliche Steuerungsgremium sei zu groß gewesen, und insbesondere externe Akteure (Krankenkassen und Berufsgenossenschaften) sollten nicht kontinuierlich, sondern besser punktuell und problemorientiert in die Arbeit einbezogen werden.

Die im Projekt geschaffenen Beteiligungsmöglichkeiten für die Beschäftigten aus den Piloteneinheiten waren prinzipiell hinreichend. Gleichwohl wurden die vorhandenen Möglichkeiten von den Mitarbeitern nicht immer im vollen Umfang genutzt. Die Gründe hierfür waren mangelnde zeitliche Ressourcen sowie mangelnde Motivation und Skepsis gegenüber dem Projekt (AWO), Differenzen zwischen Mitarbeitern und dem Leiter des Pilotbereiches (KLG), die Größe des Pilotbereiches bzw. die zu große Anzahl von Mitarbeitern (EVAG) sowie eine fehlende Einbindung von Beschäftigten in das zentrale Steuerungsgremium (WZPPP).

### **5.3.2.2 Strukturell-planerische Rahmenbedingungen**

Zusätzlich zu den betriebspolitischen Voraussetzungen haben alle Fallbetriebe eine Reihe strukturell-planerischer Rahmenbedingungen geschaffen. Zu den wesentlichen Struktur- und Planungselementen gehörten: die Benennung einer Projektleitung und einer Stellvertretung, die Einbeziehung externer Berater und Experten, die Definition konkreter Projektziele, die Projektplanung sowie die Gestaltung der internen Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt.

Alle vier Betriebe setzten für die Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements eine Projektleitung und eine stellvertretende Projektleitung ein. Zu den primären Aufgaben der Projektleitungen zählten: die Planung, Umsetzung, Steuerung und Koordination des gesamten Vorhabens in enger Abstimmung mit den betrieblichen Steuerungsgremien. Die Projektleitungen hatten zum Zeitpunkt der Fallstudien in den Betrieben entweder leitende Positionen in den Bereichen „Personal und Organisation“ bzw. „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ inne, oder sie besaßen eine Leitungsfunktion in den Pilotbereichen (s. Tab. 12). Aus der jeweiligen Kernfunktion im Betrieb resultierte bei allen Projektleitungen eine hohe bis sehr hohe Arbeitsbelastung. In einem Fall (KLG) führte diese Arbeitsbelastung nach guten einem Jahr Projektlaufzeit zu einem Wechsel in der Projektleitung. In zwei weiteren Fällen (AWO, WZPPP) wurde aufgrund des

Ausscheidens der stellvertretenden Projektleitung aus dem Unternehmen eine Neubesetzung dieser Funktion im Projektverlauf notwendig.

Zur Unterstützung des Implementierungsprozesses setzte jeder Fallbetrieb eine externe Prozessbegleitung ein. Vertraglich geregelte Aufgaben der Prozessbegleitung waren: die Vorbereitung und Moderation der Sitzungen des betrieblichen Steuerungsgremiums, die Unterstützung der Projektleitung bei der Planung und Steuerung des Projektes sowie die Reflexion und Weiterentwicklung der Sozialkompetenz der Projektleitung. Darüber hinaus waren die Prozessbegleitungen in Teilen in die Durchführung der Kernprozesse (s.u.) eingebunden. Als weitere externe Experten wurden Vertreter der jeweils zuständigen Krankenkasse und des Unfallversicherungsträgers in die Projektaktivitäten eingebunden.

Die mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement verfolgten Ziele wurden in den vier Fallbetrieben in der Betriebs-/Dienstvereinbarung und/oder im Projektauftrag fixiert. Eine Konkretisierung der Ziele sowie die Projektplanung und -steuerung erfolgte durch die betrieblichen Steuerungsgremien zusammen mit der jeweiligen Projektleitung und unterstützt durch die externen Prozessbegleitungen.

Die interne Öffentlichkeitsarbeit realisierten die Fallbetriebe auf unterschiedliche Art und Weise. Zu den eingesetzten Marketing-Instrumenten zählten: die Herausgabe einer eigenen Projektzeitung (WZPPP), die Veröffentlichung von Artikeln in hausinternen Betriebszeitungen (EVAG, AWO) sowie Aushänge am schwarzen Brett (AWO und EVAG). Darüber hinaus wurde über die Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Teambesprechungen, in Abteilungs- oder Belegschaftsversammlungen (AWO, KLG, WZPPP) sowie bei Führungskreisen (AWO) berichtet. In zwei Fällen (AWO, WZPPP) wurde eine eigene Arbeitsgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“ eingerichtet, um die kontinuierliche Information der Beschäftigten über den Projektverlauf und die Ergebnisse sicherzustellen sowie für eine adäquate Außendarstellung des Projektes zu sorgen.

### *Zusammenfassende Bewertung der strukturell-planerischen Rahmenbedingungen*

Hinsichtlich der strukturell-planerischen Rahmenbedingungen werden auf den ersten Blick nur geringe Unterschiede im Vorgehen der Fallbetriebe erkennbar. Bei genauerer Auswertung des Datenmaterials ergibt sich jedoch ein differenzierteres Bild:

Die Projektleitung stellte in allen Fällen einen wichtigen Erfolgsfaktor dar. Alle Projektleitungen zeigten ein hohes Maß an Engagement bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Darüber hinaus wurde die Leitungsfunktion jedoch mit deutlich unterschiedlicher Quali-

tät ausgefüllt. Dies galt mit Blick auf vorhandene fachlich-methodische Kenntnisse (z.B. in den Themenfeldern Gesundheitsförderung oder Projektmanagement) aber auch bezogen auf persönliche Fähigkeiten (z.B. Durchsetzungsvermögen, Führungsqualitäten) und soziale Kompetenzen (z.B. Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit). Eine entscheidende Größe waren im Weiteren ausreichend zeitliche Ressourcen zur Bewältigung der Projektaufgaben. So hat in einem Fall (KLG) eine zu hohe Arbeitsbelastung in der Kernfunktion dazu geführt, dass die Projektleitungsfunktion nicht mehr adäquat wahrgenommen werden konnte und schließlich ein personeller Wechsel erforderlich wurde. Als entlastender Faktor für die Projektleitung haben sich hingegen unterstützende Strukturen – wie z.B. die Einrichtung eines Projektbüros im Fall des WZPPP – erwiesen. Förderlich war darüber hinaus eine konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Projektleitung und ihrer Stellvertretung (AWO, EVAG). Dies wurde auch durch die jeweils befragten Akteure deutlich hervorgehoben.

Die Einbindung einer externen Prozessbegleitung hat sich in allen vier Fallbetrieben grundsätzlich als sinnvoll und förderlich für ein effektives Vorgehen erwiesen. Neben der Moderation von Sitzungen der betrieblichen Steuerungsgremien war hierbei insbesondere die Beratungskompetenz von Bedeutung. Die Erkenntnisse aus den Fallbetrieben zeigen, dass insbesondere eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Projektleitung und Prozessbegleitung einen wichtigen Erfolgsfaktor bei der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements darstellt. So wirkte sich z.B. im Fallbetrieb AWO das harmonische Zusammenspiel zwischen diesen beiden Akteuren förderlich auf den gesamten Projektverlauf und auf die Zielerreichung aus. Beobachtbar war aber in anderen Fällen auch, dass für eine gute Zusammenarbeit zwischen Projektleitung und externer Prozessbegleitung erst die Basis geschaffen werden musste und beispielsweise unterschiedliche Erwartungen an Rolle und Aufgaben sowie die Zusammenarbeit – sowohl auf Seiten der betrieblichen Akteure als auch auf Seiten der externen Prozessbegleitungen – zu klären waren. So erwartete z.B. im Fall der AWO der Geschäftsführer von der externen Begleitung stärkere Impulse zur Bearbeitung des Themas „Führung“. Im Fall der EVAG hätten die Projektleitung und der Betriebsratsvertreter mehr Impulse zur Prozessentwicklung insgesamt gewünscht. Die Prozessbegleitungen ihrerseits hätten sich eine stärker beratende Funktion im Projekt erhofft. Auch im Fallbetrieb WZPPP erforderte die konstruktive Zusammenarbeit zwischen Projektleitung und Prozessbegleitung einen Entwicklungsprozess.

Die Auswertung der Fallstudien zeigt, dass die Einbeziehung weiterer externer Partner – wie z.B. Krankenkassen und Berufsgenossenschaften – im Grundsatz ebenfalls sinnvoll und förderlich war. Mit Blick auf die Effektivität und Effizienz wäre die Einbindung dieser Akteure jedoch besser punktuell und problemorientiert erfolgt.

Die Bedeutung einer präzisen und überprüfbaren inhaltlichen Zielsetzung für die erfolgreiche Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde zumindest anfänglich von allen vier Fallbetrieben unterschätzt. Zwar wurden zu Projektbeginn eine Reihe von Globalzielen benannt, jedoch keine operationalen und messbaren Teilziele und Meilensteine formuliert. Im Laufe des Projektes war daher diesbezüglich in allen Betrieben ein Nachsteuern erforderlich.<sup>70</sup> Dies wiederum hat zu Verzögerungen im Projektverlauf geführt.

Ebenso wie der Zieldefinition wurde auch einer sorgfältigen Planung für ein effektives und effizientes Vorgehen mehrheitlich eine zu geringe Bedeutung beigemessen. Dies galt insbesondere für eine detaillierte Zeit-, Arbeits- und Kostenplanung. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Erfahrungen der vier Betriebe hinsichtlich der professionellen Durchführung von Projekten und die Kenntnisse von Methoden und Instrumenten des Projektmanagements sehr unterschiedlich waren. So verfügte beispielsweise die EVAG bereits zu Beginn des Vorhabens über gute Projektmanagementkenntnisse, die sich bei der Projektplanung und -durchführung positiv bemerkbar machten (z.B. Erstellung von Strukturplänen, Zeit- und Arbeitsplänen, Aufgabenlisten). Die AWO hingegen besaß nur wenige Erfahrungen in der professionellen Durchführung von Projekten, was z.B. bei der anfänglich nicht genügend konkreten Zeit-, Arbeits- und Kostenplanung für das Gesamtvorhaben deutlich wurde.

Die betriebsinterne Öffentlichkeitsarbeit ist, hinsichtlich Qualität und Quantität, zumindest in drei der vier Fallbeispiele (AWO, KLG, EVAG) eher kritisch zu beurteilen. Dieser Aspekt wurde auch von den befragten betrieblichen Akteuren negativ bewertet. Hierzu beigetragen haben zum einen fehlende zeitliche Ressourcen sowie z.T. mangelnde Erfahrungen mit dem professionellen Einsatz öffentlichkeitswirksamer Medien. Positiv hervorzuheben ist im Fall des WZPPP die regelmäßig herausgebrachte Projektzeitung. Auch hier stellte das Projektbüro eine wichtige Ressource dar, um den damit verbundenen Arbeitsaufwand zu bewältigen.

---

<sup>70</sup> Eine unterstützende Funktion kam in diesem Zusammenhang einer „Impulsklausur“ unter Leitung der überbetrieblichen externen Prozessbegleitung zu. An dieser Klausurtagung nahmen die betrieblichen Projektleitungen, die Leiter der Piloteinheiten sowie die wissenschaftliche Begleitung des Projektes teil. Hier wurden die Projektziele präzisiert, die zur Zielerreichung erforderlichen Arbeitsschritte festgelegt sowie eine detaillierte Zeit- und Arbeitsplanung für die verbleibende Projektlaufzeit vorgenommen.

### 5.3.2.3 Durchführung der Kernprozesse

Ein zentrales Qualitätselement des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die regelmäßige und systematische Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation und die am Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung ausgerichtete Prozessorientierung. Das diesbezügliche Vorgehen der vier Fallbetriebe lässt sich wie folgt beschreiben:

#### Diagnose

Im Rahmen der Diagnose konzentrierten sich die vier Fallbetriebe im Wesentlichen auf die Durchführung einer Mitarbeiterbefragung in den ausgewählten Piloteinheiten. Ziel der Befragung war es, die Arbeitsbedingungen und -belastungen, das körperliche und psychosoziale Befinden sowie die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten systematisch und valide zu erfassen, auf Basis der Befunde Problem- und Handlungsfelder zu identifizieren und schließlich geeignete Interventionen zu planen und umzusetzen.

Die eingesetzten Befragungsinstrumente wurden mit der Wissenschaftlichen Begleitung abgestimmt, insbesondere um die Einhaltung wissenschaftlicher Standards sicherzustellen. Dazu gehörte die Erfassung relevanter Zielvariablen und möglicher Einflussgrößen, der Einsatz validierter Skalen sowie die Beachtung und Sicherstellung von Datenschutz und Anonymität. Die verwendeten Fragebogen-Items fokussierten folgende Themen: „Arbeitszeitstrukturen“, „Arbeitsplatz und Arbeitsumfeld“, „Arbeitstätigkeit und Arbeitssituation“, „Führungsverhalten“, „körperliches und psychosoziales Wohlbefinden“ (Musterbeispiel s. Anhang). Im Folgenden werden das Vorgehen der Fallbetriebe der Reihe nach beschrieben sowie ausgewählte, zentrale Befunde der Befragungen präsentiert.<sup>71</sup>

Der Fallbetrieb AWO führte die Mitarbeiterbefragung im Zeitraum April bis Mai 2000 im Pilotbereich Seniorenzentrum Hagenbeckstraße durch. Einbezogen wurden insgesamt 65 Mitarbeiter aus der Pflege und dem Hauswirtschaftsbereich (Küche und Service). Der Rücklauf belief sich auf 60% (N = 39).<sup>72</sup> Vorbereitung und Durchführung der

---

<sup>71</sup> Das präsentierte Datenmaterial basiert jeweils auf den Erhebungen der Fallbetriebe.

<sup>72</sup> Der Rücklauf in der Pflege belief sich auf 23 Fragebögen, im Hauswirtschaftsbereich (Küche und Service) auf 15 Fragebögen. Eine Person machte bezüglich ihres Arbeitsbereiches keine Angaben.

Befragung erfolgten weitgehend eigenständig durch den Betrieb. Mit der Erfassung und Auswertung der Daten beauftragte die AWO einen externen Dienstleister.<sup>73</sup>

Die Ergebnisse der Befragung wurden dem Projektlenkungsausschuss erstmalig im Juli 2000 vorgestellt. Detaillierte Auswertungen des Datenmaterials wurden in zwei weiteren Sitzungen im November 2000 und Januar 2001 durch die Wissenschaftliche Begleitforschung in Zusammenarbeit mit der stellvertretenden Projektleitung präsentiert. Die Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter des Pilotbereiches erfolgte in Form eines schriftlichen Berichtes im Dezember 2000.

Die Befunde der Mitarbeiterbefragung<sup>74</sup> wiesen insbesondere im Bereich des Pflegedienstes auf Handlungsbedarf am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitsumfeld (räumliche Bedingungen, Gestaltung der Möbel am Arbeitsplatz, Raumklima, hausinterne Transportsysteme), bei den sozialen Beziehungen zwischen den Beschäftigten (Umgangston am Arbeitsplatz, Spannungen innerhalb und zwischen den Schichten, Teamzusammenhalt) sowie im Führungsverhalten (Informations- und Konfliktverhalten der direkten und nächst höheren Vorgesetzten) hin. So erlebten beispielsweise 30% der Pflegedienst-Mitarbeiter ihren eigenen Angaben zufolge einen (sehr) schwachen „Teamzusammenhalt“.<sup>75</sup> 48% der Befragten beurteilten diesen mit „teils/teils“, und lediglich 22% gaben an, der Teamzusammenhalt zwischen den Mitarbeitern sei (sehr) stark (s. Abb. 23). Im Hauswirtschaftsbereich bewerteten 14% der Befragten den Teamzusammenhalt als (sehr) schwach, 57% antworteten mit „teils/teils“ und 29% urteilten, der Teamzusammenhalt sei (sehr) stark.

---

<sup>73</sup> Ausschlaggebend für die Vergabe an einen externen Partner waren zum einen fehlende eigene Ressourcen und Kompetenzen, zum anderen die Sorge um das Misstrauen oder die Ablehnung der Mitarbeiter gegenüber einer internen Datenauswertung. Zusätzlich wurde die Wissenschaftliche Begleitung in die Datenauswertung eingebunden.

<sup>74</sup> Das präsentierte Datenmaterial basiert auf den Erhebungen der AWO.

<sup>75</sup> Der Teamzusammenhalt wurde mit einer von Pfaff (1989) entwickelten Skala gemessen.

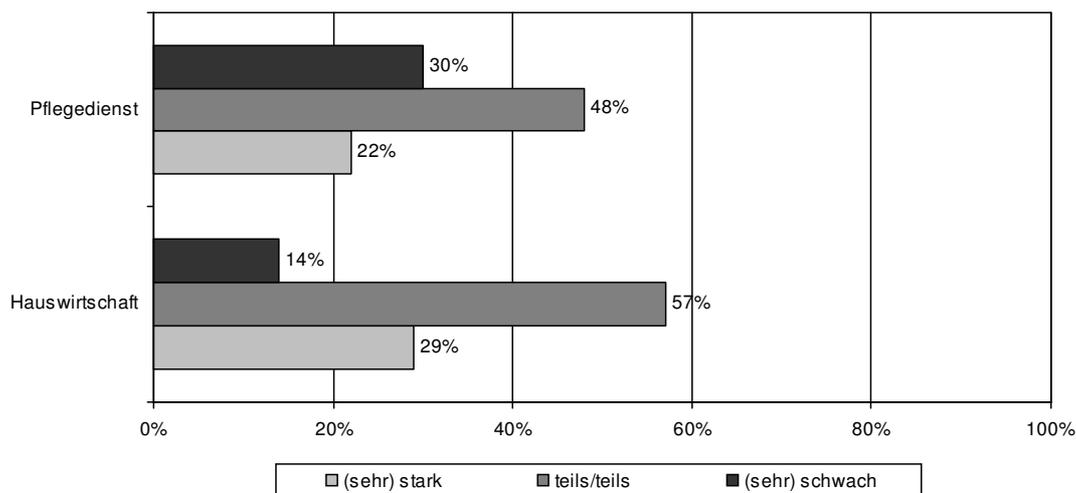


Abb. 23: Fallbetrieb AWO: Teamzusammenhalt im Pilotbereich (Angaben in %; Pflegedienst: N = 23, Hauswirtschaft: N = 14)  
Quelle: Münch et al. (2003, S. 59, modifiziert)

Mehr als die Hälfte der Befragten im Pflegedienst sahen Entwicklungsbedarf im Informationsverhalten (57%) und im Konfliktverhalten (56%) der Vorgesetzten (Pflegedienstleitung). Im Hauswirtschaftsbereich beurteilten hingegen nur 23% bzw. 15% der Befragten das Informations- bzw. Konfliktverhalten der Vorgesetzten (Hauswirtschaftsleitung) als entwicklungsbedürftig.<sup>76</sup>

Ihr „psychosoziales Wohlbefinden“<sup>77</sup> beschrieben lediglich gut ein Viertel (26%) der Befragten im Pflegedienst subjektiv als (sehr) hoch (s. Abb. 24). Weitere 61% ordneten sich hier dem mittleren Bereich zu, während 13% ihr Wohlbefinden als (sehr) gering beurteilten. Deutlich positiver fielen im Vergleich dazu die Befunde in der Hauswirtschaft aus. Fast zwei Drittel (62%) der befragten Mitarbeiter äußerten hier ein (sehr) hohes Maß an psychosozialem Wohlbefinden. Während sich weitere 31% dem mittleren Bereich zurechneten, formulierten lediglich 8% ein (sehr) geringes Wohlbefinden.

<sup>76</sup> Das Führungsverhalten wurde gemessen mit einer 21 Items umfassenden Skala zur Bewertung des Führungsverhaltens, die folgende fünf Dimensionen erfasst: Informationsverhalten, Konfliktverhalten, Vorbildverhalten, Mitarbeiterförderung sowie Anerkennung von Mitarbeitern (Münch 1999).

<sup>77</sup> Das psychosoziale Wohlbefinden wurde gemessen mit der neun Items umfassenden „Affect Balance Scale“ (Bradburn 1969) in der deutschen Version von Badura et al. (1987).

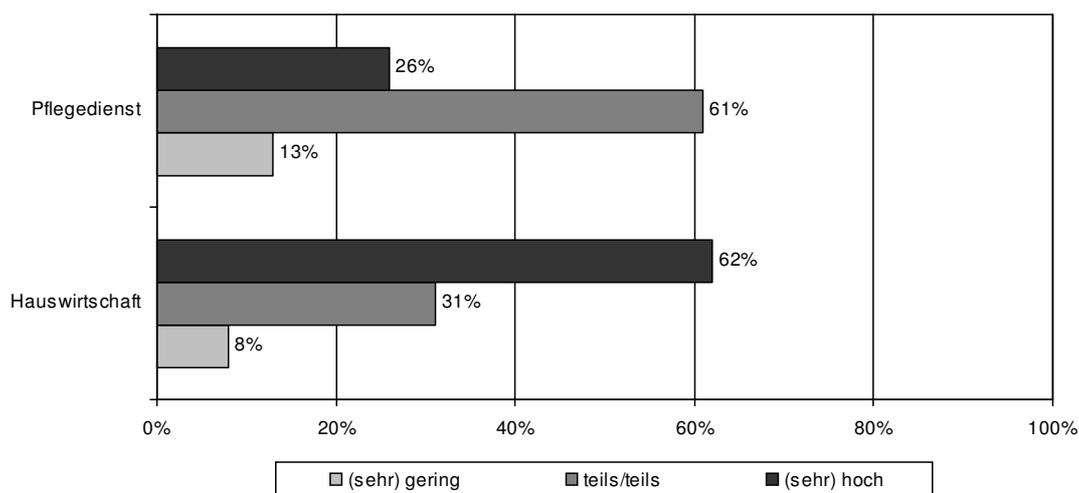


Abb. 24: Fallbetrieb AWO: Psychosoziales Wohlbefinden der Beschäftigten im Pilotbereich (Angaben in %; Pflegedienst: N = 23, Hauswirtschaft: N = 13)  
Quelle: Münch et al. (2003, S. 59, modifiziert)

Der Fallbetrieb EVAG führte die Mitarbeiterbefragung im Mai 2000 in beiden Pilotbereichen durch. Im Fahrbetrieb Straßenbahn (FB 3) wurden 399 Personen in die Befragung einbezogen. Die Rücklaufquote betrug 63,4% (N = 253). Im Bereich Gleis- und Weichentechnik (TI 5) wurde der Fragebogen an 58 Beschäftigte ausgegeben. Hier belief sich der Rücklauf auf 84,5% (N = 49). In diesem Fall erfolgten alle Arbeitsschritte – Vorbereitung und Durchführung der Befragung sowie Datenerfassung und -auswertung – weitgehend durch das Unternehmen selbst. Bei der Auswertung und Interpretation des Datenmaterials war jedoch in Teilen externe Unterstützung erforderlich. Die Befragungsergebnisse wurden im Oktober 2000 dem Projektlenkungsausschuss präsentiert. An die Mitarbeiter der Pilotbereiche wurden die Ergebnisse im November 2000 rückgemeldet.

Im Fahrbetrieb (FB 3) ließen die Befunde der Mitarbeiterbefragung<sup>78</sup> Problem-/Handlungsfelder bei den Bedingungen am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitsumfeld (z.B. Gestaltung des Arbeitsplatzes; räumliche und raumklimatische Bedingungen; Stress im Straßenverkehr), bei der unmittelbaren Arbeitstätigkeit (keine eigenverantwortlichen Entscheidungen treffen können; Unterforderung; Störungen durch Funkgeräte und Telefon) sowie im Führungsverhalten (z.B. Informations- und Konfliktverhalten sowie Anerkennung durch Vorgesetzte) erkennen.

So sahen bezogen auf das „Informationsverhalten“ des Vorgesetzten 67% und bezogen auf das „Konfliktverhalten“ 71% der befragten Personen im Fahrbetrieb Entwicklungs-

<sup>78</sup> Das präsentierte Datenmaterial basiert auf den Erhebungen und Auswertungen der EVAG.

bedarf. 56% der Befragten vertrat zudem die Ansicht, zu wenig „Anerkennung“ durch den Vorgesetzten zu erhalten. Das subjektiv empfundene höchste gesundheitliche Gefährdungspotenzial wurde dem „Stress im Straßenverkehr“ zugeschrieben: Mehr als 90% der Befragten schätzten die potenzielle Gesundheitsgefahr als eher hoch bis sehr hoch ein (s. Abb. 25). Bei den körperlichen und psychosomatischen Beschwerden standen an erster Stelle: „Schlafstörungen“ (Ein- und Durchschlafschwierigkeiten), gefolgt von „Rücken- und Nackenschmerzen“, „Aufregung am ganzen Körper spüren“ und „schnelles Ermüden“.<sup>79</sup> (s. Abb. 26).

Im Bereich Gleis- und Weichentechnik (TI 5) wiesen die Befunde der Befragung ebenfalls auf Handlungsbedarf bei den Bedingungen am Arbeitsplatz und im Arbeitsumfeld (z.B. räumliche/raumklimatische Bedingungen, Gestaltung des Arbeitsplatzes) sowie bei der Arbeitstätigkeit (körperliche Anstrengung, bedingt durch das Heben und Tragen schwerer Lasten; Tätigkeiten ausführen, die nicht in der eigenen Zuständigkeit liegen; schwierige sprachliche Verständigung mit Kunden und Kollegen; Unterforderung; Störungen durch Funkgeräte/Telefon; keine eigenverantwortlichen Entscheidungen treffen können) hin.

Auch hier wurde dem „Stress im Straßenverkehr“ das höchste gesundheitliche Gefährdungspotenzial beigemessen. Knapp zwei Drittel (63%) der Befragten sahen sich hierdurch gesundheitlich gefährdet. Ähnlich beurteilt wurden die „Witterungseinflüsse“ (61%) und das „Heben und Tragen schwerer Lasten“ (58%) (s. Abb. 25). Das Führungsverhalten des direkten Vorgesetzten wurde gegenüber dem Fahrbetrieb besser beurteilt. Ein Fünftel der befragten Mitarbeiter sahen Entwicklungsbedarf hinsichtlich des Informationsverhaltens (19%) und des Konfliktverhaltens (20%). An erster Stelle der körperlichen und psychosomatischen Beschwerden standen im Bereich Gleis- und Weichentechnik „Rückenschmerzen“ (53%) und „Nackenschmerzen“ (53%), gefolgt von „schnellem Ermüden“ (43%), „Aufregung am ganzen Körper spüren“ (35%) und „Schlafstörungen“ (34%) (s. Abb. 26).

---

<sup>79</sup> Die körperlichen Beschwerden wurden mit der 20 Items umfassenden Kurzform des Freiburger-Beschwerden-Inventars gemessen (v. Zerssen 1976).

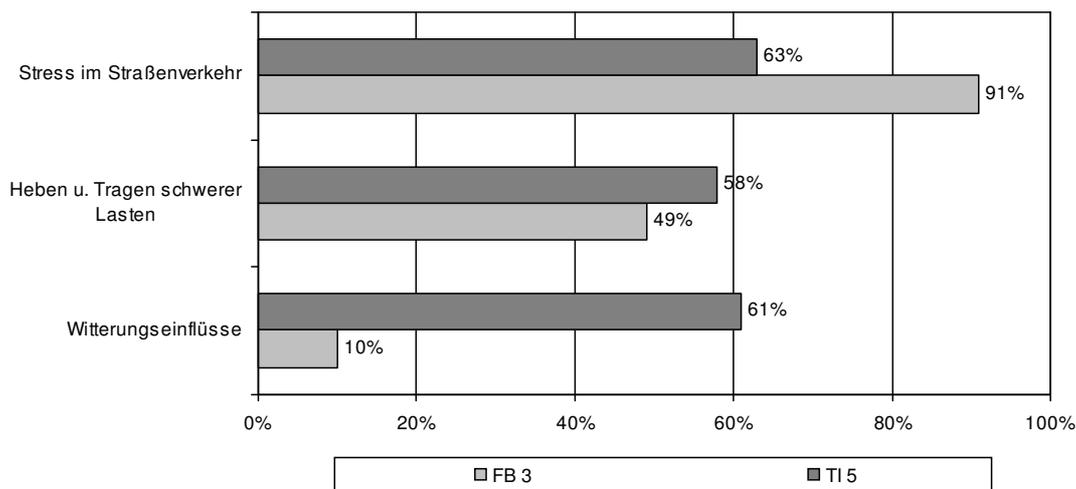


Abb. 25: Fallbetrieb EVAG: Gesundheitsgefährdende Faktoren in den Pilotbereichen (Angaben in %; FB 3: N = 248, TI 5: N = 46; Anteil der Befragten mit „eher hoch/sehr hoch“-Antworten)  
 Quelle: Münch et al. (2003, S. 95)

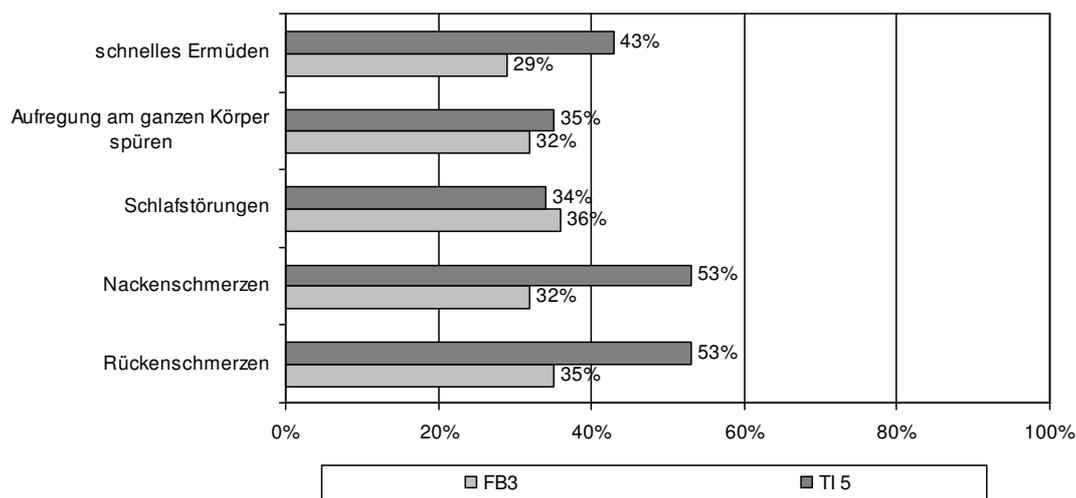


Abb. 26: Fallbetrieb EVAG: Psychosomatische Beschwerden der Beschäftigten in den Pilotbereichen (Angaben in %; FB 3: N = 218, TI 5: N = 39; Anteil der Befragten mit „alle paar Tage“/“fast immer“-Antworten)  
 Quelle: Münch et al. (2003, S. 97)

Der Fallbetrieb KLG führte die Mitarbeiterbefragung im Zeitraum Juni bis Juli 2000 in der Neurologischen Klinik am Standort Lippe-Lemgo durch. Der Fragebogen wurde an 52 Personen verteilt. Der Rücklauf betrug 80,8% (N = 42).<sup>80</sup> Vorbereitung und Durchführung der Befragung sowie die Datenerfassung und eine erste Auswertung der Daten erfolgten durch das Unternehmen. Für eine differenziertere Auswertung des Datenmate-

<sup>80</sup> Der Rücklauf in absoluten Zahlen: Ärztlicher Dienst: N = 12; Pflegedienst: N = 26; Funktionsdienst: N = 4.

rials war externe Unterstützung durch die Wissenschaftliche Begleitung erforderlich. Eine erste allgemeine Ergebnispräsentation im Steuerungsgremium erfolgte im September 2000; differenziertere Darstellungen erfolgten bei der Sitzung im Februar 2001. Den Mitarbeitern wurden die Ergebnisse im März 2001 rückgemeldet.

Die Befunde der Befragung wiesen sowohl für den Ärztlichen Dienst als auch den Pflegedienst auf deutliche Belastungen im Stationsalltag hin.<sup>81</sup> Im ärztlichen Dienst standen an erster Stelle: „zuviel Zeit für Büroarbeit“ (75% der Befragten antworteten „trifft zu und belastet eher/sehr stark“), „Familie/Freunde leiden unter dem Eingespannt sein in die Arbeit“ (50%), „zu häufiges Telefonklingeln“ (42%), „aus dem persönlichen Gespräch mit Patienten gerissen werden“ (41%) und „private Kontakte leiden unter unregelmäßigen Dienstzeiten“ (33%) (s. Abb. 5). Im Pflegedienst fühlten sich die Mitarbeiter am stärksten durch zu häufiges Telefonklingeln belastet (77% gaben an „trifft zu und belastet eher/sehr stark“), gefolgt von „körperliche Anstrengung bei der Arbeit“ (73%); „zu wenig Zeit für persönliche Probleme von Patienten“ (62%), „zuviel Zeit für Büroarbeit“ (54%) und „aus persönlichem Gespräch mit Patienten gerissen werden“ (54%) (s. Abb. 6). Als weitere Handlungsfelder wurden die sozialen Beziehungen (Spannungen und Konflikte zwischen Ärztlichem Dienst und Pflege) und das Führungsverhalten (Pflege: Informations-/Konflikt- und Vorbildverhalten der direkten Vorgesetzten sowie Anerkennung von Mitarbeitern im Pflegedienst) erkennbar.

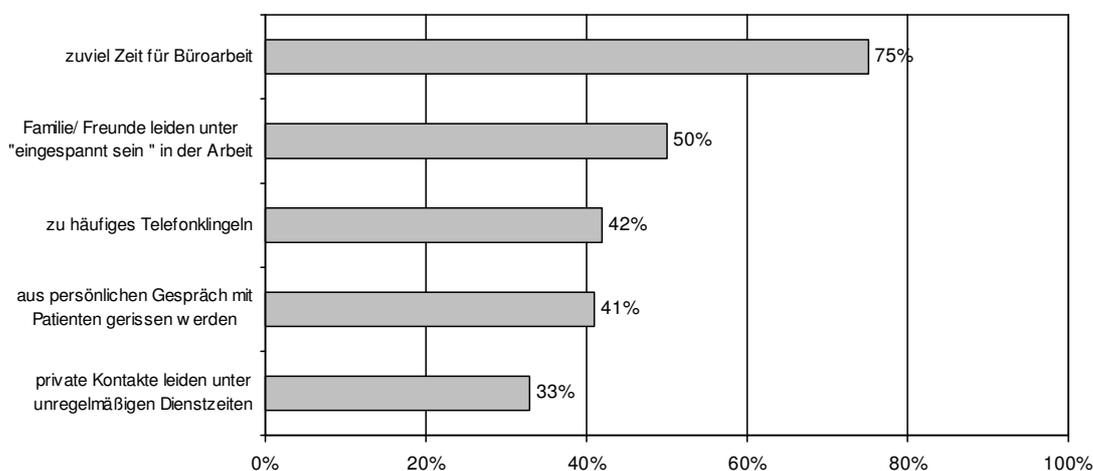


Abb. 27: Fallbetrieb KLG: Arbeitsbelastungen der Ärzte im Pilotbereich (Angaben in %; N = 12; Anteil der Befragten mit „trifft zu und belastet eher/sehr stark“-Antworten)

Quelle: Münch et al. (2003, S. 132)

<sup>81</sup> Das präsentierte Datenmaterial basiert auf den Erhebungen der KLG. Da es sich im Funktionsdienst um eine sehr kleine Stichprobe (N = 4) handelte, war die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich eingeschränkt. Auf eine Darstellung der Befunde wird daher verzichtet.

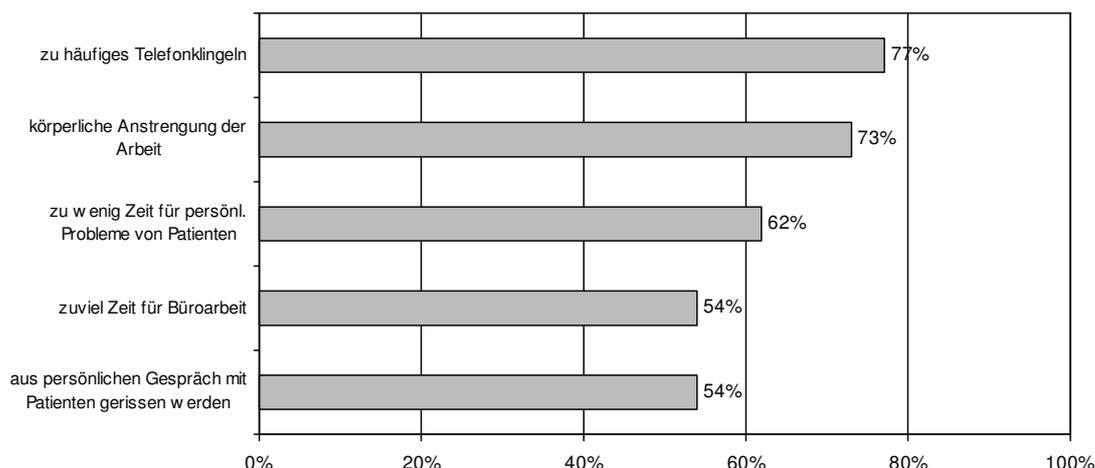


Abb. 28: Fallbetrieb KLG: Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte im Pilotbereich (Angaben in %; N = 26; Anteil der Befragten mit „trifft zu und belastet eher/sehr stark“-Antworten)  
 Quelle: Münch et al. (2003, S. 133)

Hinsichtlich der körperlichen/psychosomatischen Beschwerden<sup>82</sup> standen im Pflegedienst im Vordergrund: „schnelles Ermüden“, gefolgt von „Rückenschmerzen“, „Schlafstörungen“, „sich müde und zerschlagen fühlen“ und „Nacken-/Schulerschmerzen“ (s. Abb. 29). Die diesbezüglichen Befunde im Ärztlichen Dienst fielen insgesamt deutlich positiver aus. Die häufigsten körperlichen/psychosomatischen Beschwerden in dieser Berufsgruppe waren: „Rückenschmerzen“, „schnelles Ermüden“, „Aufregung am ganzen Körper spüren“, und „sich müde und zerschlagen fühlen“ (s. Abb. 30).

<sup>82</sup> Die körperlichen bzw. psychosomatischen Beschwerden wurden mit der Kurzform des „Freiburger Beschwerdeninventars“ erfasst (v. Zerssen 1976).

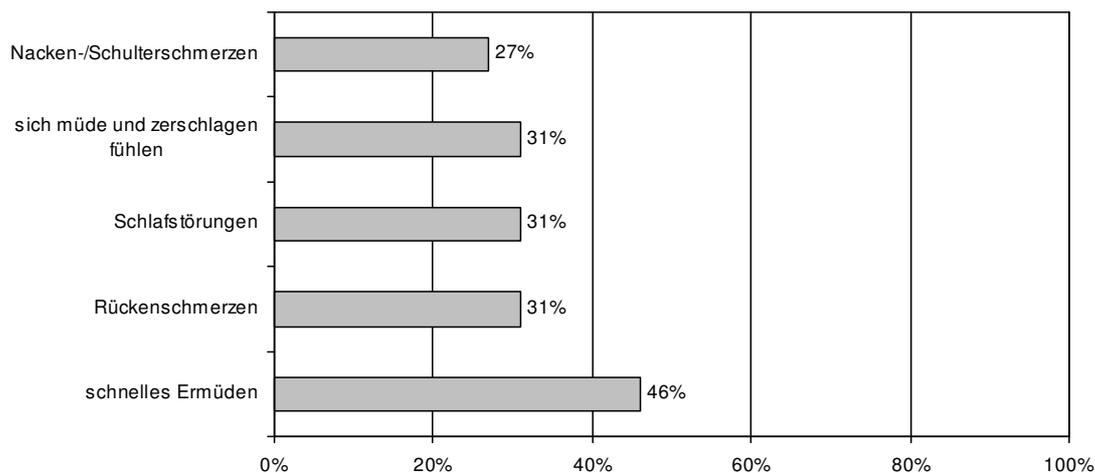


Abb. 29: Fallbetrieb KLG: Psychosomatische Beschwerden der Pflegekräfte im Pilotbereich (Angaben in %; N = 26; Anteil der Befragten mit „alle Tage/fast immer“-Antworten)

Quelle: Münch et al. (2003, S. 134)

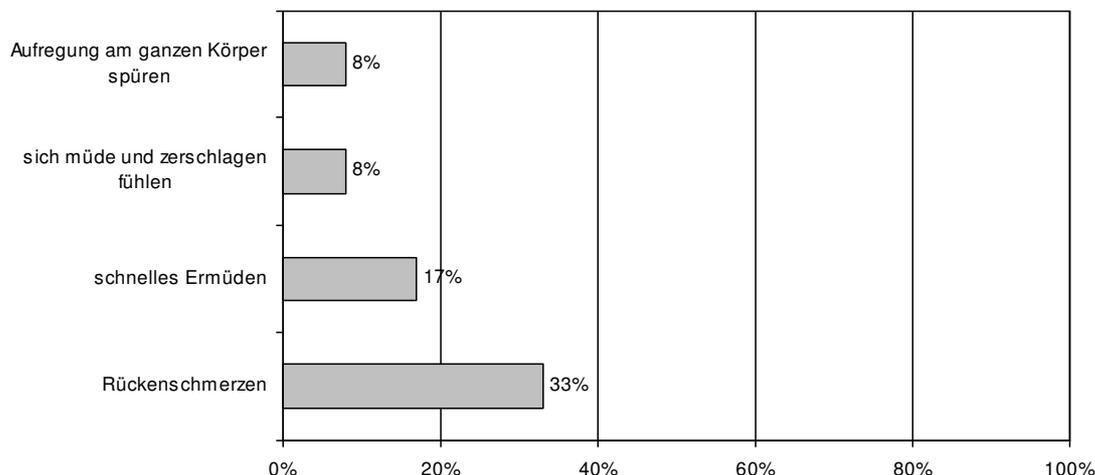


Abb. 30: Fallbetrieb KLG: Psychosomatische Beschwerden der Ärzte im Pilotbereich (Angaben in %; N = 12; Anteil der Befragten mit „alle Tage/fast immer“-Antworten)

Quelle: Münch et al. (2003, S. 135)

Die Befunde für das subjektiv empfundene „psychosoziale Wohlbefinden“<sup>83</sup> fielen im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst positiv aus. 83% der befragten Ärzte und 85% der Pflegekräfte äußerten ein stark ausgeprägtes psychosoziales Wohlbefinden. Deutliche Unterschiede zeigten sich jedoch bei der Arbeitszufriedenheit und der institutionellen Verbundenheit. Knapp zwei Drittel (64%) der befragten Ärzte zeigten sich (sehr) zufrieden mit ihrer Arbeitssituation, bei den Pflegekräften war dies lediglich ein knappes Fünftel (19%). Ebenfalls zwei Drittel (67%) der befragten Ärzte gaben an, sich

<sup>83</sup> Das psychosoziale Wohlbefinden wurde mit der „Affect Balance Scale“ (Bradburn 1969) in der deutschen Version von Badura et al. (1987) erfasst.

(sehr) stark mit dem Haus verbunden zu fühlen, im Pflegedienst waren lediglich 19% dieser Ansicht.

Bei der Ergebnispräsentation im März 2001 wurde deutlich, dass zumindest für den Ärztlichen Dienst die zum Zeitpunkt der Befragung getroffenen Aussagen nur noch eingeschränkte Gültigkeit besaßen. Dies war offensichtlich in erster Linie auf einen Wechsel der Ärztlichen Leitung und damit einhergehenden Veränderungen in der Arbeitsorganisation und den Arbeitsabläufen zurückzuführen. So zeigte sich in der Diskussion mit den Beschäftigten, dass das Belastungserleben im Ärztlichen Dienst aufgrund von „zuviel Büroarbeit“ und „Beeinflussung des Privatlebens durch die Arbeit“ gegenüber dem Zeitpunkt der Befragung (Juni/Juli 2000) deutlich zugenommen hatte. Als zusätzliche, maßgebliche Belastung wurde ferner der starke Anstieg der Überstunden seit Herbst 2000 beschrieben.

Im Fallbetrieb WZPPP wurde die Mitarbeiterbefragung von Mai bis Juni 2000 in der Abteilung „Allgemeine Psychiatrie III“ durchgeführt. Die Befragung war eingebunden in die organisationsweite Befragung eines zeitgleichen Organisationsentwicklungsprojektes. Daher kamen in der Piloteinheit zwei Instrumente zum Einsatz – ein „Mantelfragebogen“ und ein zusätzlicher „Gesundheitsfragebogen“. In die Befragung wurden 78 Mitarbeiter aus dem Pilotbereich einbezogen, Der Rücklauf betrug 57,7% (N = 45) für den Mantelfragebogen und 51,3% (N = 40) für den Gesundheitsfragebogen.

Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Befragung sowie die Präsentation der Ergebnisse erfolgten in diesem Fallbetrieb durch die externe Prozessbegleitung. Die Ergebnisse wurden dem Steuerungsgremium im Oktober 2000 präsentiert. Für die Beschäftigten der Piloteinheit erfolgte die Ergebnispräsentation im Dezember 2000. Zudem wurden zentrale Ergebnisse der Befragung im März 2000 in der Projektzeitung veröffentlicht.

Die Befunde der Befragung<sup>84</sup> wiesen – mit unterschiedlicher Deutlichkeit bei den verschiedenen Berufsgruppen – zum einen auf Handlungsbedarf hinsichtlich der Bedingungen am Arbeitsplatz und im Arbeitsumfeld hin (z.B. raumklimatische Bedingungen, Gestaltung der Möbel, technische Ausstattung). Darüber hinaus wurden eine Reihe von Belastungen im Stationsalltag erkennbar (s. Abb. 31). Bei den therapeutischen Berufsgruppen stand an erster Stelle die „aufwendige Behandlungsdokumentation“ (79% der Befragten gaben an „trifft zu und belastet eher/sehr stark“), gefolgt von „zu häufigem Telefonklingeln“ (46%), „Patienten, die wenig zur Behandlung beitragen“ (41%), „zu viel Zeit für Büroarbeit“ (40%), „zu wenig Zeit für die Probleme einzelner Patienten“

---

<sup>84</sup> Das präsentierte Datenmaterial basiert auf den Erhebungen und Auswertungen des WZPPP.

