

Wirtschaftswissenschaftliche Schriften

**Erarbeitung eines Konzeptes zur Einführung
bzw. Umsetzung eines Betrieblichen Ge-
sundheitsmanagements in die unternehme-
rische Praxis auf der Grundlage von Erfolgs-
faktoren des „Thüringer Netzwerkes
Betriebliches Gesundheitsmanagement“**

Julia Fröhlich

Heft 01 / 2013

Fachbereich Betriebswirtschaft

**Schriftenreihe: Wirtschaftswissenschaftliche Schriften,
Jahrgang 2013, Heft 1**

Reihe: Angewandtes Personalmanagement

Herausgeber: Prof. Dr. Heike Kraußlach

Autor: Julia Fröhlich

ISSN 1868-1697
ISBN 3-939046-31-0

Redaktion:
Thomas Sauer, Guido A. Scheld, Matthias-W. Stoetzer

Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena, Fachbereich Betriebswirtschaft
Carl-Zeiss-Promenade 2
D-07745 Jena
Tel.: 03641-205-550
Fax: 03641-205-551

Erscheinungsort: Jena

Die vorliegende Publikation wurde mit größter Sorgfalt erstellt, Verfasser und Herausgeber können für den Inhalt jedoch keine Gewähr übernehmen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung und Einspeicherung in elektronische Systeme des gesamten Werkes oder Teilen daraus bedarf – auch für Unterrichtszwecke – der vorherigen Zustimmung der Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena, Fachbereich Betriebswirtschaft und des Autors.

Printed in Germany

Abstract

Die Thematik des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Dies ist zum einen auf die verstärkten Bemühungen der Politik zurückzuführen, das Thema Gesundheit vermehrt in den Mittelpunkt zu rücken. Zum anderen sehen die Unternehmen zukünftig Herausforderungen wie dem demografischen Wandel, dem Fachkräftemangel oder der Zunahme von psychischen Erkrankungen entgegen, die eine stärkere Berücksichtigung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten erforderlich machen.

In dieser Arbeit wird anhand von fünf Erfolgsfaktoren (zentrale Strategie im Gesundheitsmanagement, Unternehmenskultur, institutionalisierte Gesundheitsstrukturen, Leistungsangebot für Mitarbeiter und aussagekräftiges Controlling) ein Überblick gegeben, welche Aspekte bei der Einführung und Umsetzung eines ganzheitlichen BGM zu beachten sind. Diese fünf Erfolgsfaktoren sind Ergebnisse einer Expertenumfrage von EuPDRResearch unter Gesundheitsexperten in Konzernen.

Die vorliegende Arbeit nimmt u.a. Bezug auf den Sozialkapital-Ansatz von Badura et. al., welcher einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Kultur einer Organisation und der Gesundheit der Beschäftigten aufzeigt. Die Rolle der Führungskräfte, die Eigenverantwortung der Mitarbeiter sowie die sozialen Beziehungen innerhalb des Unternehmens sind hierbei von besonderer Bedeutung für ein erfolgreiches BGM. Um dies zu erreichen, muss das BGM in einen strategischen Rahmen eingebettet sowie entsprechende Strukturen geschaffen werden. Neben dem Festlegen von Verantwortlichkeiten, der Erarbeitung und Bereitstellung von bedarfsgerechten Leistungsangeboten sowie der Begleitung der Maßnahmen sind ebenso geeignete Controllingsysteme wegweisend im Implementierungsprozess.

Schlagwörter: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Erfolgsfaktoren, Strategie, Unternehmenskultur, Strukturen, Leistungsangebot, Controlling

E-Mail-Adresse der Autorin: froehlich_julia@gmx.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Übersichtsverzeichnis	VII
Anhangverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis	X
1 Grundlegung	1
1.1 Einführung.....	1
1.2 Ziel und Aufbau der Arbeit.....	2
2 Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	4
2.1 Rahmenbedingungen	4
2.2 Definition und Prinzipien.....	8
2.3 Aufgaben	10
2.4 Ziele, Interessen und Nutzen.....	13
3 Ausgangssituation	16
3.1 Thüringer Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	16
3.2 Expertenbefragung von EuPD Research.....	17
3.3 Konzeptioneller Aufbau und Zusammenhang der fünf Erfolgsfaktoren..	19
4 Zentrale Strategie im Gesundheitsmanagement	20
4.1 Definition und Bedeutung	20
4.2 Festlegung von Zielen	21

5	Unternehmenskultur	24
5.1	Definition	24
5.2	Bedeutung der Unternehmenskultur für BGM anhand des Sozialkapital-Ansatzes	27
5.3	Wesentliche Inhalte	30
5.3.1	BGM als Führungsaufgabe.....	30
5.3.2	Eigenverantwortung der Mitarbeiter.....	33
5.3.3	Soziale Beziehungen.....	35
6	Institutionalisierte Gesundheitsstrukturen.....	37
6.1	Interne Strukturelemente	37
6.1.1	Anbindung im Unternehmen.....	37
6.1.2	Gesundheitsmanager	39
6.1.3	Lenkungsreis	41
6.2	Externe Strukturelemente.....	44
6.2.1	Krankenkassen	44
6.2.2	Berufsgenossenschaften (Unfallversicherungsträger).....	46
6.2.3	Deutsche Rentenversicherung	47
6.2.4	Sonstige	48
7	Leistungsangebot für Mitarbeiter	49
7.1	Lernzyklus des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	49
7.2	Bedarfsanalyse (Diagnose)	50
7.2.1	Gesundheitsbericht	50
7.2.2	Mitarbeiterbefragung	52
7.2.3	Gesundheitszirkel.....	57
7.2.4	Arbeitsplatzbegehungen/-analyse	59
7.3	Maßnahmenplanung und -durchführung.....	60

Inhaltsverzeichnis	VI
8 Aussagekräftiges Controlling	64
8.1 Begriffsbestimmung	64
8.2 Kennzahlenanalyse	66
8.3 Kosten-Nutzen-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse	71
8.4 Einsatz einer Balanced Scorecard im BGM	74
8.5 Qualitätssicherung durch externe Anbieter	77
9 Systematisches Vorgehen	79
10 Fazit	80
Anhang	81
Literaturverzeichnis	118

Übersichtsverzeichnis

	Seite
Übersicht 1: Erläuterungen der vier Stufen der Prävention.....	11
Übersicht 2: Gesundheit-Krankheit-Kontinuum	12
Übersicht 3: Vorteile des BGM für Arbeitgeber und Arbeitnehmer.....	15
Übersicht 4: Erfolgsfaktoren Betrieblichen Gesundheitsmanagements	18
Übersicht 5: Konzeptionelles Rahmenmodell.....	19
Übersicht 6: Funktionen von Zielen.....	22
Übersicht 7: Drei-Ebenen-Modell nach <i>Edgar Schein</i>	25
Übersicht 8: Komponenten des Sozialkapitals	27
Übersicht 9: Pfadmodell zu den Zusammenhängen des Sozialkapital-Ansatzes	29
Übersicht 10: Auswahl möglicher Kommunikationsinstrumente	34
Übersicht 11: Lernzyklus des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	50
Übersicht 12: Überblick über verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen.....	61
Übersicht 13: Treiber-Indikatoren-Modell	70
Übersicht 14: Erfassungsmethoden der Effizienzmessung	72
Übersicht 15: Konzept einer Health Balanced Scorecard.....	76

Anhangverzeichnis

	Seite
Anhang 1: Übersicht zu den Rechtsgrundlagen	81
Anhang 2: Altersstrukturelle Entwicklung der Bevölkerung Thüringens von 1990 bis 2010.....	84
Anhang 3: Produktionsausfälle und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen im Jahr 2009	85
Anhang 4: Beispiele strategischer Zielformulierungen bzw. Visionen für BGM	86
Anhang 5: Unternehmenskulturmodelle	89
Anhang 6: Unternehmensmodell der Studie zum Sozialkapital-Ansatz.....	91
Anhang 7: Anbindung des BGM in den Unternehmen.....	92
Anhang 8: Handlungsfelder für Maßnahmen der Krankenkassen.....	93
Anhang 9: BASA II- Fragebogen.....	100
Anhang 10: Fragebogen zum Work-Ability-Index	107
Anhang 11: Mögliches Leistungsportfolio	111
Anhang 12: Finanzkennzahlen aus Sicht des BGM.....	112
Anhang 13: Erwartbare Kennzahlen nach Abteilungen	113
Anhang 14: Balanced Scorecard nach Kaplan/Norton	114

Anhang 15:	
Beispiel einer Balanced Scorecard für BGM	115
Anhang 16:	
Ablaufschema zur Einführung und Umsetzung eines BGM.....	117

Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BASA	psychologisches Bewertungsverfahren von Arbeitsplatzbedingungen/Screening für Arbeitsplatzinhaber
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BG	Berufsgenossenschaft
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BKK	Betriebskrankenkasse(n)
BMI	Bundesministerium des Innern
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DIN SPEC	Spezifikationen im DIN
EG	Europäische Gemeinschaft
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion
EU	Europäische Union
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung(en)
SGB	Sozialgesetzbuch
StMAS	Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
TN BGM	Thüringer Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement
TMBLV	Thüringer Ministerium für Bau, Landesentwicklung und Verkehr
WAI	Work-Ability-Index
WHO	World Health Organization

1 Grundlegung

1.1 Einführung

Schon seit langer Zeit steht fest, dass Gesundheit das höchste Gut des Menschen ist. Bereits Arthur Schopenhauer¹ brachte die Wichtigkeit der Gesundheit mit folgenden Worten auf den Punkt: „*Gesundheit ist zwar nicht alles - aber ohne Gesundheit ist alles nichts.*“ Trotz dieser jahrhundertealten Erkenntnis hat es bis Ende des 20. Jahrhunderts gedauert, ehe das Thema durch die Ottawa-Charta in den öffentlichen Fokus gerückt ist. Auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im Jahr 1986 wurden Strategien und Handlungsfelder festgelegt, um das Ziel „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus zu erreichen.² Seitdem hat dieses Feld enorm an Bedeutung gewonnen. Längst sind sich auch Unternehmen der Wichtigkeit dieser Thematik zur Stärkung ihrer Personalressourcen bewusst.

Gerade die Arbeitswelt hat großen Einfluss auf die Gesundheit und damit auch auf das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Menschen, wobei zahlreiche Faktoren wie Arbeitssituation, -platz, -umwelt, -verhalten, Betriebsklima oder Arbeitsplatzsicherheit wichtige Determinanten sind.³ Aus dieser Erkenntnis heraus haben sich in den letzten Jahren immer mehr Organisationen⁴ dem Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM) gewidmet - mit mehr oder weniger großem Aufwand. Die derzeitigen und zukünftigen Herausforderungen, denen sich Unternehmen gegenüber sehen (demografischer Wandel, Fachkräftemangel, Zunahme der psychischen Erkrankungen⁵ - um nur einige zu nennen) machen eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik unumgänglich. Doch gerade für kleine und mittelständische Unternehmen stellt sich die Einführung und

¹ Arthur Schopenhauer (* 22.02.1788; † 21.09.1860) war ein deutscher Philosoph, Autor und Hochschullehrer.

² Vgl. WHO (1986), S.1

³ Vgl. Rudow (2004), S. XI

⁴ Der Begriff Organisation bezieht sich allgemein auf Institutionen. Im Folgenden werden die Begriffe Organisation, Betrieb und Unternehmen synonym verwendet, da es (soweit dies nicht explizit ausgeschlossen wird) für die Untersuchung unerheblich ist, ob es sich bei der Organisation um einen Betrieb, ein Unternehmen (als Unterform des Betriebes) oder eine andere Organisationsform wie z.B. eine Behörde handelt. Die Verwendung des Begriffes Unternehmen/Unternehmung schließt somit nicht aus, dass die Erkenntnisse nicht auch auf andere Organisationsformen anwendbar sind.

⁵ Vgl. Henssler/Klenke (2011), 21ff.

Umsetzung eines ganzheitlichen BGM (noch) recht problematisch dar. So ist es nicht verwunderlich, dass BGM in diesen Unternehmen bisher wenig verbreitet ist und allenfalls einzelne Leistungen seitens der Betriebe angeboten werden. Eine systematische Vorgehensweise zur Erhaltung der Gesundheit ist hier in den seltensten Fällen vorhanden.⁶

Anmerkung: Die Verwendung der männlichen Ausdrucksweise ist im Folgenden lediglich als Kurzform für beide Geschlechter zu verstehen.

1.2 Ziel und Aufbau der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, Mittel und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Unternehmen ein effizientes und damit erfolgreiches BGM einführen können. Dabei gilt es zu klären, welche Inhalte ein BGM umfasst und konkrete Maßnahmen aufzuzeigen, mit denen diese Inhalte umgesetzt werden können. Das inhaltliche Konzept gliedert sich nach den fünf Erfolgsfaktoren des „Thüringer Netzwerkes Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (TN BGM). Es ist zu beachten, dass in dieser Arbeit lediglich allgemeine Hinweise gegeben werden können. Eine genaue Festlegung von Maßnahmen ist unternehmensspezifisch zu treffen.

Vor der Erarbeitung des Konzeptes werden in Kapitel 2 die theoretischen Grundlagen des BGM gelegt. Hierbei stehen die Definition sowie Rahmenbedingungen, Aufgaben, Ziele, Interessen und Nutzen des BGM im Vordergrund.

In Kapitel 3 erfolgt eine Beschreibung der Ausgangssituation. Zum einen wird dabei das „TN BGM“ näher vorgestellt, zum anderen wird auf die Umfrage von EuPD Research eingegangen, welche fünf Erfolgsfaktoren als kritische Determinanten identifiziert hat. Darüber hinaus werden der konzeptionelle Aufbau und der inhaltliche Zusammenhang zwischen den Erfolgsfaktoren erläutert, welche das Rahmenmodell des Konzeptes darstellen.

Die Schwerpunkte der Arbeit liegen auf den Kapiteln 4 bis 8, in denen die Inhalte der fünf Erfolgsfaktoren dargelegt werden. Innerhalb des Abschnitts „Zentrale Strategie im Gesundheitsmanagement“ stehen die Definition von Strategie und

⁶ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 19

die Erläuterung der Wichtigkeit eines strategischen Vorgehens im Vordergrund. Ferner werden mögliche Ziele eines BGM sowie Möglichkeiten der Strategieformulierung aufgezeigt. Das fünfte Kapitel „Unternehmenskultur“ beschäftigt sich ausführlich mit dem Sozialkapital-Ansatz und beleuchtet die sich daraus ergebenden Ziele näher. Hierbei werden zudem ausgewählte Inhalte explizit aufgegriffen und eingehender beschrieben. Der Erfolgsfaktor „Institutionalisierte Gesundheitsstrukturen“ (Kapitel 6) gliedert sich in interne und externe Strukturelemente. Innerhalb der internen Strukturelemente wird beschrieben, wie BGM im Unternehmen organisiert sein kann und welche Funktionen die Beteiligten dabei übernehmen. Anschließend werden Möglichkeiten externer Kooperationen dargelegt, die einer Organisation unterstützend zur Verfügung stehen. In Kapitel 7 wird zunächst der Lernzyklus des BGM vorgestellt. Im Anschluss wird erläutert, welche Aspekte während des gesamten Prozesses zu berücksichtigen sind - von der Bedarfsanalyse bis zur Durchführung der Maßnahmen. Schwerpunkte bilden die Instrumente, welche für die Ermittlung der Mitarbeiterbedarfe zur Verfügung stehen sowie die Vorstellung möglicher Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Kapitel 8 beleuchtet den Erfolgsfaktor „Aussagekräftiges Controlling“. Nachdem die klassischen Instrumente wie Kennzahlenanalyse, Kosten-Nutzen-Analyse oder Balanced Scorecard vorgestellt wurden, beschäftigt sich das Kapitel „Qualitätssicherung“ mit der Fragestellung, wie der Erfolg des BGM sichergestellt werden kann. Dabei wird darauf eingegangen, welche Möglichkeiten der Zertifizierung eines BGM bestehen.

In Kapitel 9 wird eine systematische Vorgehensweise zur Einführung und Umsetzung des BGM in Unternehmen beschrieben. Der dabei empfohlene Ablaufplan stellt einen Rahmen dar, an dem sich Unternehmen orientieren können. Den Abschluss der Arbeit bildet das Fazit.

2 Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

2.1 Rahmenbedingungen

Es gibt eine Vielzahl von Rahmenbedingungen, die ein BGM für Unternehmen erforderlich, aber auch möglich machen.

Den Ausgangspunkt für die heutige Sicht auf das Thema BGM bildet die **Ottawa Charta** aus dem Jahr 1986 und die damit verbundenen kontinuierlichen Bemühungen der World Health Organization (WHO) zur Weiterentwicklung der medizinischen Prävention und Gesundheitserziehung.⁷ Die Grundidee der Charta besteht zum einen in der Befähigung der Bevölkerung zu einem selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und zum anderen in der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelt und der Gesundheitsdienste.⁸

Aufbauend auf der Ottawa-Charta fand das Thema Eingang in die **Europäische Gesetzgebung**. So verpflichtet der EG⁹-Vertrag die Mitgliedsstaaten zur Verbesserung des Arbeitsumfeldes, damit die Sicherheit und die Gesundheit der Arbeitnehmer geschützt und verbessert werden. Der Vertrag sieht vor, dass der Rat der EU durch Richtlinien Mindestvorschriften festlegt. Die bis heute wichtigste gesetzliche Grundlage ist die Richtlinie 89/391/EWG des Rates von 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (bekannt als *Europäische Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz*).¹⁰ Damit wurde erstmals ein modernes Verständnis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes europaweit durchgesetzt.¹¹ Eine Neufassung dieser Richtlinie und ein neues Bewusstsein zur Bedeutung des Arbeitsplatzes als Handlungsfeld der öffentlichen Gesundheit führten im Jahr 1997 zur *Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung* (siehe Kapitel 2.2). In Verbindung damit wurde das Europäische Netzwerk für betriebliche

⁷ Vgl. Meifert/Kesting (2004), S. 6

⁸ Vgl. Badura et al. (1999), S. 15

⁹ heute EU

¹⁰ Vgl. Rudow (2011), S. 26; Singer (2010), S. 37; Uhle/Treier (2011), S. 56f

¹¹ Vgl. Rudow (2011), S. 26

Gesundheitsförderung (ENWHP¹²) gegründet, welches die internationale Zusammenarbeit in betrieblichen Gesundheitsfragen vorantreibt.¹³

Die Vorschriften der **nationalen Gesetzgebung** leiten sich aus den europäischen Richtlinien ab. Als wichtigstes Gesetz im Rahmen des Gesundheitsmanagements in Organisationen gilt in Deutschland das Arbeitsschutzgesetz von 1996.¹⁴ Es regelt drei grundlegende Aspekte: die Pflichten des Arbeitgebers hinsichtlich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz, die Rechte und Pflichten der Beschäftigten sowie die Kompetenzen der für den Arbeitsschutz zuständigen Behörden (z.B. Gewerbeaufsicht, staatliche Ämter für Arbeitsschutz).¹⁵ Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Rechtsgrundlagen, die direkt oder indirekt Einfluss auf das BGM haben. Eine Auflistung dieser Rechtsgrundlagen mit kurzen Erläuterungen befindet sich in Anhang 1 auf Seite 81.

Eine der wichtigsten personalwirtschaftlichen Herausforderungen der letzten Jahre ist die **demografische Entwicklung**, welche in vielen Unternehmen als Treiber des BGM wirkt.¹⁶ Der entscheidende Aspekt dabei ist die Alterung der Bevölkerung durch eine kontinuierlich steigende Lebenserwartung und dauerhaft niedrige Geburtenzahlen.¹⁷ Vor allem Letzteres trifft auf Thüringen in besonderem Maße zu. Die gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Folgen der Wiedervereinigung führten zu einer veränderten Lebensplanung junger Erwachsener und damit letztlich zu einem bis heute spürbaren Geburtendefizit (siehe Anhang 2 auf Seite 84).¹⁸ Diese Entwicklungen haben einen Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (Arbeitskräftepotential) zur Folge.¹⁹ Zudem sehen sich Unternehmen mit alternden Belegschaften durch den längeren Verbleib älterer Erwerbstätiger im Arbeitsleben konfrontiert. Diese Gegebenheiten machen es erforderlich, die Arbeitsorganisation und -bedingungen alters- und altersgerecht auszurichten, die betriebliche Gesundheitsförderung zu stärken

¹² englisch: European Network for Workplace Health Promotion

¹³ Vgl. Meifert/Kesting (2004), S. 8; Rudow (2011), S. 27; Singer (2010), S. 30

¹⁴ Vgl. Rudow (2011), S. 27; Uhle/Treier (2011), S. 62

¹⁵ Vgl. Girelli/Zinke (2000), S. 87

¹⁶ Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 35

¹⁷ Vgl. BMI (2011), S.11; Buck (2003), S. 5

¹⁸ Vgl. TMBLV (2011), S. 10

¹⁹ Vgl. BMI (2011), S. 96

sowie neue Konzepte der Personalpflege und -entwicklung zu etablieren.²⁰ Insgesamt wird das Mitwirken der Unternehmen beim Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens der Belegschaft durch gesundheitsförderliche Maßnahmen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels als immer notwendiger erachtet.²¹

Mit dem demografischen Wandel geht die Problematik des **Fachkräftemangels** einher. Bereits seit einigen Jahren wird es für Unternehmen immer schwieriger, geeignetes Fachpersonal zu finden. Da die Verfügbarkeit von Fachkräften allerdings eine Grundvoraussetzung für Wettbewerbsfähigkeit ist, sind Unternehmen daran interessiert, gut ausgebildetes Personal zu halten und die wenigen neuen Fachkräfte für sich zu gewinnen.²² Um dies zu erreichen, ist es notwendig eine intensive Personalpflege zu betreiben.²³ Dazu zählen - vor allem im Bereich der Hochqualifizierten - nicht nur die monetären Leistungen, sondern ebenso betriebliche Zusatzleistungen, die u.a. durch ein effektives BGM geschaffen werden können. Gleichzeitig kann damit das Arbeitgeberimage verbessert und neues Fachpersonal angeworben werden.²⁴

Die Notwendigkeit eines BGM ergibt sich auch aus anderen Faktoren. **Neue Arbeitsformen** (wie Telearbeit, virtuelle Teams, Zeit- und Leiharbeit, Projektarbeit) **und Organisationskonzepte** (wie Lean Production, Total Quality Management, Dezentralisierung) erzeugen neue Formen der Belastung und Beanspruchung.²⁵ Die Arbeitsanforderungen werden zunehmend virtueller und komplexer; zudem wird von den Mitarbeitern ein hohes Maß an Mobilität und Flexibilität gefordert.²⁶ Diese Gegebenheiten führen bei den Arbeitnehmern verstärkt zu **psychischen Erkrankungen**. Der Anteil dieser Krankheitsbilder ist seit Mitte der 1990er Jahre unter deutschen Beschäftigten erheblich angestiegen.²⁷ Überdies gilt es für die

²⁰ Vgl. BMI (2011), S. 116; Rudow (2004), S. 14

²¹ Vgl. Singer/Neumann (2010), S. 50

²² Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 23

²³ Vgl. Rudow (2004), S. 14

²⁴ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 23

²⁵ Vgl. Brandenburg et al. (2000), S. 10; Meifert/Kesting (2004), S. 4; Rudow (2004), S. 13;

Uhle/Treier (2011), S. 36

²⁶ Vgl. Rudow (2004), S. 13

²⁷ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 22

Unternehmen zu berücksichtigen, dass sich ein **Wandel in den Ansprüchen an die Arbeit** seitens der Beschäftigten in den letzten Jahren vollzieht. Die Mitarbeiter streben heute nach Selbstverwirklichung, Partizipation und Handlungsspielraum, nach Wohlbefinden bei der Arbeit und nach herausfordernden Aufgaben und Entwicklungschancen.²⁸ Organisationen sollten sich diesen Veränderungen bei der Konzeption eines BGM bewusst sein; nur so gewinnen sie an Attraktivität für qualifizierte Arbeitskräfte.

Zu den Rahmenbedingungen, die ein BGM nicht nur erforderlich machen, sondern dessen Einführung im Unternehmen überdies erleichtern, gehören ein **erweitertes Gesundheitsverständnis** sowie ein **neues Risiko- und Gesundheitsbewusstsein**. Das Thema Gesundheit verankert sich immer mehr in den individuellen Wertvorstellungen der Mitarbeiter.²⁹ Heutzutage bedeutet Gesundheit für die meisten Menschen nicht einfach nur Freisein von Krankheiten, sondern auch Wohlbefinden und Handlungskompetenz (salutogene³⁰ Denkweise).³¹ Durch diese veränderte Sichtweise sind Mitarbeiter und Führungskräfte bereit, Maßnahmen des BGM anzunehmen, um ihre eigene Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern.

Letztlich können **ökonomische Erwägungen** ebenso ausschlaggebend für die Einführung eines BGM sein. Zum einen werden durch die Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten und der damit einhergehenden Reduktion der krankheitsbedingten Fehlzeiten Kosten gesenkt und zum anderen sind zufriedene und engagierte Mitarbeiter meist produktiver. Allerdings ist zu beachten, dass sich Maßnahmen innerhalb des BGM erst langfristig rechnen.³²

²⁸ Vgl. Brandenburg et al. (2000), S. 11; Rudow (2004), S. 13; Uhle/Treier (2011), S. 35

²⁹ Vgl. Meifert/Kesting (2004), S. 5

³⁰ Das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky fokussiert Faktoren und Wechselwirkungen, die zur Entstehung und Erhaltung von *Gesundheit* führen. Es fragt nicht danach, was den Menschen krank macht (Pathogenese), sondern danach, was den Menschen trotz vielseitiger Belastungen gesund hält. (Vgl. Uhle/Treier [2011], S. 369)

³¹ Vgl. Rudow (2004), S. 14; Uhle/Treier (2011), S. 36

³² Vgl. Brandenburg et al. (2000), S. 12; Rudow (2004), S. 14; Singer/Neumann (2010), S. 52

2.2 Definition und Prinzipien

Den Ausgangspunkt für eine definitorische Abgrenzung des BGM bildet die *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. Darin hat das ENWHP festgelegt, dass **Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)** „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz umfasst“. ³³ Dies soll insbesondere durch die Verbindung von drei Ansätzen realisiert werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung sowie Stärkung persönlicher Kompetenzen. ³⁴

Basierend auf dieser Definition für BGF entwickelten sich im Laufe der Jahre verschiedene Definitionen für **Betriebliches Gesundheitsmanagement**. Eine vollständige Auflistung aller Definitionen ist an dieser Stelle nicht zielführend. Vielmehr werden zwei Definitionen von führenden Wissenschaftlern auf dem Gebiet des BGM herausgegriffen und deren inhaltliche Bedeutung näher erläutert.

Badura et al. sehen BGM als die „Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen“. ³⁵ Diese Definition bringt vor allem zum Ausdruck, dass BGM kein starres System ist, sondern einer stetigen Entwicklung unterliegt. Die Autoren sprechen davon, dass BGM professionell betrieben und kontinuierlich verbessert werden muss. ³⁶ Weiterhin rücken sie in den Mittelpunkt, dass BGM den Beschäftigten und der Organisation gleichermaßen dient.

Die zweite hier vorgestellte Definition von **Rudow** beschreibt BGM als „ein System von Programmen, Maßnahmen und Methoden des Arbeitsschutzes und der Personalpflege im Unternehmen, das der Gesundheit der Beschäftigten dient. Im

³³ ENWHP (2007), S. 2

³⁴ Vgl. ENWHP (2007), S. 2

³⁵ Badura et al. (1999), S. 17

³⁶ Vgl. Badura et al. (1999), S. 17

Fokus stehen die Vorbeugung von arbeitsbedingten Erkrankungen sowie vor allem die Erhaltung und die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit.³⁷ Im Gegensatz zu *Badura* stellt *Rudow* die Gesundheit der Mitarbeiter als vordergründiges Ziel heraus. In seiner Definition grenzt *Rudow* überdies die zwei Aufgaben des BGM, Prävention und Gesundheitsförderung, voneinander ab (siehe auch Kapitel 2.3). *Badura* bezieht sich diesbezüglich lediglich auf den Bereich der Gesundheitsförderung.

In Erweiterung seiner Definition benennt *Rudow* (ähnlich wie das ENWHP) drei Ansätze des BGM:³⁸

- Person: Erhaltung und Förderung der Handlungskompetenz, der körperlichen und geistigen Gesundheit sowie des Wohlbefindens der Beschäftigten
- Arbeitssituation: Arbeitsaufgaben und -bedingungen so gestalten, dass sie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Handlungskompetenz beitragen
- Organisation: Schaffung entsprechender Strukturen innerhalb des BGM und Förderung einer gesundheitsförderlichen Kultur

Andere Autoren ergänzen dies um einen vierten Ansatz, den der Umwelt, welcher Themen wie z.B. Work-Life-Balance, Familienfreundlichkeit, Sozialberatung oder Freizeit- und Urlaubsmanagement umfasst.³⁹

Bereits aus diesen Ausführungen wird ersichtlich, dass eine prägnante Bestimmung des Begriffs BGM mit all seinen Facetten kaum möglich scheint. Das „**TN BGM**“ hat aus den wichtigsten Aspekten zum BGM für sich eine Definition erarbeitet, welche Grundlage dieser Arbeit sein soll. Demnach ist BGM...

„...die nachhaltige Entwicklung und Etablierung von gesundheitsförderlichen Organisations- und Arbeitsbedingungen zur Stärkung der persönlichen gesundheitsorientierten Handlungskompetenzen und Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine bestmögliche Bewältigung der gestiegenen Anforderungen und Belastungen in der heutigen Arbeitswelt.

³⁷ Rudow (2004), S. 11

³⁸ Vgl. Rudow (2004), S. 12

³⁹ Vgl. Kesting/Meifert (2004), S. 31; Uhle/Treier (2011), S. 26

*In diesem Zusammenhang ist Betriebliches Gesundheitsmanagement insbesondere als Führungsaufgabe zu verstehen und als ganzheitlicher Organisationsansatz zu betrachten.*⁴⁰

Diese umfangreiche Definition stellt folgende Prinzipien in den Mittelpunkt der Betrachtung:

- Maßnahmen innerhalb des BGM wirken nicht kurzfristig, sondern zielen auf langfristig zu erreichende sowie nachhaltige Resultate ab;
- BGM ist kein starres System, sondern unterliegt ständigen Veränderungen und Weiterentwicklungen;
- Mitarbeiter müssen die entsprechenden Kompetenzen und Ressourcen erlangen, da sie für ihre Gesundheit selbst verantwortlich sind;
- Führungskräfte stehen im Rahmen des BGM in einer besonderen Verantwortung;
- für ein BGM müssen im Unternehmen entsprechende Voraussetzungen (z.B. Strukturen, Ziele, Controlling) geschaffen werden, die aufeinander abgestimmt sind.

Auf die Bedeutung und Umsetzung dieser einzelnen Prinzipien wird in den Ausführungen zu den Erfolgsfaktoren (Kapitel 4 bis 8) nochmals explizit eingegangen, weshalb an dieser Stelle auf eine nähere Erläuterung verzichtet wird.

2.3 Aufgaben

Rudow unterscheidet drei Hauptaufgaben des BGM: die Diagnose, die Prävention/Gesundheitsvorsorge und die Gesundheitsförderung.⁴¹

Im Gegensatz zur klassischen medizinischen Diagnostik, bei der die Beurteilung von Krankheiten im Vordergrund steht, zielt die **Diagnose** im BGM auf die Feststellung des *Gesundheitszustandes* ab. Hierbei werden auch die gesundheitsbeeinflussenden Bedingungen analysiert. Dazu zählen einerseits die Arbeits- und Organisationsmerkmale (z.B. Arbeitszeit, Aufgabenschwierigkeit, Führungsstil) und zum anderen die Persönlichkeitsmerkmale der Beschäftigten wie Leistungs-

⁴⁰ TN BGM (Hrsg.): Definition BGM, http://www.tnbgm.fh-jena.de/?page_id=29 vom 25.06.2012

⁴¹ Vgl. Rudow (2004), S. 17

motivation, Selbstbewusstsein oder Bewältigungsstile.⁴² Das Thema Diagnose wird in Kapitel 7.2 nochmals aufgegriffen, wenn es um die Ermittlung der Bedarfe hinsichtlich des Leistungsangebotes geht.

Die zweite sehr wichtige Aufgabe des BGM ist die **Prävention**. Hierunter ist „die Verhütung oder Früherkennung und Frühbehandlung von Gesundheitsstörungen bzw. Erkrankungen oder die Einschränkung der Folgeschäden von Erkrankungen“⁴³ zu verstehen. Nach Caplan - dem Begründer der modernen Prävention - können drei Formen der Prävention unterschieden werden: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention.⁴⁴ Mitunter wird ergänzend dazu die primordiale Prävention genannt.⁴⁵ Übersicht 1 gibt einen Überblick zu den Merkmalen der verschiedenen Formen der Prävention.

Übersicht 1: Erläuterungen der vier Stufen der Prävention

Präventionsform	Beschreibung	Augenblicklicher Gesundheitszustand	Verhütet werden soll(en)
Primordiale Prävention	Verhütung von Risikofaktoren bei bisher Gesunden	Gesundheit (keine Risikofaktoren)	Risikofaktoren
Primäre Prävention	Vorbeugung von psychischen und körperlichen Gesundheitsstörungen bzw. Erkrankungen	Gesundheit (Vorliegen von Risikofaktoren)	akute Erkrankung
Sekundäre Prävention	Senkung der Prävalenzraten von Krankheiten dank Früherkennung und frühzeitiger Behandlung	akute Erkrankung (Frühstadium)	schwere/ chronische Erkrankung
Tertiäre Prävention	Verringerung oder Beseitigung der Folgeschäden von Erkrankungen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld	schwere/chronische Erkrankung	vermeidbare Folgeschäden

Quelle: In Anlehnung an Becker (1997), S. 518

Ausgangspunkt für die dritte Aufgabe des BGM, der **Gesundheitsförderung**, ist die Überlegung, dass Gesundheit kein statischer Zustand ist, sondern entwickelt

⁴² Vgl. Rudow (2004), S. 17

⁴³ Rudow (2004), S. 19

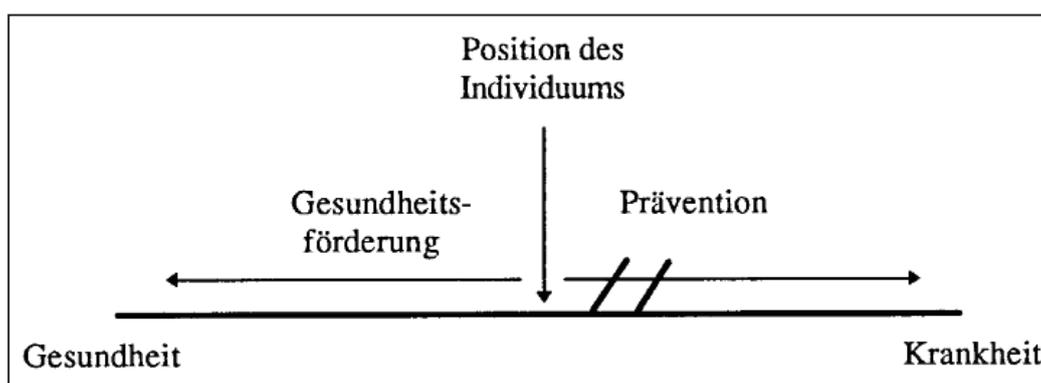
⁴⁴ Vgl. Becker (1997), S. 517; Rudow (2004), S. 19

⁴⁵ Vgl. Becker (1997), S. 517

werden kann. Dementsprechend soll innerhalb der Gesundheitsförderung die psychische und körperliche Gesundheit der arbeitenden Menschen verbessert werden.⁴⁶ Hierbei ist es wichtig, die Fähigkeit zur Kompensation von Belastungen bei den Mitarbeitern zu erhalten bzw. zu stärken. Gesundheitsförderung soll ein effektives Selbstmanagement ermöglichen und damit zu einem gesunden Wohlbefinden führen.⁴⁷

Wie bereits dargestellt, werden die Aufgaben Prävention und Gesundheitsförderung aufgrund ihrer unterschiedlichen Ziele hier als eigenständige Gebiete des BGM gesehen.⁴⁸ Diese Ansicht wird anhand des Gesundheit-Krankheit-Kontinuums (Übersicht 2) im Folgenden verdeutlicht.

Übersicht 2: Gesundheit-Krankheit-Kontinuum



Quelle: Becker (1997), S. 519

Wie aus der Abbildung ersichtlich wird, dient die Gesundheitsförderung dazu, die Position eines Individuums in Richtung Gesundheit zu verschieben, während die Prävention darauf abzielt, zu verhindern, dass sich die Position in Richtung Krankheit verlagert.⁴⁹ Daraus ergeben sich zwei grundsätzlich unterschiedliche

⁴⁶ Vgl. Rudow (2004), S. 21

⁴⁷ Vgl. Jancik (2002), S. 75

⁴⁸ Anders jedoch Wilken (2002), S. 5, der Prävention als *umfassenden* Begriff für alle (betrieblichen und überbetrieblichen) Anstrengungen im Rahmen des Arbeitsschutzes, *der Gesundheitsförderung*, aber auch des Umweltschutzes sowie Teilen des Qualitäts- und Personalmanagements definiert und damit Gesundheitsförderung als Teil der Prävention sieht.

⁴⁹ Vgl. Becker (1997), S. 519

Zielsetzungen, weshalb ein Nebeneinander dieser beiden Bereiche als durchaus sinnvoll erachtet wird.

Aus der Perspektive der Methoden und Maßnahmen betrachtet, ergeben sich allerdings viele Gemeinsamkeiten, so dass in diesem Fall eine Unterscheidung der Begriffe schwer fällt.⁵⁰ Dies bedeutet, dass die konkreten Maßnahmen, die von einem Unternehmen ergriffen werden, sowohl präventiven als auch gesundheitsförderlichen Charakter haben können. Wie schwer die Unterscheidung hinsichtlich der Maßnahmen fällt, zeigt sich in den Definitionen von Verhaltens- und Verhältnisprävention (nähere Erläuterungen zu diesem Thema in Kapitel 7.3). *Rudow* ordnet diese beiden Themenkomplexe eindeutig dem Aufgabenbereich Prävention zu, verwendet aber zugleich in der Definition den Begriff „gesundheitsförderlich“.⁵¹ *Uhle/Treier* hingegen definieren Verhaltens- und Verhältnisprävention sogar als Instrumente der Gesundheitsförderung.⁵²

Aus den geschilderten Aspekten heraus, wird in dieser Arbeit die Dreiteilung der Aufgaben des BGM in Diagnose, Prävention und Gesundheitsförderung vertreten. Hinsichtlich des Leistungsangebotes für die Beschäftigten (siehe Kapitel 7) wird allerdings auf eine Unterscheidung der Maßnahmen nach Prävention und Gesundheitsförderung verzichtet.

