

Marianne Giesert (Hrsg.)

Erfolgreich führen



**... mit Vielfältigkeit und
Partizipation der Beschäftigten!**

Marianne Giesert (Hrsg.)
Erfolgreich führen
... mit Vielfältigkeit und Partizipation der Beschäftigten!

Marianne Giesert (Hrsg.)
Erfolgreich führen
... mit Vielfältigkeit und
Partizipation der Beschäftigten!

VSA: Verlag Hamburg

Ansprechpartnerin:

DGB Bildungswerk Bund
Kompetenzzentrum Arbeit und Gesundheit
Marianne Giesert
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Tel.: 0211/4301-372
E-Mail: marianne.giesert@dgb-bildungswerk.de

www.dgb-bildungswerk.de

www.betriebsratqualifizierung.de

www.vsa-verlag.de

© VSA: Verlag 2011, St. Georgs Kirchhof 6, 20099 Hamburg
Alle Rechte vorbehalten
Titelfoto Zugspitze: Alfred Kerber, Titelfoto Hände: DGB-Bildungswerk Bund
Druck und Buchbindearbeiten:
Beltz Druckpartner GmbH & Co. KG, Hemsbach
ISBN 978-3-89965-475-2

I Inhalt

Marianne Giesert, DGB Bildungswerk Bund Erfolgreich führen... mit Vielfältigkeit und Partizipation der Beschäftigten! ... 8 Einführung

I Grundlagen und Diskussionen

Willy Spieler, Publizist Die Kooperative Mondragón – das Beispiel einer Unternehmensdemokratie 16
Gudrun Faller, Hochschule Magdeburg-Stendal Führung und Partizipation – eine Herausforderung für Unternehmen 32
Peter Krauss-Hoffmann, Bundesministerium für Arbeit und Soziales Berlin Gesundheitsbezogene Kompetenzen als Teil der Führungskompetenz? 44 Ideen zur Erweiterung des Kompetenzspektrums von Führungskräften
Peter Krauss-Hoffmann/André Grosse-Jäger, Bundesministerium für Arbeit und Soziales Berlin Arbeitsfähigkeit erhalten, Beschäftigungsfähigkeit fördern 55 Der Beitrag von Führungskräften
Bernhard Grunewald, Adam Opel AG Rüsselsheim Das Kreuz mit der Gesundheit 66 Sind Vorgesetzte das Rückgrat der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?
Sonja Nielbock/Michael Gümbel, Sujet Organisationsberatung Hamburg Führung und Partizipation: Unterschiedliche Repräsentation von Frauen und Männern 80

Helga Kühn-Mengel, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Rahmenbedingungen optimieren – Ressourcen der Beschäftigten stärken!	88
---	----

■ Impulse für die Praxis

Matthias Becker/Jochen Prümper, Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin Partizipation in der Pflege	96
Einfluss auf die Dienstplangestaltung als Moderator zwischen wöchentlicher Arbeitszeit und Arbeitsfähigkeit	
Heinrich Geißler, Beratung und Forschung Geißler Führung und Partizipation – ein Widerspruch?	112
Alexander Frevel, Beratung Arbeitsfähigkeit im demografischen Wandel Hamburg Partizipation und Führung – Soziale Dialoge für eine gute Arbeit	126
Werner Kissling/Rosmarie Mendel, Technische Universität München Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz	142
Was können Unternehmen, Mitarbeiter und Betriebsräte tun?	
Michael Drupp, AOK Hannover Anreizsysteme als Steuerungs- und Beteiligungsinstrument in der Betrieblichen Gesundheitsförderung	153
Heinz Kowalski, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung Risiken erkennen und Ressourcen nutzen – betrieblich und individuell ...	164
Walter Eichendorf, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Vielfältige Potenziale wecken – mit der neuen DGUV Vorschrift 2	169
Franz Pietsch, Gesundheitsministerium Österreich Chancen und Herausforderungen der betrieblichen Sucht- prävention für Führungskräfte und Beschäftigte	182
Das Kalksburger Modell	

Reinhard R. Lenz,
Institut für Schulung und Medienentwicklung Dortmund
**Aktionstage zur Gesundheit in Betrieben und Organisationen
zu einer Kampagne erweitern** 188
Ein Erfahrungsbericht aus über 500 Veranstaltungen

Gabi Joschko,
Beratungsunternehmen GEKO – Die Gesundheitskompetenz
Die »Gesundheitslounge« 209
Raum und Zeit schaffen für ein gesundheitsgerechtes Arbeiten

Guido Brombach, DGB-Bildungswerk Bund
Wie digitale Medien helfen, Beteiligung zu organisieren 212

■ Beispiele aus der Praxis – für die Praxis

Rudolf Kast, Kast.Die Personalmanufaktur
Gesunde und erfolgreiche Führung bei der SICK AG 216

Egmont Baumann, ehemals Stadtverwaltung Dortmund
Betriebliche Gesundheitsförderung
Betriebliches Gesundheitsmanagement – Wie geht man es an? 229

Roland Buß, Kreispolizei Borken
Die Führungskraft als Bergführer – vom Basislager zum Gipfel 236
Erfahrungen aus vier Jahren Gesundheitsmanagement
in der Kreispolizeibehörde Borken

■ Anhang

Allgemeine Literaturhinweise 248

Die Autorinnen und Autoren 250

Marianne Giesert

Erfolgreich führen... mit Vielfältigkeit und Partizipation der Beschäftigten! Einführung

Im Zuge der wirtschaftlichen, technologischen, gesellschaftlichen und demografischen Entwicklungen definieren sich Industrien neu und fordern von den Betrieben und ihren Beschäftigten Flexibilität, Effektivität und Effizienz im Umgang mit Veränderungen. Kontinuierliche Optimierungsmaßnahmen in den Unternehmen sind die Folge, um am Markt profitabel bestehen zu können. Diese rasanten und hoch anspruchsvollen Entwicklungen können nur mit den Unternehmen und ihren jeweiligen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen gemeinsam gemeistert werden. In der heutigen Zeit ist eine Steuerung von Unternehmen und Abteilungen ohne die Wahrnehmung der vielfältigen Potenziale der einzelnen Beschäftigten und ohne ihre aktive Einbindung und Beteiligung nicht mehr zielführend.

Wie sieht eine erfolgreiche Steuerung und Führung unter diesen Rahmenbedingungen in einem Unternehmen aus? Dem Management und den Führungskräften kommt dabei eine wichtige Position zu. Dabei ist es wesentlich, Beschäftigte nicht als Objekte in der betrieblichen Realität zu begreifen, die sich unternehmerischen Arbeitsabläufen, Zielsetzungen und Kennzahlen unterordnen, auf die sie keinen Einfluss haben, sondern sie als Subjekte ihrer eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen zu verstehen. Der Gestaltungsraum für die Beteiligung der Beschäftigten wird durch die Führung einerseits geöffnet. Gleichzeitig verändert eine verstärkte Beteiligung auch die Führung, indem ein »neues« Führungsverhalten und fortschrittliche Führungsstrategien notwendig werden. Welche Aufgaben haben also Führungskräfte insbesondere dann, wenn es um die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geht? Können sie einerseits die Interessen des Unternehmens vertreten und gleichzeitig die Fähigkeiten sowie Fertigkeiten der einzelnen Beschäftigten gesundheitsgerecht fördern und nutzen? Ermöglicht diese Entwicklung eine menschengerechte Arbeitsgestaltung für ein ganzes Arbeitsleben, Prävention und Gesundheitsförderung?

In diesem Buch werden Antworten und Denkanstöße zu diesen Fragen gegeben. Es ist im Zusammenhang mit dem 3. und 4. Gesundheitsgipfel an der Zugspitze entstanden und umfasst als zweites dieser Reihe Beiträge der Referentinnen und Referenten dieser Veranstaltungen.¹ Unter dem großen Thema »Führung und Gesundheit« werden Erkenntnisse und Möglichkeiten einer »erfolgreichen Führung mit der Vielfältigkeit und Partizipation der Beschäftigten« beschrieben und damit Impulse für die betriebliche Praxis gegeben. Das Buch teilt sich in drei Abschnitte:

1. Grundlagen und Diskussionen
2. Impulse für die betriebliche Praxis
3. Beispiele aus der Praxis für die Praxis

1. Grundlagen und Diskussionen

Der erste Beitrag von *Willy Spieler* über die Kooperative Mondragón zeigt ein wohl einmaliges Beispiel einer Unternehmensdemokratie, die seit über 55 Jahren in Spanien besteht. Partizipation der Beschäftigten wird hier als Teilhabe am Unternehmenseigentum, an der Unternehmensleitung und am Gewinn verstanden und gelebt. Diese drei Elemente sind die Grundpfeiler des Genossenschaftsverbands Mondragón, der 250 Unternehmen mit ca. 100.000 Beschäftigten umfasst.

Willy Spieler zeigt durch seine gezielten Fragen im Interview mit Jesús Ginto, Kommunikationsleiter von Mondragón Corporación Cooperativa, wie die Arbeitenden ihre Entscheidungen selbst in die Hand nehmen, welche Probleme es dabei gibt und wie diese Kooperative auch in Zeiten von Wirtschaftskrisen überleben kann.

Nach diesem interessanten Beispiel einer praktizierten Unternehmensdemokratie gibt *Gudrun Faller* einen Einblick in theoretische Erkenntnisse der Partizipation. Gerade die Arbeitswelt mit ihren viel-

¹ Der Gesundheitsgipfel findet jährlich einmal an der Zugspitze statt und dient als Plattform und jährlicher Höhepunkt dem Austausch und der Inspiration für neue Impulse und Strategien, die der Prävention und Gesundheitsförderung förderlich sind. Expertinnen und Experten aus Politik, Betrieben und Gesellschaft bieten hier die Möglichkeit, neue Ideen und erprobte Beispiele näher zu durchleuchten, um daraus Strategien für die eigene individuelle und betriebliche Praxis zu gewinnen. Als erster Band der Reihe erschien 2009 »Führung und Gesundheit. Gesundheitsgipfel an der Zugspitze«, hrsg. von Marianne Giesert bei VSA.

fältigen Belastungen und Herausforderungen stellt ein umfassendes Lernfeld für Beschäftigte dar. Voraussetzung dafür sind Einflussmöglichkeiten und Gestaltungsspielräume, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Wesentlich für eine erfolgreiche Beteiligung sind dabei nicht nur finanzielle Gratifikationen, sondern vor allem das subjektive Gefühl von Beschäftigten, für die eigenen Anstrengungen angemessen anerkannt und wertgeschätzt zu werden.

Peter Krauss-Hoffmann beschreibt notwendige Führungskompetenzen. Er definiert die gesundheitsbezogenen Kompetenzen explizit als Teil der Führungskompetenz und anhand unterschiedlicher wissenschaftlicher Erkenntnisse. Dabei bemängelt er, dass es kein fundiertes spezifisches Kompetenzstrukturmodell für Führungskräfte gibt. Er schlägt vor, erfolgreiche Praxisbeispiele und Modelle aus Unternehmen zu generieren, die aufzeigen, wie es gelingt, die nachhaltige Leistungsfähigkeit und Motivation der Mitarbeiter durch ein kompetentes Verhalten von Führungskräften zu erhalten bzw. zu verbessern.

Im Beitrag von *Peter Krauss-Hoffmann* und *André Grosse-Jäger* wird die Wichtigkeit von Führungskräften zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit hervorgehoben. Das Arbeitssystem muss ganzheitlich, also über die »klassischen« Einflussfaktoren wie z.B. Lärm, Stäube usw. hinaus betrachtet werden (siehe die ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung im Arbeitsschutzgesetz), um die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Ein zentrales Handlungsfeld sind dabei die Führungskräfte, welche vor dem Hintergrund der zunehmenden psychischen Belastungsfaktoren sowohl im Kontext von individueller Leistungsfähigkeit und Gesundheit als auch in der betriebswirtschaftlichen Relevanz für Unternehmen betrachtet werden. Da die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Führungskräften und deren Mitarbeitern eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Wirtschaftsstandort ist und als Indikator für gute Arbeitsbedingungen und Arbeitsverhältnisse in Deutschland verstanden wird, hat sich das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) dieser Herausforderung angenommen: Der Erhalt der Arbeitsfähigkeit sowie die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit wurden als politischer Handlungsschwerpunkt festgelegt.

Bernhard Grunewald schildert anhand seiner vielfältigen Erfahrungen in der betrieblichen Interessenvertretung eindrucksvoll die unterschiedlichen Aufgaben und Möglichkeiten von Vorgesetzten. Durch die gesetzliche Verpflichtung, ein Eingliederungsmanagement in den Betrieben

durchzuführen, sieht er für die Vorgesetzten eine besonders wichtige Rolle, Beschäftigte in Krisen zu unterstützen und an gezielten Maßnahmen zur Wiederherstellung und Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu arbeiten. Diese besondere Rolle der Führungskraft sieht er auch beim Aufbau eines Altersmanagements im Betrieb für Prävention und Gesundheitsförderung.

Michael Gümbel und *Sonja Nielbock* beschreiben, wie die Beteiligung der Beschäftigten einen wichtigen gesundheitsförderlichen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen leisten kann. Sie fordern neue Vorgehensweisen, Konzepte und eine Öffnung der Geschlechterrollenbilder, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angemessen zu beteiligen. Instrumente gibt es dazu genug, nun heißt es, sie wirklich anzuwenden!

Helga Kühn-Mengel stellt die Arbeit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung vor. Sie kommt nach einem Resümee von Daten und Fakten zu dem Schluss, dass Deutschland eine gesunde Politik braucht statt nur einer Gesundheitspolitik – also, wie es die WHO formuliert, »Health in all Policies«!

2. Impulse für die Praxis

Diesen Abschnitt eröffnen *Matthias Becker* und *Jochen Prümper* mit ihrem Beitrag »Partizipation in der Pflege: Einfluss auf die Dienstplangestaltung als Moderator zwischen wöchentlicher Arbeitszeit und Arbeitsfähigkeit«. Führungskräfte können nach den vorgestellten Erkenntnissen durch eine Stärkung der direkten Partizipation der Beschäftigten bei einer aktiven Arbeitszeitgestaltung einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit erfolgreich entgegenwirken. Um Erfolge zu erzielen, müssen derartige Maßnahmen im Rahmen von Betriebs- oder Dienstvereinbarungen festgeschrieben werden.

Heinrich Geißler betont unter der Fragestellung »Führung und Partizipation – ein Widerspruch?« die Bedeutung der Dialoge zwischen Führungskräften und Beschäftigten. Dabei beschreibt er anhand eines konkreten Beispiels die erfolgreiche Zielerreichung durch diese Methode – eine nachhaltige Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens und den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten.

Alexander Frevel schließt mit dem Beitrag »Partizipation und Führung – Soziale Dialoge für eine gute Arbeit« an. Seine Beispiele aus

Forschungs- und Beratungsprojekten verdeutlichen partizipative Vorgehensweisen in Veränderungsprozessen. Drei der beschriebenen Beispiele sind Werkzeuge aus der externen Beratung und zwei behandeln überzeugende wertschätzende Dialoge als Aktivitäten von Führungskräften.

Werner Kissling und *Rosmarie Mendel* erklären mit Daten und Fakten, warum die »Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz« ein immer häufiger beachtetes Thema geworden ist und was Unternehmen, Mitarbeiter und Betriebsräte für ihren Erhalt tun können. Durch die rapide steigenden Fehltagel bei psychischen Erkrankungen sind immer mehr Betriebe bereit, in den Erhalt der psychischen Gesundheit der Beschäftigten zu investieren, z.B. durch Schulungen für Führungskräfte, interne und externe Sozialleistungen usw. Kissling und Mendel hoffen, dass es sich hierbei nicht um eine vorübergehende Modeerscheinung handelt, sondern um eine andauernde und nachhaltige Entwicklung.

Michael Drupp erläutert Anreizsysteme als Steuerungs- und Beteiligungsinstrument in der betrieblichen Gesundheitsförderung aus unterschiedlichen Bereichen und bei der AOK Niedersachsen. Die diskutierten materiellen und immateriellen Anreize stellen einerseits für den Empfänger einen Wert dar (finanzieller Nutzen, Befriedigungswert, Image etc.), sie sind andererseits im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne einer Ergänzung des staatlichen Arbeitsschutzes zu sehen. Die Einbindung der Beschäftigten durch eine Beteiligung der Betriebs- und Personalräte sowie durch Mitarbeiterbefragungen und Qualitäts- und Gesundheitszirkel haben dabei einen zentralen Stellenwert.

Heinz Kowalski stellt zu den Zielen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V – gesunde Verhältnisse, gesundes Verhalten – die persönliche Gesundheitskompetenz in den Mittelpunkt seines Artikels. Er plädiert für freiwillige betriebliche Checkups für alle Beschäftigten in den Betrieben, um frühzeitig Risiken zu entdecken und diesen rechtzeitig entgegenwirken zu können.

Walter Eichendorf erläutert die Potenziale und Chancen des neuen Betreuungskonzepts der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV Vorschrift 2) gegenüber den bisherigen Anforderungen an die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung. Er weist darauf hin, dass sich die Betriebe durch die Aufnahme zukunftsweisender Themen sowie durch die Ausgestaltungsspielräume zur Herstellung einer passgenauen Betreuung zahlreiche neue Möglichkeiten und Potenzi-

ale im Arbeitsschutz erschließen. Dies geschieht insbesondere auch durch die neu geschaffenen umfassenden Mitbestimmungsmöglichkeiten der betrieblichen Interessenvertretung.

Im Artikel von *Franz Pietsch* wird das Anton Proksch Institut vorgestellt. Es hat als führende österreichische Therapieeinrichtung für Suchtkranke das »Kalksburger Modell« entwickelt. Dieses fortschrittliche Modell wird speziell an die Bedürfnisse des jeweiligen Unternehmens angepasst und beinhaltet primär-, sekundär- und tertiärpräventive Aspekte. Die Implementierung in einen Betrieb geschieht unter externer Begleitung von Fachleuten des Anton Proksch Instituts und dauert im Regelfall zwei bis drei Jahre. Franz Pietsch appelliert in diesem Zusammenhang an die Unternehmen und öffentlichen Verwaltungen, diesen Bereich nicht nur als punktuelle Aktivität zu begreifen, sondern ihm einen festen Platz in der betrieblichen Gesundheitsförderung innerhalb der Unternehmenskultur zu geben.

Reinhard R. Lenz animiert Betriebe und Organisationen dazu, Aktionstage zur Gesundheit einzuführen und diese dann zu einer erfolgreichen und nachhaltigen Gesundheitskampagne auszubauen.

Gabi Joschko stellt das Konzept der Gesundheitslounge für ein gesundheitsgerechtes Arbeiten beim Gesundheitsgipfel vor. Ein Konzept, das sicherlich auf viele Veranstaltungen übertragbar ist und eine Pausenkultur aktiv praktisch lernen und eigenständig erleben lässt, da während der gesamten Veranstaltung die Möglichkeit zur individuellen Rekreation und Regeneration angeboten wird.

Am Beispiel des 3. Gesundheitsgipfels beschreibt *Guido Brombach*, wie digitale Medien helfen, Beteiligung zu organisieren. Mit viel Kreativität, großer Intensität und vielen unterschiedlichen Methoden hat er einen Live-Blog <http://gipfel.betriebsratsqualifizierung.de> eingerichtet und die 3. Tagung interessant und nachhaltig dokumentiert. Dies findet auch wieder beim 4. Gesundheitsgipfel statt, wobei hier an den Erkenntnissen und Erfahrungen des 3. Gesundheitsgipfels angeknüpft werden kann.

3. Beispiele aus der Praxis für die Praxis

Rudolf Kast gibt einen Einblick in die »Gesunde und erfolgreiche Führung bei der Sick AG«. Dieses Unternehmen wurde mit dem Sonderpreis Gesundheit im Rahmen der Great Place to Work® Studie ausgezeichnet.

net. Dieser Preis würdigt das Unternehmen wegen seiner umfassenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie zur Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation seiner Mitarbeiter. Maßnahmen in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Vorsorge, Beratung und Angebote zur Erhaltung der körperlichen Fitness stehen dabei im Fokus, genauso wie die Förderung gesunder Arbeitsbedingungen (physisch und psychisch). Bei der Sick AG gibt es klare Grundsätze der Führung und der Zusammenarbeit. Diese Führungsmechanismen sind wichtig für den Anspruch des Managements, gesunde Führung auch mit Leben zu erfüllen. Ein Konzept, das mit Erfolg arbeitet!

Egmont Baumann stellt in seinem Beitrag »Betriebliches Gesundheitsmanagement – wie geht das?« Schritte zur Umsetzung eines Gesundheitsmanagements in einer öffentlichen Verwaltung anhand eines Elf-Punkte-Katalogs vor. Die Einhaltung dieser Punkte und Grundprinzipien ist nach seiner Erfahrung und Überzeugung eine erfolgreiche Strategie in der Praxis.

Beim letzten Beitrag dieses Buches lädt *Roland Buß* die Leserinnen und Leser ein, eine Führungskraft als Bergführer auf einer Tour vom Basislager zum Gipfel zu begleiten. Er schildert mit einem spannenden symbolischen Vergleich einer Gipfelbesteigung Erfahrungen und Erkenntnisse für ein notwendiges und erfolgreiches Führungsverhalten aus einem Projekt zur Gestaltung des demografischen Wandels in der Kreispolizeibehörde Borken.

Zum Abschluss möchte ich mich für die Beiträge bei allen Autorinnen und Autoren recht herzlich bedanken. Nur durch ihre engagierte Arbeit und ihre begleitenden Diskussionen ist die Zusammenstellung dieser vielfältigen Erkenntnisse, Erfahrungen, Impulse und betrieblichen Beispiele gelungen.

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei *Diana Reiter* vom DGB Bildungswerk für ihre engagierte begleitende Arbeit, beim gesamten Team für die wohlwollende Unterstützung sowie bei *Marion Fisch* vom VSA: Verlag für die gute und verlässliche Zusammenarbeit.

Ich wünsche mir, dass die einzelnen Beiträge dieses Buches interessante Anregungen geben, damit immer mehr Führungskräfte gewonnen werden können, die theoretischen Erkenntnisse in die betriebliche Praxis umzusetzen; denn *Führungskräfte können Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit ihrer Beschäftigten nachhaltig fördern!*

| Grundlagen und Diskussionen

Willy Spieler

Die Kooperative Mondragón – das Beispiel einer Unternehmensdemokratie¹

Eine Erfolgsgeschichte

Mondragón, auf Baskisch Arrasate, ist der Name einer 50 Kilometer südwestlich von Bilbao gelegenen Kleinstadt. »Mondragón« steht aber auch für eine Erfolgsgeschichte, die ihresgleichen sucht: Aus einer kleinen Werkstatt, in der 1956 noch Paraffinöfen und -herde hergestellt wurden, hat sich die führende Unternehmensgruppe im Baskenland und zugleich Spaniens siebtgrößter Konzern entwickelt. Die Gruppe umfasst heute 250 Unternehmen in den Sektoren Industrie, Finanzen und Handel. Hinzu kommen Forschungs- und Ausbildungszentren, ja sogar eine eigene Universität mit 4.000 Studierenden. Ende 2006 zählte die Unternehmensgruppe insgesamt 83.601 Beschäftigte, von denen 44% im Baskenland arbeiteten, 37% im übrigen Spanien und 19% im Ausland. Der Umsatz in den Bereichen Industrie und Vertrieb belief sich auf 13,390 Mrd. Euro. Im Finanzbereich betragen die verwalteten Aktiva 12,332 Mrd. Euro.

Das Erstaunlichste an dieser erstaunlichen Geschichte aber ist, dass »Mondragón« nicht irgendein kapitalistischer, den Shareholdern verpflichteter und von knallharten Managern geführter Konzern ist. Nein, »Mondragón« wurde als Genossenschaft gegründet und ist auch eine Genossenschaft geblieben: Mondragón Corporación Cooperativa (MCC), die weltweit größte und erfolgreichste genossenschaftliche Unternehmensgruppe.

Der Genossenschaftsverbund Mondragón verdankt sein Entstehen der Initiative des katholischen Priesters José María Arizmendiarieta.²

¹ Dieser Beitrag wurde zuerst veröffentlicht in: Neue Wege – Zeitschrift des religiösen Sozialismus, Heft 11/2007.

² Vgl. zu Pater José María Arizmendiarieta Madariaga (* 22. April 1915 in Marikina; † 29. November 1976 in Arrasate): http://de.wikipedia.org/wiki/Jos%C3%A9_Mar%C3%ADa_Arizmendiarieta; Zugriff 28.6.2011.

Dieser hatte während des Spanischen Bürgerkrieges für eine baskische Zeitung in Bilbao auf der republikanischen Seite gearbeitet. Nach dem Bürgerkrieg sandte ihn der Bischof von Vitoria nach Mondragón, wo er sich um die Stadtbevölkerung kümmern sollte, die sich in einer kritischen Lage befand. Um die Massenarbeitslosigkeit zu mildern, die der Spanische Bürgerkrieg im Baskenland hinterlassen hatte, begann Arizmendiarieta Einrichtungen der genossenschaftlichen Selbsthilfe zu gründen. Als erstes schuf der weitsichtige Priester 1943 eine Fachhochschule, aus der die Polytechnische Hochschule Mondragón hervorging, die sich noch heute als »Genossenschaftliche Universität« bezeichnet. Unter seiner Leitung gründeten 1956 fünf Absolventen dieser Hochschule die Genossenschaft Ulgor, die heizölbetriebene Öfen und Herde herstellte. Nach dem Beispiel von Ulgor entstanden Ende der 1950er Jahre die Maschinenfabrik Fagor Arrasate und weitere Produktivgenossenschaften. 1959 kam die Genossenschaftsbank Caja Laboral hinzu, die als Kreditinstitut eine Schlüsselrolle bei der weiteren Entwicklung des Mondragón-Projekts spielte. Seither hörte MCC nicht auf zu expandieren. 1982 umfasste der Verbund bereits 160 Unternehmen mit 18.800 Beschäftigten.

Im industriellen Bereich erwies sich die technologische Innovation als Grundpfeiler für die Entwicklung von gefragten Hightech-Produkten. Produziert werden heute Haushaltsgeräte der so genannten Weißen Ware – Küchenherde, Kühlschränke, Wasch- und Spülmaschinen –, aber auch Büro- und Wohnungsmöbel, Fahrräder, Gymnastikgeräte, Gartenartikel usw., sodann Investitionsgüter wie Werkzeugmaschinen, Industrieroboter, elektromedizinische Ausrüstungen, Gießereimaschinen, aber auch Autobusse der Luxusklasse. Hinzu kommen Autokomponenten von Bremsen bis zu Motoren, Baumaschinen, Aufzugsanlagen und Rolltreppen sowie Fertigbauteile. Man begegnet den Stahlkonstruktionen von MCC im Guggenheim-Museum Bilbao wie auf der Calatrava-Brücke in Valencia.

Zum Finanzbereich gehört die Caja Laboral mit heute 372 Filialen. Sie bieten ihren Service auch kleinen und mittleren Betrieben im Baskenland und zunehmend in ganz Spanien an. Wegen ihres Qualitätsmanagements hat Caja Laboral das »Goldene Q« für unternehmerische Exzellenz erhalten. Hinzu kommt die genossenschaftliche Vorsorgeeinrichtung Lagun-Aro, die letztes Jahr Mittel in der Höhe von 3.626 Mrd. Euro verwaltete. Sie ergänzt die staatliche Sozialversicherung bei Arbeitsunfähigkeit und als Pensionsklasse.

Im Handelsbereich steht an erster Stelle die Eroski-Kette mit ihren Super- und Hypermärkten. Sie unterhält mittlerweile auch Filialen in Frankreich. 2007 übernahm Eroski zudem die spanische Ladenkette Caprabo, womit die Gesamtzahl der Beschäftigten von MCC auf 100.000 angestiegen ist.

Genossenschaftliche Selbstverwaltung

Mondragón Corporación Cooperativa sei »das Ergebnis der klugen Vision eines jungen Priesters, José María Arizmendiarieta, und der solidarischen Anstrengung unserer Genossenschaftler«, schreibt José María Aldecoa, der Vorstandsvorsitzende, in seinem Begrüßungswort auf der Homepage von MCC (www.mcc.es). Ja, er spricht geradezu von einer Mission: »Die Mission von MCC verbindet die grundsätzlichen Ziele eines Unternehmens, das im Wettbewerb auf internationalen Märkten steht, mit dem Einsatz demokratischer Methoden in seiner Gesellschaftsstruktur und seinem speziellen Wirken zur Schaffung von Arbeitsplätzen, der menschlichen und beruflichen Förderung seiner Beschäftigten und der Verpflichtung gegenüber der Entwicklung seiner sozialen Umgebung.«

Grundlegendes Element dieser Unternehmensdemokratie sind die einzelnen genossenschaftlich organisierten Firmen. Ihr jeweiliges oberstes Entscheidungsorgan ist die Generalversammlung, die den Vorstand wählt, der seinerseits den geschäftsführenden Direktor einsetzt. Die auf dem gleichen Sektor tätigen Genossenschaften bilden zusammen 14 Untergruppen oder Divisionen. Auf Konzernebene ist das oberste Organ die Delegiertenversammlung, auch Genossenschaftskongress genannt. 650 Delegierte vertreten hier die Einzelgenossenschaften und treffen die für alle verbindlichen unternehmenspolitischen Entscheidungen. Die Delegiertenversammlung wählt einen Ständigen Ausschuss mit 20 Mitgliedern, die alle 14 Untergruppen vertreten. Dem Ständigen Ausschuss obliegen die Ausführung der Beschlüsse der Delegiertenversammlung und die Aufsicht über die Geschäftsführung des Zentralrates. Dieser setzt sich aus dem Vizepräsidenten der 14 genossenschaftlichen Unternehmensgruppen sowie den Direktoren der verschiedenen Abteilungen Industrie, Finanzen und Vertrieb zusammen. Der Zentralrat ist für die Erarbeitung, Koordination und Umsetzung der unternehmerischen Ziele verantwortlich.

Wie funktioniert diese wohldurchdachte Unternehmensdemokratie? Welchen Problemen begegnet sie angesichts des rasanten Wachstums von MCC? Wie partizipativ lassen sich die zahlreicher werdenden Niederlassungen im Ausland organisieren? Hat MCC den Anspruch, einer umfassenden Wirtschaftsdemokratie den Weg zu bereiten? Jesús E. Ginto, der Kommunikationsleiter von MCC, hat uns auf diese und weitere Fragen in einem dreistündigen Gespräch bereitwillig Auskunft gegeben. Wir trafen ihn am 18. September 2007 im zentralen Verwaltungsgebäude des Genossenschaftskonzerns hoch über dem baskischen Pyrenäen-Tal von Mondragón/Arrasate.

Der »dritte Weg« von Mondragón Willy Spieler im Gespräch mit Jesús Ginto

Genossenschaftliche Kultur im Baskenland

Willy Spieler: *Jesús Ginto, Sie sind Kommunikationsleiter von Mondragón Corporación Cooperativa (MCC) und haben sich freundlicherweise für dieses Interview in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Seit wann arbeiten Sie für MCC, und welches ist Ihre Motivation für diese Arbeit?*

Jesús Ginto: Als Kommunikationsverantwortlicher für das ganze Unternehmen arbeite ich seit 1992. Begonnen habe ich meine Arbeit bei MCC schon 1985. Ich war zuerst bei unserer Haus-Zeitschrift »TU-Lankide« und dann bei der Fagor-Gruppe tätig. MCC ist ein vielseitiges, professionell arbeitendes Unternehmen mit höchst motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Unternehmensdemokratie, die ich hier verwirklicht finde, entspricht meinen eigenen Idealen.

MCC ist wohl nicht zufällig im Baskenland entstanden, das auf eine stolze Geschichte des Genossenschaftswesens, auch des landwirtschaftlichen Gemeindeeigentums, zurückblicken kann.

Es gibt hier eine lange Tradition der wechselseitigen Hilfe unter den Menschen, die Auzo Lan. Lan bedeutet »Arbeit« und Auzo »in Gemeinschaft«. Die Bauern und Bäuerinnen haben einander geholfen, wenn es darum ging, das Land zu bewirtschaften und weitere gemeinsame Aufgaben zu übernehmen. Die Gruppe spielt bei uns überhaupt eine große Rolle. So gibt es zum Beispiel die Guadrilla, den Freundeskreis, zu dem sich eine Gruppe von 13- oder 14-Jährigen zusammenschließt,

um für das ganze weitere Leben solidarisch verbunden zu bleiben. Sie treffen sich regelmäßig, auch wenn der eine vielleicht eine hohe Position erreicht und der andere einfacher Arbeiter bleibt.

Wie wird man bei Ihnen überhaupt Genossenschaftsmitglied?

Wer bei MCC arbeitet, kann nach einer Probezeit Mitglied der Genossenschaft werden. Die Probezeit dauert normalerweise sechs Monate, kann aber auch verlängert werden.

Was kostet der Beitritt zur Genossenschaft?

Der Aufnahmebeitrag beläuft sich zurzeit auf 13.000 Euro.

Das ist eine hohe Eintrittsschwelle.

Es besteht daher die Möglichkeit, diesen Betrag während drei Jahren in monatlichen Raten einzubezahlen. 13.000 Euro entsprechen im Übrigen dem Jahreseinkommen der untersten Lohnklasse in der Kooperative.

Die Belegschaft von MCC besteht aus bald 100.000 Beschäftigten. Wie viele von ihnen sind Mitglieder der Genossenschaft?

Im Baskenland sind 80% der Beschäftigten auch Mitglieder der MCC. Von den übrigen 20% treten viele mit der Zeit der Kooperative bei, wenn die Arbeit sie befriedigt und sie auf Dauer in ihrem Betrieb bleiben möchten. Von der gesamten Belegschaft im In- und Ausland gehören etwa 40% zur Genossenschaft. Im industriellen Bereich ist der Anteil höher, weil die meisten Unternehmen sich im Baskenland befinden.

Warum sind im Baskenland 80%, insgesamt aber weniger als die Hälfte der Beschäftigten MCC-Mitglieder?

Erstens haben wir im Baskenland eine ausgeprägte genossenschaftliche Kultur. Wer hier als Arbeiter oder Arbeiterin anfängt, tritt normalerweise nach sechs Monaten, spätestens zwei Jahren der Genossenschaft bei. Das gilt sowohl für unsere industriellen Kooperativen als auch für Caja Laboral und Eroski. Aber wenn wir ein Industrie- oder Handelsunternehmen außerhalb des Baskenlandes gründen, wo keine genossenschaftliche Tradition besteht, ist es sehr schwierig, die Mitarbeitenden für den Beitritt zur Genossenschaft zu gewinnen.

Zweitens haben wir im Baskenland eine genossenschaftliche Gesetzgebung, die es so in den anderen Regionen Spaniens oder im Ausland nicht gibt. Und drittens sind einige unserer industriellen Betriebe

im übrigen Spanien und im Ausland Joint Ventures mit privatkapitalistischen Unternehmen. Das setzt der Partizipation Grenzen.

Wir beschreiten aber auch neue Wege. So unterhalten wir im Baskenland ein Joint Venture von Fagor mit der Autoreifenfirma Continental und ein weiteres mit dem Heiztechnikunternehmen Vaillant. Unsere Leute, die dort arbeiten, sind dennoch Genossenschaftsmitglieder geblieben. Da die Firma selbst keine Genossenschaft werden kann, haben wir das Problem so gelöst, dass die Leute von der Industriekooperative Fagor angestellt werden, aber in der Joint-Venture-Firma arbeiten – mit allen genossenschaftlichen Rechten und Pflichten.

Wie hoch ist der Frauenanteil unter den Beschäftigten, besonders unter den Kaderangestellten?

Unter allen Beschäftigten von MCC sind 42% Frauen. Der Anteil variiert je nach Wirtschaftszweig. Bei den Eroski zum Beispiel sind es über 70%. Im Management von Eroski dürften es 50 und mehr Prozent sein. In den Industrieunternehmen liegt der Frauenanteil immer noch bei 37%. Unter den Kaderangestellten sind es vielleicht 25%. Geleitet werden viele unserer Industriekooperativen von Ingenieuren, also von Angehörigen eines traditionell männlichen Berufs. Das dürfte sich bald ändern, da jetzt viel mehr Frauen sich zu Ingenieurinnen ausbilden lassen. An unserer Universität erreicht der Anteil der Frauen, die sich für ein Ingenieur-Studium entschieden haben, immerhin schon 25 bis 30%. Allerdings arbeiten bei uns heute schon viele Frauen im Finanzwesen, aber auch im Personalwesen, in Bildung und Informatik.

Kollektiveigentum und Selbstverwaltung

2003 hat die Delegiertenversammlung von MCC in einer Resolution über die »Ausdehnung der Gesellschaftsbeteiligung« die zuständigen Organe aufgefordert, auch den Beschäftigten, die keiner Genossenschaft angeschlossen sind, Partizipationsrechte zu gewähren. Das betrifft wohl vor allem die 70 Aktiengesellschaften oder Joint Ventures im Ausland?

Wir haben aber im Ausland auch schon erste Erfahrungen mit partizipativen Strukturen gemacht, etwa in einer Haushaltsfirma in Polen, in einem Betrieb für Automobilersatzteile in Brasilien und einem solchen für Haushaltskomponenten in Mexiko. Auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, dass von den 70 Niederlassungen im Ausland die meisten noch sehr jung sind und nicht alle mit Gewinn arbeiten. Das

macht den Genossenschaftsgedanken materiell nicht sehr attraktiv. Es braucht Zeit und erst noch einen kulturellen Wandel.

Unser Ziel ist es allerdings, dass alle unsere Unternehmen im Ausland partizipative Unternehmen werden. Der Strategieplan 2005-2008 sieht vor, dass 30% der Beschäftigten in unseren wichtigsten Niederlassungen schrittweise in den Genuss des Modells des »partizipativen Unternehmens« kommen sollen. MCC-Präsident José María Aldecoa hat vor einem Monat gesagt, bereits in den nächsten fünf Jahren wolle er dieses Ziel sogar für 90% der Unternehmen erreichen. Es ist uns also ernst mit dem Partizipationsgedanken.

Was heißt für MCC »Partizipation«?

Partizipation ist Teilhabe am Unternehmenseigentum. Teilnahme an der Unternehmensleitung und natürlich auch Teilhabe am Gewinn. Diese drei Elemente sind die Grundpfeiler einer Genossenschaft.

Das wäre mehr als Mitbestimmung. Also Selbstverwaltung?

Ja, denn aufgrund der genossenschaftlichen Eigentumsstruktur gibt es bei uns ja keine Mitbestimmung mit dem Kapital wie in Deutschland. Wir bestimmen in den entscheidenden Fragen selbst, auch über die Verwendung des Kapitals.

Inwiefern begünstigt die baskische Gesetzgebung Genossenschaften?

Diese Gesetzgebung passt sehr gut zu unseren Bedürfnissen. Sie kennt unter anderem einen Genossenschaftstypus zweiter Stufe, der es zum Beispiel Fagor ermöglicht, ein neues Unternehmen zu gründen und sich daran mit 51% des Kapitals zu beteiligen. Der Rest finanziert sich aus den Anteilen der Arbeitenden. So können wir bei Neugründungen vermeiden, dass die Arbeitenden über das Geld, das wir in die neue Genossenschaft investieren, unbeschränkt verfügen, sich im Extremfall sogar abspalten.

Das bewegt sich in Richtung einer Neutralisierung des Kapitals, um Sinn und Zweck eines Unternehmens nicht zu gefährden.

Die Kontrolle bleibt jedenfalls in der Hand der Mutterkooperative. Wir wollen uns unsere Philosophie auch in einer globalisierten Welt nicht nehmen lassen. Die Leute sollen über so viele Partizipationsrechte verfügen als möglich. Darum müssen wir die Kontrolle über unsere Niederlassungen behalten. Das gilt für China wie für Lateinamerika.

Inzwischen gibt es das »Statut der Europäischen Genossenschaft«. Erleichtert es nicht auch die Gründung von Genossenschaften, wenn MCC Produktionsstätten im EU-Raum schafft?

Es ist nur ein erster Schritt, aber es genügt uns nicht. Wir möchten zum Beispiel die Möglichkeit haben, mit anderen Kooperativen in der EU ein Joint Venture zu machen oder jedenfalls besser zusammenzuarbeiten. Die Sozialökonomie ist für »Brüssel« nicht der Normalfall, sondern die Ausnahme. Darum arbeiten wir mit anderen Organisationen der Sozialökonomie zusammen, um eine ähnlich enge Beziehung zu »Brüssel« zu bekommen wie zur baskischen oder spanischen Regierung.

Verbund souveräner Genossenschaften

Die MCC-Gruppe wird aus über 250 Unternehmen und Einrichtungen gebildet, die sich in die Sektoren Finanzen, Industrie und Vertrieb sowie Forschung und Ausbildung gliedern. Wie ist es möglich, einen derartigen Groß- und Mischkonzern genossenschaftlich, ja unternehmensdemokratisch zu strukturieren?

Die einzelnen Genossenschaften sind souverän. Sie entscheiden sogar über Niederlassungen im Ausland. Die obersten Organe von MCC bestimmen jedoch die strategischen Richtlinien fürs Management oder für die Ausbildung hochqualifizierter Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Die operative Umsetzung ist Sache der Kooperativen.

Wie lassen sich die verschiedenen Zuständigkeiten koordinieren? Dadurch, dass die Kooperativen eines Branchensektors eine eigene Untergruppe bilden. Insgesamt kommen wir auf 14 Untergruppen oder Divisionen. Ihre Vorsitzenden sind die 14 Vizepräsidenten vom MCC. Sie sind die eigentlichen Verbindungsglieder zwischen den Kooperativen und der Zentrale. Mit dem Präsidenten von MCC bilden sie den Zentralrat.

Daneben gibt es die Delegiertenversammlung, bestehend aus 650 gewählten Mitgliedern, die sämtliche Einzelgenossenschaften vertreten. Sie ist das höchste Entscheidungsorgan und wählt den Ständigen Ausschuss. Die Delegiertenversammlung beschloss zum Beispiel Anfang der 1990er Jahre, die internationale Präsenz von MCC zu verstärken, nicht nur durch die Förderung des Exports, sondern auch durch Produktionsstätten im Ausland.

In den einzelnen Genossenschaften gibt es eine Generalversammlung, in der alle stimmberechtigt sind. Welches sind ihre Kompetenzen?

Die Generalversammlung ist das wichtigste Beteiligungsorgan der Genossenschaftsmitglieder. Sie ist zuständig für die Ernennung oder auch Absetzung der Mitglieder des Aufsichtsrates und der Wirtschaftsprüfer in geheimer Abstimmung. Sie genehmigt insbesondere die Statuten, die Leitlinien und Strategien der Genossenschaft, die Jahresrechnung und die Gewinnverteilung bzw. Verlustrechnung.

Im Internet finden sich unter dem Suchbegriff »Mondragón« auch kritische Stimmen. Die Kritik geht sogar dahin, dass Genossenschaften sich abgespalten hätten, um mehr betriebliche Demokratie in ihrem Unternehmen durchzusetzen. Stimmt das?

Tatsächlich haben sich drei oder vier Kooperativen von MCC getrennt. Aber nicht, weil sie mehr Demokratie wollten, sondern weil sie ihren Betrieb an einen Multinationalen Konzern verkaufen wollten. Es waren also nicht idealistische, sondern sehr eigennützige Motive, die zu dieser Loslösung vom Konzern führten.

Selbstbestimmung am Arbeitsplatz

Gibt es auch eine Mitbestimmung am Arbeitsplatz? Gibt es zum Beispiel autonome Arbeitsgruppen, die ohne hierarchische Struktur auskommen?

Diese autonomen Arbeitsgruppen gibt es bei uns in verschiedenen Varianten und in vielen Betrieben, zum Beispiel in der Fabrik, die Luxusautobusse herstellt. Die Gruppen unterhalten sogar direkte Kontakte zu den Kundinnen und Kunden und können auf deren individuelle Wünsche eingehen.

Wer leitet diese Gruppe?

Das bestimmen die Arbeitenden selbst. Ja, sie verwirklichen die Selbstbestimmung am Arbeitsplatz.

Inwieweit kommen die Erfahrungen am Arbeitsplatz in der Generalversammlung zur Sprache?

Wenn es um ganz große Anschaffungen geht, entscheidet darüber die Generalversammlung. Sonst ist der Aufsichtsrat zuständig. Dieser wählt auch die Betriebsleitung. Wenn die Arbeitenden mit ihrem Leiter nicht zufrieden sind, können sie beim Aufsichtsrat intervenieren. Sie können in der Generalversammlung sogar den Aufsichtsrat oder den Betriebsleiter abberufen. Das ist ab und zu schon mal vorgekommen.

Partizipation ist immer auch ein Lernprozess, sonst gerät die Belegschaft gegenüber dem Informationsvorsprung des Managements ins Hintertreffen. Wie ist das bei MCC?

Transparenz durch ständige und kompetente Information für alle Mitglieder ist eine Grundlage unseres Modells. Wir kennen nicht die Distanz oder den Gegensatz zwischen Arbeit und Kapital, sondern nur das Verhältnis zwischen Belegschaft und Management. Dafür ist ein von der Generalversammlung gewählter Sozialrat zuständig. Der Sozialrat besteht aus je einem Mitglied pro 50 Beschäftigte. Er bringt Probleme am Arbeitsplatz wie Hygiene, Umweltfragen usw. zur Sprache, ist also gegenüber dem Management Ort der Mitsprache und Beratung. Auch die jährliche Lohnfestsetzung wird im Sozialrat diskutiert. Geleitet wird der Sozialrat vom Präsidenten der jeweiligen Kooperative, der die Verbindung zum Aufsichtsrat herstellt. Im Aufsichtsrat fallen die Entscheidungen. Der Aufsichtsrat hat immer das letzte Wort.