(40%), „zu wenig Einzelzimmer für akutpsychiatrisch Schwersterkrankte“ (33%) sowie „aggressive Patienten“ (33%). Die Beschäftigten im Pflegedienst fühlten sich vor allem durch „zu wenig Einzelzimmer für akutpsychiatrisch Schwersterkrankte“ belastet (64% gaben an „trifft zu und belastet eher/sehr stark“), gefolgt von „aufwendige Behandlungsdokumentation“ (52%) und „aggressive Patienten“ (50%).

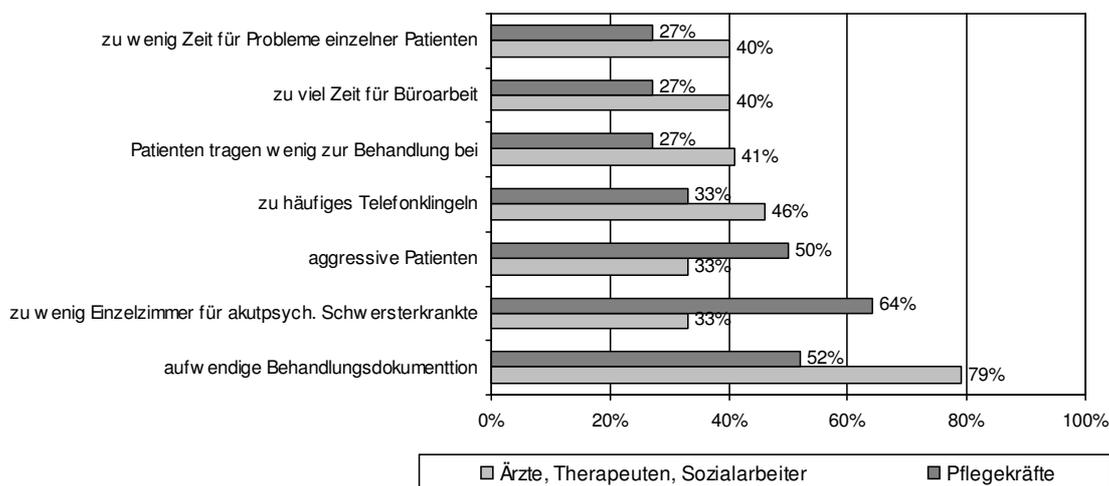


Abb. 31: Fallbetrieb WZPPP: Arbeitsbelastungen der Beschäftigten im Pilotbereich (Angaben in %; Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter: N= 15; Pflegedienst: N = 22; Anteil der Befragten mit „trifft zu und belastet eher/sehr stark“-Antworten)

Quelle: Münch et al. (2003, S. 167)

Bei den körperlichen/psychosomatischen Beschwerden<sup>85</sup> ergab sich folgendes Bild (s. Abb. 32): Bei den Ärzten, Therapeuten und Sozialarbeitern standen „Kopfschmerzen“ (33%) an erster Stelle der Beschwerdeshäufigkeit, gefolgt von „schnellem Ermüden“ (29%) „Nervosität“ (27%) „Schlafstörungen“ (20%) und „empfindlicher Magen“ (20%). Bei den Pflegekräften standen an erster Stelle der subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen „Schlafstörungen“ (41%), gefolgt von „Rückenschmerzen“ (36%) „empfindlicher Magen“ (28%) sowie „Kopfschmerzen“ und „Nackenschmerzen“ (je 23%).

<sup>85</sup> Die körperlichen bzw. psychosomatischen Beschwerden wurden mit der Kurzform des „Freiburger Beschwerdeninventars“ erfasst (v. Zerssen 1976).

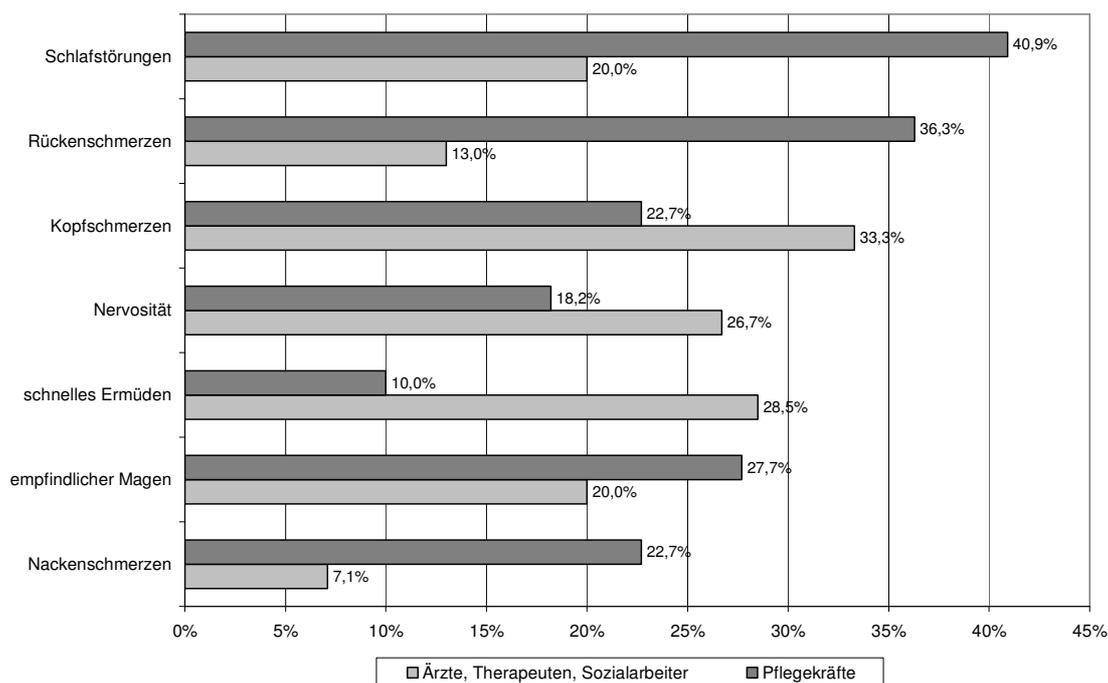


Abb. 32: Fallbetrieb WZPPP: Psychosomatische Beschwerden der Beschäftigten im Pilotbereich (Angaben in %; Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter: N = 15, Pflegedienst: N = 22; Anteil der Befragten mit „alle paar Tage“ – „fast immer“-Antworten)

Quelle: Münch et al. (2003, S. 168)

Bezogen auf die „Arbeitszufriedenheit“ zeigte sich gut die Hälfte (53%) aller Befragten eher bis sehr zufrieden. Weitere 44% ordneten sich der mittleren Kategorie zu. Lediglich 3% der Mitarbeiter äußerten sich eher unzufrieden, niemand zeigte sich sehr unzufrieden. Damit lag die durchschnittliche Arbeitszufriedenheit im Pilotbereich deutlich über den Befunden des gesamten WZPPP.

### *Zusammenfassende Bewertung der Diagnose*

Bezogen auf den ersten Kernprozess ergibt die Auswertung der vier Fallstudien folgendes Bild: Eine systematische und zielgerichtete Diagnose bedeutete für alle Betriebe eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, die ohne externe Unterstützung kaum zu bewältigen war. Entscheidend für das Qualitätsniveau waren vor allem das Ausmaß der verfügbaren Ressourcen, das vorhandene bzw. nutzbare Fachwissen und die methodisch/-instrumentellen Fertigkeiten. Darüber hinaus ist für den Kernprozess Diagnose folgendes festzuhalten:

Alle Fallbetriebe konzentrierten sich bei der Diagnose vorrangig auf eine Methode – die quantitative Mitarbeiterbefragung. Auf den Einsatz anderer diagnostischer Verfahren bzw. auf die Berücksichtigung anderer Datenquellen (z.B. Routine-Daten von Kranken-

kassen) wurde weitgehend verzichtet. Lediglich in einem Fall (WZPPP) ist es im weiteren Verlauf gelungen, die Ergebnisse der Befragung mit anderen gesundheitsbezogenen Daten und Informationen zu einem betrieblichen Gesundheitsbericht zusammenzufassen.

Die Durchführung einer professionellen, den Standards der empirischen Sozialforschung genügenden Mitarbeiterbefragung stellte für alle Betriebe eine große Herausforderung dar. Dies galt zum einen für die Entwicklung eines validen, zuverlässigen Erhebungsinstrumentes. Die Auswertung der Fallstudien macht deutlich, dass die Fragebogenentwicklung eine höchst anspruchsvolle und zeitaufwendige Aufgabe darstellt, die von den Betrieben in Eigenregie kaum zu meistern war. Dies galt zum zweiten aber auch für die Auswertung und Interpretation der erhobenen Daten. In drei von vier Fällen (AWO, KLG, WZPPP) fehlten die hierzu erforderlichen Ressourcen und Kompetenzen nahezu vollständig. In dem vierten Fall (EVAG) war zumindest punktuell Unterstützung durch externe Experten erforderlich.

Dennoch hat sich die Mitarbeiterbefragung als ein geeignetes Instrument erwiesen, um eine solide Datenbasis für die Identifizierung von Problem- und Handlungsfeldern sowie für die nachfolgende Planung und Durchführung zielgerichteter Interventionen zu liefern. In einem Fall (WZPPP) konnten die Befragungsergebnisse aufgrund des speziellen Projektverlaufs für die Durchführung von Interventionen im Pilotbereich allerdings nur noch ergänzend genutzt werden. Hier lieferten die Befunde jedoch eine gute Grundlage für die Identifizierung von Handlungsfeldern und die Ableitung von Maßnahmen auf Ebene der Gesamtorganisation.

### **Interventionsplanung**

Die Interventionsplanung erfolgte in den vier Fallbetrieben vorrangig in den betrieblichen Steuerungsgremien. Die inhaltliche Grundlage für die Planung lieferten vor allem die Befunde aus den Mitarbeiterbefragungen.

Im Anschluss an die Diskussion und Bewertung der Befragungsergebnisse sowie eine erste Prioritätensetzung planten alle Betriebe als ersten Meilenstein die Einrichtung von Qualitäts- bzw. Gesundheitszirkeln in den jeweiligen Piloteinheiten. Die Zirkel erhielten den Auftrag, die in den Befragungen identifizierten Problem- und Handlungsfelder gemeinsam mit Mitarbeitern vertiefend zu analysieren und hierzu konkrete Lösungsvorschläge zu entwickeln. Festgelegt wurden in den Steuerungsgremien allgemeine Eckdaten für die Zirkelarbeit, wie Themenstellung, Teilnehmerkreis, Sitzungshäufigkeit und Dauer der Sitzungen sowie die Moderation der Zirkel. Ein Fallbetrieb (WZPPP) nahm

insofern eine Sonderrolle ein, als hier ein erster Qualitätszirkel bereits im Vorfeld der Mitarbeiterbefragung in der Piloteinheit eingerichtet wurde.<sup>86</sup> Dieser Zirkel erhielt den Auftrag, eine Bestandsaufnahme der Themen vorzunehmen, die nachfolgend in der Piloteinheit bearbeitet werden sollten.

Die Planung weiterer konkreter Maßnahmen – hierzu gehörten u.a. Angebote zur Verhaltensprävention, Änderungen in den Arbeitsabläufen und in der Dienstplangestaltung, Programme für Führungskräfte – erfolgte entweder parallel zur Zirkelarbeit und/oder nach Abschluss der Zirkel auf Grundlage der dort erarbeiteten Ergebnisse (s. nachfolgender Abschnitt Intervention).

### *Zusammenfassende Bewertung der Interventionsplanung*

Die Auswertung der Fallstudien hat gezeigt, dass die Bedeutung dieses Kernprozesses für die Qualität der nachfolgenden Interventionen und damit letztlich für die Effekte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zunächst von allen Betrieben unterschätzt wurde. Wenngleich das grundsätzliche Vorgehen im Rahmen der Interventionsplanung – d.h. die Identifizierung von Problembereichen und die Ableitung problemorientierter Interventionsmaßnahmen auf der Basis der Mitarbeiterbefragung – als adäquates Handeln zu bezeichnen ist, fehlte es jedoch an einer ausreichend präzisen Zieldefinition für die nachfolgenden Interventionen. Auch wurde einer detaillierten Zeit-, Arbeits- und Kostenplanung seitens der Betriebe nicht genügend Beachtung geschenkt. Entsprechend musste hier in allen vier Organisationen mit Unterstützung der Begleitforschung nachgesteuert werden. Ebenso wie auf der Ebene des Gesamtvorhabens wurde das Qualitätsniveau der Interventionsplanung von den in den Betrieben vorhandenen Kompetenzen und Erfahrungen im Projektmanagement beeinflusst. Diesbezügliche Defizite machten sich bei diesem Kernprozess besonders deutlich bemerkbar. Umso wichtiger war in diesem Fall die Kooperation mit externen Experten.

### **Intervention**

Im Rahmen der Intervention führten die vier Fallbetriebe zahlreiche unterschiedliche Aktivitäten durch, die zum einen auf die Beschäftigten (Mitarbeiter und Führungskräfte) und ihr Verhalten zielten, zum anderen auf die Arbeits- und Organisationsbedingungen und ihre gesundheitsförderliche Gestaltung. Im Folgenden werden die wesentlichen Maßnahmen der Betriebe nacheinander dargestellt.

---

<sup>86</sup> Ausschlaggebend für dieses Vorgehen waren in erster Linie zeitliche Verzögerungen im Projekt.

Der Fallbetrieb AWO richtete auf der Grundlage der Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung im November 2000 zunächst drei berufsgruppenübergreifende Qualitätszirkel zu folgenden Themen ein: „Spannungen am Arbeitsplatz“, „Informationsverhalten der Führungskräfte und Informationsfluss zwischen Mitarbeitern“ sowie „Belastungssituationen im Stationsalltag“.

Aufgrund einer Entscheidung der Geschäftsführung, die Zirkel kostenneutral zu veranstalten, erfolgte die Zirkelmoderation nicht durch qualifizierte externe Moderatoren, sondern durch interne Akteure, die eine „Patenfunktion“ übernahmen. Bis einschließlich Mai 2001 entwickelten die Teilnehmer der Zirkel – trotz erkennbar nachlassendem Interesse an der Gruppenarbeit – eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen. Diese bezogen sich auf das baulich-räumliche Arbeitsumfeld, den Informationsfluss sowie die Kommunikation und Kooperation innerhalb und zwischen den Berufsgruppen. Die Ergebnisse der Zirkelarbeit wurden dem Steuerungsgremium im Mai 2001 präsentiert.

Der Steuerkreis zeigte sich mit der Effektivität und Effizienz der Zirkel nicht zufrieden. Daher wurde im Zeitraum August bis September 2001 ein weiterer interdisziplinär zusammengesetzter Gesundheitszirkel durchgeführt, in diesem Fall moderiert durch eine geschulte Mitarbeiterin der am Projekt beteiligten Krankenkasse (AOK).<sup>87</sup> Im Rahmen von sechs Zirkelsitzungen wurden folgende Themen bearbeitet: „körperliche und psychische Belastungen“, „Arbeitszeitbelastungen“, „Arbeitsbedingungen und Organisation“. Die dazu entwickelten Lösungsvorschläge zielten in erster Linie auf eine Verbesserung der Dienstplangestaltung, die Optimierung von Arbeitsabläufen und die Einrichtung eines Fitnessraumes. Die Ergebnisse der Zirkelarbeit wurden dem Steuerungsgremium und den Mitarbeitern der Pilotereinheit im November 2001 präsentiert.

Darüber hinaus wurden in diesem Fallbetrieb berufsgruppen- und hierarchieübergreifend besetzte Arbeitsgruppen zu folgenden Themen eingerichtet: „Aufbau einer betrieblichen Gesundheitsberichterstattung“, „Qualifizierung von Führungskräften“ (Schwerpunkt: Zielvereinbarungen, Mitarbeiterfördergespräch), „Leitbildentwicklung“ sowie „einheitliche Dienstkleidung“.<sup>88</sup>

Zum Aufbau einer betrieblichen Gesundheitsberichterstattung wurde ein erstes Konzept entwickelt und dem Steuerungsgremium im Mai 2001 präsentiert. Die weitere Bearbeitung der Thematik erfolgte über den Beobachtungszeitraum hinaus. Zum Thema „Führung“ fand im August 2000 im Seniorenzentrum Hagenbeckstraße ein erstes Seminar

---

<sup>87</sup> An dem Gesundheitszirkel nahmen insgesamt 10 Mitarbeiter aus den Bereichen Pflege und Hauswirtschaft teil.

<sup>88</sup> Die Aktivitäten zum Thema „Führung“ erfolgten in Abstimmung mit dem gesamten Landesverband.

zur „Einführung eines kooperativen Führungsstils“ statt. Darüber hinaus nahmen die Führungskräfte des Seniorenzentrums seit Februar 2002 an einer einjährigen Qualifizierungsmaßnahme auf Ebene des Landesverbandes teil. Ein Leitbildentwurf für den Pilotbereich lag am Ende des Beobachtungszeitraums zur Verabschiedung vor, die neue Dienstkleidung war ausgewählt.

Der Fallbetrieb EVAG realisierte im Beobachtungszeitraum folgende Maßnahmen: In beiden Pilotbereichen wurde jeweils im Zeitraum von Dezember 2000 bis Mai 2001 ein hierarchie- und berufsgruppenübergreifend besetzter Gesundheitszirkel durchgeführt, moderiert durch die beteiligte Betriebskrankenkasse. An dem Zirkel im Fahrdienst nahmen 14 Personen teil, im Bereich Gleis- und Weichentechnik waren es 10 Teilnehmer.<sup>89</sup> Auf Grundlage der Befunde aus der Mitarbeiterbefragung analysierten die Zirkelteilnehmer zentrale Arbeitsbelastungen („Belastungen am Arbeitsplatz und im Arbeitsumfeld“, „körperliche Belastungen“ sowie „psychosoziale Belastungen“) und formulierten dazu zahlreiche Verbesserungsvorschläge. Im Fahrbetrieb wurden insgesamt 58 Verbesserungsvorschläge zu 27 Belastungssituationen erarbeitet. Die Zirkelteilnehmer aus dem Bereich Gleis- und Weichentechnik entwickelten ebenfalls 55 Vorschläge zu 28 Belastungsarten. Die Rückmeldung der Zirkelergebnisse an das Steuerungsgremium erfolgte erstmalig im Februar 2001 und in weiteren nachfolgenden Sitzungen. In jeweils einem Abschlussworkshop (November 2001 bzw. März 2002) fand gemeinsam mit den Zirkelteilnehmern eine abschließende Diskussion zum Stand der Umsetzung von Lösungsvorschlägen statt. Während im Pilotbereich Gleis- und Weichentechnik ein Großteil der Lösungsvorschläge bereits im Beobachtungszeitraum umgesetzt werden konnte, war dies im Fahrbetrieb nur zu einem Teil der Fall.

Aus den Ergebnissen beider Gesundheitszirkel resultierten bis zum Frühjahr 2002 eine Reihe weiterer verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen, die in Kooperation mit externen Experten realisiert wurden. Dazu gehörten im Bereich Gleis- und Weichentechnik Belastungsmessungen zum „Heben und Tragen“ sowie die Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten in Zusammenarbeit mit dem Berufsgenossenschaftlichen Institut BIA und der Berufsgenossenschaft BG Bahnen. Im Fahrdienst war dies die Entwicklung eines wissenschaftlich begleiteten und evaluierten computergestützten Trainingsprogramms zur Stressprävention – ebenfalls in Zusammenarbeit mit der Berufsge-

---

<sup>89</sup> An dem Zirkel im Bereich FB 3 nahmen teil: sechs Fahrerinnen und Fahrer, ein Disponent und ein Fahrmeister, der Leiter FB 3, der Leiter Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt, ein Mitglied des Betriebsrates sowie zwei Mitarbeiterinnen aus dem Bereich Personalentwicklung. Teilnehmer des Zirkels im Bereich TI 5 waren: fünf Handwerker und Facharbeiter, der Leiter TI 5, der Leiter Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt, ein Mitglied des Betriebsrates sowie eine Mitarbeiterin aus dem Bereich Personalentwicklung.

nossenschaft BG Bahnen<sup>90</sup> – sowie ein Modellversuch zur Einführung eines flexiblen Dienstplansystems. Zu den weiteren relevanten Aktivitäten gehörte die Aktion „Das Kreuz mit dem Kreuz“ – ein Programm zur medizinischen Diagnose und anschließenden Therapie spezifischer Rückenbeschwerden/-erkrankungen. Zur Bearbeitung des Themas „Führung“ erfolgte im Zeitraum Mai bis Dezember 2001 ein Coaching für die Leiter der beiden Piloteinheiten. Die Maßnahme mit jeweils sechs Sitzungen wurde durch die externe Prozessbegleitung durchgeführt.

Darüber hinaus wurde im Unternehmen eine Arbeitsgruppe „betriebliche Gesundheitsberichterstattung“ eingerichtet, die unter Beteiligung betrieblicher Akteure sowie Vertretern der Betriebskrankenkasse und der Berufsgenossenschaft erste Grundlagen für ein regelmäßiges Berichtswesen entwickelte. Die weitere Bearbeitung dieses Themas erfolgte über den Beobachtungszeitraum hinaus.

Der Fallbetrieb KLG führte im Zeitraum von Oktober bis 2000 Januar 2001 sowie von September bis November 2001 zwei berufsgruppenübergreifende Qualitätszirkel im Pilotbereich durch. Vorrangiges Ziel der Zirkelarbeit war es, die interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit im stationären Bereich zu verbessern. An dem ersten Zirkel nahmen insgesamt zehn Mitarbeiter aus dem Ärztlichen Dienst und der Pflege teil, an dem zweiten Zirkel waren fünf Mitarbeiter berufsgruppenübergreifend beteiligt. Die Zirkel wurden von einer entsprechend qualifizierten Mitarbeiterin aus dem Bereich Qualitätsmanagement moderiert. In sechs bzw. fünf Zirkelsitzungen entwickelten die Teilnehmer im Anschluss an eine vertiefende Problemanalyse eine Reihe konkreter Lösungsvorschläge. Dazu gehörten z.B. die Regelung von Zuständigkeiten in der Patientenversorgung (z.B. Anhängen von Infusionen), die Einführung patientenbezogener Fallbesprechungen sowie regelmäßige Stations- und Abteilungsbesprechungen. Die Ergebnisse der Zirkelarbeit wurden dem Steuerkreis vorgestellt und dort diskutiert. Die Umsetzung der Lösungsvorschläge in den Klinikalltag war zum Ende des Beobachtungszeitraums noch nicht abgeschlossen. Weitere Maßnahmen wurden in diesem Betrieb nicht realisiert.

Der Fallbetrieb WZPPP nahm insofern eine Sonderrolle ein, als hier bereits im September 1999, und damit vor der Mitarbeiterbefragung, ein erster berufsgruppenübergreifender Qualitätszirkel in der Piloteinheit durchgeführt wurde. Ziel der Zirkelarbeit war es, Problembereiche und Handlungsbedarfe innerhalb der Abteilung zu identifizieren und Lösungsvorschläge zur Belastungsreduzierung zu entwickeln.

---

<sup>90</sup> Die erstmalige Durchführung des Programms erfolgte im Zeitraum Ende Januar 2001 bis Mitte Februar 2002. Teilgenommen haben daran insgesamt 38 Straßenbahn- und Busfahrer.

An dem Zirkel nahmen zehn Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen der Fachklinik teil. Die Zirkelmoderation übernahm ein dazu qualifizierter Mitarbeiter aus dem Bereich Innerbetriebliche Fortbildung. Die im Qualitätszirkel identifizierten Entwicklungsnotwendigkeiten bezogen sich in erster Linie auf folgende Aspekte: „Informationsfluss sowie Gesprächsmöglichkeiten und Feedback zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten“, „Qualität der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern“ sowie „Vertretungsregelungen bei Urlaub und sonstigen Abwesenheitsgründen von Assistenzärzten“. Die dazu entwickelten Lösungsvorschläge – regelmäßige Information über geplante personelle und sonstige Veränderungen im Rahmen der Abteilungsbesprechung, regelmäßige Teilnahme von Führungskräften an Teamsitzungen und Protokollierung der Sitzungsergebnisse, verbindlicher Rotationsplan für Assistenzärzte – wurden dem Steuerungsgremium bereits bei der konstituierenden Sitzung im März 2000 präsentiert. Im Anschluss an den Zirkel entwickelte eine Arbeitsgruppe zum Thema „Gesprächsmöglichkeiten und Feedback zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten“ einen Leitfaden „Mitarbeiterfördergespräche“.

Ein zweiter Qualitätszirkel zum Thema „Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Abteilung und dem Verwaltungsbereich sowie zur verbesserten Einbindung aller Berufsgruppen in den therapeutischen Prozess“ arbeitete im Anschluss an die Mitarbeiterbefragung im Zeitraum August bis Oktober 2000. Der teilnehmende Personenkreis entsprach dem des ersten Zirkels. Die entwickelten Verbesserungsvorschläge – gemeinsame Aufnahmegespräche von neuen Patienten mit Ärzten und Pflegekräften, gemeinsame Erstellung der Diagnose und des Therapieplans, Änderung der Visitenstruktur (Chefarzt und Assistenzärzte betreffend), Einführung von Fallbesprechungen für „Problempatienten“ sowie Qualifizierungsmaßnahmen zur Verbesserung der patientenbezogenen Verlaufsberichte – wurden dem Steuerungsgremium im Januar 2001 vorgestellt. Aus den Lösungsvorschlägen entwickelte eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Führungskräften und Mitarbeitern der Piloteinheit sowie eines Vertreters der Betriebsleitung eine Reihe konkreter Umsetzungsvorschläge, die auf folgende Aspekte zielten: Verbesserung der Aufnahmesituation von Patienten (Erstkontakt und Anamnese), verbesserte Behandlungsdokumentation, Verlegung von Patienten innerhalb der Abteilung, Optimierung von Team- und Fallbesprechungen sowie von Visiten.

Zum Thema „Führung“ realisierte der Fallbetrieb WZPPP mit finanzieller Unterstützung des zuständigen Unfallversicherungsträgers im November 2000 zum einen in der Piloteinheit ein zweitägiges Kommunikationstraining für Führungskräfte aus der Pflege und dem Ärztlichen Dienst. Darüber hinaus fand im Juni 2001 eine Wochenendklausur jeweils für die erste und zweite Führungsebene des Ärztlichen Dienstes, des Therapeutischen Dienstes und der Verwaltung der Gesamtorganisation statt.

Darüber hinaus initiierte der Fallbetrieb eine Reihe weiterer Aktivitäten. Dazu gehörte die Einrichtung einer Arbeitsgruppe „Aufbau eines kontinuierlichen Berichtswesens als Basis zielgerichteter Maßnahmen und als Controllinginstrument für das WZPPP Dortmund“. Unter Beteiligung verschiedener betrieblicher Akteure (Projektleitung, Projektbüromitarbeiter, Personalratsvorsitzende und Stellvertretung, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Vertreter des Betriebsärztlichen Dienstes, Gleichstellungsbeauftragte, Qualitätsbeauftragter) sowie Vertretern der Betriebskrankenkasse und des Unfallversicherungsträgers wurde im Sommer 2002 ein erster Gesundheitsbericht für die Klinik erstellt und der Betriebsleitung zur Genehmigung vorgelegt. Für die Zukunft war die Erstellung eines jährlichen Gesundheitsberichts geplant sowie die kontinuierliche Weiterentwicklung unter Einbeziehung zusätzlicher Informations- und Datenquellen.

Eine weitere Arbeitsgruppe erhielt den Auftrag, konkrete Vorschläge zur dauerhaften Integration des Gesundheitsmanagements in die betrieblichen Routinen inklusive der dazu erforderlichen Strukturen, Ressourcen und Kompetenzen zu erarbeiten. Im Vordergrund stand hierbei die Entwicklung einer Organisationsform, die eine Verknüpfung bzw. Steuerung verschiedener Querschnittsaufgaben (z.B. Qualitätsmanagement und Gesundheitsmanagement) in der Gesamtorganisation ermöglichte. Die Entscheidung der Betriebsleitung über das von der Arbeitsgruppe vorgelegte Konzept erfolgte über den Beobachtungszeitraum hinaus.

#### *Zusammenfassende Bewertung der Intervention*

Die Auswertung der vier Fallstudien zeigt, dass Umfang und Qualität der Interventionen erheblich von der Qualität der vorausgegangenen Planung beeinflusst wurden. Ein Negativbeispiel lieferte hier der Fallbetrieb AWO. Defizite in der Effektivität und Effizienz der anfänglichen Zirkelarbeit waren vor allem auf eine unzureichende Konkretisierung der Ziele, unklare Arbeitsaufträge an die Zirkel sowie eine mangelhafte Zeit- und Arbeitsplanung zurückzuführen. Erschwerend kam das Fehlen einer professionellen Moderation hinzu. Das hohe Engagement der handelnden Akteure konnte die fehlende Professionalität in der Moderation nicht vollständig ersetzen. Positiv war hingegen, dass die Erfahrungen aus den ersten Zirkeln für die Organisation und Umsetzung des nachfolgenden Gesundheitszirkels effektiv genutzt und dementsprechend gute Resultate erzielt wurden. Darüber hinaus konnten unter aktiver Beteiligung betrieblicher und insbesondere überbetrieblicher Akteure (Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Betriebsarzt) eine Reihe weitere Themen bearbeitet werden.

Im Fallbetrieb KLG war eine professionelle Zirkelarbeit von Beginn an sichergestellt. Unklare Auftragsformulierungen sowie die unzureichende Abstimmung mit anderen

parallel arbeitenden Gruppen führten aber dennoch auch hier zumindest bezogen auf den ersten Zirkel zu einer eingeschränkten Effektivität und Effizienz der Arbeit. Der insgesamt schleppende Projektverlauf sowie veränderte Rahmenbedingungen (siehe Abschnitt „Diagnose“) hatten zur Folge, dass in diesem Fallbetrieb im Beobachtungszeitraum außer den beiden Zirkeln keine weiteren Aktivitäten durchgeführt wurden.

Positive Beispiele für ein professionelles Vorgehen bei der Intervention lieferten vor allem die Fallbetriebe EVAG und das WZPPP. Beide Organisationen konnten im Beobachtungszeitraum unter Beteiligung betrieblicher Akteure und überbetrieblicher Experten zahlreiche angemessene und bedarfsgerechte Maßnahmen realisieren. Die Aktivitäten zielten zum einen auf die Beschäftigten der Piloteneinheiten und die Förderung eines gesundheitsgerechten Verhaltens, auf die Arbeits- und Organisationsbedingungen sowie auf die Etablierung des Gesundheitsmanagements.

Insgesamt hat sich bei diesem Kernprozess die enge Zusammenarbeit der Fallbetriebe mit externen Akteuren (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, externer Prozessbegleitung) und die Nutzung ihres Fachwissens bewährt. Dies galt umso mehr für den Fall begrenzter betrieblicher Ressourcen und Kompetenzen.

## **Evaluation**

Bei der Evaluation, die von den vier Fallbetrieben durchgeführt wurde, handelte es sich um eine reine Ergebnisevaluation, d.h. um die Prüfung der erzielten Effekte in den jeweiligen Piloteneinheiten. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement bzw. die Qualität der dazu aufgebauten Strukturen und Prozesse war nicht Gegenstand der betriebsinternen Evaluation, sondern Aufgabe der Wissenschaftlichen Begleitung im Projekt.

Zur Datenerhebung setzten die Fallbetriebe unterschiedliche quantitative und qualitative Methoden ein. Drei Betriebe (AWO, EVAG, KLG) führten erneut eine Mitarbeiterbefragung durch. Im Fall der EVAG wurde dasselbe Instrument wie in der Diagnose verwendet, in den beiden anderen Fällen (AWO, KLG) kam ein verkürzter Fragebogen zum Einsatz. Das WZPPP verzichtete hingegen auf eine zweite Mitarbeiterbefragung und konzentrierte sich stattdessen auf eine Evaluation der Qualitätszirkel sowie die Effekte im Pilotbereich und bei den dort Beschäftigten. Im Folgenden werden das Vorgehen der Fallbetriebe der Reihe nach dargestellt sowie ausgewählte, zentrale Evaluationsergebnisse präsentiert.

Der Fallbetrieb AWO führte im Oktober 2001 eine zweite Mitarbeiterbefragung in der Piloteneinheit durch. Der eingesetzte Fragebogen wies im Gegensatz zur Ausgangserhebung einen deutlich reduzierten Umfang auf und konzentrierte sich auf folgende The-

men: „Arbeitsplatz und Arbeitsumfeld“, „Arbeitstätigkeit und Arbeitssituation“, „Arbeitssicherheit“, „Führungsverhalten“, „körperliches und psychosoziales Wohlbefinden“. Der eingesetzte Fragebogen wurde erneut in Zusammenarbeit mit der Wissenschaftlichen Begleitforschung entwickelt. Eingebunden in die Befragung wurden 82 Personen. Der Rücklauf betrug 55% (N = 45) und lag damit knapp unter dem Rücklauf der ersten Befragung.<sup>91</sup> Vorbereitung und Durchführung der Befragung erfolgten durch die AWO, Datenerfassung und -auswertung wurden durch die Wissenschaftliche Begleitung vorgenommen. Die Ergebnisse der Befragung wurden dem Steuerungsgremium im November 2001 und März 2002 präsentiert.

Darüber hinaus wurden im November 2001 durch die externe Prozessbegleitung qualitative Gruppeninterviews mit Beschäftigten aus den Bereichen Pflege und Service geführt. Ziel der Interviews war es, wahrnehmbare Effekte des Projektes jeweils aus Sicht der Mitarbeiter und der Führungskräfte zu erfassen. Die Interviews hatten folgende Themen zum Gegenstand: Kommunikations- und Informationsverhalten zwischen den Mitarbeitern sowie zwischen Mitarbeitern und Führungskräften, generelles Führungsverhalten sowie Umfang und Qualität der Beteiligung von Mitarbeitern bei der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Die Befunde der Mitarbeiterbefragung<sup>92</sup> ließen zumindest für den Pflegedienst signifikante Effekte in folgenden Bereichen erkennen: „baulich-räumliche Bedingungen“ (Belichtung, räumliche Bedingungen), „Umgangston am Arbeitsplatz“, „Spannungen und Konflikte innerhalb und zwischen Berufsgruppen“, „Teamzusammenhalt“, „Führungsverhalten“ (Informations- und Konfliktverhalten) und „institutionelle Verbundenheit mit dem Seniorenzentrum“.<sup>93</sup> Zeigten sich beispielsweise bei der Diagnose 36% der Pflegekräfte eher bis sehr zufrieden mit der „Belichtung am Arbeitsplatz“, erhöhte sich der entsprechende Anteil in der Diagnose auf das Doppelte (72%). Auch die Zufriedenheit mit den räumlichen Bedingungen am Arbeitsplatz verbesserte sich von 22% in der Diagnose auf 52% in der Evaluation (s. Abb. 34).

Spannungen und Konflikte innerhalb des Pflegedienstes sowie zwischen Pflegedienst und Service verringerten sich ebenfalls deutlich. Berichteten beispielsweise in der ersten Befragung 73% der befragten Pflegekräfte über (sehr) häufige „Spannungen zwischen der eigenen und der anderen Schicht“, so verringerte sich dieser Anteil in der zweiten

---

<sup>91</sup> Der Rücklauf im Pflegedienst betrug 48% (N = 29), im Bereich der Hauswirtschaft 71% (N = 17).

<sup>92</sup> Das präsentierte Datenmaterial basiert auf den Erhebungen der AWO.

<sup>93</sup> Im Hauswirtschaftsbereich waren die Fallzahlen zu gering (die Beteiligung lag je nach Frage zwischen acht und max. 17 Personen), um valide Aussagen treffen zu können.

Befragung auf 33%. Zwischen Pflege und Service verringerte sich der Anteil (sehr) häufiger Spannungen von 54% auf 20% (s. Abb. 34).

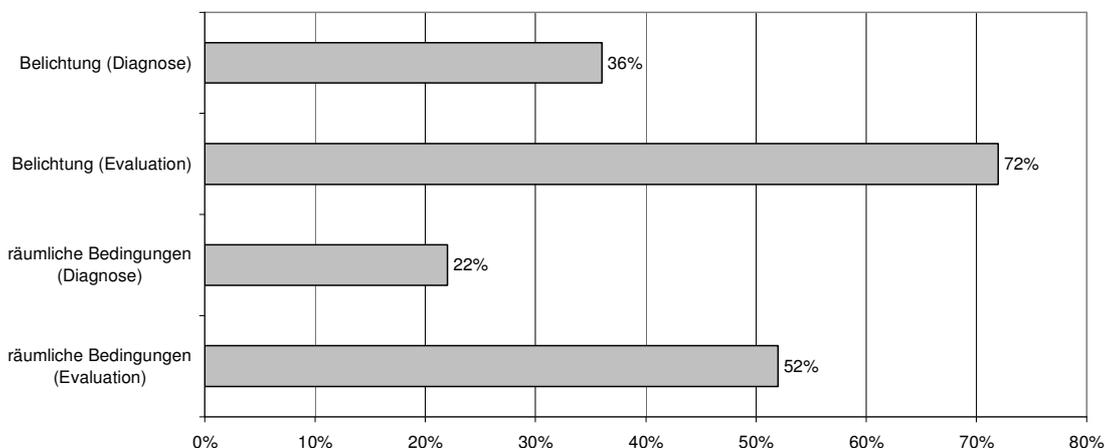


Abb. 33: Fallbetrieb AWO: Zufriedenheit der Pflegekräfte im Pilotbereich mit baulich-räumlichen Bedingungen (Angaben in %; Diagnose: N = 22, Evaluation: N = 29; Anteil der Befragten mit „eher/sehr zufrieden“-Antworten)

Quelle: Münch et al. (2003, S. 67)

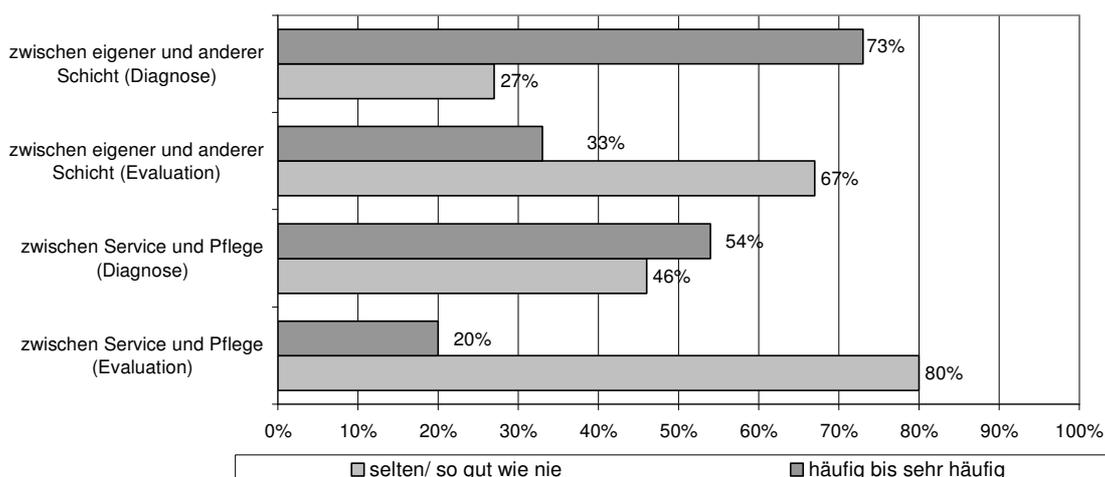


Abb. 34: Fallbetrieb AWO: Häufigkeit von Spannungen und Konflikten im Pilotbereich (Angaben in %; Diagnose: N = 22, Evaluation: N = 29)

Quelle: Münch et al. (2003, S. 69, modifiziert)

Auch hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten konnten im Pilotbereich signifikante Effekte festgestellt werden. So verbesserte sich im Pflegedienst das subjektiv empfundene „psychosoziale Wohlbefinden“ erheblich: Der Anteil der Pflegekräfte mit einem (sehr) guten psychosozialen Wohlbefinden verdoppelte sich im Beobachtungszeitraum von 26% auf 52%. Zugleich bewertete bei der zweiten Befragung kein Mitarbeiter aus dem Pflegedienst mehr sein subjektives Wohlbefinden als (sehr) gering. Bei der ersten Befragung lag der Anteil dieser Teilgruppe noch bei 13% (s. Abb.

35). Ferner war bei einigen körperlichen bzw. psychosomatischen Beschwerden ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Dies gilt insbesondere für „Nackenschmerzen“, „schnelles Ermüden“ sowie „Aufregung am ganzen Körper spüren“.

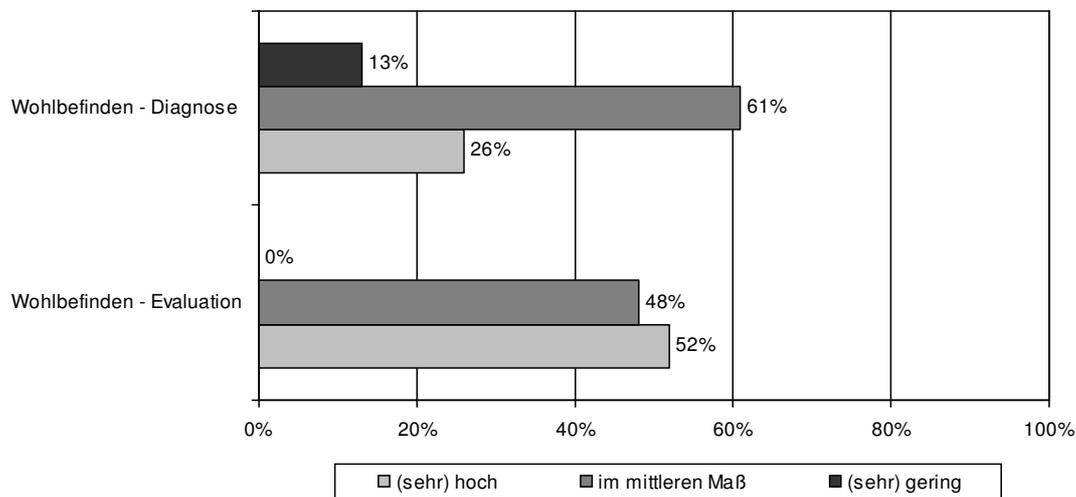


Abb. 35: Fallbetrieb AWO: Psychosoziales Wohlbefinden der Pflegekräfte im Pilotbereich (Angaben in %; Diagnose: N = 23, Evaluation: N = 29)

Quelle: Münch et al. (2003, S. 70, modifiziert)

Der Fallbetrieb EVAG führte im Herbst 2001 bzw. im Januar 2002 in beiden Pilotbereichen erneut eigenständig eine Mitarbeiterbefragung durch. Hierbei wurde das komplette Fragebogeninstrument aus der Diagnose eingesetzt. Die Beteiligung an der Befragung lag bei dieser zweiten Befragung in beiden Bereichen unter 50% und war damit im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt deutlich geringer (Fahrbetrieb FB 3: Rücklauf Evaluation = 48%, Diagnose = 63%; Gleis- und Weichentechnik TI 5: Rücklauf Evaluation = 41%, Diagnose = 85%).

Ergänzend zu der Mitarbeiterbefragung erfolgte eine Evaluation der Gesundheitszirkel in Form einer schriftlichen Befragung der Teilnehmer durch die zuständige Betriebskrankenkasse. Die Evaluation wurde im November 2001 (Fahrbetrieb) bzw. im März 2002 (Gleis- und Weichentechnik) vorgenommen.

Unter Berücksichtigung der gegenüber der Ersterhebung deutlich geringeren Fallzahlen, und der damit eingeschränkten Repräsentativität der Daten, ließen die Befunde der Mitarbeiterbefragung<sup>94</sup> in beiden Piloteneinheiten (z.T. signifikant) positive Effekte in folgenden Bereichen erkennen: „baulich-räumliche Bedingungen am Arbeitsplatz und im

<sup>94</sup> Das Datenmaterial basiert auf den Erhebungen und Auswertungen der EVAG.

Arbeitsumfeld“, „Belastungen im Arbeitsalltag“, „Führungsverhalten“. Die Effekte waren hierbei in den beiden Piloteinheiten unterschiedlich deutlich.

So zeigten sich die Mitarbeiter der Piloteinheiten mit den Bedingungen am Arbeitsplatz deutlich zufriedener, insbesondere mit dem Raumklima und der Gestaltung des Arbeitsplatzes. Im Fahrbetrieb kamen positive Effekte bei den allgemeinen räumlichen Bedingungen hinzu (s. Abb. 36 und Abb. 37).