2.4 Ziele, Interessen und Nutzen

Die Ziele und Motive, die hinter der Einführung und Umsetzung eines BGM stehen, sind vielseitig - vor allem unter Berücksichtigung der verschiedenen Interessengruppen. Im Vordergrund stehen im Folgenden die Vorteile und Interessen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Ergänzend wird der Nutzen des BGM aus volkswirtschaftlicher Perspektive vorgestellt.

Aus **unternehmerischer Sicht** bestehen die Oberziele darin, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern sowie das Wohlbefinden, die Leistungsfähigkeit und

⁵⁰ Vgl. Becker (1997), S. 519

⁵¹ siehe Rudow (2004), S. 18: „Die Verhaltensprävention orientiert sich auf die Gesundheit des Mitarbeiters als Individuum durch Entwicklung gesundheitserhaltenden und -förderlicher personeller Ressourcen.“

⁵² Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 368

Leistungsbereitschaft zu steigern.⁵³ Diese Ziele erwachsen aus verschiedenen Motiven. Das humanitäre Motiv ergibt sich aus der sozialen Verantwortung des Managements, welches wiederum zu wohlwollendem Verhalten gegenüber den Mitarbeitern führt.⁵⁴ Im Gegensatz dazu steht das Kosten-Motiv. Das vorrangige unternehmerische Ziel ist und bleibt die Erwirtschaftung von Gewinn, welches u.a. die Senkung von Kosten bedingt. Hinsichtlich des BGM steht nicht nur die Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten und damit der Kosten für Lohnfortzahlung im Vordergrund. Die Arbeitgeber sind zudem an Kostensenkungen durch Produktivitätssteigerung, Ablaufoptimierung, Qualitätssicherung und Mitarbeiterbindung interessiert.⁵⁵ Ein weiteres Motiv liegt in der Imageverbesserung. Generell kann die Attraktivität eines Arbeitgebers durch das Angebot von gesundheitsförderlichen Maßnahmen gesteigert werden. Dies wirkt sich in zweierlei Hinsicht positiv aus: Zum einen können neue, qualifizierte Mitarbeiter gewonnen und zum anderen Mitarbeiter im Unternehmen gehalten werden.⁵⁶ Aus den bereits genannten Faktoren ergibt sich ein viertes Motiv: das Wettbewerbs-Motiv. Hier liegt die Überlegung zu Grunde, dass gesunde und motivierte Mitarbeiter immer wichtiger werden, um eine marktführende Position zu erlangen oder zu halten. Sie können somit zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor werden.⁵⁷

Auch für die **Arbeitnehmer** stehen die Förderung der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Lebensqualität sowie die Steigerung der Leistungsfähigkeit und -bereitschaft im Vordergrund. Allerdings bezieht sich dies bei ihnen auf die individuelle Ebene, d.h. die Betonung liegt auf der Sicherung der *eigenen* Gesundheit und des *persönlichen* Wohlbefindens.⁵⁸ Die Beschäftigten sind daran interessiert, dass die Arbeitgeber durch die Gestaltung von humanen Arbeitsbedingungen sowie der Bereitstellung und Unterstützung von gesundheitsfördernden Leistungsangeboten einen Beitrag zum Erhalt und zur Förderung ihres Gesundheitszustandes leisten.⁵⁹ Neben diesen Aspekten erfahren Arbeitnehmer weitere Vor-

⁵³ Vgl. Brandenburg et al. (2000), S. 9; Jancik (2002), S. 13; Wegner (2009), S. 2

⁵⁴ Vgl. Badura et al. (2000), S. VI

⁵⁵ Vgl. Badura et al. (2000), S. VI; Demmer (1995), S. 15; Lück et al. (2009), S. 77

⁵⁶ Vgl. Badura et al. (2000), S. VI

⁵⁷ Vgl. Badura et al. (2000), S. VI; Jancik (2002), S. 14

⁵⁸ Vgl. Demmer (1995), S. 15; Jancik (2002), S. 154

⁵⁹ Vgl. Demmer (1995), S. 15

teile aus der Einführung und Umsetzung eines systematischen BGM. Durch die Informationsvermittlung zum Thema Gesundheit seitens des Unternehmens erweitern sie ihren Wissensstand und ihre eigene Handlungskompetenz auf diesem Gebiet, was wiederum sowohl im Arbeits- als auch im Privatleben von hohem Nutzen sein kann.⁶⁰ Hinzu kommen eine Verbesserung der Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten und insgesamt eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Motivation.⁶¹

Übersicht 3 fasst die Vorteile eines BGM für beide Parteien zusammen und ergänzt einige bisher noch nicht genannte Aspekte.

Übersicht 3: Vorteile des BGM für Arbeitgeber und Arbeitnehmer

Vorteile für das Unternehmen	Vorteile für den Arbeitnehmer
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung der Fehlzeiten • Verringerung der Fluktuation und Erhöhung der Mitarbeiterbindung • Erhöhung der Produktivität der Beschäftigten • Verbesserung der Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität (Kundenzufriedenheit und -bindung) • Verbesserung der innerbetrieblichen Kooperation • Verbesserung der Corporate Identity, des Unternehmensimages und der Beschäftigungsattraktivität • Verbesserung der Flexibilität und Innovationsfähigkeit und damit der Wettbewerbsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Verringerung der Arbeitsbelastung • Verringerung der gesundheitlichen Beschwerden • Steigerung des Gesundheitszustands und Wohlbefindens • Verbesserung der Beziehung von Kollegen und Vorgesetzten sowie der innerbetrieblichen Kommunikation • Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und Motivation • Verbesserung des Wissens und der praktischen Fähigkeiten zu gesundem Verhalten in Betrieb und Freizeit • Erhaltung und Förderung der individuellen Leistungsfähigkeit

Quelle: In Anlehnung an Lück (2000), S. 307

⁶⁰ Vgl. Jancik (2002), S. 153; Singer/Neumann (2010), S. 62f

⁶¹ Vgl. Singer/Neumann (2010), S. 62

Aus **volkswirtschaftlicher Perspektive** kommt dem Thema BGM ebenfalls eine enorme Bedeutung zu. Allein der Produktionsausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeitstagen stellt einen beträchtlichen Kostenfaktor dar. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) schätzt die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle in Deutschland für das Jahr 2009 auf insgesamt 43 Mrd. Euro. Der Ausfall an Bruttowertschöpfung wird sogar auf 75 Mrd. Euro geschätzt. Dies entspricht 1,8% bzw. 3,1% des Bruttonationaleinkommens.⁶² Eine Übersicht der Daten, aufgeschlüsselt nach Diagnosegruppen, befindet sich in Anhang 3 auf Seite 85. Die Senkung der Arbeitsunfähigkeiten, welche u.a. ein Ziel von BGM ist, würde eine Verringerung der Kosten sowohl für Unternehmen als auch für Krankenkassen und Berufsgenossenschaften zur Folge haben. Dies wirkt sich somit positiv auf die Gesamtwirtschaft aus. Da Maßnahmen des BGM langfristig mehr bringen als sie kosten, ergibt sich aus betriebs- und volkswirtschaftlicher Sicht die Notwendigkeit, BGM in Unternehmen zu realisieren.⁶³

3 Ausgangssituation

3.1 Thüringer Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das „Thüringer Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement“ ist ein interdisziplinäres sowie branchenübergreifendes Netzwerk, welches den Erfahrung- und Wissensaustausch zwischen Thüringer Unternehmen auf dem Gebiet des BGM ermöglicht.⁶⁴ Darüber hinaus unterstützt das Netzwerk Mitglieder beim Aufbau von BGM-Konzepten - von der Einführung über die Etablierung und Weiterentwicklung bis hin zur Evaluation von Maßnahmen und Strukturen.⁶⁵ Besonderes Augenmerk legt das „TN BGM“ auf die Nachhaltigkeit der Maßnahmen und Strategien, damit diese zur Stärkung der persönlichen gesundheitsorientierten Handlungskompetenzen und Ressourcen der Mitarbeiter beitragen.⁶⁶

⁶² Vgl. BAuA (2011), S. 1

⁶³ Vgl. Rudow (2004), S. 31

⁶⁴ Vgl. Albert (2011), S. 3f; TN BGM (Hrsg.): Startseite TN BGM, <http://www.tnbgm.fh-jena.de/> vom 25.06.2012

⁶⁵ Vgl. Albert (2011), S. 4

⁶⁶ Vgl. TN BGM (Hrsg.): Startseite TN BGM, <http://www.tnbgm.fh-jena.de/> vom 25.06.2012

Gegründet wurde das „TN BGM“ im Oktober 2011 von den folgenden Initiatoren:⁶⁷

- Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena,
- Universitätsklinikum Jena,
- Gesundheits- und Bewegungszentrum POM,
- Bauerfeind AG,
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. - AGETHUR -,
- Sparkasse Jena-Saale-Holzland.

Die Initiatoren haben sich im Rahmen von Workshops darauf geeinigt, dass die weitere inhaltliche Konzeption und Arbeit des Netzwerkes an fünf Erfolgsfaktoren ausgerichtet wird: zentrale Strategie im Gesundheitsmanagement, Unternehmenskultur, institutionalisierte Gesundheitsstrukturen, Leistungsangebot für Mitarbeiter und aussagekräftiges Controlling. Neben der Fokussierung auf diese Kriterien hat sich das „TN BGM“ folgende Ziele gesetzt:⁶⁸

- Aufbau eines (überregionalen) Netzwerkes zum Informations-, Wissens- und Erfahrungsaustausch,
- zentraler Ansprechpartner mit interdisziplinärer Expertise in Thüringen,
- Bereitstellung einer umfangreichen Datenbank zum Thema BGM,
- Entwicklung von Standards, Handlungsempfehlungen und Leitfäden,
- Wissenstransfer von der Theorie (Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena) in die Praxis („TN BGM“),
- wissenschaftliche Begleitung u. Fundierung der Netzwerkarbeit (Evaluation)
- Verbreitung von Informationen zum BGM insbesondere im wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bereich.

3.2 Expertenbefragung von EuPD Research

Wie bereits erwähnt, richtet sich die inhaltliche Konzeption des „TN BGM“ an fünf Erfolgsfaktoren aus. Diese Determinanten Betrieblichen Gesundheitsmanagements ergaben sich aus einer Expertenbefragung unter Gesundheitsverantwortli-

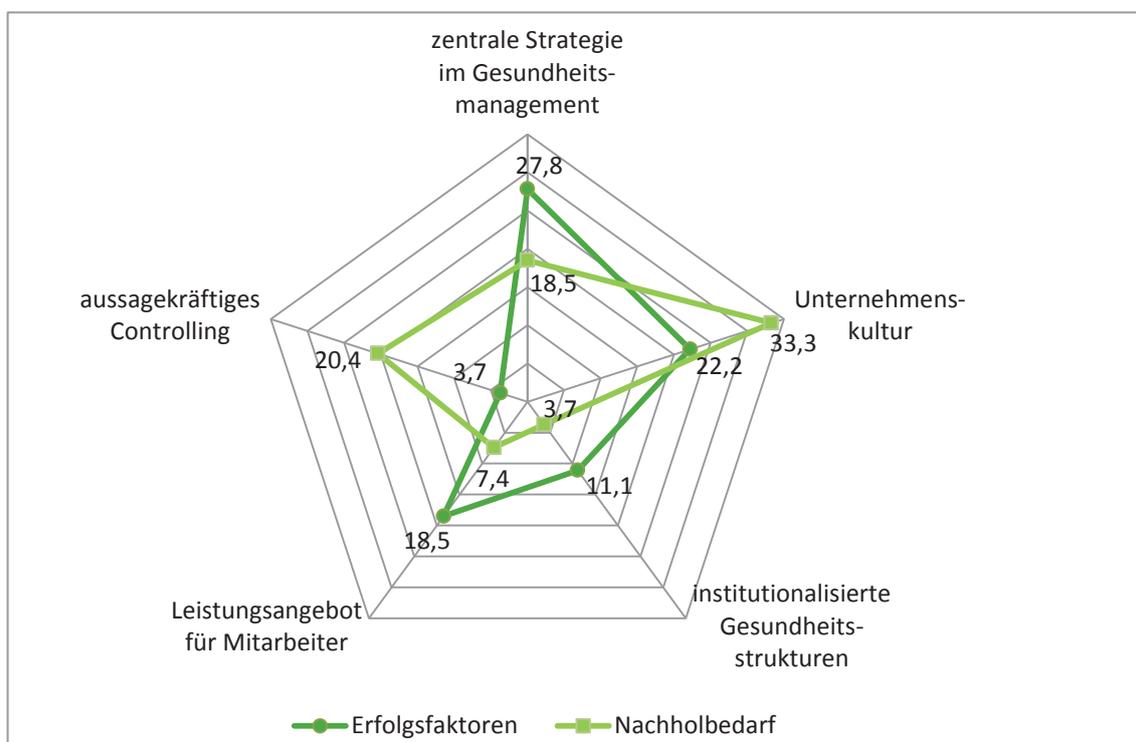
⁶⁷ Vgl. Schmidt (2012), S. 1

⁶⁸ Vgl. TN BGM (Hrsg.): Ziele, http://www.tnbgm.fh-jena.de/?page_id=31 vom 25.06.2012

chen (Betriebsmediziner, Personaler, Gesundheitsmanager) in Konzernen. Die Befragung wurde im Rahmen der jährlich erscheinenden Studienreihe „Gesundheitsmanagement“ im Corporate Health Jahrbuch 2011 veröffentlicht. Die Studie untersucht die Entwicklung des BGM in deutschen Unternehmen und analysiert dabei Gesundheitsstrukturen, -strategien und -leistungen, die in den Unternehmen eingeführt und umgesetzt wurden.⁶⁹

Innerhalb des Expertenfragebogens, welcher auf einem wissenschaftlich evaluierten Qualitätsmodell basiert, wurden die führenden Personal- und Gesundheitsmanager zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren eines effizienten BGM befragt.⁷⁰ Das Ergebnis dieser Befragung ist in Übersicht 4 dargestellt. Das Diagramm enthält die prozentualen Angaben, wie viele der Befragten den jeweiligen der fünf Aspekte als wichtigsten Erfolgsfaktor genannt haben und wie viele von ihnen auf dem jeweiligen Gebiet den größten Nachholbedarf sehen.

Übersicht 4: Erfolgsfaktoren Betrieblichen Gesundheitsmanagements



Quelle: In Anlehnung an Henssler/Klenke (2011), S.24

⁶⁹ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 18

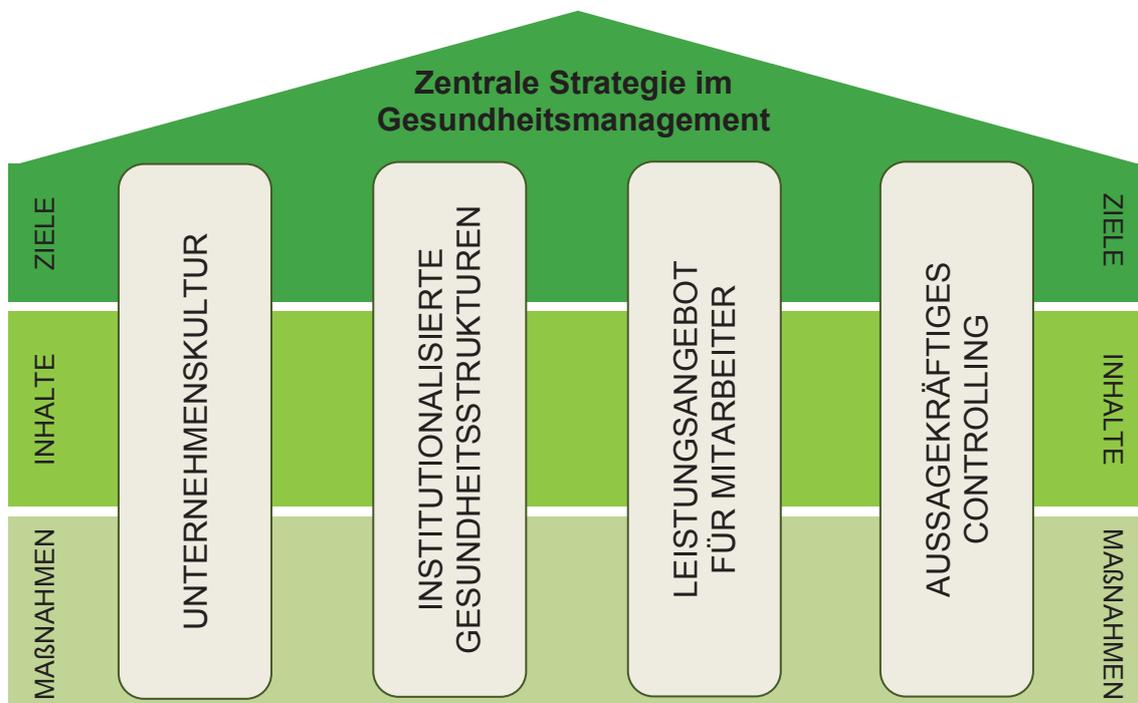
⁷⁰ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 18 u. S. 24

Die fünf genannten Faktoren wurden von Seiten EuPD Researchs vorgegeben. Die befragten Personen hatten lediglich die Möglichkeit, sich zwischen diesen fünf Merkmalen zu entscheiden oder selbst einen anderen Faktor als erfolgskritisch zu benennen. Andere Determinanten standen nicht zur Auswahl.⁷¹

3.3 Konzeptioneller Aufbau und Zusammenhang der fünf Erfolgsfaktoren

Für die Entwicklung eines inhaltlichen Konzeptes werden die fünf Erfolgsfaktoren in ein Rahmenmodell gebracht, welches die Zusammenhänge zwischen den Determinanten aufzeigt. Dieses Rahmenmodell ist in Übersicht 5 zu sehen.

Übersicht 5: Konzeptionelles Rahmenmodell



Quelle: Eigene Darstellung

Ausgangspunkt für das abgebildete Konzept ist der Erfolgsfaktor „zentrale Strategie im Gesundheitsmanagement“. Ein strategisches Vorgehen ist im Bereich BGM unabdingbar, denn eine Strategie zeigt auf, wie ein Unternehmen den Herausforderungen zukünftig begegnen will. Dazu ist es notwendig, aufeinander abgestimmte und damit sich gegenseitig ergänzende Inhalte und Maßnahmen

⁷¹ Vgl. EuPD Research (2011), S. 11

zu erarbeiten, die zur Zielerreichung beitragen. Es ist somit zunächst erforderlich, entsprechende Ziele zu formulieren. Für eine Strukturierung der Ziele wird eine Einteilung in die verbliebenen vier Erfolgsfaktoren vorgenommen, d.h. es werden mehrere Ziele pro Erfolgsfaktor aufgestellt. Zusätzlich werden noch übergeordnete Ziele formuliert.

Sind die Ziele für jeden Erfolgsfaktor festgelegt, gilt es, die Inhalte und Maßnahmen daraus abzuleiten. Somit ergibt sich eine Übersicht, die sowohl die Ziele als auch die zu deren Erfüllung erforderlichen Maßnahmen beinhaltet. Am Ende des Prozesses ist damit die Strategie für das BGM festgelegt. Dadurch, dass die Inhalte und Maßnahmen innerhalb der einzelnen Erfolgsfaktoren aufeinander abgestimmt sind, ergibt sich als logische Konsequenz, dass es zu Überschneidungen zwischen den Determinanten kommen kann und sie deswegen nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können.

4 Zentrale Strategie im Gesundheitsmanagement

4.1 Definition und Bedeutung

Ein wesentliches Kriterium für ein erfolgreiches BGM ist die Einbettung aller Inhalte und Maßnahmen in einen strategischen Rahmen.⁷² Der Begriff der Strategie im betriebswirtschaftlichen Sinne hat sich erst seit den 1960er Jahren herausgebildet als *Chandler* und *Ansoff* die ersten Definitionen festlegten.⁷³ *Chandler* definiert Strategie als die Festsetzung von langfristigen Zielen und Grundsätzen eines Unternehmens sowie die Anpassung der Handlungsweisen und die Allokation der notwendigen Ressourcen zur Erreichung dieser Ziele.⁷⁴ Laut *Ansoff* gibt die Strategie eine allgemeine Richtung vor, in die sich ein Unternehmen entwickelt bzw. entwickeln soll.⁷⁵ Sie legt entscheidungsrelevante Regeln zur Steuerung von Organisationen fest.⁷⁶ Auch wenn sich im Laufe der Jahre weitere Definitionen herausgebildet haben, so bleibt die Grundaussage, dass eine Strategie die grundsätzliche Ausrichtung eines Unternehmens bestimmt,

⁷² Vgl. EuPD Research (Hrsg.): Corporate Health Award: Das Qualitätsmodell, <http://www.corporate-health-award.de/erfolgsprinzip/das-qualitaetsmodell.html> vom 02.07.2012

⁷³ Vgl. Baum et al. (2007), S. 2; Lombriser/Abplanalp (2004), S. 22

⁷⁴ Vgl. Chandler (1962), S. 23 in: Welge/Al-Laham (2001), S.13

⁷⁵ Vgl. Lombriser/Abplanalp (2004), S. 22

⁷⁶ Vgl. Ansoff/McDonnell (1990), S. 43

immer erhalten.⁷⁷ Neben der Festsetzung von Zielen bestimmt die Strategie überdies, wie diese Ziele erreichbar sind, d.h. sie setzt sich somit aus einem Bündel einzelner Maßnahmen zusammen.⁷⁸

Wie aus den Definitionen ersichtlich wird, bezieht sich der Begriff der Strategie in erster Linie auf die Unternehmensebene und weniger auf einzelne Bereiche oder Funktionen innerhalb eines Unternehmens. Das Prinzip, dass Strategien als Wege zur Umsetzung von Zielen genutzt werden, lässt sich aber auch auf einzelne Themen wie das BGM beziehen. Die Festlegung von strategischen Zielen wird auf diesem Gebiet als ebenso wichtig angesehen wie auf Unternehmensebene, da diese Ziele für ein ganzheitliches BGM und dessen Steuerung unabdingbar sind.⁷⁹

Die strategische Verankerung des BGM erfolgt somit zunächst über die Festsetzung von Zielen. Da diese Aufgabe Grundvoraussetzung für die Einführung und Umsetzung des BGM ist, steht der Erfolgsfaktor der zentralen Strategie an der Spitze des in Kapitel 3.3 skizzierten Rahmenmodells. Aus den Zielen werden Maßnahmen abgeleitet, die ebenfalls Bestandteil der strategischen Planung werden. Die beiden Elemente (Ziele und Maßnahmen) bedingen sich somit gegenseitig und ergeben zusammen die Strategie des BGM.

4.2 Festlegung von Zielen

Das Vorgehen zur Festsetzung der BGM-Ziele wurde bereits bei der Vorstellung des Rahmenmodells erläutert. So wird empfohlen, zunächst übergeordnete Ziele zu bestimmen und anschließend erfolgsfaktorbezogene Ziele daraus abzuleiten. An dieser Stelle wird auf weitere Besonderheiten der Zielfestlegung eingegangen.

Um die Wichtigkeit der Zielfestlegung zu verstehen, ist es zunächst erforderlich, sich die **Funktionen von Zielen** vor Augen zu führen. Übersicht 6 gibt hierzu einen Überblick.

⁷⁷ Vgl. Hungenberg (2008), S. 6

⁷⁸ Vgl. Baum et al. (2007), S. 2; Welge/Al-Laham (2001), S. 13

⁷⁹ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 38

Übersicht 6: Funktionen von Zielen

Selektions-/ Entscheidungs- funktion	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele ermöglichen eine bewusste Auswahlentscheidung zwischen mehreren Handlungsalternativen • Ziele kennzeichnen Handlungspräferenzen
Orientierungs-/ Steuerungs- funktion	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten werden auf eines oder mehrere der festgelegten Ziele ausgerichtet • durch Zielvorgaben werden Verhaltensweisen in die gewünschte Richtung gelenkt
Koordinations- funktion	<ul style="list-style-type: none"> • Teilaktivitäten innerhalb des Unternehmens werden anhand der festgelegten Ziele aufeinander abgestimmt und integriert
Motivations-/ Anreizfunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele stellen einen Leistungsanreiz dar • (realistische) Ziele sollen Mitarbeiter zu Leistungssteigerungen veranlassen
Informations- funktion	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele informieren sowohl Beschäftigte als auch die Unternehmensumwelt über künftige Aktivitäten
Bewertungs-/ Kontrollfunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsalternativen sind (oft) nur dann bewertbar, wenn vorher Ziele festgelegt wurden • durch den Vergleich der Aktivitäten/Ergebnisse mit Zielvorgaben ist eine Abweichungsanalyse möglich
Legitimations- funktion	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele dienen auch der Rechtfertigung gegenüber Außenstehenden oder auch der Rechtfertigung eines Projektes gegenüber der Unternehmensleitung

Quelle: In Anlehnung an Bea/Haas (2009), S. 72f; Welge/Al-Laham (2001), S. 109f

Grundsätzlich können die Ziele qualitativer und quantitativer Natur sein. In einem ersten Schritt erfolgen zumeist Zielvereinbarungen auf der **qualitativen** Ebene. Dies sind Ziele, die nicht unmittelbar an Kennzahlen gebunden sind, sondern eher das generelle strategische Vorgehen bestimmen.⁸⁰ Verglichen mit dem Rahmenmodell entsprechen zum Großteil die übergeordneten (nicht den anderen vier Erfolgsfaktoren zugeordneten) Ziele den qualitativen Zielen. Beispiele für qualitative Ziele des BGM sind:

- Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der Beschäftigten
- Steigerung der Leistungsbereitschaft und -fähigkeit der Führungskräfte und Mitarbeiter

⁸⁰ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 39

- Schaffung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsumfeldes
- Verbesserung des Arbeitgeberimages

Diese Ziele werden meist nicht mit konkreten Maßnahmen hinterlegt, so dass eine Überprüfung der Zielerreichung nur schwer realisierbar ist.⁸¹ Dieses Vorgehen ist deswegen möglich, weil neben den übergeordneten Zielen noch die Ziele der einzelnen Erfolgsfaktoren bestehen, die wiederum in den meisten Fällen auf Zielerreichung überprüfbar sind. Zudem haben die genannten qualitativen Ziele den Charakter einer Vision. Sie geben also richtungsweisende Gedanken für die zukünftige Entwicklung des BGM und dienen damit als Orientierung für die Mitarbeiter.⁸² Außerdem helfen diese visionären qualitativen Ziele, den Mitarbeitern den Sinn und Nutzen des BGM zu vermitteln. Somit können sie sich besser mit dem Thema identifizieren. Zusätzlich werden die Beschäftigten mobilisiert, das angestrebte Zukunftsbild als gemeinsames Ziel zu erreichen.⁸³ Für die Ziele ist es wichtig, dass diese realistisch sowie allgemein bekannt und akzeptiert sind, da es sonst in der Folge nicht gelingen wird, die notwendigen Maßnahmen durch- und umzusetzen.⁸⁴

In welchem Rahmen die Ziele an die Mitarbeiter kommuniziert werden, ist sehr unterschiedlich. Manche Unternehmen haben hierfür explizite BGM-Leitlinien festgelegt, andere wiederum haben die Ziele in ihre bestehende Vision bzw. in ihr bestehendes Unternehmensleitbild integriert. Anhang 4 auf Seite 86 zeigt folgende fünf Möglichkeiten, wie die Ziele des BGM verankert werden können:

- Formulierung einer Vision zum BGM
- Integration gesundheitsrelevanter Leitlinien in das Unternehmensleitbild
- Veröffentlichung von Zielen und Handlungsfeldern in einem Flyer
- Formulierung von Zielen im Rahmenkonzept zum BGM
- Festlegung von BGM-Zielen in einer Dienstvereinbarung

⁸¹ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 39

⁸² Vgl. Hungenberg (2008), S. 458; Lombriser/Abplanalp (2004), S. 224

⁸³ Vgl. Hungenberg (2008), S. 458

⁸⁴ Vgl. Wegner (2009), S. 3

Werden die qualitativen Ziele hinsichtlich der Funktionen (siehe Übersicht 6) beurteilt, so lässt sich feststellen, dass sie vor allem die Motivations-/Anreiz-, die Orientierungs-/Steuerungs- sowie die Selektions-/Entscheidungsfunktion erfüllen. Dem entgegen stehen die **quantitativen Ziele**. Mit deren Hilfe wird die Effizienz des BGM durch die Bezifferung einzelner Leistungen gemessen.⁸⁵ Sie unterstützen damit insbesondere die Informations-, die Bewertungs-/Kontroll- und die Legitimationsfunktion.

Bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Steigerung der Produktivität) werden sich die quantitativen Ziele vor allem in dem Erfolgsfaktor „Aussagekräftiges Controlling“ und weniger als Ziele der „Zentralen Strategie“ wieder finden. Aus diesem Grund sei an dieser Stelle auf eine genauere Betrachtung der quantitativen Ziele verzichtet und auf Kapitel 8 verwiesen.

5 Unternehmenskultur

5.1 Definition

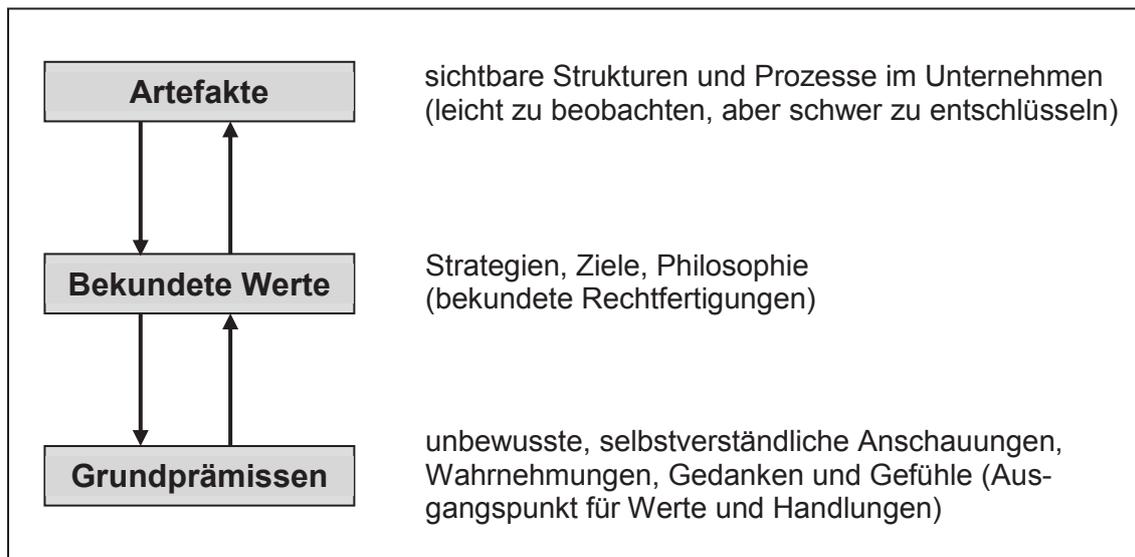
Seit Anfang der 1980er Jahre beschäftigen sich Wissenschaftler mit dem Phänomen der Unternehmenskultur. Zu dieser Zeit hat sich die Erkenntnis etabliert, dass nicht nur „harte“ Faktoren wie Produkte, Unternehmensstrukturen oder (Planungs-)Systeme den Erfolg eines Unternehmens bestimmen, sondern auch die „weichen Faktoren“, wie Betriebsklima oder Führungsverhalten, entscheidend für die Leistungsfähigkeit einer Organisation sind.⁸⁶ Der **Begriff** der Unternehmenskultur beschreibt die Gesamtheit aller verhaltensbeeinflussenden Wertvorstellungen, Normen und Symbole, welche von allen Mitarbeitern eines Unternehmens(teils) geschaffen, geteilt und weiterentwickelt werden.⁸⁷

Im Laufe der Zeit haben sich verschiedene **Modelle** entwickelt, die die Elemente der Unternehmenskultur und deren Zusammenhänge beschreiben. Das bekannteste Unternehmenskulturmodell ist das Drei-Ebenen-Modell nach *Edgar Schein*, welches in Übersicht 7 dargestellt ist.

⁸⁵ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 39

⁸⁶ Vgl. Berthel/Becker (2010), S. 672; Homma/Bauschke (2010), S. 15

⁸⁷ Vgl. Berthel/Becker (2010), S. 672; Franken (2010), S. 209

Übersicht 7: Drei-Ebenen-Modell nach *Edgar Schein*

Quelle: Schein (1995), S. 30

Wie aus der Abbildung ersichtlich wird, gibt es drei Ebenen der Unternehmenskultur: Artefakte, bekundete Werte und Grundprämissen. Artefakte sind die sicht- und spürbaren Belege einer Gruppe.⁸⁸ Hierunter zählen beispielsweise die Kleidung, die Sprechweise, Gefühlsäußerungen, aber auch Legenden und Geschichten, die im Unternehmen erzählt werden sowie beobachtbare Rituale und Zeremonien.⁸⁹ Die bekundeten Werte und Normen beinhalten Prinzipien und Leitlinien zum Umgang mit Mitarbeitern, Kunden und Partnern, welche von allen Beteiligten anerkannt sind. Oft werden diese Inhalte schriftlich in Form einer Unternehmensstrategie, -philosophie oder innerhalb der Unternehmensziele schriftlich fixiert.⁹⁰ Die dritte Ebene bildet die Basis der Unternehmenskultur und umfasst grundlegende unausgesprochene und unbewusste Annahmen, wie im Unternehmen zu handeln ist. Die Mitarbeiter nehmen diese als Selbstverständlichkeiten und ungeschriebene Gesetze wahr.⁹¹ Hinsichtlich der Beziehungen zwischen den einzelnen Ebenen ist zu beachten, dass eine dynamische Wechselwirkung besteht. Zum einen sind die drei Ebenen nicht starr, d.h. ihre Inhalte können sich im Lauf der Zeit verändern. So können sich beispielsweise aus einem Wertewandel in der

⁸⁸ Vgl. Franken (2010), S. 210

⁸⁹ Vgl. Schein (1995), S. 30

⁹⁰ Vgl. Franken (2010), S. 211

⁹¹ Vgl. Schein (1995), S. 33

Gesellschaft neue Grundprämissen und Wertvorstellungen für das Unternehmen ergeben. Zum anderen verläuft die Wirkungsrichtung nicht ausschließlich von unten (Grundprämissen) nach oben (Artefakte), sondern ebenso umgekehrt. Eventuell werden durch neue Praktiken oder Rituale die Wertvorstellungen beeinflusst und die Grundannahmen überdacht.⁹²

Andere Unternehmenskulturmodelle orientieren sich mitunter stark an dem Modell von *Schein*. Aus diesem Grund sei an dieser Stelle auf eine ausführliche Beschreibung dieser Modelle verzichtet. Eine Übersicht zu drei weiteren Modellen findet sich in Anhang 5 auf Seite 89.

Die Unternehmenskultur übernimmt verschiedene **Funktionen**. Zunächst ist sie die Basis für Unternehmensidentität: Durch das Teilen gemeinsamer Werte und Normen wächst das Zusammengehörigkeitsgefühl und der Einzelne fühlt sich als Teil der Gruppe. Gleichzeitig erfolgt dadurch eine gewisse Abgrenzung zu anderen Organisationen.⁹³ Dadurch, dass die Mitarbeiter spezifische Regeln und Gewohnheiten für den Umgang miteinander und für die Bewältigung gemeinsamer Aufgaben entwickeln, wird das organisatorische Handeln vereinheitlicht, die Koordination untereinander verbessert und die Kommunikation erleichtert.⁹⁴ Die Unternehmenskultur hat zudem eine gewisse Kontrollfunktion inne, da der Einzelne bestimmten Normen unterworfen ist und somit ein regelkonformes Verhalten gefördert wird.⁹⁵ Die Unternehmenskultur wirkt allerdings nicht nur nach innen auf die Zusammenarbeit der Mitarbeiter, sondern vermittelt überdies ein (positives) Bild des Unternehmens in der Öffentlichkeit (Unternehmensimage).⁹⁶

Neben diesen positiven Wirkungen kann eine starke Unternehmenskultur auch zu **Problemen** führen. Dies ist dann der Fall, wenn die Identität mit dem Unternehmen dazu führt, dass Probleme, Chancen und Gefahren aus der Umwelt nur noch eingeschränkt wahrgenommen werden. Es besteht zudem die Gefahr, dass das starke Zusammengehörigkeitsgefühl zu einer Abschottung von der Außen-

⁹² Vgl. Franken (2010), S. 212

⁹³ Vgl. Franken (2010), S. 209; Homma/Bauschke (2010), S. 15

⁹⁴ Vgl. Beile/Wilke/Voß (2009), S. 229; Franken (2010), S. 209;

⁹⁵ Vgl. Homma/Bauschke (2010), S. 16

⁹⁶ Vgl. Beile/Wilke/Voß (2009), S. 229; Berthel/Becker (2010), S. 673f; Franken (2010), S. 217

welt führt. Insgesamt nimmt somit die Flexibilität ab. Um dies zu verhindern, ist es notwendig, die Unternehmenskultur immer an die sich ändernden Rahmenbedingungen anzupassen.⁹⁷

5.2 Bedeutung der Unternehmenskultur für BGM anhand des Sozialkapital-Ansatzes

In der Literatur wird häufig betont, dass sich die Unternehmenskultur auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt.⁹⁸ Empirisch untersucht wurde der Einfluss der Unternehmenskultur auf Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit allerdings bisher recht wenig.⁹⁹ Der **Sozialkapital-Ansatz nach Badura et al.** bietet erste empirische Erkenntnisse über die möglichen Zusammenhänge. Das der Studie zugrundegelegte Modell ist in Anhang 6 auf Seite 91 abgebildet.

Das Modell geht davon aus, dass es neben den Arbeitsbedingungen und der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter drei entscheidende Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Beschäftigten gibt: das Netzwerk-, das Führungs- sowie das Überzeugungs- und Wertekapital. Diese drei Komponenten ergeben zusammen das so genannte Sozialkapital.¹⁰⁰ Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Inhalte der drei Faktoren sowie eine kurze Erläuterung zu deren möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit.

Übersicht 8: Komponenten des Sozialkapitals

NETZWERKKAPITAL	
Elemente und Indikatoren	Mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit
<ul style="list-style-type: none"> • Kohäsion im Team • Kommunikation • Sozialer „Fit“ • Soziale Unterstützung • Vertrauen 	Verhalten, Wohlbefinden und Gesundheit eines Menschen hängen in hohem Maße von der Güte seiner sozialen Beziehungen ab. Soziale Beziehungen, die als positiv, vertrauensvoll und unterstützend wahrgenommen werden, beeinflussen die Motivation, die Emotionen und haben einen positiven Einfluss auf Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Lebensdauer.

⁹⁷ Vgl. Franken (2010), S. 217

⁹⁸ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann (2010), S. 54; Franken (2010), S. 217; Rudow (2004), S. 25; Simon/Heger/Reszies (2011), S.93; Uhle/Treier (2011), S. 148ff.