Zur Erfolgsgeschichte von MCC gehört aber auch die Bedeutung, die der Bildung zukommt. Sie geht aus von unseren Universitätsfakultäten und Berufsschulen und setzt sich fort in der ständigen Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Migros – einst ein Modell für Eroski

Hat MCC Niederlassungen in der Schweiz? Oder gibt es andere ökonomische Beziehungen zu unserem Land?

Wir haben drei Niederlassungen in Deutschland, aber keine in der Schweiz. Deutschland ist für uns nach Frankreich der wichtigste Exportmarkt.

Auch die Schweiz hat eine genossenschaftliche Tradition. MCC-Genossenschaften wären dort gewiss willkommen.

Eroski hatte ursprünglich Migros³ als Modell genommen. Aber bei Migros sind die Arbeitenden als solche nicht Mitglieder der Genossenschaft, sondern nur die Konsumentinnen und Konsumenten. Eroski ist eben nicht nur eine Verbrauchergenossenschaft, sondern auch eine Mitarbeitergenossenschaft. Beide Seiten sind im Verwaltungsrat von Eroski paritätisch, 50 zu 50%, vertreten.

³ Die Migros-Genossenschaft ist das größte Einzelhandelsunternehmen in der Schweiz.

Also müssten heute die Migros Eroski zum Vorbild nehmen.

Allerdings sind viele Hyper- und Supermärkte von Eroski nicht als Genossenschaften verfasst. Die meisten Beschäftigten von Eroski in Spanien außerhalb des Baskenlandes und in Frankreich sind nicht Genossenschaftsmitglieder. Vor acht Jahren erhielten sie immerhin Gelegenheit, einer Instrumentalgesellschaft (GESPA) beizutreten, durch die sie am Eigentum, am Gewinn und an der Leitung ihres Unternehmens partizipieren können. Der Instrumentalgesellschaft beizutreten, ist für die Beschäftigten von Hypermärkten in Valencia, Sevilla, Andalusien und anderen Teilen Spaniens interessant und motivierend. So nehmen sie an Management und Gewinnen teil.

Löhne und Gewinnbeteiligung

Wie werden die Löhne festgesetzt?

Zuständig ist der Aufsichtsrat, aber der Sozialrat hat ein Beratungsrecht. Die Löhne richten sich nach der Lage der Kooperative und den Bedingungen des Marktes.

Wie ist das Verhältnis zwischen den Spitzenlöhnen und den Mindestlöhnen? Ich habe gelesen, dass ein Vorstandsmitglied nur das Sechsfache der Entlohnung für ungelernete Arbeitende enthält.

In den einzelnen Kooperativen ist das Verhältnis beim Bruttolohn 1 zu 6, beim Nettolohn, abzüglich Steuern, etwa 1 zu 5. Für die Vizepräsidenten und den Präsidenten der Körperschaft wurde der Bruttolohn so weit erhöht, dass hier das Verhältnis etwa 1 zu 8 ist.

Am Anfang soll das Verhältnis aber noch 1 zu 3 gewesen sein. Gab es große Diskussionen um dieses Lohngefälle?

1 zu 3 war das Verhältnis brutto/netto, da es damals in Spanien noch keine Personalsteuer gab. Später wurde das Lohnverhältnis auf 1 zu 4,5 brutto festgesetzt und jetzt, wie gesagt, beläuft es sich auf 1 zu 6. Ja, es war eine sehr harte Diskussion in den 1990er Jahren, als mit dem Verhältnis von 1 zu 4,5 gebrochen wurde. Heutzutage sind die Lohnunterschiede im Allgemeinen gut akzeptiert.

In der Schweiz und in Deutschland gibt es Konzerne, in denen das Verhältnis 1 zu 400 steht.

In Spanien ist es auch sehr groß. Unsere Topmanager könnten anderswo also viel mehr Geld verdienen.

Es braucht also gerade in den führenden Köpfen eine genossenschaftliche Grundüberzeugung, damit sie bei MCC bleiben.

Sie haben ihr Arbeitsleben überwiegend bei uns verbracht. Ja, das sind Früchte unserer körperschaftlichen Kultur.

Kann man sagen, die unteren und mittleren Einkommen bei MCC liegen über und die obersten Einkommen unter dem Durchschnitt vergleichbarer Unternehmen in Spanien?

Auch ohne Anrechnung der Gewinnanteile verdienen die normalen und die qualifizierten Arbeitskräfte bei uns weit mehr als der Durchschnitt in Spanien oder auch im Baskenland, wo die Löhne höher sind. Bei Eroski zum Beispiel sind es 20 bis 30% mehr als in der Branche üblich ist. Dagegen verdienen die obersten Kader 30 bis 40% weniger als der Durchschnitt in den Konkurrenzunternehmen.

Und wie steht es um die Lohngleichheit von Frau und Mann?

Bei uns gilt gleicher Lohn für gleiche Arbeit.

Wie werden die Gewinne oder Verluste aufgeteilt?

10% werden für soziale Aufgaben verwendet, weitere 10% gehen an einen Fonds für die interkooperative Solidarität. Wenn eine Kooperative rote Zahlen schreibt, kann sie aus diesem Fonds mit A-fonds-perdu-Beiträgen⁴ unterstützt werden. Dem Fonds werden auch Kapitalanteile bis zu 40% für die neuen Niederlassungen im Ausland entnommen.

Je nach Genossenschaft werden außerdem zwischen 30 und 70% des Gewinns den Genossenschaftsmitgliedern gutgeschrieben. Sie erhalten von ihrem Gewinnanteil aber nichts in die Tasche, sondern er bleibt in der Korporative als deren Kapital. Was das einzelne Genossenschaftsmitglied in die Tasche bekommt, ist ein jährlicher Zins auf seinem Kapital von 7,5%. Dieses Kapital wird den Genossenschaftsmitgliedern erst ausbezahlt, wenn sie die Kooperative verlassen oder in Pension gehen.

Wenn eine Genossenschaft allerdings Verluste einführt, gibt es natürlich keinen Gewinn zu verteilen. Bei ernsthaften Verlusten muss die Kooperative sogar auf die Guthaben der Genossenschaftsmitglieder zurückgreifen. Man ist eben Arbeiter *und* Unternehmer.

⁴ Beiträge, auf deren Rückzahlung von vornherein verzichtet wird.

Bekommen alle dieselben Gewinnanteile, oder gibt es hier Ungleichheiten wie bei den Löhnen?

Die Gewinnanteile sind abgestuft nach Arbeitsplatz und Verantwortung in der Kooperative. Dasselbe gilt umgekehrt im Fall von Verlusten, da entspricht dem Gewinnanteil eben auch der Verlustanteil.

Rezessionszeiten ohne Entlassungen

Wie hat MCC die Rezessionen der 1980er und der 1990er Jahre bewältigt? Ist es zu Entlassungen gekommen? Konnte die Genossenschaftsbank Caja Laboral mit günstigen Krediten über Liquiditätsengpässe hinweghelfen?

Ja, besonders in den 1980er Jahren hat Caja Laboral unseren Unternehmen in ökonomischer Bedrängnis viel geholfen mit zinslosen Darlehen und selbst A-fonds-perdu-Beiträgen. In dieser Zeit gingen mehr als 150.000 Arbeitsplätze im Baskenland verloren, aber praktisch keine in unseren Kooperativen. Anfang der 1990er Jahre traf uns eine weitere Krise, diesmal hatten wir 400 Arbeitslose in unseren industriellen Genossenschaften. Aber die Arbeitslosigkeit dauerte nur vier Monate, und wir konnten sie mit unserem Arbeitslosenfonds überbrücken.

Was geschieht, wenn sich ein Betrieb überhaupt nicht mehr rentiert?

Das gibt es natürlich auch. Im Fall einer Krise wird zunächst die Arbeit flexibilisiert, das kann Kurzarbeit bedeuten, aber auch unbezahlte Überstunden. Gekürzt werden sodann Löhne. Wenn alles nichts hilft und der Betrieb geschlossen werden muss, erhalten die Betroffenen einen anderen Arbeitsplatz in einem unserer Betriebe, und zwar in einem Umkreis von nicht mehr als 50 Kilometern. Auf diese Weise mussten wir noch niemanden wegen eines Beschäftigungseinbruchs entlassen.

Haben dann Gewerkschaften bei MCC überhaupt noch eine Funktion?

Einzelne Mitarbeitende können zwar einer Gewerkschaft angehören, aber in der Kooperative haben Gewerkschaften keine Aufgabe mehr und darum auch keine organisierte Vertretung. In den Generalversammlungen regeln die Arbeitenden ihre Angelegenheiten selbst. Und wenn wir ein normales Unternehmen aufkaufen und es in eine Kooperative umwandeln, dann haben die Gewerkschaften auch nichts mehr zu tun. Jetzt ist der Besitzer die Genossenschaft, die allen gehört, und nicht mehr der Patron, dessen Maßnahmen es allenfalls zu bekämpfen gilt.

Ökologischer und sozialer Leistungsausweis

Wie geht MCC im Produktionsbereich mit den ökologischen Problemen um?

Das solidarische Engagement für die Umwelt gehört zu unserer Unternehmensphilosophie. Es fehlt auch nicht an Anerkennung: So haben wir schon einmal den Europäischen Umweltpreis erhalten. Unsere Kooperativen wurden bislang mit insgesamt 45 Umweltmanagement-Zertifikaten ausgezeichnet. Ich meine schon, dass wir in Fragen einer umweltverträglichen Produktion in Spanien führend sind.

10% des Gewinns gehen in soziale Aktivitäten. Können Sie Beispiele nennen?

Diese 10% fließen in den Genossenschaftlichen Fonds für Bildung und Förderung. Er konnte letztes Jahr 33,5 Millionen Euro ausschütten. Davon gingen fast 10 Millionen in Projekte der Bildung und Erziehung, rund 8 Millionen in Forschungs- und Entwicklungsmodelle und zwei Millionen in kulturelle Aktivitäten. 2 weitere Millionen dienten der Förderung der baskischen Sprache Euskara. Mit 2,6 Millionen wurden Programme für Betagte, Behinderte und Drogenabhängige sowie Projekte in der Dritten Welt unterstützt. Der Rest wird unter »andere Aktivitäten« rubriziert.

Haben auch Behinderte eine Chance, bei MCC einen Arbeitsplatz zu finden?

In Guadalajara haben wir eine eigene Behindertenwerkstätte mit etwa 200 Beschäftigten. Sie montieren Komponenten für die Herstellung von Haushaltsgeräten und für die Automobilindustrie. Hunderte von behinderten Personen arbeiten auch bei Eroski und für unsere industriellen Kooperativen. In einem Vertrag mit der Behindertenorganisation ONCE hat MCC sich zusätzlich verpflichtet, Arbeitsplätze für Personen mit unterschiedlichen Behinderungsgraden zu schaffen.

Kapital nur Instrument der Arbeit

Ihr Vorstandsvorsitzender José María Aldecoa spricht in seinem Begrüßungswort auf der Homepage von MCC (www.mcc.es) von einer »Mission«. Inwiefern strahlt die Unternehmensdemokratie von MCC auf das übrige Wirtschaftsleben aus?

Noch vor 20 Jahren galten wir als Exoten. Jetzt sind wir im Baskenland die Größten, wir üben nicht nur auf die Arbeitskräfte eine große Anzie-

hungskraft aus, wir sind auch ein Magnet für viele andere Betriebe, die von uns profitieren und für die wir zusätzliche Arbeit schaffen.

Da nicht sein kann, was nicht sein darf, kann ein Großkonzern wie MCC, der genossenschaftlich funktioniert, unter kapitalistischen Konzernbossen auch Ängste auslösen. MCC könnte ja Schule machen.

Wir sind insofern keine Systemalternative, als wir uns innerhalb der Marktwirtschaft bewegen. Wir glauben lediglich, eine menschlichere Unternehmensform entwickelt zu haben, die mehr direkte Beteiligung zulässt. Viele Topmanager, die zu uns gekommen sind, zeigen sich anfänglich vielleicht überrascht über unsere Gesellschaftsform. Aber wenn die Besucher dann feststellen, dass wir kein staatliches Unternehmen sind, sondern dass wir zugleich Beschäftigte und Arbeitgeber sind, dann betrachten sie uns als gute Partner. Wir sind als genossenschaftliche Korporation zwar eine Ausnahme, aber wir werden dank unserer guten und zuverlässigen Arbeit respektiert.

Im Internet liest man die folgende Botschaft aus Mondragón:

»Die Ökonomie wird erst ökonomisch,
die Demokratie wird erst demokratisch,
wenn die Ökonomie demokratisch wird.«

Heißt das, dass MCC auch außerhalb des Konzerns für die Demokratisierung der Wirtschaft eintritt?

Wir sind schon zufrieden, wenn es uns gelingt, unsere Unternehmensdemokratie zu bewahren und sie durch unsere tägliche Arbeit zu erweitern.

Da der Gründer von MCC ein katholischer Priester war, spielte für ihn wohl auch die kirchliche Soziallehre mit ihrem »Vorrang der Arbeit vor dem Kapital« eine Rolle. Dieses sozialetische Prinzip hieße, in unsere ökonomische Realität übersetzt:

Kapital ist dazu da, Arbeitsplätze zu schaffen und sie nicht zum Zweck der Selbstvermehrung wegzurationalisieren.

José María Arizmendiarieta hat in der Tat einen »dritten Weg« entworfen, der nicht kapitalistisch und nicht marxistisch sein wollte. In den 1970er Jahren wurde uns von einigen linken Militanten eine Abwei-

Worte von José María Arizmendiarieta, Gründer der Mondragón Corporación Cooperativa

»Nichts charakterisiert die Menschen und die Völker so sehr wie ihr Verhalten angesichts der Umstände, in denen sie leben. Diejenigen, die sich entscheiden, Geschichte zu schreiben und den Lauf der Dinge selbst zu ändern, sind denen voraus, die, ohne etwas zu tun, auf Veränderungen warten.«

»Keiner soll Sklave oder Herr eines anderen sein.«

»Das genossenschaftliche Experiment von Mondragón ist eine Bildungsbewegung, die sich an der wirtschaftlichen Praxis orientiert.«

chung von der reinen Lehre vorgeworfen. Es hieß, wir würden mehr Kapitalismus als marxistischen Egalitarismus praktizieren. Ich meine, die Geschichte hat uns Recht gegeben.

Die Kooperative arbeitet im Übrigen unabhängig von jeder Partei, Kirche oder Ideologie. Es ist die Entscheidung der Einzelnen, wenn sie sich religiös oder politisch engagieren. Aber natürlich haben wir eine Unternehmensethik, die auch unsere Anziehungskraft ausmacht.

Eben den Vorrang der Arbeit vor dem Kapital.

Ja, Kapital ist nur ein Instrument der Arbeit, es bleibt ihr untergeordnet.

Ihr Zentrum für Weiterentwicklung im Führungsbereich Otalora bietet auch Besucherinnen und Besuchern Vorträge und zwei- bis fünftägige Seminare an. Wie groß ist hier das Interesse an MCC?

Letztes Jahr haben uns mehr als 5.000 Personen aus allen Kontinenten besucht. 431 von ihnen nahmen an 19 Seminaren teil.

Dann werden wir auch noch ein paar Leute in der Schweiz ermuntern, bei Ihnen reinzuschauen. Jesús Ginto, vielen Dank für dieses Gespräch.

Gudrun Faller

Führung und Partizipation – eine Herausforderung für Unternehmen

Was hält Beschäftigte gesund?

Spätestens seitdem Aaron Antonovsky den Ansatz der Salutogenese als der Lehre von der Gesunderhaltung im Gegensatz zur Pathogenese, der Lehre von der Krankheitsentstehung, formuliert hat, existiert eine Vorstellung davon, was Menschen für die Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit benötigen: Sie brauchen ein Gefühl davon, dass Situationen, mit denen sie konfrontiert sind, beeinflussbar, verstehbar und sinnvoll sind, und sie brauchen Rahmenbedingungen, die ihnen erlauben, dieses »Kohärenzerleben« zu entwickeln (Antonovsky 1997). Auch wenn Antonovsky bei der Formulierung seines Salutogeneseansatzes primär die Kindheit und Jugend im Blick hatte, so spricht heute vieles dafür, dass die Schaffung kohärenter Rahmenbedingungen auch im Erwachsenenalter dazu beitragen kann, dass Menschen Bewältigungsfähigkeit und Stressresistenz »erlernen« können (z.B. Hüther/Fischer 2010). Gerade die Arbeitswelt mit ihren vielfältigen Belastungen und Herausforderungen bietet dafür ein umfassendes Lernfeld. Voraussetzung ist, dass sich die für die jeweiligen Arbeitsbedingungen Verantwortlichen mit der Frage auseinandersetzen, wie z.B. Einfluss- und Gestaltungsspielräume für Beschäftigte geschaffen werden können, wie sie die dafür erforderlichen Handlungskompetenzen entwickeln, wie sich Informationsflüsse und innerbetriebliche Transparenz umfassend und zeitnah organisieren lassen und inwieweit konkrete Arbeitszuschnitte Sinn- und Bedeutungspotenzial enthalten.

Die arbeitswissenschaftliche Forschung der letzten 30 bis 40 Jahre hat diese Überlegungen zum Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit bestätigt und erweitert. So besteht heute gesicherte Evidenz für den Faktor »Handlungs- und Entscheidungsspielraum«, ebenso wie im Hinblick auf das Gratifikationserleben von Beschäftigten (Peter 2010). Dabei sind unter Gratifikationen nicht nur finanzielle Zuwendungen zu

fassen, sondern vor allem das subjektive Gefühl von Beschäftigten, für die eigenen Anstrengungen angemessen anerkannt und wertgeschätzt zu werden (Siegrist 1996). Im Zusammenhang mit dieser Interpretation geraten zunehmend soziale und sozialstrukturelle Fragestellungen in den Fokus – beispielsweise die aktuellen Überlegungen zum betrieblichen Sozialkapital, das sich nach Badura et al. (2008) über die Komponenten »Kollegenbeziehungen und -netzwerke«, »Führungsqualität« und insbesondere eine gemeinsam getragene Wertekultur im Unternehmen konstituiert.

Zumindest auf theoretischer Ebene sind damit die zentralen Prämissen einer gesundheitsfördernden Arbeitsgestaltung umrissen. Probleme bereitet dagegen eher die Umsetzung in den Arbeitsalltag bzw. die Frage, wie entsprechend gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen geschaffen und stabilisiert werden können. Zentrale Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang denjenigen Personen zu, die in unterschiedlichem Ausmaß befugt sind, Arbeitsbedingungen zu gestalten, über Gratifikationen und Handlungsspielräume zu entscheiden, mehr oder weniger konstruktiv mit Konfliktsituationen umzugehen, Beschäftigte an Entscheidungen teilhaben zu lassen, sie wertschätzend zu behandeln, nach transparenten Regeln zu agieren u.a.m. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen untersucht eine Reihe von Studien Führungsverhalten im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Indikatoren auf Mitarbeiterebene. Einige davon seien nachfolgend exemplarisch dargestellt.

Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten und Gesundheit

Wie Buttler und Burkert (2002) auf Basis einer Befragung an 2009 Beschäftigten des nichtwissenschaftlichen Personals der Universität Erlangen-Nürnberg feststellen konnten, korreliert die durchschnittliche Krankheitshäufigkeit deutlich mit der Einschätzung der Führungsqualität: Beschäftigte, die der Aussage »Mein Vorgesetzter ist gerecht und fair« weitgehend zustimmen konnten, waren im Schnitt 0,8 mal im Jahr krank, während dieser Wert bei Beschäftigten, die keine Zustimmung äußerten, durchschnittlich 1,5 betrug.

Nach einer weltweiten Studie der Bertelsmann-Stiftung an 407 Firmen mit 64.000 Teilnehmer/innen aus dem Jahr 2006 korreliert die Unternehmensidentifikation von Beschäftigten mit dem Umfang, in dem

die Führung als partnerschaftlich eingeschätzt wird. Weiter zeigt der Vergleich von Unternehmen mit hohen bzw. geringen Identifikations- bzw. Partnerschaftlichkeits-Indices gegenläufige Zusammenhänge zur Höhe des Krankenstandes (Netta 2007).

Eine gemeinsame Datenauswertung der AOK, IKK und der Bau-BG an Betrieben der Baubranche sowie eine in Verbindung damit durchgeführte Befragung zum Betriebsklima zeigte, dass der Krankenstand u.a. mit Faktoren wie der Einschätzung der Führungsqualität, der Arbeitsorganisation und dem Betriebsklima Zusammenhänge aufweist (Elliehausen et al. 2002).

Schließlich belegte die über elf Jahre betriebene Langzeitstudie von Ilmarinen über die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit bei alternden Belegschaften, dass »die Führung den weitaus stärksten positiven oder negativen Einfluss auf die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit ausübt« (Tempel et al. 2010: 187).

Wie diese Beispiele deutlich machen, weist das Vorgesetztenverhalten nicht nur mit Gesundheit, sondern auch mit weiteren, vor allem ökonomisch relevanten Größen Zusammenhänge auf. Insofern ist es für viele Betriebe von Interesse, Führung zu optimieren – etwa indem sie bei der Personalauswahl Beurteilungskriterien wie Sozialkompetenz oder Kommunikationsfähigkeit heranziehen. Um entsprechende »weiche Faktoren« bewerten zu können, setzen sie Auswahlverfahren ein, die die gewünschten Eigenschaften zu identifizieren versprechen. Insbesondere Assessment Center haben in diesem Kontext an Bedeutung gewonnen (Nerdinger et al. 2008). Neben dem auf einem entsprechenden eigenschaftstheoretischen Paradigma basierenden Ansatz besteht ein weiteres Konzept darin, angehende Führungskräfte durch entsprechende Entwicklungsprogramme zugunsten eines möglichst gesundheitsgerechten und motivationsfördernden Führungsstils zu qualifizieren. Typische Tools sind in diesem Zusammenhang Führungskräfte-Seminare, Coachings oder Mentoring (ebd.).

So überzeugend die beiden Zugänge zur Führungskräfteauswahl und -entwicklung auf den ersten Blick erscheinen, so ergeben sich bei einer differenzierteren Auseinandersetzung mit der Führungsproblematik kritische Fragen: Denn diffus bleibt dabei häufig, welche konkreten Persönlichkeitsmerkmale gesundheitsförderlich Führende aufweisen sollten, welche Indikatoren überhaupt einen gesundheitsfördernden Führungsstil kennzeichnen, inwieweit sich gesundheitsförderndes Potenzial durch die eingesetzten Methoden valide erfassen

und adäquat fördern lässt oder welche Rolle denjenigen Einflussfaktoren zukommt, die durch die genannten Ansätze wenig modifizierbar erscheinen, wie gruppensdynamische, betriebskulturelle, situative und gesellschaftliche Rahmengrößen.

Innerhalb der Diskussion zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (zur Begriffswahl vgl. Faller 2010) wird einerseits häufig ein gesundheitsförderndes Führungsverhalten gefordert, andererseits bleiben die oben aufgeführten Fragen oftmals unzureichend elaboriert. Eine Auseinandersetzung mit den – der Forderung nach gesundheitsförderndem Führungsverhalten zugrunde liegenden – impliziten Annahmen ist jedoch aus mehreren Gründen empfehlenswert: Ihre Explikation schafft nicht nur Transparenz hinsichtlich der Kompetenzen, die von Führungskräften erwartet und hinsichtlich der Anforderungen, die an Qualifizierungsmaßnahmen gestellt werden; sie ermöglicht auch die offene Auseinandersetzung mit diesen Erwartungen und bedingt auf diese Weise eine – im Sinne der Organisationsentwicklung zu begrüßende – Diskussion über die Akzeptanz, Legitimität, den Veränderungsbedarf und das Veränderungspotenzial dieser Kriterien.

Im Folgenden wird auf dem Hintergrund einer systemtheoretischen Denkweise auf den Ansatz der Partizipation als einem zentralen Bestandteil gesundheitsfördernden Führungsverhaltens Bezug genommen und aus diesem Anforderungen für ein erweitertes Verständnis gesundheitsfördernden Führens abgeleitet.

Partizipation zwischen Beteiligung und Selbstverantwortung

Partizipation ist ein zentraler Begriff settingorientierter, d.h. auf das betriebliche System als Ganzem ausgerichteter Gesundheitsförderung. Denn angesichts der zutiefst subjektiven Verortung der Wahrnehmung von Gesundheit und Wohlbefinden können auch die Maßnahmen zu deren Förderung nicht im Rahmen eines Top-down-Prozesses verordnet werden. Vielmehr verlangt eine qualifizierte Gesundheitsförderung, dass Menschen ihre Gesundheitsinteressen wahrnehmen, verbalisieren, einfordern und durchsetzen. Dahinter steht der Grundgedanke, dass sich Interventionen nicht nur an den subjektiven Bedürfnissen und Prioritäten von Betroffenen ausrichten – auch die Beteiligung an der Maßnahmenumsetzung ist in diesem Fall größer. Vor allem aber stellen die Möglichkeit, Verbesserungen der eigenen Lebenslage durchzusetzen

Abbildung 1: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung und Prävention

9. Selbstorganisation	Geht über Partizipation hinaus
8. Entscheidungsmacht	Partizipation
7. Teilweise Entscheidungskompetenz	
6. Mitbestimmung	
5. Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
4. Anhörung	
3. Information	
2. Anweisung	Nicht-Partizipation
1. Instrumentalisierung	

Quelle: Wright et al. 2009

und die Befähigung dazu selbst zentrale gesundheitsfördernde Faktoren dar. Das Konzept der Partizipation weist insofern deutliche Parallelen zu den vorab vorgestellten gesundheits- und arbeitswissenschaftlichen Prämissen des Kohärenzerlebens, des Handlungsspielraums, der Gratifikation und des Sozialvermögens (Badura 2010) auf.

Auch nach Wright et al. (2009) bedeutet Partizipation nicht nur *Teilnahme*, sondern die *Teilhabe* an Entscheidungsprozessen (Entscheidungsmacht). Letztere umfasst Definitionsmacht und die Möglichkeit, die Probleme, auf welche gesundheitsfördernde Maßnahmen abzielen, (mit-)bestimmen zu können. Von den Autoren wurde ein Stufenmodell der Partizipation entwickelt (vgl. Abbildung 1), das es ermöglicht, partizipative Prozesse in der Gesundheitsförderung näher zu beschreiben. Partizipation ist nach Ansicht von Wright et al. keine Entweder-Oder-Option, sondern ein Entwicklungsprozess, der in Abhängigkeit von den jeweiligen Rahmenbedingungen unterschiedlich realisierbar ist.

In Übertragung der in Abbildung 1 dargestellten Stufen auf den betrieblichen Kontext wird deutlich, dass ein Großteil der einschlägigen

Prozesse auf den Stufen der Nicht-Partizipation sowie auf deren Vorstufen anzusiedeln sind. Dieser Umstand resultiert nicht zuletzt aus der besonderen Struktur beruflicher Abhängigkeitsverhältnisse: So definiert § 7 Abs. 1 SGB IV den Begriff der »Beschäftigung« als eine »Tätigkeit nach Weisungen und Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers«. Insofern stellt sich die Frage, wie viel Partizipation grundsätzlich mit der Grundstruktur einer abhängigen Beschäftigung und den Interessen des Arbeitgebers vereinbar ist. Versteht man die unterschiedlichen Stufen der Partizipation – wie es die Autoren vorschlagen – als betrieblichen Entwicklungsprozess, dann wären Betriebe mit einer stark hierarchischen Führungsstruktur, die in den Modi »Anweisung« oder gar »Instrumentalisierung« agieren, auf der untersten Stufe anzusiedeln. Werden Beschäftigte dagegen informiert, angehört oder in Entscheidungen einbezogen, beweist der Betrieb zumindest erste Entwicklungsschritte in Richtung einer partizipativen Führungskultur, die weiter ausgebildet werden können. Tatsächliche Partizipation ist nach Wright et al. jedoch erst dann gegeben, wenn mindestens die Stufe der Mitbestimmung erreicht worden ist. Im betrieblichen Kontext ist dieser Begriff durch gesetzliche Regelungen, insbesondere in den Personalvertretungsgesetzen, recht klar bestimmt. Diese gesetzlichen Regelungen stellen sicher, dass wenigstens die gewählten Organe der Beschäftigten bei Entscheidungen zu bestimmten Fragen, inklusive der Sicherheit und Gesundheit von Beschäftigten mitbestimmen dürfen (vgl. Faller/Faber 2010).

Insofern ist aus Sicht der Partizipationshierarchie nach Wright et al. die Existenz eines Betriebs- oder Personalrats bzw. einer Mitarbeitervertretung ein entscheidender Schritt von der »Vorstufe der Partizipation« hin zur tatsächlichen Partizipation. Auch aus Sicht der Gesundheitsförderung lässt sich die Bedeutung bestätigen, die der Existenz einer gewählten Beschäftigtenvertretung zukommt. So hat die kürzlich vorgelegte Untersuchung der Initiative Gesundheit und Arbeit bestätigt, dass in gewerblichen Betrieben mit Betriebsrat wesentlich häufiger Betriebliche Gesundheitsförderung realisiert wird. Darüber hinaus ist die fachliche Qualität der im Rahmen der BGF umgesetzten Maßnahmen deutlich höher (Bechmann et al. 2010). Neben der kollektiven Mitbestimmung sieht die Gesetzeslage jedoch auch Partizipation auf Ebene der individuellen Beschäftigten vor. So ist der Arbeitgeber nach § 3 Abs. 2 des Arbeitsschutzgesetzes verpflichtet, Vorkehrungen zu treffen, dass die Beschäftigten ihren Mitwirkungspflichten nachkom-

men können. Diese Regelung gilt unabhängig davon, ob eine gewählte Beschäftigtenvertretung existiert oder nicht (vgl. Faller/Faber 2010). Die nach dem Modell über Partizipation hinausgehende Selbstorganisation findet sich im Organisationskontext beispielsweise in selbstverwalteten Zusammenschlüssen mit demokratischer Verfassung wie Vereinen oder Verbänden, aber auch im Bereich der akademischen Selbstverwaltung von Hochschulen.

Grundsätzlich bietet das hier vorgestellte Stufenmodell eine gute Orientierungsgrundlage für die Bewertung des Realisierungsgrades von Partizipation und damit der Grundprämissen einer gesundheitsfördernden Organisationsgestaltung. Kritisieren lässt sich jedoch, dass nicht alles, was auf den ersten Blick als partizipative Verfasstheit erscheint, auch mit faktischer Teilhabe gleichzusetzen ist. Mechanismen der geschickten Manipulation, der informellen Beeinflussung und der Mikropolitik machen es oftmals schwierig, zwischen demokratischer Partizipation und deren Unterlaufen durch unterschwellige Dynamiken zu unterscheiden, zumal die Grenzen zwischen beiden fließend sind (vgl. Neuberger 1995). Aufgrund der Allgegenwärtigkeit mikropolitischer Prozesse kann es letztlich auch nicht darum gehen, entsprechende Dynamiken zu verhindern oder zu beseitigen. Aufgabe und Ziel einer partizipationsorientierten betrieblichen Gesundheitsförderung ist es jedoch, Arbeitsbedingungen dort, wo sie Gesundheit und Wohlbefinden und damit die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten tangieren, besprechbar und zum Gegenstand offener Verbesserungszyklen im Sinne von betrieblichen Lernprozessen zu machen. Organisationales Lernen zugunsten einer gesundheitsfördernden Gestaltung von Arbeit ist nur dann möglich, wenn eine Organisation bereit und offen dafür ist, implizite Normen und Grundannahmen zur Disposition zu stellen, anstatt sich auf Grundlage vorgefertigter Antworten oder manipulativer Kniffe mit vordergründigen Lösungen zufrieden zu geben, die vorhandene Konflikte zwar kurzfristig besänftigen, die aber keinen langfristigen Interessensausgleich bedeuten. Argyris und Schön (1999) haben für die Unterscheidung dieser beiden organisationalen Bewältigungsstrategien die Begriffe des Single-loop- bzw. des Double-loop-learning eingeführt.

Um zu klären, wie ein entsprechender Prozess gesundheitsfördernder Organisationsentwicklung aktualisiert werden kann, und insbesondere, was dieser für die Konzeption von Führung in Organisationen bedeutet, wird nachfolgend auf systemische und konstruktivistische

Ansätze Bezug genommen und aus diesen Implikationen für die Praxis abgeleitet.

Unterstützung gesundheitsfördernden Führungsverhaltens aus systemischer Sicht

Nach konstruktivistischem Verständnis ist die Realität nicht objektiv erfassbar, sondern sie wird von ihren jeweiligen Beobachtern konstruiert. »Der radikale Konstruktivismus beruht auf der Annahme, dass alles Wissen, wie immer man es auch definieren mag, nur in den Köpfen von Menschen existiert, und dass das denkende Subjekt sein Wissen nur auf der Grundlage der eigenen Erfahrung konstruieren kann.« (v. Glasersfeld 1996: 22) Es gibt also nicht *die* Wirklichkeit, sondern nur die *Wirklichkeit des Beobachtenden*, mit der Konsequenz, dass die jeweilige subjektive Perspektive den Zugang zur Welt reguliert: Sie bestimmt, welche Möglichkeiten aus der prinzipiell vorhandenen Fülle der Optionen gewählt werden können. Für die Führungsthematik in Organisationen bedeutet dies zunächst, dass Mitarbeiter/innen nach ihren eigenen Logiken handeln. Der/die Vorgesetzte stellt dabei einen wichtigen, aber eben nur einen von vielen Kontextfaktoren dar, die auf die Mitglieder einer Abteilung oder eines Teams einwirken und in jeweils spezifischer Weise verarbeitet werden. Vor diesem Hintergrund lässt sich zunächst festhalten, dass die traditionelle Sichtweise, der zufolge Abteilungen und Teams hierarchisch gesteuert werden können, abgelöst wird von der Idee heterarchischer Verhältnisse, in denen alle Mitglieder in einer jeweils für das System spezifischen Weise zusammenwirken und so zum Systemerhalt beitragen (Neuberger 2002).

Damit ein System innerhalb einer unbegrenzten Anzahl von Interpretations- und Handlungsalternativen jedoch überhaupt existieren und agieren kann, ist es notwendig, dass sich das System auf bestimmte Aspekte beschränkt. Luhmann (1984: 47) beschreibt dies folgendermaßen: »Jeder komplexe Sachverhalt beruht auf einer Selektion der Relationen zwischen seinen Elementen, die er benutzt, um sich zu konstituieren und zu erhalten.« An die Stelle einer einseitigen Zentrierung auf Personen und Handlungen tritt im systemischen Denken deshalb die Fokussierung auf die jeweils aktualisierten Interaktions- und Kommunikationszusammenhänge. Letztere sind es, die jedes System in seiner spezifischen Form ausmachen, wobei weniger einzelne Kommuni-

kationsbeiträge zählen, sondern vor allem sich wiederholende Muster. Aus Sicht einer gesundheitsfördernden Organisationsberatung können diese Muster mehr oder weniger konstruktiv bzw. gesund gestaltet sein. Ein Problem besteht vor allem dann, wenn Interaktionsmuster in Systemen so starr und unflexibel geworden sind, dass alternative Denkweisen tabuisiert und sanktioniert werden. Ein – auf die Führungspraxis in Organisationen bezogenes – Beispiel für eingefahrene Interaktionsmuster wäre z.B. eine ausgeprägte Hierarchie, die ausschließlich nach dem Top-Down-Prinzip agiert und alternative Ideen oder gar Kritik tabuisiert und/oder sanktioniert.

Eine systemisch orientierte, gesundheitsfördernde Organisationsberatung hat in diesem Zusammenhang die Aufgabe, durch die Generierung neuer Informationen und Perspektiven die Wissens- und Handlungskompetenz eines Systems zu erweitern und zu optimieren. Alternative Lösungen sind jedoch nur dann wirksam, wenn sie vom System selbst produziert und entwickelt werden (Ellebracht et al. 2009). Aufgabe der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung ist es deshalb, gemeinsam mit dem System problematische Muster zu identifizieren, alternative Interaktionsmodelle zu kreieren, diese zu erproben und gemeinsam zu evaluieren. Im Mittelpunkt der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung stehen also gemeinsame Lernprozesse aller betrieblichen Akteure im Sinne eines gesundheitsfördernden Projektzyklus (vgl. Pieck 2010). Für die Entwicklung neuer und besserer Lösungen sind dabei vor allem die »subjektiven Logiken« der Beschäftigten von zentraler Bedeutung, die in der alltäglichen Betriebs-hierarchie meist unbeachtet bleiben. Denn dieses »lokale Wissen der Mitarbeiter/innen über die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Arbeit; d.h. jenes Wissen, das sie direkt »vor Ort« gesammelt und im Prinzip allen anderen voraus haben« (Friczewski 2010: 149; Hervorh. i. Orig.) ist in der Lage, zu den zentralen gesundheitsrelevanten Kritikpunkten vorzustoßen.

Aus Sicht der Führungskräfte ist diese Explikation von Beschäftig-tenerfahrungen jedoch nicht ganz unproblematisch: Wie die praktische Erfahrung im Bereich der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung zeigt, ist ein häufiges, im Rahmen von Prozessen der Betrieblichen Gesundheitsförderung problematisiertes Thema eben die Frage des Führungsverhaltens. Führungskräfte, die sich demnach der Idee des Lernprozesses öffnen, stellen sich damit auch der Kritik an der eigenen Person. Sie stehen daher nicht nur in der Gefahr, gegenüber ihren Mit-

arbeiter/innen, sondern unter Umständen auch gegenüber dem obersten Management das Gesicht zu verlieren.

Ein Ausweg aus diesem Dilemma ist nur dann möglich, wenn sich das oberste Management klar zu seinen Führungskräften auf der mittleren Ebene bekennt – nicht im Sinne einer Tabuisierung von Kritik, sondern im Sinne einer Parteinahme zugunsten von Lern- und Entwicklungsfähigkeit. Diese Haltung verlangt einerseits von Führungskräften, dass sie offen sind für Kritik und sich auf gemeinsame Diskussionsprozesse mit Beschäftigten über gesundheitsförderndes Führungsverhalten einlassen, dass sie aber andererseits auch geeignete Lernmöglichkeiten und adäquate Unterstützung anbieten.

Vor dem Hintergrund eines entsprechend gesundheitsfördernden Führungsverständnisses dürfte auch deutlich geworden sein, dass die Strategien der traditionellen Führungskräfteauswahl und -entwicklung unzureichend sind. Im Kontext von gesundheitsfördernder Organisationsentwicklung kann es weder darum gehen, durch hoch entwickelte Auswahlverfahren die perfekte Führungskraft zu finden, noch darum, Führungsqualifizierung dadurch zu erreichen, dass letztere auf den breiten Weiterbildungsmarkt entsendet werden. Angesichts der – in systemischer Sicht bestehenden – Existenz spezifischer betrieblicher Interaktionsmuster und Interpretationslogiken ist gesundheitsfördernde Führung nur auf dem Weg einer organisationsweiten Entwicklung zu erreichen, in die alle Bereiche und hierarchischen Ebenen eingebunden sein müssen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Ausg., hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt.
- Arbeitsschutzgesetz – Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246).
- Argyris, C./Schön, D.A. (1999): Die Lernende Organisation: Grundlagen, Methode, Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Badura, B. (2010): Unternehmerischer Erfolg durch betriebliches Sozialvermögen: Ein thematischer Einstieg. In: G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 11-12.
- Badura, B./Greiner, W./Rixgens, P./Ueberle, M./Behr, M. (2008): Sozialka-

- pital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Heidelberg: Springer.
- Bechmann, S./Jäckle, R./Lück, P./Herdegen, R. (2010): Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). IGA-Report 20. Essen, Berlin.
- Buttler, G./Burkert, C. (2002): Betriebliche Einflussfaktoren des Krankenzustandes. In: B. Badura/M. Litsch/C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor. Heidelberg et al.: Springer, S. 50-163.
- Ellebracht, H./Lenz, G./Osterhold, G. (2009): Systemische Organisations- und Unternehmensberatung. Heidelberg: Springer.
- Elliehausen, J.-J./Donker, L./Fritzsche, A./Konerding, J./Pavlovsky, B./Schott, S./Seidel, D. (2002): Stress und Arbeitsunfall. Die BG, 12, S. 614-619.
- Faller, G. (2010): Mehr als nur Begriffe: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im betrieblichen Kontext. In: G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 23-33.
- Faller, G./Faber, U. (2010): Hat BGF eine rechtliche Grundlage? Gesetzliche Anknüpfungspunkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung. In: G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 34-47.
- Friczewski, F. (2010): Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In: G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 149-164.
- Glaserfeld v., E. (1996): Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergänzungen, Probleme. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hüther, G./Fischer, J.E. (2010): Biologische Grundlagen des psychischen Wohlbefindens. In: B. Badura/H. Schröder/J. Klose/K. Macco (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2009. Heidelberg et al.: Springer, S. 23-29.
- Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Nerdinger, F.W./Blickle, G./Schaper, N. (2008): Arbeits- und Organisationspsychologie. Heidelberg: Springer.
- Netta, F. (2007): Unternehmenskultur treibt Gesundheit und Betriebsergebnis. Eine empirische Studie in Unternehmen des Bertelsmann-Konzerns. Vortrag im Rahmen der Tagung »Nutzen und Kosten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements« am 28. und 29. September 2007.
- Neuberger, O. (1995): Mikropolitik: der alltägliche Aufbau und Einsatz von Macht in Organisationen. Stuttgart: Enke.
- Neuberger, O. (2002): Führen und führen lassen. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Peter, R. (2010): Von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, Belohnungen und betrieblicher Gerechtigkeit: die Modelle Demand-Control und berufliche Gratifikationskrisen. In: G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 59-69.

- Pieck, N. (2010): Prämissen der Betrieblichen Gesundheitsförderung – ein Überblick. In: G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 105-111.
- Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845).
- Tempel, J./Geißler, H. /Ilmarinen, J. (2010): Stärken fördern, Schwächen anerkennen: Der Beitrag der Betrieblichen Gesundheitsförderung für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit von älteren und älter werdenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. In: G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 181-189.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [8.1.2011].
- Wright, M./Block, M./Unger, H. v. (2009): Partizipative Qualitätsentwicklung. In: P. Kolip/V.E. Müller (Hrsg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber, S. 157-175.

Peter Krauss-Hoffmann

Gesundheitsbezogene Kompetenzen als Teil der Führungskompetenz?

Ideen zur Erweiterung des Kompetenzspektrums von Führungskräften

1. Einleitung

Wachsende Führungsspannen im Kontext von flachen Hierarchien, die Diffusion moderner Informations- und Kommunikationstechnologien, veränderte Kundenanforderungen sowie die Flexibilisierung von Arbeitsort und Arbeitszeit prägen die heutigen Arbeitsbedingungen. Insbesondere die Entgrenzung der Arbeit führt dazu, dass die Arbeitskraft als Ganze mit allen Fähigkeiten und Möglichkeiten für die Organisation dienstbar gemacht wird (Minssen 2000: 9).

In diesem Kontext ist die Frage zu stellen, wie die Zielsetzungen von Individuum und Organisation in Übereinstimmung gebracht werden können (Senghaas-Knobloch 2008: 57ff.). Die damit verbundenen – teilweise neuen – Arbeitsbelastungen müssen in den Unternehmen von zunehmend alternden Belegschaften bewältigt werden (Heinze/Naegele 2008). Das Zusammenwirken dieser beiden Entwicklungstrends der steigenden Belastungen auf der einen sowie betrieblich spürbare Effekte des soziodemografischen Wandels auf der anderen Seite lassen Verschiebungen im betrieblichen Krankheitsgeschehen erwarten.

Die ökonomischen Folgen dieser Entwicklung sind weitreichend: Nach Schätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) entstehen in Deutschland aktuell aufgrund von Fehlzeiten volkswirtschaftliche Produktionsausfälle in Höhe von insgesamt 43 Mrd. Euro bzw. ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von 78 Mrd. Euro (BMAS/BAuA 2010: 28).

Durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention könnte ein Beitrag zur Senkung dieser hohen Kosten der krank-

heitsbedingten Fehlzeiten (Absentismus) in deutschen Unternehmen geleistet werden. Der ökonomische Nutzen dieser Maßnahmen, die dazu beitragen, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten am Arbeitsplatz zu optimieren und arbeitsbedingten Erkrankungen vorzubeugen, ist in der Literatur unbestritten (Kreis/Bödeker 2003; Sockoll/Kramer/Bödeker 2008).

Auch wenn es noch an evidenzbasierten Erkenntnissen zum Zusammenhang zwischen Gesundheit, Arbeitsleistung und Produktivität mangelt, liegen hierzu bereits erste Arbeitsergebnisse vor (Bienert et al. 2008). In diesem Zusammenhang ist noch auf empirische Befunde zu verweisen, die aufzeigen, dass Unternehmen mit einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur deutlich positive Effekte hinsichtlich des Unternehmenserfolges erzielen (Hauser 2008).

Diese Erkenntnisse verdeutlichen, dass gesunde und engagierte Beschäftigte einen entscheidenden Beitrag zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen leisten und dass die Investition in das Humankapital eine wichtige Grundlage des unternehmerischen Handelns bildet. Diese zentrale Ressource gilt es durch gezielte Maßnahmen zu erhalten und zu entwickeln. Dazu liegen auch bereits Ansätze vor, die nachfolgend skizziert werden.

2. Ansätze eines gesundheitsorientierten Personalmanagements

Durch »Personalpflege« (Kastner 1994) im Sinne eines auf die Nachhaltigkeit hin ausgerichteten Human Asset Management ist das Humankapital zu sichern und fortzuentwickeln. Dies gilt insbesondere für Führungskräfte, die als Entscheidungsträger und Personalverantwortliche einen zentralen Beitrag zum Unternehmenserfolg leisten und auch eine Vorbildfunktion gegenüber den Mitarbeitern ausüben. Dies impliziert nicht zuletzt auch den bewussten Umgang mit dem Thema »Gesundheit« im Betrieb.

