

# **Führung und Gesundheit**

***Welchen Einfluss nehmen Führungskräfte  
auf die gesundheitsförderlichen  
bzw. gesundheitsbelastenden Arbeitsbedingungen  
der Beschäftigten für sich selbst wahr***

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor of Public Health (DrPH)

an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
der Universität Bielefeld

Vorgelegt von

Mechthild Echterhoff

Erstgutachter: Prof. Dr. Bernhard Badura

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Claudia Hornberg

Bielefeld, Oktober 2011

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier °°ISO 9706

---

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen ganz herzlich danken, die mich bei dieser Arbeit unterstützt haben:

- Herrn Professor Badura für seine geduldige Betreuung und Unterstützung bei der Verfassung dieser Arbeit.
- Meiner Mutter Adelheid Stepputat, die sich sehr gefreut hätte, wenn sie den Abschluss dieser Arbeit noch hätte miterleben dürfen und der ich diese Dissertation widmen möchte.
- Ganz besonders möchte ich mich bei meinem Mann Klemens Echterhoff bedanken, der mich in jeder Hinsicht unterstützt hat.
- Ein ebenfalls ganz besonderes Dankeschön geht an Dr. Urs Peter Ruf, Annegret Birkenhake und Kirstin Grabbe, die mich mit Diskussionen und Rat und Tat immer wieder auf den rechten Weg gebracht haben.
- Ohne die Führungskräfte, die im Rahmen dieser Befragung bereit waren, ihre Zeit einzusetzen und die in den Interviews sehr ehrlich über ihre Sichtweisen gesprochen haben, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen - auch Ihnen möchte ich mein herzliches Dankeschön aussprechen.
- Allen, die mich bei so manchem Anlass aufmunterten und mich zum Weitermachen motivierten, möchte ich ebenfalls meinen herzlichsten Dank aussprechen und bitte um Verständnis, dass ich sie nicht alle aufzählen kann, da es zahlreiche liebenswerte Kollegen und Kolleginnen, Verwandte, Freunde und Bekannte waren, die mir ihren Zuspruch gewährten.

# Inhalt

<b>1 Einleitung</b> .....	7
<b>2. Überblick über den Forschungsstand zum Einfluss von Führung und Führungsverhalten auf die Gesundheit der Beschäftigten</b> .....	11
2.1 Der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Definition von Gesundheit.....	11
2.2 Definition Führung und Führungskraft .....	13
2.2.1 Führungsstile zur Beschreibung und Einordnung von Führung .....	15
2.3. Die Unternehmenskultur als Rahmen für gesundheitsrelevantes Führungsverhalten bzw. Führung und Unternehmenskultur – ein Wechselspiel .....	16
2.3.1 Der Einfluss der Unternehmenskultur auf die Entscheidungen im Unternehmen .....	23
2.3.2 Der Einfluss von Führungskräften auf die psychosozialen Bedingungen im Betrieb .....	27
2.3.2.1 Soziale Unterstützung und andere Ressourcen .....	32
2.3.2.2 Kontrolle von Lebens- und Arbeitsbedingungen als wichtige Ressource .	35
2.3.2.3 Interne und externe Ressourcen.....	36
2.4 Die organisationale Bewältigung (innerer und äußerer) betrieblicher Anforderungen und die psychosozialen Folgen .....	38
2.5. Die Merkmale und Folgen defizitären Führungsverhaltens .....	44
2.6 Die Merkmale gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens .....	47
2.7 Zusammenfassung und Überblick über wichtige Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Beschäftigtengesundheit und Führung belegen.....	53
<b>3 Eine Beschreibung des Führungskräfte-Einflusses, das so genannte Vier-Ebenen-Modell</b> .....	56
3.1 Die Theorie der Selbstwirksamkeit als Basis der Interviewstudie .....	60

3.1.1 Das Konzept der Selbstwirksamkeit als Voraussetzung für Gesundheit im Betrieb.....	60
<b>4 Betriebliche Gesundheitsförderung und die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements</b>	<b>63</b>
4.1 Führungskräfte und die Probleme bei der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	64
4.2 Erfolgskriterien bei der Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung .	67
<b>5 Fragestellung der Studie und zugrunde liegende Annahmen.....</b>	<b>71</b>
5.1 Welchen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten nehmen Führungskräfte wahr?.....	71
<b>6 Methode zur Erfassung der Führungskräfte-sichtweisen – Fragestellung und Umsetzung der Interviewstudie .....</b>	<b>79</b>
6.1 Fragestellungen und Umsetzung der Interviewstudie .....	79
6.2 Auswahl des Verfahrens und der befragten Führungskräfte .....	81
6.3. Die Rolle der Interviewerin .....	84
6.4 Das inhaltsanalytische Verfahren .....	84
<b>7 Ergebnisse der Befragung.....</b>	<b>87</b>
7.1 Wie definieren Führungskräfte Gesundheit und welche Einstellung haben sie gegenüber ihrer eigenen Gesundheit?.....	87
7.2 Welches Selbstverständnis bezogen auf den Führungsstil und die Aufgabe „Führung“ haben die Führungskräfte?.....	91
7.3 Informationsstand der Führungskräfte über den Status Betrieblicher Gesundheitsförderung im Unternehmen.....	96
7.4 Welchen Informations- und Schulungsbedarf sehen die befragten Führungskräfte? .....	100
7.5 Welche Belastungen nehmen die Führungskräfte bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wahr? .....	101
7.6 Wie schätzen die Führungskräfte das Betriebsklima im eigenen Unternehmen ein und welchen Einfluss nehmen die Führungskräfte auf das Betriebsklima wahr? .....	104

7.6.1 Welchen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit und das Betriebsklima schreiben sich die Führungskräfte zu? .....	110
7.6.2 Wie fühlen sich die Führungskräfte mit der Verantwortung für die Beschäftigtengesundheit? .....	116
7.7 Welchen Einfluss nehmen die Führungskräfte auf die Arbeitsplatzbedingungen wahr? .....	118
7.8 Wie weit fühlen sich die Führungskräfte für den Gesundheits- und Arbeitsschutz verantwortlich? .....	122
7.9 Welchen Einfluss sehen die Führungskräfte auf die Schnittstellen Mensch/Mensch, Mensch/Maschine und Mensch/Organisation? .....	127
7.10 Welche Ressourcen sind aus Sicht der Führungskräfte für die Beschäftigtengesundheit wichtig? .....	130
7.11 Welchen Einfluss organisationaler Bedingungen auf die Gesundheit der Beschäftigten nehmen die Führungskräfte wahr? .....	134
7.12 Welche Rolle spielt ein festes Budget für die Umsetzung und den Erfolg von Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz? .....	135
7.13 Wie schätzen die Führungskräfte den Einfluss der Unternehmenskultur auf die Gesundheit der Beschäftigten ein? .....	136
7.14 Welche Rolle schreiben die Führungskräfte den Beschäftigten für das Thema Gesundheit im Betrieb zu? .....	143
7.15 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	145
<b>8 Diskussion</b> .....	<b>155</b>
8.1 Methodendiskussion .....	155
8.2 Die Sichtweisen der Führungskräfte und die Bedeutung der Ergebnisse für den Umgang mit der Thematik Gesundheit im Betrieb .....	158
8.2.1 Die individuelle Sicht der Führungskräfte auf ihre eigene Gesundheit und die möglichen Auswirkungen auf das Führungsverhalten bezogen auf die Gesundheit der Beschäftigten .....	158
8.2.2 Die Wahrnehmung der Belastungssituation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Führungskräfte .....	163
8.2.2.1 Körperliche Belastungen .....	163
8.2.2.2 Psychische Belastungen .....	164

8.2.3 Das Selbstverständnis als Führungskraft und die Bezüge zu gesundheitsförderlichem Führen.....	165
8.2.4 Die Wahrnehmung der Verantwortung für die Arbeitssicherheit und den Unfallschutz .....	167
8.2.5 Die Sichtweisen der befragten Führungskräfte bezogen auf ihren Einfluss auf das Betriebsklima und die Beschäftigtengesundheit .....	169
8.2.6 Das von den Führungskräften wahrgenommene Betriebsklima im eigenen Unternehmen .....	170
8.2.7 Wahrgenommener Einfluss des Betriebserfolgs als Voraussetzung für Gesundheit .....	172
8.2.8 Die Motive der Führungskräfte zur Durchführung Betrieblicher Gesundheitsförderung .....	173
<b>9 Schlussfolgerungen zur Einführung und Erfolgssicherung Betrieblicher Gesundheitsförderung.....</b>	<b>174</b>
9.1 Unternehmenskultur als Basis für die Übernahme von Verantwortung für Gesundheit und Arbeitsschutz .....	174
9.2 Die wichtigen Parameter für den Erfolg Betrieblicher Gesundheitsförderung .....	175
9.3 Qualifizierungsbedarf der Führungskräfte zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz.....	176
9.4 Wichtige Ressourcen für die Betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht der Führungskräfte.....	177
9.5 Die Gleichsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung mit Verhaltensprävention.....	178
9.6 Schlussfolgerungen für einen möglichen Einsatz von Gesundheitsförderern im Betrieb.....	179
9.7 Die Sinnhaftigkeit einer gesetzlichen Verankerung von BGF .....	181
<b>10 Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>183</b>
<b>11 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>185</b>
<b>12 Anhang.....</b>	<b>199</b>

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Die Operationalisierung von Sozialkapital nach Pfaff .....	21
<b>Abbildung 2:</b> Die Beziehung zwischen grundlegenden kollektiven Überzeugungen, Strategie und organisationalen Prozessen .....	25
<b>Abbildung 3:</b> Belastungsarten nach Wirtschaftssektoren: Hohe bzw. sehr hohe Belastung .....	30
<b>Abbildung 4:</b> Psychosoziale Belastungen im Dienstleistungssektor nach Geschlecht: Hohe bzw. sehr hohe Belastung .....	30
<b>Abbildung 5:</b> Psychosoziale Belastung im Industriesektor nach Geschlecht: Hohe bzw. sehr hohe Belastung .....	31
<b>Abbildung 6:</b> Effekte von sozialer Unterstützung auf Wohlergehen und Gesundheit .....	33
<b>Abbildung 7:</b> Das Modell der organisationalen Bewältigung nach Pfaff .....	39
<b>Abbildung 8:</b> Zwei-Faktoren-Theorie nach Herzberg .....	43
<b>Abbildung 9:</b> Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und Belastungsgruppen .....	55
<b>Abbildung 10:</b> Vier-Ebenen-Modell gesundheitlichen Führens .....	56
<b>Abbildung 11:</b> Rahmen und Bereiche der Einflussnahme von Führungskräften auf die Beschäftigten im betrieblichen Kontext in Anlehnung an die Erkenntnisse von Stadler und Spieß .....	58
<b>Abbildung 12:</b> Wirksamkeits- und Ergebniserwartung im Rahmen des Selbstwirksamkeitsmodells .....	60

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Merkmale zur Erfassung von Anforderungen und Kontrolle .....	34
<b>Tabelle 2:</b> Systematisierung von Ressourcen .....	36
<b>Tabelle 3:</b> Wesentliche Merkmale von Führungsstilen aufgeschlüsselt nach den Dimensionen: aufgaben-, mitarbeiter- und mitwirkungsorientiert .....	53
<b>Tabelle 4:</b> Codierungen der befragten Führungskräfte .....	86
<b>Tabelle 5:</b> Einordnung des Führungskräfte selbstverständnisses in das Vier-Ebenen-Modell nach Spieß und Stadler .....	94
<b>Tabelle 6:</b> Führungskräfteaussagen zu Erfahrungen mit Gesundheit im Betrieb .....	99
<b>Tabelle 7:</b> Noten für das Betriebsklima: „Gesamtbetrieb“ und „eigener Bereich“ .....	105
<b>Tabelle 8:</b> Abgleich der Einschätzung eines hohen Führungskräfteeinflusses auf die Gesundheit der Beschäftigten in Relation zum geschätzten Einfluss auf das Betriebsklima und den Einfluss der Unternehmenskultur auf die Gesundheit der Beschäftigten .....	112
<b>Tabelle 9:</b> Schätzung des Prozentualen Einflusses auf die Beschäftigtengesundheit .....	114
<b>Tabelle 10:</b> Die subjektive Wahrnehmung der Führungskräfte über ihren eigenen Einfluss auf die Schnittstellen: Mensch/Mensch, Mensch/Maschine und Mensch/Organisation .....	129
<b>Tabelle 11:</b> Wahrnehmung des Einflusses der Unternehmenskultur auf die Mitarbeitergesundheit im Vergleich zur Einschätzung des prozentualen Einflusses der Führungskraft auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter .....	139
<b>Tabelle 12:</b> Aussagen der Führungskräfte der ersten Führungsebene zum Einfluss auf die Unternehmenskultur im Abgleich mit ihrem geschätzten Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit .....	141

# 1 Einleitung

Der Ansatz dieser Studie ergibt sich u.a. aus den Entwicklungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes der letzten 20 Jahre. Das neue Verständnis der Gesundheitspolitik zugunsten vorbeugender und gesundheitsförderlicher statt nur behandelnder Maßnahmen - eingeleitet durch die Modellentwicklung Antonovskys (Saluto-Genese-Modell) und die Ottawa-Charta (vgl. Antonovsky, 1997; vgl. Ottawa-Charta, 1986) - führte unter anderem auch zu der Auseinandersetzung mit dem Setting Betrieb. Es wurden Präventionskonzepte für Betriebe entwickelt, die über den bis dahin gültigen Arbeitsschutz hinausgehen. Die Einführung und Weiterentwicklung Betrieblicher Gesundheitsförderung zu einem Konzept der Organisationsentwicklung, das gekennzeichnet ist durch die ganzheitliche Betrachtungsweise, den Prozesscharakter und die Beteiligung der Beschäftigten (vgl. Westermayer u.a., 1994) weckte auch ein größeres Interesse für die Rolle der Führungskräfte bezogen auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Bis in die 90er Jahre hinein hat man sich in den meisten Betrieben lediglich um Unfallvermeidung gekümmert. Mittlerweile gibt es aber eine Reihe von Unternehmen (insbesondere größere Unternehmen), die sich mit der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen und die Bedingungen, unter denen gearbeitet wird, in ihre betrieblichen Strategien mit einbeziehen. Mit der Weiterentwicklung des Arbeitsschutzgesetzes (1997) und der Orientierung an den WHO-Richtlinien wurde somit der Fokus auch auf das Wohlfühlen am Arbeitsplatz und damit auf die so genannten weichen Faktoren wie Betriebsklima, Führung, Kommunikation usw. gelenkt.

Um diesen Ansatz erfolgreich umsetzen zu können, ist es erforderlich, sich mit den Führungskräften selbst auseinanderzusetzen. Ihre Einstellung und ihr Verhalten sind förderlich für die Einführung und Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung oder können – je nach hierarchischer Position – diese positiven Entwicklungen erschweren bzw. erst gar nicht zulassen.

Führungskräfte haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten. Diese Aussage ist mittlerweile wissenschaftlich belegt (vgl. Nieder, 2000; Stadler u.a., 2004; Badura u.a., 2008). Einzelne Bereiche - wie z.B. „Der Einfluss von Führung auf

die psychosozialen Bedingungen im Unternehmen“ – sind gut erschlossen, andere – wie z.B. der Bereich „Führung und ergonomische Arbeitsplatzgestaltung“ – sind jedoch weniger gut bearbeitet.

Der Zusammenhang zwischen Führung und Beschäftigtengesundheit stellt sich insgesamt als ein sehr komplexes Geflecht dar, das hier zunächst in seiner Gesamtheit dargestellt werden soll. Dadurch kann ein brauchbarer Überblick über alle relevanten Parameter gewonnen werden, der diesen Zusammenhang verstehen hilft und in seiner Komplexität so umfassend wie möglich darlegt.

Vor allem Spieß und Stadler (2007) haben eine umfassende Beschreibung der Bereiche erarbeitet, innerhalb derer Führungskräfte in einem Unternehmen gesundheitsrelevante Führungsaufgaben wahrnehmen, und diese Beschreibung als „Vier-Ebenen-Modell“ bezeichnet.

Bisher gab es jedoch noch keine Untersuchung, die sich damit befasst hat, wie Führungskräfte selbst ihren Einfluss auf die Gesundheit ihrer Beschäftigten wahrnehmen bzw. beschreiben. In dieser Arbeit soll insbesondere vor dem Hintergrund der von Spieß und Stadler (2003) identifizierten gesundheitsrelevanten Einflussbereiche von Führungskräften die subjektive Sichtweise Führungsverantwortlicher erhoben werden.

Diese Einflussbereiche sind:

1. Der organisationale Bereich (Aufgaben der Ergonomie und Sicherheitstechnik, die Gestaltung der Arbeitsplätze, der Handlungs- und Entscheidungsspielraum in den Arbeitsaufgaben, die Vollständigkeit der Arbeitstätigkeit und die Einbeziehung des Erfahrungswissens von Beschäftigten).
2. Der personelle Bereich (Vermeidung von Über- oder Unterforderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Förderung ihrer Fähigkeiten, Hilfe bei der Karriereplanung) und
3. Der soziale Bereich (Unterstützung durch Vorgesetzte, Unterstützung durch Kollegen) (vgl. Spieß und Stadler, 2003).

Interessant ist hier die Frage, welche Einflussbereiche und -möglichkeiten die Führungskräfte für sich selbst wahrnehmen und wie sich ihre Sichtweisen mit den von Spieß (2007) aufgeführten gesundheitsrelevanten Ebenen der Führung überschneiden.

Führungskräfte sind die Gestalter der betrieblichen Umgebung und sie lösen durch die direkte Auseinandersetzung mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bewusst oder unbewusst positive oder negative Emotionen aus (vgl. Badura u.a., 2003). Eine wesentliche Frage, die in diesem Zusammenhang geklärt werden soll, ist, ob auch Führungskräfte selbst die Wahrnehmung haben, dass sie eine so große Rolle für die Gesundheit ihrer Beschäftigten spielen. Eine entscheidende Voraussetzung für die Wahrnehmung dieses Einflusses ist die Einschätzung der eigenen Handlungswirksamkeit oder auch Selbstwirksamkeit. Auch vor dem Hintergrund der Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1977) soll die Einschätzung der eigenen Rolle bezogen auf die Beschäftigtengesundheit eruiert werden.

Führungskräfte sind häufig selbst sehr belastet. Dies kann als ursächlich für das Verhalten und die Einstellung der Führungskräfte angesehen werden, kann aber möglicherweise auch als Ansatzpunkt dafür genutzt werden, Führungskräfte für die Thematik der Gesundheitsförderung im Sinne "Betroffene zu Beteiligten machen" zu gewinnen.

Bezogen auf die Beschäftigten geht es um deren psychische und physische Gesundheit; aber auch die Zufriedenheit ist ein wichtiger Parameter, der in dieser Arbeit Beachtung finden muss. Führungskräfte spielen mit ihrem Vorbildcharakter eine wichtige Rolle als Modell für das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dennoch soll das gesundheitsförderliche oder gesundheitschädliche Verhalten der Beschäftigten nur bedingt berücksichtigt werden. Wichtiger ist hier die Frage, ob sich die Führungskräfte selbst als Vorbild in Bezug auf gesundheitsförderliches Verhalten wahrnehmen.

Vor dem Hintergrund des erweiterten und ganzheitlichen Verständnisses des Salutogenesemodells von Antonovsky (1997), entlang des so genannten Vier-Ebenen-Modells von Spieß und Stadler (2007) und mit Hilfe der Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1977) werden – im empirischen Teil – die Sichtweisen der Führungskräfte bezogen auf das direkte und indirekte Führungsverhalten analysiert.

Um Führungskräfte erfolgreich für die Betriebliche Gesundheitsförderung gewinnen zu können wird im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie geklärt, wie Führungskräfte

selbst ihren Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit wahrnehmen bzw. ob sie überhaupt eine Verbindung zwischen der Beschäftigtengesundheit und sich selbst herstellen. Das führt zu der Leitfrage der Dissertation:

**Welchen Einfluss (Selbstwirksamkeit) nehmen Führungskräfte auf die gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitsbelastenden Arbeitsbedingungen der Beschäftigten vor dem Hintergrund der von Spieß und Stadler beschriebenen Einflussbereiche (2003) und entlang den Merkmalen des so genannten Vier-Ebenen-Modells (2007) für sich selbst wahr?**

Diese Frage soll aus der Perspektive von Führungskräften verschiedener Hierarchieebenen beleuchtet werden. Ihre Sichtweisen und Einstellungen stehen im Mittelpunkt der Untersuchung. Weitergehendes Ziel dieser Untersuchung ist es, mit Hilfe dieser Erkenntnisse eine Basis für die Entwicklung von Konzepten und Vorgehensweisen zu schaffen, mit deren Hilfe man Führungskräfte von der Notwendigkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements überzeugen kann.

## 2. Überblick über den Forschungsstand zum Einfluss von Führung und Führungsverhalten auf die Gesundheit der Beschäftigten

### 2.1 Der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Definition von Gesundheit

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ - dieses berühmte Zitat von Arthur Schopenhauer (1788–1869) beschreibt, welche Bedeutung der Gesundheit in unserem Leben zukommt. Gesundheit ist ein elementares Gut, und ihr Schutz und ihre Förderung haben in den letzten Jahrzehnten eine neue Bedeutung erfahren. Noch im letzten Jahrhundert wurde Gesundheit und Arbeitsfähigkeit gleichgesetzt mit der Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit (pathogenetische Sichtweise). Durch den 1946 von der World Health Organisation (WHO) formulierten und im Laufe der folgenden Jahre modifizierten und weiterentwickelten Ansatz des „vollständigen **körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens**“ (vgl. Krüger u.a., 1998) wurde die Grundlage geschaffen für eine wichtige Trendwende von einer eher krankheits- und symptombezogenen, auf biologische Aspekte reduzierten Sichtweise hin zu einer Sichtweise, die auch die Psyche, das soziale Umfeld und das subjektive Befinden mit in die Betrachtungen einbezieht. Eine weitere Voraussetzung für die Entwicklung eines veränderten Präventionsverständnisses hin zu einem Gesundheitsförderungs-Verständnis war die Formulierung der Ottawa Charta der WHO (1986), nach der Gesundheitsförderung darauf abzielen muss, einen Prozess in Gang zu setzen, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung derselben befähigen soll.

Ein für diese Ausrichtung wichtiger und notwendiger Meilenstein auf dem Weg zu einem neuen und fortschrittlichen Gesundheitsverständnis war dabei die Entwicklung des **Salutogenese-Modells** durch Aaron Antonovsky (1987). Seine Ausrichtung wird schon in der Modellbezeichnung Salutogenese (grob übersetzt: Gesundheitsentwicklung) deutlich. Er postuliert in Anlehnung an die WHO-Ansätze zur Bestimmung von Gesundheit und Krankheit das Krankheits-Gesundheits-Kontinuum. Auf die Frage, ob jemand gesund oder krank ist, lässt sich damit eine Standortbestimmung unter Berücksichtigung aller wichtigen Parameter, wie sie die

WHO beschreibt (körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden), durchführen. Je nachdem, welches Befinden ein Mensch beschreibt, lässt er sich mit Hilfe dieses Kontinuums immer wieder neu einordnen – eben mehr im positiven oder negativen Bereich des Kontinuums.

Ein weiteres wichtiges Element seiner Theorie ist die Ausrichtung weg von der pathogenetischen Sichtweise „was Krankheit verursacht“ hin zu der salutogenetischen Fragestellung „was gesund erhält“. Das bedeutet, dass nicht betrachtet wird, warum und welche Menschen an bestimmten Krankheiten leiden, sondern warum Menschen, die potentiell pathogenetischen Bedingungen ausgesetzt sind, nicht erkranken und was diese Menschen z.B. im Hinblick auf Einstellungen, Lebensbedingungen und Lebensgeschichte von den erkrankten unterscheidet. Diese Ausrichtung führte dann auch verstärkt zur Ressourcenbetrachtung wie z.B. den Coping-Ressourcen, die im Zentrum seiner Theorie stehen. Antonovsky geht davon aus, dass wir alle ständig Stressoren ausgesetzt sind, diese aber nicht zwingend negative sondern vor allem auch positive beflügelnde Effekte entwickeln können. Verantwortlich dafür sind die vorhandenen oder fehlenden Ressourcen. Beispiele für fördernde Ressourcen nach Antonovsky sind soziale Strukturen, Willen oder Liebe (vgl. Antonovsky, 1997). Dabei entwickelte er den für seine Theorie sehr wichtigen Begriff des „sense of coherence“ = SOC oder auch Kohärenzgefühl genannt. Mit diesem Begriff, der durch die Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammengesetzt ist, wurde es möglich abzuschätzen, wie gut oder schlecht eine Person die an sie gestellten Herausforderungen bewältigt. Je höher das SOC einzustufen ist, desto besser werden auch die Anforderungen bewältigt.

Durch seine Erkenntnisse, vor allem aber durch seine veränderte Betrachtungsweise ausgehend von der Frage „Was hält uns gesund - statt was macht krank“, wurde die Basis geschaffen für eine den WHO-Sichtweisen entsprechende gesundheitsförderlichen Herangehensweise (vgl. Antonovsky, 1997).

Das führte in der Folge auch zu verstärkten gesellschaftlichen Bemühungen eben nicht mehr nur Krankheit zu verhindern, sondern vor allem Ressourcen für Gesundheit zu schaffen. Die Wahrnehmung und Verwirklichung von Wünschen und Hoffnungen, die Bedürfnisbefriedigung sowie die Bewältigung und Veränderung der Umwelt sind wesentliche Ansatzpunkte, die der Erreichung dieses Ziels zugrunde liegen. Ein wichtiger Aspekt, der durch die Ottawa Charta verdeutlicht und vorausgesetzt wird, ist dabei die Verantwortung der Gesellschaft, die Bedingungen herstellen sollte, die allen

Gesundheit ermöglicht. „Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen arbeiten und lieben“ (Rosenbrock u. Gerlinger, 2004, S. 66). Dabei geht es nicht nur darum, Menschen zu befähigen, gesundheitliche Risiken zu erkennen und zu reduzieren, sondern vor allem auch darum, Ressourcen wie z.B. erhöhte Qualifikation, wachsende Entscheidungsspielräume, Partizipation und soziale Unterstützung zu erschließen und damit auch die Erkrankungswahrscheinlichkeit zu senken (vgl. Rosenbrock u. Gerlinger, 2004). Durch Gesundheitsförderung sollen deshalb auch die subjektiven und sozialen Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Gestaltung des Lebens und die Möglichkeiten zur Verankerung in sozialen Gemeinschaften und Netzwerken zur Kommunikation und gegenseitigen Hilfeleistung geschaffen werden (vgl. Rosenbrock u. Gerlinger, 2004).

## **2.2 Definition Führung und Führungskraft**

Der Begriff Führung wird sehr unterschiedlich definiert. Deshalb ist es notwendig, das hier verwendete Verständnis des Begriffes festzulegen. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, Führung aus dem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel zu beschreiben: Führung wird hier verstanden „... als systematisch strukturierter Einflussprozess zur Realisation intendierter Leistungsergebnisse; Führung ist damit im Kern zielorientierte und zukunftsbezogene Handlungslenkung, wobei diese Einwirkung sich auf Leistung und Zufriedenheit richtet.“ (Steinle, 1978; S. 177)

Man kann Führung aber auch im Sinne von Unternehmensführung verstehen, die die Unternehmensstrategie bestimmt und damit für alle Mitarbeiter – einschließlich der Führungskräfte – wirksam ist. Die Unternehmensstrategie wird meistens stark von einzelnen Personen bzw. von einer kleineren Gruppe bestimmt, je nachdem, ob es sich um einen kleinen oder großen Betrieb, einen Familienbetrieb oder einen Geschäftsführungsbetrieb handelt (vgl. Sackmann, 2004). Bezogen auf den Einfluss der Unternehmensstrategien soll hier davon ausgegangen werden, dass diese einen indirekten Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit haben.

Führung im Sinne des direkten Verhaltens (Personalführung) einer einzelnen Führungskraft ist der andere hier zu untersuchende Einflussbereich. In dieser Studie sollen beide Aspekte berücksichtigt werden.

Dabei stellt sich aber auch die Frage, was ist bzw. wann ist jemand eine Führungskraft? Die Antwort darauf kann höchst unterschiedlich ausfallen. Umgangssprachlich ist eine Führungskraft eine Person, die eine leitende Stelle in einem Unternehmen oder in einer Behörde besetzt. Häufig wird auch zwischen den Top-Managern und den Führungskräften der mittleren Ebene unterschieden. Beide Gruppen lassen sich in eine Vielzahl von Untergruppen aufteilen. Diese werden u.a. bestimmt durch unterschiedliche Funktionen, Ausbildungen und Berufswege. Insbesondere die Vorgesetzten der mittleren Führungsebenen haben heutzutage die unterschiedlichsten Qualifikationen und Lebensläufe.

Weiterhin gibt es den Versuch, Führungskräfte nach ihrer allgemeinen Aufgabe – der Führung – zu definieren. Um nur zwei Ansätze zu nennen: Nach Hemphill (1967; in Neuberger, 1994) heißt "Führen" eine Handlung vollziehen, die – als Teil eines gemeinsamen Problemlösungsprozesses – Struktur in eine Interaktion bringt. Für Stöber u.a. (1974; in Neuberger, 1994) „... ist "Führen" die Durchsetzung von Herrschaft auf dem Wege der Motivierung.“ Solche Definitionen sind insofern relevant, als sie das Handeln und die Sichtweisen der Führungskräfte beeinflussen oder sogar bestimmen. Sieht sich eine Führungskraft als Herrscher oder als Problemlöser, wirkt sich das sehr wahrscheinlich auf seine Art des Umgangs mit den Beschäftigten aus. Diese Ansätze sind aber so individuell und unterschiedlich, dass es notwendig sein wird, bei der Befragung von Führungskräften deren jeweilige Sichtweise zu eruieren.

Die Definition, die hier zugrunde gelegt werden soll, ist eher weit gefasst: Wenn wir im Zusammenhang mit der hier zu behandelnden Thematik "Führung und Gesundheit" Führungskräfte definieren, so sollten die im Folgenden beschriebenen Kriterien erfüllt sein. Dabei soll nicht auf die Zugangsvoraussetzungen der Führungskräfte geachtet werden, sondern – um eine relativ weit gefasst Definition zu verwenden – es werden hier alle Personen einbezogen, die einen klaren Auftrag zur Führung von Mitarbeitern/innen bzw. Beschäftigtengruppen haben. Dabei sollen ihnen die Mittel der Weisungsbefugnis zur Verfügung stehen und sie sollten hierarchisch so zugeordnet

sein, dass sie eine mehr oder weniger große Gruppe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern direkt führen (keine Stabsstellen).

### **2.2.1 Führungsstile zur Beschreibung und Einordnung von Führung**

In den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts konzentrierte sich die Führungsforschung auf das Verhalten und damit auf den Führungsstil der Vorgesetzten. Untersuchungen waren darauf ausgerichtet, welche Führungsstile erfolgreich und welche weniger erfolgreich einzustufen sind. Von einem Führungsstil sprach man, wenn das Verhalten einer Person in eine bestimmte Richtung tendierte. Es wurde z.B. zwischen autoritärem, „laissez-faire“ und kooperativem Führungsverhalten unterschieden. Eine Variante dieser Unterscheidungsversuche war die zwischen autokratischem und teamorientierten Führungsstil. Tannenbaum und Schmidt haben in ihrer Führungstypologie sechs Führungsstile zwischen autoritär und delegativ identifiziert (vgl. Rahn, 2005). Es gibt noch eine Reihe weiterer Ansätze, die hier aber nicht aufgeführt werden sollen.

Auch heute noch wird im betrieblichen Alltag nach solchen Führungsstilen zwischen den Führungskräften differenziert. Dabei gibt es einzelne Ausprägungen wie z.B. autoritärer oder „laissez-faire“-Führungsstil, die im betrieblichen Alltag in der Regel als nicht erwünscht gelten. Der beschäftigtenorientierte bzw. der partizipative Führungsstil wird dagegen allgemein als positiv und somit als sozial erwünscht eingestuft (vgl. Rahn, 1992).

Blake und Mouton (vgl. Zimmer, 2001) haben mit ihrem Verhaltensgitter versucht, die Ausprägungen der Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung abzubilden. Dieser Ansatz beschreibt das Führen als situativ. Als erstrebenswert gilt eine hohe Beschäftigtenorientierung bei gleichzeitig hoher Sachorientierung. Damit ist ein kooperativer Führungsstil gemeint, der in der Lage ist, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hohen Arbeitsleistungen bei gleichzeitig hoher Arbeitszufriedenheit zu motivieren (vgl. Zimmer, 2001).

Die Entwicklung der Führungslehre in den letzten Jahrzehnten in Richtung Kontingenztheorien (Theorien, die beschreiben, welches Führungsverhalten in Abhängigkeit von der Situation oder den Bedingungen am effektivsten sein wird) hat auch zur Folge, dass sich Führungskräfte nicht an einem "richtigen Führungsstil" bzw. an anwendungsbezogenen Gestaltungsvorschlägen orientieren können. Das bedeutet, dass jede Führungskraft ihren individuellen Weg im sozialen Umgang finden muss.

Dennoch gibt es Grundsätze, die für eine positive und damit auch gesundheitsförderliche Auseinandersetzung mit den Beschäftigten zu berücksichtigen sind. Diese können den Führungskräften als Leitlinien ihres Handelns dienen. Es handelt sich dabei um normative Vorstellungen von einem angemessenen individuellen Verhalten einer Führungskraft (vgl. Zimber, 2001).

Aktuell wird vorrangig das Führungsprinzip „Management by Objectives“ (MbO) in den Unternehmen eingesetzt. Das bedeutet, sämtliche Aktivitäten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind an operationalisierbaren Zielen ausgerichtet, und der Grad der Zielerreichung bestimmt häufig auch die Vergütung der Beschäftigten (vgl. Siegert, 2006). Schwierig ist dabei die Beurteilung in reinen Dienstleistungsbetrieben. Hier werden entsprechende Kriterien entwickelt, um den Grad der Zielerreichung zu beurteilen. Dabei stellt sich der Führungskraft die Aufgabe, diese Zielerreichung zu begleiten und zu optimieren, wobei der Aspekt der Gesundheit nicht zwingend thematisiert werden muss.

### **2.3. Die Unternehmenskultur als Rahmen für gesundheitsrelevantes Führungsverhalten bzw. Führung und Unternehmenskultur – ein Wechselspiel**

Eine zentrale Frage, die hier zunächst beantwortet werden muss, ist: Über welche Mechanismen wirkt sich Führung und Führungsverhalten direkt und indirekt auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus? Im folgenden Diskurs soll eine Brücke geschlagen werden von der Unternehmenskultur über das Betriebsklima bis hin zu den psychosozialen Bedingungen – alles betriebliche Voraussetzungen, die einen mehr oder weniger großen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten haben und alles Bedingungen, auf die Führungskräfte einen mehr oder weniger großen Einfluss nehmen bzw. nehmen können.

Beginnend mit der Unternehmenskultur kann man davon ausgehen, dass jedes Unternehmen eine irgendwie geartete übergeordnete Unternehmenskultur hat. Insbesondere in den größeren Unternehmen arbeitet man sogar mit und an dieser Kultur. Es gibt aber auch Betriebe, die sich weder mit ihrer Kultur auseinandersetzen, noch sich ihrer bewusst sind.

Abgesehen von diesen beiden Extremen ist die Kultur eines Unternehmens – ob bewusst oder unbewusst – immer auch der Rahmen, in dem Beschäftigte und Führungskräfte agieren. Die Auswirkungen einer wie auch immer gestalteten Unternehmenskultur sind umfassend. Auch wenn diese noch nicht umfassend erforscht sind, kann davon ausgegangen werden, dass sie z.B. Relevanz hat für das Betriebsklima, das Sozialkapital, das Humankapital, die Organisation, die Arbeitsplatzgestaltung, den Status der Menschen im Betrieb – und sie wirkt sich auch auf die Gesundheit der Beschäftigten aus (vgl. Sackmann, 2004; Badura u.a., 2008).

Die Beziehung zwischen Führung und Unternehmenskultur ist nicht einseitig zu betrachten, sondern sie ist ein kompliziertes Beziehungsgeflecht, in dem Führung auf die sozialen Bedingungen und die sozialen Bedingungen auf die Führung wirken. Ein Beispiel, das diese Verknüpfung verdeutlicht, ist die stillschweigende, implizite Koordination. „In Unternehmen mit schwachen Unternehmenskulturen, die sich durch ein geringes Wertereservoir auszeichnen, muss, da die Abstimmung durch stillschweigendes Einverständnis nur eingeschränkt funktioniert, explizit koordiniert werden.“ (Pfaff, 2005, S. 94). Das bedeutet, dass hier verstärkt von der Führungskraft eingegriffen werden muss, entweder durch ein starkes Vorantreiben der Abstimmungsprozesse oder durch die verstärkte Reglementierung von Arbeitsabläufen und Erteilung von Handlungsanweisungen (autoritäre Führung) durch den Vorgesetzten zur Sicherung der Abläufe. Gelingt es der Führungskraft nicht, diese defizitäre Situation auszugleichen, kommt es zu Koordinationsproblemen mit den entsprechenden Folgen wie Qualitätsverlust und Lieferschwierigkeiten, um nur einige zu nennen (vgl. Pfaff u.a., 2005). Die Unternehmenskultur wirkt somit als Determinante für Führung und das Miteinander im Betrieb. Umgekehrt wirkt sich das Verhalten der Führungskräfte und Beschäftigten auf die Unternehmenskultur aus.

Die Konzepte zur Gestaltung einer Unternehmenskultur sind nicht einheitlich: So unterschiedlich die Unternehmenskulturen sind, so unterschiedlich ist auch das Verständnis darüber, wie eine positive Unternehmenskultur gestaltet sein sollte. Das lässt sich u.a. in einer bunten Vielfalt von verschriftlichten Leitbildern moderner Betriebe ablesen.

Hier sollen beispielhaft zwei Ansätze (Leitbilder) benannt werden, die bezogen auf ihre Merkmale eine gute Voraussetzung für eine förderliche Unternehmenssituation darstellen. Ihre Ausrichtung auf Gesundheit, das Betriebsklima, Innovationsbereitschaft und die Einführung neuer Strukturen und Konzepte, wie z.B. eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, ist dabei sehr wichtig.

Der erste Ansatz, wie er auch im Abschlussbericht der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans Böckler Stiftung (2004) verwendet wird, stellt diese Prinzipien der Führung in den Vordergrund:

- Prinzip der Sinn- und Visionsvermittlung
- Prinzip der Transparenz durch Information und Kommunikation
- Prinzip der Autonomie und Partizipation (Handlungsspielräume)
- Prinzip der konstruktiven Rückmeldung
- Prinzip des guten Betriebsklimas sowie
- Prinzip der menschengerechten Arbeitsbedingungen.

(vgl. Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.), 2004)

Wesentlich für diese Form der Unternehmenskultur sind:

- eine hierarchiefreie und partnerschaftliche Kommunikation
- eine Fehlerkultur und
- eine konstruktive Konfliktkultur.

Zudem sollten die Ziele, Spielregeln und Standards klar formuliert werden und das Unternehmen nach einer Philosophie geführt werden, in der ein fairer und menschlicher Umgang selbstverständlich ist. Sowohl für die Unternehmensführung als auch für die direkte Mitarbeiterführung sind diese Prinzipien verbindlich und werden gelebt (vgl. Frey, Jonas & Greitemeyer, 2002).

Im zweiten Ansatz – entnommen aus dem Tagungsbericht der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Betriebliche

Gesundheitsförderung und Unternehmenskultur, 1998) – werden als gesundheitsrelevante Faktoren der Unternehmenskultur

- Handlungsspielräume
- Transparenz
- Solidarität
- Umgangsformen von Vorgesetzten
- Leistungsorientierung
- Authentizität
- Thematisierbarkeit von Gesundheit

beschrieben (vgl. Tagungsbericht BAuA (Hrsg.), 1998).

Beide Ansätze (Leitlinien) zur Gestaltung einer positiven Unternehmenskultur entsprechen in den entscheidenden Merkmalen denen des Sozialkapitalbegriffes, der im Folgenden kurz skizziert und in seiner Anwendung dargestellt werden soll.

Hier soll zunächst das Sozialkapital als ein mit der Unternehmenskultur verbundenes Konzept und wichtige Größe im Zusammenhang zwischen Führung und Beschäftigtengesundheit betrachtet werden. Die Sozialkapitaltheorie wurde 1920 von Hanifan erstmalig beschrieben. In den darauf folgenden Jahrzehnten wurde sie durch verschiedene Forscher in verschiedenen Disziplinen (Politik-, Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften, insbesondere in der Soziologie) teilweise unabhängig voneinander zur Beschreibung der Funktionalität sozialer Systeme genutzt. Pierre Bourdieu hat 1983 den soziologischen Begriff „Soziales Kapital“ geprägt (vgl. Gehmacher, 2004). Jans erklärt in seiner Ausarbeitung zum Sozialkapitalbegriff, dass es bisher keine einheitliche Definition gibt und sich daraus die Notwendigkeit ableitet, das verwandte Sozialkapitalkonzept zu explizieren (vgl. Jans, 2003).

Eine Definition, wie sie vor allem von Gesundheitswissenschaftlern verwendet wird und die für das Handeln von Führungskräften zur Gestaltung u.a. des Betriebsklimas eines Teams oder einer Abteilung wichtige Hinweise gibt, soll hier kurz skizziert werden: „Unter Sozialkapital verstehen wir – [...] – Merkmale sozialer Systeme, die sich gleichermaßen positiv auf ihre kollektive Leistungsfähigkeit wie auf das Wohlbefinden ihrer Mitglieder auswirken.“ (Badura, Heilmann, 2003, S. 54)

Dabei unterscheidet man bezogen auf das betriebliche Sozialkapital drei Teilmengen: das Netzwerkkapital, das Führungskapital und das Überzeugungs- und Wertekapital (vgl. Badura u.a., 2008).

Wichtige Merkmale, die den hier verwendeten Sozialkapitalbegriff beschreiben und die Voraussetzung für eine gesunde Organisation darstellen, sind:

- die Qualität der sozialen Beziehungen innerhalb und zwischen den Mitarbeitergruppen (Betriebsklima)
- der Vorrat an gemeinsamen Werten, Regeln und Überzeugungen (Unternehmenskultur)
- Das Ausmaß der sozialen Gleichheit (Bildung, Status, Einkommen)
- Die Identifikation mit den Zielen und Regeln des sozialen Systems (Commitment)
- Vertrauen in die Führung
- Ausmaß persönlicher Beteiligung an systemischer Willensbildung, Entscheidungsfindung (Partizipation)
- Gegenseitiges Vertrauen, Zusammenhalt unter Mitgliedern
- Anzahl, Qualität und Vereinbarkeit sozialer Kontakte jenseits primärer Beziehungen
- Stabilität und Funktionalität primärer Beziehungen (Familie, Kollegen usw.)
- Soziale Kompetenz
- Sinnhaftigkeit der Betätigung (Arbeit, Freizeit usw.)

(vgl. Badura, Hehlmann, 2003; Badura u.a., 2008).

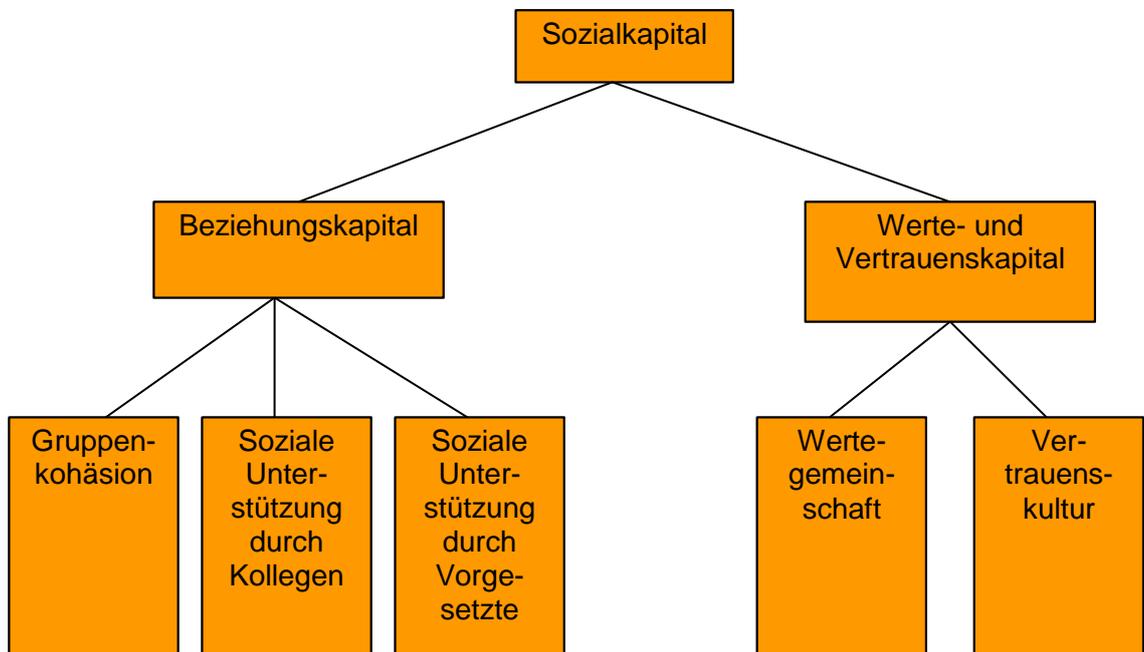
Die Ausprägung dieser Merkmale entscheidet mit darüber, wie hoch oder gering der Wert des Sozialkapitals einer Organisation einzuschätzen ist und damit auch, wie gesund oder ungesund sie ist. Das Konstrukt des Sozialkapitals kann zudem – neben dem Sach- und Humankapital – dazu verwendet werden, den betrieblichen Erfolg eines Unternehmens zu prognostizieren.

Entscheidend für die Ausprägung des Sozialkapitals sind unter anderem die Führungskräfte. Sie haben einen wesentlichen Einfluss auf das Sozialkapital. Sie können es durch ihr Verhalten fördern aber auch belasten. „An die Stelle eines autoritären tritt ein unterstützendes Führungsverhalten. Entscheidend ist die Qualität

der sozialen Beziehungen zu Vorgesetzten, ebenso wie zu Gleichgestellten und ihre unterstützenden oder belastenden Konsequenzen“ (Badura u.a., 2008, S. 16).

Pfaff u.a. (2005) belegen die Bedeutung des Sozialkapitals für die Vorhersage von Gesundheit und wirtschaftlichem Erfolg. Sie können nachweisen, dass es mit Hilfe des Sozialkapital-Konstruktes möglich ist, einen wesentlichen Bereich dieser Zusammenhänge zu messen. In ihrer Studie beschreiben sie ein Konstrukt, bei dem das Sozialkapital auf zwei Pfeilern ruht. Dabei unterscheiden sie zwischen dem Beziehungskapital und dem Werte- und Vertrauenskapital, das sie mit ihren Indizes erfassen und messen. Die Komponenten, aus denen sich das Beziehungskapital zusammensetzt, sind Gruppenkohäsion, soziale Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen und soziale Unterstützung durch Vorgesetzte. Das Werte- und Vertrauenskapital setzt sich zusammen aus der Wertegemeinschaft und der Vertrauenskultur.

**Abb. 1 Die Operationalisierung von Sozialkapital nach Pfaff**



(Pfaff 2005, S. 91)

Die graphische Darstellung dieses Konzeptes macht deutlich, dass die Führung eines Unternehmens einen wesentlichen Einfluss auf die positive oder negative Entwicklung des Sozialkapitals hat.

Sie wirkt direkt („soziale Unterstützung durch Vorgesetzte“) aber auch indirekt – z.B. durch ihren Vorbildcharakter, der Einfluss auf die anderen Merkmale, wie Vertrauenskultur und Wertegemeinschaft, nimmt – auf die Ausprägung des Sozialkapitals. Auch die Merkmale „Qualität der sozialen Beziehungen innerhalb und zwischen den Mitarbeitergruppen“ (Betriebsklima), der „Vorrat an gemeinsamen Werten, Regeln und Überzeugungen“ (Unternehmenskultur), „Identifikation mit den Zielen und Regeln ihres sozialen Systems“ (Commitment), „Vertrauen in die Führung, Ausmaß persönlicher Beteiligung an systemischer Willensbildung, Entscheidungsfindung“ (Partizipation), „Umfang sozialer Kontakte jenseits primärer Beziehungen“ und „Sinnhaftigkeit der Betätigung (Arbeit, Freizeit usw.)“ werden z.T. sogar maßgeblich durch die Unternehmenskultur und die Führungskräfte im Betrieb beeinflusst.

Der Anteil des Einflusses von Führung auf die Beschäftigtengesundheit ist – u.a. bedingt durch diese Vernetztheit – nur schwer zu differenzieren, da er durch alle Merkmale des Sozialkapitals hindurch wirksam werden kann und im Wechselspiel zu diesen wirksam wird. Die Unternehmenskultur z.B. wird durch die Führungskräfte stark beeinflusst, aber ebenso beeinflusst die Unternehmenskultur, wie in einem Unternehmen geführt werden kann. Diese Wechselseitigkeit von Individuum und Unternehmenskultur erschwert die Klärung der Zusammenhänge zwischen Führung und Gesundheit, da man sich fragen muss, was zuerst da war, „die Unternehmenskultur oder das Führungsverhalten, das die Unternehmenskultur determiniert?“

An diesem Punkt wird auch deutlich, dass es nur bedingt möglich ist, eine Unternehmenskultur zu verändern bzw. ihr eine andere Ausrichtung zu geben (vgl. Lomnitz, 1985). Wurde z.B. in einem Unternehmen lange Jahre ein autokratischer Führungsstil gelebt, und durch einen Generationswechsel soll kurzfristig die Unternehmenskultur verändert werden, so reicht es nicht aus, diesem Betrieb und seinen Beschäftigten einfach nur neue Leitsätze zu geben. Die alten Merkmale sind

sehr stabil und werden die neue Ausrichtung sehr lange behindern und manchmal sogar völlig ausbremsen.

### **2.3.1 Der Einfluss der Unternehmenskultur auf die Entscheidungen im Unternehmen**

Die zuvor dargestellten Zusammenhänge machen deutlich, dass Führung nicht nur unter dem Aspekt traditioneller, individualistischer, auf persönliche Eigenschaften und verhaltensbezogene Erklärungen von Führung und Management bezogene Forschung betrachtet werden kann. Vielmehr erscheint es sinnvoll, sich den konstruktivistischen Sichtweisen und Ansätzen von Dachler und Hosking (1995) anzuschließen, dass Führende und Geführte in einem sozialen Prozess gemäß ihren impliziten Vorverständnissen von Führung gemeinsam die Führungssituation konstruieren. Konsequenterweise muss auch das implizite Verständnis von „Führung“ der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen werden, weil beide Zugänge die Führungsrealität kollektiv konstruieren. Das berücksichtigt, dass nicht der Führungsstil eines einzelnen entscheidet, wie sich die Situation einer Gruppe entwickelt, sondern die subjektiven, impliziten Verständnisse von Führung durch die „Führenden“ und die „Geführten“ gemeinsam (vgl. Dachler u. Hosking, 1995).

Führung bzw. Führungsverhalten findet also nicht im luftleeren Raum statt. Eingebunden in einen größeren Kontext (Unternehmenskultur) wird Führung stark von den Bedingungen und Sichtweisen innerhalb einer Institution beeinflusst. Die Rolle der Führungskraft innerhalb dieser Kultur ist je nach Position eher bestimmend für sie oder abhängig von ihr.

Ausgehend von den Arbeiten zum Radikalen Konstruktivismus u.a. von Maturana und Varela (1987) findet die Erkenntnis, dass soziale Systeme strukturdeterminiert sind und dass diese Struktur darüber entscheidet, welche Botschaft wie wahrgenommen wird, auch in der aktuellen Organisationsforschung immer mehr Beachtung. Das bedeutet für die Betrachtung sozialer Prozesse im Unternehmen und damit auch für die Voraussetzungen für Gesundheit, „...dass nicht die Anstöße, Veränderungen der Umwelt eine Organisation zu ganz bestimmten Handlungen, Reaktionen, Veränderungen veranlassen, sondern, dass die Struktur einer Organisation bestimmt, welche Anregungen aus der Umwelt überhaupt als solche wahrgenommen werden und

zu welchem Wandel es gegebenenfalls kommt“ (Baumgartner, 2000, S. 38). Unternehmenskultur kann also auch verstanden werden als Konstrukt, das diese Strukturdeterminiertheit benennt und einordnet.

Auch die Ausführungen zur Unternehmenskultur von Sackmann (2004) machen deutlich, dass das verbale und nonverbale Handeln in Unternehmen nicht einfach eine Reaktion auf die äußeren Bedingungen ist, sondern durch die häufig unsichtbare Basis ihrer Kultur bestimmt wird. „Diese entsteht mit der Gründung des Unternehmens und ist je nach Entwicklungsgeschichte des Unternehmens mehr oder weniger stark ausdifferenziert. Der Kern oder die unsichtbare Basis einer Unternehmenskultur besteht aus jenen grundlegenden, kollektiven Überzeugungen, die das Denken, Handeln und Empfinden der Führungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unternehmen maßgeblich beeinflussen und die insgesamt typisch für ein Unternehmen bzw. eine Gruppe im Unternehmen sind.“ (Sackmann 2004, S. 24)

Insgesamt beschreibt Sackmann (2004), dass die Unternehmenskultur Orientierung bietet für das „richtige Verhalten“ innerhalb der Organisation. Diese wird ihrer Auffassung nach „als Verhaltensregel“ an neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Führungskräfte weitergegeben und dient so als Standard für gutes und richtiges Verhalten.

Sie macht auch deutlich, dass die Unternehmenskultur eine wichtige Funktion für das Bestehen eines Unternehmens erhält. „Als unsichtbare Einflussgröße des Menschensystems erfüllt Unternehmenskultur vier zentrale Funktionen, die für das Bestehen eines Unternehmens notwendig sind:

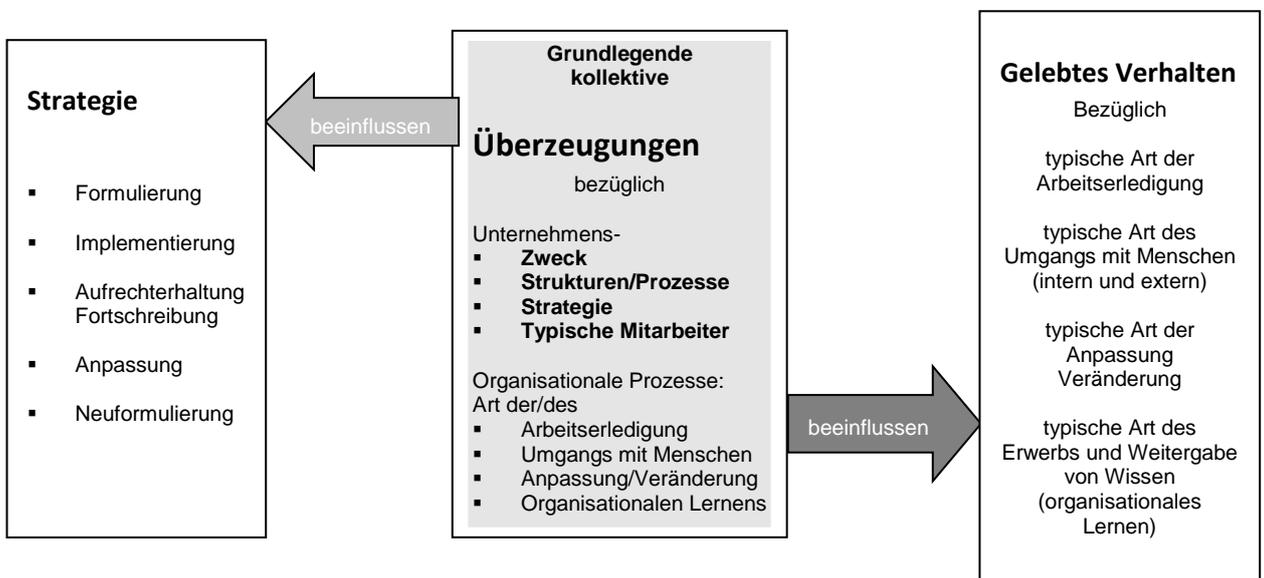
- eine Komplexitätsreduktion,
- koordiniertes Handeln,
- die Identifikation mit dem Unternehmen und
- Kontinuität“ (Sackmann 2004, S. 27)

Tragen wir diesem Kontext bei der Gestaltung eines Modells zum Zusammenhang zwischen Führung und Beschäftigtengesundheit Rechnung, so wird deutlich, dass die Unternehmenskultur in und über allem Handeln eine große Rolle spielt. Sie trägt dazu bei, wie und welche Entscheidungen getroffen werden und ist damit bedeutsam für alle

gesundheitlich relevanten (ergonomischen, psychosozialen und organisationalen) Bedingungen.

Das folgende Schaubild macht deutlich, dass die für die Unternehmenskultur relevanten kollektiven Überzeugungen für das Verhalten und Handeln der Beschäftigten und Führungskräfte entscheidend sind und dass sämtliche Unternehmensentscheidungen in diesem Rahmen stattfinden.

**Abb. 2: Die Beziehung zwischen grundlegenden kollektiven Überzeugungen, Strategie und organisationalen Prozessen**



(Sackmann, 2004, S. 39)

Dieses Schaubild verdeutlicht, dass der Umgang mit Menschen, die Anpassung an äußere Bedingungen, das organisationale Lernen (alles Parameter, die auch Einfluss auf die gesundheitlichen Bedingungen eines Unternehmens haben) von den grundlegenden kollektiven Überzeugungen und damit von der Unternehmenskultur abhängen.

Die Führungskräfte eines Unternehmens sind (bewusst oder unbewusst) die Hauptträger der Unternehmenskultur. Kraft ihrer Funktion sind sie verantwortlich für die Einhaltung unternehmenskonformen Verhaltens (vgl. Sackmann, 2004). Diese

positionsbedingte Macht wirkt einerseits über die zu treffenden Entscheidungen und andererseits durch die Modell- bzw. Vorbildfunktion, die insbesondere die direkte Führungskraft auf seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausübt.

Die Führungsauswirkung auf die Unternehmenskultur ist u.a. durch die hierarchische Zuordnung geregelt. Die Unternehmensgründer sind entscheidend für die Ausgestaltung der kollektiven grundlegenden Überzeugungen. Sie bringen diese in das Unternehmen mit ein. Im weiteren Verlauf werden neue Überzeugungen entwickelt, die in der Regel davon abhängig sind, wie erfolgreich die entsprechenden Handlungsweisen waren. Diese Entwicklung kann dazu führen, dass sich die ursprünglichen Intentionen verändern oder sogar verschwinden und durch andere, neue ersetzt werden (vgl. Sackmann, 2004).

Dabei konnte im Rahmen einer Studie von Hamel (2003) nachgewiesen werden, dass nur jene, die in die bewusste Entwicklung und Bestimmung der grundlegenden Überzeugungen eingebunden wurden, verbalisieren konnten, warum gerade diese Überzeugungen in die Unternehmenskultur Eingang gefunden haben. Beschäftigte und Führungskräfte, die nicht eingebunden wurden bzw. werden konnten, handeln zwar mehr oder weniger überzeugungskonform, aber überwiegend unbewusst nach den grundlegenden Überzeugungen (vgl. Hamel u. Välikangas 2003).

Nach den zuvor gemachten Ausführungen darf jedoch die Frage gestellt werden, wie es sich auswirkt, wenn ein neuer Geschäftsführer eingestellt wird, der andere Sichtweisen und Handlungsstrategien als erfolgreich ansieht als die ursprünglichen Führungsverantwortlichen. Wie groß sind dann mögliche Kulturveränderungen, oder inwieweit kann davon ausgegangen werden, dass schon die Auswahl dieser Führungskraft, die im Rahmen der gegebenen Unternehmenskultur stattgefunden hat, 'kulturkonform' ist?

Es ist jedoch eindeutig, dass eine Unternehmenskultur, die darauf ausgerichtet ist, dass sich die Führungskräfte nicht nur dem Sach- und dem Humankapital widmen, sondern auch dem Sozialkapital große Aufmerksamkeit zuwenden, förderlich für die Gesundheit der Beschäftigten ist (vgl. Badura u.a., 2008). Ein Unternehmen, in dem die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten (häufig sichtbar in der

Bedeutung des Einzelnen für das Unternehmen als „wichtiger Mensch“ und nicht als Produktivitätsfaktor und damit als "Austauschware") anerkannte Aufgabe der Führungskräfte ist, investiert auch in eine mitarbeiterinnen- und mitarbeiterverträgliche Arbeitssituation, die gekennzeichnet ist durch eine gute ergonomische Einrichtung des Betriebes und positive Kommunikations- und Führungsprozesse, die sich vor allem förderlich auf die psychosozialen Bedingungen auswirken.

Auch die Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen oder die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements findet im Rahmen der Unternehmenskultur statt. „Eine Unternehmenskultur des Vertrauens schafft den Nährboden für Gesundheitsförderung. Die betriebliche Gesundheitspolitik kann aber auch umgekehrt als Instrument eingesetzt werden, um den Übergang von einer Kultur des Misstrauens zu einer Kultur des Vertrauens, der Offenheit und der Kooperation zu erleichtern.“ (Badura u.a. 1997, S. 15) Ein gesundes Unternehmen richtet seine Unternehmenskultur bewusst auf das Sozialkapital aus und fördert damit eine beschäftigtenorientierte Unternehmensführung.