⁹⁹ Vgl. Badura et al. (2008), S. 15

¹⁰⁰ Vgl. Badura et al. (2008), S. 32f

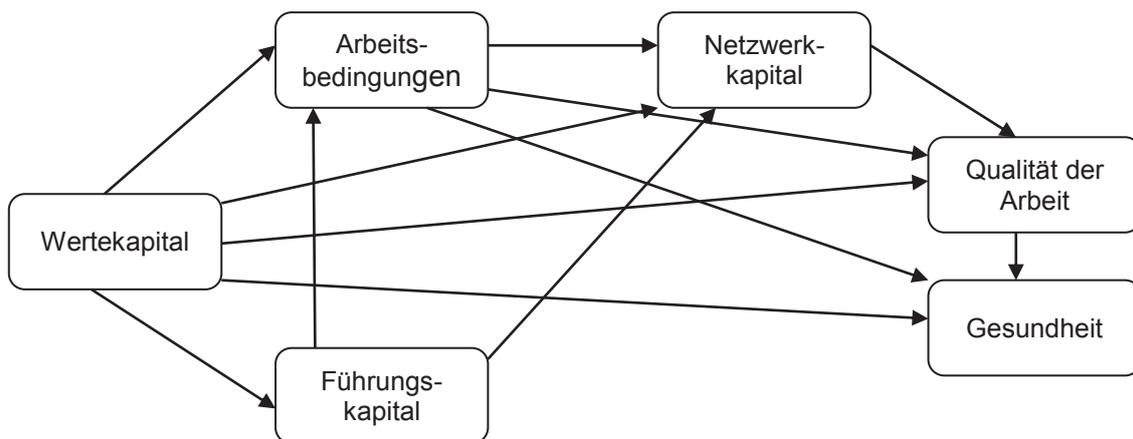
FÜHRUNGSKAPITAL	
Elemente und Indikatoren	Mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit
<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiterorientierung • Kommunikation • Fairness und Gerechtigkeit • Vertrauen • Akzeptanz des Vorgesetzten • Soziale Kontrolle • Machtorientierung 	<p>Führung beeinflusst auf zweierlei Weisen das Wohlbefinden der Betroffenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ durch Einflussnahme auf Ziele, Strukturen, Prozesse ▪ durch Entscheidungs- und Kommunikationsverhalten <p>Eine wichtige Rolle innerhalb des Führungskapitals spielt zudem die Mitarbeiterorientierung.</p>
ÜBERZEUGUNGS- U. WERTEKAPITAL	
Elemente und Indikatoren	Mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit
<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Normen und Werte • Gelebte Kultur • Konfliktkultur • Kohäsion im Betrieb • Gerechtigkeit • Wertschätzung • Vertrauen 	<p>Gemeinsame Gedanken, Gefühle, Werte, Regeln und Verhaltensweisen, mit denen sich die Beschäftigten identifizieren und an denen sie sich orientieren, können folgende Vorteile bringen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemeinsamkeiten befähigen Menschen zur Alltagsbewältigung, ▪ gemeinsame Kultur ermöglicht es, miteinander zu kommunizieren, sich auf gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen zu einigen und vertrauensvoll zusammenzuarbeiten, ▪ Kultur wirkt sinn- und beziehungsstiftend, erzeugt emotionale Bindung an Personen, Aufgaben, Visionen, Gruppen und Organisationen.

Quelle: In Anlehnung an Badura et al. (2008), S. 33ff.

Ohne auf die genaue Vorgehensweise der Studie eingehen zu wollen, seien an dieser Stelle die wichtigsten Ergebnisse vorgestellt. Insgesamt kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass das Wohlbefinden und die Gesundheit der befragten Mitarbeiter umso besser sind, je höher das Sozialkapital ist. Auch die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse verbessern sich mit einem Anstieg des Sozialkapitals. Weiterhin ließ sich feststellen, dass die physische und psychische Gesundheit der Beschäftigten abhängig ist von der Güte der Arbeitsbedingungen, der Stärke der sozialen Beziehungen innerhalb der Teams und der Qualität der Führung.

Eine hohe Bedeutung innerhalb des Sozialkapitals konnte dem Wertekapital zugerechnet werden. Demnach hängen Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter entscheidend davon ab, wie mitarbeiterorientiert die Unternehmen handeln und wie viele gemeinsame Werte und Normen vorhanden sind, die im betrieblichen Alltag umgesetzt und gelebt werden.¹⁰¹ Die aufgeführten Zusammenhänge sind nochmals in Übersicht 9 dargestellt.

Übersicht 9: Pfadmodell zu den Zusammenhängen des Sozialkapital-Ansatzes



Quelle: In Anlehnung an Badura et al. (2008), S. 106

Wie aus diesen Ausführungen ersichtlich wird, ist eine starke, von den Mitarbeitern als positiv wahrgenommene Unternehmenskultur eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheit der Beschäftigten. Eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur ermöglicht und unterstützt die Einführung und Umsetzung von Strukturen und Maßnahmen im Rahmen des BGM. Die Unternehmenskultur wirkt damit als Ressource des BGM.¹⁰² Es ist allerdings auch von einer umgekehrten Kausalität auszugehen. BGM bzw. die Gesundheit der Beschäftigten haben positiven Einfluss auf die Unternehmenskultur.

Nachdem ein Überblick zur Bedeutung der Unternehmenskultur für das BGM anhand des Sozialkapital-Ansatzes gegeben wurde, geht es in den folgenden Kapiteln darum, einzelne Aspekte hiervon näher zu beleuchten.

¹⁰¹ Vgl. Badura et al. (2008), S. 124f

¹⁰² Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 149

5.3 Wesentliche Inhalte

5.3.1 BGM als Führungsaufgabe

Es scheint mittlerweile unumstritten, dass Führungskräfte eine Schlüsselfunktion im Rahmen des BGM übernehmen.¹⁰³ Führungskräfte in diesem Sinne sind Personen, die eine Führungs- bzw. Leitungsfunktion in einer Organisation inne haben und die aufgrund dessen sowohl berechtigt als auch verpflichtet sind, weitreichende Entscheidungen zu treffen. Sie haben ferner unmittelbare Personal- oder Führungsverantwortung, d.h. sie üben das arbeitsrechtliche Weisungsrecht des Arbeitgebers gegenüber anderen Mitarbeitern des Unternehmens aus.¹⁰⁴ Führungskräfte können innerhalb des BGM auf vielfältige Art und Weise Einfluss nehmen. Grundsätzlich werden vier wichtige Funktionen bzw. Einflussbereiche unterschieden: Managementfunktion, Vorbildfunktion, Führungsstil und Selbstmanagement.¹⁰⁵

Im Rahmen der **Managementfunktion** ist es Aufgabe der Führungskräfte, die Aspekte des BGM in die täglichen Arbeitsprozesse bzw. in die bereits bestehenden Managementaufgaben zu integrieren. So können beispielsweise finanzielle Ressourcen für das BGM bei der Budgetierung eingeplant werden oder Zielvereinbarungen mit den Mitarbeitern geschlossen werden, die die Gesundheit als Ziel beachten.¹⁰⁶ Die Führungskraft sollte zudem das Thema Gesundheit in allen formellen Gesprächen wie Dienstbesprechungen oder Abteilungsversammlungen aufgreifen und sich eventuell in informellen Situationen (z.B. beim Pausenkaffe) über die Gesundheit der Mitarbeiter erkundigen.¹⁰⁷ Dies unterstreicht die Wichtigkeit des Themas und trägt dazu bei, die Gesundheit als zentralen Unternehmenswert zu verankern. Es ist allerdings auf ein angemessenes Maß zu achten, um eine zu starke Strapazierung und damit die Gefahr einer ablehnenden Meinung der Mitarbeiter zu vermeiden.¹⁰⁸

¹⁰³ Vgl. Badura (2012), S. B1; Kroll (2010), S. 50; Rudow (2004), S. 318; Schneider (2011), S. 85; Uhle/Treier (2011), S. 151

¹⁰⁴ Vgl. Neufeld (2011), S. 104

¹⁰⁵ Vgl. Ducki/Felfe (2011), S. VII; Schneider (2011), S. 86ff.

¹⁰⁶ Vgl. Schneider (2011), S. 86

¹⁰⁷ Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 108

¹⁰⁸ Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 108

Führungskräfte übernehmen beim BGM eine wichtige **Vorbildfunktion**, da sie durch ihr Verhalten und ihren Umgangsstil die Werte und Normen eines Unternehmens entscheidend mitprägen.¹⁰⁹ Das (Gesundheits-)Handeln der Führungskräfte hat wesentlichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter.¹¹⁰ Dabei geht es nicht nur darum, ob die Führungskraft gesundheitsbewusst lebt, z.B. nicht raucht, auf die Ernährung achtet, Sport treibt etc. Vielmehr beeinflussen Führungskräfte - insbesondere diejenigen, die von ihren Mitarbeitern respektiert und geschätzt werden - ihre Mitarbeiter durch eine Vielzahl von Handlungen, Aussagen oder nonverbalen Signalen.¹¹¹ So könnte das Versenden von Emails in den Abendstunden durch die Führungskraft dazu führen, dass sich die Mitarbeiter zu längeren Arbeitszeiten veranlasst sehen, obwohl dies von der Führungskraft nicht beabsichtigt war.

Der **Führungsstil** ist ein zentraler Bestandteil des BGM: er kann die Gesundheit der Mitarbeiter fördern, aber er kann ebenso krank machen.¹¹² Ein wertschätzender, respektvoller und damit mitarbeiterorientierter Führungsstil wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeiter aus.¹¹³ Für die Führungskräfte stehen vielfältige Möglichkeiten zur Verfügung, um die Ressourcen der Mitarbeiter zu beeinflussen und ihnen damit die Bewältigung ihrer Aufgaben zu erleichtern.¹¹⁴ Die aufgabenbezogenen Ressourcen können gestärkt werden, indem die Führungskräfte den Mitarbeitern Handlungsspielräume ermöglichen, Ziele und Sinn der Tätigkeiten erläutern und ihnen vollständige, ganzheitliche und vielfältige Aufgaben sowie Verantwortung übertragen.¹¹⁵ Eine Verbesserung der sozialen Ressourcen kann z.B. durch Lob und Anerkennung von Leistungen, einem angemessenen Umgang mit Konflikten, durch die Förderung der Zusammenarbeit der Mitarbeiter (soziale Unterstützung) und durch Fürsorge im Hinblick auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter erzielt werden.¹¹⁶ All diese Verhaltenswei-

¹⁰⁹ Vgl. Kroll (2010), S. 56

¹¹⁰ Vgl. Franke/Felfe (2011), S. 10

¹¹¹ Vgl. Schneider (2011), S. 86

¹¹² Vgl. Schneider (2011), S. 88

¹¹³ Vgl. Ducki/Felfe (2011), S. X; Uhle/Treier (2011), S. 150

¹¹⁴ Vgl. Vincent (2011), S. 51

¹¹⁵ Vgl. Kroll (2010), S. 53ff.; Vincent (2011), S. 51

¹¹⁶ Vgl. Vincent (2011), S. 51

sen zur Stärkung der aufgabenbezogenen sowie sozialen Ressourcen haben letztlich einen positiven Effekt auf die Gesundheit der Mitarbeiter.

Führungskräfte leisten auch einen Beitrag zum Gelingen des BGM, indem sie ihre eigene Gesundheit schützen und fördern (**Selbstmanagement**). Es ist niemandem geholfen, wenn die Führungskräfte sich um das Wohlbefinden der Mitarbeiter bemühen, ihre eigene Gesundheit dabei aber vernachlässigen, denn erschöpfte und kranke Führungskräfte sind ein hohes Risiko für das Unternehmen.¹¹⁷ Zudem sind Führungskräfte, die auf sich selbst achten, eher bereit, ihre Mitarbeiter gesundheitsförderlich zu führen.¹¹⁸

Wie sich anhand der vier Funktionen zeigt, sind Führungskräfte sowohl Betroffene als auch wichtige und verantwortliche Partner beim BGM.¹¹⁹ Damit sie alle Funktionen effizient erfüllen können, müssen einige **Voraussetzungen** geschaffen werden. Es ist zunächst erforderlich, dass die Führungskräfte (beispielsweise in Workshops oder Informationsveranstaltungen) für gesundheitsrelevante Themen (z.B. Stress, Ernährung, Arbeitsgestaltung) sensibilisiert werden. Weiterhin sind ihnen Informationen zum Nutzen und zum Aufbau des BGM zu vermitteln sowie ihre eigene Funktion im Rahmen des BGM zu erläutern. Mit Hilfe dieser Informationsvermittlung soll überdies die Bereitschaft geweckt werden, sich mit dem Thema Gesundheit auseinanderzusetzen.¹²⁰ Zu beachten ist außerdem, dass den Führungskräften für die Aufgaben im Rahmen des BGM entsprechende zeitliche Ressourcen einzuräumen sind. Hierfür sollte überprüft werden, inwieweit die Priorisierung bestehender Aufgabengebiete zugunsten der Umsetzung des BGM geändert werden kann. Aus der Betrachtung der vielfältigen Funktionen der Führungskräfte wird ersichtlich, dass die Wahrnehmung des BGM als Führungsaufgabe eine grundlegende Bedingung für die erfolgreiche Einführung und Umsetzung des BGM in Unternehmen ist.¹²¹

¹¹⁷ Vgl. Ducki/Felfe (2011), S. VII

¹¹⁸ Vgl. Franke/Felfe (2011), S. 9

¹¹⁹ Vgl. Neufeld (2011), S. 105

¹²⁰ Vgl. Franke/Felfe (2011), S. 10f; Neufeld (2011), S. 105

¹²¹ Vgl. Rudow (2004), S. 319

5.3.2 Eigenverantwortung der Mitarbeiter

Für das Funktionieren von BGM sind drei stark miteinander in Zusammenhang stehende **grundlegende Prinzipien** zu beachten: Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität. Zunächst ist hervorzuheben, dass die Beschäftigten selbst für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind. Zwar kann ein Unternehmen die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen, letztlich muss aber jeder Mitarbeiter sein gesundheitsbezogenes Verhalten und die sich daraus ergebenden Folgen selbst vertreten. Aus diesem Prinzip der Eigenverantwortung ergibt sich zwingend das zweite Prinzip, die Subsidiarität. Demnach ist ein Mitarbeiter dazu verpflichtet, selbst zu handeln bzw. sich selbst zu helfen, bevor er Unterstützung seitens der Organisation in Anspruch nimmt. Eigeninitiative und Selbsthilfemöglichkeiten haben somit Vorrang. Das dritte Grundprinzip der Solidarität beinhaltet einerseits die Fürsorgepflicht des Unternehmens und andererseits die Treuepflicht des Mitarbeiters gegenüber der Organisation, d.h. beide Parteien verpflichten sich für die Gesundheit.¹²²

Die **Schaffung von Transparenz** ist eine elementare Voraussetzung dafür, dass die Mitarbeiter Eigenverantwortung übernehmen und damit ihre wichtige Rolle im BGM erfüllen können. Ziele, Inhalte, Maßnahmen, Strukturen und Hintergründe etc. des BGM müssen gegenüber den Beschäftigten kommuniziert werden. Dies fördert die Akzeptanz für die Neuerungen und erhöht damit die Motivation und das Engagement aller Beteiligten.¹²³ *Budde* spricht in diesem Zusammenhang von „internem Gesundheitsmarketing“, dessen vorrangiges Ziel es ist, die betrieblichen Zielgruppen von der Wichtigkeit des Themas Gesundheit und des BGM zu überzeugen. Einerseits geht es darum, bei den Mitarbeitern Gesundheitskompetenz und -wissen aufzubauen.¹²⁴ Nur mit diesem Wissen ist es überhaupt erst möglich, Eigenverantwortung für die Gesundheit zu übernehmen. Andererseits sollte der Nutzen des BGM für die verschiedenen Zielgruppen (z.B. Mitarbeiter, Führungskräfte, Betriebsrat), aber auch für das gesamte Unternehmen heraus-

¹²² Vgl. Rudow (2004), S 11f

¹²³ Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 153

¹²⁴ Vgl. Budde (2010), S. 94

gehoben werden.¹²⁵ Letztlich ist es entscheidend, eine Gesundheitsmotivation aufzubauen, d.h. die Beschäftigten dazu zu bewegen, Maßnahmen des BGM in Anspruch zu nehmen und das System weiter zu entwickeln. Hauptsächlich wird dies durch ein entsprechend attraktives Leistungsangebot erreicht (siehe Kapitel 7); die zielgruppengerechte Ansprache in den unterschiedlichen Kommunikationsinstrumenten ist hierfür aber ebenso mitentscheidend.¹²⁶ Übersicht 10 zeigt eine Vielzahl von Kommunikationsmöglichkeiten auf, die ein Unternehmen im Rahmen des BGM einsetzen kann.

Übersicht 10: Auswahl möglicher Kommunikationsinstrumente

Printmedien	Elektronische Medien	Kommunikation in Großgruppen/ Events	Kommunikation in Kleingruppen
<ul style="list-style-type: none"> • Plakate • Schwarzes Brett • Mitarbeiterzeitung • Briefe an Beschäftigte • Führungskräfteinformation • Arbeitsanweisung • Rundschreiben • Personalnachrichten • Führungsgrundsätze • themenbezogene Broschüren • Pressespiegel 	<ul style="list-style-type: none"> • Intranet • E-Mail • Newsletter • Internet • Lautsprecher • Video • CD-Rom • Telefon • Telefax • Hausinternes Fernsehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Management-Konferenz • Mitarbeiter-Infoveranstaltung • Dienstjubiläum • Betriebsversammlung • Betriebsfest • Tag der offenen Tür • Gesundheitstage • Aktionstag • Unternehmenspräsentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Face-to-Face-Kommunikation • Mitarbeiter-/ Führungsgespräch • Führungskräfte-Besprechung • Teambesprechung • Workshop • Gesundheitszirkel • Gruppenarbeit • Projektarbeit • Weiterbildungsveranstaltung • Interviews

Quelle: in Anlehnung an Budde (2010a), S. 318

Wie bereits angedeutet, ist es notwendig, die Kommunikationswege auf die jeweiligen Empfänger abzustimmen. Beispielsweise ist es nicht sinnvoll, Produktionsmitarbeiter, die keinen Zugriff auf das Internet haben mit Online-Informationen versorgen zu wollen. Ebenso sind die Instrumente auf die jeweiligen Inhalte anzupassen. So eignen sich Mitarbeitergespräche eher um persönli-

¹²⁵ Vgl. Budde (2010), S. 94f; Uhle/Treier (2011), S. 153

¹²⁶ Vgl. Budde (2010), S. 95

che Angelegenheiten mit den Mitarbeiter zu klären, während eine Broschüre dazu genutzt werden kann, das gesamte Leistungsangebot darzustellen. Die Inhalte sollten verständlich und anschaulich formuliert und durch prägnante Botschaften vermittelt werden, so dass sie die Beschäftigten ansprechen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das „Timing“ der Kommunikation. Hierbei sollte überlegt werden, welche Zielgruppe am besten wann angesprochen wird. Es ist wenig sinnvoll, eine Broschüre an die Mitarbeiter herauszugeben, wenn nicht vorher die Ziele und Inhalte des BGM gegenüber den Führungskräften kommuniziert wurden.¹²⁷

Die Eigenverantwortung kann auch durch die **Einbindung der Mitarbeiter** in die Einführung und Umsetzung des BGM gefördert werden. Die Beschäftigten wissen durch ihre tägliche Arbeit am besten, welche Herausforderungen mit ihren Tätigkeiten verbunden sind und welchen Belastungen sie ausgesetzt sind. So können bzw. müssen sie bei der Planung der Bedarfe aktiv einbezogen werden. Durch die Analyse der gesundheitsrelevanten Herausforderungen am eigenen Arbeitsplatz werden die Mitarbeiter gleichzeitig für Fragen der Gesundheit sensibilisiert. Ferner wird durch die aktive Einbeziehung der Beschäftigten deren Akzeptanz für BGM-Maßnahmen erhöht sowie das Engagement und die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit am Arbeitsplatz gefördert.¹²⁸

Beides, die Schaffung von Transparenz durch Kommunikation sowie die Einbindung der Mitarbeiter ins BGM, helfen, ein gemeinsames Verständnis von BGM im Unternehmen aufzubauen. Damit werden gemeinsame Werte und Normen geschaffen. In den Sozialkapital-Ansatz eingeordnet, bedeutet dies, dass das Werte- und Überzeugungskapital und somit insgesamt das Sozialkapital gestärkt werden.

5.3.3 Soziale Beziehungen

Der dritte Punkt, welcher an dieser Stelle herausgegriffen werden soll - die Betrachtung der sozialen Beziehungen - betrifft das Netzwerkkapital. Soziale Bezie-

¹²⁷ Vgl. Budde (2010a), S. 316f

¹²⁸ Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 153

hungen können generell in zwei Richtungen wirken: Sie haben zum einen Einfluss auf die Förderung und den Erhalt von Gesundheit, und zum anderen auf die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung von Krankheiten.¹²⁹ Das Wohlbefinden eines Menschen ist somit maßgeblich von der Qualität seiner sozialen Beziehungen abhängig.¹³⁰ Diese sozialen Beziehungen umfassen nicht nur die Kontakte des Privatlebens, sondern auch jene des beruflichen Alltags. Zweitgenannte machen für viele Menschen sogar einen beträchtlichen Teil aller sozialen Beziehungen aus.¹³¹ Die beruflichen sozialen Beziehungen sind in erster Linie geprägt durch das Verhalten der Mitarbeiter untereinander, weshalb es auf den ersten Blick schwierig erscheint, diesbezüglich Maßnahmen im Rahmen des BGM zu ergreifen. Allerdings gibt es noch eine Reihe weiterer Einflüsse:¹³²

- Art und Weise der formellen und informellen Kommunikation,
- Art und Weise des Informationsflusses,
- erlebte Sicherheit des Arbeitsplatzes,
- Zuversicht in die Zukunft des Unternehmens,
- Vertrauen zum Management und zu Kollegen,
- faire und gerechte Behandlung von Mitarbeitern,
- persönliche Identifikation mit dem Unternehmen,
- soziale Unterstützung bei persönlichen Problemen,
- transparente und eindeutige Rollenstruktur.

Wie aus dieser Auflistung ersichtlich wird, gibt es einige Überschneidungen mit den Führungsaufgaben im Rahmen des BGM. Eine eindeutige Trennung ist hierbei nicht möglich. So ist es an den Führungskräften, das Teamklima einzuschätzen und unter Umständen (beispielsweise bei Konflikten oder Mobbing) korrigierend einzugreifen. Die Führungskräfte sollten zudem selbst darauf achten, vertrauens- und respektvolle Beziehungen zu ihren Mitarbeitern aufzubauen, welche von Offenheit geprägt sind. Hierbei ist es wichtig, die Sorgen und Probleme der Mitarbeiter ernst zu nehmen und ihnen im Bedarfsfall emotionale Unterstützung

¹²⁹ Vgl. Borgetto (2010), S. 339

¹³⁰ Vgl. Badura et al. (2008), S. 32

¹³¹ Vgl. Badura et al. (2008), S. 33

¹³² Vgl. Rudow (2011), S. 65

anzubieten. In diesem Zusammenhang ist es ebenso wichtig, den Mitarbeitern Wertschätzung entgegenzubringen. So sollten erbrachte Leistungen entsprechend anerkannt werden.¹³³ Für Führungskräfte ist es nicht immer einfach, all diese Aspekte in die betriebliche Praxis umzusetzen. Zur Verbesserung des Betriebs- bzw. Teamklimas könnten konkrete Maßnahmen ergriffen werden, wie z.B. gemeinsame Teamabende, Betriebsfeste, Seminare zum Thema Kommunikation oder Konfliktmanagement, regelmäßige Dienstbesprechungen mit dem gesamten Team, Durchführung von Mitarbeitergesprächen etc.

6 Institutionalisierte Gesundheitsstrukturen

6.1 Interne Strukturelemente

Zur erfolgreichen Einführung und Umsetzung eines BGM müssen innerhalb des Unternehmens zunächst die entsprechenden Strukturen geschaffen werden, die das Gesundheitsmanagement in der Organisation verankern.¹³⁴ Hierunter fallen vor allem die Klärung der Verantwortlichkeiten und das Bereitstellen benötigter Ressourcen. Mitunter wird die Ansicht vertreten, dass spezielle Strukturen für das BGM nur eingeschränkt erforderlich sind, da Gesundheitsmanagement eine Führungsaufgabe ist und überwiegend in den vorhandenen betrieblichen Strukturen bewerkstelligt werden kann.¹³⁵ Wie bereits beschrieben, übernehmen Führungskräfte tatsächlich eine tragende Rolle innerhalb des BGM, jedoch scheint es unvermeidlich, für die (strategische) Steuerung des BGM geeignete Gremien zu bilden und Verantwortliche für das Thema BGM im Unternehmen zu bestimmen.

6.1.1 Anbindung im Unternehmen

Die erste Frage, die bezüglich der internen Strukturelemente geklärt werden muss, ist, an welcher Stelle im Unternehmen das BGM angebinden wird. Hierfür gibt es verschiedene Möglichkeiten. Vor einigen Jahren lag der Fokus des BGM bzw. der BGF vor allem auf Maßnahmen der Arbeitssicherheit oder der Arbeitsmedizin. Dementsprechend ist dieses Thema mitunter heute noch (überwiegend im produzierenden Gewerbe) in diesen Bereichen integriert. Es ist allerdings zu

¹³³ Vgl. Hollmann (2011), S. 131; Simon/Heger/Reszies (2011), S. 99

¹³⁴ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 26

¹³⁵ Vgl. Jancik (2002), S. 122

beobachten, dass in der näheren Vergangenheit eine stärkere Anbindung des BGM an die Personalabteilungen erfolgt.¹³⁶ Dies scheint aufgrund der komplexen Aufgabenbereiche durchaus sinnvoll. Die Arbeitsmedizin und die Arbeitssicherheit würden nur einen gewissen Teil im Rahmen des BGM (Vorbeugung von Arbeitsunfällen, Behandlung von beruflichen Erkrankungen, einzelne Maßnahmen der BGF) übernehmen können. Das Personalmanagement hat allerdings einen weitaus besseren Überblick über Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten im Betrieb. Dies bedeutet nicht, dass die Personalabteilung allein für alle Themen des BGM zuständig ist. Vielmehr übernimmt sie eine koordinative Funktion. Trotzdem leistet auch das Personalmanagement selbst einen entscheidenden Beitrag zu BGM. Wie in Kapitel 5 dargestellt wurde, sind das Führungsverhalten, das Betriebsklima oder die inhaltliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen wesentliche Elemente, die zur Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Beschäftigten beitragen. Diese Bedingungen werden entscheidend von der Personalabteilung beispielsweise im Rahmen der Personalentwicklung mitgestaltet.¹³⁷

Eine durchaus sinnvolle Überlegung scheint ebenso die Anbindung des Gesundheitsmanagements an die Geschäftsführung. So würden eine Abstimmung des BGM mit den Unternehmensstrategien und die Einbindung der Verantwortlichen der Führungsebene am ehesten sichergestellt werden.¹³⁸ Gerade in kleinen Unternehmen, in denen es mitunter keine eigenständige Personalabteilung gibt, ist dieses Vorgehen empfehlenswert. Für mittlere und große Unternehmen ist dies auch eine überlegenswerte Variante, da die Ansiedlung des BGM an der obersten Ebene die Wichtigkeit des Themas unterstreicht.

Die bisher beschriebenen Möglichkeiten gehen zumeist eher davon aus, dass es in den jeweiligen Abteilungen einen Verantwortlichen für das Thema BGM gibt. Es gibt allerdings bereits Unternehmen, die eine eigene Abteilung Gesundheitsmanagement haben.¹³⁹ Anhang 7 auf Seite 92 zeigt das Ergebnis einer Umfrage,

¹³⁶ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 26

¹³⁷ Vgl. Huber (2010), S. 69

¹³⁸ Vgl. Harges/Holzträger (2009), S. 19

¹³⁹ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 26

in der Unternehmen im Rahmen des Corporate Health Awards 2010 dazu befragt wurden, an welcher Stelle bei ihnen das BGM angebunden ist. Die Teilnehmer dieser Befragung waren vor allem Großunternehmen.

6.1.2 Gesundheitsmanager

Unabhängig davon, an welcher Stelle das BGM angebunden ist, sollte es im Unternehmen eine vom Management eingesetzte Person geben, welche für dieses Thema verantwortlich ist.¹⁴⁰ Dieser Gesundheitsmanager steuert die gesamte Entwicklung, Einführung und Umsetzung des BGM. Als Ansprechpartner für alle Beteiligten stellt er das Bindeglied zwischen Führungsebene, Lenkungsreis (siehe Kapitel 6.1.3), Projektteams sowie allen Führungskräften und Mitarbeitern dar.¹⁴¹ Gleichzeitig koordiniert er die Zusammenarbeit mit allen externen Partnern, mit denen das Unternehmen im Zuge des BGM kooperiert.

Der Beauftragte leitet die Arbeit des Lenkungsreises. Hierbei gehören zu seinen **Aufgaben** die Terminplanung und -koordination, die Leitung der regelmäßigen Treffen des Reises, sowie die Erarbeitung eines Betriebshandbuches BGM in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Lenkungsreises.¹⁴² Dieses Betriebshandbuch beinhaltet alle relevanten Informationen zum Thema BGM: von den Zielen, über die Strukturen und Verantwortlichkeiten bis hin zum konkreten Leistungsangebot des Unternehmens und Aspekten der Qualitätssicherung. Für die Arbeit im Lenkungsreis bereitet der Gesundheitsmanager Entscheidungen vor, d.h. er gibt den Mitgliedern Informationen zu den aktuellen Themen, auf deren Grundlage der Lenkungsreis letztlich die Entscheidungen trifft. Hierbei hat der Gesundheitsmanager die neuesten Entwicklungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Nach Beschlussfassung durch den Lenkungsreis liegt es in der Verantwortung des BGM-Beauftragten, die Ergebnisse zu dokumentieren sowie die Informationsweitergabe an alle betroffenen Personengruppen sicherzustellen.¹⁴³

¹⁴⁰ Vgl. Walter (2010), S. 152

¹⁴¹ Vgl. StMAS (2009), S. 8; Walter (2010), S. 152

¹⁴² Vgl. StMAS (2009), S. 8; Walter (2010), S. 152

¹⁴³ Vgl. Walter (2010), S. 152

Auch wenn der Gesundheitsmanager für die Umsetzung der Beschlüsse des Lenkungskreises verantwortlich ist, so bedeutet dies nicht, dass er alle Aufgaben persönlich umsetzen muss. Vielmehr gehören die Delegation, Koordination und Steuerung von Teilaufgaben zu seinen Tätigkeiten.¹⁴⁴ Um Aufträge delegieren zu können, ist es für den BGM-Beauftragten unerlässlich, genaue Kenntnisse über die Strukturen, Verantwortlichkeiten und Tätigkeitsbereiche der einzelnen Personen in der Organisation zu haben.

Eine weitere Aufgabe des Gesundheitsmanagers ist die Überprüfung der Zielsetzung sowie der zu deren Erreichung eingesetzten Methoden und Instrumente. Anhand entsprechender Kosten-, Leistungs- und Qualitätskontrollen kann er möglicherweise notwendige Anpassungen der Maßnahmen vornehmen.¹⁴⁵ Für strategische und grundlegende operative Fragen muss sich der Gesundheitsmanager mit der Geschäftsführung abstimmen.¹⁴⁶ Ferner legt er dem Top-Management, der Mitarbeitervertretung sowie dem Gesundheitsbeirat¹⁴⁷ regelmäßig Berichterstattung zu allen Aktivitäten im Rahmen des BGM ab.¹⁴⁸ Dies ist u.a. aus dem Grund erforderlich, da der Gesundheitsmanager die Budgetverantwortung für das BGM hat. Hierbei kann er innerhalb des vorgegebenen Budgets frei (in Absprache mit dem Lenkungskreis) über die Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel entscheiden.

Zur Bewältigung der soeben beschriebenen Aufgaben benötigt der BGM-Beauftragte eine Vielzahl von **Kompetenzen**. Neben den fachlichen Kenntnissen sind insbesondere Methoden- und Sozialkompetenz gefragt. Es ist darauf zu achten, dass der Gesundheitsmanager über Diplomatie, Empathie, einen guten Kommunikationsstil und Organisationstalent verfügt, sowie fundierte Kenntnisse

¹⁴⁴ Vgl. Walter (2010), S. 152

¹⁴⁵ Vgl. Walter (2010), S. 152

¹⁴⁶ Vgl. Gittler-Hebestreit (2010), S. 2

¹⁴⁷ Der Gesundheitsbeirat ist ein Beratungsgremium. Mitglieder des Beirats können u.a. Mitglieder der Geschäftsführung und externe Fachvertreter sein. Der Beirat begleitet und fördert die Konzept Einführung und -umsetzung, erhält Berichte zu Umsetzungsschritten, prüft die Zielerreichung und empfiehlt gegebenenfalls Zielkorrekturen. Er trifft sich in der Regel einmal jährlich. (Vgl. Gittler-Hebestreit, 2010, S. 2)

¹⁴⁸ Vgl. Walter (2010), S. 152

im Bereich der Moderationstechniken aufweist.¹⁴⁹ Nur so ist es ihm möglich, das sensible und gleichzeitig so wichtige Thema Gesundheit im Unternehmen voran zu bringen. Unabhängig von seinen Fähigkeiten ist der BGM-Beauftragte auf die Unterstützung des gesamten Managements und anderer wichtiger „Machtpromotoren“ im Unternehmen angewiesen.¹⁵⁰ Wenn die Führungskräfte nicht gewillt sind, Inhalte und Maßnahmen des BGM umzusetzen, so wird es für den Verantwortlichen nahezu unmöglich, BGM erfolgreich zu etablieren (siehe auch Kapitel 5.3.2).

Die Entscheidung, wer die Tätigkeit des BGM-Beauftragten übernimmt, ist unternehmensspezifisch zu treffen. So kann es durchaus möglich sein, dass ein Mitarbeiter diese Aufgaben zusätzlich zu seinem bisherigen Tätigkeitsbereich übernimmt. Somit würde die Stelle des Gesundheitsmanagers auf Teilzeit-Basis vergeben. Es ist ebenso vorstellbar, einen Gesundheitsmanager explizit für diese Aufgaben einzustellen. Ausschlaggebend für diese Entscheidung ist der Umfang der Tätigkeiten, welcher wiederum hauptsächlich von der Unternehmensgröße und -struktur sowie dem Umfang des BGM im Unternehmen abhängig ist. Möglicherweise ist es auch erforderlich, mehrere BGM-Beauftragte einzusetzen, wenn das Unternehmen beispielsweise über mehrere Standorte und/oder Tochterunternehmen verfügt.

6.1.3 Lenkungsreis

Wie bereits mehrfach erwähnt, sollte es in der Organisation einen Lenkungsreis¹⁵¹ geben, der als Koordinierungs- und Steuerungsgruppe des BGM agiert.¹⁵² Neben dem Gesundheitsmanager als Leiter dieses Kreises gibt es viele weitere **Personen(-gruppen)**, die darin vertreten sein sollten.

Der in Kapitel 6.1.1 erläuterte Einfluss des *Personalmanagements* auf das BGM macht es unabdingbar, dass Vertreter der Personalabteilung in dem Lenkungs-

¹⁴⁹ Vgl. StMAS (2009), S. 8; Walter (2010), S. 152

¹⁵⁰ Vgl. Walter (2010), S. 152

¹⁵¹ Hier wird einheitlich der Begriff Lenkungsreis verwendet. Andere mögliche Bezeichnungen, die in der Literatur zu finden sind, sind Steuerungskreis, Arbeitskreis oder Lenkungsausschuss.

¹⁵² Vgl. BKK (2004), S. 20

kreis mitwirken. Sie leisten einen Beitrag zum BGM, indem sie für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen verantwortlich sind, worunter z.B. die Durchführung von Personalentwicklungsmaßnahmen oder Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas gehören.¹⁵³ Das Personalmanagement übernimmt innerhalb des Lenkungsgebietes vor allem Organisations- und Verwaltungsaufgaben, z.B. bei der Terminierung und Vergabe von Leistungsangeboten. Sie kümmern sich um die Anbahnung und Pflege von Kontakten mit externen Partnern. Zudem dokumentieren und analysieren die Personalmitarbeiter die Fehlzeiten im Betrieb und leisten damit einen Beitrag zum BGM, insbesondere für die Evaluation.¹⁵⁴

Soweit im Unternehmen vorhanden, ist mindestens ein Vertreter (empfehlenswert wäre der Vorsitzende) des Betriebsrates in die Arbeit des Lenkungsgebietes einzubeziehen. Deren Mitbestimmungs- bzw. Unterrichts- und Beratungsrechte bezüglich des BGM ergeben sich aus den §§ 87 Abs. 1, 88 Abs. 1, 89 Abs. 1 und 90 Abs. 2 BetrVG. Die Betriebsräte bringen die Interessen der Mitarbeiter in die Arbeit des Lenkungsgebietes ein und geben gleichzeitig die Informationen zum BGM, z.B. über aktuelle Gesundheitsangebote, an die Belegschaft weiter. Überdies nimmt der Betriebsrat Einfluss auf die Arbeitsbedingungen und damit das Wohlbefinden sowie die Gesundheit der Beschäftigten u.a. durch die Mitbestimmung bei der Gestaltung von Arbeitszeitsystemen oder bei der Personalauswahl.¹⁵⁵

Wichtige Akteure innerhalb des Lenkungsgebietes sind zudem der Arbeitsmedizinische Dienst und Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Die Aufgaben der Betriebsärzte sind in § 3 ASiG geregelt. Demnach haben sie den Arbeitgeber neben dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung auch in Fragen des Gesundheitsschutzes zu unterstützen.¹⁵⁶ Ähnliche Verpflichtungen haben die Fachkräfte für Arbeitssicherheit nach § 6 ASiG. Die Unterstützung bezieht sich hierbei neben den Bereichen Arbeitsschutz und Unfallverhütung zudem auf die Arbeitssicherheit sowie

¹⁵³ Vgl. Huber (2010), S. 69

¹⁵⁴ Vgl. Rudow (2011), S. 224

¹⁵⁵ Vgl. Verbücheln/Krämer/Berssem (2010), S. 185

¹⁵⁶ Vgl. § 3 Abs. 1, S. 1 ASiG

auf die menschengerechte Gestaltung der Arbeit.¹⁵⁷ Für den Lenkungskreis können diese Personengruppen vor allem Informationen über mögliche Gefahren bei der Arbeit und Potenziale zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen bereit stellen. Sie können einschätzen, welche Maßnahmen aus medizinischer sowie sicherheitstechnischer Sicht sinnvoll erscheinen und schaffen damit eine wichtige Basis für die Entscheidungen des Lenkungskreises.