Führungskompetenz bildet dabei eine wichtige Gesundheitsressource im Betrieb, da Führungskräfte maßgeblich darüber entscheiden, wie die Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation im Betrieb erfolgen. Gesunde Führung – auch sich selbst gegenüber im Sinne der Selbststeuerung – schafft Ressourcen. Im Umkehrschluss sind die negativen Folgen einer Stress verursachenden »ungesunden Führung« zu vermeiden (Barmer 2007: 45ff.). Dieser Ansatzpunkt ist von besonderer

Relevanz, da psychische Erkrankungen seit einigen Jahren steigende Häufigkeiten aufweisen (DAK-Gesundheitsreport 2005).

Zusätzlich ist in diesem Zusammenhang das Thema der stressbedingten Leiden (z.B. Kopf-, Rücken- und Herz-Kreislaufkrankungen) von Bedeutung, die nach Einschätzung der WHO die Hauptursache der Fehlzeiten darstellen (WHO 2004). Aus der Gesundheitswissenschaft liegen z.B. evidenzbasierte Befunde vor, dass die wahrgenommenen Einschätzungen der Beschäftigten (»Mir sitzt der Chef im Nacken«) auch in Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen stehen, da beispielsweise das Vorgesetztenverhalten durchaus Einfluss auf das Auftreten muskulo-skeletaler Beschwerden hat (Osterholz 1999: 155ff.). Im Rahmen der von der BAuA geförderten Studie »Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz« wurden dazu schon Ergebnisse publiziert, die Gestaltungsempfehlungen zur sozialen Unterstützung und zur Reduzierung der psychosozialen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz aufzeigen (Stadler/Spiess 2003).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob von dem Konstrukt der Gesundheitskompetenz, das durch die Arbeiten von Soellner u.a. im Rahmen eines DFG-geförderten Projektes fundiert aufgearbeitet wurde (Soellner et al. 2009b), neue Impulse ausgehen können, wenn Gesundheitskompetenz als Teil der Führungskompetenz im Betrieb verstanden wird. Aber was ist denn Gesundheitskompetenz konkret?

3. Was ist Gesundheitskompetenz?

Weinert definiert Kompetenzen als »die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können« (Weinert 2001).

Er beschreibt Kompetenzen auch als »kontextspezifische kognitive Leistungsdispositionen, die sich funktional auf Situationen und Anforderungen in bestimmten Domänen beziehen (...)« (Weinert 1999). Eine gängige Binnendifferenzierung bildet die nachfolgende Unterteilung:

- **Fachkompetenz:** Domänenspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung spezifischer arbeits- und lebensweltbezogener Anforderungen.

- Methodische und instrumentelle Kompetenz: Grundlegendes Verständnis im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologie (IUK) und nicht-alltäglichen Problemstellungen sowie das Beherrschen allgemeiner Kulturtechniken.
- Personale Kompetenz: Metawissen um eigene Lernerfahrungen und Identität.
- Soziale und kommunikative Kompetenz: Fähigkeit der situationsadäquaten Selbstpräsentation in sozialen/interaktiven Kontexten und inhaltliches Basiswissen zu allgemeinen Grundkenntnissen (Tippelt/Mandl/Straska 2003).

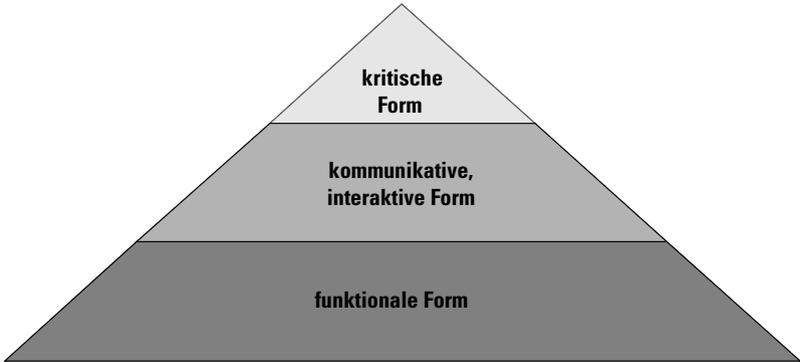
Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, was mit dem Konstrukt »Gesundheitskompetenz« detailliert adressiert wird: Kickbusch u.a. definieren diese als »Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit.« (Kickbusch/Maag/Saan 2005) Mit Bezug auf das Thema »Lebensstil« wird die Gesundheitskompetenz als »wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung« (Abel/Bruhin 2003) bezeichnet.

Es liegen somit unterschiedliche Versuche der Begriffsklärung vor. Ein zielführender und vielfältig rezipierter Ansatz ist der von Nutbeam, der ein Stufenmodell mit drei aufeinander aufbauenden Aspekten der Gesundheitskompetenz unterscheidet (siehe Abbildung 1).

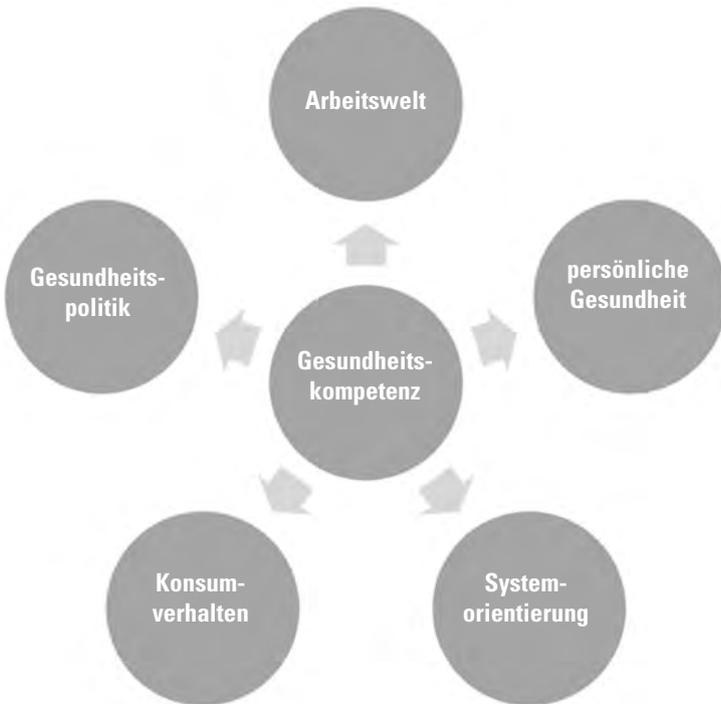
- Die »funktionale Form« als Basis, die von der »Literacy« im Wortsinne handelt, bedeutet, dass Gesundheitsinformationen gelesen und verstanden werden.
- Die »kommunikative/interaktive Form« als zweite Stufe, die eine Voraussetzung für gesundheitsrelevante Interaktionen – etwa in der Arztpraxis, im Krankenhaus oder für das Beschaffen von Informationen – bildet.
- Die »kritische Form« impliziert die kritische Bewertung von Gesundheitsinformationen im Sinne der Reflexion (Nutbeam 2000).

Kickbusch formulierte aufbauend auf Nutbeam fünf zentrale Handlungsbereiche, in denen Gesundheitskompetenz im Alltag von Bedeutung ist (siehe Abbildung 2).

Zum Themenbereich »Führung« bieten sich zwei Bereiche als inhaltliche Ansätze an:

Abbildung 1: Stufenmodell der Gesundheitskompetenz

Quelle: Nutbeam 2000

Abbildung 2: Handlungsbereiche der Gesundheitskompetenz

Quelle: Kickbusch 2006

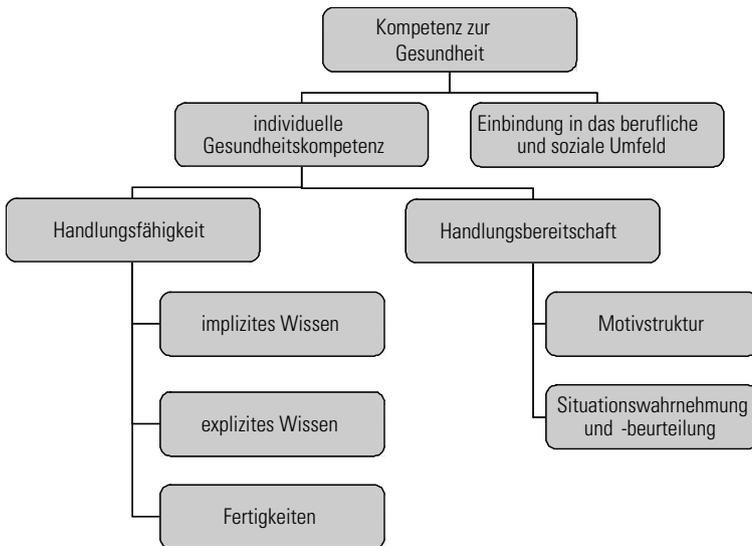
- Kompetenzbereich »Persönliche Gesundheit« zum Erwerb von Grundkenntnissen über Gesundheit und zur Anwendung in Form eines gesundheitsschützenden bzw. gesundheitsförderlichen Verhaltens.
- Kompetenzbereich »Arbeitswelt« zum Erwerb von Fähigkeiten, um Gesundheit durch Unfallverhütung und durch Vermeidung von Berufskrankheiten zu schützen sowie sich für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen einzusetzen.

Gesundheitskompetenz ist aber nicht gleichzusetzen mit Gesundheitsverhalten, denn ein Individuum, das über ein fundiertes Wissen über die gesundheitsschädigenden Folgen des Rauchens verfügt und trotzdem raucht, ist nicht unbedingt weniger gesundheitskompetent als ein Nichtraucher (Schulz/Nakamoto 2005).

Diese Diskrepanz zwischen individuellem Wissen, eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten auf der einen und Handeln auf der anderen Seite, wird in dem in Abbildung 3 dargestellten Modell expliziert.

In diesem auf dem Bochumer Modell für Handlungskompetenz (Staudt et al. 1997) basierenden Modell setzt sich individuelle Gesund-

Abbildung 3: Modell der Gesundheitskompetenz



Quelle: Kriegesmann et al. 2005

heitskompetenz aus Handlungsfähigkeit und Handlungsbereitschaft zusammen.

Handlungsfähigkeit ergibt sich aus explizitem und implizitem Wissen sowie aus Fertigkeiten. Sie ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung des gesundheitsorientierten Handelns. Als hinreichende Bedingung kommt die Handlungsbereitschaft hinzu, welche durch die individuelle Motivstruktur sowie die subjektive Situationswahrnehmung und Selbstbeurteilung determiniert wird.

Weitere Einflussfaktoren sind die Kopplung zum sozialen Umfeld, Persönlichkeitseigenschaften sowie physische, psychische und soziale Ressourcen. Gesundheitskompetenz wird hier stark kontextbezogen definiert und langfristig als Teilkompetenz der Beschäftigungsfähigkeit aufgefasst.

Eine theoretisch fundierte, modellhaft entwickelte Kompetenzstruktur zur Bestimmung individueller Kompetenzniveaus von Personen, um darauf basierend Interventionen planen zu können, steht indes noch aus. Dazu wurde aufbauend auf den Arbeiten von Nutbeam (2000) und Kickbusch (2006) im Rahmen eines von der DFG geförderten Projektes ein theoretisch fundiertes Kompetenzmodell für die Domäne »Gesundheit« entwickelt (Soellner u.a. 2009a). Die dazu im Abschluss befindliche Dissertation von Norbert Lennartz, dem an dieser Stelle für fachliche Diskussionen sowie die Bereitstellung von Literatur und einzelnen Grafiken gedankt sei, wird voraussichtlich im Jahr 2011 dazu vertiefte Erkenntnisse vorlegen.

Soellner et al. verstehen Gesundheitskompetenz als wissensbasierte, gesellschaftlich vermittelte Kompetenz, die drei Ebenen umfasst:

- a) funktionale Ebene (Lese- u. Schreibkompetenz)
- b) interaktive Ebene (grundlegende kognitive und soziale Kompetenzen)
- c) kritische Ebene (fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen)

Insbesondere der letzte Aspekt ist nicht nur bildungs- und gesundheitspolitisch, sondern auch arbeitsmarkt- und berufspolitisch mit Blick auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit (»Workability«) und die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit (»Employability«) von hoher Relevanz.

Das von Soellner et al. erarbeitete Strukturmodell der Gesundheitskompetenz, beinhaltet acht Komponenten:

- a) Selbstwahrnehmung (Körperbewusstsein)
- b) Selbstregulation

- c) Verantwortungsübernahme (für die eigene Gesundheit)
- d) Informationsbeschaffung
- e) Informationsbearbeitung
- f) Systemwissen und Systemhandeln (Gesundheitssystem)
- g) Grundfertigkeiten (Lesen gesundheitsrelevanter Texte: »Literacy« und gesundheitsrelevante mathematische Grundfertigkeiten: »Numeracy«)
- h) Kommunikation und Kooperation (Soellner u.a. 2009b)

Dieses Strukturmodell bietet insbesondere in den Punkten a-c gute Ansatzpunkte für konzeptionelle Überlegungen, die auf psychologische Konstrukte (z.B. Selbstwirksamkeitserwartung) und Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie (Modelle der Gesundheitsverhaltensänderung) zurückgreifen und dabei Führungskräfte adressieren.

4. Resümee

Auf der gesundheitspsychologischen Ebene gilt es anzusetzen und dazu erfolgreiche Praxisbeispiele und Modelle aus Unternehmen zu generieren, die aufzeigen, wie es gelingt, die nachhaltige Leistungsfähigkeit und Motivation der Mitarbeiter durch ein kompetentes Verhalten von Führungskräften zu erhalten bzw. zu verbessern.

Im Erfahrungsaustausch über diese Arbeitserträge in Kompetenznetzwerken (Kirschbaum u.a. 2008) der »Initiative Neue Qualität der Arbeit« (INQA) ist es beispielsweise möglich, Wissen und Erfahrungen auszutauschen, um aufzuzeigen, wie Führungskräfte als Gestalter und Vorbilder eines »gesundheitsorientierten Personalmanagements« erfolgreich agieren können.

Dies dient einerseits dazu, den Unternehmenserfolg vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zu sichern, und andererseits wird die Zielgruppe der Führungskräfte in die Lage versetzt, kompetent und verantwortungsbewusst mit den eigenen Ressourcen und denen der Beschäftigten umzugehen. Damit könnte ein wichtiger Beitrag zur Umsetzung der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers durch die Führungskräfte geleistet werden.

Der »psychologische Arbeitsvertrag« (Rousseau 1995) als implizite Basis des Erhalts von Engagement, Kreativität und Mitarbeiterzufriedenheit bei den Beschäftigten könnte damit – trotz der Folgen des Strukturwandels der Arbeit – eine Vitalisierung erfahren. Die dazu not-

wendige Steuerungskompetenz der Verantwortungsträger in Unternehmen, die ich als Basis eines »Sustainable Leadership« ansehe, impliziert immer auch Aspekte der Gesundheitskompetenz, die es erlauben einzuschätzen, wo die persönlichen, mitarbeiterbezogenen und organisationalen temporären Leistungsgrenzen liegen. Nur so können die vorhandenen Gestaltungsspielräume im Betrieb durch Führungskräfte adäquat genutzt werden, um die Innovationsfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens zu verbessern, ohne dabei die Attraktivität als guter Arbeitgeber mit gesunden – und nicht zuletzt sicheren und angemessen bezahlten – Arbeitsplätzen infrage zu stellen.

Dabei sollte nicht unberücksichtigt bleiben, dass die konstruktive Zusammenarbeit mit den Betriebsräten wichtige Ansätze bietet. Die Rückbesinnung auf die Potenziale der gelebten sozialpartnerschaftlichen Zusammenarbeit im Unternehmen, die im Rahmen der Wirtschaftskrise eine Revitalisierung erfuhr, bildet deshalb eine Basis, um unter den Vorzeichen der Globalisierung den Unternehmenserfolg mit engagierten, innovativen und nicht zuletzt gesunden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zukunftsorientiert umzusetzen.

Außerdem sollten Führungskräfte auf der unmittelbaren Ebene der Zusammenarbeit einen wertschätzenden Umgang pflegen und gemeinsam an der Umsetzung auch gesundheitsbezogener Ziele arbeiten. Ein partizipationsorientierter Führungsstil mit offener Kommunikation auf Augenhöhe bietet hierfür eine unabdingbare Grundlage.

Der Innovationsforscher Staudt sagte einmal: »Innovationen werden von Menschen gemacht.« Diese Einschätzung teile ich. Nur müssen die Menschen dazu motiviert, kompetent und nicht zuletzt gesund sein, um gemeinsam im Unternehmen engagiert, kreativ bzw. innovativ sein zu dürfen und um ihre Ideen für neue Produkte, Dienstleistungen oder Verbesserungen im Arbeits- und Betriebsablauf einbringen zu können.

Den Führungskräften kommt dabei als »Ermöglicher« eine zentrale Rolle bei der Umsetzung eines »nachhaltigen Personalmanagements« vor Ort zu, um den Herausforderungen des Strukturwandels der Arbeit und den Folgen des demografischen Wandels im Unternehmen in gelebter Sozialpartnerschaft erfolgreich zu begegnen. Sie benötigen dazu aber auch Unterstützung, Freiräume und eine gezielte Qualifizierung bzw. Kompetenzentwicklung, um ihre individuelle Arbeitsfähigkeit zu erhalten und ihre eigene Beschäftigungsfähigkeit fortzuentwickeln. Nur so können Führungskräfte als Vorbild für Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter wirken und verfügen über die nötige Handlungskompetenz, auch dazu beizutragen, die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der ihnen anvertrauten Mitarbeiter in Zeiten des Wandels im Betrieb zu erhalten bzw. zu entwickeln.

Literatur

- Abel, T./Bruhin, E. (2003): Health Literacy/Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, S. 128-131. Schwabenheim.
- Barmer Ersatzkasse (Hrsg.) (2006): BARMER Gesundheitsreport 2007: Führung und Gesundheit, erstellt von R. Wieland und K. Scherrer, Wuppertal.
- Bienert, M./Drupp, M./Kirschbaum, V. (2008): Gesundheitsmanagement und Netzwerkgestütztes Lernen als Erfolgsfaktoren. In: B. Badura/H. Schröder/C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2008, Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Heidelberg, S. 155-162.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) (2010): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund/Berlin/Dresden.
- DAK (Hrsg.) (2005): DAK-Gesundheitsreport 2005, erstellt v. Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES). Hamburg.
- Hauser, F. (2008): Einsatzbereitschaft wirkt Wunder. In: Personalmagazin Heft 1, S. 22-26.
- Heinze, R.G./Naegele, G. (2008): Ältere Arbeitnehmer zwischen neuem Paradigma und traditionellen betrieblichen Personalpraktiken. In: B. Klauk (Hrsg.), Alternde Belegschaften – der demographische Wandel als Herausforderung für Unternehmen. Lengerich.
- Kastner, M. (Hrsg.) (1994): Personalpflege. Der gesunde Mitarbeiter in einer gesunden Organisation. Berlin.
- Kickbusch, I. (2006): Gesundheitskompetenz. In: News, Public Health Schweiz, Nr. 3 (online unter www.public-health.ch).
- Kickbusch, I./Maag, D./Saar, H. (2005): Enabling healthy choices in modern health societies. Badgastein: European Health Forum.
- Kirschbaum, V./Krauss-Hoffmann, P. (2008): Netzwerk KMU-Kompetenz. Ein Ansatz zur Verbesserung von Sicherheit und Gesundheit in Klein- und Mittelunternehmen (KMU) durch Kompetenznetzwerke. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, Heft 1, S. 22-24.
- Kreis, J./Bödeker, W. (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung wissenschaftlicher Evidenz, IGA-Report Nr. 3. Dresden/Essen.

- Kriegesmann, B./Kottmann, M./Masurek, L./Nowak, U. (2005): Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit. Schriftenreihe der BAuA, Fb 1038. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Minssen, H. (2000): Entgrenzungen – Begrenzungen. In: H. Minssen (Hrsg.), *Begrenzte Entgrenzungen. Wandlungen von Organisationen und Arbeit*, Berlin, S. 7-15.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal. A Challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: *Health Promotion International*, 5. Jg., Heft 3, S. 259-267.
- Osterholz, U. (1999): Der Einfluss psycho-sozialer Faktoren am Arbeitsplatz auf die Genese von Muskel- und Skeletterkrankungen. In: Badura et al., *Fehlzeiten-Report 1999*. Berlin, S. 153-171.
- Rousseau, D.M. (1995): *Psychological contracts in organizations. Understanding written and unwritten agreements*. Newbury Park 1995.
- Schulz, P./Nakamoto, K. (2005): Emerging Themes in health literacy. *Studies in Communication Sciences*, 5. Jg., Heft 2, S. 1-10.
- Senghaas-Knobloch, E. (2008): *Wohin driftet die Arbeitswelt?* Wiesbaden.
- Sockoll, I./Kramer, I./Bödeker, W. (2008): *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*, IGA-Report Nr. 13. Essen.
- Soellner, R./Huber, S./Lenartz, N./Rudinger, G. (2009a): Gesundheitskompetenz. In: G. Rudinger/K. Hörsch/T. Krüger (Hrsg.), *Forschung und Beratung – Das Zentrum für Evaluation und Methoden*. Applied Research in Psychology and Evaluation, Bd. 3. Bonn, S. 205-221.
- Soellner, R./Huber, S./Lenartz, N./Rudinger, G. (2009b): Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17. Jg., Heft 3, 2009b, S. 105-113.
- Stadler, P./Spiess, E. (2003): *Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz*, Schriftenreihe der BAuA, Fb 977. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Staudt, E./Kailer, N./Kriegesmann, B./Meier, A.J./Stephan, H./Ziegler, A. (1997): *Kompetenz und Innovation, eine Bestandsaufnahme von Personalentwicklung und Wissensmanagement*, Schriftenreihe des IAI, Bd. 10. Bochum.
- Tippelt, R./Mandl, H./Straska, G. (2003): Entwicklung und Erfassung von Kompetenz in der Wissensgesellschaft – Bildungs- und wissenstheoretische Perspektiven. In: I. Gogolin/R. Tippelt (Hrsg.), *Innovation durch Bildung, Beiträge zum 18. Kongress der DGfE*. Opladen, S. 349-369.
- Weinert, F. E. (1999): *Konzepte der Kompetenz*. OECD, Paris.
- Weinert, F. E. (2001): Concepts of competence. A conceptual clarification. In: D. Rychen/L. Salganik (Hrsg.), *Defining and Selecting Key Competencies*. Göttingen, S. 45-65.

Peter Krauss-Hoffmann/ André Grosse-Jäger

Arbeitsfähigkeit erhalten, Beschäftigungsfähigkeit fördern

Der Beitrag von Führungskräften

1. Neue Herausforderung für Führungskräfte

Die Dynamik des technischen Wandels in der Informationstechnologie und anderen Schlüsseltechnologien sowie die kontinuierlich vorschreitende Internationalisierung der Märkte führen zu einer hochflexiblen Arbeitswelt, die alltäglich veränderte Anforderungen an die Beschäftigten stellt.

Auch der Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird in diesem Zusammenhang mit veränderten Aufgabenstellungen konfrontiert. Es genügt nicht mehr ausschließlich, die »klassischen« Einflussfaktoren eines Arbeitssystems, wie z.B. Lärm, Stäube usw., hinsichtlich der Belastungs- bzw. Beanspruchungsfaktoren zu analysieren, um dann präventiv zum Schutze der Beschäftigten und damit zum Erhalt ihrer Beschäftigungsfähigkeit im betrieblichen Kontext beizutragen. Vielmehr müssen neue Fragestellungen, z.B. psychische Belastungen und die Auswirkungen neuer Formen der Arbeitsorganisation, systematisch hinsichtlich der gesundheitlichen Belastungen für die Beschäftigten untersucht werden, um die Arbeitsfähigkeit (Workability) zu erhalten bzw. die Beschäftigungsfähigkeit (Employability) zu stärken. Mitarbeiter sollen im Unternehmen Leistung erbringen, aber auch ihre Leistungsfähigkeit erhalten, um möglichst lange und erfolgreich im Erwerbsleben stehen zu können. Im Human Capital Management (HCM) sollten daher auch Rahmenbedingungen entstehen, die für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit und die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit förderlich sind.

Das Modell des nachhaltigen Personalmanagements bietet dazu einen Rahmen mit zehn Handlungsfeldern (Eberhardt 2007: 104-107):

- Nachhaltigkeit und soziale Verantwortung normativ und strategisch ausrichten

- Ausgewogene Human-Ressources-Demografie und Diversity ermöglichen
- Nachhaltig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewinnen und erhalten
- Führung und Zusammenarbeit kooperativ umsetzen
- Partizipation und Mitbestimmungsmöglichkeit unterstützen
- Lernen fördern
- Lohnsysteme differenziert gestalten
- Arbeitssicherheit und Gesundheit managen
- Vereinbarkeit von Lebensbereichen ermöglichen (»life domain«)
- Arbeit und Beschäftigungsfähigkeit sicherstellen

Die Einführung, kontinuierliche Umsetzung und stetige Verbesserung dieser Handlungsfelder trägt vermutlich dazu bei, dass Bedingungen entstehen, die positiv hinsichtlich des Erhalts der Workability und der Förderung der Employability wirken.

Die Herausforderungen können aber nur erfolgreich bewältigt werden, wenn die Einsicht aller Prozessbeteiligten besteht, dass Beiträge zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit keine belastenden Faktoren des betriebswirtschaftlichen Handelns, sondern unabdingbare und nachhaltige Beiträge zum Unternehmenserfolg darstellen. Außerdem bedarf es entsprechender Treiber in der Organisation, die diesen Prozess aktiv begleiten und fördern.

Führungskräften kommt dabei eine exponierte Aufgabe im Rahmen der effektiven und effizienten Steuerung der Humanressourcen zu. In der Regel sind Führungskräfte der Fachlinie aber auch im Sinne ihrer »Sandwichposition« immer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Hierarchie weisungsgebunden agieren. Dies kann zu besonderen – auch gesundheitlichen – Herausforderungen im Sinne einer Doppelbelastung führen, denn einerseits müssen Führungskräfte für die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter sorgen, und andererseits müssen sie für ihre eigene Employability bzw. Workability Verantwortung übernehmen, lebenslang lernen und möglichst noch als Vorbild wirken.

2. Exkurs zu Führung und Gesundheit

Eine größere Anzahl empirischer Studien zeigt auf, dass Führungskräfte einen sehr hohen Einfluss auf die Belastungssituation am Arbeitsplatz und auf das Wohlbefinden sowie die Gesundheit der Beschäftigten aus-

üben. Diese Studien werden nachfolgend auf Basis von Stadler (2009: 39ff.) kurz vorgestellt:

- Cooper und Roden belegten, dass ein autokratischer Führungsstil und ein Mangel an Rücksprache und Einbindung eine Stressursache darstellen.
- Rosenstiel et al. konnten die belastungs- und fehlzeitenreduzierende Wirkung eines partizipativen Führungsstils darlegen.
- Laschinger et al. belegten den positiven Einfluss von Führungsverhalten auf die Arbeitseffektivität und die Senkung von Spannungen.
- Schmidt wies den bedeutsamen Einfluss des Vorgesetztenverhaltens auf die Fehlzeitenentwicklung nach.

Diese Liste der empirischen Erkenntnisse lässt sich weiter fortsetzen und zeigt nur einen Ausschnitt. Gleichwohl wird aber der Zusammenhang zwischen den Themen »Führung« und »Gesundheit« deutlich.

In Metaanalysen (Heckhausen 2000; Stadler/Spiess 2003) konnten inzwischen Varianten des Führungsverhaltens als demotivierend, belastend und tendenziell fehlzeitenfördernd ermittelt werden, die nachfolgend kurz vorgestellt werden.

- Konzentration auf Sachaufgaben und Vernachlässigung der Personalaufgaben
- Autoritäres Führungsverhalten
- Geringe Anerkennung der Mitarbeiterleistung
- Häufige und unsachliche Kritik
- Vorenthaltung von Informationen
- Mangelnde Sinnvermittlung
- Ungerechte Arbeitsverteilung und fehlende Gleichbehandlung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Ausgeprägte Kontrolle und Aufsicht
- Unklare und ständig wechselnde Zielvorgaben und Führungsrichtlinien
- Geringe Einarbeitung der Mitarbeiter in neue Aufgaben
- Häufige Versetzung an unterschiedliche Arbeitsplätze und kurzfristige Änderung der Tätigkeitsinhalte
- Nichteinhalten von Versprechen über Entwicklungsmöglichkeiten
- Mangelnde Weiterbildungsmöglichkeiten
- Mangelnde Berücksichtigung der persönlichen Berufsziele der Mitarbeiter
- Unrealistisch gesetzte Leistungsziele, daraus resultierend Zeitdruck und Überstunden

- Häufiges Einmischen in Delegationsbereiche (Managementdurchgriff) (zitiert nach Stadler 2009: 40f.).

Dieser kurze Exkurs zeigt, dass die Empfindung der Arbeit als Belastung seitens der Beschäftigten vom Verhalten der Führungskräfte abhängt. Das Führungsverhalten stellt damit einen zentralen Faktor der Belastung der Mitarbeitenden in Betrieben dar.

Dabei ist zu bedenken, dass Führungskräfte in der Regel nur die von der Führungsspitze festgelegten Ziele weitergeben ohne selbst über Mittel zu verfügen, um den Leistungsdruck zu mindern (Dunkel et al. 2010). Daraus folgt, dass auch die Belastungssituation von Führungskräften verstärkt zum Thema der Gesundheitsförderung in den Betrieben werden muss. Dafür sprechen zwei zentrale Gründe: Einerseits ist die Frage zu stellen, ob Führungsverantwortung gesund ist (Barmer 2007: 56ff.), also die eigene Gesundheit der Führungskraft zu fokussieren. Andererseits ist hervorzuheben, dass Führungskräfte wegen der Einflussmöglichkeiten, der Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeitern und nicht zuletzt wegen des Interesses am Erhalt der eigenen Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit den zentralen Ansprechpartner für den Arbeits- und Gesundheitsschutz, die Betriebliche Gesundheitsförderung, das Personalmanagement und die Betriebsräte darstellen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Führungskräfte eigentlich hinsichtlich dieser an sie gestellten Herausforderungen mit Bezug zu Gesundheitsthemen qualifiziert werden bzw. wie und wo sie »Gesundheitskompetenz« (Krauss-Hoffmann 2011) entwickeln können und welcher Unterstützungs- bzw. Beratungsbedarf in diesem Kontext besteht. Nachfolgend wird dazu anhand eines Beispiels aus einem Industrieunternehmen ein Modellprogramm kurz vorgestellt.

3. Führungskräftequalifizierung unter Einbezug von Gesundheitskompetenz

Ein Blick in die Unternehmenspraxis zeigt, dass die Notwendigkeit der Entwicklung einer gesundheitsbezogenen Kompetenz für Führungskräfte durchaus erkannt wird und eine zunehmende Zahl von Unternehmen auch versucht, mit unterschiedlichen Konzepten zu agieren. Der Schwerpunkt der Maßnahmen liegt dabei in der Regel im Bereich der so genannten Lebensstilfaktoren, wie z.B. den Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten oder dem Sucht- und Genussmittelkonsum.

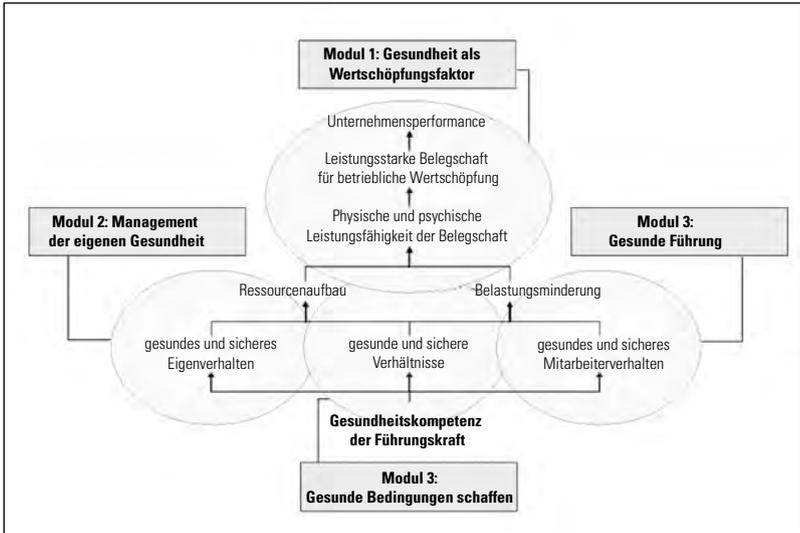
Das zum Teil sehr breite Maßnahmenspektrum spricht jedoch Gesundheit in der Regel nur in einzelnen Facetten an. Das impliziert den Nachteil, dass die Zusammenhänge zwischen verschiedenen gesundheits- und sicherheitsrelevanten Handlungen nicht erkannt bzw. genutzt werden. Andererseits wird gerade die Verhaltensprävention sowohl von den Unternehmen als auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als überwiegend private Aufgabe betrachtet. Ansätze zur Förderung gesundheitsorientierten Verhaltens verbleiben damit weitgehend auf einem freiwilligen Niveau. Die Aktivitäten von Unternehmen beschränken sich vielfach darauf, an persönliche Motive zum Erhalt der eigenen Gesundheit zu appellieren. Häufig nehmen so gerade die Mitarbeiter betriebliche Präventionsangebote wahr, die sich bereits um ihre Gesundheit kümmern.

Hier setzt das Projekt »Corporate Healthcare Management für Führungskräfte« (Göttel et al. 2007) an. Ziel des Trainingskonzeptes, das auch das eigene Kommunikationsverhalten in seiner Gesundheitswirkung reflektiert und dazu Gesprächssimulationen nutzt (Schmidt/Wilkens 2009: 599), war die Konzeption und Pilotierung eines Schulungsprogramms als Teil der systematischen Personal- bzw. Führungskräfteentwicklung mit folgenden Ansätzen:

- Führungskräfte sollen für die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und individueller bzw. betrieblicher Wertschöpfung sensibilisiert werden, indem diese gemeinsam strukturiert aufbereitet werden.
- Führungskräfte sollen in ihrer gesundheitspezifischen Kompetenz gefördert und Impulse für Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention gesetzt werden, die sich auf die eigene Person und auf die Mitarbeiter beziehen.

Das Modell soll gleichzeitig in vorhandene Personal- und Organisationsentwicklungsstrukturen von Unternehmen integrierbar sein, um die Trennung der Bereiche »Personal« und »Gesundheit bzw. Sicherheit« zu überwinden.

Die Konzeption, Durchführung und Evaluation dieses Programms wurde bei einem Industrieunternehmen in Nordrhein-Westfalen vorgenommen. Die Führungskräfte verschiedener Hierarchieebenen (vom Meister bis zum Betriebsleiter) durchliefen dazu ein Schulungsprogramm, das vier miteinander verbundene Themenbereiche des Corporate Healthcare Managements aufgriff – ausgehend von der Sensibilisierung für die allgemeinen Handlungszusammenhänge, hin zu der Vermittlung spezifischer Kenntnisse und Fertigkeiten in drei relevanten

Abbildung 1: Struktur eines Schulungsprogramms zur Gesundheitskompetenz

Quelle: Kriegesmann et al. 2007: 25

Gestaltungsfeldern. Abbildung 1 zeigt die inhaltliche Struktur des Schulungsprogramms.

Modul 1: Gesundheit als Wertschöpfungsfaktor

Um Gesundheit gegenüber Führungskräften »managementfähig« zu machen, d.h. dem Thema neben der persönlichen Relevanz auch eine hohe Akzeptanz im betrieblichen Kontext zu verschaffen, werden zunächst Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Arbeit und betrieblicher Wertschöpfung thematisiert. Gesundheit wird hierbei als Ausdruck einer individuellen physischen und psychischen Leistungsfähigkeit verstanden, auf der betriebliche Wertschöpfung basiert. Gesundheitsförderung ist demzufolge keine Goodwill-Aktion, sondern logische Konsequenz ökonomischer Vernunft. Ausgehend von traditionellen Gesundheitsmessungen anhand von krankheitsbedingten Fehlzeiten oder Arbeitsunfällen wird sukzessive eine Perspektivenerweiterung erarbeitet, in der neben der Arbeitsqualität auch die dahinterliegenden personalen, sozialen und organisationalen Einflussfaktoren aufgeblendet werden. Personale Einflussfaktoren umfassen z.B.

das individuelle Arbeits- und Gesundheitsverhalten sowie die zugrundeliegenden Kompetenzen und Handlungsmotive.

Soziale Einflussfaktoren beziehen sich insbesondere auf das Arbeitsklima und die Interaktionen zwischen Beschäftigten und Führungskräften, z.B. im Rahmen von formalen Interaktionen (Zielvereinbarungs- oder Wiedereingliederungsgespräche). Organisationale Faktoren betreffen die Gestaltung von Arbeitsinhalten und Arbeitsbedingungen. Die teilnehmenden Führungskräfte erhalten damit einen Überblick.

Sie werden gezielt in ihren unterschiedlichen Rollen angesprochen, denn als Verantwortliche für die Erreichung betrieblicher Leistungsziele sind Führungskräfte gefordert, sowohl die eigenen als auch die Leistungsbeiträge ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dauerhaft sicherzustellen.

Modul 2: Management der eigenen Gesundheit

Nach der betrieblichen Einführung werden in Modul 2 Führungskräfte in ihrer Rolle als Verantwortliche für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit fokussiert. Von zentraler Bedeutung sind hierbei die verschiedenen Formen von Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Entspannung, Sucht- und Genussmittel), der Umgang mit Stress-Situationen sowie die Handlungsmöglichkeiten zum Auf- und Ausbau einer Work-Life-Balance. Zentrale Erfolgsgröße für dieses Modul ist die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen sowie von Fertigkeiten, die unmittelbar im Arbeitsleben und in der Freizeit umsetzbar sind (z.B. einfache Entspannungstechniken oder Empfehlungen für eine gesunde Ernährungsweise). Zudem können Führungskräfte in einem Erfahrungsaustausch individuell bewährte Strategien im Umgang mit möglichen Umsetzungsbarrieren diskutieren. Zum Ende des Moduls werden die teilnehmenden Führungskräfte zudem in ihrer Vorbildfunktion angeregt, die Modul Inhalte auf der Mitarbeiter Ebene zu multiplizieren.

Modul 3: Gesunde Führung

Die Umsetzung von Inhalten des Corporate Healthcare Managements in der täglichen Führungsarbeit stellt kein zusätzliches Aufgabenfeld dar, sondern sollte als integraler Bestandteil des Führungshandelns verstanden werden. Im Rahmen des Moduls reflektieren Führungskräfte die Interaktionen mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bewusst vor dem Hintergrund von Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Im Mit-

telpunkt steht hierbei die Auseinandersetzung mit den Gesundheitswirkungen des Führungsverhaltens. Viele Führungskräfte sind sich dieser Auswirkungen gar nicht bewusst. Das Modul beleuchtet daher Zusammenhänge zwischen Führung und Gesundheit und gibt auch Anstöße für eine kritische Diskussion von Alltagshandeln. Anhand von formalen (z.B. Wiedereingliederungsgespräche) und informellen Interaktionssituationen werden positive und negative Gesundheitswirkungen transparent gemacht und als Ausgangspunkt für das Training von Kommunikationstechniken genutzt. Führungskräfte erweitern und stabilisieren so ihr Verhaltensspektrum gesunder Führung.

Modul 4: Gesunde Bedingungen schaffen

Der Einfluss von Führungskräften auf die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfasst neben der bewussten Ausrichtung der Interaktionsbeziehungen auch die Ausgestaltung von Arbeitsaufgaben und -verhältnissen sowie der Arbeitsorganisation. Wenngleich diese Aspekte in Unternehmen aufgrund der festgelegten Arbeitsprozesse zu einem gewissen Grad vorgegeben sind, gilt es, die vorhandenen Gestaltungsräume transparent zu machen und mit Empfehlungen für das konkrete Führungshandeln zu belegen.

Darüber hinaus wird mit der Ausgestaltung der sozialen Arbeitsverhältnisse ein zentrales Handlungsfeld für die Führungskräfte definiert, welches vor dem Hintergrund der zunehmenden psychischen Belastungsfaktoren sowohl im Kontext von individueller Leistungsfähigkeit und Gesundheit als auch in seiner betriebswirtschaftlichen Relevanz für Unternehmen diskutiert wird. Um die Teilnehmer in ihren gesundheitsbezogenen Handlungen nachhaltig zu unterstützen, wird zum Abschluss eine betriebsspezifische »Gesundheitslandkarte« entwickelt, in der vorhandene Angebote und Akteure verortet werden. Führungskräfte erhalten so eine Übersicht, die es ihnen ermöglicht, Impulse in weiterführenden Maßnahmen zu vertiefen und ggf. Verbesserungsvorschläge mit gesundheitsbezogenen Themen zu entwickeln (Kriegesmann et al. 2007: 26-28).

Insgesamt ist festzuhalten, dass das Schulungsprogramm »Corporate Healthcare Management für Führungskräfte«, das von den Teilnehmern der Kompetenzentwicklungsmaßnahme sehr positiv im Unternehmen aufgenommen wurde, einen erfolgversprechenden Ansatz darstellt, um die Qualifizierung und Kompetenzentwicklung von Führungskräften als Teil der Umsetzung des nachhaltigen Personalmanagements in der

Linie zu verbessern und dabei die Herausforderungen des Strukturwandels der Arbeit und des demografischen Wandels einzubeziehen.

4. Ausblick

Die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Führungskräfte und deren Mitarbeiter stellen eine wesentliche Prämisse für einen erfolgreichen Wirtschaftsstandort und gute Arbeitsbedingungen und Arbeitsverhältnisse in Deutschland dar. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat diese Herausforderung angenommen und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit sowie die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit als Handlungsschwerpunkt festgelegt. An der unternehmensbezogenen Umsetzung, die insbesondere transferbezogene Aktivitäten zur zukunftsgerechten Gestaltung der Arbeitswelt fokussiert, arbeitet seit Jahresanfang 2011 eine Gruppe, die mit der Neuausrichtung der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) befasst ist.

Im vorliegenden Beitrag wurde dargestellt, welche Herausforderungen aus dem Strukturwandel der Arbeit an die Führungskräfte resultieren, wie Zusammenhänge von Führung und Gesundheit ausgestaltet sind und wie durch eine fundierte Qualifizierung bzw. Kompetenzentwicklung der Führungskräfte, die auch gesundheitsbezogene Kompetenzen impliziert, Wege aufgezeigt werden können, um Führungskräfte zu befähigen, ihrer Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern und gegenüber ihrer eigenen Gesundheit gerecht zu werden. Die Zusammenarbeit mit betrieblichen Akteuren des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Kontext der Gefährdungsbeurteilung bietet dazu eine wichtige Basis, die auch eine rechtliche Verpflichtung gemäß Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) ist.

Ein nachhaltiges Personalmanagement, das Personalentwicklung zur Förderung gesundheitsspezifischer Kompetenz auch als Impuls für die Organisationsentwicklung (Kriegesmann et al. 2006) versteht, wird die Potenziale des Themenkomplexes »Führung und Gesundheit« aber darüber hinaus nutzen und dazu alle Fachakteure und Sozialpartner zielgerichtet einbinden.

Vorarbeiten dafür sind an vielen Stellen bereits vorhanden. Im Sinne einer salutogenen Denkweise ist eine Abkehr von Defizitmodellen hin zu Ressourcenmodellen hilfreich, die mehr auf die Themen »Gesundheitsressourcen« und »individuelle und organisationale Resilienz« (Kastner

2011) setzen. Das Konstrukt der Resilienz, das als »psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken« verstanden werden kann (Wustmann 2004), bietet dabei wichtige Ansätze, denn Resilienz ist nicht angeboren, sondern entwickelt sich im Interaktionsprozess (Fröhlich-Gildhoff 2009). Es ist nicht nur auf der individuellen Ebene, sondern insbesondere auch auf der organisationalen und sozialen Ebene im Sinne der konstruktiven Interaktion zwischen Mitarbeitern und Führungskräften ein möglicherweise noch unausgeschöpftes Potenzial.

Auch das virulente Thema der psychischen Arbeitsbelastungen (Lenhart et al. 2010) bietet einen wichtigen Ansatzpunkt für Modell- und Transferprojekte.

Auf der betrieblichen Ebene liegt insbesondere mit der Gefährdungsbeurteilung (ArbSchG) bereits ein Instrument vor, um auch psychische Belastungen in Unternehmen systematisch zu analysieren und Problembewältigungsstrategien zu entwickeln.

Die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) bietet eine gute Plattform, die, getragen von den Sozialpartnern und anderen relevanten Stakeholdern, Raum für tragfähige und praktikable Lösungsansätze mit konkretem Anwendungsbezug in Unternehmen bietet, um innovative Beratungs- und Coachingansätze zur Gesundheitskompetenz unter Einbezug ressourcenorientierter Ansätze zu befördern.