### **2.3.2 Der Einfluss von Führungskräften auf die psychosozialen Bedingungen im Betrieb**

Einen wesentlichen Einfluss nimmt Führung vor allem auf die psychosozialen Bedingungen innerhalb einer Organisation. Dabei spielt auch hier wieder die Interaktion zwischen Individuum und psychisch wirksamen äußeren Einflüssen eine große Rolle. In der DIN Norm 33405 wird der Begriff psychische Belastung definiert als „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (vgl. DIN Norm Nr. 33405, Normenausschuss Ergonomie im deutschen Institut für Normierung, 1987). Psychische Belastung entsteht also durch das Zusammenwirken von objektiv erfassbaren Belastungsfaktoren. Demgegenüber ist die psychische Beanspruchung zu verstehen als „... die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden oder augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ (DIN Norm Nr. 33405, Normenausschuss Ergonomie im deutschen Institut für Normierung, 1987).

Die Belastungsursachen in der Arbeitswelt sind sehr vielfältig. Stadler und Spieß (2002) nennen sechs Ursachen für psychische Belastungen in der Arbeitswelt:

- Gesellschaftliche Bedingungen (z.B. Arbeitsplatzabbau)
- Arbeitsaufgabe (z.B. Überforderung oder Unterforderung)
- Arbeitsumgebung (z.B. Lärm, mangelhafte ergonomische Verhältnisse)
- Betriebliche Organisation (z.B. unklare Kompetenzregelungen, häufige Organisationsveränderungen)
- Soziale Umwelt (z.B. konflikthafte Arbeitsbeziehungen zu Vorgesetzten und Kollegen)
- Individuelle Stressoren (z.B. Perfektionismus, Es-alles-recht-machen-wollen)

(vgl. Stadler u.a., 2002).

Einen besonderen Stellenwert in diesem Spektrum hat die soziale Umwelt. „Psychosoziale Belastungen resultieren insbesondere aus den sozialen Arbeitsbedingungen, z.B. mangelnden Kooperationsmöglichkeiten auf Kollegenebene, fehlender Anerkennung, Konflikten, Rücksichtslosigkeit durch Kollegen und Vorgesetzte (z.B. Mobbing)“ (Stadler u.a., 2002, S. 8).

Die Schlüsselfigur in diesem Zusammenspiel ist der Vorgesetzte: er nimmt direkten Einfluss auf das Miteinander zwischen den Beschäftigten, er hat eine bedeutende Funktion bezogen auf Kritik und Anerkennung, er schafft oder verhindert Kooperationsmöglichkeiten und vermeidet oder fördert Mobbing, falls er sich nicht sogar selbst daran beteiligt (vgl. B. Meschkutat, 2002).

Alle von Stadler u.a. (2002) genannten Belastungen können psychische Stressreaktionen hervorrufen. Treten diese gehäuft auf, bedeutet das für den Beschäftigten einen Verlust an Wohlbefinden und Lebensqualität. Bei langfristiger Belastung kann es sogar zu psychischen und physischen Gesundheitsbeeinträchtigungen führen (vgl. Strobel u.a., 1997).

Die Folgen einer Fehlbeanspruchung für Gesundheit und Wohlergehen sind eindeutig. Untersuchungen im Rahmen der Psychoneuroimmunologie konnten belegen, welche

krankheitsauslösenden Effekte dauerhafter negativ wirksamer Stress (Disstress) hat (vgl. Birbaumer u.a., 2005).

Meyer (2001) setzt sich in seiner Untersuchung mit den Folgen psychosozialer Belastungen am Arbeitsplatz auseinander. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die psychosozialen Belastungen im Vergleich zu den psychomentalen, organisatorischen, körperlichen Belastungsarten und den Umgebungsbelastungen am wenigsten mit dem Gesundheitszustand korrelieren, dafür aber den höchsten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit haben.

Dabei ist zwischen Frauen und Männern und zwischen den Wirtschaftszweigen zu differenzieren. Der Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungen und dem Gesundheitsbefinden bei Frauen ist deutlich stärker ausgeprägt als bei Männern, und die psychosozialen Belastungen korrelieren unabhängig vom Geschlecht im Dienstleistungssektor stärker mit dem Gesundheitsbefinden als bei Beschäftigten im Industriesektor (vgl. Meyer, 2001).

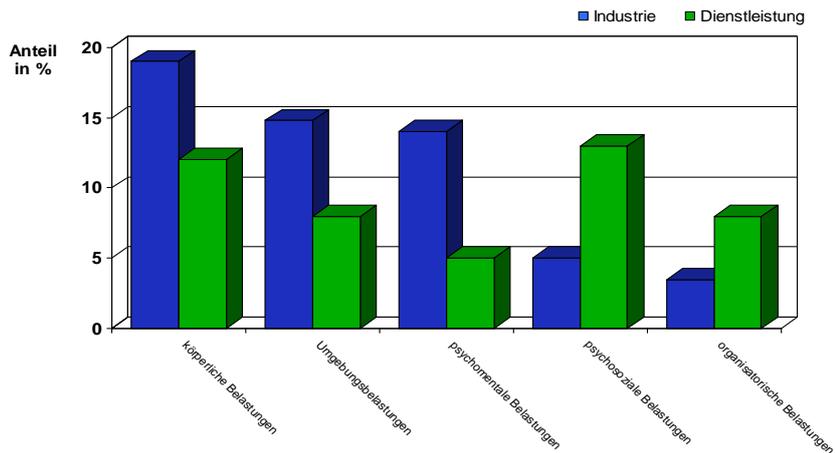
In seiner Untersuchung hat Meyer auch den Zusammenhang zwischen der Beziehung zum Vorgesetzten und der psychosozialen Belastung erhoben. Auch hier ist zwischen den Wirtschaftszweigen und dem Geschlecht zu differenzieren. Im Dienstleistungssektor sind es insbesondere die Männer, die die Beziehung zum Vorgesetzten als hoch bis sehr hoch belastend angaben. Im Industriebetrieb dagegen sind es die Frauen, die die Beziehung zu Vorgesetzten als stark belastendes Element einstufen.

Das wirft die Frage auf, ob Frauen in gewerblichen Unternehmen, wo sie nach wie vor im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen eher niedriger qualifizierten Tätigkeiten nachgehen, von den Vorgesetzten anders behandelt werden als ihre männlichen Kollegen. Auch in einer Umfrage der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (2000) wurde festgestellt, dass die Geschlechtertrennung eine Rolle spielt und die Diskriminierung aufgrund des Geschlechts nach wie vor groß ist. Frauen sind benachteiligt, was sich natürlich auch in betrieblichen Zusammenhängen niederschlägt. Das bedeutet für die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit, dass das Geschlecht eine

wichtige Rolle im Zusammenhangsgeflecht zwischen Führungskraft und Beschäftigtem spielt, was in entsprechenden Untersuchungen aufgeklärt werden sollte.

**Abbildung 3**

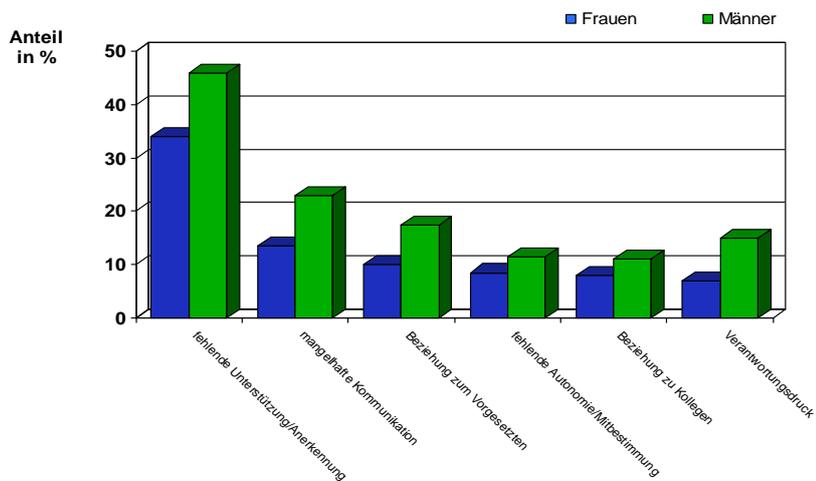
**Belastungsarten nach Wirtschaftssektoren:  
Hohe bzw. sehr hohe Belastung**



Quelle: Markus Meyer/ Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz/2001

**Abbildung 4**

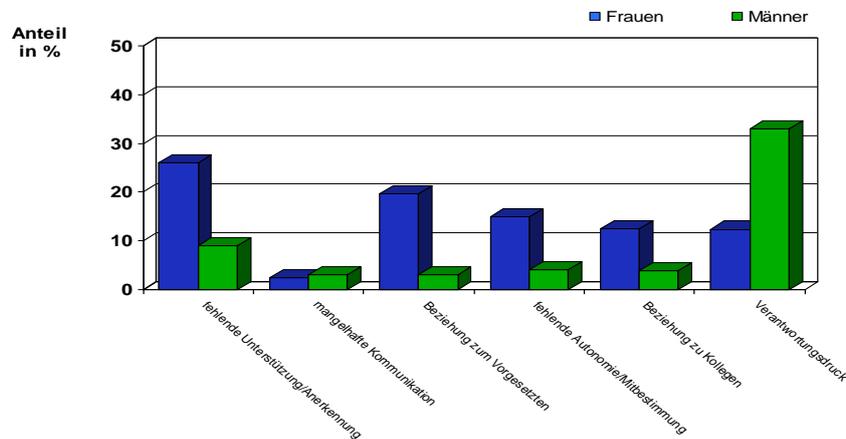
**Psychosoziale Belastungen im Dienstleistungssektor nach Geschlecht:  
Hohe bzw. sehr hohe Belastung**



Quelle: Markus Meyer/ Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz/2001

Abbildung 5

**Psychosoziale Belastungen im Industriesektor nach Geschlecht:  
Hohe bzw. sehr hohe Belastung**



Quelle: Markus Meyer/Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz/2001

Insgesamt kommt Meyer zu dem Ergebnis, dass Männer besonders durch Verantwortungsdruck belastet sind und Frauen stärker durch die Beziehung zu ihrem Vorgesetzten. In seiner Untersuchung ergibt sich eine Kombination von bestimmten psychosozialen Belastungsmomenten, die den größten negativen Einfluss auf das subjektive Gesundheitsbefinden hat: Eine hohe Verantwortung für die Arbeit, bei geringem Vertrauen von Seiten des Vorgesetzten.

In Umkehrung dieser Erkenntnis wirkt ein beschäftigten- und mitwirkungsorientierter Führungsstil belastungs- und fehlzeitenreduzierend, was auch in verschiedenen Studien bestätigt werden konnte (vgl. Friedel 2002, Stadler 2004, Spieß u.a., 2007).

Neben der direkten Belastung der Beschäftigten durch eine negative Beziehung zu ihrem Vorgesetzten (vgl. Seibel u.a., 1984) kann vermutet werden, dass die einzelnen psychosozialen Belastungen – wie fehlende Unterstützung und Anerkennung, mangelhafte Kommunikation, fehlende Autonomie/Mitbestimmung, negative Beziehungen zu Kollegen/innen und Verantwortungsdruck – mehr oder weniger stark bzw. direkt oder indirekt im Zusammenhang mit der Führung im Unternehmen stehen. Das bedeutet: Führungskräfte haben unmittelbar und mittelbar Einfluss auf die Belastungssituation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vgl. Ulich, 1998).

### 2.3.2.1 Soziale Unterstützung und andere Ressourcen

Ein Schlüsselbegriff in dem Zusammenhangsgeflecht zwischen Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten ist die soziale Unterstützung, die diese in ihrem Arbeitsumfeld erleben. „Befriedigende soziale Beziehungen wirken als „Puffer“ gegen Arbeitsstress und können das Erkrankungsrisiko herabsetzen“ (vgl. House, 1981 in Stadler u.a., 2000, S. 3).

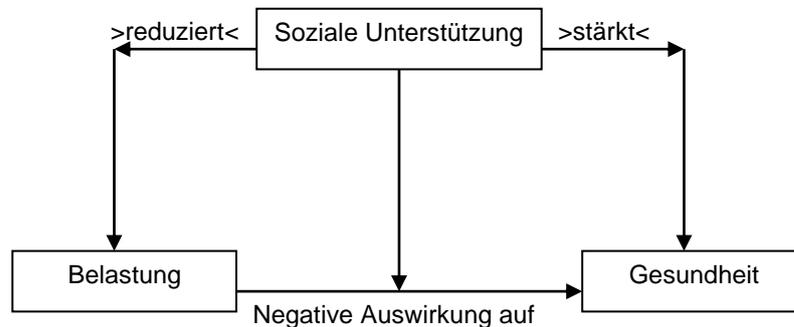
Stadler u.a. (2002) definieren soziale Unterstützung durch eine Reihe von Verhaltensweisen:

- „Materielle Unterstützung,
- Unterstützung durch helfendes Verhalten,
- Emotionale Unterstützung (z.B. durch Zuneigung, Vertrauen, Anteilnahme),
- Feed-back (z.B. soziale Bestätigung)
- Informative Unterstützung, Orientierungshilfe (z.B. durch Rat),
- Positive gesellige Aktivitäten (die dem Spaß und der Erholung dienen),
- Zugehörigkeit zu einem Netzwerk.“

(Stadler u.a., 2002, S. 8)

Durch diese Aufzählung wird deutlich, dass soziale Unterstützung ein weiteres Konstrukt darstellt, das mit dem Sozialkapital stark verknüpft ist. Auch hier finden sich Elemente, die wesentliche Bestandteile des zuvor definierten Sozialkapitalbegriffs darstellen.

Stadler und Spieß (2002) stellen einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Wohlergehen und Gesundheit her. Sie gehen davon aus, dass durch soziale Unterstützung arbeitsbedingte Belastungen reduziert werden und Stressoren besser bewältigt werden können. Zudem wirkt sie ihrer Ansicht nach als gesundheitsfördernde Ressource (vgl. Stadler u. Spieß, 2002).

**Abb.6: Effekte von sozialer Unterstützung auf Wohlergehen und Gesundheit**

Quelle: nach Stadler & Spieß, 2002 S.9 - Weiterentwicklung von Pfaff, 1998

Aber auch hier stellt die Interaktion zwischen Organisation, Führung und Beschäftigten ein Geflecht dar, in dem die Rolle der Führungskraft situativ wirksam wird. Allein die Dauer der Zugehörigkeit zum Betrieb stellt eine Einflussgröße dar, die vom Vorgesetzten zu berücksichtigen ist. Erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter brauchen routinebedingt weniger Unterstützung als Berufsanfänger. Bei Arbeitsaufgaben mit hohem Schwierigkeitsgrad bedarf es fachlicher Unterstützung und bei monotonen Aufgaben eher emotionaler Unterstützung (vgl. Stadler u.a., 2004). Ebenso spielt die Persönlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine große Rolle. Ob Unterstützung gegeben wird, hängt auch davon ab, wie sozial attraktiv sich der Empfänger darstellt und ob er sich selbst aktiv um eine Problemlösung bemüht hat. Außerdem gibt es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die eine Unterstützung von anderen nur schwer annehmen können und damit auf Dauer die Möglichkeit verspielen, soziale Unterstützung zu erhalten. Mit diesen Bedingungen umgehen zu können, gehört mit zu den notwendigen Kompetenzen einer Führungskraft. Nur wenn diese in der Lage ist, auf die unterschiedlichen Charaktere und Eigenschaften der Beschäftigten adäquat einzugehen, kann sie auch die positiven Effekte der sozialen Unterstützung freisetzen (vgl. Stadler u.a., 2004).

### 2.3.2.2 Kontrolle von Lebens- und Arbeitsbedingungen als wichtige Ressource

Eine weitere Ressource stellt das Gefühl der Kontrolle über die zu bewältigenden Aufgaben und Anforderungen dar (Karasek, 1990). Je größer das Ausmaß der Kontrolle über die Gestaltung der eigenen Arbeit ist, desto geringer sind die psychischen Anforderungen. Friedel (2002) konnte in seiner Studie zum Zusammenhang zwischen Anforderungen, Kontrolle und dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nachweisen, dass das gemeinsame Auftreten von hohen psychischen Anforderungen und geringer Kontrolle über die Arbeitsaufgaben sowohl mit mehr Arbeitsunfähigkeitsfällen als auch mit mehr Arbeitsunfähigkeitstagen verbunden ist als bei den anderen von Karasek beschriebenen Konstellationen. Im Umkehrschluss ist das Gefühl von Kontrolle positiv wirksam für die Gesundheit der Beschäftigten.

Nach Karasek (1990) sind die entscheidenden Merkmale zur Erfassung von Anforderungen und Kontrolle:

**Tab. 1: Merkmale zur Erfassung von Anforderungen und Kontrolle**

Psychische Anforderungen	Kontrolle über die Arbeitsaufgaben
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrem hoher Arbeitsanfall</li> <li>• Widersprüchliche Anforderungen</li> <li>• Nicht ausreichend Zeit, die Arbeit zu tun</li> <li>• Schnelles Arbeiten</li> <li>• Anstrengendes Arbeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeiten, immer etwas hinzuzulernen</li> <li>• Fähigkeiten können weiterentwickelt werden</li> <li>• Hohe Qualifikation erforderlich</li> <li>• Arbeit ist abwechslungsreich</li> <li>• Kreativität ist gefragt</li> <li>• Nicht repetitive Arbeit</li> <li>• Freiheit zu eigenen Entscheidungen</li> <li>• Ausführung der Arbeit kann bestimmt werden</li> <li>• Mitreden können bei der Arbeit</li> <li>• Teilnahme an wichtigen Entscheidungen</li> </ul>

Quelle: Freie Übersetzung nach Karasek und Theorell (1990, S. 337).

Wesentlich für die Situation der Kontrolle über die Arbeitsaufgaben sind somit u.a. die Arbeitsplatzgestaltung, die Fähigkeiten und Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber auch – wie schon zuvor beschrieben – das Ausmaß der Partizipation, das durch die Führungskraft ermöglicht wird.

### 2.3.2.3 Interne und externe Ressourcen

Bei der Klärung dieser Zusammenhänge muss berücksichtigt werden, dass betriebliche Bedingungen immer in zwei Richtungen wirksam werden können:

- als Risikofaktoren oder
- als gesundheitsförderliche Potentiale.

Ein und dieselbe Anforderung kann sich, je nach Ressourcenausstattung der betroffenen Person oder der Organisation, positiv oder negativ auswirken (vgl. Moldaschl, M. 2003).

Man unterscheidet zwischen internen und externen Ressourcen. Die externen setzen sich zusammen aus den organisationalen und den sozialen Bedingungen. Die internen Ressourcen bestehen aus den persönlichen Eigenschaften einer Person.

Organisationale Ressourcen beziehen sich auf die betrieblichen und berufsbezogenen Arbeitsbedingungen und Möglichkeiten, die es der arbeitenden Person erleichtern können, mit den Anforderungen zurechtzukommen (vgl. Udris und Rimann, 2000).

Die exakte Einordnung bestimmter Arbeitsmerkmale als Ressource, Anforderung oder Beanspruchung erweist sich jedoch als problematisch. So kann z.B. das Vorhandensein bestimmter Freiräume bei der Arbeitsgestaltung positive Auswirkungen haben, ihr Fehlen muss jedoch nicht zwangsläufig zu negativen Effekten führen; es ist sogar möglich, dass große Freiräume in entsprechenden Konstellationen negative Auswirkungen entfalten.

Hacker und Richter (1998) unterschieden im betrieblichen Zusammenhang drei Ressourcenbereiche und teilen sie nach internen und externen Ressourcen auf. Unter die externen Ressourcen fassen sie die organisationalen Ressourcen und die sozialen Ressourcen:

**Tab 2.: Systematisierung von Ressourcen**

<b>Organisationale Ressourcen</b>	<b>Soziale Ressourcen</b>
Aufgabenvielfalt	Soziale Unterstützung durch:
Vollständige Tätigkeitsstruktur	- Vorgesetzte
Handlungs- bzw. Tätigkeitsspielraum	- Kollegen/Kolleginnen
Qualifikationspotential	- Partner/Partnerin
Partizipationsmöglichkeiten	- andere Personen
Zeitelastizität	- Positives Sozial- und Arbeitsklima

Interne Ressourcen oder auch personale Ressourcen sind:

<b>Personale Ressourcen:</b>
Kognitive Kontrollüberzeugungen
Kohärenzerleben
Optimismus
Kontaktfähigkeit
Selbstwirksamkeit
Handlungsmuster
Bewältigungsstile
Wissen/Kompetenz

(vgl. Hacker u. Richter 1998)

Führung hat insbesondere Auswirkungen im Bereich der organisationalen und der sozialen Ressourcen. Sie entscheidet über die grundlegenden Strukturen im Betrieb und nimmt somit Einfluss auf die Aufgabengestaltung, den Handlungs- und Tätigkeitsspielraum, die Aus- und Weiterbildung, die Partizipationsmöglichkeiten usw. Die besondere Rolle der Führungskräfte im Bereich der sozialen Ressourcen konnte vielfach belegt werden. „Die bisher durchgeführten Untersuchungen weisen darauf hin, dass innerhalb der betrieblichen Organisation insbesondere die Vorgesetzten von zentraler Bedeutung für die Wahrnehmung von sozialer Unterstützung sind; außerhalb des Betriebs sind es vor allem die LebenspartnerInnen.“ (Kistler u.a., 2004, S. 21)

Soziale Unterstützung wird im betrieblichen Rahmen als konkrete Hilfestellung bei der Lösung von Problemen, Hilfestellung bei der Bewältigung von Aufgaben und auch als emotionale und bewertungsbezogene Unterstützung (z.B. Anerkennung) verstanden. Letztere hat für die positiven Auswirkungen sozialer Unterstützung eine besondere Bedeutung (vgl. Kistler u.a., 2004).

Führungskräfte haben somit den direkten Einfluss auf die Wahrnehmung sozialer Unterstützung als Unterstützende – und einen indirekten Einfluss als Gestalter der

sozialen Umgebung. Ihr Handeln wirkt sich zudem auf die soziale Unterstützung durch Kollegen aus. Das Betriebsklima wird von der Führungskraft mit beeinflusst (vgl. Kistler u.a., 2004).

Aber auch auf die personalen Ressourcen wirkt sich Führung im Betrieb aus. In der Gestaltung der Arbeitsorganisation liegt der zentrale Ansatzpunkt für die Entwicklung persönlichkeitsförderlicher Arbeit, die die menschliche Fähigkeit unterstützt, eigene Ziele selbst zu bestimmen und sie auch unter veränderten Rahmenbedingungen noch zu erreichen (vgl. Kistler u.a., 2004).

Stadler und Spieß (2003) bestätigen diesen Ansatz und legen dar, dass Führungskräfte auf drei Ressourcenbereiche wesentlich Einfluss nehmen können. Das sind

- (1) der organisationale Bereich  
(Aufgaben der Ergonomie und Sicherheitstechnik, die Gestaltung der Arbeitsplätze, der Handlungs- und Entscheidungsspielraum in den Arbeitsaufgaben, die Vollständigkeit der Arbeitstätigkeit und die Einbeziehung des Erfahrungswissens von Beschäftigten)
- (2) der personelle Bereich  
(Vermeidung von Über- oder Unterforderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Förderung ihrer Fähigkeiten, Hilfe bei der Karriereplanung) und
- (3) der soziale Bereich  
(Unterstützung durch Vorgesetzte, Unterstützung durch Kollegen).

Auch wenn die schematische Darstellung der drei Ressourcengruppen suggeriert, dass die individuellen Ressourcen unabhängig von den organisationalen und den sozialen Ressourcen sind, so sind diese doch miteinander verknüpft. Denn selbst wenn ausreichend externe Ressourcen vorhanden sind, heißt das nicht, dass jeder in der Lage ist, diese zu nutzen. Erst die personalen Ressourcen in Form von sozialen Fähigkeiten versetzen eine Person in die Lage, auf die vorhandenen externen Ressourcen zurückzugreifen und für sich zu nutzen (vgl. Kistler u.a., 2004; Mohr u.a., 1997).

Der Stressforschung ist es zu verdanken, dass es möglich wurde, die betrieblichen Bedingungen in ihren Auswirkungen als psychische Belastungen auf die Beschäftigtengesundheit zu beschreiben. Insbesondere das Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek (1990) trägt dazu bei, psychosoziale Belastungen einordnen zu können und Bedingungen beschäftigtenverträglicher zu gestalten. Sein in den 1970er Jahren entwickeltes Modell konzentriert sich auf Aspekte der Organisation von Arbeit und von Arbeitsinhalten, es teilt die psychischen Belastungen in zwei Gruppen ein:

- Psychische Anforderungen und
- Fehlende Kontrolle über die Arbeitsaufgabe

In vielen Untersuchungen konnte bestätigt werden, dass die Kombination von hoher Belastung mit geringer Kontrolle die größte negative Auswirkung auf die Beschäftigtengesundheit hat. Dabei spielt für das Gefühl der Kontrolle nicht nur die Gestaltung der Arbeit eine große Rolle, sondern auch die Ressourcen (Fähigkeiten) der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind entscheidend dafür, ob es zu einer Belastung kommt oder nicht.

## **2.4 Die organisationale Bewältigung (innerer und äußerer) betrieblicher Anforderungen und die psychosozialen Folgen**

Führung hat neben der Bedeutung für die Unternehmenskultur und dem direkten Einfluss auf die psychosozialen Bedingungen vor allem auch eine hohe Relevanz für den Unternehmenserfolg. Sie spielt insbesondere für die organisationale Bewältigung der äußeren Anforderungen eine besondere Rolle. Sowohl in den gewerblichen als auch den Dienstleistungsunternehmen haben sich die Anforderungen in den letzten Jahren zum Teil extrem verändert. Wesentliche Ursachen liegen dabei u.a. im hohen wirtschaftlichen Druck, in den Veränderungen, die sich durch den Wandel vom Verkäufer- zum Käufermarkt ergeben, in einem veränderten Technisierungsgrad und häufigen Veränderungen in der Arbeitsorganisation (vgl. Maintz, 2000).

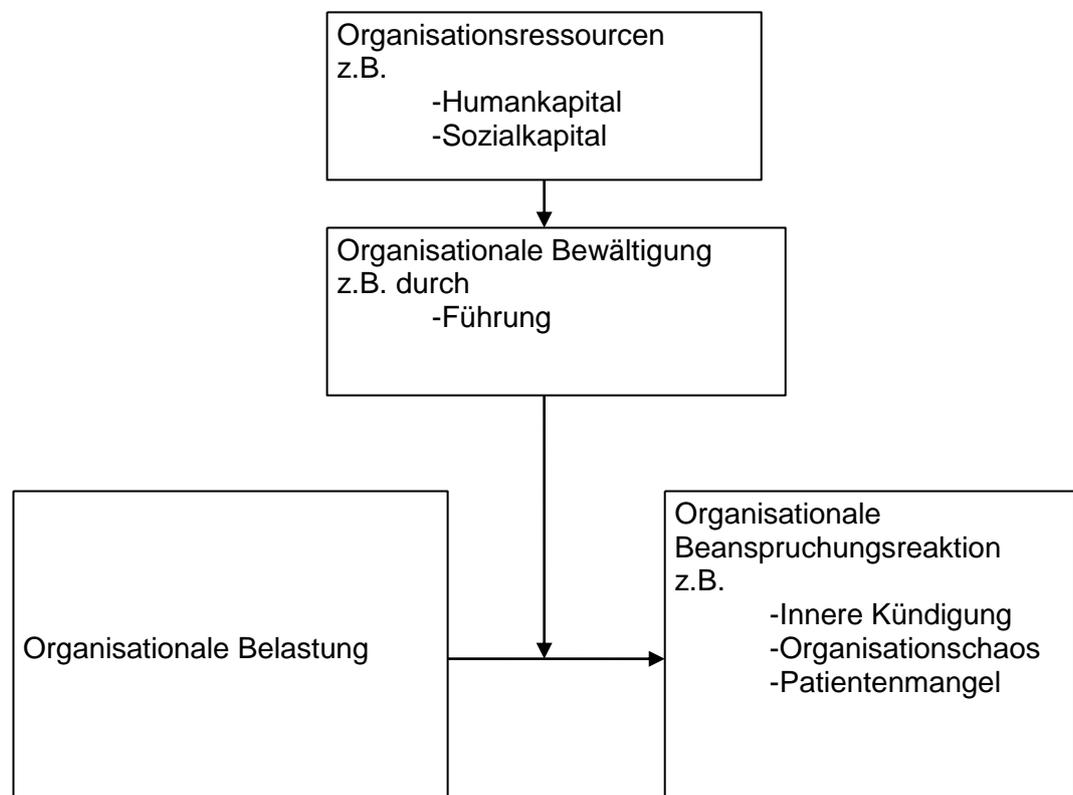
Die Führungskräfte eines Unternehmens sind je nach Hierarchieebene mehr oder weniger verantwortlich für die organisationale Bewältigung. Um den wirtschaftlichen Herausforderungen gerecht zu werden, ist es erforderlich, dass Führung in der Lage ist, strategisch und taktisch so zu organisieren, dass ein Unternehmen von den

Marktgegebenheiten kurz-, mittel- und langfristig profitiert. Die Vorgesetzten müssen das gesamte Kapital (auch Human- und Sozialkapital) zur Bewältigung der Situation bestmöglich mobilisieren (vgl. Pfaff, 2004). Das bedeutet, dass nicht nur der Umgang mit den monetären und materiellen Betriebsmitteln dafür entscheidend ist, wie sich der Betrieb positionieren kann, sondern es müssen alle Kapitalformen optimal organisiert bzw. gemanagt werden.

Aktuell setzt sich die Erkenntnis immer mehr durch, dass Auskünfte über die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens nicht nur auf Basis des Sach- und Humankapitals erfolgen können, sondern dass auch das Sozialkapital zur Berechnung der Produktivität mit herangezogen werden muss, um zu einer realistischen und aussagekräftigen Vorhersage zu gelangen (vgl. Badura u.a. 2003, Badura u.a. 2008).

Das Modell der organisationalen Bewältigung nach Pfaff (2004) macht deutlich, welchen Einfluss Führung auf Basis z.B. der Organisationsressourcen Sozial- und Humankapital auf die Bewältigung organisationaler Belastungen hat.

**Abb. 7: Das Modell der organisationalen Bewältigung nach Pfaff**



(Pfaff 2004, S. 91)

Die strategischen Entscheidungen der Führung – der Erfolg oder Misserfolg der organisationalen Bewältigung – haben große Auswirkungen auf die Belegschaft und somit auf den einzelnen Beschäftigten. Geht es dem Betrieb gut, dann profitieren auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von dieser Situation. Gerät ein Unternehmen in eine wirtschaftliche Krise, entsteht in der Regel Druck, und die Beschäftigten sorgen sich um ihre Arbeitsplätze. Haben Beschäftigte den Eindruck, dass ihr Betrieb erfolgreich und der einzelne Arbeitsplatz dadurch sicher ist, liegt nach einer Untersuchung von Zok (2006) die Krankenquote mit 63,1 % knapp 10 % unter der Krankenquote von 72,4 % bei Beschäftigten, die angaben, dass in den letzten 12 Monaten in ihrem Betrieb Personal abgebaut wurde (vgl. Zok. K., 2006 in Fehlzeiten Report 2005).

In einer Untersuchung von W. Stegmann (2000), die von 1996 bis 1999 mit insgesamt 2148 Beschäftigten durchgeführt wurde, konnte nachgewiesen werden, dass die Angst vor Arbeitsplatzverlust mit 68,4% an erster Stelle der benannten Ängste bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern liegt. Welche Folgen diese Angst für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten hat, wurde in verschiedenen Studien untersucht. Als sicher gilt die Erkenntnis, dass es einen Zusammenhang zwischen subjektiv empfundener Arbeitsplatzunsicherheit und einer Reihe von psychischen Erkrankungen gibt (vgl. Ferrie, 2006 in Fehlzeiten-Report 2005).

Selbst empfundene, subjektive Arbeitsplatzunsicherheit führt zwar zu einem nicht signifikanten Anstieg der ischämischen Herzkrankheit bei Männern, aber einem signifikanten Anstieg des nicht letalen Herzinfarktes bei Frauen in einem Zeitraum von zwei Jahren. Objektiv gegebene Arbeitsplatzunsicherheit dagegen führt erwiesenermaßen zu einem Anstieg der ischämischen Herzkrankheit bei beiden Geschlechtern (vgl. Ferrie, 2006 in Fehlzeitenreport 2005).

Angst führt, wenn sie über längere Zeiträume wirksam ist, somit direkt zu körperlichen Erkrankungen. Das Spektrum geht dabei von Wirbelsäulenerkrankungen bis hin zu Herzinfarkt, Gehirnschlag und Krebs (vgl. Uexküll u.a. 1990; Vester 1984, LASI 2002; Elkeles 1994; Lenhardt 1994, 2001; Osterholz 1991; Wagner-Link 1993).

Arbeitsplatzunsicherheit kann aber auch zu dem Phänomen des Präsentismus führen. In den letzten Jahren ist in der Gesellschaft der Trend zu verzeichnen, dass

Beschäftigte zur Arbeit gehen, auch wenn sie sich krank fühlen. Im Rahmen einer Studie der Universität Duisburg-Essen erklärten mehr als zwei Drittel (71,2%) der Befragten, dass sie im Jahr 2009 zur Arbeit gegangen sind, obwohl sie sich krank gefühlt haben (vgl. Schmidt u.a.,2010). Dieses Verhalten wird vielfach akzeptiert, führt aber in letzter Konsequenz nicht zu einer erhöhten Produktivität, da die Beschäftigten unter diesen Bedingungen nicht ausreichend leistungsfähig sind, sich die Fehlerwahrscheinlichkeit erhöht und es durch die Verschleppung der Krankheit wahrscheinlicher wird, dass der Betroffene sogar krankheitsbedingt länger ausfällt, als wenn er oder sie sich sofort auskuriert hätte. Letzteres wird bestätigt durch eine Studie aus Dänemark, in der nachgewiesen werden konnte, dass Beschäftigte, die öfter als sechsmal im Jahr krank zur Arbeit gegangen sind, eine um 74% höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, in den darauf folgenden zwei Jahren länger als zwei Monate auszufallen als andere Arbeitnehmer (vgl. Hansen u.a., 2009).

Neben den möglichen Auswirkungen von Arbeitsplatzunsicherheit auf die Gesundheit des Einzelnen lassen sich auch Effekte z.B. auf das Betriebsklima vermuten. Leymann (1995) konnte in seinen Untersuchungen zum Mobbing nachweisen, dass sich in einer Gruppe, die unter Druck gerät – z.B. durch drohenden Arbeitsplatzverlust – das Betriebsklima verschlechtert und je nach weiteren äußeren Bedingungen sogar Mobbing entstehen kann.

Allein Arbeitsplatzunsicherheit hat somit zwei negativ wirksame Komponenten: Zum einen beeinflusst sie das Betriebsklima durch ein erhöhtes Konfliktpotenzial, das insbesondere dann entsteht, wenn ein Konkurrenzkampf um die Arbeitsplätze durch das Fehlverhalten der Führungskräfte gefördert wird – und zum anderen kann die Sorge um den Arbeitsplatz für sich allein zum Krankheitsauslöser werden.

Die folgenden Studien untersuchten die Effekte von Personalabbau im Betrieb: Marr und Steiner (2003) haben in einer Befragung von Personalleitungen und Geschäftsführungen als häufigste negative Folgen die Zunahme eines negativen, krisenorientierten Denkens, Verschlechterung von Betriebsklima und Arbeitsmoral, weniger Arbeitszufriedenheit, sinkendes gegenseitiges Vertrauen und abnehmende Identifikation und Loyalität genannt bekommen.

In einer Studie von Weiss (2004) berichteten die Interviewpartner von einer Verringerung der sozialen Unterstützung unter den verbleibenden Beschäftigten und davon, dass Konflikte im und insbesondere zwischen den Teams zugenommen hätten, dass man ein stärkeres „Einzelkämpfertum“ vorgefunden habe und dass soziale Beziehungen mit den Arbeitskollegen/innen stark zurückgegangen seien. Weitere Studien von Manson (2000) und von Baeckmann (1998) beschreiben ähnliche Ergebnisse (vgl. Fehlzeitenreport 2006).

Wenn wir diese Aussagen mit dem Sozialkapitalbegriff abgleichen, so wird deutlich, dass die wesentliche Folge eines negativ verlaufenden Personalabbaus die ist, dass sich das Sozialkapital eines Betriebes verringert. Weitere Untersuchungen belegen, dass diese Effekte aber davon abhängig sind, wie mit Personalabbau u.a. von Seiten der Führung umgegangen wird. Denn in den zuvor benannten Studien finden sich auch Ergebnisse, die beschreiben, dass Teams nach Personalabbau mehr zusammenrücken und die gegenseitige Unterstützung zunimmt (vgl. Baeckmann 1998; Weiss 2004). Organisationale Faktoren, die dabei eine besondere Rolle spielen, sind Fairness, Vertrauen und Kommunikation – Faktoren, die entscheidend durch die Führungskräfte mit beeinflusst werden. Insbesondere Vertrauen in die Führung und eine transparente Kommunikation können die negativen Effekte des Personalabbaus abfangen (vgl. Baeckmann 1998; Caplan u.a. 1997; Weiss 2004).

Der Erfolg oder Misserfolg des organisationalen Handelns spielt somit eine große Rolle für die wirtschaftliche Situation eines Betriebes und diese wiederum hat Auswirkungen auf die „Gesundheit“ eines Unternehmens und seiner Beschäftigten. Nur dann, wenn die Zukunft eines Betriebes gesichert ist und der Erfolg auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erlebbar wird, können diese sich sicher fühlen und müssen keine Angst vor Arbeitsplatzverlust haben.

Darüber hinaus kann jedoch davon ausgegangen werden, dass – neben den grundlegenden Strukturen eines Betriebes – jede Entscheidung des Managements mehr oder weniger bedeutsame Auswirkungen auf die Beschäftigten hat. Semmer und Mohr (2001) haben im Rahmen ihrer Stressforschung weitere gesundheitsrelevante Aspekte der organisationalen Bedingungen identifiziert:

1. Status und Anerkennung
2. Unternehmenspolitik
3. Kontrolle und Einfluss
4. Zukunftsaussichten

(vgl. Semmer u. Mohr, 2001).

Neben der Arbeitsplatzsicherheit sind hier wesentliche Merkmale aufgezählt, die auch in der INQA-Studie „Was ist gut Arbeit“ (vgl. Fuchs u.a., 2006) von den Befragten als wichtige Bedingungen am Arbeitsplatz beschrieben wurden. Damit wird den von Semmer u. Mohr (2001) identifizierten organisationalen Bedingungen vor allem aus Sicht der Beschäftigten eine große Rolle zugeschrieben.

Die organisationalen Bedingungen eines Unternehmens sind also insgesamt sehr bedeutsam für die Beschäftigten. Das bezieht sich auf den gesamten Betrieb (Arbeitsplatzsicherheit oder Arbeitsplatzunsicherheit), aber auch auf jeden einzelnen Mitarbeiter/jede einzelne Mitarbeiterin (Aufstiegschancen). Hier spielt die Zufriedenheit der Beschäftigten eine große Rolle. Herzberg u.a. (1959) haben Ende der 50er Jahre die so genannte Zwei-Faktoren-Theorie entwickelt, in der sie darstellen, welche Bedingungsfaktoren zu Arbeitszufriedenheit und Motivation führen. Sie haben dabei herausgefunden, dass es unterschiedliche Faktoren sind, die zur Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsunzufriedenheit führen. Zum einen sind das die „Hygienefaktoren“, die für das Fehlen oder Vorhandensein von Arbeitsunzufriedenheit bedeutsam sind, zum anderen sind es die Motivatoren, die für die Entwicklung von Arbeitszufriedenheit eine entscheidende Rolle spielen:

#### **Abb. 8: Zwei-Faktoren-Theorie nach Herzberg**

##### **Unterscheidung zwischen**

##### **Hygienefaktoren (Unzufriedenheitsfaktoren):**

- **Unternehmenspolitik**, z.B. Betriebspolitik und Verwaltung
- **Personalführung**, z.B. Art der Mitarbeiterführung
- **Arbeitsbedingungen**, z.B. physische Bedingungen am Arbeitsplatz
- **Sicherheit** des Arbeitsplatzes
- **Geld**, z.B. Entlohnung der Beschäftigten
- **Personelle Beziehungen**, z.B. zu Vorgesetzten und Kolleginnen, Kollegen

und

##### **Motivatoren (Zufriedenheitsfaktoren):**

- **Arbeit selbst**, z.B. Inhalt der Aufgabe
- **Leistungserfolg**, z.B. Erfolgserlebnisse mit Selbstbestätigung
- **Anerkennung**, z.B. Lob des Vorgesetzten für gute Arbeit
- **Verantwortung**, z.B. aufgabenbezogene Verantwortung
- **Aufstiegschancen**, z.B. Beförderungssystem
- **Entfaltung**, z.B. Möglichkeiten der Selbstentfaltung

(vgl. Olfert., 2008)

Die genannten Hygienefaktoren sind überwiegend den organisationalen Bedingungen und der direkten Führungskraft eines Unternehmens zuzuordnen. Das bedeutet, dass damit Führung auch für die Entstehung bzw. für das Ausbleiben von Arbeitszufriedenheit von großer Bedeutung ist. Im Bereich der Motivatoren sind es die Aufstiegschancen, die Möglichkeit sich weiterzuentwickeln und die Anerkennung, die – als organisationale Bedingung und durch Führungsverhalten vermittelt – Motivation bewirken können.

## **2.5. Die Merkmale und Folgen defizitären Führungsverhaltens**

Laut Spieß u.a. 2007 erklären sich viele Vorgesetzte nur in geringem Ausmaß für belastungs- und gesundheitsrelevante Prozesse im Betrieb verantwortlich, sehen aber gleichzeitig einen großen Unterstützungsbedarf bei Themen, die die Kommunikation und die psychosozialen Bedingungen betreffen. In einer Untersuchung von Stadler u.a. (2003) gaben die befragten Führungskräfte zu 53% an, dass sie sich insbesondere in Bezug auf psychische Fehlbelastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Umgang mit Konflikten, Mobbing, Burnout etc.) mehr Unterstützung wünschen. Sie erklären dieses Ergebnis damit, dass Führungskräfte auf ihre Führungsaufgaben, insbesondere die „Soft Skills“ (weiche Faktoren wie Kommunikation, Betriebsklima, Umgang mit Konflikten usw.) nicht immer gut vorbereitet sind, was wiederum die Folge der Einstellungspraxis in den Betrieben (Fokussierung auf fachliche Qualifikation) sei (vgl. Stadler u.a., 2003).

Eine weitere Ursache für diese Defizite sei die Problematik, dass diese Themen in der Ausbildung (z.B. im Studium) nach wie vor vernachlässigt würden. Die Fokussierung auf die betriebswirtschaftlichen Aspekte – ohne Berücksichtigung der weichen Faktoren – spiegelt sich laut Spieß (2007) nicht nur in der Ausbildung, sondern auch in Führungskräfte trainings wider. Auch in diesem Bereich der Qualifizierung werden die Aspekte des gesundheitsgerechten Führens nur selten vermittelt (vgl. Spieß, 2007).

Dass ein defizitäres Führungskräfteverhalten negative Folgen für den Betrieb hat und sich auch in den Krankenständen widerspiegelt, konnte mehrfach nachgewiesen

werden (vgl. Seibel u.a., 1984; Schwartz u.a., 1993; Holzer, 1993; Kowalski, 1995; Zapf 1999; Strobel u.a., 1997; Nieder, 2000; Westerhoff, 2002; Badura u.a., 2008;). Dabei sind es vor allem die Folgen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gut untersucht sind. Eine erhöhte Stressbelastung sowie Absentismus sind die negativen Auswirkungen dieser Situation.

Was sind aber die Verhaltensweisen der Führungskräfte, die zu diesen negativen Folgen führen? Heckhausen (2000) hat in ihrer Analyse mehrerer Studien festgestellt, dass das Führungsverhalten von Vorgesetzten einen Einfluss auf die Fehlzeitenquote hat, und die entsprechenden Führungsfehler herausgearbeitet.

#### **Varianten defizitären Führungsverhaltens:**

- Zu geringe Anerkennung der Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Zu häufige und unsachliche Kritik
- Mangelnde Sinnvermittlung der Arbeit
- Nichteinhalten von Versprechen über Entwicklungsmöglichkeiten
- Zu wenig Weiterbildungsangebote
- Zu wenig Berücksichtigung der persönlichen Berufsziele
- Leistungsziele werden nicht realistisch gesetzt, dadurch kommt es zu Zeitdruck
- Ungerechte Arbeitsverteilung und fehlende Gleichbehandlung
- Zu ausgeprägte Kontrolle
- Unklare und oder wechselnde Zielvorgaben
- Zu geringe Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Zu geringe Einarbeitung in neue Aufgaben
- Zu häufige Versetzung an verschiedene Arbeitsplätze und kurzfristige Änderungen der Tätigkeitsinhalte
- Vorenthalten von Information
- Häufiges Einmischen in Delegationsbereiche
- Konzentration auf Sachaufgaben und dabei Vernachlässigung der Personenaufgaben
- Autoritäres Führungsverhalten

Vgl. Aspekte defizitären Führungsverhaltens aus der Perspektive von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach Heckhausen, 2000. In Bundesverband der Unfallkassen (2007).

Die INQA-Studie, „Was ist gute Arbeit“ (vgl. Fuchs, 2006) spiegelt in ihrer repräsentativen Befragung wider, was Beschäftigte als besonders wichtig erachten, um sich an ihrem Arbeitsplatz wohlfühlen zu können. Neben der Einkommens- und Beschäftigungssicherheit, die 92% bzw. 88% der Befragten als besonders wichtig benannten, wurden vor allem soziale Aspekte aufgeführt. Die Behandlung „als Mensch“ durch Vorgesetzte, die Förderung der Kollegialität und kein Leistungswettbewerb unter den Kolleginnen und Kollegen waren hier Merkmale, die häufig benannt wurden. Bezogen auf die Führungskräfte erklärten die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, dass gute Arbeitsplanung, Anerkennung und Kritik, sich um die fachliche und berufliche Entwicklung kümmern und bei der Arbeit unterstützen wichtige Aufgaben sind, die ihre Vorgesetzten erfüllen sollen (vgl. Fuchs u.a., 2006).

Stadler und Spieß (2003) untersuchten in ihrer Literaturstudie auch die Folgen von Führungsverhalten und hier insbesondere den Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Stresserleben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vgl. Stadler u.a., 2003). Einige wesentliche Beispiele, die die Zusammenhänge verdeutlichen, sind:

- Fehlende Anerkennung durch Vorgesetzte führt zu einem negativen Selbstwertgefühl
- Burnout nimmt ab, wenn den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Autonomie eingeräumt und Unterstützung angeboten wird
- Ein mitwirkungsorientierter Führungsstil führt zu einer positiveren Einstellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu ihrer Arbeit – die Übernahme von Verantwortung wird aber von einigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Belastung empfunden
- Probleme mit Vorgesetzten führen häufig zu psychischen Belastungen
- Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil wirkt belastungs- und fehlzeitenreduzierend – ein autoritärer Führungsstil zu höheren Belastungen und Fehlzeiten
- Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz korreliert hoch mit Fehlzeiten. Zufriedenheit mit der als positiv empfundenen Führung gilt als zentraler Faktor für Arbeitszufriedenheit
- Führungsdefizite und hoher Krankenstand hängen stark zusammen – der Führungsstil der Vorgesetzten ist ein wichtiger Indikator für „krankheitsbedingte“ Fehlzeiten

vgl. Stadler und Spieß (2003).

## 2.6 Die Merkmale gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens

Auch die direkte Kommunikation zwischen Führungskraft und Mitarbeiter/in wirkt sich auf die Beschäftigtengesundheit aus. Ist die Kommunikation ständig von Konflikten bestimmt oder nimmt eine Führungskraft eine/n Mitarbeiter/in nicht wahr und übersieht das Engagement, wirkt sich das negativ auf die Gesundheit aus – wobei gegebenenfalls auch die Führungskraft unter einer negativen Kommunikationssituation leidet.

Führungskräfte und Beschäftigte befinden sich in einem sozialen Prozess, in dem sie, ihrem impliziten Vorverständnis von Führung entsprechend, gemeinsam die Führungssituation konstruieren (vgl. Manchen-Spörri, 2000). Das bedeutet, dass die Steuerung des Miteinanders im Betrieb nicht allein von der Führungskraft ausgeht, wie es in einigen Führungstheorien dargelegt wird. Natürlich hat die Führungskraft durch ihre Funktion und ihre Position in der Regel den entscheidenden Anteil an der Gestaltung der sozialen Bedingungen, aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spielen dabei eine bestimmende Rolle.

Zudem ist die Eingebundenheit in die Unternehmenskultur eine wesentliche Determinante für Führungsverhalten im Betrieb. Wie sich das Führungsverhalten auf die psychosozialen Bedingungen auswirkt und welche Verhaltensweisen sich nachweislich positiv für die Beschäftigten auswirken, soll hier skizziert werden. Badura u. a. (2003) haben die gesundheitlich positiv wirksamen Aspekte sozialer Systeme ausgerichtet am aktuellen Stand der Wissenschaft zusammengefasst:

1. Hohes Ausmaß an sozialer Gleichheit
2. Großer Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen
3. Hohe Identifikation mit übergeordneten Zielen
4. Hohes Vertrauen in die Führung
5. Hohes Ausmaß an Partizipation
6. Hohes Ausmaß an Vertrauen und Kooperation
7. Großer Umfang und hohe Qualität sozialer Beziehungen
8. Positive Beziehungen am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitsteam
9. Hohe Qualität der sozialen Kompetenz
10. Hohe Identifikation mit der Arbeit

(vgl. Badura u.a., 2003)

Mit diesen zehn Thesen beschreiben die Autoren die Vision einer gesunden Organisation (vgl. Badura, 2003). Führungskräfte nehmen auf jeden dieser Aspekte Einfluss. Bewusst oder unbewusst sind sie je nach Position Gestalter bzw. Mitgestalter der hier beschriebenen Bedingungen.

Dabei stehen sie – wie zuvor beschrieben – im ständigen Austausch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sie sind konfrontiert mit einer oder mehreren Gruppen, die – je nachdem, wie lange sie in dieser Zusammensetzung bestehen – ihre eigene Dynamik entwickelt haben. Kommt eine Führungskraft neu in eine solche Gruppe, geht die soziale Gestaltung zunächst stärker von der Gruppe aus. Je nach Geschick der Führungskraft gelingt es ihr früher oder später – manchmal gar nicht – den sozialen Umgang dieser Gruppe zu beeinflussen (vgl. Badura, 2003).

In den letzten Jahren entfernt sich die Führungslehre davon, bestimmte Führungsstile wie z.B. den kooperativen Führungsstil als besonders wirksam hervorzuheben. Die Ausrichtung entwickelt sich eher in Richtung grundlegender Eigenschaften, die eine Führungskraft mitbringen oder erlernen sollte. Als wichtige Eigenschaft wird z.B. die Authentizität einer Führungskraft in Kombination mit einem situativen Führungsstil hervorgehoben (vgl. Goleman, 2003). Aber auch die in vielen Führungsschulungen vermittelten Führungsgrundsätze wie Anerkennung und Wertschätzung, Gerechtigkeit, adäquate Information, positive Kommunikation, Kontrolle, Motivation und Sinnvermittlung, Vertrauen, Vorbildfunktion und Selbstmanagement stehen für effektive und gesundheitsförderliche Führung (vgl. Jäger, 2002).

Daniel Goleman verfolgt in seinem Buch „Emotionale Führung“ (2003) einen ähnlichen Ansatz. Er beschreibt u.a., wie eine Führungskraft ein emotionales Klima schafft, das kreative Innovationen, Höchstleistungen und gute dauerhafte Kundenbeziehungen fördert (vgl. Goleman, 2003). Er bezieht sich in seinen Ausführungen sehr stark auf die emotionale Beziehung der Beschäftigten zu ihrer Führungskraft, die – je nachdem ob sie als positiv oder negativ einzustufen ist – auch Auswirkungen auf die Beziehungen innerhalb der Gruppe hat. Wenn man das mit der Sozialkapitaltheorie, wie sie von Badura und Heilmann (2003) beschrieben wird, abgleicht, belegen seine Ausführungen, dass die Führungskraft den entscheidenden, wenn nicht sogar größten Einfluss auf die Güte der sozialen Beziehungen innerhalb der Gruppe nimmt.

Nach Goleman ist Führung dann positiv wirksam, wenn sie resonant ist. Das bedeutet, die Führungskraft stellt sich auf die Gefühle der Beschäftigten ein und lenkt sie in eine positive Richtung. Dabei muss sie authentisch und überzeugend wirken, was ihr nur durch Ehrlichkeit gelingt (vgl. Goleman, 2003).

Er sieht den Schlüssel eines effektiven Führungsstils in der emotionalen Intelligenz der Führungskraft. Sein Modell beschreibt vier Domänen emotionaler Intelligenz und neunzehn damit verbundene Fähigkeiten:

### **„Domänen emotionaler Intelligenz und damit verbundene Fähigkeiten**

#### Persönliche Kompetenzen:

Diese Fähigkeiten bestimmen, wie gut wir uns selbst managen.

#### **SELBSTWAHRNEHMUNG**

- Emotionale Selbstwahrnehmung: sich der eigenen Emotionen und ihrer Wirkung bewusst sein; sich bei Entscheidungen auch von der Intuition leiten lassen
- Zutreffende Selbsteinschätzung: seine Stärken und Grenzen kennen
- Selbstvertrauen: sich seines Wertes und seiner Fähigkeiten bewusst sein

#### **SELBSTMANAGEMENT**

- Emotionale Selbstkontrolle: negative Emotionen und Impulse unter Kontrolle halten
- Transparenz: Aufrichtigkeit, Integrität und Vertrauenswürdigkeit vermitteln
- Anpassungsfähigkeit: flexibel an Veränderungen anpassen oder Hindernisse überwinden
- Leistung: der Antrieb, die Leistung zu verbessern, um dem hohen persönlichen Standard gerecht zu werden
- Initiative: die Bereitschaft, zu handeln und Gelegenheiten zu ergreifen
- Optimismus: die positiven Aspekte einer Situation sehen

#### Soziale Kompetenz:

Diese Fähigkeiten bestimmen, wie gut wir Beziehungen managen.

## SOZIALES BEWUSSTSEIN

- Empathie: die Emotionen anderer wahrnehmen, ihre Sicht der Dinge verstehen und aktives Interesse für ihre Anliegen zeigen
- Organisationsbewusstsein: Interessengruppen, Entscheidungsnetzwerke und ungeschriebene Regeln in einer Organisation erkennen
- Service: die Bedürfnisse von Mitarbeitern, Klienten oder Kunden erkennen und erfüllen

## BEZIEHUNGSMANAGEMENT

- Inspirierende Führung: mit einer überzeugenden Vision lenken und motivieren
- Einfluss: verschiedene Techniken einsetzen, um andere zu überzeugen
- Die Entwicklung anderer fördern: die Fähigkeiten anderer durch Feedback und Anleitung verbessern
- Veränderungskatalysator: Veränderungen initiieren, managen und lenken
- Konfliktmanagement: Meinungsverschiedenheiten lösen
- Bindungen aufbauen: ein Netz von Beziehungen aufbauen und aufrechterhalten
- Teamwork und Kooperation: Zusammenarbeit und Teambildung“

(Goleman, 2003, Seite 61)

Im Rahmen verschiedener Untersuchungen wurden erfolgreiche und weniger erfolgreiche Führungskräfte bezogen auf die einzelnen Fähigkeiten emotionaler Intelligenz verglichen. Die erfolgreichen und effektivsten hatten häufig rund ein halbes Dutzend dieser Fähigkeiten - mindestens aber eine Kompetenz in jeder der vier Domänen (vgl. Goleman, 2003).

Insbesondere die Domänen SOZIALES BEWUSSTSEIN und BEZIEHUNGSMANAGEMENT sind für die Qualität der Beziehungen zwischen den Beschäftigten von entscheidender Bedeutung. Die Fähigkeiten, die hier beschrieben werden, haben direkten Einfluss auf die Interaktionen zwischen Führungskraft und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, zwischen den Beschäftigten untereinander und ggf. zwischen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Kunden.

Ein anderer Ansatz, Führungsverhalten und seine Auswirkungen zu beschreiben, ist die Einteilung in Dimensionen der Führung. Dabei sind bisher drei Dimensionen gut untersucht:

1. die Aufgabenorientierung
2. die Mitarbeiterorientierung und
3. die Mitwirkungsorientierung einer Führungskraft.

(vgl. Bundesverband der Unfallkassen, 2007).

Bei einer hohen Aufgabenorientierung steht die Erfüllung bzw. Erreichung der betrieblichen Ziele stark im Vordergrund und alle – auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – haben sich diesen Zielen unterzuordnen. Die unternehmerischen Ziele werden hier von den Führungskräften definiert, an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergeleitet und ihre Aufgaben werden zugeordnet und anschließend kontrolliert (vgl. Spieß u.a. 2007). Diese Dimension ist zentraler Bestandteil des Führens auf ein Ziel hin. Sie findet ihre Entsprechung in den Ansätzen vieler Unternehmensberatungen, die „Management by Objectives“ als Weg zum Erfolg vermitteln. Sie hat auch ihre grundlegende Berechtigung, um wirtschaftlichen Erfolg zu sichern, sollte aber unbedingt durch die Dimensionen des mitarbeiter- und mitwirkungsorientierten Führungsverhaltens ergänzt werden (vgl. Bundesverband der Unfallkassen, 2007).

Die Mitarbeiterorientierung räumt den Beschäftigten mehr Handlungsspielraum ein. Der „Mensch“ steht im Zentrum des Führungsverhaltens und es ist gekennzeichnet dadurch, dass sich die Führungskraft z.B. um ein gutes Betriebsklima, die Schaffung eines vertrauensvollen Miteinanders und die berufliche und persönliche Weiterentwicklung der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters kümmert (vgl. Spieß u.a., 2007).

Die Erweiterung des Handlungsspielraums der Beschäftigten führt in der Regel dazu, dass sich auch die Kontrolle über die Aufgabe erhöht. Das wiederum führt, wenn wir die Ergebnisse Karaseks (vgl. Karasek, 1990) berücksichtigen, zu einer Reduzierung der psychosozialen Belastung.

Dabei soll die Führungskraft sich um die Etablierung eines freundlichen Arbeitsklimas kümmern und empathisch auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingehen. Vorteil eines erfolgreichen mitarbeiterorientierten Führungsverhaltens ist die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und im Idealfall die Senkung der Fehlzeiten (vgl. Bundesverband der Unfallkassen, 2007).

Als dritte Dimension wird hier die Mitwirkungsorientierung beschrieben. „Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen zu beteiligen und auf ihre Fachkompetenz und ihr Fachwissen systematisch zuzugreifen, sind wesentliche Merkmale des mitwirkungsorientierten bzw. partizipativen Führungsstils.“ (Bundesverband der Unfallkassen, 2007, S. 4) Dabei ist aber zu beachten, dass diese Dimension der Führung auch eine hohe Selbstständigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfordert, die obendrein verknüpft ist mit einem angemessenen fachlichen Qualifikationsniveau und entsprechenden sozialen Kompetenzen. Außerdem erfordert dieser Ansatz auch die grundsätzliche Bereitschaft der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters, Verantwortung zu übernehmen. (vgl. Bundesverband der Unfallkassen, 2007).

Deshalb gilt hier eine gezielte Förderung der Beschäftigten als wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung dieses Führungsverhaltens (vgl. Ritter u.a., 2000).

Der Fokus der Führungskraft liegt dann auch eher auf der Begleitung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin und der regelmäßigen Rücksprache bei der Gestaltung von Arbeitsplänen und -aufgaben als auf der Anleitung und Anweisung (vgl. Bundesverband der Unfallkassen, 2007).

**Tab. 3: Wesentliche Merkmale von Führungsstilen aufgeschlüsselt nach den Dimensionen: aufgaben-, mitarbeiter- und mitwirkungsorientiert**

Aufgabenorientierung	Mitarbeiterorientierung	Mitwirkungsorientierung
Betriebliche Zielerreichung	Gutes Betriebsklima	Selbstbestimmung
100% Verantwortung bei Führung	Mittragen von Verantwortung	Erweiterte Handlungsspielräume
Aufgabenverteilung durch Vorgesetzte	Entwicklung der Person	Übertragung von Kontrollaufgaben
Aufgabenkontrolle durch Vorgesetzte	Empathie und Vertrauen	Weiterqualifizierung
Rückmeldungen als Kontrollmechanismus	Persönliche Gespräche	Rückmeldungen prozessorientiert
Kommunikation oft hierarchisch u. einseitig	Kommunikation kooperativ	Kommunikation kooperativ
Motivation durch Leistung	Motivation durch Zufriedenheit	Motivation durch Verantwortung

(vgl. Bundesverband der Unfallkassen, 2007)

Die zuvor beschriebenen Untersuchungen und Erkenntnisse belegen, dass das Thema Führung und Gesundheit bezogen auf Teilaspekte des Zusammenhangsgeflechtes zwischen Führungskräften, ihrem Handeln und den Auswirkungen auf die Beschäftigtengesundheit eine Reihe wichtiger und für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter relevante Erkenntnisse erbracht hat.

## **2.7 Zusammenfassung und Überblick über wichtige Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Beschäftigtengesundheit und Führung belegen**

Die Mechanismen, die den Einfluss der Führungskräfte auf die Beschäftigtengesundheit erklären, lassen sich in ihrer Gesamtheit nur schwer fassen. Dass Führungskräfte einen starken Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit haben, konnte jedoch durch eine Reihe von Untersuchungen belegt werden. Es handelt sich

dabei um Untersuchungen, die sich mit dem Zusammenhang zwischen dem Vorgesetztenverhalten und gesundheitlichen Beschwerden, aber auch Fehlzeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigten. Im Folgenden sollen die wichtigsten dargestellt werden.