Weitere Personen im Lenkungskreis können Schwerbehindertenvertreter sein, die die besondere Situation behinderter oder leistungsgewandelter Mitarbeiter bei der Integration in die Arbeit oder bei der Besetzung und Gestaltung von Arbeitsplätzen berücksichtigen. Es ist zudem zu überlegen, inwieweit Vertreter aus dem oberen Management eingebunden werden, die für die grundlegenden strategischen Fragen und Entscheidungen zuständig sind.¹⁵⁸ Generell ist darauf zu achten, dass der Lenkungskreis möglichst hochrangig besetzt ist, damit weitreichende und schnelle Entscheidungen getroffen werden können und diese auf größtmögliche Akzeptanz bei den Mitarbeitern stoßen.¹⁵⁹

Im Bedarfsfall können auch externe Experten (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) Mitglieder des Lenkungskreises werden. Gerade in der Startphase des BGM kann es durchaus förderlich sein, den Entwicklungsprozess durch Externe begleiten zu lassen, die den internen Akteuren beratend und moderierend zur Seite stehen.¹⁶⁰

Der Lenkungskreis ist als Entscheidungsgremium die treibende Kraft des BGM. Eine der wichtigsten **Aufgaben** besteht in der Abstimmung und dem Beschluss des Betriebshandbuchs zum BGM. Hierunter fällt die Festlegung von Zielen, Kriterien, Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Zeitplänen. Neben der Erarbeitung von Instrumenten zur Bedarfsermittlung beschließt der Lenkungskreis das genaue Leistungsangebot unter Berücksichtigung personeller und finanzieller Ressourcen sowie von Kooperationen mit externen Partnern. Die Mitglieder des Len-

¹⁵⁷ Vgl. § 6, S. 1 ASiG

¹⁵⁸ Vgl. Rudow (2011), S. 225

¹⁵⁹ Vgl. BKK (2009), S. 20

¹⁶⁰ Vgl. Walter (2010), S. 151

kungskreises sind überdies dafür verantwortlich, die systematische Umsetzung der Maßnahmen zu kontrollieren und zu steuern sowie die Ergebnisse zu bewerten. Damit der Lenkungskreis erfolgreich arbeiten kann, ist es erforderlich, die Mitglieder entsprechend durch Schulungen und Beratungen zu qualifizieren.¹⁶¹ Ein weiterer sehr wichtiger Aspekt ist die Bereitstellung der notwendigen (finanziellen und zeitlichen) Ressourcen. So müssen den Mitgliedern des Lenkungskreises ausreichend Freiräume zur Verfügung stehen, um an der Erarbeitung und Umsetzung des BGM mitzuwirken. Besonders in der Anfangsphase, beispielsweise für die Erstellung des Betriebshandbuches, ist dies unerlässlich.

Wie beim Gesundheitsmanager ist in Abhängigkeit von der Unternehmensgröße und -struktur zu überlegen, ob es untergeordnete Lenkungskreise (im Folgenden als Steuerkreise bezeichnet) für die einzelnen Standorte oder Tochterunternehmen geben sollte. Dies könnte gegebenenfalls die Koordination zwischen den einzelnen Unternehmensteilen sowie die bedarfsgerechte Umsetzung der Maßnahmen erleichtern. Die Besetzung dieser Gremien wäre ähnlich zu wählen wie die des Lenkungskreises, lediglich bezogen auf die Standorte oder Tochterunternehmen. Falls Steuerkreise implementiert werden, ist es empfehlenswert, dass jeweils ein Vertreter der Steuerkreise (Standortbeauftragter) auch Mitglied im Lenkungskreis ist. Dadurch wird die Kommunikation zwischen den einzelnen Strukturelementen (top down und bottom up) optimiert.

6.2 Externe Strukturelemente

6.2.1 Krankenkassen

Zentrale externe Partner im Bereich des BGM sind die gesetzlichen Krankenkassen. Sie sind seit 2007 gemäß § 20a SGB V dazu verpflichtet, Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erbringen.¹⁶² Zu ihren **Aufgaben** zählt u.a. die Erhebung der gesundheitlichen Situation im Betrieb einschließlich aller Risiken und Potenziale. Hierbei sind die Versicherten und Verantwortlichen des Unternehmens mit einzubeziehen, damit die Ausrichtung der Maßnahmen am

¹⁶¹ Vgl. BKK (2004), S. 21; StMAS (2009), S. 9f; Walter (2010), S. 150f

¹⁶² Vgl. § 20a SGB V; Drupp (2010), S. 430

betrieblichen Bedarf sichergestellt wird.¹⁶³ Die Untersuchung der gesundheitlichen Situation umfasst Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (betrieblicher Gesundheitsbericht), Auswertungen von arbeitsmedizinischen Untersuchungen und Gefährdungsbeurteilungen, Mitarbeiterbefragungen zum Thema „Arbeit und Gesundheit“ sowie betriebliche Gesundheitszirkel.¹⁶⁴ Auf Basis der Analysen unterbreiten die Krankenkassen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten. Zudem unterstützen sie die Betriebe bei der Umsetzung dieser Vorschläge.¹⁶⁵

Die Krankenkassen unterscheiden generell zwischen dem individuellen Ansatz und dem Setting-Ansatz. Beim individuellen Ansatz sind die Interventionen auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet.¹⁶⁶ Darunter fallen Angebote wie die Kostenübernahme für verschiedene Vorsorgeuntersuchungen (Impfungen, Gesundheits-Checkups etc.), Kostenerstattungen für Präventionskurse oder Bonusprogramme für Versicherte (Geld- oder Sachleistungen für gesundheitsbewusstes Verhalten).¹⁶⁷ Diese Angebote werden von den Beschäftigten privat (außerhalb des Unternehmens) wahrgenommen und dienen der Stärkung der persönlichen gesundheitlichen Ressourcen. Da sie einen Beitrag zur Gesundheitsförderung jedes Einzelnen leisten und damit nutzenstiftend für die Betriebe sind, sollten die Unternehmen ihre Mitarbeiter auf diese Möglichkeiten hinweisen. Der Setting-Ansatz hat aber sicher eine noch größere Relevanz für die Unternehmen, denn er umfasst alle Aktivitäten, die die Krankenkassen für das BGM leisten können. Dazu gehören:¹⁶⁸

- Beratung bei der Strategiefindung, der Konzeptentwicklung und der Maßnahmenplanung,
- Durchführung einzelner Bausteine innerhalb des Leistungsangebotes,

¹⁶³ Vgl. § 20a Abs. 1 SGB V

¹⁶⁴ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 9

¹⁶⁵ Vgl. § 20a Abs. 1 SGB V

¹⁶⁶ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 11

¹⁶⁷ Vgl. Simon/Heger/Reszies (2011), S. 80f

¹⁶⁸ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 62; Henssler/Klenke (2011), S. 31

- Dokumentation und Erfolgskontrolle durch Lieferung von Daten und Statistiken zu Krankheits- und Fehlzeiten,
- interne Öffentlichkeitsarbeit (Informieren der Mitarbeiter),
- Moderation von Gesundheitszirkeln,
- finanzielle Beteiligung an Angeboten.

Es gibt genau definierte Handlungsfelder, entsprechend derer die Krankenkassen Maßnahmen fördern. Um eine möglichst hohe Wirksamkeit zu erzielen, wird innerhalb dieser Handlungsfelder auf eine Kombination verhaltenspräventiver sowie struktureller und Organisations-/ Personalentwicklungsmaßnahmen geachtet.¹⁶⁹ Eine Beschreibung dieser Handlungsfelder mit den entsprechenden Prinzipien, Zielen, Inhalten und Methoden befindet sich in Anhang 8 auf Seite 93.

Gesetzlich wird eine **Zusammenarbeit** zwischen verschiedenen Trägern gefordert. So können die einzelnen Krankenkassen ihre Aufgaben selbst oder durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch Arbeitsgemeinschaften wahrnehmen. Das Gesetz formuliert ausdrücklich, dass die verschiedenen Krankenkassen zusammenarbeiten sollen. Dies betrifft insbesondere die Krankenkassen, deren Versicherte in ein und demselben Unternehmen tätig sind.¹⁷⁰ Weiterhin verpflichtet § 20a Abs. 2 SGB V die Krankenkassen zu einer Zusammenarbeit mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern (Berufsgenossenschaften). Demnach müssen sich beide über das gemeinsame Vorgehen abstimmen.¹⁷¹

6.2.2 Berufsgenossenschaften (Unfallversicherungsträger)

Die Berufsgenossenschaften sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Ihre Aufgaben bestehen gemäß SGB VII zum einen darin, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten (Prävention). Zum anderen übernehmen sie die Aufgabe der Rehabilitation. Demnach stellen sie die Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit der Beschäftigten wieder her, wenn Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten eingetreten sind.¹⁷² Wäh-

¹⁶⁹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 65

¹⁷⁰ Vgl. § 20a Abs. 2 SGB V; Drupp (2010), S. 430; GKV-Spitzenverband (2010), S. 9

¹⁷¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 9

¹⁷² Vgl. § 1 Nr. 1 u. 2 SGB VII

rend die Berufsgenossenschaften vor einiger Zeit noch eher als Kontrolleure zur Einhaltung des Arbeitsschutzes galten, so haben sie ihr Angebot mittlerweile über den klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz hinaus erweitert. Die Berater der Berufsgenossenschaften unterstützen aktiv beim Aufbau einer systematischen Gesundheitsförderung und begleiten die Umsetzung von Maßnahmen. Die Mitgliedsunternehmen der Berufsgenossenschaften erhalten kostenlose Schulungen für Arbeitgeber und Sicherheitsfachkräfte.¹⁷³ In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Berufsgenossenschaften (z.B. BG Bau, BG Metall, BG Handel und Warendistribution, BG Papier und Druck). Das Angebot kann zwischen diesen Berufsgenossenschaften mitunter stark schwanken.¹⁷⁴ Die genauen Leistungen müssen daher bei der Berufsgenossenschaft erfragt werden, deren Mitglied das Unternehmen ist.

6.2.3 Deutsche Rentenversicherung

Ein weiterer unterstützender Partner, vor allem bezüglich der Prävention, ist die Deutsche Rentenversicherung. Zusammen mit den Berufsgenossenschaften, der Agentur für Arbeit, den Krankenkassen und dem Integrationsamt sind sie insbesondere für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) verantwortlich.¹⁷⁵ Seit 01.05.2004 sind die Arbeitgeber gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX verpflichtet, ein BEM im Unternehmen zu verankern. Dies soll den Arbeitnehmern, die länger als sechs Wochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, helfen, möglichst frühzeitig wieder im Betrieb arbeiten zu können. Die Deutsche Rentenversicherung steht den Unternehmen auf diesem Gebiet vor allem beratend zur Seite. So verfügt sie über ein dichtes Netz von Fachberatern für Rehabilitation, gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation und Auskunfts- und Beratungsstellen.¹⁷⁶

¹⁷³ Vgl. Simon/Heger/Reszies (2011), S. 83f

¹⁷⁴ Vgl. Rudow (2011), S. 226

¹⁷⁵ Vgl. Simon/Heger/Reszies (2011), S. 84

¹⁷⁶ Vgl. Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement, <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/> vom 02.08.2012

6.2.4 Sonstige

Neben den bereits vorgestellten Partnern, gibt es noch weitere Institutionen, die einem Unternehmen im Rahmen des BGM zur Seite stehen können.

Gewerkschaften sind die Interessenvertreter der Arbeitnehmer und in dieser Funktion zuständig für humane Arbeitsbedingungen. Hierfür haben einige Gewerkschaften Beratungs- und Informationszentren eingerichtet oder Handlungshilfen entwickelt, die die Betriebs- und Personalräte bei allen Fragen humaner Arbeitsgestaltung unterstützen.¹⁷⁷

Informationen zum BGM können auch von **Kammern und Verbänden** eingeholt werden. Diese generieren von ihren Mitgliedern berufliche Standards, unternehmerische Leitbilder oder BGM-spezifische Informationen zu Themen wie Demografie, Familienfreundlichkeit oder Rente mit 67, die wiederum von anderen Unternehmen genutzt werden können. Einige Verbände bieten überdies die Möglichkeit, Zertifikate zu ausgewählten Aspekten des BGM zu erwerben oder an entsprechenden Wettbewerben (z.B. familienfreundliches Unternehmen) teilzunehmen. Eine Auszeichnung mit einem Zertifikat oder der Gewinn eines solchen Wettbewerbs bedeuten für die Unternehmen einen Imagegewinn und steigern somit die Arbeitgeberattraktivität. Gleichzeitig stellen sie einen gewissen Standard dar, an dem sich die Unternehmen orientieren können.¹⁷⁸

Externes Know-How erhalten Unternehmen außerdem von **Hochschulen und Forschungseinrichtungen**. Diese können oft auf umfassende Kompetenzen und Erfahrungen auf dem Gebiet des BGM zurückgreifen, welche sie in Projekten gewonnen haben. Auf Nachfrage stellen die Hochschulen den Unternehmen dieses Wissen zur Verfügung.¹⁷⁹ In diesem Zusammenhang ist in Betracht zu ziehen, studentische Praktikanten als Hilfskräfte für bestimmte Aufgaben im Rahmen des BGM einzusetzen oder Projekte durch Abschlussarbeiten begleiten zu lassen. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, eigene Personalressourcen zu scho-

¹⁷⁷ Vgl. Rudow (2011), S. 226f

¹⁷⁸ Vgl. Simon/Heger/Reszies (2011), S. 85f

¹⁷⁹ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 31; Simon/Heger/Reszies (2011), S. 88

nen und gleichzeitig Synergien zwischen Betrieben und Hochschulen aufzubauen bzw. zu nutzen.¹⁸⁰

Als externe Partner sind auch **Sport-, Wellness- und andere Einrichtungen** zu nennen, die konkrete Leistungsangebote für die Mitarbeiter bereit stellen können. Dabei kann das Unternehmen möglicherweise Sonderkonditionen aushandeln, von denen die Beschäftigten profitieren können. Hier ist an Fitnessstudios, Physiotherapiepraxen, freiberufliche Trainer/ Masseur, Ernährungsberater u.a. zu denken. Die Suche nach qualifizierten Partnern sowie die Ausgestaltung der Verträge sind mit durchaus hohem Aufwand verbunden. Neben den zeitlichen Ressourcen ist hierfür fachliches Know-How von Nöten, um die Kompetenz und das Angebot der Dienstleister einschätzen zu können. Die Unternehmen werden bei diesem Prozess wiederum von den gesetzlichen Krankenkassen unterstützt.¹⁸¹

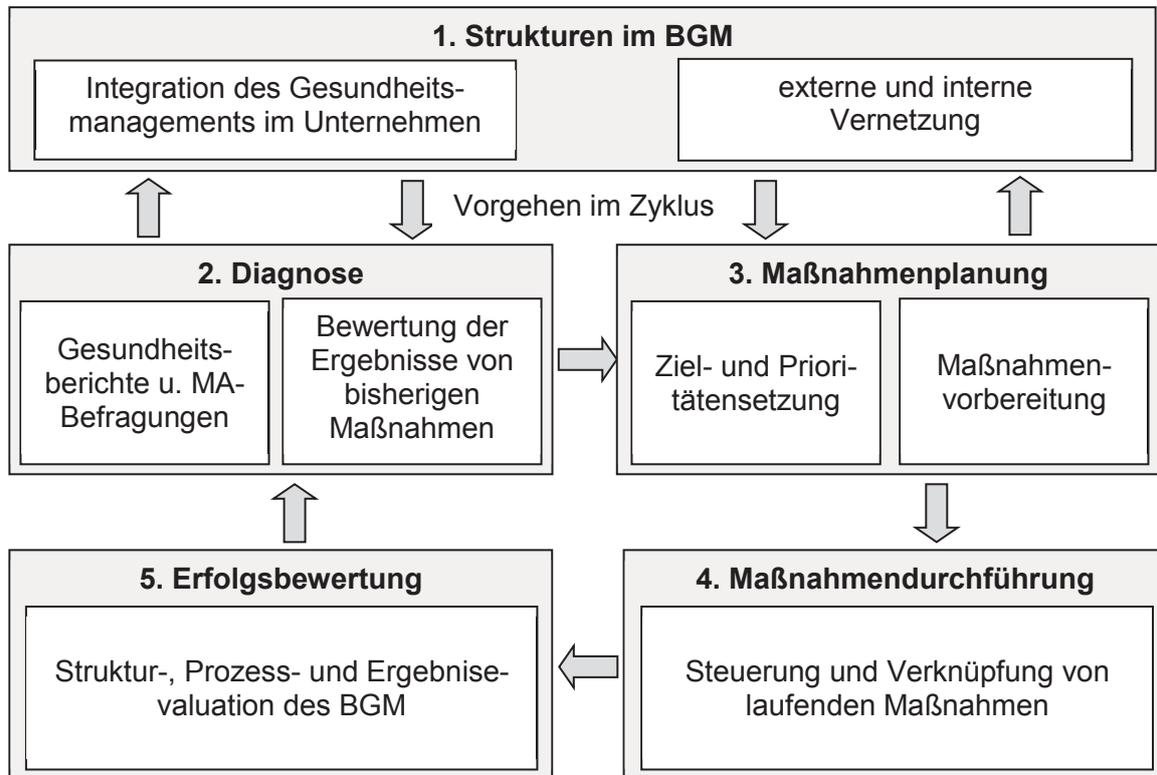
7 Leistungsangebot für Mitarbeiter

7.1 Lernzyklus des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Den Unternehmen steht mittlerweile ein breites Spektrum an möglichen Leistungen zur Verfügung, welche sie ihren Mitarbeitern anbieten können. Es ist allerdings nicht ratsam, aus dieser Palette willkürlich Interventionen für das eigene Unternehmen auszuwählen. Die Einführung, Umsetzung und Verbesserung des BGM-Leistungsangebotes erfordert vielmehr ein strukturiertes Vorgehen. Dabei kann sich am Lernzyklus von *Badura* orientiert werden. Dieser Zyklus ist in Übersicht 11 dargestellt. Wie ersichtlich wird, sind in diesem Zyklus die Strukturen als erster Schritt integriert. Da auf dieses Element bereits in Kapitel 6 eingegangen wurde, stehen im Folgenden die Schritte zwei bis vier im Mittelpunkt. Die Erfolgsbewertung (fünfter Schritt) ist Gegenstand von Kapitel 8 dieser Arbeit.

¹⁸⁰ Vgl. Schneider (2011), S. 146

¹⁸¹ Vgl. Simon/Heger/Reszies (2011), S. 143

Übersicht 11: Lernzyklus des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Quelle: In Anlehnung an Badura (1999), S. 58

7.2 Bedarfsanalyse (Diagnose)

Vor Einführung und Umsetzung konkreter BGM-Maßnahmen ist es erforderlich, den gesundheitlichen Ist-Zustand der Mitarbeiter und damit des gesamten Unternehmens zu erfassen. Innerhalb der Diagnose geht es darum, das Wohlbefinden, die Zufriedenheit, aber auch die Bedürfnisse der Beschäftigten sowie deren Ursachen zu analysieren. Erst aus dieser Analyse heraus können konkrete Bedarfe und Leistungsangebote abgeleitet und damit die Ressourcen (Personal, Zeit und Geld) effizient eingesetzt werden.¹⁸²

7.2.1 Gesundheitsbericht

Eine erste sehr wichtige Möglichkeit der Diagnose des Gesundheitszustandes stellt der Gesundheitsbericht dar. Ein solcher Gesundheitsbericht, welcher in Deutschland von den Krankenkassen erstellt wird, umfasst die Analyse der Ar-

¹⁸² Vgl. Badura (1999), S. 83

beitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten). Prinzipiell stehen den Unternehmen zwar die Abwesenheitsquoten von einzelnen Personen, Teams oder Organisationseinheiten zur Verfügung, allerdings haben sie keinen Einblick in die Krankheitsarten und -gründe. Der Grund hierfür liegt in den Datenschutzbestimmungen. Die Krankenkassen verfügen über jene Daten und stellen diese den Unternehmen in einem betrieblichen Gesundheitsbericht anonymisiert und standardisiert zur Verfügung. Dabei werden die AU-Daten nach Mitarbeitergruppen und Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Zur Gewährleistung der Anonymität ist es wichtig, dass die Mitarbeitergruppe mindestens 50 Beschäftigte umfasst, weshalb ein solcher Gesundheitsbericht nur für Unternehmen mit einer entsprechenden Mitarbeiterzahl zur Verfügung steht.¹⁸³ Konkret umfasst ein Gesundheitsbericht folgende Daten:¹⁸⁴

- Anzahl und Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten,
- Verteilung innerhalb des Betriebes (z.B. nach Abteilungen oder Berufsgruppen),
- soziodemografische Merkmale wie Alter oder Geschlecht,
- Krankheitsarten,
- Kassen-, Branchen- und Ländervergleiche,
- Längsschnittanalysen (Verteilung und Veränderungen der Krankheiten im zeitlichen Verlauf).

Durch die Bereitstellung von Kassen-, Branchen- und Ländervergleichen stehen den Unternehmen Richtwerte zur Verfügung, an denen sie sich orientieren können. Damit wird deutlich, wie das Unternehmen hinsichtlich bestimmter Kenngrößen im Vergleich zur Branche oder zum Bundesergebnis steht. Dies ist gerade für kleinere Unternehmen, deren Mitarbeiterzahl zu gering ist, um Vergleiche zwischen verschiedenen Abteilungen durchführen zu können, oft die einzige Möglichkeit der Orientierung. Mittelgroße Betriebe können den Gesundheitsbericht dagegen auch für die Analyse der Krankheitsarten und deren Verteilung auf die unterschiedlichen Abteilungen nutzen. In großen Unternehmen kann eine noch

¹⁸³ Vgl. Rudow (2011), S. 230; Simon/Heger/Reszies (2011), S. 78

¹⁸⁴ Vgl. Rudow (2011), S. 230

detailliertere Betrachtung der Krankheiten, differenziert nach Alter, Geschlecht oder Qualifikation, erfolgen.¹⁸⁵

Der Gesundheitsbericht ist für die Bedarfsermittlung ein durchaus informatives Instrument, da er Auskunft über den Gesundheitszustand der Beschäftigten und über Belastungsschwerpunkte im Unternehmen gibt. Er liefert damit eine solide Basis für die Ableitung konkreter Interventionen der Gesundheitsförderung. Zudem ist es mit Hilfe des Gesundheitsberichtes möglich, Prä-Post-Vergleiche des Krankenstandes durchzuführen und somit die Evaluation zu unterstützen.¹⁸⁶

Die Verwendung von Gesundheitsberichten ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Für die Unternehmen wäre es vor allem interessant, diejenigen AU-Daten herauszufiltern, die mit den Tätigkeiten der Mitarbeiter in Verbindung stehen. Dieser Arbeitsplatzbezug fehlt allerdings in den Berichten, so dass oftmals nicht nachvollzogen werden kann, welche Krankheiten auf betriebliche Ursachen zurückzuführen sind.¹⁸⁷ Auch die Interpretation der Daten unterliegt gewissen Einschränkungen. So muss beachtet werden, dass nur Belastungen und Beschwerden erfasst werden, die tatsächlich zu Arbeitsunfähigkeit führen. Dabei wird also nicht berücksichtigt, dass mitunter Mitarbeiter zur Arbeit erscheinen, obwohl sie Beschwerden haben (Präsentismus).¹⁸⁸ Die Interpretation ist zudem deshalb schwierig, weil die Aufteilung der Krankheitsarten in 17 Gruppen sehr verallgemeinert ist. In einer Hauptgruppe werden zahlreiche, unterschiedliche Krankheiten zusammengefasst.¹⁸⁹ Aufgrund der genannten nachteiligen Aspekte eines Gesundheitsberichtes ist es sinnvoll und erforderlich, dieses Instrument um weitere Diagnosemöglichkeiten zu ergänzen.

7.2.2 Mitarbeiterbefragung

Da die Beschäftigten die Betroffenen des BGM sind, ist es ratsam, sie an der Bedarfsanalyse mittels Befragungen partizipieren zu lassen. Zum einen können dabei die individuelle Arbeitszufriedenheit oder subjektive körperliche Beschwerden

¹⁸⁵ Vgl. Badura (1999), S. 84

¹⁸⁶ Vgl. Rudow (2011), S. 230; Simon/Heger/Reszies (2011), S. 78

¹⁸⁷ Vgl. Ducki (1998), S. 159; Rudow (2011), S. 230

¹⁸⁸ Vgl. Badura (1999), S. 85; Simon/Heger/Reszies (2011), S. 78

¹⁸⁹ Vgl. Ducki (1998), S. 158f; Rudow (2011), S. 230

und psychische Beeinträchtigungen der Mitarbeiter erfasst werden. Weiterhin kann in Erfahrung gebracht werden, wie die Beschäftigten die bisherige Führung und Arbeitsorganisation sowie durchgeführte Personalfördermaßnahmen einschätzen. Damit können u.a. Rückschlüsse auf die Ursachen der in den Gesundheitsberichten aufgeführten AU-Daten gezogen werden. All diese Aspekte beziehen sich auf eine Ist-Analyse. Zum anderen ist es möglich, persönliche Meinungen, Einstellungen sowie Wünsche und Erwartungen der Mitarbeiter an das BGM abzufragen.¹⁹⁰

Eine Mitarbeiterbefragung eignet sich besonders gut zur Identifizierung der Bedürfnisse, da Mitarbeiter Experten auf diesem Gebiet sind, weil sie die Verhältnisse vor Ort, speziell die Arbeitsprobleme und deren Verbesserungen, am besten einschätzen können.¹⁹¹ Befragungen im Rahmen des BGM dienen zudem der Einbindung der Mitarbeiter in das Unternehmensgeschehen und können damit die Beteiligung der Beschäftigten am BGM erhöhen. Dies setzt voraus, dass die Mitarbeiter über Sinn und Zweck der Befragung informiert werden und sich ihnen die Möglichkeit bietet, ihre subjektiven Einschätzungen anzubringen.¹⁹²

Die erfolgreiche Umsetzung einer Mitarbeiterbefragung bedarf in erster Linie einer systematischen **Planung**. Diese sollte dem Lenkungskreis unter Leitung des Gesundheitsmanagers unterliegen. Grundvoraussetzung ist eine klare und einheitliche Vorstellung über die Zielsetzung und die Absicht der Befragung, denn diese bestimmen die Inhalte der Befragung. Dabei sollte immer bedacht werden, dass mit einer solchen Befragung auch Erwartungen bei den Beschäftigten geweckt werden. Der Fragebogen sollte also nicht zu viele Begehrlichkeiten wecken, die später möglicherweise nicht erfüllt werden können. Hierfür ist die bereits angesprochene Informationspolitik von Bedeutung. Zu einer guten Planung gehört es, die Mitarbeiter über Sinn und Zweck des Vorhabens zu informieren, sie wissen zu lassen, wie die Befragung genau durchgeführt wird und sie über alle relevanten Aspekte des Datenschutzes in Kenntnis zu setzen. Innerhalb der

¹⁹⁰ Vgl. Badura (1999), S. 84f; Ducki (1998), S. 166; Rixgens (2010), S. 206; Simon/Heger/Reszies (2011), S. 50

¹⁹¹ Vgl. Rixgens (2010), S. 206

¹⁹² Vgl. Rixgens (2010), S. 206; Simon/Heger/Reszies (2011), S. 50

Planung sind ferner folgende Fragen zu klären: Wer nimmt an der Befragung teil (alle Mitarbeiter oder ausgewählte Abteilungen)? Zu welchem Zeitpunkt soll die Befragung erfolgen? Wie erfolgt die technische Umsetzung (online, mündliches Interview, schriftlicher Fragebogen)? Wie lange läuft der Befragungszeitraum?¹⁹³

Es ist überdies zu überlegen, ob die BGM-Befragung in eine bereits bestehende Mitarbeiterbefragung integriert wird oder ob eine separate Umfrage erfolgen soll. Eine eigenständige Befragung hat den Vorteil, dass die Wichtigkeit des Themas nochmals herausgehoben wird und dass sich auf die Aspekte des BGM konzentriert werden kann. Zudem ist die Auswertung in diesem Fall etwas leichter. Andererseits hat die Integration in ein bestehendes Instrument den Vorteil, dass die Mitarbeiter nicht mit zu vielen parallelen Projekten und Befragungen überfordert werden.

Einer der wichtigsten Schritte innerhalb der Planung ist die Entscheidung für ein Instrument bzw. ein Bündel an Fragen. Es ist darauf zu achten, dass die Fragen die Lebenswelt der Beschäftigten abbilden und sie wissenschaftlichen Gütestandards entsprechen.¹⁹⁴ Hierbei kann auf eine standardisierte Erhebung mit vorgegebenen Antworten zurückgegriffen werden. Dies ermöglicht eine einfache und schnelle Auswertung und die Daten von einzelnen Personen, Abteilungen oder Zeiträumen sind gut miteinander vergleichbar. Allerdings werden dabei keine Spezialprobleme oder individuellen Wünsche berücksichtigt. Deswegen ist die Integration von offenen Fragen empfehlenswert, auch wenn deren Auswertung erheblich schwieriger ist.¹⁹⁵

Da sich die Erstellung eines solchen Fragebogens recht schwierig gestaltet, kann es ratsam sein, externe Dienstleister zu bemühen, die ihre Expertise mit einbringen. Außerdem besteht die Möglichkeit, einen der bereits bestehenden Fragebögen zu nutzen oder sich an diesen zu orientieren. Beispielsweise stellt die BAuA einige Fragebögen zur Verfügung. Ein praktikables Angebot ist der BASA II (psychologisches Bewertungsverfahren von Arbeitsplatzbedingungen/Screening für

¹⁹³ Vgl. Rixgens (2010), S. 207f

¹⁹⁴ Vgl. Rixgens (2010), S. 208

¹⁹⁵ Vgl. Ducki (1998), S. 166f

Arbeitsplatzinhaber). Hierbei werden sowohl physische als auch psychische Aspekte der Arbeitsplatzbedingungen abgefragt. Der Fragebogen ist in Anhang 9 auf Seite 100 abgebildet. Ein anderes Beispiel ist der Fragebogen zum Work-Ability-Index (WAI), der von finnischen Arbeitswissenschaftlern entwickelt wurde (siehe Anhang 10 auf Seite 107). Dieser Index bewertet die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten. Zudem zeigt er auf, ob Handlungsbedarf bezüglich Gesundheitsförderung, Arbeitsgestaltung oder Mitarbeiterführung besteht.¹⁹⁶

Die **Durchführung** der Befragung beginnt mit der Verteilung der Fragebögen. Spätestens hier sollte den Mitarbeitern angekündigt werden, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form sie eine Rückmeldung zu den Ergebnissen der Befragung bekommen. Dies zeigt die Ernsthaftigkeit und Wichtigkeit der Befragung und kann somit zu einer Stärkung der Teilnahmemotivation beitragen.¹⁹⁷ Während der Befragung sollte den Beschäftigten ein Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung stehen. Weiterhin ist der Rücklauf der Fragebögen zu kontrollieren. Es ist durchaus sinnvoll, die Mitarbeiter im Laufe des Befragungszeitraumes an die Teilnahme zu erinnern. Eine Beteiligung kann allerdings nicht eingefordert werden, da die Befragung immer auf freiwilliger Basis stattfindet.¹⁹⁸

Ein weiterer Schritt ist die **Auswertung** der Befragungen. Je nachdem, für welche Art der Fragen sich das Unternehmen entschieden hat, erfolgt entweder eine quantitativ-statistische Auswertung oder eine qualitativ-inhaltliche Bewertung, zumeist aber eine Kombination aus beidem. Zu den bereits vorgestellten Fragebögen gibt es die entsprechenden Auswertungsinstrumente, die mitunter als Software vorhanden sind.¹⁹⁹ Da die Auswertung die Grundlage für die Maßnahmenplanung bildet, ist eine möglichst genaue Analyse der Befragungen erforderlich. Deswegen ist zu überlegen, die Expertise von externen Anbietern zu nutzen. Eine Zusammenarbeit mit unabhängigen Dritten erhöht oftmals das Vertrauen der Mitarbeiter in die Anonymität der Befragung. Dies ist allerdings nur dann der

¹⁹⁶ Vgl. Schneider (2011), S. 148f

¹⁹⁷ Vgl. Rixgens (2010), S. 208

¹⁹⁸ Vgl. Rixgens (2010), S. 208; Simon/Heger/Reszies (2011), S. 55

¹⁹⁹ Vgl. Rixgens (2010), S. 208f; Schneider (2011), S. 148f

Fall, wenn den Beschäftigten der vertrauliche Umgang mit den Angaben gewährleistet und kommuniziert wird.²⁰⁰

Abschließend sollte eine **Rückkopplung** der wichtigsten Ergebnisse an die Entscheidungsträger, Führungskräfte, Betriebs- und Personalräte und an die Mitarbeiter erfolgen. Geschieht dies nicht oder unterbleibt sogar die Ableitung und Umsetzung von Interventionen, so verliert das gesamte Projekt BGM an Glaubwürdigkeit. Die Mitarbeiter bekommen dann den Eindruck, dass sie mit ihren Meinungen nicht ernst genommen werden. Dies kann letztlich auch negative Konsequenzen für andere Projekte im Unternehmen haben, bei denen die Beteiligung der Mitarbeiter gewünscht bzw. erforderlich ist. Trotz einer offenen Kommunikation der Ergebnisse ist unbedingt auf eine Anonymisierung der Daten zu achten.²⁰¹

Wie aus den bisherigen Ausführungen ersichtlich wird, ist eine Mitarbeiterbefragung mit relativ hohem Aufwand verbunden. Zudem sind viele Aspekte für das Gelingen der Befragung zu berücksichtigen. An erster Stelle steht hierbei - wie mehrfach erwähnt - der Datenschutz. Nur wenn dieser gewährleistet ist, sind die Mitarbeiter bereit, Informationen preiszugeben. Gerade in kleinen Betrieben ist es allerdings schwierig, eine anonymisierte Befragung durchzuführen. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die präzise Planung der Befragung. Eine klare Strukturierung an den im Vorfeld festgelegten Zielen ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Umfrage. An dieser Stelle sollten sich die Verantwortlichen genug Zeit nehmen, um die Inhalte, den Ablauf, die Rahmenbedingungen und die Auswertungsmöglichkeiten möglichst genau festzulegen. Ein überstürztes Vorgehen unter Zeitdruck wäre unangebracht und gefährdet den Nutzen der Befragung. Letztlich müssen alle Entscheidungsträger (Geschäftsführung, Management, Betriebs-/Personalrat) eine solche Mitarbeiterbefragung unterstützen. Sie können mit ihrem Verhalten die Beteiligung der Mitarbeiter entscheidend fördern, aber ebenso beeinträchtigen.²⁰²

²⁰⁰Vgl. Simon/Heger/Reszies (2011), S. 54

²⁰¹Vgl. Rixgens (2010), S. 209

²⁰²Vgl. Badura (1999), S. 87; Rixgens (2010), S. 210f; Simon/Heger/Reszies (2011), S. 54

7.2.3 Gesundheitszirkel

Ein weiteres Analyseinstrument, welches ebenfalls auf den subjektiven Einschätzungen der Mitarbeiter beruht, ist der Gesundheitszirkel. Auch hier besteht die **Leitidee** darin, die Mitarbeiter in die BGM-Prozesse einzubinden und auf diese Weise deren Beteiligung zu stärken. Der Gesundheitszirkel umfasst ca. zehn bis zwölf Personen, die sich in einer bzw. mehreren Gruppendiskussionen über beanspruchende Arbeitssituationen und deren mögliche gesundheitsgerechte Gestaltung austauschen.²⁰³

Die **Zusammensetzung und Organisation** des Gesundheitszirkels können recht unterschiedlich gewählt werden. Es ist vorstellbar, dass alle Mitarbeiter einer Abteilung daran teilnehmen, inklusive der Führungskräfte. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass spezifische gesundheitliche Aspekte dieser Abteilung besprochen und dafür maßgeschneiderte Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden können. Nachteilig ist allerdings, dass diese Gesundheitszirkel dann in jeder Abteilung einzeln durchgeführt werden müssen und dies einen erheblichen Aufwand bedeutet. Die ursprüngliche Idee war deshalb, einen Gesundheitszirkel für das gesamte Unternehmen durchzuführen, an dem mehrere Vertreter aus den unterschiedlichsten Bereichen teilnehmen. Somit erfährt der Zirkel Input von mehreren Seiten, d.h. es werden vielfältige gesundheitliche Aspekte diskutiert und versucht, Lösungsmöglichkeiten für alle Betroffenen zu finden. In einem auf diese Weise organisierten Gesundheitszirkel sollten Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes vertreten sein. Dabei trifft sich der Zirkel in mehreren Sitzungen, die auf einen längeren, aber trotzdem begrenzten Zeitraum (ca. sechs Monate) verteilt sind.²⁰⁴ An dieser Stelle wird empfohlen, einen gesamtunternehmerischen Gesundheitszirkel durchzuführen. Je nach Größe des Unternehmens und je nach Bedarf können noch abteilungsinterne Gesundheitszirkel folgen. Diese können auch unter einem anderen Namen laufen, so dass eine Abgrenzung der Inhalte durch Verwendung unterschiedlicher Begrifflichkeiten eindeutig möglich ist.

²⁰³ Vgl. Schneider (2011), S. 149

²⁰⁴ Vgl. Badura (1999), S. 86; Schneider (2011), S. 149f

Die **Zusammenarbeit** der Teilnehmer im Gesundheitszirkel beruht auf vorher festgelegten Regeln. Damit die Probleme möglichst unvoreingenommen und spannungsfrei diskutiert werden können, sollte auf eine gleichberechtigte Kommunikation, argumentative Diskussion und eine regelmäßige Teilnahme geachtet werden. Weiterhin sollte ein Konsensverfahren zur Lösung von Konflikten vereinbart werden. Zu diesen Zwecken ist es unbedingt ratsam, einen neutralen (externen) Moderator mit den entsprechenden Fähigkeiten (Moderationskompetenz) zu verpflichten. Falls der Gesundheitsmanager hierfür die notwendigen Kompetenzen hat, ist zu überlegen, ob er diese Aufgabe wahrnehmen kann (insbesondere bei abteilungsinternen Zirkeln).²⁰⁵

Der große **Vorteil** des Gesundheitszirkels liegt darin, dass dank der intensiven Einbindung der Mitarbeiter als Arbeitsplatzexperten klare Gestaltungshinweise und Lösungsmöglichkeiten aus der Sicht der Beschäftigten (und damit Betroffenen) gewonnen werden können.²⁰⁶ Ferner ergibt sich eine Synthese zwischen dem Wissen der Mitarbeiter und Führungskräfte sowie den Kenntnissen und Erfahrungen der betrieblichen Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.²⁰⁷ Gegenüber der Mitarbeiterbefragung hat der Gesundheitszirkel den Vorteil, dass nicht bei allen Mitarbeitern Begehrlichkeiten geweckt werden, die möglicherweise später nicht erfüllt werden können.