Literatur

- Barmer Ersatzkasse (Hrsg.) (2006): BARMER Gesundheitsreport 2007: Führung und Gesundheit, erstellt von R. Wieland und K. Scherrer. Wuppertal.
- Dunkel, W./Kratzer, N./Menz, W. (2010): Permanentes Ungenügen und Veränderungen in Permanenz – Belastungen durch neue Steuerungsformen. In: WSI-Mitteilungen, Heft 7.
- Eberhardt, D. (2007): Nachhaltiges Human Capital Management. In: B. v. Hasse/R. Oetinger/A. Ritter/M. Thul (Hrsg.), Nachhaltige Unternehmensführung. Excellence durch Verknüpfung wirtschaftlicher, sozialer und gesellschaftlicher Verantwortung. München, S. 97-114.
- Fröhlich-Gildhoff, K./Rönnau-Böse, M. (2009): Resilienz. München/Basel.
- Göttel, S./Kottmann, M./Krauss-Hoffmann, P./Schmidt, A. (2007): Entwicklung und Umsetzung eines modularen Schulungskonzeptes »Corporate Healthcare Management« für Führungskräfte. In: Gesellschaft für Arbeits-

- wissenschaft e.V. (Hrsg.), Kompetenzentwicklung in realen und virtuellen Arbeitssystemen. Bericht zum 53. Arbeitswissenschaftlichen Kongress. Dortmund, S. 135-138.
- Kastner, M. (2010): Individuelle und organisationale Resilienz als Komponente eines ganzheitlichen Leistungs- und Gesundheitsmanagements. In: Ders., Leistungs- und Gesundheitsmanagement, psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation. Lengerich, S. 324-337.
- Krauss-Hoffmann, P. (2011): Gesundheitsbezogene Kompetenzen als Teil der Führungskompetenz? Ideen zur Erweiterung des Kompetenzspektrums von Führungskräften. In: M. Giesert (Hrsg.), Erfolgreich führen ... mit Vielfältigkeit und mit Vielfältigkeit und Partizipation der Beschäftigten! Hamburg, S. 44-54.
- Kriegesmann, B./Kottmann, M. (2006): Neue Aufgaben für die Personalentwicklung: Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit durch Verzahnung von Kompetenzentwicklung und Gesundheitsförderung. In: P. Krauss-Hoffmann/R. Manz/R. Overhage (Hrsg.), Lebenslanges Lernen – Konzepte, Strukturen und Perspektiven als Beitrag für ein Leitbild moderner Arbeit. Bericht des Thematischen Initiativkreises Lebenslanges Lernen – INQA-Lernen – der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). 1. Aufl. Dortmund, S. 163-170.
- Kriegesmann, B./Göttel, S./Kottmann, M./Schmidt, A. (2007): Entwicklung und Umsetzung eines modularen Schulungsprogramms »Corporate Healthcare Management für Führungskräfte«, unveröffentlichter Forschungsbericht, Forschungsprojekt F 2156 der BAuA. Bochum.
- Lenhardt, U./Ertel, M./Morschhäuser, M. (2010): Psychische Arbeitsbelastungen in Deutschland: Schwerpunkte – Trends – betriebliche Umgangsweisen. In: WSI-Mitteilungen, Heft 7, S. 1-9.
- Schmidt, A./Wilkens, U. (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement im Aufgabenfeld von Führungskräften. In: L. Rosenstiel/M. Domsch/E. Regnet (Hrsg.), Führung von Mitarbeitern. Stuttgart, S. 590-600.
- Stadler, P./Spiess, E. (2003), Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz, Schriftenreihe der BAuA, Fb 977. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Stadler, P. (2009): Führungsverhalten und Gesundheit. In: M. Giesert (Hrsg.), Führung und Gesundheit. Gesundheitsgipfel an der Zugspitze. Hamburg, S. 39-49.
- Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim.

Bernhard Grunewald

Das Kreuz mit der Gesundheit

Sind Vorgesetzte das Rückgrat der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?

Es muss gleich am Anfang gesagt werden, und zwar als Summe persönlicher Erfahrung nach über 40 Jahren Arbeit – u.a. als Angestellter im Lkw-Handwerk, als Briefträger bei der gelben Post, als Röntgen- und Laborassistent in einer orthopädischen Landesklinik, nach 16 Jahren Wechselschicht als Akkordarbeiter in der Produktion und Facharbeiter im Reparaturbereich, danach mehr als 20 Jahren in der Schwerbehindertenvertretung: Aus Sicht der allermeisten Beschäftigten erscheinen betriebliche/dienstliche Vorgesetzte schlichtweg als »die Firma« oder »das Amt« selbst – gewissermaßen die repräsentative Verkörperung einer ideellen Gesamtidee, selbstredend deren höheren Zielen geweiht und verpflichtet, von vielen erlebt als »die Stimme des/der Herren«.

Unabhängig vom jeweiligen Erfolg oder Misserfolg der Vorstandsetage eines Unternehmens, der Geschäftsführung eines Betriebes oder der Amtsleitung einer Behörde: Für den Betriebsalltag und das Alltagsbewusstsein der Beschäftigten, für ihr gefühltes Wohl und Wehe, für erhofftes Lob und befürchteten Tadel, für erwarteten Aufstieg und erlittenen Niedergang, für ersehnten Glanz und empörendes Elend ihrer Arbeitswelt sind es tatsächlich vor allem die Vorgesetzten mit ihrem Denken, Reden und Handeln, mit ihrer ganzen Verfasstheit und Präsenz vor Ort, die unmittelbar auf die Gedanken und Gefühle, auf die Haltungen und Entscheidungen, auf die körperliche, geistige und seelische Gesundheit der Beschäftigten einwirken.

Schon der alleinige Wechsel von Vorgesetzten oder deren letztendlicher Weggang kann ebenso größte Erleichterung auslösen wie dunkelste Befürchtungen wecken. Die Erfahrung lehrt, dass viele Vorgesetzte – nicht selten, ohne es zu wissen – teils mehr direkten Einfluss, positiv wie negativ, auf die Lebenssituation und das Lebensgefühl der Beschäftigten ausüben als langjährige Ehe- oder Lebenspartnerinnen

und -partner, Angehörige, Freunde und Bekannte. Ein Umstand, an dem auch gute bis sehr gute Betriebsrats- oder Gewerkschaftsarbeit nicht zu rütteln vermag – trotz deren unmittelbarer Nähe, trotz aller solidarischen Gemeinsamkeit und egalitären Verbundenheit miteinander.

Schließlich bewegt sich das Verhältnis der Beschäftigten zu ihren Vorgesetzten nicht auf der gleichen Augenhöhe und Gefühlsebene wie zu den eigenen (oder in die Interessenvertretung gewählten) Arbeitskollegen: Vorgesetzte sind Teil einer strikten betrieblichen oder dienstlichen Hierarchiekette, dem Grunde nach eben nicht demokratisch gewählt, sondern von der Betriebs- oder Amtsleitung »ausgewählt« und der Belegschaft eben »vor-gesetzt«. Dass es bei der Bewerbung, Auswahl, Bestellung, Beförderung sowie bei der Alltagsarbeit von Vorgesetzten zwischenzeitlich historisch erkämpfte Mitbestimmungsrechte der Belegschaften qua Betriebs- oder Personalrat oder Einflussmöglichkeiten für Schwerbehindertenvertretungen gibt, ändert zunächst zwar wenig an dieser Gliederkette des Unternehmens, die zentral auf das Ausführen von Anweisungen der Betriebs- oder Amtsleitung ausgerichtet ist, es soll aber zumindest verhindern helfen, dass Vorgesetzte mit ihren Untergebenen »Schlitten fahren«. Und es soll sicherstellen, dass sie sich an gemeinsam vereinbarte Unternehmensziele und -leitlinien halten und Grundsätze moderner Personalführung kennen, beachten und umsetzen. Dazu gehören unabdingbar die individuellen Rechte der Betroffenen, eingebettet in kollektive Rechte der Belegschaft und deren gewählten Interessenvertretungen sowie der Rechte der im Betrieb vertretenen Gewerkschaft.

Darüber hinaus verfügt eine steigende Anzahl von Unternehmen mittlerweile auch über einen entsprechenden, selbstverpflichtenden Verhaltenskodex (z.B. »Code Of Conduct« oder »Corporate Governance Codex« bzw. »United Nations Global Compact«). Insbesondere international operierende Konzerne haben bereits solche nationalen, europäischen oder transkontinentalen Vereinbarungen mit ihren Interessenvertretungen abgeschlossen, die für jede/n einzelne/n Beschäftigte/n im Unternehmen insbesondere Respekt und Chancengleichheit einfordern und zusagen. Diese »Best-Practise«-Vereinbarungen folgen einer weltweiten Tendenz zur Stärkung und Kontrolle von Grund- und Menschenrechten, wie z.B. in der »Antidiskriminierungsrichtlinie« der EU aus dem Jahr 2000 – Basis für das deutsche »Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz« von 2006 – und der »Charta der Grundrechte der Europäischen Union« von 2009.

Neu hinzugetreten ist das von der UN-Vollversammlung im Dezember 2006 beschlossene, von Deutschland im März 2009 ratifizierte und völkerrechtlich verbindliche Menschenrecht auf vollständige *Inklusion* behinderter und chronisch kranker Menschen in unsere Gesellschaft ohne Diskriminierung und Barrieren, auch und gerade in der Arbeitswelt. Selbstredend sollte diese neuere, an Wertschätzung, Recht und Respekt orientierte Grundhaltung gegenüber allen Menschen mittlerweile auch an alle Vorgesetzten im Unternehmen vermittelt werden – möglichst nicht nur einmal.

Der Kernauftrag an Vorgesetzte, wie ihn viele Beschäftigte hingegen wahrnehmen, bleibt: Sie werden nach deren Auffassung dafür bezahlt, Direktiven des Vorstandes oder der Amtsleitung im Alltag umzusetzen und zu diesem Zweck die vom Untergebenen per Arbeitsvertrag geschuldete Arbeitsleistung gegebenenfalls wöchentlich, täglich, stündlich oder minütlich zu ermöglichen und für das Unternehmen einzufordern. Dieses originäre Direktionsrecht verleiht Vorgesetzten aus Sicht der Beschäftigten eine durchaus gefühlte Dominanz und Souveränität, die von natürlicher Autorität bis hin zu selbstverliebter Arroganz alle Spielarten menschlichen Verhaltens kennt, gepaart mit teils hervorragendem, teils eher kläglichem Sachverstand. Viele Beschäftigte hegen zudem die oftmals begründete Vermutung, dass Vorgesetzte sich bei diesem Alltagsgeschäft zwar im Einzelfall mit der Personalabteilung abstimmen müssen, dies aber eher auf eine unheilige Allianz gegen die Beschäftigten hinauslaufen kann, die gefühlte Macht des Vorgesetzten also eher zusätzlich und effektiver verstärkt wird. Oft bleibt verborgen, dass auch Personalabteilungen in der Begleitung, Betreuung, Beratung, Kontrolle und Steuerung der Vorgesetztentätigkeit im Einzelfall alle Hände voll zu tun haben.

In Zeiten wie diesen jedoch, die oftmals von Sorgen und Ängsten der Beschäftigten über den weiteren wirtschaftlichen Fortgang des eigenen Unternehmens, des Amtes, der Wirtschaft, ja des Staates geprägt sind, in denen die dauerhafte und gefestigte Zukunft des jetzigen Arbeitsplatzes, ja des Arbeitsverhältnisses insgesamt eher ungewiss scheint, ist das Auftreten und Gebaren gerade auch der Vorgesetzten auf nahezu allen Ebenen des Betriebes dem Grunde nach Gradmesser und Anlass für Hoffen und Bangen, Orientierung oder Verunsicherung der Beschäftigten. Führungslose Vorgesetzte, in Krisenzeiten vom Management alleine gelassen oder desinformiert, tragen aus Sicht der Untergebenen in einem erheblichen Umfang zum Gesamtbild

des Unternehmens und damit zur atmosphärischen und tatsächlichen Leistungsbereitschaft einer Belegschaft bei. In turbulenten oder existenziell schwierigen Zeiten treten Licht und Schatten, beste Tugenden und dunkelste Seiten einer Organisation ja offen zu Tage und werden dann buchstäblich von betrieblichen/dienstlichen Vorgesetzten verkörpert. So steigt deren alltagsmächtige Bedeutung auch und gerade in schwieriger Zeit an.

Zudem sind Beschäftigte mit »ihrem/r« Vorgesetzten zeitweilig häufiger und länger zusammen als mit eigenen Familienmitgliedern, was nochmals eine besondere Vertrautheit miteinander mit sich bringt, im Guten wie im Schlechten. Überhaupt bestimmt das Wechselspiel zwischen intensiver Nähe und instinktiver Distanz des Einzelnen zum Vorgesetzten – und umgekehrt – oftmals nicht nur deren internes Binnenverhältnis, sondern hat zudem Ausstrahlungscharakter auf das Kollegialverhältnis aller dort Beschäftigten untereinander: Fühlen sie sich untereinander und mit den Vorgesetzten verbunden, gehen sie für die Vorgesetzten »durchs Feuer« oder leben sie in ihren jeweiligen Parallelwelten und arbeiten per beiderseitigem »Dienst nach Vorschrift« neben- oder gegeneinander?

Und umgekehrt: Stehen die Vorgesetzten hinter »ihren« Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, hinter jedem/r Einzelnen? Tragen die Vorgesetzten die persönlichen und kollektiven Anliegen, Bedarfe und Besorgnisse aus der Mitte des Betriebsalltags weiter und kümmern sich um deren Erledigung? Oder machen sie dies nur in bestimmten Fällen, bei bestimmten Personen, oder nie? Diese Orientierung des jeweiligen Vorgesetzten kann durchaus Kristallisationspunkte in der Abteilung schaffen, kann weitere Mitarbeiter in deren Bann ziehen oder abstoßen – Vorgesetzte scheinen dabei oftmals wie von einem wirkungsmächtigen Magnetfeld umgeben: Sie sind Kraftzentren oder Hemmnis für die Weiterentwicklung des Einzelnen, des Potenzials der Organisation.

Und sie haben – Teamarbeit hin, Gruppenarbeit her – das unmittelbare Direktionsrecht, sie geben Anweisungen und Aufträge, die jenseits aller modernen oder modischen Arbeitsteilung zu befolgen oder zu erledigen sind. Auch wenn der anvertraute Beschäftigte in seinem Zuhause den größten Sportverein, eine Kirchengemeinde, eine Bürgerinitiative oder einen Chor leitet, seine Mitbürgerinnen und Mitbürger im Gemeindeparlament oder Magistrat vertritt oder Menschen im langjährigen Pflegefall oder beim Sterben begleitet, also im freizeithlichen Ehrenamt erkennbar mehr Verantwortung trägt als der unmittel-

bare Vorgesetzte – im Betriebsalltag stehen Vorgesetzte, gefühlt und gemessen, zunächst mal »oben«, der Beschäftigte »unten«. Und das ist allen Beteiligten auch unausgesprochen klar, die Orientierung im Oben-Unten-Gefüge ist oft eine funktionierende gesellschaftliche, spätestens betriebliche Einübung.

Und gibt es im Betriebsalltag Reibungspunkte, z.B. im Spannungsfeld zwischen der Ausübung des Direktionsrechtes durch die Vorgesetzten und deren zeitgleicher Fürsorgepflicht, so spielen sich Konflikt, Konfrontation, Kritik und Konsens in der Regel ebenfalls direkt und zunächst unmittelbar zwischen Mitarbeiter und Vorgesetztem ab, bevor gegebenenfalls Dritte eingeschaltet werden – hier entsteht essenziell mehr oder weniger persönliches Vertrauen, Respekt, Bindung und Verantwortung, und zwar nachhaltig auf beiden Seiten!

Um die Eingangsfrage aber gleich zu beantworten: Ja, neben der unbestreitbar wichtigen und hervorragenden Tätigkeit einer Interessenvertretung, die den Beschäftigten mit Gesundheitsproblemen Schutz und Rückendeckung gewährt und ihnen im harten Betriebsalltag den Rücken stärkt, sind es tatsächlich die Vorgesetzten, die einem nicht nur Lasten aufbürden oder abnehmen, die einen belasten, überlasten, aber auch entlasten können – Vorgesetzte können die Beschäftigten gerade im Falle einer (chronischen) Erkrankung oder Behinderung eben auch kräftig unterstützen, sie wirkungsvoll mittragen, sie motivieren, sie immer wieder aufrichten, ihnen Rückhalt geben, sie stärken im eigenen, hoffentlich aufrechten Gang! Es fühlt sich vollkommen anders an, steht der Vorgesetzte im Krankheitsfall hinter ihnen – so berichten zahllose Beschäftigte immer wieder, auf allen Ebenen!

Es gibt hierfür keinen besseren Beleg als die Erfolge der letzten Jahrzehnte, die bei Alkohol- und Suchterkrankungen in den Betrieben erzielt werden konnten. Hier war das Verhalten der Vorgesetzten zentral und entscheidend, ob beim Hinsehen statt Wegschauen, ob beim Gang zum Werksarzt, zum Suchtberater, zum Betriebsrat, zur Personalabteilung, beim Aufenthalt im Krankenhaus oder zur Entwöhnung in der Reha-Klinik: Mit dem Besuch oder der Begleitung durch die Vorgesetzten ging die Hoffnung oftmals Hand in Hand, dass alles gut wird, solange nur deren Rückhalt gegeben bleibt!

Und die Erfindung, Einführung und Etablierung z.B. von Krankenrückkehrgesprächen und Anwesenheitsverbesserungsprogrammen Anfang der 1990er Jahre hatte u.a. viel mit der heimlichen Erfahrung und inneren Einsicht von Unternehmen zu tun, dass ein nicht unerheblicher Teil

der Krankenstände direkt und indirekt mit Führungsverhalten der Vorgesetzten zu tun hatte, die Untergebene über Jahre hinweg teils als Nummern, deren An- oder Abwesenheit dem Grunde nach egal war, teils als gesichtslose Arbeitskräfte, deren Bedarfe und Potenziale im Betriebsalltag kaum eine Rolle spielten, behandelt hatten. Mit der Erkenntnis »Was kränkt, macht krank« und »Motivierung statt Disziplinierung« entstanden neue Blickwinkel und Verhaltensmaßregeln im Betrieb: Plötzlich mussten Vorgesetzte wieder – und zwar firmenseitig kontrolliert sowie unter teils misstrauischer Beobachtung der Interessenvertretungen – auch mit jenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern reden oder ins Gespräch kommen, denen sie früher nach Rückkehr aus Krankheit noch nicht einmal »Guten Tag« gesagt, geschweige denn, sich nach deren Befinden erkundigt hatten. Kommunikation und Motivation sind hingegen Schlüsselemente für ein dauerhaft erfolgreiches Miteinander im Unternehmen, gerade auch im engen betrieblichen Kontakt, der sich ja bei bekannten Alltagsproblemen bewähren soll.

Vorgesetzte durchdringen solchermaßen – positiv wie negativ – mit ihrem Verständnis, ihrem Verhalten, ihrem Vertrauen und ihrem Vorbild die Poren des betrieblichen oder dienstlichen Alltags und damit des bewussten und unbewussten Erlebens ihrer Untergebenen. Mit ihren Generaltugenden wie Respekt, Menschlichkeit, Gerechtigkeit, Fairness, Unterstützung, Würdigung, Chancengleichheit und Gleichbehandlung definieren sie nicht nur in starkem Maße die Entlohnung oder Vergütung, den Aufgabenzuschnitt und Aufgabenschwerpunkt, die generellen oder speziellen Grenzen von Verantwortung ihrer MitarbeiterInnen, sie beeinflussen direkt und spürbar auch deren Leistungsbereitschaft und Handlungswillen. Kurz: In Vorgesetzten spiegeln sich sowohl die Ambitionen des Unternehmens als auch die der Beschäftigten wider – und viele Vorgesetzte sollen (und wollen) es möglichst allen Seiten recht machen.

Dass es nie einfach war, sich ausgeglichen, ausgleichend und erfolgreich zwischen den Interessenlagen des Unternehmens oder den Alltagsinteressen der Beschäftigten zu bewegen, zeigt das Phänomen des in ärztlichen Fachkreisen so genannten »Werkmeister-Ulcus«, der bis in die 1970er Jahre das Magengeschwür eines betrieblichen Vorgesetzten benannte, der seinen Meistertitel lediglich von »seinem« Unternehmen verliehen bekam und danach zwischen die Mühlsteine unterschiedlicher Interessen und Loyalitäten zwischen Belegschaft, Ingenieuren und Betriebsführung geriet.

Diese Rolle(n Erwartung) ist angesichts der zunehmenden und zusätzlichen Belastungen im heutigen Betriebsalltag auch heutzutage nicht immer einfach, setzt dies alles doch voraus, dass auch die Vorgesetzten selbst in bester Verfassung sind und ihnen im gesundheitlichen Bedarfsfall selbstverständlich mit entsprechender Rücksichtnahme und angemessener Unterstützung geholfen wird. Davon können viele Vorgesetzte gerade in diesen Zeiten jedoch nur träumen! Unter dem immensen Druck eines zunehmend globalisierten Wettbewerbes nähern sich die Arbeitsbedingungen in den klassischen »Blue Collar«-Bereichen der Produktion, Logistik und Instandhaltung sowie der vor- und nachgelagerten »White Collar«-Bereiche der Konstruktion, Entwicklung, Planung, Finanz, Administration, Verkauf und Vertrieb schneller an als jemals zuvor: Allbekannte Phänomene der Akkord- und Schichtarbeit in der Fertigung – eine stetig zunehmende physische und psychische Belastung einerseits, mangelndes Wohlbefinden von Körper, Geist und Seele andererseits – sind längst auch in die klassischen Angestelltenbereiche der Entwicklungs-, Produktions- und Verwaltungsbereiche eingezogen. Eine nie gekannte Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit, befördert von allseitigen Anstrengungen zur Erhöhung der Effizienz bei noch geringeren Kosten nehmen von Projekt zu Projekt druckvoll zu, Glanz und Elend des Angestellten- und Vorgesetztendaseins liegen enger zusammen denn je!

Zeitdruck und Stress sind ja längst direkt am Fließband, in der Werkstatt und im Büro angekommen. Dies bestätigen mittlerweile nicht nur Meister in der Fertigung oder den Fachbereichen, sondern auch Produkt-, Projekt- und Planungsingenieure, Personaler, Einkäufer, Finanz-, Marketing- und Vertriebsfachleute! Überlastung, Erschöpfung und Burn-Out-Syndrom machen mittlerweile auch vor Teilen des betrieblichen Managements nicht halt.

Die so genannte Abflachung betrieblicher Hierarchien führt zu einer steigenden Verantwortung der verbliebenen betroffenen Vorgesetzten, deren eventueller Entlastung im operativen Tagesgeschäft durch Gruppen- oder Teamarbeit eine noch stärkere Einbindung in strategische Aufgabenfelder gegenüberübersteht, wobei damit oftmals die klaglose Umsetzung vorgegebener Entscheidungen gemeint ist. Der stetig steigende Einsatz modernster Informations- und Kommunikationstechnologie – vorangetrieben von mittlerweile global agierenden Unternehmensvorständen, hier insbesondere deren Finanzabteilungen, auf der Suche nach schnellst- und größtmöglicher Umsatzrendite – veränderte dazu in

brachialer Geschwindigkeit und nie gekannter Intensität die (globalen) Anforderungen, den Arbeitsalltag und die Entscheidungskultur sämtlicher traditioneller Unternehmensbereiche. Management, Vorgesetzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geraten auf eine nie erlebte Stufenleiter druckvoller Transparenz, steigender Konkurrenz und damit deutlich spürbarer Mehrbelastung.

Dazu kommen, insbesondere bei schwieriger Marktlage, massive Budget- und Kostenreduzierungen bei gleichzeitig steigenden Produktivitäts- und Qualitätsanforderungen. Der erkennbaren Beschleunigung und Verdichtung oftmals global organisierter Arbeits- und Entscheidungsprozesse stehen gleichzeitig zunehmende Datenbürokratie, anschwellende Kontroll- und Arbeitsprozessflut und immer anonymere Entscheidungsprozesse gegenüber. Regionale, lokale, individuelle Bedarfe blieben dabei zunehmend außen vor – Zentralismus und Kontrolle aus zentraler oder globaler Distanz sind derzeit en vogue. Dies gipfelt z.T. in oft kläglichen Versuchen, völlig differente Unternehmensphilosophien und höchst unterschiedliche Arbeits- und Alltagskulturen über Kontinente hinweg in atemberaubender Geschwindigkeit miteinander zu verschmelzen.

Ganz klar: Die Sorge, mitten in turbulenten wirtschaftlichen Krisen im Unternehmen »aufzufallen«, lässt viele Betroffene noch zögern, diese »ihre« Probleme anzusprechen – aber die Zahl der Rat- und Schutzsuchenden in den Interessenvertretungen der Betriebe und Dienststellen steigt trotz alledem! Und ihre Ansprüche sind keinesfalls geringer als die der eher »klassischen« Kunden aus der Produktion oder der Werkstatt! Hierbei steht auch für Vorgesetzte oftmals die Sorge um die eigene Gesundheit im Mittelpunkt, nicht zu Unrecht, wie es scheint. Aber zeitgleich wird von ihnen ja auch abgefordert, dass die ihnen anvertrauten Beschäftigten nicht nur weit produktiver arbeiten als alle internen und externen Mitbewerber, sondern dass sie darüber hinaus auch noch weniger am Arbeitsplatz fehlen als jemals zuvor und möglichst alle geplanten und ungeplanten Veränderungen der Arbeitsprozesse, Arbeitsorganisation und Arbeitszeit klaglos bewältigen. Der Stellenwert von nachhaltiger Gesundheit, Beschäftigungsfähigkeit und Leistungsvermögen ist deshalb nicht hoch genug anzusiedeln.

Hierbei können die Vorgesetzten, aber auch die Beschäftigten selbst in »majestätischer Gleichheit« auf all jene sozialpolitischen Strukturen und Regelungen zurückgreifen, die zunächst insbesondere für die zunehmend älter werdenden Produktionsbelegschaften aufgebaut wur-

den: Angesichts stetig steigender Leistungsabforderungen wurden in vielen Betrieben im kritischen, hartnäckigen Dialog mit dem Management über viele Jahre hinweg bereits erhebliche Verbesserungen von Prävention und Rehabilitation durchgesetzt: Der Ausbau des betrieblichen Gesundheitsschutzes, Gesundheitsberichte der Krankenkasse, regelmäßige gemeinsame Arbeitsplatzbegehungen, Runde Tische oder Gesundheitszirkel, die Benennung von Integrationsmanagern und deren Schulung zu Certified Disability Management Professionals (CDMP) und ein noch engeres Zusammenrücken betrieblicher Integrations- und Helferteams aus Personalabteilung, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung gemeinsam mit Werksarzt, Arbeitssicherheit, Berufsgenossenschaft und Krankenkasse ließ nicht nur Unfallquoten sinken – es wurden auch neue Formen der Zusammenarbeit gesucht und eingeübt. Dabei profitierten alle Beteiligten gleichermaßen von den unzähligen positiven Erfahrungen, die sich a) seit Mitte der 1980er Jahre bei der nachhaltigen, betrieblich koordinierten Unterstützung für Alkohol-erkrankte u.a. durch professionelle Suchtberater und b) durch die klassische Versorgung von Unfallopfern durch Berufshelfer der Berufsgenossenschaft ergeben haben. Hier wurde in Tausenden schwierigster Fälle »Rehabilitation mit allen erdenklichen Mitteln« erfolgreich angewandt, gemeinsam mit dem Betroffenen, dem Betrieb, den Werksärzten, den Vorgesetzten, den Kollegen und der Familie! Und es entstanden vorbildliche Muster-Strukturen für die Betriebe, die es anzunehmen und weiterzuentwickeln galt.

Auf Druck von Beschäftigten, Vertrauensleuten, Betriebsräten und Schwerbehindertenvertretungen entwickelten sich daraus zusehends moderne betriebliche Netzwerke zur präventiven oder rehabilitativen Unterstützung des Einzelnen, die nun auch der Belegschaft insgesamt zu Gute kommen. Diese Integrations- oder Helferteams stellen eine enge Zusammenarbeit im Einzelfall mit Unfall- und Suchtkliniken, Ärztenetzen, Krankenhäusern und Reha-Kliniken sicher. Mit aktiver Hilfe des Betriebes und der Sozialversicherer, aber auch der Hauptfürsorgestellen und Integrationsämter wird begleitende Hilfe, berufliche Teilhabe, medizinische Rehabilitation und betriebliche Integration organisiert. Es gibt zwischenzeitlich Kooperationsverträge zwischen Unternehmen, Krankenkassen und Rentenversicherern, die auf Veranlassung der Arbeitsmediziner im Betrieb eine umgehende, unbürokratische Rehabilitationsmaßnahme für Reha-bedürftige Beschäftigte sicherstellen. Dies auch mit dem Ziel, gerade den älteren Beschäftigten eine solida-

rische Chance zur Stabilisierung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu ermöglichen und damit zu ihrer dauerhaften Integration in die Arbeitsteams beizutragen – was natürlich auch für Vorgesetzte gilt.

Zusätzlich – und unabdingbar angesichts der demografischen Entwicklung der Gesellschaft insgesamt sowie des erkennbaren Alterwerdens der Belegschaften – sind mittlerweile sozialpolitische Neuregelungen des Gesetzgebers in Kraft getreten, die im Laufe der letzten Jahre gerade auf Zuspruch betrieblich und gewerkschaftlich gut organisierter Interessenvertretungen zustande kamen und gesetzlich verankert werden konnten. Im direkten Dialog mit dem Beauftragten der 1998 neu gewählten Bundesregierung für Belange behinderter Menschen konnte z.B. auf die positive Wirkungsmächtigkeit solcher betrieblicher Präventions- und Integrationsvereinbarungen gerade im Bereich der Automobil- und Zulieferindustrie hingewiesen werden. Auf dem Hintergrund anhaltend hoher Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderung war die Regierung offen auf der Suche nach Möglichkeiten, Schwierigkeiten im Arbeitsverhältnis bereits präventiv im Betrieb zu begegnen, um mögliche Kündigungen und zusätzliche Lasten durch Arbeitslosigkeit zu vermeiden.

Bestanden doch auf dem Arbeitsmarkt – damals wie heute – kaum nennenswerte Chancen, neue Arbeit zu finden, gerade im Falle der älteren Beschäftigten mit Behinderung. Erste Folge war eine Neuregelung im Schwerbehindertengesetz, beflügelt von alltagstauglichen präventiven Regelungen gerade auch in der Automobilindustrie: Der Gesetzgeber fand den politischen Mut, dieses neue betriebliche Instrument der Präventionsverfahren aufzunehmen und erstmals gesetzlich und verbindlich zu verankern.¹

In den Folgejahren konnte mehr denn je gerade für den Schutz älterer, als schwerbehindert anerkannter oder gleichgestellt behinder-

¹ Zum 1.1.2000 wurde mit dem »Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter« der §14c neu im damaligen Schwerbehindertengesetz (SchwbG) verankert: »Der Arbeitgeber schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeitsverhältnis, die zur Gefährdung des Arbeitsverhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in §23 genannten Vertretungen ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeitsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.«

ter Beschäftigter erreicht werden. Der Schutzbedarf war hoch, standen die Betroffenen doch oftmals viel näher am Rande der Beschäftigungs- oder Erwerbsunfähigkeit als Jüngere und boten dem Arbeitgeber gerade im Krankheitsfall eine breitere Angriffsfläche zur Kündigung. Nach Geist und Inhalt des § 14c SchwbG konnte der Arbeitgeber nun nicht mehr einfach abwarten, bis das Kind in den Brunnen gefallen und eine überbordende Abwesenheit zu verzeichnen war: Er musste die Schwerbehindertenvertretung frühzeitig einschalten und den Problemfall benennen. So bestand ab sofort eine weit größere, zeitlich unbefristete Chance für den Betroffenen und seine Schwerbehindertenvertretung, durch eine Reihe von gezielten Maßnahmen z.B. an der Wiederherstellung und Stabilisierung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Betroffenen zu arbeiten (z.B. Einleitung und Durchführung von Krankenhausaufenthalten oder stationären/ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen) als in der oftmaligen Kürze eines Kündigungszustimmungsverfahrens mit einer Regeldauer von vier Wochen!

Auf diesem Wege konnten viele Kündigungszustimmungsanträge vermieden werden – und damit auch das erhebliche Risiko von dauerhafter Arbeitslosigkeit der Betroffenen. Mit der Überführung des Schwerbehindertengesetzes im Jahre 2001 (Bundesgesetzblatt I 2001: 1046ff.) in das Sozialgesetzbuch IX wurde die Präventionsvorschrift des § 14c SchwbG im Wesentlichen übernommen (§ 84 Abs. 1 SGB IX a.F.). Sie wurde ergänzt um ein weiteres betriebliches Präventionsverfahren bei Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses aus gesundheitlichen Gründen sowie bei lang anhaltender Arbeitsunfähigkeit (§ 84 Abs. 2 SGB IX a.F.) und verbunden mit einer Ausdehnung des geschützten Personenkreises im Präventionsverfahren zusätzlich auch auf behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen (§ 84 Abs. 2 Satz 3 SGB IX a.F.).

Dies kam den Interessen der Schwerbehindertenvertretungen und Betriebsräte entgegen, gerade auch diejenigen unter den älteren Beschäftigten zu schützen, die noch nicht zum Personenkreis der anerkannt Schwerbehinderten zählten.

Präventionsverfahren nach § 84 Abs. 2 SGB IX wurden durch die Novellierung des SGB IX im Frühjahr 2004 (Bundesgesetzblatt I 2004: 606ff.) im Sinne eines »Betrieblichen Eingliederungsmanagements« nochmalig präzisiert. Zudem wurde der geschützte Personenkreis auf alle Beschäftigten erweitert – unabhängig davon, ob diese schwerbehindert, gleichgestellt, behindert oder von Behinderung bedroht sind –

, sofern sie innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind.²

Dieser Schritt des Gesetzgebers, der den Arbeitskreis der Schwerbehindertenvertretungen der Deutschen Automobilindustrie im Rahmen seiner Novellierungsdebatte 2003/2004 direkt in seine Diskussion mit einbezogen hatte, fordert eine systematische Unterstützung des Betroffenen durch seinen Arbeitgeber während und nach längerer Erkrankung ein, auch um künftige Fehlzeiten möglichst zu vermeiden. Mehr denn je besteht nun Veranlassung und Verantwortung auf Seiten des Betriebes, gemeinsam mit dem Betroffenen, aber auch mit den beteiligten Sozial-

² §84 Prävention

(1) Der Arbeitgeber schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in §93 genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.

(2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des §93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des §14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des §93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.

(3) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.

versicherern und der betrieblichen Interessenvertretung zu klären, wie Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Hinzu kam, dass mit dem Abschluss betrieblicher »Integrationsvereinbarungen« innerhalb der Automobilindustrie ein klares Bekenntnis vieler Unternehmen zugunsten der Menschen mit Behinderung erzielt werden konnte, so auch z.B. die erstmalige Einbeziehung älterer, durch Attest Einsatzeingeschränkter und von Behinderung bedrohter Beschäftigter in die neu erhandelten Konzern- oder Gesamtbetriebsratsvereinbarungen, an deren Zustandekommen die Gesamt-Schwerbehindertenvertretungen große Anteile hatten.

In vielen Betrieben wurde seither stetig am Ausbau des betrieblichen Gesundheitsschutzes und dem Aufbau eines umfassenden Gesundheitsmanagements gearbeitet: Vom betrieblichen »Check-Up« beim Werksarzt – ab gewissen Altersklassen – über individuelle Ernährungsberatung bis hin zur Simulation des Produktionsalltags unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Beschäftigten reihen sich bereits viele Maßnahmen aneinander. Ein vom Arbeitskreis der Schwerbehindertenvertretungen der Deutschen Automobilindustrie initiiertes und gemeinsam mit der TU Darmstadt sowie der Universität zu Köln entwickeltes und zum 30.6.2011 beim Bundesarbeitsministerium beantragtes Projekt »Gesund und qualifiziert älter werden in der Automobilindustrie: Partizipation und Inklusion von Anfang an!«, an dem sich nahezu alle namhaften Autohersteller und ein prominenter Zulieferer drei Jahre lang beteiligen wollen, weist in diese Richtung. Präventive Ergonomie, Qualifikation und Weiterbildung, Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation sind unabdingbare Schritte hin zu einem notwendigen Altersmanagement wohl nicht nur in der Automobilindustrie, die einen Altersdurchschnitt von 44 Jahren an den Fließbändern aufweist – was dem Jahrgang 1966 entspricht, der nach heutiger Gesetzeslage bis 67, resp. bis 65 als Schwerbehinderter, arbeiten soll.

Vorgesetzte werden auf diesem schwierigen Weg, den Belegschaften beim Älterwerden erkennbar vor sich haben, eine bedeutende Rolle einnehmen. Sie unterstützen im handfesten Eigeninteresse und im Interesse ihrer Beschäftigten wie auch ihres Unternehmens Bemühungen, ein wirksames Altersmanagement aufzubauen. Vorgesetzte, die verantwortlich handeln, schauen mittlerweile hin, nicht mehr weg. Sie sprechen aus, was gesagt werden muss. Sie unterstützen gesundheitlich angeschlagene oder behinderte Beschäftigte und machen ihnen Mut,

professionelle Hilfe zu suchen und anzunehmen und auch beruflich z.T. neue Wege zu gehen. Sie erinnern die Beschäftigten angesichts eines gesundheitlichen Neustarts, einer neuen Arbeitsaufgabe, der Erfordernis neuen Lernens an ehemals schwierige gesundheitliche, betriebliche, berufliche, private Situationen, die erkennbar gut bewältigt werden konnten. Und sie machen Druck in alle Richtungen, die mit Prävention beauftragt sind, um »Gute Arbeit« zu ermöglichen.

Sonja Nielbock/Michael Gümberl

Führung und Partizipation: Unterschiedliche Repräsentation von Frauen und Männern

Betrachtet man das Thema Führung und Partizipation aus der Perspektive der Geschlechterverhältnisse, so fällt zunächst auf, dass Frauen und Männer in den allermeisten Bereichen unterschiedlich stark repräsentiert sind: In den allermeisten Organisationen nimmt der Frauenanteil ab, je höher man in der Hierarchieebene aufsteigt. Das Beispiel der Geschlechterverteilung in den Vorständen der Top-Dax-Unternehmen ist ja in der letzten Zeit vielfach diskutiert worden (vgl. Weckes 2011). Aber selbst in Betrieben, in denen fast ausschließlich Frauen arbeiten, wie z.B. Kindertagesstätten, finden sich die wenigen Männer überproportional häufig in den Führungsebenen.

Im Bereich der politischen Partizipation findet sich ebenfalls ein Übergewicht der Männer. Das gilt für Parteien und Parlamente ebenso wie für die Betriebsratsgremien. So waren nach der Betriebsratswahl 2010 immer noch 75% der Betriebsratsmitglieder männlich (vgl. Greifenstein u.a. 2010: 10), mit einer sehr langsam abnehmenden Tendenz.

Die Befunde sind seit vielen Jahren bekannt und verändern sich nur geringfügig – es stellt sich also die Frage, wo die Ursachen liegen können. Neben einigen anderen Begründungen sind es vor allem drei Zusammenhänge, die immer wieder genannt werden (vgl. Geißel 2004: 8ff.) und auf die wir im Folgenden eingehen.

1. Unterschiedliche individuelle Orientierungen

Dieses Argument findet sich in der betrieblichen Diskussion am häufigsten. »Die Frauen wollen ja gar nicht Führungspositionen einnehmen«, heißt es dann, oder »Wir finden einfach keine Frauen, die für den Betriebsrat kandidieren wollen«. Zunächst einmal ist festzustellen, dass vieles für die Argumentation spricht. Wenn man Frauen und Männer nach ihren Karriereabsichten befragt oder nach ihrem Wunsch, ein

betriebliches Amt wahrzunehmen, werden tatsächlich meistens deutlich mehr Männer als Frauen angeben, sie hätten daran Interesse. Wo ist also das Problem? Wir achten den freien Willen und die freie Entfaltung der Persönlichkeit als hohe Werte – warum lassen wir dann nicht einfach alles, wie es ist?

Doch es gibt Gründe, an der Freiheit des Willens zu zweifeln, wie die beiden anderen Begründungszusammenhänge zeigen. Es scheint für Frauen und auch für Männer einiges dafür zu sprechen, die Geschlechterverhältnisse genau so zu wollen, wie sie gerade sind.

2. Rahmenbedingungen von Führung und Partizipation

Auch diese Tatsachen sind eigentlich recht gut bekannt, es lohnt sich dennoch, sie noch einmal vor Augen zu führen: In den allermeisten Unternehmen und Verwaltungen ist die Arbeit einer Führungskraft nach Ablauf der Zeit, was normalerweise als »Vollzeitarbeit« verstanden wird, noch lange nicht beendet. 60-Stunden-Wochen sind für Führungskräfte nach wie vor noch normal und werden von den Unternehmen – oft aber auch von den Beschäftigten erwartet. Wer führen will, wer beruflich nach oben will, muss sich engagieren – weit über das normale Maß hinaus. Ein solches berufliches Engagement erfordert es, dass die anderen Lebensbereiche entweder hintenan stehen oder von jemand anderem organisiert werden. Die überwiegende Menge dieser Haus- und Familienarbeit wird immer noch von Frauen geleistet. Weit mehr Frauen als Männer kümmern sich um die Kinder, putzen, kaufen ein, bereiten das Essen vor, waschen ab und sorgen für saubere Kleidung. Das ist historisch so gewachsen und lässt sich nicht so einfach abschaffen. So sind bei der Wahl einer Partnerin bzw. eines Partners für viele Menschen immer noch die klassischen Geschlechterrollen entscheidend: Männer sollen angesehen und wohlhabend sein, Frauen dagegen attraktiv und fürsorglich. Damit liegt es nahe, dass ein Mann, der 60 Stunden in der Woche in der Firma verbringt und damit seine Karriere vorantreibt, wesentlich bessere Voraussetzungen hat, eine Partnerin zu finden als eine Frau, die das gleiche tut. Die Realität zeigt, dass Frauen in Führungspositionen tatsächlich viel häufiger Single sind als Männer in entsprechenden Positionen.

Die Unternehmen halten dabei vielfach an den überkommenen Führungsmodellen fest. Vorgesetztenpositionen in Teilzeit sind fast kaum

zu finden, und in der Regel ist der Aufstieg zur Führungskraft mit der Bereitschaft zu erheblicher räumlicher Mobilität verbunden. So wird vom Nachwuchs häufig erwartet, innerhalb kurzer Zeiträume mehrmals den Wohnort zu wechseln. In einer traditionellen Paarbeziehung mag die Partnerin ihrem Mann folgen, zumindest wenn sein Einkommen entsprechend hoch ist. Dass ein Mann seiner Partnerin alle paar Monate an einen neuen Standort folgt, ist dagegen auch in »modernen« Paarbeziehungen schwer vorstellbar.

Dass die Rahmenbedingungen in der Regel auf der klassischen Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern basieren, zeigt zum Beispiel auch die Kleiderordnung in den allermeisten Unternehmen. Hier wird von allen männlichen Führungskräften erwartet, dass sie täglich im Anzug mit einem frisch gebügelten Hemd zur Arbeit erscheinen. Die Kleidervorschriften für weibliche Führungskräfte sehen zwar auch häufig eine gebügelte Bluse vor, es bestehen allerdings etwas größere Spielräume. Ein Hemd zu bügeln, braucht je nach Übung etwa zehn bis dreißig Minuten. Jede männliche Führungskraft muss also gewährleisten können, dass jemand täglich diese Zeit aufwendet. Traditionell wurde damit auch gezeigt, dass »man« zuhause eine Hausfrau hat, die solche Arbeiten erledigen kann. Möglicherweise haben sich die tatsächlichen Rahmenbedingungen heute geändert. Viele Frauen sind heute selbst berufstätig, und einige bügeln nicht mehr die Hemden ihrer Männer, oder die Männer bügeln selbst oder das Bügeln wird von anderen gegen Bezahlung erledigt. Dennoch hat sich am Dresscode in den Unternehmen nichts verändert, und die männlichen Führungskräfte demonstrieren jeden Tag wieder, dass sie die Aufgabe des Hemden-Bügelns erfolgreich organisiert haben.

Bei allen handfesten Gründen, die im Zusammenhang mit den ungleichen Rahmenbedingungen für eine ungleiche Verteilung der Geschlechter in Führung und Partizipation sprechen, gibt es doch selbst unter den Frauen ohne Familienpflichten eine geringere Beteiligung an Führung und Partizipation als bei vergleichbaren Männern. Es scheinen weitere Faktoren für die Ungleichverteilung der Geschlechter verantwortlich zu sein. Vieles deutet darauf hin, dass dies mit unseren Bildern und Vorstellungen von Frauen und Männern, von »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« zu tun hat.

3. Geschlechterrollenbilder

Die Bedeutung der Geschlechterrollenbilder in Bezug auf Führung konnte in zahlreichen Studien über viele Jahre immer wieder gezeigt werden (vgl. etwa Krell 2008, Kaschuba/Gümbel 2009), ohne dass die Erkenntnisse bisher so recht zu nennenswerten Konsequenzen geführt haben. So wurde etwa erforscht, welche Kompetenzen bei Führungskräften als besonders wichtig angesehen werden und welche Kompetenzen dabei eher bei Frauen bzw. bei Männern vorhanden sein sollen (vgl. Krell 2008: 321). Dabei zeigt sich, dass die traditionellen Führungskompetenzen Durchsetzungsvermögen, Entscheidungsfähigkeit und Leistungsorientierung nach wie vor einen besonders hohen Stellenwert haben. »Neuere« Führungskompetenzen wie Teamfähigkeit und Einfühlungsvermögen, deren zunehmende Bedeutung immer wieder behauptet wird, werden zwar zusätzlich als erforderlich angesehen, haben aber für sich genommen einen geringeren Stellenwert. Interessant ist dabei nun zu betrachten, dass die als besonders wichtig angesehenen Kompetenzen durchweg eher Männern zugeschrieben werden, während die weniger wichtigen Kompetenzen eher Frauen zugeschrieben werden. Das hat nun allerdings wenig damit zu tun, bei wem die Kompetenzen tatsächlich vorhanden sind, viel mehr dagegen damit, was die Entscheiderinnen und Entscheider (und in gewisser Weise wir alle) bewusst und vor allem unbewusst über Frauen und Männer *glauben*. Auf diese Weise lassen sich vielfältige Schwierigkeiten und Belastungen von Frauen in Führungspositionen beschreiben, zugleich aber auch besser verstehen, warum sich Männer mit einem veränderten Führungsverhalten oft so schwer tun.