Im Rahmen von Tagebuchprotokollen konnten Schwartz und Stone (1993) nachweisen, dass belastende arbeitsbezogene Ereignisse mit einem Anteil von 75 % im zwischenmenschlichen Bereich lagen und damit wesentlich bedeutsamer für die Beschäftigtengesundheit einzustufen sind als die Auseinandersetzung mit der Arbeitsaufgabe. In einer ähnlichen Studie von Zapf (1999) waren es die Konflikte mit Vorgesetzten, Kollegen/innen und Kunden, die 71% aller negativen Tagebucheinträge bestimmten.

Arbeitsunzufriedenheit als Indikator für negativ wirksame Belastungen im Arbeitsumfeld steht nach einer Untersuchung von Holzer (1993) in einem starken Zusammenhang mit der Absentismusbereitschaft. Und in einer Studie von Seibel und Lühring (1984) gab es einen starken Zusammenhang zwischen psychischen Beschwerden der Beschäftigten und Ärger mit Vorgesetzten. Fehlende Unterstützung von Vorgesetzten wurde in einer Untersuchung von Strobel und Krause (1997) von den dort befragten Bauleitern als Stressursache bewertet. Nieder (2000) berichtet von Auswertungen im VW-Konzern, die belegen, dass Vorgesetzte ihre Fehlzeiten in andere Abteilungen mitnehmen. Bei einer größeren Versetzungsaktion wurde festgestellt, dass sich der Krankenstand bei Vorgesetzten, die aus einem Bereich mit hohen Fehlzeiten in einen Bereich mit niedrigen Fehlzeiten versetzt wurden, schnell erhöhte.

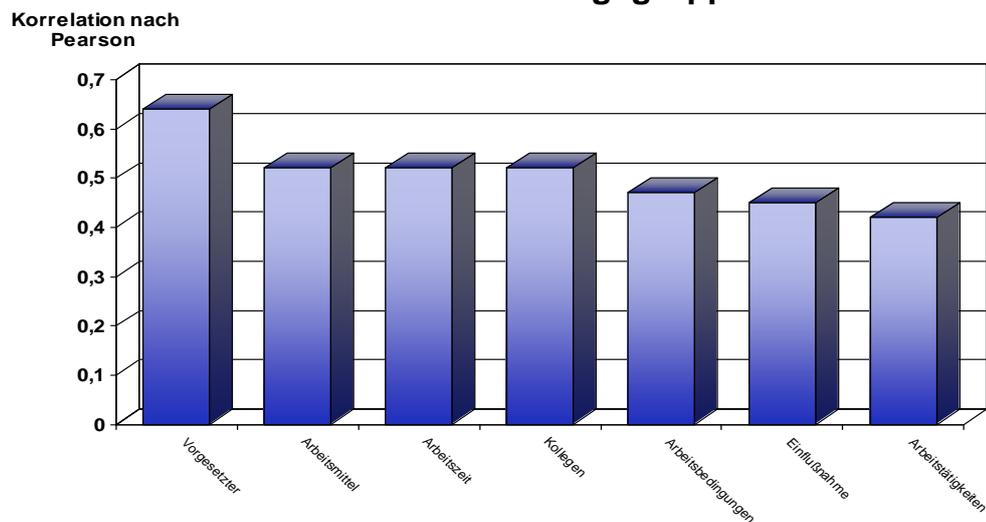
Badura u.a. (2008) konnten nachweisen, dass es einen linearen Zusammenhang zwischen dem gesundheitlichen Befinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Qualität der Arbeitsbedingungen, der Stärke der sozialen Bindungen, der Qualität der Führung und der Höhe der Mitarbeiterorientierung gibt.

In all diesen Studien wird deutlich, dass die Interaktion zwischen Führungskräften, Organisation und Beschäftigten eine wesentliche Rolle für die gesundheitlichen Bedingungen im Betrieb spielt; der Anteil des Führungskräfteverhaltens nimmt dabei jedoch den höchsten Stellenwert ein (Westerhoff, 2002).

Die folgende Grafik gibt die Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und einigen im betrieblichen Alltag vorhandenen Belastungsgruppen wieder. Dabei wurde den Vorgesetzten im Vergleich zu den anderen Belastungsgruppen der größte Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit zugeordnet.

**Abbildung 9**

### Zusammenhänge zwischen der Arbeitszufriedenheit und Belastungsgruppen



Quelle: BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheit

Neben dem Einfluss der Führungskräfte auf die Gesundheit der Beschäftigten haben diese aber auch einen starken Einfluss auf die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Anwesenheit im Betrieb. Schmidt (1996) konnte den Einfluss des Vorgesetztenverhaltens auf das Fehlzeitenverhalten der Beschäftigten nachweisen. Insbesondere ein mitarbeiter- und mitbestimmungsorientierter Führungsstil wirkte positiv auf die Anwesenheit im Betrieb (Bayard, 1997; Karasek, 1990).

### 3 Eine Beschreibung des Führungskräfte-Einflusses, das so genannte Vier-Ebenen-Modell

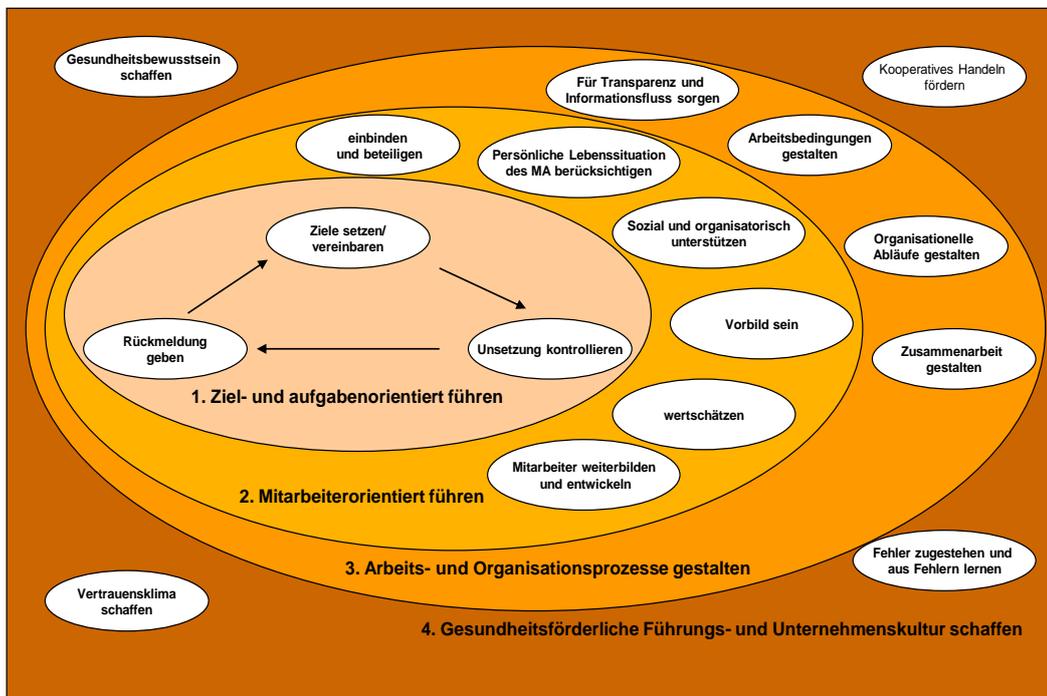
Spieß und Stadler haben 2007 eine Beschreibung (Vier-Ebenen-Modell) des gesundheitsförderlichen Führens entwickelt. Mit Hilfe dieses Ansatzes lassen sich die zuvor beschriebenen gesundheitsrelevanten Bereiche der Führungsaufgabe unter dem aktuellen Blickwinkel des (Management by Objectives) MbO-Ansatzes „Führen durch Ziele“ sehr gut einordnen.

Die vier Ebenen sind:

1. Ziel- und aufgabenorientiert führen
2. Mitarbeiterorientiert führen
3. Arbeits- und Organisationsprozesse gestalten
4. Gesundheitsförderliche Führungs- und Unternehmenskultur schaffen

(vgl. Spieß und Stadler, 2007)

**Abb. 10: Vier-Ebenen-Modell gesundheitsförderlichen Führens**



(Spieß und Stadler, 2007, Seite 258)

In diesem Modell sind alle wesentlichen Führungsbereiche, die direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten haben können, dargelegt. Hier finden sich auch die zuvor in Kapitel 2.3.5.3 beschriebenen Ressourcenbereiche wieder:

- (1) der organisationale Bereich (Aufgaben der Ergonomie und Sicherheitstechnik, die Gestaltung der Arbeitsplätze, der Handlungs- und Entscheidungsspielraum in den Arbeitsaufgaben, die Vollständigkeit der Arbeitstätigkeit und die Einbeziehung des Erfahrungswissens von Beschäftigten)
- (2) der personelle Bereich (Vermeidung von Über- oder Unterforderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Förderung ihrer Fähigkeiten, Hilfe bei der Karriereplanung) und
- (3) der soziale Bereich (Unterstützung durch Vorgesetzte, Unterstützung durch Kollegen).

Was hier nicht berücksichtigt wurde, ist der Handlungsrahmen, in dem Führungskräfte auf die Gesundheit der Beschäftigten einwirken. Führungskräfte handeln im Rahmen einer Institution und sind somit nicht unabhängig – auch diejenigen nicht, die eine hierarchisch höhere und damit eher unabhängige Position bekleiden. Abhängig von dieser Position findet auch häufiger, selten oder gar keine direkte Kommunikation zwischen Führungskraft und Beschäftigtem statt. Auch dieser Aspekt findet in dem Modell von Spieß und Stadler (2007) keine Berücksichtigung.

Die Unternehmenskultur als eine wesentliche Determinante für das betriebliche Handeln wirkt bewusst oder unbewusst auf alle Bereiche – in Abhängigkeit von ihrer Ausrichtung – mit ein. Die Unternehmenskultur beeinflusst das Führungskräftehandeln, die Kommunikation im Unternehmen und nimmt ebenfalls Einfluss auf die organisationalen, die personalen und die psychosozialen Bedingungen. Somit hat auch sie in letzter Konsequenz einen starken Einfluss auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Um zu verdeutlichen, wie Führung in ihrer Eingebundenheit in eine Institution Einfluss auf die Beschäftigten nimmt, ist hier ein in Anlehnung an das zuvor abgebildete Modell von Spieß u.a. (2007) eine Übersicht über die in der Interviewbefragung berücksichtigten Bereiche dargestellt.



Bedingungen wieder. Die wesentlichen und auch für die Gesundheit relevanten Bedingungen sind dabei die organisationalen, die personellen und die sozialen Bedingungen.

In dieser Untersuchung kann nicht überprüft werden, wie groß der Einfluss der einzelnen Parameter ist, aber es soll geklärt werden, wie und ob die hier befragten Führungskräfte diese Zusammenhänge wahrnehmen.

Die Frage, die die Wissenschaft bisher nicht aufgeklärt hat, ist: Wie nehmen Führungskräfte ihren eigenen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit wahr und welche Einflussmöglichkeiten und Zusammenhänge sehen sie für sich persönlich bezogen auf die Unternehmenskultur, den organisationalen, den personellen und den sozialen Bereich?

Darüber hinaus spielt es eine wichtige Rolle, welche Selbstwirksamkeit<sup>1</sup> sich die jeweilige Führungskraft zuschreibt. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Selbstwirksamkeitsempfinden in Abhängigkeit von der Hierarchieebene und dem Verantwortungsbereich bzw. der Verantwortungsmöglichkeit größer oder kleiner ist.

Führungskräfte, die nur dafür verantwortlich sind, die Vorgaben höherer Hierarchieebenen zu erfüllen und die dabei möglicherweise sogar an den Beschäftigten scheitern, entwickeln zwangsläufig ein Gefühl von Machtlosigkeit und damit auch einer geringen Selbstwirksamkeit. Anders die Geschäftsführer oder Betriebsleiter, die in ihren Entscheidungen relativ frei agieren können und deren Sichtweisen in der Regel auch einen großen Einfluss auf die Unternehmenskultur haben: Bei ihnen kann man davon ausgehen, dass sie ein hohes Selbstwirksamkeitsempfinden haben bzw. entwickeln konnten.

---

<sup>1</sup> Hier geht es um das Selbstwirksamkeitskonstrukt im Sinne der Theorie von Bandura (1977), die im folgenden Kapitel näher erläutert wird.

## 3.1 Die Theorie der Selbstwirksamkeit als Basis der Interviewstudie

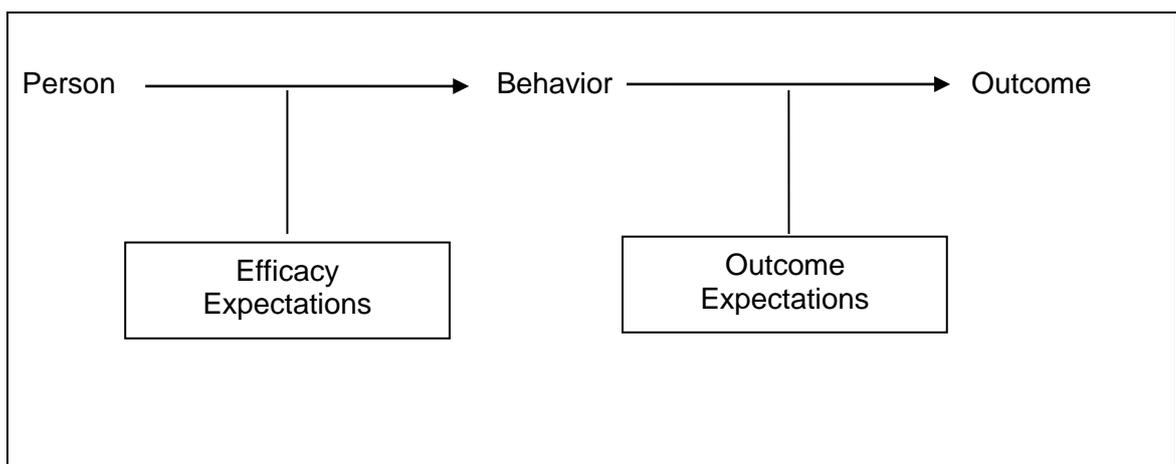
### 3.1.1 Das Konzept der Selbstwirksamkeit als Voraussetzung für Gesundheit im Betrieb

Eine wichtige Theorie, die hier in Bezug auf das Selbstverständnis der Führungskräfte insbesondere hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesundheit der Beschäftigten zum Tragen kommt, ist die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1977).

Sein Konstrukt der Selbstwirksamkeit beschreibt u.a., wann es zu bestimmten Handlungen kommt, wie stark die Anstrengung ist, die in das Handeln investiert wird, wie groß die Ausdauer ist, mit der bei Misserfolgen und Hindernissen das Ziel weiter verfolgt wird und – was ebenfalls wichtig ist – wie gut eine Person Rückschläge verarbeiten kann bzw. wie hoch das Ausmaß an Stresserleben ist, wenn eine Aufgabe nicht bewältigt werden kann.

Dabei unterscheidet Bandura in seinem Modell zwischen Wirksamkeits- und Ergebniserwartung:

**Abb. 12: Wirksamkeits- und Ergebniserwartung im Rahmen des Selbstwirksamkeitsmodells**



(Bandura, 1977, S. 193)

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Verhalten ausgeführt wird, hängt u.a. davon ab, ob die Person glaubt, dass sie eine bestimmte Handlung ausüben kann und zum anderen davon, dass diese Handlung dann auch zu dem gewünschten Ergebnis führt. Banduras Theorie zufolge steigt somit die Handlungswahrscheinlichkeit mit der Erwartung des Erfolgs der Handlung (vgl. Bandura 1977).

Bezogen auf das Gesundheitsverhalten einer Person steigt somit die Wahrscheinlichkeit einer Handlung mit der Aussicht auf die Wirksamkeit dieses Verhaltens. Wobei die Voraussetzung dafür, dass dieses Verhalten überhaupt ausgeführt wird, in dem Glauben oder Wissen begründet ist, dass die Person diese Handlung auch ausführen kann (vgl. Bandura 1977).

Basierend auf Banduras (1977) Selbstwirksamkeitstheorie wird in dieser Untersuchung davon ausgegangen, dass das Selbstverständnis der Führungskräfte mit einer hohen Wirksamkeitserwartung einhergeht. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass das Selbstverständnis eines Geschäftsführers eine höhere Selbstwirksamkeit impliziert, als das einer Führungskraft, die sich in einer hierarchisch niedrigeren Position befindet.

In verschiedenen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass hohe Selbstwirksamkeitserwartungen einhergehen mit einer geringeren Einschätzung der Arbeitsbelastungen, mit weniger psychischen und körperlichen Beschwerden und einer höheren Arbeitszufriedenheit (vgl. Schwarzer u. Jerusalem, 2002; Moeini u.a., 2008; Greenglass u. Burke, 2002).

Für diese Untersuchung bedeutet das: Führungskräfte, die für sich selbst eine hohe Entscheidungsgewalt im Unternehmen wahrnehmen – wie z.B. Geschäftsführer und Betriebsleiter, müssten sich gesünder einstufen als die Beschäftigten oder Führungskräfte mit geringerer Selbstwirksamkeitswahrnehmung.

Gleichzeitig müsste eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung bei einer Führungskraft zu der Wahrnehmung eines größeren Einflusses auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang noch, wie die Selbstwirksamkeitserwartung erworben wird. Nach Bandura (1977) gibt es vier Informationsquellen, die zu einer hohen oder niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung führen:

Die direkte Erfahrung (1), die indirekte Erfahrung (2), die symbolische Erfahrung (3) und das Erregungsfeedback (4).

(1) Bei der direkten Erfahrung geht es darum, dass die eigene Handlung Konsequenzen hat, wobei Erfolgserlebnisse die Selbstwirksamkeitswahrnehmung in der Regel erhöhen und Misserfolge diese reduzieren können.

(2) Bei der indirekten Erfahrung geht es darum, aus den Erfahrungen einer Modellperson auf die eigene Kompetenz zu schließen. Selbstwirksamkeitserwartungen, die auf diesem Wege entwickelt wurden, sind nicht so stabil wie diejenigen, die durch direkte Erfahrung erworben werden.

(3) Die symbolische Erfahrung basiert auf Mitteilungen anderer. Beispielsweise durch Aussagen wie: „Das kannst du doch“ oder „Das schaffst du schon“. Diese Informationsquelle hat noch schwächere Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit als die zuvor beschriebene.

(4) Das Erregungsfeedback bzw. eine Gefühlserregung dient als Informationsquelle über die eigene Selbstwirksamkeitserwartung. Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung reagieren bezogen auf eine Reihe von Anforderungen mit einer geringeren körperlichen Erregung als jene mit geringerer Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. Schwarzer, 1996).

Dabei geht es hier vor allem um die subjektive Einschätzung der Selbstwirksamkeit. Diese muss nicht den realen Möglichkeiten einer Person entsprechen, sondern kann völlig losgelöst von den realen Gegebenheiten absolut überschätzt aber auch unterschätzt werden (vgl. Bandura, 1977).

Die Frage, die sich im Zusammenhang mit dem Erwerb der Selbstwirksamkeitswahrnehmung bezogen auf das Thema Gesundheit stellt, ist: Welche Rolle spielen die Informationsquellen und damit die resultierenden Erwartungen der Selbstwirksamkeit für die Einflusswahrnehmung auf die eigene Gesundheit und die Gesundheit der Beschäftigten?

## **4 Betriebliche Gesundheitsförderung und die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements**

Die Betriebliche Gesundheitsförderung ist insgesamt noch eine junge Disziplin, die in den 90er Jahren verstärkt von Betrieben eingeführt wurde (vgl. Ritter, 2003). Viele Projekte konnten gute Ergebnisse (Senkung der Krankenstände, Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit) vorweisen. Obwohl im Präventionsbericht des Jahres 2009 des MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände Bund der Krankenkassen e.V.) eine Steigerung an beteiligungsorientierten und verhältnispräventiven Maßnahmen aufgezeigt werden kann, ist es nach wie vor schwierig, das Interesse für Betriebliche Gesundheitsförderung in den Unternehmen zu wecken. Bundesweit wurden im Jahr 2008 im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung ca. 819.483 Personen erreicht. Dabei handelt es sich um die Gesamtschätzzahl der direkt und indirekt erreichten Personen, die im Rahmen der Dokumentation der Krankenkassen erhoben wurde (vgl. Präventionsbericht 2008). Wenn man bedenkt, dass die Krankenkassen aktuell die größten Anbieter im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind, ist das keine sehr große Anzahl an Beschäftigten, die hier von Betrieblicher Gesundheitsförderung profitieren.

Vor allem in KMU (Klein- und mittelständische Unternehmen) ist die Anzahl der Projekte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Vergleich zu großen Unternehmen nach wie vor unterrepräsentiert (vgl. Präventionsbericht 2009).

Deshalb ist es von größter Bedeutung, u.a. einen politischen Ansatz zu entwickeln, damit Betriebliche Gesundheitsförderung die Verbreitung findet, die sowohl den Menschen als auch den Betrieben und der Volkswirtschaft den Nutzen einbringt, den man sich von diesem Ansatz von Seiten der Wissenschaft und der Politik verspricht (vgl. AOK-Bundesverband, 2007). Ein Versuch, Anreize für die Betriebe zu schaffen, liegt in dem Gesetz zur steuerlichen Erleichterung bei Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, das am 01.01.2009 in Kraft trat und den Firmen ermöglicht, pro Beschäftigtem 500,- Euro steuerfrei für Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung einzusetzen (vgl. Jahressteuergesetz 2009, § 3 Nr. 34 EStG).

Das ist ein Schritt in die richtige Richtung, denn es gilt, vor allem die Akzeptanz der Führungskräfte zu erreichen. Ihre Haltung gegenüber Konzepten der

Gesundheitsförderung ist neben ihrer anerkannten Schlüsselrolle für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wesentlich.

#### **4.1 Führungskräfte und die Probleme bei der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements**

Die Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung als ganzheitliches Konzept und ihre Verankerung im Rahmen eines Managementsystems gelingt bisher nur selten. Der Übergang vom Projektstatus in ein Gesundheitsmanagement ist häufig eine kritische Phase – selbst dann, wenn in den Unternehmen schon erste Erfolge sichtbar werden. Dieses Scheitern führt dazu, dass die Erfolge nur kurzfristig bestehen bleiben (vgl. Pfaff & Slesina, 2001).

„Zum Teil hat die Betriebliche Gesundheitsförderung hierzu selbst beigetragen. Mängel in der Anlage und der Vorgehensweise von Maßnahmen haben Akzeptanz und Verbreitung der Betrieblichen Gesundheitsförderung beeinträchtigt. Als wesentliche Mängel haben sich in der Vergangenheit vor allem folgende Punkte erwiesen:

- Die Bedarfsanalyse wird unterlassen oder ist mangelhaft.
- Prioritätensetzung und Zielgruppenauswahl sind nicht am realen Bedarf orientiert.
- Es kommen verhaltenspräventive Maßnahmen zum Einsatz, deren Wirkung nicht ausreichend belegt ist.
- **Gesundheitsförderung wird als zeitlich begrenztes Projekt angesehen und hat daher nur einen geringen Wert und geringe Priorität in der Organisation.**
- Die Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen wird unterlassen oder hat methodische Mängel.“

(Badura u.a., 1997, S.47)

Gesundheitsförderung, die nur in Form singulärer, zeitlich begrenzter „Projekte“ betrieben wird, kann keine dauerhaften Auswirkungen auf die Organisation haben, und die gesundheitlichen Verbesserungen verschwinden schnell wieder (vgl. Badura u.a., 1999). Dass Gesundheitsförderung nur als zeitlich begrenztes Projekt wahrgenommen wird, liegt wesentlich an den Sichtweisen der Führungskräfte und vor allem der Geschäftsleitung.

In den Unternehmen, in denen es gelungen ist, Betriebliche Gesundheitsförderung als dauerhaft angelegtes Managementsystem zu etablieren, waren es die Führungskräfte und vor allem die Einstellungen der Geschäftsleitung, die das ermöglicht haben. Klar ist, dass ein solches Projekt zunächst zeitaufwendig und teuer ist und den Einsatz aller Beteiligten erfordert. Aber es wird in den Untersuchungen der letzten Jahre auch deutlich, dass sich Betriebliche Gesundheitsförderung lohnt, nicht allein dadurch, dass es den Beschäftigten in solchen Unternehmen gesundheitlich besser geht, sondern auch durch eine verbesserte Produktivität, Qualität und auch Attraktivität dieser Betriebe (vgl. AOK-Bundesverband, 2007). Es gibt Schätzungen des „Return on Invest“ also des ROI Faktors von 1:3 bis 1:6. Baumanns (2009) konnte im Rahmen seiner Evaluation Betrieblicher Gesundheitsförderung sogar einen ROI Faktor von 1:10 bis 1:20 nachweisen (vgl. Baumanns, 2009).

Warum gelingt es dennoch nur selten, diese auch wirtschaftlich lohnenswerte Investition in den Unternehmen zu etablieren? Ergebnisse einzelner Untersuchungen zeigen, dass es in der Regel an den Führungskräften und Unternehmensleitungen scheitert (vgl. Lenhardt, 2003). Im Fokus der meisten Führungskräfte stehen bei dem Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ in der Regel verhaltenspräventive<sup>2</sup> Maßnahmen. Diese werden auch laut den Untersuchungen der letzten Jahre in Betrieben immer häufiger durchgeführt. Aber der Sprung zu weitergehenden verhältnispräventiven<sup>3</sup> und analysegeleiteten Verfahren wird nach wie vor eher selten vollzogen (vgl. Lenhardt, 2003).

Mögliche Ursachen für ein Scheitern der positiven Ansätze liegen sicherlich auch an veralteten gesellschaftlichen Sichtweisen. Im Verständnis großer Teile der Bevölkerung wird Gesundheit nach wie vor gleichgesetzt mit der Abwesenheit von Krankheit. (vgl. Münch u.a., 2004). Umgekehrt gilt Krankheit damit für den Laien meistens als ein Ereignis, das über einen „hereinbricht“, ohne dass man sich davor schützen kann. Ausgehend von diesem Laienverständnis (das gesundheitswissenschaftlicher Sicht nicht gerecht wird) schätzen die Führungskräfte den Einfluss der Arbeit, des

---

<sup>2</sup> Verhaltensprävention zielt durch Information, Übung und Training auf die Optimierung des menschlichen Verhaltens ab (Kempf, 2009).

<sup>3</sup> Verhältnisprävention beschäftigt sich mit einer menschengerechten Gestaltung der Arbeits- und Lebensbedingungen (Kempf, 2009)

Arbeitsumfeldes (insbesondere der sozialen Faktoren) und ihren eigenen Einfluss auf die Gesundheit eher gering ein (vgl. Strobel und Wittmann, 1996; Ruppert und Gerstberger, 1998).

Die Erkenntnisse der Psychoneuroimmunologie haben jedoch bewiesen, dass negative psychische Empfindungen wie Wut und Hilflosigkeit pathogene Vorgänge im Organismus auslösen können (vgl. Münch u.a., 2004). Fehlende Kontrolle und Konflikte gelten im Rahmen von Stressmodellen (vgl. Wagner-Link, 1993; Lazarus, 1999) als wesentliche Auslöser für solche Empfindungen. Somit ist die Qualität sozialer Beziehungen bzw. die Förderung des Sozialkapitals, das sich zusammensetzt aus einem gemeinsamen Vorrat an Überzeugungen, Werten und Regeln, die funktionstüchtige soziale Beziehungen fördern, für die Gesundheit von zentraler Bedeutung. Funktionstüchtige soziale Beziehungen sind – in einer Zeit, in der Arbeit durch den Wandel von der Industrie zur Dienstleistungsgesellschaft nicht mehr nur körperlichen Einsatz erfordert, sondern verstärkt auf Qualifikation, Wissen und soziale Kompetenzen (also das Humankapital) angewiesen ist – eine wichtige Voraussetzung des Unternehmenserfolgs (vgl. Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung, 2004).

Organisationsexperten und Gesundheitswissenschaftler haben die Bedeutung dieser „weichen Unternehmensfaktoren“ für den betrieblichen Erfolg erkannt. Sozialkapital und Humankapital sind damit neben dem Sachkapital (Technik, Gebäude, Ausstattung) nicht nur die unverzichtbare Basis für den Unternehmenserfolg, sondern sie stellen auch die Ansatzpunkte für ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement dar, das die Gesundheit der Beschäftigten, aber auch den Erfolg des Unternehmens im Fokus hat.

Diese Sichtweise ist allerdings unter den Unternehmensleitungen bisher noch nicht weit verbreitet bzw. reduziert sich häufig auf die Bedeutung von Sach- und Humankapital und muss durch entsprechende Überzeugungsarbeit entwickelt werden (vgl. Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung, 2004).

Neben den Problemen, die aus den gesellschaftlichen Sichtweisen zur Betrieblichen Gesundheitspolitik resultieren, besteht ein weiteres darin, dass betriebliche Entscheider keine Notwendigkeit sehen, in die Einführung eines betrieblichen

Gesundheitsmanagements zu investieren. Eine wesentliche Ursache dafür ist aktuell der fehlende Leidensdruck auf Seiten der Betriebe. Der Trend zu niedrigen Krankenständen in der deutschen Wirtschaft hält nach wie vor an. Seit dem Jahr 2008 ist zwar ein leichter Trend zu steigenden Krankenständen zu verzeichnen, dieser ist jedoch eher gering und damit für die Unternehmen nicht sehr relevant (vgl. Badura u.a., 2010). Nur visionär und beschäftigtenorientiert ausgerichtete Unternehmensleitungen – für die eine langfristige Planung wichtiger ist als kurzfristige Gewinnmaximierung – kümmern sich in Zeiten mit niedrigen Krankenständen um die Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

#### **4.2 Erfolgskriterien bei der Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung**

Um dieser Situation entgegenzuwirken und um u.a. betriebliche Gesundheitspolitik zu fördern, haben sich die Gesundheitswissenschaften in den letzten Jahren mit den Erfolgskriterien von Konzepten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung beschäftigt (vgl. Badura, 1999; Ritter, 2003; Badura & Hehlmann, 2003). Dabei ist es gelungen, zentrale Kernelemente eines erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsmanagements herauszuarbeiten.

Betriebliche Gesundheitsförderung wird erst dann zu einem dauerhaften Gesundheitsmanagement, wenn die im Folgenden beschriebenen Kernelemente vorhanden sind und regelmäßig vom Betrieb durchlaufen werden. Denn Gesundheitsförderung kann nur als dauerhaft und ganzheitlich angelegtes Konzept zu den gewünschten Ergebnissen führen. Bei der Durchführung dieser Prozesse kann an der Organisation oder an den Beschäftigten angesetzt werden, besser aber an beidem. Badura (1999) hat in seinem Leitfaden für die Praxis die wichtigsten Kernprozesse eines funktionierenden betrieblichen Gesundheitsmanagements dargestellt:

- ◆ Die Prozesse der Diagnose
- ◆ die Interventionsplanung
- ◆ die Interventionsdurchführung und
- ◆ ihre Evaluation.

Die Evaluation stellt als erneute Ist-Analyse den Ausgangspunkt für den wiederholten Durchlauf dieses Prozesses dar und bildet damit einen stetigen Lernzyklus (vgl. Badura u.a., 1999; Rosenbrock, 1999).

Legt man diese Kernelemente als Maßstab für ein betriebliches Gesundheitsmanagement zugrunde, bestätigt sich wiederum, dass es nur sehr wenige Betriebe gibt, die einen guten Wert bezüglich des „Ausmaßes von Betrieblicher Gesundheitsförderung“ erreichen (vgl. Gröben & Bös, 1999; Gröben, 2002; Präventionsbericht 2008).

Das Bestreben einer zukunftsorientierten Politik in einer Zeit des demographischen Wandels und verlängerter Lebensarbeitszeiten sollte es aber sein, die Gesundheit der Bevölkerung und damit der Arbeitnehmer langfristig zu erhalten. Betriebswirtschaftliche Sichtweisen, die den Blick nur auf kurzfristige Erfolge richten, sollten einer langfristigen, betriebswirtschaftlich und volkswirtschaftlich „gesunden“ Ausrichtung dabei nicht im Wege stehen. Aus diesem Grund bemühen sich Wissenschaftler u.a. der Gesundheitswissenschaften darum, durch ihre Forschungsarbeiten die Störfaktoren zu erkennen und Maßnahmen zur Reduktion dieser Störfaktoren zu entwickeln, damit Praktiker in die Lage versetzt werden, das betriebliche Gesundheitsmanagement zu etablieren.

In einer Untersuchung zur Verbreitung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung von Gröben und Bös (1999) und in einer Folgeuntersuchung von Gröben (2002) haben diese auch die Einflussfaktoren auf der Ebene der handelnden Personen überprüft. Sie kamen dabei zu dem Ergebnis, dass an erster Stelle der Einflussfaktoren für den möglichen Erfolg Betrieblicher Gesundheitsförderung das „Commitment der Geschäftsführung“ zu den Gesundheitsförderungsprogrammen steht. Hemmende Faktoren sind nach den Ergebnissen ihrer Untersuchung vor allem mangelndes Interesse von Führungskräften, aber auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (vgl. Gröben & Bös, 1999; Präventionsbericht 2008).

Der Einfluss der Führungskräfte auf den Krankenstand der Beschäftigten ist seitens der Wissenschaft unbestritten (vgl. Pfaff & Slesina, 2001; Münch u.a., 2004; Badura

u.a., 2008). Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Ebenen sind die Träger der Unternehmenskultur, die, wenn sie partnerschaftlich ausgerichtet ist und gelebt wird, die beste Voraussetzung dafür schafft, dass sich Beschäftigte in ihrem Unternehmen wohl fühlen. Damit wird aber auch wiederum die Schlüsselfunktion der Führungskräfte im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung deutlich. Hier anzusetzen, um auf betriebsinterner Ebene eine verbesserte Akzeptanz gesundheitsförderlicher Vorgehensweisen und gleichzeitig die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen durch eine verbesserte Mitarbeiterführung zu erreichen, sollte das Ziel von Führungskräftemaßnahmen sein.

Akteure der Betrieblichen Gesundheitsförderung erleben es, dass Analysen und Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung insbesondere bei Vorgesetzten der mittleren Führungsebene auf Ängste und Unsicherheit stoßen. Möglicherweise liegt hier aber ein wesentliches Problem, das die Implementierung Betrieblicher Gesundheitsförderung stört oder verhindert. Im Rahmen der Analyseinstrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung, wie z.B. Verfahren der Beschäftigtenbefragung oder Gesundheitszirkel, wird explizit das Führungsverhalten thematisiert. In dieser Projektphase bzw. Anfangsphase Betrieblicher Gesundheitsförderung wird vielfach deutlich, dass das Thema Führung auch ein Thema der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist und diese ihre Vorgesetzten nicht immer positiv bewerten. Somit wird eine Transparenz hergestellt, die von den Führungskräften als bedrohlich empfunden werden könnte; sie scheuen es deshalb, Verfahrensweisen zu akzeptieren, mit denen ihr eigenes Verhalten transparent und evtl. sogar in Frage gestellt wird. Diese Ängste sind nicht ganz unbegründet, da häufig gerade das Fehlverhalten von Vorgesetzten insbesondere der mittleren Führungsebenen im Rahmen von z.B. Beschäftigtenbefragungen und Gesundheitszirkeln thematisiert wird.

Eine wichtige – vielleicht sogar die wichtigste – Aufgabe bei der Einführung von Gesundheitsförderung liegt demnach auch in der Einbeziehung der Vorgesetzten, z.B. durch Information, Weiterbildung und insbesondere in größeren Betrieben durch Seminare und Workshops (vgl. Badura und Ritter, 1999).

Ein weiteres Missverständnis, das auf Basis der Unkenntnis von Führungskräften die Einführung eines erfolgreichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements verhindert, ist

wahrscheinlich, dass viele – auch Führungskräfte – gar nicht wissen, was Betriebliche Gesundheitsförderung überhaupt ist. Erfahrungen von Praktikern weisen darauf hin, dass die meisten Führungskräfte davon ausgehen, dass die Themen der Betrieblichen Gesundheitsförderung Ernährung, Bewegung und Entspannung sind und nicht Themen des Betriebes – wie z.B. Arbeitsgestaltung, Betriebsklima und Organisationsgestaltung. Das führt zu der Auffassung, dass Betriebliche Gesundheitsförderung ein zusätzlicher Aufwand ist, der bei den „eigentlichen Aufgaben“ stört und deshalb in die Freizeit gehört.

Die Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist u.a. ausschlaggebend dafür, dass die Führungskräfte und ihre Rolle für die Beschäftigtengesundheit in den Fokus der Wissenschaft geraten sind. Es gibt, wie zuvor beschrieben, mittlerweile eine Reihe von Forschungsergebnissen die belegen, wie stark der Zusammenhang zwischen Führung, Führungsverhalten und der Gesundheit der Beschäftigten ist. Die Gesellschaft für Verhaltensanalyse und Evaluation konnte z.B. nachweisen, dass es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Vorgesetztenverhalten und der Höhe des Krankenstandes gibt (vgl. Matyssek, 2003). Nieder (2000) machte im VW-Konzern die Beobachtung, dass Führungskräfte ihre Krankenstände „mitnehmen“. Das bedeutet, dass sich der Krankenstand der Abteilung nach dem Wechsel der Führungskraft an den Krankenstand angleicht, den die Abteilung hatte, in der diese Führungskraft zuvor tätig war – und das sowohl in negativer (Erhöhung des Krankenstands) als auch in positiver (Senkung des Krankenstands) Richtung. Badura u.a. konnten in ihrer Untersuchung feststellen, dass es einen hohen, fast linearen Zusammenhang zwischen der Akzeptanz des Vorgesetzten und dem Ausmaß des Wohlbefindens der Beschäftigten gibt (vgl. Badura u.a., 2008).

## 5 Fragestellung der Studie und zugrunde liegende Annahmen

### 5.1 Welchen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten nehmen Führungskräfte wahr?

So selbstverständlich wie der Einfluss von Führungskräften auf die psychischen Arbeitsplatzbedingungen im Betrieb untersucht wurde, so wenig hat man sich wissenschaftlich bisher mit dem Einfluss der Vorgesetzten auf die physikalischen Bedingungen auseinandergesetzt. Der Einfluss von Vorgesetzten auf die Ausstattung des Betriebs wird regelrecht ausgespart. Die Folgen von schlechten Arbeitsplatzbedingungen für die Gesundheit von Beschäftigten wurden dagegen im Rahmen von Studien und Analysen umfassend untersucht und belegt (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, 1995; Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 1998).

Nach wie vor sind jedoch viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer physikalischen Risikofaktoren ausgesetzt (Lärm, Vibrationen, gefährliche Stoffe, Hitze, Kälte usw.) und an schlecht gestalteten Arbeitsplätzen tätig (Tragen schwerer Lasten und beschwerliche Körperhaltungen) (vgl. Merllié & Paoli, 2002).

Das deutsche Arbeitsschutzgesetz setzt in seiner Neufassung vom 7. August 1996 (Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit, 1996) voraus, dass es die Führungskräfte sind, die beim Arbeitsschutz – z.B. Durchführung der Gefährdungs-Belastungs-Analyse – eine entscheidende Rolle spielen. Unter den Grundpflichten des Arbeitgebers wird vermerkt:

„Zur Planung und Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 hat der Arbeitgeber unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeiten und der Zahl der Beschäftigten

1. für eine geeignete Organisation zu sorgen und die erforderlichen Mittel bereitzustellen sowie
2. Vorkehrungen zu treffen, dass die Maßnahmen erforderlichenfalls bei allen Tätigkeiten und eingebunden in die **betrieblichen Führungsstrukturen** beachtet werden und die Beschäftigten ihren Mitwirkungspflichten nachkommen können.“

(ArbSchG, 1996 §3 Abs. 2).

Auffällig ist, insbesondere bezogen auf die technischen Bedingungen im Betrieb, dass die Verantwortung für diesen Bereich in der Regel betrieblichen Spezialisten überlassen wird. Häufig ist es z.B. der technische Leiter oder der Betriebsleiter, der für Anschaffungen von Maschinen und Arbeitsmitteln verantwortlich ist. Die Sicherheitsfachkraft oder der Sicherheitsingenieur dagegen werden dafür verantwortlich gemacht, ob diese Technik den Sicherheitsstandards und der Ergonomie entspricht. Zu berücksichtigen ist aber, dass im Rahmen des Arbeitsschutzgesetzes die Geschäftsleitung bzw. bei Nutzung des Delegationsprinzips die direkten Führungskräfte dafür verantwortlich sind, dass die Sicherheitsstandards eingehalten werden – und damit sind sie im Fall eines Unfalls haftbar.

Sehr wichtig ist dabei der Kenntnisstand der Führungskräfte bezogen auf die Notwendigkeiten und Auswirkungen der Arbeitsplatzgestaltung. Das Ausmaß des Wissens in einem Betrieb über diese Zusammenhänge wird häufig von der innerbetrieblichen Qualifizierung der Führungskräfte bestimmt. In Betrieben, in denen eine gute, auf die Beschäftigtenbedürfnisse ausgerichtete Arbeitsplatzgestaltung zur Unternehmenskultur gehört, sind die Führungskräfte wahrscheinlich durchgängig besser informiert und ausgebildet. Das betrifft sowohl die Beurteilung der Arbeitsplatzbedingungen als auch das Wissen um entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten.

Ein weiterer Faktor für ein Engagement der Führungskräfte in diesem Bereich ist das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Führungskräfte erleben es leider häufig, dass Beschäftigte sich nicht gesundheitsgerecht verhalten. Sie ignorieren Unfallvorschriften und nutzen die ihnen angebotenen Hilfsmittel nicht, wenn sich der Arbeitsprozess ohne das Hilfsmittel, z.B. eine Hebehilfe, schneller erledigen lässt (vgl. Wieland, 2007). Dabei ist es nur teilweise der vom Unternehmen vorgegebene Zeitdruck, der zu solchem Fehlverhalten führt. Das kann auf Seiten von engagierten Verantwortlichen (Sicherheitsfachkräften, -ingenieuren) und Führungskräften zu Resignation und Frustration durch ein geringes Selbstwirksamkeitsempfinden führen und damit dauerhaft zu weniger Einsatz in diesem Bereich. Dabei kommt es auch darauf an, wie realistisch die Führungskräfte an ihre Aufgabe herangehen und ob sie ein Fehlverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als gegen ihren Einsatz gerichtet wahrnehmen.

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass Führungskräfte ihren Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten sich nicht selbst zuordnen. Stadler und Strobel (2000) stellten fest, dass Führungskräfte die Möglichkeiten der Beeinflussung der Fehlzeiten ihrer Mitarbeiter als sehr gering einschätzten und die Ursachen für Fehlzeiten beim Beschäftigten selbst sehen. Auch Ruppert und Gerstberger (1998) stellten im Rahmen einer Untersuchung fest, dass Vorgesetzte davon überzeugt sind, dass die Ursachen für Fehlzeiten in den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst liegen. Dabei spielen ihrer Meinung nach medizinische Faktoren (Dispositionen, körperliche Überbeanspruchung, Verletzungen usw.), persönliches Verhalten im privaten Umfeld und private Probleme eine größere Rolle bei der Entstehung von Krankheiten und Fehlzeiten als betriebliche und damit von den Vorgesetzten selbst beeinflussbare Faktoren (vgl. Ruppert und Gerstberger, 1998). Das bedeutet, dass die Vorgesetzten ihre eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Beschäftigtengesundheit massiv unterschätzen.

Psychologisch stellt sich hier die Frage, ob diese Unterschätzung möglicherweise eine Form des Selbstschutzes darstellt, da Führungskräfte es als bedrohlich empfinden könnten, für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verantwortung gezogen zu werden.

Gesundheit wird allgemein – von Vorgesetzten und Beschäftigten – als Privatsache und nicht als Unternehmensangelegenheit gesehen. Dabei werden die Zusammenhänge zwischen körperlicher und geistiger Fitness und dem betrieblichen Erfolg durch Arbeitsqualität, Motivation und Innovation nicht ausreichend erkannt (vgl. AG4 Hans Böckler Stiftung & Bertelsmann Stiftung, 2004).

Die Expertenkommission zur Betrieblichen Gesundheitspolitik (vgl. AG 4 Hans Böckler Stiftung und der Bertelsmann Stiftung, 2004) hebt die Bedeutung der FührungskräfteEinstellung zur Gesundheitsförderung im Betrieb hervor. Das bedeutet, dass eine Verhaltens- und Einstellungsentwicklung der Führungskräfte in Richtung Verantwortung für die Beschäftigtengesundheit eine entscheidende Rolle spielt, wenn es darum geht, die Gesundheit in den Betrieben zu erhöhen. Sie ist aber grundsätzlich auch dafür entscheidend, ob in einem Betrieb die Bereitschaft vorhanden ist, ein betriebliches Gesundheitsmanagement einzuführen und dauerhaft zu erhalten.

Ein wichtiges Ergebnis dieser Arbeit sollte es daher sein, Ansatzpunkte zu finden, um bei Führungskräften eine Einstellungsänderung zu erreichen. Nur dann, wenn verstanden wird, wie Führungskräfte die Zusammenhänge zwischen Führung, Führungsverhalten und Beschäftigtengesundheit wahrnehmen, kann man auch adäquate Verfahren entwickeln, mit deren Hilfe das Verständnis der Vorgesetzten für die Aufgabe – Gesundheit im Betrieb – erreicht werden kann. So wie es auch in Weiterbildungszusammenhängen beschrieben wird, sollte man die Führungskräfte „dort abholen, wo sie stehen“.

Im empirischen Teil dieser Studie geht es darum, die Sichtweisen der Führungskräfte bezogen auf das Thema „Führung und Gesundheit“ zu erheben und zu verstehen. Dabei richtet sich die Fragestellung an den Einflussbereichen der Führungskräfte aus. Ihr Einfluss bezieht sich – wie Spieß u.a. (2007) belegen konnten – auf die organisationalen, personellen und sozialen Bereiche eines Unternehmens. Aber auch auf die Kultur ihres Betriebes üben Vorgesetzte Einfluss aus bzw. handeln in ihrem Rahmen. Letzteres soll ebenfalls Berücksichtigung finden.

Zielgruppe dieser Untersuchung sind die Akteure, die täglich mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern arbeiten – die mittlere Führungsebene – und die Akteure, die die Unternehmenskultur maßgeblich gestalten – die Geschäftsführung.

Dabei sollen folgende **Schwerpunkte** geklärt werden:

- **Bezogen auf die im Vier-Ebenen-Modell (vgl. Spieß u.a. 2007) dargestellten gesundheitsrelevanten Bereiche der Führungsaufgabe soll geklärt werden, welchen Einfluss Führungskräfte sich selbst für die Gesundheit der Beschäftigten zuschreiben.**
- **Das weitergehende Ziel dieser Studie ist es, die für die erfolgreiche Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements relevanten Sichtweisen von Führungskräften (zu erheben und) herauszufiltern.**

Geht man davon aus, dass Widerstände gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung auch auf Ängste der mittleren Führungsebene zurückzuführen sind, liegt eine wichtige Aufgabe bei der Einführung von Gesundheitsförderung eben darin, den Vorgesetzten diese Ängste zu nehmen. Dazu muss aber erst geklärt

werden, ob es diese Zusammenhänge überhaupt gibt, oder ob es ganz andere Probleme sind, die Führungskräfte von dieser wichtigen Aufgabe fern halten.

Ein weiteres Hemmnis stellt die Auffassung vieler Mitarbeiter/innen und Vorgesetzter dar, dass Gesundheit Privatsache der Beschäftigten sei (vgl. Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung, 2004). Diese Sichtweise verhindert nicht nur, dass sich Betriebe überhaupt mit diesem Thema auseinandersetzen, sondern stört auch laufende Projekte Betrieblicher Gesundheitsförderung. „Was habe ich mit der Gesundheit meiner Mitarbeiter zu tun?“ ist die unter dieser Sichtweise häufig gestellte Frage.

Um diese Einstellungen zu verändern, erscheint es sinnvoll, über die Vermittlung der Zusammenhänge zwischen betrieblichen Bedingungen und Gesundheit das Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten und Gesundheit herzustellen. **Dazu bedarf es aber zunächst der Klärung der Frage, was die Führungskräfte wirklich über diesen Themenkreis denken.** Möglicherweise ist es ihnen sogar bewusst, dass Gesundheitsförderung eine notwendige Aufgabe ist, die sich vor allem in der Optimierung der Arbeitsabläufe wiederfindet – im Sinne „gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen“. Aber den Führungskräften fehlt es vielleicht an Zeit und Mut, sich dieser Aufgaben zuzuwenden.

Die psychosozialen Belastungen in der Bevölkerung nehmen stark zu (vgl. Wilkening, 1998; Badura u.a., 2000; Badura u.a., 2010). Das gewandelte Belastungsspektrum und die Leistungsverdichtung der letzten Jahre sind u.a. als Ursache für diese Situation aufzuführen. Als Folge sind negative Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten und der Führungskräfte zu beobachten, was in den Krankenstandsstatistiken der Krankenkassen darin ablesbar wird, dass die psychischen Erkrankungen zunehmen. „Seit 1997 haben psychische Erkrankungen um 83,3% zugenommen ...“ (Badura u.a., 2010, S. 276).

Mit dem Thema „psychische Belastung“ und ihren Folgen tut man sich grundsätzlich – vor allem aber auch in den Betrieben – immer noch schwer. Das liegt u.a. daran, dass es sehr schwierig ist, psychische Belastungen bzw. Bedingungen zu bewerten und dass es trotz der mittlerweile vorhandenen Erhebungsinstrumente, mit denen man psychische Belastungsfaktoren untersuchen kann, immer noch schwierig ist, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen (vgl. Badura u.a., 2000).

Zudem können Faktoren, die sich für die eine Person belastend auswirken, bei einer anderen Person beflügelnde Wirkungen entfalten. Die Unsicherheit, wie man mit diesem Thema umgeht und wie man diesen Belastungen entgegenwirkt, ist groß. Dabei sind es auch oft gerade die Führungskräfte, die ein sehr hohes Arbeitsaufkommen haben bzw. deren Zeitressourcen sehr begrenzt sind und bei denen es damit dann auch durchaus zu negativen Stressbelastungen kommt. Möglicherweise könnte hier die Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen negativem Stress (Disstress) und seinen psychosomatischen Folgen Verständnis für diese Problematik entwickeln helfen.

Denkbar ist es auch, dass das Selbstbild der Führungskräfte entscheidend ist für ihre Einstellung gegenüber Gesundheitsförderung im Betrieb. Die gesellschaftliche Rolle einer Führungskraft wird häufig mit dem Bild des „Machers“ verknüpft, der immer funktionieren muss, alles ständig im Griff hat, sich keine Fehler erlauben kann und immer stark sein muss. Bei solchen irrationalen Ansichten ist es nicht verwunderlich, dass Gesundheitsförderung im Betrieb nur als Luxus angesehen wird, der Zeit und Geld kostet, aber nichts einbringt. Wer sich selbst so wahrnimmt, erwartet auch von anderen eine ähnliche Einstellung und entsprechendes Verhalten.

Entscheidend für eine Weiterentwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist es, dass sie gesellschaftlich anerkannt wird. Dazu bedarf es politischer Konzepte und eines Umdenkens in den Unternehmen. Geschäftsleitungen und Führungskräfte müssen für das Thema gewonnen werden und damit zu Trägern der Gesundheitsförderung werden. Möglich ist das aber nur, wenn man ihre Sichtweisen und Einstellungen zu dieser Thematik kennt. Fragen, die sich dabei stellen, sind:

- Was sind die Gründe dafür, dass Führungskräfte Betriebliche Gesundheitsförderung nicht dauerhaft einführen?
- Erkennen Führungskräfte ihre eigene Verantwortung für die Gesundheit ihrer Beschäftigten an?
- Welche Einflussbereiche nehmen Führungskräfte wahr?
- Was bewegt diese Führungskräfte – sehen sie ihre Verantwortung, haben aber Angst davor, sie wahrzunehmen?

Dies alles sind Fragen, auf die in dieser Studie Antworten gefunden werden sollen.

Aus den zuvor dargestellten Sachverhalten und Forschungsfragen lassen sich die im folgenden aufgeführten Annahmen ableiten; sie sind für die Entwicklung des Interviewleitfadens relevant und sollen als Basis für die durch die Führungskräftebefragung zu generierenden Hypothesen und Erkenntnisse mit exploriert werden:

- ◆ Führungskräfte, die sich mit der eigenen Gesundheit auseinandersetzen, haben mehr Bewusstsein für die Belange und die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Führungskräfte, die sich nicht damit auseinandersetzen.
- ◆ Führung und Führungsverhalten haben nicht nur Einfluss auf die psychosozialen Bedingungen im Betrieb, sie sind auch relevant für die organisationalen und die ergonomischen Bedingungen. Führungskräfte haben somit Einfluss auf die Schnittstellen: Mensch-Mensch, Mensch-Maschine und Mensch-Organisation.
- ◆ Die Schnittstellen Mensch-Maschine und Mensch-Organisation sind aus Sicht der Führungskräfte für die Beschäftigtengesundheit nicht weniger relevant als die Schnittstelle Mensch-Mensch.
- ◆ Führungskräfte sind im Umgang mit der Beschäftigtengesundheit oft nicht ausreichend ausgebildet.
- ◆ Die betrieblichen Ressourcen (Budget für Hilfsmittel, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Zugang zu gesundheitlich relevanten Informationen usw.) sind sehr wichtig für die Führungskräfte im Umgang mit der Beschäftigtengesundheit.
- ◆ Führungskräfte sehen ihre Verantwortung, können ihr aber unter bestimmten Umständen (fehlendes Wissen, fehlende Mittel) nicht gerecht werden. Diese Situation führt möglicherweise dazu, dass sie versuchen, sich der Verantwortung zu entziehen oder diese sogar leugnen. Das bedeutet, dass sie in ihrem Antwortverhalten ebenso widersprüchlich agieren.
- ◆ Führungskräfte, die im Rahmen des Delegationsprinzips mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb betraut sind, haben eine andere Einstellung zu ihrem Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit als Führungskräfte, die dafür nicht offiziell verantwortlich sind.
- ◆ Die Unternehmenskultur eines Betriebes wirkt sich auch auf die Einstellung und das Verhalten der Führungskräfte aus und wirkt somit auch auf die Beschäftigtengesundheit.

- ◆ Das Führungsverhalten wird davon mitbestimmt, zu welcher Unternehmenskategorie (Dienstleistungs- oder gewerbliches Unternehmen) ein Betrieb gehört.

## 6 Methode zur Erfassung der Führungskräfte-sichtweisen – Fragestellung und Umsetzung der Interviewstudie

### 6.1 Fragestellungen und Umsetzung der Interviewstudie

Die Sichtweise der Führungskräfte wurde im Rahmen von Experteninterviews erhoben. Die Überlegung, hier einen explorativen Ansatz der Datenerhebung zu verwenden, ergab sich direkt aus der Fragestellung, **wie Führungskräfte über das Thema Gesundheit im Betrieb denken bzw. welchen Einfluss sie sich selbst für die Beschäftigtengesundheit bezogen auf die verschiedenen Einflussbereiche zuordnen**. In dieser Untersuchung steht somit die subjektive Sichtweise der Führungskräfte im Fokus. Das schließt ein quantitatives Verfahren mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten aus.

Strenge Vertreter der Qualitativen Methoden bevorzugen bei der Datenerhebung eher offene Verfahren wie z.B. das „narrative Interview“. Da aber diese Interviews im betrieblichen Kontext stattfinden sollten und hier ausschließlich Führungskräfte als Experten befragt wurden, stellt nach Trinczek (2005) das leitfadengestützte Interview die ideale Form der Datenerhebung dar (vgl. Trinczek, 2005, in Bogner u.a., 2005). Insbesondere für die dominante Erwartungshaltung von Führungskräften ist die eher geschlossene Frageform adäquat. „In den Augen der Manager ist `Zeit` - und ihre ganz besonders – eine knappe und wertvolle Ressource“ (Trinczek, 2005, in Bogner u.a. 2005, S. 214). Trinczek (2005) begründet die Wahl des Verfahrens vor allem damit, dass die Einführung anderer offenerer Verfahren – wie es das narrative Interview ist – bei der dominanten Frage-Antwort-Orientierung von Managern ein hohes Maß an sozialer Kompetenz auf Seiten der Interviewer und einen erheblichen Zeitaufwand zur Überwindung von Widerständen in Anspruch nehmen würde (vgl. Trinczek, 2005, in Bogner u.a. 2005).

Zur Befragung der Führungskräfte wurde deshalb ein Interviewleitfaden mit offenen Fragen entwickelt (siehe Anhang 1). Der Interviewleitfaden wurde in verschiedene Themenblöcke aufgeteilt. Die Themen wurden an den gesundheitsrelevanten Bereichen der Führungsaufgabe nach Spieß u.a. (2007) ausgerichtet. Sie wurden

ergänzt durch die Sichtweisen der Führungskräfte bezogen auf die persönliche Gesundheit und um Fragen nach dem persönlichen Führungsverständnis, was Rückschlüsse auf den Führungsstil ermöglichen sollte.

Die Hauptthemen der Interviews waren:

1. Wie definieren Führungskräfte Gesundheit?
2. Welches Selbstverständnis bezogen auf den Führungsstil und die Aufgabe „Führung“ haben die befragten Vorgesetzten?
3. Welchen eigenen Einfluss nehmen Führungskräfte auf das Betriebsklima wahr?
4. Welchen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit schreiben sich die Führungskräfte zu?
5. Haben Führungskräfte, die für den Gesundheitsschutz im Betrieb verantwortlich sind (z.B. Führungskräfte, die diese Verantwortung im Delegationsverfahren zugeordnet bekommen), eine andere Einstellung gegenüber ihrem Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit als Führungskräfte, die dafür nicht offiziell verantwortlich sind?
6. Wie ist der Informationsstand der Führungskräfte bezogen auf das Thema „Gesundheit im Betrieb“? Welchen Informations- bzw. Schulungsbedarf sehen die befragten Führungskräfte für sich selbst?
7. Unterscheiden sich die Aussagen der Führungskräfte aus Unternehmen mit Betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. sogar betrieblichem Gesundheitsmanagement von den Führungskräften aus Unternehmen, in denen noch keine Betriebliche Gesundheitsförderung eingeführt war?
8. Welche Ressourcen sind aus Sicht der Führungskräfte wichtig für die Beschäftigtengesundheit?
9. Wie nehmen die befragten Führungskräfte die Belastungssituation der Beschäftigten wahr?
10. Welche betrieblichen Bedingungen werden von den Führungskräften als gesundheitsrelevant wahrgenommen?
11. Welche Rolle spielt für die Vorgesetzten die Unternehmenskultur für das Thema Gesundheit im Betrieb?

Zu Beginn der Interviews wurden Fragen zur Person gestellt. Die Voranstellung der demografischen Daten diente unter anderem als Aufwärmphase. Dabei war es wichtig zu klären, wie lange die Führungskraft ihre Tätigkeit schon ausübte, wie viele

Beschäftigte direkt bzw. indirekt unterstellt waren und welche Ausbildungen sowie Erfahrungen zum Erhebungszeitpunkt vorlagen.

Eine erste Version des Interviewleitfadens wurde an vier Führungskräften eines Dienstleistungsunternehmens entwickelt und getestet. Die wesentlichen Änderungen wurden im Rahmen des ersten Interviews vorgenommen. Die Interview-Ergebnisse der drei folgenden Führungskräfte dieses Unternehmens konnten in die Auswertung mit übernommen werden, da keine weiteren Anpassungen notwendig waren. Die vorgenommenen Änderungen lagen hauptsächlich in der Reduktion des Leitfadens.

## **6.2 Auswahl des Verfahrens und der befragten Führungskräfte**

In der Literatur zu qualitativen Experteninterviews wird immer wieder darauf hingewiesen, wie willkürlich die Einordnung einer Person als „Experte“ vorgenommen wird und dass auch das ein Grund dafür ist, dass dieses Verfahren bei einigen insbesondere eher quantitativ ausgerichteten Wissenschaftlern nur bedingt Anerkennung findet. Bei der Einordnung einer Führungskraft als Experte für seinen Bereich bzw. seine Aufgabe bestehen jedoch keine Zweifel. Die Ausweisung einer Führungskraft als Experte ergibt sich aus seiner Funktion innerhalb eines Betriebes. Er verfügt im Hinblick auf alle betrieblich relevanten Sachverhalte und Prozesse über Insiderwissen (vgl. Mayring, 2005).

Diese Experten qua beruflicher Position verfügen über zwei unterschiedliche Arten von Wissen (vgl. Meuser u. Nagel, 2005; Meuser u.a. 1991): das Betriebswissen und das Kontextwissen. „Diese Unterscheidung ist eine forschungslogisch motivierte, begriffliche Bestimmung der Funktionen, die das erhobene Textmaterial erfüllt, und bezeichnet keine Denkfiguren der ExpertInnen“ (Meuser u. Nagel, 2005, S. 75-76). Diese Einordnung hat vor allem Relevanz für die Auswertung und nicht für die Interviews selbst.

In dieser Untersuchung soll auf das Betriebswissen der Führungskräfte fokussiert werden. Die Experten sind somit Zielgruppe der Untersuchung, und die Interviews sind darauf ausgelegt, dass die Befragten Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld geben

(vgl. Meuser u. Nagel, 2005). Dieser Ansatz – mit Blickrichtung auf das Betriebswissen – erfordert ein aus der Theorie abgeleitetes kategoriales Gerüst, das als Bezugsrahmen für die empirische Analyse zugrunde gelegt wird (Kategoriales Auswertungsschema, siehe Anhang 2).