Nachteilig an diesem Verfahren ist, dass es - wie auch die Mitarbeiterbefragung - einer intensiven Vorbereitung bedarf.²⁰⁸ So ist zu bestimmen, wer an dem Zirkel teilnimmt, welche Aspekte besprochen werden (eventuell Erarbeitung eines Leitfadens), wie die einzelnen Sitzungen terminiert werden etc. Zudem kann eine Diskussion im Gesundheitszirkel recht langwierig werden, wenn alle Teilnehmer ihre Interessen berücksichtigt wissen wollen. Eventuell kann es aufgrund fehlenden arbeitswissenschaftlichen Wissens (z.B. zum Thema psychische Belastun-

²⁰⁵ Vgl. Badura (1999), S. 86; Schneider (2011), S. 149

²⁰⁶ Vgl. Schleicher (2010), S. 217

²⁰⁷ Vgl. Badura (1999), S. 86

²⁰⁸ Vgl. Badura (1999), S. 87

gen) zu Fehleinschätzungen kommen, die wiederum falsche Interventionen nach sich ziehen.²⁰⁹

7.2.4 Arbeitsplatzbegehungen/-analyse

Weitere Möglichkeiten, um sich einen Überblick zu verschaffen, sind Arbeitsplatzbegehungen bzw. -analysen. Diese beruhen auf rechtlichen Vorgaben. So sind Gefährdungsbeurteilungen nach §§ 5 und 6 ArbSchG gesetzlich vorgeschrieben. Auch wenn diese Beurteilungen dem Arbeitsschutz entspringen, so können hierbei zudem Aspekte des Gesundheitsschutzes diagnostiziert werden, da sie alle Gefährdungs- und Belastungsfaktoren umfassen. Es geht also nicht nur um die Analyse von Umgebungs- (Lärm, Licht, Schmutz etc.) und Ergonomiefaktoren, es können ebenso psychische Belastungen und deren Ursachen untersucht werden. Dies beinhaltet beispielweise die Betrachtung folgender Aspekte:²¹⁰

- Gestaltung der Arbeitsaufgabe, z.B. Unter-/Überforderung durch Monotonie oder Arbeitsmenge, Konzentrationsanforderungen, Verantwortung,
- Arbeitsorganisation, z.B. Zeitdruck, Störungen,
- Führung, z.B. Handlungsspielraum, Vertrauen,
- soziale Beziehungen, z.B. Teamzusammenhalt.

Ein wesentliches Element dieser Gefährdungsanalysen sind Betriebsrundgänge, in denen die Arbeitsplätze der Beschäftigten in Augenschein genommen werden. Diese werden von Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes durchgeführt, da sie die Bedingungen und die Wirkungen auf die Arbeitnehmer am besten einschätzen können. Während einer solchen Arbeitsplatzbegehung können direkt die Mitarbeiter befragt werden, so dass deren Expertenwissen erneut nutzbar gemacht wird. Zu den Nachteilen zählt allerdings, dass es sich um ein sehr aufwändiges Verfahren handelt. Es nimmt viel Zeit in Anspruch, alle Arbeitsplätze im Unternehmen zu besichtigen. Deswegen ist es überlegenswert, bestimmte Ar-

²⁰⁹ Vgl. Schleicher (2010), S. 217

²¹⁰ Vgl. Schleicher (2010), S. 214

beitsplätze zu Gruppen zusammenzufassen und einen Arbeitsplatz aus dieser Gruppe stellvertretend zu analysieren.²¹¹

An dieser Stelle sei noch ein Hinweis zu allen Analyseinstrumenten gegeben, die die Beteiligung der Mitarbeiter erfordern (Befragung, Gesundheitszirkel, Arbeitsplatzbegehung). Es kann durchaus passieren, dass die Beschäftigten die Themen, die sie belasten, nicht konkret äußern wollen. Dies liegt mitunter daran, dass sie Angst vor der Reaktion des Vorgesetzten haben, die Frustration bereits sehr hoch ist oder sie die Hoffnung aufgegeben haben, etwas verändern zu können. Zuvor wurden bereits Maßnahmen aufgezeigt, wie die Motivation der Mitarbeiter für eine Teilnahme erhöht werden kann: Gewährleistung des Datenschutzes, Formulierung klarer Ziele, Rückkopplung der Ergebnisse an die Mitarbeiter. Schwieriger gestaltet sich hingegen die Lösung, wenn Mitarbeiter ihre Probleme nicht artikulieren *können*. Sie verspüren zwar Belastungen, sind aber nicht in der Lage diese zu verbalisieren. Hier muss den Beschäftigten mit möglichst konkreten Fragestellungen geholfen werden, einen Weg der Verständigung zu finden.²¹²

7.3 Maßnahmenplanung und -durchführung

Auf Basis der Ergebnisse aus der Bedarfsanalyse gilt es, entsprechende Maßnahmen zur Gestaltung des Leistungsangebotes auszuwählen. Hierbei spielt nicht nur Bedarfsgerechtigkeit eine entscheidende Rolle; es sollten auch Kriterien wie Wirtschaftlichkeit, Qualität und Akzeptanz der Maßnahmen durch die Betroffenen beachtet werden.²¹³ Wie bereits in Kapitel 2.3 erläutert, kann hinsichtlich der Gesundheitsförderung und der Prävention zwischen verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen unterschieden werden. Diese Einteilung stellt eine Möglichkeit der Strukturierung des Angebotes dar.

Die **Verhaltensprävention** dient der individuellen Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung durch die Entwicklung personaler und Humanressourcen, d.h. die Gesundheit des Mitarbeiters *als Individuum* steht im Mittelpunkt.²¹⁴ Diese

²¹¹ Vgl. Badura (1999), S. 87

²¹² Vgl. Schneider (2011), S. 148

²¹³ Vgl. Badura (199), S. 96; Walter (2010), S. 159

²¹⁴ Vgl. Rudow (2011), S. 219; Uhle/Treier (2011), S. 104

personenbezogenen Interventionen sind darauf ausgerichtet, einerseits gesundheitsgefährdendes Verhalten zu vermeiden und andererseits gesündere Verhaltensmuster, Einstellungen und Haltungen anzunehmen.²¹⁵

Demgegenüber steht die **Verhältnisprävention**, welche am organisatorischen und technischen Umfeld ansetzt.²¹⁶ Sie zielt somit auf eine gesundheitsstabilisierende und -fördernde Gestaltung der Arbeitsbedingungen ab.²¹⁷ Dies beinhaltet wiederum zwei Aspekte: zum einen die Arbeitsgestaltung und zum anderen die Führung. So sollen verhältnispräventive Maßnahmen physische (vor allem ergonomische Aspekte) und psychosoziale (Termindruck, Arbeitsmenge usw.) Arbeitsbelastungen reduzieren. Überdies steht die Verbesserung der Motivation, der Arbeitszufriedenheit und der Persönlichkeitsentwicklung im Vordergrund (gesundheitsförderliche Führung).²¹⁸

Übersicht 12 beinhaltet beispielhafte verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen.

Übersicht 12: Überblick über verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen

VERHALTENSPRÄVENTION	
Kategorie	Maßnahmen
Umgang mit „Drogen“	Entwöhnungskurse, Beratungen etc. zu den Themen Alkohol, Rauchen, Tabletten, Ernährung, und illegale Drogen
Aufklärungs- und Informationsaktionen	Antiraucher-Kampagnen, Gesundheitsinformationen (z.B. zum Thema Gesunde Ernährung)
Herz- und Kreislaufaktionen	Untersuchungen/Tests zu Blutdruck, Cholesterinspiegel, Übergewicht, Bewegungsmangel
Weiterbildung mit Gesundheitsförderungsinhalten	Erweiterung von Fach- und Führungskursen um Inhalte der Gesundheitsförderung
Soziale Kompetenz	Führungsschulungen, Konfliktseminare, Persönlichkeitsbildung
Umgang mit Stress	Kurse zur Entspannung, autogenem Training, Zeitmanagement

²¹⁵ Vgl. Simon/Heger/Reszies (2011), S. 42

²¹⁶ Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 368

²¹⁷ Vgl. Rudow (2011), S. 219f

²¹⁸ Vgl. Simon/Hetger/Reszies (2011), S. 42; Uhle/Treier (2011), S. 368

Bewegungsangebote	Check-ups, Anleitung zum Stretching, Rückenschule, Pausenfitness
Freizeitangebote	Stammtisch, Betriebssportgruppe, Theatergruppe, Betriebsausflüge, externe Kursangebote

VERHÄLTNISPRÄVENTION

Kategorie	Maßnahmen
Ernährungsangebote	Angebote in Kantinen und Verpflegungsautomaten, kostenlose Getränkeversorgung
Arbeitsergonomie	Einstellen von Stühlen und Schreibtischen, Anordnung der Bildschirme etc.
Arbeitszeitgestaltung	Gleitende Arbeitszeit, Schichtplangestaltung
Laufbahnberatung	Informationen über die beruflichen Möglichkeiten im Betrieb
Lohngestaltung	Beteiligung an den Gesundheitskosten über den Lohn der Mitarbeiter
Formen der Zusammenarbeit	Selbstkontrolle und Entscheidungsspielraum in der Arbeit
Arbeitsgestaltung	Job enrichment, Job enlargement, Job rotation etc.

Quelle: In Anlehnung an Slesina (2001), S. 18f

Zu beachten ist unbedingt, dass verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen im Betrieb in einem ausgeglichenen Verhältnis stehen und sich gegenseitig ergänzen.²¹⁹ Dies zeigt sich überdies daran, dass einige Themenkomplexe in der Übersicht doppelt aufgeführt sind, z.B. das Thema der Ernährung. Es nutzt wenig, wenn den Mitarbeitern Kurse zum Thema „Gesunde Ernährung“ angeboten werden, sie ihr Wissen aber nicht umsetzen können, weil das Kantinenessen nicht entsprechend angepasst wird. Genauso ist eine Rückenschule ineffizient, wenn die Arbeitsplätze nicht ergonomisch gestaltet sind.

Auch wenn eine Beachtung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen bei der Planung unumgänglich ist, muss sich die Einteilung des Leistungsangebotes nicht zwingend an diesen beiden Kategorien ausrichten. Eine andere Möglichkeit der Einteilung zeigt Anhang 11 auf Seite 111 auf.

²¹⁹ Vgl. Rudow (2011), S. 220

Bei der Planung der Interventionen ist zu prüfen, inwieweit eine Unterscheidung des Leistungsangebotes nach verschiedenen **Zielgruppen** sinnvoll ist. Generell wird eine Unterscheidung der Angebote nach folgenden Zielgruppen empfohlen:

- Führungskräfte vs. Mitarbeiter
- Verwaltungs- vs. Produktionsmitarbeiter
- Auszubildende (kaufmännisch vs. gewerblich)

Aus dieser Unterscheidung ergeben sich zunächst sechs Gruppen, deren Bedürfnisse durch unterschiedliche Leistungsangebote berücksichtigt werden sollten. Je nachdem, welche Mitarbeitergruppen im Unternehmen vorhanden sind und welchen Stellenwert diese einnehmen, ist über weitere Differenzierungen nachzudenken. Diese könnten sich beispielsweise an folgenden Kriterien orientieren: Geschlecht, Schichtarbeit, (junge) Mütter und Väter, ältere Mitarbeiter, Mitarbeiter mit Behinderung, berufsgruppenspezifische Unterscheidung.

Neben der Entscheidung, welche BGM-Maßnahmen angeboten werden, gehört zudem die Budgetplanung, die Festlegung von Aktivitäts- und Zeitplänen sowie von Zuständigkeiten in die Planungsphase.²²⁰ Überdies sind die in Kapitel 6.2 beschriebenen Kooperationsmöglichkeiten mit externen Partnern in die Planung einzubeziehen. All diese Aufgaben gehören in den Verantwortungsbereich des Lenkungskreises, unter Leitung des Gesundheitsmanagers.

Die **Durchführung** der Maßnahmen erfolgt anhand der in der Planung festgelegten Vorgehensweise. Der Lenkungskreis, insbesondere der Gesundheitsmanager hat dabei vor allem die Aufgabe, die Maßnahmen zu begleiten und sich ständig über den aktuellen Stand zu informieren. Nur so können mögliche Probleme rechtzeitig erkannt und gelöst werden. Der Fortschritt der Maßnahmen ist zudem sorgfältig zu dokumentieren. Dies ist bereits ein grundlegender Schritt für die Evaluation der Interventionen (siehe Kapitel 8). Ferner sollten die Mitarbeiter über den Verlauf der Maßnahmen sowie über die Ergebnisse informiert werden. Eine

²²⁰ Vgl. Badura (1999), S. 93f

entsprechende Kommunikation stärkt die Akzeptanz unter den Beschäftigten. Außerdem ist es dadurch möglich, dass die Mitarbeiter bei auftretenden Problemen ihre Lösungsvorschläge mit einbringen. Selbstverständlich ist nicht nur die Belegschaft, sondern auch die Geschäftsführung über den aktuellen Stand der Entwicklungen hinsichtlich des BGM zu informieren.²²¹

8 Aussagekräftiges Controlling

8.1 Begriffsbestimmung

Zunächst gilt es, den Begriff „Controlling“ zu definieren sowie dessen Bedeutung und Einordnung in diese Arbeit festzulegen. Ein aussagekräftiges Controlling ermöglicht es dem Management, ein Unternehmen zielorientiert zu führen sowie langfristig an Veränderungen anzupassen und damit erfolgreich zu steuern.²²² Entsprechendes gilt für den Bereich des BGM, wobei sich das Instrument in diesem Fall nicht auf das gesamte Unternehmen, sondern nur auf den Teilbereich des Gesundheitsmanagements bezieht. Anhand der genannten Zielsetzung wird bereits deutlich, dass Controlling nicht nur die Aufgabe der Kontrolle umfasst, wie oftmals vermutet wird. Vielmehr wird Controlling als Koordinationsprozess zwischen vier Elementen verstanden: Informationsversorgung, Planung, Kontrolle und Steuerung. Dies umfasst, neben der Abstimmung der Prozesse untereinander, den Entwurf und die Implementierung von entsprechenden Systemen.²²³

Innerhalb des Controllings ist es zunächst erforderlich, Ziele zu definieren sowie Maßnahmen, Mittel und Wege festzulegen, die der Zielerreichung dienen (**Planung**).²²⁴ Die Inhalte dieses Teilbereiches wurden in den vorangegangenen Kapiteln bereits ausführlich diskutiert, weshalb eine detaillierte Betrachtung in diesem Abschnitt nicht als notwendig erachtet wird. In starkem Zusammenhang mit der Planung steht die **Kontrolle**. Hierbei geht es darum, die zuvor festgelegten Ziele auf deren Erreichung hin zu überprüfen. Es erfolgt somit ein Soll-Ist-Vergleich. Neben der reinen Feststellung von Abweichungen zählt ferner die

²²¹ Vgl. Badura (1999), S. 103f; Walter (2010), S. 159

²²² Vgl. Scheld (2006), S. 4

²²³ Vgl. Horváth (2011), S. 129

²²⁴ Vgl. Scheld (2006), S. 13

Analyse der Ursachen zu den Aufgaben der Kontrolle.²²⁵ Damit ist der Gesamtvorgang des Controllings allerdings noch nicht abgeschlossen. Da es erfahrungsgemäß oft zu Zielabweichungen kommt, ist es überdies erforderlich die Instrumente, Maßnahmen und Mittel entsprechend der Zielfestsetzung anzupassen. Dies ist Aufgabe der **Steuerung**.²²⁶ Gerade das BGM sollte nicht mit der Durchführung bzw. Evaluation der Maßnahmen enden. Es ist wichtig, dass veränderte Bedarfe und Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter in die Maßnahmenplanung und -durchführung mit einbezogen werden. Ein Bindeglied zwischen den drei bereits genannten Teilbereichen des Controllings stellt die **Informationsversorgung** dar. Diese hat zur Aufgabe, alle notwendigen Informationen zu beschaffen, zu erfassen, zu analysieren und zu selektieren sowie aufzubereiten und bereitzustellen.²²⁷ Im Allgemeinen und auch in Bezug auf das BGM gibt es hierfür verschiedene Möglichkeiten, auf die in den folgenden Kapiteln noch näher eingegangen wird, z.B. im Rahmen der Kennzahlenanalyse oder der Mitarbeiterbefragung.

Wie aus diesen Erläuterungen ersichtlich wird, entspricht das Vorgehen im Controlling zum großen Teil dem bereits vorgestellten Lernzyklus des BGM (siehe Übersicht 11 auf Seite 50). Da in diesem Zusammenhang bereits die Planung und Durchführung erläutert wurde, beziehen sich die folgenden Ausführungen vor allem auf den Bereich der Kontrolle. Im Rahmen dessen werden Aspekte und Möglichkeiten der Informationsversorgung mit aufgegriffen. An dieser Stelle sei betont, dass das Controlling nicht als losgelöster Bestandteil am Ende eines Prozesses anzusehen ist. Vielmehr beeinflussen sich die Inhalte aller fünf Erfolgsfaktoren gegenseitig und bauen mitunter aufeinander auf.

Die folgenden Kapitel geben einen Überblick über einige Methoden der Erfolgsbewertung, welche im Rahmen des BGM zum Einsatz kommen können. Dabei gilt es, die damit verbundenen Vor- und Nachteile mit zu berücksichtigen. Ziel der Abhandlung ist es allerdings nicht, die Probleme, die mit einer Evaluation im Allgemeinen verbunden sind (z.B. Reliabilität, Validität, Objektivität), aus wissen-

²²⁵ Vgl. Scheld (2006), S. 22

²²⁶ Vgl. Scheld (2006), S. 23f

²²⁷ Vgl. Peemöller (2005), S. 44

schaftlicher Perspektive detailliert zu diskutieren. Diese werden nur insoweit benannt, als dass sie Relevanz für die betriebliche Praxis haben.

8.2 Kennzahlenanalyse

Die Kennzahlenanalyse ist ein häufig eingesetztes Instrument zur Erfolgsbewertung des BGM. Kennzahlen sind Daten, die relevante Informationen und Zusammenhänge in verdichteter und messbarer Art und Weise darstellen.²²⁸ Noch vor einigen Jahren haben dabei die harten, statistischen Kennzahlen wie der Krankenstand oder die Anzahl der Arbeitsunfälle dominiert. Mittlerweile hat sich das Bild gewandelt. Heute werden zunehmend weiche Kenngrößen, beispielsweise aus Mitarbeiterbefragungen, zur Überprüfung der Erfolge des BGM oder zur Ermittlung der Bedarfe heran gezogen.²²⁹ Dies verdeutlicht, dass Kennzahlen sich nicht nur zur Darstellung quantitativer Zusammenhänge eignen, sondern ebenso qualitative Aspekte veranschaulichen. Trotzdem ist zu beachten, dass Kennzahlen lediglich eine komprimierte Abbildung der Realität darstellen. Mit ihnen wird die Komplexität eines Sachverhalts auf wenige aussagekräftige Größen herunter gebrochen. Die Unvollständigkeit des abgebildeten Sachverhalts bedarf einer gewissenhaften und überlegten Interpretation, um die richtigen Rückschlüsse aus den jeweiligen Kennzahlen ziehen zu können.²³⁰

Die am häufigsten in Unternehmen verwendeten Größen sind die **statistischen Kennzahlen**, wie Arbeitsunfälle, Krankenstand oder Produktivität. Dies liegt u.a. daran, dass die Kennzahlen bereits im Unternehmen vorliegen und eine separate Erfassung für das BGM somit nicht erforderlich ist. Neben dem geringen Aufwand, der mit der Erhebung der harten Kennzahlen verbunden ist, besteht der Vorteil, dass die Größen unabhängig von den subjektiven Bewertungen der Mitarbeiter sind. Hierin ist gleichzeitig ein großer Nachteil zu sehen: Statistische Kennzahlen lassen keine Rückschlüsse auf die psychischen Belastungen, die Zufriedenheit oder die tatsächlichen Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu.²³¹

²²⁸ Vgl. Ueberle/Greiner (2010), S. 254; Uhle/Treier (2011), S. 186

²²⁹ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 40

²³⁰ Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 186

²³¹ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 41

Als ein Ziel des BGM wird oftmals die Reduktion der *Fehlzeiten* formuliert. Aus diesem Grund scheint es unausweichlich, die Kennzahl(en) zu den Fehlzeiten als Kontrollgrößen des BGM zu verwenden. Mittlerweile können Unternehmen auf eine Reihe verschiedener Kennzahlen im Rahmen der Fehlzeitenanalyse zurückgreifen, wodurch eine differenzierte Untersuchung ermöglicht wird, so z.B. die AU-Fälle pro Jahr, AU-Tage je Fall, die Gesundheits-²³² und Krankenquote²³³ oder die optimale Gesundheitsquote²³⁴. Eine wichtige Datenquelle ist auch die bereits in Kapitel 7.2.1 erwähnte Arbeitsunfähigkeitsanalyse der Krankenkassen (Gesundheitsbericht).

Die Berechnung der einzelnen Kennzahlen scheint auf den ersten Blick recht einfach, ist aber mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Dies soll anhand der Kennzahl Krankenstandquote verdeutlicht werden. Diese wird wie folgt berechnet:

$$\text{Krankenstandquote} = \frac{\text{Anzahl Krankentage} \times 100}{\text{Summe Soll} - \text{Arbeitstage}}$$

Bereits bei der Bestimmung der Anzahl der Krankentage müssen die ersten Überlegungen getroffen werden. So ist festzulegen, ob lediglich eine tageweise oder sogar eine stundenweise Erfassung erfolgen soll. Weiterhin ist zu klären, welche Fehlzeiten als Krankheit betrachtet werden. Fraglich ist dabei, ob beispielsweise Kuren, der Mutterschutz, Arztbesuche und Reha-Maßnahmen als Krankentage berücksichtigt werden. Nicht wesentlich unproblematischer ist die Bestimmung der Anzahl der Soll-Arbeitstage. Zunächst ist der Zeitraum (z.B. Kalenderjahr, Monat, Geschäftsjahr) zu bestimmen, welcher zugrunde gelegt werden soll. Eine weitere Fragestellung bezieht sich darauf, welche Mitarbeiter bei der Berechnung mit einbezogen werden: Wird die Krankenstandquote nur für die Stammbeslegschaft oder darüber hinaus für freie Mitarbeiter und Zeitarbeitskräfte ermittelt?²³⁵ Analoge Probleme ergeben sich für andere Kennzahlen. Beispiels-

²³² Anwesendes Personal im Vergleich zum Personalbestand

²³³ Anzahl kranker Mitarbeiter pro Zeiteinheit im Verhältnis zu Anzahl der Mitarbeiter

²³⁴ prozentuale Anwesenheitsquote, bei der weitere Verbesserungen der Anwesenheit des Bestands höhere Kosten verursachen, als der noch erzielbare betriebswirtschaftliche Nutzen abdeckt

²³⁵ Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 198

weise ist die Bestimmung des Personalbestands für die Berechnung der Kranken- bzw. Gesundheitsquote mit erheblichem Aufwand verbunden.

Die Einbeziehung der einzelnen Einflussfaktoren in die Berechnung ist sorgfältig zu treffen, da sie erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse haben kann. So ist es vorstellbar, dass die Krankenstandquote starken Schwankungen unterliegt, je nachdem welche Mitarbeitergruppen mit einbezogen werden. Es ist also vorher zu überlegen, was gemessen werden soll und welche Parameter dafür benötigt werden. Auch bei der Interpretation ist darauf zu achten, wie die jeweiligen Kennzahlen berechnet wurden, um keine falschen Rückschlüsse zu ziehen. Gegebenenfalls bietet sich eine differenzierte Betrachtung (z.B. nach Abteilungen, Mitarbeitergruppen) an, um präzisere Ergebnisse zu erlangen und (Gegen-) Maßnahmen individuell ableiten zu können.

Obwohl einige Aspekte bei der Bestimmung der Fehlzeiten zu berücksichtigen sind, gelten diese Kennzahlen im Allgemeinen als einfaches Kennzahlenmaß, welches leicht zu ermitteln ist. Dies liegt vor allem daran, dass die dafür benötigten Zahlen im Unternehmen bereits statistisch erfasst sind und für die Auswertung lediglich aus dem entsprechenden System gezogen werden müssen. Es ist zudem möglich, diese Kennzahlen mit Personalstrukturdaten (z.B. Alter, Geschlecht, Berufsgruppe) zu verknüpfen und somit eine differenzierte Analyse durchzuführen. Ein weiterer Vorteil der Fehlzeitenanalyse besteht in der Möglichkeit der monetären Abbildung. Pro Abwesenheitstag entstehen in Deutschland Durchschnittskosten von ca. 750 €. So kann recht einfach bestimmt werden, wie viele Kosten durch die Reduktion der Fehlzeiten eingespart werden konnten. Dadurch sind die Fehlzeiten oftmals ein gutes Überzeugungsmaß, vor allem gegenüber der Geschäftsleitung.²³⁶

Die größten Nachteile der Fehlzeiten ergeben sich daraus, dass sie Spätindikatoren und zudem nicht kausalitätsbezogen sind. Das BGM hat, wie bereits erwähnt, vor allem einen präventiven Auftrag, d.h. es soll die Mitarbeiter davor schützen, überhaupt erst krank zu werden. Die Kennzahl des Krankenstandes setzt aller-

²³⁶ Vgl. Uhle/Treier (2011), S. 202

dings erst an, wenn die Mitarbeiter bereits krank sind. Zudem geben die Fehlzeiten nicht den wahren Gesundheitszustand der Mitarbeiter wieder (fehlender Kausalitätsbezug). Die Fehlzeitenquoten berücksichtigen beispielsweise keine Produktionsverluste durch Präsentismus. Hierbei erscheinen Mitarbeiter zur Arbeit, die eigentlich krank sind und deswegen nicht ihre volle Leistung abrufen können. Ferner ist ein Rückschluss von den Fehlzeiten auf die Effizienz des BGM nicht (immer) möglich, weil Abwesenheiten auch durch andere externe Faktoren bestimmt werden, z.B. durch die Arbeitsmarktlage. Dies bedeutet, dass gleichbleibende oder sich verschlechternde Kennzahlen keine Indizien für eine etwaige Ineffizienz des BGM sind.²³⁷

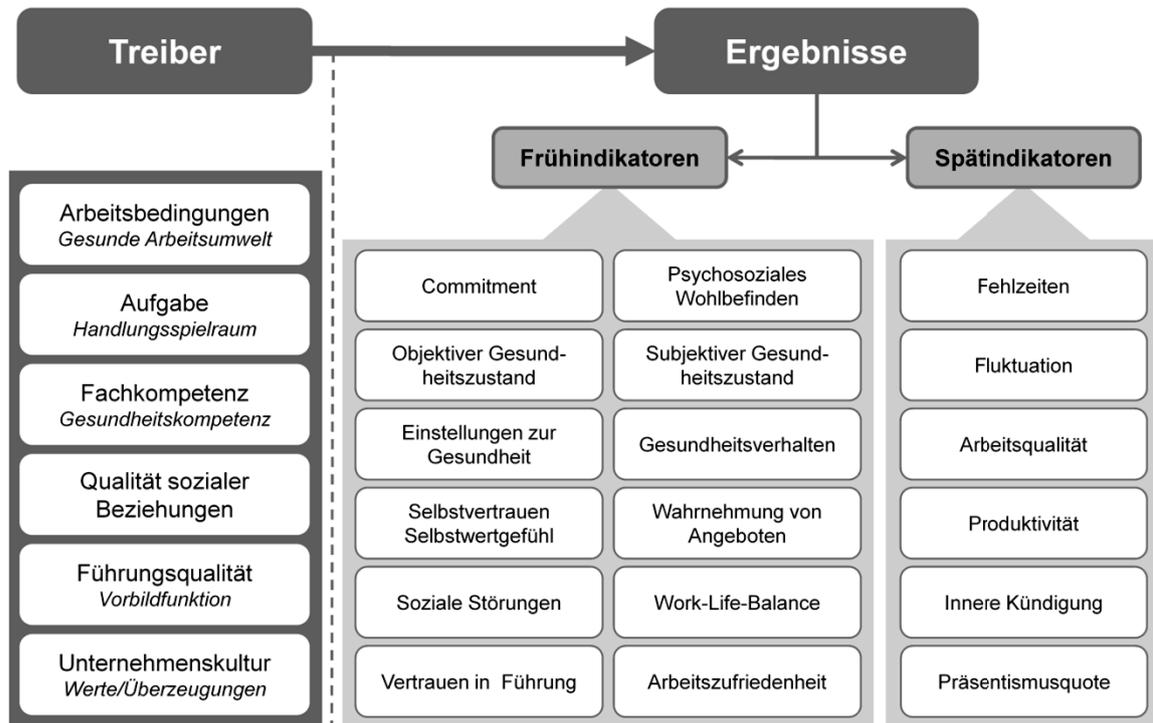
Die aufgezeigten Probleme verdeutlichen, dass die Fehlzeiten-Kennzahlen nur mit Vorsicht als Maßstab zur Erfolgsbewertung des BGM verwendet werden sollten. Sicherlich sind sie als Indiz gut geeignet, weshalb auf deren Erfassung nicht verzichtet werden sollte. Allerdings sollten sie nie als alleiniges Entscheidungskriterium für Erfolg oder Misserfolg des BGM herangezogen werden. Hierfür sind weiterführende Analysen notwendig.

Im Rahmen der statistischen Daten lassen sich zudem finanzwirtschaftliche Kennzahlen ermitteln, die Rückschlüsse auf den Erfolg des BGM im Unternehmen zulassen können. Anhang 12 auf Seite 112 zeigt eine Übersicht über Finanzkennziffern aus Sicht des BGM. Die Nachteile und Probleme, die mit diesen Größen verbunden sind, ergeben sich analog zu denen, die bereits bei der Fehlzeitenanalyse genannt wurden. Als größter Schwachpunkt ist auch hier der Kausalitätsbezug zwischen den Kennzahlen und dem Erfolg des BGM zu nennen. Weitere statistische Kennzahlen, die für die Evaluation des BGM herangezogen werden könnten (immer unter Beachtung der Kausalitätsproblematik), sind in Anhang 13 auf Seite 113 abgebildet.

Wie bereits erwähnt, ist zu beachten, dass die vorgestellten Kennzahlen bestenfalls Spätindikatoren messen, wie anhand der Übersicht 13 deutlich wird.

²³⁷ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 41; Ueberle/Greiner (2010), S. 256; Uhle/Treier (2011), S. 203

Übersicht 13: Treiber-Indikatoren-Modell



Quelle: Uhle/Treier (2011), S. 190

Zur Bestimmung der Frühindikatoren bieten sich die **befragungsbasierten Kennzahlen bzw. Daten** an. Innerhalb derer können zwei generelle Richtungen unterschieden werden: zum einen die Maßnahmenbewertung und zum anderen die Feststellung der Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter. Mittels der Maßnahmenbewertung soll bei den Beschäftigten erfragt werden, wie zufrieden sie mit den einzelnen Maßnahmen des BGM sind/waren. Hierfür können (standardisierte) Fragebögen genutzt werden, welche am Ende der jeweiligen Veranstaltung ausgegeben und ausgefüllt werden. Es kann aber ebenso ein mündliches Feedback gegeben werden, wobei davon aufgrund der damit verbundenen Auswertungsschwierigkeiten abgeraten wird. Ziel ist grundsätzlich, herauszufinden, ob das Angebot unverändert, mit einigen Veränderungen oder überhaupt nicht weitergeführt werden soll.

Die Feststellung der Zufriedenheit und vor allem der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten ist von großer Bedeutung für die Erfolgsbewertung des BGM. Die Erfragung dieser Aspekte kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen, z.B. in ei-

nem Mitarbeitergespräch, durch Mitarbeiterbefragungen oder Arbeitsplatzbegehungen. Dies erscheint zunächst ein zusätzlicher Aufwand zu den bereits stattfindenden Befragungen und Begehungen, die angesichts der Maßnahmenplanung stattfinden (siehe Kapitel 7.2). Jedoch werden - abgesehen von der ersten Befragung - die Analysen sowohl für die Evaluation als auch für die Planung genutzt. Dies erscheint aufgrund der Tatsache, dass aus der Evaluation Maßnahmen abgeleitet werden, nicht nur sinnvoll sondern auch notwendig. Konkret können die Beschäftigten u.a. zu folgenden Aspekten befragt werden: geringere Beschwerden, weniger Belastungssituationen, gesteigerte Zufriedenheit, Verbesserung der Arbeitsprozesse, Verbesserung der Arbeitsergebnisse, weniger Konflikte, geringere Intensität der Konflikte durch das BGM.²³⁸ Zudem ist es möglich, die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu erfragen. So können die Mitarbeiter z.B. angeben, ob sie der Meinung sind, dass eine bestimmte Maßnahme zur Steigerung ihrer Motivation und/oder Leistungsfähigkeit beigetragen hat. Dies ist ein wesentlicher Vorteil gegenüber den statistischen Daten.

Ohne Zweifel ist die Erhebung befragungsbasierter Daten mit wesentlich mehr Aufwand verbunden als die Auswertung statistischer Daten. Allerdings werden sie im Rahmen des BGM als wesentlich aussagekräftiger eingestuft. Grundsätzlich wird die Subjektivität von Befragungen zwar als Nachteil angesehen; für das BGM ist die subjektive Einschätzung der Mitarbeiter aber unerlässlich zur Bestimmung von psychischen Beanspruchungen, der Leistungsfähigkeit und der Zufriedenheit am Arbeitsplatz.²³⁹

8.3 Kosten-Nutzen-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse

Weitere Möglichkeiten, die Maßnahmen des BGM zu evaluieren, stellen die Kosten-Nutzen-Analyse sowie die Kosten-Nutzwert-Analyse dar. Übersicht 14 fasst die wesentlichen Aspekte von **vier Erfassungsmethoden der Effizienzmes-**
sung zusammen. Dabei werden die Kosten-Nutzen-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse der Kostenvergleichsanalyse und der Kosten-Wirksamkeits-Analyse gegenübergestellt.

²³⁸ Vgl. Schneider (2011), S. 166

²³⁹ Vgl. Henssler/Klenke (2011), S. 42

Übersicht 14: Erfassungsmethoden der Effizienzmessung

	Kosten- vergleichs- analyse	Kosten- Nutzen- Analyse	Kosten- Wirksamkeits- Analyse	Kosten- Nutzwert- Analyse
Input- Output- Vergleich	Nicht möglich, da nur Kosten erfasst werden	Ja	Ja	Ja
Beschrei- bung	Kosten der Maßnahme A werden mit den Kosten der Maßnahme B verglichen, oh- ne den Output zu berücksichti- gen.	Kosten und Nutzen werden monetär ermit- telt. Kosten und Nutzen einer Maßnahme können mit an- deren Maß- nahmen vergli- chen werden.	Erfassung der Kosten je nutz- bringender Ein- heit (z.B. ge- wonnenes Le- bensjahr, stö- rungsfreie Ar- beitsstunde...) für unterschied- liche Maßnah- men	Kosten und Nutzen der Maßnahmen werden in Punktwerten ermittelt.
Vergleich- barkeit mit anderen Maßnahmen	Nicht möglich, da kein Nutzen- bezug gegeben ist	Zu beliebigen Maßnahmen möglich	Nur möglich, wenn das Er- gebnis einer Maßnahme in der gleichen nutzbringenden Einheit gemes- sen wird wie das Ergebnis der anderen Maßnahme.	Zu beliebigen Maßnahmen möglich

Quelle: In Anlehnung an Fritz (2008), S. 32

Wie aus der Übersicht bereits ersichtlich wird, ist die reine Kostenvergleichsanalyse kein geeignetes Instrument zur Evaluation der Maßnahmen, da sie den Nutzen nicht mit in die Betrachtung einbezieht. Da die Vergleichsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Maßnahmen im Rahmen der Kosten-Wirksamkeits-Analyse nur sehr eingeschränkt sind, wird diese Methode ebenfalls nicht weiter betrachtet.

Im Rahmen der **Kosten-Nutzen-Analyse** geht es in erster Linie um die Frage, ob sich eine Maßnahme prinzipiell rechnet. Dies ist zu bejahen, wenn der Nutzen die Kosten für die Maßnahme übersteigt. Dabei können für den Vergleich zwei Methoden herangezogen werden: Entweder wird die Differenz zwischen den bei-

den Größen gewählt (Nutzen - Kosten) oder sie werden zueinander ins Verhältnis gesetzt (Nutzen : Kosten).²⁴⁰ Für die Kosten-Nutzen-Analyse ist der Nutzen einer Maßnahme in monetären Größen zu bestimmen. Hierin besteht die größte Schwierigkeit des Verfahrens. Zunächst ist zu überlegen, welche Parameter Einfluss auf den Nutzen der Maßnahme haben. So kann der Nutzen darin bestehen, die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu steigern. Dies könnte wiederum anhand verschiedener Faktoren gemessen werden: Steigerung der Produktivität, Senkung der Fehlzeiten, Reduzierung der Fluktuation etc. Für diese einzelnen Parameter sind dann monetäre Einheiten zu bestimmen. Mitunter gibt es Studien oder unternehmensinterne Statistiken, wie viel ein Fehlzeiten-Tag kostet oder wie hoch die Kosten pro Mitarbeiter sind, der das Unternehmen verlässt. An anderen Stellen ist die Bestimmung der monetären Größen sicher wesentlich schwieriger: Die Steigerung der Motivation wird sich nur bedingt in Geldgrößen ausdrücken lassen. Hier sollte versucht werden, andere Größen zu finden, anhand derer die Steigerung der Motivation nachgewiesen und gemessen werden kann.

Die **Kosten-Nutzwert-Analyse** umgeht das Problem der monetären Bewertung, indem der Nutzen, statt in Geldgrößen, in Punkten bestimmt wird. Dies bedeutet, dass für die einzelnen (positiven) Effekte, die mit Hilfe von BGM-Maßnahmen erreicht wurden, Punktwerte vergeben werden.²⁴¹ Auch diese Bewertungsalternative ist nicht unproblematisch. Die einzelnen Ergebnisse der Maßnahmen (Steigerung der Motivation/Leistungsfähigkeit, Verbesserung der Arbeitszufriedenheit etc.) müssen in ein gerechtes Punktesystem gebracht werden. Diese Aufgabe ist aber durchaus sehr subjektiv geprägt, da den Nutzensausprägungen unterschiedliche Wertigkeiten beigemessen werden, abhängig vom Werteverständnis eines jeden Einzelnen.

Die Datenbasis, die für die beiden dargestellten Methoden benötigt wird, setzt sich aus den Kennzahlen und Informationen zusammen, die bereits im vorangegangenen Kapitel beschrieben wurden. Ein wichtiges Instrument zur Informationsbeschaffung ist erneut die Mitarbeiterbefragung, da sie wichtige Daten für

²⁴⁰ Vgl. Fritz (2008), S. 30

²⁴¹ Vgl. Fritz (2008), S. 31

die Bestimmung des Nutzens bereit stellt. Der Mehrwert der Kosten-Nutzen-Analyse bzw. der Kosten-Nutzwert-Analyse im Vergleich zur Kennzahlenanalyse besteht darin, dass der Nutzen ins Verhältnis zu den Kosten gebracht wird. Damit kann angegeben werden, wie viel Nutzen (Ertrag) eine investierte Geldeinheit gebracht hat. Mit dieser Erkenntnis ist eine zahlenbasierte Argumentation möglich: Der Geschäftsleitung kann der Nutzen anhand von konkreten Zahlen präsentiert werden. Dies kann helfen, die benötigten Ressourcen für ein BGM-Projekt bewilligt zu bekommen.²⁴²

Wie aus den bisherigen Ausführungen ersichtlich wurde, ist die Quantifizierung der „weichen“ Faktoren ein großer **Nachteil** der Analysen. Zudem wird die Untersuchung dadurch erschwert, dass die Effekte, die durch das BGM erreicht werden, nicht immer sofort messbar sind. Aber vor allem bedeuten die Analysen einen enormen zeitlichen und finanziellen Aufwand. Um möglichst genaue und aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, ist es notwendig, statistische Auswertungen vorzunehmen. Dies erfordert ein umfangreiches Hintergrundwissen auf diesem Gebiet, weshalb die Zusammenarbeit mit Ökonomen empfohlen wird.²⁴³ An dieser Stelle sollte überlegt werden, inwiefern der Aufwand für diese Analysen noch in einem angemessenen Verhältnis zu deren Nutzen steht. Fraglich ist dann, ob es (zumindest für die Argumentation gegenüber der Geschäftsleitung) ausreichend wäre, auf bereits durchgeführte Studien zu verweisen, die den Nutzen von BGM nachgewiesen haben (siehe z.B. Übersicht 9 auf Seite 29).