Welchen Einfluss diese Zuschreibungen auf unser aller Fühlen, Denken und Handeln haben können, wird deutlich, wenn man sich den Stellenwert der Anerkennung für unser Wohlbefinden und unsere Identität vergegenwärtigt (vgl. Butler 2009; Holtgrewe 2002; Geißler 2010). Führungskräfte möchten sich selbst gerne als »gute Führungskraft« sehen können und dafür von anderen, zumindest von den für sie wichtigen Personen, als »gute Führungskraft« angesehen werden. Genauso möchten Männer in der Regel »richtige« und »normale« Männer und Frauen »richtige« und »normale« Frauen sein.

Wenn aber die wesentlichen Führungskompetenzen als »männlich« gelten, stehen Frauen vor einem Dilemma: Entweder sie entscheiden sich dafür, diese »männlichen« Kompetenzen anzunehmen und zu zei-

gen – dann müssen sie sich zugleich damit auseinandersetzen, dass sie als »unweiblich« angesehen werden. So werden starke, durchsetzungskräftige Frauen in Führungspositionen oft »wie ein Mann« beschrieben, oder es werden ihnen eher als negativ angesehene weibliche Eigenschaften wie »Zickigkeit« zugeschrieben. Die Anerkennung als »normale« Frau wird ihnen so verweigert. Verzichten sie dagegen auf die Annahme vermeintlich »männlicher« Kompetenzen, wird ihnen mangelnde Eignung zur Führung zugeschrieben und es wird ihnen die Anerkennung als Führungskraft verweigert. Für welche Seite des Dilemmas sich eine weibliche Führungskraft auch entscheidet – sie wird immer mit einer Aberkennung von »Führungskompetenz« oder »Weiblichkeit« zu tun haben.

Zunächst einfacher scheint da die Situation der männlichen Führungskräfte zu sein: Wenn sie sich an die Rollenbilder einer »guten« Führungskraft halten, werden sie zugleich als Führungskraft wie als »richtiger Mann« anerkannt. Für sie ist es dafür doppelt riskant, aus den alten Rollenmustern auszusteigen: Eine männliche Führungskraft, die auf Teamgeist und Einfühlung statt auf die Durchsetzung einsamer Entscheidungen setzt, wird nicht nur schnell in ihren Führungskompetenzen infrage gestellt. Offen oder unterschwellig wird sich auch schnell die Frage stellen, ob er eigentlich noch ein »richtiger Mann« oder vielleicht doch eher ein »Weichei« ist, der seiner Verantwortung nicht gewachsen ist.

Für Organisationen gibt es also beträchtliche Aufgaben, wenn die negativen Auswirkungen der bisherigen, eben von einer bestimmten Vorstellung von »Männlichkeit« geprägten, Führungskultur nicht weiter hingenommen werden sollen: Männer wie Frauen in Führungspositionen brauchen neue Leitbilder, in denen die Wertschätzung und Einbeziehung der vielfältigen Erfahrungen und Kompetenzen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen höheren Stellenwert einnimmt als das schnelle und geräuschlose Durchsetzen einsamer Entscheidungen. Da braucht es Führungskräfte, die sich emotional berühren lassen von den Menschen, mit denen und für die sie arbeiten, und Führungskräfte, die auch nicht endlos belastbar sind, sondern ebenso erschöpfbar wie alle anderen Menschen auch. Nicht zuletzt brauchen wir eine Auseinandersetzung gerade über die Gesundheit und die Belastungen von Führungskräften. Führung braucht Entwicklung, Unterstützung und Reflexion!

Was heißt das für die Partizipation in Organisationen?

Vieles von dem, was zu Führung gesagt wurde, lässt sich auch auf das Thema Partizipation übertragen: Welche Kompetenzen werden benötigt, um die Interessen und Anliegen einer Gruppe von Beschäftigten zu formulieren und zu vertreten? Auch hier begegnen uns die alten Stereotype, dass Männer durchsetzungskräftiger seien, ihre Interessen besser vertreten könnten usw. Und wenn man sich ansieht, wer z.B. in Betriebsräte gewählt wird oder wer an betrieblichen Beteiligungsgruppen teilnimmt, findet man auch hier überproportional viele Männer. Frauen wird zugeschrieben, sie seien unsicherer und würden sich in wichtigen Sachthemen weniger gut auskennen (vgl. Nielbock/Gümbel 2010), Männern wird dagegen mehr Sicherheit und mehr Sachkompetenz zugeschrieben. Zugleich wird Männern zugeschrieben, dass es für sie angemessener ist, sich für die eigenen Belange einzusetzen, während Frauen allenfalls für die Belange anderer eintreten dürfen. Das hat zur Folge, dass Frauen tatsächlich bisweilen selbst dann noch vorsichtig und unsicher auftreten, wenn die Verhältnisse eigentlich klar auf der Hand liegen, während Männer auch dann noch glauben, Sicherheit ausstrahlen zu müssen, wenn sie Dinge vertreten, die eigentlich kaum zu halten sind (vgl. das Beispiel in Gümbel 2010).

Partizipation in Betrieben hat allerdings noch eine weitere, oft verborgene Dimension: Beteiligung – im Sinne der (Mit-)Gestaltung betrieblicher Wirklichkeit – findet nicht nur dort statt, wo Menschen in Arbeitsgruppen und Workshops ihre Sichtweisen und Bedürfnisse äußern und aktiv bei der Gestaltung von Prozessen mitwirken. Beteiligung spielt auch dann noch eine wesentliche Rolle, wenn die dort entwickelten Ansätze und Konzepte im betrieblichen Alltag umgesetzt werden sollen. Viele Führungskräfte und manche Betriebsräte kennen die machtvollere Kehrseite der Beteiligung: Sich zu enthalten, nicht zu beteiligen und einmal entwickelte Ansätze und Konzepte einfach *nicht* umzusetzen. Hier drückt sich oft die Macht der Ohnmächtigen, der Nichtbeteiligten aus: Das schönste Qualitätshandbuch ist wertlos, wenn es nicht umgesetzt wird, neue Kundenansprachekonzepte werden nicht angewendet, neue kostspielige Software wird nicht genutzt und Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung werden nicht wahrgenommen. Von dieser Perspektive aus lohnt sich ein neuer Blick auf betriebliche Beteiligung: Beteiligung ist in diesem Sinne nicht nur ein wichtiger und gesundheitsförderlicher Beitrag zur Verbesserung von Arbeitsbe-

dingungen, Arbeitsabläufen und Qualität der Arbeit, sondern zugleich auch, wenn sie wirklich gelingt, eine Form der Einbindung möglichst vieler Beschäftigter in betriebliche Prozesse und Veränderungen. Auch hier braucht es neue Vorgehensweisen, Konzepte und eine Öffnung der Geschlechterrollenbilder, um wirklich alle angemessen zu beteiligen. Instrumente dafür sind in der langjährigen Arbeit zu Geschlechterverhältnissen in Organisationen und »Gender Mainstreaming« genug entstanden – nun heißt es, sie anzuwenden!

Literatur

- Butler, Judith (2009): Sehnsucht nach Anerkennung. In: Dies., Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. [engl. Erstveröff. 2000], S. 215-246.
- Geißel, Brigitte (2004): Konflikte um Definitionen und Konzepte in der genderorientierten und Mainstream-Partizipationsforschung – Ein Literaturüberblick. WZB-Discussion Paper Nr. SP IV 2004-403. Download unter: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2004/iv04-403.pdf>
- Geißler, Heinrich (2010): Arbeitsfähigkeit und psychische Ressourcen oder Belastungen. In: Marianne Giesert (Hrsg.), Psychisch gesund bleiben. Betriebliche Gesundheitspolitik für die Praxis – in der Praxis. Hamburg: VSA, S. 64-74.
- Greifenstein, Ralph/Kißler, Leo/Lange, Hendrik (2010): Trendreport Betriebsratswahlen 2010: Zwischenergebnisse kurz nach der Wahl. Download unter: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2010-338-2-1.pdf.
- Gumbel, Michael (2010): »Männer kennen sich gut mit Technik aus...« Software-Projekte scheitern noch oft an überkommenen Rollenbildern. In: Computer und Arbeit 19, Heft 10, S. 16-20.
- Holtgrewe, Ursula (2002): Anerkennung und Arbeit in der Dienst-Leistungsgesellschaft. Eine identitätstheoretische Perspektive. In: Moldaschl, Manfred/Voß, G. Günter (Hrsg.): Subjektivierung von Arbeit. München: Hampp (= Arbeit, Innovation und Nachhaltigkeit; 2), S. 195-218.
- Kaschuba, Gerrit/Gumbel, Michael (2009): Fachbezogene Konzepte für Fortbildungen am Beispiel »Aktivierend Führen«. In: Gerrit Kaschuba/Karin Derichs-Kunstmann: Fortbildung – gleichstellungsorientiert! Arbeitshilfen zur Integration von Gender-Aspekten in Fortbildungen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 148-161. Download unter: http://www.bakoev.bund.de/nn_7962/SharedDocs/Downloads/LG_2/Arbeitshilfe__gender.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Arbeitshilfe_gender.pdf.
- Krell, Gertraude (2008): »Vorteile eines neuen, weiblichen Führungsstils«: Ideologiekritik und Diskursanalyse. In: Gertraude Krell (Hrsg.), Chancen-

- gleichheit durch Personalpolitik. Gleichstellung von Frauen und Männern in Unternehmen und Verwaltungen. 5. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 319-330.
- Nielbock, Sonja/Gümbel, Michael (2010): Geschlechterrollen und psychische Belastungen. In: Marianne Giesert (Hrsg.), Psychisch gesund bleiben. Betriebliche Gesundheitspolitik für die Praxis – in der Praxis. Hamburg: VSA, S. 49-63.
- Weckes, Marion (2011): Geschlechterverteilung in Vorständen und Aufsichtsräten in den 160 börsennotierten Unternehmen (Dax-30, M-Dax, S-Dax, Tec-Dax) zum 31. Januar 2011. Download unter: www.boeckler.de/pdf/mbf_gender_2011.pdf.

Helga Kühn-Mengel

Rahmenbedingungen optimieren – Ressourcen der Beschäftigten stärken!

Die Gesundheit des Menschen ist laut Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 22.7.1946 definiert als »ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen«. Auf der Basis dieser Definition hat die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVG) seit ihrer Gründung im Jahr 1954 als satzungsgemäßes Ziel »die Verankerung und Stärkung einer koordinierten präventiven und gesundheitsfördernden Ausrichtung nicht nur im deutschen Gesundheitswesen, sondern in allen Politik- und Lebensbereichen« festgelegt. Zur Erreichung dieses Ziels wurden als Kernaufgaben fixiert:

- interdisziplinäre fachliche Kompetenz zusammenführen,
- zielgeleitete und gemeinsame Aktivitäten initiieren,
- für Qualität und Wirksamkeit eintreten,
- strukturelle Verfestigungen einfordern.

Die Zusammensetzung unserer Mitgliedsorganisationen (Abbildung 1) belegt, dass die Rahmenbedingungen für die erste der oben aufgeführten Kernaufgaben äußerst positiv sind.

Wie sieht nun die epidemiologische, rechtliche und bevölkerungsspezifische Ausgangssituation für die Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland aus?

Bei den »Todesursachen« dominieren nach wie vor die Kreislauferkrankungen und die bösartigen Neubildungen (Abbildung 2) – auch hinsichtlich der Morbiditätsdaten (Abbildung 3) liegen die Kreislauferkrankungen an erster Stelle, relativ dicht gefolgt von nahezu gleichgroßen Blöcken der Erkrankungen des Verdauungssystems, der Muskel-Skelett-Erkrankungen, der bösartigen Neubildungen, Erkrankungen des Atmungssystems, psychischen Erkrankungen und Erkrankungen aufgrund äußerer Ursachen.

Eine – im Prinzip relativ konservative – Hochrechnung der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2050 dokumentiert anschaulich und

Abbildung 1: Zusammensetzung der BVPG-Mitgliedsorganisationen

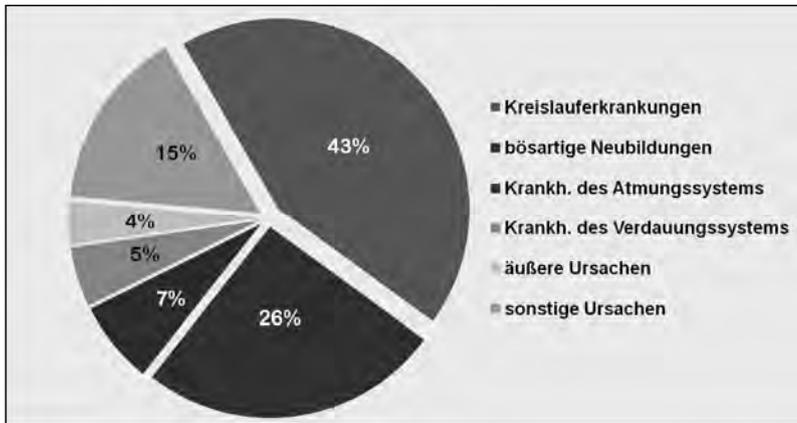
Unsere 130 Mitglieder sind...

- Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände
- Krankenkassen und ihre Verbände
- Kammern
- Wohlfahrtsverbände
- Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung)
- Freie Berufsverbände
- Fachverbände und Stiftungen
- Wissenschaftliche Einrichtungen, Fort- und Weiterbildungsinstitute
- Interessenverbände
- Unternehmen

Ca. 80% unserer Mitglieder sind
Vertreter der Zivilgesellschaft!

Quelle: BVPG

Abbildung 2: Todesursachen 2007

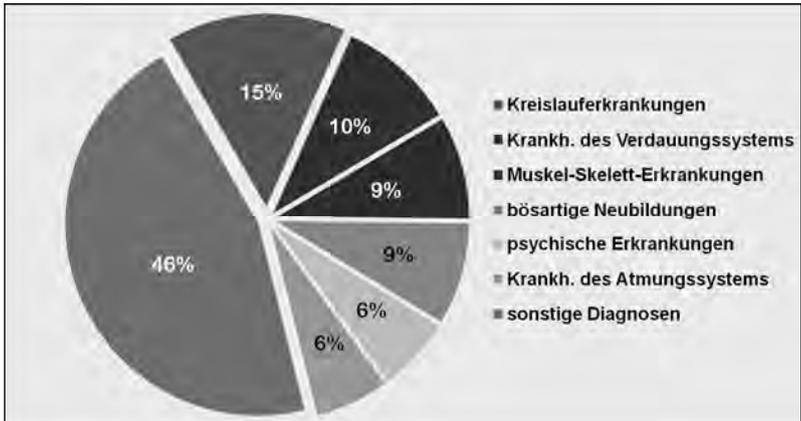


Quelle: Statistisches Bundesamt/BVPG

eindrucksvoll zugleich den Rückgang des Bevölkerungswachstums parallel zur Zunahme des Anteils Hochaltriger (Abbildung 4).

Unsere Gesellschaft hat hierfür bekanntlich noch keine wirklich zufriedenstellenden gesundheits- und sozialpolitischen Konzepte entwickelt.

Abbildung 3: Die sieben häufigsten Krankheitsdiagnosen



Quelle: Statistisches Bundesamt/BVPG

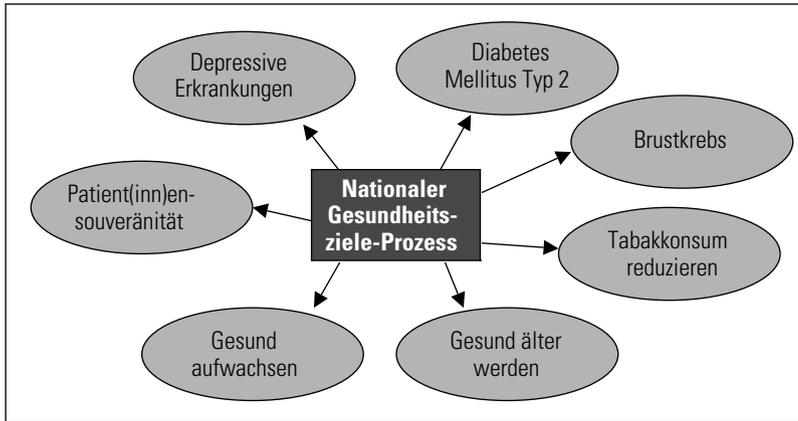
Abbildung 4: Demografische Entwicklungsprognose 2009-2050

Jahr	Gesamtbevölkerung	Anzahl Personen 80+	in Prozent
2010	81.545.000	4.261.000	5,23%
2020	79.914.000	6.007.000	7,52%
2030	77.350.000	6.417.000	8,30%
2040	73.829.000	8.109.000	10,98%
2050	69.412.000	10.223.000	14,73%
	—	+	

Quelle: BVPG/Statistisches Bundesamt 2009

Aber auch die rechtlichen bzw. gesetzlichen Rahmenbedingungen für »Gesundheitsförderung und Prävention« in Deutschland sind alles andere als klar und deutlich – Lichtblicke hier sind allenfalls die derzeitigen Regelungen gemäß §§20ff. SGB V, die meines Erachtens nach allerdings dringend der Ergänzung und Vertiefung durch ein möglichst ressortübergreifendes »Präventionsgesetz« bedürften.

Abbildung 5: Nationaler Gesundheitsziele-Prozess



Quelle: BVPG

Im Kern positive weitere Rahmenbedingungen sind andererseits zweifelsohne die kontinuierlichen Bemühungen um einen nationalen Gesundheitsziele-Prozess (vgl. gesundheitsziele.de), der die Dimension der Präventions- und Gesundheitsziele zumindest teilweise mit berücksichtigt (Abbildung 5).

In diesem Zusammenhang muss auch das in der 16. Legislaturperiode (2005-2009) verabschiedete Nationale Aktionsprogramm IN FORM genannt werden, das von den beiden Ressorts Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) für den Zeitraum von 2008-2020 auf den Weg gebracht wurde. Leider ist aktuell zu konstatieren, dass sich das BMG aus der gemeinsamen Finanzierung ab 2012 zurückziehen beabsichtigt – eine aus Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention völlig unverständliche, da durchweg kontraproduktive Entscheidung.

Als ein starkes Standbein hat sich zum Glück inzwischen die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) erwiesen: im Rahmen des § 20 SGB V wurden von den Aktivitäten der BGF laut »Präventionsbericht 2009« der GKV im Jahr 2008 ca. 535.600 Personen direkt erreicht – 64% davon waren übrigens Männer.

3% der erreichten Betriebe hatten mehr als 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; die am meisten einbezogenen Zielgruppen waren »mit

Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen« (42%) und »Mitarbeiter/innen aus Produktion und Handwerk« (31%).

Die Dokumentation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Präventionsgeschehen im Jahr 2008 belegt auch relativ detailliert, worauf sich die BGF-Interventionen in diesem Zeitraum bezogen haben:

- Reduktion körperlicher Belastungen (77%),
- Stressmanagement (35%),
- gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (35%),
- gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (33%) und
- Suchtmittelkonsum (18%).

Andererseits muss festgestellt werden, dass eine zufriedenstellende Antwort auf die Herausforderung »psychische Gesundheit am Arbeitsplatz« noch aussteht. Die Fakten:

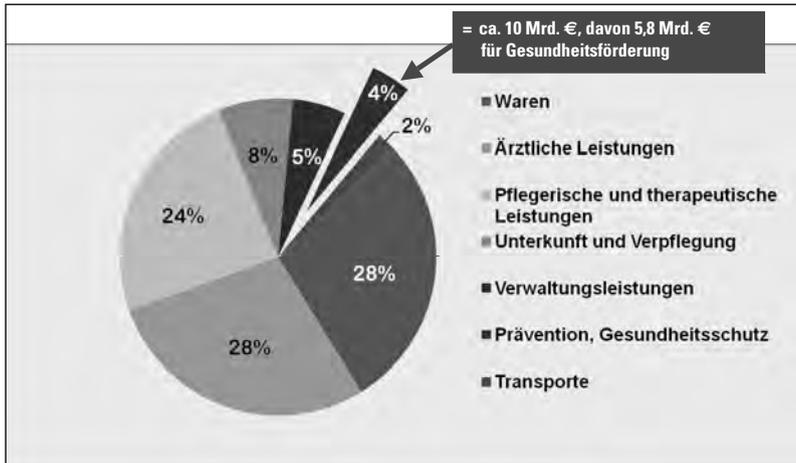
- 10% aller AU-(Arbeitsunfähigkeits-)Tage 2008 entfielen auf psychische Erkrankungen – im Durchschnitt pro Fall 32,6 Tage (vgl. BKK-Gesundheitsreport 2009),
- 15% der Frauen und 8% der Männer in Deutschland durchleben innerhalb eines Jahres eine depressive Phase (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut 2006),
- zu beobachten sind diesbezüglich erhöhte Krankschreibungen im Dienstleistungssektor und
- eine dramatische Erhöhung psychischer Erkrankungen bei Arbeitslosigkeit – im Durchschnitt ist die Erkrankungsrate Arbeitsloser doppelt so hoch wie bei Erwerbstätigen (laut Pressekonferenz der Bundespsychotherapeutenkammer am 23.3.2010).

Gegenmaßnahmen sollten möglich sein, da die hiermit im Zusammenhang stehenden »belastenden Faktoren« am Arbeitsplatz hinlänglich bekannt sind:

- Die Menge der Arbeit steigt erheblich,
- die Anforderungen steigen insgesamt,
- diese Anforderungen sind oft widersprüchlich,
- die Arbeitsorganisation ist in vielen Fällen »gegen die Uhr« gerichtet,
- es gibt eine zunehmende Zahl sozialer Konflikte am Arbeitsplatz und
- es gibt zunehmend und intensiv Angst vor Arbeitsplatzverlust.

Aus diesen wenig beruhigenden Fakten für den Arbeits- und Handlungsbereich der »Gesundheitsförderung und Prävention« lässt sich fol-

Abbildung 6: Gesamtausgaben für Gesundheit nach Leistungsbereichen 2007 (insgesamt 252,8 Mrd. Euro)



Quelle: BVPG/Statistisches Bundesamt

gendes kurzes Resümee ziehen: Es besteht mit Blick auf den Gesetzgeber Regulationsbedarf bzgl.

- der Verantwortung bestimmter Beteiligter (»Zuständigkeiten«),
- prioritärer Ziele und Aufgaben,
- der Art und des Umfangs der Finanzierung (Abbildung 6),
- der Routinen von Qualitätssicherung und Evaluation sowie
- der Forschung.

Auch bei der derzeitigen Praxis der Umsetzung der §§ 20 (Prävention und Selbsthilfe) und 20a (Betriebliche Gesundheitsförderung) SGB V sehe ich Weiterentwicklungsbedarf, wie auch bei der Förderung von Settings (im Sinne von Lebensbereichen) insgesamt. Dies betrifft vor allem:

- die Förderung betrieblicher (hier besonders kleiner und mittlerer Unternehmen, KMU) und nicht-betrieblicher Settings,
- die Zielgruppenerreichung (Alter, Geschlecht, Sozialstatus),
- das Thema »Sucht«,
- das Thema »psychische Gesundheit« und
- die Wirksamkeitsüberprüfung.

Die Herausforderungen der Settings insgesamt lassen sich sehr klar in der Verteilung der entsprechenden Ausgaben erkennen (Abbildung 7). Andere, vor allem auch nichtbetriebliche Settings kommen zu kurz, z.B.

Abbildung 7: Ausgaben der GKV für § 20 und 20a SGB V im Jahr 2008

(Versicherte: ca. 70 Mio.)

Ausgaben § 20/20a gesamt:	340,0 Mio. € (= 4,83 € / Vers.)
• davon für Indiv. Ansatz:	285,3 Mio. € (= 4,08 € / Vers.)
• davon für BGF:	35,9 Mio. € (= 0,51 € / Vers.)
• davon für Settings-Ansatz:	18,6 Mio. € (= 0,27 € / Vers.)

Quelle: Präventionsbericht 2009

die Gesundheitsförderung in Schulen etc. Betriebliche Gesundheitsförderung läuft gesondert durch Finanzierung der Krankenkassen.

Auch auf der Ebene der Programme besteht Handlungsbedarf: Es fehlt seit Jahren z.B. ein »Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention«, es fehlt ein »Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention«, und die Zukunft des derzeit laufenden »Nationalen Aktionsplans IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« ist, zumindest, was die Beteiligung des BMG angeht, ungewiss.

Ich fasse zusammen: Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland brauchen zukünftig

- mehr Transparenz,
- mehr ressortübergreifende Kooperation,
- mehr Qualitätssicherung,
- mehr Forschung und
- sehr viel mehr Geld!

Vom Konzept her gedacht, zielt unsere Vision auf »gesunde Politik« statt nur auf »Gesundheitspolitik« – also, wie es die WHO formuliert, auf »Health in all Policies«! Zum Erreichen dieses Ziels aber ist das Mitwirken *aller* gesellschaftlichen Kräfte gefordert.

I Impulse für die Praxis

Matthias Becker/ Jochen Prümper Partizipation in der Pflege Einfluss auf die Dienstplan- gestaltung als Moderator zwischen wöchentlicher Arbeitszeit und Arbeitsfähigkeit

1. Problemfeld Pflege

Während vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Bedarf nach professionellen pflegerischen Dienstleistungen unaufhaltsam zunimmt, verschlechtert sich die Arbeitssituation in der Pflege von Jahr zu Jahr (vgl. Glaser/Höge 2005). Als maßgeblicher Problemschwerpunkt gelten dabei insbesondere die Schichtarbeit und die damit verbundenen gesundheitlichen Folgeprobleme (vgl. Glaser/Lampert/Weigl 2008). Verallgemeinert kann gesagt werden, dass Arbeitszeitregelungen zu den größten gesundheitlichen Belastungsquellen im Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege gehören, da sie je nach Ausformung sowohl die physische und psychische Gesundheit als auch die soziale und private Integration der Pflegenden gefährden (vgl. Busch/Reuter/Bauer 2006).

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden der Frage nachgegangen werden, welchen Einfluss die Arbeitszeit auf die Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften hat und welche Rolle in diesem Zusammenhang dem Einfluss auf die Gestaltung des Dienstplanes und der Arbeitszeit als Ausdruck direkter Partizipation zukommt (für allgemeine Hinweise zur Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege vgl. Kelm 2011, Schlüter/Nickels 2005).

2. Partizipation

Das Thema Partizipation wurde, trotz vielfach berichteter positiver Wirkungen (vgl. Locke/Schweiger 1979), erst relativ spät von der Ökonomie rezipiert. Noch in den 1970er und beginnenden 1980er Jahren stießen Forderungen von Seiten der Beschäftigten und Gewerkschaften nach mehr Beteiligung – insbesondere in Gestalt von mehr repräsentativer, indirekter Entscheidungsbeteiligung (Mitbestimmung) – als Beitrag zur Humanisierung und Demokratisierung der Arbeitswelt in der Regel auf Widerstand vieler Arbeitgeber (vgl. Kocyba/Vormbusch 2000).

In der Zwischenzeit ist die Anzahl der Forschungsarbeiten zum Thema Partizipation fast unüberschaubar geworden, insbesondere wenn Untersuchungen zur betrieblichen Mitbestimmung hinzugerechnet werden (vgl. von Rosenstiel/Einsiedler/Streich/Rau 1987). Im Ergebnis berichtet der weitaus überwiegende Teil der Studien von positiven Effekten der Partizipation (für eine Definition des Partizipationsbegriffes vgl. Kasten 1). Dies betrifft beispielsweise den positiven Zusammenhang zwischen *Partizipation und Leistung* (vgl. Cotton/Vollrath/Froggatt/Lengnick-Hall/Jennings 1988; Wagner 1994; Wagner/Gooding 1987a, b), *Partizipation und Arbeitszufriedenheit* (vgl. Guzzo/Jette/Katzell 1985; Locke/Schweiger 1979; Miller/Monge 1986; Spector 1986; Wagner 1994), *Partizipation und der Akzeptanz von Entscheidungen* (vgl. Latham/Mitchell/Dossett 1978; Latham/Yukl 1975; Vroom/Yetton 1973) oder *Partizipation und Innovationserfolg* (von Rosenstiel 1989; Scholl/Hoffmann/Gierschner 1993).

Ein weiterer Effekt von Partizipation liegt in ihrer sozialisatorischen Wirkung. So zeigten beispielsweise schon Pateman (1970) und später auch Smith (1985) sowie Elden (1986), dass *Partizipationserfahrung* in Organisationen zu mehr Partizipation in der Gemeinschaft führt und damit einen Beitrag zur Demokratisierung der Gesellschaft leisten kann (für einen Überblick über die Ergebnisse zu den Wirkungen direkter Partizipation vgl. Heller/Pusic/Strauss/Wilpert 1998).

Aus gesundheitspsychologischer Sicht decken sich diese Ergebnisse mit der Erkenntnis, dass die Möglichkeit, Einfluss auf die eigenen Angelegenheiten nehmen zu können, also über möglichst viele Aspekte seines Lebens und auch seiner Arbeit bestimmen zu können, im Allgemeinen positive Wirkung auf die Beziehung zwischen Belastungssituation und Beanspruchungserleben hat (vgl. Semmer 1990).

Definition des Partizipationsbegriffes nach Lohmann/Prümper 2006: 120

»Partizipation ist die von der Organisation gewährte oder verlangte, subjektiv wahrgenommene, direkte Beteiligung des Einzelnen an Entscheidungen, die im Zusammenwirken mit anderen Organisationsmitgliedern getroffen werden und die seine oder ihre mittel- oder unmittelbaren Bereiche der Arbeit betreffen.«

3. Einfluss der Arbeitszeit auf die Gesundheit

Eine wesentliche Rolle in der Beziehung zwischen Belastungsniveau und Beanspruchungserleben stellt die wöchentliche Arbeitszeit dar. In diversen Studien (z.B. Luczak 1983, Schmidtke 1965) wurde gezeigt, dass lange Arbeitszeiten zu erhöhten Stresssymptomen, erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie zu Ermüdungserscheinungen führen können. Einerseits kann dafür die Anhäufung von Stressoren durch die höhere Belastungsexpositionszeit verantwortlich sein (Spurgeon/Harrington/Cooper 1997). Andererseits ist mit längerer Arbeitszeit auch eine Verknappung der zur Erholung zur Verfügung stehenden Zeit verbunden. Eine weitere Dramatisierung dieser negativen Effekte längerer Arbeitszeit ist besonders dann zu erwarten, wenn es sich bei einer Tätigkeit um Schichtarbeit handelt.

Die spezifischen negativen Folgen von über Jahre andauernder Tätigkeit im Schichtdienst für die Gesundheit der Beschäftigten sind mittlerweile sehr gut erforscht. So sind einerseits vielfältige physische Konsequenzen für die Gesundheit belegt (etwa Auswirkungen auf den Schlaf-Wach-Rhythmus, die Leistungsfähigkeit, die Reaktionsfähigkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gastrointestinale [den Verdauungstrakt betreffende] Beschwerden u.v.m.), andererseits aber auch massive Auswirkungen für das psychische Wohlbefinden (familiäres und soziales Leben, psychische Gesundheit) nachgewiesen worden (für einen Überblick über den Forschungsstand vgl. Busch/Reuter/Bauer 2006 und Pröll/Gude 2003). Beispielsweise zeigten Wirtz, Nachreiner und Rolfes (2011) konkret für das Thema Wochenendarbeit, dass Arbeit an Sonntagen das Risiko für Arbeitsunfälle sowie für soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen deutlich erhöht. Pröll und Gude (2003) zeigten weiterhin, dass die zur Bewältigung der spezifischen Belastungen durch Schichtarbeit erforderlichen externen und personalen Ressourcen oft nicht gegeben sind, und dass es daher im Sinne

der öffentlichen Gesundheitsförderung anzustreben ist, derartige Ressourcen gezielt auszubauen.

4. Direkte Partizipation, Arbeitszeit und Gesundheit

Wenn die Länge der Arbeitszeit selbst jedoch kaum beeinflussbar ist, stellt sich die Frage, welche anderen Einflussfaktoren negative Beanspruchungen von Beschäftigten wirksam reduzieren können. In der Literatur gibt es zahlreiche Hinweise, dass sich insbesondere bei hoher Arbeitsbelastung die Schaffung von Gestaltungsspielräumen beanspruchungsreduzierend auswirkt. So zeigte z.B. Karasek (1979) im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Belastung und Beanspruchung, dass bei hohen Arbeitsanforderungen, in Verbindung mit hohem Entscheidungs- und Kontrollspielraum, kaum Stresssymptome auftreten. Prümper, Thewes und Becker (2011) wiesen nach, dass Beschäftigte mit hohen quantitativen Arbeitsbelastungen und hohem Handlungsspielraum eine signifikant höhere Arbeitsfähigkeit an den Tag legten als Beschäftigte mit hohen quantitativen Arbeitsbelastungen und niedrigem Handlungsspielraum.

Möglicherweise hat auch Partizipation, über deren positive Wirkungen z.B. auf Arbeitszufriedenheit, Innovationserfolg, Produktivität und Leistung sowie Fluktuation und Fehlzeiten, einen ähnlich wünschenswerten Effekt. Zwar gilt Partizipation zunächst als ein intrinsisch motiviertes, stets gegenwärtiges Bedürfnis nach kompetenter und selbstbestimmter Auseinandersetzung mit der Umwelt (vgl. Deci/Ryan 1985); darüber hinaus kann Partizipation aber auch als externe Ressource aufgefasst werden (vgl. Hobfoll 1998), die Belastung und Beanspruchung moderiert (vgl. Lazarus/Launier 1978). So liegt der Schluss nahe, dass ein hohes Maß an Partizipationsmöglichkeiten bei hohen Arbeitsanforderungen einen ähnlich moderierenden Effekt auf Beanspruchungen zeigt, wie dies für Entscheidungs- und Kontrollspielräume nachgewiesen wurde – auch wenn dieser Effekt möglicherweise nicht immer derart in die erwartete Richtung tendiert, dass niedrige Arbeitszeiten mit niedriger Belastung gleichzusetzen sind. Konkret auf die vorliegende Fragestellung bezogen, konnten nämlich Lohmann/Prümper (2003) in einer Studie bei Bürobeschäftigten belegen, dass der Zusammenhang zwischen wöchentlicher Arbeitszeit und Beanspruchungserleben durch direkte Partizipation zwar moderiert wird, und bei Vielbeschäftigten, die

mehr als 40 Stunden arbeiten, Partizipationsmöglichkeiten auch beanspruchungsmindernd wirken. Aber bei Vollzeitbeschäftigten (über 30-40 Stunden/Woche) hatten Partizipationsmöglichkeiten gar keinen Einfluss auf das Beanspruchungserleben, und bei Teilzeitbeschäftigten, die 30 Stunden/Woche und weniger arbeiteten, wirkten sich Partizipationsmöglichkeiten sogar negativ auf das Beanspruchungserleben aus.

5. Fragestellung

Vor dem Hintergrund der ausgeführten Überlegungen liegt der Schluss nahe, dass ein hohes Maß an Partizipationsmöglichkeiten bei hohen Arbeitsanforderungen einen ähnlich moderierenden Effekt auf negative Beanspruchungen bewirkt, wie dies für Entscheidungs- und Kontrollspielräume nachgewiesen wurde. Im Folgenden soll als Beanspruchungsmaß das Konstrukt der Arbeitsfähigkeit (vgl. Giesert 2011; Tempel/Giesert/Ilmarinen 2011) untersucht werden. Als konkretisierter Gradmesser für die direkte Partizipation der Pflegebeschäftigten soll dabei der erlebte Einfluss auf die Dienstplangestaltung Betrachtung finden. Es wird erwartet, dass mit zunehmender Arbeitszeit bei hohen Einflussmöglichkeiten auf die Dienstplangestaltung die Arbeitsfähigkeit der Pflegebeschäftigten weniger stark abfällt als bei Personen, die keine Möglichkeiten zur Beeinflussung ihres Dienstplans haben.

6. Methode

6.1 Stichprobe

Die hier referierte Studie fand im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung in drei vollstationären Pflegeeinrichtungen eines gemeinnützigen, sozialen Trägers in Berlin statt. Zu diesem Zeitpunkt wurden in den drei Einrichtungen insgesamt 412 Bewohnerinnen und Bewohner sowie Klientinnen und Klienten aller Altersgruppen betreut, die Belegschaft umfasste insgesamt 202 Beschäftigte. Die Erhebung fand im ersten Quartal 2010 statt. N = 76 Fragebögen konnten zur Beantwortung der interessierenden Fragestellung ausgewertet werden. Das Geschlechterverhältnis in der Stichprobe ist mit 84,2% Frauen (64) und 15,8% Männern (12) unausgewogen, entspricht aber in etwa der tatsächlichen Geschlechterverteilung in den Berufsgruppen des Pflegebereichs.

22,4% der Befragten waren jünger als 35 Jahre, 25,0% zwischen 35 und 45 Jahre, 27,6% zwischen 45 und 50 Jahre alt und 25,0% 51 Jahre oder älter.

6.2 Variablen

Unabhängige Variable »Arbeitszeit«

Zur Messung der Arbeitszeit wurde die Frage gestellt, wie viele Arbeitsstunden die Pflegekräfte laut Arbeitsvertrag pro Woche (im Durchschnitt) leisten. Im Mittel betrug die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit $M = 35,3$ Arbeitsstunden (Min. 8h, Max. 40h, Standardabweichung = 6,3h).

Abhängige Variable »Arbeitsfähigkeit«

Der Begriff der Arbeitsfähigkeit wurde in den 1980er Jahren in Finnland vor allem von Juhani Ilmarinen und Kaija Tuomi geprägt. Arbeitsfähigkeit bezeichnet die Summe der Faktoren, die einen Beschäftigten in einer bestimmten Arbeitssituation in die Lage versetzen, die ihm gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen (vgl. Tempel/Giesert/Ilmarinen 2011). Zur Messung der Arbeitsfähigkeit wurde der Work Ability Index (WAI; Tuomi/Ilmarinen/Jahkola/Katajarinne/Tulkki 2003) entwickelt, der die verschiedenen Aspekte der Arbeitsfähigkeit in sieben Dimensionen abbildet. Der WAI-Gesamtwert berechnet sich als Summe dieser sieben Dimensionen und kann zwischen 7 und 49 Punkten liegen. Der erreichte Punktwert lässt sich nach einer von den finnischen Autoren des WAI vorgeschlagenen Kategorisierung in »schlecht« (7-27 Punkte), »mäßig« (28-36 Punkte), »gut« (37-43 Punkte) und »sehr gut« (44-49 Punkte) einstufen. In der untersuchten Stichprobe verteilte sich der Work-Ability-Index um den mittleren Wert von $M = 36,6$ WAI-Punkten (Min. 21, Max. 49, Standardabweichung = 6,6 Punkte).

Moderierende Variable »Einfluss auf Dienstplangestaltung«

Zur Erfassung des Einflusses auf die Dienstplangestaltung wurde der NEXT-Studie¹ (Hasselhorn/Müller/Tackenberg/Kümmerling/Simon 2005) die Frage entnommen: »Wie viel Einfluss haben Sie auf die Erstellung

¹ Die von der EU geförderte internationale NEXT-Studie (Nurses' Early Exit Study) untersuchte von 2002-2005 Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf.

Ihres Dienstplanes/Ihrer Arbeitszeiten?«. Die Befragten antworteten dazu auf einer Skala von 1 – »keinen Einfluss«, über 2 – »wenig Einfluss«, 3 – »gewissen Einfluss«, 4 – »großen Einfluss« bis 5 – »sehr großen Einfluss«. In der untersuchten Stichprobe lag der Mittelwert des erlebten »Einflusses auf die Dienstplangestaltung« bei $M = 2,5$ (Min. 1, Max. 5, Standardabweichung = 1,1).

Um zu überprüfen, ob die Frage nach der Beeinflussbarkeit des Dienstplans tatsächlich dem Konstrukt der direkten Partizipation zugeordnet werden kann, wurde als externe Validierung zusätzlich die Skala »Handlungsspielraum« aus dem KFZA (Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse, Prümper/Hartmannsgruber/Frese 1995) eingesetzt.

6.3 Statistische Analyse

Der Zusammenhang zwischen dem erlebten Einfluss auf die Dienstplangestaltung und der Arbeitsfähigkeit wurde in dieser Studie durch schrittweise multiple Regression mit Aufnahme des multiplikativen Interaktionsterms untersucht. Dabei wurde das Alter als Kovariate berücksichtigt. Zunächst wurden jedoch die einfachen korrelativen Zusammenhänge der beteiligten Variablen ermittelt. Für die methodisch interessierten Leserinnen und Leser ist die angewendete statistische Analyse in Fußnote 2 und Tabelle 2 detailliert beschrieben.

7. Ergebnisse

7.1 Einfache, korrelative Zusammenhänge

Tabelle 1 gibt zunächst die einfachen korrelativen Zusammenhänge der verwendeten Variablen wieder. Zur Überprüfung der Validität des Items »Einfluss auf die Dienstplangestaltung« wurde hierbei ebenfalls

Tabelle 1: Korrelationen nach Pearson

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Arbeitsstunden	–				
(2) Alter	.28**	–			
(3) Einfluss auf Dienstplan	-.01	-.14	–		
(4) Handlungsspielraum (KFZA)	-.10	-.19	.49**	–	
(5) WAI-Gesamtwert	-.23*	-.34**	.38**	.38**	–

** $p \leq .01$ * $p \leq .05$

eine Korrelation mit der erprobten KFZA-Skala zum Handlungsspielraum berechnet.

Zunächst zeigt sich, dass die abhängige Variable WAI mit allen anderen Variablen der Erhebung in signifikanten, niedrig bis mittelgroßen Zusammenhängen steht. Erwartungsgemäß sind die Korrelationen zwischen WAI und Alter sowie WAI und Arbeitsstunden negativ; höheres Alter sowie mehr Arbeitsstunden pro Woche stehen also mit schlechterer Arbeitsfähigkeit in Verbindung. Ebenfalls erwartungsgemäß sind die Zusammenhänge zwischen WAI und Einfluss auf die Dienstplangestaltung sowie WAI und Handlungsspielraum. Hier bestehen positive Zusammenhänge mit beachtlicher Stärke zur Arbeitsfähigkeit.

Weiterhin zeigt sich, dass der Einfluss auf die Dienstplangestaltung weder mit dem Alter noch den Arbeitsstunden in wechselseitigen Beziehungen steht. Einfluss auf seinen Dienstplan ausüben zu können, ist also in der vorliegenden Untersuchung unabhängig vom Alter und der wöchentlichen Arbeitszeit der Beschäftigten. Zwischen den Arbeitsstunden und dem Alter besteht jedoch eine schwach positive Beziehung. Die älteren Beschäftigten arbeiten in der hier untersuchten Stichprobe also etwas länger als die jungen Beschäftigten. Zuletzt besteht ein mittelstarker Zusammenhang zwischen Einfluss auf die Dienstplangestaltung und der KFZA-Skala Handlungsspielraum. Dieses Ergebnis bestätigt plausibel die Validität der Frage nach der erlebten Beeinflussbarkeit der Dienstplangestaltung. Die mittelhohe Korrelation belegt, dass Einfluss auf seinen Dienstplan zu haben, zwar eine ganz wesentliche, aber nicht die alleinige Komponente von Handlungsspielraum in der Arbeitssituation von Beschäftigten in der Pflege darstellt.

7.2 Wechselwirkungen zwischen den Variablen

Im Gegensatz zu den einfachen, korrelativen Zusammenhängen der Variablen berücksichtigt eine Regressionsrechnung auch die jeweiligen Wechselwirkungen aller Variablen untereinander, im vorliegenden Fall »Einfluss auf die Dienstplangestaltung« und »Arbeitszeit«, und liefert so eine detailliertere Erklärung der Beziehungen zur Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten (für weitere Erläuterungen der verwendeten Regressionsrechnung vgl. Fußnote 2², für die konkreten statistischen Indizes vgl. Tabelle 2).

² Für statistisch Interessierte: Im Folgenden ist die Durchführung der Regressionsanalyse beschrieben. Im ersten Regressionsschritt wurde die zehnfach

Tabelle 2: Regressionskoeffizienten

Schritt	Prädiktor	R ²	adj. R ²	ΔR^2	p(ΔR^2)	B	SE	β	p
	Konstante					36.63**	.65		.000
1	Alter	.117	.105	.117**	.003	-.74*	.34	-.22*	.033
2	AZ	.137	.114	.021	.191	-.20	.11	-.19	.069
3	E_DPG	.254	.223	.117**	.001	1.99**	.60	.33**	.001
4	AZ x E_DPG	.318	.279	.063*	.012	.26*	.10	.25*	.012

Kriterium: WAI-Gesamtwert, AZ: Arbeitszeit, E_DPG: Einfluss auf Dienstplangestaltung

** p \leq .01 * p \geq .05

Je älter die Pflegekräfte sind, desto schlechter ist ihre Arbeitsfähigkeit

Wie es die einfachen Korrelationen bereits angedeutet haben, ist das Alter der Beschäftigten eine signifikante Einflussgröße der Arbeitsfähigkeit. Mit Zunahme des Alters um fünf Jahre (eine Altersstufe in der Erhebung) fällt die Arbeitsfähigkeit um 0,74 WAI-Punkte. Der Unterschied zwischen den jüngsten Beschäftigten (<20 Jahre) und den ältesten Beschäftigten (< 60 Jahre) in der Stichprobe beträgt damit fast sieben WAI-Punkte.

Eine höhere Arbeitszeit der Pflegekräfte führt nicht grundsätzlich zu einer schlechteren Arbeitsfähigkeit.