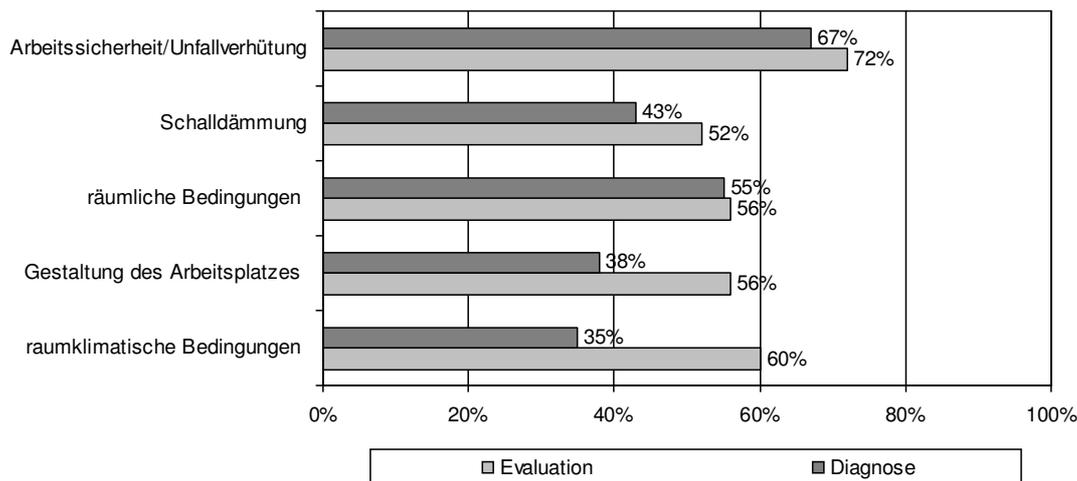


Abb. 36: Fallbetrieb EVAG: Zufriedenheit der Beschäftigten mit Bedingungen am Arbeitsplatz im Pilotbereich TI 5 (Angaben in %; Diagnose: N = 42, Evaluation N = 25, Anteil der Befragten mit „eher/sehr zufrieden“-Antworten)

Quelle: Münch et al. (2003, S. 105)

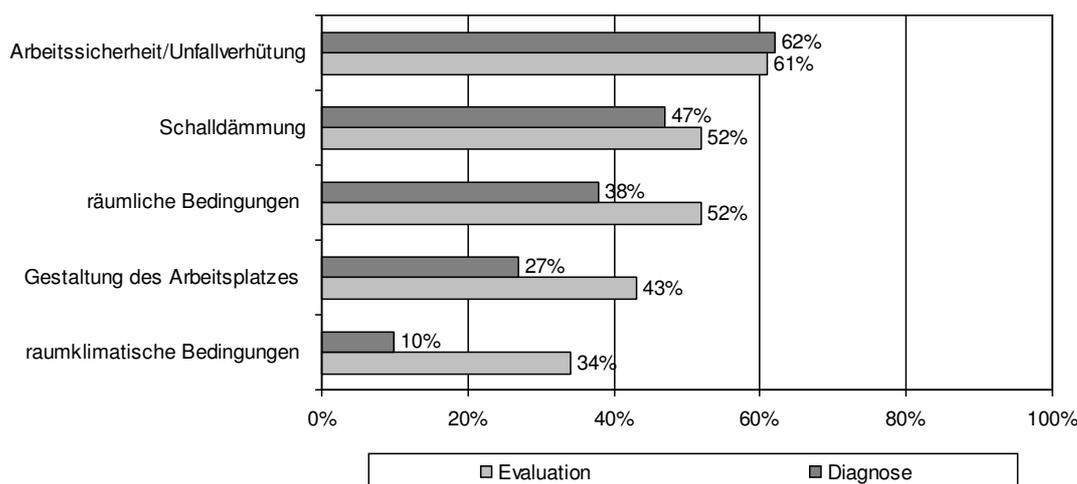


Abb. 37: Fallbetrieb EVAG: Zufriedenheit der Beschäftigten mit Bedingungen am Arbeitsplatz im Pilotbereich FB 3 (Angaben in %; Diagnose: N = 240, Evaluation: N = 154; Anteil der Befragten mit „eher/sehr zufrieden“-Antworten)

Quelle: Münch et al. (2003, S. 106)

Mit Blick auf die wahrgenommenen Belastungssituationen zeigten sich vor allem im Pilotbereich Gleis- und Weichentechnik deutliche Verbesserungen (s. Abb. 39). Im Fahrbetrieb waren die Effekte im Vergleich dazu hingegen weniger deutlich (s. Abb. 38).

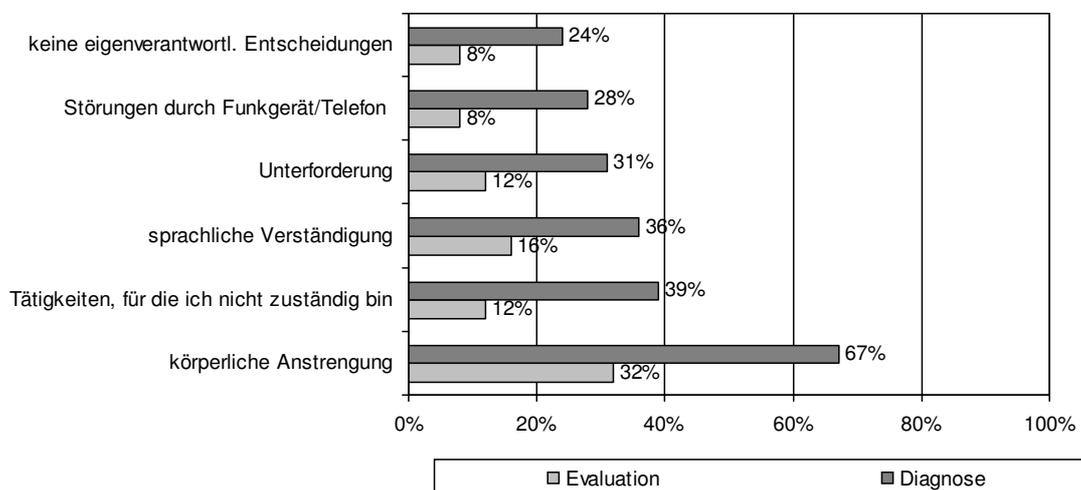


Abb. 38: Fallbetrieb EVAG: Arbeitsbelastungen der Beschäftigten im Pilotbereich TI 5 (Angaben in %; Diagnose: N = 45, Evaluation: N = 25; Anteil der Befragten mit „trifft zu und belastet mich eher/sehr stark“-Antworten)  
 Quelle: Münch et al. (2003, S. 107)

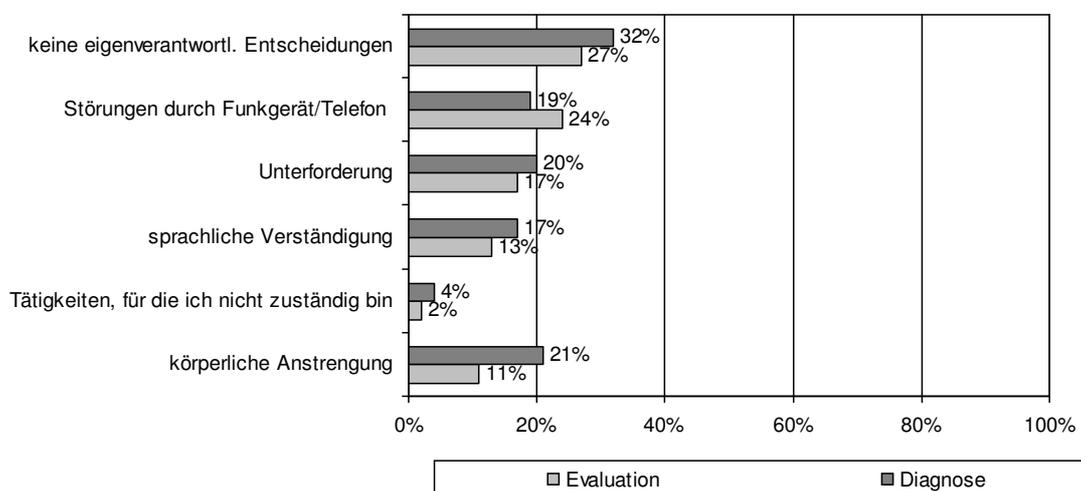


Abb. 39: Fallbetrieb EVAG: Arbeitsbelastungen der Beschäftigten im Pilotbereich FB 3 (Angaben in %; Diagnose: N = 233, Evaluation: N = 163; Anteil der Befragten mit „trifft zu und belastet mich eher/sehr stark“-Antworten)  
 Quelle: Münch et al. (2003, S. 108)

Die Ergebnisse der Gesundheitszirkel-Evaluation fielen für beide Pilotbereiche unterschiedlich aus und bestätigten weitgehend die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung. Die

Teilnehmer aus dem Bereich Gleis- und Weichentechnik vertraten mehrheitlich die Auffassung, dass die wichtigsten entwickelten Lösungsvorschläge vom Unternehmen umgesetzt worden seien und dies zu einer Reduzierung einzelner Arbeitsbelastungen geführt habe. Nahezu alle Teilnehmer wünschten sich für die Zukunft ein regelmäßiges Gesundheitszirkelangebot. Im Unterschied dazu kritisierte der überwiegende Teil der Zirkelteilnehmer aus dem Fahrbetrieb, dass die Umsetzung zentraler Lösungsvorschläge im Projektzeitraum nicht erfolgt sei. Die Hälfte der Befragten war deshalb der Ansicht, dass es aufgrund der mangelhaften Umsetzung nicht zu einer Reduzierung von Arbeitsbelastungen gekommen sei. Gleichwohl wünschten sich auch hier die meisten Zirkelteilnehmer zukünftig regelmäßige Zirkelarbeit.

Der Fallbetrieb KLG führte im November 2001 erneut eine Mitarbeiterbefragung im Pilotbereich durch. Der eingesetzte Fragebogen war gegenüber dem Instrument aus der Diagnose im Umfang reduziert und konzentrierte sich auf folgende Themen: „Arbeitszeit“, „Arbeitstätigkeit“, „Arbeitssituation“, „Führung“, „Befinden“, „Auswirkungen personeller Veränderungen auf den Projektverlauf“. Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte in Abstimmung mit der Wissenschaftlichen Begleitung. Eingebunden in die Befragung waren 46 Personen. Der Rücklauf betrug 52% und war damit gegenüber der ersten Befragung (Rücklaufquote: 81%) deutlich schlechter. Während Planung, Vorbereitung und Durchführung der Befragung sowie die Datenerfassung eigenständig durch den Betrieb erfolgten, wurde die Auswertung der Daten von der Wissenschaftlichen Begleitforschung übernommen.

Aufgrund der im Vergleich zur ersten Befragung deutlich geringeren Fallzahlen ließen die Befunde nur einige Trendaussagen zu. Danach waren vor allem im Ärztlichen Dienst bezogen auf folgende Aspekte negative Effekte zu erkennen: „Arbeitsbelastungen“ und daraus resultierende Konsequenzen für das Privatleben, „Führungsverhalten“, „Spannungen und Konflikte“, „Arbeitszufriedenheit“ sowie „institutionelle Verbundenheit“ mit der Klinik. Darüber hinaus kam es zu einer Zunahme körperlicher bzw. psychosomatischer Beschwerden (z.B. „Schnelles Ermüden“, „Nervosität“, „sich müde und zerschlagen fühlen“, „Schlafstörungen“) sowie zu einer Verschlechterung des psychosozialen Wohlbefindens.

Ähnlich stellte sich die Situation hinsichtlich der meisten Aspekte im Pflegedienst dar, wenn auch in der Ausprägung z.T. weniger deutlich. Anders als im Ärztlichen Dienst kam es jedoch in dieser Berufsgruppe zu einer besseren Bewertung des Führungsverhaltens. Sowohl die Stationsleitungen als auch die nächst höhere Führungsebene (Pflege-

dienstleitung) wurden besser beurteilt.<sup>95</sup> Dennoch verschlechterte sich auch hier das psychosoziale Wohlbefinden. Darüber hinaus nahmen auch einige körperliche bzw. psychosomatische Beschwerden in der Häufigkeit des Auftretens zu (z.B. „Schlafstörungen“, „Schnelles Ermüden“, „Nacken-/Schulterschmerzen“).

Der Fallbetrieb WZPPP setzte für die Evaluation unterschiedliche Methoden ein. Zum einen wurde eine schriftliche Befragung der Teilnehmer der beiden Qualitätszirkel durchgeführt.<sup>96</sup> Gegenstand der Befragung waren folgende Aspekte: „Zusammensetzung der Zirkel und Einbindung der Teilnehmer in die Zirkelarbeit“, „Arbeitsweise und Qualität der entwickelten Lösungsvorschläge“ sowie „Zielerreichung und Nutzen für die eigene Person und die Kollegen“. Die Durchführung und Auswertung der Befragung erfolgte mit eigenen Ressourcen.

Darüber hinaus führte der externe Berater und Prozessbegleiter des Projektes halbstrukturierte Gruppeninterviews mit insgesamt 34 Beschäftigten und Führungskräften der Piloteinheit durch.<sup>97</sup> Die Interviews hatten ebenfalls die Qualitätszirkelarbeit zum Gegenstand. Themen waren im Einzelnen: „Zusammensetzung der Zirkel“, „Arbeitsweise und Ergebnisse der Zirkel“ sowie „Akzeptanz der Methode“ bei den Beschäftigten.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung<sup>98</sup> ließen erkennen, dass sich nahezu alle Respondenten zufrieden zeigten mit der Häufigkeit und der Dauer der Zirkelsitzungen, dem zeitlichen Abstand zwischen den Sitzungen sowie mit der Qualität des Moderators. Hingegen äußerte jeweils nur ein Drittel Zufriedenheit mit Art und Umfang der Einbindung des Qualitätszirkels in den Projektzusammenhang sowie mit dem Informationsnutzen über Zusammenhänge und Ereignisse im gesamten Zentrum. Mit Blick auf die Ergebnisse der Zirkelarbeit ließen die Befunde erkennen, dass die umgesetzten Verbesserungsvorschläge insbesondere zu einer verbesserten Zusammenarbeit im (interdisziplinären) Team geführt haben (aufgrund einer veränderten Visitenstruktur, gemeinsamen Aufnahmegesprächen, verbesserten Teambesprechungen etc.). Eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen wurde hingegen nicht erzielt. Eine Reduzierung von Arbeitsbelastungen in der Piloteinheit bestätigten die befragten Führungs-

---

<sup>95</sup> Anzumerken ist, dass es auf Ebene der Pflegedienstleitung im Projektverlauf eine personelle Veränderung gab.

<sup>96</sup> Grundlage hierfür war ein Fragebogen der Wissenschaftlichen Begleitung zur Evaluation von Gesundheitszirkeln.

<sup>97</sup> Die ca. 50-minütigen Interviews fanden jeweils in getrennten Sitzungen für Führungskräfte und Mitarbeiter statt.

<sup>98</sup> Von den ausgeteilten 20 Fragebögen kamen lediglich neun Bögen ausgefüllt zurück. Darin enthalten waren Fragebögen von sechs Personen, die an mehr als sieben Zirkelsitzungen teilgenommen hatten.

kräfte, nicht jedoch die Mehrheit der befragten Mitarbeiter. Unabhängig davon bestätigte die Mehrheit der Respondenten, einen persönlichen Nutzen aus der Mitarbeit im Qualitätszirkel gezogen zu haben.

Die Ergebnisse der Gruppeninterviews bestätigten im Wesentlichen die Befunde der schriftlichen Befragung und lieferten darüber hinaus einen weiteren Einblick in die Wahrnehmung und Bewertung der Zirkelarbeit sowie ihrer Ergebnisse.

### *Zusammenfassende Bewertung der Evaluation*

Die Auswertung der Fallstudien ergibt bezogen auf den vierten Kernprozess folgendes Bild: Die Evaluation stellte für die Betriebe eine vergleichbar hohe Herausforderung wie die Diagnose dar. Vor allem die Instrumentenentwicklung zur Datenerhebung sowie die Auswertung und Interpretation der Daten erforderten erneut die Einbindung externer Kompetenz. Die Fallstudien zeigen auch, dass die Betriebe die Tatsache unterschätzten, dass für eine kunstgerechte Evaluation dieselben Qualitätsstandards einzuhalten sind wie in der Diagnose – angefangen von einer sorgfältigen Vorbereitung und Planung über die eigentliche Durchführung der Evaluation bis hin zur Auswertung und Interpretation der Daten. Dazu gehört schließlich auch ein gutes internes Marketing, d.h. eine adäquate innerbetriebliche Information und Kommunikation über das Vorhaben.

Festzuhalten ist darüber hinaus, dass es den Fallbetrieben im Rahmen des Projektes nur zum Teil gelungen ist, nachweislich positive Effekte zu erzielen und diese auf eine valide, quantitative Datenbasis zu stellen. Für dieses Ergebnis lassen sich folgende Erklärungen anführen: Im Fall der EVAG war im Pilotbereich Fahrbetrieb der Zeitpunkt der Evaluation falsch gewählt. Die Befragung erfolgte zu kurzfristig nach der Intervention, so dass nur wenige Effekte gemessen werden konnten. In zwei Betrieben (EVAG, KLG) war der Rücklauf der Befragung gegenüber der Ersterhebung deutlich geringer, sodass die Befunde nur eingeschränkt vergleichbar waren. Der schlechte Rücklauf wiederum war auf eine unzureichende Vorbereitung der Evaluation (EVAG) zurückzuführen sowie auf eine mangelnde Akzeptanz des Gesamtvorhabens bei den betroffenen Mitarbeitern (KLG). In einem weiteren Fallbetrieb (WZPPP) schließlich wurde gegenüber der Diagnose ein Methodenwechsel in der Datenerhebung vorgenommen. Dadurch war ein unmittelbarer Abgleich der jeweiligen Ergebnisse nicht möglich. Darüber hinaus konnte mit den gewählten Evaluationsmethoden nur ein begrenztes Spektrum von Effekten erfasst werden.

Die Ergebnisse der Fallstudien machen darüber hinaus deutlich, dass sich die gemessenen Werte im Betrieblichen Gesundheitsmanagement nicht immer zum Positiven verän-

dern müssen, sondern auch keine Veränderungen oder sogar negative Effekte auftreten können, wie im Fallbetrieb KLG. Hier gilt es in jedem Einzelfall sorgfältig zu prüfen, welche Ursachen hierfür eine Rolle gespielt haben könnten.

Im folgenden Kapitel wird die Zielerreichung bezogen auf das Gesamtvorhaben in den vier Fallbetrieben zusammenfassend dargestellt und bewertet.

### **5.3.3 Zielerreichung**

Im Folgenden wird zunächst das Erreichen der eingangs skizzierten vier Teilziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements – Aufbau und Etablierung des Managementsystems, Stärkung des Sozial- und Humankapitals, Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten sowie Steigerung der Betriebsergebnisse – in den vier Betrieben zusammenfassend dargestellt und bewertet. Im Anschluss daran wird die Zielerreichung insgesamt, unter Berücksichtigung der fördernden und hemmenden Faktoren bilanziert.

#### **5.3.3.1 Aufbau und Etablierung des Managementsystems**

Mit Blick auf das erste Teilziel – die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements – ist positiv festzuhalten, dass alle vier Fallbetriebe im Beobachtungszeitraum grundlegende betriebspolitische Voraussetzungen sowie strukturell-planerische Rahmenbedingungen für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement geschaffen haben. Darüber hinaus ist es jedem der vier Betriebe gelungen, die vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation – wenn auch in unterschiedlicher Qualität und mit externer Unterstützung – in den ausgewählten Pilotbereichen nacheinander vollständig zu durchlaufen. Das systematische Vorgehen hat sich hierbei als äußerst sinnvoll erwiesen, weil es den Betrieben die notwendige Orientierung im Implementierungsprozess bot. Das Datenmaterial zeigt aber auch, dass ein kunstgerechtes Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement ein hohes Maß an Fachwissen sowie Methoden- und Instrumentenkenntnisse erfordert – dies gilt insbesondere für die Arbeitsschritte Diagnose und Evaluation.

Was die Verstetigung des Vorgehens betrifft, d.h. die Integration der aufgebauten Strukturen und Prozesse in die betrieblichen Routinen, ist festzuhalten, dass die Fallbetriebe hierzu im Beobachtungszeitraum erste Voraussetzungen geschaffen haben. Die jeweils gewählten Integrationspfade ließen allerdings deutliche Unterschiede erkennen.

Im Fallbetrieb AWO war seitens der Geschäftsführung kein eigenständiges Betriebliches Gesundheitsmanagement geplant, sondern eine Verknüpfung von Zielen, Strukturen Prozessen mit anderen Querschnittsbereichen der Organisation, insbesondere mit dem Qualitätsmanagement und der Personalentwicklung. Dieses Vorgehen bedeutete zugleich, dass weder ein eigenes Budget noch eine eigenständige Zuständigkeit für Betriebliches Gesundheitsmanagement vorgesehen waren. Erhalt und Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten sollten vielmehr zukünftig eine verpflichtende Aufgabe aller Führungskräfte im Landesverband sein. In diesem Zusammenhang war geplant, gesundheitsbezogene Qualifizierungsangebote in das Fort- und Weiterbildungsprogramm des Landesverbandes aufzunehmen. Mit Blick auf den Pilotbereich, das Seniorenzentrum Hagenbeckstraße, wurde darüber hinaus eine Kooperationsvereinbarung mit der örtlichen Krankenkasse AOK geschlossen. Die Vereinbarung legte ein Vorgehen entsprechend der Qualitätsstandards der gesetzlichen Krankenversicherung – Einrichtung eines Steuerungskreises und Durchführung von Gesundheitszirkeln – fest.

Im Fallbetrieb EVAG wurde seitens des Top-Managements die Entscheidung getroffen, die Institutionalisierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements durch ein weiteres Projekt voranzutreiben. Erklärte strategische Ziele des Vorhabens waren: Sensibilisierung von Führungskräften und Mitarbeitern, Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens der Beschäftigten für das Thema Gesundheit, Vermeidung chronischer Erkrankungen und Wiedereingliederung von Langzeitkranken, Senkung von Kosten durch eine Steigerung der Gesundheitsquote sowie Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit. In diesem Kontext wurde eine Projektstelle für Betriebliches Gesundheitsmanagement geschaffen, ein Arbeitskreis Gesundheit als betriebspolitisches Steuerungsinstrument eingerichtet sowie ein Projektbudget eingestellt. Als konkrete Integrationsleistung war geplant, Betriebliches Gesundheitsmanagement mit anderen Managementansätzen (Balanced Scorecard) und Führungsinstrumenten (z.B. Zielvereinbarungen) im Unternehmen zu verknüpfen. Schließlich sollte das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement dauerhaft im Fort- und Weiterbildungsangebot des Unternehmens verankert werden.

Im Fallbetrieb KLG wurde die Institutionalisierung über eine Verknüpfung des Themas mit der Arbeitssicherheit angestrebt. Eine zu Beginn des Jahres 2002 vom Unternehmen neu eingerichtete Stabsstelle „Arbeitssicherheit“ erhielt den Auftrag, gemeinsam mit der Stabsstelle „Ökologie/Gesundheitsförderung“ die betriebliche Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln. In einem ersten Schritt sollten hierzu die Schnittstellen und möglichen Synergien zwischen der Arbeitssicherheit und der betrieblichen Gesundheitsförderung bearbeitet und optimiert werden. Geplant war nach Aussage der Geschäftsführung die Einrichtung eines zentralen Steuerungsgremiums für alle drei Krankenhäuser der

KLG mit dem Ziel, die Vernetzung der bereits vorhandenen internen Gesundheitsexperten und Gremien (z.B. Arbeitssicherheitsausschuss, Hygieneausschuss) sicherzustellen und zu stärken. Darüber hinaus war in diesem Fall angedacht, die betriebliche Gesundheitsförderung in stärkerem Umfang in das Programm der Innerbetrieblichen Fortbildung zu integrieren. Eine Verknüpfung des Themas mit anderen Managementansätzen und Führungsinstrumenten war hingegen nach Aussage der Geschäftsführung ausdrücklich nicht beabsichtigt. Vereinbarungen mit externen Akteuren (z.B. Berufsgenossenschaft, Krankenkasse) über die bisherige punktuelle Zusammenarbeit hinaus wurden ebenfalls nicht getroffen.

Im Fallbetrieb WZPPP schließlich war die Integration des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in die Organisationsroutinen über folgende Methoden und Instrumente geplant: den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung einer kontinuierlichen betrieblichen Gesundheitsberichterstattung, die Verknüpfung mit anderen Managementansätzen (Qualitätsmanagement) sowie die Wahrnehmung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe. Der Betriebsleitung lagen hierzu entsprechende Vorschläge zur Entscheidung vor, verbindliche Regelungen hinsichtlich personeller Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie bereitzustellender Ressourcen wurden jedoch im Beobachtungszeitraum nicht getroffen.

Inwieweit die in den Betrieben jeweils geschaffenen Voraussetzungen tatsächlich für eine erfolgreiche Institutionalisierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ausreichen, konnte im Beobachtungszeitraum nicht abschließend beantwortet werden. Lediglich im Fall der AWO war es aufgrund einer Follow-up-Studie möglich, hierzu konkretere Aussagen zu treffen (s.u.).

### **5.3.3.2 Stärkung des Sozial- und Humankapitals**

Hinsichtlich des zweiten Teilziels im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – der Stärkung des Sozial- und Humankapitals – zeigt das ausgewertete Datenmaterial, dass es den Fallbetrieben im Beobachtungszeitraum in unterschiedlichem Ausmaß gelungen ist, hier positive Effekte zu erzielen.

Bei der AWO haben die im Pilotbereich durchgeführten Interventionen zu folgenden nachweislichen Effekten geführt: einer verbesserten Kommunikation und Kooperation der Mitarbeiter, einem gestärkten Teamzusammenhalt, einer Verbesserung des Führungsverhaltens sowie einer Stärkung der institutionellen Verbundenheit. Die Einschätzungen der befragten Projektakteure bestätigten, dass sich die Beschäftigten in Folge der Aktivitäten in höherem Maße ernst genommen fühlten, der Umgang miteinander

von einer größerer Offenheit und Vertrauen geprägt war und sich im Pilotbereich offensichtlich eine Vertrauenskultur zu entwickeln schien.

Bei der EVAG wurden zahlreiche Interventionen in den Pilotbereichen durchgeführt. Vor allem im Fahrbetrieb konnte ein Teil der Maßnahmen jedoch aufgrund zeitlicher Verzögerungen erst in einer sehr späten Projektphase realisiert werden. Daher waren hier im Beobachtungszeitraum nur im begrenzten Umfang positive Effekte zu erwarten. Zu den festgestellten Veränderungen in beiden Pilotbereichen gehörten dennoch: eine Reduzierung von Arbeitsbelastungen, Verbesserungen im Führungsverhalten, Verbesserungen im Umgangston und in der Kommunikation sowie positive Entwicklungen im Umgang mit Spannungen und Konflikten. Diese positiven Effekte bestätigten auch die befragten Projektakteure. Die Befunde lassen vermuten, dass es in diesem Fallbetrieb trotz begleitender permanenter Umstrukturierungen zu einer Stärkung der Vertrauenskultur sowie verbesserter Dialogmöglichkeiten zwischen Mitarbeitern und Führungskräften gekommen ist. Als wirksame Interventionsinstrumente haben sich in diesem Zusammenhang vor allem die Gesundheitszirkel sowie das Coaching der Führungskräfte erwiesen.

Im Fallbetrieb KLG konnten im Beobachtungszeitraum im Pilotbereich keine Effekte gemessen werden, die auf eine Stärkung des Sozial- und Humankapitals hindeuteten. Hierfür lassen sich folgende Ursachen benennen: Bezogen auf den ersten Zirkel führte eine nicht ausreichend präzise Auftragsformulierung zu „marginalen“ Ergebnissen und zu Akzeptanzproblemen bei den beteiligten Akteuren. Eine unzureichende inhaltliche Abstimmung mit einer anderen parallel arbeitenden Arbeitsgruppe hatte längere interne Diskussions- und Abstimmungsprozesse zur Folge. Inwieweit der zum Ende des Beobachtungszeitraums noch nicht abschließend ausgewertete zweite Qualitätszirkel zu den vom Unternehmen angestrebten Verbesserungen in den Arbeitsabläufen, in der interprofessionellen Kommunikation und Kooperation sowie im Informationsfluss zwischen Führungskräften und Mitarbeitern beitragen hat, und inwieweit der darüber hinaus beabsichtigte Transfer von Verbesserungsvorschlägen in andere Abteilungen des Hauses gelungen ist, kann auf Grundlage des vorliegenden Datenmaterials nicht abschließend beantwortet werden.

Im Fallbetrieb WZPPP schließlich ist es in Folge der Vielzahl von Interventionen zu Effekten gekommen, die auf eine Stärkung des Sozial- und Humankapitals hindeuten. Dazu gehörten: eine Verbesserung der Kommunikation und Kooperation im Team sowie ein verbessertes Führungsverhalten. Diese Veränderungen wurden ebenfalls durch die befragten Akteure bestätigt. Auch in diesem Fall kann eine Stärkung der Vertrauenskultur zumindest vermutet werden.

### **5.3.3.3 Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten**

Zentrales Anliegen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten. Nachweisliche Effekte konnten diesbezüglich nur im Fallbetrieb AWO erzielt werden. Hier ist es zumindest im Pflegedienst zu einer deutlichen Verminderung körperlicher und psychosomatischer Beschwerden gekommen sowie zu einer signifikanten Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens. Diese Effekte sind umso positiver zu bewerten, als sich die hohen Arbeitsanforderungen aufgrund der Rahmenbedingungen in der Pflege im Beobachtungszeitraum nicht veränderten.

In den Fallbetrieben EVAG und WZPPP konnten im Beobachtungszeitraum keine positiven Effekte hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten gemessen werden. Als wesentliche Ursachen hierfür lassen sich überlagernde Effekte z.B. durch andauernde Restrukturierungen (EVAG), zeitliche Verzögerungen im Projekt (EVAG) sowie methodische Fehler in der Vorgehensweise (WZPPP) anführen. Es kann daher nur vermutet werden, dass überall dort, wo nachhaltige Verbesserungen in den Arbeitsabläufen, in der Kooperation und Kommunikationen sowie im Führungsverhalten erzielt wurden, dies auf Dauer auch zu Verbesserungen im gesundheitlichen Befinden geführt hat.

Im Fall der KLG kam es bei den Beschäftigten des Pilotbereiches im Beobachtungszeitraum zu einer Zunahme körperlicher/psychosomatischer Beschwerden sowie zu einer Verschlechterung des psychosozialen Wohlbefindens. Diese negativen Effekte waren nicht zuletzt auf die bereits weiter oben genannten Entwicklungen zurückzuführen – den Wechsel in der Ärztlichen Leitung im Pilotbereich sowie die daraus resultierenden höheren Arbeitsbelastungen und abnehmende Arbeitszufriedenheit, insbesondere bei den Beschäftigten im Ärztlichen Dienst.

### **5.3.3.4 Betriebswirtschaftliche Effekte**

Hinsichtlich des vierten Teilziels des Betrieblichen Gesundheitsmanagements konnten erwartungsgemäß im Beobachtungszeitraum kaum positive Effekte gemessen werden. Lediglich im Fall der AWO wurde im Beobachtungszeitraum ein Rückgang der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Pflegedienst von durchschnittlich 13 Prozent im Jahr 1999 auf durchschnittlich fünf Prozent im Jahr 2001 erzielt. Inwieweit dieser betriebswirtschaftlich relevante Effekt allerdings tatsächlich allein auf die durchgeführten Aktivitäten zurückführbar war, oder aber auch andere Einflussfaktoren eine Rolle spielten, kann

an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden. In den drei anderen Fällen lagen mit Blick auf betriebswirtschaftliche Effekte keine validen Daten vor.

### **5.3.3.5 Gesamtbilanz, fördernde und hemmende Faktoren**

Die Zielerreichung der vier Fallbetriebe ist insgesamt, unter Berücksichtigung fördernder und hemmender Faktoren, wie folgt zu bewerten:

Für den Fallbetrieb AWO ist festzuhalten, dass der Einführungsprozess insgesamt erfolgreich war und eine Reihe positiver Effekte erzielt wurden. Diese positive Gesamtbilanz ist vor allem auf das hohe Engagement der Projektleitung (zugleich Leitung des Pilotbereiches) und der stellvertretenden Projektleitung (zugleich Betriebsratsvorsitzende) sowie die konstruktive und effektive Zusammenarbeit mit der externen Prozessbegleitung zurückzuführen. Förderlich war zudem die aktive Unterstützung durch den stellvertretenden Geschäftsführer sowie die Möglichkeit der direkten Kommunikation zwischen der Geschäftsführung und den Mitarbeitern insbesondere während der Sitzungen des Steuerungsgremiums. Förderlich war schließlich auch der in sich geschlossene, überschaubare Pilotbereich. Erschwerend für die Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements waren hingegen vor allem die nicht ausreichend personell-zeitlichen Ressourcen bei der Projektleitung, die mangelnden Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit und fehlende Kompetenzen im Projektmanagement sowie der im Einführungsprozess geänderte Finanzierungsmodus.

Für den Fallbetrieb EVAG ist ebenfalls eine insgesamt positive Bilanz zu ziehen. Eine entscheidende Voraussetzung für die erfolgreiche Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und die erzielten ersten Effekte war hier vor allem die eindeutige Unterstützung durch die Geschäftsführung, die sich nicht zuletzt auch an dem bereitgestellten Budget festmachen ließ. Erfolgsfaktoren stellten in diesem Fallbetrieb das hohe Engagement der beiden Projektleitungen, die gute Unterstützung durch einzelne Betriebsratsmitglieder und die aktive Beteiligung von Mitarbeitern aus den beiden Pilotbereichen dar. Sehr förderlich waren bei der EVAG darüber hinaus das vorhandene fachlich-methodische Know-how, beispielsweise die guten Projektmanagementkenntnisse. Erschwerende bis hemmende Faktoren waren hier vor allem die permanenten Umstrukturierungen im Unternehmen, und die damit einhergehenden Unsicherheiten bei den Mitarbeitern und zeitlichen Verzögerungen im Implementierungsprozess.

Im Fallbetrieb KLG fällt die Gesamtbilanz eher kritisch aus. Als hemmender Faktor haben sich zunächst die personellen Diskontinuitäten erwiesen. Zu nennen sind hier vor allem der Chefarztwechsel im Pilotbereich sowie der Wechsel in der Projektleitung im

laufenden Projekt. Erschwerend hinzu kam die nicht wahrnehmbare aktive Unterstützung durch die oberste Führungsebene. Wenig förderlich waren auch in diesem Fallbetrieb die fehlenden zeitlichen Ressourcen bei den Projektleitungen sowie erkennbare Defizite in der Wahrnehmung der Leitungsfunktion durch die erste Projektleitung. Mängel zeigten sich auch in der Kommunikation und Abstimmung betrieblicher Akteure sowie in der Zusammenarbeit mit den externen Partnern. Schließlich hatte der Betrieb mit schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen – „Druck von außen“ – zu kämpfen. Dass dennoch zumindest erste Teilerfolge erzielt werden konnten, ist vor allem auf das hohe Engagement von Schlüsselakteuren – insbesondere des Betriebsratsvorsitzenden – sowie auf die aktive Beteiligung von Mitarbeitern aus dem Pilotbereich zurückzuführen.

Mit Blick auf den Fallbetrieb WZPPP ist insgesamt ein erfolgreicher Implementierungsprozess mit erkennbar positiven Effekten zu konstatieren. Förderlich für die Zielerreichung war auch hier vor allem das hohe Engagement zentraler Projektakteure: Projektleitung, Personalratsvorsitzende, Führungskräfte und Mitarbeiter des Pilotbereiches. Sehr hilfreich waren zudem das installierte Projektbüro und die damit einher gehende gute innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit. Förderlich war schließlich auch die gute Integration interner und externer Projektakteure. Erschwerend waren in diesem Fallbetrieb die zum Teil ambivalente und zögerliche Haltung der Betriebsleitung gegenüber dem Vorhaben sowie die nicht immer optimale Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Prozessentwicklung.

Dass die Institutionalisierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements trotz eines weitgehend erfolgreichen Einführungsprozesses und signifikant positiver Effekte dennoch im weiteren Verlauf scheitern kann, zeigt das Beispiel AWO. Ein Jahr nach Abschluss des Projektes zur Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde im Rahmen einer Masterarbeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften eine Follow up-Studie durchgeführt (Skrzypek-Rother 2006). Ziel der Studie war es zu überprüfen, inwieweit eine Integration des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in die betrieblichen Routinen des Landesverbandes bzw. des Pilotbereiches (Seniorenzentrum Hagenbeckstraße) tatsächlich gelungen ist. Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe von Experteninterviews sowie einer erneuten Mitarbeiterbefragung im Seniorenzentrum. Zusammengefasst kam die Untersuchung zu folgenden Ergebnis:

*„Trotz erfolgreicher Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements unterblieb die weitere Institutionalisierung. Damit ist das 1. Teilziel von BGM, die Entwicklung und dauerhafte Verankerung des Managementsystems nicht realisiert. [...] Die Folge ist, dass die Teilziele 2-4 von BGM, die Investi-*

*on in das Humankapital, die Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit sowie die Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit ebenfalls nicht realisiert werden konnten.“ (ebd., S. 99)*

Die Autorin hat in ihrer Untersuchung eine Reihe von Einflussgrößen für den negativen Entwicklungsprozess herausgearbeitet (ebd., S. 92 ff.). Als ein entscheidender Faktor wird das nahezu zeitgleiche Ausscheiden mehrerer Schlüsselakteure und zugleich Promotoren für das Betriebliche Gesundheitsmanagement – stellvertretender Geschäftsführer, Leiterin des Pilotbereiches und Betriebsratsvorsitzende – aus der Organisation benannt. Damit gingen die personellen „Aufhänger“ für das Betriebliche Gesundheitsmanagement verloren, und die Kontinuität in der Gesundheitsarbeit wurde unterbrochen. Das Ausscheiden der Promotoren bedeutete auch den Verlust erworbener Kompetenzen und Fertigkeiten im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Die Nachfolger waren während der Implementierungsphase noch nicht im Unternehmen bzw. nicht in den Einführungsprozess eingebunden und verfügten dementsprechend nicht über das erforderliche Wissen. Insgesamt zeigten die amtierende Geschäftsführung, die neue Heimleiterin sowie der Betriebsrat zu wenig Engagement und Unterstützung für die Thematik.

Als weitere hemmende Faktoren werden in der Studie genannt: eine fehlende klare Zielorientierung für das weitere Vorgehen, eine unzureichende Transparenz in der Organisation über den Nutzen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement sowie eine zunehmend schwierigere wirtschaftliche Situation und damit einhergehende Umstrukturierungen. All dies hat bei den Beschäftigten offenbar zu Verunsicherungen, Angst vor Arbeitsplatzverlust sowie zu Akzeptanzproblemen gegenüber weiteren gesundheitsbezogenen Aktivitäten geführt. Schließlich wird in der Studie auch auf den Zeitfaktor hingewiesen, der bei innovativen Veränderungsprozessen eine wichtige Rolle spielt. Die Pflegedienstleitung der Einrichtung hat dazu formuliert, dass ein Seniorenzentrum, das jahrelang „im Dornröschenschlaf“ war, nicht in der Lage ist, binnen von zwei Jahren im Rahmen eines Modellprojektes eine Fülle von Organisationsentwicklungsprozessen zu durchlaufen und einen Kulturwandel zu durchleben (ebd., S. 95).

#### **5.4 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse**

Das ausgewertete Datenmaterial aus den vier Fallstudien zeigt, dass die Betriebe bezogen auf die jeweiligen Rahmenbedingungen, die Motive zur Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, die Erfahrungen und Kompetenzen im Themenfeld „Gesundheit“ sowie die gewählten Methoden und Instrumente durchaus Unterschiede

aufwiesen. Jede Organisation war daher als zunächst als Einzelfall zu betrachten und zu bewerten.

Über alle Unterschiede hinweg lag dem Vorgehen jedoch die gleiche Systematik zugrunde – orientiert an dem von Badura et al. (1999) entwickelten „Leitfaden für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Das weitgehend einheitliche, regelgeleitete Vorgehen hat sich in allen vier Fällen als richtig und notwendig erwiesen. Es bot den handelnden Akteuren die erforderliche Orientierung beim Einstieg in die Thematik und lieferte die Grundlage für ein zielorientiertes, qualitätsgesichertes Handeln.

Die Fallstudien haben zugleich deutlich gemacht, dass auch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement Standards zwar eine zwingende Voraussetzung, aber dennoch kein Garant für gute Ergebnisse sind. Zunächst ist festzuhalten, dass der Einsatz von Standards nur dann seinen Zweck erfüllen kann, wenn zuvor im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik klare inhaltliche Ziele sowie Rahmenbedingungen und Ressourcen festgelegt wurden. Entscheidend ist darüber hinaus die Praxistauglichkeit der Standards. Die bereitgestellten Methoden und Instrumente müssen angemessen und bedarfsgerecht sein, sie müssen zuverlässig und valide sein, und sie müssen für die Anwendung im Betrieb hinreichend flexibel sein. Auch ist sicherzustellen, dass die handelnden Akteure über die notwendigen Kompetenzen und Fertigkeiten im Umgang mit den Standards verfügen. Schließlich ist nicht außer Acht zu lassen, dass das Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement stets durch zahlreiche betriebliche und außerbetriebliche Faktoren beeinflusst wird, mit der Folge, dass positive Effekte geschwächt oder sogar vollständig überlagert werden können.

Insgesamt lassen sich die Erkenntnisse aus den vier Fallstudien zu folgenden zehn Kernaussagen zusammenfassen:

1. Die Führung, und hier vor allem das Top-Management, hat sich als entscheidende Erfolgsgröße herausgestellt. Überall dort, wo die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements seitens der Geschäftsführung bzw. der Betriebsleitung aktiv als Führungsaufgabe erkannt und in Kooperation mit der Arbeitnehmervertretung wahrgenommen wurde, konnten deutlichere Erfolge erzielt werden.
2. Betriebliches Gesundheitsmanagement lässt sich nur als „top down-/bottom up-Prozess“ erfolgreich realisieren. Neben der adäquaten Wahrnehmung des Gesundheitsmanagements als Führungsaufgabe bedarf es der hinreichenden und kontinuierlichen Partizipation der Beschäftigten.

3. Die Formulierung präziser, messbarer Ziele durch das Management ist die zwingende Voraussetzung für ein wirksames Handeln im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie die Grundlage für die spätere Bewertung der Effekte.
4. Ebenso wichtig ist eine sorgfältige Zeit-, Arbeits- und Kostenplanung. Die Planung ist Voraussetzung für das fortlaufende Controlling des Vorgehens, d.h. für den kontinuierlichen Abgleich zwischen Soll- und Ist-Werten und das Ergreifen gegebenenfalls erforderlicher Korrekturmaßnahmen.
5. Der Abschluss einer Betriebs-/Dienstvereinbarung hat sich als hilfreiches Instrument erwiesen. Durch die schriftliche Vereinbarung wird das gemeinsame „Wollen“ des Top-Managements und der Arbeitnehmervertretung zum Ausdruck gebracht. Darüber hinaus werden wesentliche Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Vorhabens fixiert und für alle beteiligten Akteure ein verbindlicher Handlungsrahmen hergestellt.
6. Die Bereitstellung angemessener Ressourcen ist unverzichtbar. Dies gilt zum einen für die finanziellen Ressourcen; hierbei hat sich die Einrichtung eines eigenen Budgets als förderlich erwiesen. Dies gilt zum zweiten für die zeitlichen Ressourcen, insbesondere bei den Schlüsselakteuren.
7. Die Einrichtung eines Steuerungsgremiums ist als zentrales Strukturelement für das Betriebliche Gesundheitsmanagement ebenfalls unverzichtbar. Als wichtig hat sich die Einbindung relevanter betrieblicher Akteure erwiesen sowie die verbindliche Festlegung von Aufgaben und Entscheidungskompetenzen des Gremiums.
8. Die Einbindung einer professionellen Prozessbegleitung ist als förderlicher Faktor anzusehen. Neben der Moderation von Sitzungen ist insbesondere die Beratungskompetenz der Prozessbegleitung von Bedeutung.
9. Die hinreichende Qualifikation der verantwortlich handelnden Akteure ist eine entscheidende Voraussetzung für eine adäquate Rollen- und Aufgabenwahrnehmung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Neben der fachlichen Qualifikation gilt dies insbesondere auch für die methodischen und sozialen Kompetenzen.
10. Die vier Kernprozesse bilden das „Herzstück“ des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Vor dem Hintergrund der dazu erforderlichen personellen, organisatorischen und qualifikatorischen Voraussetzungen stellt ihre kunstgerechte Durchführung eine große Herausforderung für Betriebe dar. Dies gilt in besonderer Weise bei einem Mangel an betriebsinternen Kompetenzen und Ressourcen. Umso wichtiger ist daher die Orientierung an fundierten Standards. Darüber hinaus ist hierbei die

Kooperation mit externen Partnern wie z.B. den Berufsgenossenschaften und Krankenkassen oder anderen externen Beratern zu empfehlen.

11. Der rasche Wandel in der Wirtschaft sorgt in den Betrieben für einen hohen Anpassungs- und Veränderungsdruck. Daraus resultierende organisatorische Veränderungen und personelle Wechsel erschweren innovative Veränderungsprozesse wie die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Entwicklung nachhaltiger Strategien um so mehr an Bedeutung. Nur durch die Institutionalisierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements kann auf Dauer die „Anfälligkeit“ gegenüber Restrukturierungen und personellen Wechseln reduziert werden.

Der Einsatz des Leitfadens in der Praxis hat wertvolle Hinweise für seine Weiterentwicklung geliefert. Zum einen ist deutlich geworden, dass die Handlungsempfehlungen in der ursprünglichen Version zu erweitern und zu konkretisieren sind. Zum zweiten hat sich gezeigt, dass neben den vier Kernprozessen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement auch den betriebspolitischen Voraussetzungen und den strukturell-planerischen Rahmenbedingungen eine große Relevanz im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zukommt und hierzu Standards und Qualitätskriterien zu formulieren sind.

Im folgenden Kapitel wird – basierend auf den vorliegenden Erkenntnissen – der Vorschlag für eine Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement präsentiert. Gegenüber der Grundkonzeption des ursprünglichen Leitfadens stellt der vorgestellte Prozessstandard eine deutliche Weiterentwicklung dar und liefert zugleich die notwendige Konkretisierung und Präzisierung.

## 6 Die Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die im Folgenden präsentierte Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement<sup>99</sup> stellt einen Prozessstandard zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen dar.