8.4 Einsatz einer Balanced Scorecard im BGM

Während die bisher vorgestellten Methoden in erster Linie der Evaluation einzelner Maßnahmen des BGM galten, stellt die Balanced Scorecard ein Instrument dar, welches ein ganzheitliches Controlling (wie unter Punkt 8.1 beschrieben) von der Planung über die Steuerung bis hin zur Kontrolle ermöglicht. Die Grundidee der Balanced Scorecard geht auf Kaplan und Norton zurück. Mit ihrer Hilfe sollen die Unternehmensvision und -strategie in konkret nachvollziehbare und messbare Ziele, Kennzahlen und Maßnahmen transformiert werden. Die Betrachtung

²⁴² Vgl. Fritz (2008), S. 16

²⁴³ Vgl. Fritz (2008), S. 18 u. 30

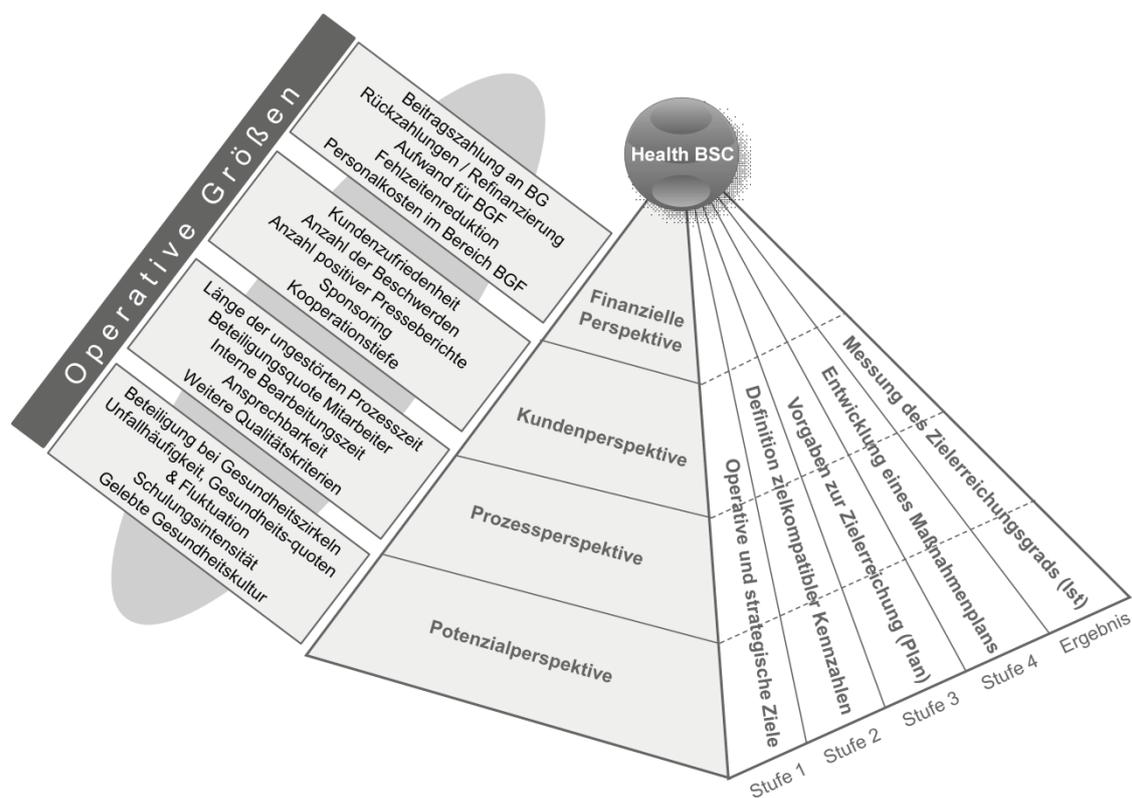
erfolgt dabei aus vier verschiedenen Perspektiven: Finanz-, Prozess-, Kunden- und Potenzialperspektive. Die Aufteilung in die vier Perspektiven basiert auf der Überlegung, dass finanzielle Kennzahlen nicht ausreichen, um alle Einflussfaktoren auf den Erfolg eines Unternehmens abzubilden. Durch die Perspektivenbildung ist es möglich, das Unternehmen aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten. Für jede der Perspektiven werden jeweils strategische Ziele formuliert, Maßgrößen festgelegt, sowie Zielgrößen als Vorgaben definiert und letztlich Maßnahmen abgeleitet. Die einzelnen Perspektiven werden beim Balanced Scorecard-Ansatz aber nicht losgelöst voneinander betrachtet, sondern es werden inhaltlich-logische Verknüpfungen durch Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge hergestellt.²⁴⁴ Die Grundidee ist nochmals in Anhang 14 auf Seite 114 grafisch abgebildet.

Der Ansatz der Balanced Scorecard kann auch auf dem Gebiet des BGM angewendet werden. In diesem Fall empfiehlt sich eine geringfügige Anpassung der Grundidee an die Erfordernisse des BGM. Das BGM hat vor allem auf die beiden Perspektiven Prozesse und Potenziale einen enormen Einfluss. Innerhalb der Prozessperspektive steht die Frage im Mittelpunkt, wie die Prozesse im Unternehmen am effizientesten gestaltet werden können. Die Gesundheit und Arbeitsicherheit der Mitarbeiter sind wichtig für einen möglichst reibungslosen Betriebsablauf, weshalb sie sich positiv auf die Ergebnisse der Prozessperspektive auswirken können. Die Potenzialperspektive betrachtet, welche Faktoren im Unternehmen vorhanden sind, um sich Umweltveränderungen entsprechend anpassen zu können. Eine wichtige Ressource, die dafür erforderlich ist, sind die Mitarbeiter, die mit ihren Ideen und ihren Leistungen zum Erfolg des Unternehmens beitragen. Aufgrund der Bedeutung dieser beiden Perspektiven innerhalb des BGM werden sie als Grundlage für die anderen beiden Perspektiven angesehen. Die Ausnutzung und Verbesserung von Mitarbeiterpotenzialen sowie die optimale Gestaltung von Prozessen führen zwangsläufig zu einer Erhöhung der Kundenzufriedenheit (Kundenperspektive) und letztlich zur Verbesserung der finanziellen Kennzahlen (Finanzperspektive). Unter Berücksichtigung all der ge-

²⁴⁴ Vgl. Greischel (2003), S. 6f; Janssen/Kentner/Rockholtz (2004), S. 44; Pietsch/Memmler (2003), S. 34ff.

nannten Aspekte ergibt sich für die Health Balanced Scorecard der in Übersicht 15 dargestellte pyramidenförmige Aufbau.²⁴⁵

Übersicht 15: Konzept einer Health Balanced Scorecard



Quelle: Uhle/Treier (2011), S. 179

Wie anhand der Grafik zu erkennen ist, stellt die Health Balanced Scorecard keine völlig neue Form der Balanced Scorecard dar. Sie zeigt vielmehr auf, inwieweit der Ansatz im Rahmen des BGM genutzt werden kann. Ein anderes Beispiel für eine Balanced Scorecard auf dem Gebiet des BGM ist in Anhang 15 auf Seite 115 abgebildet.

Die Idee der Balanced Scorecard ist nicht losgelöst von den anderen Methoden der Evaluation zu sehen. Sie bildet vielmehr einen integrativen Rahmen für die Kennzahlen und bringt diese zusammen mit den Zielen und Maßnahmen in einen

²⁴⁵ Vgl. Greischel (2003), S. 7f; Janssen/Kentner/Rockholtz (2004), S. 46f;

logischen Zusammenhang.²⁴⁶ Somit sind die hier vorgestellten Ansätze zur Erfolgsbewertung des BGM nicht als völlig voneinander unabhängige Instrumente zu betrachten. Die Kennzahlen bilden letztlich immer die Grundlage für die anderen Ansätze. Der Unterschied zur reinen Kennzahlenanalyse ist der, dass die Kennzahlen - sowohl bei der Kosten-Nutzen-Analyse als auch bei der Balanced Scorecard - in einen systematischen Zusammenhang gebracht werden und so zielgerichteter ausgewertet werden können.

An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass die Balanced Scorecard sich als Steuerungsinstrument für das BGM ideal eignet. Mit Hilfe dieses Instrumentes können die in dieser Arbeit beschriebenen Inhalte - abgesehen von der Festlegung der Gesundheitsstrukturen - dargestellt werden:

- „Zentrale Strategie“: Festlegung der strategischen Ziele und Ableitung konkreter operativer Zielvorgaben
- „Unternehmenskultur“: Berücksichtigung der kulturellen Aspekte innerhalb der Potenzialperspektive
- „Leistungsangebot“: Verankerung von aus den Zielen abgeleiteten Maßnahmen
- „Controlling“: Evaluation der Maßnahmen anhand monetärer und nicht-monetärer Kennzahlen und Vergleich mit den Zielvorgaben

8.5 Qualitätssicherung durch externe Anbieter

Eine weitere Möglichkeit, den Erfolg bzw. die Güte des BGM bewerten zu lassen, besteht in der Zertifizierung durch externe Anbieter. Mittlerweile gibt es eine Reihe von Anbietern, die die BGM-Systeme in Unternehmen nach bestimmten Qualitätskriterien untersuchen. Hierbei müssen die Betriebe genau offen legen, wie sie BGM umsetzen. Die gestellten Anforderungen divergieren dabei, da die Anbieter die Prüfkriterien und -vorgehensweisen selbst festlegen.

²⁴⁶ Vgl. Pietsch/Memmler (2003), S. 51

Seit Anfang Juli diesen Jahres gibt es die DIN SPEC 91020 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“²⁴⁷, die auf eine Vereinheitlichung der Kriterien abzielt. Auf Initiative der BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH und dem Deutschen Institut für Normung e.V. wurde ein Standard zur Zertifizierung von BGM entwickelt. Die Spezifikation bildet die Grundlage für eine akkreditierte Zertifizierung. Gleichzeitig helfen die darin festgelegten Anforderungen den Unternehmen beim Aufbau und bei der Einführung eines BGM-Systems. Die DIN SPEC 91020 betont folgende Aspekte als wichtige Bestandteile des BGM: Einbeziehung externer Anbieter, Führungsverhalten, systematisches und strategisches Vorgehen, Ressourcenbereitstellung, Evaluation des Systems.²⁴⁸

Weitere Qualitätsmodelle bzw. Möglichkeiten der Zertifizierungen, an denen sich orientiert werden kann sind beispielsweise:

- Europäisches Qualitätsmodell für BGF, in Anlehnung an das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM)
- Corporate Health Award (gemeinsame Initiative von Handelsblatt, TÜV SÜD Life Service und EuPD Research mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse und der Commerzbank AG)
- HAWARD® Health Award

Durch eine Zertifizierung erfahren die Unternehmen von einer unabhängigen Stelle, wo sie mit ihren Angeboten stehen und erhalten Impulse für Verbesserungen des BGM-Systems. Zugleich gehen sie mit einer möglichen Zertifizierung eine Selbstverpflichtung ein, die dazu motiviert, das System kontinuierlich zu verbessern. Eine Zertifizierung trägt somit unweigerlich zur Qualitätssicherung und überdies zur Verbesserung des Arbeitgeberimages bei.

²⁴⁷ Eine DIN SPEC ist keine eigentliche Norm, sondern lediglich eine Spezifikation (vergleichbar mit einer Vorstufe zur Norm). Im Falle der DIN SPEC 91020 handelt es sich um eine DIN SPEC (PAS). Dies sind öffentlich verfügbare Spezifikationen (PAS = Publicly Available Specification), die Produkte, Systeme oder Dienstleistungen beschreiben, indem sie Merkmale definieren und Anforderungen festlegen. (DIN, 2012, S. 2)

²⁴⁸ Vgl. BAD (Hrsg.): DIN SPEC 91020 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ erschienen, <http://www.bad-gmbh.de/de/presse/pressemeldungen/meldung/artikel/din-spec-91020-betriebliches-gesundheitsmanagement-erschienen.html> vom 04.09.2012

9 Systematisches Vorgehen

Die vorangegangenen fünf Kapitel haben deutlich gemacht, welche Aspekte für ein erfolgreiches BGM im Unternehmen zu beachten sind. Die Einführung und Umsetzung bedürfen nun eines systematischen Vorgehens nach einem möglichst genau definierten Zeitplan.

Als erster Schritt wird empfohlen, die internen strukturellen Rahmenbedingungen zu schaffen. Hierfür ist zu bestimmen, wer für das Thema BGM im Unternehmen verantwortlich zeichnet, d.h. es ist der Gesundheitsmanager zu ernennen. Dieser kann sowohl intern als auch extern rekrutiert werden. Mit Unterstützung des Gesundheitsmanagers sind zeitnah die Mitglieder des Lenkungskreises zu benennen. Beide, der Gesundheitsmanager und der Lenkungskreis, sind dafür verantwortlich, die genauen Inhalte des BGM-Systems festzulegen und daraus entsprechende Maßnahmen abzuleiten. Die Ergebnisse werden in einem Betriebshandbuch BGM festgehalten. Im Anschluss sind die Führungskräfte und die Mitarbeiter über Ziele und Inhalte des BGM-Konzeptes zu informieren, bevor erste Führungskräftebildungen zu diesen Themen stattfinden. Im nächsten Schritt werden die Bedarfe der Mitarbeiter mittels der hier vorgestellten Instrumente erfragt, um anschließend ein auf diese Bedarfe abgestimmtes Leistungsangebot zu erstellen. Hierbei sollten Kooperationen mit externen Anbietern geschlossen und genutzt werden. Nach Durchführung der einzelnen Maßnahmen des Leistungsangebotes sind diese zu evaluieren. Aus den Ergebnissen der Evaluation sind entsprechende Verbesserungsvorschläge abzuleiten und umzusetzen.²⁴⁹ Der gesamte Prozess ist in Anhang 16 auf Seite 117 dargestellt.

Die hier beschriebene Vorgehensweise stellt lediglich einen groben Rahmen dar, der als Orientierung bei der Einführung und Umsetzung eines BGM herangezogen werden kann. Eine darüber hinausgehende Vorgabe des Ablaufs wäre an dieser Stelle wenig sinnvoll, da die genaue Ausgestaltung an den Bedürfnissen der einzelnen Unternehmen auszurichten ist. Die Details des Ablaufplans, einschließlich der Festlegung von Meilensteinen und Verantwortlichkeiten, werden erst durch den Gesundheitsmanager und den Lenkungskreis erarbeitet.

²⁴⁹ Vgl. StMAS (2003), S. 44

10 Fazit

Das in dieser Arbeit vorgestellte Modell zur Einführung und Umsetzung eines BGM in Unternehmen bildet die inhaltliche Konzeption für das „Thüringer Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Die Vielzahl an angesprochenen Aspekten veranschaulicht die Komplexität dieses Themas. So wurde deutlich, dass einzelne Maßnahmen innerhalb des Leistungsangebotes bei Weitem nicht ausreichen, um das Ziel einer leistungsbereiten, motivierten und gesunden Belegschaft zu erreichen. Vielmehr sind auch die anderen vier vorgestellten Erfolgsfaktoren entscheidend für den Erfolg eines BGM: zentrale Strategie im Gesundheitsmanagement, Unternehmenskultur, institutionalisierte Gesundheitsstrukturen und aussagekräftiges Controlling. Neben der inhaltlichen Betrachtung der einzelnen Faktoren wurde veranschaulicht, wie wichtig die Abstimmung der Inhalte untereinander ist, um letztlich ein klar strukturiertes und in sich schlüssiges BGM-Konzept aufzubauen.

Die Gliederung des Konzeptes nach den fünf Erfolgsfaktoren stellt eine wichtige Orientierung für Unternehmen dar. Mit deren Hilfe ist es möglich, alle inhaltlichen Schwerpunkte zu erfassen. Die Unterteilung nach Zielen, Inhalten und Maßnahmen, wie sie in dieser Arbeit vorgeschlagen wurde, erleichtert zudem die Erarbeitung eines unternehmensspezifischen BGM-Konzeptes. Eine solche Anpassung an die unternehmerischen Bedingungen (z.B. Unternehmensgröße, Branche, Leitbild) ist unerlässlich. Trotzdem sollten alle in der Arbeit genannten Aspekte berücksichtigt und deren Umsetzung im Unternehmen geprüft werden.

Anhang

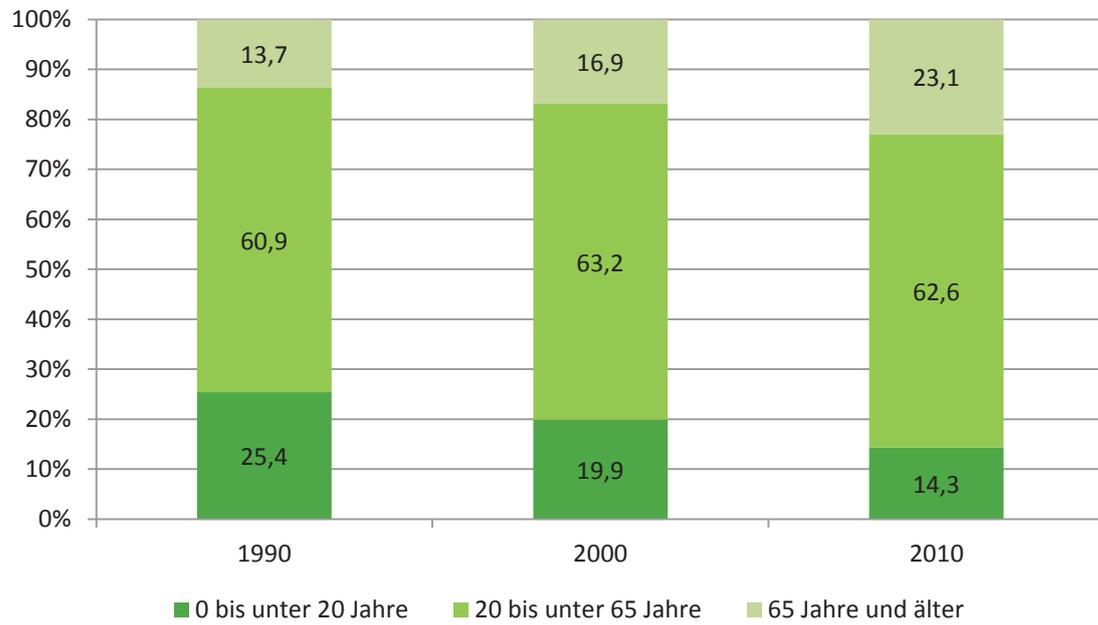
Anhang 1: Übersicht zu den Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlagen	Erläuterungen
Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz AGG von 2006 (aktualisiert 2009)	Das Gesetz hat eine indirekte Auswirkung auf das Thema Gesundheit, beispielsweise im Zusammenhang mit der altersgerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen
Arbeitsschutzgesetz ArbSchG von 1996 (aktualisiert 2009)	Es ist das entscheidende Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsgesundheitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und der Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit. Damit zielt das Gesetz auf alle Gefährdungen in der Arbeitswelt, die im weiteren Sinn zu Personenschäden führen können. Es setzt die Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz ins deutsche Recht um und verpflichtet den Arbeitgeber, Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz zu ermitteln und abzubauen. Dabei sollen explizit körperliche als auch psychische Belastungen berücksichtigt werden. Wichtige Paragraphen: § 3 Grundpflichten des Arbeitgebers § 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen § 6 Dokumentation
Arbeitssicherheitsgesetz AsiG von 1973 (aktualisiert 2006)	Dieses Gesetz schreibt dem Arbeitgeber vor, eine qualifizierte Unterstützung beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung durch die Bestellung von Betriebsärzten, Sicherheitsingenieuren, und anderen Fachkräften für Arbeitssicherheit zu gewährleisten. Neben der Bestellung regelt es auch die Pflicht zur Gründung eines Koordinationsgremiums des innerbetrieblichen Arbeitsschutzes, des Arbeitsschutzausschusses. Damit bestimmt dieses Gesetz die grundsätzlichen Strukturen der Organisation eines wirksamen betrieblichen Arbeitsgesundheitsschutzes, indem es die Akteure, ihre Aufgaben und ihre Zusammenarbeit festlegt. Wichtige Paragraphen: §§ 2,3 Bestellung Betriebsarzt und Aufgaben § 8 Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat
Arbeitsstättenverordnung ArbStättV von 2004 (aktualisiert 2008)	Diese Verordnung beschäftigt sich mit sicherheitstechnischen, arbeitsmedizinischen und Hygiene-Regeln für die Einrichtung und den Betrieb von Arbeitsstätten und dem Nichtraucherschutz. Dabei werden Anforderungen an Arbeits-, Pausen-, Bereitschafts- und Sanitärräume geregelt. Es befasst sich u.a. mit der Beleuchtung, Belüftung und Raumtemperatur. Nach der Regelungssystematik der europäischen Arbeitsstättenrichtlinie werden Schutzziele und allgemein gehaltene Anforderungen formuliert, aber keine detaillierten Vorgaben gesetzt.

Arbeitszeitgesetz ArbZG von 1994 (aktualisiert 2009)	Dieses Gesetz regelt Arbeits-, Pausen- und Erholungszeiten zum Schutz der Gesundheit und zur Flexibilisierung der Arbeitszeit. Es basiert auf der europäischen Richtlinie 93/104/EG und bietet einen weiten Spielraum bei der Vereinbarung flexibler Arbeitszeiten.
Betriebsverfassungsgesetz BetrVG von 1972 (aktualisiert 2009)	Das BetrVG regelt die Beteiligungsrechte von Betriebs- und Personalräten. Der Betriebsrat besitzt Mitbestimmungsrechte bei der Regelung des Gesundheitsschutzes und der Unfallverhütung. Als Mitglied des Arbeitsschutzausschusses ist er auch an der Koordination des Arbeitsgesundheitsschutzes beteiligt. Typische Themenfelder: <ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der Einhaltung der Regelungen des Gesundheitsschutzes • Mitbestimmung bei Maßnahmen der Unfallverhütung und des Gesundheitsschutzes sowie bei der Gestaltung der Arbeitsplätze • eingeschränkte Mitbestimmung bei Arbeitsleistung und Erleichterung des Arbeitsablaufes sowie der Einführung neuer Arbeitsmethoden <p>Wichtige Paragraphen: §§ 80, 89 Überwachungs- und Informationsrechte; v.a. § 89 Arbeits- und betrieblicher Umweltschutz § 87 (1) Nr. 7, §§ 90, 91 Mitbestimmungs- und Beratungsrechte; v.a. § 91 mit Bezug auf arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zur menschengerechten Arbeitsgestaltung</p>
Bildschirmarbeitsverordnung BildscharbV von 1996 (aktualisiert 2008)	Die BildscharbV befasst sich mit den Belangen von Bildschirmarbeitsplätzen. Sie dient der Umsetzung der europäischen Richtlinie 90/270/EWG. Ziel ist die Reduzierung von psychomotorischen und kognitiven Belastungen und nicht nur ausschließlich des Sehvermögens oder körperlicher Probleme. Neben den technischen Mindestanforderungen an Bildschirmgeräten sowie Gestaltungsrichtlinien am Arbeitsplatz und Umgebung werden deshalb auch die Softwareergonomie und die Arbeitsorganisation berücksichtigt. <p>Wichtiger Paragraph: § 3 Beurteilung der Arbeitsbedingungen</p>
Bürgerliches Gesetzbuch BGB	Das BGB als zentrale Kodifikation zeigt auch die privatrechtliche Relevanz für den betrieblichen Gesundheitsschutz auf. <p>Wichtiger Paragraph: § 618 Pflicht zu Schutzmaßnahmen</p>
Deklaration der Menschenrechte UN-Menschenrechts-Charta von 1948, Artikel 23	Dieser Artikel legt das Recht auf Arbeit, auf freie Berufswahl und auf gerechte und befriedigende Arbeitsbedingungen fest.

Einkommensteuer- gesetz EStG	Ein diffiziles Thema ist die Frage, ob Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung als zu versteuernder geldwerter Vorteil zu bewerten sind. Nach § 3 Nr. 34 sind besondere Maßnahmen des Arbeitgebers zur Gesundheitsförderung, die den Anforderungen des SGB V §§ 20 und 20a genügen, in Höhe von derzeit 500 € pro Kalenderjahr steuer- und betragsfrei.
Gefahrstoff- verordnung GefStoffV von 2004 (aktualisiert 2008)	Diese Verordnung befasst sich mit dem Schutz vor Gefährdungen durch physikalisch-chemische und toxische Eigenschaften von Stoffen sowie durch Eigenschaften im Zusammenhang mit bestimmten Tätigkeiten. Typische Eigenschaften sind hoch entzündliche, giftige, ätzende oder krebserregende Substanzen.
Grundgesetz GG von 1949, Art. 2 (aktualisiert 2009)	Im Artikel 2 ist das Grundrecht auf Leben und körperlicher Unversehrtheit festgeschrieben.
Jugendarbeits- schutzgesetz JarbSchG von 1976 (aktualisiert 2008)	Zum Arbeitsschutz gehört auch das Verbot, Kinder und Jugendliche für unangemessen Arbeiten zu beschäftigen. Überforderungen und Schädigungen wirken sich insbesondere auf diese heranwachsende Zielgruppe negativ aus. Das JarbSchG und die Kinderschutzverordnung schaffen die rechtlichen Voraussetzungen, um Kinder und Jugendliche vor Überbeanspruchung und weiteren Gefahren am Arbeitsplatz zu schützen. Themen sind u.a. Arbeitszeit (40 Stunden, 5-Tage-Woche, Beginn frühestens um 6 Uhr, Ende spätestens um 20 Uhr), Pausengestaltung, Urlaubsanspruch, Schichtzeit, gesundheitliche Betreuung, keine gefährdenden Arbeiten, verbotene Akkordzeit.
Mutterschutzgesetz MuSchG von 1952 (aktualisiert 2002 und 2009)	Das MuSchG der erwerbstätigen Mutter enthält mit § 2 Vorschriften zur Gestaltung des Arbeitsplatzes, die aus Sicht der BGF von Bedeutung sind. Ergänzt wird das MuSchG durch die Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArV).
Sozialgesetzbuch SGB	Das SGB stellt neben dem ArbSchG die wichtigste rechtliche Grundlage dar und besteht aus zwölf Teilen. Für BGM sind vor allem die Bücher V (Gesetzliche Krankenversicherung), VI (Gesetzliche Rentenversicherung), VII (Gesetzliche Unfallversicherung) und IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen). Das SGB fordert die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften auf dem Gebiet der BGF.

Quelle: in Anlehnung an Uhle/Treier (2011), S. 61ff.

Anhang 2: Altersstrukturelle Entwicklung der Bevölkerung Thüringens von 1990 bis 2010

Quelle: in Anlehnung an TMBLV (2011), S. 10

Anhang 3: Produktionsausfälle und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen im Jahr 2009

Diagnosegruppe	Arbeitsunfähigkeitstage		Produktionsausfall		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
	Mio.	%	Mrd. Euro	vom Bruttonationaleinkommen in %	Mrd. Euro	vom Bruttonationaleinkommen in %
Psychische und Verhaltensstörungen	52,4	11,4	4,9	0,2	8,5	0,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	27,5	6,0	2,6	0,1	4,5	0,2
Krankheiten des Atmungssystems	67,9	14,8	6,4	0,3	11,1	0,5
Krankheiten des Verdauungssystems	27,7	6,0	2,6	0,1	4,5	0,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	104,8	22,8	9,8	0,4	17,1	0,7
Verletzungen, Vergiftungen	56,0	12,2	5,2	0,2	9,1	0,4
Übrige Krankheiten	122,8	26,7	11,5	0,5	20,0	0,8
Alle Diagnosegruppen	459,2	100,0	43,0	1,8	74,9	3,1

Quelle: BAuA (2011), S. 2

Anhang 4: Beispiele strategischer Zielformulierungen bzw. Visionen für BGM

1. MVV Energie AG: Festlegung einer Vision für das BGM-Programm

„Die MVV Energie AG hat auch unter den Rahmenbedingungen des demographischen Wandels und der Veränderungen im Gesundheitswesen gesunde, leistungsbereite und motivierte Mitarbeiter. Die Mitarbeiter fühlen sich bei ihrer Arbeit wohl. Durch die Förderung ihrer Gesundheit im Rahmen eines ganzheitlichen und integrierten Gesundheitsmanagements leisten wir gemeinsam einen wichtigen Beitrag zum dauerhaften Unternehmenserfolg und zur Steigerung der Lebensqualität.“

Quelle: Echterhof/Hahn (2011), S. 157

2. Klinikum am Weissenhof: Auszug aus dem Unternehmensleitbild

Mitarbeiter

Wir stimmen unser Handeln in kollegialer und fachlicher Achtung aufeinander ab.

- Wir fördern das Bewusstsein aller, ein mitverantwortlicher Teil des Ganzen zu sein, da jeder Beitrag für unser Gesamtergebnis wichtig ist.
- Wir fördern durch unsere Haltung die Motivation und Arbeitszufriedenheit und tragen zu einem positiven Arbeitsklima bei.
- Wir begegnen einander mit Wertschätzung.
- Wir arbeiten partnerschaftlich und berufsgruppenübergreifend zusammen.
- Wir informieren alle Beteiligten rechtzeitig und umfassend.

Führung

Wir Leitungs- und Führungskräfte nehmen unsere Verantwortung in einem kooperativen Führungsstil wahr.

- Wir Leitungs- und Führungskräfte sind dafür verantwortlich, dass das Leitbild, Zielvereinbarungen, Fördermaßnahmen und Handlungsanweisungen umgesetzt werden.
- Wir Leitungs- und Führungskräfte sorgen dafür, dass die angestrebten Qualitätsstandards von allen Mitarbeitern verstanden und zur Grundlage unseres kooperativen Handelns gemacht werden können.
- **Wir Leitungs- und Führungskräfte unterstützen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.**
- Wir Leitungs- und Führungskräfte beziehen alle Beteiligten in Entwicklungen und Planungen rechtzeitig mit ein.
- Wir Leitungs- und Führungskräfte stellen eine sorgfältige Personalauswahl sicher.
- **Wir Leitungs- und Führungskräfte fördern Motivation, Arbeitszufriedenheit sowie eigenständige, fachlich definierte Entscheidungsspielräume der Mitarbeiter in den jeweiligen Tätigkeitsbereichen.**
- **Wir Leitungs- und Führungskräfte fördern Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.**

Quelle: Klinikum am Weissenhof (o.J.)

3. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Kommunikation der Ziele und Handlungsfelder des BGM in einem Flyer

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist ein fortlaufender Entwicklungsprozess. Es enthält und fördert die Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und die Leistung der Beschäftigten. Es vermindert krankmachende Faktoren und stärkt gesundheitsfördernde Ressourcen.

Handlungsfelder:

- Beschäftigte vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren schützen
- Physisches, psychisches, soziales Wohlbefinden fördern
- Handlungskompetenz der Einzelnen fördern
- Engagement der Mitarbeiter verbessern
- Gesundheitszustand dauerhaft erhöhen
- gesunde Strukturen aufbauen und fördern.

Quelle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (o.J.), S. 2

4. Universitätsklinikum Jena: Ausschnitt aus dem Rahmenkonzept

Übergeordnetes strategisches Ziel des Ganzheitlichen Gesundheitsmanagements ist die Steuerung von Maßnahmen zur Verhältnisprävention (Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen durch den Arbeitgeber) und zur Verhaltensprävention (Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen der Arbeitnehmer), die dem körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefinden der Mitarbeiter förderlich sind und einer Arbeitskultur dienen, in der sich Leistungsmotivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten entwickeln können.

Aus der strategischen Gesamtzielstellung leiten sich drei Arbeitsziele ab:

Ziel 1: Gesundheitsmanagement ist Führungsaufgabe.

Leitende Mitarbeiter werden sich der Wirkung des eigenen Führungs- und Gesundheitsverhaltens auf die Beschäftigten bewusst. Sie werden durch Schulungen, Instrumente und fachliche Begleitung unterstützt, den in ihrer Führungsverantwortung liegenden Gestaltungsspielraum gesundheitsförderlicher Verhältnisprävention zu nutzen und dadurch für gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu sorgen.

Ziel 2: Gesundheitsbewusstsein fördern.

Die Beschäftigten engagieren sich bewusst für die eigene Gesundheit und damit für den Erhalt ihrer Arbeitskraft. Darüber hinaus bringen sie sich aktiv im Gesundheitsmanagementprozess ihrer Einrichtung ein. Sie werden durch Schulungen, Beratungsangebote und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gezielt unterstützt, das in ihrer Selbstverantwortung liegende Gesundheitsverhalten zu stärken.

Ziel 3: Mitarbeitergesundheit als Unternehmensmerkmal.

Mitarbeitergesundheit und Ganzheitliches Gesundheitsmanagement werden im Innen- und Außenverhältnis als ein zentrales Unternehmensmerkmal des UKJ sichtbar. Das Gesundheitsmanagementkonzept wird klinikintern, in Netzwerken und öffentlich vielseitig kommuniziert, um den Begleitnutzen erhöhter Commitment- und Reputationseffekte maximal auszuschöpfen.

Quelle: Gittler-Hebestreit (2010), S. 2f

5. Carl von Ossietzky Universität: Ausschnitt aus der Dienstvereinbarung

Präambel und Leitbild

Die Gesundheitsförderung nimmt in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens einen immer höheren Stellenwert ein. Den Anregungen der Weltgesundheitsorganisation folgend hat die Carl von Ossietzky Universität ihre Verantwortung zur Entwicklung und Förderung von Gesundheit im Sinne des ‚Setting-Ansatzes‘ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgegriffen. Als ein Handlungsfeld der Gesundheitsfördernden Hochschule soll betriebliches Gesundheitsmanagement im Rahmen von Personal- und Organisationsentwicklung institutionalisiert und dauerhaft gestaltet werden.

Grundlegende Ziele betrieblichen Gesundheitsmanagements sind:

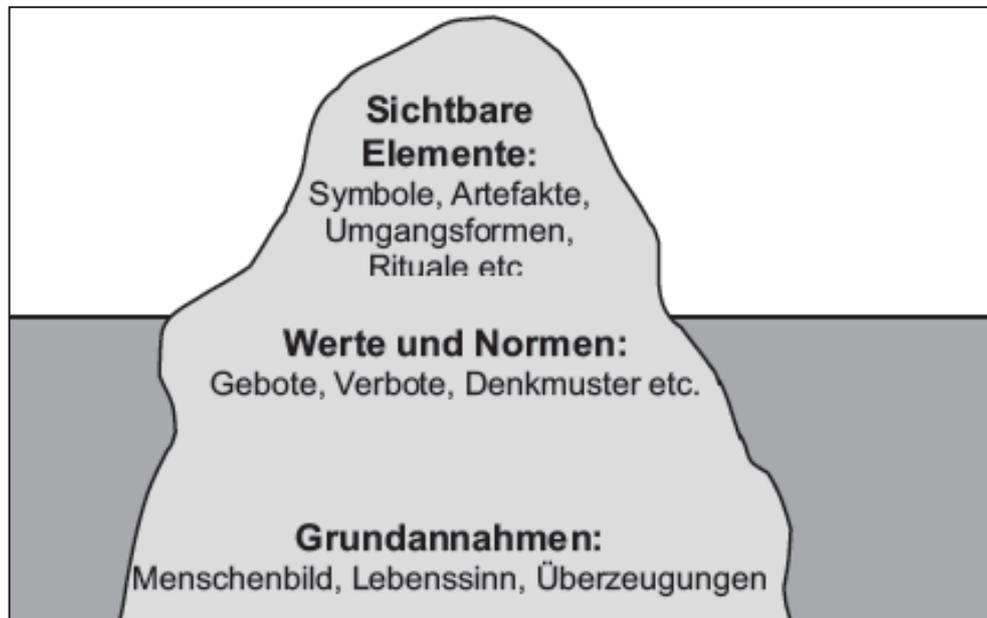
- die Steigerung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz,
- die Verbesserung der innerbetrieblichen Kooperation,
- die Verbesserung der Arbeitsbedingungen,
- mehr Transparenz bei innerbetrieblichen Veränderungen,
- die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und Leistungsbereitschaft sowie
- die Verbesserung des Arbeitsklimas.

Als Leitbild steht hierfür die Vision eines anzustrebenden Idealzustandes
"Arbeitsplatz Universität - gesund sein - sich wohlfühlen".