Die wöchentliche Arbeitszeit besitzt hingegen – wenn das Alter in der Berechnung ebenfalls berücksichtigt wird – keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Die Signifikanzgrenze wird zwar nur knapp verfehlt, dennoch ist das Ergebnis ein Hinweis dafür, dass eine höhere Arbeitszeit allein noch nicht mit einer niedrigeren Arbeitsfähigkeit verbunden sein muss. An dieser Stelle kommt die Wechsel-

gestufte, ordinale Kontrollvariable Alter aufgenommen. Im zweiten und dritten Regressionschritt folgten der verhältnisskalierte Prädiktor Arbeitszeit und der (quasi-)intervallskalierte Moderator Einfluss auf die Dienstplangestaltung. Im vierten Schritt wurde der multiplikative Interaktionsterm des zentrierten Prädiktors und Moderators (vgl. Aiken/West 1991) eingeführt. Ein signifikanter Anstieg der Varianzaufklärung R² durch die Aufnahme einer weiteren Variablen in das Regressionsmodell bestätigt den Zusammenhang zur abhängigen Variablen. Das vollständige Regressionsmodell besitzt Overall-Signifikanz und klärt insgesamt ca. 28% der Varianz der abhängigen Variable Arbeitsfähigkeit auf. Tabelle 2 gibt die Regressionsparameter für alle aufgenommenen Variablen und für alle Regressionschritte wieder.

wirkung der Arbeitszeit mit der erlebten Beeinflussbarkeit der Dienstplangestaltung zum Tragen.

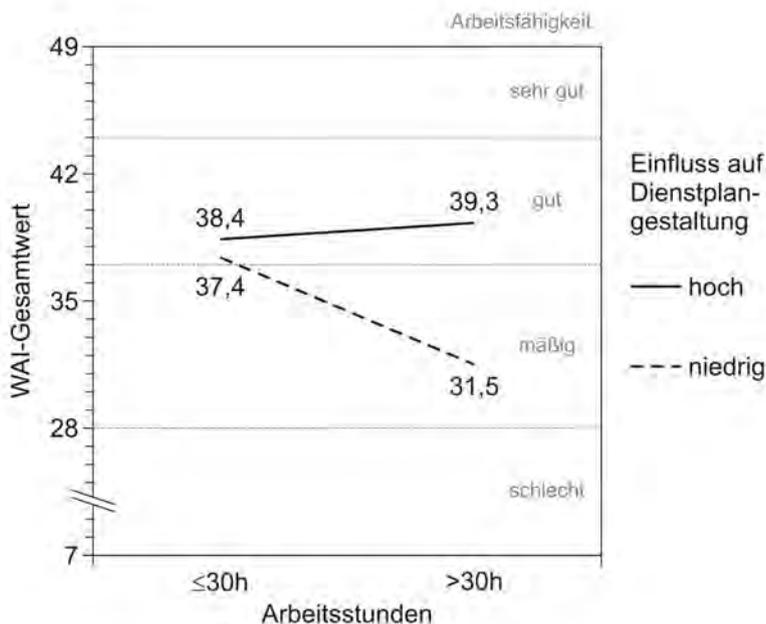
Je mehr Einfluss die Pflegekräfte auf die Dienstplangestaltung haben, desto besser ist ihre Arbeitsfähigkeit.

Der Einfluss auf die Dienstplangestaltung alleine besitzt in der Regressionsanalyse den stärksten Zusammenhang zur Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Personen, die in der Befragung ihren Einfluss auf die Dienstplangestaltung um einen Skalenpunkt höher einschätzten, wiesen eine um knapp 2 WAI-Punkte bessere Arbeitsfähigkeit auf. Damit liegt der Wertebereich zwischen Personen, die überhaupt keinen Einfluss auf ihren Dienstplan erlebten, und Beschäftigten, die über größtmögliche Einflussnahme auf ihren Dienstplan berichteten, bei acht WAI-Punkten.

Je länger die Arbeitszeit der Pflegekräfte und je geringer ihr Einfluss auf die Dienstplangestaltung, desto geringer ist ihre Arbeitsfähigkeit.

Das Zusammenwirken der beiden Variablen Arbeitsstunden und Einfluss auf die Dienstplangestaltung besitzt ebenfalls einen signifikanten Effekt auf die Arbeitsfähigkeit. Abbildung 1 gibt die Richtungen der Beziehung wieder: Personen, die von einem hohen Einfluss auf die Gestaltung ihres Dienstplans berichteten, wiesen unabhängig davon, ob sie wenige oder viele Arbeitsstunden pro Woche leisteten, eine konstante Arbeitsfähigkeit auf hohem Niveau auf. Hingegen zeigte sich für Beschäftigte, die keinen Einfluss auf ihre Dienstplangestaltung erlebten, mit zunehmender Arbeitszeit ein starker, signifikanter Abfall ihrer Arbeitsfähigkeit. Schon ab einer wöchentlichen Arbeitszeit von ca. 30 Stunden unterschreitet die Arbeitsfähigkeit den Grenzwert von 37 WAI-Punkten, ab dem laut WAI bereits Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ergriffen werden sollten. Eine höhere wöchentliche Arbeitszeit wirkt sich also dann besonders negativ auf die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten aus, wenn diese keine oder nur wenige Möglichkeiten haben, ihren Dienstplan selbst mitzugestalten.

Abbildung 1: WAI-Gesamtwert in Abhängigkeit von der Arbeitszeit und dem Einfluss auf die Dienstplangestaltung



8. Diskussion und Implikationen für die Praxis

Das Ergebnis dieser Untersuchung unterstreicht eindrücklich, wie wichtig es für die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten ist, Möglichkeiten zur Einflussnahme auf ihren Dienstplan zu haben. Auch wenn diese Erkenntnis zunächst nur für den Pflegebereich aufgezeigt wurde, muss davon ausgegangen werden, dass diese Zusammenhänge in gleicher Form auch in anderen Tätigkeitsbereichen zu finden sind, wenn unregelmäßige Arbeitszeiten die Regel sind.

Auch die Stärke der gefundenen Zusammenhänge zur Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten muss besonders hervorgehoben werden. Dass sich die Möglichkeit, den eigenen Dienstplan zu beeinflussen, positiv auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde, war aufgrund der eingangs zitierten Literatur zur direkten Partizipation sowie zum Handlungsspielraum nicht anders zu erwarten. Aber dass bei geringem Einfluss auf die

Dienstplangestaltung mit zunehmender Wochenarbeitszeit die Arbeitsfähigkeit derart stark abfällt, ist sehr bedenklich, insbesondere deshalb, weil in der hier durchgeführten Untersuchung die geleisteten Überstunden der Beschäftigten noch gar nicht berücksichtigt wurden.

Implikationen für die betriebliche Praxis

Im Umkehrschluss kann daraus jedoch für die betriebliche Praxis abgeleitet werden, dass durch eine Stärkung der direkten Partizipation der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit erfolgreich entgegengewirkt werden könnte. Eine konkrete Maßnahme sollte hierbei die Schaffung von Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Dienstplangestaltung sein. Um Erfolge zu erzielen, müssen derartige Maßnahmen jedoch mit der notwendigen Verbindlichkeit umgesetzt werden, etwa durch die vertragliche Festschreibung zwischen den Betriebsparteien im Rahmen von Betriebsvereinbarungen.

In der hier beschriebenen Organisation ist aufgrund der Ergebnisse der hier vorgestellten Studie eine solche Betriebsvereinbarung zum Thema Arbeitszeit entstanden. Darin nehmen der Dienstplan und die Mitbestimmung der Beschäftigten bei seiner Gestaltung einen wesentlichen Teil ein. In einem eigenen Paragraphen mit dem Titel »Wünsche der Beschäftigten zur Dienstplangestaltung« wurde sehr detailliert festgehalten, an welchen Stellen und in welchem Umfang Mitbestimmung bei der Erstellung des eigenen Dienstplans stattfinden soll. So sind etwa klare Prozeduren sowie Fristen zur Abgabe von Dienstwünschen festgehalten. Ebenfalls sind die Vorgehensweisen zur Änderung von Dienstplänen transparent und verbindlich geregelt. Für die weitere Entwicklung in der Organisation sollte jedoch die Praxistauglichkeit der neuen Regelungen kontinuierlich überwacht werden, um der Gefahr einer Überformalisierung und damit einer Nichtwahrung der Partizipationsmöglichkeiten durch die Beschäftigten frühzeitig zu begegnen. Denn nur eine aktive Umsetzung kann die erhofften positiven Einflüsse für den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit liefern.

Literatur

- Aiken, Leona S./West, Stephen G. (1991): Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Busch, Ada-Katrin/Reuter, Harald/Bauer, Georg (2006): Erhebung und Bewertung der Gesundheitsverträglichkeit der Arbeitszeitmodelle Schweizer Intensivpflegestationen. In: *Pflege*, 19, S. 97-107.
- Cotton, John L./Vollrath, David A./Froggatt, Kirk L./Lengnick-Hall, Mark L./Jennings, Kenneth R. (1988): Employee participation: Diverse forms and different outcomes. In: *Academy of Management Review*, 13, S. 8-22.
- Deci, Edward L./Ryan, Richard M. (1985): Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press.
- Elden, Max (1986): Socio-technical systems ideas as public policy in Norway: Evolving participation through worker-managed change. In: *Journal of Applied Behavioral Science*, 22, S. 239-255.
- Giesert, Marianne (Hrsg.) (2011): *Arbeitsfähig in die Zukunft: Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit!* Hamburg: VSA.
- Glaser, Jürgen/Höge, Thomas (2005): *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA.
- Glaser, Jürgen/Lampert, Bettina/Weigl, Matthias (2008): *Arbeit in der stationären Altenpflege. Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität*. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA.
- Guzzo, Richard A./Jette, Richard D./Katzell, Raymond A. (1985): The effects of psychologically based intervention programs on worker productivity: A meta-analysis. In: *Personnel Psychology*, 38, S. 275-291.
- Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Bernd Hans/Tackenberg, Peter/Kümmerling, Angelika/Simon, Michael (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund: BAuA.
- Heller, Frank/Pusic, Eugen/Strauss, George/Wilpert, Bernhard (1998): *Organizational participation: Myth and reality*. Oxford: Oxford University Press.
- Hobfoll, Stevan E. (1998): *Stress, culture and community*. New York: Plenum Press.
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2003): *Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit – Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland*. In: Bernhard Badura/Christian Vetter/Henner Schellschmidt (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2002. Demographischer Wandel: Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik*. Berlin: Springer, S. 85-99.
- Karasek, Robert A. (1979): Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. In: *Administrative Science Quarterly*, 24, S. 285- 308.
- Kelm, Ronald (2011): *Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Kocyba, Hermann/Vormbusch, Uwe (2000): Partizipation als Managementstrategie. Frankfurt a.M.: Campus.
- Latham, Gary P./Mitchell, Terence P./Dossett, Dennis L. (1978): Importance of participative goal setting and anticipated rewards on goal difficulty and job performance. In: *Journal of Applied Psychology*, 39, S. 334-337.
- Latham, Gary P./Yukl, Gary A. (1975): A review of research on the application of goal setting in organizations. In: *Academy of Management Journal*, 18, S. 235-246.
- Lazarus, Richard S./Lanier, Raymond (1978): Stress related transactions between person and environment. In: Lawrence A. Pervin/Michael Lewis (Hrsg.), *Perspectives in international psychology*. New York: Plenum, S. 287-327.
- Locke, Edwin A./Schweiger, David M. (1979): Participation in decision-making: One more look. In: Barry M. Staw (Hrsg.), *Research in organizational behavior*, Vol. 1, Greenwich: JAI Press, S. 265-339.
- Lohmann, Andrea/Prümper, Jochen (2003): Der moderierende Einfluss direkter Partizipation auf den Zusammenhang zwischen wöchentlicher Arbeitszeit und psychischer Beanspruchung. In Hans G. Giesa/Klaus-Peter Timpe/Ulrich Winterfeld (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit*. Kröning: Asanger, S. 337-341.
- Lohmann, Andrea/Prümper, Jochen (2006): Fragebogen zur direkten Partizipation im Büro (FdP-B) – Ergebnisse zur Reliabilität und Validität. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 3, 119-134.
- Luczak, Holger (1983): Ermüdung. In: Walter Rohmert & Joseph Rutenfranz (Hrsg.), *Praktische Arbeitspsychologie*. Stuttgart: Thieme, S. 71-86.
- Miller, Katherine I./Monge, Peter R. (1986): Participation, satisfaction and productivity: A meta-analytic review. In: *Academy of Management Journal*, 29, S. 727-753.
- Pateman, Carole (1970): *Participation and democratic theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pröll, Ulrich/Gude, Dietmar (2003): *Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen. Risikoabschätzung und Gestaltungsanforderungen*. 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 986).
- Prümper, Jochen/Becker, Matthias (2011): Freundliches und respektvolles Führungsverhalten und die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten. In: Bernhard Badura/Antje Ducki/Helmut Schröder/Joachim Klose/Katrin Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit*. Berlin: Springer (im Druck).
- Prümper, Jochen/Hartmannsgruber, Klaus/Frese, Michael (1995): KFZA – Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39, S. 125-132.
- Prümper, Jochen/Thewes, Katharina/Becker, Matthias (2011): The Effect of

- Job Control and Quantitative Workload on the different Dimensions of the Work Ability Index. In: Clas-Håkan Nygård/Minna Savinainen/Tapio Kirsi/Kirsi Lumme-Sandt (Hrsg.), *Age Management during the Life Course*. Tampere: Tampere University Press, S. 102-116.
- Rosenstiel, Lutz von/Einsiedler, Herbert/Streich, Richard/Rau, Sabine (1987): *Motivation durch Mitwirkung*. Stuttgart: Schäffer.
- Rosenstiel, Lutz von (1989): *Innovation und Veränderung in Organisationen*. In: Erwin Roth (Hrsg.), *Organisationspsychologie, Enzyklopädie der Psychologie*. Themenbereich D, Serie III, Bd. 3. Göttingen: Hogrefe, S. 652-684.
- Schmidtke, Heinz (1965): *Die Ermüdung. Symptome – Theorien – Messversuche*. Bern: Huber.
- Schlüter, Wilfried/Nickels, Alfons (2005): *Flexible Dienstzeitmodelle: Bausteine zukunftsorientierter Führungsarbeit in der Pflege*. München: Urban & Fischer.
- Scholl, Wolfgang/Hoffmann, Lutz/Gierschner, Hans-Cristof (1993): *Innovation und Information. Wie in Unternehmen nettes Wissen produziert wird*. DFG-Abschlussbericht: Humboldt-Universität zu Berlin.
- Semmer, Norbert (1990): *Stress und Kontrollverlust*. In: Felix Frei/Ivars Udris (Hrsg.), *Das Bild der Arbeit*. Bern: Huber, S. 190-207.
- Smith, Stephen C. (1985): *Political behavior as an economic externality: Economic evidence on the relationship between ownership and decision-making participation in U.S. firms and participation in community affairs*. In: Derek C. Jones/Jan Svejnar (Hrsg.), *Advances in the Economic Analysis of Participatory and Labor-managed Firms*, Bd. 1. Greenwich: JAI Press, S. 123-136.
- Spector, Paul E. (1986): *Perceived control by employees: A meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work*. In: *Human Relations*, 39, S. 1005-1016.
- Spurgeon, Anne/Harrington, Malcolm J./Cooper, Cary L. (1997): *Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position*. In: *Occupational and Environmental Medicine*, 54, S. 367-375.
- Tempel, Jürgen/Giesert, Marianne/Ilmarinen, Juhani (2011): *Arbeitsleben 2025: Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen*. Hamburg: VSA.
- Tuomi, Kaija/Ilmarinen, Juhani/Jahkola, Antti/Katajarinne, Lea/Tulkki, Arto (2003): *Arbeitsbewältigungindex/Work Ability Index (Übersetzung der 2., revidierten Fassung)*. Wirtschaftsverlag NW: Bremerhaven.
- Vroom, Victor H./Yetton, Phillip W. (1973): *Leadership and decision making*. Pittsburgh: University Press.
- Wagner, John A. (1994): *Participation's effects on performance and satisfaction: A reconsideration of research evidence*. In: *Academy of Management Review*, 19, S. 312-330.
- Wagner, John A./Gooding, Richard Z. (1987a): *Effects of societal trends on*

- participation research. In: *Administrative Science Quarterly*, 32, S. 241-262.
- Wagner, John A./Gooding, Richard Z. (1987b): Shared influence and organizational behavior: A meta-analysis of situational variables expected to moderate participation-outcome relationships. In: *Academy of Management Journal*, 30, S. 524-541
- Wirtz, Anna/Nachreiner, Friedhelm/Rolfes, Katharina (2011): Sonntagsarbeit – Auswirkungen auf Sicherheit, Gesundheit und Work-Life-Balance der Beschäftigten. In: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 2, S. 136-146.

Heinrich Geißler

Führung und Partizipation – ein Widerspruch?

In diesem Beitrag wird die folgende These begründet: Die Unterschiede zwischen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern erfordern, dass die Führungskräfte vom Individuum ausgehen, aber im Sinne der Organisationsentwicklung nicht dabei stehenbleiben. Die Haltung aller Beschäftigter und insbesondere der Führungskräfte, so die zweite These, sollte eine dialogische sein: lernbereit, respektvoll und selbstbeobachtend.

Anschließend wird ein Beispiel eines deutschen Verkehrsunternehmens, der VHH-PVG-Unternehmensgruppe,¹ geschildert, das auf dem Wege zu einer dialogischen Unternehmenskultur ist.

1. Unterschiede erfordern Dialoge

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind unterschiedlich: Alter, Leistungsfähigkeit, Ausbildung, Geschlecht, kultureller, religiöser und ethnischer Hintergrund, Leistungsbereitschaft usw. bewirken Unterschiede, wenn wir eine Momentaufnahme unserer Belegschaft machen. Hinzu kommen die zeitlichen Veränderungen – Altern, Verdichtung, Pausenlosigkeit und Zeitdruck – und die sich immer rascher wandelnden Umgebungsbedingungen, wie die Globalisierung der (Markt-)Beziehungen und der weiter wachsende beherrschende Einfluss des Finanzkapitals – so zeigt derzeit, im Sommer 2011, zum Beispiel die Griechenlandkrise, dass Ratingagenturen offensichtlich mehr Einfluss haben als die Politik.

¹ Die Verkehrsbetriebe Hamburg-Holstein AG (VHH) und Pinneberger Verkehrsgesellschaft mbH (PVG) haben sich zu einer Unternehmensgruppe zusammengeschlossen und befördern in Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen im Jahr mehr als 100 Millionen Fahrgäste mit Bussen. Vgl. zu diesem Beispiel auch die Beiträge in der Rubrik »Das Thema Arbeitsfähigkeit bei einem Busunternehmen. Erfahrungen und Perspektiven verschiedener Akteure der VHH-PVG« in Giesert 2011: 110-158.

Mit dem Alter wachsen die Unterschiede

Mit dem Alter nehmen Unterschiede zwischen den Beschäftigten und innerhalb von Altersgruppen zu: Es gibt nach wie vor ältere Beschäftigte mit einer sehr guten Arbeitsfähigkeit, aber es gibt mit zunehmendem Alter auch Personen, die eine schlechte Passung zwischen den eigenen Arbeitsbewältigungsmöglichkeiten und den Arbeitsbedingungen haben. Damit wird klar, dass mit zunehmendem Alter die konkreten Arbeitsbedingungen stärker auf die jeweilige Person zugeschnitten sein müssen, weil sich die älteren Beschäftigten in ihren individuellen Leistungsvoraussetzungen immer mehr unterscheiden. Im Prozess des Alterns verändert sich aber auch der so genannte psychologische Arbeitsvertrag.

Ein ungeschriebener Vertrag: Der Psychologische Arbeitsvertrag

Allen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bekannt und schriftlich fixiert ist der juristische Arbeitsvertrag. Neben diesem besteht aber auch ein »psychologischer Arbeitsvertrag«. Denise Rousseau hat dieses Phänomen jahrelang untersucht. Sie beschreibt den psychologischen Arbeitsvertrag als die individuellen Anschauungen bzw. Überzeugungen bezüglich des wechselseitigen Gebens und Nehmens zwischen Individuum und Organisation, geprägt von der Organisation. Psychologische Arbeitsverträge haben die Kraft selbsterfüllender Prophezeiungen: Sie gestalten Zukunft (Rousseau 1995).

Dieser ungeschriebene psychologische Arbeitsvertrag kann übererfüllt oder verletzt werden. Übererfüllungen könnten beispielsweise individuelle oder kollektive Personalentwicklungsmaßnahmen sein, die vom Unternehmen ohne vorherige mündliche oder schriftliche Vereinbarung gewährt werden.

Häufiger als die Übererfüllung ist die Verletzung des psychologischen Arbeitsvertrages zu beobachten. Rousseau unterscheidet drei Formen der Verletzung dieses psychologischen Vertrages:

- Das »Versehen« entsteht durch unterschiedliche Interpretationen.
- Die »Zerrüttung« ist die Folge eines Nichtkönnens trotz des Wollens eines Vertragspartners.
- Der »Bruch« erfolgt, weil ein Partner etwas erfüllen könnte, aber nicht will.

Da diese drei Formen der Vertragsverletzung von beiden Vertragsparteien ausgehen können, stellen sich vielfältige Fragen nach den Ursachen, wie beispielsweise:

- Liegt die Ursache der Vertragsverletzung am Unternehmen? Sind die Ursachen, die am Unternehmen liegen, durch das Unternehmen beeinflussbar beziehungsweise korrigierbar?
- Will der Arbeitgeber etwas verändern und falls ja, trifft er mit dieser Veränderung Mehrheiten oder löst er möglicherweise ein Minderheitenproblem, das dann wiederum von der Mehrheit als nachteilig empfunden wird?
- Kann das Unternehmen etwas verändern, lässt der Markt, das Umfeld, die konkrete Organisation der Arbeit Veränderungen zu?
- Oder geht die Verletzung des psychologischen Arbeitsvertrages von dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin aus? Ist die Ursache Nicht-Wollen oder Nicht-Können? Deutet sich eine gesundheitliche Gefährdung an – will der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin signalisieren, dass er/sie überfordert ist?

Alle drei Formen der Verletzung des psychologischen Arbeitsvertrages erfordern Kommunikation. Der Bruch könnte zumindest verständlich(er) werden, Versehen und möglicherweise auch Zerrüttung wären so zu korrigieren.

Selbstverständlich ist der psychologische Arbeitsvertrag auch einem zeitlichen Wandel unterworfen: Mit den persönlichen Bedürfnissen oder mit gesundheitlichen Beschwerden ändern sich die Bewertungen des Vertrages. Auch dies macht deutlich, dass nur eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Stärken und Schwächen des Unternehmens diese sich ändernden Werte und Bewertungen erfassen kann. Wenn dieser Wertewandel nicht begleitet und mit der Belegschaft reflektiert wird, kann es zu unterschiedlichen Formen der Leistungsverweigerung kommen, wie vor allem

- innere Kündigung, also Abwesenheit bei Anwesenheit und/oder
- zyklische Abwesenheit und/oder
- Verzicht auf das Einbringen von Verbesserungsvorschlägen.

Diese Verhaltensweisen und auch erhöhte Fluktuation, als eine weitere Folge mangelnder Beziehungspflege beziehungsweise fehlender Motivation, führen zu enorm überhöhten Personalkosten. Doch diese Phänomene sind höchstens die zweitbeste Lösung für ein Problem, das seine Ursachen auch in einer Verletzung des psychologischen Arbeitsvertrages durch das Unternehmen haben kann und häufig auch hat. Es geht also um eine umfassende Kommunikationsstrategie im Unternehmen, die vor allem den Formen der Verletzung des psychologischen

Arbeitsvertrages durch Versehen oder Zerrüttung auf die Spur kommt und sie nach Möglichkeit heilt.

Mitalternde Arbeitsverträge

Sowohl die Veränderung des psychologischen Arbeitsvertrags als auch die wachsenden Unterschiede im Prozess des Älterwerdens machen deutlich, dass Unternehmen zunehmend die Einzelperson im Auge haben sollten. Ein plastisches Stichwort wären »mitalternde Arbeitsverträge«.

Die Personal- und Organisationsentwicklung setzt beim Individuum an, bleibt aber dabei nicht stehen. Im Umgang mit wachsenden Unterschieden sind quantitative Methoden, wie z.B. anonyme, schriftliche Mitarbeiter/innen-Befragungen, nur von beschränktem und orientierendem Erkenntniswert und erfordern weitere Detailanalysen: Nur mit qualitativen, dialogischen Ansätzen, die dem Individuum gerecht werden, können die wachsenden individuellen Unterschiede sinnvoll bearbeitet werden.

Dialog: »Gespräch mit einem Zentrum, aber ohne Parteien«

William Isaacs, der Leiter des Dialogprojektes am Massachusetts Institute of Technology (MIT), beschreibt den Dialog als »*ein Gespräch mit einem Zentrum, aber ohne Parteien*. Er bietet eine Möglichkeit, die Energien unserer Differenzen so zu kanalisieren, dass etwas Neues, nie zuvor Geschaffenes entsteht. Er führt über die Polarisierung hinaus zu einer gemeinsamen Vernunft. Dadurch wird er zu einem Mittel, das den Zugang zu der Intelligenz und der koordinierten Kraft von Gruppen eröffnet.« (Isaacs 2002: 29) Es gehe nicht um das Herstellen von Vereinbarungen oder eines Interessenausgleiches: »Im Dialog dagegen geht es um ein neues Verständnis, d.h. um die Entwicklung einer ganz neuen Basis des Denkens und Handelns. Im Dialog werden Probleme nicht nur gelöst, sondern *aufgelöst*. Wir versuchen nicht Vereinbarungen zu ermöglichen, sondern wollen einen Kontext schaffen, in dem viele neue Vereinbarungen möglich sind. Und wir wollen ein gemeinsames Bedeutungsfundament freilegen, das uns hilft, unser Handeln mit unseren Werten zu koordinieren und in Einklang zu bringen.« (Ebd.)

Dialoge statt Diskussionen

David Bohm unterscheidet Diskussion – in der Wortwurzel: »zerteilen, zerlegen, zerschlagen« – vom Dialog, als »eine(m) freien Sinnfluss«: »Wenn einer gewinnt, gewinnen alle. (...) In einem Dialog wird nicht versucht, Punkte zu machen oder den eigenen Standpunkt durchzusetzen. Vielmehr gewinnen alle, wenn sich herausstellt, dass irgendeiner der Teilnehmer einen Fehler gemacht hat. Es gibt nur Gewinner, während das andere Spiel (der Diskussion) Gewinner-Verlierer heißt.« (Bohm 2002: 33f.) Damit thematisiert Bohm sowohl Synergie als auch die Kultur der Fehlerfreundlichkeit.

In diesem Sinne und mit Bezug auf Bohm beschreibt S.J. Schmidt Dialoge als Möglichkeit, »bewusst Klarheit und ein Gefühl dafür zu bekommen, was tatsächlich von wem/von welcher Gruppe als veränderungsbedürftig angesehen wird und ob Veränderungsbereitschaft besteht« (Schmidt 2004: 221). Dabei müsse Heterogenität erwünscht sein und er plädiert dafür, »Konflikte auszuhalten, ja zu nutzen, indem man sie als Varianten von Beobachtungsmöglichkeiten einschätzt und nicht als menschliche Schwächen« (ebd.: 225). Im betrieblichen Zusammenhang bedeutet dies, dass »Vertrauen nötig« ist, dass »andere (vor allem Vorgesetzte) differente Wirklichkeitskonstruktionen ihrer Kollegen und Mitarbeiter als legitim ansehen, ernst nehmen und nicht als Störung oder abweichendes Verhalten sanktionieren« (ebd.: 65).

Selbstbeobachtung und Selbstorganisation

Wenn die Beobachtungsrichtung nicht nur top down gehe, so Schmidt, sondern »wenn sich auch Management und Vorstand beobachten lassen und die Beobachtungskriterien Teil der innerbetrieblichen Kommunikation sind, dann ergibt sich eine Reflexivität, die von allen Beteiligten gewollt und gerechtfertigt werden können muss« (ebd.: 64). Nach Schmidts Einschätzung bildet ein solcher bewusster und reflektierter Umgang mit gegenseitiger Beobachtung und vielfältigen Beobachtungen »die einzig solide Grundlage für Selbstorganisationsprozesse; denn nur dann kann man jedem Einzelnen zumuten, Verantwortung für das Gesamtunternehmen zu übernehmen und sich nicht auf Routinen zurückzuziehen« (ebd.). Dabei bestehe die wesentliche Frage für das Management »nicht darin, ob Selbstorganisation zugelassen oder ausgeschlossen wird, sondern darin, wie die Ressource Selbstorganisation genutzt wird« (ebd.: 50).

2. Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Eine Utopie?

Der Vorstand der VHH-PVG-Unternehmensgruppe beschließt 2010 einen Perspektivwechsel: Das Unternehmen denkt nicht mehr *für* die Kundschaft, sondern *mit* der Kundschaft. Die Fahrgäste werden nicht mehr vom Unternehmen aus beurteilt, sondern Fahrgäste, Verwaltung, Werkstatt und Fahrdienst stehen – bildlich gesagt – gemeinsam im Haltestellen-Häuschen, sie fahren gemeinsam im Bus und schauen von dort auf das Unternehmen und leiten aus diesen Perspektiven Maßnahmen ab. Und: Der Busbetriebsdienst rückt in den Mittelpunkt der Unternehmensaufmerksamkeit.

Durch Mitarbeiter/innen-Orientierung zur Kund/innen-Orientierung

Niels Pfläging, langjähriger Controller in internationalen Unternehmen, hinterfragt radikal Controlling und Planbarkeit von Prozessen:

- »Vergleichen Sie Leistungen mit intelligent gewählten realen Vergleichswerten und interpretieren Sie die erbrachte Leistung im Ist-Ist-Vergleich. Setzen Sie ausschließlich auf Selbstkontrolle und eliminieren Sie jede Fremdkontrolle von Leistung im Unternehmen. Ziele dienen der Orientierung für dauerhafte und kontinuierliche gemeinsame Verbesserung – niemals der Machtausübung gegenüber Individuen oder Teams.«
- »Hören Sie auf zu planen und bereiten Sie sich lieber auf die Eventualitäten vor. Es kommt immer anders, als im Plan steht. Zukunft kann man nicht managen, schon gar nicht in Form einer jährlichen, bürokratischen Top-Down-Veranstaltung namens Jahresplanung. Tun Sie alles dafür, dass Ihr Unternehmen stets geistesgegenwärtig ist, dass es bereit ist, komme, was da wolle. Zukunft entsteht im realen Handeln, planerische Zeitreisen sind reine Fiktion.«²

Der neue Vorstand teilt diese Ansichten und versucht über eine umfassende Mitarbeiter/innen-Orientierung die Kund/innen-Orientierung zu erhöhen und damit mehr Fahrgäste zu bekommen. Was wurde für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spürbar?

Mittlerweile ist im Unternehmen die Befristung von Neueinstellungen im Fahrdienst abgeschafft: Es gibt nur unbefristete Einstellungen. Außerdem wurden Fahrerinnen und Fahrer auftarifert, die seit mehr als zehn Jahren in einem schlechteren Tarif arbeiteten, was z.T. mit groß-

² Vgl. Pfläging 2009, Einleitungen zu den Paragraphen 7 und 9.

en Lohnerhöhungen verbunden war. All das dient der Orientierung auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Schnittstelle zum Fahrgast sind: Der Fahr- und Betriebsdienst. Verwaltung und Werkstatt sind die Dienstleister für den internen Kunden »Fahrdienst«. Dies äußert sich auch im neuen Organigramm: Der Kernprozess Bus-Betrieb steht im Mittelpunkt und alle anderen unterstützen diesen Kernprozess. Dies bedeutet auch, dass die Betriebsleitung mehr Verantwortung und Entscheidungskompetenz bekommen hat und die früher gleichberechtigte Werkstattleitung der Betriebsleitung unterstellt wurden.

Wettbewerbsfähigkeit durch Arbeitsfähigkeit

Abbildung 1 zeigt das Fördermodell der Arbeitsfähigkeit.³

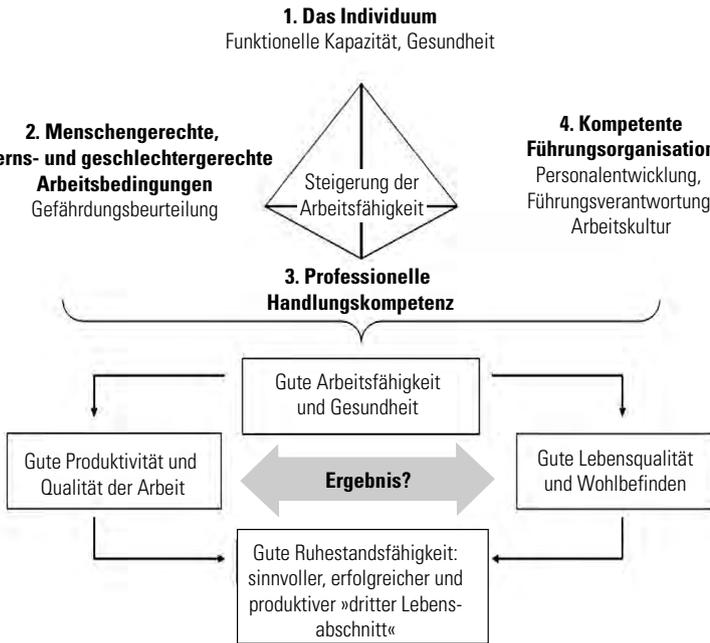
Ausgangspunkt der Überlegungen ist der bereits zitierte Wunsch der Unternehmen nach guter Produktivität und Qualität der Arbeit und der Wunsch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach guter Lebensqualität und Wohlbefinden bei der Arbeit und im Alltag. Diese beiden Komponenten bedingen sich gegenseitig, und sie werden geprägt durch das Ausmaß der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, also der Belegschaft eines Unternehmens.

Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit beschreibt das Potenzial eines Menschen, zu einem gegebenen Zeitpunkt eine gestellte Arbeitsanforderung zu erfüllen, zu bewältigen. Eine einseitige Betrachtung, z.B. nur der individuellen Leistungsfähigkeit, ist per Definition nicht zulässig, denn es ist ein entscheidendes Forschungsergebnis der finnischen Langzeitstudien über elf und mehr Jahre, dass der Zustand der Arbeitsbewältigungsfähigkeit wesentlich durch vier Faktoren geprägt wird:

1. Wir finden das Individuum mit seiner funktionellen Kapazität und seiner aktuellen Gesundheit.
2. Die Arbeitsbedingungen müssen menschengerecht, alters-, alterns- und geschlechtergerecht gestaltet sein.
3. Das Ausmaß an professioneller Handlungskompetenz muss die oder den Betroffenen in die Lage versetzen, seine Arbeit geistig und körperlich zu bewältigen.

³ Dieser Abschnitt basiert wesentlich auf dem Abschlussbericht zum ABI-NRW-Projekt. Dieses Projekt wurde durch das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen und die Europäische Union gefördert. Projektleitung: Frau Marianne Giesert. Der Bericht kann bei der IQ Consult gGmbH, Hans-Böckler-Str. 39 in 40476 Düsseldorf, angefordert werden. Siehe auch www.abi-nrw.de.

Abbildung 1: Fördermodell der Arbeitsfähigkeit
Vier Faktoren, Untersuchungen und Maßnahmen

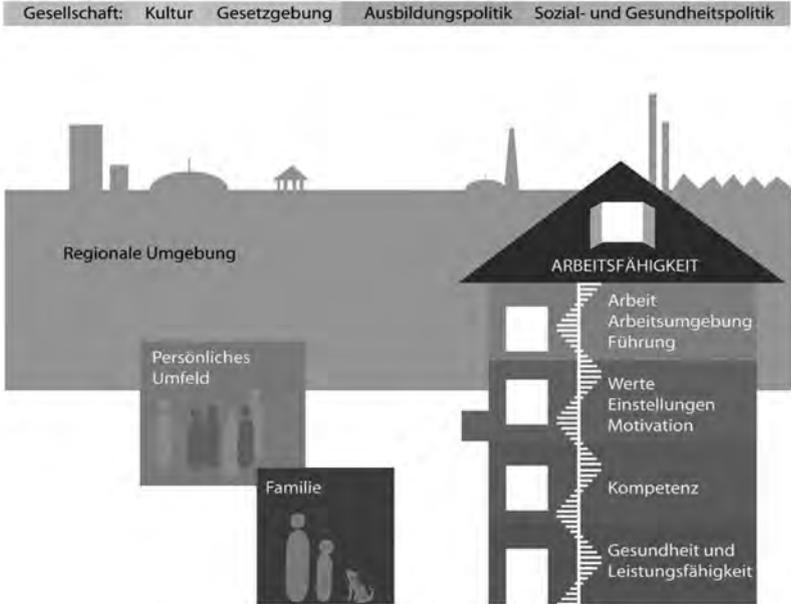


Quelle: nach Ilmarinen 1999: 12 und 190

4. Eine kompetente Führungsorganisation schafft die betrieblichen und arbeitskulturellen Voraussetzungen für erfolgreiches Arbeiten. Damit ist dieses Konzept geeignet, ein statisches Verständnis von Arbeitsfähigkeit – »entweder man schafft die Arbeit – oder nicht!« – zu überwinden. Dies gilt besonders für das in vielen Betrieben noch immer vorherrschende *Defizitmodell* vom älteren oder älter werdenden Arbeitnehmer, der ausscheiden muss, wenn eine gestellte Arbeitsanforderung nicht mehr bewältigt werden kann (vgl. Ilmarinen/Tempel 2002: 7).

Die Zukunftsfähigkeit eines Unternehmens wird demnach auch dadurch bestimmt, dass es gelingt, die verschiedenen Aspekte von Gesundheitsförderung, Arbeitsgestaltung und Ergonomie, Qualifizierung und Entwicklung einer Führungs- und Arbeitskultur effektiv miteinander zu kombinieren. Es kommt dabei nicht so sehr darauf an, an welchem Punkt man ansetzt – darüber wird die betriebliche Praxis und die

Abbildung 2: Das Haus der Arbeitsfähigkeit



Quelle: FIOH 2010 Age Power

in den entsprechenden Ausschüssen gebildete Rangfolge entscheiden –, sondern dass im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements darauf geachtet wird, alle vier Komponenten dieses Förderungsmodells der Arbeitsfähigkeit systematisch durchzuarbeiten.

Die Verbesserungen in den einzelnen Bereichen können sich gegenseitig ergänzen bzw. optimieren, aber nicht gegenseitig ersetzen: Ein schlechter Führungsstil wird nicht durch gute Ergonomie ausgeglichen, und schlechte Arbeitsorganisation lässt sich nicht durch gute Führung kompensieren.

Dieses Konzept soll Grundlage eines Haustarifvertrages werden. Das entsprechende Bild ist das so genannte Haus der Arbeitsfähigkeit mit seinen verschiedenen Stockwerken, dem persönlichen Umfeld und den regionalen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für den Erhalt bzw. die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (siehe Abbildung 2).

Wettbewerbsfähigkeit durch Qualifizierung

Die Orientierung an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern drückt sich aber auch in umfassenden Qualifizierungsmaßnahmen aus:

- 2009/10 wurde das Konzept des Hauses der Arbeitsfähigkeit allen 1.600 Beschäftigten in ganztägigen Seminaren spielerisch vermittelt: Kleingruppen haben ihr Haus der Arbeitsfähigkeit gebaut und damit das Konzept genauer kennengelernt.
- Ein Jahr später wurde der »Perspektivwechsel« in einem Ganztagesseminar für alle 1.600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vermittelt. Das beinhaltete, dass die Beschäftigten jeweils zu zweit in die Busse gegangen sind und dort Fahrgäste interviewt haben. Die Vorschläge, die daraus entwickelt wurden, sind am Ende eines Seminartages der Geschäftsführung, der Betriebsleitung oder einem Vorstand präsentiert worden. So sind weit über 1.000 Verbesserungsvorschläge entstanden.

Wettbewerbsfähigkeit durch Dialoge

(Vor-)Urteile und Bewertungen blockieren die Selbstreflexion, so Peter Garret, einer der Pioniere des Dialogs in Gefängnissen: »In dem Moment, in dem niemand eine Verwandlung zu erzwingen sucht, wird es möglich, sich zu wandeln.« (Zit. n. Hartkemeyer 2005: 59.) Die Voraussetzung dafür ist dialogische Haltung, die dann zu Veränderungen führt. »Der Fokus eines dialogischen Veränderungsansatzes liegt also primär auf der Entwicklung weitreichender Praktiken und Fähigkeiten, die habituelle, festgefahrene Interaktionsmuster und Gedanken ständig hinterfragen und reflektieren.« (Isaacs 2002: 277)

Das schafft Raum für Neues, für neue Initiativen, für bisher Undenkbares, für neue Sichtweisen auf alte Fragestellungen und ist damit eine Grundlage für nachhaltige Wettbewerbsfähigkeit unter sich ständig ändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

- *(Ständige) Neuverhandlung von psychologischen Arbeitsverträgen im Dialog*

»Der psychologische Arbeitsvertrag ist neu auszuhandeln und die gegenseitigen zukunftsbezogenen ›geheimen‹ Erwartungen, Interessen und Ziele in ein neues Gleichgewicht zu bringen« (Kobi 2002: 117), so die wesentliche Schlussfolgerung von Kobi bezüglich der Auswirkungen der so genannten Globalisierung. Vor diesen hat Kotthoff bezüglich der Anerkennungsverhältnisse gewarnt. Der Betrieb sei, »wie manche

Unternehmer sagen, keine Caritas«, aber dennoch »auf Anerkennungsbeziehungen angewiesen«: »Denn wenn der Betrieb sich der Welt der Moral und der Anerkennung verschließt, hat er ein Kontrollproblem, das seinen Fortbestand unterminiert. Die Folgen wären nämlich Protest und die Aufkündigung von Engagement, Motivation und Mitarbeit und die Bildung einer Gegenkultur.« (Kotthoff 2000: 34) Letztere Auswirkung von fehlender Anerkennung bezeichnet Voswinkel als »voice«, wenn »die betriebliche Lebenswelt, das direkte Arbeitsumfeld als alternative Anerkennungsarena der Beschäftigten an Bedeutung gewinnt« (zit. n. Kropf 2005: 218, Fußnote 285). Das Gegenteil von »voice« wäre nach Voswinkel »exit«, also die innere Kündigung, der Rückzug. Beide Reaktionen – Gegenkultur oder Rückzug – sind für Unternehmen die zweitbeste Lösung für das Anerkennungsproblem unter Bedingungen der »Subjektivierung«, der »Vermarktlichung«, der »indirekten Steuerung«: »Unternehmen, die den ›ganzen Menschen‹ einfordern, tragen deshalb – nicht zuletzt aus Eigeninteresse – eine gewisse Verantwortung dafür, dass die Mitarbeiter diese besonderen Ressourcen im Rahmen eines dialogischen Identitätsbildungsprozesses fortwährend weiterentwickeln können. Weil Identitätsbildung, wie die soziologische Diskussion gezeigt hat,⁴ auf der Grundlage von Anerkennungsbeziehungen verläuft, muss aus der Selbstverwirklichungsthese zweifelsohne eine Reflexion der unternehmensinternen Anerkennungsstrukturen folgen.« (Kropf 2005: 229)

■ *Anerkennung wirkt*

Führungskräfte können Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit ihrer Beschäftigten nachhaltig fördern: durch den Aufbau und die Pflege wertschätzender, anerkennender Beziehungen. Soweit die wissenschaftlich geprüfte Theorie.

⁴ Die Feststellung der Autorin Julia Kropf trifft auf die Auffassung von *Anerkennung als Integrationsmedium* in der Tradition Fichtes, Hegels und auch Meads zu, wie sie besonders von Honneth, Voswinkel, Holtgrewe, Wagner und auch der Autorin geteilt wird. Der Ansatz der Konfliktforschung betrachtet Anerkennung als *Ergebnis einer erfolgreichen Integration*: »Anerkennungslücken« (Heitmeyer 2002) und »negative Anerkennungsbilanzen« (Endrikat et al. 2002) deuten in diesem Sinn auf soziale Desintegration hin.« (Sitzer/Wiezorek 2005: 127) Aber möglicherweise – so Sitzer und Wiezorek – könnte »Integriertheit als ein Zustand gedeutet werden, dem die Dialektik des Kampfs um Anerkennung und Anerkennung als Voraussetzung bereits vorgängig gewesen sein muss« (ebd.).

»Aber was bedeutet das praktisch, im Betriebsalltag? Wie machen das Führungskräfte?« Antworten auf diese Fragen gab die Konzeptionierung der Gesunden Dialoge. »Wer fragt, der führt«, ist der Grundsatz, nach dem Führungskräfte systematisch und strukturiert anerkennende Dialoge mit ihren Beschäftigten führen. Im Anerkennenden Erfahrungsaustausch, dem Dialog mit Mehrheiten, haben die Gesund(et)en die Rolle der internen Beraterinnen und Berater der Führungskräfte zu den Themen Arbeit, Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und Wohlbefinden (vgl. Geißler 2009, Geißler u.a. 2004).

»Und woran genau merken es die Beschäftigten?« Die durchgängige Erfahrung ist, es verändert sich etwas: Angefangen von neuen Sichtweisen auf Gesund(et)e bis hin zu spürbaren Maßnahmen für Belegschaftsgruppen und auch Einzelne. Hinweise der Gesund(et)en werden ernst genommen. Soweit kurzfristige Ergebnisse. Nachhaltigkeit sichert die Integration der Gesunden Dialoge in Management-, Werte- oder umfassende Kommunikationssysteme, kurz: den Übergang vom endlichen Projekt zum dauerhaften Prozess.

Für den Aufbau unternehmensinterner Anerkennungsstrukturen liegt mit dem Konzept Gesunde Dialoge ein erprobtes Führungsinstrument vor, das in der VHH-PVG-Unternehmensgruppe systematisch eingesetzt wird. Natürlich wäre noch darüber nachzudenken, wie der Anerkennende Erfahrungsaustausch systematisch auch zwischen hierarchisch Gleichgestellten oder auch von Beschäftigten mit ihren Führungskräften geführt werden könnte.⁵ Damit würde das Führungsinstrument zu einem noch umfassenderen betrieblichen Kulturinstrument erweitert werden.