Die Leitlinie legt den Ablauf für ein systematisches, ziel- und ergebnisorientiertes Vorgehen fest. Sie umfasst zahlreiche Arbeitsschritte zum Aufbau betriebspolitischer Voraussetzungen, zur Entwicklung struktureller Rahmenbedingungen sowie zur Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation. Die dazu formulierten knapp 50 Qualitätskriterien und mehr als 80 Prüfpunkte (s. tabellarische Übersicht am Ende des Kapitels) ermöglichen nicht nur ein systematisches Vorgehen, sondern liefern zugleich die Grundlage für ein fortlaufendes Controlling und den Maßstab für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation.

Die Leitlinie in der hier vorgeschlagenen Form stellt eine Idealnorm bzw. einen Maximalstandard dar, der in der betrieblichen Praxis nicht immer in Gänze zum Einsatz kommen wird. Jede Organisation, die sich für die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements entscheidet, muss vor dem Hintergrund der jeweiligen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen sowie aufgrund der individuellen Zielsetzung letztlich ihren eigenen Weg bei der konkreten Umsetzung des Vorhabens finden. Gleichwohl hat sich die hier empfohlene Schrittfolge im Grundsatz bewährt und sollte daher nach Möglichkeit eingehalten werden.

### 6.1 Zielsetzung, Adressaten und Anwendungsbereich

Primäres Ziel der Leitlinie ist es, betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren Orientierung und Hilfestellung bei der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu geben. Der Verfahrensvorschlag soll dazu beitragen, das Vorgehen der beteiligten Akteure zu systematisieren und zu koordinieren sowie mit Blick auf die Zielerreichung möglichst optimal aufeinander abzustimmen. Die Leitlinie soll darüber hinaus die Möglichkeit liefern, den Erfolg des Handelns im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu überprüfen und zu bewerten.

Adressaten sind zum einen die Akteure in den Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen – Führungskräfte insbesondere aus dem Personal- und Organisationsmanagement, Betriebs- und Personalräte, Betriebsärzte sowie leitende Akteure der Arbeitssi-

---

<sup>99</sup> Die erste Fassung dieser Leitlinie wurde durch die Verfasserin der Dissertation in Münch et al. (2003) publiziert. Eine zweite Version ist in Badura und Hehlmann (2003) erschienen.

cherheit. Adressaten sind zum zweiten die überbetrieblichen Experten und Multiplikatoren – Vertreter aus Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, staatlichen Arbeitsschutzorganisationen und arbeitsmedizinischen Zentren, die als externe Dienstleister Unternehmen bei der betrieblichen Gesundheitsarbeit beraten und unterstützen.

Die Leitlinie ist kein „Kochbuch“, dessen Anleitungen 1:1 umzusetzen sind, sondern lediglich eine Handlungsempfehlung, von der im Einzelfall abgewichen werden kann oder sogar muss. Auch kann die Leitlinie nicht das Erfahrungswissen der verantwortlich handelnden Personen ersetzen. Betriebliches Gesundheitsmanagement erfordert stets beides: lehr- und lernbare Regeln und Standards professionellen Handelns sowie persönliche Erfahrung und Intuition (Badura 2001, S. 148). Die erfolgreiche Anwendung der Leitlinie setzt daher voraus, die Empfehlungen den konkreten Erfordernissen und Möglichkeiten der Praxis anzupassen. Die Leitlinie bietet dazu die notwendige Flexibilität.

## **6.2 Empfehlungen zur Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements**

Zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements empfiehlt sich in der Regel eine Projektorganisation – weil ein komplexes Vorhaben dieser Art die Bündelung abteilungs- und hierarchieübergreifender Kompetenzen erfordert und ein Projekt zudem die Möglichkeit bietet, den Implementierungsprozess abseits vom Kerngeschäft zielorientiert und effizient zu gestalten. Wichtig ist dabei, die Einführung des Gesundheitsmanagements nicht als eine einmalige, auf die Projektlaufzeit begrenzte Aktivität zu betrachten, sondern als Einstieg in einen längerfristigen Lern- und Entwicklungsprozess.

### **6.2.1 Ziele und angestrebte Ergebnisse**

Für die Beurteilung der Qualität gesundheitsbezogener Aktivitäten und Maßnahmen ist die Formulierung von Zielen und die nachgehende Überprüfung der Zielerreichung unerlässlich. Daher nennt die Leitlinie als erstes die Ziele und anzustrebenden Ergebnisse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Hierbei gilt es zu unterscheiden zwischen strategischen und operativen Zielen. Strategische Ziele richten sich auf die mittel- bis längerfristig angestrebten Effekte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wie z.B. die Stärkung des betrieblichen Sozial- und Humankapitals oder die Verbesserung des Wohlbefindens der Beschäftigten. Operative Ziele richten sich demgegenüber auf die dazu notwendigen, eher kurzfristigen Absich-

ten und Meilensteine, wie z.B. den Aufbau von strukturellen Rahmenbedingungen oder die professionelle Durchführung der vier Kernprozesse. Letztlich lassen sich im Betrieblichen Gesundheitsmanagement vier aufeinander aufbauende Teilziele benennen:

1. Aufbau und dauerhafte Verankerung des Managementsystems,
2. Stärkung des Sozial- und Humankapitals,
3. Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit,
4. Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

### **Aufbau und Verankerung des Managementsystems**

Für die Implementierung eines nachhaltig wirksamen Gesundheitsmanagementsystems sind zunächst eine Reihe betriebspolitischer Voraussetzungen und strukturell-planerischer Rahmenbedingungen zu schaffen. Darüber hinaus bedarf es der sorgfältigen Planung und Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Maßnahmenplanung, Intervention und Evaluation. Drittens schließlich sind die Strukturen und Prozesse dauerhaft in die betrieblichen Routinen zu integrieren.

### **Stärkung des Sozial- und Humankapitals**

Investitionen in Gesundheit sollten sich möglichst rasch positiv bemerkbar machen: insbesondere in einem Mehr an Vertrauen, in einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur und in einer verbesserten Kommunikation und Zusammenarbeit der Beschäftigten, nicht zuletzt auch zur Akzeptanzsteigerung und Unterstützung der laufenden Arbeit. Erreicht werden können diese Effekte durch die Förderung persönlicher Gesundheitspotenziale (Befähigung zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten), insbesondere aber durch Investitionen in das Sozialkapital, d.h. durch eine mitarbeiterorientierte Führung und eine gesundheitsförderliche Organisations- und Arbeitsgestaltung. Betriebliches Gesundheitsmanagement richtet den Blick somit nicht primär auf verhaltensbezogene Maßnahmen, sondern in erster Linie auf organisationsbezogene Interventionen.

### **Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit**

Oberstes Ziel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die Stärkung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten als maßgebliche Voraussetzung für Motivation und Leistungsfähigkeit. Damit dient das dritte Teilziel zugleich den Betriebsergebnissen und der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen. Zu den anzustrebenden Ergebnissen

dieses Teilziels zählen nachweislich positive Effekte im psychischen und physischen Befinden, im Selbstwertgefühl, in der Arbeitszufriedenheit oder in reduzierten Werten individueller Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Bluthochdruck).

### **Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit**

Das vierte Teilziel – die Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit – sollte das Resultat der erfolgreichen Realisierung der drei zuvor genannten Teilziele sein. Veränderte Rahmenbedingungen und zunehmender Wettbewerbsdruck führen dazu, dass Investitionen in das Sozial- und Humankapital mit anderen Unternehmenszielen in Konkurrenz treten. Zur Legitimation von Betrieblichem Gesundheitsmanagement bedarf es daher nicht nur nachweislich positiver Effekte auf der Mitarbeiterebene, sondern mittel- bis langfristig auch betriebswirtschaftlicher Erfolge, die zur Rentabilität und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen beitragen. Angestrebte Ergebnisse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beziehen sich daher auch auf die Verbesserung des Arbeitsverhaltens und der Produktivität, die Steigerung der Qualität von Produkten und Dienstleistungen (Kundenorientierung) sowie die Senkung von Kosten.

#### **6.2.2 Betriebspolitische Voraussetzungen**

Die erfolgreiche Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements erfordert eine Reihe betriebspolitischer Voraussetzungen. Dazu zählen insbesondere die Übernahme von Verantwortung durch die oberste Führungsebene, eine klare inhaltliche Zielsetzung, schriftliche Rahmenregelungen, die Einrichtung eines Steuerungsgremiums sowie die Bereitstellung von Ressourcen.

#### **Verantwortung der obersten Führungsebene**

Die entscheidende Voraussetzung für den nachhaltigen Erfolg von Betrieblichem Gesundheitsmanagement ist das ausdrückliche und glaubhaft vermittelte Engagement der obersten Führungsebene. Betriebliches Gesundheitsmanagement kann seine Wirksamkeit nur dann voll entfalten, wenn es vom Top-Management als Führungsaufgabe erkannt und, in gemeinsamer Verantwortung mit der Arbeitnehmervertretung, dauerhaft im Unternehmen vorangetrieben wird. Am überzeugendsten geschieht dies durch Investitionsbereitschaft, durch schriftliche Vereinbarungen bzw. Rahmenregelungen sowie durch die Einrichtung eines zentralen Steuerungsgremiums.

Idealerweise sollten die beiden Betriebsparteien als gleichberechtigte Partner im Sinne eines Co-Managements im Betrieblichen Gesundheitsmanagement auftreten. Die sorgfältige Abstimmung über Art und Umfang, generelle Zielsetzung sowie Struktur und Ablauf des Vorhabens ist für den Implementierungsprozess in jedem Fall als notwendig anzusehen. Hierzu getroffene Vereinbarungen sollten möglichst konkret, beispielsweise in Form einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung (s.u.) festgehalten werden.

Darüber hinaus empfiehlt es sich, in die Abstimmungsprozesse weitere relevante Akteure aus dem Unternehmen mit einzubeziehen – beispielsweise Vertreter aus der Organisations- und Personalentwicklung, aus dem betriebsärztlichen Dienst sowie Führungskräfte aus der Linienorganisation. Je nach Ausgangssituation im Unternehmen kann es darüber hinaus sinnvoll sein, externe Partner – z.B. die zuständige Berufsgenossenschaft und die Krankenkasse – zu beteiligen. Wichtig hierbei ist die frühzeitige Klärung möglicher unterschiedlicher Ansätze und Zielvorstellungen mit Blick auf eine gemeinsame, zwischen allen beteiligten Akteuren abgestimmte Strategie.

### **Zieldefinition**

Wie jedes professionelle Handeln erfordert auch Betriebliches Gesundheitsmanagement eine klare und überprüfbare inhaltliche Zielsetzung. Die Ziele sind Richtschnur und Maßstab für alle nachfolgenden Aktivitäten und zugleich notwendige Voraussetzung für die spätere Erfolgsbewertung. Mit der Festlegung von Zielen werden bereits am Anfang entscheidende Weichen für den weiteren Implementierungsprozess gestellt. Die verfolgten Ziele sollten dabei stets anspruchsvoll, zugleich realistisch, messbar und widerspruchsfrei sein.

Idealerweise werden bereits in einer frühen Phase des Vorhabens präzise Ziele formuliert und schriftlich (z.B. in einem Projektauftrag) festgehalten. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch, dass gerade am Anfang eine ausreichende Präzisierung der Ziele oft schwer möglich ist. In diesem Fall gilt es jedoch rechtzeitig nachzusteuern.

Hilfreich bei der Zielformulierung ist die Strukturierung in Form einer Zielhierarchie. Dabei werden zunächst noch ungeordnete Ziele hierarchisch geordnet – ausgehend von übergeordneten Globalzielen bis hin zu operationalen, d.h. messbaren Teilzielen. Für jedes Teilziel sind Inhalt (Was soll erreicht werden?), Ausmaß bzw. Qualität (Wie genau soll das Ziel erreicht werden?) und Zeitpunkt (Bis wann ist das Ziel zu erreichen?) konkret zu formulieren und nach Möglichkeit ebenfalls schriftlich festzuhalten.

## **Schriftliche Rahmenregelungen**

Um die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Unternehmen auf eine verbindliche Basis zu stellen, bedarf es schriftlicher Verträge und Vereinbarungen. Von entscheidender Bedeutung ist der Abschluss einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung. Die Vereinbarung fixiert die zwischen den beiden betriebspolitischen Akteuren abgestimmten Grundsätze, Ziele und Vorgehensweisen. Sie sollte zudem Aufgaben und Kompetenzen relevanter Gremien (z.B. Arbeitskreis Gesundheit) und verantwortlich handelnder Akteure festschreiben. Die Betriebsvereinbarung kann auch dazu beitragen, die Integration entwickelter Strukturen und Prozesse in die betrieblichen Routinen nachhaltig zu sichern.

Neben der Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung können – je nach unternehmensspezifischer Situation und Vorgehensweise – weitere Rahmenregelungen von Bedeutung sein. Dazu zählt beispielsweise im Falle einer Projektstruktur ein konkreter, für die Einführungsphase abzuschließender Projektauftrag. Darin werden die Ziele, Verantwortlichkeiten und Ressourcen sowie der Arbeitsauftrag und die anzustrebenden Ergebnisse festgehalten. Der Projektauftrag benennt zudem die am Vorhaben beteiligten Organisationseinheiten und die betroffenen Akteure.

## **Steuerungsgremium**

Ein weiterer, zentraler Schritt zum Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die Einrichtung eines Steuerungsgremiums – z.B. in Form eines Arbeitskreises Gesundheit oder eines Projektlenkungsausschusses – als dem „Motor“ bzw. der treibenden Kraft betrieblicher Gesundheitsarbeit. In diesem Gremium fallen die zentralen Entscheidungen über Prioritäten, d.h. darüber, welche Initiativen ergriffen, welche Arbeitsschritte in welcher Reihenfolge und in welcher Zuständigkeit zu erledigen sind. Im Steuerkreis ist regelmäßig Rückmeldung über den Stand der laufenden Aktivitäten und über vorliegende (Zwischen-)Ergebnisse zu geben. Hier werden wesentliche Empfehlungen an das Top-Management zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten erarbeitet.

Bei der Einrichtung des Steuerungsgremiums sind nach Möglichkeit Synergien mit bereits bestehenden, thematisch benachbarten Gremien und Arbeitskreisen, wie z.B. dem Arbeitsschutzausschuss, zu nutzen. Umfang und personelle Besetzung des Gremiums sind an die konkreten betrieblichen Voraussetzungen anzupassen; insbesondere die Unternehmensgröße ist hier zu berücksichtigen. Seiner Bedeutung entsprechend sollten dem Steuerungsgremium in jedem Fall folgende Akteure angehören: ein Vertreter der

Unternehmensleitung, der Betriebs- bzw. Personalratsvorsitzende, die betrieblichen Gesundheitsexperten (Betriebsarzt, Vertreter der Arbeitssicherheit), leitende Akteure aus dem Organisations- bzw. Personalmanagement sowie Führungskräfte der oberen Managementebene. Einzubeziehen sind bei Bedarf weitere innerbetrieblich relevante Personen, z.B. Führungskräfte und Mitarbeiter betroffener Abteilungen sowie externe Experten und Berater. Für ein erfolgreiches Vorgehen ist darüber hinaus die Einbindung einer externen Prozessbegleitung zur Moderation und laufenden Beratung des angestoßenen Entwicklungsprozesses zu empfehlen (s.u.).

Das Steuerungsgremium arbeitet in aller Regel nach einer Geschäftsordnung, entscheidet mit Mehrheit und im Rahmen klar definierter Kompetenzen. Das Gremium sollte möglichst über ein eigenes Budget verfügen und über dessen Verwendung selbstständig entscheiden können.

Der Auftrag des Steuerungsgremiums lautet im Einzelnen:

- regelmäßig Bericht zu erstatten über das gesundheitliche Befinden der Beschäftigten, über zukünftige Herausforderungen und entsprechende Handlungsbedarfe. Das wichtigste Instrument dafür ist ein periodisch zu erstellender Gesundheitsbericht;
- Prioritäten auf der Basis einer validen Organisationsdiagnose zu setzen und entsprechende Initiativen zu ergreifen;
- bedarfsgerechte Interventionen zur Verminderung gesundheitlicher Risiken und Erschließung von Gesundheitspotenzialen – inklusive der dafür erforderlichen Ressourcen und Zuständigkeiten – zu entwickeln und festzulegen;
- sich über den Fortgang der einzelnen Aktivitäten oder Maßnahmen regelmäßig durch die verantwortlichen Akteure informieren zu lassen;
- das Top-Management und den Betriebs- bzw. Personalrat in Sachen Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu unterrichten und zu beraten.

Wie jedes andere betriebliche Gremium ist das Steuerungsgremium für den Erfolg seiner Arbeit auf hohe Glaubwürdigkeit und Akzeptanz beim Management und bei den Mitarbeitern angewiesen. Glaubwürdigkeit und Akzeptanz hängen in der Regel von zwei Dingen ab: von der sichtbaren Unabhängigkeit des Gremiums und von der Sachbezogenheit seiner Arbeit. Eine weitere wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit ist die ausreichende Schulung, Beratung und Qualifizierung seiner Mitglieder. Ziele, Aufgaben und Instrumente des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beinhalten eine Innovation, für die die zuständigen Akteure ausreichend vorbereitet werden

müssen, um Anlaufschwierigkeiten zu vermeiden und um möglichst rasch ein hohes Niveau an Professionalität der eigenen Arbeit zu erreichen.

Zur Zielerreichung sollte das Steuerungsgremium Aufträge an spezielle Projektteams oder Arbeitsgruppen erteilen und von diesen laufend Rückmeldung über (Zwischen-)Ergebnisse erhalten. Das Steuerungsgremium benötigt somit als strategisches Entscheidungsgremium eine operative Infrastruktur (s. Kapitel 6.2.3). Zur Bearbeitung von Aufträgen des Steuerungsgremiums durch Projektteams ist die Fähigkeit zum Projektmanagement eine zentrale Voraussetzung. Akzeptanz bei den Beschäftigten und eine intensive interne und externe Vernetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind weitere Erfolgsfaktoren.

### **Ressourcen**

Die erfolgreiche Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements bemisst sich auch an der Bereitstellung angemessener Ressourcen. Ohne die für den Implementierungsprozess erforderlichen finanziellen Mittel, ausreichende personelle und zeitliche Ressourcen sowie eine adäquate räumliche und technische Ausstattung wird die betriebliche Gesundheitsarbeit auf nur geringe Akzeptanz und Glaubwürdigkeit bei den Mitarbeitern stoßen und auf Dauer nicht zum gewünschten Erfolg führen.

Bei der Ressourcenfrage spielt die Klärung des Finanzierungsmodus eine wichtige Rolle, d.h. die Entscheidung darüber, ob die erforderlichen Mittel dem laufenden Haushalt zu entnehmen sind oder ob für das Betriebliche Gesundheitsmanagement ein eigenes Budget eingestellt wird. Letzteres ist als der Erfolg versprechende Weg zu empfehlen. Ebenso wichtig sind die personell-zeitlichen Ressourcen. Dies gilt in besonderer Weise für die verantwortlich handelnden Akteure wie beispielsweise die Projektleitung.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die hier angesprochenen betriebspolitischen Voraussetzungen vor allem in größeren Unternehmen lohnend sein werden. Kleineren Unternehmen muss mit überbetrieblichen Ansätzen (Kampagnen) oder branchenbezogenen Vorgehensweisen geholfen werden. Hier wird zukünftig voraussichtlich ein Schwerpunkt für die extern unterstützende Arbeit von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften liegen.

### **6.2.3 Strukturell-planerische Rahmenbedingungen**

Die erfolgreiche Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements erfordert neben den betriebspolitischen Voraussetzungen eine Reihe strukturell-planerischer

Rahmenbedingungen. Diese sollten sich idealer Weise an den nachfolgenden Standards orientieren.

### **Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten**

Betriebliches Gesundheitsmanagement erfordert, dass personelle Verantwortlichkeiten benannt und ihre Aufgaben und Kompetenzen definiert und festgelegt werden. Zu den relevanten innerbetrieblichen Aufgabenträgern gehören eine verantwortliche Person für das Gesundheitsmanagement sowie Projektteams oder Arbeitsgruppen zur Bearbeitung konkreter Aufgabenstellungen.

#### *Beauftragter für Gesundheitsmanagement*

Erfolg oder Misserfolg des Betrieblichen Gesundheitsmanagements hängen maßgeblich von der im Unternehmen für das Thema verantwortlich eingesetzten Person ab. Der oder die Beauftragte für Gesundheitsmanagement ist das Bindeglied zwischen Top-Management, Steuerungsgremium, Projektteams sowie Führungskräften und Mitarbeitern betroffener Organisationseinheiten. Übernimmt in der Phase der Implementierung zunächst eine Projektleitung diese Funktion, ist frühzeitig zu klären, wer im Unternehmen nach Abschluss des Projektes diese Rolle dauerhaft übernehmen kann. Primäre Aufgaben der/des Beauftragten für das Gesundheitsmanagement sind:

- regelmäßige Überprüfung der Zielsetzung und der gewählten Vorgehensweise,
- Terminplanung und -koordination (z.B. Treffen des Steuerungsgremiums),
- Delegation, Koordination und Steuerung von Teilaufgaben,
- Kosten-, Leistungs- und Qualitätskontrolle,
- Sicherstellen des Informationsaustausches und der Dokumentation,
- Vorbereiten und Herbeiführen von Entscheidungen,
- Planung, Koordination und Steuerung des Gesamtvorhabens,
- Berücksichtigung neuer Entwicklungen,
- regelmäßige Berichterstattung gegenüber dem Top-Management, dem Betriebs-/Personalrat sowie im Steuerungsgremium.

Um den Anforderungen gerecht zu werden, muss die verantwortlich benannte Person über vielfältige Kompetenzen verfügen. Dazu gehören zum einen fachlich-methodisches Know-how zum Thema Gesundheitsmanagement sowie Projektmanagementkenntnisse.

Erforderlich sind aber vor allem auch persönliche Kompetenzen wie z.B. Engagement, Eigeninitiative, Durchsetzungsvermögen, Belastbarkeit und soziale Kompetenzen wie z.B. Fähigkeiten zur Kommunikation, Zusammenarbeit und Konfliktlösung.

Für eine erfolgreiche Arbeit bedarf es der uneingeschränkten Unterstützung durch das Top-Management. Diese bemisst sich in erster Linie an der Bereitstellung ausreichender Ressourcen (zeitlich, finanziell, technisch) zur Bewältigung der Aufgaben.

Schließlich – auch dies haben die Erfahrungen gezeigt – kann es hilfreich sein, für die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zusätzliche Promotoren im Sinne von Kümmerern oder Paten zu benennen. Hierbei kann es sich beispielsweise um Mitglieder des Steuerungsgremiums handeln oder aber um Akteure aus den beteiligten Unternehmensbereichen.

#### *Arbeitsgruppen/Projektteams*

In aller Regel sollten zur Bearbeitung größerer Arbeitsaufträge des Steuerungsgremiums Projektteams oder Arbeitsgruppen eingesetzt werden. Aufgabe dieser Teams ist es, inhaltlich und zeitlich begrenzte Aufgaben bzw. Fragestellungen zu bearbeiten, dem Steuerungsgremium regelmäßig über Vorgehensweisen und erzielte Ergebnisse zu berichten sowie ggf. Entscheidungsvorlagen vorzubereiten. Zur Bearbeitung komplexer Aufgabenstellungen ist die Einrichtung mehrerer, zeitgleich arbeitender Teams zu empfehlen.

#### **Externe Akteure**

Für die Vorbereitung, Planung, Koordination und Steuerung des gesamten Implementierungsprozesses ist eine externe Beratung und Unterstützung der handelnden Akteure und Gremien sehr förderlich. Zumindest aber für die Anfangsphase ist die Einbindung einer Prozessbegleitung dringend zu empfehlen. Bei der Auswahl sollten sich die verantwortlichen betrieblichen Akteure im Vorfeld auf gemeinsame Kriterien hinsichtlich Art und Umfang der erwarteten Leistungen und der erforderlichen Kompetenzen verständigen. In der Praxis hat es sich dabei als sinnvoll erwiesen, besonderen Wert auf die Beratungskompetenz der Prozessbegleitung zu legen.

Eine weitere Aufgabe der Prozessbegleitung besteht in der Moderation von Gremien, insbesondere der Sitzungen des Steuerungsgremiums. Aufgabe der Moderation ist es, alle Akteure in die Diskussionsprozesse einzubinden sowie mögliche Konflikte aufzuzeigen und zu ihrer konstruktiven Bearbeitung beizutragen. Darüber hinaus sollten bei den Sitzungen Lernprozesse angestoßen und gefördert sowie Hinweise auf mögliche kritische Entwicklungen im laufenden Prozess gegeben werden.

Schließlich kann die Begleitung und Unterstützung konkreter Maßnahmen und Aktivitäten des Gesundheitsmanagements Auftragsgegenstand der Prozessbegleitung sein. Dazu gehören beispielsweise die Moderation von Gesundheits- bzw. Qualitätszirkeln und Workshops, Supervision und Coaching von Führungskräften sowie die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen.

Je nach Ausgangssituation im Unternehmen kann es darüber hinaus sinnvoll sein, zusätzliche externe Partner zu beteiligen. Vor allem die Berufsgenossenschaften und Krankenkassen verfügen über ein breites Expertenwissen und über erprobte Instrumente (z.B. zur betrieblichen Gesundheitsberichterstattung und Moderation von Gesundheitszirkeln) in diesem Themenfeld, die im Prozess der Implementierung förderlich sein können.

### **Pilotbereiche**

Bei der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist frühzeitig durch die verantwortlichen Akteure zu klären, ob die geplanten gesundheitsförderlichen Aktivitäten von Beginn an im gesamten Unternehmen oder zunächst modellhaft in ausgewählten Organisationseinheiten oder Abteilungen durchgeführt werden sollen.

Bei der Auswahl von Pilotbereichen können wiederum unterschiedliche Motive handlungsleitend sein. Je nach individueller Situation vor Ort kann ein vergleichsweise hoher Handlungsdruck (z.B. hohe Arbeitsanforderungen bzw. -belastungen, Schnittstellenprobleme, hohe Fehlzeiten etc.), aber auch eine eher niedrige Problemlage mit entscheidend für die Wahl sein. Die Frage nach der Erfolgchance kann dazu Anlass geben, zunächst in einem unproblematischeren Bereich zu starten und erst im zweiten Schritt einen Bereich mit einer deutlicheren Problemlage auszuwählen. Weitere Einflussgrößen können sein: die Größe und Zusammensetzung der Abteilung, die Bedeutung der Abteilung innerhalb des Unternehmens sowie die spätere Möglichkeit des Transfers von Erfahrungen und Erkenntnissen in andere Abteilungen bzw. Unternehmensbereiche.

Wesentlich für den Erfolg des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind in jedem Fall das Interesse und die Aufgeschlossenheit der betroffenen Führungskräfte und Mitarbeiter gegenüber einem solchen Vorhaben. Das schließt auch die Bereitschaft ein, sich an konkreten gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Programmen zu beteiligen. In der Abteilung vorhandene Erfahrungen mit Projektarbeit können ebenfalls von Vorteil sein.

## Planung und Steuerung

Systematisches und zielorientiertes Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement setzt eine sorgfältige Planung voraus. Dies gilt sowohl für den Implementierungsprozess insgesamt als auch für die Planung einzelner Aktivitäten oder Projekte. Die Planung dient dazu, das zukünftige Handeln zu durchdenken und alle zur Zielerreichung notwendigen Arbeitsschritte festzulegen. Ziel ist es, möglichst realistische Soll-Vorgaben hinsichtlich zu erledigender Aufgaben und Arbeitsschritte, einzuhaltender Termine, erforderlicher Ressourcen und anfallender Kosten zu entwickeln. Verantwortlich für die Planung ist der/die Beauftragte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement in Kooperation mit dem Steuerungsgremium. Für den Planungsprozess sollte ausreichend Zeit eingeräumt werden. Darüber hinaus empfiehlt sich die Orientierung an Vorgehensweisen und Instrumenten des klassischen Projektmanagements. Zu den wesentlichen Bestandteilen und Instrumenten der Planung gehören: Ziel- und Meilensteinplanung, Projektstruktur-, Projektphasen- und Projektablaufplan, Termin-, Kapazitäts- und Kostenplanung, Aufgabenlisten.

Neben einer detaillierten Planung bedarf es im Betrieblichen Gesundheitsmanagement auch eines fortlaufenden Controllings der Aktivitäten. Aufgabe des Controllings ist es, Abweichungen zwischen Planung und tatsächlichen Verlauf rechtzeitig zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen gegenzusteuern. Das Controlling dient somit dazu, einen permanenten Ist-Soll-Abgleich vorzunehmen und bei Bedarf erforderliche Korrekturen durchzuführen. Besonderes Augenmerk sollte auf die Überwachung von Terminen, Kosten und Mitarbeiterressourcen gelegt werden. Verantwortlich für die Steuerung des Gesamtvorhabens ist die/der Beauftragte für das Gesundheitsmanagement gemeinsam mit dem Steuerungsgremium. Die Verantwortung für die Steuerung einzelner Teilprojekte und Arbeitspakete kann an Teilprojektleiter delegiert werden.

Die Steuerung erfolgt in Form eines Regelkreises. Treten Abweichungen zwischen dem Ist- und dem Sollzustand auf, so sind die dafür in Frage kommenden Ursachen zu analysieren, zu bewerten und anschließend korrigierende Maßnahmen einzuleiten. Die dadurch eintretenden Veränderungen sind einem erneuten Ist-/Soll-Vergleich zu unterziehen und dahingehend zu prüfen, ob die Korrekturmaßnahmen zu den gewünschten Effekten geführt haben. Ist dies nicht der Fall, schließt sich eine erneute Ursachenanalyse an, und der Kreislauf beginnt von vorn. In aller Regel gilt: Je früher Abweichungen erkannt werden, umso einfacher und wirkungsvoller lassen sie sich beheben.

Als mögliche Ursachen für Abweichungen kommen in erster Linie Planungsfehler (z.B. größerer Arbeitsumfang als angenommen, zu geringe Ressourcen, Themenstellung

komplexer als erwartet) in Frage und/oder Mängel bzw. Fehler in der Umsetzung (z.B. unklare Aufgabenverteilung, fehlendes Know-how zur Durchführung von Maßnahmen).

### **Internes Marketing und begleitende Dokumentation**

Wichtig für den dauerhaften Erfolg des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist das interne Marketing, d.h. Umfang und Qualität der innerbetrieblichen Kommunikation darüber, was geplant, getan und erreicht worden ist, um das Thema insgesamt in der Belegschaft bekannt zu machen bzw. das Interesse dafür zu wecken und die Akzeptanz zu steigern sowie um die betroffenen Mitarbeiter von Beginn an in die angestoßenen Prozesse mit einzubeziehen. Je nach Größe des Unternehmens eignen sich für das interne Marketing folgende Verfahren und Instrumente: Betriebs- oder Abteilungsversammlungen, Teambesprechungen, schwarze Bretter, Infobroschüren, Betriebszeitungen sowie das Intranet. Darüber hinaus empfiehlt es sich, das Vorhaben auch bei Aufsichts-/Trägergremien vorzustellen sowie in anderen, benachbarten Querschnittsbereichen (z.B. Qualitätsmanagement, Personalentwicklung) darüber zu berichten.

Ebenso wichtig wie eine gute und regelmäßige Informationspolitik ist die begleitende Dokumentation. Dies gilt sowohl mit Blick auf einzelne Maßnahmen als auch bezogen auf den Gesamtprozess. Eine gute Dokumentation schafft Transparenz, indem sie den Prozess und getroffene Entscheidungen zu jedem Zeitpunkt nachvollziehbar macht. Die Dokumentation unterstützt zudem die Planung und Steuerung und erleichtert die spätere Erfolgsbewertung. Geachtet werden sollte dabei vor allem auf folgende Aspekte: die Ablage wichtiger Schriftstücke (z.B. Verträge), die Dokumentation von Telefonaten, elektronischen Nachrichten und wichtigen Gesprächen, die Erstellung von Protokollen (z.B. Sitzungen des Steuerungsgremiums; Qualitäts-/Gesundheitszirkel), die Erstellung von Statusberichten (beispielsweise nach Erreichung von Etappenzielen), die Abschlussdokumentation sowie die Dokumentation der Kosten. Je nach Situation ist zu klären, ob die Dokumentation ausschließlich in Papierform erfolgt, oder ob ein elektronisch gestütztes Dokumentationssystem zum Einsatz kommen soll.

### **Vernetzung mit anderen Managementansätzen**

Bereits in einer frühen Phase des Implementierungsprozesses ist zu prüfen, ob und in welcher Art und Weise eine Vernetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements mit anderen Managementansätzen und Führungsinstrumenten im Unternehmen möglich ist, um Ressourcen zu schonen und unnötige Doppelstrukturen zu vermeiden, um eine stärkere inhaltliche Abhängigkeit herzustellen und um mögliche Synergieeffekte zu

nutzen. Darüber hinaus unterstützt die Integration verschiedener Managementsysteme die dauerhafte Verankerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in die betrieblichen Routinen.

Den bisherigen Erfahrungen zufolge besteht Anschlussfähigkeit vor allem an folgende Managementsysteme und Führungsinstrumente: Arbeitsschutzmanagementsysteme, Qualitätsmanagementsysteme (z.B. EFQM, TQM, KVP, ISO 2001), unternehmensweite Steuerungsmodelle (z.B. Balanced Scorecard) sowie Führungskräfte-Zielvereinbarungen und Feedbacksysteme. Um die Integration sicherzustellen, sind übergeordnete Strukturen und Querschnittsaufgaben sowie gemeinsame Abläufe und Prozesse verantwortlich zu koordinieren und zu steuern. Diese Koordinations- und Steuerfunktion sollte entweder vom Steuerkreis, oder aber von einem anderen entscheidungskompetenten Gremium im Unternehmen übernommen werden.

#### **6.2.4 Durchführung der Kernprozesse**

Die erfolgreiche Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements bemisst sich, ebenso wie bei anderen Managementsystemen, vor allem an der systematischen Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation (s. Abb. 5). Die Prozesse stehen in einer zeitlich und inhaltlich logischen Abfolge und ermöglichen bei kunstgerechter Durchführung planvolles und zielgerichtetes Handeln. Nach Feststellung des Ist-Zustandes im Rahmen der Diagnose werden in der Planung ziel- bzw. ergebnisorientierte Interventionen ausgewählt. Im Anschluss an die Durchführung und Steuerung der Interventionen erfolgt mit der Evaluation ein Abgleich zwischen den angestrebten Zielen und Ergebnissen und den tatsächlich erzielten Effekten (Soll-Ist-Vergleich).

Die Prozesse sind in Form eines Regelkreises angeordnet und als Lernzyklus zu verstehen. Um den Lernerfolg sicherzustellen und die Lernerfahrungen für zukünftiges Handeln nutzbar machen zu können, sind die vier Kernprozesse vollständig und wiederholt zu durchlaufen. Jeder erneute Durchlauf des Zyklus soll zusätzlichen Erkenntnisgewinn für weiteres, planvolles Handeln nach sich ziehen.

Im Folgenden werden die Kernprozesse der Reihe nach vorgestellt. Zunächst wird die Bedeutung jedes einzelnen Prozesses für das Betriebliche Gesundheitsmanagement erläutert. Es folgen Empfehlungen für ein systematisches, kunstgerechtes Vorgehen. Am Ende werden die erforderlichen Arbeitsschritte jeweils im Überblick dargestellt.

## **Diagnose**

### *Bedeutung der Diagnose im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*

Für die Behandlung beim Arzt gilt: Ohne sorgfältige Diagnose keine wirksame Therapie. Dies gilt im übertragenen Sinne auch für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Ohne sorgfältige Erfassung des Gesundheitszustandes und der Arbeitssituation der Beschäftigten sowie der dafür in Frage kommenden Einflussgrößen gibt es keine wirksame Intervention. Die Diagnose sollte sich dabei nicht allein auf die Einschätzungen einzelner Experten, Führungskräfte oder Mitarbeiter stützen, sondern immer auch – zur Objektivierung der gemachten Aussagen – auf systematisch erhobene und ausgewertete Daten. Die Diagnose sollte zudem stets aus pathogenetischer und auch aus salutogenetischer Perspektive erfolgen, d.h. Antworten auf Fragen nach Ursachen schlechter und guter Gesundheit geben.

Die Diagnose folgt der Devise: „Daten für Taten“. Die Diagnose erfüllt keinen Selbstzweck, sondern ist nur sinnvoll als erster Schritt eines professionellen Vorgehens. Der Diagnose kommen hierbei vier zentrale Funktionen zu: die systematische und valide Erfassung des physischen und psychosozialen Befindens der Beschäftigten, die Formulierung von Hypothesen über mögliche pathogene und salutogene Einflussgrößen, die Schaffung einer Grundlage für die Planung und Durchführung von Interventionen sowie die Schaffung einer Basis für die spätere Evaluation.

Eine fehlende Ist-Analyse erschwert die Formulierung angemessener Ziele für die nachfolgende Intervention. Ohne Ist-Analyse kann auch der Grad der Zielerreichung nicht überprüft werden. Die Diagnose ist somit die wesentliche Voraussetzung zur Festlegung von Prioritäten, zur Planung und Durchführung von Interventionen sowie zur nachfolgenden Erfolgsbewertung.

### *Vorgehensweise*

Für eine adäquate Diagnose bedarf es – ebenso wie für die weiteren Kernprozesse – einer Reihe sorgfältig zu planender und systematisch durchzuführender Arbeitsschritte. Wichtig ist zudem, die Beschäftigten betroffener Unternehmensbereiche frühzeitig und hinreichend über Hintergründe, Zielsetzung und Ablauf der Diagnose zu informieren.

In einem ersten Schritt sind für die Diagnose präzise und überprüfbare Ziele zu formulieren, die sich aus der Gesamtzielsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (s. Kapitel 6.2.1) ableiten sollten. Aus den Zielen wiederum leitet sich die Auswahl relevanter Fragestellungen ab.

Im zweiten Schritt sind gegebenenfalls Pilotbereiche auszuwählen, in denen die Diagnose durchgeführt werden soll. Prinzipiell besteht die Möglichkeit, die Diagnose entweder von Beginn an im gesamten Unternehmen zu realisieren, oder zunächst modellhaft in einzelnen, ausgewählten Unternehmensbereichen oder Abteilungen zu starten (s. Kapitel 6.2.3). Zusätzlich zu den Pilotbereichen sind die Zielgruppen – z.B. alle Beschäftigten oder einzelne Berufsgruppen – zu benennen. Wichtig für die erfolgreiche Durchführung der Diagnose ist in jedem Fall die Akzeptanz und Aufgeschlossenheit der Betroffenen – Führungskräfte und Mitarbeiter – gegenüber dem Vorhaben.

Im anschließenden dritten Schritt erfolgt, orientiert an der formulierten Zielsetzung, die Auswahl geeigneter Methoden und Instrumente zur Bedarfsermittlung. In Frage kommen hierbei:

- die Auswertung von Routine-Daten überbetrieblicher Experten: z.B. Arbeitsunfähigkeitsanalysen der Krankenkassen oder Analysen der Berufsgenossenschaften zum Unfallgeschehen;
- die Auswertung von Routine-Daten der Unternehmen: z.B. Fehlzeitenstatistiken oder betriebsmedizinische Untersuchungen sowie
- die Generierung neuer Daten: z.B. mit Hilfe einer Mitarbeiterbefragung (s.u.).

Um ein möglichst umfassendes Bild über die Ist-Situation im Unternehmen bzw. in den ausgewählten Unternehmensbereichen zu erhalten, sind nach Möglichkeit verschiedene Daten- und Informationsquellen zur Diagnose heranzuziehen. Wichtig ist, darauf zu achten, keine „Datenfriedhöfe“ zu erzeugen. Die Diagnose dient dazu, Handlungsbedarfe zu erkennen und geeignete Interventionen einzuleiten. Zudem sind bei der Diagnose grundsätzlich valide und aussagekräftige Daten zu erheben.

Den bisherigen Erfahrungen zufolge haben sich im Betrieblichen Gesundheitsmanagement insbesondere solche Methoden als sinnvoll erwiesen, bei denen das Wissen und die Erfahrungen der Mitarbeiter miteinbezogen werden. Ohne umfassende Kenntnisse über Einschätzungen und Wertungen („Wo drückt der Schuh?“, „Was ist die Ursache?“, „Welches ist die Lösung?“) der Beschäftigten lässt sich ein Betriebliches Gesundheitsmanagement kaum wirkungsvoll betreiben.

Vor allem die Mitarbeiterbefragung hat sich hier als geeignete Methode bewährt. Gegenüber anderen Methoden wie z.B. einer Fehlzeitenanalyse ermöglicht sie zudem Aussagen zu Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen. Entscheidet sich ein Unternehmen für eine Mitarbeiterbefragung, ist zu klären, ob ein Standardfragebogen externer Anbieter (z.B. von Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften) verwendet werden soll, oder ob ein eigenes Befragungsinstrument zum Einsatz kommt. Zu berücksichtigen ist, dass die

Fragebogenentwicklung, wenn sie professionell erfolgt, eine höchst anspruchsvolle und aufwendige Aufgabenstellung ist. Insbesondere bei der Messung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie pathogener und salutogener Einflussgrößen ist daher in jedem Fall auf wissenschaftlich valide und erprobte Skalen zurückzugreifen.

Nach Auswahl der Methoden und Instrumente erfolgt im nächsten Schritt die Feinplanung der Diagnose. Dazu gehört vor allem, eine detaillierte Zeit- und Arbeitsplanung zu erstellen sowie Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festzulegen. Konkret ist zu klären: Wer macht was bis wann? Wichtig ist zudem, die Vertraulichkeit sicherzustellen und datenschutzrechtliche Belange ausreichend zu berücksichtigen. Um dies zu gewährleisten, empfiehlt es sich, frühzeitig den Datenschutzbeauftragten und die Arbeitnehmervertretung in die Planung mit einzubeziehen. Wird beispielsweise eine Mitarbeiterbefragung zur Diagnose eingesetzt, sollte der Fragebogen ausreichende Hinweise zum Datenschutz und zur Anonymität der Befragung enthalten. Darüber hinaus sind die Datenerfassung und Auswertung sowie der Umgang mit den Fragebögen nach Abschluss der Befragung zu regeln.

An die Planung schließen sich die eigentliche Datenerhebung und die Auswertung der Daten an. Je nach Umfang und Komplexität der erhobenen Daten sowie der im Unternehmen vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen ist bei der Auswertung gegebenenfalls externer Sachverstand einzubeziehen.

Die ausführliche Diskussion und Bewertung der Ergebnisse erfolgt im Steuerungskreis. Dieser Arbeitsschritt ist zwingend erforderlich, um relevante Problembereiche im Unternehmen zu identifizieren und Handlungsbedarfe festzulegen. Die Ergebnisdiskussion und -bewertung ist somit Voraussetzung, um nachfolgend wirksame Interventionen durchzuführen. Sowohl die betroffenen Beschäftigten als auch das Top-Management sind über zentrale Ergebnisse der Diagnose ausreichend zu informieren. Die Rückmeldung kann in Form einer mündlichen Präsentation (z.B. bei Teamsitzungen, Abteilungsversammlungen, Meetings der Geschäftsführung) und/oder in Form eines schriftlichen Berichts erfolgen.

Um die Diagnose und die daraus abgeleiteten Interventionen im Unternehmen auf eine umfassende und gesicherte Informationsbasis zu stellen, ist auf Dauer der Aufbau einer betrieblichen Gesundheitsberichterstattung unverzichtbar. Bereits bei der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sollten dazu im Idealfall erste Vorbereitungen getroffen werden. Zu empfehlen ist, externes Know-how heranzuziehen, z.B. das Fachwissen von Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften. Bei der Erstellung eines Gesundheitsberichtes sind in erster Linie folgende Daten-/Informationsquellen von Bedeutung: betriebliche Routinedaten (z.B. Sozialstatistik, Kapazitäts- und Leistungs-

entwicklung, Personalbestandsentwicklung, Unfallgeschehen, interne Fehlzeiten, Morbiditätsgeschehen), externe Routinedaten (z.B. Daten von Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit, Daten der Berufsgenossenschaften zum Unfallgeschehen), neu generierte Daten aus Mitarbeiterbefragungen (z.B. Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit, Führungsverhalten). Abschließend werden nochmals die zentralen Arbeitsschritte der Diagnose im Überblick dargestellt.

#### **Die Arbeitsschritte der Diagnose im Überblick:**

- Formulierung präziser, überprüfbarer Ziele
- Auswahl relevanter Fragestellungen
- Auswahl von Organisationseinheiten
- Auswahl von Zielgruppen
- Auswahl von Methoden und Instrumenten
- Erstellung eines Arbeits- und Zeitplans
- Festlegung von Zuständigkeiten
- Erhebung der Daten
- Datenerfassung und Auswertung
- Diskussion und Bewertung der Ergebnisse
- Rückmeldung der Ergebnisse
- Erstellung eines Gesundheitsberichts

## **Interventionsplanung**

### *Bedeutung der Interventionsplanung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*

So wie bei der ärztlichen Behandlung gilt: ohne Diagnose keine wirksame Therapie, gibt es keinen nachhaltigen Therapieerfolg ohne gute Therapieplanung. Auch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement hängt der Erfolg der Intervention maßgeblich von der Planungsqualität ab. Ohne sorgfältige Planung fehlt die Grundlage für ein durchdachtes Handeln und ist die Zielerreichung nur erschwert möglich. Am Ende der Planungsphase sollten Unternehmen folgendes erreicht haben: prioritäre Handlungsbedarfe im Unternehmen bzw. in einzelnen Unternehmensbereichen sind identifiziert und festgelegt. Konkrete und operationale Interventionsziele sind formuliert und die Adressaten der Intervention sind ausgewählt. Zuständigkeiten für die Umsetzung der geplanten Maßnahmen sind benannt und ein detaillierter Zeit-, Arbeits- und Kostenplan für die Intervention liegt vor.