Quelle: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (2009.), S. 1

Anhang 5: Unternehmenskulturmodelle

1. Eisbergmodell



Quelle: Sackmann (2004), S. 24

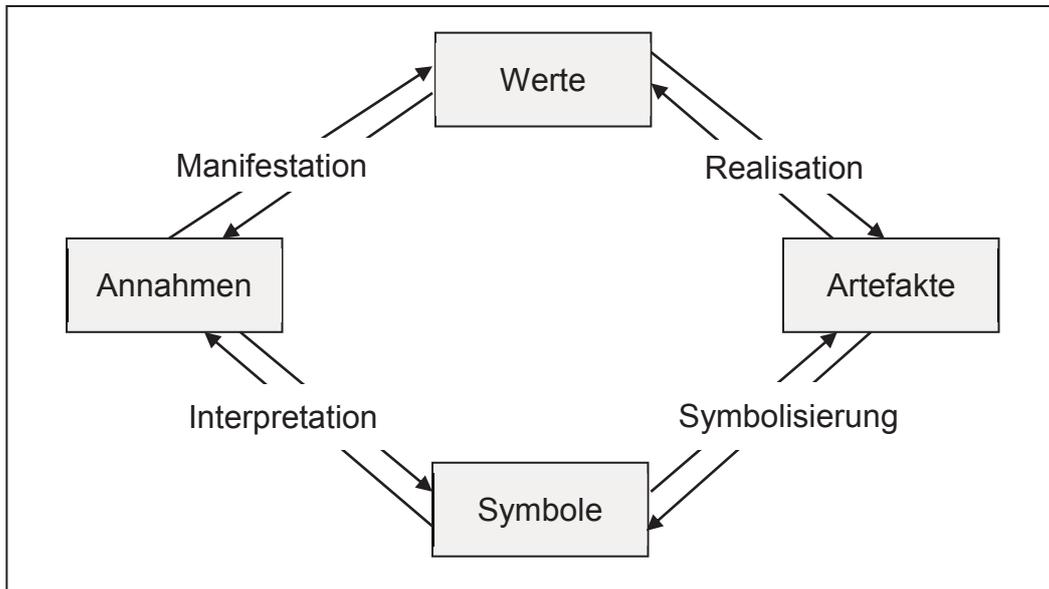
2. Drei-Schichten-Modell

(aus Unternehmensphilosophie, -ethik und -identität)

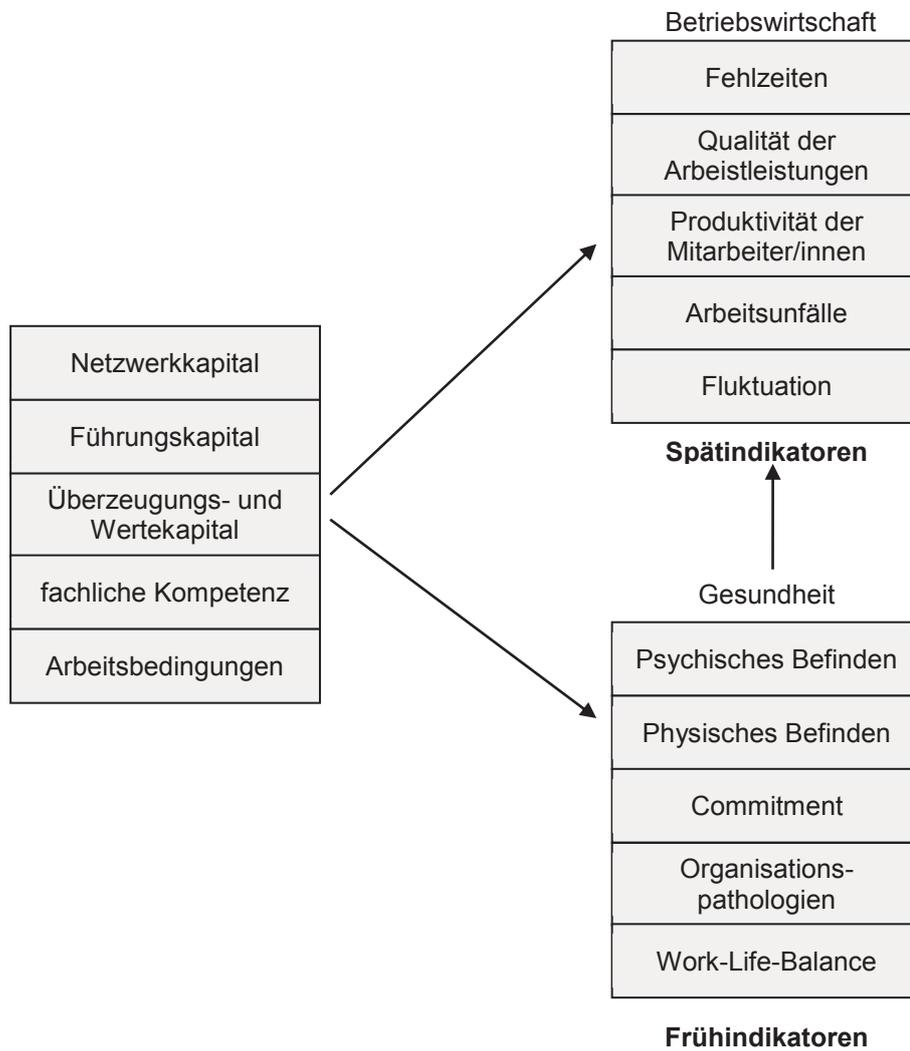
Unternehmensidentität (Erscheinungsbild)	Alle sichtbaren, aktiven und passiven Ausdrucksformen des Unternehmens (Corporate Identity), z.B. Symbole, Logos, Namen, Briefkopf, Kleidung etc.
Unternehmensethik	Rangfolge der Werte, denen sich ein Unternehmen in seinem Handeln verpflichtet weiß, wie Gerechtigkeit, Vertrauen, Wahrhaftigkeit, Ehrlichkeit, Verantwortung
Unternehmensphilosophie (Basis)	Grundlegende Sinnorientierungen, weltanschauliche Ausrichtung eines Unternehmens: das Menschenbild, die Auffassung über die Art der zwischenmenschlichen Beziehung, die Einstellung zur Umwelt

Quelle: Franken (2010), S. 213

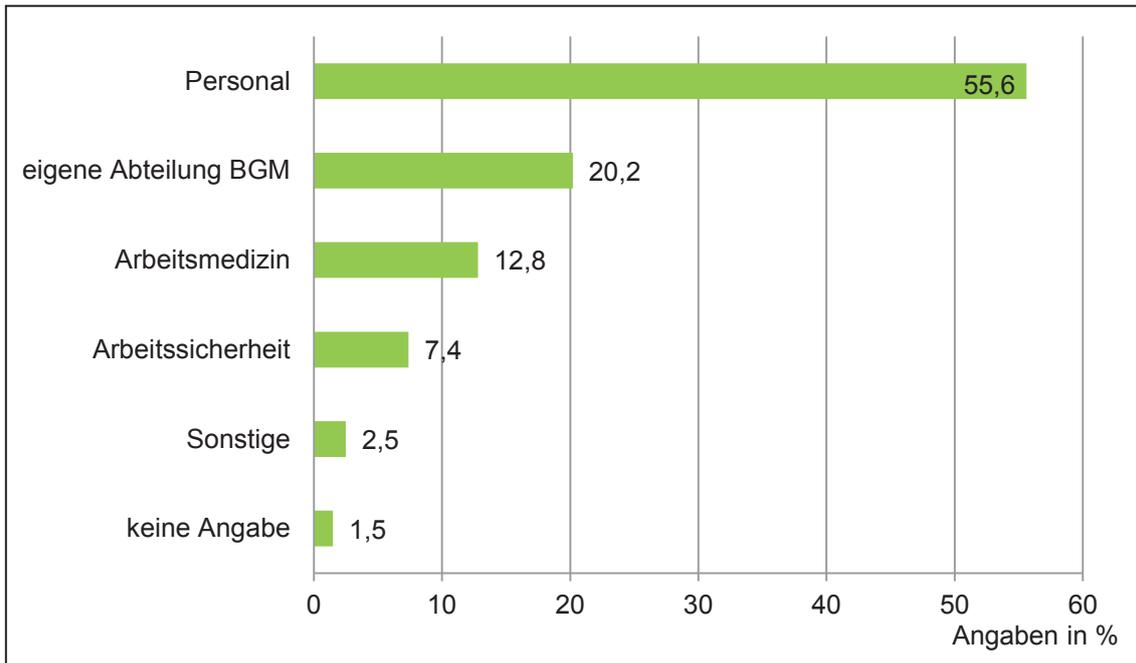
3. Prozessmodell der Kultur nach M.J. Hatch



Quelle: In Anlehnung an Hatch (1993), S. 660

Anhang 6: Unternehmensmodell der Studie zum Sozialkapital-Ansatz

Quelle: In Anlehnung an Badura et al. (2008), S. 32

Anhang 7: Anbindung des BGM in den Unternehmen

Quelle: In Anlehnung an Henssler/Klenke (2011), S. 26

Anhang 8: Handlungsfelder für Maßnahmen der Krankenkassen**HANDLUNGSFELD: ARBEITSBEDINGTE KÖRPERLICHE BELASTUNGEN****Prinzip**

Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigte aus betrieblichen Bereichen mit individuellen und/ oder arbeitsplatzabhängigen Chronifizierungsrisiken im psychosozialen Bereich • Beschäftigte aus betrieblichen Bereichen mit einseitiger oder hoher Belastung, bewegungsarmen Tätigkeiten bzw. mit Beschwerden des Bewegungsapparats
Ziele der Maßnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Wissen über körperliche Belastungen und Hintergründe von Rückenschmerzen • Aufbau individueller Verhaltens- und Handlungskompetenzen für den Umgang mit körperlichen Belastungen • Hinführung zu und Maßnahme überdauernde Bindung an eigenständig durchgeführte körperliche Aktivität und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Fitness. • Optimierung der Arbeitsbedingungen • Erhöhung der Arbeitszufriedenheit
Inhalt	<p>Arbeitsplatzbezogene verhaltensorientierte Gruppenverfahren zur Vermittlung von Wissen und Aufbau von Verhaltens- und Handlungskompetenzen zum Umgang mit Rückenschmerzen, zur Bindung an eigenständig durchgeführte körperliche Aktivität und zur Vorbeugung und zum Abbau von Belastungen und Beschwerden im Bereich des Muskel- und Skelettsystems. Dabei sollen theoretische und praktische Elemente verknüpft und am eigenen Arbeitsplatz angewandt werden. In Zusammenarbeit von Beschäftigten und Experten werden unter biopsychosozialer Perspektive am Arbeitsplatz Vorschläge zur Veränderung des Bewegungsverhaltens bei der Arbeit und in der Freizeit sowie zur Veränderung von Bedingungen des Arbeitsplatzes entwickelt und umgesetzt.</p>
Methodik	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenschulung und -beratung mit aktiver Einbeziehung der Beschäftigten • arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung • Einbeziehung der zuständigen Führungskraft

HANDLUNGSFELD: BETRIEBSVERPFLEGUNG

Prinzip:

Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • alle Beschäftigten in Betrieben
Ziele der Maßnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung des Verpflegungsangebots an den aktuellen Ernährungsrichtlinien und den Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung sowie an den Bedürfnissen der Beschäftigten • Erhöhung der Akzeptanz und Inanspruchnahme bedarfsgerechter/gesundheitsfördernder Verpflegungsangebote • Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz der Beschäftigten zu einer eigenverantwortlichen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung
Inhalt	<p>Notwendige Bestandteile der Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse der bestehenden Verpflegungssituation im Betrieb (inkl. Speiseplananalyse) • Ausrichtung der Betriebsverpflegungsangebote an den aktuellen Ernährungsempfehlungen und Qualitätsstandards • Information und Motivation der Belegschaft zur Reduzierung ungesunder Ernährungsweisen (z.B. Aktionswochen) • Optimierung der Essensausgabeverfahren zur Erhöhung der Wahlmöglichkeiten und Verkürzung der Wartezeiten • Abstimmung der Öffnungszeiten der Verpflegungseinrichtungen an die Bedürfnisse und Arbeitszeiten der Beschäftigten • bedarfsgerechte, ansprechende Gestaltung der Sozialräume • Ausschluss eines Alkoholangebots • Informationen über gesundheitsgerechte Verpflegungsmöglichkeiten bei Betrieben ohne Gemeinschaftsverpflegung <p>In Abhängigkeit von den betrieblichen Rahmenbedingungen (z. B. Betriebsgröße, Art und Schwere der Tätigkeiten, in der Belegschaft vertretene Nationalitäten, Schichtarbeit etc.) wünschenswert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Angeboten für besondere Zielgruppen (z. B. Nachtarbeiter, Diabetiker, moslemische Mitarbeiter) • Schaffung von Verpflegungsmöglichkeiten in dezentralen Betriebsteilen • Angebot begleitender Analysen (z. B. Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus) und verhaltenspsychologisch basierte Gruppenkurse zur Gewichtsreduktion etc.
Methodik	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigtenbefragungen • Schulungen (z. B. des Küchenpersonals) • Beratungen (z. B. zur Schaffung eines angenehmen Ambientes in der Verpflegungseinrichtung) • Informations- und Motivationskampagnen (interne Öffentlichkeitsarbeit, Screenings, Ernährungsberatung) • Begleitendes Angebot an Gruppenkursen (z. B. zur Gewichtsreduktion, Ernährung bestimmter Berufsgruppen)

HANDLUNGSFELD: PSYCHOSOZIALE BELASTUNGEN (STRESS)**Prinzip:**

Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz

Zielgruppe	Aktivitäten zum betrieblichen Stressmanagement können sich zum einen zielgruppen-unspezifisch an alle Beschäftigten mit (nicht existentieller) Stressbelastung richten, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen. Zum anderen können die Maßnahmen auch für spezielle betriebliche Zielgruppen mit spezifischen Belastungsprofilen (z. B. Führungskräfte, Auszubildende, Außendienstmitarbeiter etc.) angeboten werden.
Ziele der Maßnahme	Das generelle Ziel von Interventionen in diesem Handlungsfeld besteht darin, negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von chronischen beruflichen Stresserfahrungen zu vermeiden oder zu reduzieren, indem die individuellen Bewältigungskompetenzen gestärkt werden mit dem Ziel eines möglichst breiten individuellen Bewältigungsrepertoires und einer möglichst hohen Flexibilität im Umgang mit Stressbelastungen. Diese Interventionen müssen möglichst in ein umfassendes Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden werden.
Inhalt	In betrieblichen Stressmanagementtrainings werden zur Erreichung der genannten Ziele in der Regel mehrere unterschiedliche Interventionsmethoden auf der Basis eines kognitiv- verhaltenstherapeutischen Interventionsansatzes integriert, um auf den Ebenen des instrumentellen, des kognitiven und des palliativ-regenerativen Stressmanagements anzusetzen. Die dabei zu nutzenden Interventionsmethoden sind: <ul style="list-style-type: none">• Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen in Bereichen wie systematisches Problemlösen, Zeitmanagement und persönlicher Arbeitsorganisation,• Vermittlung von Methoden der kognitiven Umstrukturierung mit dem Ziel der Einstellungsänderung und positiven Selbstinstruktion,• Vermittlung psychophysiologischer Entspannungsverfahren• Training von selbstbehauptendem Verhalten und sozial-kommunikativer Kompetenzen.
Methodik	Bei Aktivitäten zum betrieblichen Stressmanagement handelt es sich um systematische und strukturierte Trainingsprogramme, die sich an Gruppen richten und an den individuellen Stressproblemen der teilnehmenden Beschäftigten orientiert sind. Sie sollten auf die jeweils konkreten betrieblichen Stressbelastungen Bezug nehmen und in bestehende betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte eingebunden sein, um eine Rückkopplung von strukturellen Aspekten in diesen Prozess zu gewährleisten. Die Trainings enthalten eine praktische Einübung von Entspannungs- und Stressreduktionsmethoden sowie Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen, um einen Transfer in den Alltag zu gewährleisten.

HANDLUNGSFELD: PSYCHOSOZIALE BELASTUNGEN (STRESS)
Prinzip:

 Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • alle Führungskräfte • indirekt auch beteiligte Mitarbeiter • im besonderen an Führungskräfte mit erhöhter Stressbelastung, erhöhter Arbeitsunzufriedenheit sowie erhöhtem Krankenstand im jeweiligen Verantwortungsbereich
Ziele der Maßnahme	<p>Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung verfolgen eine doppelte Zielsetzung: Zum einen sollen Führungskräfte für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den psychophysischen Belastungen auf Seiten der Mitarbeiter sensibilisiert und bei der Entwicklung eines mitarbeiterorientierten und gesundheitsgerechten Führungsstiles unterstützt werden. Dadurch sollen psychische Fehlbelastungen auf Seiten der Mitarbeiter reduziert und deren Zufriedenheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz gefördert werden. Zum anderen sollen die Führungskräfte selbst auch Strategien zu einer gesundheitsgerechten Bewältigung des eigenen Führungsalltages erlernen. Damit soll sowohl der Vorbildfunktion der Führungskraft Rechnung getragen werden als auch dem Umstand, dass eigenes Stresserleben der Führungskräfte ein häufiges Hindernis für die Realisierung eines gesundheitsgerechten Umgangs mit den Mitarbeitern darstellt.</p>
Inhalt	<p>Zur Erreichung der genannten Ziele beinhalten Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung Informationen über Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten einerseits und psychischer Belastung, Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiter andererseits. Die Führungskräfte reflektieren führungsrelevante Einstellungen und eigenes Führungsverhalten im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter. Sie thematisieren Strategien zur gesundheitsförderlichen Arbeitsorganisation, erprobten Strategien mitarbeiterorientierter Kommunikation und Gesprächsführung zur Verbesserung ihres Umgangs auch mit belasteten Mitarbeiter/innen oder bei Konflikten am Arbeitsplatz und werden zu einem Transfer dieser Strategien in den betrieblichen Alltag angeleitet. Darüber hinaus werden Strategien zum Umgang mit eigenen Belastungen, insbesondere in schwierigen Führungssituationen thematisiert und praktisch erprobt.</p>
Methodik	<p>Bei den Maßnahmen handelt es sich um systematische und strukturierte Programme, die sich im Regelfall an Gruppen richten. Die Maßnahmen sollten auf die jeweils konkreten betrieblichen Bedingungen Bezug nehmen. Die Trainings sollten über die bloße Information hinaus durch moderierte Gruppengespräche den Erfahrungsaustausch und die Selbstreflexion der teilnehmenden Führungskräfte anregen. Ferner sollen die Trainings insbesondere ausreichend Gelegenheit für eine praktische Einübung von Gesprächs- und Stressmanagementstrategien beinhalten sowie Anleitungen für einen Transfer dieser Strategien in den Führungsalltag bereitstellen.</p> <hr/>

HANDLUNGSFELD: SUCHTMITTELPRÄVENTION

Prinzip:
Rauchfrei im Betrieb

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none">• Führungskräfte• Betriebs- und Personalräte• Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz• Rauchende und nicht rauchende Beschäftigte
Ziele der Maßnahme	<ul style="list-style-type: none">• Durchsetzung der gesundheitlichen Interessen der nichtrauchenden Beschäftigten (Umsetzung des betrieblichen Nichtraucher-schutzes im Betrieb gemäß § 5 ArbStättV zum Schutz vor Passivrauch hat Vorrang vor den Interessen des Rauchers)• Stärkung der Motivation rauchender Beschäftigter, mit dem Rauchen aufzuhören• Reduzierung der Raucherquote im Betrieb• Reduzierung des Tabakkonsums im Betrieb (Nichtrauchen am Arbeitsplatz / während der Arbeit)
Inhalt	<ul style="list-style-type: none">• Information und Beratung von Mitarbeitern und Führungskräften über die Gesundheitsgefahren des Rauchens und des Passivrauchens• Information und Beratung zu strukturellen Interventionen bezüglich des betrieblichen Nichtraucherschutzes (z. B. Dienstvereinbarungen, Lüftungstechnische Maßnahmen, arbeitsorganisatorische Maßnahmen, betriebliche Rauchverbote, Abbau von Zigarettenautomaten, Einschränkungen des Zigarettenverkaufs im Betrieb etc.) einschließlich Beratung zur betriebsinternen Kommunikation und Mediation,• Beratung zur / Vermittlung von betrieblichen Angeboten zur Tabakentwöhnung.
Methodik	<ul style="list-style-type: none">• Informationsangebote für alle Beschäftigten• Beratung und Unterstützung des Betriebes bei der Schaffung struktureller Maßnahmen, wie z. B. Erstellung von Dienstvereinbarungen zum Nichtraucherschutz, räumliche Trennung von Raucher- und Nichtraucherarbeitsplätzen, Lüftungsmaßnahmen für Raucherzonen• Beteiligungsorientierte Methoden (z. B. Gesundheitszirkel)• Angebot von wirksamen kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

HANDLUNGSFELD: SUCHTMITTELPRÄVENTION

Prinzip:
„Punktnüchternheit“ (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • alle Mitarbeiter(innen) des Betriebes • Führungskräfte • Betriebs-/ Personalräte • Fachkräfte für Arbeits- und Gesundheitsschutz • Betriebs- und Werksärzte
Ziele der Maßnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisieren von Beschäftigten, Führungskräften und betrieblichen Entscheidern hinsichtlich des Einflusses von – auch geringen Mengen - Alkohol und anderen psychisch wirksamen bzw. berauschenden Suchtmitteln auf Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und Arbeitsunfähigkeiten • Aufbau einer betrieblichen Kultur von „Null Promille am Arbeitsplatz“ • Sensibilisieren der Führungskräfte hinsichtlich ihrer Führungsverantwortung unter dem besonderen Aspekt der Suchtmittelprävention • Motivation der betrieblichen Entscheider und Führungskräfte zur Einbeziehung betriebsinterner oder externer Fachkompetenz zur Problemlösung, sowie zur Vernetzung mit inner- und außerbetrieblichen Präventionsangeboten und Hilfsmaßnahmen • Frühzeitige Aufklärung von Mitarbeiter/innen mit auffälligem Verhalten aufgrund von riskantem Konsum zur Förderung einer Änderungsbereitschaft • Senkung des Suchtmittelkonsums und der dadurch bedingten Unfallzahlen
Inhalt	<p>Notwendige Bestandteile von Programmen zur Suchtmittelprävention sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Aufmerksamkeit für den bewussten Umgang mit Suchtmitteln und Informationen über deren Wirkungen • Förderung einer alkoholfreien Betriebskultur („Null Promille am Arbeitsplatz“), Stärkung der Vorbildrolle der Vorgesetzten und Kollegen • Ausrichtung eines attraktiven nicht alkoholischen Getränke-Angebots in der Betriebsverpflegung • Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas (Klimagruppen, Zufriedenheitszirkel) • Schulung der Führungskräfte und anderer betrieblicher Entscheider zum Umgang mit (suchtmittel-)auffälligen Mitarbeitern • Vermittlung geeigneter Hilfs- und Beratungsangebote für Mitarbeiter in Krisensituationen und mit Suchtmittelproblemen durch Einrichtungen der Suchtberatung bzw. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V
Methodik	<ul style="list-style-type: none"> • Information der Belegschaft / Schaffung von Informationsstrukturen • Beratung und Unterstützung bei der Schaffung geeigneter Strukturen: übergreifende Kooperation in einem Steuerungsgremium (z. B.

Lenkungskreis Gesundheit), Abschluss einer Dienst-/ Betriebsvereinbarung u. a.

- Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung zur Verbesserung von Unternehmenskultur, Führungsstil, Betriebsklima und Arbeitszufriedenheit (z. B. Schulung in Gesprächsführung von Führungskräften und Personalvertretern)
 - Hilfen beim Aufbau einer Struktur zur Mitarbeiterberatung:
 - individuelle Beratung und Krisenintervention,
 - Vermittlung in Beratungsstellen
 - weitergehende Hilfs- und Beratungsstellen
-

Quelle: In Anlehnung an GKV-Spitzenverband (2010), S. 65ff.

Anhang 9: BASA II- Fragebogen

45

4.3.2 BASA II - Fragebogen

Branche:.....

Firma:.....

Abteilung:.....

Arbeitsplatz-/Tätigkeitsbezeichnung:.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei der Arbeit wirken vielfältige Anforderungen und Belastungen auf Sie ein, die sich aus den Arbeitsbedingungen ergeben können. Da Sie Ihre Arbeit sehr gut kennen, werden Sie hier gebeten, Ihre Arbeitsbedingungen zu beurteilen. Der Fragebogen ist für den Einsatz an verschiedenen Arbeitsplätzen gedacht, deshalb kann es Fragen geben, die an Ihrem Arbeitsplatz nicht vorkommen.

Die Befragung ist anonym: Ihr Name, Alter und Geschlecht werden nicht erfasst. Wenn Sie dennoch Bedenken haben, dass eine Beurteilung negative Konsequenzen für Sie haben könnte, dann lassen Sie betreffende Merkmale auf Ihrem Fragebogen einfach aus!

Die Ergebnisse Ihrer Beurteilung werden für die Ableitung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes benötigt, die Ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit erhalten und verbessern sollen.

Zuerst ist dafür eine Einordnung Ihrer Tätigkeit und Ihres Beschäftigungsverhältnisses erforderlich. Bitte nehmen Sie diese vor!

Ich arbeite überwiegend, ständig

- körperlich.
- geistig.
- für andere Menschen (Kunden, Patienten, ...).
- mit Kollegen zusammen (Gruppenarbeit).

Ich habe eine

- Vollzeitstelle.
- Teilzeitstelle.
- befristete Stelle.
- geringfügige Beschäftigung.
- Ausbildungsstelle.
-
-

In der folgenden Liste (Tab. 4.4) werden mit verschiedenen Merkmalen Arbeitsbedingungen beschrieben. Beachten Sie bitte dabei, dass Sie für jedes Merkmal angeben sollen

1. ob es für Ihre Arbeit zutrifft oder nicht und
2. ob Sie es
 - ⇒ *schlecht finden oder*
 - ⇒ *weder schlecht noch gut finden oder*
 - ⇒ *gut finden.*

Die folgende Bewertungshilfe (Tab. 4.3) unterstützt Sie dabei.

Tab. 4.3 Bewertungshilfe BASA-Fragebogen

		A. Das trifft		B. Das finde ich		
		eher zu.	eher nicht zu.	schlecht.	weder schlecht noch gut.	gut.
A1: Körperhaltung: Bei meiner Arbeit						
A1.1	- habe ich körperliche Abwechslung.		X	X		
A1.2	- erfülle ich die Arbeitsaufgaben hockend, kniend oder gebückt.		X			X
A1.3	- ist mein Oberkörper verdreht.	X		X		
	•					
	•					
	•					
D3: Unterbrechungen: Bei meiner Arbeit kommt es zu Unterbrechungen durch						
D3.1	- Telefonanrufe.	X		X		
D3.2	- Kunden, Patienten, Klienten, Schüler,...		X			
D3.3	- Kollegen, Vorgesetzte.	X				X
	•					
	•					
	•					
G3: Sicherheitsvorrichtungen: Die Sicherheitsvorrichtungen						
nicht vorhanden: <input type="checkbox"/>						
G3.2	- sind zweckmäßig.		X	X		
G3.3	- sind in gutem Zustand.	X				X

Tab. 4.4 Fragebogen BASA II Standard (F)
Merkmale Ihrer Arbeitsbedingungen

		A. Das trifft		B. Das finde ich		
		eher zu.	eher nicht zu.	schlecht.	weder schlecht noch gut.	gut.
Teil A: Arbeitsplatzbezogene Arbeitsbedingungen						
A1: Körperhaltung: Bei meiner Arbeit						
A1.1	- habe ich körperliche Abwechslung.					
A1.2	- erfülle ich die Arbeitsaufgaben hockend, kniend oder gebückt.					
A1.3	- ist mein Oberkörper verdreht.					
A1.4	- führe ich Über-Kopf-Arbeiten aus.					
A1.5	- bewege ich schwere Gegenstände.					
A2: Arbeitsplatzmaße: Mein Arbeitsplatz						
A2.1	- bietet mir genügend Bewegungsfreiheit.					
A2.2	- ist immer zugänglich.					
A2.3	- ist übersichtlich.					
A2.4	- hat ausreichende Ablage-, Abstellflächen.					
A3: Arbeits-/Hilfsmittel: Die Arbeits- und Hilfsmittel						
A3.1	- sind verschieden.					
A3.2	- sind zweckmäßig.					
A3.3	- sind ausreichend vorhanden.					
A3.4	- funktionieren immer.					
Teil B: Arbeitsumweltbezogene Arbeitsbedingungen						
B1: Arbeitsumgebung: Bei meiner Arbeit						
B1.1	- ist es durch andere Arbeitsprozesse, Personen, ... laut.					
B1.2	- riecht es schlecht.					
B1.3	- ist es weder zu heiß noch zu kalt.					
B1.4	- zieht es.					
B1.5	- ist es weder zu hell noch zu dunkel.					
B2: Einwirkungen: Bei meiner Arbeit						
B2.1	- staubt es.					
B2.2	- komme ich in Kontakt mit gefährlichen Gasen und Dämpfen.					
B2.3	- komme ich in Kontakt mit Gefahrstoffen.					
B2.4	- bin ich gefährlichen Strahlungen ausgesetzt.					
B2.5	- schwingt, vibriert es.					
B2.6	- kommt es zu elektrischen Aufladungen.					

		A. Das trifft		B. Das finde ich		
		eher zu.	eher nicht zu.	schlecht.	weder schlecht noch gut.	gut.
Teil C: Allgemeine Arbeitsbedingungen						
C1: Sicherheit: Bei meiner Arbeit						
C1.1	- kann ich mich verletzen (z.B. mich schneiden, stoßen, quetschen, verbrennen, verbrühen, ...).					
C1.2	- kann ich einen Unfall erleiden (z.B. abstürzen, verschüttet werden, getreten werden, ge- oder erschlagen werden, ...).					
C1.3	- kann ich stolpern, umknicken, ausrutschen.					
C1.4	- erhalte ich regelmäßig Arbeitsschutzunterweisungen.					
C1.5	- wird Sicherheit groß geschrieben.					
C2: Gesundheit: Bei meiner Arbeit						
C2.1	- gibt es Bedingungen, die mich krank machen können (z.B. in der Arbeitsumgebung, der Arbeitsorganisation, dem Führungsverhalten, dem Betriebsklima, ...).					
C2.2	- wird darauf geachtet, dass ich gesund bleibe, z.B. durch Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.					
Teil D: Organisatorische Arbeitsbedingungen						
D1: Arbeitsorganisation: Bei meiner Arbeit						
D1.1	- sind die Zuständigkeiten und die Verantwortlichkeiten klar geregelt.					
D1.2	- kommt es zu Zeit- und Termindruck.					
D1.3	- kommt es durch Erkrankungen der Mitarbeiter zu Personalengpässen.					
D1.4	- werde ich über alles informiert.					
D1.5	- erhalte ich Rückmeldungen über meine Arbeit.					
D1.6	- habe ich Mitspracherecht.					
D2: Arbeitszeit: Bei meiner Arbeit						
D2.1	- kommt es regelmäßig zu Überstunden.					
D2.2	- kann ich mir die Arbeitszeit flexibel einteilen.					
D2.3	- gibt es häufig Nacht- und Schichtdienste.					
D2.4	- muss ich häufig an Wochenenden oder Feiertagen arbeiten.					
D2.5	- werden die Dienste im Voraus festgelegt.					
D2.6	- ist die Pausenregelung in Ordnung.					
D2.7	- arbeite ich auf Abruf.					
D2.8	- habe ich geteilte Dienste (z.B. Früh- und Abenddienst, mittags frei).					
D3: Unterbrechungen: Bei meiner Arbeit kommt es zu Unterbrechungen durch						
D3.1	- Telefonanrufe.					
D3.2	- Kunden, Patienten, Klienten, Schüler,...					
D3.3	- Kollegen, Vorgesetzte.					

		A. Das trifft		B. Das finde ich		
		eher zu.	eher nicht zu.	schlecht.	weder schlecht noch gut.	gut.
D4: Fehler: Bei meiner Arbeit						
D4.1	- können meine Fehler zu Nacharbeit, Sach- oder Personenschäden führen.					
D4.2	- wird beim Auftreten von Fehlern immer der "Schuldige" gesucht.					
D4.3	- erhalte ich Rückmeldungen über eigene Fehler.					
D4.4	- haben sich schon Kunden, Patienten oder Kollegen beim Vorgesetzten beschwert.					
D5: Arbeitsort: Mein Arbeitsort						
D5.1	- ist mir immer rechtzeitig vorher bekannt.					
D5.2	- wechselt ständig.					
Teil E: Soziale Arbeitsbedingungen						
E1: Vorgesetzte: Bei meiner Arbeit						
E1.1	- erhalte ich widersprüchliche Anweisungen von meinem/meinen Vorgesetzten.					
E1.2	- wechselt der Vorgesetzte häufig.					
E1.3	- habe ich Vertrauen zu meinem unmittelbaren Vorgesetzten.					
E1.4	- habe ich Vertrauen zur Leitung des Hauses bzw. zum Management.					
E1.5	- erhalte ich Anerkennung und Lob für meine Arbeit.					
E1.6	- kommt es zu Differenzen oder Streitigkeiten mit dem oder den Vorgesetzten.					
E1.7	- wird Kritik sachlich geäußert.					
E2: Kollegen: Bei meiner Arbeit						
E2.1	- habe ich Vertrauen zu meinen Kollegen.					
E2.2	- helfen mir meine Kollegen.					
E2.3	- geben sich die Beschäftigten gegenseitig Lob und Anerkennung für die geleistete Arbeit.					
E2.4	- kommt es zu Differenzen oder Streitigkeiten mit den Kollegen.					
Teil F: Personenbezogene Arbeitsbedingungen						
F1: Qualifikation: Für die Arbeit						
F1.1	- bin ich ausreichend qualifiziert.					
F1.2	- werden Mitarbeiter in die Abläufe des Betriebes und der Arbeitsgruppe eingewiesen.					
F1.3	- werden Mitarbeiter eingearbeitet.					
F1.4	- erhalte ich berufsbegleitende Fortbildungen bzw. Schulungen.					
F1.5	- nutze ich die angebotenen Weiterbildungsmöglichkeiten.					

		A. Das trifft		B. Das finde ich		
		eher zu.	eher nicht zu.	schlecht.	weder schlecht noch gut.	gut.
F2: Angst: Ich habe bei meiner Arbeit Angst						
F2.1	- , den eigenen Arbeitsplatz zu verlieren.					
F2.2	- vor eigenen Fehlern.					
F2.3	- vor Unfällen.					
F2.4	- , krank zu werden.					
Teil G: Tätigkeitsbezogene Arbeitsbedingungen						
G1: Interaktion : Bei meiner Arbeit						
nicht vorhanden: <input type="checkbox"/>						
G1.1	- kann ich die Interessen und Bedürfnisse oder den Zustand von Kunden, Klienten oder Patienten immer richtig einschätzen.					
G1.2	- weiß ich, was die nonverbalen Äußerungen der Kunden, Klienten oder Patienten bedeuten.					
G1.3	- kann ich mit den verbalen Äußerungen der Kunden, Klienten oder Patienten gut umgehen.					
G1.4	- kann es zu aggressiven Handlungen oder gewalttätigen Übergriffen von Kunden, Klienten oder Patienten kommen.					
G1.5	- wurden schon tätliche Übergriffe von Kunden, Patienten, Klienten erlebt.					
G2: Maschinen: Die Maschinen/Geräte, mit denen ich arbeite,						
nicht vorhanden: <input type="checkbox"/>						
G2.1	- kann ich gut bedienen.					
G2.2	- verlangen Wartezeiten (z.B. durch ungeplante technische Störungen)					
G3: Sicherheitsvorrichtungen: Die Sicherheitsvorrichtungen						
nicht vorhanden: <input type="checkbox"/>						
G3.1	- sind vollständig vorhanden.					
G3.2	- sind zweckmäßig.					
G3.3	- sind in gutem Zustand.					
G4: Stellteile: Die Stellteile, z.B. Hebeln oder Kurbeln, an den Maschine oder Geräten						
nicht vorhanden: <input type="checkbox"/>						
G4.1	- sind für mich immer erreichbar.					
G4.2	- stimmen mit den Anzeigen, Informationen, Signalen und der Arbeitsaufgabe überein.					
G5: Signalgeber: Die Signalgeber an den Maschinen/Geräten						
nicht vorhanden: <input type="checkbox"/>						
G5.1	- sind immer ablesbar bzw. hörbar.					
G5.2	- stimmen mit den erwarteten Signalen, Informationen und meiner Arbeitsaufgabe überein.					

		A. Das trifft		B. Das finde ich		
		eher zu.	eher nicht zu.	schlecht.	weder schlecht noch gut.	gut.
G6: Pers. Schutzausrstg. (PSA): Die PSA						
nicht vorhanden: <input type="checkbox"/>						
G6.1	- ist immer verfügbar.					
G6.2	- ist immer in Ordnung.					
G6.3	- ist bequem.					
G6.4	- verwende ich immer.					
G7: Bildschirm: Der Bildschirm an dem Computer, der Maschine						
nicht vorhanden: <input type="checkbox"/>						
G7.1	- flimmert.					
G7.2	- spiegelt.					
G7.3	- hat einen guten Zeichenkontrast, eine scharfe Zeichendarstellung und Zeichengröße.					
G7.4	- ist für meine Arbeitsaufgabe groß genug.					
G8: Software: Die Software des Computers, der Maschine						
nicht vorhanden: <input type="checkbox"/>						
G8.1	- macht mich auf Bedienungsfehler aufmerksam.					
G8.2	- stürzt häufig ab.					
G8.3	- ist selbsterklärend.					
G8.4	- ist von mir steuerbar.					
G8.5	- bietet Hilfs- und Lemprogramme an.					
G8.6	- passt zu meiner Arbeitsaufgabe.					
Teil H: Betriebsbezogene Arbeitsbedingungen						

Quelle: Richter/Schatte (2011), S. 45ff.

Anhang 10: Fragebogen zum Work-Ability-Index

Work Ability Index (WAI) - Fragebogen (Langversion)

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt FREIWILLIG. Mitarbeiter können nicht zur Teilnahme verpflichtet werden.

Die individuelle Nutzung und Anwendung des WAI-Fragebogens sind frei. Die Anwendung des WAI-Fragebogens in Betrieben in Deutschland sollte nur mit vorheriger Genehmigung durch das WAI-Netzwerk erfolgen. In anderen Ländern könnten andere Institutionen berechtigt sein, Genehmigungen/Lizenzen zur Nutzung auszustellen.

Sind Sie bei Ihrer Arbeit	
vorwiegend geistig tätig?	O ₁
vorwiegend körperlich tätig?	O ₂
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	O ₃

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit										
Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)?										
O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆	O ₇	O ₈	O ₉	O ₁₀
völlig arbeitsunfähig										derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen	
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?	
sehr gut	O ₅
eher gut	O ₄
mittelmäßig	O ₃
eher schlecht	O ₂
sehr schlecht	O ₁
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?	
sehr gut	O ₅
eher gut	O ₄
mittelmäßig	O ₃
eher schlecht	O ₂
sehr schlecht	O ₁

3. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten			
Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.			
Unfallverletzungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• Rücken	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Arm/Hand	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Bein/Fuß	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• anderer Körperteil	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• oberer Bereich des Rückens oder der Halswirbelsäule, wiederholte Schmerzen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Beschwerden im unteren Bereich des Rückens, wiederholte Schmerzen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• vom Rücken in das Bein ausstrahlender Schmerz/Ischias	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Muskel-Skelett-Beschwerden der Gliedmaßen (Hand, Fuß), wiederholte Schmerzen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• rheumatische Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• andere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Herzleistungsschwäche	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Atemwegserkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• wiederholte Atemwegsinfektionen (auch Mandelentzündung, Nebenhöhlenentzündung, Bronchitis)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• chronische Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Bronchialasthma	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Lungemphysem	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• andere Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Psychische Erkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• schwere psychische Erkrankungen (z.B. schwere Depressionen, Psychosen, Verwirrtheit, Verneintheit, Halluzinationen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• leichte psychische Störungen oder Probleme (z.B. leichte Depressionen, Angespanntheit, Angstzustände, Schlaflosigkeit)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Neurologische und sensorische Erkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• Schwerhörigkeit oder Hörschaden	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Erkrankungen oder Verletzungen der Augen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• neurologische Krankheit (z.B. Schlaganfall, Neuralgie, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• andere neurologische oder sensorische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

3. (Forts.) Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten			
Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.			
Erkrankungen des Verdauungssystems	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• Erkrankungen der Galle, Gallensteine	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Gastritis- oder Zwölffingerdarmreizung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Dickdarmreizung, Kolitis	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• andere Krankheit des Verdauungssystems	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Geschlechts- und Harnwegserkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Nierenleiden	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Krankheit der Geschlechtsorgane (z.B. Eileiterinfektion bei Frauen oder Prostatainfektion bei Männern)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• andere Geschlechts- und Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Hautkrankheiten	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• allergischer Hautausschlag, Ekzeme	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• anderer Hautausschlag	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• andere Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Tumore	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• gutartiger Tumor	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• bösartiger Tumor (Krebs)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Hormon- und Stoffwechselerkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• Fettleibigkeit, Übergewicht	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• Kropf oder Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• andere Hormon- und Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Blutkrankheiten	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• Anämie	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
• andere Blutkrankheit	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Geburtsfehler	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
• Geburtsfehler	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
andere Leiden oder Krankheiten; welche?	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
(bitte eintragen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?
 Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung O₆
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden O₅
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern O₄
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern O₃
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten O₂
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig O₁

5. Krankenstand in den vergangenen 12 Monaten

Wie viele ganze Tage sind Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Unfall) in den letzten 12 Monaten der Arbeit ferngeblieben?