Für den Umgang mit dem Untersuchungsgegenstand „Wie Führungskräfte ihren Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten wahrnehmen“ hat das zur Folge, dass die bereits vorhandenen theoretischen Vorannahmen über die möglichen Sichtweisen der Vorgesetzten mit den erhobenen Sichtweisen der Führungskräfte abgeglichen und mögliche weitere Bedingungen des übergeordneten sozialen Systems entschlüsselt werden können (vgl. Meuser u.a. 1991).

Die Führungskräfte, die in dieser Befragung interviewt wurden, sollten alle betrieblichen Hierarchieebenen abdecken. Das bedeutete für die meisten Betriebe, dass insgesamt drei Personen pro Betrieb befragt wurden. Lediglich in einem Betrieb gab es vier Führungsebenen. Die Auswahl der Führungskräfte insbesondere auf den Ebenen, in denen es mehrere Vorgesetzte gab, erfolgte in der Regel durch den betrieblichen Ansprechpartner. Lediglich eine Führungskraft wurde durch die Interviewerin selbst ausgewählt. Diese Tatsache muss bei der Auswertung berücksichtigt werden, da eine Vorauswahl aus betrieblicher Sicht besonders effektiver und somit in der Außenwirkung positiver Führungskräfte zu entsprechenden Stichprobeneffekten führen kann. Eine Auswahl in der jeweils höchsten Hierarchieebene (Geschäftsführer, Betriebsleiter) gab es in drei Betrieben, wobei jeweils die Wahl auf den Geschäftsführer fiel – in einem Betrieb aufgrund der zeitlichen Ressourcen und in den beiden anderen Betrieben aufgrund des größeren Wirkungskreises der Geschäftsführer.

Durchgeführt wurden die Interviews im Zeitraum Februar 2007 bis Juli 2007. Sie dauerten zwischen vierzig Minuten und drei Stunden. Die meisten Interviews fanden in den Büros der befragten Führungskräfte statt. Drei Interviews fanden in Seminar- bzw. Gruppenräumen statt. Es waren keine weiteren Personen anwesend.

Insgesamt wurden 21 Interviews in sechs Betrieben durchgeführt. Es konnten aber nur 19 Interviews ausgewertet werden. Das erste Interview diente der Leitfadenüberprüfung, und ein Interview war aufgrund schlechter sprachlicher

Verständlichkeit nicht auswertbar. In jedem Betrieb wurde aus jeder Hierarchieebene eine Führungskraft befragt: ein Geschäftsführer oder Betriebsleiter, ein Vorgesetzter aus der mittleren Führungsebene und ein oder zwei Führungskräfte aus den Ebenen darunter – in Abhängigkeit von der Hierarchiegestaltung des jeweiligen Betriebes.

Da lediglich zwei Frauen als Interviewpartnerinnen zur Verfügung standen, konnte keine geschlechterspezifische Auswertung durchgeführt werden, zumal sich beide Frauen zum Zeitpunkt der Befragung auf der gleichen Hierarchieebene befanden.

Die Auswahl der Unternehmen wurde vor allem dadurch bestimmt, dass hier ein sehr unterschiedlicher Status im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung vorliegen sollte. Aber auch die Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Branchen spielte eine Rolle. Es wurde nach gewerblichen Unternehmen und Dienstleistungsbetrieben differenziert. Bei den Betrieben handelte es sich um zwei Dienstleistungsunternehmen, einen fleischverarbeitenden Betrieb, einen Montagebetrieb, ein Unternehmen der Metallbranche und einen holzverarbeitenden Betrieb. Kontrastierend waren einerseits die Branchen, aber auch die Unternehmensgröße und die Ausprägung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen.

Eines der beiden Dienstleistungsunternehmen (Betrieb F) hatte sich mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinandergesetzt, das andere (Betrieb E) bisher überhaupt nicht. Der Montagebetrieb als das kleinste Unternehmen mit 60 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Betrieb C) hatte schon ca. zehn Jahre vor den Interviews ein funktionierendes Gesundheitsmanagement eingeführt. Auch das fleischverarbeitende Unternehmen (Betrieb A) führte schon seit zwölf Jahren betriebliche Gesundheitsförderung durch und war zum Zeitpunkt der Interviews dabei, ein Gesundheitsmanagementsystem zu etablieren. Dieses Unternehmen war der größte Einzelbetrieb mit zum Befragungszeitpunkt ca. 900 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Das holzverarbeitende Unternehmen (Betrieb B) hatte bisher keine gesundheitsförderlichen Maßnahmen umgesetzt; der metallverarbeitende Betrieb (Betrieb D) hatte in den letzten zwölf Jahren immer wieder Ansätze zur Gesundheitsförderung entwickelt, aber kein Managementsystem etablieren können. Das metallverarbeitende Unternehmen (ca. 600 Mitarbeiter) (Betrieb D) und der

holzverarbeitende Betrieb (ca. 300 Mitarbeiter) (Betrieb B) gehören jeweils zu einer Konzerngruppe.

### **6.3. Die Rolle der Interviewerin**

Alle Interviews wurden von der Autorin dieser Arbeit durchgeführt. Vorteil dieser Konstellation war die Expertise der Interviewerin, die den Interviewten auch in den Betrieben, die nicht durch die Autorin im Rahmen ihrer Tätigkeit als Projektkoordinatorin für Betriebliche Gesundheitsförderung betreut wurden, bekannt war. Denn laut Trinczek (2005) ist ein funktionierendes Interview mit Managern nur möglich, wenn der Interviewer ebenfalls einen Expertenstatus besitzt.

Er begründet das mit den Erwartungen der Manager, die neben Status und Alter einen Expertenstatus der Interviewer voraussetzen (vgl. Trinczek, 2005 in Bogner u.a., 2005).

Den Unternehmen A, C, und D war die Interviewerin zum Zeitpunkt der Befragung gut bekannt, da sie in allen drei Unternehmen in Ihrer Funktion als Beraterin bereits tätig gewesen war. In allen anderen Unternehmen war lediglich ihre Funktion als Beraterin im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung bekannt. Interessant war hier, dass die Unternehmen B und E die Expertin im Anschluss an die Interviews zur Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung buchten.

Problematisch an dieser Konstellation war die Tatsache, dass das Wissen um die Funktion und die Tätigkeit der Interviewerin das Antwortverhalten der Führungskräfte im Sinne sozialer Erwünschtheit hätte beeinflussen können. Um das zumindest teilweise zu kontrollieren, wurden bei den Leitfragen Wiederholungen eingebaut, die Kongruenz bzw. Abweichungen im Antwortverhalten aufzeigen würden.

### **6.4 Das inhaltsanalytische Verfahren**

Zur Auswertung der Interviews wurde hier eine Kategorisierung in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt. Dieses Verfahren wurde

eingesetzt, weil es systematisch und regelgeleitet ist. Dadurch ist eine intersubjektive Nachprüfbarkeit im Sinne der sozialwissenschaftlichen Methodenstandards möglich (vgl. Mayring, 2003).

Ausgehend von der Literatur zum Thema Führung und Beschäftigtengesundheit und den Erfahrungen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen hier vor allem Hypothesen zur Sichtweise von Führungskräften bezogen auf das Thema Gesundheit im Betrieb generiert werden (vgl. Mayring, 2003). Bezogen auf das konkrete Analyseverfahren wurde hier die Strukturierung gewählt. „*Strukturierung*: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material auf Grund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“ (Mayring, 2002, S. 115)

Die Interviews liegen als digitale Aufnahmen vor und wurden vollständig transkribiert. Die Namen der Betriebe und der Interviewpartner wurden durch eine Codierung ersetzt (Beispiel A F1 BGM). Es wurde nach Betrieben, Hierarchieebenen und dem Stand der Gesundheitsförderung im Betrieb unterschieden. Die Abkürzungen A, B, C, D, E, F beschreiben die Betriebe (A – F). Die Hierarchieebenen werden durch F1, F2, F3 abgebildet. Das bedeutet: Führungsebene eins = F1 gleich Geschäftsführer oder Betriebsleiter, F2 gleich Abteilungsleiter oder Bereichsleiter und F3 bedeutet mittlere Führungsebene (Teamleiter, Schichtführer, Geschäftsstellenleiter, Teamkoordinator, Vorarbeiter).

Die Art der Erfahrungen im Betrieb mit dem Thema Gesundheitsförderung ist an der Codeendung zu erkennen: Die Endung BGM bedeutet: dieser Betrieb hat ein Gesundheitsmanagement eingeführt; die Endung 0 bedeutet: in diesem Betrieb hatte es bis zur Befragung keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gegeben – auch keine einfachen Präventionsmaßnahmen wie z.B. Rückenschulungen. Die Endung BGF bedeutet: in diesem Betrieb wurden verschiedene Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt, es wurde aber noch kein durchgängiges Managementsystem eingeführt. Die Endung BGW bedeutet: Dieser Betrieb bietet Maßnahmen und Beratungen zur Gesundheitsförderung an, hat aber im eigenen Unternehmen noch keine Gesundheitsförderung durchgeführt. Der Kleinbuchstabe (p) beschreibt die Sonderfunktion Personalleiter und das kleine (s) bedeutet, dass es sich um eine Sicherheitsfachkraft handelt. Alle Codierungen im Überblick:

**Tab. 4: Codierungen der befragten Führungskräfte**

Betrieb A	A F1 BGM;	A F2 BGM	A F2p BGM	A F3 BGM
Betrieb B	B F1 0	B F2 0	B F3 0	
Betrieb C	C F1 BGM	C F2s BGM	C F3 BGM	
Betrieb D	D F1 BGF	D F3 BGF	D Fs BGF	
Betrieb E	E F1 0	E F2 0	E F3 0	
Betrieb F	F F2 BGW	F F2 BGW	F F3 BGW	

In der Auswertung wurden die Interviews bezogen u.a. auf die zuvor identifizierten Einflussbereiche der Führungskräfte auf die Gesundheit der Beschäftigten (vgl. Stadler und Spieß, 2003; Spieß u.a., 2007) kategorisiert und die Antworten der Führungskräfte eingeordnet (Kategoriales Auswertungsschema siehe Anhang 2). Die dazu erstellten Tabellen befinden sich aus Datenschutzgründen nicht im Anhang.

## **7 Ergebnisse der Befragung**

Bei den befragten Führungskräften handelte es sich zum Teil um kommunikativ sehr geschickte Gesprächspartner, die es verstanden, sich und ihren Betrieb positiv darzustellen. Da in fast allen Betrieben die Befragungsteilnehmer – abgesehen von den Führungskräften der ersten Führungsebene – vom jeweiligen Ansprechpartner ausgewählt bzw. empfohlen wurden, ist davon auszugehen, dass sie von diesen nach den Kriterien der positiven Unternehmensdarstellung ausgewählt wurden. Somit handelt es sich hier überwiegend um eine positive Auslese von Führungskräften. Diese Tatsache gilt es bei der Bewertung der Aussagen zu berücksichtigen.

Insgesamt waren die Antworten aber von Ehrlichkeit geprägt, was z.B. dadurch deutlich wurde, dass auch Aussagen zur persönlichen Gesundheit und Belastung einen tiefen Einblick in die Situation der Führungskräfte zuließen. Um feststellen zu können, ob es Aussagen gegeben hat, die der sozialen Erwünschtheit entsprachen, wurden einige Sachverhalte mit anderen Worten mehrfach abgefragt. Insbesondere die Fragen nach den Schnittstellen stellten sich als gute Möglichkeit zur Kontrolle der Aussagen heraus. Es konnte hier eine hohe Übereinstimmung im Antwortverhalten festgestellt werden (siehe Ausführungen zur Methodendiskussion Kapitel 8.1 Seite 156).

Zu erwähnen sind als Besonderheiten bei den Interviewpartnern, dass einer der Geschäftsführer erst seit wenigen Monaten in dieser Funktion tätig war; eine Führungskraft hatte zusätzlich zu ihrer Führungsfunktion noch die Aufgabe der Sicherheitsfachkraft inne; eine weitere Sicherheitsfachkraft, die hier befragt wurde, hatte keine Führungsfunktion.

### **7.1 Wie definieren Führungskräfte Gesundheit und welche Einstellung haben sie gegenüber ihrer eigenen Gesundheit?**

Zunächst soll die individuelle Sichtweise der Führungskräfte auf das Thema Gesundheit näher beleuchtet werden. Um zu erschließen, welchen Zugang die

jeweilige Führungskraft zu diesem Thema hat, wurde nach der eigenen Gesundheit und deren Bezug zur Arbeit gefragt.

Alle Befragten differenzierten in ihren Ausführungen nach psychischer und physischer Gesundheit oder – was wesentlich häufiger vorkam – Belastung.

Betrieb E-F1 0 (160) *...Mit Gesundheit verbinde ich ... Wohlfühlen, Beschwerdefreiheit, Leistungsfähig, Leistungsbereitschaft, auch solche Begriffe wie Frische, ... Licht ... und Energie würde ich sagen.*

Betrieb E-F2 0 (180) *Auch die Dinge, die ich vorhin beschrieben habe im Hinblick auf Sitzposition gegenüber dem Computer oder die Arbeit z.B. von zwei Leuten in einem Zimmer, was wir also auch jetzt immer öfter gehabt haben, sind also sicherlich auch da Dinge, die manchmal mit psychischen Sachen zu tun haben,...*

Ein großer Teil der Führungskräfte sah sich dabei selbst vor allem psychischen Belastungen ausgesetzt, die auch zu entsprechenden Beanspruchungsfolgen führten. Nur vier Führungskräfte erklärten, dass sie sich den Herausforderungen ihrer Aufgabe durchgängig gewachsen fühlten bzw. diese sogar für ihr Wohlbefinden bräuchten. Dieselben beschrieben auf die Frage nach körperlichen Beschwerden, die mit der Arbeit im Zusammenhang stehen, dass sie bisher keine hätten bzw. nur sehr selten.

Körperliche Belastungen wurden dagegen nur von sieben Befragten eingeräumt. Von Führungskräften, die in ihrer Funktion in Bürobereichen tätig sind, wurde häufig dargestellt, dass es ja keine oder nur eine geringe körperliche Belastung sei, der man hier ausgesetzt ist. Die einseitige Haltung am Büroarbeitsplatz als Ursache für körperliche Beschwerden wurde von immerhin 12 Führungskräften **nicht** wahrgenommen. Das überschneidet sich mit der gängigen Sichtweise, dass ein Büroarbeitsplatz – im Vergleich zu gewerblichen Tätigkeiten – keine negativen körperlichen Folgen habe, sondern häufig sogar als „Schonarbeitsplatz“ wahrgenommen wird. Beispiele: Betrieb A-F1-BGM (2) *Körperliche Belastungen heißt ja, ehm rein körperlich tue ich ja nichts, ne.* Betrieb D-Fs BGF (145) *Körperliche Belastung an und für sich weniger, weil ich körperlich nicht arbeiten muss.*

Selbst Führungskräfte, die beschrieben, dass sie durch den Computerarbeitsplatz Schulter- und Nackenschmerzen hätten, sahen ihren Arbeitsplatz als nicht körperlich belastend an, was die zuvor beschriebene Sichtweise noch einmal unterstützt.

Das Thema Work-Life-Balance wurde von den Führungskräften zwar nicht explizit angesprochen, aber in einigen Interviews wurde deutlich, dass die Führungsfunktion auch mit wenig Zeit für Privates einhergeht oder es nicht möglich ist, nach der Arbeit abzuschalten. Selbst eine Führungskraft, die zum Ausdruck gebracht hatte, dass sie die Herausforderung in ihren Aufgaben suche und den „Stress sogar brauche“, erklärte, dass sie durch die Arbeit privat wenig Zeit habe. Diese Aussagen wurden vor allem von Führungsverantwortlichen der ersten und zweiten Führungsebene getroffen.

Als besonders belastend beschrieben die Führungskräfte den Verlust von Kontrolle. Viele Führungskräfte empfanden auch die teilweise große Vielfalt der Aufgaben und manche die Kombination mit unvorhersehbaren Herausforderungen als besonders negativ. Betrieb E-F2 0 (180) *....Dieser jetzt in letzter Zeit immer stärker werdende Wechsel von Rahmenbedingungen, von Führungsstrukturen, von grundsätzlichen Aufgaben auch, von der Neugestaltung dieser Aufgabe insgesamt, also alles das, wo ich sage, da habe ich ein Problem mit, denke ich mal, das ist für einen Großteil der Mitarbeiter sicherlich auch ein gesundheitliches Problem.* Betrieb D-Fs BGF (145) *Ehm Stress. Situationen täglich immer wieder neue Herausforderungen, sprich ehm neue Aufgaben. Unvorhergesehene Aufgaben, unvorhergesehene Sachen, Dinge die sich ereignen, und ich muss immer wieder irgendwie versuchen, eine Lösung zu finden.* (146) *... Ich bin ja jetzt an dem Punkt, wo ich sage, ich brauch' jetzt Hilfe, weil, alleine kann ich diese gesamten Aufgaben nicht mehr bewältigen.*

Bis auf fünf Führungskräfte hatten alle schon mehr oder weniger starke körperliche Symptome und Erkrankungen, die sie auf die Belastung durch die Arbeit zurückführten. Die Bandbreite der Symptome reichte von Schulter- und Nackenschmerzen, Schlafstörungen und Tinnitus bis hin zu Bluthochdruck und Medikamenteneinnahme (Beta-Blocker) im Zusammenhang mit Herz-, Kreislaufbeschwerden.

Alle Führungskräfte (auch diejenigen, die über keine Belastungssymptome berichteten) beschrieben, dass sie die psychische Belastung und den Bewegungsmangel ihrer Tätigkeit in ihrer Freizeit auszugleichen versuchten. Dabei gab es erstaunliche Übereinstimmungen in den Strategien. Alle Führungskräfte kompensieren ihre berufliche Tätigkeit mit Aktivitäten im Freizeitbereich und dabei sehr häufig durch Bewegung. Einige erzählten, dass sie mehr oder weniger oft joggen. Ebenso häufig wurde auch das Fahrradfahren als Ausgleich benannt. Schwimmen, Fußball, Handball, tanzen, spazieren gehen bzw. wandern und sich in der Natur bewegen (zur Jagd gehen) und angeln wurden ebenfalls als Ausgleichssportarten benannt.

Als sehr wichtig wurde von den Führungskräften beschrieben, einen Ausgleich zu schaffen, den Abstand zur Arbeit herzustellen und in der Freizeit „den Kopf frei zu bekommen“. Das praktizierten alle Befragten in sehr unterschiedlicher Form. Einzelne Äußerungen wiesen darauf hin, dass einige Führungskräfte es erst lernen mussten, von der Arbeit abzuschalten bzw. eine bewusste Trennung zwischen Arbeit und Freizeit herstellen zu können. Betrieb A-F2p BGM (26-27) *Sehr problematisch, weil wenn man natürlich nach einer entsprechenden Arbeitszeit nach Hause kommt, muss man erst mal sehen, dass man erst mal Abstand gewinnt von der Tätigkeit. Das war am Anfang relativ schwierig für mich. Im Laufe der Jahre hat man das gelernt ...*

Ein Großteil der Führungskräfte betonte, wie hilfreich Freunde und Familie seien. Zum einen wurden diese sozialen Kontakte zur Ablenkung genutzt. Zum anderen wurde beschrieben, dass man mit seinen Freunden oder Partnern über Probleme bei der Arbeit redet, um sie besser verarbeiten zu können oder um Tipps von diesen Ansprechpartnern zu bekommen. Speziell die Familie nimmt dabei eine besondere Rolle ein. Teilweise sind es Kinder oder der Partner, die explizit als unterstützende soziale Kontakte beschrieben wurden. Kinder dienen häufig (durch Sport oder andere Aktivitäten) eher der Ablenkung. Der Partner diente zum Teil ebenso zur Ablenkung (durch Sport oder Freizeitgestaltung), aber vor allem zum Austausch über die Probleme im Betrieb, was als sehr hilfreich beschrieben wurde. Betrieb F-F2 BGW (207-208) *Also meine Frau ist auch XY (er beschreibt hier, dass sie die gleiche Berufsausbildung hat), insofern unterhalten wir uns auch über einige Dinge. Also ich tausche mich da auch aus. Ansonsten privat habe ich dann noch mein großes Hobby ... Fußball, ich bin da also auch als Trainer ... tätig. Also einfach auch dann mal was ganz anderes zu machen, um sich abzulenken, also das ist eine wunderbare Geschichte, weil in der Zeit denkt man wirklich nicht mehr an Arbeit.*

Immerhin achtmal wurde von den Befragten auch ein Hinweis zum Thema Ernährung gegeben. Durch alle Hierarchien hindurch erklärten sie, dass sie sich über eine ausgewogene, gesunde Ernährung Gedanken machten oder sich darum kümmerten, ihr Gewicht zu halten oder zu reduzieren. Auffällig war dabei ein Unternehmen, in dem Kantinenaktionen im Rahmen von Prävention durchgeführt wurden: dort äußerten sich alle Befragten zum Thema Ernährung.

## 7.2 Welches Selbstverständnis bezogen auf den Führungsstil und die Aufgabe „Führung“ haben die Führungskräfte?

Neben der Sichtweise der Führungskräfte auf das Thema Gesundheit ist es sehr bedeutsam, welche Rolle sich der jeweilige Vorgesetzte bezogen auf die eigene Aufgabe zuschreibt. Die Führungskräfte wurden zunächst darum gebeten, ihre eigene Rolle bezogen auf ihre Aufgabe – "Führung" – zu beschreiben. Bei dieser Fragestellung ging es darum einzuschätzen, wie Führungskräfte diese Aufgabe wahrnehmen und welchen Führungsstil sie sich zuschreiben.

Die Antworten ergaben insgesamt ein sehr heterogenes Bild. Über die Hälfte der Führungskräfte (10) sahen ihre Aufgabe in erster Linie in der Anleitung und Begleitung der Beschäftigten in Ausrichtung auf die gegebenen Ziele. Dabei fielen Begriffe wie: „Zielklarheit herstellen, mit ins Boot holen, Mitarbeiter optimal einteilen, Mitarbeiter begleiten“ aber auch „gegebenenfalls anordnen“. Sie sahen es dabei vor allem als ihren Auftrag an, den Unternehmenserwartungen und Unternehmensanforderungen gerecht zu werden bzw. diese zu erfüllen. Betrieb A-F2 BGM (17) *die Erwartung, die das Unternehmen an mich stellt, zu befriedigen...*

Ebenso häufig wurde betont, wie wichtig es ist, gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein „offenes Ohr“ zu haben und – soweit es möglich ist – ansprechbar zu sein.

Ein großer Teil der Führungskräfte (acht Vorgesetzte) sahen sich als Puffer zwischen den Unternehmensanforderungen und den Beschäftigten. Diese Rolle beschrieben allerdings nur Führungskräfte der 2. und 3. Ebene, deren hierarchische Einstufung häufig auch als "Sandwichposition" beschrieben wird.

Beispiele: Betrieb C-F3 BGM (105) *Und dass man eben ... versucht ... entstehende Spitzen abzufangen oder abzufedern.*

*Interviewerin: „Hört sich ein bisschen so an, dass Sie sich als Puffer sehen für Ihre Mitarbeiter, dass Sie auch Dinge abfangen müssen?“ Antwort Führungskraft: „Ja.“*

Betrieb B-F2 0 (59) *das heißt, diesen Druck nicht weiterzugeben, sondern schon was rauszunehmen aber trotzdem erfolgreich voranzugehen, ...*

Betrieb A-F2 BGM (24) *Und im Rahmen meiner Möglichkeiten kann ich auch bestimmte Dinge entschärfen und kann das etwas rund machen ...*

Ein gutes Drittel (sieben) der Führungskräfte schrieb sich einen teamorientierten, kooperativen Führungsstil zu. Dabei nannten sie selbst die Begriffe „demokratisch“, „kooperativ“, und „teamorientiert“. Zehn Führungskräfte sahen sich in der Rolle des „Motivators“ und „Unterstützers“ der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Dabei wurde dreimal der Begriff „Motivation“ selbst verwendet und zweimal geäußert, dass es wichtig sei zu loben, um das Wohlfühl der Mitarbeiter zu steigern.

Ein weiterer Begriff, mit dem einige Führungskräfte ihre Aufgabe beschrieben, war Verantwortung – für den Bereich oder für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Siebenmal wurde auch Kontrolle als Aufgabe benannt. Von diesen sieben Führungskräften beschrieben vier Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als sehr wichtige Komponente in ihrer Führungsaufgabe und sahen somit keinen Widerspruch zwischen Kontrolle und Partizipation. Acht Führungskräfte beschrieben ihre Rolle (Aufgabe) mit dem Begriff „Vorbildfunktion“. Zum einen sahen sie diese im allgemeinen Verhalten innerhalb des Teams bzw. des Arbeitszusammenhangs, zum anderen aber auch bezogen auf das Gesundheitsverhalten. Betrieb B-F3 0 (68) ... *bestimmte Dinge vorleben (78) Das eine ist halt ... denke ich schon Vorbild ...*

Betrieb D-F1 BGF (120-121) *Vorbildfunktion/Leistungsanspruch – den übertrage ich ja auch an meine Mitarbeiter – auch im gesundheitlichen Verhalten.*

Einige Führungskräfte sahen sich als „Dienstleister“ für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Überwiegend in Andeutungen – aber auch einmal direkt – erklärte eine Führungskraft, dass sie auch ihre Autorität einsetzen müsse, wobei nicht ganz deutlich wurde, ob sie hier die Autorität ihrer Funktion oder ihre persönliche Autorität meinte.

Betrieb E-F3 0 (194) *Gut, ich weiß einfach. Also eine Sache ist, ich muss das hier am Laufen halten. Daher – ich denke, so ein gesundes Maß an Autorität ...*

Die Begriffe Vertrauen und Gerechtigkeit tauchten bei den Beschreibungen nur vereinzelt auf. Auch die Bedeutung von Informationsvermittlung wurde nur von fünf Führungskräften dargestellt. Betrieb B-F3 0 (78)... *das andere ist versuchen zu erklären, warum bestimmte Dinge so oder so sind, soweit man das halt erklären kann. ... Transparenz herstellen, das andere ist ... tatsächlich einmal auch klar zu machen, ... dass das ja vielleicht auch ganz andere Gründe für (möglich/nötig?) sind oder ne Ursache, waren bestimmte Entscheidungen so oder so zu treffen...*

Kommunikation als wichtiges Mittel zur Herstellung eines guten Betriebsklimas und Commitment wurde dagegen immerhin von zwölf Führungskräften benannt.

Ein großer Teil der Führungskräfte sah ihre Aufgabe vorrangig in der Anleitung und Begleitung der Beschäftigten in Ausrichtung auf die vom Unternehmen vorgegebenen Ziele. Sie sahen es dabei als ihren Auftrag, die Unternehmenserwartungen und Unternehmensanforderungen zu erfüllen. Diese Zielorientierung entspricht der ersten Ebene des „Vier-Ebenen-Modells“ zum gesundheitsförderlichen Führen von Spieß & Stadler (2007), das in Kapitel 3, S. 56-57 ausführlich dargestellt wurde.

Ein weiteres Element, das in diesem Zusammenhang häufig von den Befragten genannt wurde, war die Ansprechbarkeit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Haltung entspricht einerseits der Wertschätzung der zweiten Ebene des „Vier-Ebenen-Modells“ und andererseits der Aufgabe zur Schaffung eines Vertrauensklimas der vierten Ebene dieses Modells. Im Folgenden soll hier in Form einer Tabelle dargestellt werden, in welchem Rahmen die Aussagen der befragten Führungskräfte (nur bezogen auf ihr Selbstverständnis als Führungskraft) in das Modell von Spieß und Stadler eingeordnet werden können und welche Parameter von diesen Führungskräften nicht benannt wurden:

**Tab. 5: Einordnung des Führungskräfte selbstverständnisses in das Vier-Ebenen-Modell nach Spieß und Stadler**

1. Ziel- und aufgabenorientiert führen	
Ziele setzen/vereinbaren	10 Nennungen
Rückmeldung geben	4 Nennungen
Umsetzung kontrollieren	7 Nennungen
2. Mitarbeiterorientiert führen	
Einbinden und beteiligen	8 Nennungen
Persönliche Lebenssituation der MA berücksichtigen	3 Nennungen
Sozial und organisatorisch unterstützen	2 Nennungen
Aktivieren und ermutigen	10 Nennungen
Vorbild sein	8 Nennungen
Wertschätzen	10 Nennungen
MA weiterbilden und entwickeln	0 Nennungen
3. Arbeits- und Organisationsprozesse gestalten	
Für Transparenz und Informationsfluss sorgen	5 Nennungen
Arbeitsbedingungen gestalten	0 Nennungen
Organisationale Abläufe gestalten	0 Nennungen
Zusammenarbeit gestalten	12 Nennungen
4. Gesundheitsförderliche Führungs- und Unternehmenskultur schaffen	
Gesundheitsbewusstsein schaffen	1 Nennung
Kooperatives Handeln fördern	7 Nennungen
Fehler zugestehen und aus Fehlern lernen	0 Nennungen
Vertrauensklima schaffen	10 Nennungen

Nach Spieß und Stadler, 2007

Die Aussagen der Führungskräfte haben etliche Bezüge zu dem Vier-Ebenen-Modell von Spieß und Stadler (2007). Gleichzeitig wird hier aber auch deutlich, dass es in dem Modell einige als gesundheitsförderlich einzustufende Handlungsansätze gibt, die bei den Befragten ausgeblendet bzw. nicht wahrgenommen werden – wie z.B. die Tatsache, dass es in den Interviews keine einzige Aussage zur Fehlerbehandlung bzw. einer Fehlerkultur gab.<sup>4</sup>

Dennoch wird deutlich, dass die befragten Führungskräfte durchaus ein, zumindest bezogen auf bestimmte Handlungsfelder, gesundheitsförderliches Selbstverständnis besitzen. Einige verstehen ihre Führungsrolle im Zusammenspiel mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und zeigen damit auch ein mehr oder weniger ausgeprägtes Maß an Mitarbeiterorientierung im Sinne von Partizipation. Betrieb F-F2

<sup>4</sup> Es wurde hier nicht explizit nach der Fehlerkultur gefragt (allerdings auch nur bedingt nach den anderen Handlungsansätzen).

BGW (209) *Die Dinge gemeinsam durchsprechen, durchdiskutieren und dann möglichst zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen... oder.“ B F1 BGM Ja, also ich würde mich schon als Teammitglied sehen. Klar in einer besonderen Stellung BCK F3 BGM Also ich lege ich lege großen Wert auf eh eh Teamarbeit. Dass nicht hierarchisch eh von oben nach unten diktiert wird. BFO F3 BGW Also mit dem Team gemeinsam ein Weg. Gemeinsam stark sein. Nicht von oben herab.*

Kaum eine Aussage ließ darauf schließen, dass man hier lediglich mit Anordnungen agierte. Und wenn, dann nur in besonderen Situationen. Dieses mehr oder weniger ausgeprägte Maß an Mitarbeiterorientierung kann durchaus als partizipativer Führungsstil verstanden werden.

Dabei konnte bezogen auf das zugrunde liegende Selbstverständnis kein systematischer Unterschied zwischen den Unternehmen festgestellt werden, in denen Betriebliche Gesundheitsförderung schon seit längerer Zeit implementiert war, und Unternehmen, die sich bisher nicht damit auseinandergesetzt hatten. Die tendenziell gesundheitsförderliche Ausrichtung einzelner Führungskräfte ist also nicht verknüpft mit einem betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Auffällig war auch, dass die Führungskräfte, die Partizipation explizit als ihre Handlungsmaxime beschrieben, zu denen gehörten, die sich schützend vor ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellten und Belastungssituationen abzupuffern versuchten. Im Abgleich der Führungsrolle mit dem von Spieß und Stadler (2007) entwickelten „Vier-Ebenen-Modell“ lassen sich durchaus sehr positive Ansätze erkennen. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass es einige als gesundheitsförderlich einzustufende Handlungsansätze gibt, die noch weiter entwickelt werden müssen. Da hier deutlich wurde, dass es nicht die Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Unternehmen waren, die diese Sichtweisen begründen, muss geklärt werden, wie man die Führungskräfte dazu bewegen kann, ihre grundlegende Ausrichtung weiter in Richtung Beschäftigtengesundheit zu entwickeln.

Einige Führungskräfte gingen in ihrem Selbstverständnis sogar so weit, dass sie ihre Beschäftigten vor den betrieblichen Anforderungen – wie z.B. Leistungsverdichtung – zu schützen versuchen. Diese Angaben wurden immerhin von acht Führungskräften der zweiten und dritten Führungsebene gemacht. Dabei sahen sie sich als Puffer zwischen den Unternehmensanforderungen und den Mitarbeitern/innen.

Betrieb B-F2 0 (59)... *das heißt diesen Druck nicht weiterzugeben, sondern schon was rauszunehmen aber trotzdem erfolgreich voranzugehen, ...*

Betrieb F-F2 BGW (218) *Aber es geht schon manchmal so in die Richtung, dass wir sagen, komm, dass setzen wir mal nicht um. ...wir machen's aber mal aus der besonderen Situation heraus nicht. Oder wir wandeln das mal aus einer besonderen Situation heraus ab – zum Teil abgestimmt – zum Teil sage ich aber auch mal in Eigenverantwortung. Das muss ich dann im Einzelfall immer gucken, wie weit kann ich da gehen. Also manche Dinge kann ich nicht einfach so sagen, machen wir nicht, da laufe ich dann Gefahr, selber dann irgendwann zwischen die Fronten zu kommen und das kann auch nicht sein.*

In diesen Aussagen wird deutlich, dass sich diese Führungskräfte in der Rolle als Beschützer wahrnehmen. Sie wenden sich hier teilweise sogar gegen Unternehmenserwartungen, was Mut und/oder eine große Selbstsicherheit gegenüber den eigenen Vorgesetzten erfordert.

Diese Haltung war immerhin bei vier dieser Führungskräfte mit der Sichtweise gepaart, dass sie für sich selbst einen großen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten wahrnahmen. Sie gehörten damit zu den Personen, die einen relativ großen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit sahen.

Bezogen auf die persönliche gesundheitliche Situation beschrieben die acht Führungskräfte, die ihre Beschäftigten vor den betrieblichen Anforderungen zu schützen versuchen, durchweg eine hohe Belastung für sich selbst. Dieses positive Verantwortungsverhalten geht somit auch mit entsprechenden Belastungsfolgen für die Führungskräfte einher.

### **7.3 Informationsstand der Führungskräfte über den Status Betrieblicher Gesundheitsförderung im Unternehmen**

Um Informationen darüber zu bekommen, wie sich die betriebliche Ausrichtung zu der Thematik Gesundheit im Betrieb auf die Sichtweisen der Führungskräfte auswirkt, wurden entsprechende Kontrastierungen vorgenommen. Es wurde ein gewerbliches Unternehmen (C) ausgewählt, das seit Jahren ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert hatte. Ein weiteres gewerbliches Unternehmen (A) war nach mehreren Ansätzen aktuell dabei, ein dauerhaftes Gesundheitsmanagement

zu etablieren. Ein gewerbliches Unternehmen (B) hatte sich bis zum Zeitpunkt der Interviews nicht mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinandergesetzt und ein anderes gewerbliches Unternehmen (D) hatte zwar seit Jahren immer wieder Ansätze zur Einführung eines Gesundheitsmanagements gemacht, aber letztendlich nur einige Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung installiert (z.B. physiotherapeutische Behandlungen im Betrieb). Die zwei Dienstleistungsunternehmen (E und F), in denen die Interviews durchgeführt wurden, hatten beide bisher keine Gesundheitsförderung oder Prävention durchgeführt, aber eins dieser Unternehmen (F) unterschied sich dadurch, dass hier Prävention und Gesundheitsförderung zur Angebotspalette gehörten.

Um zu erfahren, wie sich diese Bedingungen auf die Führungskräfte-sichtweisen auswirken, musste zunächst überprüft werden, in wie weit die Befragten über die jeweiligen Aktivitäten informiert bzw. darin eingebunden waren.

In fünf Unternehmen waren die Auskünfte der Führungskräfte durchgängig kongruent mit dem aktuellen Stand der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. mit den bisher nicht erfolgten Aktivitäten. In dem Betrieb, der gerade dabei war, das Gesundheitsmanagement dauerhaft zu installieren, gab es allerdings unterschiedliche Angaben zu Erfahrungen mit diesem Thema. Die Geschäftsführung und die Führungskraft der dritten Führungsebene gaben an, dass man Erfahrungen mit dem Thema habe, zwei Führungskräfte gaben jedoch an, dass es bisher nur wenig bzw. noch nicht genug Erfahrung mit der Gesundheitsförderung gebe, obwohl oder gerade weil beide schon seit Jahren maßgeblich in die Einführung und Umsetzung des Gesundheitsmanagements involviert waren. Betrieb A-F2p BGM (27) *Also bei der Gesundheit direkt vor Ort, also Erfahrung an der Basis bei den Mitarbeitern, .. habe ich nicht so viel. Sondern es geht dann ja mehr darum, dass man etwas steuert und ich kann nur sagen, was da in meiner Abteilung passiert. Und da kann es schon mal sein, dass es untereinander Probleme gibt. Dass die Mitarbeiter aufgrund einer Situation, die durch zwei Mitarbeiter entstanden ist, sich nicht wohl fühlen, und das merkt man irgendwann. ... Und bevor sich jemand dann in eine Krankheit zurückzieht, muss man darüber sprechen. Das habe ich in meiner Abteilung auch schon gehabt, so ist es nicht. Also insofern habe ich, was die direkten Erfahrungen in meinem Bereich betrifft, nicht so sehr die Erfahrung, sondern mehr indirekt,...* Diese Führungskraft differenziert hier sehr stark zwischen der Steuerung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen (für die er maßgeblich verantwortlich war) und zwischen den gesundheitsförderlichen Maßnahmen in seiner

eigenen Abteilung. Die andere Führungskraft dieses Unternehmens erklärte ebenfalls – jedoch mit einem etwas deutlicheren Tenor – dass Gesundheitsförderung häufig erst dann zum Thema eines Betriebes bzw. einer Führungskraft wird, wenn es zu Krankheit und damit zu entsprechenden Ausfallzeiten gekommen ist. Betrieb A-F2 BGM (17) *Als Führungskraft hat man natürlich die Berührung mit Mitarbeitern. Wenn sie krank sind, wird es als unangenehm, als störend empfunden. Es ist ein Störfaktor. ...Was können wir als Unternehmen tun, um diese Krankzeiten, die angefallen sind, zu reduzieren? Was tun wir, um die Bereitschaft zu signalisieren, dass wir uns nicht nur als Druckmacher um diese Geschichte kümmern, sondern auch, dass wir uns darum kümmern, um das abzustellen...(17) Es wird auch häufig erst offenbar, wenn der Mitarbeiter erkrankt, dass die Situation ungut ist, und dass es nicht in Ordnung ist. Es findet keine Prophylaxe statt, wie wir sie jetzt wieder initiiert haben durch den Gesundheitszirkel, den ich für notwendig und geboten halte, weil immer, wenn Mitarbeiter mitgestalten können, ist es ein Teil ihrer selbst. Und alles, was ich selber mit gestalten und beeinflussen kann, erscheint nicht bedrohlich und ist positiv und gibt nicht nur das Gefühl, sondern auch die Chance, Dinge zu beeinflussen. Ich denke, das ist etwas, was wir alle mögen und wollen und was uns auch hilft, gut nach vorne zu gucken.*

Auffällig waren auch die Aussagen der Führungskräfte – bezogen auf den Stand der Gesundheitsförderung im Betrieb – aus dem Unternehmen, das schon seit langem ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt hatte. In diesem Betrieb waren alle sehr zufrieden mit den Arbeitsbedingungen und den Möglichkeiten, die ihnen im Rahmen des Betriebes geboten wurden. Sie betonten die „kurzen Wege“ und die guten Ressourcen vor Ort, wenn es darum ging, Verbesserungen durchzuführen. Und die Führungskräfte der dritten und zweiten Ebene erklärten, wie wichtig und positiv der Rückhalt durch die Geschäftsleitung für ihre Arbeit und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sei. Außerdem wurde in diesem Betrieb die Unternehmenskultur durchgängig sehr positiv beschrieben und bewertet. Begriffe wie *„familiär, menschenwürdig, offen mit gutem Betriebsklima, rundum positiv, positiv auch bezogen auf die Umgebungsfaktoren“* usw. waren Kennzeichnungen, die alle Führungskräfte hier nannten. Zudem war dieser Betrieb der einzige, in dessen Unternehmenskultur die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wesentlicher Bestandteil benannt wurde, auch wenn diese hier nicht in schriftlicher Form vorlag. Betrieb C-F2s BGM (101) *Eigentlich sehr menschenwürdig. (101-102) Ne das kann man eigentlich unseren Geschäftsführern also sehr stark auf die Fahnen schreiben. Das sie also nen ... sehr eigentlich in jeder Beziehung zu ihren Mitarbeitern haben. Auch*

*verständnisvolle Beziehung dafür haben für die persönlichen Belange. Wer mal Probleme hatte, findet da auch nen offenes Ohr, ich meine mehr kann man eigentlich nicht erwarten, ne.*

Ein Teil dieser Unternehmenskultur dieses Betriebes war es auch, dass Probleme zeitnah anzusprechen waren, was die befragten Führungskräfte sehr positiv bewerteten (siehe auch Ergebnisteil Kapitel 7.6, S. 108).

Erfahrungen mit dem Thema Gesundheit im Betrieb zu haben, gaben vor allem die Führungskräfte an, deren Unternehmen schon externe Berater bei der Einführung und Umsetzung von Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung hinzugezogen hatten. In dem Unternehmen, in dem es bisher nicht gelungen war, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren, sprachen die Befragten ebenfalls davon, viele Erfahrungen mit der Gesundheitsförderung zu haben. Die folgende Matrix fasst in Kurzform die Aussagen der Führungskräfte zusammen.

**Tab. 6: Führungskräfteaussagen zu Erfahrungen mit Gesundheit im Betrieb**

Führungskräfte	Erfahrungen mit dem Thema Gesundheit im Betrieb
Betrieb A-F1 BGM aktuell eingeführt	Ja, haben wir reichlich
Betrieb A-F2 BGM aktuell eingeführt	Ja, <b>noch nicht genug</b>
Betrieb A-F2p BGM aktuell eingeführt	<b>Selbst nicht so viel an der Basis, mehr indirekte Erfahrung</b>
Betrieb A-F3 BGM aktuell eingeführt	Ja
Betrieb B-F1 0 bisher keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	<b>Relativ wenig</b>
Betrieb B-F2 0 bisher keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	<b>Wenn ich jetzt ehrlich bin: Null</b>
Betrieb B-F3 0 bisher keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	<b>Ausweichende Antwort</b>
Betrieb C-F1 BGM Gesundheitsmanagement langjährig etabliert	Ja, eigentlich positive Erfahrungen
Betrieb C-F2s BGM Gesundheitsmanagement langjährig etabliert	Ja, aber, negative Folge - Forderungen der MA ohne Übernahme von Eigenverantwortung
Betrieb C-F3 BGM Gesundheitsmanagement langjährig etabliert	Ja, positive Erfahrungen
Betrieb D-F1 BGF einzelne Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	Ja, gute Erfahrungen
Betrieb D-F3 BGF einzelne Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	Ja, sehr viel Erfahrungen
Betrieb D-Fs BGF einzelne Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	Ja, sehr positive Erfahrungen
Betrieb E-F1 0 bisher keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	<b>Wenig Erfahrungen</b>
Betrieb E-F2 0 bisher keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	<b>Ganz, ganz wenig Erfahrungen</b>
Betrieb E-F3 0 bisher keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	<b>Hier weniger</b>
Betrieb F-F2 BGW Anbieter für Gesundheitsförderung	<b>So unmittelbar nicht</b>
Betrieb F-F2 BGW Anbieter für Gesundheitsförderung	<b>Bei uns nicht</b>
Betrieb F-F3 BGW Anbieter für Gesundheitsförderung	<b>Förderung durch Arbeitgeber fehlt</b>

Die Art der Erfahrung des Betriebes mit dem Thema Gesundheitsförderung ist u.a. an der Codeendung zu erkennen: Die Endung BGM bedeutet: dieser Betrieb hat ein Gesundheitsmanagement eingeführt; die Endung 0 bedeutet: In diesem Betrieb hat es bis zur Befragung keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gegeben; die Endung BGF bedeutet: in diesem Betrieb wurden verschiedene Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt, es wurde aber noch kein durchgängiges Managementsystem eingeführt; die Endung BGW bedeutet: dieser Betrieb bietet Maßnahmen und Beratungen zur Gesundheitsförderung an. Die Farbe Rot wurde für die Aussage „keine oder wenig Erfahrung“ verwendet, die Farbe Blau für eine ausweichende Antwort und die Farbe schwarz für die Angabe von Erfahrungen mit Betrieblicher Gesundheitsförderung.

Eine Sorge, die Führungskräfte im Umgang mit Gesundheitsförderung im Betrieb haben, die hier jedoch nur einmal auftaucht – und das bei einer Führungskraft, die eigentlich schon sehr lange mit der Thematik aktiv umgeht, ist, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr viel einfordern, wenn man ihnen die Möglichkeit dazu eröffnet. Betrieb C-F2s BGM (95) *Dass die Leute es sehr intensiv fordern, aber ihre Eigenverantwortlichkeit da sehr schnell aus dem Auge verlieren.*

Diese Führungskraft differenziert hier zwischen den Forderungen der Beschäftigten und deren mangelnder Eigenverantwortung. Das heißt, seine Kritik bezieht sich stärker auf ihre mangelnde Verantwortung als auf das Einfordern. Deutlich wird das an weiteren Aussagen dieser Führungskraft. Betrieb C-F2s BGM (95) *Natürlich, ...da ich ...Arbeiterleichterungen für sie baue, sie ab und zu mal drauf anspreche, dass sie sich auch vor Augen halten ...sei's jetzt Absaugung oder sei's jetzt einfach Luftbefeuchter, um die entstehenden Dämpfe da aufzusammeln, dass sie die auch mal nutzen ...und dass sie nicht immer blindwütig drauf los arbeiten oder dass man manchen Leuten auch mal nahe legt, dass Turnvater Jahn im Unternehmen nichts zu suchen hat. Wenn sie mal wieder die Regale hoch klettern, um mal schnell was zu holen anstatt `ne Leiter zu nehmen oder so. Ja Sie wundern ... sich ... was für tolle Ideen hier entwickelt werden.*

## **7.4 Welchen Informations- und Schulungsbedarf sehen die befragten Führungskräfte?**

Die Frage, ob die Führungskräfte ihre Kenntnisse zu dieser Thematik erweitern möchten, wurde von der Hälfte der Führungskräfte ablehnend beantwortet. Man sah keinen Bedarf, sich hier weiterzubilden. Betrieb C-F3 BGM (108) *... Sehe ich eigentlich ... kein Handlungsbedarf. Weil es eben auch nicht ... direkt ... in meine ... Weisungsbefugnis rein spielt. Und ... ich denke, das ist wesentlich interessanter ...für den gewerblichen Bereich als für den kaufmännischen Bereich.* Dabei wurde von einigen auf die Fachabteilungen verwiesen, die man jederzeit einschalten könne und die das nötige Fachwissen hätten

und wenn notwendig auch die Zeit, um zu recherchieren. Eine Führungskraft verwies auf den Gesundheitszirkel, durch den die relevanten Fragen des Betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit abgedeckt würden. Betrieb A-F2 BGM (20) *Ich denke, die Schulungen sind in Ordnung. Wir haben ja diese Gesundheits- und Arbeitsschutz-Zirkel, die etwas dünn, aber mit einer Regelmäßigkeit Dinge ansprechen, die nicht in Ordnung sind.*

Lediglich drei Führungskräfte, zwei Geschäftsführer und ein Teamleiter sahen sich sehr gut aufgestellt und hätten deshalb im Moment keinen Schulungsbedarf – wobei diese Aussagen durch das Hintergrundwissen der Autorin bestätigt werden können.

Insgesamt sechs Führungskräfte sahen durchaus noch Bedarf an zusätzlichen Informationen. Betrieb A-F2p BGM (29) *Sicherlich wäre es ganz gut, wenn noch neue Anlagen angeschafft würden oder dergleichen, dass man im Vorfeld schon das, was Arbeitsschutz und -sicherheit angeht, noch stärker beachtet. ...*

Ein Teil der Vorgesetzten erklärte, dass sie es gut fänden, durch Schulungen auf den neusten Stand der Erkenntnisse gebracht zu werden. Ein Betriebsleiter hätte gern eine aktuelle Angebotspalette, mit deren Hilfe man sehen könnte, welche Möglichkeiten zur Gesunderhaltung der Beschäftigten bestehen, und zwei Führungskräfte äußerten, dass sie es gut fänden, zu der Thematik Arbeits- und Gesundheitsschutz geschult zu werden. Sie hatten aber nur eine grobe Vorstellung darüber, welche Themen für sie wichtig wären.

Betrieb E-F1 0 (167) *...Ich hab wohl einen Überblick über die Thematik Arbeitsschutz – auch was da gefordert ist, das ist ja auch nicht nur Ergonomie ... sondern, das sind eben auch Gefahrenquellen, das ist, was ist bei Feuer, was ist bei Alarm und solche Dinge ...Was ich bräuchte wäre eigentlich ... ne Möglichkeit ... auf dem Laufenden oder den Gesamtüberblick zu behalten, man vergisst die Dinge einfach wieder.*

## **7.5 Welche Belastungen nehmen die Führungskräfte bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wahr?**

In den gewerblichen Betrieben wurde von den Führungskräften, auch wenn sie für sich selbst keine körperliche Belastung beschrieben, eine starke körperliche Beanspruchung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wahrgenommen. Insgesamt 14 Führungskräfte nannten hier ganz klar körperliche Belastungen durch einseitige Haltung und zu wenig Bewegung.

Betrieb C-F1 BGM (84) *Was sicher immer negativ ist, dass wir in fast allen Bereichen zu wenig Bewegung haben oder wenn wir Bewegung haben, dann ist das nicht die gesündeste Bewegung. Wenn man das jetzt so im Lager oder in der Produktion sieht. Dabei gab es beim Antwortverhalten keinen Unterschied zwischen Betrieben, die sich mit Gesundheitsförderung auseinandersetzen und denen, in denen das Thema bisher nicht bearbeitet wurde.*

Führungskräfte, die ausschließlich für Bürobereiche verantwortlich waren, äußerten sich jedoch nicht so eindeutig. Sie sprachen schon bei der Definition von Gesundheit im Betrieb von „sich rundum wohl fühlen“. Es wurde von Aussagen wie „weniger die körperliche Seite“ oder „körperlich nicht so die Beanspruchung“ flankiert und bestätigt, dass für diese Führungskräfte die psychische Belastung und Beanspruchung im Vordergrund steht und die körperliche Komponente durch Bewegungsmangel am Schreibtisch nur teilweise wahrgenommen wird. Betrieb F-F2 BGW (208) *Gut, wenn man jetzt den Aspekt psychosomatische Erkrankungen sieht, also ich weiß aus der (...schulung), da hieß es also, der überwiegende Teil der Bandscheibenvorfälle sind psychosomatisch bedingt. ... Wenn man jetzt aber unmittelbar aus der Tätigkeit heraus, würde ich jetzt so die körperlichen Beanspruchungen hier bei der XY nicht so einschätzen, da fällt mir jetzt eigentlich kein, vom Hausmeister mal abgesehen, da kann ich das nicht so beurteilen, aber jetzt von den Angestellten, körperlich ist das nicht unbedingt anstrengend.*

Aber auch hier gab es keinen Unterschied im Antwortverhalten zwischen den Betrieben mit und ohne Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Fast alle Führungskräfte, auch die der gewerblichen Unternehmen, nannten psychische Aspekte der Arbeit als wichtige Voraussetzung für die Gesunderhaltung der Beschäftigten. Nur eine Führungskraft der dritten Ebene sah vor allem die körperliche Belastung und nahm die psychische Komponente nur am Rande und auf Nachfrage wahr.

Sehr häufig wurde von den Vorgesetzten ein „gutes Betriebsklima“ als Voraussetzung für Wohlbefinden und Gesundheit am Arbeitsplatz benannt. Sie gaben auch an, dass es durch Zeitdruck und Leistungsdruck zu Belastungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen komme. In den Versicherungen wurde der ständige Wandel als eine Quelle psychischer Belastung beschrieben. Sie schilderten diesen als besonders belastend für die Beschäftigten. Betrieb E-F2 0 (180) *...Dieser jetzt in letzter Zeit immer stärker werdende Wechsel von Rahmenbedingungen, von Führungsstrukturen, von*

*grundsätzlichen Aufgaben auch, von der Neugestaltung dieser Aufgabe insgesamt, also alles das, wo ich sage, da habe ich ein Problem mit, denke ich mal, das ist für einen Großteil der Mitarbeiter sicherlich auch ein gesundheitliches Problem.*

Immerhin acht Führungskräfte erklärten, dass der Zeitdruck immer mehr zunimmt bzw. ein Problem für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darstellt. Auffällig war dabei, dass die meisten Aussagen dazu aus dem Bereich der Dienstleistungsunternehmen kamen. Sie äußerten sich dahingehend, dass der Druck bzw. Zeitdruck immer größer würde. Betrieb F- F3 BGW (230) *Immer mehr Belastung, immer mehr Arbeit, weniger Kollegen, sehr viel Neues, ständiger Wandel natürlich und ... dadurch immer wieder noch stärkere Belastung auf weniger Schultern. Und ich glaube, das wirkt sich extrem auf die Gesundheit der Mitarbeiter aus.* Die Geschäftsführer der gewerblichen Betriebe machten keine Aussagen in diese Richtung. Hier erklärten nur drei Führungskräfte – der zweiten und dritten Ebene, dass Zeitdruck eine Rolle spielt.

Einige Führungskräfte drückten den Zusammenhang zwischen psychosozialen Bedingungen und Gesundheit positiv aus und erklärten, dass es für sie sehr wichtig sei, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gern (mit Spaß) zur Arbeit gehen. Betrieb A- F1 BGM (4) *...aber auf der anderen Seite finde ich es aber ganz wichtig, irgendwo in einem Betrieb ein Klima zu haben, das dem Mitarbeiter die Möglichkeit gibt ... ja doch ein bisschen seine Arbeiten mit Spaß zu erledigen.*

Ein weiterer Aspekt der psychischen Belastung ist für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Angst vor Arbeitsplatzverlust. In den Interviews wurde dieser Aspekt nicht explizit erfragt und dennoch sieben Mal benannt. In dem Unternehmen, in dem eine Abteilung outgesourct wurde, benannten immerhin drei der vier befragten Führungskräfte die Bedeutung der Arbeitsplatzsicherheit. Betrieb A-F3 BGM (49) *Wirken sich sicherlich aus, betriebliche Maßnahmen, wenn ich nicht weiß, ob mein Arbeitsplatz gesichert ist, geht's mir auch persönlich nicht gut.*

Betrieb D-F3 BGF (135) *Und ich schätze wohl ... das große Problem ist nicht die Arbeit an sich, sondern die Angst um den Arbeitsplatz. Das ist eine riesige Belastung. Für jeden ... einzelnen.*<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Zum Zeitpunkt der Befragung gab es in keinem der Betriebe Entlassungen oder wirtschaftliche Probleme. In einem Betrieb wurde jedoch eine Abteilung outgesourct.

Von den Führungskräften der gewerblichen bzw. produzierenden Betriebe wurde das Thema Gesundheit im Betrieb auch mit dem Arbeitsschutz gleichgesetzt. Betrieb B-F1 0 (50) ... *hole ich mir die Informationen jetzt direkt von den Mitarbeitern, wenn die irgendwelche Veränderungen wünschen in Bezug auf Unfallsicherheit und Beanspruchung, dann setze ich das relativ schnell um.* Diese Ansichten teilten vor allem die Geschäftsführer und die Führungskräfte der dritten Ebene. Dies sind Vorgesetzte, die direkt mit dem Unfallschutz konfrontiert sind. Die Geschäfts- und Betriebsleiter waren durch ihre arbeitsrechtliche Verantwortung für den Arbeitsschutz für diesen Themenbereich sensibilisiert. Die Führungskräfte der dritten Ebene waren durch ihren direkten Kontakt mit den Unfallgefahren konfrontiert. Bei letzteren spielte es keine Rolle, ob die Verantwortung für die Arbeitssicherheit auf diese delegiert war oder nicht.

## **7.6 Wie schätzen die Führungskräfte das Betriebsklima im eigenen Unternehmen ein und welchen Einfluss nehmen die Führungskräfte auf das Betriebsklima wahr?**

Die Führungskräfte wurden nach ihrer Beurteilung des Betriebsklimas befragt. Dabei sollten sie zwischen ihrem Verantwortungsbereich (den direkten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) und dem Gesamtbetrieb differenzieren<sup>6</sup>.

Die meisten Führungskräfte gaben an, dass das Betriebsklima in ihrem Bereich und ihrem Betrieb „gut“ sei. Nur in dem gewerblichen Betrieb (D), in dem seit Jahren Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung liefen, aber noch kein Betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert werden konnte, schätzten alle Führungskräfte das Betriebsklima als befriedigend bis schlecht ein.

In einem anderen gewerblichen Betrieb (A) – dort wurde gerade das Gesundheitsmanagement etabliert – gaben die Führungskräfte überwiegend keine Zensur bzw. Schulnote ab, beschrieben aber, dass im Moment eine latente Unsicherheit bestehe. Man hatte gerade einschneidende Maßnahmen umsetzen müssen, die sich auf eine große Gruppe (ca. 80 – 120) von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auswirkten.

---

<sup>6</sup> Bei diesen Ergebnissen ist zu bedenken, dass die Einschätzung der Führungskräfte nicht zwangsläufig dem realen Betriebsklima entsprach. Eine Überprüfung der Einschätzung durch eine Beschäftigtenbefragung war im Rahmen der Arbeit nicht möglich.

Die meisten Führungskräfte schätzten das Betriebsklima in ihren eigenen Bereichen etwas besser ein als im Gesamtbetrieb. Nur zweimal wurde es im eigenen Bereich schlechter eingeschätzt als im Gesamtbetrieb.

**Tab. 7: Noten für das Betriebsklima: „Gesamtbetrieb“ und „eigener Bereich“**

	Betriebsklima- einschätzung Noten eigener Bereich	Betriebsklima- Einschätzung Noten Gesamtbetrieb
Betrieb A-F1 BGM	Es funktioniert	Ganz gutes Betriebsklima
Betrieb A-F2 BGM	Evtl. etwas besser	Angespannt
Betrieb A-F2p BGM	In Ordnung	Das Betriebsklima leidet
Betrieb A-F3 BGM	2	3
Betrieb B-F1 0	2	2
Betrieb B-F2 0	2	2
Betrieb B-F3 0	2	Konzern 4
Betrieb C-F1 BGM	2	2
Betrieb C-F2s BGM	?	?
Betrieb C-F3 BGM	2	2
Betrieb D-F1 BGF	2 aber auch 3 und 4	3 bis 4
Betrieb D-F3 BGF	teils/teils	Schlecht
Betrieb D-Fs BGF	Keine Mitarbeiter	5
Betrieb E-F1 0	3?	2-
Betrieb E-F2 0	2	noch 2
Betrieb E-F3 0	2	2
Betrieb F-F2 BGW	3	3
Betrieb F-F2 BGW	2-	2
Betrieb F-F3 BGW	1	3 bis 4

Die Art der Erfahrung des Betriebes mit dem Thema Gesundheitsförderung ist u.a. an der Codeendung zu erkennen: Die Endung BGM bedeutet, dieser Betrieb hat ein Gesundheitsmanagement eingeführt, die Endung 0 bedeutet: In diesem Betrieb hat es bis zur Befragung keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gegeben, die Endung BGF bedeutet: in diesem Betrieb wurden verschiedene Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt, es wurde aber noch kein durchgängiges Managementsystem eingeführt. Die Endung BGW bedeutet: Dieser Betrieb bietet Maßnahmen und Beratungen zur Gesundheitsförderung an.

Da viele Führungskräfte ihr Betriebsklima mit einer Benotung versahen, wurden in der zweiten Spalte die Noten des Betriebsklimas für den eigenen Bereich dargestellt und in der dritten Spalte die Noten für das Betriebsklima des Gesamtbetriebes<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Bei der Frage nach dem Gesamtbetrieb war bei den Konzernen nicht das gesamte Unternehmen, sondern der Betriebsstandort gemeint.

Bei den Benotungen bzw. Beschreibungen der Führungskräfte lässt sich eine Tendenz zu guten bis durchschnittlichen Bewertungen erkennen. Extreme Werte, z.B. sehr gut oder schlecht, wurden nur in Einzelfällen abgegeben.

Fast 50% der Führungskräfte (9 FK) schätzten ihren Einfluss auf das Betriebsklima höher ein, als ihren Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (siehe auch Kapitel 7.6.1 – Seite 112 Tabelle 8).

Bis auf eine Führungskraft sahen alle die Möglichkeit, auf das Betriebsklima selbst Einfluss zu nehmen. Dabei erklärte ein Drittel der Vorgesetzten, dass sie sich einmischen, wenn es unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Reibereien oder sogar Streit kommen sollte. Einige von diesen Führungskräften bezogen sehr klar Stellung und erklärten, dass sie ein Fehlverhalten untereinander auf keinen Fall dulden würden und sich bei Konflikten einmischen.