■ *Arbeitsbewältigungs-Dialoge*

Diese Dialoge führen die Arbeitsmedizinerin und der Arbeitsmediziner der Unternehmensgruppe mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf freiwilliger Basis und mit großer Resonanz. Denn alle bekommen individuelle Beratung. Durch die anonymisierte Auswertung entsteht auf Unternehmensebene eine Landkarte der »Schätze«, der hohen Arbeitsfähigkeit, und gleichzeitig wird rechtzeitig erkannt, wenn Arbeitsbedingungen und die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten aus dem Gleichgewicht geraten. Die Ergebnisse werden regelmäßig in der Unter-

⁵ Diese Anregung verdanken wir Stephan Voswinkel im Rahmen eines Gespräches über den Anerkennenden Erfahrungsaustausch im Mai 2006.

nehmenszeitung veröffentlicht und sind auch in einer eigenen Broschüre zusammengefasst worden (Schramm/Tempel o.J.).

Ausblick

Im Gespräch ist eine künftige Dialog-Ausbildung aller Beschäftigten und möglicherweise auch von Fahrgästen. Damit wären die Grundlagen für eine umfassende Unternehmenskultur geschaffen, die auch die Kundinnen und Kunden mit einbezieht. So wird die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter-Orientierung nachhaltig umgesetzt, und gleichzeitig kann aus einer »besser wissenden« Kundinnen- und Kunden-Orientierung – »Ich weiß doch, was Fahrgäste wünschen« – eine partizipative werden: Denn die Fahrgäste sind kundig und sie werden systematisch gehört.

Literatur

- Bohm, David (2002): Der Dialog. Das offene Gespräch am Ende der Diskussionen. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Geißler, Heinrich/Bökenheide, Torsten/Geißler-Gruber, Brigitta/Schlünkes, Holger/Rinninsland, Gudrun (2004): Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Geißler, Heinrich (2009): Gesunde Dialoge für Führungskräfte: Von den Gesund(et)en lernen. In: Marianne Giesert (Hrsg.), Führung und Gesundheit. Gesundheitsgipfel an der Zugspitze. Hamburg: VSA, S. 94-111.
- Giesert, Marianne (Hrsg.) (2011): Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit! Hamburg: VSA.
- Hartkemeyer, Johannes F./Hartkemeyer, Martina (2005): Die Kunst des Dialogs – kreative Kommunikation entdecken. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ilmarinen, Juhani (1999): Ageing workers in the European Union: status and promotion of work ability, employability and employment. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health and Ministry of Social Affairs and Health.
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2002): Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg: VSA.
- Isaacs, William (2002): Dialog als Kunst gemeinsam zu denken. Die neue Kommunikationskultur in Organisationen. Bergisch-Gladbach: EHP.
- Kobi, Jean-Marcel (2002): Personalrisikomanagement. Strategien zur Steigerung des People Value. 2., überarb. Aufl. Wiesbaden.
- Kotthoff, Hermann (2000): Anerkennung und sozialer Austausch. Die sozi-

- ale Konstruktion von Betriebsbürgerschaft. In: Ursula Holtgrewe/Stephan Voswinkel/Gabriele Wagner (Hrsg.), *Anerkennung und Arbeit*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz, S. 27-36.
- Kropf, Julia (2005): *Flexibilisierung – Subjektivierung – Anerkennung*. Auswirkungen von Flexibilisierungsmaßnahmen auf die Anerkennungsbeziehungen in Unternehmen. München: Biblion.
- Pfläging, Niels (2009): *Die 12 neuen Gesetze der Führung*. Der Kodex: Warum Management verzichtbar ist. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Rousseau, Denise M. (1995): *Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreements*. Thousand Oaks u.a.: Sage Publications.
- Schmidt, Siegfried J. (2004): *Unternehmenskultur. Die Grundlage für den wirtschaftlichen Erfolg von Unternehmen*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Schramm, Jutta/Tempel, Jürgen (o.J.): *Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen*, o.O.
- Sitzer, Peter/Wiezorek, Christine (2005): *Anerkennung*. In: Wilhelm Heitmeyer/Peter Imbusch (Hrsg.), *Integrationspotenziale einer modernen Gesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Voswinkel, Stephan (2000): *Die Anerkennung der Arbeit im Wandel. Zwischen Würdigung und Bewunderung*. In: Ursula Holtgrewe/Stephan Voswinkel/Gabriele Wagner (Hrsg.), *Anerkennung und Arbeit*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz, S. 39-61.
- Voswinkel, Stephan (2005): *Reziprozität und Anerkennung in Arbeitsbeziehungen*. In: Frank Adloff/Steffen Mau (Hrsg.), *Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität*. Frankfurt a.M./New York: Campus, S. 237-256.
- Wagner, Gabriele (2000): *Berufsbiografische Aktualisierung von Anerkennungsverhältnissen. Identität zwischen Perspektivität und Patchwork*. In: Ursula Holtgrewe/Stephan Voswinkel/Gabriele Wagner (Hrsg.), *Anerkennung und Arbeit*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz, S. 141-166.

Alexander Frevel

Partizipation und Führung – Soziale Dialoge für eine gute Arbeit

Das in diesem Beitrag ausgeführte Argumentationsmuster lautet: Gute Arbeit und die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit sind im Interesse von Unternehmen und Beschäftigten. Führung hat die zentrale Rolle bei der Gestaltung von Arbeit. Der Kommunikationsprozess zur optimalen Ausgestaltung der Arbeitsbeziehungen und -bedingungen ist der soziale Dialog. Form und Qualität des Dialogs (mit Einzelnen, in Gruppen oder im gesamten Betrieb) sind Ausdruck partizipativer Führung. Art und Reichweite der Partizipation prägen die Unternehmenskultur.

Im Folgenden werden einige Facetten des Themas beleuchtet, ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Objektivität. Beschrieben werden Ansätze und Werkzeuge, wie Gestaltungs- und Veränderungsprozesse partizipativ durchgeführt werden können und wie partizipative Führung gelingen kann.

Zum Einstieg stelle ich keine allgemein gültigen oder wissenschaftlich gesicherten Definitionen der zentralen Themen vor, sondern lege ein bzw. mein Verständnis der verwendeten Begriffe dar. Dabei konzentriere ich mich auf den Bereich der Erwerbsarbeit (im Folgenden kurz Arbeit genannt) und deshalb auch auf Führung, Partizipation und Dialoge im Betrieb bzw. in betrieblichen Veränderungsprozessen.

Gute Arbeit – gute Arbeitsfähigkeit

Im Rahmen der gegebenen Wirtschaftsordnung ist es das Interesse von Unternehmen, marktfähige Produkte bzw. Leistungen möglichst produktiv zu erstellen und mit einem optimalen Gewinn möglichst langfristig auf dem Markt zu bestehen.

Das Interesse von Erwerbspersonen wiederum besteht darin, ein sicheres Arbeitsverhältnis mit einer der Leistung angemessenen und Existenz sichernden Entlohnung zu haben sowie möglichst lange und

gesund und wohlbehalten zu arbeiten, um eine gute Nacherwerbsphase erleben zu können.

In beiden Fällen handelt es sich um gute Arbeit:¹ Ich/Wir machen gute Arbeit – ich/wir haben gute Arbeit. In beiden Fällen gilt es, die Bedingungen der Arbeit so zu gestalten, dass gute Arbeit möglich ist.

Eine gute Arbeit setzt die motivierte Zusammenarbeit von Mensch und Betrieb, von Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer und Arbeitgeber voraus. Niemand kann es alleine – Arbeit geht nicht ohne die arbeitende Person; Arbeit geht nicht ohne Arbeitsplatz und Arbeitsaufgabe. Gute Arbeit setzt voraus, dass es zum Nutzen beider Seiten ist, die jeweiligen Interessenlagen zu einem angemessenen Ausgleich zu bringen. Im Fachvokabular heißt das dann: Es gilt, neben dem formalen Arbeitsvertrag einen psychologischen Arbeitsvertrag (Schein 1965) zu schließen, der die Erwartungen und Angebote von Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zum Bestandteil der Arbeitsbeziehung macht. Dabei geht es um mehr als um Leistungserbringung, nämlich um Fragen des der eigenen Kompetenz angemessenen Arbeitseinsatzes (keine Über- oder Unterforderung), um Weiterbildung zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit, um Handlungsspielräume in der Arbeitsausführung, um persönlichkeitsförderliche und die Gesundheit erhaltende Arbeitsbedingungen, um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit, um Anerkennung als Mensch, um Sinngehalt der Arbeit und ähnliches mehr.

Eine gemeinsame Klammer für das Verständnis guter Arbeit kann das Konzept der Arbeitsfähigkeit sein, das von Juhani Ilmarinen und dem Team vom Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) seit den 1980er Jahren entwickelt wurde und unter dem englischen Titel »Work Ability« weltweit verbreitet ist. Hier sind die wesentlichen Einflussbedingungen auf eine gute Arbeitsfähigkeit zusammengeführt:

- Gesundheit und Leistungsfähigkeit
 - Kompetenz
 - Werte, Einstellungen und Motivation
 - Arbeitsbedingungen und Führung
- sind die Aspekte, die im Betrieb bedeutsam sind.
Zu den überbetrieblichen Einflussbedingungen zählen
- Familie und persönliches Umfeld

¹ Dieses Verständnis von guter Arbeit beachtet das gewerkschaftliche Konzept »Gute Arbeit« (siehe u. a. Schröder/Urban 2009 und 2010), ohne dass jedoch die einzelnen Kriterien an dieser Stelle differenziert betrachtet werden können.

- regionales Umfeld
- gesellschaftliche Aspekte wie Kultur, Bildungs-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik.

Arbeitsfähigkeit beschreibt allgemein das Potenzial eines Menschen, eine Anforderung zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Dabei muss die individuelle funktionelle (körperliche, geistige und psychische) Kapazität ins Verhältnis gesetzt werden zur Arbeitsanforderung (vgl. Ilmarinen/Tempel 2002: 167 sowie Geißler in diesem Band: 121). Für ein produktives Arbeitsleben in gutem Wohlbefinden ist darauf zu achten, dass eine möglichst ausgewogene Balance (eine gute Passung) zwischen den Arbeitsanforderungen und den persönlichen Möglichkeiten gefunden wird.

- Eine (sehr) gute Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die persönlichen Kapazitäten und die Arbeitsanforderungen in einer ausgewogenen Balance sind.
- Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist gefährdet, wenn ein Wandel der individuellen körperlichen, geistigen und psychischen Kapazitäten (z.B. nach Unfällen oder Erkrankungen oder aufgrund des Alterns) keine Anpassung der Arbeitsanforderungen nach sich zieht.
- Genauso erhöhen aber auch Defizite oder ein Mangel an Fördermaßnahmen auf der Ebene der Qualifikation, des sozialen Miteinanders, der Arbeitsbedingungen oder des Gesundheitsschutzes die Wahrscheinlichkeit von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit.

Beide Größen – Arbeit/Arbeitsanforderungen und Person – ändern sich im Zeitlauf und müssen ggf. alters-/alterns- und gesundheitsangemessen gestaltet werden. Es ist im Rahmen von Erwerbstätigkeit Aufgabe von jeder und jedem Einzelnen, möglichst gesund und möglichst kompetent zu sein. Und es ist Aufgabe des Betriebes, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Gesundheit und Kompetenz gefördert werden und die Belastungen nicht zu Erkrankungen und Unfällen führen.

Gute Führung sorgt für gute Arbeit

Neben Erziehung, Bildung und Pflege ist Führung eine der herausforderndsten Aufgabenstellungen in Mensch-zu-Mensch-Beziehungen. Führungspersonen sind häufig deshalb in der Führungsposition, weil sie eine hohe fachliche Kompetenz besitzen. In der Mehrzahl sind sie mit operativen und administrativen Aufgaben (Vorgesetzte, Manage-

ment) betraut. Die Kompetenz zur Führung von Personen wird dabei nicht selten einfach vorausgesetzt; sie ist eine gewünschte Charaktereigenschaft und nicht durchgängig Gegenstand von Führungskräftequalifizierung oder Hochschulausbildung.

Festzustellen ist, dass bei der Anforderung, für eine möglichst reibungslose und qualitätsvolle Leistung bei der Erstellung von Gütern oder Dienstleistungen zu sorgen, die Führung des Personals im Alltag nicht durchgängig als mindestens gleichwertige Aufgabe in Erscheinung tritt. Dabei sind die Beschäftigten doch ein zentraler »Produktionsfaktor« – es ist (wäre) demnach eine der wichtigsten Aufgaben von Führung, die Rahmenbedingungen für eine produktive Leistung zu gestalten. Insofern gilt es, die Arbeitsfähigkeit dauerhaft zu erhalten und zu fördern.

Führungskräfte sind Schlüsselpersonen der Arbeitsgestaltung. Auf der einen Seite lässt erst die Führungsentscheidung gesundheitsförderliche Betriebsangebote, Ergonomie, Ablauforganisation, Unternehmenskultur usw. zu. Auf der anderen Seite bestimmt Führung (vom unmittelbaren Vorgesetzten bis zur Geschäftsleitung) die betriebliche Beziehungs-, Kommunikations- und Interaktionskultur. Hier drückt sich Anerkennung oder (ungewollte) Erniedrigung/Entwürdigung genauso aus wie Respekt oder Unachtsamkeit.

Die Bedeutung der Leitungspersonen in ihrer Funktion der Mitarbeiterführung ist notwendigerweise zu würdigen. Führungskräfte sind im Sinne von George Herbert Mead (1934) die »signifikanten Anderen« in der erwachsenen Persönlichkeitsentwicklung von Menschen. Der »für mich wesentliche Andere« zeichnet sich dadurch aus, dass das wechselseitige Aufeinanderwirken (die soziale Interaktion) zwischen dem »Ich« und der/dem Anderen geprägt ist durch ein Machtgefälle und durch eine emotionale Besetzung der Beziehung. Beispiele dafür sind die Beziehungen von Eltern zu Kindern, Lehrern zu Schülern und in dem hier gemeinten Sinne eben auch von Führungskräften zu Mitarbeitern. Die Überlegungen von Mead konzentrieren sich darauf, dass sich Selbstbewusstsein, Identität und Selbstwert sowie die Fähigkeit zum Denken und Handeln erst innerhalb und mithilfe sozialer Beziehungen entwickeln. Bedeutungen entstehen in der sozialen Interaktion mit (bedeutsamen) Anderen. Kommunikation ist der Entwicklungsfaktor des Menschen als soziales Wesen.

Die arbeitsbezogenen »bedeutsamen Anderen«, kurz: die Führungskräfte, sind nicht nur Auslöser und Gestalter von organisationalen Bedin-

gungen (z.B. Handlungsspielraum, soziale Unterstützung und Anerkennung), sondern Kraft ihrer Rolle in der wechselseitigen Beziehung selbst eine – vorhandene oder fehlende – soziale Ressource. Gleichzeitig von Bedeutung sind die jeweiligen personalen Ressourcen, also Gewohnheiten, Handlungsmuster sowie kognitive Überzeugungen wie Selbstvertrauen oder Kohärenzgefühl.² In der handelnden und interaktiven Auseinandersetzung des Individuums mit den Arbeits- und Organisationsbedingungen werden individuelle Fähigkeiten und Einstellungen entwickelt und verändert. Ohne diese Ressourcen können Arbeitsfähigkeit, Wohlbefinden und Gesundheit nicht hergestellt bzw. erhalten werden.

Deshalb können Prozesse zur Erhaltung und Förderung von Arbeitsfähigkeit, zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder bei der Veränderung von Arbeitsprozessen nur dann erfolgreich sein, wenn Führungskräfte in der Lage sind, Entscheidungen für Bedingungen zu treffen, die die Möglichkeiten und Interessen der Beschäftigten berücksichtigen und möglichst die betreffenden Personen aktiv einbinden.³

Partizipation zur Vereinbarung von guter Arbeit

In Forschungs- und Beratungsprojekten zum Arbeitsschutz, zur Arbeitsgestaltung und zur Gesundheitsförderung wie auch häufig im betrieblichen Alltag ist »Partizipation der Beschäftigten« mittlerweile eine Standardformel. Festzustellen ist allerdings, dass bezüglich der Reichweite

² Nach Antonovsky (1979) wird das Kohärenzgefühl im Sinne einer subjektiven Empfindung (Ausmaß des Vertrauens) von drei Komponenten gebildet: (1) Verstehbarkeit, (2) Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit und (3) Gefühl von Bedeutung bzw. Sinnhaftigkeit einer Aufgabe oder Handlung.

³ Förderprogramme zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit der Belegschaften belegen die Bedeutung von Führungsverhalten und -einstellungen. Das finnische Institut für Arbeitsmedizin hat in Längsschnittstudien nachgewiesen, dass für ältere Beschäftigte das Vorgesetztenverhalten den stärksten Einflussfaktor auf die Arbeitsfähigkeit darstellt. Personen, bei denen sich die Anerkennung durch die Vorgesetzten verbessert, haben eine 3,6-fach erhöhte Chance, ihre Arbeitsfähigkeit zu steigern. Umgekehrt gilt: Diejenigen, bei denen sich Anerkennung und Wertschätzung am Arbeitsplatz vermindert hat, haben ein 2,4-fach höheres Risiko der Verschlechterung ihrer Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen/Tempel 2002: 249f.).

und Güte der Beteiligung große Unterschiede bestehen – Partizipation ist nicht gleich Partizipation.

- Die einen sprechen schon von Beteiligung, wenn eine Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt wird, andere setzen auf Gruppendiskussionen (z.B. Gesundheits- oder Qualitätszirkel), und wieder andere beteiligen die Menschen an der Konzeption, Erprobung, Umsetzung und Wirkungsüberprüfung von Veränderungsmaßnahmen.
- Mal ist Partizipation die Möglichkeit zur Teilhabe an Willensbildungsprozessen, mal ist die Mitsprache (Information und Anhörung) bei Veränderungen oder die gesetzliche Mitbestimmung gemeint.

Partizipation ist ein vielfältig gebrauchter und normativ befrachteter Begriff. Im praktischen Vollzug werden bestehende Machtpositionen und übliche Entscheidungsprozesse teilweise aufgehoben, das heißt, die Entscheidungsgewalt zwischen Führung und Geführten (hier: Beschäftigten) wird anders verteilt.

Aufgrund der großen Spannweite in der theoretischen und in der konkreten Ausprägung entstehen nicht selten Missverständnisse zwischen Beteiligten. Dies macht es erforderlich, ein wenig zur Begriffsbestimmung beizutragen.

Partizipation ist nicht zweckfrei, sondern begründet sich in dem Ansatz, die Interessen der Beschäftigten bei Planungs- und Entscheidungsprozessen aktiv und möglichst umfassend zu beachten. Das soziale Machtgefälle (zwischen jenen, die Herrschaft ausüben und denen, die den Anordnungen zu folgen haben) ist also zu einem Ausgleich zu bringen, sodass die Form der Über- und Unterordnung zwar nicht aufgehoben wird, die Handlungsautonomie aber möglichst hoch ist (vgl. Kißler et al. 2000). Partizipation ist somit nicht die Beseitigung von Herrschafts- und Machtstrukturen, sondern deren Ausgestaltung. Sie ist strukturell ein Gestaltungsraum, der durch Führung zur Verfügung gestellt wird.

Folglich gibt es in Beteiligungsprozessen keine umfassende Mitentscheidung oder gar Selbstbestimmung, sondern Partizipation ist im Versuch des sozialen Ausgleichs an Ziele und Themen gebunden. Im betrieblichen Anwendungsfall überrascht es nicht, dass die Beteiligung an Planungs- und Entscheidungsprozessen häufig(er) dort vorkommt, wo die Unternehmen auf die Nutzung der Produktionsintelligenz der Beschäftigten, insbesondere bei hohen Anforderungen an Produkt- und Prozessinnovationen, angewiesen sind (vgl. Dörre 1996: 82).

Die Form der Teilhabe an Planungs- und Entscheidungsprozessen ist nicht politisch verordnet (wie z.B. die Mitbestimmungsrechte gemäß Betriebsverfassungsgesetz), sondern sie ist Resultat einer (hier: betrieblichen) Vereinbarung. Die Anzahl der Themen und die Reichweite der Beteiligung (Grad der Mitbestimmung) sind zu vereinbaren. Partizipation wird nicht die Führung überflüssig machen, sie ist vielmehr gekoppelt an die Unabhängigkeit der Führung, Entscheidungen zu treffen.

Eine differenzierte Beschreibung der Bandbreite des Partizipationsverständnisses liefert Michael T. Wright (2010) vom Wissenschaftszentrum Berlin. Sein hierarchisches Stufenkonzept (Abbildung 1) setzt da an, wo auf keinen Fall von Partizipation gesprochen werden kann, nämlich dort, wo die Belange der Beteiligten tatsächlich keine Rolle spielen, ihre Sichtweise nicht nachgefragt wird und sie instrumentalisiert werden, also allenfalls als »Dekoration« zur Aufgabenerfüllung dienen dürfen. Dies gilt auch für die Fälle, in denen die Lage der Zielgruppe zwar wahrgenommen wird, aber ausschließlich aus Sicht der Entscheidungsträger. Die Kommunikation erfolgt direktiv in Form von Anweisungen.

Die Vorstufen der Partizipation zeigen in den drei Ausprägungen eine zunehmende Einbindung von Betroffenen, allerdings ohne Einfluss auf den Entscheidungsprozess. Die Stufe Information sieht vor, dass die Sichtweise der Zielgruppe berücksichtigt und die Entschei-

Abbildung 1: Stufen der Partizipation

9 Selbstorganisation	Geht über Partizipation hinaus
8 Entscheidungsmacht	Partizipation
7 Teilweise Entscheidungskompetenz	
6 Mitbestimmung	
5 Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
4 Anhörung	
3 Information	
2 Anweisung	Keine Partizipation
1 Instrumentalisierung	

Die Abbildung und Kommentierung des Stufenkonzepts beziehen sich auf die Unterlagen von M. T. Wright und M. Block zum Workshop »Partizipation – eine zentrale Herausforderung in der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten« (www.lags.de/fileadmin/.../RK_26.01.2011_Wright_Stufen_Partizipation.pdf; Zugriff am 16.6.2011).

dung bezüglich möglicher Handlungsalternativen erklärt und begründet wird. In Stufe 4 wird die Sichtweise der Zielgruppe durch Anhörung (z.B. Workshops) erfragt, in Stufe 5 lassen sich die Entscheidungsträger von (ausgewählten) Personen aus der Zielgruppe beraten.

In den drei Stufen der unmittelbaren und direkten Partizipation haben die Mitglieder der Zielgruppe, hier also die Beschäftigten des Unternehmens oder einer Abteilung/Arbeitsgruppe, eine formale und verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung. Damit sind die genannten Vorstufen der Partizipation nicht überflüssig, sondern Information, Anhörung und Einbeziehung sind notwendige Bedingungen für eine direkte und aktive Beteiligung.

Als Mitbestimmung (nicht zu verwechseln mit der geregelten Mitbestimmung der gewählten, repräsentativen betrieblichen Interessenvertretung) gilt, wenn die Zielgruppe ein Mitspracherecht vor der Entscheidungsfindung hat, also aktiv in Verhandlungen eingebunden ist. In der weitergehenden Ausprägung wird den Beschäftigten eine Entscheidungskompetenz eingeräumt, die jedoch auf bestimmte/vereinbarte Aspekte beschränkt ist. Als am weitesten entwickelte Form der Beteiligung gilt die Entscheidungsmacht. Hier werden alle wesentlichen Aspekte von der Zielgruppe selbst bestimmt. Es gilt eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten. Gegebenenfalls werden die Entscheidungsprozesse von Dritten begleitet, z.B. in Form (externer) Moderation.

Über den hier gemeinten Begriff von Partizipation hinausgehend ist die Stufe der Selbstorganisation, bei der die Verantwortung für eine Maßnahme oder ein Projekt vollständig in den Händen der Zielgruppe liegt und diese für die Folgen der Entscheidung vollständig selbst verantwortlich (haftbar) ist.

Je weitergehender die Partizipation an Entscheidungen und deren Umsetzung ist, desto größer ist die Verantwortlichkeit der Beteiligten, aber auch deren erwartete(s) Motivation und Engagement. Aus Sicht der Beschäftigten ist zu beachten, dass nicht jede/jeder das Interesse oder die Bereitschaft hat, an Entscheidungen mitzuwirken. Manche fühlen sich auch nicht ausreichend kompetent für eine verbindliche Beteiligung – allerdings kann dies durch entsprechende Qualifizierung/Bildung (weitgehend) kompensiert werden. Partizipation sollte insofern das Prinzip der Freiwilligkeit beachten. Allerdings muss klar (vereinbart) sein, dass die Grundregeln eine Mehrheitsentscheidung einschließen, deren Ergebnisse von allen verantwortlich mitgetragen werden.

Es ist deutlich geworden, dass Partizipation im Sinne von Teilhabe immer »nur« einen Ausschnitt betrifft. Die Selbstbestimmung hat ihre Grenzen; sie ist in vorhandene Herrschaftsstrukturen eingebunden, das heißt, Führung muss Partizipation zulassen und ermöglichen. Und: Partizipation setzt voraus, dass der Gestaltungsraum eindeutig vereinbart ist. Teilautonome Arbeitsgruppen funktionieren nicht, wenn der Meister die Entscheidungen des Teams durch eigene Vorgaben durchkreuzt, oder andersherum, wenn das Team erforderliche eigene Abstimmungen nicht trifft, sondern auf Anweisungen wartet.

Dialoge für eine gute Arbeit – Beispiele aus Forschungs- und Beratungsprojekten

Im Folgenden werden – eher stichwortartig – ausgewählte Ergebnisse und Beispiele aus Forschungs- und Beratungsprojekten dargestellt, die die Anwendung von partizipativen Vorgehensweisen in Veränderungsprozessen verdeutlichen. Die ersten drei Beispiele stellen Werkzeuge in der externen Beratung dar; die beiden abschließend beschriebenen Dialoge behandeln Aktivitäten von Führungskräften.

Arbeitsbewältigungs-Coaching®

In einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekt zur zukunftsfähigen Arbeitsforschung wurden verschiedene Formen partizipativer (Aktions-)Forschung und darin eingebetteter Beratungsprozesse erprobt und entwickelt (Arbeit und Zukunft e.V. 2006). Hier liegt u.a. die Wiege der Weiterentwicklung des Work Ability Index⁴ zu einem partizipativen Beratungswerkzeug, dem Arbeitsbewältigungs-Coaching® (INQA 2009; Frevel 2010b). Dieses Werkzeug kann in allen Branchen und Betriebsgrößen eingesetzt werden.

Der Beratungsprozess besteht aus zwei wesentlichen Schritten.

- a) Das cirka einstündige persönlich-vertrauliche Gespräch mit jeder/m Beschäftigten (auf freiwilliger Basis) dient der Reflexion der gegenwärtigen und künftig gewünschten Arbeitsbewältigungssituation. Es

⁴ Der Work Ability Index ist ein Erhebungsbogen zur subjektiven Beanspruchungsanalyse. Er misst den Grad der Passung zwischen den Arbeitsanforderungen und den persönlichen Kapazitäten. Siehe Tuomi et al. 2001 sowie Hasselhorn/Freude 2007.

umfasst die Erhebung des aktuellen Arbeitsbewältigungsstatus. Daran schließt sich die Erarbeitung von individuellen Fördermaßnahmen sowie von betrieblichen Förderwünschen zur Sicherung respektive Verbesserung der Arbeitsbewältigung an. Die Leitfragen in den wesentlichen Einflussbereichen (Gesundheit, Kompetenz, Werte, Arbeitsbedingungen, Führung) lauten: Was kann ich tun, um meine Arbeitsfähigkeit zu fördern (zu erhalten, unterstützen, verbessern, wiederherstellen)? Was brauche ich dafür vom Betrieb? Die beteiligten Personen werden zum eigenständigen Handeln ermutigt und darin unterstützt, möglichst konkrete Lösungsansätze zu formulieren.

- b) Mit der anonymen Zusammenfassung des Arbeitsbewältigungsstatus und der Förderhinweise aus Sicht der Beschäftigten erhält der Betrieb eine substantielle Steuerungsgrundlage zur aktiven Erhaltung/Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Gesamtbelegschaft. Ergebnis des »Arbeitsbewältigungs-Workshops« ist die Entwicklung von betrieblichen Maßnahmen.

Prävention durch soziale Dialoge

In einem anderen BMBF-geförderten Projekt⁵ wurden in Anlehnung an und in Abstimmung mit dem DGB-Index Gute Arbeit neun Gestaltungsfelder herausgearbeitet, die Gegenstand von Partizipation und Prävention im sozialen Dialog sind. Hierzu wurden die folgenden Leitsätze entwickelt. Gute Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden bedeutet demnach:

- ausführbare und schädigungsfreie Arbeit
- Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten
- vertrauensvolle Kultur wechselseitiger Anerkennung und Wertschätzung
- Sicherung der Beschäftigung durch innovative Unternehmensentwicklung
- Einhaltung und Förderung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- bedarfsgerechte Unterstützung der Beschäftigten durch die Führungskräfte

⁵ Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog (PaPsD).

- leistungsgerechte und transparente Entlohnung
- qualifizierte Einarbeitung und Entwicklungsmöglichkeiten
- Gestaltung der Schnittstelle zum Kunden.

Das Grundverständnis für eine partizipative Prävention lautet: Die Beschäftigten kennen die ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit belastenden und fördernden Faktoren in ihren Arbeitsbedingungen. Sie sind die wichtigen ExpertInnen im Betrieb. Deshalb wird ihre Sichtweise der Arbeitsverhältnisse zum Ausgangspunkt der betrieblichen Gestaltung.

An der Entwicklung der Leitsätze wie auch an der Erstellung des schriftlichen Erhebungsbogens waren folgerichtig VertreterInnen von Beschäftigten, Betriebsleitungen, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, Sozialpartner, Berufs- und Fachverbände, Ausbildungseinrichtungen sowie Ministerien beteiligt.

Auf der Basis der Erhebungsergebnisse wurden im betrieblichen sozialen Dialog aller Beschäftigten einschließlich der Betriebsleitung Maßnahmen⁶ auf unterschiedlichen Ebenen entwickelt:

- korrektive Interventionen zur raschen Veränderung identifizierter Probleme,
- präventive Interventionen, die identifizierte Ressourcen und Probleme bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen berücksichtigen, um vorhandene Stärken zu fördern und Schwächen zu beseitigen
- prospektive Interventionen, um langfristige Maßnahmen zur Prävention zu entwickeln.

Alter(n)sgerechte Berufsverläufe – Interventionen und Strategien

Es gibt nicht wenige Branchen, in denen körperlich schwere Arbeit, Nacht-/Kontschicht, Arbeit unter Zeitdruck oder mit anderen hohen psychischen Belastungen u.ä. verrichtet werden muss. Etliche dieser Tätigkeiten sind nicht per se für jedwede Person geeignet, insbesondere haben sie Elemente, die als »alterskritisch«⁷ zu kennzeichnen sind.

⁶ Als Beispiel aus dem Arbeitsbereich der ambulanten Pflege siehe Frevel 2008 und 2010a.

⁷ Zur Identifikation solcher Tätigkeiten wurde die Checkliste zu altersgerechten Arbeitsbedingungen von Spirduso (1995) in einer erweiterten Fassung verwendet.

In Projekten zu alter(n)sgerechten Berufsverläufen gilt es, diese Tätigkeiten zu identifizieren und aktuelle wie gewünschte Bedingungen für Berufsverläufe zu beschreiben. Dafür werden die Tätigkeiten (ggf. differenziert nach Arbeitsaufgaben) erfasst und einem Schema von Verlaufstypen zugeordnet: Welche Tätigkeiten eignen sich für einen Einstieg in den Betrieb, um Routine und Systemwissen zu erlangen? Welche sind als Entwicklungs- oder Umstiegs-Arbeitsplätze geeignet, entweder zum Belastungswechsel (z.B. bei belastungsbedingt begrenzter Tätigkeitsdauer) und/oder zur beruflichen Weiterentwicklung? Auf welchen Arbeitsplätzen – ggf. mit altersgerechter Anpassung der Tätigkeit (Mischarbeit, anderes Schichtsystem ...) – können Personen verbleiben? Welche Ausstiegs-Arbeitsplätze mit erfahrungsgeleiteten Arbeitsaufgaben und alternsgerechten Arbeitsbedingungen existieren?

Auch in diesen Projekten werden die Beschäftigten (im Regelfall ausgewählte Personen für die Tätigkeitsgruppe aus verschiedenen Altersgruppen) und die operativen Führungskräfte zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen in ca. einstündigen Gesprächen mit einem teilstandardisierten Erhebungsbogen befragt.

Als Ergebnis nach einem Rückmelde- und Konkretisierungsworkshop mit allen befragten Personen entsteht eine Arbeitsplatzlandkarte. Diese gibt konkrete Hinweise auf Gestaltungsmöglichkeiten (Ergonomie, Umgebungsbedingungen, Arbeitszeit, Qualifikation, Arbeitsschutz, Gesundheit usw.).

Für eine strategische Personalpolitik von Berufsverläufen bedarf es einer systematischen Aufbereitung relevanter Daten zu den Arbeitsplätzen (u.a. alterssensible Gefährdungsbeurteilung, Gesundheitsbericht, Qualifikationsanforderungen etc.) sowie zum Personalbestand (Alter, Qualifikation, Dauer der Tätigkeit/Exposition usw.). In einer Matrix können die Elemente verknüpft werden, um rechtzeitig bzw. im Bedarfsfall angemessene Veränderungen in der Tätigkeit oder im Aufgabenzuschnitt zu verwirklichen.

Wertschätzende Dialoge im Betrieb⁸

Wertschätzung ist mehr als die Abwesenheit von Ablehnung. Anerkennung (be-)achtet die Person mit ihrem jeweiligen Vermögen und ist damit mehr als die Berechnung von Mitarbeitern in Kennziffern betrieblicher

⁸ Dieser Abschnitt ist ein Auszug aus dem weiterführenden Aufsatz von Gruber/Frevel 2010.

Abwesenheitsquoten. Für eine menschengerechte Qualität von Arbeit bedarf es der Ausrichtung der Personalpolitik an Aspekten von Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Dies schließt notwendig die Wahrnehmung der Expertise der Beschäftigten bezüglich ihrer Arbeit in Form partizipativer Entwicklungsprozesse ein.

Einfluss-, Kontroll- bzw. Handlungsmöglichkeiten sind elementare Bedürfnisse, die sich im betrieblichen Zusammenhang u.a. durch alltägliche Partizipation an (die Personen betreffende) Entscheidungsbildung und in den Tätigkeitsspielräumen realisieren. In diesem Sinne erfährt ein/e Beschäftigte/r An-Erkennung, wenn ihre/seine Einschätzung, Bewertung und Vorschläge nachgefragt und ernst genommen werden. Die Hinwendung zu diesen internen Beraterinnen und Beratern kann Wertschätzung vermitteln. Insofern wenden sich anerkennende Dialoge von Führungskräften mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegen herkömmliche Leistungsvereinbarungs- oder Fehlzeitengespräche, weil diesen aufgrund der zugrunde liegenden Misstrauenskultur (Kontrolle und Problemorientierung) das notwendige Potenzial zur Förderung von Wohlbefinden fehlt.

Vorgestellt werden abschließend zwei praxiserprobte und individuell wie betrieblich wirksame Ausprägungen wertschätzender Dialoge, der »Anerkennende Erfahrungsaustausch«⁹ und das »Achtsame Arbeitsbewältigungsgespräch«.

Das zentrale Werkzeug der Mitarbeiterführung ist die Kommunikation. Notwendig ist, dass sich die Angebote vom unmittelbaren (disziplinarischen) Vorgesetzten an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter richten. Die Themen betreffen auffällig Arbeitsfähige wie auch auffällig gesundheitlich Gefährdete. Beide Dialoge verfolgen die Ziele:

- Systematische Personalpflege und Verbesserung der Beziehungen
- Vermittlung von glaubwürdiger, wechselseitiger Achtsamkeit und Anerkennung als Wohlbefindensressource
- systematische Auswertung der Hinweise aus diesen Dialogen für gesundheitsfördernde, kollektive Maßnahmen im Betrieb.

Bei den wertschätzenden Dialogen handelt es sich um Gespräche, in denen die Führungskraft nach dem Motto, »Wer fragt, der führt«, zu Beschreibung und Einschätzung der Wohlbefindens-Ressourcen anregt und (potenzielle) Belastungsfaktoren samt Lösungs- oder Verbesse-

⁹ Siehe dazu Geißler et al. 2003 und 2007.

Abbildung 2: Anerkennender Erfahrungsaustausch und Achtsames Arbeitsbewältigungsgespräch

	Anerkennender Erfahrungsaustausch	Achtsames Arbeitsbewältigungsgespräch
Förder-/ Schutzabsicht	Interesse bekunden und gemeinsam Möglichkeiten schaffen, dass die Voraussetzungen für eine gute Arbeitsbewältigung erhalten und für die Zukunft unterstützt werden	Angebot ausrichten, um Arbeitsbewältigung zu ermöglichen
Haltung und Botschaft an den Mitarbeiter im Gespräch	»Von Ihnen lernen und Ressourcen für die Zukunft bewahren/ausbauen«	»Sie in Arbeit halten und dafür gemeinsam Initiativen der Verbesserung und Wiederherstellung starten«
Dialogwerkzeug	Fünf Leitfragen zur Ermittlung von Ressourcen und Belastungsfaktoren sowie ihrer Lösungsmöglichkeiten	Je zwei Leitfragen in vier Förderfeldern (Gesundheit, Arbeitsbedingungen, Kompetenz, Betriebsklima)
Inhalt	<p><i>Was gefällt bei der Arbeit?</i></p> <p><i>Was stört oder belastet bei der Arbeit?</i></p> <p><i>Was schätzt man am und im Unternehmen?</i></p> <p><i>Was würde der Beschäftigte an Stelle des Vorgesetzten als erstes verändern?</i></p> <p><i>Was macht das Unternehmen für Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten?</i></p>	<p><i>Was können Sie zur Erhaltung der Arbeitsbewältigung tun?</i></p> <p><i>Was brauchen Sie von Seiten des Betriebes?</i></p> <p>Jeweils auf den Förderfeldern:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Gesundheit ■ Arbeitsbedingungen ■ Berufliche Entwicklung und Weiterbildung ■ Betriebsklima
Ernst-Nehmen der Einschätzungen und Vorschläge	<p>a) Erstellung einer Gesprächsnotiz</p> <p>b) Auswertung der Gesprächshinweise in einer betrieblichen Stärken-/ Ressourcenliste und Schwächen-/ Belastungsliste</p>	<p>a) Erstellung eines Bedarfsprotokolls</p> <p>b) Prüfung der individuellen Realisierungs- und Unterstützungsmöglichkeiten</p>
Ergebnis und Wirkung	<p>a) Steuerungshinweise zur Erhaltung und Kommunikation von vorhandenen Ressourcen und Veränderung von Belastungen</p> <p>b) Hinwendung zum und An-Erkennung des Mitarbeiters als »interne/r Berater/in«</p>	<p>a) Steuerungshinweise zur Förderung von Arbeitsfähigkeit</p> <p>b) Wahrnehmen und Berücksichtigen persönlicher Anliegen und Bedürfnisse</p>
Aufwand	<p>a) 30-x Minuten pro Beschäftigten</p> <p>b) Auswertungs- und Schlussfolgerungsrunde der Führungskräfte</p>	<p>a) 30-x Minuten pro Beschäftigten</p> <p>b) Clearingsitzung »Arbeitsbewältigungsförderung« der Führungskräfte</p>

rungsvorschlägen für die Förderung/Erhaltung von Arbeitsbewältigungsfähigkeit erkundet. Die Herausforderung an die Führungskraft liegt darin, im Dialog durch Fragen zu aktivieren und durch aktives Zuhören ein besseres Verständnis des Gegenübers zu erlangen.

Erklärtes Ziel ist, dass die Führungskräfte, die diese Dialoge systematisch führen, die Möglichkeit erhalten, angenehme Gespräche zu führen. Damit soll auch das Wohlbefinden der Führungskräfte selbst positiv beeinflusst werden. Der Überblick in Abbildung 2 skizziert die Dialoge in ihren Kernelementen.

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1979): *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeit und Zukunft e.V (Frevel, A. et al.) (2006) (Hrsg.): *Dialoge verändern. Partizipative Arbeitsgestaltung – Voraussetzungen, Methoden und Erfahrungen für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung*. Köln: Wissenschaftsverlag.
- Dörre, Klaus (1996): *Partizipatives Management – ein Schritt zum demokratischen Betrieb?* In: Karin Denisow/Werner Fricke/Brigitte Stieler-Lorenz (Hrsg.), *Partizipation und Produktivität*. Forum Zukunft der Arbeit, H. 5. Bonn.
- Frevel, Alexander (2008): *Sozialer Dialog zur Unterstützung eines präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes*. In: Schwennen/Elke et al. (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit*. Kröning: Asanger, S. 163-166.
- Frevel, Alexander (2010a): *Soziale Dialoge zur Förderung der Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege*, Bericht Nr. 14 der Reihe »Berichte aus der Pflege«, hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Mainz.
- Frevel, Alexander (2010b): *Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Handwerk. Grundlagen – Beratungskonzept – Beispiele. Umsetzungshilfe für den Einsatz in Handwerksbetrieben*. Karlsruhe.
- Geißler, Heinrich/Bökenheide, Torsten/Geißler-Gruber, Brigitta/Schlünkes, Holger/Rinninsland, Gudrun (2003): *Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Geißler, Heinrich/Bökenheide, Torsten/Schlünkes, Holger/Geißler-Gruber, Brigitta (2007): *Faktor Anerkennung. Betriebliche Erfahrungen mit wertschätzenden Dialogen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Gruber, Brigitta/Frevel, Alexander/Geißler, Heinrich (2010): *Alter(n)sgerechte Arbeitswelt: Modell zur Erhaltung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit*. In: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Hrsg.): *Ausbildung zur Sicherheits-*

- fachkraft, Band 4, 5. Auflage. Wien: Bohmann-Verlag, S. 311-330.
- Gruber, Brigitta/Frevel, Alexander (2010): Wertschätzende Dialoge im Betrieb. Führung als Co-Produzent von Wohlbefinden. In: ErgoMed 1, S. 14-22.
- Hasselhorn, Hans Martin/Freude, Gabriele (2007): Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (S 87), Dortmund/Berlin/Dresden.
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2002): Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hrsg. von Marianne Giesert. Hamburg: VSA.
- Ilmarinen, Juhani (2009): Current and future challenges related to ageing workforce management. The first case-study workshop on demographic changes, ageing workers and working life patterns. Finse/Norway, May.
- INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) (2009): Arbeitsbewältigungs-Coaching®. Neue Herausforderungen erfordern neue Beratungswerkzeuge. Text: Brigitta Geißler-Gruber/Alexander Frevel, INQA-Bericht Nr. 38. Dortmund.
- Kißler, Leo/Graf, Melanie/Wiechmann, Elke (2000): Nachhaltige Partizipation. Beschäftigungsbeteiligung als Beitrag für mehr Chancengleichheit. Berlin.
- Mead, George Herbert (1934): Mind, Self and Society. Chicago: University of Chicago Press.
- Schein, Edgar H. (1965): Organizational Psychology. Englewood Cliffs, N.J.
- Schröder, Lothar/Urban, Hans-Jürgen (Hrsg.) (2009/2010): Gute Arbeit. Handlungsfelder für Betriebe, Politik und Gewerkschaften. Frankfurt a.M.: Bund.
- Spirduso, Waneen Wyrick (1995): Physical Dimensions of Ageing, Champaign/Ill: Human Kinetics Publishers.
- Tuomi, Kajja/Ilmarinen, Juhani/Jahkola, Antti/Katajarinne, Lea/Tulkki, Arto (2001): Arbeitsbewältigungs-Index. Hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; deutschsprachige Ausgabe von Bernd Cugier. Dortmund/Berlin.
- Wright, Michael T. (Hrsg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern.

**Werner Kissling/
Rosmarie Mendel
Psychische Gesundheit
am Arbeitsplatz
Was können Unternehmen,
Mitarbeiter und Betriebsräte tun?**

Bis vor wenigen Jahren spielte das Thema »Psychische Gesundheit« so gut wie keine Rolle im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Der Fokus lag auf Muskel- und Skeletterkrankungen oder Erkrankungen der Atemwege, während das Thema »Psychische Störungen« entweder als nicht relevant angesehen wurde (»so was gibt's bei uns nicht«) oder aus anderen Gründen nicht aktiv angegangen wurde: Viele hatten die Befürchtung, dass eine intensivere Beschäftigung mit diesem Thema bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder Medien eine kritische Diskussion über die stressigen Arbeitsbedingungen in der jeweiligen Firma auslösen könnte. Gelegentlich wurde auch die Befürchtung laut, Kampagnen zum Thema »Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz« könnten Arbeitnehmer oder Vorgesetzte zur Überbewertung normaler Befindlichkeitsstörungen motivieren und so sogar zu einer Erhöhung des Krankenstandes führen.

Seit circa zwei Jahren hat sich aber in vielen Firmen die Einstellung zu diesem Thema fundamental geändert. Inzwischen hat das Thema »Psychische Gesundheit« in vielen Unternehmen höchste Priorität, und Gesundheitsmanager, Personalreferenten oder Betriebsräte überlegen intensiv, was man für die psychische Gesundheit der Mitarbeiter tun könnte. Wie sehr der Informationsbedarf zu diesem Thema plötzlich zugenommen hat, konnten wir selbst z.B. an der Inanspruchnahme unserer Fortbildungsangebote sehen. Während früher Veranstaltungen zu diesem Thema oft nur auf begrenztes Interesse gestoßen sind, waren unsere drei letzten Informationsveranstaltungen zum Thema »Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz« 2009 und 2010 mit insgesamt mehr als 2.000 Anmeldungen aus Unternehmen aller Branchen total überbucht (www.cfdm.de/works).