### *Vorgehensweise*

Im Rahmen des zweiten Kernprozesses im Betrieblichen Gesundheitsmanagement werden – auf Grundlage der Ergebnisse der Diagnose – Handlungsbedarfe festgelegt und die nachfolgende Intervention inhaltlich und konzeptionell vorbereitet und geplant. Ziel ist die Ermittlung realistischer Soll-Vorgaben hinsichtlich der Durchführung und Steuerung von Maßnahmen. Verantwortlich für die Interventionsplanung sind in erster Linie der/die Beauftragte für Betriebliches Gesundheitsmanagement in enger Abstimmung mit dem Steuerungsgremium. Bedarfs- bzw. problemorientiert sollten gegebenenfalls weitere relevante Akteure oder Arbeitskreise in die Planung eingebunden werden. Eine professionelle Interventionsplanung sollte sich stets – ebenso wie die Planung des gesamten Implementierungsprozesses – an den Methoden und Instrumenten des Projektmanagements orientieren.

In einem ersten Schritt sind im Steuerungskreis – basierend auf den Ergebnissen der vorangegangenen Diagnose – Problembereiche zu diskutieren und prioritäre Handlungsfelder für die nachfolgende Intervention festzulegen. Daraus abgeleitet sollten im zweiten Schritt konkrete Unternehmensbereiche und Zielgruppen für Interventionen ausgewählt werden. In Frage kommen vor allem Führungskräfte und Mitarbeiter aber auch die betriebliche Gesundheitsexperten. Zudem sind präzise und überprüfbare Ziele für die Intervention zu formulieren. Die Ziele sollten nach Möglichkeit schriftlich – beispielsweise in Form eines konkreten (Teilprojekt-)Auftrags – fixiert werden.

Im nächsten Schritt erfolgt die Auswahl bedarfsorientierter und qualitätsgesicherter Maßnahmen und/oder Projekte. In der Regel können nicht alle relevanten Themenfelder gleichzeitig bearbeitet werden. Daher empfiehlt es sich, klare Prioritäten zu setzen und eine Reihenfolge für die Durchführung festzulegen. Soweit ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen, können selbstverständlich verschiedene Maßnahmen und Aktivitäten parallel stattfinden. In jedem Fall ist allerdings darauf zu achten, nicht gleich im ersten Schritt mit der Bearbeitung des schwierigsten bzw. sensibelsten Themas zu beginnen. Für die Durchführung der Maßnahmen sind eindeutige Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zu benennen und die einzelnen Arbeitsschritte inkl. der benötigten zeitlichen Ressourcen und finanziellen Mittel detailliert zu planen. Nachfolgend sind die zentralen Arbeitsschritte der Interventionsplanung im Überblick dargestellt.

**Die Arbeitsschritte der Interventionsplanung im Überblick:**

- Ableitung von Handlungsfeldern basierend auf der Diagnose
- Auswahl von Interventionsbereichen
- Festlegung von Zielgruppen
- Formulierung klarer und messbarer Ziele (Soll-Werte)
- Auswahl geeigneter Maßnahmen und Projekte
- Einbindung aller relevanten Akteure in die Planungsphase
- Festlegung von Verantwortlichkeiten
- Erstellung eines detaillierten Zeit-, Arbeits- und Kostenplans

**Intervention***Bedeutung der Intervention im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*

Der dritte Kernprozess im Betrieblichen Gesundheitsmanagement beinhaltet die Durchführung und Steuerung der zuvor geplanten Maßnahmen und Aktivitäten. Bei der Intervention findet somit die eigentliche „Therapie“ statt.

Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte bedarfsgerecht, qualitätsgesichert und wirtschaftlich sein. Der Blick richtet sich dabei primär auf organisationsbezogene Maßnahmen. Verhaltenspräventive Angebote für Mitarbeiter, wie z.B. Rückenschulen oder Ernährungsprogramme, können durchaus sinnvoll sein, sollten aber vor allem als Ergänzung zu organisationsbezogenen Aktivitäten eingesetzt werden.

Was auch immer die einzelne Problemstellung sein mag, zu deren Bewältigung die eingesetzte Intervention dient, die zentrale Aufgabe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements darf nicht aus dem Blick geraten: Investitionen in das Sozial- und Humankapital. Interventionen sollten immer auch der Stärkung der sozialen Beziehungen und der Vertrauensbildung dienen und diesen zentralen Anliegen nicht entgegenwirken. Als ein Negativbeispiel sei hier die Einführung von Rückkehrgesprächen genannt, die je nach Art und Weise der Durchführung nicht zur Entwicklung von Vertrauen, sondern zur Verbreitung von Misstrauen beitragen können. Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sollten in erster Linie zielen auf:

- die Verbesserung der Transparenz im Unternehmen durch laufende Informationen über Ziele und den Grad der Zielerreichung,
- die Pflege gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln,

- die Beteiligung und Vernetzung der Belegschaft,
- die Verbesserung der Dialogmöglichkeiten zwischen Management und Belegschaft,
- die Verbesserung des sozialen Zusammenhalts unter den Beschäftigten,
- die Befähigung der Mitarbeiter zu einem gesundheitsbewussten Verhalten.

Als bewährte Vorgehensweisen und Instrumente bieten sich an:

- Aufnahme des Themas Gesundheit in das Unternehmensleitbild,
- Mitarbeitergespräche,
- Gesundheitszirkel, Fokusgruppen, Workshops,
- Coaching für Führungskräfte,
- Qualifizierungsangebote für Führungskräfte, Experten und Mitarbeiter (Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz),
- Zielvereinbarungen mit Führungskräften zum Thema Mitarbeiterorientierung.

#### *Vorgehensweise*

Die Steuerung der Intervention erfolgt entsprechend der in der Planung inhaltlich und konzeptionell festgelegten Vorgehensweise. Dazu ist in der Regel eine operative Infrastruktur erforderlich – z.B. in Form von Teilprojekten, Arbeitsgruppen oder einzelnen, verantwortlich handelnden Akteuren. In aller Regel empfiehlt es sich, externe Experten und Berater (z.B. aus Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) mit einzubeziehen. Bei den eingesetzten Maßnahmen ist darauf zu achten, dass diese bedarfsgerecht und angemessen sind. Es sollten nur solche Aktivitäten durchgeführt werden, die sich aus der Diagnose begründen lassen und die geeignet sind, die gesetzten Ziele zu erreichen.

Die Aktivitäten müssen zudem auf die Akzeptanz bei den jeweiligen Zielgruppen (z.B. Führungskräfte, Mitarbeiter) stoßen. Ohne die Bereitschaft der Betroffenen, sich aktiv zu beteiligen und Aufgaben zu übernehmen, werden die Maßnahmen letztlich nicht zum gewünschten Erfolg führen. Die Maßnahmen sollten schließlich effektiv und effizient sein, d.h. nachweislich positive Wirkungen erzeugen und nach Möglichkeit in einer positiven Kosten/Nutzen-Relation stehen.

Im Controlling ist in erster Linie darauf zu achten, dass Zeit- und Arbeitspläne soweit wie möglich eingehalten werden. Entsprechendes gilt auch für die Einhaltung des vorgegebenen Kostenrahmens. Bei festgestellten Abweichungen zwischen der Planung und

der realen Situation ist möglichst rasch eine Ursachenanalyse durchzuführen und korrigierend einzugreifen (vgl. Kapitel 6.2.3). Verantwortlich hierfür ist das Steuerungsgremium gemeinsam mit dem/der Beauftragten für Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Grundsätzlich ist auf eine sorgfältige Dokumentation der Maßnahmen zu achten – beispielsweise in Form von Protokollen bzw. Berichten. Eine gute Dokumentation ist wichtig, um den Verlauf und die erzielten Ergebnisse zu jedem Zeitpunkt und für alle relevanten Akteure und Gremien nachvollziehbar und transparent zu machen. Ein gutes Dokumentationswesen erleichtert zudem die Interventionssteuerung sowie die spätere Erfolgsbewertung.

Schließlich ist auf eine regelmäßige Rückmeldung über Verlauf und Ergebnisse der Intervention zu achten. In das Feedback sind, neben dem Steuerungsgremium, das Top-Management sowie die betroffenen Führungskräfte und Mitarbeiter einzubeziehen. Die Rückmeldung kann dabei mündlich erfolgen, z.B. bei Teambesprechungen, in Abteilungs-/Betriebsversammlungen und/oder in Form schriftlicher Berichte. Eingesetzt werden können auch Kommunikationsmedien wie das „schwarze Brett“ oder das Intranet. Schließlich stellt auch die regelmäßige Herausgabe einer eigenen Projektzeitung eine gute Informationsmöglichkeit dar. Abschließend werden die wesentlichen Arbeitsschritte des Kernprozesses Intervention noch einmal im Überblick dargestellt.

**Die Arbeitsschritte der Intervention im Überblick:**

- Einrichtung einer operativen Infrastruktur
- Durchführung gezielter Maßnahmen und Aktivitäten
- Steuerung der Intervention
- Dokumentation aller Maßnahmen und Aktivitäten
- Rückmeldung über Verlauf und Ergebnisse der Intervention an den Steuerungskreis, das Top-Management, die Beschäftigten

**Evaluation***Bedeutung der Evaluation im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*

Die Evaluation im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zielt auf zweierlei: auf die Überprüfung der Ergebnisqualität, d.h. die Erfassung des Ausmaßes, in dem die angestrebten Ziele erreicht wurden (Ergebnisevaluation) und auf die Überprüfung der Ein-

haltung von Standards als Voraussetzung für gute Ergebnisse (Struktur- und Prozessevaluation).

Mit Blick auf die Ergebnisse ist zu beachten, dass sich die gemessenen Werte zum Besseren oder Schlechteren verändern oder auch unverändert bleiben können. Weiterhin ist zu beachten, dass der Zeitfaktor eine wesentliche Rolle spielt. Je weitreichender und veränderungsintensiver die Intervention, umso länger ist eventuell die Zeitspanne bis sich die angestrebten Ergebnisse einstellen. Kurzfristig können sich Werte durch eine Intervention sogar verschlechtern (Veränderungswiderstände), um sich dann erst längerfristig zu verbessern. Entsprechend der vier Teilziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (vgl. Kapitel 6.2.1) konzentriert sich die Evaluation auf folgende Aspekte:

1. Entwicklung und dauerhafte Verankerung des Managementsystems (Struktur- und Prozessqualität),
2. Stärkung des Sozial- und Humankapitals (Ergebnisqualität),
3. Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit (Ergebnisqualität),
4. Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit (Ergebnisqualität).

#### *Vorgehensweise*

Für die Evaluation gelten in weiten Teilen dieselben Qualitätskriterien wie für die Diagnose (s.o.). Auf eine detaillierte Darstellung der einzelnen Arbeitsschritte wird daher an dieser Stelle verzichtet. Auch bei der Erfolgswertung sollten grundsätzlich nur valide und zuverlässige Methoden und Instrumente eingesetzt werden, die zudem in der Praxis erprobt sind, und deren Einsatz sich aus den Zielen und angestrebten Ergebnissen ableiten lässt. Um den Grad der Zielerreichung überprüfen zu können, ist dringend geboten, auf Methoden und Instrumente zurückzugreifen, die bereits in der Ist-Analyse eingesetzt wurden. Wurde beispielsweise bei der Diagnose eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, sollte diese nach Möglichkeit auch bei der Evaluation zum Einsatz kommen. Die Evaluation kann entweder durch betriebliche Akteure und/oder externe Partner erfolgen. Bereits bei der Vorbereitung dieses Kernprozesses sollte zudem festgelegt werden, in welcher Art und Weise die Ergebnisse später im Unternehmen kommuniziert bzw. rückgemeldet werden sollen.

Je nachdem, auf welches der vier Teilziele des Gesundheitsmanagements sich die Evaluation konzentriert, lässt sich die Zielerreichung anhand von Kennzahlen oder definierten Standards überprüfen. Abschließend werden die wesentlichen Arbeitsschritte der Evaluation noch einmal im Überblick dargestellt.

**Die Arbeitsschritte der Evaluation im Überblick:**

- Formulierung einer präzisen Zielsetzung für die Evaluation
- Festlegung klarer Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- Auswahl und Einsatz erprobter Methoden und Instrumente
- Erstellung eines Arbeits- und Zeitplans
- Erhebung der Daten
- Datenerfassung und Auswertung
- Diskussion und Bewertung der Ergebnisse
- Rückmeldung der Ergebnisse

---

## 6.3 Qualitätskriterien und Prüfpunkte

---

### Ziele und angestrebte Ergebnisse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM)

1. Entwicklung und dauerhafte Verankerung des Managementsystems
    - Entwicklung und Optimierung betriebspolitischer Voraussetzungen
    - Aufbau und Optimierung struktureller und planerischer Rahmenbedingungen
    - Durchführung und Optimierung der Kernprozesse
  2. Stärkung des Sozial- und Humankapitals (Vernetzung, Vertrauensbildung, Entwicklung gemeinsamer Überzeugungen, Werte, Regeln) durch:
    - Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung
    - Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung
    - Förderung persönlicher Gesundheitspotenziale
  3. Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit
    - Steigerung des psychosozialen Wohlbefindens
    - Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustands
    - Verminderung von Risikofaktoren
  4. Verbesserung der Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit
    - Verbesserung des Arbeitsverhaltens und der Produktivität
    - Verbesserung der Qualität und Kundenorientierung
    - Senkung von Kosten
-

---

## Betriebspolitische Voraussetzungen im BGM

### Qualitätskriterien

### Prüfpunkte

---

Wahrnehmung von BGM als dauerhafte Führungsaufgabe seitens des Top-Managements und der Arbeitnehmervertretung

- 
- |  |  |
|--|--|
| - Formulierung einer präzisen inhaltlichen Zielsetzung | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>konkrete und messbare Ziele liegen vor</i></li> <li>• <i>die Ziele sind schriftlich fixiert, z.B. im Projektauftrag</i></li> </ul>   |
| - Investitionsbereitschaft des Top-Managements         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ausreichende Ressourcen werden bereitgestellt</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>finanzielle Ressourcen</i></li> <li>- <i>personell/zeitliche Ressourcen</i></li> <li>- <i>sonstige Ressourcen (räumlich, technisch, infrastrukturell)</i></li> </ul> </li> </ul>   |
| - Vereinbarung schriftlicher Rahmenregelungen          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>schriftliche Vereinbarungen zum BGM, wie z.B. eine Betriebs-/Dienstvereinbarung, liegen vor</i></li> <li>• <i>das Thema „Gesundheit“ ist in das Unternehmensleitbild integriert</i></li> </ul>   |
| - Einrichtung eines Steuerungsgremiums                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>es existiert ein Arbeitskreis Gesundheit oder ein Projektleitungsausschuss mit einer Geschäftsordnung, die Zusammensetzung, Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortung und Budget regelt</i></li> </ul>  |
| - Befähigung/Qualifizierung der Beschäftigten          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>die regelmäßige Fort- und Weiterbildung von Führungskräften, Mitarbeitern und Experten zum BGM wird ermöglicht</i></li> </ul>  |
| - Partizipation der Beschäftigten                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>eine kontinuierliche Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitern zum Thema „Gesundheit“ findet statt</i></li> <li>• <i>Beschäftigte werden an der Entwicklung, Entscheidungsfindung und Umsetzung von Lösungs-/Verbesserungsvorschlägen aktiv beteiligt</i></li> </ul>   |
| - aktives Engagement und Unterstützung                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>seitens des Managements und der Arbeitnehmervertretung erfolgt:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>strategisches Controlling</i></li> <li>- <i>(Mit-)Entscheidung über die Durchführung von Maßnahmen</i></li> <li>- <i>Teilnahme an Sitzungen (Steuerungsgremium, Arbeitskreise)</i></li> <li>- <i>eigene Weiterbildung im Themenfeld</i></li> </ul> </li> </ul> |
-

---

**Strukturelle und planerische Rahmenbedingungen im BGM**

Qualitätskriterien	Prüfpunkte
Festlegung von Zuständigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>relevante Akteure, wie z.B. eine Projektleitung, sind benannt und deren Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortung festgelegt</i></li> <li>• <i>erforderliche Teilprojekte, Arbeitsgruppen etc. sind eingerichtet</i></li> <li>• <i>zusätzliche Promotoren im Sinne von „Kümmerern“ oder „Paten“ sind benannt</i></li> </ul>
Auswahl und Festlegung geeigneter Organisationseinheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ausgewählte Organisationseinheiten – gesamtes Unternehmen oder einzelne Abteilungen – passen zur Zielsetzung</i></li> <li>• <i>die Akzeptanz der Betroffenen gegenüber dem Vorhaben ist vorhanden</i></li> </ul>
Einbeziehung externer Experten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vertreter von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften u.a. sind Mitglied im Steuerungsgremium und werden in Arbeitskreise, Teilprojekte etc. einbezogen</i></li> <li>• <i>eine externe Prozessbegleitung ist eingebunden</i></li> </ul>
Aufbau von Kooperationsbeziehungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Netzwerke mit anderen Unternehmen und/oder Organisationen existieren bzw. werden aufgebaut</i></li> </ul>
Erstellung einer detaillierten Projektplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Struktur-, Phasen- und Ablaufplan (inkl. Meilensteine) für das Vorhaben liegen vor</i></li> <li>• <i>eine detaillierte Termin-, Kapazitäts- und Kostenplanung liegt vor</i></li> </ul>
Internes Marketing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>eine regelmäßige und umfassende Information der Beschäftigten erfolgt, z.B. durch Mitarbeiter-Zeitung, auf Veranstaltungen, über das Intranet etc.</i></li> </ul>
Angebote zur Fort- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>themenrelevante Qualifizierungsmaßnahmen (Fach- und Methodenkompetenz) für Führungskräfte, Mitarbeiter, Gesundheitsexperten werden angeboten und durchgeführt</i></li> </ul>
Vernetzung mit anderen Managementansätzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Betriebliches Gesundheitsmanagement wird mit anderen Managementansätzen (z.B. EFQM, Balanced Scorecard etc.) verknüpft</i></li> </ul>

---

---

## Kernprozess Diagnose im BGM

Qualitätskriterien	Prüfpunkte
Formulierung einer präzisen Zielsetzung für die Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>konkrete, aus der Gesamtzielsetzung abgeleitete Ziele liegen vor</i></li> </ul>
Auswahl und Festlegung relevanter Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ausgewählte Zielgruppen – z.B. einzelne Berufs- oder Statusgruppen – passen zur Zielsetzung</i></li> </ul>
Auswahl relevanter Fragestellungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>der Zusammenhang zwischen Fragestellungen und Thematik/Zielsetzung ist vorhanden</i></li> </ul>
Auswahl geeigneter Methoden und Vorgehensweisen Optionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentenanalyse</li> <li>• Experteninterviews</li> <li>• Mitarbeiterbefragung</li> <li>• Fokusgruppen, Gesundheitszirkel, Workshops</li> <li>• Screenings</li> <li>• Arbeitsplatzbegehungen</li> <li>• Analyse des Unfallgeschehens</li> <li>• AU-Analysen</li> <li>• interne Fehlzeiten-/Fluktuationsanalysen</li> <li>• Chemische und physikalische Messungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Die Methoden und Vorgehensweisen sind valide und in der Praxis erprobt</i></li> <li>• <i>Der Einsatz der Methoden und Vorgehensweisen ist abgeleitet von den Zielen und angestrebten Ergebnissen</i>  <i>Beispiele:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ziel: Reduzierung der krankheitsbedingten Fehlzeiten &gt; Durchführung einer AU-Analyse (interne Statistik und/oder Gesundheitsbericht der Krankenkasse)</i></li> <li>- <i>Ziel: Reduzierung des Unfallgeschehens &gt; Analyse des Unfallgeschehens (interne Statistik und/oder Daten der Berufsgenossenschaft)</i></li> <li>- <i>Ziel: Verbesserung von Führungsverhalten, Teamzusammenhalt, Wohlbefinden &gt; Durchführung einer Mitarbeiterbefragung mit entsprechendem Fragebogen</i></li> </ul> </li> </ul>

---

## Diagnose am Beispiel Mitarbeiterbefragung

Qualitätskriterien	Prüfpunkte
<i>Qualitätsdimension „Erhebungsinstrument“ (Fragebogen)</i>	
orientiert an wissenschaftlichen Standards	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>das ausgewählte Instrument ist valide und zuverlässig</i></li> <li>• <i>das Instrument umfasst anerkannte und erprobte Skalen</i></li> </ul>
Erfassung relevanter Zielvariablen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>die ausgewählten Zielvariablen, z.B. Arbeitszufriedenheit, psychosoziales und körperliches Wohlbefinden, passen zur Zielsetzung</i></li> </ul>
Erfassung potentieller Einflussfaktoren (salutogene, pathogene)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Einfluss-/Moderatorvariablen, wie z.B. Teamzusammenhalt, Handlungsspielraum, soziale Unterstützung, sind berücksichtigt</i></li> </ul>
<i>Qualitätsdimension „Planung, Durchführung und Auswertung“</i>	
Erstellung einer konkreten Zeit- und Arbeitsplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ein detaillierter und realistischer Zeit- und Arbeitsplan liegt vor (von der Vorbereitung bis zur Präsentation)</i></li> </ul>
Sicherstellung der Vertraulichkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>der Datenschutzbeauftragte und die Arbeitnehmervertretung sind eingebunden</i></li> <li>• <i>Hinweise auf Datenschutz und Anonymität sind im Fragebogen vorhanden</i></li> <li>• <i>Die Organisation der Datenerfassung und -auswertung sowie die Datenverwahrung (Schutz vor Missbrauch durch Dritte) sind geregelt</i></li> <li>• <i>Auswertung und Darstellung ermöglichen keine Identifikation einzelner Mitarbeiter</i></li> <li>• <i>eine Regelung zum Umgang mit den Fragebögen nach Abschluss der Auswertung ist vorhanden</i></li> </ul>
Freiwilligkeit der Teilnahme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ein Hinweis auf Freiwilligkeit ist im Fragebogen vorhanden</i></li> </ul>
frühzeitige und hinreichende Information der Beschäftigten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>die Ankündigung bzw. Information der Mitarbeiter über Hindergründe, Zielsetzung, datenschutzrelevante Aspekte der Befragung erfolgt rechtzeitig vor der Durchführung</i></li> <li>• <i>die Information erfolgt durch betriebliche Entscheidungsträger (idealer Weise Geschäftsführung und Arbeitnehmervertretung)</i></li> </ul>
Akzeptanz der Befragung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>eine Teilnahmebereitschaft der Betroffenen ist vorhanden, und es existiert kein erkennbarer Boykott durch einzelne Personen oder Gruppen</i></li> </ul>

---

**Diagnose am Beispiel Mitarbeiterbefragung**

Qualitätskriterien

Prüfpunkte

---

*Qualitätsdimension „Planung, Durchführung und Auswertung“*


---

Rücklaufquote und Repräsentativität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Rücklaufquote beträgt über 40 %</li> <li>• die Teilnehmerstruktur entspricht in etwa der Mitarbeiter-Struktur in den befragten Einheiten</li> </ul>
-------------------------------------	--

Auswertung der Daten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• das Datenverarbeitungsprogramm und vorhandene Kenntnisse (Datenverarbeitung und Statistik) ermöglichen eine Datenauswertung entsprechend der Zielsetzung</li> </ul>
----------------------	--

Verknüpfung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung mit anderen Datenquellen (bei Bedarf)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Befragungsergebnisse werden mit weiteren Daten/Informationen, z.B. aus internen Fehlzeitenstatistiken, Gefährdungsanalysen, verknüpft</li> </ul>
---	---

Identifikation von Problemreichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Auswertung benennt Problemfelder und Handlungsbedarfe</li> </ul>
-----------------------------------	---

Formulierung von Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Auswertung bzw. der Bericht enthält erste Empfehlungen dazu, wo (in welcher Einheit/Gruppe) was (in welcher Art und Weise) geschehen sollte</li> </ul>
-------------------------------	---

---

*Qualitätsdimension „Rückmeldung der Ergebnisse“*


---

Rückmeldung der Ergebnisse an das Top-Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Rückmeldung der Ergebnisse erfolgt, z.B. in Form einer mündlichen Präsentation und/oder eines schriftlichen Berichtes</li> </ul>
--	---

Rückmeldung der Ergebnisse an den Steuerungskreis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Rückmeldung der Ergebnisse erfolgt, z.B. in Form einer mündlichen Präsentation und/oder eines schriftlichen Berichtes</li> </ul>
---	---

Rückmeldung der Ergebnisse an die Beschäftigten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Rückmeldung der Ergebnisse erfolgt, z.B. in Form einer mündlichen Präsentation und/oder eines schriftlichen Berichtes</li> </ul>
---	---

---

---

## Kernprozess Interventionsplanung im BGM

Qualitätskriterien	Prüfpunkte
Diskussion der Problembereiche und Festlegung von Handlungsbedarfen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>die Probleme sind identifiziert</i></li> <li>• <i>die Ursachen sind analysiert</i></li> <li>• <i>die Handlungsbedarfe sind daraus abgeleitet</i></li> </ul>
Formulierung einer präzisen Zielsetzung für die Intervention und definitive Festlegung der Zielgruppen (wenn nicht bereits im Vorfeld geschehen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>konkrete und messbare Interventionsziele liegen vor</i></li> <li>• <i>die Ziele sind schriftlich fixiert in einem Teilprojektauftrag</i></li> <li>• <i>die Zielsetzung ist problemadäquat und findet bei der ausgewählten Zielgruppe Akzeptanz</i></li> </ul>
Auswahl und Priorisierung problemorientierter Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>die Interventionen sind geeignet im Sinne der Zielerreichung und Problemlösung</i></li> <li>• <i>die Interventionen sind in der Praxis erprobt und haben sich bewährt</i></li> <li>• <i>die Interventionen sind angepasst an die betriebliche Situation und die Zielgruppe(n)</i></li> <li>• <i>die Reihenfolge bezüglich der Interventionen ist festgelegt</i></li> </ul>
Einbeziehung der relevanten Akteure und Gremien in die Planung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>relevante Akteure und Gremien – z.B. Steuerungsgremium, Arbeitsschutzausschuss, Leitung und Mitarbeiter der betroffenen Gruppen/Einheiten – werden bedarfsgerecht bzw. problemorientiert einbezogen</i></li> </ul>
Festlegung von Zuständigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>verantwortliche Personen für die Durchführung der Intervention sind benannt</i></li> </ul>
konkrete Zeit- und Arbeitsplanung für die Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ein detaillierter Zeit- und Arbeitsplan (wer macht was bis wann) liegt vor</i></li> </ul>
konkrete Kostenplanung für die Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>eine detaillierte Kostenaufstellung liegt vor</i></li> </ul>

---

---

**Kernprozess Intervention im BGM**

Qualitätskriterien	Prüfpunkte
Bedarfsgerechtigkeit und Angemessenheit der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>der Bedarf ist aus der Diagnose begründet</i></li> <li>• <i>die Intervention ist zur Zielerreichung geeignet</i></li> </ul>
Akzeptanz der Intervention durch die Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>die Bereitschaft der Betroffenen zur aktiven Teilnahme an Aktivitäten und zur Übernahme von Aufgaben ist vorhanden</i></li> </ul>
Effektivität der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>die Wirksamkeit der Intervention ist bereits anderweitig belegt</i></li> </ul>
Effizienz der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>eine positive Kosten-/Nutzen-Relation der Intervention liegt vor (soweit Ermittlung möglich)</i></li> </ul>
Einhaltung des Zeit- und Kostenplans sowie der Meilensteine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>das Ausmaß der Soll-/Ist-Abweichung ist ermittelt, und Ursachen sind, soweit möglich, geprüft</i></li> </ul>
Dokumentation der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>aussagekräftige, verwertbare Protokolle bzw. sonstige Berichte, Dokumentationen etc. liegen vor</i></li> </ul>
Rückmeldung an das Steuerungsgremium und ggf. an das Top- Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>die Rückmeldung über den Arbeitsprozess und die Ergebnisse der Intervention erfolgt regelmäßig</i></li> </ul>
Rückmeldung an die Beschäftigten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>die Rückmeldung über den Arbeitsprozess und die Ergebnisse der Intervention erfolgt regelmäßig</i></li> </ul>

---

---

## Kernprozess Evaluation im BGM

### Qualitätskriterien

### Prüfpunkte

Soll/Ist-Abgleich zwischen den angestrebten Zielen und den erreichten Ergebnissen

- *definierte Zielwerte und tatsächlich erreichte Ergebnisse werden anhand von Kennzahlen bzw. Erfolgsindikatoren abgeglichen*
- *aufgebaute Strukturen und durchgeführte Prozesse werden anhand von Standards abgeglichen*

Auswahl erprobter Methoden und Vorgehensweisen für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

- *anerkannte Standards zur Struktur- und Prozessevaluation werden angewendet*
- *relevante Verfahren zur Ergebnisbewertung werden angewendet*

Optionen: s. Diagnostik

- *bei der Evaluation eingesetzte Methoden und Instrumente orientieren sich an den Verfahren der Diagnostik*

### Indikatoren der Zielerreichung

### Prüfpunkte

Aufbau und dauerhafte Verankerung des Managementsystems (I):

- *feste, schriftlich fixierte Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für Betriebliches Gesundheitsmanagement (z.B. Beauftragter, Steuerungsgremium) liegen vor*

Aufbau und Optimierung der betriebspolitischen Voraussetzungen sowie der strukturellen und planerischen Rahmenbedingungen

- *dauerhafter Ressourcen für Betriebliches Gesundheitsmanagement (z.B. festes Budget, Räumlichkeiten etc.) liegen vor*

(Strukturevaluation)

- *das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement ist in Fort- und Weiterbildung integriert*
  - *die internen Gesundheitsexperten – z.B. Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt – und Gremien (z.B. Arbeitssicherheitsausschuss) sind vernetzt*
  - *Kooperationsbeziehungen mit externen Experten (z.B. Krankenkasse und/oder Berufsgenossenschaft) sind aufgebaut*
  - *das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist mit anderen Managementansätzen und Führungsinstrumenten (z.B. Verknüpfung mit Zielvereinbarungen, EFQM, Balanced Scorecard etc.) verknüpft*
-

---

## Kernprozess Evaluation im BGM

Indikatoren der Zielerreichung	Prüfpunkte
Aufbau und dauerhafte Verankerung des Managementsystems (II): Durchführung und Optimierung der Kernprozesse (Prozessevaluation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>die vier Kernprozesse werden professionell durchgeführt:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Zeit-, Arbeits- und Kostenpläne werden eingehalten</i></li> <li>- <i>die Prozesse werden gut dokumentiert</i></li> <li>- <i>die definierten Standards werden eingehalten</i></li> </ul> </li> </ul>
Investitionen in das Sozial- und Humankapital (Ergebnisevaluation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>nachweisliche Effekte liegen vor hinsichtlich z.B.:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>verbesserter Transparenz/verbessertem Infolfluss</i></li> <li>- <i>verbessertem Führungsverhalten</i></li> <li>- <i>verbessertem Betriebsklima</i></li> <li>- <i>gestärktem Commitment (Wir-Gefühl)</i></li> <li>- <i>erhöhter Veränderungsbereitschaft und Akzeptanz gegenüber dem Thema BGM</i></li> <li>- <i>verminderten Arbeitsanforderungen/-belastungen,</i></li> <li>- <i>erhöhten Handlungsspielräumen</i></li> <li>- <i>verbesserter Kommunikation und Kooperation</i></li> <li>- <i>verbessertem Teamzusammenhalt und sozialer Unterstützung</i></li> </ul> </li> </ul>
Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten (Ergebnisevaluation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>nachweisliche Effekte liegen vor hinsichtlich z.B.:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>erhöhtem psychosozialen Wohlbefinden</i></li> <li>- <i>verbessertem Selbstwertgefühl</i></li> <li>- <i>verringerten Burnout-Symptomen</i></li> <li>- <i>verringertes körperlicher Beschwerden</i></li> <li>- <i>reduzierter Werte bei Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck, Übergewicht)</i></li> <li>- <i>erhöhter Arbeitszufriedenheit</i></li> </ul> </li> </ul>
Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit (Ergebnisevaluation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>nachweisliche Effekte liegen vor hinsichtlich z.B.:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>erhöhter Motivation</i></li> <li>- <i>verringertes Fluktuation</i></li> <li>- <i>gesenkter Fehlzeiten</i></li> <li>- <i>erhöhter Qualität und Kundenorientierung</i></li> <li>- <i>reduzierter (Personal)-Kosten</i></li> </ul> </li> </ul>

---

## **7 Zusammenfassung, Fazit, Forschungs- und Entwicklungsbedarf**

In der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts besteht ein zunehmender Bedarf an Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten. Globalisierung, die Alterung der Bevölkerung, der fortschreitende Strukturwandel der Wirtschaft in Richtung wissensintensive Dienstleistungen und damit einhergehende neue Arbeitsanforderungen und Belastungen, ein gewandeltes Panorama arbeitsbedingter Erkrankungen sowie die Notwendigkeit der finanziellen Stabilisierung unserer sozialen Sicherungssysteme gehören zu den zentralen Herausforderungen, vor denen Deutschland heute steht.

Dem Bedarf an gesundheitsbezogenen Investitionen steht seit einigen Jahren ein wachsendes Angebot an Projekten und Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung gegenüber. Das Vorgehen in der betrieblichen Praxis ist dabei nach wie vor von großen Lücken geprägt – insbesondere in Klein- und Mittelständischen Betrieben – sowie von einer gewissen Uneinheitlichkeit und einer unzureichenden Systematik und Nachhaltigkeit. Dies ist nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, dass bisher der Entwicklung von Standards in diesem Handlungsfeld zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Hinzu kommt, dass die arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung gekennzeichnet ist durch ein hochkomplexes Akteursgeflecht mit unterschiedlichen Rollen, Aufgaben und Zuständigkeiten sowie in Teilen unterschiedlichen Präventionsansätzen. Hier besteht Entwicklungsbedarf – nicht nur bei den einzelnen Akteuren und Institutionen, sondern auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Dringend notwendig erscheint es, die betriebliche Gesundheitsarbeit mit allen Teilschritten besser zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

Festzuhalten ist jedoch gleichzeitig, dass sich bei den maßgeblichen Akteuren in Wissenschaft, Politik und Praxis zunehmende Konvergenzen abzeichnen: hinsichtlich der relevanten gesundheitlichen Problemstellungen in der Arbeitswelt sowie hinsichtlich geeigneter Lösungsansätze und -strategien. Diese Konvergenzen finden ihren aktuellen Ausdruck im Abschlussbericht der bereits eingangs genannten Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung „Betriebliche Gesundheitspolitik“ (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004).

### **7.1 Zusammenfassung**

Vor diesem Hintergrund lässt sich das Vorgehen der Dissertation wie folgt resümieren: Ziel der Arbeit war es, die konvergierenden Linien in der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung herauszuarbeiten, Entwicklungsnotwendigkeiten deutlich zu machen und darauf aufbauend einen Prozessstandard zur Systematisierung und

Institutionalisierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erarbeiten – unter Berücksichtigung des vorhandenen Grundlagenwissens aus den Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Erkenntnissen aus der Qualitätsdebatte in der Industrie und dem Gesundheitswesen, Erfahrungen aus der Praxis arbeitsweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung sowie mit Hilfe des vorliegenden Datenmaterials aus vier betrieblichen Fallstudien und einer repräsentativen Bedarfsanalyse. Mit dem Verfahrensvorschlag sollte ein grundlegender Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der betrieblichen Gesundheitsarbeit geleistet werden. Das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse der Arbeit richtete sich somit nicht auf die Entwicklung oder Testung generalisierbarer Hypothesen, sondern auf die Entwicklung und Erprobung generalisierbarer Regeln bzw. Standards professionellen Handelns.

Die Arbeit ging dabei von folgenden Grundannahmen aus:

1. Standards generell sind ein unerlässliches Instrument zur Prüfung, Sicherung und Verbesserung der Qualität von Produkten und Dienstleistungen. Dies bestätigen langjährige Erfahrungen aus der Industrie ebenso wie aktuellere Erfahrungen im Gesundheitswesen.
2. Insbesondere Prozessstandards spielen bei der Qualitätsentwicklung eine wichtige Rolle, weil ein systematisches Vorgehen unter Anwendung von Standards und die dadurch erzeugte Prozessqualität eine zwingende Voraussetzung für gute Ergebnisse sind.
3. Auch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sind Prozessstandards unverzichtbar für ein kunstgerechtes Handeln: in der Zusammenarbeit der betrieblichen Akteure untereinander, in der Kooperation mit überbetrieblichen Partnern sowie im Zusammenwirken der externen Akteure.

Die Ergebnisse der Dissertation lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Im ersten Theoriekapitel wurde zunächst die Qualitätsentwicklung in der Industrie in Europa und den USA sowie kontrastierend dazu in Japan anhand von Meilensteinen nachgezeichnet. Herausgearbeitet wurden die deutlichen Unterschiede im westlichen und fernöstlichen Qualitätsdenken. Die Ausrichtung des Handelns an Standards besitzt jedoch in allen Fällen eine große Bedeutung: zur Prüfung, Stabilisierung und Verbesserung der Qualität.

Die Arbeit hat deutlich gemacht, dass sich in den letzten Jahrzehnten in den westlichen Industrieländern das Qualitätsdenken enorm verändert hat, weg von einem vorwiegend technisch geprägten, auf die nachträgliche Produktkontrolle beschränkten Qualitätsverständnis, vorgenommen durch ausgewählte Spezialisten, hin zu einer aktiven Erzeugung

von Qualität auf unterschiedlichen Ebenen einer Organisation und unter Einbindung aller ihrer Mitglieder. Stark beeinflusst wurde diese Entwicklung durch einen Paradigmenwechsel in der Organisations- und Managementlehre sowie vor allem durch deutliche Veränderungen der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Der Weg führte über die Einführung normierter Qualitätsmanagementsysteme bis hin zur Implementierung umfassender, organisationsweiter Qualitätsstrategien mit dem Ziel der Business Excellence.

Das Konzept des Total Quality Management, ursprünglich in der japanischen Industrie entwickelt, wurde zum Leitbild auch vieler westlicher Unternehmen. Damit ging zum einen die konsequente Ausrichtung der Qualität auf die Erwartungen und Ansprüche der Kunden einher. Damit war zum zweiten eine konsequente Prozessorientierung verbunden, d.h. das Bemühen um eine ständige Verbesserung der Prozessqualität als Voraussetzung für eine hohe Ergebnisqualität – gemessen an Standards, die ihrerseits selbst kontinuierlich zu verbessern sind.

Total Quality Management, so hat die Dissertation herausgearbeitet, lässt bezogen auf die Konzeption sowie die Vorgehensweisen und Methoden eine enge Wahlverwandtschaft mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement erkennen. Im Vordergrund stehen drei wesentliche Gemeinsamkeiten: erstens die klare Mitarbeiterorientierung, zweitens die Ausrichtung auf die gesamte Organisation und hier vor allem auf die intangiblen Unternehmensfaktoren, wie z.B. Kultur und Klima, sowie drittens die klare Prozessorientierung, unter Berücksichtigung eines dynamischen Regelkreises bestehend aus Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation.

Im Gesundheitswesen hat das Bestreben um eine bestmögliche Qualität, und in diesem Zusammenhang die Orientierung an Standards, seit jeher eine wichtige Rolle gespielt. Frühe Qualitäts- und Standardisierungsbemühungen in der Medizin konzentrierten sich jedoch fast ausschließlich auf strukturelle Aspekte, wie z.B. die Qualität der medizinischen Ausbildung oder die medizinisch-technische Ausstattung von Krankenhäusern. In den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts erhielt das Thema Qualität im Gesundheitswesen einen starken Schub, angetrieben vor allem durch die Debatte um die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und effektiven, zugleich aber auch effizienten und finanzierbaren gesundheitlichen Versorgung. Im Bemühen um mehr Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit wurden Erfahrungen aus der Industrie aufgegriffen, Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung übernommen sowie das Konzept des Total Quality Management vor allem in Einrichtungen der stationären Versorgung eingeführt.

Vor dem Hintergrund eines steigenden Kostendrucks sowie Forderungen nach einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung haben in den letzten Jahren medizinische Leitlinien auf nationaler und internationaler Ebene eine wachsende Bedeutung erlangt. Leitlinien kommt im Kontext der vorliegenden Dissertation eine zentrale Bedeutung zu – als originärer Beitrag der Medizin für eine evidenzbasierte Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen und als Musterbeispiel für Prozessstandards im Dienstleistungsbereich.

Am Beispiel der medizinischen Leitlinien konnten die Chancen, aber auch die Grenzen von Prozessstandards aufgezeigt werden. Die Standardisierung und damit die Vereinheitlichung von Arbeitsabläufen und Prozessen macht das Handeln lehr- und lernbar. Darüber hinaus wird durch die Standardisierung die Erzeugung von Qualität zeit- und ortsunabhängig sowie unabhängig von individuellen Problemlagen und Zielsetzungen. Standards tragen auch dazu bei, Entscheidungs- und Handlungsprozesse für alle Beteiligten transparenter und besser nachvollziehbarer zu machen. Prozessstandards geben klare Orientierung für ein systematisches, zielorientiertes Vorgehen, sie sagen jedoch nichts darüber aus, ob die verfolgten Ziele und angestrebten Ergebnisse adäquat und angemessen sind. Standards definieren somit lediglich, wie richtig etwas getan wird, nicht aber ob das Richtige getan wird! Am Beispiel der medizinischen Leitlinien wurde auch deutlich, dass Prozessstandards nicht automatisch und in jedem Fall zu Qualitätsverbesserungen führen. Die erfolgreiche Verbreitung und Implementierung in der Praxis ist vielmehr an eine Reihe von Voraussetzungen geknüpft: die Qualität des Standards selbst, die Einbindung der Praktiker in die Standardentwicklung als Voraussetzung für die Akzeptanz des Standards, die Anwendbarkeit und Praktikabilität im alltäglichen Handeln sowie die Qualifizierung der Akteure zum adäquaten Umgang mit dem Standard.

Das zweite Theoriekapitel der Dissertation hat sich mit der Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements befasst, dem eigentlichen Gegenstand der Arbeit. In einem historischen Rückgriff auf den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs der letzten 20 Jahre und die zentralen Leitideen der modernen Gesundheitswissenschaften sowie die Konzepte und Handlungsstrategien der relevanten überbetrieblichen Systemakteure wurden zunächst die maßgeblichen Entwicklungsschritte und konvergierenden Linien im Bereich der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung nachgezeichnet. Es galt, die zentralen Qualitätsziele und Standards herauszuarbeiten, die in der Konzeption des Betrieblichen Gesundheitsmanagements aufgenommen, zusammengeführt und konsequent weiterentwickelt wurden.

Mit Blick auf relevante Ziele in der Gesundheitsförderung hat vor allem die Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahr 1986 entscheidende Vorgaben geliefert. Die Charta propagierte ein neues, positives Gesundheitskonzept, das auf den Erhalt und die Förderung von Gesundheit zielt, als eine zentrale Ressource für eine bessere Lebensqualität. Gesundheit statt Krankheit (Salutogenese), Befähigung von Individuen zu einem gesundheitsbewussten Verhalten (Empowerment) sowie Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Setting-Ansatz) waren hierbei die obersten Maximen. Die Leitsätze der Ottawa-Charta sind für die Prävention und Gesundheitsförderung bis heute richtungweisend. Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement wurden sie aufgegriffen und auf der Grundlage neuer Erkenntnisse aus den Sozial-, Organisations- und Gesundheitswissenschaften für das Setting Arbeitswelt weiter entwickelt.

Mit Blick auf adäquate Vorgehensweisen zur Zielerreichung haben vor allem die Krankenkassen im Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Arbeits- und Gesundheitsschutz Pionierarbeit geleistet und zugleich wichtige Impulse für das Betriebliche Gesundheitsmanagement geliefert.

Die Krankenkassen haben, auf der Grundlage von § 20 SGB V, das Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung wie kaum ein anderer Akteur geprägt und wichtige Qualitätskriterien und Standards entwickelt. Die Dissertation hat herausgearbeitet, dass es letztlich vor allem drei konkrete Verfahrensstandards waren, die im Betrieblichen Gesundheitsmanagement aufgegriffen wurden: der Arbeitskreis Gesundheit als Strukturelement, die Arbeitsunfähigkeitsanalysen als Instrument der Diagnostik und als Grundlage für die Erstellung von Gesundheitsberichten sowie die Gesundheitszirkel als mitarbeiterorientiertes Problemlösungsinstrument.

Mit dem Qualitätsansatz des gemeinsamen Handlungsleitfadens der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der die Inhalte und Mindeststandards für Kassenleistungen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung festlegt, wird allerdings bis heute von den Krankenkassen eine konsequent maßnahmenorientierte, vorwiegend auf das Verhalten von Individuen ausgerichtete Interventionsstrategie verfolgt, die sich erheblich von der organisationsbezogenen Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements unterscheidet. Deutlichere Konvergenzen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement zeigen hingegen die von einzelnen Krankenkassen (BKK, AOK) entwickelten organisationsbezogenen Qualitätsmodelle, die sich an Qualitätsmanagementsystemen der Industrie und hier insbesondere am EFQM-Modell orientieren.

Auch der moderne Arbeitsschutz hat für das Betriebliche Gesundheitsmanagement wichtige Impulse geliefert. Von Bedeutung waren hier vor allem die Ansätze zur Systematisierung und Institutionalisierung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes – eine

Entwicklung, die in Deutschland mit dem Arbeitsschutzgesetz von 1996 angestoßen wurde, und eine konsequente Fortsetzung in der Einführung von Arbeitsschutzmanagementsystemen erfuhr. Besonders hervorzuheben waren in diesem Kontext zwei nationale Konsenspapiere des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit, der obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialpartner zur Entwicklung und Bewertung von Arbeitsschutzmanagementsystemen. Daraus aufgegriffen wurden folgende drei Aspekte: die Wahrnehmung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als Managementaufgabe, die Orientierung auf die Qualität der Prozesse und ihre systematische, regelgeleitete Durchführung und kontinuierliche Verbesserung sowie die Integration von Strukturen und Prozessen in die betrieblichen Routinen.

Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, so hat der letzten Abschnitt des Theorieteils deutlich gemacht, sind die verschiedenen Impulse aufgegriffen, zusammengeführt und in dreifacher Weise konsequent weiter entwickelt worden:

1. konzeptionell: von der Pathogenese zur Salutogenese,
2. in der Schwerpunktausweitung: von personenbezogenen, verhaltenspräventiven Maßnahmen zu organisationsbezogenen Interventionsstrategien,
3. in der Vorgehensweise: von Einzelaktivitäten zum Aufbau eines Managementsystems.

Das psychische (Wohl-)Befinden stellt die wichtigste Zielgröße des Betrieblichen Gesundheitsmanagements dar, weil ihm eine zentrale Bedeutung für die körperliche Gesundheit und das Verhalten von Individuen beigemessen wird. Die in der Ottawa-Charta propagierte salutogene Perspektive und der Setting-Ansatz wurden auf Unternehmen als eine spezifische Form des Settings übertragen und im Konzept der „Gesunden Organisation“ zusammengeführt. Der Blick richtet sich dabei vor allem auf die salutogenen Merkmale des sozialen Systems einer Organisation, ihre Auswirkungen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder sowie daran ausgerichtete Interventionen.

Die Perspektiverweiterungen in Konzeption und Zielsetzung haben die zur Zielerreichung entwickelten Vorgehensweisen, Methoden und Instrumente im Betrieblichen Gesundheitsmanagement maßgeblich beeinflusst. Anders als die betriebliche Gesundheitsförderung setzt Betriebliches Gesundheitsmanagement nicht auf einzelne Maßnahmen oder Maßnahmenpakete, sondern auf den Aufbau eines Managementsystems, d.h. auf die Entwicklung von Strukturen und Prozessen, die in die betrieblichen Routinen integriert werden. Grundlegende Arbeiten hierzu wurden in den neunziger Jahren des

letzten Jahrhunderts von einer Arbeitsgruppe an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld geleistet. Mit dem entwickelten Leitfaden wurde erstmals ein konkretes Verfahren zur Systematisierung und Institutionalisierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements vorgeschlagen. Im Mittelpunkt des Verfahrens stand ein dynamischer Regelkreis, bestehend aus den vier Kernprozessen Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation. Mit diesem Lernzyklus wurde das Qualitätsprinzip der kontinuierlichen Verbesserung in den Vordergrund gestellt und zugleich die Anschlussfähigkeit an andere betriebliche Managementsysteme ermöglicht.

Aufbauend auf dem theoretischen Fundament ist die Dissertation der Frage nachgegangen, in welchem Umfang die vorliegenden Konzepte und Leitideen arbeitsweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der betrieblichen Praxis angekommen sind und welche Qualität die gesundheitsbezogenen Aktivitäten aufweisen. Dazu wurde das Datenmaterial aus drei aktuelleren empirischen Erhebungen ausgewertet: eine Leistungsdokumentation der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß Paragraph 20 SGB V Abs. 1 und 2, eine Flächenbefragung zum Stand des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Hessen und Thüringen sowie eine Flächenbefragung zum Stand des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen. Der letzt genannten Erhebung wurde vergleichsweise mehr Raum zugestanden, da die Autorin der vorliegenden Arbeit an der Studie maßgeblich beteiligt war, und zudem die Daten in Gänze bislang unveröffentlicht sind.

Die Auswertung über alle drei Studien hinweg hat zunächst unübersehbare Fortschritte in der betrieblichen Gesundheitsarbeit deutlich gemacht – sowohl was die Quantität als auch die Qualität der durchgeführten Aktivitäten betrifft. Dabei wurden konvergierende Linien hinsichtlich Vorgehensweisen, Methoden und Instrumenten erkennbar. Gleichwohl konnte die insgesamt positive Entwicklung nicht über eine Reihe deutlich erkennbarer Defizite hinwegtäuschen:

1. Umfang und Qualität gesundheitsbezogener Aktivitäten korrespondieren mit der Betriebsgröße. Je größer die Unternehmen sind, umso mehr Aktivitäten auf höherem Niveau werden realisiert. Defizite treten vor allem bei kleineren Betriebsgrößen zu Tage.
2. Umfang und Qualität der Aktivitäten korrespondieren darüber hinaus mit der Branche. Tendenziell fallen die Befunde im Verarbeitenden Gewerbe besser aus als im Dienstleistungsbereich.
3. Das Handeln in den Betrieben ist nach wie vor von einer pathogenetischen Sichtweise geprägt. Im Vordergrund steht die Identifizierung und Verminderung von Be-

lastungen und gesundheitlichen Risiken. Die salutogenetische Perspektive und daran ausgerichtete Handlungsstrategien mit den Zielwerten „Wohlbefinden“ und „gesunde Organisation“ sind bislang in den Betrieben nur wenig erkennbar.

4. Aktivitäten zielen nach wie vor stark auf das Individuum und die Modifikation individueller Verhaltensweisen sowie auf Veränderungen am unmittelbaren Arbeitsplatz und in der unmittelbaren Arbeitsumgebung. Der „Patient Organisation“ bleibt hingegen im Hintergrund.
5. Das Vorgehen ist geprägt durch einzelne Maßnahmen bzw. in sich abgeschlossene Maßnahmepakete. Trotz einer erkennbaren Systematik und der Einhaltung grundlegender Standards ist eine Verknüpfung der vier Kernprozesse Diagnostik, Planung, Intervention und Evaluation zu einem systematischen und institutionalisierten Vorgehen, flankiert durch die dazu erforderlichen betriebspolitischen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, nicht zu erkennen. Umfassende, in die betrieblichen Routinen integrierte Managementsysteme finden sich in den Unternehmen nicht.
6. Deutliche Defizite bestehen darüber hinaus in der Evaluation. Aufgrund einer unzureichenden Bewertung der Effekte bleibt der Nachweis über die Wirksamkeit und Effizienz des Handelns aus. Damit fehlt zugleich die Datengrundlage, um Investitionen in die Gesundheit auf Dauer zu legitimieren.

Die Befunde aus den empirischen Erhebungen haben den Handlungs- und Entwicklungsbedarf in Richtung einer verbesserten Systematisierung und Institutionalisierung betrieblicher Gesundheitsarbeit deutlich belegt. Mit der erarbeiteten Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte ein grundlegender Beitrag zu Behebung dieses Defizits geleistet werden.

Das unmittelbare empirische Datenmaterial hierzu lieferten vier betriebliche Fallstudien aus einem bundesweiten Modellprojekt der Gewerkschaft ver.di, an dem die Verfasserin der Arbeit maßgeblich beteiligt war. Die vier Organisationen haben mittels betrieblicher Projekte ein Betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt, die dazu erforderlichen Strukturen aufgebaut und die vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation durchgeführt. Auf Grundlage der umfangreichen Daten aus den Fallstudien wurden allgemeine Qualitätskriterien für ein kunstgerechtes Betriebliches Gesundheitsmanagement identifiziert und diese zu einem Prozessstandard in Form einer Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement ausgearbeitet.

Im Ergebnis war zunächst festzuhalten, dass jeder Betrieb als Einzelfall betrachtet werden musste – sowohl was die jeweilige Ausgangssituation und die Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit betraf als auch die konkrete Zielsetzung, die mit der

Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements verfolgt wurde. Die strategischen Ziele zu formulieren und festzulegen, gehörte zu den Aufgaben der Unternehmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik. Aufgabe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements war es, auf der operativen Ebene adäquate Wege zur Zielerreichung aufzuzeigen.

Dem Vorgehen lag in allen vier Betrieben die gleiche Systematik zugrunde, orientiert an dem grundlegenden Verfahrensvorschlag, der in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften entwickelt wurde. Das einheitliche, regelgeleitete Vorgehen erwies sich hierbei als äußerst hilfreich. Es gab den Betrieben zum einen die notwendige Orientierung und Verfahrenssicherheit innerhalb eines innovativen und komplexen Gesamtprozesses. Darüber hinaus wurde die Zusammenarbeit der verschiedenen internen und externen Akteure koordiniert und unterstützt. Die Fallstudien haben auch gezeigt, dass neben den vier Kernprozessen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation den betriebspolitischen Voraussetzungen sowie den strukturell-planerischen Rahmenbedingungen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukommt. Hierzu waren daher ebenfalls Standards zu formulieren.

Insgesamt ließen sich die Ergebnisse aus den vier Fallstudien zu folgenden Kernaussagen zusammenfassen:

1. Das Top-Management stellt eine entscheidende Erfolgsgröße für die Zielerreichung dar. Überall dort, wo die Implementierung des Gesundheitsmanagements seitens der Geschäftsführung bzw. der Betriebsleitung als Führungsaufgabe erkannt und in enger Kooperation mit den Betriebs-/Personalräten aktiv wahrgenommen wurde, konnten eindeutigere Projekterfolge erzielt werden.
2. Betriebliches Gesundheitsmanagement lässt sich jedoch nicht nur top down organisieren, sondern erfordert die Beteiligung der Betroffenen, d.h. die aktive Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
3. Die Formulierung präziser und messbarer Ziele ist eine notwendige Voraussetzung für ein wirksames Handeln im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie die Grundlage für den Abgleich zwischen den festgelegten Zielen und den tatsächlich erreichten Ergebnissen (Erfolgsbewertung).
4. Ebenso wichtig ist eine sorgfältige Zeit-, Arbeits- und Kostenplanung. Die Planung ist Voraussetzung für das fortlaufende Controlling des Vorgehens, d.h. für den kontinuierlichen Abgleich zwischen Soll- und Ist-Werten und das Ergreifen gegebenenfalls erforderlicher Korrekturmaßnahmen.

5. Der Abschluss einer Betriebs-/Dienstvereinbarung hat sich in allen vier Organisationen als sehr hilfreich erwiesen. Durch die schriftliche Vereinbarung wird das gemeinsame „Wollen“ des Top-Managements und der Arbeitnehmervertretung zum Ausdruck gebracht. Darüber hinaus werden wesentliche Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Vorhabens fixiert und für alle beteiligten Akteure ein verbindlicher Handlungsrahmen hergestellt.
6. Die Bereitstellung angemessener Ressourcen ist als unverzichtbar einzuschätzen. Dies gilt zum einen für die finanziellen Ressourcen. Hierbei hat sich die Einrichtung eines eigenen Projektbudgets als förderlich erwiesen. Maßgeblich sind zudem ausreichende zeitlich-personellen Ressourcen, insbesondere auf Seiten der Projektleitungen.
7. Um das Vorhaben voranzutreiben, hat sich die Einrichtung eines Steuerungsgremiums als zentrales Strukturelement für das Betriebliche Gesundheitsmanagement erwiesen. Wichtig sind hierbei die Einbindung relevanter betrieblicher Akteure sowie die verbindliche Festlegung von Aufgaben und Entscheidungskompetenzen des Gremiums.
8. Die Einbindung einer professionellen Prozessbegleitung hat sich als förderlicher Faktor herausgestellt. Neben der Moderation von Sitzungen ist insbesondere die Beratungskompetenz der Prozessbegleitung von Bedeutung.
9. Die hinreichende Qualifikation von „Schlüsselpersonen“ ist eine wichtige Voraussetzung für eine adäquate Rollen- und Aufgabenwahrnehmung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Neben der fachlichen Qualifikation gilt dies insbesondere auch für die methodischen und sozialen Kompetenzen.
10. Die kunstgerechte Durchführung der vier Kernprozesse stellt vor dem Hintergrund der dazu erforderlichen personellen, organisatorischen und qualifikatorischen Voraussetzungen eine große Herausforderung für Betriebe dar. Dies gilt in besonderer Weise bei einem Mangel an betriebsinternen Kompetenzen und Ressourcen. Umso wichtiger ist daher die Orientierung an fundierten Standards. Darüber hinaus ist die Kooperation mit externen Partnern wie z.B. den Berufsgenossenschaften und Krankenkassen oder anderen externen Beratern zu empfehlen.
11. Der rasche Wandel in der Wirtschaft sorgt in den Betrieben für einen hohen Anpassungs- und Veränderungsdruck. Daraus resultierende organisatorische Veränderungen und personelle Wechsel erschweren zugleich innovative Veränderungsprozesse wie die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Entwicklung nachhaltiger Strategien um so mehr an Bedeu-

tung. Die Institutionalisierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, d.h. die Integration von Strukturen und Prozessen in die betrieblichen Routinen, reduziert die Anfälligkeit gegenüber Restrukturierungen und personellen Wechseln.

Unmittelbar aufbauend auf den Befunden der vier Fallstudien wurde der Vorschlag für die Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement erarbeitet. Der Prozessstandard legt eine logische Abfolge von Arbeitsschritten zur Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements fest und strukturiert und vereinheitlicht den Gesamtprozess. Die formulierten knapp 50 Qualitätskriterien und mehr als 80 Prüfpunkte ermöglichen ein systematisches Vorgehen: bezogen auf den Aufbau betriebspolitischer Voraussetzungen, die Entwicklung struktureller Rahmenbedingungen und die Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation. Sie liefern zugleich die Grundlage für ein fortlaufendes Controlling des Handelns sowie für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation. Gegenüber dem Grundkonzept stellt die Leitlinie eine erhebliche Weiterentwicklung, Präzisierung und Konkretisierung dar.

## 7.2 Fazit

Die Leitlinie ist inzwischen vielfach in Unternehmen zum Einsatz gekommen – nicht immer in Gänze, sondern auch nur in Teilelementen. Die grundsätzliche Schrittfolge hat sich dabei bewährt, weil sie den handelnden Akteuren die notwendige Orientierung gegeben hat und ein systematisches Vorgehen ermöglichte. Insgesamt hat die Anwendung in der betrieblichen Praxis bestätigt, dass der Prozessstandard einen unverzichtbaren Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der betrieblichen Gesundheitsarbeit leistet. Der Beitrag lässt sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Die Leitlinie macht das Handeln im Betrieblichen Gesundheitsmanagement lehr- und lernbar sowie zeit- und ortsunabhängig und ermöglicht ein qualitätsgesichertes Vorgehen, unabhängig von den individuellen Entwicklungsnotwendigkeiten und Zielsetzungen eines Unternehmens.
2. Die Leitlinie hilft, die Aktivitäten der unterschiedlichen, in den Prozess eingebundenen internen und externen Akteure zu koordinieren und liefert Verfahrenssicherheit in einem komplexen Veränderungsprozess.
3. Die Leitlinie trägt dazu bei, die inner- und überbetriebliche Zusammenarbeit im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu verbessern und somit die Effektivität und Effizienz im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu steigern.

4. Die Leitlinie liefert einen Maßstab, mit dessen Hilfe die Qualität des Handelns im Betrieblichen Gesundheitsmanagement messbar und steuerbar wird. Nur durch die Anwendung anerkannter Standards zur Bewertung der Struktur- und Prozessqualität sowie mit Hilfe geeigneter Kennzahlen zur Bewertung der Ergebnisqualität lässt sich der Nachweis über den Nutzen von Investitionen in Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten erbringen und die betriebliche Gesundheitsarbeit auf Dauer legitimieren.
5. Die Leitlinie respektive die darin formulierten Qualitätskriterien dienen der Prüfung und Stabilisierung der Qualität. Damit wird jedoch kein endgültig zu erreichender Zustand definiert, sondern die Grundlage für kontinuierliche Verbesserungsprozesse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement geschaffen.

Bei allen Chancen und Möglichkeiten, die die Leitlinie bietet, dürfen jedoch nicht die Grenzen und Risiken von Prozessstandards aus dem Blickfeld geraten.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass die Einhaltung von Standards in keinem Fall zum Selbstzweck werden darf. Nur wenn Standards tatsächlich zu guten Ergebnissen führen, ist ihr Einsatz gerechtfertigt. Vereinheitlichte Verfahrensabläufe und Prozesse können somit auch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement nur dann zum gewünschten Erfolg führen, wenn zuvor im Unternehmen Klarheit über die Ziele und angestrebten Ergebnisse hergestellt wurde. Aufgabe der obersten Führungsebene in der betrieblichen Gesundheitspolitik ist es daher festzulegen, erstens welchen Stellenwert das Thema Gesundheit in der Organisation einnehmen soll, zweitens im Einklang mit der Unternehmenspolitik Ziele und Handlungsstrategien abzuleiten sowie drittens die erforderlichen Rahmenbedingungen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zu schaffen und die notwendigen Ressourcen bereit zu stellen.

Die erfolgreiche Anwendung der Leitlinie setzt darüber hinaus voraus, dass die handelnden Akteure dazu entsprechend befähigt sind. Vor allem die Qualifizierung der betrieblichen Führungskräfte und Gesundheitsexperten sowie der überbetrieblichen Akteure und Multiplikatoren ist ein wichtiger Stellhebel, um die Gesundheitsarbeit im Betrieb professionell zu gestalten. Die Orientierung an Standards darf jedoch in keinem Fall dazu führen, dass wertvolles Erfahrungswissen und die persönliche Kompetenz und Intuition der verantwortlich handelnden Akteure außer Acht geraten.

Zu beachten ist weiterhin, dass ein Prozessstandard wie die vorliegende Leitlinie kein „Kochbuch“ ist, dessen Angaben 1:1 zu befolgen sind. Die Leitlinie bietet vielmehr einen Handlungs- und Orientierungsrahmen, den es in der Praxis zu spezifizieren und auszugestalten gilt – mit Blick auf die konkrete gesundheitliche Zielsetzung und unter Berücksichtigung der individuellen Rahmenbedingungen des Unternehmens. Die Leitli-

nie liefert somit kein starres Korsett, sondern ist flexibel und an die Erfordernisse des Arbeitsalltags anzupassen.

Schließlich, so hat die Erprobung der Leitlinie in der Praxis gezeigt, sind Prozessstandards auch bei Berücksichtigung der genannten Faktoren kein Garant für eine hohe Ergebnisqualität. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement wird wie jeder innovative Veränderungsprozess in Unternehmen stets durch zahlreiche betriebliche und außerbetriebliche Rahmenbedingungen und Störgrößen beeinflusst. Dies kann zur Folge haben, dass sich positive Effekte unter Umständen nicht sofort einstellen oder aber Effekte durch andere Einflussgrößen geschmälert bzw. überlagert werden.

Ohne ein solches standardisiertes Vorgehen jedoch, dies zeigen alle dazu vorliegenden Erkenntnisse, fehlt die Voraussetzung für eine erfolgreiche und nachhaltig wirksame betriebliche Gesundheitsarbeit und läuft das Handeln Gefahr, zum bloßen Aktionismus zu werden.

### **7.3 Forschungs- und Entwicklungsbedarf**

Mit Blick auf die Zukunft besteht folgender Forschungs- und Entwicklungsbedarf:

Notwendig ist es, die Leitlinie kontinuierlich weiter zu entwickeln und an die jeweiligen Bedingungen und Herausforderungen in der Arbeitswelt anzupassen. Zum einen sollte die Leitlinie konkreter an den spezifischen Belangen unterschiedlicher Branchen und Betriebsgrößen (insbesondere kleinerer Betriebe) ausgerichtet werden. In diesem Zusammenhang sind auch die Frage der Gewichtung der einzelnen Standards und Qualitätskriterien sowie die Unterteilung in Mindest- und Maximalanforderungen zu klären.

Darüber hinaus sind Einflussgrößen aus der gesamten Organisation und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden noch stärker zu berücksichtigen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die Leitlinie einfließen zu lassen. Für ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement wird zukünftig vor allem der Sozialkapitalansatz wachsende Bedeutung erlangen. Das Sozialkapital von Organisationen (gemessen als Netzwerk-, Werte- und Führungskapital) gilt als nicht monetäre und nicht sichtbare, aber dennoch maßgebliche Größe für die Gesundheit und die Leistungsbereitschaft der Beschäftigten sowie für die Funktionsfähigkeit und Rentabilität von Unternehmen (Badura 2007; Pfaff et al. 2005). Gespannt sein darf man in diesem Kontext auf die Erkenntnisse eines laufenden Forschungsvorhabens an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, das sich mit der Messung von Sozialkapital in Organisationen und den Auswirkungen auf die Gesundheit und das Betriebsergebnis befasst (Badura et al. 2007).

Forschungs- und Entwicklungsbedarf besteht zudem hinsichtlich eines verbesserten Controllings, d.h. der fortlaufenden Beobachtung, Messung und Bewertung des Nutzens Betrieblichen Gesundheitsmanagements, und der Bereitstellung dazu geeigneter Instrumente und Kennzahlen. Das Thema Controlling ist nicht zuletzt auch deshalb von großer Relevanz, weil auf Dauer das Betriebliche Gesundheitsmanagement nur durch die Verwendung von Daten und Zahlen auf der obersten Führungsebene von Unternehmen Akzeptanz findet und mit anderen betrieblichen Zielen „konkurrenzfähig“ wird (Badura 2006). Hinsichtlich praxistauglicher Kennzahlen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement werden ebenfalls aus dem bereits genannten Vorhaben wichtige Ergebnisse erwartet. Mit Blick auf die Bewertung wirtschaftlicher Effekte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und Kosten-Nutzen-Abschätzungen ist zudem das bereits vorhandene Wissen der Gesundheitsökonomie stärker für das eigene Thema nutzbar zu machen (Greiner 1995; 1999; Schulenburg Graf v. d. und Greiner 2007; Ueberle und Greiner 2007).

Im Weiteren gilt es, den Bekanntheitsgrad der Leitlinie im Bereich der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen weiter zu steigern und bei den betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren für Akzeptanz zu werben. Eine breitere Anwendung in der betrieblichen Praxis trägt dazu bei, Stärken und Schwächen der Leitlinie zu identifizieren und die Erkenntnisse für weitere Optimierungen und Anpassungen zu nutzen. Der Einsatz in der Praxis trägt jedoch vor allem dazu bei, die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu stärken und die vorhandenen Konvergenzen in der betrieblichen Gesundheitsarbeit weiter voran zu treiben.

Festzuhalten bleibt, dass die Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement in der hier vorgeschlagenen Form eine „Idealnorm“ darstellt. Gleichwohl lassen sich daraus mit Blick auf eine zukunftsfähige, qualitativ hochwertige betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung – z.B. für eine nationale Arbeitsschutzstrategie, wie sie derzeit vom Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik in Zusammenarbeit mit der Bundesregierung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vorbereitet wird – folgende Mindeststandards formulieren:

1. Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Gesundheit, ihrer Ursachen und Wirkungen, und daraus abgeleiteter Ziele und Handlungsstrategien;
2. Einhaltung wissenschaftlich fundierter und in der Praxis erprobter Standards und Qualitätskriterien bei der Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Projekten;

3. Aufbau einer soliden und aussagekräftigen Dateninfrastruktur zur begründeten Bedarfsfestlegung, zur Steuerung und Überprüfung der Wirksamkeit des Handelns sowie als Basis für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess;
4. Qualifizierung der Führungskräfte und Experten für die Verhütung physischer und psychischer Risiken, für den Umgang mit gesundheitsrelevanten Daten sowie für das Management von Systemen;
5. Partizipation der Beschäftigten und ihre Befähigung zu einem gesundheitsgerechten Verhalten.

Mindeststandards dieser Art können – wenn sie in nationalen Regelungen Berücksichtigung finden – nicht nur im Setting Arbeitswelt, sondern im Handlungsfeld von Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt einen erheblichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten.

## 8 Literatur

- Ahrens, D.; Schott, T. (2003): Arbeitsbedingte Erkrankungen und betriebliches Gesundheitsmanagement – Eine betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Betrachtung. Expertise für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung.
- Antoni, C.H. (1990): Qualitätszirkel als Modell partizipativer Gruppenarbeit. Analyse der Möglichkeiten und Grenzen aus der Sicht betroffener Mitarbeiter. Bern: Huber.
- Antoni, C.H. (1992): Qualitätszirkel, teilautonome Arbeitsgruppen und Lean Production. In: Bungard, W.; Wiendieck, G.; Zink, K.J. (Hrsg): Qualitätszirkel im Umbruch, S. 73-89. Ludwigshafen: Ehrenhof.
- Antoni, C.H. (1996): Gruppenarbeit in Unternehmen. Konzepte, Erfahrungen, Perspektiven. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Stressforscher. In: Jahrbuch für kritische Medizin, 17, S. 112-130. Berlin.
- AOK-Bundesverband (2007): Krankenkassen-Prävention erreicht mehr Versicherte. In: Gesundheit und Gesellschaft (G+G), Ausgabe 3/2007.
- AOK-Institut für Gesundheitsconsulting (2004): Neuer betrieblicher Bonus der AOK Niedersachsen. In: Gesundheitsforum Aktuell, Ausgabe 2/2004.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2001): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 SGB V vom 21. Juni 2000.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2003): Dokumentation 2001. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2004): Dokumentation 2002. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2005): Dokumentation 2003. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2006): Dokumentation 2004. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001): Das Leitlinien-Manual. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 95, S. 1-84 (Supplement 1).

- Arbeitsschutzrahmenrichtlinie 89/391/EWG: Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit. In Kraft getreten: 12. Juni 1989.
- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG): Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit vom 7. August 1996, BGBl I, 1246.
- Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG): Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12. Dezember 1976. Zuletzt geändert am 25. November 2003. BGBl I, 2304.
- Arbeits- und Sozialministerkonferenz Nr. 82 (2005): Beschluss zur Deregulierung des Arbeitsschutzrechtes vom 18.11.2005. Hauptkonferenz am 17. und 18. November 2005 in Bremen.
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (1999): Checkliste „methodische Qualität von Leitlinien“. Deutsches Ärzteblatt, 97, A-1170.
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2000): Das DISCERN-Handbuch Qualitätskriterien für Patienteninformationen. ÄZQ-Schriftenreihe. München: Zuckschwerdt.
- Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (2007): Nationale Versorgungsleitlinien. [www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de). Eingesehen am 12.04.2007.
- Baartmanns, P.; Geng, V. (2000): Qualität nach Maß. Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Badura, B. (Hrsg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozioepidemiologischer Forschung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Badura, B. (1993): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S. 63-87. Weinheim und Basel: Beltz.
- Badura, B. (1999): Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen – Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben? In: Badura, B.; Siegrist, J. (Hrsg.): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse, S. 15-42. Weinheim, München: Juventa.
- Badura, B. (2000): Leitlinien aus medizinsoziologischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht. In: Hart, D. (Hrsg.): Ärztliche Leitlinien. Empirie und Recht professioneller Normsetzung, S. 113-118. Baden-Baden: Nomos.
- Badura B. (2001): Evaluation und Qualitätssicherung betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Badura, B.; Litsch, M.; Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement, S. 145-159. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Badura, B. (2004a): Kernprozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. 4. Studententext im Weiterbildungenden Studium Betriebliches Gesundheitsmanagement. Universität Bielefeld: Eigendruck.
- Badura, B. (2004b): Auf dem Weg zu gesunden Schulen: Was Schulen dabei von Unternehmen lernen können. Gutachten für die Landesregierung NRW. Eigendruck.
- Badura, B. (2005): Strategie- und Konzeptwechsel in der betrieblichen Gesundheitspolitik. Internes Konzeptpapier.
- Badura, B. (2006): Strategie- und Konzeptwechsel in der betrieblichen Gesundheitspolitik. In: Kirch, W., Badura, B. (2006): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses. Dresden, 1. und 2. Dezember 2005, S. 23-40. Heidelberg: Springer.
- Badura, B. (2007): Das Sozialkapital von Organisationen – Grundlagen betrieblicher Gesundheitspolitik. Im Erscheinen.
- Badura, B.; Kickbusch, I. (Hrsg.) (1993): Health Promotion Research Towards a New Social Epidemiology. WHO Regional Publications, European Series, 37. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Badura, B.; Strotholz, P. (1998): Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Schwarz, F.W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch, S. 574-584. München, Jena: Urban und Fischer.
- Badura, B.; Siegrist, J. (Hrsg.) (1999): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim, München: Juventa.
- Badura, B.; Hehlmann, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Badura, B.; Greiner, W. (2007): Produktivität durch Sozialkapital im Betrieb (ProSoB). Laufendes Forschungsprojekt.
- Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: edition sigma.
- Badura, B.; Kaufhold, G.; Lehmann, H.; Pfaff, H.; Schott, T.; Waltz, M. (1987): Subjektives Wohlbefinden nach Bradburn. In (dies.): Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Badura, B.; Grande, G.; Janssen, H.; Schott, T. (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Weinheim, München: Juventa.
- Bahrs, O. (2001): Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätssicherung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Schriftenreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15, S. 151-162. Köln.
- Bahrs, O.; Lehmann, M.; Nave, M.; Pohl, D.; Schmidt, U.; Weiß-Plumeyer, M. (2000): Modellprojekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“. Göttingen.
- Bamberg, Böhm, Brückner, Große-Jäger, Hiltensberger, Kaiser, Pieper, Strotthotte (2002): Sicherheit und Gesundheitsschutz mit System. In: Bundesarbeitsblatt 10/2002, S. 17-21.
- Berkman, L.F.; Glass, T. (2000): Social Integration, Social Networks, Social Support and Health. In: Berkman, L.F.; Kawachi, I. (eds.): Social Epidemiology, S. 137-173. Oxford: Oxford University Press.
- Bertelsmann Stiftung; Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Beutler, K.; Langhoff, T. (1997): Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz. In: WSI-Mitteilungen – Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung, 12, S. 829-837. Frankfurt: Bund-Verlag.
- Bieback, K.-J.; Oppolzer, A. (1999): Strukturwandel im Arbeitsschutz. In: Bieback, K.-J.; Oppolzer, A. (Hrsg.): Strukturwandel des Arbeitsschutzes, S. 7-41. Opladen: Leske und Budrich.
- Biffl, S. (2003): Vorlesungsunterlagen Qualitätsmanagement vom 28.10.2003 der Technischen Universität Wien. <http://qse.ifs.tuwien.ac.at/courses/skriptum/script.htm>. Pdf-Dokument: Qualitätsmanagement 03. Eingesehen am 11.04.07.
- Bindzius, F. (2000): BGZ-Erfahrungsaustausch „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren - Handlungsbedarf der Berufsgenossenschaften“. Bonn.
- Bindzius, F. (2001): Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Stand der Umsetzung bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften. In: Die BG, 9, S. 458-463.
- BKK Bundesverband; Europäisches Informationszentrum (Hrsg.) (1998): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Essen: BKK-Bundesverband.
- BKK Bundesverband; Europäisches Informationszentrum (Hrsg.) (1999a): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband; Europäisches Informationszentrum (Hrsg.) (1999b): Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Qualität betrieblicher Gesundheitsförderung. Essen: BKK Bundesverband.

- BKK Bundesverband; Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften/HVBG (1999): Erkennen und Verhüten arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Ergebnisse aus dem Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG). Essen. Wirtschaftsverlag NW.
- Blume, A.; Schleicher, R. (2003): Qualitätsmanagement und Arbeits- und Gesundheitsschutz: Gemeinsamkeiten für gute Arbeit nutzen. In: Peters, J.; Schmitthenner, H. (Hrsg.): „Gute Arbeit“. Menschengerechte Arbeitsgestaltung als gewerkschaftliche Zukunftsaufgabe, S. 166-177. Hamburg: VSA.
- Blume, A.; Badura, B.; Walter, U.; Schleicher, R.; Münch, B.; Lange, A. (2003): Machbarkeitsstudie: Manager gesundheitlicher Ressourcen. Gefördert vom Land NRW und der Europäischen Union. Interner Abschlussbericht zum Projekt.
- Bondt, R. (1999): Wie verpflichtet man Manager auf Qualität. Einzug von William Edward Deming auch in Europa. Neue Zürcher Zeitung, 289. Fokus der Wirtschaft, S. 1-6.
- Bödeker, W.; Friedel, H.; Röttger, C.; Schröer, A. (2002): Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Fb 926. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Breucker, G. (2001): Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung. Ergebnisse aus dem Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. In: Pfaff, H.; Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, S. 127-144. Weinheim und München: Juventa.
- Breucker, G.; Kloppenburg, H.; Menckel, E.; Orfeld, B.; Thomsson, H.; Wynne, R. (Hrsg.) (1998): Success Factors of Workplace Health Promotion. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- Brown, K.; Lawrence, C. (1993): TQM I: Ohne gemeinsame Werte wird es nichts. Harvard Business Manager, S. 79 f.
- Buchborn, B. (1997): Leitlinien – Richtlinien – Standards. Risiko oder Chance für Arzt und Patient? In: Bayerisches Ärzteblatt, 12, S. 412-416.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (1998): Cardiff Memorandum on Workplace Health Promotion in Small and Medium Sized Enterprises. In: WHP-Net-News 4.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) (2002): Leitfaden für Arbeitsschutzmanagementsysteme. Dortmund.
- Bundesarbeitsblatt 9 (1997): Managementsysteme im Arbeitsschutz. Gemeinsamer Standpunkt des BMA, der obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialpartner, S. 85-86.
- Bundesarbeitsblatt 2 (1999): Eckpunkte des BMA, der obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialpartner zur Entwicklung und Bewertung von Konzepten für Arbeitsschutzmanagementsysteme, S. 43-46.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2002): Leitfaden für Arbeitsschutzmanagementsysteme des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit (BMWA), der obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialpartner. Dortmund.
- Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der Medizinischen Versorgung. Deutsches Ärzteblatt 94, 33, A-2154-2155, B-1622-1623, C, 1754-1755.
- Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung (1998): Positionspapier der Planungsgruppe der Zentralstelle vom 28.1.1998 zur kritischen Bewertung und zur Erstellung von Leitlinien durch Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999): Das Leitlinien-Clearingverfahren von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Ziele und Arbeitsplan. In: Deutsches Ärzteblatt, 96, A-2105-2106.

- Bundesgesetzblatt (1999): Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV Gesundheitsreformgesetz 2000). Teil I, Nr. 5. Bonn: Bundesanzeiger.
- Bundesgesetzblatt (2007): Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Teil I, Nr. 11. Bonn: Bundesanzeiger.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Schriftenreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15. Köln.
- Bungard, W. (1992): Qualitätszirkel in der Arbeitswelt. Ziele, Erfahrungen, Probleme. Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie.
- Bungard, W.; Antoni, C. (1986): Quality-Circles und andere Formen der Gruppenarbeit an der Basis – Eine Bestandsaufnahme bei den 100 größten deutschen Unternehmen. Köln-Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie, Heft 3.
- Bungard, W.; Wiendieck, G. (Hrsg.) (1986): Qualitätszirkel als Instrument zeitgemäßer Betriebsführung. Landsberg/Lech: Verlag Moderne Industrie.
- Burgher, M. et al. (Hrsg.) (1999): The European Network Of Health Promoting Schools – the alliance of health and education. Council of Europe, WHO, European Commission, Copenhagen.
- Cassel, J. (1976): The contribution of the social environment to host resistance. In: American Journal of Epidemiology, 104, S. 107-123.
- Cluzeau, F.; Littlejohns, P.; Grimshaw, J.; Feder, G. (1997): Appraising the quality of clinical guidelines in the UK. Annu meet Int Soc Technol Assess Health Care, 13, S. 242-248.
- Cobb, S. (1976): Social support as a moderator of life stress. In: Psychosomatic Medicine, 38, S. 300-314.
- Cochrane, A.L. (1972): Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services. London.
- DAK (2005): DAK Gesundheitsreport 2005. W 403-2005. Berlin.
- Deming, W.E. (1982): Quality, Productivity, and Competitive Position. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Deming, W.E. (1986): Out of the crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Deutsches Institut für Normung (2000): DIN EN ISO 9000:2000. Qualitätsmanagementsysteme. Grundlagen und Begriffe. Berlin: Beuth.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (2005): Eckpunkte der DGB-Mitgliedsgewerkschaften für eine Reform des dualen Arbeitsschutz-Systems unter besonderer Berücksichtigung der staatlichen Gewerbeaufsicht. DGB-Bundesvorstand, Abt. Sozialpolitik. April 2005, Berlin.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, S. 166-203.
- Donabedian, A. (1980): Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Ann Arbor.
- Drupp, M.; Osterholz, U. (2001): Das „Bonusprojekt der AOK Niedersachsen. Kontext, Grundzüge, Möglichkeiten und Grenzen. In: Pfaff, H.; Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, S. 145-160. Weinheim, München: Juventa.
- European Foundation for Quality Management/EFQM (Hrsg.) (1995): Der European Quality Award. Bewerbungsbroschüre 1995. Brüssel: European Foundation for Quality Management.
- European Foundation for Quality Management/EFQM (Hrsg.) (2003): Das EFQM-Modell für Excellence. Brüssel.
- Elke, G. (2000): Management des Arbeitsschutzes. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Field, M.J.; Lohr, K.N. (1990): Clinical practice guidelines – directions for a new programme. Washington, D.C.: National Academy Press.

- Frehr, H.-U. (1994): Total-Quality-Management. In: Masing, W. (Hrsg.): Handbuch Qualitätsmanagement, S. 31-48. München, Wien: Hanser.
- Friczewski, F. (1994): Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung – der „Berliner Ansatz“. In: Westermayer, G.; Bähr, B. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S. 14-24. Göttingen: Hogrefe.
- Garvin, D.A. (1984): What Does „Product Quality“ Really Mean? In: Sloan Management Review, 25, S. 25-43.
- Glauser, E.C. (1999): Qualität: Quo Vadis? The Swiss Deming Institut. <http://www.deming.ch>. Pdf-Dokument. Eingesehen am: 20. Oktober 2006
- Grande, G. (2003): Zwei Seiten sozialer Beziehungen: Mobbing und soziale Unterstützung. In: Badura, B.; Hehlmann, T.: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, S. 129-139. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Greiner, W. (1995): Die Messung indirekter Kosten in ökonomischen Evaluationsstudien am Beispiel krankheitsbedingter Produktivitätskosten. In: Homo Oeconomicus, Bd. 13, S. 167-188.
- Greiner, W. (1999): Ökonomische Evaluationen von Gesundheitsleistungen. Fragestellungen, Methoden und Grenzen dargestellt am Beispiel der Transplantationsmedizin. Baden-Baden: Nomos.
- Gröben, F., Bös, K. (1999): Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Maßnahmen und Empfehlungen – ein Querschnitt. Berlin: edition sigma.
- Gröben, F.; Ulmer, J. (2004): Gesundheitsförderung im Betrieb. Postulat und Realität 15 Jahre nach Ottawa – Umsetzung des Settingansatzes. Arbeitspapier 88 der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.
- Grossmann, R.; Scala, K. (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim: Juventa.
- Hahn, D.; Löster, C. (2001): Ressourcen und Problemfelder des AGS aus Sicht einzelner Akteure. In: Kastner et al. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina. Werkstattberichte aus Wissenschaft + Technik Wb 21. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Hart, D. (2000): Ärztliche Leitlinien und Haftungsrecht. In: Hart, D. (Hrsg.): Ärztliche Leitlinien. Empirie und Recht professioneller Normsetzung, S. 137-159. Baden-Baden: Nomos.
- Hart, D.; Francke, R. (2001): Rechtliche Aspekte des Qualitätsmanagements. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Schriftenreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15, S. 129-141. Köln.
- Hartmann, S.; Traue, H.C. (1996): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im betrieblichen Umfeld. Ulm: Universitätsverlag.
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2005): Bonner Erklärung: Die Position der Selbstverwaltung zur Prävention der Berufsgenossenschaften. Beschlossen von der Mitgliederversammlung 2/2005 des HVBG am 2.12. 2005 in Bonn.
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG); Bundesverband der Unfallkassen (BUK) (2006): Gesetzliche Unfallversicherung: Berufsgenossenschaften und Unfallkassen wollen gemeinsamen Spitzenverband schaffen. Pressemitteilung vom 04.12.2006. [www.hvbg.de/presse](http://www.hvbg.de/presse). Eingesehen am 20.03.2007
- Helou, A. (2003): Medizinische Leitlinien. In: Schwarz, F.W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch, S. 738-745. München, Jena: Urban und Fischer.
- Helou, A.; Schwarz, F.W. (2000): Der Beitrag von Leitlinien zur Versorgung chronisch Kranker. In: Arnold, M.; Litsch, M.; Schwarz, F.W. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 1999, S. 149-161. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Helou, A.; Perleth, M.; Bitzer, E.; Dörning, H.; Schwartz, F.W. (1998): Methodische Qualität ärztlicher Leitlinien in Deutschland. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 92, S. 421-428.

- Hoffacker, P. (1995): Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich – eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. In: Spörkel, H.; Birner, U.; Frommelt, B.; John, T.P. (Hrsg.): Total Quality Management: Forderungen an Gesundheitseinrichtungen. Konzepte – Modelle – Analogien: 7-17. Berlin, München: Quintessenz.
- House, J.S. (1991): Zum sozialepidemiologischen Verständnis von Public Health: Soziale Unterstützung und Gesundheit. In: Badura, B.; Elkeles, B.; Grieger (Hrsg.): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, S. 173-184. Frankfurt.
- House, J.S.; Landis, K.; Umberson, D. (1988): Social Relationships and Health. In: Science, 241, S. 540-545.
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa.
- Hurrelmann, K.; Leppin, A.; Nordlohne, E. (1995): Promoting Health in Schools: The German example. In: Health Promotion International, 10, S. 121-131.
- Internationale Arbeitsorganisation (ILO) (2001): Guidelines on occupational safety and health management systems. Genf: International Labour Office.
- ILEP (Initiative Ludwig-Erhard-Preis) (2007): www.ilep.de. Eingesehen am 10.02.2007.
- Imai, M. (2002): KAIZEN. Der Schlüssel zum Erfolg im Wettbewerb. München: Econ Ullstein List Verlag.
- Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2007): Homepage des Institutes: www.iqwig.de. Eingesehen am 21.04.2007.
- Ishikawa, K. (1985): What is Total Quality Control? Englewood Cliffs, N.J.
- Jaster, H.-J. (Hrsg.) (1997): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Juran, J.M. (1974): Quality Control Handbook. New York.
- Juran, J.M. (1990): Handbuch der Qualitätsplanung. Landsberg/Lech: Verlag Moderne Industrie.
- Juran, J.M. (1993): Der neue Juran. Qualität von Anfang an. Landsberg/Lech: Verlag Moderne Industrie.
- Kaltenbach, T. (1993): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management. Melsungen: Bibliomed.
- Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwarz, F.W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R. Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch, S. 181-188. München, Jena: Urban und Fischer.
- Kirchner, H.; Ollenschläger, G. (2000): Implementierung von Leitlinien in Praxisnetzen. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Handbuch für Netzberater. Loseblattsammlung. Köln: KBV.
- Kirchner, H.; Fiene, M.; Ollenschläger, G. (2001): Disseminierung und Implementierung von Leitlinien im Gesundheitswesen. Bestandsaufnahme Juli 2001. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 126, S. 1215-1220.
- Kirschner, W.; Radoschewski, M.; Kirschner, R. (1995): § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchungen zur Umsetzung durch die Krankenkassen. St. Augustin: Asgard.
- Kliche, T.; Töppich, J.; Kawski, S.; Koch, U.; Lehmann, H. (2004): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen und Lösungen. In Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47, S. 125-132.
- Kolkman, F.-W. (2000): Leitlinien und Qualitätssicherung. In: Hart, D. (Hrsg.): Ärztliche Leitlinien. Empirie und Recht professioneller Normsetzung, S. 49-60. Baden-Baden: Nomos.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2002): Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006. Kom 118. Brüssel.

- Konstanty, R.; Zwingmann B. (1997): Perspektiven des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung nach der Arbeitsschutzgesetzgebung. In WSI-Mitteilungen, 50, S. 817-828.
- Kopp, I. (2005): Wege zur Qualitätsentwicklung: Implementierung von Leitlinien. In: Badura, B.; Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung, S. 255-265. Bern: Huber.
- Kopp, I.; Encke, A.; Lorenz, W. (2002): Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung in der Medizin. Das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45, S. 223-233.
- Kopp, I.; Encke, A.; Müller, W.; Lorenz, W. (2005): Zur Empirie hochwertiger Leitlinien im System der AWMF: Gibt es sie und wie viele? In: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen, 1, S. 21-29.
- Kothe, W. (2001): Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung. In: Pfaff, H.; Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, S. 53-62. Weinheim, München: Juventa.
- Laaser, U., Hurrelmann, K. (2003): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 395-424. Weinheim, München: Juventa.
- Lauterbach, K.W. (1997): Ökonomische und ethische Aspekte der Entwicklung von Behandlungsleitlinien. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 91, S. 277-282.
- Lauterbach, K.W. (1998): Chancen und Grenzen von Leitlinien in der Medizin. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 92, S. 99-105.
- Lauterbach, K.W.; Lubecki, P.; Oesingmann, U.; Ollenschläger, G.; Richard, S.; Straub, C. (1997): Konzept eines Clearingverfahrens für Leitlinien in Deutschland. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 91, S. 283-288.
- Lazarus, R.S. (1991): Emotion and adaption. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S., Launier, R. (1981): Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J.R. (Hrsg.): Streß, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen, S. 213-260. Bern: Huber.
- Lazarus, R.S.; Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Lenhardt, U. (1994): Betriebliche Strategien zur Reduktion von Rückenschmerzen – Aspekte des Interventionswissens und der Interventionspraxis. In: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 94-206. Berlin: WZB.
- Lenhardt, U. (1998): Das neue Arbeitsschutzgesetz: der große Sprung nach vorn? In: Die Mitbestimmung, 4, S. 10-14.
- Lenhardt, U. (1999): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen – Angebotsstrategien – Umsetzung. Berlin: edition sigma.
- Lenhardt, U. (2003): Der Beitrag von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Entwicklung einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik – Probleme und Entwicklungspotenziale. Expertise für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung.
- Lerner, F. (1994): Geschichte der Qualitätssicherung. In: Masing, W. (Hrsg.): Handbuch Qualitätsmanagement, S. 17-30. München, Wien: Hanser.
- Lobnig, H.; Pelikan, J. (1996): Gesundheitsförderung in Settings. Wien: Facultas.
- Magnusson, K.; Kroslid, D.; Bergman, B. (2004): Six Sigma umsetzen. Die neue Qualitätsstrategie für Unternehmen. München, Wien: Hanser.

- Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen (2001): *Initiativ in NRW. Wandel gestalten - gesünder arbeiten. Konzept für zukunftsorientierten Arbeitsschutz in NRW.* Düsseldorf.
- Mohr, G., Udris, I. (1997): *Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt* In: Schwarzer, R. (Hrsg.) (1997): *Gesundheitspsychologie*, S. 553-573. Göttingen: Hogrefe.
- Möller, J.; Heib, K.; Heinzl, H. (Hrsg.) (2003): *Qualitätsentwicklung im Krankenhaus. In drei Schritten zu Europäischer Exzellenz. Anwendungen des EFQM-Modells im Kantonalen Spital Grabs.* Bielefeld, Grabs.
- Müller, B.; Münch, E.; Badura, B. (1997): *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell.* Weinheim: Juventa.
- Münch, E. (1999): *Skalen zur Beurteilung von Führungsverhalten.* Unveröffentlichtes Manuskript.
- Münch, E.; Walter, U.; Badura, B. (2003): *Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor.* Berlin: edition sigma.
- Nagel, E.; Fuchs, C. (Hrsg.) (1997): *Leitlinien und Standards im Gesundheitswesen. Fortschritt in sozialer Verantwortung oder Ende der ärztlichen Therapiefreiheit.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Nakhai, B.; Neves, J.S. (1994): *The Deming, Baldrige, and European Quality Awards.* *Quality Progress*, S. 33-37.
- Oess, A. (1993): *Total Quality Management. Die ganzheitliche Qualitätsstrategie.* Wiesbaden: Gabler.
- Ollenschläger, G. (2001): *Von der Qualitätskontrolle zum Total Quality Management.* In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Schriftenreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15*, S. 98-112. Köln.
- Ollenschläger, G.; Thomeczek, C. (1996): *Ärztliche Leitlinien. Definitionen, Ziele, Implementierung.* In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 90, S. 347-353.
- Ollenschläger, G.; Oesingmann, U.; Thomeczek, C.; Kolkman, F.-W. (1998a): *Leitlinien und Evidence-based medicine in Deutschland.* In: *Münchener medizinische Wochenschrift*, 140, 38, S. 502-505.
- Ollenschläger, G.; Oesingmann, U., Thomeczek, C.; Kolkman, F.-W. (1998b): *Ärztliche Leitlinien in Deutschland – aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen.* In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 92, S. 273 – 280.
- Ollenschläger, G.; Kirchner, H.; Fiene, M. (2001): *Leitlinien in der Medizin – scheitern sie an der praktischen Umsetzung?* In: *Der Internist*, 42, S. 473 – 483.
- Osterholz, U.; Schott, S. (2001): *Das Bonus-Modellvorhaben – auf dem Weg zu einem kennzahlen-gesteuerten integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagement.* In: Badura, B.; Litsch, M.; Vetter, C. (Hrsg.): *Fehlzeitenreport 2000. Zukünftige Arbeitswelten. Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement*, S. 160-175. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- O'Toole, J.; Lawler, E.E. (2006): *The New American Workplace.* Palgrave Macmillan.
- Pelikan, J.M.; Demmer, H., Hurrelmann, K. (1993): *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung.* Weinheim: Juventa.
- Pfaff, H. (1989): *Stressbewältigung und soziale Unterstützung. Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens.* Weinheim: Juventa.
- Pfaff, H. (2001): *Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements.* In: Pfaff, H.; Slesina, W. (Hrsg.): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*, S. 27-49. Weinheim: Juventa.
- Pfaff, H.; Slesina, W. (Hrsg.) (2001): *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung.* Weinheim: Juventa.
- Pfaff, H.; Badura, B.; Pühlhofer, F.; Siewerts, D. (2005): *Das Sozialkapital der Krankenhäuser und wie es gestärkt werden kann.* In: Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2004.*

- Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, S. 81-108. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pfeifer, W. (1995): Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Poppendieck, K.-E.; Brückner, B.; Rötzer, M.; Waldeck, D.; Brock, G.; Zwingmann, B. (1999): Management im Arbeitsschutz. Die deutsche Konzeption. In: Bundsarbeitsblatt 2/1999, S. 11-14.
- Priebe, B.; Israel, G.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1993): Gesunde Schule: Gesundheitserziehung – Gesundheitsförderung – Schulentwicklung. Weinheim: Beltz.
- Rehbehn, R.; Yurdakul, Z.B. (2003): Mit Six Sigma zur Business Excellence. Strategien, Methoden, Praxiskonzepte. Erlangen: Publicis Corporate Publishing.
- Ritter, A., Langhoff, T. (1998): Arbeitsschutzmanagementsysteme. Vergleich ausgewählter Standards. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rosenbrock, R. (2000): Prävention durch Krankenkassen. Der neue § 20 SGB V als Gestaltungsherausforderung für die GKV. In: Prävention 3, 23, S. 69-72.
- Rosenbrock, R.; Lenhard, U. (1999): Die Bedeutung von Betriebsärzten in einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Ruckstuhl, B.; Kolip, P.; Gutzwiller, F. (2001): Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Schriftenreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15, S. 38-50. Köln.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden: Nomos.
- Sackett, D.L.; Richardson, W.S., Rosenberg, W.; Haynes R.B. (1997): Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. New York.
- Schröer, A.; Sochert, R. (1994): Gesundheitsförderung durch Gesundheitszirkel. In: Westermayer, G.; Bähr, B. (Hrsg.) (1994): Betriebliche Gesundheitszirkel, S. 62-70. Göttingen: Hogrefe.
- Schulenburg, J.-M. Graf v.d.; Greiner, W. (2007): Gesundheitsökonomik. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Schwarzer, R.; Leppin, A. (1989): Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz, F.W.; Walter, U. (1997): Gesundheitsförderung im Spannungsfeld der Gesundheitsreformen. In: Altgeld, T.; Laser, I.; Walter, U. (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, S. 53-68. Weinheim, München: Juventa.
- Seghezzi, H.D. (1996): Integriertes Qualitätsmanagement. Das St. Galler Konzept. München, Wien: Hanser.
- Selye, H. (1981): Grundkonzepte. Geschichte und Grundzüge des Stresskonzeptes. In: Nitsch, J.R. (Hrsg.): Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen, S. 161-187. Bern: Huber.
- Siegrist, J. et al. (2003): Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren: Die Bedeutung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse für die betriebliche Gesundheitsförderung. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 2 der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung.
- Simon, W. (2000): Qualitätsmanagement – Zwischenbilanz und Ausblick. In: Redaktion der Zeitschrift QZ – Qualität und Zuverlässigkeit (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Industrie und Dienstleistung – Trends und Adressen, S. 35-46. München, Wien: Hanser.
- Simon, W. (2001): Die Qual der Wahl – das „richtige“ Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Schriftenreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15, S. 113-128. Köln.

- Skrzypek-Rother, P. (2006): Die Institutionalisierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements – am Beispiel des Landesverbandes eines Trägers der öffentlichen Wohlfahrtspflege und dessen Einrichtung in der stationären Altenpflege. Masterarbeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Eigendruck.
- Slesina, W. (2001): Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel. In: Pfaff, H.; Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, S. 75-96. Weinheim, München: Juventa.
- Slesina, W.; Beuels, F.-R.; Sochert, R. (1998): Betriebliche Gesundheitsförderung. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Weinheim, München: Juventa.
- Spörkel, H.; Birner, U.; Frommelt, B.; John, T.P. (Hrsg.) (1995): Total Quality Management: Forderungen an Gesundheitseinrichtungen. Konzepte – Modelle – Analogien. Berlin, München: Quintessenz.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.
- Strobel, G.; Stadler, P. (2000): Personalpflege oder Personalverschleiß. Der Einfluss von Führungsverhalten auf psychische Belastungen von Mitarbeitern. In: Die BG, S. 396-401.
- Thul, M.J.; Zink, K.J. (2001): Selbstbewertung als Ansatz zur Bewertung betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme. Konzept, Möglichkeiten und Grenzen. In: Pfaff, H.; Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, S. 161-180. Weinheim, München: Juventa.
- Timmermans, S.; Berg, M. (2003): The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia: Temple University Press.
- Töpfer, A. (2004): Six Sigma: Konzeption und Erfolgsbeispiele für praktizierte Null-Fehler-Qualität. Berlin: Springer.
- Trojan, A. (2001): Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Schriftenreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15, S. 51-72. Köln.
- Troschke, J. v.; Reschauer, G.; Hoffmann-Markwald, A. (Hrsg.) (1996): Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Freiburg: Druckwerkstatt im Grün.
- Tsouros, A.D. (Hrsg.) (1990): WHO Healthy Cities Project: A Project Becomes A Movement. Review of Progress 1987 to 1990. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.
- Ueberle, M.; Greiner, W. (2007): Abschätzung von wirtschaftlichen Kosten und Nutzen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Krankenhaus. In: Hellmann, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Heidelberg. Im Erscheinen.
- Union of Japanese Scientists and Engineers (JUSE) (2006): Aus dem Statut des Deming Prize. [www.juse.or.jp/e/](http://www.juse.or.jp/e/). Eingesehen am 20.03.2007.
- Walter, U. (2002): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Walter, U.; Badura, B. (2006): Betriebliche Gesundheitspolitik: Neue Aufgaben und Kompetenzen für Führungskräfte und Experten. In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven, S. 146-158. Bern. Huber.
- Walter, U.; Münch, E.; Badura, B. (2002): Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements bei der Essener Verkehrs-AG. In: Badura, B.; Litsch, M.; Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor, S. 197-214. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Walter, U.; Münch, E.; Badura, B. (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Investition in das Sozial- und Humankapital. In: WSI Mitteilungen, 9, S. 532-538.
- Ward, J.E.; Grieco, V. (1996): Why we need guidelines for guidelines: a study of the quality of clinical practice guidelines in Australia. MJA 165, S. 574-576.

- Weiß, J. (1999): Stressbewältigung und Gesundheit. Die Persönlichkeit in Partnerschaft, Familie und Arbeitsleben. Bern: Huber.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, Ontario/Kanada, 17.-21.11.1986.
- Wennberg, J.E; Gittelsohn, A. (1973): Small area variations in healthy care delivery. In: Science 182, 1102-1108.
- Westermayer, G.; Bähr, B. (Hrsg.) (1994): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Hogrefe.
- Zerssen, D. v. (1976): Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Müncher Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Die Beschwerdenliste. Weinheim.
- Zink, K.J. (2004): TQM als integriertes Managementkonzept. München, Wien: Hanser.
- Zoike, E. (2003): Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten in der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung. In: Badura, B.; Hehlmann, T. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, S. 201-213. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

**Anhang**

- Erhebungsinstrument Flächenbefragung in NRW
- Fallstudien: Leitfaden Experteninterviews (Ausgangserhebung)
- Fallstudien: Leitfaden Experteninterviews (Abschlussevaluation)
- Fallstudien: Erhebungsinstrument Befragung Projektlenkungsausschuss (Muster KLG)
- Fallstudien: Erhebungsinstrument Mitarbeiterbefragung (Muster KLG)
- Einverständniserklärung BIT e.V. Bochum
- Einverständniserklärung Eckhard Münch

## Quantitative Flächenbefragung in NRW

### Einleitung/Vorspann:

Hintergrund:  
(Einstieg ins Gespräch – nach Zeit und Bereitschaft zum Telefoninterview fragen)

### Thema: Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement

Das Land NRW (MASQT) plant die Einrichtung eines Qualifizierungs- und Beratungsangebots zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Zunächst soll dazu im Frühjahr 2003 ein Modellversuch gestartet werden. Dafür führen wir, im Auftrag der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und des Instituts BIT e. V. in Bochum, eine Befragung zum Stand und zur Planung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements durch.

Damit soll der Bedarf an einem entsprechenden Qualifizierungsangebot sowie die Bereitschaft zur Investition in eine Teilnahme an solch einem Angebot ermittelt werden.

#### 1. Zum Einstieg

1.1 Eine allgemeine Frage: Wie wichtig ist aus Ihrer Sicht das Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz / Betriebliche Gesundheitsförderung für Ihr Unternehmen?

sehr wichtig       ziemlich wichtig       mäßig wichtig       eher unwichtig

Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung?

1.2 In welcher Weise haben Sie im Unternehmen einen direkten Bezug zum Thema Arbeits-/Gesundheitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung? (offene Frage, Bsp. könnten sein: Verantwortlichkeit als Geschäftsleitung; Zusammenarbeit mit Betriebsarzt / Fachkraft für Arbeitssicherheit; lässt sich berichten; ist wichtiges Thema, um das man sich als Chef kümmern muss etc.)

## 2. Status quo, Akteure und Planung

2.1 Werden in Ihrem Unternehmen mit einem der folgenden Verfahren Daten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bzw. zur Betrieblichen Gesundheitsförderung erhoben, bzw. ist solches in den nächsten ca. 1 ½ Jahren geplant?

(Mehrfachantworten möglich)

<b>Ist vorhanden</b>	<b>Ist geplant</b>
----------------------	--------------------

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gefährdungsbeurteilungen                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzbegehungen                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits-/Qualitätszirkel o.ä.          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Analyse des Unfallgeschehens               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Analyse der krankheitsbedingten Fehlzeiten | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiterbefragung                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                            | <input type="checkbox"/> |

Wenn weder vorhanden, noch geplant, dann weiter mit Frage 2.3

Falls ja: Wer hat die Daten erhoben?

Falls geplant: Wer soll die Daten erheben?

2.2 **Nur wenn bei 2.1 „Gefährdungsbeurteilung“ genannt wurde, sonst weiter mit 2.3:**

Sie haben bei der letzten Frage „Gefährdungsbeurteilung“ als durchgeführt bzw. als geplant angegeben: Wurden dabei auch psychische Belastungen ermittelt, bzw. ist dieses geplant?

ja       nein

Falls ja: Wer hat die psychischen Belastungen ermittelt?  
(*Mehrfachnennungen möglich*)

(bei „geplant“: Wer soll die psychischen Belastungen ermitteln)

2.3 Beschäftigten sich nachfolgend genannte dauerhaft arbeitende Gremien bei Ihnen im Unternehmen mit Arbeits-/ Gesundheitsschutz bzw. Betrieblicher Gesundheitsförderung oder ist deren Einrichtung in den nächsten 1 ½ Jahren geplant?

**Ist vorhanden**

- Arbeitsschutzausschuss
- Arbeitskreis Gesundheit
- Sonstige Gruppen (bitte eintragen welche): \_\_\_\_\_

**Ist geplant**

- 
- 
-

2.4 Gibt es in Ihrem Unternehmen schriftliche Vereinbarungen zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz bzw. Betriebliche Gesundheitsförderung bzw. sollen sie in den nächsten 1 ½ Jahren erarbeitet werden ?

- | <b>Ist vorhanden</b>   | <b>Ist geplant</b>       |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Regelungsabreden                        |                          |
| <input type="checkbox"/> Dienstanweisungen                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte eintragen welche) _____ | <input type="checkbox"/> |

2.5 Gibt es in Ihrem Unternehmen über den Arbeitsschutz hinausgehend Maßnahmen oder Aktivitäten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. wird deren Umsetzung in den nächsten 1 ½ Jahren geplant?

- | <b>Ist vorhanden</b>   | <b>Ist geplant</b>       |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitszirkel   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rückenschulen   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anti-Stress-Trainings   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sonstige Kurse zur Verhaltensprävention (Nichtrauchen, Ernährung) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitstage   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rückkehrgespräche   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsgespräche  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Suchtberatung   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte eintragen welche) ? _____                         |                          |

Falls etwas angegeben wird:  
 Wer organisiert diese Maßnahmen? (bei „geplant“: Wer soll diese Maßnahmen organisieren)

2.6 Erfolgt in Ihrem Unternehmen eine Erfolgsbewertung von Maßnahmen/Aktivitäten im Arbeit- und Gesundheitsschutz / Betriebliche Gesundheitsförderung, bzw. ist dieses in den nächsten 1 ½ Jahren vorgesehen?

ja       nein       geplant

wenn ja bzw. geplant: In welcher Weise erfolgt dieses (bzw. soll dieses erfolgen)? (Bsp: durch Kennzahlen, Statistiken, betriebliche Workshops, Maßnahmen des Projektmanagements oder Controllings)

wenn ja bzw. geplant: Wer führt diese Erfolgsbewertung durch bzw. soll diese Erfolgsbewertung durchführen?

2.7 Finden Aspekte des Arbeitsschutzes bzw. der Gesundheitsförderung auch in anderen Zusammenhängen (z.B. Qualitätsmanagement, Personalentwicklung, Organisationsentwicklung, Investitionsplanung) Berücksichtigung bzw. ist dieses geplant?

ja       nein       geplant

wenn ja (bzw. geplant): Auf welche Weise geschieht das? (bzw. soll das geschehen)

2.8 Werden in Ihrem Unternehmen Führungskräfte systematisch in den Arbeits-/Gesundheitsschutz bzw. die Betriebliche Gesundheitsförderung eingebunden bzw. ist dieses für die nächsten 1 ½ Jahre vorgesehen?

ja       nein       geplant

Falls ja (bzw. geplant), in welcher Weise? (Anm. nach „Schriftlicher Pflichtenübertragung“ in jedem Fall, auch bei „nein“-Antwort fragen)

**Ist vorhanden**

Qualifizierungsmaßnahmen:

(hier: falls dieses angegeben wird: wer wird wo qualifiziert?): \_\_\_\_\_

Schriftliche Pflichtenübertragung

Zielvereinbarungen

Sonstige: (bitte eintragen welche)

**Ist geplant**

2.9 Wo sehen Sie im Themenfeld Arbeits-/Gesundheitsschutz bzw. Betriebliche Gesundheitsförderung für Ihr Unternehmen zukünftig Handlungsbedarf? (offene Frage, bitte Antwort eintragen)

2.10 Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Herausforderungen, vor denen das Unternehmen in den nächsten Jahren steht? (Mehrfachnennungen möglich)

- Einführung neuer Produkte
- Einführung neuer Technologien
- Veränderung der Arbeitsorganisation (z.B. Einführung/Abschaffung Gruppenarbeit)
- Fusion / Partnersuche
- Kostenreduzierung
- Einführung bzw. Zertifizierung von Managementsystemen, z.B. für Qualitäts- oder Umweltmanagement
- Sonstige (bitte eintragen, welche):

2.11 Trägt aus Ihrer Sicht Arbeits-/Gesundheitsschutz zur Bewältigung dieser eben genannten Herausforderungen bei?

ja       nein

Falls ja: In welcher Weise? (offene Frage, bitte eintragen, in welcher Weise)

2.12 Besteht in Ihrem Unternehmen grundsätzlich Bereitschaft, sich zukünftig in Form der Teilnahme an einem Qualifizierungsangebot zum „Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ zu engagieren?  
(Anmerkung im Fall von Rückfragen: bei Teilnahme an Modellversuch: ca. 2.000 Euro / Semester; maximale Dauer: 3 Semester – 18 Monate, im Einzelfall können auch kürzere Laufzeiten vereinbart werden; Abwesenheit der Teilnehmer vom Betrieb: maximal 20 Tage)

ja       nein

Falls ja: Dürfen wir Ihnen Informationen zum geplanten Qualifizierungsangebot zuschicken?

ja       nein

### 3. Strukturdaten zum Unternehmen

Zum Schluss möchten wir Sie noch nach einigen Angaben zu Ihrem Unternehmen und zu ihrer Person [wenn nicht schon bekannt] fragen:

3.1 Name und Anschrift des Unternehmens: [hier eintragen: Code-Nummer]

3.2 Welcher Branche gehört das Unternehmen an? [Branchenkennzeichnung überprüfen]

3.3 Wieviele Mitarbeiter sind in Ihrem Unternehmen beschäftigt? (Anm.: ggbf. gesondert aufnehmen: Mitarbeiter im Betrieb / im Unternehmen)

3.4 Gehört das Unternehmen einem Konzern an? ja  nein

3.5 Name, Funktion und Tel.-Nr. des Gesprächspartners:

**Vielen Dank für das Gespräch!**

**„Effiziente Organisations- und Führungsformen  
- ein integratives Projekt der Gewerkschaft ÖTV  
zur Betrieblichen Gesundheitsförderung“**

**- Leitfaden für die ExpertInneninterviews -**

Interview mit Frau/Herrn : \_\_\_\_\_

Funktion im Betrieb : \_\_\_\_\_

Funktion im ÖTV-Projekt : \_\_\_\_\_

Interview-Termin am : \_\_\_\_\_

von/bis (Uhrzeit) : \_\_\_\_\_

InterviewerInnen : \_\_\_\_\_

## **I. Eingangsfragen**

1. Fragen zur Person, zur Funktion im Unternehmen und im Rahmen des Projektes
  - Wie lange sind Sie bereits im Betrieb beschäftigt?
  - Was ist ihre Funktion bzw. sind Ihre wesentlichen Aufgabenbereiche im Unternehmen bzw. im Projekt?
2. Das Unternehmen hat sich zur Teilnahme an dem ÖTV-Projekt „Effiziente Organisations- und Führungsformen“ entschieden und wurde als Modellbetrieb ausgewählt. Was sind aus Ihrer persönlichen Sicht die Beweggründe des Unternehmens für eine Beteiligung an dem Projekt?
3. Wer war in welcher Weise an dem betriebsinternen Entscheidungsprozeß beteiligt?
  - Wer war der Initiator?
  - Waren Sie selbst an dieser Entscheidung beteiligt?
  - Wenn nein, wann und wie sind Sie über die Teilnahme an dem Projekt informiert worden?
4. Was glauben sie, welche Ziele verfolgt der Betrieb mit diesem Projekt?
  - Sind das auch ihre persönlichen Zielvorstellungen und Erwartungen?
  - Haben sie den Eindruck, daß es innerhalb des Unternehmens/der Interventionseinheit bzw. des betrieblichen PLA unterschiedliche Zielvorstellungen oder Erwartungshaltungen hinsichtlich des Projektes gibt?
5. Existieren in Zusammenhang mit dem Projekt vielleicht auch Befürchtungen (z.B. Erwartungen auf Seiten der MA zu wecken, die dann nicht befriedigt werden können)?
  - Innerhalb des Unternehmens bzw. des betrieblichen PLA?
  - Bei Ihnen persönlich?
6. Gibt es (*Ist Ihnen bekannt, ob es*) im Unternehmen weitere, bereits abgeschlossene oder derzeit noch laufende Projekte (*gibt*), die Berührungspunkte zu diesem Projekt aufweisen?
  - a) Zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung?
  - b) Zum Thema OE/PE/Führung?

## **II. Fragen zum Status-quo der Betrieblichen Gesundheitsförderung**

### **1. Allgemeine Fragen**

- 1.1 Inwieweit hat (*Ist Ihnen bekannt, ob*) sich der Betrieb bereits vor Beginn dieses Projektes mit dem Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ beschäftigt (*hat*)?
  - Würden Sie sagen, daß es sich dabei eher um eine (Reihe von) Einzelmaßnahme(n) handelt/e oder steckt/e dahinter eine klar erkenn- bzw. benennbare organisationsweite „Strategie“?
- 1.2 Welche Ziele/Erwartungen wurden (seinerzeit) bzw. werden damit verfolgt?
- 1.3 Inwieweit wurden aus Ihrer Sicht diese Ziele/Erwartungen erreicht/erfüllt bzw. ist absehbar, daß diese erreicht werden?

## **2. Strukturelle Voraussetzungen**

- 2.1 Welche Personen/Funktionsträger waren bislang mit dem Thema Betriebliche Gesundheitsförderung beschäftigt?  
- Wurden/werden die Aktivitäten durch die Unternehmensleitung, den Betriebsrat und die Mitarbeiter unterstützt? Falls ja, in welcher Weise?
- 2.2 Welche Ressourcen (Zeit, Personen, Budget, Räumlichkeiten) wurden/werden für Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt?
- 2.3 Gab es bislang/ gibt es einen übergeordneten Koordinationskreis, der sich mit dem Thema Betriebliche Gesundheitsförderung beschäftigt hat (Steuerungskreis/-Projektgruppe o.ä.)?  
- Wenn ja, wer ist daran beteiligt?  
- Wie oft trifft sich dieser Kreis?  
- Wer leitet ihn?  
- Welche Entscheidungskompetenzen hat dieser Kreis?
- 2.4 Existieren darüber hinaus überbetriebliche Kooperations/Kommunikationsbeziehungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung ?

## **3. Diagnose**

- 3.1 Ist in Ihrem Haus (*Abteilung/Einheit/Bereich*) schon einmal eine „Bestandsaufnahme“ zum gesundheitlichen Befinden und zur Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen durchgeführt worden?  
- Wurde die Analyse eigenständig durchgeführt?  
- Welche Instrumente (MAB, Gesundheitsbericht, interne Fehlzeiteauswertung, Zirkelarbeit etc.) wurden eingesetzt?  
- Inwieweit sind daraus Maßnahmen/Aktivitäten abgeleitet worden?  
- Wurde die Analyse in der Gesamtorganisation oder in einzelnen Organisationseinheiten durchgeführt?  
- Wurden externe/interne Vergleichsdaten verwendet?
- 3.2 Wie wurde mit den Ergebnissen umgegangen?  
- In welcher Weise wurden die Informationen an die Mitarbeiter weitergeleitet bzw. wurden die Ergebnisse mit ihnen diskutiert?  
- In welcher Weise wurde mit den Ergebnissen weitergearbeitet?

## **4. Bisherige/aktuelle Maßnahmen/Programme**

- 4.1 Welche konkreten Maßnahmen/Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung (andere als GBE, MAB etc.) wurden bereits/werden z.Zt. in Ihrem Haus durchgeführt?  
- Wurden/werden die Projekte in der Gesamtorganisation oder in einzelnen Organisationseinheiten/Abteilungen durchgeführt?  
- Sind/waren diese Projekte/Maßnahmen verhaltensorientiert oder verhältnisorientiert?  
- Wer waren/sind die Initiatoren der Projekte/Maßnahmen?

## **5. Evaluation**

- 5.1 Sind die bislang durchgeführten Maßnahmen/Projekte einer Erfolgsbewertung unterzogen worden?
  - Wenn nein, warum nicht?
  - Wenn ja, wie ist diese Erfolgsbewertung durchgeführt worden (Instrumente /Gegenstand)?
- 5.2 Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Ergebnisse aus den bisherigen Projekten/Maßnahmen?
- 5.3 Welches waren aus Ihrer Sicht herausragende (positive/negative) Projekte?
  - Welches waren die fördernden und hemmenden Faktoren in diesen Projekten/Maßnahmen?

## **III. Fragen zu Organisation und Führung**

### **1. Unternehmensleitbild**

- 1.1 Gibt es in Ihrem Haus ein verbindliches Unternehmensleitbild?
  - Wird dieses auch gelebt?
  - Gibt es darüber hinausgehend schriftliche Vereinbarungen/Leitlinien/Betriebsvereinbarungen zu konkreten Themenbereichen (z.B. „Führungsleitlinien/„Betriebliche Gesundheitsförderung“)?
- 1.2 Halten Sie ein gemeinsames Unternehmensleitbild für notwendig oder sinnvoll?
- 1.3 Wer war in welcher Weise an der Erarbeitung dieser schriftlichen Vereinbarungen beteiligt?
- 1.4 Sind diese Leitlinien allen MitarbeiterInnen bekannt?

### **2. Unternehmenskultur**

- 2.1 Wie würden Sie persönlich mit wenigen Worten die Unternehmenskultur hier im Haus hinsichtlich der folgenden Aspekte beschreiben:
  - Partizipation (partnerschaftlich vs. hierarchisch)?
  - Umgang mit Innovationen?
  - Informationsfluß/-verhalten?
  - Kommunikation und Kooperation innerhalb und zwischen den Berufsgruppen sowie den Hierarchieebenen und Organisationseinheiten (Einheit bzw. Gesamtorganisation)?
  - Streit-/Konfliktkultur?
  - Anerkennung von Mitarbeitern/Mitarbeiterförderung?

### **3. Führung**

- 3.1 Wie würden Sie persönlich den Führungsstil (*im Gesamtbetrieb / in der Interventionseinheit*) im Hinblick auf die folgenden Aspekte bezeichnen?
- Partizipation (partnerschaftlich vs. hierarchisch)?
  - Umgang mit Innovationen?
  - Informationsfluß/-verhalten?
  - Kommunikation und Kooperation innerhalb und zwischen den Berufsgruppen sowie der Hierarchieebenen und Organisationseinheiten?
  - Streit-/Konfliktkultur?
  - Vorbildverhalten?
- Was glauben Sie, wie sehen Ihre MitarbeiterInnen das?
- 3.2 Wie würden Sie Ihren eigenen Führungsstil kennzeichnen?
- Glauben Sie, daß Ihr Führungsstil von Ihren MitarbeiterInnen akzeptiert wird?
- 3.3 Inwieweit sehen Sie persönlich hier im Hause/in der Interventionseinheit Handlungs-/Veränderungsbedarf hinsichtlich des Führungsverhaltens?
- Gibt es ein Thema oder einen Aspekt des Führungsverhaltens, in bzw. zu dem sie sich gerne selbst noch weiter qualifizieren möchten?
- 3.4 Inwieweit werden Führungskräfte für ihre Leitungs-/Führungsfunktionen qualifiziert bzw. begleitet oder unterstützt?

### **4. Projekte/Maßnahmen zur OE/PE**

- 4.1 Was gibt es in diesem Haus/in der Interventionseinheit an Projekten zur OE/PE (z.B. Reorganisationsprojekte, Führungskräfte-/Nachwuchsentwicklungsprogramme, Fortbildungen, Qualitätsmanagement)?
- 4.2 Wie bewerten sie die im Rahmen der PE/FKE angewandten bzw. eingesetzten Instrumente und Maßnahmen?

## **IV. Fragen zur Interventionseinheit**

1. Im Rahmen des Projektes wurden im Betrieb die Abteilung (...) als Interventionseinheit ausgewählt. Was sind aus Ihrer Sicht die Beweggründe, die zu dieser Wahl geführt haben?
2. Wie würden sie persönlich die Arbeitsabläufe in der/n Interventionseinheit/en beschreiben und bewerten? (Koordination, Planung, belastungsintensivere Phasen?)
3. Durch welche Anforderungen und Belastungen läßt sich aus Ihrer Sicht die Arbeitssituation in der/n Interventionseinheit/en kennzeichnen?
- Treten besondere Anforderungen und Belastungen gegenüber anderen Einheiten/Abteilungen auf?

4. Wie würden Sie aus Ihrer Sicht den Umgangston in der/n Interventionseinheit/en beschreiben und bewerten?
  - a) zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen ?
  - b) innerhalb einer Berufsgruppe?
  - c) zwischen den verschiedenen Berufsgruppen?
  
5. Wie würden Sie aus Ihrer Sicht die Kommunikation (Absprachen, Austausch, Infofluß) in der/n Interventionseinheit/en beschreiben und bewerten?
  - a) innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe,
  - b) zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sowie
  - c) zwischen der Interventionseinheit und anderen Einheiten/Abteilungen etc.?

- Was sind dabei aus Ihrer Sicht fördernde bzw. belastende Faktoren?
  
6. Wie würden sie persönlich die Zusammenarbeit in der/n Interventionseinheit/en beschreiben und bewerten?
  - a) innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe,
  - b) zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sowie
  - c) zwischen der Interventionseinheit und anderen Einheiten/Abteilungen etc.?

- Was sind dabei aus Ihrer Sicht fördernde bzw. belastende Faktoren?
  
7. Inwieweit treten ihrer Wahrnehmung nach in der/n Interventionseinheit/en Spannungen/ Konflikte innerhalb oder zwischen den Berufsgruppen auf?
  
8. Wie würden Sie persönlich die Konfliktkultur in der/n Interventionseinheit/en beschreiben und bewerten (wie werden die Konflikte ausgetragen: offen, per Machtwort, unter den Teppich gekehrt etc.)?
  - a) MA/Berufsgruppen untereinander und zwischen den Professionen
  - b) hierarchiebezogen (FK-MA)
  
9. Welcher Handlungs-/Veränderungsbedarf ist aus Ihrer Sicht in der/n Interventionseinheit/en gegeben?

## **V. Fragen zum gesundheitlichen Befinden der Beschäftigten**

1. Treten Ihrer persönlichen Einschätzung nach - im Vergleich zum Gesamthausbestimmte Probleme/Symptome in der/n Interventionseinheit/en häufiger/gehäuft auf?
 

- Unterscheiden sich diese Beschwerden zwischen den verschiedenen Berufsgruppen?
  
2. Wie schätzen Sie insgesamt betrachtet das (körperliche und psychosoziale) Wohlbefinden der MitarbeiterInnen in der/n Interventionseinheit/en ein?
 

- Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen?
  
3. Wie schätzen Sie die Arbeitszufriedenheit in der/n Interventionseinheit/en ein?
 

- Gibt es Unterschiede im Vergleich zur Arbeitszufriedenheit in anderen Abteilungen?

- Zufriedenheit (Einschätzung auf Skala von 1 bis 5 vornehmen lassen)

- Institutionelle Verbundenheit (Einschätzung auf Skala von 1 bis 5 vornehmen lassen)

- Fluktuationsgeschehen

**„Effiziente Organisations- und Führungsformen  
- ein integratives Projekt der Gewerkschaft ÖTV  
zur Betrieblichen Gesundheitsförderung“**

**- Leitfaden für die ExpertInneninterviews im Rahmen der  
Abschlussevaluation der Wissenschaftlichen Begleitung -**

Interview mit Frau/Herrn : \_\_\_\_\_

Funktion im Betrieb : \_\_\_\_\_

Funktion im ÖTV-Projekt : \_\_\_\_\_

Interview-Termin am : \_\_\_\_\_

von/bis (Uhrzeit) : \_\_\_\_\_

InterviewerInnen : \_\_\_\_\_

## **I. Eingangsfrage**

1. Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Funktion und Aufgaben im Projekt.

## **II. Fragen zur überregionalen Projektebene**

1. Bitte vergegenwärtigen Sie sich noch einmal kurz die überregionale Projektebene (überregionaler PLA, Moderatorentreffen, Teilprojekte, Wiss. Bgltg.). Welchen Einfluss hat die überregionale Projektebene (einzelne Elemente und deren Zusammenspiel) aus Ihrer Sicht auf die Projektumsetzung im Betrieb genommen?
2. Wie beurteilen Sie das Aufwand-/Nutzenverhältnis für Ihr Projekt?
3. Was war bezogen auf die überregionale Projektebene aus Ihrer Sicht positiv, was war negativ? (*Stichworte: was hat die Projektarbeit unterstützt bzw. erschwert*)
4. War/ist die überregionale Projektebene in dieser Weise aus Ihrer Sicht sinnvoll? Wenn nein, was hätte anders sein sollen? Ist sie ggf. sogar überflüssig?
5. Aufgrund der Projektanlage waren eine Reihe von Rahmenbedingungen für die Projektumsetzung vorgegeben (*Stichwort: Kooperationsvertrag mit der ÖTV*). Für wie hilfreich und förderlich haben sie die Rahmenregelungen empfunden bezogen auf:
  - den Projektauftrag?
  - die Betriebsvereinbarung?
  - die Einrichtung eines bPLAs (und die Empfehlungen für dessen Zusammensetzung)?
  - die externe Moderation?
  - die Einrichtung von QZ/GZ?
6. Wenn wir einmal gezielt den überregionalen PLA (Kern-PLA) betrachten und dabei die unterschiedlichen Projektphasen berücksichtigen, wie würden Sie dieses Gremium bewerten mit Blick auf : (*Anmerkung: diese Frage nur an PL*)
  - die Zusammensetzung?
  - die behandelten Themen?
  - die Arbeitsweise?
  - die Arbeitsergebnisse und deren Nutzen für die Projektarbeit im Betrieb?
  - die Möglichkeiten des Austausches mit und Lernen von anderen Modellbetrieben?
7. Was glauben Sie, welchen Einfluss hat die jeweilige überregionale Prozessbegleitung auf die Arbeitsweise und Ergebnisse des überregionalen PLAs genommen? (*Anmerkung: diese Frage nur an PL*)

## **III. Fragen zur Projektumsetzung auf betrieblicher Ebene**

### **1. Strukturen und Rahmenbedingungen**

- 1.1 War die Definition von Projektzielen aus Ihrer Sicht genügend präzise (im Sinne von operationalisiert und messbar) ?
  - Wenn ja, woran machen Sie das fest?
  - Wenn nein, warum nicht und was hätte besser sein können?

2.2 Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht die folgenden Einflussgrößen auf die Projektumsetzung:

- a) den zeitlichen Rahmen für das Projekt (von Frühjahr 1999 bis Ende 2001)?
- b) den Umfang der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen sowie den Finanzierungsmodus (z.B. Budget) ?
- c) das Unterstützungs- und Entscheidungsverhalten der Geschäftsführung?
- d) die Unterstützung durch den Betriebsrat?
- e) die Kompetenz der Projektleitung?
- f) das Zusammenspiel zwischen Projektleitung und Stellvertretung?
- g) die Beteiligungsmöglichkeiten für die MitarbeiterInnen aus der Interventionseinheit?
- h) die interne und externe Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt?

## 2. Fragen zu den konkreten Arbeitsschritten

2.1 Orientiert an dem Modell zum BGM wurden im Rahmen der Projektumsetzung vier Kernprozesse – Diagnose, Maßnahmenplanung, Intervention und Evaluation – durchlaufen. War diese schrittweise, aufeinander aufbauende Vorgehensweise aus Ihrer Sicht generell förderlich zur Zielerreichung?

- Wenn ja, woran machen Sie das fest?

- Wenn nein, warum nicht? (*Stichworte: was war zu viel, was hätte anders laufen sollen?*)

2.2 Lassen Sie uns einen Blick auf die einzelnen **Kernprozesse** werfen. Wie sinnvoll und notwendig erachten Sie eine **Analyse der Ausgangssituation** (Diagnostik)?

2.2.1 Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht die eingesetzte MAB als Methode (sinnvoll und angemessen)?

2.2.2 War der eingesetzte Fragebogen aus Ihrer Sicht angemessen (Umfang und Inhalte)?

- Wenn ja, woran machen Sie das fest?

- Wenn nein, warum nicht?

2.2.3 Wie bewerten Sie bezogen auf die Diagnostik den Aufwand (quantitativ: z.B. Ressourcen etc.) und die an den Betrieb gestellten Anforderungen (qualitativ) (mit Blick auf Herausforderung)?

- An welcher Stelle und in welcher Weise waren die Anforderungen besonders hoch?

2.2.4 Sind Sie der Meinung, dass Aufwand und Ergebnis der Diagnostik in einem angemessenen Verhältnis stehen (ja/nein)?

- Wenn ja, woran machen Sie das fest?

- Wenn nein, warum nicht?

- 2.2.5 Wie beurteilen Sie die Qualität der durchgeführten Diagnostik hinsichtlich
- Vorbereitung, Planung?
  - Durchführung?
  - Datenerfassung und Auswertung?
  - Rückmeldung der Ergebnisse?
- 2.2.6 Welche anderen Methoden und Instrumente zur Diagnostik sind aus Ihrer Sicht sinnvoll oder gar besser bzw. angemessener?
- 2.3 Wie sinnvoll und notwendig erachten Sie die **Maßnahmenplanung** als Arbeitsschritt?
- 2.3.1 Wie bewerten den Aufwand (quantitativ) und die an den Betrieb gestellten Anforderungen (qualitativ) (mit Blick auf Herausforderung)?
- An welcher Stelle und in welcher Weise waren die Anforderungen besonders hoch?
- 2.3.2 Wie beurteilen Sie die Qualität der Maßnahmenplanung hinsichtlich:
- der Identifizierung von Problembereichen und Handlungsbedarfen?
  - der Formulierung präziser und überprüfbarer Ziele?
  - der Festlegung der Zielgruppen?
  - der Einbeziehung der relevanten Akteure und Gremien?
  - der Auswahl und Priorisierung adäquater Maßnahmen?
  - einer konkreten Zeit-, Arbeits- und Kostenplanung?
- 2.4 Wie bewerten Sie die im Rahmen der **Intervention** durchgeführten Maßnahmen hinsichtlich des dazu erforderlichen Aufwands (quantitativ) und den an sie (den Betrieb) gestellten Anforderungen (qualitativ) (mit Blick auf Herausforderung)?
- An welcher Stelle und in welcher Weise waren die Anforderungen besonders hoch?
- 2.4.1 Sind Sie der Meinung, dass Aufwand und Ergebnis der Intervention in einem angemessenen Verhältnis stehen ?
- Wenn ja, woran machen Sie das fest?
  - Wenn nein, warum nicht?
- 2.4.2 Wie beurteilen Sie die Qualität der Intervention hinsichtlich:
- der Bedarfsgerechtigkeit und Angemessenheit der Maßnahmen?
  - der Akzeptanz der Maßnahmen durch die Zielgruppe(n)?
  - der Effektivität der Maßnahmen?
  - der Effizienz der Maßnahmen?
  - der Einhaltung von Zeit-, Arbeits- und Kostenplan?
  - der Dokumentation der Maßnahmen?
  - der Rückmeldung der Ergebnisse an Gremien?
  - der Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter?
- 2.5 Wie sinnvoll und notwendig erachten Sie die Durchführung der **Evaluation** als Arbeitsschritt?
- 2.5.1 Wie bewerten Sie bezogen auf die Evaluation den Aufwand und die an den Betrieb gestellten Anforderungen (mit Blick auf Herausforderung)?
- An welcher Stelle und in welcher Weise waren die Anforderungen besonders hoch?

2.5.2 Wie beurteilen Sie die Qualität der Evaluation hinsichtlich:

- Vorbereitung, Planung?
- Durchführung?
- Datenerfassung und Auswertung?
- Rückmeldung der Ergebnisse?

2.6. In wie weit sind Ihrer Ansicht nach die Voraussetzungen geschaffen worden für eine zukünftig regelmäßige Durchführung der Kernprozesse?

### **3. Betrieblicher Projektlenkungsausschuss**

3.1 Wie zufrieden waren sie mit dem betrieblichen Projektlenkungsausschuss bezogen auf folgende Aspekte:

- a) die Sitzungshäufigkeit?
- b) den zeitlichen Abstand zwischen den Sitzungen?
- c) die Dauer der Sitzungen?
- d) die Zusammensetzung des Gremiums?
- e) den Entscheidungsspielraum des Gremiums?
- f) die Kommunikation und Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren?
- g) den Umgang mit Spannungen und Konflikten?
- h) die Möglichkeiten sich selbst in die Sitzungen einzubringen?
- i) die Berücksichtigung Ihrer eigenen Anliegen und Themen?
- j) die Effektivität und Effizienz der Sitzungen?
- k) die Rollen- und Aufgabenwahrnehmung durch
  - a) Projektleitung?
  - b) Moderation?
  - c) Wissenschaft?
  - l) die Qualität der Sitzungsprotokolle?

## **IV. Zielerreichung**

1. Wenn Sie noch einmal an Ihre eigenen Ziele zu Projektbeginn zurückdenken (.....), in welchem Umfang wurden diese Ziele aus Ihrer Sicht erreicht?
  - Wenn ja, woran machen Sie das fest?
  - Wenn nein, was sind die Gründe dafür?
2. Welches sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen Effekte, die Sie mit dem Projekt in Verbindung bringen? (Unternehmenskultur, Führungsverhalten, Arbeitssituation, Beschäftigte, Bereitschaft zur Unterstützung von Maßnahmen zum Thema BGF/BGM) *(ggf. Prüfpunkte mit Blick auf die Gruppendiskussion nachsteuern)*
3. In welchem Umfang ist es aus Ihrer Sicht gelungen, Voraussetzungen zu schaffen bezogen auf :
  - a) die Wahrnehmung von BGF als Führungsaufgabe?
  - b) die Bereitstellung fester Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für das Thema?
  - c) die Bereitstellung ausreichender, dauerhafter Ressourcen?
  - d) die Integration von BGF in Fort- und Weiterbildung?
  - e) die Einbindung und Vernetzung der internen Gesundheitsexperten?
  - f) den Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit externen Experten (z.B. KK, BG)?

g) die Verknüpfung des Themas mit anderen Managementansätzen und Führungsinstrumenten?

## V. Gesamtbewertung und Ausblick

1. Wie würden Sie aus Ihrer Sicht das Zusammenspiel der relevanten Akteure im Projekt (z.B. Auftraggeber, PL, Moderation, KK, BG etc.) bewerten? *(Stichwort: a) alle zusammen, b) Auftraggeber – PL, PL- Moderation, PL – Wiss.Bgltg., 4 Motoren, Moderation – Wiss.Bgltg, externe – Wiss.Bgltg.)*
2. Welches waren aus Ihrer Sicht die förderlichen und hemmenden Faktoren im Rahmen der Projektumsetzung?
3. Wie bewerten Sie, wenn Sie alle Aspekte berücksichtigen, die dabei eine Rolle spielen, den Projekterfolg insgesamt?
4. Wenn Sie heute erneut vor die Wahl gestellt würden, als Modellbetrieb an einem solchen Projekt teilzunehmen, wie würden Sie antworten (ja/nein)?
  - Wenn ja, welche Voraussetzungen würden Sie an die Teilnahme knüpfen, bzw. was sollte beim nächsten Mal anders laufen?
  - Wenn nein, welches sind die Gründe für diese Entscheidung?
5. Vor dem Hintergrund ihrer Projekterfahrungen, was würden Sie der ÖTV (ver.di) bezogen auf Projektanlage/-struktur empfehlen ?*(Stichwort: 2. Ring)*
6. Was würden Sie anderen Betrieben empfehlen, die sich das Ziel gesetzt haben, ein BGM zu implementieren? *(Stichworte: Worauf besonders achten? Worauf verzichten?)*
7. Gibt es Ihrerseits Fragen, Ergänzungen, Anmerkungen zum Interview?