Betrieb C-F1 BGM (89) *...wir hatten auch vor einiger Zeit mal das Problem, dass es bei uns, verstärkt in der Fertigung, zu Reibereien der Mitarbeiterinnen untereinander kam, also ne gewisse Lagerbildung, und da haben wir schon auch ganz klar gesagt oder klare Grenzen aufgezeigt und auch gesagt, dass das nicht akzeptiert wird. Wir können nicht erwarten, dass hier jeder mit jedem befreundet ist, aber wir haben schon Konsequenzen angedroht, wenn nicht bestimmte Spielregeln eingehalten werden.*

In diesem Betrieb, in dem das Gesundheitsmanagement schon seit langem etabliert war sahen es alle befragten Führungskräfte als ihre Aufgabe an, sich bei Konflikten und Fehlverhalten einzumischen. In anderen Betrieben wurde diese Haltung nicht so durchgängig beschrieben, aber recht häufig benannt – insgesamt erklärten sieben Führungskräfte, dass sie sich in Konfliktsituationen einmischen.

Ebenso häufig beschrieben die Führungskräfte, dass es für sie sehr wichtig sei, für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Ansprechpartner zu fungieren bzw. für sie da zu sein. Das geht von „immer versuchen, ansprechbar zu sein“ über „Kuchen besorgen“ oder „den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Arbeit abzunehmen“, wenn es sonst nicht zu schaffen ist. In einzelnen Beschreibungen wurde Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtiges Instrument zur Gestaltung eines positiven Betriebsklimas benannt.

---

Zwei Führungskräfte betonten, dass ein sachlicher, nicht autoritärer Umgang sehr wichtig sei, um ein positives Betriebsklima zu gestalten. Beide stammten aus demselben Betrieb, in dem es früher (es handelt sich hier um ein gewerbliches Unternehmen) eher autoritär zugeht. Betrieb A-F1 BGM (10) *Ich glaube, dass ...ich in den vielen Jahren, ...versucht habe ein kollegiales... Verhältnis zu leben, und nicht sehr autoritär die Dinge zu handhaben, sondern einfach durch ... Messen an der Aufgabe ein ...Klima zu ...finden, dass jeder weiß, wo seine Grenzen sind und was er hier an Aufgaben zu erfüllen hat und durch entsprechendes Vorbild dann auch zu führen und ohne nun immer gleich den Lauten zu machen oder ... hier Führen mit autoritärem Verhalten zu belegen, sondern eher durch Vorbild und durch ... Wertschätzung...*

Es gab auch Führungskräfte, die der Meinung waren, dass Betriebsfeste zur Pflege des Betriebsklimas notwendig seien. Beispiel: Betrieb A-F3 BGM (41) *...da gibt es die Weihnachtsfeier und ...ein Sommerfest.*

Ein Großteil (dreizehn Führungskräfte) sah es ganz klar als Führungsaufgabe an, für ein gutes Betriebsklima zu sorgen. Als Mittel zur Umsetzung dieser Aufgabe wurden Besprechungen, aber auch Vorbildfunktion und „Stellung beziehen“ bei Fehlverhalten der Beschäftigten benannt. Insgesamt beschrieben hier die Führungskräfte – bezogen auf das Betriebsklima – eine Reihe als gesundheitsförderlich einzustufender Verhaltensweisen, u.a.:

- Vorbild sein
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Wertschätzung entgegenbringen
- Ein offenes Ohr für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben
- Positive Kommunikation
- Information – Transparenz – Ehrlichkeit
- Vernünftiger, sachlicher Umgang
- Eingreifen bei Konflikten
- Konflikten vorbeugen – durch das Aufzeigen klarer Grenzen
- Vertrauen
- Kontakt halten – auch mal privat
- Hilfestellung geben
- Ansprechbar sein
- Dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit jedem Problem auch wirklich kommen können

- Anerkennung, Lob
- Zuhören
- Einfühlungsvermögen
- Veränderungen im Team beobachten
- Auch Dinge regeln, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht zwingend erwarten

Als Hilfsmittel für diese Aufgabe wurden in zwei Betrieben die Leitlinien zum Umgang miteinander beschrieben. In einem der Dienstleistungsunternehmen waren diese explizit für die Führungskräfte entwickelt worden, und in einem der gewerblichen Unternehmen hatte man sie für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Betriebes verfasst. In einem weiteren Betrieb wurden die Führungskräftebildungen zum Umgang miteinander als hilfreich hervorgehoben. Betrieb A-F2p BGM (29) *Die Schulungen zu der Thematik sind die Schulungen der Führungskräfte. Also nicht regelmäßig. Wenn bestimmte Dinge anstehen, dann wird darüber geschult, und jetzt im Rahmen der Gesundheitszirkel, im Rahmen der Rückkehrgespräche, sind alle Mitarbeiter, die mitverantwortlich im Betrieb sind, noch mal geschult worden, wie sie sich da verhalten sollen. Wenn natürlich jetzt jemand die Dinge vor Ort umsetzen soll, ist es seine Aufgabe, das umzusetzen, auch was den Gesundheitsschutz betrifft.*

In dem Betrieb, in dem das Betriebliche Gesundheitsmanagement schon lange implementiert war, erklärte der Geschäftsführer, dass er es von seinen Führungskräften erwarte, dass sie sich u.a. um das Betriebsklima kümmern. Exemplarisch für die Haltung in diesem Betrieb ist die Äußerung der Führungskraft der dritten Ebene: Betrieb C-F3 BGM (110) *...ja grundsätzlich ...sind irgendwelche eh Probleme oder ...keimende Sachen möglichst zeitnah anzusprechen, Abhilfe zu schaffen eh damit man mit dem ... was einem eben missfällt ... nicht zu lange rumlaufen muss.*

Die Führungskraft beschreibt hier, dass es in diesem Unternehmen als sehr wichtig angesehen wird, sich um das Betriebsklima zu kümmern bzw. im Rahmen der Kommunikation auf ein gutes Miteinander zu achten. Aus dieser Aussage lässt sich schließen, dass die Haltung des Geschäftsführers auf das Verhalten seiner Führungskräfte ausstrahlt und zu einer vergleichbaren Haltung bei diesen führt. Der Geschäftsführer selbst erachtet es als sehr wichtig, eine konsequente Haltung gegenüber falschem, destruktivem Mitarbeiterverhalten untereinander einzunehmen und die Ausgrenzung von Kolleginnen und Kollegen zu verhindern. Das lässt sich aus allen Antworten der Führungskräfte dieses Betriebes ableiten.

Auffällig war in der Befragung gerade das Unternehmen (D), in dem eine vielfältige Anzahl von Maßnahmen und Aktivitäten beschrieben wurde, mit denen u.a. positiv auf das Betriebsklima eingewirkt werden sollte. Hier waren die Einschätzungen des Betriebsklimas durchschnittlich am schlechtesten. Alle Führungskräfte beschrieben sehr unterschiedliche Maßnahmen, die sich positiv auswirken sollten. Dabei zweifelten der Werksleiter und die Sicherheitsfachkraft den Erfolg dieser Aktivitäten an. Der Werksleiter beschrieb die Einführung eines neuen Entgeltsystems, das zu mehr Gerechtigkeit unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führen sollte und sich deshalb auch positiv auf das Betriebsklima hätte auswirken müssen, als bisher nicht erfolgreich. Zum Zeitpunkt der Interviews war der Werksleiter gerade dabei, mit den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen einzelner Abteilungen Gesprächsrunden durchzuführen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, direkt mit ihm zu kommunizieren. Als drittes beschrieb er die Unterstützung, die der Betrieb den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Weiterbildung und „schulischer Fortbildung“ bietet. Die Sicherheitsfachkraft beschrieb dagegen alle Maßnahmen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit wie z.B. die physiotherapeutische Behandlung für Mitarbeiter mit Rückenproblemen, einen Fahrradwettbewerb und den freien Eintritt im Hallenbad als betriebsklimaförderliche Maßnahmen, die aber – das war seine Befürchtung – von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gar nicht so positiv bewertet würden. Betrieb D-Fs BGF (154) ...*Ehm alles Gute ...für das Betriebsklima. Wenn die Mitarbeiter das denn auch als gut ansehen. Nämlich, was wir für gut empfinden, empfinden die Mitarbeiter noch lange nicht für gut.*

Die Führungskraft der dritten Ebene beschrieb Projekte, die in den letzten Jahren immer wieder durchgeführt wurden und bezog sich aber auf ein Projekt, das vor ca. einem Jahr aufgelegt wurde. Dort hatte man Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach ihren Problemen befragt, einen Katalog von Maßnahmen erstellt, und man war jetzt dabei, diesen Katalog abzuarbeiten.

Im Kontrast zu all diesen positiven Maßnahmen, wurde – im Vergleich zu den anderen Unternehmen – das Betriebsklima von den Führungskräften als eher schlecht beschrieben (Zensuren Gesamtbetrieb: „3 bis 4“, „schlecht“, „5“).

In einem der Dienstleistungsunternehmen (F) erklärten zwei Führungskräfte, dass es keine Maßnahmen von Seiten der Unternehmensführung gebe, das Betriebsklima positiv zu beeinflussen. Lediglich private Initiativen zur Durchführung von Betriebsfeiern oder die Aktivitäten der Betriebssportgemeinschaft wurden beschrieben. Nur eine Führungskraft beschrieb die Verpflichtung zur Durchführung regelmäßiger

Teambesprechungen als ein Mittel auch zur Förderung des Betriebsklimas, das aber aus verschiedenen Gründen (Teilzeitarbeitskräfte, Zeitmangel) nicht durchgängig genutzt würde. Die Bewertung des Betriebsklimas variierte hier sehr stark, war aber insgesamt positiv.

### **7.6.1 Welchen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit und das Betriebsklima schreiben sich die Führungskräfte zu?**

In den Interviews wurden die Führungskräfte gebeten, die Bedeutung ihres Verhaltens für die Beschäftigtengesundheit einzuschätzen. Auf diese Frage reagierte über die Hälfte der Führungskräfte eher ausweichend, wobei sie dann schilderten, wodurch sie glaubten, Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu nehmen. Dabei beschrieben sie die zuvor dargestellten Mechanismen ihrer Rolle wie z.B. Vorbildfunktion, Partizipation, Gerechtigkeit. Betrieb C-F2s BGM (96) *Ja zum einen hat man ja nen Vorbild-Charakter ne. Wenn ich die Regale hoch turne, dann werden es nachher alle anderen auch tun. Und eh, die Leute müssen einfach nur wissen dass ich eine gewisse Haltung habe zu bestimmten Themen. Und dass es einfach so ist, dass eh niemand meint, dass er aus irgend einem terminlichen Grund da irgendwelche Verrücktheiten machen muss, ja. Die Leute sollen einfach so wieder nach Hause gehen wie sie hier hingekommen sind ...*

Betrieb F-F2 BGW (223) *Ich denke, eine bedingte Relevanz ist sicherlich immer gegeben, wenn es darum geht, gerecht oder nicht gerecht zu sein. Ich glaube schon, dass die Mitarbeiter da sehr sensibel darauf reagieren. Ob es soweit führt, dass sich dadurch Krankheitsbilder daraus ergeben, das ist sicherlich von Fall zu Fall unterschiedlich zu beurteilen, aber eine gewisse Gleichbehandlung und ein gewisses Ausgleichen von Konfliktpunkten muss eine Führungskraft sicherlich mit berücksichtigen.*

Acht Vorgesetzte waren in ihren Aussagen konkreter. Vier von ihnen schrieben sich eine sehr große Bedeutung für die Mitarbeitergesundheit zu; die anderen vier sahen für sich selbst eher eine untergeordnete Rolle in Bezug auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Eine dieser Führungskräfte erklärte, dass er niemanden schützen könne: Betrieb E-F1 0 (165) *... ich glaube nicht, dass ich jemanden schützen kann, wenn ... Aufgaben auf uns zukommen ...“*

Um aber besser klären zu können, wie hoch oder gering die Führungskräfte ihren Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit wahrnehmen, wurden sie gebeten eine prozentuale Schätzung ihres Einflusses abzugeben. Bis auf eine Führungskraft gaben alle eine Prozentzahl an. Die zuvor zitierten Führungskräfte hatten beide eine Schätzung von 10% - 15% abgegeben.

Diese Zahlen sind sehr subjektiv und können für sich allein nicht zwingend darauf schließen lassen, dass es sich hier um eine niedrige Einschätzung des Einflusses auf die Beschäftigtengesundheit handelt. Aber im Abgleich zu den Äußerungen und durch den Vergleich zu den prozentualen Einschätzungen von 54 weiteren Führungskräften aus fünf Unternehmen konnte ein Durchschnitt berechnet werden, der es ermöglicht, immerhin einen Referenzwert der Einschätzungen zu erhalten. Der Durchschnittswert der prozentualen Einschätzung dieser Führungskräfte liegt bei 38 %. Bezogen auf diesen Vergleich ist davon auszugehen, dass eine Einschätzung von unter 20 % als Wahrnehmung eines niedrigen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit gelten kann<sup>8</sup>.

Die niedrigste Schätzung des Einflusses auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lag bei 3% und die höchste bei 80% – wobei die meisten eine Schätzung im Bereich von 10% bis 15% abgaben, und ebenfalls recht häufig wurde die Prozentzahl 40 genannt. In der folgenden Matrix werden die prozentualen Schätzungen des Einflusses auf die Mitarbeitergesundheit in Relation zu der Einschätzung des prozentualen Einflusses auf das Betriebsklima gesetzt.

Bei den Befragten gab es sieben Führungskräfte, die einen hohen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit wahrnahmen. In der folgenden Matrix sind alle Vorgesetzten aufgeführt, die diese Sichtweise beschrieben.

---

<sup>8</sup> Die Daten der prozentualen Einschätzungen dieser 54 Führungskräfte befinden sich im Anhang.

**Tab. 8: Abgleich der Einschätzung eines hohen Führungskräfteeinflusses auf die Gesundheit der Beschäftigten in Relation zum geschätzten Einfluss auf das Betriebsklima und den Einfluss der Unternehmenskultur auf die Gesundheit der Beschäftigten**

	Einflussnahme Unternehmenskultur auf MA-Gesundheit	FK Einfluss auf Betriebsklima	Von den FK geschätzter Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit in Prozent
Betrieb A-F2 BGM	Ja das ist ein kommunikative – Feeling – Situation	?	Nicht sehr kleiner Teil
Betrieb A-F2p BGM	(34) Wenn die real gelebte Unternehmenskultur so ist, dass man immer den Mitarbeiter im Auge behält ... dann meine ich, dass das sich positiv auf die Zusammenarbeit auswirkt,	Eine FK beeinflusst sehr stark das Betriebsklima	40% - 50%
Betrieb A-F3 BGM	(45) ... sicherlich hat sie auch Einfluss auf die Gesundheit aber in wie fern kann ich jetzt so nicht beantworten	60 %	35% - 40%.
Betrieb B-F2 0	(65) ...das was in den letzten Jahren hier bei X. gemacht worden ist, hat sich sicherlich nicht positiv auf die Stimmung oder auf die Gesundheit der normalen Mitarbeiter ausgewirkt, weil es wird ja nun doch relativ oft gesagt, dass wir noch mehr Personal abbauen wollen und ähnliche Dinge mehr, mehr Stunden die Vierzigstundenwoche gefordert werden von der AG /ehm/ ich denke, diese Informationen sind nicht förderlich....	Der Einfluss ist sehr groß	40% - 50%
Betrieb D-F3 BGF	(144) Bestimmt.	70 %	50%
Betrieb D-Fs BGF	(158) Der Mitarbeiterzufriedenheit, sagen wir mal so. da sehe ich einen Zusammenhang.	40 % - 60 % positiv wie negativ	70% / 80% / 50%
Betrieb F-F2 BGW	(220) So dass wir insgesamt glaube ich einfach aufpassen müssen, dass uns einzelne Mitarbeiter nicht da negativ abdriften. ...dass wir nicht einige Mitarbeiter auf diesem Weg irgendwann mal verlieren.	5% -15 %	10% - 30%.

Bei dieser Matrix wird die subjektive Einschätzung des Führungskräfteeinflusses auf die Mitarbeitergesundheit in Relation zu der Einschätzung des Einflusses der Unternehmenskultur auf die Mitarbeitergesundheit und den Einfluss auf das Betriebsklima gesetzt.

Wenn man diese Führungskräfte mit denen vergleicht, die keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit wahrnehmen, wird deutlich, dass die hier skizzierten Aussagen einen relativ hohen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit, auf das Betriebsklima und auch auf die Unternehmenskultur darlegen. Zwei dieser Vorgesetzten gehören zu denjenigen (es waren insgesamt nur drei) Führungskräften, die für sich selbst sowohl einen hohen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit als auch auf das Betriebsklima beschreiben.

Die hier dargestellten Aussagen sind mehrheitlich der zweiten Führungsebene zuzuordnen, und immerhin drei dieser Führungskräfte kamen aus dem Unternehmen, das gerade dabei war, das Betriebliche Gesundheitsmanagement zu implementieren. Diese drei hatten sich auch im Rahmen eines Seminars mit der

Beschäftigtengesundheit und ihrem eigenen Einfluss auseinandergesetzt. Dass diese Führungskräfte an Seminaren zum Thema Führung und Gesundheit teilgenommen hatten, war der Autorin bekannt, da sie diese selbst durchgeführt hatte. Außerdem war es Bestandteil der Seminare, zu reflektieren, wodurch die Führungskräfte Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit nehmen und wie groß dieser Einfluss auf die Gesundheit ist. Es ist davon auszugehen, dass die relativ hohe Einschätzung des Einflusses auf die Beschäftigtengesundheit gerade dieser Vorgesetzten eine Folge der Seminare ist. Das wird dadurch bestätigt, dass die einzige Führungskraft dieses Betriebes, die angab hier einen recht niedrigen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit zu haben, nicht an dem Seminar teilgenommen hatte.

Zwei weitere Führungskräfte kamen aus dem Unternehmen, in dem man seit Jahren immer wieder Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführte. Auch hier hatte es vor längerer Zeit Seminare zu dieser Thematik gegeben, an der beide Befragten teilgenommen hatten. Diese Schulungen wurden ebenfalls von der Autorin durchgeführt.

Das Ergebnis bestätigt die Sinnhaftigkeit, Vorgesetzte zu der Thematik Führung und Mitarbeitergesundheit zu schulen.

**Tab. 9: Schätzung des prozentualen Einflusses auf die Beschäftigtengesundheit**

Betriebs- und Hierarchiezuordnung	Einfluss der FK auf das Betriebsklima in %	Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit Anteil der FK in %
Betrieb A-F1 BGM	10%	20%
Betrieb A-F2 BGM	?	Nicht sehr kleiner Teil
Betrieb A-F2p BGM	Eine FK beeinflusst sehr stark das Betriebsklima	40% - 50%
Betrieb A-F3 BGM	60%	35% - 40%.
Betrieb B-F1 0	?	20 %.
Betrieb B-F2 0	Der Einfluss ist sehr groß	40% - 50%
Betrieb B-F3 0	Einen großen Einfluss	5% - 10%
Betrieb C-F1 BGM	25%	10% - 15 %
Betrieb C-F2s BGM	Um die 50%	10% - 15%
Betrieb C-F3 BGM	20-30%	10% - 15 %
Betrieb D-F1 BGF	50-60%/40%	15% - 20%
Betrieb D-F3 BGF	70%	50%
Betrieb D-Fs BGF	40%- 60%. Aber positiv sowie negativ	70% / 80% / 50%
Betrieb E-F1 0	(Unternehmenskultur)10 %-20 %	5% - 10%
Betrieb E-F2 0	Deutlich mehr, 25-30 %.	10% - 15 %
Betrieb E-F3 0	Zwischen 60 und 70 %.	15%
Betrieb F-F2 BGW	Zwischen 5 und 15 %	10% - 30 %.
Betrieb F-F2 BGW	20%	10% - 15%
Betrieb F-F3 BGW	60%	3% - 5%

**Matrixbeschreibung:**

Bei der Betriebs- und Hierarchiezuordnung bezeichnet der erste Buchstabe den jeweiligen Betrieb, der zweite um welche hierarchische Position es sich bei der Führungskraft handelt, wobei 1 die erste - also höchste Führungsebene beschreibt (Geschäftsführer oder Betriebsleiter), 2 die zweite Führungsebene (Abteilungsleiter, Meister) und 3 beschreibt die Führungsebene im so genannten mittleren Management (Teamleiter, Geschäftsstellenleiter, Teamkoordinator, Vorarbeiter). BGM bedeutet, hier wurde ein Betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt, 0 bedeutet, hier wurden bis zu den Interviews keine Aktivitäten zur Gesundheitsförderung durchgeführt – auch keine einfachen Präventionsmaßnahmen wie z.B. Rückenschulungen; BGF bedeutet: hier wurden Maßnahmen durchgeführt, aber ein betriebliches Gesundheitsmanagement konnte noch nicht etabliert werden, und BGW bedeutet, dass das Unternehmen auch ein Anbieter der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist. In der zweiten Spalte wird der wahrgenommene Einfluss der Führungskraft auf das Betriebsklima in % und in der dritten Spalte der wahrgenommene Einfluss der Führungskraft auf die Mitarbeitergesundheit in % dargestellt.

Zehn Führungskräfte schätzten ihren Einfluss auf das Betriebsklima höher ein als den Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit. Nur drei Führungskräfte schätzen ihre Verantwortung und Ihren Einfluss für und auf die Gesundheit höher ein als ihren Einfluss auf das Betriebsklima. Bei vier Führungskräften waren die Antworten nicht so eindeutig, weil sie nicht durchgängig Prozentangaben machten.

Auffällig war auch, dass die Führungskräfte sehr große Varianzen bezüglich ihres Einflusses wahrnehmen. Einige Führungskräfte erklärten die starken Einflussvarianzen damit, dass es entscheidend sei, wie positiv oder negativ ein Vorgesetzter seine Führungsrolle ausübt. Betrieb C-F3 BGM (107) *Würde ich so 10 - 15% ein einordnen ...also jetzt ...auf ...mich bezogen. So wie ich es einschätzen kann. Ich kann mir auch gut Vorstellen ...dass Leute – die ...den anderen Stil an den Tag legen eh auch sagen also ...wenn ich ..eh nicht gut drauf bin oder eh dann ...können es auch 30 oder 40% sein. Aber ich finde bei mir zwischen 10 und 15% einschätzen.*

Es wurde von einzelnen differenziert zwischen eher positivem, neutralem und negativem Führungsverhalten gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und entsprechend wurde auch ein höherer oder niedrigerer Einfluss auf Betriebsklima und Gesundheit wahrgenommen. Dabei wurde es so dargestellt, dass insbesondere negatives, destruktives Verhalten hohe Auswirkungen habe und positives und „neutrales“ Verhalten eher geringere. Betrieb D-Fs BGF (148-149) *Egal welche Prozentzahl ich sage, die ist falsch. Der eine nimmt mehr Einfluss, der andere nimmt weniger Einfluss. Dem dritten geht's eh sozusagen dran vorbei. Insofern..., wenn ich die einzelnen Vorgesetzten einfach mal so Revue passieren lasse, bei dem einen ... beeinflusst der Vorgesetzte das zu 70% - 80%; bei dem nächsten 50% und bei dem dritten, ob der was sagt oder China fällt ein Sack Reis um, da tut sich gar nichts, weil der nicht mehr für voll genommen wird. Also kann man nicht alles ..., nicht jeden Vorgesetzten pauschalisieren oder irgendwie ihn in eine Schublade stecken. Sondern man kann sagen bei dem Vorgesetzten, da haben die Mitarbeiter Vertrauen dazu. Die wissen, wenn sie zu ihm kommen, dass sich was tut, dann kann er ... gewisse Dinge auch positiv beeinflussen. Bei dem anderen wissen sie ganz genau, ob ich dahin gehe oder nicht, es tut sich eh nichts, ja. Dann ist die Beeinflussung eh gleich null. Insofern ..., das ist Person abhängig.*

Ein ähnliches Ergebnis erbrachte die Frage nach der Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Neun Führungskräfte räumten eine Verantwortung direkt ein. Zwei von diesen Vorgesetzten gaben zu, sich bisher nicht ausreichend „proaktiv“ um die Gesundheit ihrer Beschäftigten gekümmert zu haben. Beide arbeiteten im selben Betrieb und waren gerade dabei, sich mit der Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung auseinanderzusetzen. Sie erklärten, dass sie bisher nur auf die Beschäftigtenwünsche reagiert hätten und nicht präventiv tätig waren. Beispiel: Betrieb B-F2 0 (62) *Was die Einstellung des Arbeitsplatzes hier betrifft, wenn ich ganz ehrlich sein soll, hab ich mich da, wenn sich nicht einer gemeldet hat, nie drum gekümmert, bin ich ganz offen und ehrlich. Wenn sich aber einer gemeldet hat ...*

Die restlichen Führungskräfte wichen in Erklärungen aus, die ihre Aufgabe bezogen auf die Mitarbeitergesundheit mehr oder weniger gut beschrieben. Einige Führungskräfte äußerten sich dahingehend, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst den größten Teil der Verantwortung haben. Betrieb B-F3 (72) ... *ein Stück weit hat man die Verantwortung, die kann man nicht abgeben aber ein ganz großes Stück weit sehe ich die Verantwortung der Mitarbeiter schon da in eigener Regie. Wir können denen Hilfsmittel an die Hand geben, das tun wir auch, aber wenn einer meint, er müsste im Winter ohne eine Jacke draußen rumlaufen, dann tut er das und da kann ich nicht auf jeden Mitarbeiter gucken – vor allen Dingen, weil ich eben auch nicht Tag und Nacht und sieben Tage in der Woche hier bin ...*

Andere sahen sich nicht nah genug an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und schoben den ihnen untergeordneten (direkten) Führungskräften die größere Verantwortung zu. Eine Führungskraft der dritten Ebene erklärte, dass – neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – der Betrieb eine größere Verantwortung habe als sie selbst.

Das bedeutet, bei mehr als der Hälfte der Führungskräfte stellt sich die Frage nach der Verantwortungszuordnung so dar, dass sie zwar alle eine Reihe von Maßnahmen – bezogen auf den Arbeitsschutz, das Betriebsklima, die Arbeitsbedingungen – als ihre Aufgabe beschreiben, aber bei der konkreten Nachfrage bezogen auf den Einfluss auf die Gesundheit und die Verantwortung für die Gesundheit der ihnen anvertrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen geringeren Einfluss wahrnehmen, als es ihre Aufgabenbeschreibungen vermuten lassen.

### **7.6.2 Wie fühlen sich die Führungskräfte mit der Verantwortung für die Beschäftigtengesundheit?**

Auf die Frage, wie sich die Führungskräfte mit der Verantwortung für die Gesundheit der Beschäftigten fühlen, antworteten zehn Führungskräfte, dass sie mit dieser Verantwortung gut umgehen könnten und sie keine Probleme oder Sorgen aufgrund dieser Verantwortung hätten. Einige Führungskräfte sahen in dieser Verantwortung sogar eine Herausforderung, die sie gerne annehmen – sie fühlten sich durch ihren Erfolg im Umgang mit dieser Verantwortung sogar wohl, bezogen das aber eher auf ihre allgemeine Verantwortung und weniger auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter. Betrieb F-F3 BGW (233) *Öh, ich finde, das ist eine sehr wichtige Verantwortung, die ich gerne trage. Und wo ich auch zu stehe und wo ich schwer drauf achte. Es ist mir sehr wichtig. Und ich fühle mich dabei auch wohl, wenn ich jemand unterstützen kann. Und es bestätigt mich auch in den Reaktionen und ... nein ich fühle mich wohl.*

Betrieb F-F2 BGW *...ja, was willst du eigentlich machen, und diese Verantwortung hast du, und der muss ich mich auch stellen. Dass es da im Einzelfall dann Fallstricke gibt und Probleme auftauchen, das bringt der Job nun mal mit sich, muss allerdings auch sagen, so zurückblickend betrachtet, hab ich, glaub ich, mich den meisten Dingen zumindest gestellt und so ganz schlecht sind die Dinge also nicht gelaufen. Insofern doch, ich komm da eigentlich sehr gut mit klar, muss ich sagen. Toi, toi, toi!*

Bei den meisten (12) Führungskräften, die diese Verantwortung als unproblematisch beschrieben, wurde deutlich, dass sie ihre Verantwortung eher als gering begreifen und sie z.T. die Verantwortung für ihre Aufgabe beschrieben und nicht die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Betrieb E-F2 0 (182) *Also Einflussnahmen sind da, wenn auch sehr gering, aus meiner Sicht. Und sag' jetzt auch mal wieder etwas lapidar, ich habe da kein Problem mit ...*

Deutlich wird das auch durch den Abgleich mit den prozentualen Schätzungen dieser Vorgesetzten. Alle, die hier äußerten, dass sie sich mit dieser Verantwortung „wohl fühlen“, schätzen den Einfluss von Führung auf die Mitarbeitergesundheit auf unter 20% – die meisten sogar auf unter 15%.

Für vier Vorgesetzte gab diese Herausforderung jedoch Anlass zu Nachdenklichkeit und teilweise auch zur Sorge. Eine Führungskraft räumte ein, dass sie es nicht ertragen könnte, wenn einem ihrer Mitarbeiter etwas zustoßen würde. Dabei ging es hier konkret um die Unfallgefahren im gewerblichen Bereich. Betrieb D-F3 BGF (136) *Und inzwischen, sag' ich mal so, inzwischen bin ich wirklich pingelig geworden. ... Erst mal seelisch würde ich es nicht ertragen – das Wissen, dass ich den nicht beschützt habe. Und zweitens, wenn ich Pech habe und sogar zum Regress ... gezogen werde?*

Drei Führungskräfte beschrieben, dass sie ihre Verantwortung für die Gesundheit wahrnehmen und sie auch als Aufgabe begreifen. Dabei stellte eine Führungskraft in Frage, ob sie dieser Verantwortung auch immer gerecht werden könnte. Betrieb B-F2 0 (61) *Das ist eine relativ schwierige Frage. Also ich fühle mich in der Verantwortung. Ob ich dieser Verantwortung immer gerecht werde, weiß ich nicht, weil man ja getrieben ist oftmals von anderen Dingen ...*

Alle drei erklärten aber auch, dass sie z.B. keinen Einfluss sehen, wenn sich Beschäftigte falsch verhalten z.B. rauchen würden, und somit ordneten auch diese Führungskräfte den Beschäftigten selbst einen großen Anteil der Verantwortung für die Gesundheit zu, so dass sie sich entlastet sahen.

Betrieb B-F1 0 (50-51) ... *ich sehe mich da schon in der Verantwortung, ... Sicherlich hat der Mitarbeiter, wenn ich das natürlich irgendwo sehe, wenn Mitarbeiter da stehen und rauchen, die haben natürlich auch großen Anteil dran.*

## **7.7 Welchen Einfluss nehmen die Führungskräfte auf die Arbeitsplatzbedingungen wahr?**

Ebenso widersprüchlich sind die Antworten auf die Frage, wie die Führungskräfte Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsplätze nehmen. Sie wurden konkret nach ihren Aktivitäten im Umgang mit dem Arbeitsumfeld (Zugluft, Hitze, Kälte usw.) und der Arbeitsplatzgestaltung (Ergonomie, Arbeitshöhe usw.) gefragt. („Wie gehen Sie mit Themen wie Zugluft, Arbeitshöhen bzw. richtige Einstellung des Arbeitsplatzes, mitarbeiterbezogene Arbeitsplatzgestaltung, Hitze, Kälte, schlechte Luft usw. um?“)

Auch hier wichen die Führungskräfte auf Erläuterungen einzelner Maßnahmen und Mechanismen im Betrieb aus. Betrieb B-F2 0 (62) *Also, was wir zum Beispiel gemacht haben, wir haben jetzt ein Fahrtraining gemacht für alle Außendienstler und so weiter, ...* Betrieb B-F3 0 (76) *Also meinen Arbeitsplatz gestalte ich so wie ich den haben möchte. M.E.: Und für Ihre Mitarbeiter? (76): Für meine Mitarbeiter ... da haben die schon ne Menge Freiheiten. Also wir machen das hier nicht so wie in der Zentrale, dass wir sagen, alle Kaffeemaschinen sind blau. Oder in einem Büro gibt es keine privaten Bilder, Gegenstände oder sonst irgendetwas, was ja auch in manchen Büros da ist. Da habe ich eigentlich keinen Stress mit, da kann jeder tun und lassen, was er will ...*

Bei einem Drittel der Führungskräfte wurde deutlich, dass sie sich nur reaktiv um diese Themen kümmern. Dabei war auffällig, dass es sich hauptsächlich um Führungskräfte handelte, die in kaufmännischen Bereichen tätig waren. Wenn Mitarbeiter sich melden, wird etwas gemacht – und selbst dann ist es teilweise schwierig, die gewünschte Maßnahme durchzuführen. Betrieb A-F2p BGM (30) *Wenn es Kleinigkeiten sind, das wissen wir aus der Vergangenheit, werden die Dinge relativ schnell umgesetzt. Bei manchen Dingen tut man sich etwas schwerer, wenn Investitionskosten dahinter stehen.*

In zwei der Betriebe, in denen Betriebliche Gesundheitsförderung seit Jahren ein Thema ist, beschrieben fast alle befragten Führungskräfte eine proaktive Herangehensweise. Es werden regelmäßige Begehungen durchgeführt und Maßnahmen zur Gestaltung der Arbeitsplätze ergriffen. Eine Führungskraft aus dem kaufmännischen Bereich eines dieser beiden Unternehmen wick jedoch darauf aus, dass alles so gut geregelt sei, dass er selbst nicht tätig werden müsse. Betrieb C-F3 BGM (109) *Nein, also ich denke, dass eh es was hier für Möglichkeiten eh vorherrschen, dass es ausreicht.*

In dem dritten Betrieb, in dem Gesundheitsförderung schon lange ein Thema ist, konnte man aus den Antworten nicht eindeutig entnehmen, ob die Führungskräfte hier aktiv oder eher reaktiv mit den Bedingungen an den Arbeitsplätzen umgehen. Das Unternehmen selbst hat Gesundheitszirkel eingerichtet und geht zumindest in dieser Hinsicht aktiv mit dem Thema um. Auffällig war hier die Aussage der Führungskraft der dritten Ebene, der sich selbst nur bedingt eine Verantwortung einräumte, aber die Unterstützung und damit auch die Verantwortung seinem direkten Vorgesetzten, der Sicherheitsfachkraft und dem Hauptabteilungsleiter zuordnete. Also wurde auch hier wieder die Verantwortung auf andere abgeschoben. Betrieb A-F3 BGM (40) *An den Arbeitsplätzen verändern, so für den Gesundheitsschutz oder Arbeitsschutz auch durch den Sicherheitsbeauftragten. Da ist nun nen direkten Vorgesetzten. Danach den Hauptabteilungsleiter und Sicherheitsbeauftragten.*

Wenn es darum ging, dass sich ein Mitarbeiter falsch verhält oder seinen Arbeitsplatz falsch eingestellt hat, ergriffen wiederum fast alle Führungskräfte die Initiative. Bis auf eine Führungskraft würden alle Vorgesetzten ein solches Fehlverhalten ansprechen. Die eine Führungskraft, die erklärte, dass sie sich bisher nur gekümmert habe, wenn sie jemand ansprach, war in einem kaufmännischen Bereich verantwortlich.

Bei Fehlverhalten kamen die Führungskräfte in gewerblichen Bereichen automatisch auf das Thema Arbeitssicherheit, in den kaufmännischen Abteilungen ging es eher um die richtige Einstellung des Arbeitsplatzes. Für die Führungskräfte gab es je nach Bereich Unterschiede in der Dringlichkeit des Handelns. In den gewerblichen Bereichen kommt es teilweise zu sehr direkten Folgen, wenn man z.B. Sicherheitsschaltungen überbrückt und damit eine erhöhte Unfallgefahr schafft. Betrieb A-F2 BGM (22) ... *Das ist auch Aufgabe der Abteilungsleiter vor Ort, wenn man da vorbei*

*geht. Genauso wie das Tragen von Gehörschutz oder Sicherheitsdingen, die erforderlich sind sowie der Schutz an Maschinen, den man manchmal entfernt, um eine bauliche Maßnahme oder Mustersache zu fahren. Das sind ja immer so Geschichten, wo es dann ganz heiß wird. ...*

Diese Vorgesetzten sahen alle einen hohen Handlungsbedarf, wobei nur eine Führungskraft das Thema Abmahnungen ansprach, wenn ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin nach mehrmaligem Ansprechen und entsprechender Risikosituation keine Einsicht zeigte. Dieser erklärte aber auch, dass das nur das letzte Mittel der Wahl sei, weil es die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter negativ beeinflusse. Betrieb D-Fs BGF (154)... *eine Abmahnung habe ich erst ein einziges Mal ausgesprochen für einen Mitarbeiter. Ehm nein ne Abmahnung ist keine Lösung des Problems. Eine Abmahnung ist nur eine disziplinarische Maßnahme. Aber ich muss den Mitarbeiter versuchen ... zu erreichen. ... mit einer Abmahnung ... erzeuge ich nur Gegendruck. Das ist ... führungstechnisch meiner Meinung nach nicht sinnvoll.*

In den kaufmännischen Bereichen hingegen wurde diese Dringlichkeit nicht wahrgenommen. Hier sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht so offensichtlich gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt und entsprechend fällt die Wahrnehmung der verantwortlichen Führungskräfte aus.

Acht Führungskräfte erklärten bei näherer Nachfrage, dass in letzter Konsequenz der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin selbst für sich verantwortlich sei und man niemanden zwingen könne, etwas umzusetzen, wenn er/sie es nicht wolle. Dabei war es bezogen auf die vorher dargestellten Zusammenhänge nicht zu erwarten, dass immerhin fünf Führungskräfte aus dem gewerblichen und drei Führungskräfte aus dem kaufmännischen Bereich diese Aussage machten. Betrieb D-F3 BGF (140) *Aber gut, man kann ... mehr dazu sagen ... als tun und ehm Kräne sind da, aber wenn die das nicht machen wollen, kann man das auch nicht erzwingen.*

Um festzustellen, wie die Führungskräfte ihre Verantwortung bezogen auf die Arbeitsplatzgestaltung wahrnehmen und wie sie dabei von ihrem Betrieb unterstützt werden, wurden sie gefragt: „Welche Unterstützung haben Sie durch Ihren Betrieb, wenn Sie an den Arbeitsplätzen etwas verändern möchten?“ Sechs Führungskräfte nannten den Sicherheitsbeauftragten oder die Sicherheitsfachkraft als Ansprechpartner und Unterstützer. Eine ähnliche Funktion hatte in einem der Dienstleistungsunternehmen der „technische Berater“, und im anderen

Dienstleistungsunternehmen wurden einmal der Sicherheitsbeauftragte und zweimal die Personalabteilung (in diesem Unternehmen war hier der Arbeitsschutz angesiedelt) benannt. Fünf der Führungskräfte erklärten, dass sie große Unterstützung auf Seiten der Geschäftsleitung sehen, die dazu führt, dass man Veränderungen an den Arbeitsplätzen recht unproblematisch durchführen kann. Drei Führungskräfte sahen zwar die Unterstützung durch ihre Geschäfts- bzw. Konzernleitung, erklärten aber, dass das noch nicht ausreichen würde. Kleinere Verbesserungen wären kein Problem, aber bei größeren Kosten käme es hier in der Regel zu längeren Anlaufzeiten.

Ein Teil der befragten Führungskräfte der ersten Führungsebene hatte entweder die Konzernleitung oder die Betriebsinhaber über sich, auf die sie sich in ihren Äußerungen auch bezogen. Nur ein Geschäftsführer war gleichzeitig Inhaber des Betriebes und sah sich noch stärker in der Rolle des Unterstützungsgebers als diejenigen Führungskräfte, die noch eine Hierarchieebene über sich hatten. Insgesamt sahen sich aber alle Betriebsleiter und Geschäftsführer verantwortlich für die Bereitstellung von Ressourcen. Betrieb B-F1 0... *und da haben wir natürlich klar gesagt, dass wir sagen, Ressourcen stellen wir jetzt zur Verfügung, wollen wir mal machen, um zu sehen, kommt das Ergebnis hier raus und was müssen wir tun.*

Betrieb C-F1 BGM ... *dass wir Räumlichkeiten und in gewisser Weise auch Mittel zur Verfügung stellen bzw. auch an den Arbeitsplätzen dafür sorgen, wir haben gerade jetzt wieder neue Stühle bestellt in der Fertigung. Damit wir da, ich sag' mal, immer vernünftige Qualität haben. Das ist schon nicht ganz unbedeutend. Aber auch an den Bildschirmarbeitsplätzen, dass wir da eine vernünftige Versorgung haben, da haben wir eine Klimaanlage in einem Büro, das sehr extremer Wärme ausgesetzt ist, installiert. Das spielt schon eine gewisse Rolle.*

Die Führungskräfte der ersten und zweiten Ebene fühlten sich überwiegend frei in ihren Entscheidungen zur Umsetzung von Veränderungen an den Arbeitsplätzen. Aber es wurde auch deutlich, dass solche Maßnahmen in einigen Betrieben eher reaktiv und in anderen proaktiv durchgeführt wurden. Als Antreiber für solche Veränderungen wurden dann auch häufig die Fachkräfte (Arbeitssicherheitsfachkraft, Arbeitsmediziner) benannt.

In den Betrieben, in denen Betriebliche Gesundheitsförderung schon seit einiger Zeit ein Thema war, wurde zumindest im Umgang mit dem Thema Ergonomie aktiv agiert. In den zwei Unternehmen, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt wurden und diese dort auch dauerhaft installiert waren bzw. zum Interviewzeitpunkt wurden, war einer der beiden Betriebe sehr aktiv ausgerichtet. Dort wurde regelmäßig an der Ergonomie

gearbeitet. Bei dem anderen Unternehmen kann man zwar davon ausgehen, dass hier aktiv mit den Problemen in den Abteilungen umgegangen wird, jedoch wurde das in den Interviews nicht deutlich.

Ein weiterer Aspekt wurde durch einen Betriebsleiter angesprochen, der erklärte, dass es bisher seitens der Konzernleitung keine Impulse gegeben habe, sich mit der Thematik Gesundheit im Betrieb auseinanderzusetzen. Die Initiative wurde dann aber vom Betriebsrat bzw. vom Betriebsratsvorsitzenden ergriffen. Dies führte zum Zeitpunkt der Interviews dazu, dass eine erste Auseinandersetzung mit Themen der Gesundheitsförderung stattfand.

## **7.8 Wie weit fühlen sich die Führungskräfte für den Gesundheits- und Arbeitsschutz verantwortlich?**

Um Hinweise darüber zu bekommen, wie Führungskräfte in den Arbeitsschutz des Betriebes eingebunden sind und welchen Stellenwert dieser für sie hat, wurden auch mehrere Fragen zu diesem Thema gestellt. Wichtig war es dabei unter anderem, herauszufinden, wie gut oder schlecht die befragte Person über den betrieblichen Arbeits- und Unfallschutz informiert war und ob sie sich selbst dafür engagierte.

Einzelne Führungskräfte waren eher schlecht informiert bzw. es gab unterschiedliche, vor allem mit der Auskunft der Geschäftsführung nicht kongruente Zuordnungen der Verantwortung für den Arbeitsschutz im Betrieb. Letzteres war in zwei Betrieben (B und E) auch dadurch zu erklären, dass es im Zeitraum der Befragung Umstrukturierungen des Arbeitsschutzes gab. In einem Betrieb (B) wurde der Bereich der Arbeitssicherheit erst kurz vor dem Interviewtermin neu geregelt. Es wurde eine Verfahrensanweisung verfasst, die Verantwortlichkeiten der Führungskräfte im Rahmen einer Schulung dargelegt und durch Unterschrift auf diese delegiert. Laut dem Betriebsleiter waren zum Zeitpunkt der Interviews schon kleinere positive Veränderungen spürbar. Die Führungskraft der zweiten Ebene war in diesen Prozess nicht eingebunden und hatte an der Schulung nicht teilgenommen, was dazu führte, dass ihr Informationsstand zum Zeitpunkt der Interviews sehr schlecht war. Betrieb B-F2 0 (61-62) *...keine Ahnung! Es hat hier letztes eine Veranstaltung von Herrn R. (externer Sicherheitsingenieur, d. Verf.) gegeben, da war ich aber nicht da, das muss ich auch ja zu meiner Schande eingestehen, weil*

*das ... oftmals diese Dinge sind, die dann auf dem Terminkalender aufgrund von irgendwelchen anderen Themen ... als erstes dann ... raus fallen.*

Die Einstellung, dass das Thema Arbeitsschutz „nicht so wichtig“ sei, hatten insbesondere Führungskräfte, die für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des kaufmännischen Bereiches verantwortlich waren. Die Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit den Risiken und Unfallgefahren in diesen Bereichen wurde von diesen Führungskräften durchgängig als gering eingeschätzt. Betrieb E-F2 0 (182-183) ... *Ich bin mir sicher, dass es Arbeitsschutzbestimmungen gibt. M.E.: Delegation, wer ist verantwortlich hier? Wer hat die Verantwortung? Führungskraft: Tja, gute Frage. ...*

Für gewerbliche Bereiche zuständige Führungskräfte sahen ihre Verantwortung dagegen differenzierter und waren über die Arbeitssicherheitsregelungen vor Ort gut informiert und in der Regel auch darin involviert. Hier ein Beispiel, bei dem die Verantwortung im Betrieb nicht auf die Führungskräfte delegiert war: Betrieb A-F2 BGM (20) .... *Wir sind ja im Arbeitsschutz gut besetzt mit Herrn Sch., der, wenn es um Arbeits- und Gesundheitsschutz geht, sehr gute Arbeit macht, was den Bereich „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ angeht und auf seine Art ein hartnäckiger Einforderer von Dingen ist, ... Und das ist auch gut so. M.E.: Ist die Verantwortung für den Arbeitsschutz auch auf die Führungsetage delegiert? Führungskraft: Nein. Das ist Herrn Sch.s Sache, obgleich wir in verschiedenen Schulungen immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, dass wir als Führungskraft eine Verantwortung für unsere Mitarbeiter haben.*

Das Delegationsprinzip (die schriftliche Zuordnung der Verantwortung von der Geschäftsleitung auf die Führungskräfte) fand in drei Betrieben Anwendung: In zwei gewerblichen Betrieben und in einem Dienstleistungsunternehmen. In letzterem wurde das Delegationsprinzip erst in der Zeit der Interviews eingeführt. Es stellt sich sogar die Frage, ob der verantwortliche Geschäftsführer nicht erst durch das Interview selbst auf die Idee kam, den Arbeitsschutz auf die Führungskräfte zu delegieren.

In dem kleinsten Betrieb (C – ca. 60 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) hatte der Geschäftsführer die Verantwortung für den Arbeitsschutz nicht weiter delegiert. Er sah sich selbst verantwortlich und erklärte, dass er sich auf die Informationen über mögliche Gefahren durch die Arbeitssicherheitsfachkraft im gewerblichen Bereich und den Sicherheitsbeauftragten für den kaufmännischen Bereich verlässt. Dieser Geschäftsführer hatte sich selbst in dieser Thematik weitergebildet und nahm seine Verantwortung sehr ernst. Betrieb C-F1 BGM (85-86) ... *Also ich sag' mal, ich erwarte von denen, dass sie mir Gefahrenpotenziale oder Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, das*

*klappt auch im Großen und Ganzen, ... da kommen schon regelmäßig Anregungen und Vorschläge, wo man da was verbessern könnte... Betriebsunfälle hatten wir hier, ich sag' mal in den letzten fünf/sechs Jahren, was einem jetzt so präsent ist, so gut wie gar nicht, also ein oder zweimal in der Fertigung, aber das waren wirklich auch so Sachen, wo man sagen muss, mit den eigentlich eher nicht als kritisch einzuschätzenden Arbeitsmitteln ist dann vielleicht auch mal ungeschickt umgegangen worden.*

Die Führungskraft und gleichzeitig Sicherheitsfachkraft dieses Betriebes, die im gewerblichen Bereich tätig war, sah sich ebenfalls verantwortlich für den Unfallschutz und die Gefährdungsreduktion, trotz der Tatsache, dass diese Verantwortung nicht auf ihn delegiert war. Hier spielt jedoch die Aufgabe als Sicherheitsfachkraft eine wesentliche Rolle. Betrieb C-F2s BGM (96) *Ich als Sicherheitsfachkraft. Dann haben wir noch nen Mitarbeiter der ist für die Arbeitssicherheit als Sicherheitsbeauftragter zuständig im Bürobereich das ist (...), ... und ansonsten gibt es eigentlich diese ...zwingenden Belehrungen die man machen muss. Und eben bei jedem Gespräch wenn man nem Mitarbeiter ne Arbeit erklärt und so weiter, ihn auch darauf hinweist, dass er die entsprechenden Maßnahmen auch ergreifen soll, ...*

In dem gewerblichen Betrieb (D), in dem die Verantwortung für den Arbeitsschutz schon seit Jahren auf die Führungskräfte schriftlich delegiert war, berichtete die Sicherheitsfachkraft sogar, dass viele Führungskräfte versuchten, ihm diese Verantwortung zuzuordnen und dass sie sich vor der Übernahme der Verantwortung „drückten“. Er war auch der Auffassung, dass es nicht am Zeitmangel dieser Vorgesetzten läge, sondern an ihrer grundsätzlichen Einstellung. Betrieb D-Fs BGF (150) *... jeder der Vorgesetzten versucht immer die gesamte Verantwortung auf mich abzuschieben. ....M.E.: Liegt es daran, dass hier zu wenig Zeit für ist? Weil die anderen Ziele vorrangig sind? Sicherheitsfachkraft: Nein, das liegt an der eigenen, das liegt an der Einstellung eines eigenen, jeden persönlich.*

In dem Dienstleistungsunternehmen (F), in dem die Führungskräfte nicht in den Arbeitsschutz mit eingebunden waren, wurde die Personalabteilung einheitlich als verantwortliche Abteilung benannt. Insgesamt wurde der Arbeitsschutz in diesem Betrieb eher negativ bewertet. Abgesehen von den jährlichen Begehungen durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eines beauftragten Werkarztzentrums passierte – laut Aussagen der Führungskräfte – nichts in diesem Unternehmen. Hier wurde auch von allen Vorgesetzten der Wunsch geäußert, mehr für die Gesundheit der Beschäftigten

zu unternehmen. Das heißt, nicht nur der Arbeitsschutz wurde bemängelt, sondern auch der Umgang mit dem Thema Gesundheitsförderung. Betrieb F-F3 BGW (233) *Ja. Der Arbeitsschutz eh, ja recht einfach strukturiert würde ich sagen. Es kommt ein Doktor einmal jährlich durchs Haus. Wenn man Glück hat, trifft man ihn. Wenn nicht, dann eben nicht. (234) M.E.: Hat der Betrieb die Verantwortung für den Arbeitsschutz auf die Führungskräfte delegiert? Führungskraft: Ich glaube, der wird nicht genug berücksichtigt, um das zu delegieren auf die Führungskräfte...*

In den Interviews wurde deutlich, dass dort, wo eine Sicherheitsfachkraft vor Ort eingesetzt war, dieser auch ein Großteil der Verantwortung zugeordnet wurde. Selbst dort, wo per schriftlicher Delegation den Führungskräften die Verantwortung übertragen wurde, entsprach die Bewertung und Zuordnung des Arbeitsschutzes den Aktivitäten der Sicherheitsfachkraft bzw. der Fachabteilung und nicht dem Engagement der Führungskräfte. Betrieb A F1 BGM (5)... *sprich nen Sicherheitsingenieur, der sich also wirklich darum auch meiner Meinung nach sehr aktiv kümmert, der auch ... da nach unseren ... Unterlagen, Statistiken da Erfolge zu vermelden hat und ... und an sich ein sehr, sehr ... penibler Verfechter des Arbeitsschutzes im Hause ist. Das ist mein Eindruck, was hat sich aufs Unternehmen im Sinne von Unfallhäufigkeit oder eben Reduzierung der Unfallhäufigkeit eigentlich vor lange Jahre sehr positiv ausgedrückt.*

Es gab in den Interviews keinen Hinweis darauf, dass die Vorgesetzten, auf die der Arbeitsschutz delegiert war, ein anderes Verantwortungsgefühl entwickelten als Führungskräfte, in deren Betrieb keine Delegation erfolgte. Es erschien eher so – u.a. laut Aussage der Sicherheitsfachkraft in Betrieb (D), dass die per Delegationsverfahren verantwortlich gemachten Führungskräfte sich bemühten, diese Verantwortung an die Sicherheitsfachkraft abzugeben. Betrieb D Fs BGF (149-150) ... *Ehm ganz einfach, weil ... Arbeitssicherheit ist nämlich nicht Sache der Sicherheitsfachkraft, sondern der Vorgesetzten. Und jeder der Vorgesetzten versucht immer die gesamte Verantwortung auf mich abzuschieben. Obwohl ich denen schon hundertmal gesagt habe, ich ... bin weisungsfrei. Ich habe keine Weisungsbefugnis. Ich habe eine reine beratende Funktion. Das ... wollen sie nicht. Die wollen, dass ich die Verantwortung sozusagen übernehme.*

Die Bewertung der Arbeitssicherheit im Betrieb durch die Führungskräfte entsprach dem Engagement der Sicherheitsfachkräfte oder Fachabteilungen (auch dort, wo die Verantwortung auf die Führungskräfte delegiert war). Die Einschätzungen fielen dabei insgesamt sehr unterschiedlich aus. Ein Teil der Führungskräfte bewertete ihren

Arbeitsschutz sehr positiv, andere dagegen sehr negativ, letzteres hauptsächlich in den Dienstleistungsunternehmen. Obwohl einige Führungskräfte ihren Arbeits- und Gesundheitsschutz negativ bewerteten, machten nur wenige konkrete Angaben dazu, wie der Arbeits- oder Gesundheitsschutz verbessert werden könnte (obwohl sie explizit danach gefragt wurden). Auch die Führungskräfte in dem Betrieb (F), in dem der Gesundheitsschutz in der Bewertung sehr schlecht abgeschnitten hatte, machten dazu keine Vorschläge. Hier wurde lediglich von der Führungskraft der dritten Führungsebene darauf hingewiesen, was ein gut funktionierender Arbeits- und Gesundheitsschutz verändern müsste: Betrieb F F3 BGW (233-234) *Ich glaube schon, dass man einiges erstmal überprüfen müsste. Wenn ich mir die heutigen Stühle angucke. ...Ehm, für mich bedeutet Arbeitsschutz auch die Klimaanlage zu überprüfen. Weil, das ist eine Katastrophe ...*

Im Rahmen der Interviews wurden auch zwei Sicherheitsfachkräfte (eine besetzte beide Funktionen - Führungskraft und Sicherheitsfachkraft) befragt. Auf die Frage nach Schulungen und Ausbildung zur Thematik Arbeits- und Gesundheitsschutz gaben beide an, umfassend ausgebildet worden zu sein. Im Bereich der Dienstleistungsunternehmen gäbe es laut Auskunft der Führungskräfte den festen Bestandteil Arbeitssicherheit für Auszubildende. Betrieb E-F1 0 (167) *...Also das Thema Arbeitssicherheit ist ein Bestandteil der Ausbildung, weil es ja auch vorgeschrieben ist, nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, dass die Jugendlichen auf Gefahren am Arbeitsplatz hingewiesen werden müssen, und das ist ne halbjährliche Schulung ...*

Die meisten anderen Führungskräfte gaben an, weder in ihren Ausbildungen noch im Laufe ihrer Tätigkeit zur Thematik Gesundheitsförderung geschult worden zu sein. Bezogen auf die beiden Unternehmen, in denen Führungskräftebildungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt wurden (diese hatte die Interviewerin selbst durchgeführt), erwähnte nur die Sicherheitsfachkraft diese Seminare - alle anderen erwähnten sie nicht.

## 7.9 Welchen Einfluss sehen die Führungskräfte auf die Schnittstellen Mensch/Mensch, Mensch/Maschine und Mensch/Organisation?

Um noch einmal genauer zu differenzieren, welche Bereiche des Unternehmens in den Augen der Führungskräfte für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entscheidend sind, wurden sie danach gefragt, wie sie den Einfluss auf die Schnittstellen Mensch/Mensch, Mensch/Maschine und Mensch/Organisation wahrnehmen und welche Schnittstelle ihrer Meinung nach am wichtigsten für die Mitarbeitergesundheit sei.

Drei Führungskräfte (ein Betriebsleiter und zwei Meister) des produzierenden Gewerbes, die zum Zeitpunkt der Befragung auch für die ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze verantwortlich waren, vertraten die Meinung, dass die Schnittstelle Mensch/Maschine für die Beschäftigtengesundheit von größerer Wichtigkeit sei als die Schnittstelle Mensch/Mensch. Zwei Vorgesetzte jeweils der dritten Führungsebene sahen in der Schnittstelle Mensch/Organisation den wichtigsten Einfluss. Alle anderen (14 Führungskräfte) ordneten die größte Bedeutung der Schnittstelle Mensch/Mensch zu. Die meisten erklärten, dass sie die Beziehung zwischen den Mitarbeitern/innen, zwischen Führungskräften und Mitarbeitern/innen und teilweise aber auch die Beziehung zu Kunden/innen (bei eher kundenbezogenen Tätigkeiten in den Dienstleistungsunternehmen), als sehr wichtig für die Beschäftigtengesundheit ansehen.

Betrieb F-F2–BGW (225) ... *Grundsätzlich sind alle relevant, wobei ich da sehr wohl eine Abstufung vornehmen würde. In unserem Haus denke ich: Mensch/Mensch, Mensch/Maschine und Mensch/Organisation.*

Ein recht heterogenes Bild zeichnete sich bei der Bedeutungseinstufung der Schnittstelle Mensch/Organisation ab. Dabei hatten die Führungskräfte z.T. unterschiedliche Auffassungen bezüglich des Begriffs Organisation. Insbesondere die Geschäftsführer verstanden darunter die Gesamtorganisation als Institution und die Meister eher die Ablauforganisation. Betrieb B-F3 0 (79) ... *und Mensch/Organisation natürlich auch, wir gestalten unsere Abläufe, wir versuchen unsere Abläufe bestmöglich zu organisieren /ehm/ und insofern ... habe ich da einen großen Einfluss, ja.*

Insgesamt war die Einstufung der Schnittstelle Mensch/Organisation durch die Vorgesetzten sehr heterogen – belegte aber am häufigsten den zweiten und den

dritten Platz in der Bedeutsamkeit für die Beschäftigtengesundheit, wobei nicht deutlich wurde, ob diese Einstufung in Abhängigkeit mit dem jeweiligen Begriffsverständnis stand. Dies betrifft auch die beiden Führungskräfte<sup>9</sup>, die bei der Einstufung in eine Rangfolge der Organisation die größte Bedeutung zuordneten. Festzuhalten bleibt, dass alle befragten Führungskräfte den Schnittstellen insgesamt eine große Bedeutung zuschreiben.

Die meisten Befragten nahmen für sich selbst den größten Einfluss auf die Schnittstelle Mensch/Mensch wahr und ordneten dieser Schnittstelle auch die größte Bedeutung für die Beschäftigtengesundheit zu. Ein weiteres Ergebnis war es, dass die Führungskräfte ihre Einflussmöglichkeiten in Abhängigkeit von der Hierarchieebene wahrnahmen. Je höher er oder sie im Betrieb angesiedelt war, desto mehr wurde der Einfluss auf **alle** Schnittstellen gesehen.

Bei den Dienstleistungsbetrieben waren es allerdings auch die Führungskräfte der höheren Ebenen (Geschäftsführer usw.), die bei der Schnittstelle Mensch/Maschine nur einen eingeschränkten Einfluss wahrnahmen.

---

<sup>9</sup> Eine dieser beiden Führungskräfte bezog sich eher auf die Organisation als Ganzes und die andere eher auf die Ablauforganisation.

**Tab. 10: Die subjektive Wahrnehmung der Führungskräfte über ihren eigenen Einfluss auf die Schnittstellen: Mensch/Mensch, Mensch/Maschine und Mensch/Organisation**

Schnittstelle	Mesch/Mensch	Mensch/Maschine	Mensch/Organisation
Betrieb A-F1 BGM	Ja (1. Platz)	Ja (3. Platz)	? (2. Platz)
Betrieb A-F2 BGM	Ja (1. Platz)	Ja (3. Platz)	Ja (2. Platz)
Betrieb A-F2p BGM	Ja (1. Platz)	Ja (2. Platz)	Ja (3. Platz)
Betrieb A-F3 BGM	Etwas (1. Platz)	Ja (2. Platz)	Nein (3. Platz)
Betrieb B-F1 0	Ja (?)	Ja (1. Platz)	Ja (?)
Betrieb B-F2 0	Ja (1. Platz)	?	Ja
Betrieb B-F3 0	Ja (3. Platz)	Ja (1. Platz)	Ja (2. Platz)
Betrieb C-F1 BGM	Ja (alle gleich wichtig)	Ja (alle gleich wichtig)	Ja (alle gleich wichtig)
Betrieb C-F2s BGM	Ja (alle gleich wichtig)	Ja (alle gleich wichtig)	Wenig (alle gleich wichtig)
Betrieb C-F3 BGM	Ja (2. Platz)	Ja (3. Platz)	Nein (1. Platz)
Betrieb D-F1 BGF	Ja (1. Platz)	Ja (2. Platz)	Ja (3. Platz)
Betrieb D-F3 BGF	Ja (?)	Nein (?)	Wenig (1. Platz)
Betrieb D-Fs BGF	Ja (1. Platz)	Ja (2. Platz)	Ja (3. Platz)
Betrieb E-F1 0	Ja (je nachdem 2.o.1. Platz)	Nein (1. Platz)	Ja (3. Platz)
Betrieb E-F2 0	Ja (1. Platz)	Nein (2. Platz)	Eingeschränkt ja (3. Platz)
Betrieb E-F3 0	Ja (1. Platz)	Ja (2. Platz)	Ja (3. Platz)
Betrieb F-F2 BGW	Ja (1. Platz)	Bedingt (2. Platz)	Ja (3. Platz)
Betrieb F-F2 BGW	Wenig (1. Platz)	? (2. Platz)	Ja (3. Platz)
Betrieb F-F3 BGW	Ja (1. Platz)	Wenig (2. Platz)	Gering (3. Platz)

**Matrixbeschreibung:**

Der erste Buchstabe bezeichnet den jeweiligen Betrieb, der zweite um welche hierarchische Position es sich bei der Führungskraft handelt, wobei 1 die erste - also höchste Führungsebene beschreibt (Geschäftsführer oder Betriebsleiter), 2 die zweite Führungsebene (Abteilungsleiter, Meister) und 3 beschreibt die Führungsebene im so genannten mittleren Management (Teamleiter, Geschäftsstellenleiter, Teamkoordinator, Vorarbeiter). BGM bedeutet, hier wurde ein Betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt, 0 bedeutet hier wurden bis zu den Interviews keine Aktivitäten zur Gesundheitsförderung durchgeführt – auch keine einfachen Präventionsmaßnahmen wie z.B. Rückenschulungen; BGF bedeutet: hier wurden Maßnahmen durchgeführt aber ein betriebliches Gesundheitsmanagement konnte noch nicht etabliert werden, und BGW bedeutet, dass das Unternehmen auch ein Anbieter der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist.