- überhaupt keinen O₅
- höchstens 9 Tage O₄
- 10 - 24 Tage O₃
- 25 - 99 Tage O₂
- 100 - 365 Tage O₁

6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich O₁
- nicht sicher O₄
- ziemlich sicher O₇

7. Psychische Leistungsreserven

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

- häufig O₄
- eher häufig O₃
- manchmal O₂
- eher selten O₁
- niemals O₀

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

- immer O₄
- eher häufig O₃
- manchmal O₂
- eher selten O₁
- niemals O₀

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

- ständig O₄
- eher häufig O₃
- manchmal O₂
- eher selten O₁
- niemals O₀

Anhang 11: Mögliches Leistungsportfolio

Beratung & Schulung	Prävention
<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von Infomaterialien • Infoveranstaltungen und Gesundheitsaktionen • Gesundheitstage • Bewegungsberatung am Arbeitsplatz • Employee Assistance • Seminare/Beratung zum Stressmanagement • Sozialberatung • Führungskräftebildungen Gesundheit • Führungskräfteberatungen • Fehlzeitengespräche • Ernährungsberatung • Beratung zu berufsbedingten Erkrankungen • Seminare für gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung • Health Risk Assessment • Maßnahmen zur familiengerechten Arbeitsorganisation • reisemedizinische Versorgung/Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> • ergonomische Arbeitsplatzgestaltung • Schutzimpfungen • Betriebliches Eingliederungsmanagement • Rauchverbot • Rückenprogramme • gesundes Speiseangebot in der Kantine • Sport-/Gymnastikkurse • Alkoholverbot • kostenlose Getränkeversorgung • Anti-Raucher-Beratung/-Kurse • Vorsorgeuntersuchungen • Führungskräfte-Check-ups • schriftliche Ethikrichtlinie/ Unternehmenswerte • freiwillige Gesundheits-Check-ups für alle Mitarbeiter/innen • Krebsvorsorgeuntersuchungen • Vitalitätstests/ Gesundheitsindizes
Stress & Entspannung	Sport & Bewegung
<ul style="list-style-type: none"> • Stressbewältigung/ Entspannungstherapien • Massagen • Ruheraum • Kinderbetreuung • Maßnahmen zur familiengerechten Arbeitsorganisation • Kuren • Sauna für Mitarbeiter/innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation mit Fitnessstudio • Betriebssportverein • eigener Fitnessraum • Betriebssportstätte • Bewegungspausen/ Bürogymnastik • Pedometer/ Schrittzähler für Mitarbeiter/innen
Sonstige	
<ul style="list-style-type: none"> • Personalmanagement (Personalauswahl, -betreuung, -entwicklung) • Arbeitsschutz • Notfallplan und Krisenmanagement 	

Quelle: In Anlehnung an Henssler/Klenke (2011), S. 51ff.

Anhang 12: Finanzkennzahlen aus Sicht des BGM

Kennzahl	Berechnung
Kapitalrendite des Humankapitals	Angabe, wie viel Euro durch einen Euro Personalaufwand erwirtschaftet werden. $\frac{\text{Umsatz} - \text{operative Kosten Personalaufwand}}{\text{Personalaufwand}}$
Wertschöpfung des Humankapitals	$\frac{\text{Umsatz} - \text{operative Kosten Personalaufwand}}{\Sigma \text{Vollzeitäquivalente}}$
Net Operating Profit after Tax	$\frac{\text{Nettogewinn}}{\Sigma \text{Vollzeitäquivalente}}$
Earnings before Interest and Taxes	$\frac{\text{EBIT}}{\Sigma \text{Vollzeitäquivalente}}$
Jahresüberschuss	$\frac{\text{Jahresüberschuss}}{\Sigma \text{Vollzeitäquivalente}}$
Cash Flow	$\frac{\text{Cash Flow (operative Tätigkeit)}}{\Sigma \text{Vollzeitäquivalente}}$
Umsatz	$\frac{\text{Umsatz}}{\Sigma \text{Vollzeitäquivalente}}$
Vollkosten des Humankapitals	$\frac{\text{Kostenfaktoren}}{\Sigma \text{Vollzeitäquivalente}}$

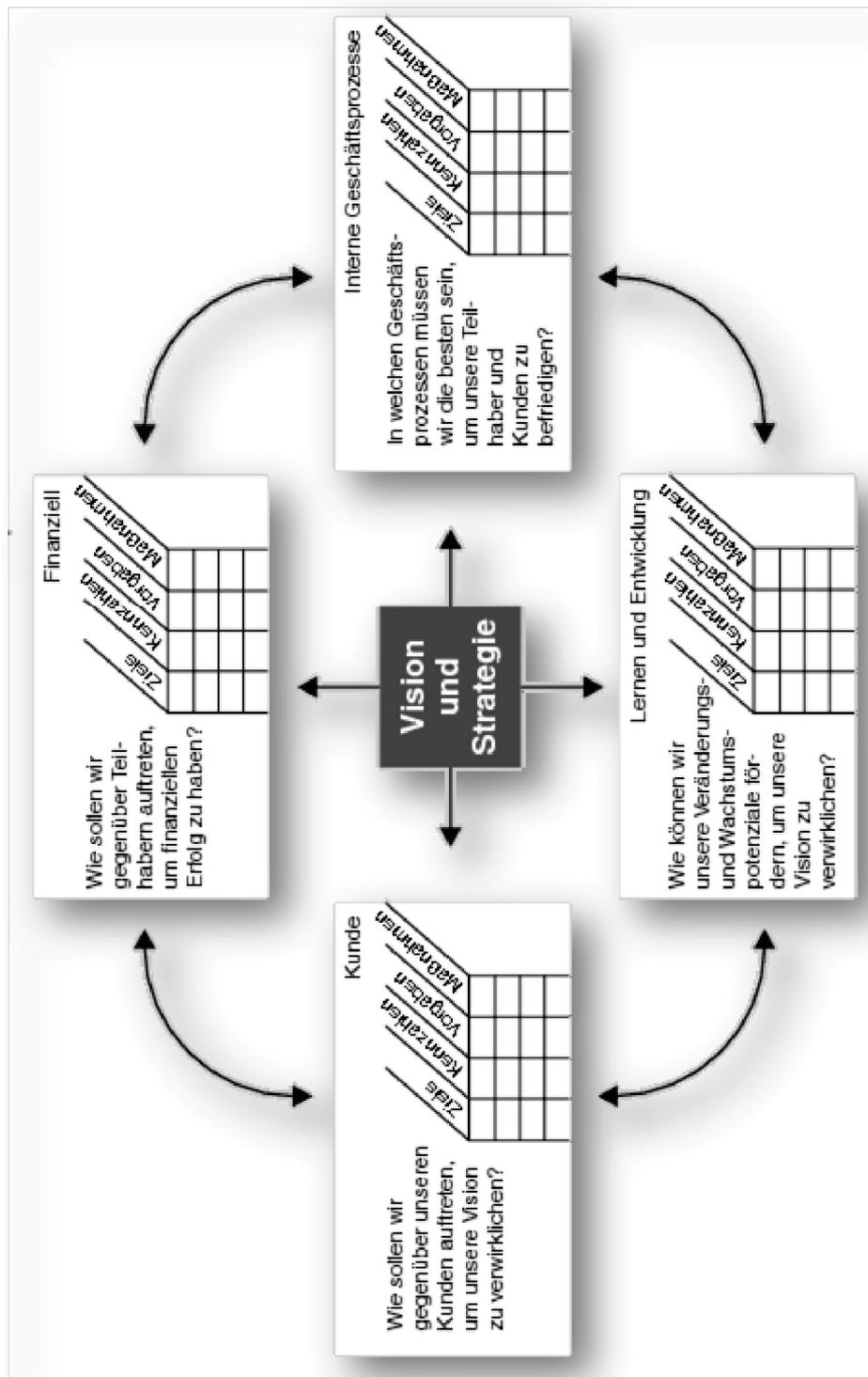
Quelle: In Anlehnung an Uhle/Treier (2011), S. 223f

Anhang 13: Erwartbare Kennzahlen nach Abteilungen

Abteilung	Erwartbare Kennzahlen
Produktionscontrolling	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiterproduktivität • Planeinhaltung bei Materialeinsatz • Ausschuss in der Produktion • Termintreue der Fertigung • Produktivzeit der Mitarbeiter • Prozessfehler
Finanzcontrolling	<ul style="list-style-type: none"> • Deckungsbeitrag • Planerreicherung bei Plankostenrechnung • Nachbesserungskosten bei Produkten • Gewinn
Personalwesen	<ul style="list-style-type: none"> • Zielerreichungsgrad bei Zielvereinbarungen • Teilnahme an finanziellen Mitarbeiterbeteiligungsprogrammen • Fluktuation (unterschieden in freiwillige und unfreiwillige Abgänge sowie Zugänge) • Altersstruktur der Mitarbeiter • Investitionen in das Humankapital, z.B. Schulungen, Fort- und Weiterbildung
Vertrieb	<ul style="list-style-type: none"> • Termintreue bei der Lieferzeit • Kundenzufriedenheit • Kundenreklamationen als Qualitätsindikator
Sicherheitsfachkraft	<ul style="list-style-type: none"> • Gefährdungsbeurteilungen • meldepflichtige Unfälle • Unfallquote • Unfallneulast • Unfallursachenstatistik
Betriebsmediziner	<ul style="list-style-type: none"> • Beteiligung an Maßnahmen der BGF in der Vergangenheit
Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsberichte, Zertifizierungsberichte usw. • Beteiligung am betrieblichen Vorschlagswesen

Quelle: In Anlehnung an Badura et al. (2008), S. 151f

Anhang 14: Balanced Scorecard nach Kaplan/Norton



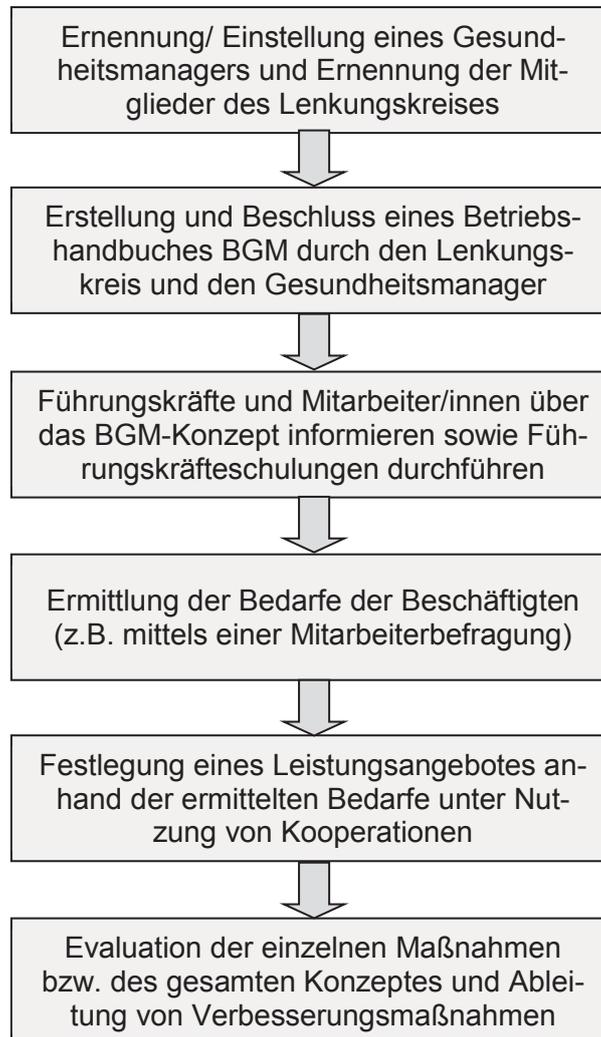
Quelle: In Anlehnung an Kaplan/Norton (1997), S. 9

Anhang 15: Beispiel einer Balanced Scorecard für BGM

Das folgende Beispiel einer Balanced Scorecard wurde im Rahmen eines Projektes für einen Automobilzulieferer entwickelt. Die Balanced Scorecard wurde entsprechend an die Bedürfnisse des Unternehmens angepasst. Neben den „üblichen“ Angaben der Ziele und Kennzahlen, beinhaltet sie auch eine Darstellung der Wirkungszusammenhänge zwischen den einzelnen Zielen. Weiterhin ist erkennbar, dass eine Health Balanced Scorecard deutlicher von der ursprünglichen Form abweichen kann als dies bei der zuvor vorgestellten Balanced Scorecard (Übersicht 16) der Fall war. So sind hier die vier Dimensionen umbenannt und inhaltlich angepasst worden. Die Zielwerte und Vorgaben wurden in dem Bericht zu diesem Projekt nicht mit veröffentlicht. Zudem wurden noch nicht alle Kennzahlen, die zur Messung der Ziele notwendig sind, entwickelt. Trotzdem gibt das Beispiel einen guten Einblick, wie eine Balanced Scorecard für ein BGM gestaltet werden kann.

Quelle der Abbildung: BAuA (2009), S. 115

Perspektive	Strategy Map	Strategische Ziele	Kennzahlen	Zielwerte	Aktion	Budget
Wertbeitrag	<p>Wertbeitrag</p>	<p>Qualität steigern</p> <p>Fehlzeiten senken</p> <p>Produktivität erhöhen</p>	<p>Ausschuss (ppm)</p> <p>Krankenstand Arbeiter</p> <p>Gefertigte Teile (P-Zahl)</p> <p>Anzahl Kontakte Sprechstunde</p> <p>Anzahl Ambulanz</p> <p>Arbeitsplatzbezogene Problemfälle , davon</p> <p>... Extremitätenbeschwerden</p> <p>... Wirbelsäulenbeschwerden/Brustkorb</p> <p>... Herz-/Kreislaufbeschwerden</p> <p>... Hauterkrankung / Allergie</p> <p>... Neurologische Beschwerden</p> <p>... Sonstige</p>			
Gesundheit & Beschwerden	<p>Physische Fehlbelastung reduzieren</p> <p>Psychische Fehlbelastung reduzieren</p> <p>Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter optimieren</p>	<p>Physische Belastung reduzieren</p> <p>Psychische Belastung der Mitarbeiter reduzieren</p> <p>Gesundheits - verhalten optimieren</p> <p>Arbeits-sicherheit steigern</p>	<p>Fälle gesamt , davon</p> <p>... Sucht</p> <p>... Psyche</p> <p>... Konflikt</p> <p>... Soziale Probleme</p> <p>Motivationsänderung Maßnahmen (Fragebogen)</p> <p>Unfallbelastung (Ausfalltage pro 1Mio. Anwesenheitsstunden)</p> <p>Unfallsschwere</p> <p>Ergonomische Verbesserungen bzw. Optimierungen</p> <p>% der ergonomisch geplanten Prozesse</p> <p>Erfolgreiche Wiedereingliederung</p> <p>"Langzeitkranker"</p> <p>Teilnehmer Kraftwerk Mobil</p> <p>Anzahl der Gesundheitstrainings Werker)</p> <p>Anzahl der Gesundheitstrainings (Führungskräfte)</p>			
BGF-Prozesse	<p>Prävention erhöhen</p> <p>Ergonomie verbessern</p> <p>Arbeits-sicherheit und -schutz steigern</p> <p>Integrations - management verbessern</p> <p>Sozial - beratung optimieren</p>	<p>Ergonomie verbessern</p> <p>Integrations - management verbessern</p> <p>Prävention erhöhen</p> <p>Sozialberatung optimieren</p>	<p>Reaktionszeit Sozialberatung (Anzahl < 1Woche)</p> <p>noch zu entwickeln</p> <p>noch zu entwickeln</p> <p>noch zu entwickeln</p>			
PGF -Potenziale	<p>Neue Themengebiete erschließen</p> <p>Kundenorientierung verbessern</p> <p>Fachwissen aufbauen</p>	<p>Themengebiete erschließen</p> <p>Kundenorientierung verbessern</p> <p>Fachwissen aufbauen</p>				

Anhang 16: Ablaufschema zur Einführung und Umsetzung eines BGM

Quelle: In Anlehnung an StMAS (2009), S. 44

Literaturverzeichnis**Bücher und Zeitschriften**

Ansoff, H. Igor/ McDonnell, Edward J.: Implanting Strategic Management, 2. Auflage, New York/London, Prentice Hall, 1990

Badura, Bernhard: Gesundheit - eine Führungsaufgabe, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ): Verlagsbeilage Betriebliches Gesundheitsmanagement, Ausgabe 104 vom 04.05.2012, S. B1

Badura, Bernhard/ Greiner, Wolfgang/ Rixgens, Petra/ Ueberle, Max/ Behr, Martina: Sozialkapital - Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg, Heidelberg u.a., Springer-Verlag, 2008

Badura Bernhard/ Litsch, Martin / Vetter, Christian: Vorwort, in: Badura, Bernhard/ Litsch, Martin/ Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999: Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2000, S. I-XIV

Badura, Bernhard/ Ritter, Wolfgang/ Scherf, Michael: Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis, Berlin, Ed. Sigma, 1999

Badura, Bernhard/ Walter, Uta/ Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Heidelberg u.a., Springer-Verlag, 2010

Baum, Heinz-Georg/ Coenenberg, Adolf G./ Günther, Thomas: Strategisches Controlling, 4. Auflage, Stuttgart, Schäffer-Poeschel Verlag, 2007

Bea, Franz Xaver/ Haas, Jürgen: Strategisches Management, 5. Auflage, Stuttgart, Lucius & Lucius Verlag, 2009

Becker, Peter: Prävention und Gesundheitsförderung, in: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch, Göttingen, Hogrefe Verlag, 1997, S.517-534

Beile, Judith/ Wilke, Peter/ Voß, Eckhard: Erfolgreiche Gestaltung von Unternehmenskultur - welche Instrumente haben sich bewährt und welche Rolle spielt die Beteiligungsorientierung?, in: Nerdinger, Friedemann W./ Wilke, Peter (Hrsg.): Beteiligungsorientierte Unternehmenskultur - Erfolgsfaktoren, Praxisbeispiele und Handlungskonzepte, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2009, S. 229-248

Berthel, Jürgen, Becker, Fred G.: Personalmanagement - Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit, 9. Auflage, Stuttgart, Schäffer-Poeschel Verlag, 2010

- Borgetto, Bernhard:** Soziale Beziehungen und Gesundheit, in: Badura, Bernhard/ Walter, Uta/ Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Heidelberg u.a., Springer-Verlag, 2010, S. 339-349
- Brandenburg, Uwe/ Nieder, Peter/ Susen, Britta:** Leistung fordern - Gesundheit fördern, in: Brandenburg, Uwe/ Nieder, Peter/ Susen, Britta (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen - Grundlagen, Konzepte und Evaluation, Weinheim und München, Juventa Verlag, 2000, S. 9-20
- Buck, Hartmut:** Alterung der Gesellschaft - Dilemma und Herausforderung, in: Badura, Bernhard/ Schellschmidt, Henner/ Vetter, Christian (Hrsg.): Demographischer Wandel: Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik, Fehlzeiten-Report 2002 - Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2003, S. 5-13
- Budde, Christina:** Gesundheitskommunikation und Projektmarketing, in: Kroll, Dieter/ Dzudzek, Jürgen (Hrsg.): Neue Wege des Gesundheitsmanagements: „Der gesunderhaltende Betrieb“ - Das Beispiel Rasselstein, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2010, S. 92-103
- Budde, Christina:** Interne Kommunikation, in: Badura, Bernhard/ Walter, Uta/ Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Heidelberg u.a., Springer-Verlag, 2010a, S. 313-323
- Chandler, Alfred Dupont:** Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise, Cambridge/Massachusetts, MIT Press, 1962
- Ducki, Antje:** Analyse, in: Bamberg, Eva/ Ducki, Antje/ Metz, Anna-Marie (Hrsg.): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung - Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte, Göttingen u.a., Hogrefe-Verlag, 1998
- Ducki, Antje/ Felfe, Jörg:** Führung und Gesundheit: Überblick, in: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Klose, Joachim/ Macco, Katrin (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2011, S. VII-XII
- Drupp, Michael:** Der Beitrag der Krankenkassen, in: Badura, Bernhard/ Walter, Uta/ Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Heidelberg u.a., Springer-Verlag, 2010, S. 429 - 435

- Echterhof, Thorsten/ Hahn, Katrin:** Das 5-Sterne-Steuerungstool der MVV Energie AG - Strategische BGM-Themen umsetzen und in der Organisation verankern, in: EuPD Research (Hrsg.): Corporate Health Jahrbuch 2011 - Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland, Bonn, Deutsche Nationalbibliothek, 2011, S. 156-160
- Franke, Franziska/ Felfe, Jörg:** Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“, in: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Klose, Joachim/ Macco, Katrin (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2011, S. 3-13
- Franken, Swetlana:** Verhaltensorientierte Führung - Handeln, Lernen und Diversity in Unternehmen, 3. Auflage, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2010
- Fritz, Sigrun:** Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen – (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit, 2. Auflage, Zürich, Vdf Hochschulverlag, 2008
- Greischel, Peter:** Balanced Scorecard - Erfolgsfaktoren und Praxisberichte, München, Verlag Franz Vahlen, 2003
- Hardes, Heinz-Dieter/ Holzträger, Doris:** Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Strategien zur Förderung der Arbeitsfähigkeit von älter werdenden Beschäftigten, München, Mering, Rainer Hampp Verlag, 2009
- Henssler, Oliver-Timo/ Klenke, Benjamin:** Studienergebnisse Gesundheitsmanagement 2011, in: EuPD Research (Hrsg.): Corporate Health Jahrbuch 2011 - Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland, Bonn, Deutsche Nationalbibliothek, 2011, S. 17-69
- Hollmann, Detlef:** Mein Chef macht mich wahnsinnig - Gesunde Führung ein Oxymoron?, in: EuPD Research (Hrsg.): Corporate Health Jahrbuch 2011 - Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland, Bonn, Deutsche Nationalbibliothek, 2011, S. 128-133
- Homma, Norbert/ Bauschke, Rafael:** Unternehmenskultur und Führung: Den Wandel gestalten - Methoden, Prozesse, Tools, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2010
- Horváth, Péter:** Controlling, 12. Auflage, München, Vahlen Verlag, 2011
- Huber, Silke:** Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement, in: Esslinger, Adelheid Susanne/ Emmert, Martin/ Schöffski, Oliver (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement - Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2010, S. 67-87

- Hungenberg, Harald:** Strategisches Management in Unternehmen: Ziele - Prozesse - Verfahren, 5. Auflage, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2008
- Jancik, Jürgen M.:** Betriebliches Gesundheitsmanagement - Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2002
- Janssen, Philip/ Kentner, Michael/ Rockholtz, Carsten:** Balanced Scorecard und betriebliches Gesundheitsmanagement - Den Unternehmenserfolg steigern durch die effiziente Steuerung der Humanressourcen, in: Meifert, Matthias, T./ Kesting, Mathias (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Konzepte - Praxis - Perspektiven, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2004, S. 42-56
- Kaplan, Robert S./ Norton, David P.:** Balanced Scorecard: Strategien erfolgreich umsetzen. Aus dem Amerikanischen von Peter Horváth, Stuttgart, Schäffer-Poeschel Verlag, 1997
- Kesting, Mathias/ Meifert, Matthias, T.:** Strategien zur Implementierung des Gesundheitsmanagements im Unternehmen, in: Meifert, Matthias, T./ Kesting, Mathias (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Konzepte - Praxis - Perspektiven, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2004, S. 29-39
- Kroll, Dieter:** Gesundheit als Führungsaufgabe, in: Kroll, Dieter/ Dzudzek, Jürgen (Hrsg.): Neue Wege des Gesundheitsmanagements: „Der gesunderhaltende Betrieb“ - Das Beispiel Rasselstein, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2010, S. 49-63
- Lombriser, Roman/ Abplanalp, Peter A.:** Strategisches Management - Visionen entwickeln, Strategien umsetzen, Erfolgspotenziale aufbauen, 3. Auflage, Zürich, Versus Verlag, 2004
- Lück, Patricia:** Betriebliche Gesundheitsförderung bei multiplen Belastungen der Mitarbeiter eines Transportdienstleisters, in: Badura, Bernhard/ Litsch, Martin/ Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999: Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2000, S. 300-311
- Lück, Patricia/ Eberle, Gudrun/ Bonitz, Dieter:** Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen, in: Badura, Bernhard/ Schröder, Helmut/ Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2008: Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2009, S. 77-84
- Meifert, Matthias, T./ Kesting, Mathias:** Gesundheitsmanagement - Ein unternehmerisches Thema?, in: Meifert, Matthias, T./ Kesting, Mathias (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Konzepte - Praxis - Perspektiven, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2004, S. 3-13

- Müller, Eugen/ Osing, Saskia:** Gesundheitsmanagement aus Sicht der Arbeitgeber, in: Brandenburg, Uwe/ Nieder, Peter/ Susen, Britta (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen - Grundlagen, Konzepte und Evaluation, Weinheim und München, Juventa Verlag, 2000, S. 85-93
- Neufeld, Tobias:** Führung und Gesundheit - Betriebliches Gesundheitsmanagement aus rechtlicher Sicht, in: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Klose, Joachim/ Macco, Katrin (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2011, S. 103-110
- Peemöller, Volker H./ Geiger, Thomas:** Controlling - Grundlagen und Einsatzgebiete, 5. Auflage, Herne u.a., NWB-Verlag, 2005
- Pietsch, Thomas/ Memmler, Tobias:** Balanced Scorecard erstellen - Kennzahlenermittlung mit Data Mining, Berlin, Erich Schmidt Verlag, 2003
- Rixgens, Petra:** Mitarbeiterbefragung, in: Badura, Bernhard/ Walter, Uta/ Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Heidelberg u.a., Springer-Verlag, 2010, S. 205-212
- Rudow, Bernd:** Das gesunde Unternehmen - Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen, München, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 2004
- Rudow, Bernd:** Die gesunde Arbeit - Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und Personalführung, 2. Auflage, München, Oldenbourg Verlag, 2011
- Sackmann, Sonja A.:** Erfolgsfaktor Unternehmenskultur: mit kulturbewusstem Management Unternehmensziele erreichen und Identifikation schaffen, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2004
- Schein, Edgar Henry:** Unternehmenskultur: ein Handbuch für Führungskräfte, Frankfurt/Main, Campus-Verlag, 1995
- Scheld, Guido A.:** Controlling im Mittelstand, Band 1: Grundlagen und Informationsmanagement, mit Fragen, Aufgaben, Antworten und Lösungen, 3. Auflage, Büren, Gertrud Scheld Fachbibliothek Verlag, 2006
- Schleicher, Robert:** Gefährdungsbeurteilung, in: Badura, Bernhard/ Walter, Uta/ Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Heidelberg u.a., Springer-Verlag, 2010, S. 213-2221
- Schneider, Cornelia:** Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz - Nebenwirkung Gesundheit, Bern, Verlag Hans Huber, 2011

- Simon, Dieta/ Heger, Günther, Reszies, Sabine:** Praxishandbuch Betriebliche Gesundheitsförderung - Ein Leitfaden für kleine und mittlere Unternehmen, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 2011
- Singer, Stefanie:** Entstehung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Esslinger, Adelheid Susanne/ Emmert, Martin/ Schöffski, Oliver (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement - Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2010, S. 25-48
- Singer, Stefanie/ Neumann, Anett:** Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration, in: Esslinger, Adelheid Susanne/ Emmert, Martin/ Schöffski, Oliver (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement - Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2010, S. 49-66
- Slesina, Wolfgang:** Formen betrieblicher Gesundheitsförderung: Bedarf an Evaluation und Qualitätssicherung, in: Pfaff, Holger/ Slesina, Wolfgang (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung - Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, Weinheim und München, Juventa Verlag, 2001
- Ueberle, Max/ Greiner, Wolfgang:** Kennzahlenentwicklung, in: Badura, Bernhard/ Walter, Uta/ Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Heidelberg u.a., Springer-Verlag, 2010, S. 253-261
- Uhle, Thorsten/ Treier, Michael:** Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2011
- Verbücheln, Robert/ Krämer, Karl Heinz/ Berssem, Frank:** Betriebsräte als Gesundheitsauditoren, in: Kroll, Dieter/ Dzudzek, Jürgen (Hrsg.): Neue Wege des Gesundheitsmanagements: „Der gesunderhaltende Betrieb“ - Das Beispiel Rasselstein, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2010, S. 184-191
- Vincent, Sylvie:** Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument, in: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Klose, Joachim/ Macco, Katrin (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit, Berlin u.a., Springer-Verlag, 2011, S. 49-60
- Walter, Uta:** Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Badura, Bernhard/ Walter, Uta/ Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Heidelberg u.a., Springer-Verlag, 2010, S. 147-161
- Welge, Martin K./ Al-Laham, Andreas:** Strategisches Management: Grundlagen - Prozess - Implementierung, 3. Auflage, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2001

Rechtsquellen

- ArbSchG** Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz) vom 7. August 1996, zuletzt geändert durch Art. 15 Abs. 89 des Gesetzes vom 5. Februar 2009
- ASiG** Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12. Dezember 1973, zuletzt geändert durch Artikel 226 der Verordnung vom 31. Oktober 2006
- BetrVG** Betriebsverfassungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. September 2001, zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 29. Juli 2009
- SGB V** Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20. Dezember 1988, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Juli 2012
- SGB VII** Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - vom 7. August 1996, zuletzt geändert durch Artikel 2b des Gesetzes vom 21. Juli 2012

Internetquellen

- B·A·D Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH (BAD, Hrsg.):** DIN SPEC 91020 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ erschienen, 03. Juli 2012; URL: <http://www.bad-gmbh.de/de/presse/pressemitteilungen/meldung/artikel/din-spec-91020-betriebliches-gesundheitsmanagement-erschienen.html> vom 04.09.2012
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, Hrsg.):** Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2009, April 2011, PDF-Datei; URL: http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/pdf/Kosten2009.pdf;jsessionid=9C8AC69C6771AB07AD5982040D26A675.1_cid253?__blob=publicationFile&v=2 vom 28.06.2012
- Bundesministerium des Innern (BMI, Hrsg.):** Demografiebericht - Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes, Oktober 2011, PDF-Datei; URL: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2011/demografiebericht.pdf;jsessionid=7306A4045BDD4B722695693D9E164AB4.2_cid231?__blob=publicationFile vom 21.06.2012

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Hrsg.): Dienstvereinbarung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement vom 24.02.2009, PDF-Datei; URL: http://www.gesundheitsmanagement.uni-oldenburg.de/download/Dienstvereinbarung_BGM/Dienstvereinbarung_vereinbarte_Fassung_Febr_2009.pdf vom 16.07.2012

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), o.J., URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Themen/02_Rehabilitation/05_fachinformationen/02_infos_fuer_arbeitgeber/was_ist_bem_node.html vom 02.08.2012

Deutsches Institut für Normung (DIN, Hrsg.): DIN SPEC - Spezifikationen im DIN, 2012, PDF-Datei; URL: http://www.spec.din.de/sixcms_upload/media/3150/DIN_SPEC_Flyer_2012.pdf vom 04.09.2012

EuPD Research (Hrsg.): Corporate Health Award: Das Qualitätsmodell, o.J., URL: <http://www.corporate-health-award.de/erfolgsprinzip/das-qualitaetsmodell.html> vom 02.07.2012

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP, Hrsg.): Luxemburger Deklaration für betriebliche Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, in der Fassung vom Januar 2007, PDF-Datei; URL: http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Deklaration_Stand_02-12.pdf vom 25.06.2012

GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 27. August 2010, PDF-Datei; URL: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011.pdf vom 02.08.2012

Hatch, Mary Jo: The Dynamics of Organizational Culture, The Academy of Management Review, 1993, Vol. 18, No. 4, S. 657-693, PDF-Datei; URL: http://gul.gu.se/public/pp/public_courses/course42672/published/1305292125577/resourceId/17110389/content/Hatch.pdf vom 23.07.2012

Klinikum am Weissenhof - Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg (Hrsg.): Unser Leitbild, o.J., PDF-Datei; URL: http://www.klinikumweissenhof.de/fileadmin/Weinsberg/user_upload/Unser_Klinikum/Leitbild/Leitbild_A4.pdf vom 16.07.2012

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Hrsg.): Flyer „Gesundheitsmanagement an der Martin-Luther-Universität“, o.J., URL: <http://wcms.uzi.uni-halle.de/download.php?down=21119&elem=2510747> vom 16.07.2012

Richter, Gabriele/ Schatte, Martin: Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen - Screening für Arbeitsplatzinhaber II - BASA II - Validierung, Anwenderbefragung und Software, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), 2. Auflage, Dortmund u.a., 2011. PDF-Datei; URL: http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F1645-2166-2.pdf?__blob=publicationFile&v=9 vom 07.08.2012

Thüringer Ministerium für Bau, Landesentwicklung und Verkehr (TMBLV, Hrsg.): Demografiebericht 2011 – Teil 1: Bevölkerungsentwicklung des Freistaats Thüringen und seiner Regionen, Oktober 2011, PDF-Datei; URL: http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmbv/strategischelandesentwicklung/demografiebericht2011/demografie_1_2011.pdf vom 21.06.2012

Thüringer Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement (TN BGM, Hrsg.): Startseite TN BGM, Juni 2012, URL: <http://www.tnbgm.fh-jena.de/> vom 25.06.2012

Thüringer Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement (TN BGM, Hrsg.): Definition BGM – Betriebliches Gesundheitsmanagement aus unserer Sicht, Juni 2012, URL: http://www.tnbgm.fh-jena.de/?page_id=29 vom 25.06.2012

Thüringer Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement (TN BGM, Hrsg.): Ziele, Juni 2012, URL: http://www.tnbgm.fh-jena.de/?page_id=31 vom 25.06.2012

WAI-Netzwerk (Hrsg.): Work-Ability-Index, WAI-Langversion, August 2012, PDF-Datei; URL: <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAI-Langversion.pdf> vom 07.08.2012

Wilken, Ulrich, J.: Transparenzstudie Gesundheitsmanagement, 2002, PDF-Datei; URL: http://www.boeckler.de/pdf/fof_020122transparenzstudie_gesundheitsmanagement.pdf vom 28.06.2012

World Health Organization (WHO, Hrsg.): Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21. November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1, November 1986, PDF-Datei; URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf vom 09.05.2012

Sonstige

Albert, Stefan: Beschreibung des Vorhabens Thüringer Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement, Oktober 2011

Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS, Hrsg.): Ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement System (GABEGS) - Handlungsleitfaden für Unternehmen ab 50 Mitarbeiter, Stand: 12.01.2009

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA; Hrsg.): Forschungsprojekt F 2126: Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard, Dortmund/Berlin/Dresden, 2009

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK; Hrsg.): Auf dem Weg zum gesunden Unternehmen - Argumente und Tipps für ein modernes betriebliches Gesundheitsmanagement, Stand: November 2004

Demmer, Hildegard: Betriebliche Gesundheitsförderung - von der Idee zur Tat, Europäische Serie zur Gesundheitsförderung, Nr. 4, WHO Europa, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), Kopenhagen/ Essen, 1995

EuPD Research (Hrsg.): Qualifizierungsbogen zum Corporate Health Award 2011, 2011

Gittler-Hebestreit, Norbert: Ganzheitliches Gesundheitsmanagement am Universitätsklinikum Jena (Rahmenkonzept), 2010

Schmidt, Riccarda: Handout zum Thüringer Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement, 2012

Wegner, Björn: Leitfaden „Betriebliches Gesundheitsmanagement - in 6 Schritten zum Erfolg, Unfallkasse des Bundes (Hrsg.), Wilhelmshaven, Stand: 12.05.2009

Wirtschaftswissenschaftliche Schriften

Jahrgang 2013

Fröhlich, J., 2013, Erarbeitung eines Konzeptes zur Einführung bzw. Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in die unternehmerische Praxis auf der Grundlage von Erfolgsfaktoren des „Thüringer Netzwerkes Betriebliches Gesundheitsmanagement“, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 1/2013, Fachbereich Betriebswirtschaft, Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena

Jahrgang 2012

Albrecht, S., Bark, B., Beyer, C., Blossey, B., Bösnecker, P., Brandt, T., Buerke, G., Chen, L., Domnik, M., Gätcke, J., Schleicher, St., Schultheiß, S., 2012, Auszubildende im Handwerk – Eine empirische Studie in der Region Jena, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 4/2012, Fachbereich Betriebswirtschaft, Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena

Ernst, D., Stoetzer, M.-W., 2012, Beschäftigungseffekte von Innovationen auf Unternehmensebene: Ein Überblick theoretischer und empirischer Befunde, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 3/2012, Fachbereich Betriebswirtschaft, Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena

Rauschenbach, M., 2012, Strategisches IP-Management im Unternehmen unter Berücksichtigung rechtlicher Rahmenbedingungen, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 2/2012, Fachbereich Betriebswirtschaft, Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena

Buerke, G., 2012, Ausgewählte Aspekte zu Corporate Social Responsibility bei deutschen Großunternehmen und Nachhaltigkeit bei produzierenden KMU in Sachsen und Thüringen, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 1/2012, Fachbereich Betriebswirtschaft, Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena

Jahrgang 2011

Geyer H., 2011, Besonderheiten bei der Finanzierung von Wohnungsgesellschaften – unter besonderer Beachtung der Risiken aus Zinsänderungen, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 2/2011, Fachbereich Betriebswirtschaft, Fachhochschule Jena

Lehmann, M.-Ch., 2011, Demografischer Wandel – Identifikation von personalwirtschaftlichen Handlungsfeldern auf Basis einer Altersstrukturanalyse am Praxisbeispiel Commerz Real AG, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 1/2011, Fachbereich Betriebswirtschaft, Fachhochschule Jena

Jahrgang 2010

Döring, S., 2010, Zusammen flexibel ist man weniger allein? Eine empirische Analyse der neuen Arbeitsform Coworking als Möglichkeit der Wissensgenerierung, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 1/2010, Fachbereich Betriebswirtschaft, Fachhochschule Jena

Jahrgang 2009

Pfeil, S., 2009, Kritische Darstellung der theoretischen Grundlagen zum Bildungscontrolling bei verhaltensorientierten Personalentwicklungsmaßnahmen, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 2/2009, Fachbereich Betriebswirtschaft, Fachhochschule Jena

Krähmer, Ch., Stoetzer, W.-M., 2009, Die Nachfrageeffekte der Hochschulen in Jena - Eine Regionalökonomische Analyse der Einkommens- und Beschäftigungswirkungen, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 1/2009, Fachbereich Betriebswirtschaft, Fachhochschule Jena

Jahrgang 2008

Dietmann, C., 2008, Kann denn Siegen Sünde sein? Die Ökonomik des Dopings am Beispiel des Radsports, Wirtschaftswissenschaftliche Schriften Heft 1/2008, Fachbereich Betriebswirtschaft, Fachhochschule Jena