**Sehr geehrte Mitglieder des Projektlenkungsausschusses im Klinikum Lippe-Lemgo,**

wie bereits im Rahmen der Sitzungen des Projektlenkungsausschusses angekündigt, steht mit dem nahen Ende der Modellphase des Projektes (31.12.2001) dessen Evaluation unmittelbar bevor. Die Erfolgsbewertung durch die wissenschaftliche Begleitung erfolgt in zwei Stufen: 1. durch eine **schriftliche Befragung** aller Mitglieder des Projektlenkungsausschusses sowie 2. eine daran anknüpfende, moderierte **Gruppendiskussion**. Die Ergebnisse der im ersten Schritt durchgeführten schriftlichen Befragung dienen u.a. zur Vorbereitung der Gruppendiskussion. Zentrale Ergebnisse der schriftlichen Befragung werden im Rahmen der Gruppendiskussion präsentiert und vertiefend diskutiert.

Heute wenden wir uns an Sie mit der Bitte, den **nachfolgenden Fragebogen** für die erste Stufe der Evaluation auszufüllen und bis zum **12.10.2001** an die nachfolgend genannte Anschrift zurückzusenden:

Frau  
Uta Walter  
Universität Bielefeld  
Fakultät f. Gesundheitswissenschaften  
Postfach 100 131

**33501 Bielefeld**

Bitte füllen sie den Fragebogen vollständig aus, auch wenn Ihnen einzelne Fragen unständig oder überflüssig erscheinen.

Ihre Angaben werden strengvertraulich und entsprechend den **gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes** behandelt. Die Fragebögen gehen uns in ungeöffneten Umschlägen zur Datenerfassung und -auswertung zu. Die Daten werden von uns

- ▶ in anonymisierter Form gespeichert und
- ▶ per EDV ausgewertet.

Die Datensätze sind für den Modellbetrieb oder einzelne Personen aus dem Projektlenkungsausschuss **nicht zugänglich**. Auch werden in der Gruppendiskussion keine Ergebnisse von einzelnen Personen oder Funktionsträgern vorgestellt.

Sollten Sie Fragen zum Fragebogen selbst oder zum Ausfüllen haben, stehen wir Ihnen gerne unter der voran genannten Anschrift oder unter der **Telefon-Nr. 0521-106-4362** zur Verfügung.

Für Ihre Mitarbeit und Unterstützung bedanken uns schon heute recht herzlich.

**Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- ▶ Beantworten Sie möglichst alle Fragen; geschätzte Angaben sind besser als keine. In einigen Fällen haben wir eine gesonderte Möglichkeit zum Ankreuzen vorgesehen, falls es Ihnen nicht möglich scheint, eine Einschätzung vorzunehmen.
- ▶ Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig.
- ▶ Bitte kreuzen Sie in einer Zeile nur ein Kästchen an. **Vermeiden Sie es bitte, Ihr Kreuz zwischen zwei Kästchen zu setzen**, da diese Fälle von uns nicht ausgewertet werden können.

**Beispiele:**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für die Wissenschaftliche Begleitforschung

Uta Walter

Eckhard Münch

## I. Eingangsfrage

Was ist Ihre *Funktion/Ihr Status* im betrieblichen Projektlenkungsausschuss?

(Beispiel: Projektleitung, Vertreter der Krankenkasse/Berufsgenossenschaft, Mitarbeiter der Interventionseinheit etc.).

---

Anmerkung: Für den Fall, dass Sie im Projekt eine Doppelfunktion einnehmen, bitte die Hauptfunktion angeben.

---

## II. Fragen zur überregionalen Projektanlage und -struktur

1. Wenn Sie einmal die gesamte überregionale Projektstruktur (überregionaler Projektlenkungsausschuss (PLA), Moderatorentreffen, Teilprojekte) betrachten, welchen *Einfluss* haben diese Gremien auf die *betriebliche Projektarbeit* im Modellbetrieb „Klinikum Lippe-Lemgo“ genommen?

	kann ich nicht be- urteilen	sehr großen Einfluss	eher großen Einfluss	eher geringen Einfluss	sehr geringen Einfluss
- überregionaler Projektlenkungsausschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Moderatorentreffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Teilprojekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie zufrieden sind Sie, rückblickend betrachtet, mit der *Unterstützung der betrieblichen Projektarbeit* durch ...

	sehr zufrieden	eher zufrieden	teils/ teils	eher un- zufrieden	sehr un- zufrieden
... den Projektträger ÖTV?	<input type="checkbox"/>				
... die ÖTV-Projektleitung?	<input type="checkbox"/>				
... den überregionalen Projektlenkungsausschuss?	<input type="checkbox"/>				
... die Wissenschaftliche Begleitforschung (Uni Bielefeld)?	<input type="checkbox"/>				

3. Zwischen der ÖTV und dem Modellbetrieb wurden Rahmenregelungen für die Projektumsetzung festgelegt. Wie **förderlich oder hemmend** haben sich die folgenden **Regelungen** aus Ihrer Sicht auf die **betriebliche Projektarbeit** ausgewirkt?

	sehr förderlich	eher förderlich	teils/ teils	eher hemmend	sehr hemmend
- Schriftliche Vereinbarungen (z.B. Betriebsvereinbarung, Projektauftrag, Moderatoren-Vertrag)	<input type="checkbox"/>				
- Einrichtung eines betrieblichen PLAs	<input type="checkbox"/>				
- Zusammensetzung des betrieblichen PLAs	<input type="checkbox"/>				
- Einsatz einer externen Prozessbegleitung/Moderation	<input type="checkbox"/>				
- Einsatz von Qualitäts-/Gesundheitszirkeln	<input type="checkbox"/>				

### III. Fragen zur Projektumsetzung auf betrieblicher Ebene

1. Im folgenden finden Sie eine Reihe von **Faktoren**, die den **Projekterfolg positiv oder negativ beeinflussen** können. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	teils/ teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
- Die Definition von Projektzielen war genügend präzise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Der zeitliche Rahmen (von Frühjahr 1999 bis Ende 2001) für das Projekt war passend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die finanziellen Ressourcen (Budget) waren angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die Unterstützung und das Entscheidungsverhalten der Geschäftsführung waren förderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die Unterstützung durch den Betriebsrat war förderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die <i>ehemalige</i> Projektleitung hat ihre Funktion kompetent wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die <i>derzeitige</i> Projektleitung hat ihre Funktion kompetent wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die Beteiligungsmöglichkeiten für die Beschäftigten der Neurologie des Klinikums Lippe-Lemgo waren hinreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die <i>interne</i> Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt war hinreichend und gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die <i>externe</i> Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt war hinreichend und gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zu **konkreten Arbeitsschritten** im Projekt zustimmen?

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	teils/ teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
- Die Mitarbeiterbefragung zu Beginn des Projektes war erforderlich für die Identifizierung von Problembereichen und Handlungsbedarfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Das eingesetzte Instrument (Fragebogen) war für die Ist-Analyse geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die Auswahl der Maßnahmen und Instrumente für die Intervention war problemorientiert und angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die eingesetzten Qualitätszirkel haben sich als Interventionsinstrument bewährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die Ergebnisse der Qualitätszirkel waren problemorientiert und haben zu Verbesserungen der Arbeitssituation geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Was hat sich aus Ihrer Sicht bei der **Projektumsetzung** a) als besonders **förderlich** und b) als besonders **hemmend** erwiesen?

a) besonders förderlich

---



---



---

b) besonders hemmend

---



---



---

#### IV. Fragen zur Arbeitsweise des betrieblichen Projektlenkungsausschusses (PLA)

1. Wie zufrieden waren Sie mit der *Sitzungshäufigkeit*?

viel zu häufig	zu häufig	genau richtig	zu selten	viel zu selten
<input type="checkbox"/>				

2. Wie zufrieden waren Sie mit dem *zeitlichen Abstand* zwischen den Sitzungen?

viel zu kurz	zu kurz	genau richtig	zu lang	viel zu lang
<input type="checkbox"/>				

3. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der *Dauer* der Sitzungen?

viel zu kurz	zu kurz	genau richtig	zu lang	viel zu lang
<input type="checkbox"/>				

4. Wie bewerten Sie die *Zusammensetzung* des PLAs  
(z.B. bezogen auf die Wichtigkeit/Bedeutsamkeit und die Anzahl der TeilnehmerInnen)?

sehr gut	eher gut	teils/ teils	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>				

5. Wie bewerten Sie den *Entscheidungsspielraum* des PLAs?

viel zu groß	eher zu groß	genau richtig	eher zu gering	viel zu gering
<input type="checkbox"/>				

6. Wie bewerten Sie die *Kommunikation und Kooperation* zwischen den beteiligten Akteuren?

sehr gut	eher gut	teils/ teils	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>				

7. In welchem Umfang wurden *Spannungen und Konflikte* im Rahmen der Sitzungen konstruktiv gelöst?

in sehr hohem Maße	in eher hohem Maße	teils/ teils	in eher geringem Maße	in sehr geringem Maße
<input type="checkbox"/>				

8. Wie bewerten Sie insgesamt die Möglichkeiten, **sich selbst** in den Sitzungen **einzubringen**?

sehr gut	eher gut	teils/ teils	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>				

9. In welchem Umfang wurden **Ihre Anliegen/Themen** während der Sitzungen berücksichtigt?

in sehr hohem Maße	in eher hohem Maße	teils/ teils	in eher geringem Maße	in sehr geringem Maße
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. In welchem Umfang war die **Arbeit** des betrieblichen Projektlenkungsausschusses **zielgerichtet und effizient**.

in sehr hohem Maße	in eher hohem Maße	teils/ teils	in eher geringem Maße	in sehr geringem Maße
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.a Wie bewerten Sie die Rollen- und Aufgabenwahrnehmung der **ehemaligen betrieblichen Projektleitung** während der Sitzungen?

sehr gut	eher gut	teils/ teils	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>				

11.b Wie bewerten Sie die Rollen- und Aufgabenwahrnehmung der **derzeitigen betrieblichen Projektleitung** während der Sitzungen?

sehr gut	eher gut	teils/ teils	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>				

12. Wie bewerten Sie die Rollen- und Aufgabenwahrnehmung der **externen Moderation** während der Sitzungen?

sehr gut	eher gut	teils/ teils	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>				

13. Wie bewerten Sie die Rollen- und Aufgabenwahrnehmung der **Wissenschaftlichen Begleitforschung** während der Sitzungen?

sehr gut	eher gut	teils/ teils	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>				

14. Wie bewerten Sie die Qualität (i.S. von Verwertbarkeit) der *Sitzungsprotokolle*?

sehr gut	eher gut	teils/ teils	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>				

## V. Fragen zur Zielerreichung im Projekt

### 1. Zielerreichung bezogen auf die Einführung und dauerhafte Verankerung von Betrieblicher Gesundheitsförderung im Unternehmen

1.1 In welchem Umfang ist es aus Ihrer Sicht gelungen, *über die Modellphase hinaus* die Voraussetzungen zu schaffen für:

	kann ich nicht be- urteilen	voll und ganz ge- lungen	eher ge- lungen	eher nicht ge- lungen	überhaupt nicht ge- lungen
- die Wahrnehmung von Betrieblicher Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe?					
- Geschäftsführung KLG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Betriebsleitung KLL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Betriebsrat KLL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chefarzt der Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die kontinuierliche Beteiligung der betroffenen Mitarbeiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Benennung eindeutiger personeller Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für Betriebliche Gesundheitsförderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Bereitstellung ausreichender Ressourcen (festes Budget, Räumlichkeiten etc.) für Betriebliche Gesundheitsförderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Integration von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Fort- und Weiterbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Einbindung der (internen) Gesundheitsexperten (z.B. Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit externen Akteuren (z.B. Krankenkasse, Berufsgenossenschaft)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Verknüpfung von Betrieblicher Gesundheitsförderung mit vorhandenen Managementansätzen und Führungsinstrumenten (z.B. QM, Zielvereinbarungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 In welchem Umfang ist es aus Ihrer Sicht gelungen, **über die Modellphase hinaus** die Voraussetzungen zu schaffen für eine regelmäßige Durchführung der folgenden vier Kernprozesse:

	kann ich nicht beurteilen	voll und ganz gelungen	eher gelungen	eher nicht gelungen	überhaupt nicht gelungen
- Diagnostik (Ist-Analyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Maßnahmenplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Intervention (Durchführung und Steuerung der Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Evaluation (Erfolgsbewertung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Zielerreichung hinsichtlich eingetretener Effekte/Veränderungen

2.1 Im folgenden sind einige Aspekte aufgeführt, die sich aufgrund des Projektes in der Klinik für Neurologie des Klinikums Lippe-Lemgo hinsichtlich der **Unternehmenskultur und des Führungsverhaltens** geändert haben könnten. Bitte schildern Sie Ihren Eindruck, ob und in welcher Weise sich aus Ihrer Sicht Veränderungen ergeben haben bezogen auf:

	kann ich nicht beurteilen	hat sich sehr verbessert	hat sich etwas verbessert	ist unverändert	hat sich etwas verschlechtert	hat sich sehr verschlechtert
<b>die Unternehmenskultur</b>						
- den Umgang mit neuen Ideen/Ansätzen /Verfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Beteiligung/Einbindung von Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den Informationsfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den Umgang mit Spannungen und Konflikten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>das Führungsverhalten/den Führungsstil</b>						
- das Informationsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- das Konfliktverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- das Vorbildverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>die Bereitschaft zu einer aktiven Unterstützung von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung seitens:</b>						
- der Führungskräfte:						
- Betriebsleitung KLL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chefarzt der Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- der Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- der Gesundheitsexperten (z.B. Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2a Im folgenden sind einige Aspekte aufgeführt, die sich aufgrund des Projektes in der Klinik für Neurologie des Klinikums Lippe-Lemgo hinsichtlich der **Arbeitsituation** geändert haben könnten. Bitte schildern Sie zunächst Ihren Eindruck, inwieweit sich aus Ihrer Sicht im Bereich der **Pflege** Veränderungen ergeben haben bezogen auf:

	kann ich nicht beurteilen	hat sich sehr verbessert	hat sich etwas verbessert	ist unverändert	hat sich etwas verschlechtert	hat sich sehr verschlechtert
- die Arbeitsorganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Arbeitsabläufe (Prozesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den Umgangston	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation innerhalb des Pflegedienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Zusammenarbeit innerhalb des Pflegedienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den Umgang mit Spannungen und Konflikten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation zwischen Pflegedienst und Ärztlichem Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation zwischen Pflegedienst und Funktionsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und Ärztlichem Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und Funktionsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und Pflegedienstleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2b Bitte schildern Sie uns auch Ihren Eindruck, inwieweit sich aus Ihrer Sicht Veränderungen hinsichtlich der **Arbeitsituation** im Bereich des **Ärztlichen Dienstes** ergeben haben bezogen auf:

	kann ich nicht beurteilen	hat sich sehr verbessert	hat sich etwas verbessert	ist unverändert	hat sich etwas verschlechtert	hat sich sehr verschlechtert
- die Arbeitsorganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Arbeitsabläufe (Prozesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den Umgangston	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation innerhalb des Ärztlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Zusammenarbeit innerhalb des Ärztlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den Umgang mit Spannungen und Konflikten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation zwischen Ärztlichem Dienst und Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation zwischen Ärztlichem Dienst und Funktionsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	kann ich nicht beurteilen	hat sich sehr verbessert	hat sich etwas verbessert	ist unverändert	hat sich etwas verschlechtert	hat sich sehr verschlechtert
- die Zusammenarbeit zwischen Ärztlichem Dienst und Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Zusammenarbeit zwischen Ärztlichem Dienst und Funktionsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Ärztlichem Dienst und dem leitenden Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2c Bitte schildern Sie uns auch noch Ihren Eindruck, inwieweit sich aus Ihrer Sicht Veränderungen hinsichtlich der **Arbeitssituation** im Bereich des **Funktionsdienstes** ergeben haben bezogen auf:

	kann ich nicht beurteilen	hat sich sehr verbessert	hat sich etwas verbessert	ist unverändert	hat sich etwas verschlechtert	hat sich sehr verschlechtert
- die Arbeitsorganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Arbeitsabläufe (Prozesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den Umgangston	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation innerhalb des Funktionsdienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Zusammenarbeit innerhalb des Funktionsdienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den Umgang mit Spannungen und Konflikten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation zwischen Funktionsdienst und Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation zwischen Funktionsdienst und Ärztlichem Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Zusammenarbeit zwischen Funktionsdienst und Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Zusammenarbeit zwischen Funktionsdienst und Ärztlichem Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Kommunikation u. Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern u. Leitung des Funktionsdienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3a Im folgenden sind einige Aspekte aufgeführt, die sich aufgrund des Projektes bei den **Beschäftigten** im Bereich der **Pflege** geändert haben könnten. Bitte schildern Sie Ihren Eindruck, inwieweit sich aus Ihrer Sicht Veränderungen ergeben haben bezogen auf:

	kann ich nicht beurteilen	hat sich sehr verbessert	hat sich etwas verbessert	ist unverändert	hat sich etwas verschlechtert	hat sich sehr verschlechtert
- das körperliche Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- das psychosoziale Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Arbeitszufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	kann ich nicht beurteilen	hat stark abgenommen	hat etwas abgenommen	ist unverändert	ist etwas angestiegen	ist stark angestiegen
- die Fluktuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kann ich nicht beurteilen	haben stark abgenommen	haben etwas abgenommen	sind unverändert	sind etwas angestiegen	sind stark angestiegen
- die Fehlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3b Im folgenden sind einige Aspekte aufgeführt, die sich aufgrund des Projektes bei den **Beschäftigten** im Bereich des **Ärztlichen Dienstes** geändert haben könnten. Bitte schildern Sie Ihren Eindruck, inwieweit sich aus Ihrer Sicht Veränderungen ergeben haben bezogen auf:

	kann ich nicht beurteilen	hat sich sehr verbessert	hat sich etwas verbessert	ist unverändert	hat sich etwas verschlechtert	hat sich sehr verschlechtert
- das körperliche Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- das psychosoziale Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Arbeitszufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kann ich nicht beurteilen	hat stark abgenommen	hat etwas abgenommen	ist unverändert	ist etwas angestiegen	ist stark angestiegen
- die Fluktuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kann ich nicht beurteilen	haben stark abgenommen	haben etwas abgenommen	sind unverändert	sind etwas angestiegen	sind stark angestiegen
- die Fehlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3c Im folgenden sind einige Aspekte aufgeführt, die sich aufgrund des Projektes bei den **Beschäftigten** im Bereich des **Funktionsdienstes** geändert haben könnten. Bitte schildern Sie Ihren Eindruck, inwieweit sich aus Ihrer Sicht Veränderungen ergeben haben bezogen auf:

	kann ich nicht beurteilen	hat sich sehr verbessert	hat sich etwas verbessert	ist unverändert	hat sich etwas verschlechtert	hat sich sehr verschlechtert
- das körperliche Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- das psychosoziale Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Arbeitszufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	kann ich nicht be- urteilen	hat stark ab- genommen	hat etwas ab- genommen	ist unver- ändert	ist etwas an- gestiegen	ist stark an- gestiegen
- die Fluktuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kann ich nicht be- urteilen	haben stark ab- genommen	haben etwas ab- genommen	sind unver- ändert	sind etwas an- gestiegen	sind stark an- gestiegen
- die Fehlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VI. Gesamtbewertung und Empfehlungen für die weitere Arbeit

1. Wenn Sie alle Aspekte berücksichtigen, die hierbei eine Rolle spielen, wie bewerten Sie den **Erfolg des Projektes** insgesamt?

sehr hoch	eher hoch	eher gering	sehr gering
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Was sollte das Unternehmen aus Ihrer Sicht bei der **zukünftigen Arbeit** im Themenfeld Betriebliche Gesundheitsförderung

- a) auf jeden Fall beibehalten?  
b) optimieren?  
c) grundsätzlich verändern?

---



---



---



---



---

3. Was ich sonst noch sagen wollte (Ihre Anmerkungen/Ergänzungen/Kritik):

---



---



---



---



---

# Fragen zur Arbeitszeit

A1

**In welchem Schichtsystem arbeiten Sie üblicherweise?**

1. Nur Tagesdienst.
2. Nur Frühdienst.
3. Nur Spätdienst.
4. Nur Nachtwache.
5. Dreischichtsystem.

Anderes Arbeitssystem (Bezeichnung): \_\_\_\_\_

A2

**Wenn Sie im Wechseldienst arbeiten, wie oft wechseln Sie die Schicht im Monat ?**

1. Trifft auf meinen Arbeitsplatz nicht zu.
2. Wechsel 7-tägig bis 14-tägig.
3. Wechsel einmal pro Woche.
4. Wechsel mehr als einmal pro Woche.
5. Täglicher Wechsel.

A3

**Können Sie auf die Dienstplangestaltung Einfluß nehmen?**

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. regelmäßig            | 2. eher selten           | 3. nie                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**A4**

**Welche der folgenden Möglichkeiten zum Tausch von Schichten haben Sie in der Regel?**

1. Trifft auf meinen Arbeitsplatz nicht zu.
2. Keine Tauschmöglichkeit.
3. Nur in Ausnahmesituationen.
4. Auf schriftlichen Antrag.
5. Nach Rückfrage und Genehmigung durch Vorgesetzte.
6. In Absprache mit Kollegen.

**A5**

**Wie oft im Monat haben Sie durchschnittlich das gesamte Wochenende dienstfrei? Erklärung: Als gesamtes Wochenende gilt die ununterbrochene, dienstfreie Zeit von Freitag (Dienstscluß vor 24 Uhr) bis Montag (Dienst-anfang nach 5 Uhr)**

1. So gut wie jedes Wochenende.
2. Dreimal in vier Wochen.
3. Zweimal in vier Wochen.
4. Einmal in vier Wochen.
5. So gut wie kein Wochenende.

**A6**

**Wieviel bezahlte und unbezahlte Überstunden leisten Sie durchschnittlich im Monat? (Bitte geben Sie die Anzahl der Stunden an)**

1. Bezahlte Überstunden ..... Stunden
2. Unbezahlte Überstunden .....Stunden  
(nicht in Freizeit ausgleichbar)
3. Ausgleichbare Überstunden .....Stunden

**A7****Wann leisten Sie in der Regel Überstunden?**

	Trifft nicht zu	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie
1. An Wochentagen.	<input type="checkbox"/>					
2. Am Wochenende.	<input type="checkbox"/>					
3. Am Abend bis 22 Uhr.	<input type="checkbox"/>					
4. In der Nacht von 22 bis 6 Uhr.	<input type="checkbox"/>					

**A8****Im folgenden finden Sie einige allgemeine Aussagen dazu, warum Überstunden anfallen. Sagen Sie uns bitte, inwieweit diese Ihrer Ansicht nach zutreffen**

	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
1. Bei uns fallen häufig Kollegen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Angeordnete Überstunden sind eigentlich nicht immer notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Andere Berufsgruppen nehmen in ihrer Arbeitsorganisation zu wenig Rücksicht auf unsere Arbeitszeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Innerhalb der Berufsgruppen wird zu wenig Rücksicht auf Arbeitszeiten genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Während der normalen Arbeitszeit kommt man häufig nicht dazu, bestimmte Tätigkeiten ungestört zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A9****Wieviele Bereitschaftsdienste leisten Sie durchschnittlich im Monat? (Bitte tragen Sie die Anzahl der Dienste ein)**

- Anzahl der Bereitschaftsdienste \_\_\_\_\_
- Anzahl der Rufbereitschaftsdienste \_\_\_\_\_

# Fragen zum Arbeitsumfeld

**B1**

**Inwieweit treffen die folgenden aufgelisteten Probleme auf Sie zu und belasten Sie?**

	Trifft		Trifft zu und belastet mich			
	nicht zu	kaum	etwas	mäßig	eher stark	stark
1. Meine Arbeit ist durch beengte Verhältnisse in den Krankenzimmern geprägt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wir haben für Schwerkranke und schwierige Patienten nicht genug Einzelzimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mir fehlt ein ruhiger Raum, in dem wir Kollegen ungestört miteinander sprechen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Unsere Arbeit ist dadurch beeinträchtigt, daß die Patienten keinen Aufenthaltsraum haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B2**

**Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bedingungen in Ihrem Arbeitsumfeld und an Ihrem persönlichen Arbeitsplatz?**

	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	ganz u. gar unzufrieden
1. Mit der natürlichen und/oder künstlichen Belichtung an Ihrem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mit den raumklimatischen Bedingungen am Arbeitsplatz (Zugluft, Temperatur, Staub)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mit der Gestaltung der Möbel am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mit Maßnahmen der Schalldämmung in Ihrem Arbeitsbereich? (Lärmbelastung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mit den räumlichen Bedingungen am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mit den krankenhaushinteren Kommunikationssystemen (Telefon, Rufgeräte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mit dem Orientierungssystem (Wegweisung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mit den krankenhaushinteren Transportsystemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mit der Materialbeschaffenheit hinsichtlich Reinigung und Desinfektion in Ihrem Arbeitsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B3**

**Wie hoch schätzen Sie Ihre persönliche Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz durch die folgenden Faktoren ein?**

	sehr gering	eher gering	eher hoch	sehr hoch
1. Durch allergene Stoffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durch kanzerogene Stoffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durch gen- und fruchtschädigende Substanzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durch Kontakt mit infektiösem Material.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durch rauchende Kollegen/Vorgesetzte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Durch rauchende Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragen zur Arbeitstätigkeit

**C1**

**Bei den folgenden Fragen zu bestimmten Merkmalen Ihrer beruflichen Tätigkeit geben Sie bitte an, in welchem Ausmaß diese Merkmale auf Sie zutreffen.**

	in hohem Maße					überhaupt nicht	
	7	6	5	4	3	2	1
1. Haben Sie Einfluß darauf, welche Arbeit Ihnen zugeteilt wird?	<input type="checkbox"/>						
2. Können Sie die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst festlegen?	<input type="checkbox"/>						
3. Bietet Ihre Arbeit Ihnen die Möglichkeit zu eigenen Entscheidungen?	<input type="checkbox"/>						
4. Können Sie selber bestimmen, auf welche Art und Weise Sie Ihre Arbeit erledigen?	<input type="checkbox"/>						
5. Können Sie Ihre Arbeit selbständig planen und einteilen?	<input type="checkbox"/>						

**C2**

**Wie häufig treten bei Ihnen folgende Anforderungen auf?**

	sehr häufig	eher häufig	selten	so gut wie nie
1. Müssen Sie bei Ihrer Tätigkeit Informationen und Werte im Kopf behalten, die man sich schwer merken kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie häufig stehen Sie unter Zeitdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie häufig müssen Sie sich bei Ihrer Tätigkeit stark konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verlangt Ihre Tätigkeit schnelle Reaktionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft kommt es vor, daß Sie sich längere Zeit konzentrieren müssen, ohne daß etwas passiert, und dann müssen Sie schnell reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft kommt es vor, daß Sie eine begonnene Arbeit unterbrechen müssen, weil Sie z.B. aktuell bei einer anderen Tätigkeit benötigt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C3**

**Einige weitere Fragen zu den Anforderungen bei Ihrer Arbeit. In welchem Maße....**

	in hohem Maße	7	6	5	4	3	2	überhaupt nicht	1
1. können Sie bei Ihrer jetzigen Arbeit Ihr Wissen und Können voll einsetzen?	<input type="checkbox"/>								
2. Inwieweit erhalten Sie spezielle Aufgaben, die ungewöhnlich und besonders schwierig sind.?	<input type="checkbox"/>								
3. Wenn Sie Ihre Tätigkeit insgesamt betrachten – werden von Ihnen hohe Qualifikationen verlangt?	<input type="checkbox"/>								
4. Müssen Sie bei Ihrer Arbeit viel Neues dazulernen (z.B. neue Verfahren und Techniken)	<input type="checkbox"/>								

**C4**

**Wenn Sie an die gegenseitige Unterstützung bei der Arbeit denken, wie sind Ihre Erfahrungen?**

	sehr häufig	häufig	selten	so gut wie nie
1. Können andere Ihnen bei Ihrer Arbeitsaufgabe helfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wird Ihnen geholfen, wenn Sie Probleme mit der Arbeit haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Können Sie Anteile Ihrer Arbeit an andere Personen delegieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C5**

**Wie häufig nehmen Sie an folgenden Aktivitäten teil?**

	wird nicht angeboten	sehr häufig	häufig	selten	so gut wie nie
1. Supervision.	<input type="checkbox"/>				
2. Team-/Gruppen-/Abteilungsbesprechungen.	<input type="checkbox"/>				
3. Externe Fortbildung.	<input type="checkbox"/>				
4. Krankenhausinterne Fortbildung.	<input type="checkbox"/>				
5. Treffen meiner Pflegegruppe/Abteilung. (außerhalb der Dienstzeit)	<input type="checkbox"/>				
6. Treffen meiner Berufsgruppe. (außerhalb der Dienstzeit)	<input type="checkbox"/>				

**C6**

**Bei meiner Arbeit.....**

	sehr häufig	häufig	selten	so gut wie nie
1. fehlen mir, um sie gut zu machen, ausreichende Informationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. werde ich durch unklare Zuständigkeiten behindert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. wollen mehrere Leute gleichzeitig etwas von mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. müßte ich mich zerreißen, wollte ich es allen recht machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. erhalte ich von Vorgesetzten widersprüchliche Anweisungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C7****Bei meiner Arbeit ist mir persönlich wichtig.....**

	sehr häufig	häufig	selten	so gut wie nie
1. die reibungslose Zusammenarbeit mit den Kollegen/im Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. den Patienten geholfen zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. die Anerkennung meiner Tätigkeit in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. das Gefühl, auch mal schwierige Situationen zu beherrschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ein innerer Stolz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. das Gefühl, im eigenen Arbeitsbereich ein Experte zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. eine positive Rückmeldung durch die Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. eine positive Rückmeldung durch meine Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. eine positive Rückmeldung durch das ärztliche Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. eine positive Rückmeldung durch andere Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. eine positive Rückmeldung durch die Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C8****Bei meiner Arbeitsaufgabe.....**

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
übersieht man recht gut, wie die Ergebnisse sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiß man genau, was man eigentlich tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiß man genau, was die anderen Mitarbeiter und Kollegen tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist man gut darüber informiert, was in anderen Abteilungen/ Pflegegruppe getan wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C9

**Sie finden im folgenden eine Liste mit Belastungssituationen, wie sie in Ihrem Stationsalltag vorkommen könnten. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht.**

**(Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen. Wenn nein, machen sie ein Kreuz bei „trifft nicht zu“.)**

	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich						
		kaum.....	1	2	3	4	5	sehr stark
1. Mit manchen Patienten ist die sprachliche Verständigung schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe mit Patienten zu tun, die völlig verschlossen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Manche Patienten klammern sich sehr stark an mich an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es kommt vor, daß Patienten mit vorwurfsvoll gegenüberreten, weil die Therapie keinen rechten Erfolg zeigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich muß zuweilen mit Patienten zurechtkommen, die aggressiv sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es gibt Patienten, die alles überprüfen möchten, was ich tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe mit Patienten zu tun, die von sich aus zu wenig zur Behandlung beitragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Manche Angehörige trauen es uns einfach nicht zu, den Patienten optimal zu versorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es kommt vor, daß unsere Arbeit durch zu häufige Besuche von Angehörigen behindert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich sehe zuweilen, daß Kollegen wenig einfühlsam mit schwerkranken Patienten umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Im Kreise meiner Kollegen ist es nicht üblich, über persönliche Gefühle zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich habe wenig Freiraum, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Manche Patienten erfahren zu wenig Unterstützung von ihren Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe zuweilen mit Patienten zu tun, die mich an mir nahestehende Personen erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich verbringe zuviel Zeit mit Büroarbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich fühle mich zuweilen unterfordert durch Tätigkeiten, die nicht meiner Ausbildung entsprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C9****Fortsetzung.....**

	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich				
		kaum..... 1	2	3	4	sehr stark 5
17. Ich habe zuwenig Zeit, auf die persönlichen Probleme einzelner Patienten einzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es kommt immer wieder vor, daß ich aus dem Gespräch mit einem Patienten herausgerissen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bei uns klingelt zu oft das Telefon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Meine Vorschläge zur Pflege einzelner Patienten werden zuwenig berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Aus meiner Sicht kümmern sich einige Mitglieder anderer Berufsgruppen zuwenig um die Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Manchmal kritisieren mich Mitglieder anderer Berufsgruppen in Gegenwart eines Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich muß immer wieder Tätigkeiten übernehmen, bei denen ich mich frage, ob sie eigentlich in meinen Zuständigkeitsbereich fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Bei manchen Patienten erscheint mir der Einsatz bestimmter diagnostischer Maßnahmen nicht sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C10****Inwieweit treffen die im folgenden aufgelisteten Probleme auf Sie zu und belasten Sie?**

	trifft nicht zu 1	trifft zu und belastet mich				
		kaum 2	etwas 3	mäßig 4	eher stark 5	stark 6
1. Der Kontakt zu meinen Freunden und Bekannten leidet immer wieder unter meinen unregelmäßigen Dienstzeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zeitweilig bin ich in meine Arbeit so eingespannt, daß ich mich meiner Familie/ meinen Freunden nicht genug widmen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Manche Krise mit meiner Familie/meinen Freunden ist auf meine Arbeitssituation zurückzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Fragen zum Technikeinsatz

D1

**In welchem Umfang können Sie die Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes mitbestimmen, wenn es um die Anschaffung von Arbeitsmitteln, wie Kleinmaterial usw. geht?**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Trifft für meinen Arbeitsplatz nicht zu.                    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich kann allein oder mit anderen Kollegen selbst bestimmen. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich kann Vorschläge machen und mitbestimmen.                | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich werde informiert, aber kann nicht mitbestimmen.         | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich werde vor vollendete Tatsachen gestellt.                | <input type="checkbox"/> |

# Fragen zur Arbeitssituation

E1

**Bei den folgenden Fragen zu Ihrer Arbeitssituation geben Sie bitte an, inwieweit diese auf Sie zutreffen. In welchem Maße....**

	in hohem Maße	7	6	5	4	3	2	über- haupt nicht	1
- fühlen Sie sich dem Krankenhaus verbunden?	<input type="checkbox"/>								
- kommt Ihre Stelle und die damit verbundenen Aufgaben Ihrem professionellen Selbstverständnis entgegen?	<input type="checkbox"/>								
- sind Sie über alles, was in Ihrer Abteilung vorgeht, informiert?	<input type="checkbox"/>								
- spielt Verantwortungsbewußtsein und Pflichtgefühl gegenüber dem Krankenhaus bei der Aufgabenerfüllung eine Rolle?	<input type="checkbox"/>								
- sind Sie bereit, sich für Ihr Krankenhaus einzusetzen?	<input type="checkbox"/>								
- sind Sie mit Ihrem Aufgabengebiet zufrieden?	<input type="checkbox"/>								

**E2**

**Wie beurteilen Sie den Umgangston an Ihrem Arbeitsplatz?**

sehr gut

gut

normal

weniger gut

schlecht

**E3**

**Wie häufig sind Sie in Ihrem Arbeitsbereich von Spannungen zwischen den Berufsgruppen betroffen ?**

sehr häufig

häufig

selten

so gut wie nie

Wenn Sie nicht von Spannungen am Arbeitsplatz betroffen sind, gehen Sie bitte über zu Frage E 4.

**E3a**

**Wenn Sie von Spannungen am Arbeitsplatz betroffen sind, wie häufig zeigen sich diese**

	ehr häufig	häufig	selten	so gut wie nie
- innerhalb der eigenen Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zwischen der eigenen Gruppe und Laborpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zwischen der eigenen Gruppe und ärztl. Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zwischen der eigenen Gruppe und Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zwischen der eigenen Gruppe und Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zwischen der eigenen Gruppe und Wirtschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zwischen der eigenen Gruppe und Techn. Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zwischen Pflegegruppen und Funktionsdiensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E4**

**Nun einige Fragen zu den Kollegen an Ihrem unmittelbaren Arbeitsplatz. Wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu?**

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
1. wir halten gut zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. bei uns steht keiner außerhalb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. wenn ich könnte, würde ich meinen Arbeitsplatz wechseln, um mit angenehmeren Leuten zusammenzuarbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ich würde manchen Leuten, mit denen ich zusammenarbeiten muß, lieber aus dem Weg gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. wir gehen durch dick und dünn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E5**

**Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Arbeit eine Rolle spielt, (z.B. Tätigkeit, die Arbeitsbedingungen, die Kollegen, die Arbeitszeit usw.) wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrer Arbeit?**

Kreuzen Sie bitte das Kästchen unter dem zutreffenden Gesicht an

sehr unzufrieden



sehr zufrieden

# Fragen zu Verbesserungen am Arbeitsplatz

***Welche Maßnahmen/Veränderungen könnten Ihrer Ansicht nach die Situation an Ihrem Arbeitsplatz verbessern?***

---

---

---

---

---

---

---

# Fragen zum Befinden

**F1**

**Wie war die Stimmung in den letzten Wochen und wie häufig traf folgendes auf Sie zu?**

	sehr häufig	häufig	weniger häufig	so gut wie nie
1. Habe mich gefreut, weil mir etwas ganz besonders gut gelungen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatte das Gefühl, daß mir alles gelingt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Habe mich gefreut, weil meine Leistung anerkannt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlte mich richtig wohl und voller Lebensfreude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Habe mich gelangweilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fühlte mich niedergeschlagen und sehr unglücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. War rastlos und unruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fühle mich sehr einsam und fern von anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. War beunruhigt, weil mich jemand kritisiert hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F2**

**Im folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen nach verschiedenen körperlichen Beschwerden. Geben Sie bitte an, wie Sie sich – auch außerhalb der Arbeit – im letzten halben Jahr gefühlt haben.**

	Nie oder fast nie	Alle paar Monate	Alle paar Wochen	Alle paar Tage	Fast immer
1. Ermüden Sie schnell?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>				
3. Spüren Sie es am ganzen Körper, wenn Sie sich über etwas aufregen?	<input type="checkbox"/>				
4. Spüren Sie bei geringer Anstrengung Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>				
5. Bekommen Sie bei geringer körperlicher Anstrengung Atemnot?	<input type="checkbox"/>				

**F2**

	Nie oder fast nie	Alle paar Monate	Alle paar Wochen	Alle paar Tage	Fast immer
6. Haben Sie einen empfindlichem Magen?	<input type="checkbox"/>				
7. Haben Sie Völlegefühl?	<input type="checkbox"/>				
8. Verspüren Sie Schwindelgefühle?	<input type="checkbox"/>				
9. Haben Sie Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>				
10. Sind Sie nervös?	<input type="checkbox"/>				
11. Haben Sie plötzlich Schweißausbrüche?	<input type="checkbox"/>				
12. Haben Sie Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/>				
13. Haben Sie Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>				
14. Spüren Sie, daß Ihr ganzer Körper sich verkrampft?	<input type="checkbox"/>				
15. Haben Sie Sodbrennen?	<input type="checkbox"/>				
16. Haben Sie Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/>				
17. Haben Sie Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörungen)	<input type="checkbox"/>				
18. Ist Ihnen übel?	<input type="checkbox"/>				
19. Fühlen Sie sich den ganzen Tag über müde und zerschlagen?	<input type="checkbox"/>				
20. Haben Sie Hautprobleme (z.B.Allergien)?	<input type="checkbox"/>				

**F3**

**Als nächstes finden Sie Aussagen über arbeitsbezogene Gefühle und Gedanken. Wie oft erleben Sie die folgenden Gefühle und Gedanken?**

	Nie	Einige Male im Jahr	Einmal im Monat	Einige Male im Monat	Einmal pro Woche	Einige Male pro Woche	täglich
5. Durch meine Arbeit fühle ich mich gefühlsmäßig am Ende.	<input type="checkbox"/>						
6. Am Ende des Arbeitstages fühle ich mich erledigt.	<input type="checkbox"/>						
7. Ich fühle mich schon müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.	<input type="checkbox"/>						
8. Es gelingt mir gut, mich in meine Patienten hineinzusetzen.	<input type="checkbox"/>						



# Fragen zur Führung

G1

*Nachfolgend finden Sie einige Aussagen zum Führungsverhalten Ihrer Vorgesetzten. Unterscheiden Sie dabei bitte zwischen den Ebenen von Vorgesetzten in Ihrer Berufsgruppe: dem direkten Vorgesetzten (Stationsleitung, Oberarzt, Funktionsbereichsleitung) und dem nächsthöheren Vorgesetzten (Pflegedienstleitung, Chefarzt). Sagen Sie uns bitte, inwieweit folgende Aussagen für die jeweiligen Vorgesetzten zutreffen.*

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
1. ich fühle mich persönlich anerkannt -direkte/r Vorgesetzte/r -nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. meine fachliche Leistung wird anerkannt -direkter Vorgesetzter -nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er/Sie ist meist für mich ansprechbar. -direkte/r Vorgesetzte/r -nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich erhalte alle für meine Arbeit notwendigen Informationen. -direkte/r Vorgesetzte/r -nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Er/Sie beteiligt mich an Entscheidungen, die mich betreffen. -direkte/r Vorgesetzte/r -nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Er/Sie fördert/unterstützt meine fachliche Weiterentwicklung. -direkte/r Vorgesetzte/r -nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Probleme/Konflikte werden bei uns offen und ehrlich ausgetragen. -direkte/r Vorgesetzte/r -nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Er/Sie stellt die Beseitigung von Fehlerquellen in den Mittelpunkt und nicht die Suche nach Schuldigen. -direkte/r Vorgesetzte/r -nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Er/Sie fordert und fördert Eigenverantwortlichkeit und schafft dazu die entsprechenden Rahmenbedingungen. -direkte/r Vorgesetzte/r -nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Er/Sie behandelt alle Kollegen/Kolleginnen gleichwertig. -direkte/r Vorgesetzte/r -nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
11. Er/Sie pflegt einen offenen und freundlichen Umgangston				
-direkte/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Er/Sie äußert Kritik in konstruktiver Form				
-direkter Vorgesetzter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Er/Sie äußert auch unangenehme Dinge so, daß ich damit umgehen kann.				
-direkte/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Manchmanl droht er/sie mir oder mach mir Angst.				
-direkte/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Er/Sie gibt mir den Freiraum, den ich für meine Arbeit brauche.				
-direkte/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Er/Sie vertritt mich loyal – nach innen und außen.				
-direkte/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Er/Sie informiert über Gesamtentwicklungen und –zusammenhänge des Unternehmens verständlich und motivierend.				
-direkte/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Er/Sie vermittelt Informationen rechtzeitig und verständlich.				
-direkte/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Er/Sie regt Neues an, stellt Bestehendes in Frage ist innovativ.				
-direkte/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Er/Sie steht für eigene Fehler ein, nimmt Kritik an und lernt daraus.				
-direkte/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Er/Sie lebt glaubhaft vor, was er/sie von mir verlangt.				
-direkte/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nächsthöhere/r Vorgesetzte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Allgemeine Angaben

H1

*In welchem Arbeitsbereich sind Sie tätig?*

- 1. Ärztlicher Dienst
- 2. Pflegedienst
- 3. Funktionsdienst
- 4. Sonstiges

H2

*Welche Stellung haben Sie in Ihrer Einrichtung?*

- 1. Leitungsaufgaben  
(Personalverantwortung)
- 2. Fachpersonal
- 3. Sonstiges

H3

*Welcher Altersgruppe gehören Sie an?*

- 1. 18 bis 30 Jahre
- 2. 30 bis 50 Jahre
- 3. über 50 Jahre

---

BIT e. V. • Unterstraße 51 • 44892 Bochum

Uta Walter  
Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung  
an der Universität Bielefeld e.V. (ZWW)  
Betriebliches Gesundheitsmanagement  
Postfach 100 131

33501 Bielefeld

**BIT e. V.**

Unterstraße 51  
44892 Bochum

Telefon: 0234 92231-0

Telefax: 0234 92231-27

E-Mail: [info@bit-bochum.de](mailto:info@bit-bochum.de)

Internet: [www.bit-bochum.de](http://www.bit-bochum.de)

Sparkasse Bochum BLZ 430 500 01  
Kto. 731 571 6

---

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

Datum

RS/HS

17.04.2007

### Verwendung von Daten

Sehr geehrte Frau Walter,

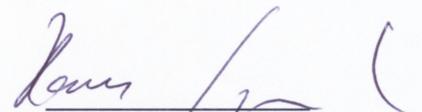
hiermit erteilen wir Ihnen die Berechtigung, die im Rahmen der mit Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union geförderten Machbarkeitsstudie „Manager gesundheitlicher Ressourcen“ (Laufzeit Februar bis Dezember 2002) erhobenen quantitativen Daten neu auszuwerten und in Ihrer Dissertation unter Nennung des Förder- und Kooperationszusammenhangs zu verwenden.

Mit freundlichen Grüßen

**BIT** Berufsforschungs- und Beratungsinstitut  
für interdisziplinäre Technikgestaltung e. V.



(Robert Schleicher)



(Hans Szymanski)

**ECKHARD MÜNCH**

Friedrich-Ebert-Str. 134a  
42117 Wuppertal  
Telefon: 0202-7471051  
Fax 0202-7471052  
muench.eckhard@t-online.de

Wuppertal, 15. April 2007

### **Einverständniserklärung**

Hiermit berechtige ich Frau Uta Walter, die Daten, die im Rahmen des bundesweiten Modellprojektes „Effiziente Organisations- und Führungsformen – ein integratives Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ erhoben wurden, in Ihrer Dissertation zu verwenden.

Ich bestätige, dass die aus der Buchpublikation „Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor“ entnommenen Textteile von Frau Walter eigenständig verfasst wurden.



Eckhard Münch