„Ja“ heißt, dass die Führungskraft angab, selbst Einfluss auf diese Schnittstelle zu haben. „Nein“ bedeutet, dass die Führungskraft glaubt, überhaupt keinen Einfluss auf diese Schnittstelle zu haben. Bei den Antworten „weniger“, „eingeschränkt ja“ und „bedingt“ sahen die Führungskräfte nur wenig Einfluss auf diese Schnittstellen. Bei den Fragezeichen waren die Antworten nicht eindeutig zuzuordnen bzw. die Führungskraft war sich über ihren eigenen Einfluss nicht sicher. Die Platzierungen (1., 2., und 3. Platz) wurden der von den Führungskräften benannten Rangfolge – der Schnittstellenbedeutung für die Beschäftigtengesundheit – zugeordnet.

Die Führungskräfte der ersten Führungsebene gaben alle an, dass sie Einfluss auf die Schnittstelle Mensch/Mensch nehmen, wobei nur eine Führungskraft – die selbe, die nur wenig Einfluss auf das Betriebsklima wahrnahm – hier angab, nur „wenig“ Einfluss auf diese Schnittstelle zu haben. Die Führungskräfte der zweiten und dritten Führungsebenen in den gewerblichen Betrieben erklärten fast durchgängig, dass sie Einfluss auf die Schnittstelle Mensch/Maschine haben. Die Führungskräfte der beiden Dienstleistungsunternehmen dagegen sahen für sich selbst keinen oder nur einen geringen Einfluss auf diese Schnittstelle. Bezüglich der Schnittstelle Mensch/Organisation sahen insbesondere die Führungskräfte der dritten Hierarchieebene keinen oder nur einen geringen Einfluss. Das entsprach auch ihrem Antwortverhalten bei der Frage nach dem Einfluss auf die Unternehmenskultur. Auch hier gaben diese Führungskräfte an, weniger Einfluss für sich selbst wahrzunehmen als Führungskräfte der ersten Führungsebenen.

Insgesamt wird hier noch einmal deutlich, dass die zwischenmenschlichen Beziehungen bzw. das Betriebsklima für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Augen der Führungskräfte eine hohe Bedeutung haben. Unabhängig von Branche und Stand der Gesundheitsförderung im Betrieb wird dieser Schnittstelle der größte Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit zugeordnet. Zwei Führungskräfte aus dem Unternehmen, das ein Betriebliches Gesundheitsmanagement seit langem etabliert hat, fielen hier aus dem Rahmen, sie ordneten allen Schnittstellen die gleiche Priorität zu.

### **7.10 Welche Ressourcen sind aus Sicht der Führungskräfte für die Beschäftigtengesundheit wichtig?**

Die Frage nach der Bedeutung betrieblicher Ressourcen für das eigene Handeln wurde im Laufe der Interviews immer wieder angepasst, weil die Führungskräfte teilweise mit dem Begriff Ressource nicht sofort eine Verbindung zu der Thematik herstellen konnten. Betrieb E-F1 0 (168) *Aber was meinen Sie mit Ressourcen, ich hab das jetzt noch nicht so richtig ... (200) Was für Ressourcen sind da gemeint?*

Deshalb wurde diese Frage nur von acht Führungskräften spontan beantwortet. Die anderen Vorgesetzten wurden aufgefordert, zunächst die Ressourcen aufzuzählen die

ihnen einfielen, um dann einen Zusammenhang zu ihrem Handeln auch bezogen auf die Beschäftigtengesundheit herzustellen.

Der Begriff Ressource, der im Bereich der Gesundheitswissenschaften selbstverständlich verwendet wird, findet anscheinend im betrieblichen Alltag keine regelmäßige Anwendung und führte somit bei den Interviews zu Nachfragen der Führungskräfte und Erklärungen auf Seiten der Interviewerin. Zudem ergab sich ein sehr heterogenes Bild darüber, was als Ressource wahrgenommen wird.

Vier Führungskräfte, drei Geschäftsführer und eine Führungskraft der dritten Ebene, bezogen sich bei der Ressourcendefinition auf das Thema Betriebsklima, wobei letztere sowohl das Betriebsklima als auch die technische Ausstattung als wichtig beschrieb und erklärte, dass die Führungskräfte ihres Unternehmens bezogen auf das Betriebsklima „mehr oder weniger erfolgreich“ selbst gefordert seien.

Sechsmal wurden auch materielle Ressourcen benannt, die nach Auffassung der meisten Befragten eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darstellen. Ein Geschäftsführer war jedoch der Meinung, dass die Ressourcen in Form von Ausstattung und Gebäuden für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine große Bedeutung hätten, weil sie nicht als positiv wahrgenommen würden. Dreimal wurden die Beschäftigten selbst und nur einmal die Gesundheit der Belegschaft bzw. des einzelnen Mitarbeiters / der einzelnen Mitarbeiterin als wichtige Ressource dargestellt. Ebenfalls zweimal wurde die direkte Führungskraft – das heißt der dieser Führungskraft übergeordnete Vorgesetzte – als positive Ressource dargestellt. Auch der Mangel an Ressourcen, z.B. in Form von zu wenig Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und von technisch veralteten Maschinen wurde von einzelnen benannt.

Herausstechend ist hier erneut der Betrieb (C), der es geschafft hat, schon seit Jahren ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu etablieren. Hier äußerten alle Führungskräfte, dass ausreichend Ressourcen in Form von positiven Umgebungsbedingungen (Räumlichkeiten und Mittel) und Gestaltungsmöglichkeiten vorhanden seien. Dies war auch der einzige Betrieb, in dem die Führungskräfte bei der Frage nach den Ressourcen eine einheitliche Sichtweise hatten.

Fünf Führungskräfte sahen im förderlichen Führungsverhalten eine sehr wichtige Ressource, die sich auf die Beschäftigtengesundheit auswirke. Dabei wurde zwei Mal

die Notwendigkeit betont, dass Beschäftigte die Möglichkeit haben müssten, ihre Sorgen und Probleme mit den Vorgesetzten besprechen zu können. In einem Betrieb (D) erklärten zwei Interviewpartner, dass man die Ressource Mensch auch zu sehr ausnutzen könne, so dass man dadurch eine regelrechte Ausbeutung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreiche. Das wurde zwar als kritisch beschrieben, aber auch als Realität dargestellt. Betrieb D-Fs BGF (153) *...Ehm Punkt 1... sind das für mich die Menschen. Das sind Ressourcen, aus denen kann man ... unendlich schöpfen ... Wenn man denn diese Ressourcen bestimmt und fingiert anzapft. Nur ... es gibt Ressourcen die sind ausgeschöpft. Da ist nicht mehr viel zu holen. ... Aber für mich sind die Menschen, die Mitarbeiter die hier arbeiten, das ist das Potenzial, was man zur Verfügung hat. ... Mitarbeiter wo nichts mehr zu holen ist, sind psychisch ... fertig und die sind auch anfälliger und unheimlich schwer noch zu motivieren, wenn irgendwas ist. Die ... dann irgendwann ... sagen, ich bleib jetzt ne Woche zu Hause ...weil die ... nicht mehr die ... psychische Kraft haben, um weiter zu machen.*

Bezogen auf die Möglichkeiten und Grenzen der Führungskräfte in ihrem Betrieb wurden diese danach gefragt, was sie als Führungskraft brauchen, um den Anforderungen – im Umgang mit Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung – gerecht zu werden.

Die Antworten waren sehr heterogen und beschrieben in der Regel das, was die Führungskräfte als Mangel in ihrem Betrieb wahrnehmen. Viermal wurde die Arbeitsdichte bzw. die Steuerung des Tagesablaufs angesprochen, die es verhindere, dass man zwischendurch miteinander kommunizieren oder einfach nur seine Arbeit in Ruhe erledigen könne. Betrieb C-F2s BGM (98) *Nein, eigentlich würde ich mir wünschen, dass eh man mal wieder einen ... realistischen Planungshorizont hier bekommt. ...Dieses (Zeit)fenster das sollte mal ... ich sage mal so sein, dass man auch damit planen kann.*

Alle vier Beschreibungen lieferten sehr unterschiedliche Problemfelder und benannten auch unterschiedliche Ursachen, waren sich aber einig darüber, dass es vor allem Zeit sei, die man für die Erfüllung der Aufgabe brauche, und dass hier ein Mangel bestehe.

Betrieb E-F2 0 (186) *Die Mitarbeiter, mit denen ich früher auch mal eine Viertelstunde über irgendetwas und sei es über Gott und die Welt sprechen konnte, die kriege ich jetzt nicht mehr ... wo dann wirklich der ganze Vormittag dieser Mitarbeiter ... aus seinem Zimmer im Grunde genommen gar nicht mehr raus kommt. Dieses Miteinander von früher ist völlig zerbröckelt, das gibt es nicht mehr. ...*

Ebenso häufig wurde eine Verbesserung der technischen Ausstattung angesprochen. Dabei wurden aber sehr unterschiedliche Bereiche benannt: „Die EDV-Ausstattung“,

„eine verbesserte arbeitssicherheitstechnische Ausstattung an den Maschinen“, „bessere Arbeitsstühle“ und „eine verbesserte Klimaanlage“ und „Austausch der veralteten Maschinen gegen neue funktionstüchtigere“. Betrieb D-F3 BGF (139) *Ja sagen wir mal so, wir haben ... veraltete Maschinen. Was die Zukunft bringt oder was geplant ist, das weiß ich nicht. Aber wir haben veraltete Maschinen. Die doch ersetzt werden ... müssen.*

Auch das Thema Kantine wurde im Zusammenhang mit den Grenzen der Thematik „Gesundheit“ angesprochen. Einmal wurde der Wunsch geäußert, überhaupt eine Kantine zu haben, in der man einen Ort der Kommunikation hätte. In einem anderen Betrieb wurde ein verbessertes, gesundheitsförderlicheres Kantinenangebot genannt. Betrieb B-F3 0 (75-76) *Ja, da gibt es schon einiges ... eine gemeinsame Kantine zur Kommunikation ... Kommunikation untereinander. ... das wäre ne Ressource, wo sich Mitarbeiter einfach wohler fühlen, ...*

In dem Unternehmen, in dem man gerade dabei war, das Betriebliche Gesundheitsmanagement dauerhaft zu implementieren, gingen die Wünsche tendenziell in eine Richtung. Zwei Führungskräfte wünschten sich, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement jetzt dauerhaft implementiert würde, und der Personalchef dieser Firma forderte einen noch besseren Arbeits- und Gesundheitsschutz bezogen auf die Sicherheit der Anlagen. Auch die Führungskraft der 3. Führungsebene bezog sich auf das Gesundheitsmanagement, das die Ressourcenbedarfe seiner Meinung nach abbilden würde. Betrieb A-F1 BGM (8) *Also ausgeschöpft ist es sicherlich nicht. Aber, öh ich würde mir wünschen, dass dieser Prozess, den wir jetzt auch wieder eingeleitet haben, Gesundheitsmanagement, dass der wirklich ehm ein Dauerprozess wird. Ehm, dass der dass da nicht wieder irgendwas abebbt. Und vielleicht auch die Führungskräfte selbst sagen na ja, jetzt sind wir wieder gut geschult und jetzt haben wir hier und da Gesundheitszirkel installiert und das ziehen wir jetzt mal durch und dann ist das Projekt zu Ende. Nein, ich denke, dass ist ne ne dauernde Aufgabe. Da würde ich mir schon wünschen, auch wenn ich es nicht mehr lange beeinflussen kann, dass das öh eine Daueraufgabe bleibt. Es hat sich für mich bewiesen, dass wenn man wenn es abebbt, dass man auch feststellen kann in irgendwelchen statistischen Größen.*

Eine Führungskraft erklärte, dass sie sich mit der Thematik Gesundheitsförderung bisher noch nicht so weit auseinandergesetzt hatte, dass sie etwas benennen könne.

Eine andere Führungskraft hatte großes Interesse daran, wie man mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umgehen könnte bzw. sollte, wenn sie nach langer und ernster Erkrankung wieder arbeiten möchten.

Und ein Vorgesetzter in einem der Dienstleistungsunternehmen gab seiner Enttäuschung darüber Ausdruck, dass man es bisher nicht geschafft hatte, den Betrieb rauchfrei zu gestalten.

### **7.11 Welchen Einfluss organisationaler Bedingungen auf die Gesundheit der Beschäftigten nehmen die Führungskräfte wahr?**

Die Führungskräfte wurden in den Interviews danach gefragt, ob sie einen Einfluss der organisationalen Bedingungen auf die Beschäftigtengesundheit wahrnehmen. Gemeint waren damit vor allem die gesundheitsrelevanten organisationalen Bedingungen wie sie auch von Semmer u.a. (2001) identifiziert wurden: Status und Anerkennung, Unternehmenspolitik, Kontrolle und Einfluss und Zukunftsaussichten.

Da der Begriff "organisationale Bedingungen" von den Führungskräften aber sehr unterschiedlich verstanden wurde, wurde er in den Interviews mit einem Beispiel ergänzt. Die Interviewerin gab jeweils das gleiche Beispiel an, um hier eine Vergleichbarkeit der Antworten herzustellen. Dabei nannte sie durchgängig den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens als Element organisationaler Bedingungen. Die meisten Führungskräfte bezogen sich zumindest in Teilen ihrer Antwort auf dieses Beispiel, was zur Folge hatte, **dass sie häufig die Frage beantworteten, wie sich Betriebserfolg oder Misserfolg auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt.** Bis auf zwei Führungskräfte, vertraten alle bei dieser Frage die Meinung, dass organisationale Bedingungen und vor allem wirtschaftlicher Erfolg eines Unternehmens auf jeden Fall Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit habe.

Betrieb A-F3 BGM (40) *Wirken sich sicherlich aus. Betriebliche Maßnahmen, wenn ich nicht weiß, ob mein Arbeitsplatz gesichert ist, geht's mir auch persönlich nicht gut.*

Betrieb A-F2p BGM (32-33) *Sehr stark. Man muss sich dem Betrieb auch zugehörig fühlen. Wenn das organisatorisch vernünftig geregelt ist und man sich gut eingebettet fühlt in diese*

*Organisation, dann fühlt man sich wohler. Wohlfühlen bedeutet auch, dass man sich gesünder fühlen kann.*

Der Geschäftsführer, der hier nur bedingt einen Einfluss wahrnahm, äußerte, dass der Betriebserfolg bisher keinen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit hätte. Wobei er darauf abzielte, dass es für die gewerblichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch den Betriebserfolg bzw. durch negative Betriebsergebnisse bisher nicht zu Effekten gekommen sei. Betrieb B-F1 0 (55) *Da sehe ich keine Auswirkungen. Also wir kommunizieren das schon nach unten hin, wie das Betriebsergebnis gewesen ist. Wie das auch monatlich ist, das wird also auch mit dem Betriebsrat ganz offen kommuniziert. Im Betriebsrat geht es dann auch weiter. Es kommen auch schon mal Nachfragen, dass vielleicht die Zahlen nicht richtig verstanden werden. Aber dass daraus irgendein Druck entstehen könnte, ist bisher noch nicht gewesen.*

Eine weitere Führungskraft – dieselbe, die nur einen geringen Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Mitarbeitergesundheit sah – erklärte, dass der Einfluss des Betriebserfolgs in einem großen Betrieb oder Konzern geringer sei, als in einem kleineren Betrieb. Beide Führungskräfte waren im selben Betrieb tätig.

## **7.12 Welche Rolle spielt ein festes Budget für die Umsetzung und den Erfolg von Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz?**

Um herauszufinden, ob der Stellenwert der Betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des Arbeitsschutzes im Betrieb größer ist, wenn dafür ein eigenes Budget eingerichtet ist, wurde explizit gefragt, ob es ein Budget zur Finanzierung von Veränderungen im jeweiligen Arbeitsbereich gibt. Dabei gab es nur zwei Betriebe, in denen ein festes Budget für den Bereich des Arbeitsschutzes eingerichtet war. Dies waren ein gewerblicher Betrieb, in dem bisher keine Gesundheitsförderung durchgeführt wurde, und ein gewerbliches Unternehmen, in dem das Thema Gesundheitsförderung schon seit Jahren bearbeitet aber nicht im Rahmen eines Managementsystems implementiert wurde.

In den Dienstleistungsunternehmen (E und F) gab es durchgängig kein Budget, und selbst der Geschäftsführer eines dieser Unternehmen erklärte, dass er sich das Geld für Maßnahmen im Bereich Gesundheitsschutz zusammensuchen müsse. Betrieb E-F1

0 (168) ... *Also es gibt keinen Titel, der konkret mit so und so viel Euro belegt ist, sondern ich müsste mir das aus verschiedenen Titeln zusammensuchen. Wäre aber möglich.*

Ein weiterer gewerblicher Betrieb, in dem ein Betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt war, hatte zwar kein Budget für Veränderungen und Maßnahmen in den entsprechenden Arbeitsbereichen eingerichtet, aber es wurde von drei der vier befragten Führungskräfte angegeben, dass es möglich sei, projektbezogen Gelder einzusetzen.

Die Interviewergebnisse zeigten hier keinen Zusammenhang zwischen einem gut funktionierenden Gesundheitssystem im Betrieb und einem festen Budget. Gerade der Betrieb, in dem schon sehr lange und erfolgreich ein Betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert war, hatte kein Budget eingerichtet.

### **7.13 Wie schätzen die Führungskräfte den Einfluss der Unternehmenskultur auf die Gesundheit der Beschäftigten ein?**

Die gelebte Unternehmenskultur eines Betriebs spiegelt u.a. wider, wie ein Unternehmen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umgeht. In dieser Untersuchung wurde konkret nach der Unternehmenskultur gefragt, um hier weitere Hinweise darauf zu bekommen, wie die Führungskräfte in die jeweilige Kultur eingebunden sind und welche Relevanz die jeweilige Kultur für die Mitarbeitergesundheit im Betrieb hat.

Von den sechs Betrieben hatten zum Zeitpunkt der Befragung vier Betriebe ein schriftlich fixiertes Leitbild, zwei hatten keins. Dabei waren es gerade diese beiden Betriebe, die ein Betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt hatten. Außerdem waren beide Unternehmen in Familienbesitz und zeichneten sich dadurch aus, dass die Führungskräfte überwiegend eine sehr familiäre und positiv gelebte Unternehmenskultur beschrieben. Betrieb A-F1 BGM (12-13) ... *aber ich glaube, dass das die Mitarbeiter spüren, dass es hier um einem Familienbetrieb geht und nicht um eine ... Aktiengesellschaft, wo es darauf ankommt, ... möglichst hohe Gewinnraten zu erwirtschaften und möglichst den Aktienkurs hochzuhalten, sondern dass man hier wirklich auch von der obersten Geschäftsführung, wenn es denn nötig ist, ... sich um einzelne Mitarbeiter kümmert*

*oder auch jederzeit ansprechbar ist, von dem einzelnen Mitarbeiter, egal auf welcher Stufe er steht, dieses Denken und dieses Vorleben trägt – glaube ich – viel zur Unternehmenskultur bei.*

Da sich die gelebte Unternehmenskultur nicht zwangsläufig mit dem schriftlich fixierten Leitbild deckt, wurde hier nach der gelebten Kultur gefragt. Bis auf zwei Führungskräfte nahmen alle anderen für sich selbst einen – mehr oder weniger großen – Einfluss auf diese Kultur oder auf ihren „Kulturgeber“ wahr. („Kulturgeber“, weil in einigen Interviews erklärt wurde, dass die Unternehmenskultur durch Einzelpersonen z.B. den Betriebsleiter, die Unternehmerfamilie oder den Geschäftsführer geprägt sei.) Betrieb D-Fs BGF (157) *Die wirkliche ... Unternehmenskultur oder die Firmenkultur wird geprägt von unserem Werksleiter.*

Jedoch unterschieden sich die Einschätzungen der Einflussgröße in Abhängigkeit von der hierarchischen Stufe der Führungskraft. Einen geringeren Einfluss für sich selbst sahen Führungskräfte, die sich „als Teil der Kultur“ beschrieben und dabei auch häufig erklärten, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter Einfluss auf die Unternehmenskultur nehme. Diese Führungskräfte waren in der zweiten und dritten Führungsebene angesiedelt. Betrieb F-F2 BGW (226) *Ich denke, jeder Mitarbeiter hat Einfluss auf die Unternehmenskultur, jeder auf seinem Platz. Auch ich in einem gewissen Rahmen.*

Betrieb E-F3 0 (204) *Also für mich als Person jetzt, sehe ich da eher weniger Einfluss. Wobei ich denke, die Summe der Führungskräfte dann wieder, wie die sich verhalten, wie die mit diesen Führungsleitlinien umgehen, die prägen natürlich auch letztendlich wieder ja diesen oberen Bereich. Wobei bei mir als Einzelperson also doch ich denke, da ist der Einfluss eher gering.*

Sehr großen Einfluss beschrieben die Geschäftsführer und Betriebsleiter, die hier befragt wurden. Sie sahen sich selbst als prägend für die Kultur des Betriebes an. Betrieb B-F1 0 (55-56) *Also ich bringe mich da schon richtig voll ein. Ich steuere die (Unternehmenskultur, d. Verf.) ... auch sehr stark. Ich bin da also sehr stark dran interessiert. Ich spreche auch mit den Leuten direkt vor Ort, wie das rüber kommt, ist das angekommen. Wie sie damit umgehen. Wir machen jetzt gerade einen Workshop für nächste Woche, da geht es nämlich auch um Leitlinien. Habe an der Ausarbeitung auch mitgearbeitet. Also ich habe ein sehr ... starkes Interesse daran, dass das auch bis unten hin durchkommt, dass das nicht nur so Worthülsen sind, dass das auch wirklich gelebt wird.*

Vier Führungskräfte beschrieben, dass sich aktuell auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter veränderten und damit auch die Kultur des Unternehmens. Eine Führungskraft beschrieb, dass die jüngeren mit den aktuellen Gegebenheiten wesentlich besser umgehen könnten als die älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter („...sie wachsen hinein“). Eine andere Führungskraft beschrieb, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dahingehend veränderten, dass sie egoistischer würden und somit das Betriebsklima und die Unternehmenskultur an Menschlichkeit verlöre. Das war ihrer Meinung nach aber nicht nur ein betriebliches, sondern ein gesellschaftliches Problem.

Aber auch die jungen Führungskräfte würden sich nach Aussage zweier Befragter verändern. Eine Führungskraft sah bei jüngeren Führungskräften eine größere Ausrichtung auf die Ergebnisse als früher. Betrieb A-F2p BGM (33) *Andererseits muss man sagen, die Führungskräfte sind ja auch im Wandel, Generationenwechsel, und die Führungskräfte der jüngeren Generation sind nicht mehr so, wie die Führungskräfte, die hier bis vor fünf Jahren noch waren. Insofern hat sich sicherlich die Kultur auch da verändert, indem man da auch so ganz andere Ansichten hat, wie Führung zu sein hat. Man ist mehr bezogen auf Ergebnisorientierung.*

Und eine Sicherheitsfachkraft beschrieb, dass sich die jüngeren Führungskräfte nicht mehr so für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einsetzen würden wie ältere Führungskräfte und dass bei ihnen die Produktivität und nicht der Mensch im Vordergrund stünde.

Einen Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Beschäftigtengesundheit sahen alle Führungskräfte. Einzelne erklärten aber, dass dieser Zusammenhang „eher klein sei“ Betrieb B-F3 0 (81) *... nicht so große, eher klein, ... diese Leitbilder, diese Leitsätze, die wir haben, betreffen wirklich nur peripher das Arbeitsumfeld des einzelnen Mitarbeiters ..., Abläufe werden da gar nicht beschrieben, da geht es wirklich so eher um die Dinge, wie wir miteinander umgehen also eher so um diese psychischen Dinge ... die sozialen Dinge, die ... so ein bisschen normiert werden könnten mit solchen Leitbildern. (81) M.E.: Und da auch jetzt von diesen sozialen Dingen würden Sie wenig Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit ableiten? (81) Führungskraft: Ja.*

Die hier dargelegte Wahrnehmung war möglicherweise die Folge dessen, dass dieser Werksteil hoch durchtechnisiert war und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weit über diesen Bereich verstreut arbeiteten – häufig isoliert und nur mit wenigen Kontakten. Neben dem geringen Kontakt, den die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zueinander

hatten, war es für diese Führungskraft auch noch relevant, dass sich die Leitlinien auf den „sozialen Umgang bezögen“ aber nicht das Arbeitsumfeld betreffen. Das impliziert, dass diese Führungskraft keinen bzw. nur einen geringen Einfluss dieser sozialen Leitlinien auf die Mitarbeitergesundheit wahrnimmt. Das widerspricht jedoch Aussagen derselben Führungskraft, die von psychosomatischen Störungen sprach, wenn die Arbeit keinen Spaß mache.

Die Führungskräfte der ersten Hierarchieebene waren fast alle der Meinung, dass es einen großen Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Beschäftigtengesundheit gebe. Nur ein Betriebsleiter sah hier einen nicht so starken Zusammenhang. Betrieb B-F1 0 (56) *Ja gut, ich sehe da schon irgendwie einen Bezug. Dass jemand, der gerne zur Arbeit geht und mit Kollegen offen kommuniziert, dann kommen auch im Prinzip private Belange, wie er sich fühlt usw., dass das schon sehr wichtig.*

Dieses Beispiel macht auch deutlich, dass sich für einen Großteil der Führungskräfte der Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Gesundheit aus der Mitarbeiterzufriedenheit bzw. Unzufriedenheit erklärt, die sich aus einer positiven oder negativen Unternehmenskultur ergeben kann. Als wesentlichen Schlüssel für diesen Zusammenhang beschrieben die meisten Befragten eine sich aus der Kultur ergebende positive oder negative Kommunikation sowohl zwischen Führungskräften und Beschäftigten aber auch zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst.

**Tab. 11: Wahrnehmung des Einflusses der Unternehmenskultur auf die Mitarbeitergesundheit im Vergleich zur Einschätzung des prozentualen Einflusses der Führungskraft auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

	Geschätzter Einfluss der Unternehmenskultur auf MA-Gesundheit	Geschätzter Einfluss der FK auf die Mitarbeitergesundheit in Prozent
Betrieb A-F1 BGM	ja positiv auf die seelische Gesundheit bemerkbar	20%
Betrieb A-F2 BGM	Ja das ist ein kommunikative Feeling – Situation	Nicht sehr kleiner Teil
Betrieb A-F2p BGM	(34) Wenn die real gelebte Unternehmenskultur so ist, dass man immer den Mitarbeiter im Auge behält und für sorgt, dass eine vernünftige Zusammenarbeit gegeben ist, dass Abläufe richtig dargestellt werden und Mitarbeiter wissen, wohin sie gehören und eine gewisse Sicherheit im Unternehmen haben, dann meine ich, dass das sich positiv auf die Zusammenarbeit auswirkt,	40% - 50%
Betrieb A-F3 BGM	(45) ... sicherlich hat sie auch Einfluss auf die Gesundheit, aber in wie fern kann ich jetzt so nicht beantworten	35% - 40%.

Betrieb 0	B-F1	(56) Ja gut, ich sehe da schon irgendwie einen Bezug. Dass jemand der gerne zur Arbeit geht und mit Kollegen offen kommuniziert, dann kommen auch im Prinzip private Belange, wie er sich fühlt usw., dass das (ist) schon sehr wichtig.	20 %.
Betrieb 0	B-F2	?	40% - 50%
Betrieb 0	B-F3	(81) /ehm/ nicht so großen, eher klein, ...	5% - 10%
Betrieb BGM	C-F1	(92) ja sehr schnell konkrete Auswirkungen auf die Mitarbeiter hat, dass sag ich mal die Stimmung sehr schnell sehr positiv aber auch sehr negativ sein kann.	10% - 15 %.
Betrieb BGM	C-F2s	(102) Direkten Einfluss drauf	10% - 15%,
Betrieb BGM	C-F3	(114) ... ja ich denke mal, weil es sich hier um eine eh sehr offene und positive Unternehmenskultur eh handelt eh kann das nur dienlich eh der eigenen und der Mitarbeitergesundheit sein. (114) Se: Positiv. (114) Se: Ja und wirkt sich aus und in diesem Fall in der Firma X. eben positiv.	10% - 15 %
Betrieb BGF	D-F1	(130) Insofern der Bezug ist ganz eineindeutig da, das Führungsverhalten, ... oder ... wie wir Entscheidung, welche, wie, wer welche Entscheidung die sie treffen, hat ganz klar Einfluss eben auf das Thema Mensch/Mensch, Mensch/Maschine, Mensch/Organisation. Und damit auch auf das Thema Mitarbeitergesundheit, ...	15% - 20%.
Betrieb BGF	D-F3	(144) Bestimmt.	50%
Betrieb BGF	D-Fs	(158) Der Mitarbeiterzufriedenheit, sagen wir mal so. da sehe ich einen Zusammenhang. (158) Eher negativ sogar.	70% / 80% / 50%
Betrieb 0	E-F1	(175) Unterm Strich, was das tatsächlich Gelebte angeht, würde ich sagen, der Einfluss ist da, ...	5% - 10%
Betrieb 0	E-F2	(191) Ja; Bis hin zum Ausscheiden aus gesundheitlichen Gründen. Soweit sind wir nämlich auch schon. Ich habe es auch mit Erschrecken festgestellt ...	10% - 15 %.
Betrieb 0	E-F3	(205) Bezüge? ...dass da auch mehr oder weniger ein direkter Einfluss da ist ... Also ich denke das wirkt sich schon direkt auch aus.	15%
Betrieb BGW	F-F2	(220) So dass wir insgesamt glaube ich einfach aufpassen müssen, dass uns einzelne Mitarbeiter nicht da negativ abdriften. (220) Wir müssen aufpassen. Wir müssen aufpassen, dass wir nicht einige Mitarbeiter auf diesem Weg irgendwann mal verlieren.	10% - 30 %.
Betrieb BGW	F-F2	(226) Ich glaube, dass im Gesamtunternehmen zu wenig darauf geachtet wird, wie sich Mitarbeiter verändern, wie die Belastung der Mitarbeiter insgesamt aussieht. Selbst wenn es festgestellt wird, wird nicht so reagiert, dass man an die Wurzeln geht, sondern dass man erstmal versucht, den Mitarbeiter zu stabilisieren.	10% - 15%
Betrieb BGW	F-F3	(244) W.: Ja, es hat Auswirkungen jeglicher Art. Auf jeden Fall.	3% - 5%

Bei dieser Matrix wird die subjektive Einschätzung des Führungskräfteinflusses auf die Mitarbeitergesundheit in Relation zu der Einschätzung des Einflusses der Unternehmenskultur auf die Mitarbeitergesundheit gesetzt. Von einer niedrigen Einschätzung des Einflusses der Führungskraft auf die Mitarbeitergesundheit wird hier bei einer Einschätzung des Einflusses von unter 20 Prozent ausgegangen. Die Aussagen der Führungskräfte der ersten Führungsebene sind rot markiert.

Wie zuvor schon beschrieben, sahen die meisten Führungskräfte einen Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Beschäftigtengesundheit. Wenn man diese Sichtweise aber mit der für sich selbst wahrgenommenen Bedeutung für die Beschäftigtengesundheit abgleicht und dabei berücksichtigt, dass die Führungskräfte

der 1. Führungsebene für sich einen **hohen** – teilweise sogar **sehr hohen** – Einfluss auf die Unternehmenskultur wahrnahmen, fällt die Einschätzung dieser Führungskräfte bezogen auf ihre Bedeutung für die Gesundheit relativ niedrig aus. Bei den anderen Führungskräften waren die Einschätzungen ihres eigenen Einflusses auf die Unternehmenskultur und ihre persönliche Bedeutung für die Beschäftigtengesundheit schon eher kongruent.

**Tab. 12: Aussagen der Führungskräfte der ersten Führungsebene zum Einfluss auf die Unternehmenskultur im Abgleich mit ihrem geschätzten Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit**

FK der 1. Führungsebene	Einflussnahme FK auf Unternehmenskultur	Prozentual geschätzter Einfluss der FK auf die Beschäftigtengesundheit
Betrieb A-F1 BGM	(13) Ja, das glaube ich schon, dass das man ...die Möglichkeit hat	20 %
Betrieb B-F1 0	(55-56) Also ich bringe mich da schon richtig voll ein. Ich steuere die auch sehr stark.	20 %
Betrieb C-F1 BGM	(91) Ich denke schon einiges, das wird auch erwartet, ... dass wir da schon einen relativ großen Einfluss ausüben. (91) M.E.: Also auch als Gestalter der Kultur? (91) As.: Ja. ...	10 % - 15 %
Betrieb D-F1 BGF	(129-130) Jetzt auf ... die XY – Gruppe oder hier bei uns. Auf ... unsere sicherlich schon ...also insofern denke ich schon, ... dass ich da auch massiv mit Einfluss nehme, ja.	15 % - 20 %
Betrieb E-F1 0	(174) Da die Geschäftsführung aus drei Personen bestand, und ich eine dieser Personen war, ist der Einfluss auf jeden Fall da. ... (174) Da würde ich jetzt schon so zwischen 10 % und 20 % sagen.	5 % - 10 %

Drei Führungskräfte – alle aus den Dienstleistungsunternehmen – beschrieben für ihren Betrieb einen negativen Zusammenhang zwischen Kultur und Gesundheit, hervorgerufen durch den erhöhten Druck, dem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seit dem Wandel der Unternehmenskultur ausgesetzt wären. Dabei arbeiten beide Betriebe mit Zielvereinbarungen, die von den Vorgesetzten als Teil der Unternehmenskultur verstanden wurden. Betrieb E-F2 0 (191)... *aber ich glaube, dass dieses Unternehmen und der Wandel der letzten Jahre dem ein oder anderen sehr stark zugesetzt hat und dass das ursächlich auch dazu geführt hat, dass jemand dann für sich entschieden hat, du musst hier raus und du willst hier raus oder wie auch immer...*

Betrieb F-F2 BGW (209-210) *Ja, was wirkt sich aus. ... Faktoren, die unternehmenspolitischen Notwendigkeiten, die daraus resultieren, auch die aktiven Umsetzungen, die wirken sich schon aus. Also es entsteht Druck, es entstehen neue Aufgabenfelder. Teilweise auch widersprüchliche Dinge, ... das was heute gut war, kann morgen schon wieder schlecht sein und umgekehrt. Dass sich die Rahmenbedingungen ... zum Teil sehr, sehr schnell ändern. Da muss sich das Unternehmen anpassen und das wirkt sich auf die Mitarbeiter aus, weil die dann manchmal den Anforderungen nicht mehr gewachsen sind. Weil sie gar nicht dafür ausgebildet sind oder auch eigentlich man leider erkennen muss, dass sie auch den hohen Anforderungen nicht mehr gerecht werden können.*

In den zwei familiengeführten Unternehmen beschrieben alle Führungskräfte, dass sich die Kultur („familiengeführtes Unternehmen“) positiv auf ihr Führungsverhalten auswirke. In einem Betrieb wurde besonders das Vertrauen und die Sicherheit, die die Inhaberfamilie vermittele, als wichtiger Faktor dafür beschrieben, dass man seine Arbeit „gut machen kann“ und sich das auch auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter positiv auswirke. Als Folge dieser positiven Situation wurde betont, dass das Arbeiten in diesen Unternehmen Spaß mache und die Beschäftigten mit „Stolz und Freude erfülle“. In einem dieser Betriebe wurde aber auch festgestellt, dass sich die Kultur verändere und mit den jüngeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern andere Züge annähme: Betrieb A-F2p BGM (33) *Team ist ja auch etwas wie Familie, und dass man das dann so rüberbringt im Team, und diese Kultur wird sich auch hier mal verändern in dem Bereich, der mir unterstellt ist, weil junge Leute das ja doch anders sehen. Kultur hängt für mich auch sehr stark mit den Führungskräften und mit dem, was von der obersten Unternehmensleitung vorgegeben ist, zusammen.*

In den konzerngeführten Betrieben (B und D) wurde zwischen dem Einfluss der Unternehmenskultur des Gesamtbetriebes und der Kultur der Niederlassung vor Ort unterschieden. Dabei hatten – in einem der beiden Betriebe – die Führungskräfte vor Ort das von der Konzernleitung vorgegebene Leitbild an die gewachsene Unternehmenskultur angepasst und umformuliert. In dem anderen Betrieb wurde die Unternehmenskultur zwar von der Konzernleitung vorgegeben, aber eine Führungskraft beschrieb, dass es doch eher der Betriebsleiter sei, der die Kultur präge. Betrieb D-Fs BGF (157) *Die wirkliche ... Unternehmenskultur, oder die Firmenkultur wird geprägt von unserem Werksleiter.*

Alle Befragten beschrieben, dass sich sowohl die Unternehmenskultur vor Ort als auch die konzerngegebene auf die eigene Führungsaufgabe auswirke. Bei der Frage nach

dem Einfluss der Vorgesetzten auf die Kultur wurde – je nachdem, wie groß die Beteiligung der Vorgesetzten an Unternehmensentscheidungen war – der Einfluss vor Ort als mehr oder weniger groß eingestuft. Sie schätzen aber ihren Einfluss auf die Kultur, die von der Konzernleitung vermittelt bzw. vorgegeben wurde, durchgängig als sehr gering ein. Betrieb B-F3 0 (81) *Also für den Standort XY (hier vor Ort, d. Verf.) würde ich sagen einen großen Einfluss, für den Standort X (Mutterhaus des Konzerns, d. Verf.) ... da sehe ich meinen Einfluss eher als klein an, ... Hier am Standort würde ich sagen groß /ehm/ hier im Werk würde ich sogar sagen sehr groß.*

### **7.14 Welche Rolle schreiben die Führungskräfte den Beschäftigten für das Thema Gesundheit im Betrieb zu?**

Bei den Sichtweisen der Führungskräfte auf die Beschäftigten als wichtige „Faktoren“ und Verantwortliche für das Thema Gesundheit waren die Übereinstimmungen größer als bei den zuvor beschriebenen Ressourcenbestimmungen. **Dabei wurden die Führungskräfte nicht explizit danach gefragt, wie sie die Rolle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für ihre eigene Aufgabenwahrnehmung einschätzen.** Bei drei Führungskräften gab es deshalb auch keine direkten Aussagen dazu. Alle anderen beschrieben das Beschäftigtenverhalten bzw. die Beschäftigteneinstellung in ihren Bemühungen um Gesundheit und Unfallschutz sogar als „Begrenzung“. Betrieb C-F2s BGM (97) *Ich sag, das größte Problem ist eigentlich immer die die Gedankenlosigkeit der Mitarbeiter, das ist eigentlich das größte Problem bei der ganzen Sache. Dass die sich da letztendlich manchmal gar keine Gedanken darüber machen und ich sag mal böse gesagt: dann hirnlos drauf los arbeiten, anstatt erst mal darüber nachdenken, was sie da eigentlich tun. (98) Es ist manchmal ... so, dass die Leute gar nicht verstehen, was man bezwecken möchte. Oder das nicht verstehen wollen. Es also es gibt da sehr, sehr kontroverse Denksätze.*

Ein weiterer Aspekt, der sehr häufig benannt wurde, war, dass es einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gebe, die sich nicht gesundheitsgerecht verhalten und sogar Unfallgefahren eingehen würden. Betrieb D-F3 BGF (136) *Warum oft genug sind die Mitarbeiter inkonsequent und ... überbrücken ... die Vorrichtung oder ehm ... Einrichtung, die sie nicht überbrücken dürfen ... Man erklärt und macht und tut und man muss ... auch dazu sagen oft genug dann mache ich die Augen zu, aber das ist falsch.*

Betrieb B-F1 0 (51) *Sicherlich hat der Mitarbeiter, wenn ich das natürlich irgendwo sehe, wenn Mitarbeiter da stehen und rauchen, die haben natürlich auch großen Anteil dran.*

Ein wesentlicher Aspekt für die Führungskräfte war es, dass sie die Beschäftigten als in letzter Konsequenz für sich selbst verantwortlich wahrnahmen – zumindest dann, wenn sie nicht massiv gegen die Unfallschutzmaßnahmen verstoßen würden. Betrieb A F3 BGM (42) *Nein, er ist ja für seine Gesundheit selber verantwortlich und wenn er sich falsch verhält und dadurch ... ausfällt, muss man halt weiter sehn.*

## 7.15 Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Bei der Betrachtung der Führungskräfte-sichtweisen bezogen auf die eigene Gesundheit wurde deutlich, dass die befragten Führungskräfte den sozialen Aspekten – familiäre Bindungen und Betriebsklima – eine große Bedeutung zuschreiben. Sie sahen die familiären Bindungen als Ausgleich zur Arbeit, und ein gutes Betriebsklima beschrieben sie als wichtig für die Gesundheit und den Erfolg des Unternehmens. Dabei gibt es hier eine große Übereinstimmung in der Wahrnehmung der Befragten. Im Hinblick auf die Definition von Gesundheit sind die Sichtweisen der befragten Führungskräfte relativ nah an dem Ansatz des „... körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ der WHO (1946). Die Differenzierung von körperlicher und geistiger Gesundheit bzw. körperlichem und geistigem Wohlbefinden ist in den Ausführungen aller hier Befragten erkennbar. Vereinzelt erwähnten die Führungskräfte auch den sozialen Aspekt des Wohlbefindens. Alle Führungskräfte hatten für sich selbst Verhaltens- und Vorgehensweisen entwickelt, die eigene Gesundheit zu schützen und zu erhalten. Der größte Anteil der Maßnahmen war jedoch verhaltenspräventiv anzusetzen und bezog sich häufig auf Bewegung und Abschalten von der Arbeit. Immerhin ein Viertel dieser Führungskräfte erklärte, dass bewusste Pausen und Entspannung als Ausgleich zur Arbeit sehr wichtig seien. Die meisten verlegten ihre Aktivitäten komplett in die Freizeit. Nur wenige machten überhaupt Angaben dazu, wie sie im Rahmen der beruflichen Tätigkeit im Sinne der eigenen Gesundheit handeln. Dabei nannten sie Erfahrungen und Einstellungen zu ihrer Aufgabe als Führungskraft, vor allem aber ein gutes Zeitmanagement als förderlich im Umgang mit den beruflichen Herausforderungen. Deutlich wird bei den Ergebnissen aber vor allem, dass die Führungskräfte die Verantwortung für Gesundheit individualisieren – sowohl bezogen auf ihr präventives Gesundheitsverhalten in der Freizeit als auch bezogen auf ihre persönlichen Strategien im betrieblichen Umfeld. In den Interviews gab es immer wieder Ausführungen, die deutlich werden ließen, dass die Führungskräfte zeitweise „an ihre gesundheitlichen Grenzen“ geraten. Nur vier Führungskräfte erklärten, dass sie sich den Herausforderungen ihrer Aufgabe in allen Situationen gewachsen fühlten. Als psychische Belastungen für sich selbst beschrieben die Führungskräfte Zeitdruck, Leistungsdruck, vielfältige und unvorhersehbare Herausforderungen, Anforderungen, die nicht erfüllbar seien, Fremdbestimmtheit,

Konflikte usw. Zu der beruflichen Beanspruchung kommt die geringe Freizeit, die auch von einigen beschrieben wurde. Insbesondere Führungskräfte der ersten und zweiten Hierarchieebenen machten Äußerungen, die darauf schließen lassen, dass es in diesen Ebenen keine ausgewogene Work-Life-Balance gibt. Die Ausgleichsaktivitäten, die die Führungskräfte für sich selbst beschrieben, sahen sie mehrheitlich als Kompensation ihrer psychischen Belastung. Die Wahrnehmung der eigenen Beanspruchung durch körperliche Belastungen, wie z.B. durch einseitige Bewegung, wurde – insbesondere bezogen auf Bürotätigkeiten – als sehr gering eingestuft.

2. Trotz des von den Führungskräften beschriebenen Einflusses psychischer Ursachen auf die physische Gesundheit wird hier von den meisten nur ein geringer Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Beschäftigtengesundheit hergestellt. Gleichzeitig wird aber ein großer und direkter Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Betriebsklima wahrgenommen. Für sich selbst stellten die Vorgesetzten einen großen Einfluss auf das Betriebsklima fest und beschrieben sehr detailliert, wie sie diesen Einfluss ausüben. Sie beschrieben es sogar als wichtige Führungsaufgabe, für ein gutes Betriebsklima zu sorgen. Als Mittel zur Umsetzung dieser Aufgabe zählten sie eine Reihe – eigentlich auch als gesundheitsförderlich einzustufende – Verhaltensweisen auf, z.B.: „Vorbild sein, Vernünftiger – sachlicher Umgang, Eingreifen bei Konflikten, Konflikten vorbeugen durch aufzeigen klarer Grenzen, Vertrauen schaffen, Kontakt halten – auch mal privat, ansprechbar sein, Anerkennung vermitteln – Lob, Zuhören, Einfühlungsvermögen, Veränderungen im Team beobachten“. In Anbetracht dieser Aufzählungen war es nicht zu erwarten, dass ein großer Teil dieser Vorgesetzten ablehnend und ausweichend reagierte, wenn die Verantwortung für und der Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit direkt abgefragt wurden. Sie erklärten einerseits, dass das Betriebsklima und die sozialen Bedingungen sehr wichtig für das Wohlfühlen und die Gesundheit am Arbeitsplatz sind. Andererseits reagierten sie ablehnend oder mit teilweise sehr indifferenten Beschreibungen, wenn es darum ging, ob und wie sie ihren Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit wahrnehmen. Der Rückschluss, dass sie durch den positiven Einfluss auf das Betriebsklima auch gesundheitsförderliche Ressourcen schaffen bzw. dass die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei einem schlechten

Betriebsklima leidet, wurde zwar von allen Führungskräften gezogen. Gleichzeitig wurde aber der eigene Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von immerhin über der Hälfte der Befragten als eher gering eingestuft.

3. Obwohl viele Führungskräfte für sich selbst nur einen geringen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten wahrnahmen, erklärten wiederum alle, dass die Unternehmenskultur Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter habe. Die Wahrnehmung der eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Unternehmenskultur war abhängig von der Hierarchieebene. Je höher eine Führungskraft angesiedelt war, desto mehr nahm sie sich selbst als verantwortlich für die Unternehmenskultur wahr. Sehr großen Einfluss beschrieben deshalb auch die Geschäftsführer und Betriebsleiter, die hier befragt wurden. Sie sahen sich selbst als prägend für die Unternehmenskultur an. Als wesentliche Determinante für den Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Beschäftigtengesundheit beschrieben die meisten Führungskräfte die Zufriedenheit der Beschäftigten. Das bestätigt auch die zuvor dargestellte Sichtweise, dass sie Wohlbefinden als eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit sehen. Die Wahrnehmung dieser hohen Selbstwirksamkeit, insbesondere der Führungskräfte der höher angesiedelten Hierarchieebenen auf die Unternehmenskultur, widerspricht ebenfalls der Wahrnehmung des eher als gering eingeschätzten Einflusses dieser Führungskräfte auf die Gesundheit der Beschäftigten. Sie machten hier nicht den Rückschluss, dass es gerade ihr eigener Einfluss eben auf diese Unternehmenskultur ist, der sich bedeutsam auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt. Das ist ein eklatanter Widerspruch in der Wahrnehmung der Bedeutung der Führungskräfte für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese widersprüchlichen Aussagen waren sogar in dem Betrieb (Betrieb C) zu finden, in dem Gesundheitsförderung schon seit langem ein selbstverständliches Element der Unternehmenskultur war. Trotz besseren Wissens und in einzelnen Unternehmen sogar auch Handelns nahmen viele der hier befragten Führungskräfte ihren Einfluss nur in geringem Umfang wahr, obwohl alle Hinweise, die diesen Führungskräften vorlagen –und die sie auch selbst ansprachen – dafür sprechen würden, dass der Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit durch die Prägung der Unternehmenskultur, durch den

Einfluss auf das Betriebsklima, die Gestaltung der Arbeitsplätze, die Vermeidung von Unfällen usw. als groß einzustufen ist.

4. Wenn man die Führungskräfte, die sich selbst einen hohen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten zuordneten, mit denen vergleicht, die keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit beschrieben, wird deutlich, dass die Wahrnehmung eines hohen Einflusses auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchgängig verknüpft war mit der Wahrnehmung eines hohen Einflusses sowohl auf das Betriebsklima als auch auf die Unternehmenskultur. Diese Führungskräfte (die sich hier insgesamt – bei allen drei Einflussbereichen – einen hohen Einfluss zuordneten), gehörten mehrheitlich zur zweiten Führungsebene. Immerhin fünf (aus zwei Unternehmen) dieser sieben Führungskräfte hatten an einem Seminar zum Thema Führung und Gesundheit teilgenommen. Innerhalb dieser Seminare hatten sich die Befragten mit ihrem eigenen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten auseinandergesetzt. Zudem war es ein wichtiger Bestandteil dieser Seminare, zu reflektieren, wodurch Führungskräfte Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit nehmen und wie groß dieser Einfluss eingeschätzt werden kann. Auch wenn diese Aussagen keine statistische Relevanz haben, so ist dennoch die Schlussfolgerung zulässig, dass die relativ hohe Einschätzung des Einflusses auf die Beschäftigtengesundheit gerade dieser Vorgesetzten eine Folge der Seminare war. Diese Annahme wurde zudem dadurch bestätigt, dass die einzige Führungskraft eines dieser Unternehmen, die angab, hier einen recht niedrigen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit zu haben, nicht an dem Seminar teilgenommen hatte. Das Ergebnis weist darauf hin, dass es möglich ist, im Rahmen von Seminaren eine Sensibilisierung für das Thema zu erreichen.
5. In den Interviews wurden die Befragten gebeten, ihre Führungsrolle zu beschreiben. Die Aussagen der Führungskräfte wiesen bezogen auf die Wahrnehmung ihrer Führungsaufgabe bzw. -rolle etliche Bezüge zu dem Vier-Ebenen-Modell von Spieß und Stadler (2007) auf. Einige Führungskräfte gingen in ihrem Selbstverständnis sogar so weit, dass sie ihre Beschäftigten vor den betrieblichen Anforderungen – wie z.B. Leistungsverdichtung – zu schützen versuchen. Diese Angaben wurden immerhin von acht Führungskräften der zweiten

und dritten Führungsebenen gemacht. Dabei sahen sie sich als Puffer zwischen den Unternehmensanforderungen und den Mitarbeitern/innen. Bei diesen Führungskräften war auch festzustellen, dass diese Verantwortungsübernahme mit einem hohen Belastungsempfinden einherging. Beim Abgleich der Aussagen mit dem Modell von Spieß und Stadler (2007) wurde aber ebenso deutlich, dass es dort einige als gesundheitsförderlich einzustufende Handlungsansätze gibt, die von den Befragten ausgeblendet bzw. nicht wahrgenommen wurden. Es gab in den Interviews z.B. keine einzige Aussage zur Fehlerbehandlung bzw. einer Fehlerkultur. Dennoch wurde deutlich, dass die befragten Führungskräfte durchaus ein, zumindest bezogen auf bestimmte Handlungsfelder, gesundheitsförderliches Selbstverständnis besitzen. Geht man die vier Ebenen von Spieß und Stadler (2007) durch, so waren die häufigsten Nennungen zur Beschreibung der eigenen Rolle und Aufgaben: Zielvereinbarungen treffen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wertschätzen, Vorbild sein, die Zusammenarbeit gestalten und ein Vertrauensklima schaffen. Einige Führungskräfte zeigten auch ein mehr oder weniger ausgeprägtes Maß an Mitarbeiterorientierung im Sinne von Partizipation. Insgesamt konnte bezogen auf das zugrunde liegende Selbstverständnis bzw. Rollenverständnis als Führungskraft der hier Befragten kein systematischer Unterschied zwischen den Unternehmen festgestellt werden, in denen Betriebliche Gesundheitsförderung schon seit längerer Zeit implementiert war und Unternehmen, die sich bisher nicht mit dieser Thematik auseinandergesetzt hatten. Die grundsätzliche Ausrichtung bezogen auf die Aufgabe als Führungskraft war somit nicht verknüpft mit dem Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen.

6. Ähnlich wie bei den Aussagen der Führungskräfte auf die Frage nach dem Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten war auch das Antwortverhalten bezogen auf die Verantwortung für den Unfallschutz bei einigen sehr ambivalent und ausweichend. Obwohl dieses Thema in den Betrieben gesetzlich verankert ist, wird bei den Äußerungen deutlich, dass einige Führungskräfte auch hier die Verantwortung in letzter Konsequenz an die Beschäftigten oder an andere Instanzen und Personen abschieben. Das kam sogar in den Unternehmen vor, in denen diese Verantwortung explizit auf die befragten Führungskräfte delegiert war. Gerade dort, wo Unternehmen die Haftungsverantwortung auf die Führungskräfte übertragen hatten, sahen die Verantwortlichen die Aufgabe bei den Fachkräften,

wie z.B. Sicherheitsingenieur oder Sicherheitsfachkraft, angesiedelt. Das wurde auch von einer der befragten Fachkräfte für Arbeitssicherheit bestätigt. Er beschrieb, dass die Führungskräfte versuchen, die Verantwortung auf ihn abzuschieben, obwohl sie in diesem Unternehmen per Delegationsverfahren die Haftungsverantwortung schriftlich zugeordnet bekommen hatten. Auf die Frage, was die Führungskräfte bei Fehlverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tun würden, erklärten Vorgesetzte gewerblicher Unternehmen, dass sie ein Fehlverhalten ansprechen würden. Sobald keine kurzfristigen Folgen (wie z.B. bei einem Unfall) zu erwarten waren, überließen sie es aber den Beschäftigten selbst, wie sie sich verhalten. Ob sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch eher langfristig wirksames falsches Verhalten – z.B. falsches Heben und Tragen – dauerhaft schädigen, wurde somit als deren persönliche Entscheidung betrachtet. Die Führungskräfte sahen ihre Aufgabe in Verbindung mit der Arbeitssicherheit stärker im Bereich des Unfallschutzes und weniger belastungsbezogen. In den kaufmännischen Bereichen wurde ein Fehlverhalten häufig erst gar nicht wahrgenommen. Auffällig – bezogen auf den Arbeitsschutz – ist zudem, dass für Bürobereiche verantwortliche Führungskräfte nicht durchgängig über die Regelungen des Arbeitsschutzes im eigenen Unternehmen informiert waren und diese Verantwortung auch nur bedingt wahrnahmen. Das wurde u.a. daran erkennbar, dass auch sie die Bedeutung des Arbeitsschutzes stark auf den Unfallschutz reduzierten und für ihre eigenen Bereiche keine großen Gefahrenpotentiale erkannten. Die Führungskräfte gewerblicher Bereiche waren sich – im Vergleich zu den Verantwortlichen für Bürobereiche – der Verantwortung bezogen auf den Unfallschutz bewusster und kannten sich mit den betrieblichen Regelungen gut bzw. besser aus. Jedoch gab es auch im Hinblick auf diese Fragestellung immer wieder Äußerungen, die deutlich machten, dass einige Führungskräfte versuchen, sich der Verantwortung für den Unfallschutz zu entziehen. Die Führungskräfte wurden bei dieser Thematik auch gefragt, welche Weiterbildungs- und Verbesserungswünsche sie bezogen auf den Arbeits- und Unfallschutz haben. Die Antworten auf diese Fragen bestätigten, dass die meisten Befragten sich dieses betriebliche Aufgabenfeld nicht selbst zuordneten. Ein Großteil der Führungskräfte sah keinen Bedarf, sich für dieses Thema weiterzubilden. Es wurde hier häufig auf die Fachabteilungen verwiesen, die man jederzeit einschalten könne. Konkrete Verbesserungsvorschläge zum Arbeitsschutz

wurden ebenfalls eher selten gemacht, auch nicht von den Führungskräften, die den Arbeitsschutz des eigenen Unternehmens zuvor kritisiert hatten.

7. Bezogen auf die unterschiedlichen Entwicklungsgrade der Gesundheitsförderung im Betrieb bleibt hier festzuhalten, dass einzelne Führungskräfte, auch aus den Unternehmen, in denen Betriebliche Gesundheitsförderung schon länger ein Thema war und in denen es auch weiter aktiv bearbeitet wurde, nach wie vor Krankheit und ihre Vermeidung als wichtigsten Anlass für die Einführung und Umsetzung von Gesundheitsförderung beschrieben. Bezogen auf die Handlungs- und Vorgehensweisen hatten sie jedoch ein anderes, umfassenderes Verständnis von Betrieblicher Gesundheitsförderung entwickelt als Führungskräfte aus Unternehmen, die sich bisher noch nicht mit dem Thema beschäftigt hatten. Beispielsweise sahen sie Verhaltens- **und** Verhältnisprävention als wichtige und gleichwertige Maßnahmen bei der Durchführung Betrieblicher Gesundheitsförderung an. Im Gegensatz dazu setzten Führungskräfte aus Unternehmen, die mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung noch nicht vertraut waren, Betriebliche Gesundheitsförderung mit Verhaltensprävention gleich. In den Unternehmen, in denen Betriebliche Gesundheitsförderung schon länger ein Thema war, zeigte sich, dass mit der Arbeitsplatzgestaltung aktiver umgegangen wurde (z.B. durch regelmäßige Betriebsanalysen) als in den „Nicht-BGF-Unternehmen“.
8. Die von den Führungskräften auf die Gesundheit der Beschäftigten wahrgenommenen betrieblichen Einflüsse unterschieden sich in Abhängigkeit davon, ob es sich um Verantwortliche für gewerbliche Bereiche oder Verantwortliche in Bürobereichen und Dienstleistungsunternehmen handelte. In den gewerblichen Bereichen wurde häufig erklärt, dass vor allem Unfälle und die hohe körperliche Beanspruchung Ursache für Erkrankungen seien. Letzteres (die körperliche Beanspruchung) stellte in den Augen der meisten Führungskräfte aber kein eigenes Handlungsfeld dar. Es wurde den Sicherheitsfachkräften, den Beschäftigten selbst oder sogar anderen Führungskräften zugeordnet. In den kaufmännischen Bereichen wurden Einflüsse wie Arbeitsverdichtung, Stress, Betriebsklima und Arbeitsorganisation als belastende Betriebsbedingungen benannt. Die Führungskräfte (auch aus den gewerblichen Bereichen) benannten

als psychische Einflussfaktoren auf die Beschäftigtengesundheit Betriebsklima und Zeit- oder Leistungsdruck. Ein spezifischer Aspekt der psychischen Belastung, der hier benannt wurde, war die Angst vor Arbeitsplatzverlust. In dieser Untersuchung wurde nicht explizit nach diesem Thema gefragt, und es gab auch nur ein Unternehmen, in dem im Zeitraum der Befragung solche Ängste (hier wurde ein großer Bereich outgesourct) objektiv begründet waren. Dennoch benannten immerhin sieben Führungskräfte bei der Frage nach den betrieblichen Einflüssen auf die Beschäftigtengesundheit, dass Angst vor Arbeitsplatzverlust eine Belastung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darstellt bzw. dass Arbeitsplatzsicherheit eine wichtige Bedingung für die Beschäftigtengesundheit sei. Dabei waren es immerhin drei Führungskräfte des Unternehmens, in dem gerade eine Abteilung outgesourct wurde, die sich zu diesem Thema äußerten. Alle anderen Führungskräfte, die dieses Thema ansprachen, verteilten sich auf die restlichen Unternehmen. Ein ebenfalls der psychischen Belastung zuzuordnendes Problem stellte in den Dienstleistungsunternehmen der in den letzten Jahren erhöhte Leistungsdruck dar. Als Ursache wurde dort der Wandel beschrieben, der durch externe Unternehmensberatungen eingeleitet wurde. Bei der Frage nach dem Einfluss von Betriebserfolg auf die Gesundheit der Beschäftigten gaben bis auf zwei Führungskräfte alle an, dass der Betriebserfolg eines Unternehmens einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter habe. Das wurde u.a. mit der Arbeitsplatzsicherheit begründet, die bei Betriebserfolg eher gegeben ist als unter Bedingungen, in denen das Unternehmen um seine Existenz kämpfen muss. Zudem sah man in einer positiven Betriebssituation die Basis für ein „sich wohlfühlen“ im Unternehmen und ein gutes Betriebsklima. Obwohl die meisten Führungskräfte für sich selbst nur eine geringe körperliche Belastung durch ihre Tätigkeit beschrieben, gingen alle für gewerbliche Bereiche zuständigen Vorgesetzten davon aus, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr großen körperlichen Belastungen ausgesetzt sind. Bezogen auf die Frage nach ihren Aktivitäten zur Gestaltung der Arbeitsplätze gab es aber nur wenige Führungskräfte, die sich engagiert um diese Themen kümmerten bzw. die Maßnahmen ergriffen oder selbst umsetzten, um solche Beanspruchungen zu reduzieren. Diese eher reaktive Haltung der Führungskräfte der gewerblichen Unternehmen steht im Widerspruch zu den Aussagen, dass sie für sich selbst Einfluss auf die Schnittstelle Mensch/Maschine wahrnehmen. In den

kaufmännischen Bereichen kümmerten sich die befragten Führungskräfte ebenfalls kaum um die Gestaltung der Arbeitsplätze. Äußerungen der hier befragten Führungskräfte machten deutlich, dass sich einige Vorgesetzte eher mit der Thematik Betriebsklima und psychische Belastungen der Beschäftigten auseinandersetzten und ihren Einfluss dort wahrnahmen, als dass sie sich um die ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze kümmerten.

9. Die Führungskräfte wurden gefragt, welche Unterstützung sie benötigen, um den Anforderungen im Umgang mit Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung im Unternehmen gerecht zu werden. Auch hier unterschieden sich die Antworten der Führungskräfte in Abhängigkeit vom Stand der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen. Insgesamt waren die Antworten sehr heterogen und beschrieben in der Regel das, was die Führungskräfte als Mangel in ihrem Betrieb wahrnehmen. Reduzierung der Arbeitsdichte, Verbesserung der technischen Ausstattung, eine verbesserte arbeitssicherheitstechnische Ausstattung an den Maschinen, bessere Arbeitsstühle, eine verbesserte Klimaanlage, Einrichtung einer Kantine usw. waren Wünsche der Führungskräfte. Diese Antworten machen deutlich, dass man insgesamt ein defizitorientiertes Verständnis dafür hat, was mit den Aufgaben im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung verbunden ist. Deutlich wurde auch, dass Gesundheitsförderung dann ein Thema wird, wenn es darum geht, Mängel zu beheben. Eine Ressourcenorientierung ist kaum vorzufinden. Es wird benannt, was täglich auffällt und möglicherweise schon seit längerer Zeit sogar die Arbeitsabläufe stört, wie z.B. die schlechte technische Ausstattung, die nicht nur zu Belastungen der Beschäftigten führe, sondern – je nach Umständen – auch die Produktivität störe. In dem Betrieb, in dem die Gesundheitsförderung schon seit Jahren fest implementiert war, wurden von zwei Führungskräften keine Wünsche geäußert, da man mit dem aktuellen Stand des betrieblichen Gesundheitsmanagements sehr zufrieden war und anfallende Bedarfe sofort abgeklärt würden. Ein ähnliches Resultat ergaben die Antworten auf die Frage nach der Bedeutung der betrieblichen Ressourcen für die Gesundheit der Beschäftigten. Zunächst wurde deutlich, dass von den Befragten nur acht Führungskräfte eine Vorstellung davon hatten, was für sie betriebliche Ressourcen sind. Alle anderen reagierten auf die Frage zunächst mit Unverständnis. Deshalb wurden die Führungskräfte durch die Interviewerin dazu hingeleitet die betrieblichen Ressourcen zunächst zu definieren.

Dabei ergab sich ein sehr heterogenes Bild darüber, was als Ressource wahrgenommen wird. „Ein gutes Betriebsklima, die technische Ausstattung, materielle Ressourcen, die Beschäftigten selbst, aber auch ein Mangel an Ressourcen“ usw. waren Antworten der Führungskräfte.

10. Es gab zwei Betriebe, in denen ein festes Budget für den Bereich des Arbeitsschutzes eingerichtet war. Die Interviewergebnisse gaben hier keinen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen einem gut funktionierenden Gesundheitssystem im Betrieb und einem festen Budget. Gerade in dem Betrieb, in dem schon sehr lange und erfolgreich ein Betriebliches Gesundheitsmanagement implementiert war und in dem der Geschäftsführer die Verantwortung für den Arbeitsschutz persönlich übernahm, hatte man kein gesondertes Budget eingerichtet.
  
11. Die Führungskräfte wurden im Rahmen der Interviews danach gefragt, welche Erfahrungen sie mit Gesundheitsförderung im Betrieb haben. Die Wahrnehmung über die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im Betrieb war davon abhängig, ob man externe Berater hinzugezogen hatte. Dort, wo es u.a. durch externe Berater gelungen war, ein betriebliches Gesundheitsmanagement in den Unternehmen zu implementieren, gaben fast alle Führungskräfte an, dass sie umfangreiche und positive Erfahrungen mit der Thematik gemacht hatten. In den Unternehmen, in denen bisher keine externen Berater aktiv waren, gab es auch keine eigenständigen Versuche, Gesundheitsförderung einzuführen, und die Befragten gaben an, „nur wenig oder gar keine Erfahrung“ mit Gesundheitsförderung zu haben – obwohl man auch dort, zumindest auf den Unfallschutz bezogen, mit der Thematik umgeht und somit zumindest in Ansätzen Gesundheitsförderung stattfindet.

## 8 Diskussion

### 8.1 Methodendiskussion

Bevor die Ergebnisse u.a. bezogen auf die Bedeutung für die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Betrieb analysiert und diskutiert werden können, ist es notwendig, noch einen kurzen Exkurs über die Qualität der Daten vorzuschalten.

Das Antwortverhalten der Führungskräfte konnte insbesondere durch die Frage nach der gesundheitlichen Situation als ehrlich eingestuft werden. Die Führungskräfte gaben sehr umfassende Einblicke in ihre gesundheitliche Situation. Auch bezogen auf betriebliche und sogar persönliche Probleme waren ihre Darstellungen sehr offen.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass es durch die Auswahl der Führungskräfte zu Stichprobeneffekten kam. Die hier befragten Führungskräfte waren sehr wortgewandt und zeigten bezogen auf die Thematik Gesundheitsförderung insgesamt eine sehr positive Haltung. Wie in Kapitel (6.2, S. 82) dargestellt, erfolgte die Auswahl der Führungskräfte auf den Ebenen, in denen es mehrere Vorgesetzte gab, durch den jeweiligen betrieblichen Ansprechpartner. Die Interviewerin konnte nur eine Führungskraft der dritten Führungsebene selbst auswählen. Die befragten Geschäftsführer und Betriebsleiter waren gesetzt, weil in jedem Unternehmen, in dem hier interviewt wurde, diese Funktion jeweils nur einmal besetzt war. Die Ansprechpartner in den Unternehmen, die die Führungskräfte benannt hatten, gehörten zwar sehr unterschiedlichen Funktionen (Sicherheitsfachkraft, Betriebsratsvorsitzender, Personalleiter, Geschäftsführer, Abteilungsleiter, Controller) an, dennoch ist davon auszugehen, dass sie die Führungskräfte ansprachen, die ihrer Meinung nach einen positiven Eindruck vom Unternehmen vermitteln würden. Es wurden also überwiegend Führungskräfte befragt, die sowohl bezogen auf die Wahrnehmung ihrer Aufgabe als auch auf das Thema Gesundheit von den Ansprechpartnern sehr positiv eingeschätzt wurden. Dadurch kommt es hier zu entsprechenden Stichprobeneffekten, und die Ergebnisse sind wahrscheinlich positiver ausgefallen, als wenn man nach dem Zufallsprinzip hätte auswählen können.

Die Fragen des Interviewleitfadens basierten auf verschiedenen Frageblöcken, in denen z.T. ähnliche oder gleiche Sachverhalte mit verschiedenen Begriffen abgefragt wurden.

In zwei Frageblöcken wurde dabei mit folgenden Synonymen agiert: Das Thema „Betriebsklima“ in einem Block wurde mit einer Frage nach der „Schnittstelle Mensch/Mensch“ in einem anderen Block noch einmal abgefragt, das Thema Unternehmenskultur mit der Frage nach der Schnittstelle Mensch/Organisation gleichgesetzt und die Fragen zur Arbeitsplatzgestaltung wurden mit der Frage nach der Schnittstelle Mensch/Maschine<sup>10</sup> wiederholt. Dadurch konnten die Aussagen zu diesen Themenkreisen abgesichert werden. Die Aussagen der Führungskräfte waren durchgängig kongruent und zeigten keine Diskrepanzen.

Es wurde bei der Frage nach den Schnittstellen deutlich, dass die meisten Führungskräfte der Schnittstelle Mensch/Mensch und damit dem Betriebsklima die größte Bedeutung für die Beschäftigtengesundheit einräumen. Das entspricht auch dem aktuellen Wissensstand bezüglich des Einflusses der psychosozialen Bedingungen auf die Mitarbeitergesundheit (Seibel und Lühring, 1984; Schmidt, 1996; Stadler u.a., 2000; Stadler u.a., 2002; Münch u.a., 2004; Spieß und Stadler, 2007). Aber es gab auch Führungskräfte, die der Schnittstelle Mensch/Maschine einen größeren Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit zuordneten, als der Schnittstelle Mensch/Mensch. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse aber, dass die meisten Führungskräfte die Bedeutung der psychosozialen Bedingungen im Betrieb erkennen. Die Befragten kümmerten sich durchgängig um die Pflege des Betriebsklimas und zählten eine Reihe von Aktivitäten wie z.B. *„Vorbild sein, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Wertschätzung entgegenbringen, offenes Ohr für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben, positive Kommunikation, Information, Transparenz und Ehrlichkeit“* auf, mit der Sie ihren Einfluss auf das Betriebsklima ausüben.

Diese positive Ausrichtung kann auch dadurch begründet sein, dass hier zum einen Führungskräfte aus Unternehmen befragt wurden, in denen schon seit langem Gesundheitsförderung ein Thema ist. Zum anderen handelte es sich um Dienstleistungsunternehmen, in denen durch die zugrunde liegende Bedeutung der

---

<sup>10</sup> In den Dienstleistungsunternehmen wurde die Frage nach der Schnittstelle Mensch/Maschine mit der Schnittstelle Mensch/Computerarbeitsplatz gleichgesetzt.

Kommunikation diese Thematik einen wichtigeren Stellenwert hat<sup>11</sup> als in rein gewerblichen Betrieben, in denen die Kommunikation zumindest unter der tayloristisch geprägten Sichtweise keine so große Bedeutung einnimmt. Unterstützt wird diese These durch das Antwortverhalten der Vorgesetzten des gewerblichen Unternehmens, das bisher noch keine Betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt hatte. Hier wurde zweimal die Bedeutung der Schnittstelle Mensch/Maschine auf den ersten Platz in der Bedeutsamkeit für die Beschäftigtengesundheit eingestuft. Nur eine Führungskraft dieses Unternehmens gab der Schnittstelle Mensch/Mensch den ersten Rang.

Ebenfalls auffällig waren aber auch die Antworten der Führungskräfte des Betriebes, in dem ein Betriebliches Gesundheitsmanagement schon lange implementiert war. Dort gab man allen Schnittstellen die gleiche Bedeutung. Bemerkenswert waren auch die Aussagen der Führungskräfte in den Dienstleistungsunternehmen (E und F). Dort sahen die meisten Befragten keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die Schnittstelle Mensch/Maschine, wohingegen fast alle Vorgesetzten der gewerblichen Betriebe einen Einfluss auf diese Schnittstelle wahrnahmen. Auch die später beschriebene Selbstwirksamkeit der Führungskräfte der ersten Führungsebene wird hier durch deren Wahrnehmung eines großen Einflusses auf alle Schnittstellen bestätigt.

Genauso wichtig für die Beurteilung der Daten, aber vor allem für die Möglichkeiten der Interpretation, ist die Tatsache, dass die Interviewerin und Autorin dieser Dissertation die Unternehmen sehr gut kannte. Die Unternehmen, in denen Betriebliche Gesundheitsförderung implementiert war, waren ihr dadurch bekannt, dass sie diese als Beraterin im Rahmen von Projekten eingeführt hatte. Bei zwei der Unternehmen, die sich bis zum Zeitpunkt der Interviews noch nicht mit Betrieblicher Gesundheitsförderung auseinandergesetzt hatten, wurden von ihr im Anschluss an die Interviews Maßnahmen zur Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung durchgeführt. In Betrieb (B) wurden bewegungsergonomische Erhebungen und Beschäftigtenbefragungen und in Unternehmen (E) Führungskräftebildungen zum Thema „Führung und Gesundheit“ und Maßnahmen im Rahmen der Primärprävention durchgeführt. Dadurch verfügte sie – zum Teil im Nachgang zu den Interviews – über

---

<sup>11</sup> Dass das Thema Kommunikation in den hier beteiligten Dienstleistungsunternehmen einen hohen Stellenwert hat, kann zumindest dadurch belegt werden, dass fast alle Beschäftigten dieser Institutionen durchgängig Kommunikationsschulungen durchlaufen.

Einblicke in die Unternehmensstrukturen und Hintergründe, die in die Dissertation mit einfließen konnten.

## **8.2 Die Sichtweisen der Führungskräfte und die Bedeutung der Ergebnisse für den Umgang mit der Thematik Gesundheit im Betrieb.**

### **8.2.1 Die individuelle Sicht der Führungskräfte auf ihre eigene Gesundheit und die möglichen Auswirkungen auf das Führungsverhalten bezogen auf die Gesundheit der Beschäftigten**

Ausgehend von der Annahme, dass die Einstellung der Führungskräfte gegenüber ihrer eigenen Gesundheit auch eine große Relevanz für ihr Verhalten gegenüber den Beschäftigten und deren Gesundheit hat, sollte hier zunächst das persönliche Gesundheitsverhalten und die Einstellung der Befragten gegenüber ihrer eigenen Gesundheit näher beleuchtet werden.

Die Aussagen der Führungskräfte zu ihrem individuellen Gesundheitsverhalten machten deutlich, dass sie durchgängig Verhaltensprävention betreiben. Alle befragten Vorgesetzten übernahmen die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und hatten – wie zuvor beschrieben – individuelle Aktivitäten und Strategien entwickelt, um ihre Gesundheit zu schützen. Alle sorgten in irgendeiner Form für Ausgleich zur Arbeit und wurden vor allem sportlich aktiv. Dabei verlegen sie das gesundheitsförderliche Verhalten aber hauptsächlich in die Freizeit.

Das Bedürfnis nach Ausgleich zur beruflichen Tätigkeit und die regelmäßige körperliche Bewegung, die alle Befragten aufsuchten, spricht dafür, dass bei diesen Führungskräften ein verstärktes Bewusstsein für ihre Gesundheit vorhanden ist. Sehr wahrscheinlich hätte die Befragung ein anderes Ergebnis gehabt, wäre sie vor zwanzig oder dreißig Jahren durchgeführt worden. Die Leitbilder in der Gesellschaft haben sich in den letzten Jahrzehnten – u.a. bezogen auf die Gesundheit von Führungskräften – sehr verändert. Früher war es der "Zigarre rauchende Managertyp", heute ist es der fitte, aktive und sportliche Erfolgsmensch, der in den Medien dargestellt wird. Die individuelle Verantwortung für Gesundheit hat – so wie es hier aussieht – viel mit dem aktuellen Leitbild für Erfolg und Gesundheit zu tun. Wer in unserer Gesellschaft Erfolg haben möchte, ist sportlich und schlank. Wohlfühlen und Fitness – erlangt durch

gesunde Ernährung, Bewegung und Entspannung – hängen direkt zusammen (Schnabel 1993).

Inwiefern diese Stereotypen und Leitbilder das Gesundheitsverhalten in der Gesellschaft bestimmen, sollte im Rahmen weitergehender Untersuchungen geklärt werden. Würde sich dort bestätigen, dass diese Leitbilder wirken, wäre das ein wichtiger Ansatz, der sich auch zur Förderung der Prävention nutzen ließe.

Betrachtet man dieses Ergebnis aus dem Blickwinkel der Selbstwirksamkeitstheorie, so haben die hier befragten Führungskräfte eine hohe Wirksamkeitserwartung in Bezug auf die Verhaltensprävention. Das bedeutet auch, dass die Bemühungen verschiedener Akteure des Gesundheitswesens und der Politik, aber auch die persönlichen direkten und indirekten Erfahrungen, zu der Überzeugung einer hohen Selbstwirksamkeit im Hinblick auf diese präventiven Vorgehensweisen und Maßnahmen – zumindest bei den hier befragten Führungskräften – geführt haben.

Häufig ist es jedoch der eigene Leidensdruck, der bei diesen Führungskräften zu dem von ihnen praktizierten präventiven Gesundheitsverhalten geführt hat. In diesen Interviews wird bestätigt, dass Führungskräfte eine hoch belastete Personengruppe sind, die unter Zeit- und/oder Leistungsdruck arbeiten und in ihrer Verantwortung sehr vielfältigen und manchmal unvorhergesehenen Herausforderungen gerecht werden müssen. Dabei sah sich ein großer Teil der Führungskräfte vor allem psychischen Belastungen ausgesetzt. Insbesondere in den Dienstleistungsunternehmen, aber auch in den gewerblichen Betrieben, gab es Aussagen darüber, dass „immer wieder neue Herausforderungen und unvorhergesehene Aufgaben“ (S. 145 Betrieb D-Fs BGF) zu Stressbelastungen führen. Daher suchten viele dieser Führungskräfte auch tendenziell stärker den Ausgleich zur psychischen als zur physischen Beanspruchung.

Bürobereiche gelten bei den Befragten als leichte Arbeit – gewissermaßen als Schonarbeitsplätze – sogar bei denjenigen, die selbst bezogen auf ihre Tätigkeit im Büro massive gesundheitliche Probleme beschrieben, z.B. Rückenschmerzen und Bandscheibenprobleme. Diese Folgen wurden von ihnen aber häufiger den psychischen Beanspruchungen zugeschrieben und weniger oder nur teilweise der einseitigen körperlichen Belastung. Das bedeutet auch, dass sie die psychische Komponente der körperlich ausgeprägten Erkrankungen wie z.B. bei den

Skeletterkrankungen, nicht nur berücksichtigen, sondern sie sogar in den Vordergrund stellen. Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass sich Vorgesetzte der psychosomatischen Bedeutung von Stressbelastungen bewusst sind, gleichzeitig aber die körperliche Belastungssituation bei Bürotätigkeiten als gering einstufen. Schwere Arbeit wird gleichgesetzt mit schwerem Heben und Tragen, aber nicht mit minimalen und einseitigen Bewegungsabläufen. Diese Sichtweise ist in gewerblichen Bereichen sehr häufig anzutreffen. Beispielsweise wird die Belastungssituation dann als hoch eingestuft, wenn schwere Gewichte manuell bewegt werden müssen. Beim Handling leichter Gewichte wird die Belastung aber häufig unterschätzt – selbst dann, wenn in einer Schicht auf diese Weise Tonnen bewegt werden müssen. Nur eine Objektivierung – z.B. mit Hilfe der von Windberg (1998) entwickelten Leitmerkmalmethode zur Beurteilung von Lastenhandhabungen (Steinberg u. Windberg, 2011) – führt hier zu einer adäquaten und belastungsgerechten Einordnung der Arbeitssituation.

Dass hier insgesamt eine so starke Zuwendung zu den psychischen Bedingungen von Krankheit erfolgt, ist insofern ungewöhnlich, als man häufiger davon ausgeht, dass die psychische Belastung von Führungskräften, aber wahrscheinlich auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, tabuisiert und somit als weniger bedeutsam wahrgenommen bzw. beschrieben wird (Ruppert und Gerstberger, 1998, Strobel und Wittmann, 1996). Es gilt jedoch als erwiesen (vgl. Blair, 2000), dass gerade einseitige Tätigkeiten gepaart mit psychischer Belastung als Ursachen z.B. für Skeletterkrankungen anzusehen sind. Insbesondere der Mangel an Bewegung vor allem durch einseitige Tätigkeiten, die auch im Büroalltag bei reinen Schreibtischtätigkeiten auftreten, wird für die Krankheitsgruppe Skeletterkrankungen als ursächlich eingestuft. Entscheidend für die Ausprägung einer Erkrankung ist vielfach die Kombination von psychischen und physischen Beanspruchungen. Statistisch ist es belegt, dass Skeletterkrankungen auch bei Bürotätigkeiten zur zweithäufigsten Diagnose gehören (vgl. Badura u.a., 2010). Die häufigste Unterdiagnose ist in beiden Bereichen (gewerblich und kaufmännisch) die ICD 10 M54<sup>12</sup> (Rückenschmerzen). Der Unterschied liegt jedoch darin, dass eine derartige Einschränkung bei körperlich tätigen Arbeitnehmern meistens zu einer Arbeitsunfähigkeit führt – im Bürobereich ist es jedoch wesentlich eher möglich, dass

---

<sup>12</sup> ICD 10 (International Code of Diseases 10 - seit 2000 gebräuchliche Version der internationalen Klassifikation der Krankheiten - M54 = Rückenschmerzen

der Betroffene trotz einer entsprechenden Diagnose, wie z.B. Rückenschmerzen, zur Arbeit kommen kann.

Von den befragten Führungskräften wurde auch wahrgenommen, dass Arbeitsverdichtung und andere negative Entwicklungen – wie Druck durch die Sorge um einen möglichen Arbeitsplatzverlust – die zu einer Erhöhung der Stressbelastung führen, weiter zunehmen. Alle befragten Führungskräfte beschrieben diese Entwicklungen, aber kaum jemand sah die Möglichkeit, gesamtbetrieblich aktiv gegenzusteuern. Sie wichen auf persönliche Strategien aus, wie z.B. Entspannung oder Einbau von Rückzug oder Pausen. Als eine solche eher individuelle Strategie kann dabei auch das Handeln einiger Führungskräfte bezogen auf die Belastung der Beschäftigten gewertet werden. Führungskräfte der zweiten und dritten Führungsebene beschrieben, dass sie versuchen, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schützen (siehe auch Kapitel 9.4, S. 178), indem sie Anforderungen abpuffern und nicht alle Vorgaben durchsetzen. Aber auch hier sind sie persönlich bzw. individuell tätig und greifen nicht auf gesamtbetriebliche Strategien zurück. Die Ergebnisse lassen sogar darauf schließen, dass dieses Handeln den Erwartungen, die an diese Führungskräfte gestellt werden, widerspricht und sie somit auch ein persönliches Risiko eingehen, das möglicherweise mit entsprechenden gesundheitlichen Folgen für sie selbst verbunden ist.

Bis auf vier Führungskräfte fühlten sich die Befragten durch ihre Arbeit in irgendeiner Form belastet und hatten z.T. schon erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen. Diese gesundheitlich belasteten Führungskräfte unterschieden sich in ihren Äußerungen zu den weiteren Fragen der Interviews nicht von den wenigen Führungskräften, die bisher keine negativen gesundheitlichen Auswirkungen durch ihre Arbeit hatten bzw. wahrnahmen. Es gibt somit keinen Hinweis darauf, dass eigene Betroffenheit die Sensibilität für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöht.

Im Gegenteil: Die Aussagen in den Interviews geben mehr Hinweise darauf, dass diese Betroffenheit – und das sich daraus ergebende Engagement der Führungskräfte für ihre eigene Gesundheit – die Sichtweise verstärkt, dass jeder selbst für seine Gesundheit verantwortlich ist, im Sinne von „ich muss selbst etwas tun, um meine Gesundheit zu erhalten“. Das entspricht auch der Wahrnehmung, dass Gesundheit nach wie vor individualisiert wird und Gesundheitsförderung tendenziell eher dem eigenen Verhalten (Verhaltensprävention) als den äußeren Bedingungen

(Verhältnisprävention) zugeordnet wird. Die hier befragten Führungskräfte handeln bezogen auf diese Sichtweise sehr effektiv. Sie arbeiten in ihrer Freizeit an ihrer Gesundheit und nur in geringem Ausmaß innerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit. Das bedeutet, dass die Annahme, dass Führungskräfte, die sich aufgrund eigener Betroffenheit mit der Gesundheit auseinandersetzen, mehr Bewusstsein für die Belange und die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entwickeln, im Rahmen dieser Befragung nicht vorzufinden war. Die Ursachen für Gesundheit und Krankheit werden hier nach „außen“ verlegt – in die Freizeit und in das persönliche Verhalten der Beschäftigten. Gesundheitsförderung wird also auf präventive Maßnahmen zu den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Suchtverhalten reduziert.

Man kann davon ausgehen, dass die eigenen Möglichkeiten und Sichtweisen von diesen Führungskräften – bezogen auf Prävention – auf die Beschäftigten projiziert werden.

Dabei wurde von den Vorgesetzten nicht wahrgenommen, dass vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern diese Möglichkeiten fehlen bzw. dass sie es nicht schaffen, so ein Verhalten umzusetzen. Auch in wissenschaftlichen Untersuchungen wurde immer wieder festgestellt, dass gut ausgebildete und höheren Schichten zuzuordnende Personen in der Regel einen besseren Gesundheitszustand haben als weniger gut ausgebildete und benachteiligten Schichten zugehörige Menschen. Man geht davon aus, dass das u.a. daran liegt, dass dieser Personenkreis einen leichteren Zugriff auf das notwendige Gesundheitswissen hat und sich in der Folge gesundheitsförderlicher verhalten kann. Aber auch der bessere Zugang zu den Ressourcen des Gesundheitssystems wirkt sich bei dieser Personengruppe positiv aus (vgl. Richter und Hurrelmann, 2006).

Eine weitere Betrachtung, die diese Sichtweise der Führungskräfte noch unterstützt und es ihnen leicht macht, die Verantwortung für die Beschäftigtengesundheit abzuschieben bzw. die Möglichkeiten zur Einflussnahme, als gering einzustufen, ist, dass Gesundheit zu einem gewissen Anteil immer auch als zufällig wahrgenommen wird und dass Krankheiten als schicksalhaft empfunden werden. Auch wenn ein Mensch dauerhaft gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist, heißt das nicht, dass er deshalb krank wird. Der umgekehrte Fall, dass bei einem Menschen z.B. eine ernste

Erkrankung entsteht, obwohl dieser sich offensichtlich gesundheitsförderlich verhalten hatte, sind Wahrnehmungen, die dazu führen, dass der Einfluss auf die Gesundheit an sich als gering eingestuft wird. Wenn man das unter dem Aspekt der Selbstwirksamkeit betrachtet, so gibt es bezogen auf das Thema Krankheit und Gesundheit eine sehr ambivalente Selbstwirksamkeitserwartung. Im Hinblick auf die Verhaltensprävention sehen die hier befragten Führungskräfte eindeutig einen hohen Einfluss auf die eigene Gesundheit. Diese Sichtweise führt sehr wahrscheinlich zu der Schlussfolgerung, dass es die persönliche Aufgabe jedes einzelnen ist, sich gesundheitsförderlich zu verhalten.

Betrachtet man die Wahrnehmung des Einflusses der Führungskräfte auf die Gesundheit der Beschäftigten, hat ein großer Teil der Befragten nur eine sehr geringe Selbstwirksamkeitserwartung. Das hängt vermutlich damit zusammen, dass die meisten Vorgesetzten auch nur einen geringen Einfluss auf das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschrieben und deshalb sowohl bezogen auf das Beschäftigtenverhalten als auch auf den subjektiv wahrgenommenen Zufallseffekt von Krankheit keinen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten zu haben glauben.

## **8.2.2 Die Wahrnehmung der Belastungssituation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Führungskräfte**

### **8.2.2.1 Körperliche Belastungen**

Obwohl die meisten Führungskräfte für sich selbst nur eine geringe körperliche Belastung durch ihre Tätigkeit beschrieben, gingen alle für gewerbliche Bereiche zuständigen Führungskräfte davon aus, dass diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter großen bis sehr großen körperlichen Belastungen ausgesetzt sind. Sie gaben vor allem Unfallgefahren und die hohe körperliche Beanspruchung der Beschäftigten als Ursache für Erkrankungen an. Das entspricht den Untersuchungen von Merllié und Paoli (2002), die festgestellt haben, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach wie vor physikalischen Risikofaktoren ausgesetzt sind. Die Bereiche, in denen die Beschäftigten der Untersuchung von Merllié starken Beanspruchungen ausgesetzt waren, sind: Starker Lärm, Tragen schwerer Lasten und schmerzhafte Körperhaltungen (vgl. Merllié u.a., 2002) Diese belastenden Arbeitsbedingungen wurden von den hier befragten Vorgesetzten durchaus wahrgenommen.

Bezogen auf die Frage nach ihren Aktivitäten zur Gestaltung der Arbeitsplätze und damit auch Reduzierung der Belastungssituation gab es aber nur wenige Führungskräfte, die sich engagiert um diese Themen kümmerten bzw. die Maßnahmen ergriffen oder selbst umsetzten, um solche Beanspruchungen zu reduzieren. Warum sie diese Aufgabe den Sicherheitsfachkräften, den Beschäftigten selbst oder sogar anderen Führungskräften zugeordneten, lässt sich zum Teil aus den in den folgenden Kapiteln dargelegten Ausführungen ableiten. Insgesamt sollte hier aber weiter geforscht werden, da diese Haltung entscheidend dafür ist, wie betrieblicher Arbeitsschutz – aber auch die Betriebliche Gesundheitsförderung – erfolgreich im Unternehmen umgesetzt werden kann. Ein möglicher Umgang mit dieser Sichtweise wäre es, Wege zu finden, um bei den Führungskräften ein entsprechendes Verantwortungsgefühl zu entwickeln. Ein anderer Ansatz wäre es, je nach betrieblicher Struktur, die Verantwortung explizit auf einzelne Personen oder Abteilungen zu übertragen und damit die anderen Führungskräfte von dieser Aufgabe zu entbinden. Das müsste aber mit einer entsprechenden Machtausstattung dieser Verantwortlichen verbunden werden und nicht wie – in der aktuellen Praxis häufig üblich – nur mit einer Stabsfunktion, die z.B. die meisten Sicherheitsfachkräfte in der Regel zugeordnet bekommen haben.

### **8.2.2.2 Psychische Belastungen**

Führungskräfte aus allen Bereichen gaben an, dass die Beschäftigten z.T. großen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Besonders auffällig waren aber die Aussagen in den beiden Dienstleistungsunternehmen. Fast alle Führungskräfte benannten hier eine erhöhte Belastung durch Zeit- und Leistungsdruck. In diesen beiden Unternehmen hatte man Zielvereinbarungen als Instrument der Prozess- und Unternehmenssteuerung eingeführt. Die hier tätigen renommierten Unternehmensberatungen hatten in beiden Betrieben zentralisiert und Veränderungen der Arbeitsabläufe eingeführt.<sup>13</sup> In den Aussagen der Führungskräfte dieser beiden Unternehmen wird sehr deutlich, dass diese (durch Unternehmensberatungen eingeleiteten) Veränderungen und die konsequente Verfolgung des MbO-Ansatzes zu einer Erhöhung des Zeit- und Leistungsdrucks und damit auch zu einer erhöhten

---

<sup>13</sup> In wie weit auch solche Beratungsfirmen in den gewerblichen Betrieben tätig waren, ist nicht bekannt.

Belastung der Beschäftigten geführt hatten. Diese Entwicklung wurde in beiden Unternehmen sehr kritisch bewertet. Diese gesteuerte Arbeitsverdichtung unter Verfolgung dieses Ansatzes – die in vielen Unternehmen seit Jahren betrieben wird – ist sehr wahrscheinlich auch eine wesentliche Ursache für einen Zuwachs psychischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft (vgl. DAK Gesundheitsreport 2005). Es gibt Untersuchungen, die belegen, dass es kaum möglich ist, insbesondere bei komplexen, konzentrativen und repetitiven Tätigkeiten mehrere Stunden am Stück – ohne Pausen – durchzuarbeiten (Claus und Willamowski, 2002). Dadurch, dass die Taktung jetzt auch in den Dienstleistungsbereichen – bei denen man z.B. permanent mit menschlichen Schicksalen und Konflikten konfrontiert ist, so eng gestaltet wird, dass es kaum noch Zeit für andere ausgleichende Tätigkeiten (z.B. Smalltalk mit einem Kollegen) gibt, kommt es wahrscheinlich auf Dauer zu einer sehr belastenden Arbeitssituation. Schon aus gesellschaftlichem Interesse wäre es sehr wichtig, diese Hypothese zu überprüfen. Psychische Erkrankungen sind in der Regel langwierig und kostenintensiv. „Ein Zeitvergleich zeigt, dass die Kosten durch psychische Erkrankungen von 2002 bis 2008 besonders stark gestiegen sind: Mit 5,3 Milliarden Euro war das Plus hier höher als bei allen anderen Krankheitsarten.“ (Statistisches Bundesamt, 2010). Im Vergleich dazu sind nur noch die Kosten für Demenzerkrankungen angestiegen.

### **8.2.3 Das Selbstverständnis als Führungskraft und die Bezüge zu gesundheitsförderlichem Führen**

Bei der Auswertung der Interviews wurde das von Spieß und Stadler entwickelte Vier-Ebenen-Modell (2007) mit dem Rollenverständnis der Führungskräfte abgeglichen. Nach aktuellem Stand der Wissenschaft (vgl. Spieß u. Stadler, 2007; Stadler u. Spieß, 2003) sind es vor allem die Mitarbeiter- und Teamorientierung von Führungskräften bzw. ein partizipativer Führungsstil, die sich gesundheitsförderlich auf die Beschäftigten auswirken.

Ein großer Teil der befragten Führungskräfte erklärte, ein teamorientiertes und partizipatives Rollenverständnis zu haben. Einige gingen sogar so weit, dass sie sich als Dienstleister für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wahrnehmen.

Neben dieser sehr positiven Ausrichtung wurde im Abgleich zu den von Stadler und Spieß (2007) identifizierten Ausrichtungen des gesundheitsförderlichen Führens des Vier-Ebenen-Modells aber auch deutlich, dass sich die befragten Führungskräfte für die Gestaltung der Arbeitsplätze bzw. der Arbeitsbedingungen nicht verantwortlich fühlen. Sie blenden diese Aufgabe im Zusammenhang mit ihrem Rollenverständnis völlig aus. Möglicherweise liegt das u.a. daran, dass es in größeren Unternehmen – wie sie hier beteiligt waren – einzelne Fachabteilungen gibt, die für die Anschaffung von Maschinen und die Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zuständig sind. Aber diese komplette Leugnung der Verantwortung entspricht nicht den Anforderungen der Unternehmen und hat für die Betriebliche Gesundheitsförderung eine tiefgreifende Bedeutung. Auch wenn die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen zunehmen, sind es nach wie vor Skelett- und Atemwegserkrankungen, die zu den häufigsten Arbeitsunfähigkeitsfällen führen (vgl. Badura u.a., 2010). Auch wenn sich die Belastungsbedingungen zu Ungunsten der psychischen Erkrankungen verschieben, sind es nach wie vor die physikalischen Bedingungen in den Unternehmen, die zu den häufigsten Beanspruchungsfolgen führen (vgl. Merllié & Paoli, 2002).

Die Erklärung, dass die Zuordnung der Arbeitsplatzgestaltung an andere betriebliche Instanzen ein Grund für diese Sichtweise ist, fand sich vor allem in den Aussagen der Führungskräfte aus den Dienstleistungsunternehmen wieder. Die Verantwortung für den Arbeitsschutz und die Arbeitsplatzgestaltung ordneten sie durchgängig anderen Personen und Fachbereichen zu. Sie beschrieben auch, dass sie kaum Einfluss auf die ergonomischen Bedingungen nehmen könnten und ihr Verständnis für den Arbeitsschutz war in ihren Beschreibungen stark auf den Unfallschutz reduziert. Das hatte dann auch zur Folge, dass sie kaum akute Gefahren erkennen konnten (die Wahrscheinlichkeit, am Schreibtisch zu verunglücken, ist weitaus geringer als an einer Stanzmaschine), und somit wurde dieser Verantwortungsbereich regelrecht ausgeblendet. Eine weitere Ursache für diese Haltung ist sicherlich auch, dass die wenigsten wussten, wie ein gesundheitsförderlicher Arbeitsplatz überhaupt aufgebaut sein sollte.

Erstaunlich war es auch, dass sich keine Führungskraft für die Entwicklung und Weiterbildung der Beschäftigten als verantwortlich äußerte. Aber auch hier lässt sich

das damit erklären, dass es in den größeren Unternehmen Fachbereiche bzw. Fachabteilungen gibt, die für diese Aufgabe verantwortlich sind.

Ebenso wurde bei keinem der Interviews das Thema Fehlertoleranz oder Fehlerkultur erwähnt. In Zeiten der Zertifizierungen und der „lernenden Organisationen“ ist das Ausbleiben solcher Themen erstaunlich. Eine Erklärung für das Fehlen konnte in den Äußerungen der Führungskräfte jedoch nicht gefunden werden.

#### **8.2.4 Die Wahrnehmung der Verantwortung für die Arbeitssicherheit und den Unfallschutz**

Die Annahme, dass die rechtliche Zuordnung des Arbeitsschutzes per Delegationsverfahren auf die Führungskräfte zu einer erhöhten Aufmerksamkeit und verbesserten Übernahme der Verantwortung führt, wurde in den Aussagen nicht vorgefunden. Ganz im Gegenteil: gerade dort, wo diese Delegation erfolgt war, schoben die Führungskräfte die Verantwortung massiv ab. Aber auch in den Unternehmen, in denen das Delegationsverfahren keine Anwendung fand, wurde die Verantwortung z.T. nicht wahrgenommen. Deshalb lässt sich aus den Ergebnissen auch nicht schlussfolgern, dass das Delegationsverfahren selbst die Verantwortungsübernahme verhindert. In den Aussagen der Führungskräfte gibt es keinen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen der rechtlichen Regelung des Arbeitsschutzes und einem Engagement für Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung.

Die Annahme, dass die Führungskräfte die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als bedrohlich empfinden könnten, stellt auch hier – wie bei der Wahrnehmung des Einflusses auf die Gesundheit – eine mögliche Erklärung für das zum Teil sehr widersprüchliche Antwortverhalten dar. Am Beispiel einer Führungskraft, die einerseits aussagt, dass sie es nicht ertragen könnte, wenn einem seiner Mitarbeiter ein Unfall in seinem Bereich passiert und gleichzeitig erklärt, dass der Betrieb (die Geschäftsführung) die letztendliche Verantwortung hat, wird deutlich, dass Angst und Sorge eine Rolle spielen. Obwohl in diesem Unternehmen die Verantwortung auf die Führungskräfte – auch auf diese Führungskraft – delegiert war, erklärte sie: Betrieb D-F3 BGF (135-136) „*Warum, wenn dem Mann was passiert – ich weiß*

*nicht, ob ich das eh einfach so wegstecken könnte. Das weiß ich nicht. (137) Sagen wir mal so ... die Firma müsste uns eine grobe Fahrlässigkeit ... aussprechen – gegenüber der Führungskraft. Und das ist nicht so leicht zu erreichen. So einfach ist das nicht. Die Firma ist immer noch verantwortlich ...“*

Hier wird deutlich, dass diese Führungskraft zwar ein hohes Verantwortungsgefühl gegenüber den Beschäftigten hat, sich aber gleichzeitig dagegen wehrt, rechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden. Vermutlich liegt die Ursache für diese ablehnende Aussage auch darin, dass er für sich selbst nicht den letztendlichen Einfluss auf die Gefährdungssituation wahrnimmt. Ob es zu einem Unfall kommt, hängt sowohl von den Arbeitsbedingungen als auch vom Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab. Und hier hatten die meisten Führungskräfte angegeben – auch die zuvor benannte Führungskraft – dass sie darauf nur wenig Einfluss haben – also eine geringe Selbstwirksamkeit wahrnehmen. Somit schließt sich hier der Kreis.

Überall dort, wo eine Sicherheitsfachkraft oder ein Verantwortlicher einer Abteilung für den Arbeitsschutz im Unternehmen angestellt bzw. benannt war, wurde von den Befragten dieser Person die Hauptverantwortung für den Arbeitsschutz im Betrieb zugeordnet. Sie wurde sehr häufig als Informations- und Unterstützungsquelle genannt und die Qualität des Arbeitsschutzes wurde von vielen Führungskräften mit der Qualität der Aktivitäten der Sicherheitsfachkraft bzw. der verantwortlichen Abteilung gleichgesetzt. Der Einsatz solcher Experten im Arbeitsschutz hat den Vorteil, dass das Wissen im Betrieb vorhanden ist, und sich nicht jede einzelne Führungskraft selbst über alle rechtlichen und ergonomischen Sachverhalte informieren bzw. darin ausgebildet werden muss. Entsprechend wurden diese Experten auch von einigen Führungskräften als Ressource und wichtige Informationsquelle bezogen auf den Gesundheits- und Arbeitsschutz beschrieben. Aber in den Interviews wurde auch deutlich, dass der Einsatz dieser Experten die Gefahr birgt, dass ihnen diese Aufgabe zugeschoben wird, selbst dort, wo eindeutig geklärt war, dass die Verantwortung bei den Führungskräften angesiedelt war<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Die Verantwortung für den Arbeitsschutz trägt das Unternehmen und damit in der Regel Betriebs- und Geschäftsleitung. Im Delegationsverfahren kann diese Verantwortung auf die Führungskräfte weiterdelegiert werden. Sicherheitsfachkräfte, die im Unternehmen angestellt sind, haben in der Regel Stabsstellenfunktion.

### **8.2.5 Die Sichtweisen der befragten Führungskräfte bezogen auf ihren Einfluss auf das Betriebsklima und die Beschäftigtengesundheit**

Die Ergebnisse machen deutlich, dass ein großer Teil der hier befragten Führungskräfte sehr widersprüchliche Sichtweisen darüber hat, was die eigenen Einflussmöglichkeiten betrifft. Fast alle Vorgesetzten nahmen für sich selbst einen hohen Einfluss auf das Betriebsklima in ihren Bereichen wahr. Bei der Frage nach ihrem Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit wichen aber viele aus oder schoben die Verantwortung den Beschäftigten selbst oder anderen betrieblichen Akteuren zu.

Diese Widersprüche lassen sich u.a. mit der zuvor dargestellten Wahrnehmung erklären, dass in der Gesellschaft Gesundheit immer noch als individuelle Aufgabe gesehen wird.

Eine weitere mögliche Ursache dafür, dass viele Führungskräfte bei der Frage nach dem direkten Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten regelrecht abblockten, ist die Bedrohlichkeit, die aus dem Ausmaß dieser Verantwortung heraus empfunden wird; die Führungskräfte schieben sie deshalb bei direkter Nachfrage weg und verdrängen sie. Einzelne Aussagen lassen auf einen solchen Zusammenhang schließen. Beispielsweise: Betrieb E-F3 0 (198) ... *Ich denke, ja ich hoffe, dass ich niemals die Gesundheit eines Kollegen schädige,...* Hier wäre es sehr interessant, ein Untersuchungsdesign zu entwickeln, das den Zusammenhang aufklären bzw. nachweisen könnte.

Eine Erklärung, warum die meisten Führungskräfte einen vergleichsweise großen Einfluss auf das Betriebsklima wahrnehmen und die sich daraus ergebende Verantwortung übernehmen, könnte auch an der Erwartung der Unternehmen liegen, dass Führungskräfte für Motivation und ein gutes Betriebsklima zu sorgen haben. Zumindest in den größeren Unternehmen gehört das zu den Aufgaben der Vorgesetzten und wird deshalb auch in entsprechenden Trainings geschult. Unter anderem durch das Hintergrundwissen der Autorin aber auch durch einige Aussagen der Führungskräfte wurde deutlich, dass in vier der hier beteiligten Unternehmen regelmäßig Führungskräfte-seminare u.a. zu den Themen Motivation und Betriebsklima durchgeführt werden.

Die Führungskräfte sind offensichtlich bemüht, diesen Unternehmenserwartungen Folge zu leisten. Das bedeutet aber auch, dass es möglich ist, den Führungskräften zu vermitteln, dass sie für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Mitverantwortung tragen – ähnlich der Verantwortung für das Betriebsklima. Dass diese Vorgehensweise Erfolg verspricht, wurde auch in dieser Befragung deutlich. Bei den Führungskräften, die an dem Seminar „Führung und Gesundheit“ der Autorin<sup>15</sup> teilgenommen hatten, unterschied sich das Antwortverhalten bezogen auf Teilaspekte (beispielsweise höhere Schätzung des Einflusses auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) von den Aussagen derer, die nicht an diesem Seminar teilgenommen hatten. Dieses Ergebnis bestätigt die Forderungen, die z.B. in der Ausarbeitung der Bertelsmann Stiftung (2004) „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ formuliert sind, vermehrt Schulungen und Seminare zum Thema „Gesundheit im Betrieb“ durchzuführen.

### **8.2.6 Das von den Führungskräften wahrgenommene Betriebsklima im eigenen Unternehmen**

Die Betriebsklimaeinschätzungen der befragten Führungskräfte lagen überwiegend im mittleren bis guten Bereich. Fast alle gaben dabei Schulnoten ab, obwohl sie nicht explizit danach gefragt wurden. Das Antwortverhalten entsprach relativ durchgängig dem Phänomen der „Tendenz zur Mitte“ – also die Tendenz, dass Befragte, die im Rahmen einer Untersuchung einen Skalenwert angeben sollen, häufig Antworten im mittleren Bereich abgeben (Schnell u.a., 2008).

Begründet wird dieses Verhalten mit der Sorge, dass Extremurteile negative Konsequenzen haben könnten (Schnell u.a., 2008) Insbesondere bei unsicherer Informationslage kann es unangenehm sein, dafür die Verantwortung zu übernehmen. Möglicherweise wollten die Führungskräfte hier vermeiden, zu positive Angaben zu machen, um nicht in den Verdacht der Selbstüberschätzung zu kommen oder prahlerisch zu wirken, indem sie für ihren eigenen Bereich eine sehr gute Note vergeben. Sie wollten sich aber auch kein schlechtes Zeugnis ausstellen, weil sie ja selbst die Verantwortung für das Betriebsklima übernahmen und somit zumindest anteilig eine Verantwortung an einem schlechten Ergebnis hätten.

---

<sup>15</sup> Hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass das Antwortverhalten durch soziale Erwünschtheit beeinflusst sein könnte.

Es gab allerdings weitere Auffälligkeiten, die eine interessante Interpretation zulassen. In einem Unternehmen fand zum Zeitpunkt der Befragung das Outsourcing einer ganzen Abteilung statt. In diesem Betrieb vergaben die Führungskräfte nur teilweise Schulnoten. Sie wichen der Frage aus bzw. gaben eher vage Beschreibungen ab: „Es funktioniert“, „ist angespannt“, „das Betriebsklima leidet“, „in Ordnung“ usw. Das zeigt, dass es den Führungskräften durchaus unangenehm ist zuzugeben, wenn das Betriebsklima nicht so gut zu bewerten ist. Das bestätigt noch einmal den zuvor dargelegten Sachverhalt, dass sich Führungskräfte für das Betriebsklima verantwortlich fühlen.

Auffällig war auch der Betrieb D, in dem die Führungskräfte durchgängig und sehr deutlich schlechtere Noten für das Betriebsklima abgaben. Hier wurden sehr viele Maßnahmen benannt, mit denen das Betriebsklima verbessert werden sollte. Diese hatten aber laut den Aussagen der Führungskräfte (noch) keine positiven Wirkungen entfaltet. An diesem Beispiel wird deutlich, dass einzelne Maßnahmen zur Förderung des Betriebsklimas nicht ausschlaggebend dafür sind, wie sich das Betriebsklima letztendlich entwickelt bzw. darstellt. Es sind grundlegende Mechanismen, die hier wirksam sind und die nicht durch Einzelmaßnahmen verändert werden können, sondern die eher durch die Grundhaltung des Unternehmens (die Unternehmenskultur) bestimmt werden.

Möglicherweise verbirgt sich hinter dem als negativ wahrgenommenen Betriebsklima eine systematische Entwicklung dieses Betriebes, die durch die Veränderungen der letzten Jahre zu erklären ist. Das Unternehmen war als „Eigenbetrieb“ gestartet und wurde dann von einem Großkonzern übernommen. Das bedeutet immer auch starke innerbetriebliche Umwandlungen, die bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern möglicherweise negativ eingestuft werden. Dadurch können die sehr positiven Maßnahmen, die u.a. zur Verbesserung des Betriebsklimas gedacht waren, verpuffen.

Es ist aber auch möglich, dass sich die Führungskräfte hier mit einem sehr hohen Engagement um das Betriebsklima kümmerten, aber den Kern des Problems nicht getroffen haben. Wichtig im Umgang mit Verbesserungen im Betrieb ist es immer, dass sie die Bedürfnisse und Probleme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigen – „Analyse vor Aktion“ – heißt dies in der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Möglicherweise hatte man diesen Grundsatz trotz des Einsatzes einiger Analyseverfahren nicht ausreichend berücksichtigt.

### **8.2.7 Wahrgenommener Einfluss des Betriebserfolgs als Voraussetzung für Gesundheit**

Nur zwei Führungskräfte sahen bei der Frage nach dem Einfluss des Betriebserfolgs auf die Gesundheit der Beschäftigten keinen Zusammenhang. Die beiden Führungskräfte, die keinen Einfluss wahrnahmen, waren aus einem Betrieb (B) und hatten laut ihrer eigenen Aussage die Erfahrung gemacht, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht auf die Informationen über das Betriebsergebnis reagierten. Sie waren der Meinung, dass das für ihre Beschäftigten nicht relevant sei. Das widerspricht aber der Führungskraft der zweiten Führungsebene derselben Firma, die sehr wohl Unterschiede im Verhalten und Empfinden der Beschäftigten in Abhängigkeit vom Betriebserfolg beschrieb. Betrieb B-F2 0 (65) ... *was ich durchaus merke ist, wir haben ein gutes Jahr 2006 hingelegt, ... dann merkt man schon ein gewisses Selbstbewusstsein. ... was sich sicherlich positiv auswirkt.*

Hinsichtlich der Frage, warum hier so unterschiedlichen Wahrnehmungen vorliegen, lässt sich nur spekulieren. Die Führungskraft der ersten Ebene (Werksleiter) hatte eine größere Führungsspanne; auch die Führungskraft der dritten Ebene musste eine sehr große Anzahl (ca. 90 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) führen, die zudem über das Unternehmen weit verstreut arbeiteten. Dadurch ergab sich möglicherweise keine bzw. zu wenig Nähe zur Basis bzw. zu den Aussagen und Empfindungen der Beschäftigten. Die Führungskraft der zweiten Ebene dagegen hatte nur ca. 30 – 40 Beschäftigte zu führen und konnte somit direktere Erfahrungen vor Ort machen. Es bestand eine größere Nähe zu seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dieses Ergebnis lässt sich möglicherweise auch auf die gesamte Einflusswahrnehmung der Führungskräfte übertragen. Es waren vor allem die Geschäftsführer und Betriebsleiter, die bei der Frage nach ihrem Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten auswichen oder angaben, nur einen geringen Einfluss zu haben. Da es sich hier um Unternehmen mit Beschäftigtenzahlen zwischen 60 und 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter handelte, waren an der Befragung viele Führungskräfte beteiligt, die für eine relativ große Anzahl von Beschäftigten verantwortlich waren.

### **8.2.8 Die Motive der Führungskräfte zur Durchführung Betrieblicher Gesundheitsförderung**

Es gab einzelne Aussagen, die Rückschlüsse auf die Motive zur Durchführung Betrieblicher Gesundheitsförderung zulassen. Diese entsprachen dem allgemeinen Verständnis vom Umgang mit diesem Thema. Aktivitäten werden aufgesetzt, wenn es zu „Problemen“ oder „Krankheit“ gekommen ist. Präventiv zu agieren, wird häufig versäumt.

Untersuchungen, die sich mit der Verbreitung von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung beschäftigen, bestätigen, dass der Anlass für die Durchführung entsprechender Maßnahmen oft hohe Krankenstände im Unternehmen sind (vgl. Lenhardt, 2003).

Dass dieser Defizitansatz überhaupt zu einer Implementierung Betrieblicher Gesundheitsförderung geführt hatte, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Allerdings ist es unbedingt erforderlich, an dem Verständnis der Führungskräfte, dass Gesundheitsförderung hauptsächlich die Funktion hat, Krankheiten zu vermeiden und damit je nach Bedarf – z.B. wenn es zu hohen Krankenständen kommt – einsetzbar sei, zu arbeiten. Nur dann, wenn Führungskräfte verstehen, dass es hier um wesentlich mehr geht als um reine Krankheitsverhinderung, werden sie auch bereit sein, Gesundheitsförderung zu einem Bestandteil ihrer Unternehmenskultur zu machen. Es muss ihnen deutlich werden, dass man mit gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen nicht nur Krankheiten verhindern kann. Eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur schafft neben Produktivität und Stabilität und damit einer verbesserten Wirtschaftlichkeit auch eine erhöhte Qualität und Attraktivität eines Unternehmens (vgl. AOK-Bundesverband, 2007).

Positiv zu bewerten ist das Ergebnis, dass der Umgang mit der Arbeitsplatzgestaltung in Unternehmen, die sich schon länger mit Betrieblicher Gesundheitsförderung auseinandersetzen, aktiver gehandhabt wurde. In zwei Betrieben (Betriebe C und D), in denen Betriebliche Gesundheitsförderung seit Jahren Thema war, beschrieben fast alle Führungskräfte eine aktive Herangehensweise an das Thema Arbeitsergonomie. Regelmäßige Begehungen und Maßnahmen zur Gestaltung der Arbeitsplätze waren hier selbstverständlich. Auch das dritte Unternehmen (Betrieb A) hatte Systeme (dauerhaft implementierte Gesundheitszirkel) integriert, mit denen regelmäßig Verbesserungen an den Arbeitsplätzen durchgeführt werden.

Dabei lässt sich nicht klären, ob die Beschäftigung mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung dazu geführt hat, dass man auch aktiver mit der Arbeitsgestaltung umgeht oder ob die Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung eine Folge der zugrunde liegenden Ausrichtung dieser Unternehmen bezogen auf eine positive Gestaltung der Arbeitsbedingungen war.

## **9 Schlussfolgerungen zur Einführung und Erfolgssicherung Betrieblicher Gesundheitsförderung**

### **9.1 Unternehmenskultur als Basis für die Übernahme von Verantwortung für Gesundheit und Arbeitsschutz**

Durch die Ergebnisse der Befragung wurde deutlich, dass es Rahmenbedingungen – aber auch persönliche Eigenschaften und Sichtweisen der Unternehmensverantwortlichen sind, die dazu führen, dass man sich um die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmert. Entscheidend – u.a. auch für den Arbeitsschutz – ist nach Analyse der Interviews vor allem die Ausrichtung des Unternehmens bzw. die Unternehmenskultur. Der Stellenwert der Beschäftigtengesundheit und des Arbeitsschutzes ist dabei ein wesentlicher Indikator dafür, wie in einem Betrieb diese Verantwortung wahrgenommen wird. In dem Unternehmen (Betrieb C), in dem die Gesundheit der Beschäftigten von der Geschäftsführung als Teil der Unternehmenskultur gesehen wurde, zeigte der Geschäftsleiter selbst ein hohes Engagement bezogen auf das Thema Unfallschutz. Er hatte sich per Fernstudium im Bereich Arbeitsschutz weitergebildet und übernahm ganz bewusst die Haftung selbst. Umgekehrt war es gerade das Dienstleistungsunternehmen (Betrieb F), bei dem Gesundheitsförderung zwar zur Angebotspalette gehört, aber im Unternehmen selbst bisher keine Betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt wurde, in dem auch der Arbeitsschutz in den Bewertungen der Führungskräfte eher schlecht abschnitt. Das bedeutet: die grundlegende Einstellung eines Unternehmens in Form der Unternehmenskultur spielt auch eine entscheidende Rolle dafür, wie der Unfallschutz wahrgenommen wird.

Aus den Ergebnissen der Fragen zur Verantwortungsübernahme für die Gesundheit der Beschäftigten und zum Umgang mit dem Arbeitsschutz im Unternehmen ergibt sich

für die Umsetzung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung, dass sie nur dort erfolgreich sein können, wo auch eine Basis durch die Unternehmenskultur – bzw. die Sichtweisen der Geschäftsleitung – gegeben ist. Das bedeutet, dass in Unternehmen, in denen diese Basis nicht vorhanden ist, das Verständnis und die Einsicht insbesondere der Verantwortlichen der ersten Hierarchieebenen geschaffen werden muss. Diese Gruppe der Verantwortlichen zu erreichen hat oberste Priorität, wenn es darum geht das Thema Gesundheitsförderung auch in Unternehmen zu tragen, die sich bisher nicht mit diesem Thema auseinandergesetzt haben. Vom Verständnis dieser Personengruppe hängt es ab, ob der Arbeitsschutz gut funktioniert und Gesundheitsförderung im Betrieb erfolgreich ein – und durchgeführt werden kann.

## **9.2 Die wichtigen Parameter für den Erfolg Betrieblicher Gesundheitsförderung**

Was aber sind die wichtigen Parameter, die dafür sorgen, dass Gesundheitsförderung ein Selbstverständnis im Betrieb werden kann? Den größten Erfolg bezogen auf das Thema Gesundheitsförderung hatte hier der Betrieb C, in dem der Geschäftsführer das Thema zur „Chefsache“ gemacht hatte. Er sah sich verantwortlich für den Arbeitsschutz, für das Betriebsklima und den Gesundheitsschutz in seinem Unternehmen. Diese Ausrichtung wurde schon durch seine Vorgänger, die die Gesundheitsförderung im Betrieb verankert hatten, vorgelebt. Hier wird sehr deutlich, dass die Ausrichtung „Top down“ gegeben sein muss, um Gesundheitsförderung erfolgreich implementieren zu können. In diesem Unternehmen erklärten alle befragten Führungskräfte, dass die Unternehmenskultur auf Menschlichkeit ausgerichtet und für den Geschäftsführer Gesundheitsförderung ein Teil dieser Unternehmenskultur ist. Dabei wurden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen immer wieder aktiv an der Gesundheitsförderung beteiligt. An diesem Unternehmen ist zu erkennen, dass Partizipation eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Umsetzung eines erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsmanagements ist.

Ähnlich – wenn auch nicht in dieser Konsequenz – war es in dem anderen Unternehmen (Betrieb A), das aktuell dabei war, Gesundheitsförderung dauerhaft zu implementieren. Auch hier wurde die Unternehmenskultur als „von Menschlichkeit geprägt“ beschrieben und die Geschäftsleitung übernahm die Verantwortung für jeden

einzelnen Beschäftigten. Beide Betriebe (A und C) waren familiengeführte Unternehmen, hatten aber kein verschriftlichtes Leitbild wie die anderen hier beteiligten Unternehmen. In diesen beiden Betrieben war die Verantwortung für den Arbeitsschutz auch nicht auf die Führungskräfte delegiert.

Dieses Ergebnis bestätigt, dass es nicht die Regelungen wie z.B. die Delegation der Verantwortung auf die Führungskräfte oder verschriftlichte Leitbilder sind, die ausschlaggebend dafür sind, ob in einem Betrieb ein gesundheitsförderliches Klima herrscht. Die Basis für einen „gesunden Betrieb“ bildet vielmehr die gelebte Unternehmenskultur. Sie ist bestimmend für das soziale Klima, den Arbeits- und Gesundheitsschutz und für den Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen. Hier waren es gerade die familiengeführten Unternehmen, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinandersetzten. Auch der Konzern (D), der sich mit dem Thema Gesundheitsförderung schon länger beschäftigte, war – auf das Mutterwerk bezogen – ein familiengeführtes Unternehmen.

### **9.3 Qualifizierungsbedarf der Führungskräfte zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz**

Nur wenige Führungskräfte äußerten Weiterbildungsbedarf. Insgesamt sieben Führungskräfte sahen überhaupt einen Bedarf an weiteren Informationen. Die Führungskräfte, die einen Bedarf sahen, kamen bis auf eine aus den beiden Unternehmen (ein Dienstleistungs- und ein gewerbliches Unternehmen), in denen Gesundheitsförderung bisher überhaupt kein Thema war. Hieraus jedoch den Rückschluss zu ziehen, dass Betriebliche Gesundheitsförderung dazu führt, dass Führungskräfte keinen Weiterbildungsbedarf sehen, oder durch die Betriebliche Gesundheitsförderung gut aufgestellt sind und keine Informationen mehr benötigen, wäre sicher zu kurz gegriffen. Die Aussagen der Führungskräfte in den Unternehmen ohne Betriebliche Gesundheitsförderung waren aber durchaus kongruent mit der Situation im Betrieb. Sie war bei beiden Unternehmen dadurch gekennzeichnet, dass man sich mit diesen Themen erst seit kurzem auseinandersetzte und feststellte, dass es über das bisherige Maß hinaus doch weitere Möglichkeiten im Bereich Gesundheit gibt. Diese Erkenntnisse sprechen dafür, dass man die Themen der Betrieblichen

Gesundheitsförderung gesellschaftlich besser vermarkten und damit ein größeres Bewusstsein schaffen muss.

#### **9.4 Wichtige Ressourcen für die Betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht der Führungskräfte**

Bei der Ressourcenfrage zählten viele Führungskräfte insbesondere die fehlenden Ressourcen auf. Nur in dem Unternehmen, in dem seit langem ein gut funktionierendes Gesundheitsmanagement implementiert war, gaben alle Befragten an, dass ihnen ausreichende Ressourcen zur Verfügung stünden. In diesem Betrieb bezogen sich alle auf die positiven Umgebungsbedingungen und die Gestaltungsmöglichkeiten, die hier vorhanden waren. Letzteres ist ein Indiz dafür, dass Betriebliche Gesundheitsförderung mehr bietet als gesunde Arbeitsplätze. Die hohe Flexibilität bezogen auf die Gestaltung der Arbeitsplätze und der Arbeit wurde durchgängig positiv bewertet und führte somit auch zu einer erhöhten Zufriedenheit der Führungskräfte.

In einem der beiden Großkonzerne gab es Aussagen von zwei Führungskräften, die beschrieben, dass man die „Ressource“ Mensch auch ausbeuten könne und dass das bereits eingesetzt habe. Trotz der Wahrnehmung dieser Arbeitsbedingungen, die von anderen Führungskräften durch die Beschreibung von Arbeitsverdichtung und immer größer werdendem Zeitdruck im betrieblichen Alltag ausgedrückt wurden, gibt es gesellschaftlich bisher nur wenige Ansätze, diesen Entwicklungen wie z.B. Arbeitsverdichtung und der damit verbundenen auch gesundheitlichen Ausbeutung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entgegenzuwirken. Solche Überlegungen und Handlungsansätze werden in der Regel der Produktivität eines Unternehmens geopfert und mit gesellschaftlichen und anderen Bedingungen entschuldigt, so dass der einzelne auch keine Handlungsmöglichkeiten sieht und hilflos (ohne Selbstwirksamkeitsaussichten) mitmacht, was in folgendem Statement sehr deutlich wurde. Betrieb D-F3 BGF (135) *Gut, Zeitdruck ist auch ne große Belastung für die Mitarbeiter, das ist klar. Aber ich schätze wohl, ... da ist unsere Gesellschaft so geworden. Wir sind ... einfach ... weniger ... mit weniger Leute schaffen wir viel mehr. Und durch die Globalisierung ist ... jeder mehr gefordert ...*

Die einzige Lösung, die hier einige Führungskräfte der zweiten und dritten Führungsebene für sich entwickelten, war das „Abpuffern“ der Belastung dadurch, dass sie nicht alle Vorgaben eins zu eins an ihre Beschäftigten weitergaben. Ein für diese Führungskräfte selbst riskantes Verhalten, das wahrscheinlich auch nicht dauerhaft durchgehalten werden kann. Es müssen gesellschaftliche Lösungen entwickelt werden. Es kann nicht sein, dass der einzelne Arbeitnehmer und damit letztendlich auch die Volkswirtschaft die Folgen dieser Entwicklungen tragen müssen. Eine effektiv durchgeführte Betriebliche Gesundheitsförderung – bei der es auch erlaubt sein muss, über eine Belastungsreduktion durch eine Veränderung der Produktionsbedingungen und möglicherweise damit auch ein Stoppen der Leistungsspirale nachzudenken – kann hier einen Lösungsansatz bieten. Aber gerade letzteres – die Sorge um die Produktivität, die in etlichen Unternehmen alles untergeordnet wird, hindert auch so manches Unternehmen daran, Betriebliche Gesundheitsförderung einzuführen. Diese Rechnung wird dann wahrscheinlich nicht mehr aufgehen, wenn der demografische Wandel dazu führt, dass qualifizierte Beschäftigte in den Unternehmen rar werden und der Kampf um solche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Wettbewerbsvor- oder -nachteil wird.

## **9.5 Die Gleichsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung mit Verhaltensprävention**

Viele der hier befragten Führungskräfte setzten Betriebliche Gesundheitsförderung mit Präventionsprogrammen (Ernährung, Bewegung, Entspannung) gleich. Auch bei den Führungskräften, die sich mit der Thematik bereits länger auseinandersetzen, sind einzelne Äußerungen dieser Art immer noch vorzufinden. Hier schließt sich der Kreis bezogen auf das Gesundheitsverhalten der Führungskräfte. Diese Sichtweise – Gleichsetzung der Gesundheitsförderung mit reiner Verhaltensprävention – ist nicht verwunderlich, denn wie zuvor schon beschrieben (Kapitel 7.1, S. 89 – 90 und Kapitel 7.15, S. 145) sehen die Führungskräfte die Möglichkeiten zur eigenen Gesunderhaltung nach wie vor eher im privaten Bereich als gesamtbetrieblich oder gesellschaftlich. Das wurde bei der Betrachtung ihres persönlichen Gesundheitsverhaltens sehr eindrucksvoll bestätigt.

Dieses auf Verhaltensprävention eingegrenzte Verständnis von Gesundheitsförderung stellt eine Herausforderung für die Einführung eines erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. Denn das funktioniert nur auf der Basis beider Ebenen – Verhaltens- und Verhältnisprävention. Insbesondere aber Führungskräfte aus Unternehmen, die sich erst seit kurzem aktiv mit dem Thema Beschäftigtengesundheit auseinandersetzen, äußerten sich bei der Beschreibung Betrieblicher Gesundheitsförderung in Richtung Verhaltensprävention.<sup>16</sup> Bei den Aussagen gerade dieser Führungskräfte wurde deutlich, dass sie sich auf die als persönlich und überwiegend in die Freizeit gehörenden Bereiche Ernährung, Entspannung und Bewegung als Themen der Gesunderhaltung beschränken. Das ist zwar ein positiver Ansatz, an den angeknüpft werden kann, wenn es darum geht ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren. Aber es ist sehr wichtig für den Erfolg der Betrieblichen Gesundheitsförderung, dass dieses Verständnis bei den verantwortlichen Führungskräften erweitert und damit die Basis für eine gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung und Arbeitssituation geschaffen werden kann (siehe Kapitel 4).

In den an dieser Untersuchung beteiligten Unternehmen, in denen es gelungen war, ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren, gab es dementsprechend solche – auf Prävention reduzierten – Aussagen nur selten.

## **9.6 Schlussfolgerungen für einen möglichen Einsatz von Gesundheitsförderern im Betrieb**

Es gibt mittlerweile Unternehmen, in denen (häufig in den Bereichen der Personalverantwortung angesiedelte) Beschäftigte für die Betriebliche Gesundheitsförderung beauftragt werden. Auch in den hier beteiligten Unternehmen (Betriebe A, C und D) waren bereits solche Multiplikatoren fest implementiert. Aber im Gegensatz zum Bereich der Arbeitssicherheit, der gesetzlich geregelt ist, gibt es hier bisher keine Richtlinien oder Vorgaben für diese Experten.

Dennoch ist der Einsatz dieser internen Fachleute zur Betrieblichen Gesundheitsförderung derzeit ein guter Weg, das notwendige Wissen in die Betriebe

---

<sup>16</sup> In der Befragung wurde nicht explizit nach dem Verständnis von Gesundheitsförderung im Betrieb gefragt.

zu tragen und dadurch einen Initiator und Motivator für dieses Thema fest zu implementieren. Ohne solche Multiplikatoren, die das Thema immer wieder in den Fokus rücken, treten selbst gut gestartete Projekte zur Gesundheitsförderung mit der Zeit in den Hintergrund oder werden sogar nicht weiter verfolgt. Betrieb B-F2 0 (61-62) ... weil das ja oftmals diese Dinge sind, die dann auf dem Terminkalender aufgrund von irgendwelchen anderen Themen auch /ehm/ als erstes dann da raus fallen ...“

Erfahrungen von externen Experten im Bereich der Gesundheitsförderung zeigen, dass man nach der Erreichung guter Ergebnisse – wie z.B. Rückgang des Krankenstandes in den Unternehmen – gern wieder zum Alltag zurückkehrt und die Gesundheitsförderung nicht mehr weiter verfolgt. (vgl. Lenhardt, 2004; Präventionsbericht 2009) Das Unternehmen (Betrieb A), in dem man gerade dabei war, die Gesundheitsförderung dauerhaft zu implementieren, ist ein gutes Beispiel dafür: Man hatte dort nach einem sehr erfolgreichen Projektstart in den 1990er Jahren die Gesundheitsförderung nicht weiter aufrechterhalten, und die Krankenstände stiegen auf das Ursprungsniveau zurück. Erst fünf Jahre später wurde das Projekt wieder aufgegriffen und in Erinnerung an die guten Erfolge neu belebt.

Der Einsatz von Zeit und anderen Ressourcen – der durch den Einsatz betrieblicher Multiplikatoren für Gesundheitsförderung erkennbar zur Verfügung gestellt wird – ist immer auch ein positives Signal für die Belegschaft, dass in diesem Unternehmen die Beschäftigten und ihre Gesundheit einen hohen Stellenwert haben. Die Investition in solche Experten ist ein Indiz dafür, dass dieses Thema im Unternehmen ernst genommen wird und lässt darauf schließen, dass Gesundheitsförderung bzw. Prävention nicht nur als „Alibi“ zu einer weiteren Ausbeutung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt werden soll.

Diese Funktionsträger sind in den Unternehmen – auch dort, wo Betriebliche Gesundheitsförderung implementiert ist – bisher eher selten. In den Unternehmen, in denen hier erfolgreich agiert wurde, waren Multiplikatoren für die Gesundheitsförderung eingesetzt, die diese Aufgabe neben ihrer eigentlichen Tätigkeit wahrnehmen (Hintergrundwissen der Autorin). In einem Unternehmen (Betrieb A) waren es die Sicherheitsfachkraft und der Personalleiter, die sich verantwortlich um die Gesundheitsförderung kümmerten. In dem Unternehmen (Betrieb D), das verschiedene Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zwar durchgeführt, aber kein dauerhaftes Gesundheitsmanagement implementieren konnte, war es die Sicherheitsfachkraft, die auch für die Gesundheitsförderung verantwortlich war, und in dem erfolgreichsten

Betrieb (Betrieb C), was das Thema Gesundheitsförderung betrifft, war es der Geschäftsführer selbst und ein explizit dafür ernannter Mitarbeiter, die diese Aufgabe übernahmen.

## **9.7 Die Sinnhaftigkeit einer gesetzlichen Verankerung von BGF**

Um eine verbindliche Implementierung Betrieblicher Gesundheitsförderung in allen Unternehmen zu erreichen stellt sich die Frage, ob eine eigenständige gesetzliche Verankerung der Thematik sinnvoll wäre. Das ist wahrscheinlich keine optimale Lösung, stellt aber durchaus einen Denkansatz für die verantwortlichen Politiker dar. Aber – wie zuvor schon ausgeführt – ist es dann immer noch eine Frage der innerbetrieblichen Überzeugungen und Sichtweisen (die Unternehmenskultur, Einstellung der Geschäftsführung), ob und vor allem wie erfolgreich ein Gesundheitsmanagement im Betrieb implementiert wird. Ein Beleg dafür, dass die gesetzliche Verankerung keine Garantie für die erfolgreiche Durchführung in allen Betrieben ist, ist die letzte Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes. Zur Umsetzung der EU-Richtlinie zum Arbeitsschutz wurde 1997 erstmals auch die Gefährdungs-, Belastungsanalyse als Vorschrift für Unternehmen eingeführt. Dieses Gesetz bedeutet auch eine Hinwendung zu den so genannten "weichen" Faktoren im Arbeitsschutz, weil sie als Kernelement des Arbeits- und Gesundheitsschutzes – „... den Prinzipien der vorbeugenden Gefahrenverhütung, der Vermeidung von Risiken an der Quelle und der menschengerechten Arbeitsgestaltung folgend – alle von der Arbeit und der Arbeitsumgebung ausgehenden Gefahren einzubeziehen hat.“ (Beck u. Lenhard, 2008, S. 71). Dennoch gibt es nach wie vor Betriebe, die ihrer Verpflichtung, diese Analysen durchzuführen und entsprechende Maßnahmen umzusetzen, nicht nachgekommen sind – trotz der rechtlichen Konsequenzen und Strafen, die bei einer Missachtung dieser gesetzlichen Vorgabe angedroht bzw. umgesetzt werden. Die Ergebnisse einer Untersuchung zur Verbreitung der Gefährdungsbeurteilung in Deutschland von 2005/2006 bestätigen, dass von den befragten Erwerbstätigen (n=15.092) insgesamt nur 36% angaben, dass vor Ort eine solche Analyse durchgeführt wurde (vgl. Beck u.a.; 2008). Dieser Anteil variiert jedoch in Abhängigkeit von der Größe und dem Wirtschaftszweig wie auch in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Lage der Unternehmen. Auffällig ist hier, dass der Anteil der durchgeführten Gefährdungsbeurteilungen in den Industrieunternehmen mit insgesamt 51% wesentlich

höher ist als in den Dienstleistungsunternehmen mit nur 29% (vgl. Beck u.a.; 2008). Dies bestätigt und ergänzt das hier zuvor beschriebene Ergebnis der Interviews dieser Untersuchung, dass in den gewerblichen Unternehmen eine durchgängig bessere Kenntnis des Arbeitsschutzes vorlag als in den Dienstleistungsunternehmen. Insgesamt wird hier deutlich, dass ein ausschließlich auf Experten und rechtlichen Regelungen basierendes System des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung nicht ausreichend greifen würde. Die wichtigste Voraussetzung für einen erfolgreichen und gesundheitsförderlichen Betrieb ist die grundsätzliche Einstellung der verantwortlichen Führungskräfte – vor allem der Geschäfts- und Betriebsleitung – zu diesem Thema. In den Unternehmen, in denen Gesundheitsförderung als „Sozialromantik“ gesehen wird und die Verantwortung von den Führungskräften verleugnet wird, wird es kaum möglich sein, eine gesunde und beschäftigtenförderliche Unternehmenskultur und damit ein in jeglicher Hinsicht gesundes Unternehmen zu schaffen.

## 10 Zusammenfassung und Ausblick

Obwohl hier bei den Sichtweisen der Führungskräfte – bezogen auf die Ausrichtung Beschäftigtengesundheit – durchaus sehr positive Ansätze zu erkennen sind, kommt es in letzter Konsequenz nur in den Unternehmen zu einem aktiven Handeln, in denen die Unternehmenskultur geprägt ist von familiären und gemeinschaftlichen Sichtweisen. Insbesondere in den Betrieben, in denen Betriebliche Gesundheitsförderung schon länger umgesetzt wird, kann man solche positiven Entwicklungen verzeichnen.

Die in den Interviews immer wieder vorzufindenden Widersprüche sind durchaus nachvollziehbar und haben wahrscheinlich sehr viel mit den gesellschaftlichen Sichtweisen im Hinblick auf die Themen Gesundheit und Krankheit zu tun. Eine Hypothese, die sich aus diesen Erkenntnissen ergibt, ist, dass sich Führungskräfte im Rahmen der Unternehmenserwartungen verhalten. Sie sehen sich verantwortlich für das Betriebsklima und die Motivation der Beschäftigten, übernehmen aber nicht die Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Letzteres wird nicht explizit von den Unternehmensführungen erwartet. Sollte sich diese Hypothese im Rahmen weiterer Untersuchungen bestätigen, wird erneut deutlich, dass Betriebliche Gesundheitsförderung nur „Top down“ – durch die Überzeugung der Unternehmensverantwortlichen – gelingen kann.

Positiv zu bewerten ist es, dass dort, wo Gesundheitsförderung verankert werden konnte, sich auch die Sichtweisen der Befragten verändert hatten. Sie gingen insgesamt aktiver mit den Themen der Gesundheitsförderung um, und auch die Ausrichtung und das Verständnis von Gesundheitsförderung konnte hier wesentlich verbessert werden.

Die hier befragten Führungskräfte beschrieben ihre eigenen Ansätze zur Gesundheitsförderung im Bereich der Primärprävention, und sie hoben dabei vor allem auf das persönliche Gesundheits**verhalten** ab, das sie hauptsächlich in die Freizeit verlegten. Der Betrieb als „Ort der Gesundheit“ ist ihnen nicht präsent. Nur wenige sahen auch dort das Potential für die Förderung der eigenen Gesundheit. Dazu kommt, dass die Verantwortung für Gesundheit grundsätzlich individualisiert wird. Die Führungskräfte reagierten bei den Fragen nach der Verantwortung für die Gesundheit der Beschäftigten im Betrieb häufig mit der Zuordnung der Verantwortung zu anderen

Instanzen und sehr häufig mit der Zuordnung zu den Beschäftigten selbst. In letzter Konsequenz ist also jeder für sich selbst verantwortlich.

Um Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich implementieren zu können, bedarf es eines Umdenkens der Führungskräfte bezogen auf diese Aspekte. Hier muss angesetzt werden, um Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich und dauerhaft in einem Unternehmen einführen zu können.

Möglich wird das u.a. durch Führungskräfte-seminare, die diese Themen bearbeiten, also Seminare, die sich konkret mit dem Einfluss der Führungskräfte auf die Gesundheit der Beschäftigten befassen und deutlich machen, in welchem Maße dieser Einfluss gegeben ist. Einige der hier befragten Vorgesetzten hatten an entsprechenden Seminaren teilgenommen. In ihrem Antwortverhalten wurde deutlich, dass sie bei den zuvor beschriebenen Aspekten auch eine andere Sichtweise entwickelt hatten als Führungskräfte, die bisher nicht an solchen Seminaren teilgenommen hatten.

Insgesamt wird durch diese Untersuchung deutlich, dass die betriebliche Gesundheitsförderung noch einen langen Weg vor sich hat, um in den Unternehmen etabliert und als Selbstverständlichkeit im Bereich der Führung anerkannt zu werden. Einige Hinweise, welche Voraussetzungen notwendig sind, damit dieses Vorhaben gelingen kann, konnten hier gewonnen und bestätigt werden. So manche Hypothese, die hier abgeleitet werden konnte, ist es wert, überprüft zu werden.

## 11 Literaturverzeichnis

Ajzen, I.: Fishbein, M. (1977):

Attitude-behavior-relations: A theoretical analysis an review of Empirical research. Psychological Bulletin, 84, 888-918

Allerbeck, M. (1977):

Ausgewählte Probleme der Führungsforschung. Diss., Ludwig-Maximilians-Universität, München

Antonovsky, A. (1997):

Salutogenese - Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. DGVT-Verlag, Tübingen

Arbeitsschutzgesetz (1999):

Gewerbeordnung. 31 Auflage. dtv, München

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2007):

Wirtschaftlicher Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen. Dokumentation einer Befragung in 212 Partnerunternehmen. Bonn

Badura, B., Münch E., Ritter, W. (1997):

Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Verl. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Badura, B. u.a. (1999):

Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Edition Sigma® Rainer Bohn Verlag, Berlin

Badura, B. u.a. (Hg.) (2000):

Fehlzeiten-Report 1999. Springer-Verlag, Berlin

Badura, B. u.a. (Hg.) (2001):

Fehlzeiten-Report 2000. Springer-Verlag, Berlin

Badura, B. & Hehlmann, T. (2003):

Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer-Verlag, Berlin

Badura, B. u.a. (2008):

Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Badura, B. u.a. (2010):

Fehlzeiten Report 2009. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Baeckmann, S. (1998):

Downsizing – Zwischen unternehmerischer Notwendigkeit und individueller Katastrophe. Rainer Hampp Verlag, München

Bamberg, E.; Busch, C.; Ducki, A. (2003):  
Stress du Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt.  
Bern: Hans Huber.

Bandura, A. (1977):  
Self-efficacy: Toward a unifying theorie of behavioural change: Psychological Review,  
84, 191-215.

Baumanns, R. (2009):  
Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement. Nutzen für  
Unternehmer und Mitarbeiter. Eine Evaluation. Ibidem Verlag, Stuttgart

Baumgartner, I.; Häfele, W.; Schwarz, M.; Sohm, K. (2000):  
OE-Prozesse. Die Prinzipien Systemischer Organisationsentwicklung. Ein Handbuch  
für Beratende, Gestaltende, Betroffene, Neugierige und OE-Entdeckende. 6.,  
unveränderte Auflage, Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien.

Bayard, N. (1997):  
Unternehmens- und personalpolitische Relevanz der Arbeitszufriedenheit, Berner  
betriebswirtschaftliche Schriften Band 17 Herausgegeben von Prof. Dr. Joachim  
Griese, Prof. Dr. Richard Kühn, Prof. Dr. Norbert Thon, Verlag Paul Haupt Bern,  
Stuttgart, Wien

Bandura, A. (Hrsg.) (1976):  
Lernen am Modell. Stuttgart: Klett

Beermann u.a. (2001):  
Streß im Betrieb? Handlungshilfen für die Praxis. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und  
Arbeitsmedizin (Hrsg.). Dortmund/Berlin/Dresden

Beck, D. u. Lenhard, U., (2008):  
Verbreitung der Gefährdungsbeurteilung in Deutschland in Prävention und  
Gesundheitsförderung 1 – 2009. Springer Medizin Verlag 2008

Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2003):  
Unternehmenskultur und Führungsverhalten als Erfolgsfaktoren. Verlag Bertelsmann  
Stiftung, Gütersloh

Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hg.) (2004):  
Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Birbaumer N. ....(2005):  
Biologische Psychologie

Bitzer, B. (1999):  
Fehlzeiten als Chance. 3. Auflage. Expert Verlag, Renningen-Malmsheim

- Blair, S.N. (2000):  
Physical Inactivity: The major Public Health problem of the next millennium. In J.Avela, P.V. Komi & J. Komulainen (Eds.). Proceedings, 5th Annual Congress of the European College of Sport Science, Jyväskylä, 8
- Boer, H.; Seydel, E.R. (1996):  
Protection motivation Theorie. In M. Connor and P. Norman (Eds.) Predicting Health Behavior. Buckingham: Open University Press
- Brockhaus multimedial 2010 (2009):  
Der Brockhaus multimedial 2010/Ergonomie/2010 wissenmedia GmbH, Gütersloh/München
- Bundesanstalt der Betriebskrankenkassen (1998):  
Ein gesunder Rücken kann entzücken..., Essen 28.09.98, s.a. www.bkk.de
- Bundesanstalt für Arbeitsmedizin (Hrsg.) (1995):  
Arbeitsmedizinische Aspekte der modernen Büroarbeit. Tagungsbericht 5. Berlin 1995
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (1998):  
Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenskultur. Dortmund/Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004):  
Pressemitteilung vom 20.10.2004. Berlin
- Bundesverband der Unfallkassen (2007):  
Kurzinformation über Forschungsergebnisse zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im öffentlichen Dienst. Forschung für die Praxis. Gesundheitsförderliche Mitarbeiterführung. München, Hölswang am Chiemsee
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. BZgA Köln
- Caplan, G.; Teese, M. (1997):  
Survivors. How to keep your best people on Board after downsizing. Davies-Black, Palo Alto, USA
- Claus, A. und Willamowski, A. (2002):  
Kurzpausensysteme im Callcenter.CCall – Report 18. Im Auftrag der Verwaltungsberufsgenossenschaft erstellt durch: Technische Universität Dresden, Hamburg.
- Dachler, H.P.; Hosking, D.M. (1995):  
The primacy of relations in socially constructing organizational realities. In D.M. Hosking, H.P. Dachler, K.J. Gergen (Eds) Management and Organization: Relational Alternatives to Individualism, Aldershot, UK: Avebury.
- DAK Gesundheitsreport (2005):  
DAK Versorgungsmanagement Martin Kordt (Hrsg.) W403-2005 Hamburg. Erstellt durch das IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin

Deutscher Bundestag (1996):

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG); zuletzt geändert durch Art. 11 Nr. 20 G v. 30. 7.2004 I 1950. BGBl I 1996, 1246

Dickenberger, D. Gniech, G. Grabitz, H.J. (1993):

Die Theorie der psychologischen Reaktanz. In: Frey, D. Irle, M. (Hrsg.) Theorien der Sozialpsychologie (Band 1, 243-273) Bern: Huber

DIN EN Norm 33405

DIN EN Norm 10075

Edelmann, W. (1996):

Lernpsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Elkeles, T. (1994):

Arbeitswelt und Risiken für Rückenschmerzen – Potentiale für arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. WZB, P94-205, Berlin

ERGO online (1997):

in [www.sozialnetz.de](http://www.sozialnetz.de), Gesellschaft Arbeit und Ergonomie – online e.V.

Frey, D., Jonas, E. & Greitemeyer, T. (2002):

Intervention as a major tool of a psychology of human strength: Examples from organizational change and innovation. In L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (Eds.), A psychology of human strength: Perspectives on an emerging field. Washington, DC: American Psychological Association.

Frey, D. & Schnabel, A. (1999):

Change Management – der Mensch im Mittelpunkt. In: Die Bank – Zeitschrift für Bankpolitik und Bankpraxis, 1. 44-49

Friedel, H. (2002):

Schriftenreihe „Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ des BKK Bundesverbandes, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven.

Frieling, E. (2003):

Handlungsbedarf und Maßnahmen zur Förderung der betrieblichen Gesundheitspolitik. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 1 der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung

Fuchs T. (2006):

Kurzfassung des Forschungsberichts „Was ist gute Arbeit? Anforderungen aus Sicht der Erwerbstätigen.“ Konzeption & Auswertung einer repräsentativen Untersuchung. Eine Untersuchung im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Stadtbergen 2006

- Gallup GmbH (2003):  
Pressemitteilung vom 29. Oktober 2003. Potsdam
- Gehmacher E. (2004):  
Sozialkapital Basisinformation. [www.umweltnet.at/article/articleview/26519/1/7804/](http://www.umweltnet.at/article/articleview/26519/1/7804/)
- Goleman, D.: Boyatzis, R.: McKee, A.: (2003):  
Emotionale Führung. Ullstein Verlag
- Gollwitzer, P.M. (1993):  
The Intention to behavior process. In Hewsten, M. Stroebe W. (Hrsg.), European Review of Social Psychology 4. Chichester: J. Wiley & Sons
- Greif, S. (1991):  
Stress in der Arbeit - Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg U. N. Semmer (Hrsg.), Psychischer Stress am Arbeitsplatz (S. 1 -28). Göttingen: Hogrefe.
- Greenglass E.R., Burke R.J. (2002):  
Hospital Restructuring and Burnout. Journal of Health and Human Services Administration, S. 89-114
- Gröben, F. & Bös, K. (1999): Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Edition Sigma® Rainer Bohn Verlag, Berlin
- Gröben, F. (2002):  
Ergebnisse einer Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen. In Badura, B et al. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2001. S. 50 - 62. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hacker, W.; Richter, P. (1998):  
Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Ansgar.
- Hamel, G. & Välikangas, L. (2003):  
Das Streben nach Erneuerung. Harvard Business Manager, 29 (12), 24-42.
- Hansen C.; Andersen J. (2009):  
Sick at work – a risk factor for long-term sickness absence at a later date? Journal of Epidemiology and Community Health. 63:397-402
- Hauschild, J. & Gemunden, H.G. (1999):  
Promotoren – Champions der Innovation 2. Auflage Wiesbaden
- Heckhausen, D. (2000):  
Einflussfaktoren auf Fehlzeiten und Maßnahmen dagegen. Organisationsberatung – Supervision – Clinical Management, 2, S. 109 – 120. In: Bundesverband der Unfallkassen (2007). Forschung für die Praxis. Gesundheitsförderliche Mitarbeiterführung. <http://www.Unfallkassen.de/files/556/FFDP12007.pdf?PHPSESSID=c550> (abgerufen am 07.06.2009)

Herzberg, F.; Mausner, B.; Snyderman, B. (1959):  
The Motivation to Work. New York.

Hinrichs, S. (kein Jahr angegeben): Kompetenzmanagement als Bedingung erfolgreicher Gruppenarbeit in kleinen und mittleren Unternehmen/http://fogs.uni-  
duisburg.de

Hollederer, A. (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Jg. 35, H. 3. S. 411-428

Hollederer, A. (2003): Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos? Arbeitslosenuntersuchungen. In: IAB-Kurzbericht Nr. 04/2003, Nürnberg

Holzer, C. (1993):  
Arbeitszufriedenheit und Absentismus – eine empirische Studie unter Berücksichtigung der qualitativen Formen der Arbeitszufriedenheit. Diplomarbeit an der Universität Bayreuth

Jahressteuergesetz 2009:  
§ 3 Nr. 34 EStG; § 52 Abs. 4c EStG

Jans, M. (2003):  
Sozialkonzepte und ihre Brauchbarkeit in der Personal- und Organisationsforschung, Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften/ Universität Duisburg-Essen (Standort Essen) Nr. 128

Janßen, D. & Nachreiner, F. (2004):  
Flexible Arbeitszeiten. Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaften, Bremerhaven

Jäger, R. (2002):  
Selbstmanagement und persönliche Arbeitstechniken, Band 8 /Schriftenreihe Organisation, Dr. Götz Schmidt Verlag,

Kanning, U.P. (1999):  
Die Psychologie der Personenbeurteilung. Göttingen: Hogrefe 119-141

Karasek, R. & Theorell, T., (1990):  
Healthy work: stress, produktivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books

Kempf, H.-D., (2010):  
Die neue Rückenschule. Das Praxisbuch. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Kistler, E.; Fuchs T. (2004):  
Was ist gute Arbeit? Anforderungen aus der Sicht von Erwerbstätigen. Eine repräsentative Befragung im Rahmen der Initiative „Neue Qualität der Arbeit (INQA)“. Zwischenbericht im Projekt, Stadtbergen

- Krüger, W.; Müller, P.; Stegemann, K. (1998):  
Kosten Nutzen Analyse von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhafen
- Kuhn, K. in Badura, B. u.a. (Hg.) (2001):  
Fehlzeiten-Report 2000. Seite 14-23. Springer-Verlag, Berlin
- Lazarus, R.S. (1999):  
Stress and Emotion, London; Free Association Books (Nachdruck)
- Lazarus, R.S. (1984):  
Stress, appraisal and coping. Springer-Verlag, New York
- Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (2002):  
Konzept zur Ermittlung psychischer Fehlbelastungen am Arbeitsplatz und zu Möglichkeiten der Prävention. LV 28. München
- Lefrancois, G. (1986):  
Psychologie des Lernens. 2. Auflage. Springer-Verlag, Berlin
- Lenhardt, U. (1994):  
Betriebliche Strategien zur Reduktion von Rückenschmerzen – Aspekte des Interventionswissens und der Interventionspraxis. WZP, P 94-206, Berlin
- Lenhardt, U. (2001):  
Wirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit. In: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin
- 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
- Lenhardt, U. (2004): Präventionsbericht 2002:  
Betriebliche Gesundheitsförderung im Aufwind? Bremer Arbeitnehmer Magazin (1/2004)
- Leymann, H. (1995):  
Mobbing. Reinbeck: Rohwolt
- Locke, E.A., & Latham, G.P. (1990):  
A Theory of Goal Setting and Task Performance: Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall

Maintz, G.: (2000):

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Neue Arbeitsformen und älter werdende Beschäftigte: ein Gegensatz? [www.baua.de](http://www.baua.de)

Lomnitz, G. (1985):

Umgang mit Widerständen – überflüssiges Ärgernis oder Notwendigkeit. In: Management Enzyklopädie: Managementwissen unserer Zeit, Band 9 (S. 224-231), Landsberg, Lech

Manchen Spörri, S. (2000):

Alltagstheorien über Führung aus der Sicht von weiblichen und männlichen Führungskräften und ihren MitarbeiterInnen. Dissertation. Universität Konstanz, Sozialwissenschaftliche Fakultät, Fachgruppe Psychologie.

Manson, B.J. (2000):

Downsizing Issues. The impact of employee morale and productivity. Garland, New York

Marr, R.: Steiner, K. (2003):

Personalabbau in deutschen Unternehmen: Empirische Ergebnisse zu Ursachen, Instrumenten und Folgewirkungen. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden

Maturana, H.R., Varela, F.J. (1987):

Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen – die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Scherz Verlag: Bern/München

Mayring, P. (2002):

Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Mayring, P. (2003):

Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Mayring, P / Gläser-Zikuda, M. (2005):

Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

McGuire, W.J. (1985):

Attitudes and attitude change: In Lindzey, G.: Aronson (Eds.). Handbook of social psychology. New York: Random House 233-346

Medico international e.V. (2003):

Die Zukunft der Vergangenheit. medico-Rundschreiben 3/2003. [www.medico.de/rundschr/0303/0303almaata.htm](http://www.medico.de/rundschr/0303/0303almaata.htm) (01.11.2004)

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.(Hrsg.) (2009):

Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2008

Merli , D. & Paoli, P. (2002):

Dritte Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

Meschkatat, B.: Stackelbeck, M.: Langenhoff G.: (2002):

Der Mobbing-Report, Repr sentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin

Meuser, M. u. Nagel, U. (1991):

ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur Methodendiskussion.- In: Garz, D., Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitative empirische Sozialforschung. Methoden, Konzepte, Analysen. Opladen, S. 441-471.

Meuser, M. u. Nagel, U. (2005):

ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur Methodendiskussion.- In: Bogner, A., Littig B., Menz W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung 2. Auflage, S. 71-93

Meyer, M. (2001):

Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, Band 21. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH.

Moeini B., Shafi F., Hidarnia A., Barbaii G.R., Birashk B. Allahverdipour H. (2008):

Perceived Stress, Self-efficacy and ist Relations to psychological well-Beeing status in Iranian male high school students. Social behaviors and personality, 36(2), S. 257-266

Mohr, G.; Udris, I. (1997):

Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, in Schwarzer, Ralf: Gesundheitspsychologie. Göttingen. 2. Aufl. 1997, S. 553-573

Moldaschl, M. (2003):

Zehn Gebote für eine zukunftsfähige Arbeitsgestaltung, in WSI-Mitteilungen 10/2003: S. 571-577.

Moscovici, (1985):

Social influence and conformity: In Lindzey, G. Aronson, E. (Eds.): Handbook of social Psychology: 3<sup>rd</sup> edn (vol.2, 357-412) New York: Random House

Münch, E. u.a. (2004):

Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. 2. unv. Auflage. Edition Sigma, Berlin

Neuberger, O. (1976):

Führungsverhalten und Führungserfolg. Berlin: Duncker & Humbolt

Neuberger, O. (1994):

Führen und geführt werden, 4. Auflage, Stuttgart

- Nieder, P. (2000):  
Führung und Gesundheit – Die Rolle der Vorgesetzten im Gesundheitsmanagement. In: U. Brandenburg, P. Nieder, B. Susen (Hrg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen – Grundlagen, Konzepte und Evaluation. Juventa Verlag, Weinheim, München, S. 149 – 161
- Olbrisch, K. (2006):  
Was macht gute Arbeit aus? [www.business-on.de/inqa-studie-wasgute-arbeit-aus-index\\_kat81\\_id10713html-32k](http://www.business-on.de/inqa-studie-wasgute-arbeit-aus-index_kat81_id10713html-32k)
- Olfert, K. (2008):  
Lexikon Personalwirtschaft. 1. Auflage. Friedrich Kiehl Verlag GmbH
- Osterholz, U. (1991):  
Gegenstand, Formen und Wirkungen arbeitsweltbezogener Intervention zur Prävention muskulo-skelettaler Beschwerden und Erkrankungen. WPZ, P91-202, Berlin
- Oettingen, G. (1997b):  
Psychologie des Zukunftsdenkens: Erwartungen und Phantasien. Göttingen: Hogrefe
- Pelikan, J. M. u.a. (Hg.) (1993):  
Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Juventa Verlag, Weinheim
- Pfaff, H. & Slesina, W. (Hg.) (2001):  
Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Juventa Verlag, Weinheim
- Pfaff, H., Badura, B.: Pühlhofer, F.: Siewerts, D. (2005):  
Das Sozialkapital der Krankenhäuser – wie es gemessen und gestärkt werden kann. In: Fehlzeitenreport 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Pfaff., J. u.a. (Hrsg.) (2004):  
<<Weiche>> Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement, Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen. Bern: Hans Huber Verlag
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986): Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change. New York: Springer
- Rahn, H.J. (2005):  
Unternehmensführung, 6. Aufl., Kiehl-Verlag, Ludwigshafen/Rhein
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006):  
Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven VS-Verlag
- Ritter, W. (2003):  
Betriebliches Gesundheitsmanagement „erlernen“ durch Leitfäden? Wirtschafts Verlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven

- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2004):  
Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber, Bern
- Ruppert, F. & Gerstberger, C.: (1998):  
Sicherheits- und Gesundheitskultur - Faktoren eines ganzheitlichen Verständnisses von Sicherheit und Gesundheit im Betrieb. Abschlußbericht zum Forschungsprojekt. Katholische Stiftungsfachschule. München: o.V.
- Sackmann, S.A. (2004):  
Erfolgsfaktor Unternehmenskultur. Mit kulturbewusstem Management Unternehmensziele erreichen und Identifikation schaffen - 6 Best-Practice-Beispiele. (Hrsg.: Bertelsmann Stiftung). Wiesbaden: Gabler.
- Schmidt J; Schröder H., 2010:  
Präsentismus – Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In: Fehlzeitenreport 2009 – Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010
- Schmidt, K.H. (1996):  
Wahrgenommenes Vorgesetztenverhalten, Fehlzeiten und Fluktuation. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 40. Jg. (N.F.14) 2. Göttingen: Hogrefe, S. 54-62.
- Schnabel, G. (1993):  
Fitness. In Lexikon der Sportwissenschaft. Schorndorf: Hofmann
- Schnell, R.; Hill, P.B.; Esser, E., (2008):  
Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München.
- Schwartz, J.E. & Stone, A.A. (1993):  
Coping with daily Work Problems: Contributions of problem content, appraisals, and personal factors. Work and Stress, 7, 47-62
- Schwarzer R., Jerusalem M. (2002):  
Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Zeitschrift für Pädagogik: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen, Hopf D. Jerusalem M. (Hrsg.), Verlag: Beltz GmbH, Julius; Auflage: 1, S. 28-53
- Seibel, H.D. & Lühring, H. (1984):  
Arbeit und psychische Gesundheit. Göttingen: Hogrefe
- Semmer, N.; Mohr, G. (2001):  
Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. Psychologische Rundschau, 52, S. 150-158.

Siegrist, J. (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

Siegert, W. (2006):  
Ohne Ziele keine Treffer. Ziele – Wegweiser zum Erfolg. 3. aktualisierte Auflage.  
Wolznach: Kastner

Sherif, C.W., Kelly, M., Rodgers H.L. Sarup, G. Tittler, B.I. (1973):  
Personal Involvement, Social Judgement, and Action. In: Journal of Personality and Social Psychology, 27, 311-328

Spieß E., Stadler P. (2007):  
Gesundheitsförderliches Führen – Defizite erkennen und Fehlbelastungen der Mitarbeiter reduzieren. In A. Weber & G. Hörmann (Hrsg.) Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Stuttgart, S. 255-274.

Stadler, P. & Spieß, E.: (2002):  
Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden

Stadler, P. & Spieß, E.: (2004):  
Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz. Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Forschungsbericht Fb 977)

Stadler, P. & Spieß, E.: (2004):  
Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, Grundzüge und Beispiele eines Informations- und Handlungskonzepts. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund

Stadler, P. Strobel, G. & Hoyos, C. Graf (2000):  
Psychische Belastung von Mitarbeitern – die Rolle des Führungsverhaltens, Ergo Med Zeitschrift für angewandte Arbeitsmedizin, Arbeitshygiene und Umweltmedizin, 24, Heft 3, S. 136-142.

Stadler, P. & Strobel, G. (2000):  
Der Einfluss von Führungsverhalten auf die psychische Belastungssituation von Mitarbeitern. Zeitschrift Die gewerblichen Berufsgenossenschaften, 2000, 1-13.

Stahlberg, D. & Frey, D. (1993):  
Das Elaboration-Likelihood-Modell von Petty und Cacioppo: In Frey, D.: Irle, M. (Hrsg.): Kognitive Theorien der Sozialpsychologie. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Huber 327-359

Statistisches Bundesamt (2010):

Pressemitteilung Nr.280 vom 11.08.2010 des statistischen Bundesamtes Wiesbaden, heruntergeladen am 08.08.2011, URL [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/08/PD10\\_\\_280\\_\\_23631,templateId=renderPrint.psm1](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/08/PD10__280__23631,templateId=renderPrint.psm1)

Steers, R.M. & Mowday R.T.: (1981):

Employee turnover and post-decision accomodation process. Research in Organisational Behavior, 3, S. 235-281.

Steinberg, U. u. Windberg, H.-J., (2011):

Heben und Tragen ohne Schaden. Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. 6. unveränderte Auflage, DruckVerlag Kettler, Bönen/Westfalen

Strobel, G. & Krause, J. (1997):

Psychische Belastung von Bauleitern. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 778). Bremerhaven: NW Verlag.

Strobel G. und Wittmann, M. (1996):

Entwicklung branchenspezifischer Leitfäden zur Motivation und Förderung des bestimmungsgemäßen Einsatzes von persönlichen Schutzausrüstungen (PSA). Abschlussbericht. Köln, St. Augustin: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 1996

Sverke, M.: Hellgren, H.: Näswall, K. 2006:

Arbeitsplatzunsicherheit: Überblick über den Forschungsstand

In: Fehlzeitenreport 2005 – Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Berlin, Heidelberg, New York: Springer

Udris, I.; Rimann, M. (2000):

Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte von SOC und ein Validierungsversuch. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts (S. 129-147). Weinheim

Ulich, E. (1998):

Arbeitspsychologie. 4. Auflage. Stuttgart: Poeschel.

Uexküll u.a. (Hrsg.) (1990):

Psychosomatische Medizin. 4., neubearbeitete und erweiterte Auflage, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore,

Vester, F. (1984):

Phänomen Streß, Wo liegt sein Ursprung, warum ist er lebenswichtig, wodurch ist er entartet? Deutscher Taschenbuchverlag

Wagner-Link, A. (1993):

Aktive Entspannung und Stressbewältigung, Wirksame Methoden für Vielbeschäftigte. Reihe Westerham Fachbereich Wirtschaft Band 5 expert Verlag

- Weiss, V. (2004):  
Personalabbau in Unternehmen und die Situation der Verbleibenden. Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Westerhoff U., (2002):  
Erfahrungen aus Führungskräfte trainings zum Thema „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“. Beitrag im Rahmen des Symposiums Führung und Gesundheit
- Westermayer, G. & Bähr, B. (Hg.) (1994):  
Betriebliche Gesundheitszirkel. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen.
- Wieland, M. (2007):  
Erhebung zur Verwendung von Hebe- und Tragehilfen in österreichischen Krankenanstalten. Eine Studie im Auftrag der AUVA durchgeführt von der Gesundheitsmanagement OEG, August 2007
- Wittig-Göetz, U. (2004): Ergo online, <http://www.sozialnetz.de/ca/pq/ljm>
- World Health Organisation (1986):  
Ottawa Charter for Health Promotion. Journal of Health Promotion, 1 1-4.
- Zapf, D. (1999):  
Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. In: Nickel U. & Reiter-Mollenhauer, R. (Hrsg.), Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Theoretische und praktische Modelle. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Zapf, D.; Semmer, N. (2004):  
Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), Enzyklopedie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 3 Organisationspsychologie (2. Auflage) (S. 1007-1112) Hogrefe, Göttingen
- Zimber, A. (2001):  
Wie Führungskräfte zur Mitarbeitergesundheit beitragen können: Eine Pilotstudie in ausgewählten BGW-Mitgliedsbetrieben: BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg

## 12 Anhang

Anhang 1:

### Interviewleitfaden

#### **1) Allgemeine Fragen zu Person und Führungsfunktion.**

1. Welche Aufgaben haben Sie in Ihrem Betrieb?
2. Wie viele Mitarbeiter/innen sind Ihnen unterstellt?
3. Wie lange arbeiten Sie in diesem Unternehmen?
4. Wie lange als Führungskraft?
5. Wie alt sind Sie?

#### **2) Wie definieren Führungskräfte Gesundheit und die Einstellung der Führungskraft gegenüber ihrer eigenen Gesundheit.**

1. Was machen Sie selbst für Ihre eigene Gesundheit?
2. Welchen körperlichen oder psychischen Belastungen sind Sie ausgesetzt?
3. Wie gehen Sie mit Zeitdruck um?
4. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und körperlichen (Rückenschmerzen, Schulter, Nackenschmerzen usw.) oder psychischen (Durchschlafprobleme, Nervosität usw.) Beschwerden?

#### **3) Welches Selbstverständnis bezogen auf den Führungsstil und die Aufgabe „Führung“ haben die Vorgesetzten?**

1. Wie verstehen Sie Ihre Rolle als Führungskraft?
2. Was bedeutet Führung für Sie?

#### **4) Wie ist der Informationsstand der Führungskräfte bezogen auf das Thema Gesundheit im Betrieb? Welchen Informations- und Schulungsbedarf sehen die befragten Führungskräfte?**

1. Haben Sie Erfahrungen mit dem Thema Gesundheit im Betrieb?
2. Haben Sie an Schulungen zu der Thematik Gesundheitsschutz teilgenommen?

3. Wurden Sie in Ihrer Ausbildung zu dieser Thematik geschult? Welche Themen haben sie in den Schulungen bearbeitet? Wie umfangreich waren diese?
4. In welchen Bereichen möchten Sie ihre Kenntnisse zu dieser Thematik erweitern?

**5) Welchen Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit schreiben sich die Führungskräfte zu?**

1. Was glauben Sie, wirkt sich innerhalb Ihres Unternehmens auf die Gesundheit der Mitarbeiter aus?
2. Wie sehen Sie ihre (Aufgabe) Rolle bezogen auf die Gesundheit der Mitarbeiter ihres Einflussbereiches?
3. Welche Bedeutung schreiben Sie ihrem eigenen Verhalten für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter zu?
4. Wie sehen Sie Ihre Verantwortung für die Gesundheit Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?
5. Welches Rüstzeug haben Sie von Ihrem Betrieb bekommen, um dieser Verantwortung gerecht zu werden?
6. Wie fühlen Sie sich im Hinblick auf diese Verantwortung?
7. Wie viel Einfluss haben Sie als Vorgesetzter auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?

**6) Welchen eigenen Einfluss nimmt die Führungskraft auf die Arbeitsplatzbedingungen und das Beschäftigtenverhalten wahr?**

1. Wie gehen Sie mit Themen wie Zugluft, Arbeitshöhen bzw. richtige Einstellung des Arbeitsplatzes, mitarbeiterbezogene Arbeitsplatzgestaltung, Hitze, Kälte, schlechte Luft usw. um?
2. Wenn Sie sehen, dass sich ein Mitarbeiter falsch verhält z.B. seinen Arbeitsplatz falsch eingestellt hat, was machen Sie dann?

**7) In wie weit ist der Gesundheits- und Arbeitsschutz im Betrieb Thema für diese Führungskraft?**

1. Wie ist in Ihrem Betrieb der Arbeitsschutz geregelt?
2. Hat Ihr Betrieb die Verantwortung für den Arbeitsschutz auf die Führungskräfte delegiert? Sind Sie selbst beauftragt?
3. Wie glauben sie, beeinflusst diese Beauftragung Ihr Verhalten?

4. Wer sollte Ihrer Meinung nach für diese Aufgabe verantwortlich sein und wer ist es letztendlich?
5. Wie sollte Ihrer Meinung nach der Gesundheitsschutz im Betrieb geregelt sein?

**8) Welchen eigenen Einfluss nehmen Führungskräfte auf das Betriebsklima wahr?**

1. Wie viel Einfluss nehmen Sie als Führungskraft auf das Betriebsklima?
2. Wodurch nehmen Sie Einfluss auf das Betriebsklima?
3. Wie schätzen Sie das Betriebsklima in Ihrer Firma ein?
4. Wie schätzen Sie es für Ihren eigenen Arbeitsbereich ein?
5. Welche Maßnahmen und/oder Regelwerke gibt es in Ihrem Betrieb, mit denen das Betriebsklima gefördert wird?

**9) Welche betrieblichen Schnittstellen werden von den Führungskräften als gesundheitsrelevant wahrgenommen und wie sehen sie ihren eigenen Einfluss darauf?**

1. Wie viel Einfluss haben Sie als Führungskraft auf die Schnittstelle: Mensch-Mensch / Mensch-Maschine / Mensch-Organisation?
2. Welche Schnittstellen Mensch-Maschine, Mensch-Organisation oder Mensch-Mensch sind für die Mitarbeitergesundheit relevant? Welche am meisten?

**10) Welche Ressourcen sind aus Sicht der Führungskräfte wichtig für die Beschäftigtengesundheit?**

1. Welche Unterstützung haben Sie durch Ihren Betrieb, wenn Sie an den Arbeitsplätzen etwas verändern möchten?
2. Haben Sie ein Budget, mit dem Sie Veränderungen in Ihrem Arbeitsbereich finanzieren können?
3. Wie bedeutsam sind die betrieblichen Ressourcen für Ihr Handeln?
4. Was brauchen Sie als Führungskraft, um Anforderungen der Thematik Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung gerecht zu werden?

**11) Welche Rolle spielt für die Vorgesetzten die Unternehmenskultur für das Thema Gesundheit im Betrieb?**

1. Abgesehen von dem Leitbild Ihres Betriebes, wie würden Sie die Unternehmenskultur Ihres Betriebes beschreiben?

2. Wie wirkt sich diese Kultur auf Ihr eigenes Führungsverhalten aus? Wie viel Einfluss nehmen Sie selbst auf die Unternehmenskultur?
3. Welche Bezüge hat die real gelebte Unternehmenskultur zur Mitarbeitergesundheit?
4. Wie wirken sich Ihrer Meinung nach organisationale Bedingungen auf die Mitarbeiter bzw. auf deren Gesundheit aus?

Anhang 2: **Auswertungsschema**

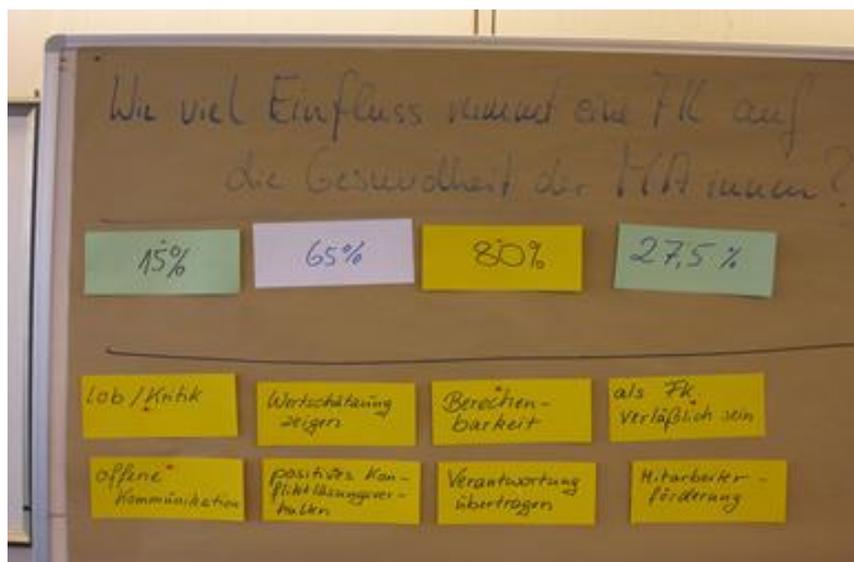
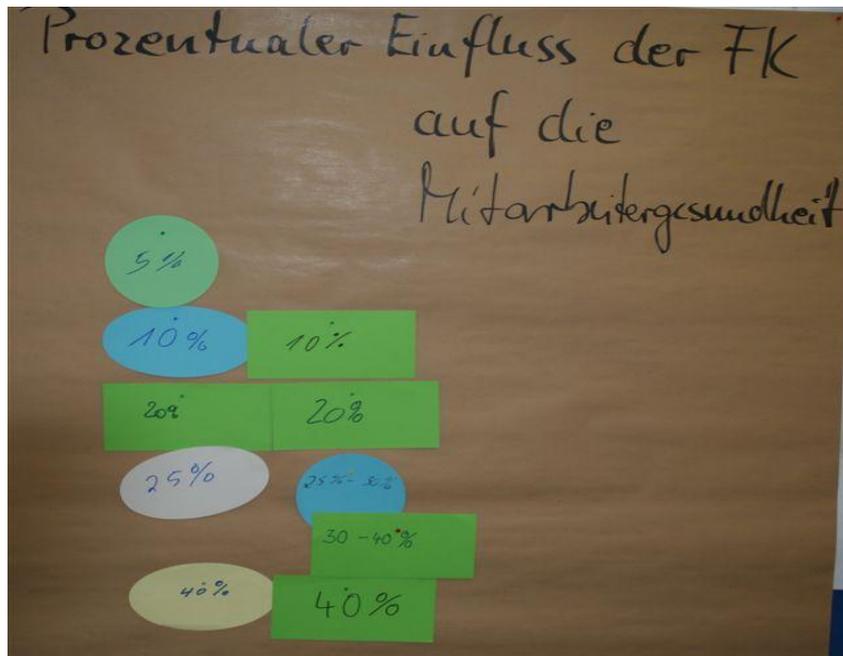
<b>Kategorien</b>	<b>Aussagen der FK</b>
<b>Betrieb</b>	
<b>Interviewpartner</b>	
<b>1) Persönliche Daten der FK</b>	
Hierarchieebene	
Führungskraft seit	
Alter	
Betriebzugehörigkeit	
Der FK zugeordnete Beschäftigtenanzahl (0-10, 10-100, > 100)	
<b>2) Beschreibung der eigenen Gesundheit der FK und Definition Gesundheit</b>	
Definition Gesundheit	
Für sich selbst wahrgenommene psychische Belastungen/Beanspruchungen	
Für sich selbst wahrgenommene physische Belastungen/Beanspruchungen	
Work-Life-Balance der FK	
Symptome der FK, die mit der Arbeit verbunden werden?	
Pflege der eigenen Gesundheit	
<b>3) Führungsrolle/Führungsstil</b>	
Ziele setzen/vereinbaren	
Rückmeldung geben/Feedback	
Kontrolle	
Beteiligung	
Berücksichtigung privater Lebensumstände	
Soziale Unterstützung	
Organisatorische Unterstützung	
Aktivieren der Beschäftigten – ermutigen	
Vorbild sein	
Wertschätzung der Beschäftigten	
Beschäftigte fördern/entwickeln	
Information/Transparenz	
Gestaltung der Arbeitsbedingungen	
Gestaltung der Arbeitsabläufe	
Gestaltung Zusammenarbeit (Betriebsklima)	
Gesundheitsbewusstsein schaffen	
Kooperatives Handeln fördern	
Fehlerkultur schaffen	
Vertrauenskultur schaffen	
Schutz der Beschäftigten (Pufferfunktion)	
<b>4) Informationsstand zur Gesundheitsförderung im eigenen Unternehmen?</b>	
Aktivitäten im Betrieb zur Gesunderhaltung der Beschäftigten vorhanden?	
Erfahrungen mit Gesundheitsförderung?	

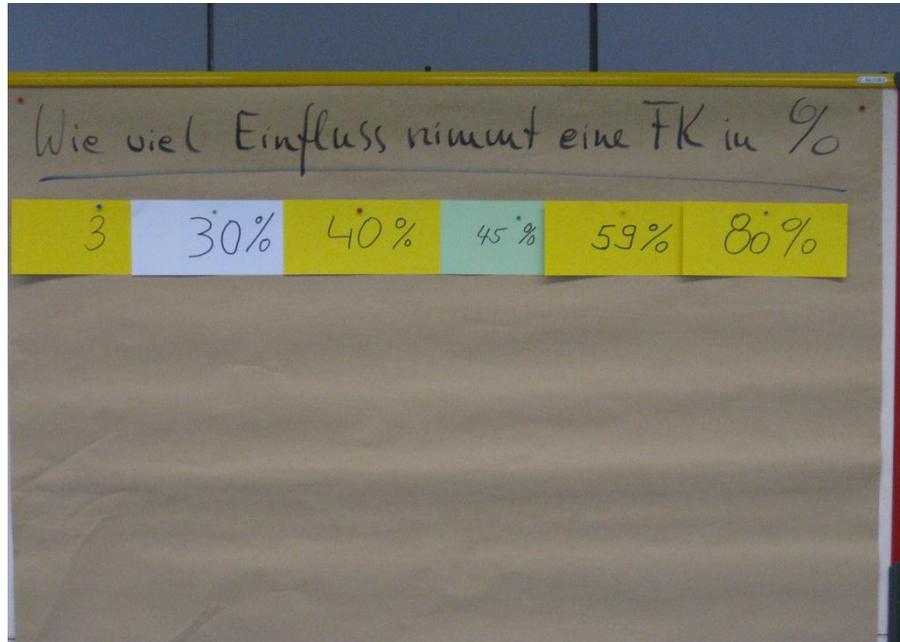
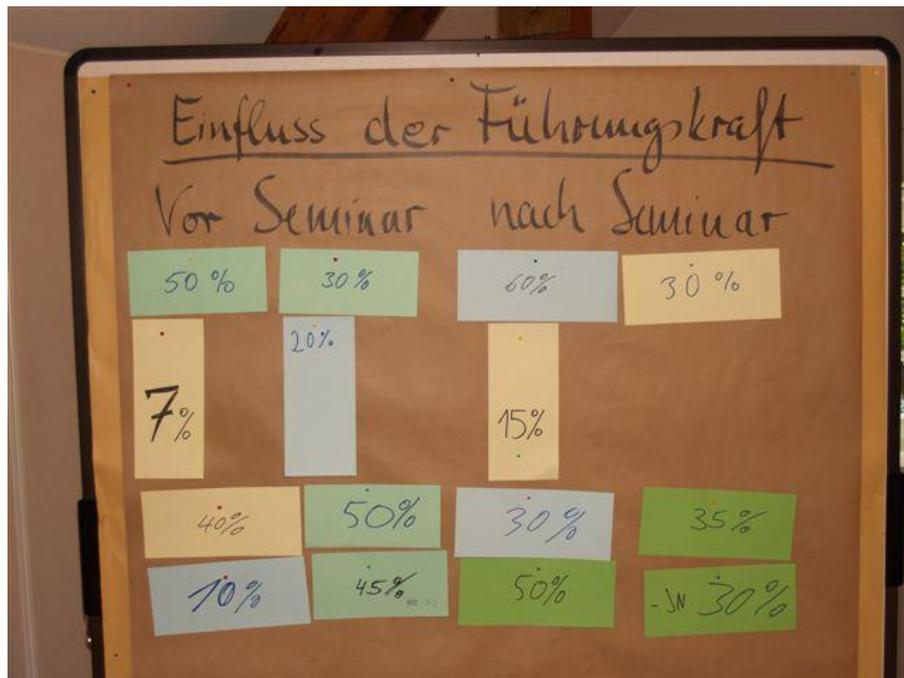
Probleme mit Gesundheitsförderung?	
Schulungsbedarf zu BGF	
<b>5) Wahrgenommener Einfluss FK auf die Beschäftigtengesundheit</b>	
Belastungssituation der Beschäftigten	
Körperliche Belastung/Ressourcen	
Psychische Belastung/Ressourcen	
Wahrnehmung eines großen Einflusses – Begründung	
Wahrnehmung eines geringen Einflusses – Begründung	
Prozentuale Einschätzung des Einflusses	
Übernahme der Verantwortung für die Beschäftigtengesundheit	
Wie sich die FK mit der Verantwortung für die Beschäftigtengesundheit fühlen?	
<b>6) Wahrgenommener Einfluss FK auf die Arbeitsplatzbedingungen</b>	
Aktive Gestaltung der Arbeitsplätze	
Passiver/reaktiver Umgang mit der Gestaltung der Arbeitsplätze	
Umgang der FK mit Fehlverhalten der Beschäftigten am Arbeitsplatz	
a) nimmt es nicht wahr	
b) nimmt es wahr	
c) kümmert sich darum/reagiert	
Unterstützung der FK bei dieser Aufgabe durch Betrieb	
<b>7) Ist der Arbeitsschutz für diese FK ein Thema?</b>	
Informationsstand FK über Arbeitsschutz im eigenen Betrieb	
Bedeutung des Arbeitsschutzes für diese FK	
Delegation des Arbeitsschutzes auf diese FK?	
Unterschiede zwischen den FK in Abhängigkeit von Delegation oder nicht Delegation?	
Qualität des Arbeitsschutzes	
Qualifizierung für Arbeitssicherheit?	
<b>8) Wahrgenommener Einfluss der FK auf das Betriebsklima</b>	
Bewertung des Betriebsklimas	
Wodurch Einfluss auf das Betriebsklima	
Wie viel Einfluss auf Betriebsklima	
Welche betrieblichen Bedingungen haben Einfluss auf das Betriebsklima	
<b>9) Wahrgenommener Einfluss der FK auf betriebliche Schnittstellen</b>	
Für sich selbst wahrgenommener Einfluss auf	

die Schnittstellen Mensch/Mensch, Mensch/Maschine und Mensch/Organisation	
Bedeutung der jeweiligen Schnittstelle für die Beschäftigtengesundheit	
<b>10) Betriebliche Ressourcen und ihre Relevanz für die Beschäftigtengesundheit</b>	
Welche Ressourcen werden von den FK wahrgenommen?	
Welche Ressourcen sind aus Sicht der FK für die Aufgabe „Gesundheit im Betrieb“ wichtig?	
Einfluss organisationaler Bedingungen auf Beschäftigtengesundheit	
Gibt es für Arbeitsschutz oder BGF ein Budget?	
Auswirkung eines Budgets auf Betriebliche Gesundheitsförderung	
<b>11) Einfluss und Bedeutung der Unternehmenskultur bezogen auf Beschäftigtengesundheit</b>	
Verschriftlichtes Leitbild vorhanden?	
Verschriftlichtes Leitbild vs. gelebte Unternehmenskultur	
Einfluss FK auf Unternehmenskultur	
Einfluss Unternehmenskultur auf Führungsverhalten	
Einfluss Unternehmenskultur auf Beschäftigtengesundheit	
Abgleich Wahrnehmung Einfluss FK auf Unternehmenskultur mit Wahrnehmung FK auf Beschäftigtengesundheit	

### Anhang 3: Geschätzter Prozentualer Einfluss der Führungskräfte auf die Beschäftigtengesundheit:

Es handelt sich hier nicht um die vollständige Auswahl der zur Berechnung auf Seite 114 zugrundeliegenden Daten.





## Erklärung

Ich versichere, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt sowie die Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen sind, unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht habe. Das gilt auch für die verwendeten Tabellen und Abbildungen.

Diese Arbeit hat weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer anderen Fakultät vorgelegen

Rietberg, den 17. Oktober 2011

---

Mechthild Echterhoff