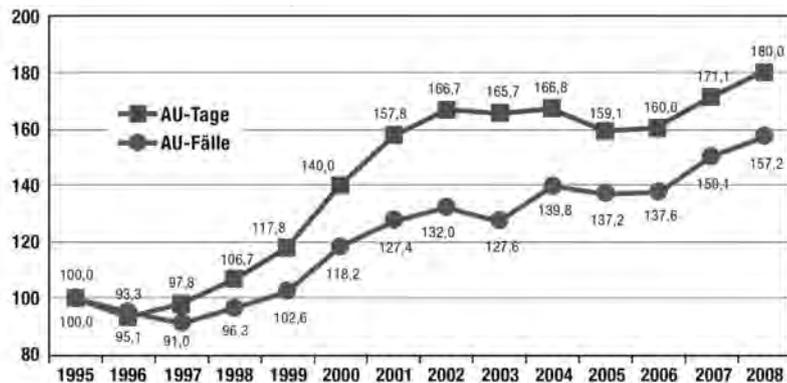
Wie ist das plötzliche Interesse an diesem lange Zeit vernachlässigten und tabuisierten Thema zu erklären? Haben die psychischen Belastungen für die Mitarbeiter in letzter Zeit so zugenommen, dass die Unternehmen darauf reagieren müssen? Oder sind die Belastbarkeit der Mitarbeiter bzw. ihre Stressresistenz geringer geworden? Oder ist die vermehrte Aufmerksamkeit für dieses Thema auch ein Zeichen dafür, dass psychische Störungen nicht mehr in dem Maße tabuisiert sind wie früher und man heute einfach offener darüber sprechen kann?

Warum ist die »Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz« plötzlich ein Thema?

In gewisser Weise sind die meisten der oben genannten Erklärungen zutreffend. Ein Hauptgrund für das große Interesse der Unternehmen am Thema »Psychische Gesundheit« sind aber sicher die gravierenden Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Kosten und die Produktivität eines Unternehmens. Den Verantwortlichen im Unternehmen ist nicht entgangen, dass psychische Störungen seit Jahren die einzige Krankheitsgruppe sind, bei der die Fehltage (und damit auch die Kosten) kontinuierlich zunehmen. Während die Fehltage bei allen körperlichen Erkrankungen seit Jahren sogar sinken, sind sie im Zusammenhang mit psychischen Störungen in den letzten Jahren um 80% gestiegen (Abbildung 1). 2010 kam es erneut zu einem deutlichen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (DAK Gesundheitsreport 2010). Im Durchschnitt kommt jeder Mitarbeiter auf zwei Fehltage pro Jahr aufgrund psychischer Störungen. Einem Unternehmen mit 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entstehen im Zusammenhang mit psychischen Störungen also ca. 2.000 Fehltage pro Jahr oder ca. 1 Million Euro Kosten. Wenn man die Produktivitätsverluste im Rahmen des Präsentismus (Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz beginnender Erkrankung/psychischer Störung, vgl. Steinke/Badura 2011) noch dazurechnet, entstehen diesem Unternehmen infolge psychischer Störungen jährlich sogar Kosten zwischen ca. 2 und 12 Millionen Euro.

Psychische Störungen sind also zu einem wichtigen Kostenfaktor für die Unternehmen geworden, und das steigert natürlich ihre Bereitschaft, entsprechende Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu ergreifen. Denn neben der Fürsorgepflicht spielen Kosten-Nutzen-Überlegungen natürlich auch bei diesem Thema eine

Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeit (AU) durch psychische Erkrankungen 1995-2008, AOK Mitglieder«



wichtige Rolle. Neben den harten betriebswirtschaftlichen Fakten haben aber auch noch andere Faktoren das Interesse an dem Thema geweckt. So haben die Vorgänge bei dem französischen Unternehmen France Telecom, wo es im Jahr 2009 im zeitlichen Zusammenhang mit massiven Umstrukturierungsmaßnahmen zu einer Serie von 25 Selbstmorden von Mitarbeitern gekommen ist, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf dieses Thema gelenkt (FAZNET 2009). Obwohl die Suizidrate angesichts der großen Mitarbeiterzahl von France Telecom gar nicht überdurchschnittlich hoch war, hat die monatelange Aufmerksamkeit der Medien auf diese Vorgänge rasch eine eigene Dynamik entwickelt. So musste der Vizepräsident des Unternehmens seinen Hut nehmen, weil er sich nicht ausreichend um die psychische Gesundheit seiner Mitarbeiter gekümmert hatte, und der französische Gesetzgeber verpflichtete alle größeren Unternehmen dazu, Schulungsmaßnahmen für Führungskräfte zum Thema »Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz« durchzuführen. Diese Vorgänge in unserem Nachbarland sind auch in deutschen Unternehmen registriert worden und haben deren Bereitschaft, sich dieses Themas anzunehmen, sicher gefördert.

Aber auch wenn ein Thema in aller Munde ist, bedeutet das ja noch lange nicht, dass tatsächlich überall konkrete Maßnahmen zur Lösung des Problems ergriffen werden. Die Frage ist deshalb: Führt das gestiegene Interesse am Thema psychische Gesundheit auch dazu, dass in den Unternehmen tatsächlich wirksame Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit implementiert werden? Und wenn ja, wie

sehen diese Maßnahmen im Einzelnen aus? Und wenn in einem Unternehmen Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit unterbleiben: Woran liegt das im Einzelnen? Wer fördert und wer bremst solche Maßnahmen und aus welchen Motiven tut er das? Und was kann ein Gesundheitsmanager oder Betriebsrat tun, um sein Unternehmen zu motivieren, sich mehr um die psychische Gesundheit seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu kümmern?

Wir möchten versuchen, im Folgenden zumindest einige dieser Fragen zu beantworten. Dabei stützen wir uns auf die praktischen Erfahrungen, die wir in den letzten Jahren bei der Beratung und Schulung von Unternehmen, Betriebsräten und Gesundheitsmanagern zum Thema »Stress und psychische Gesundheit am Arbeitsplatz« sammeln konnten. Unsere Erfahrungen basieren auf der Beratung und Schulung von ca. 150 Unternehmen und Behörden unterschiedlicher Größe und unterschiedlicher Branchen, und sie sind deshalb natürlich nicht völlig repräsentativ für alle Unternehmen. Sie können aber vielleicht einen Eindruck davon vermitteln, wie groß die Bereitschaft der Unternehmen wirklich ist, etwas für die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu tun, welche Maßnahmen sie dabei bevorzugen und was sie damit erreichen.

Wer ergreift die Initiative?

Wenn sich Unternehmen mit der Bitte an uns wenden, sie beim Gesundheitsmanagement zum Thema psychische Gesundheit zu unterstützen, dann geht die Initiative hierbei zu je einem Drittel von der Personalabteilung und von den Betriebsräten aus. Das verbleibende Drittel sind Betriebsärzte, Schwerbehindertenbeauftragte oder Gesundheitsmanager. Während die genannten Personengruppen im Rahmen ihrer jeweiligen Tätigkeit fast täglich die Relevanz des Themas hautnah erleben, muss die Unternehmensführung oft erst durch harte ökonomische Daten davon überzeugt werden, dass es sich lohnt, das Thema »Psychische Gesundheit« aktiv anzugehen. Gesundheitsberichte der Krankenkassen über das jeweilige Unternehmen können dabei die Relevanz der psychischen Störungen für das Unternehmen belegen.

Wenn einer Unternehmensführung auf diese Weise von ihrer Personalabteilung oder dem Betriebsrat der Bedarf für Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit signalisiert wird und wenn dann

Abbildung 2: Argumente gegen ein Programm für »Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz«

- »Die Fehltagel in unserem Unternehmen sind nicht überdurchschnittlich hoch, deshalb brauchen wir so etwas nicht.«
- »Mit Schulung und Coaching erzielt man keine nachhaltigen Effekte.«
- »Kampagnen zur psychischen Gesundheit schaden dem Image des Unternehmens.«
- »In diesen Krisenzeiten können wir uns Gesundheitsmanagement nicht leisten.«
- »Psychische Gesundheit ist Privatsache, da sollte sich das Unternehmen nicht einmischen.«

– vom externen Berater oder dem Betriebsrat – konkrete Maßnahmen vorgeschlagen werden, dann entschließen sich unserer Erfahrung nach inzwischen fast 90% der angesprochenen Vorstände dazu, solche Maßnahmen im Betrieb zu implementieren.

Und wer zögert?

Wenn sich ein Unternehmen nicht dazu entschließen kann, dann werden dafür die verschiedensten Gründe genannt (vgl. Abbildung 1): Manche Vorstände befürchten einen Imageschaden für die Firma, wenn bekannt wird, dass man sich dort mit dem Thema »Stress und psychische Belastung am Arbeitsplatz« beschäftigt (nach dem Motto: »Sind die Arbeitsbedingungen dort so katastrophal, dass die das nötig haben?«). Manche bezweifeln auch generell, dass in ihrer Firma Handlungsbedarf besteht, weil z.B. die Fehltagel wegen psychischer Störungen in ihrem Unternehmen gar nicht überdurchschnittlich hoch sind. Hier hilft oft ein Hinweis darauf, dass in den Fehltagelstatistiken die Häufigkeit psychischer Störungen in der Regel unterschätzt wird, weil auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen häufig die stigmatisierende psychiatrische Diagnose durch eine sozial akzeptiertere körperliche Diagnose ersetzt wird. Ferner sind in diesen Statistiken auch die hohen Produktivitätsverluste durch Präsentismus (Mitarbeiter erscheint trotz Krankheit zur Arbeit, ist aber weniger produktiv und macht mehr Fehler) nicht berücksichtigt. Schwerer zu entkräften sind prinzipielle Zweifel an der Wirksamkeit und vor allem an der Nachhaltigkeit von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Hier ist es manchmal hilfreich, wenn man empirische Belege zur Wirksamkeit und zum Return on Investment der vorgeschlagenen Maßnahmen vorlegt.

Manchmal wird die Implementierung von Interventionen auch dadurch erschwert, dass die Zuständigkeiten bezüglich dieses Themas zwischen Personalabteilung, Betriebsrat, Betriebsarzt und Gesundheitsmanager nicht klar geregelt sind und es deshalb zu regelrechten Revierkämpfen zwischen diesen Verantwortungsbereichen kommt. Es empfiehlt sich deshalb, von vornherein alle relevanten Gruppen eines Unternehmens in die Planung solcher Maßnahmen einzubeziehen.

Schließlich können beim Thema »Psychische Belastungen von Mitarbeitern« auch die unterschiedlichen Perspektiven von Arbeitgebern und Arbeitnehmern deutlich werden. Während Betriebsräte – ihrem Auftrag entsprechend – potenziell krankmachende Arbeitsbedingungen in den Vordergrund stellen, fokussieren Arbeitgeber eher auf die individuelle Veranlagung oder Belastbarkeit des einzelnen Mitarbeiters. Beide Parteien erwarten dann vom Berater oder von der Wissenschaft Unterstützung für ihre jeweilige Position. Hinweise auf die multifaktorielle Genese der meisten psychischen Störungen können solche Konflikte aber meistens entschärfen. Da experimentelle Studien zur Klärung dieser Streitfrage kaum durchzuführen sind, haben wir vor kurzem eine Expertenbefragung zur Rolle der Arbeitsbedingungen als krankmachenden oder stabilisierenden Faktor durchgeführt. Nach Einschätzung der von uns befragten 312 Psychiater wirkte sich bei 38% ihrer Patienten die Arbeit eher positiv und stabilisierend auf den Gesundheitszustand aus. Allerdings gaben sie auch an, dass bei 25% ihrer Patienten die Arbeit Hauptursache für die Auslösung einer psychischen Störung war. Und 85% der befragten Psychiater hatten den Eindruck, dass der Anteil der Patienten, bei denen die Arbeitsbedingungen einen krankmachenden Faktor darstellen, in den letzten zehn Jahren deutlich angestiegen ist (weitere Ergebnisse dieser Befragung siehe in Tabelle 1).

Was kann ein Unternehmen tun?

Inzwischen entschließt sich eine zunehmende Zahl von Unternehmen dazu, Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu ergreifen. Wenn ein solcher prinzipieller Entschluss in einem Unternehmen einmal gefasst ist, dann stellt sich die Frage, welche konkreten Maßnahmen zu diesem Unternehmen am besten passen und den größten Erfolg versprechen. Die Antwort auf diese Frage hängt natürlich von vielen Faktoren ab (Größe und Art

Tabelle 1: Ergebnisse einer im November 2009 durchgeführten Expertenbefragung (Psychiater) zum Thema »Psychische Gesundheit und Arbeit«

(Antworten von n = 312 Psychiatern aus Vertragsarztpraxen oder psychiatrischen Kliniken; durchschnittliche Berufserfahrung 19 Jahre)

Arbeit als krankmachender Faktor – Veränderungen in den letzten zehn Jahren	
1. Wie hat sich in den letzten zehn Jahren die Zahl Ihrer Patienten verändert, bei denen die <i>Arbeitssituation einen wesentlichen krankmachenden Faktor</i> darstellt? <ul style="list-style-type: none"> ■ 85% der Befragten: »Zahl hat zugenommen« ■ 13% der Befragten: »keine Veränderung« ■ 2% der Befragten: »Zahl hat abgenommen« 	
Psychische Gesundheit und Arbeit	
	Mittelwert (in %)
2. Bei wie viel Prozent Ihrer berufstätigen Patienten sind die <i>Arbeitsbedingungen Hauptauslöser für eine psychische Erkrankung?</i>	26%
3. Bei wie viel Prozent Ihrer berufstätigen Patienten wirkt sich das derzeitige Arbeitsverhältnis <i>eher positiv</i> (d.h. förderlich, stabilisierend) auf den Gesundheitszustand aus?	38%
4. Bei wie viel Prozent Ihrer berufstätigen Patienten wirkt sich das derzeitige Arbeitsverhältnis <i>eher negativ</i> (d.h. stressauslösend, rückfallfördernd) auf den Gesundheitszustand aus?	41%
5. Wie viel Prozent Ihrer berufstätigen Patienten <i>informieren ihre Vorgesetzten</i> darüber, dass sie an einer psychischen Erkrankung leiden?	16%
6. Wie viel Prozent Ihrer berufstätigen Patienten <i>raten Sie davon ab</i> , ihre Vorgesetzten am Arbeitsplatz über ihre psychische Erkrankung zu informieren?	38%
Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung	
7. Wie beurteilen Sie generell die in Unternehmen umgesetzten <i>Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung</i> Ihrer Patienten? <ul style="list-style-type: none"> ■ 33% der Befragten: »schlecht« ■ 51% der Befragten: »mittelmäßig« ■ 16% der Befragten: »gut« 	
8. Wie viel Prozent Ihrer Patienten, die wegen psychischer Erkrankung krankgeschrieben waren, berichteten <i>nach anschließender Rückkehr</i> an den Arbeitsplatz von ...	Mittelwert (in %)
■ Stigmatisierung durch den <i>Vorgesetzten</i> aufgrund der psychischen Erkrankung	27%
■ Stigmatisierung durch die <i>Arbeitskollegen</i> aufgrund der psychischen Erkrankung	31%
■ Mobbing	23%

■ plötzliche Aufgabenänderung ohne Rücksprache mit dem Patienten	22%
■ Versetzung in eine andere Abteilung gegen den Willen des Patienten	18%
■ Unterforderung am Arbeitsplatz	12%
■ Überforderung am Arbeitsplatz	38%
■ mangelnder Bereitschaft der Vorgesetzten, die Arbeit an die momentane Belastbarkeit des Patienten anzupassen	39%
■ Nicht-Genehmigung eines Arbeitsversuchs (= stufenweise Wiedereingliederung) durch die Vorgesetzten	15%
■ mangelnde Rücksichtnahme auf die vorliegende psychische Erkrankung	34%
■ Drängen von Seiten der Vorgesetzten zur Kündigung	18%
Welche Maßnahmen halten Sie für geeignet, um den Umgang mit psychisch kranken Mitarbeitern in Unternehmen zu verbessern?	
9. Schulung von Führungskräften zum Thema »Umgang mit psychisch kranken Mitarbeitern«:	
■ 94% der Befragten: »geeignet«	
■ 6% der Befragten: »ungeeignet«	
10. Möglichkeit für Führungskräfte sich in schwierigen Einzelfällen durch psychiatrisches Fachpersonal beraten zu lassen:	
■ 94% der Befragten: »geeignet«	
■ 6% der Befragten: »ungeeignet«	
11. Aufklärungskampagnen für die gesamte Belegschaft zum Thema »Psychische Gesundheit/Erkrankungen«:	
■ 84% der Befragten: »geeignet«	
■ 16% der Befragten: »ungeeignet«	

des Unternehmens, Ressourcen, Ziele etc.) und natürlich auch davon, was das Unternehmen auf dem Gebiet des betrieblichen Gesundheitsmanagement bisher schon anbietet. Wir gehen in der Praxis meist so vor, dass wir am Anfang eine Bestandsaufnahme möglicher Problem-bereiche und besonderer Belastungen in dem jeweiligen Unternehmen durchführen und anregen, sich von den Krankenkassen einen Gesundheitsbericht über das Unternehmen erstellen zu lassen. Auf dieser Basis wird dann in einem Strategie-Workshop mit möglichst allen betroffenen Parteien (insbesondere mit Personalabteilung, Betriebsrat, Betriebsarzt, Gesundheitsmanager, Geschäftsführung) über die zu ergreifenden Maßnahmen diskutiert. Meistens entscheiden sich die Unternehmen dann für eine oder mehrere der in Abbildung 3 aufgeführten Maßnahmen.

Abbildung 3: Für welche Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Betrieb entscheiden sich die meisten Unternehmen?*

- Schulungen für Führungskräfte, Betriebsärzte, Betriebsräte, Personalreferenten (95% der Unternehmen)
- Sensibilisierungsveranstaltungen für alle Mitarbeiter (40%)
- E-Learning Programme für Führungskräfte (30%)
- Informationsmaterialien für Mitarbeiter (25%)
- Interne/Externe Mitarbeiterberatung (20%)

* Auswertung der 148 vom Centrum for Disease Management in den letzten drei Jahren beratenen und geschulten deutschen Unternehmen aller Branchen

Aus unserer Sicht und meist auch aus Sicht der Unternehmen ist es sinnvoll, zu Beginn einer solchen Gesundheitskampagne zuerst einmal alle Führungskräfte für das Thema »Psychische Gesundheit« zu sensibilisieren und ihnen in interaktiven Trainingsworkshops die erforderlichen Basisfertigkeiten zum besseren Umgang mit dem Thema »Stress und psychische Belastung am Arbeitsplatz« zu vermitteln. Denn die Führungskräfte eines Unternehmens spielen bei diesem Thema in mehrfacher Hinsicht eine entscheidende Rolle. Wenn sie psychische Belastungen und manifeste Erkrankungen frühzeitig erkennen und in der richtigen Weise darauf reagieren, dann können zahlreiche Probleme und viele Fehltag von vornherein vermieden werden. Zu den zentralen Themen einer solchen Führungskräftebildung gehören deshalb das »Erkennen und Ansprechen von psychischen Störungen«, »die optimale Gestaltung der beruflichen Wiedereingliederung nach einer psychischen Störung« und »der konstruktive Umgang mit dem gesamten Team«. Themen wie »Stress, Burnout, Gesundes Führen« gehören ebenso dazu wie die Achtsamkeit auf die eigene psychische Gesundheit der Führungskraft oder des Betriebsrats. Der Teilnehmerkreis für solche Schulungen umfasst alle Führungskräfte mit Personalverantwortung und insbesondere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Personalabteilung, Betriebsräte, Betriebsärzte und Schwerbehindertenbeauftragte. Die Nachhaltigkeit solcher Schulungsmaßnahmen kann durch eine anschließende Einzelberatung, zunehmend auch durch E-Learning bzw. E-Coaching-Programme verstärkt werden. Schulungen aller Mitarbeiter z.B. zum Thema Stress- und Zeitmanagement können diese spezifischen Führungskräftebildungen ergänzen.

Gesundheitstage oder Vorträge zum Thema »Psychische Gesundheit« sowie schriftliches Informationsmaterial können danach die

gesamte Belegschaft für das Thema sensibilisieren und dazu beitragen, das mit dem Thema immer noch verbundene Stigma abzubauen. Wenn es gelingt, im Unternehmen einen Arbeitskreis Gesundheit bzw. Gesundheitszirkel zu installieren, können unter aktiver Beteiligung aller relevanten Gruppen auch präventive Maßnahmen diskutiert und umgesetzt werden. Betriebe, die über keine eigene Sozialberatung verfügen, können ihren Mitarbeitern schließlich eine externe psychosoziale Beratung (Employee Assistance Programme) anbieten und auch auf diese Weise zur Stressreduktion und zur psychischen Gesundheit ihrer Mitarbeiter beitragen.

Was kann der Betriebsrat für seine eigene Gesundheit tun?

Aus Betriebsratskreisen und von Seiten der Gewerkschaften wird seit einiger Zeit verstärkt darauf hingewiesen, dass psychische Belastungen von Mitarbeitern zunehmend beim Betriebsrat »abgeladen« werden, dieser aber für eine solche – manchmal fast ins therapeutische gehende – Aufgabe nicht immer ausreichend geschult sei. Nicht selten gerate der Betriebsrat dann selbst in eine Überlastungssituation und riskiere, ein Burnoutsyndrom zu entwickeln. Die oben genannten Schulungsmaßnahmen sollten deshalb insbesondere auch den Betriebsräten angeboten werden, bei Bedarf sollte es zusätzlich auch Supervisionsangebote für Betriebsräte bzw. ein Coaching geben, in dem man lernt, wie man sich gegen eine derartige Überforderung abgrenzen kann, ohne den eigentlichen Auftrag des Betriebsrats zu gefährden. Die beste Prophylaxe vor eigener Überforderung ist es aber natürlich, wenn der Betriebsrat dafür sorgt, dass in seinem Unternehmen alle erforderlichen präventiven (z.B. Gesundheitszirkel, Gefährdungsbeurteilung) und direkt unterstützenden Maßnahmen (BEM, stufenweise Wiedereingliederung, interne oder externe Sozialberatung, ausreichend präsenster Betriebsarzt etc.) zum Erhalt der psychischen Gesundheit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch tatsächlich implementiert werden.

Fazit

Das Thema »Stress und psychische Belastung am Arbeitsplatz« steht derzeit auf der Agenda der betrieblichen Gesundheitsmanager, Betriebsräte und Betriebsärzte ganz oben. Aus Sorge um die Gesundheit ihrer Mitarbeiter, aber auch mit Blick auf die rapide steigenden Fehltagelängen investieren immer mehr Firmen in Programme zum Erhalt der psychischen Gesundheit ihrer Mitarbeiter. Am häufigsten werden dabei Führungskräftebildungen, E-Learning-Programme und interne oder externe Sozialberatungsleistungen angeboten. Es bleibt zu hoffen, dass es sich hierbei nicht um eine vorübergehende Modeerscheinung handelt, sondern um eine andauernde und nachhaltige Entwicklung zum Erhalt der psychischen Gesundheit aller Mitarbeiter. Eine solche Entwicklung in möglichst vielen Unternehmen dauerhaft sicherzustellen, bleibt auch in den kommenden Jahren eine zentrale Aufgabe von Betriebsräten, Gesundheitsmanagern und Betriebsärzten.

Literatur

- Badura, B./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (Hrsg.) (2010): Fehlzeiten-Report 2009, Schwerpunktthema: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Berlin (vgl. dazu Pressemitteilung und Material des Wissenschaftlichen Instituts der AOK [WidO]: www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheit/wido_-_fehlzeiten-report_-_pressemitteilung.pdf, Zugriff 16.4.2011).
- DAK Gesundheitsreport (2011): Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Wie gesund sind junge Arbeitnehmer? Berlin (www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2011.pdf, Zugriff 16.4.2011).
- Amann, M. (2009): Wenn die Arbeit krank macht. In: FAZ.net, 2.11.
- Steinke, M./Badura, B. (2011): Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund: BAuA.

Michael Drupp

Anreizsysteme als Steuerungs- und Beteiligungsinstrument in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

1. Anreizsysteme – Definition und Relevanz in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Anreizsysteme umfassen die Gesamtheit der einem Individuum oder einer Organisation gewährten materiellen und immateriellen Anreize, die für den Empfänger einen Wert (finanzieller Nutzen, Befriedigungswert, Image etc.) besitzen. Im betrieblichen Kontext stellen sie in der Regel auf eine zielgerichtete Verhaltenssteuerung ab. So können sie im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, durchaus auch im Sinne einer Ergänzung des staatlichen Arbeitsschutzes, Unternehmen zu besonderen Präventionsanstrengungen motivieren.

Anreizsysteme im betrieblichen Kontext sind sowohl aus dem klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz und den entsprechenden berufsgenossenschaftlichen Regelungen bekannt als auch seit Ende der 1990er Jahre aus der Modell-Praxis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dort schließlich seit 2004 auf der Basis fakultativer Regelungen für alle gesetzlichen Krankenkassen. Auch auf der europäischen Ebene gibt es eine vielfältige Praxis von Anreizsystemen. So verfügen fast alle EU-Mitgliedsstaaten über spezielle Förderprogramme zur Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und bieten dabei in der Regel monetäre Anreizsysteme über die staatlichen Sozialversicherungsträger an (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA] 2009). In Deutschland gehören zu ihren Formen insbesondere:

- Beitragszuschläge oder -nachlässe (Bonus-Malus-Systeme) im Bereich der Gesetzlichen Unfallversicherung (§ 162 SGB VII)
- Prämien für Präventionsmaßnahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)

- Bonus für betriebliche Gesundheitsförderung der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 65 a Abs. 2 SGB V)
- Bonus oder Prämien für ein betriebliches Eingliederungsmanagement durch die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter (nach § 84, Abs. 3, SGB IX)
- Anerkennungen und Auszeichnungen für besondere Präventionsaktivitäten von Betrieben durch die GKV und GUV
- Qualitäts- und Gütesiegel für die Einführung von Gesundheits- und Arbeitsschutzmanagementsystemen
- Steuerliche Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung seit 2009 (nach §3, Abs. 34 EstG).

Die Auflistung macht deutlich, dass es dabei nicht allein um monetäre Anreize geht, sondern ebenso um immaterielle Anreize und nicht-monetäre Vorteile, zum Beispiel durch öffentliche Anerkennungen und Ehrungen. Aus Erkenntnissen der Motivationsforschung ist kritisch festzustellen, dass es bei Individuen auch eine intrinsische Motivation gibt, wie sich auch Organisationen bewusst auf gemeinnützige Ziele verpflichten können und dabei nicht der monetäre Anreiz- und Gewinngedanke im Vordergrund steht (Thiemeyer 1975 und Mühlenkamp 1994). So ist in der berufsgenossenschaftlichen wie auch in der Praxis der gesetzlichen Krankenversicherung unstrittig, dass von einem komplexen Zusammenspiel zwischen finanziellen und nicht-finanziellen Anreizen und Motivationen auszugehen ist, das bei der Gestaltung von Anreizsystemen berücksichtigt werden sollte (BGAG 2006: 4).

Zu beachten ist schließlich ein möglicher Zielkonflikt zwischen Bonusprogrammen (wie sie z.B. die Gesetzliche Krankenversicherung in der Variante des Individualbonus vorhält) mit dem Solidaritätsprinzip sowie mit dem Kassenwettbewerb (Bertelsmann Stiftung 2006: 20f.). Anreiz- und Bonusprogramme erscheinen insbesondere dann als sinnvoll, wenn sie gleichermaßen gesundheitsgerechtes Verhalten fördern wie auch durch Maßnahmen der Verhältnisprävention Arbeitsbedingungen, Führungsverhalten und Betriebsklima verbessern. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund ist von Expertenseite die Nutzung von Anreizsystemen speziell im betrieblichen Setting gefordert worden (Rosenbrock/Gerlinger 2004 sowie Bertelsmann-Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004).

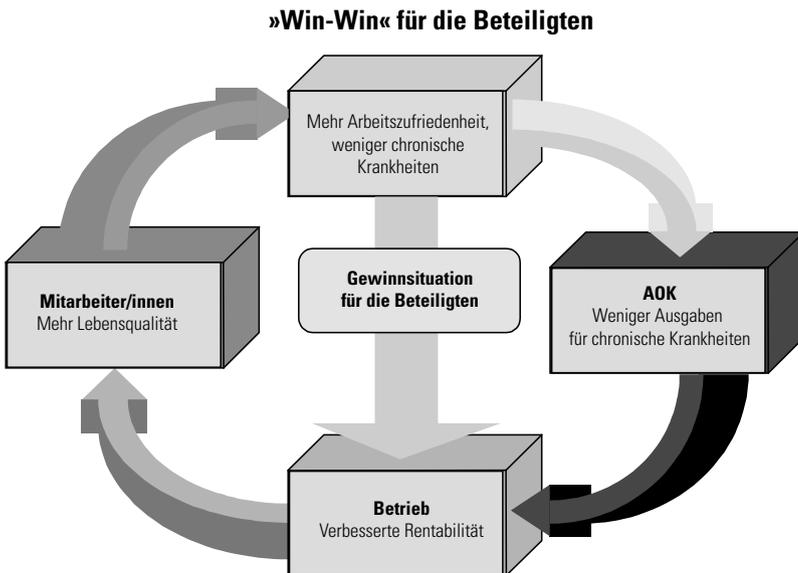
In diesem Kontext spielen zentrale Prinzipien und Erfolgsfaktoren eine Rolle, zu denen neben einer Unterstützung von BGF-Maßnahmen durch den Eigentümer bzw. das Management eines Betriebes insbeson-

dere eine adäquate Einbindung von Beschäftigten und Mitarbeitervertretung gehört. Im vorliegenden Beitrag werden diesbezügliche Erfahrungen und ausgewählte Ergebnisse des von der AOK Niedersachsen seit Ende der 1990er Jahre entwickelten Bonusmodells der betrieblichen Gesundheitsförderung dargestellt.

2. Win-Win-Situation als Ausgangspunkt für das Bonusmodell der AOK Niedersachsen

Im betrieblichen Gesundheitsmanagement gibt es eine Schnittmenge von Nutzen und Interessen, die sich im »Win-Win-Kreislauf« (siehe Abbildung 1) wie folgt darstellen lässt: Zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessern die Produkt- und Dienstleistungsqualität. Sie sind weniger krank und unfallgefährdet. Betriebliches Gesundheitsmanagement entspricht damit dem Interesse der Beschäftigten nach mehr Gesundheit, Berufs- und Lebensqualität sowie dem Interesse der Betriebe an der Verbesserung von Produktivität und Wettbe-

Abbildung 1: Betriebliches Gesundheitsmanagement – Win-Win-Kreislauf



werbsfähigkeit. Auch die Sozialversicherungsträger profitieren im Hinblick auf Gesundheit und Unfallverhütung ihrer Versicherten. Mittelbar können damit Leistungsausgaben vermindert und Lohnnebenkosten entlastet werden.

Schon in den 1990er Jahren hatten Krankenkassen, darunter auch die AOK Niedersachsen, in verschiedenen Projekten Erfahrungen mit dieser Win-Win-Situation gesammelt. Die Erfolge konnten u.a. an einer positiven Krankenstandsentwicklung der Projektbetriebe sowie einer Verbesserung von Betriebsklima und Mitarbeiterzufriedenheit gemessen werden. Andererseits wurden bei vielen Projekten auch erhebliche Defizite festgestellt:

- Der Prozess der Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen war oft lediglich an laufende Projektaktivitäten gebunden. Es mangelte an der Verstetigung des Prozesses.
- Nicht selten wurden nur »Insellösungen«, z. B. für einzelne Produktionsbereiche oder Abteilungen eines Betriebes erarbeitet, das heißt, die Verallgemeinerung bzw. Verbreiterung des Prozesses auf das ganze Unternehmen gelang nicht.
- Das Ziel »Gesundheit« wurde nicht in überzeugender Weise mit anderen Zielen und Aktivitäten in den Unternehmen, wie kontinuierlichen Verbesserungsprozessen (KVP), Qualitätsmanagementsystemen oder der Einführung von Gruppenarbeit, verknüpft.
- Gesundheitsförderliche Maßnahmen stellten sich nicht selten als eine Art »Schönwetteraktivitäten« heraus. In Zeiten wirtschaftlicher Krisenerscheinungen fielen sie sehr schnell in den Unternehmen dem »Rotstift« zum Opfer.
- Dies lag mit daran, dass eine aussagefähige, robuste und überzeugende Argumentation für gesundheitsförderliche Aktivitäten aufgrund unterlassener Evaluationsanstrengungen kaum geführt wurde.

Die Analyse der Schwachstellen war für die AOK Niedersachsen Ausgangspunkt, ein Modell zu entwickeln, das mehr Betrieben als in der Vergangenheit einen Anreiz gab, solche Defizite abzustellen und ihre Maßnahmen nach einheitlichen und wissenschaftlich anerkannten Kriterien durchzuführen. Die Entscheidung fiel dabei zugunsten des Qualitätsmanagement-Modells der European Foundation of Quality Management (EFQM) aus, das sowohl wissenschaftlich fundiert als auch bereits in der Managementpraxis vieler Unternehmen bekannt war.

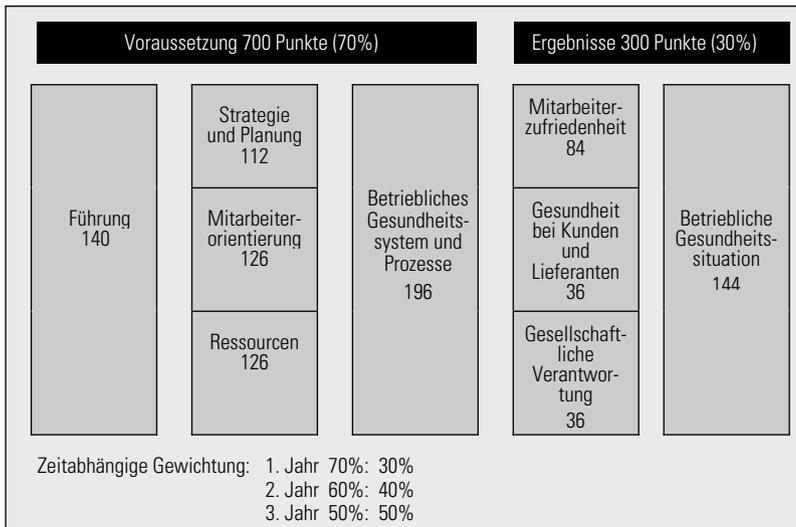
1996 wurde das »Bonusmodell« aus der Taufe gehoben. Als ideelle Paten waren das Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisa-

tion (WHO) und das niedersächsische Sozialministerium beteiligt. Das Modell sah vor, dass Firmen nach ihrer Bewerbung über das Institut für Technologie und Arbeit (ITA) der Universität Kaiserslautern für ein Jahr im Voraus einen Bonus in Höhe eines AOK-Monatsbeitrages erhielten. Den Bonus teilten sich Versicherte und Arbeitgeber entsprechend der Aufbringung der Krankenkassenbeiträge zu gleichen Teilen.

3. EFQM-basiertes Bewertungsmodell

Das EFQM-basierte Bewertungsverfahren zur Vergabe des Bonus ist in Abbildung 2 dargestellt. Die Unternehmen erhielten für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement Bonuspunkte. Dabei wurden zu Beginn des Projektes, das heißt im ersten Jahr der Bewertung, für die Umsetzung der notwendigen Voraussetzungen mehr Punkte (700) vergeben als für die Ergebnisse (300). Dies geschah in einem Verhältnis von 70% zu 30%. Im weiteren Verlauf standen dann die maximal zu erreichenden Punkte für beide Kategorien im gleichen Verhältnis zueinander (50% zu 50%).

Abbildung 2: EFQM-basiertes Bewertungsmodell zur Vergabe eines betrieblichen Gesundheitsbonus



Die Gesundheitsaspekte wurden und werden bis heute in dem später weiterentwickelten Modell in besonderer Weise berücksichtigt:

- Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen müssen ihren Niederschlag in der Strategie und Planung eines Unternehmens finden, und zwar nicht kurzfristig, sondern langfristig, zielorientiert und systematisch.
- Gesundheit muss eine Aufgabe sowohl für das Management als auch für die Belegschaft sein.
- Dafür müssen Ressourcen bereitgestellt werden.
- Eine fach- und bereichsübergreifende Zusammenarbeit ist notwendig.
- Die Ergebnisse sind relevant im Hinblick auf die betriebliche Gesundheitssituation und die Mitarbeiterzufriedenheit, und sie haben Auswirkungen auf das gesellschaftliche Umfeld (Gesundheit bei Kunden und Lieferanten, gesellschaftliche Verantwortung).
- Beteiligungsorientierte Formen der Analyse und Problemlösung wie Qualitäts- und Gesundheitszirkel sind einzusetzen.

4. Beteiligung der Beschäftigten als zentraler Erfolgsfaktor

Die Initiierung und Konzipierung des Modells wurde seinerzeit durch eine intensive Diskussion zwischen den Sozialpartnern in der Selbstverwaltung der AOK Niedersachsen begleitet. Dabei spielte aus betriebswirtschaftlicher Sicht die Frage der finanziellen Investition und ihrer Folgen eine Rolle, auch wenn es sich zunächst um eine Erprobungsregelung bzw. ein Modellvorhaben handelte. Es war nicht gewiss, dass die Investition langfristig auch mit einem »Return on Investment« einhergehen würde. War die Höhe des Bonus richtig angesetzt, um eine Wirkung zu erzielen? Wie konnten vermutete Effekte im Bereich von Leistungsausgaben ausreichend nachgewiesen werden? Aus einer mehr sozialpolitischen Sicht stand die Frage im Raum, inwieweit ein Bonusverfahren mit dem Solidarprinzip vereinbar ist und der Bonus tatsächlich den Beschäftigten zugute kommt und nicht einzelnen Personen und Gruppen, die bereits per se besonders engagiert in ihrem Gesundheitsverhalten sind.

Um das oben skizzierte »Win-Win« bereits beim Anreiz selbst zu verankern, wurde die »paritätische Vergabe« des Bonus festgelegt, d.h. der Bonus floss zur einen Hälfte direkt an die (AOK-versicherten)

Beschäftigten, zur anderen Hälfte an das Unternehmen, das wiederum zur Reinvestition der Mittel für Zwecke der betrieblichen Gesundheitsförderung angehalten wurde. Zum anderen wurden Auswahl- bzw. Einstiegskriterien für die Betriebe festgelegt, die nicht nur die Offenheit für ein innovatives Vorhaben, sondern auch die verbindliche Bereitschaft zur Beteiligung von Unternehmensleitung und Betriebsrat bzw. Mitarbeitervertretung sowie weitere Muss-Kriterien enthielten. Dazu gehörten insbesondere:

- Vorerfahrungen eines Unternehmens mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und/oder Qualitätsmanagement (z.B. Erfahrungen mit kontinuierlichen Verbesserungsprozessen oder mit Verfahren des Total Quality Managements),
- Unterstützung des Projektes durch das Management und den Betriebsrat,
- Gesundheit im Verständnis des Unternehmens als betriebswirtschaftlicher Erfolgsfaktor,
- Bereitschaft des Unternehmens zur eigenen finanziellen Beteiligung,
- Bereitschaft, eine professionelle Projektorganisation aufzubauen oder eine bereits bestehende Einheit für ein Projekt des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu nutzen,
- Bereitschaft, sich definierten Muss-Kriterien zu unterziehen (Mitarbeiterbefragung, Arbeitsplatzanalyse, AOK-Betriebsreport),
- Bereitschaft, auf der Basis einer Ist-Analyse Maßnahmen einzuleiten und diese nach einem standardisierten Verfahren zu dokumentieren (Self-Assessment),
- Bereitschaft, sich einer wissenschaftlich-neutralen Bewertung zu unterziehen.

Die Arbeitnehmervertretungen wie auch einzelne Betriebsräte übernehmen in der Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung – dies galt ausdrücklich für mehrere der an dem Bonusprojekt beteiligten Unternehmen – eine wichtige Schnittstellen- und nicht selten auch eine besondere Promotorenfunktion. Dabei vertreten sie die Gesundheitsinteressen der Beschäftigten in den jeweiligen Unternehmen als auch auf der überbetrieblichen Ebene. Ihrem Engagement kommt deshalb auch bei der Umsetzung anreizbasierter BGM-Verfahren ein besonderer Stellenwert zu (Bertelsmann Stiftung 2009: 22).

5. Ergebnisse des Bonusprojektes

Insgesamt haben während der achtjährigen Laufzeit des Projektes (von 1996 bis 2004) 44 Unternehmen mit rund 17.000 AOK-versicherten Beschäftigten an dem Modellvorhaben teilgenommen. Eine Reihe von Unternehmen sind im Laufe des Projektes – zum Teil, weil der Projektaufwand für sie zu hoch war, zum Teil, weil sie Qualitätskriterien nicht erfüllen konnten oder wollten – aus dem Vorhaben ausgeschieden. Eine Kerngruppe von 16 Unternehmen hat sich im Laufe der Jahre mehrfach erfolgreich um den Bonus beworben. Sie stellen zugleich auch die empirische Grundlage für die evaluative Bewertung des Vorhabens dar.

Bei der Mehrzahl dieser Unternehmen ist es im Verlaufe des Projektes zu messbaren positiven Veränderungen gekommen. Im Einzelnen konnten folgende positive Ergebnisse nachgewiesen werden (Drupp/Osterholz 2003: 295ff.):

- Positive Veränderungen in der Mehrzahl der Bewertungsbereiche des EFQM-Modells,
- Signifikante Verbesserungen des subjektiven Wohlbefindens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Verbesserungen der Betriebsklimadimensionen (Vorgesetztenverhalten, kollegiale Beziehungen, Informationspolitik),
- teilweise verringerte Krankenstände und niedrigere Unfallzahlen.

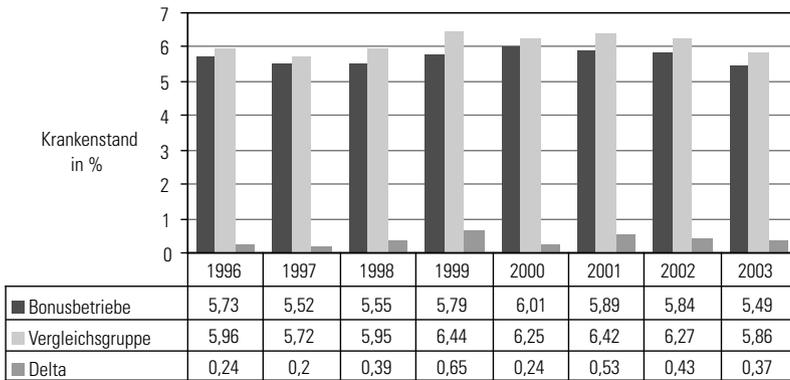
Auch nach den späteren Datenaufbereitungen durch das begleitende Institut für Technologie und Arbeit (ITA) der Universität Kaiserslautern haben sich diese positiven Ergebnisse im weiteren Verlauf bestätigt (Hoffmann/Thul/Siebels-Harms 2009: 133ff.).

Dies stellt sich beispielhaft für die Krankenstandsentwicklung der Interventionsbetriebe (Bonusbetrieb) im Vergleich mit den entsprechenden Branchenbetrieben dar, wie in Abbildung 3 aufgeführt.

Abbildung 3 zeigt, dass selbst bei einer vergleichsweise günstigeren Ausgangssituation der Bonusbetriebe bei den Fehlzeiten diese im Vergleich zur Branche noch verbessert und bei einem allgemeinen Anstieg auf einem höheren Niveau eher als bei den Vergleichsbetrieben stabilisiert werden konnten.

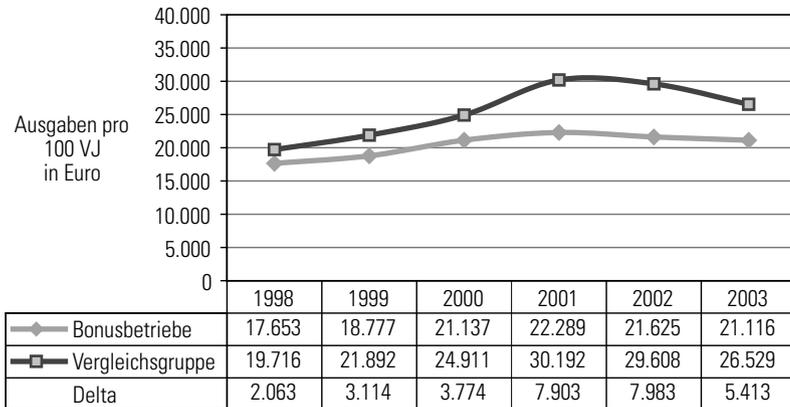
Abbildung 4 zeigt, dass auch der Anteil an längerfristigen Erkrankungen in den Bonusbetrieben reduziert wurde und sich im Vergleich zur Branche ein günstiger Verlauf ergibt. Daraus kann die Hypothese abgeleitet werden, dass das anreizbasierte betriebliche Gesundheits-

Abbildung 3: Entwicklung des Krankenstands im Bonusprojekt



Quelle: AOK-Institut 2010

Abbildung 4: Entwicklung des Anteils an längerfristigen Erkrankungen im Bonusprojekt



Quelle: AOK-Institut 2010

management einen Beitrag dazu leistet, die Dauer von AU-Fällen zu reduzieren. Diese These konnte allerdings nicht abschließend überprüft werden, da die hierzu notwendigen personenbezogenen Daten nicht verfügbar waren (Hoffmann/Thul/Siebels-Harms 2010: 34).

Ein mittelbarer Erfolg des Bonusprojektes und des von der AOK Niedersachsen gewählten Ansatzes kann darin gesehen werden, dass er nicht nur auf internationaler Ebene durch die WHO im Jahre 2000

ausgezeichnet wurde, sondern auch Pate gestanden hat für die am 1.1.2004 im SGB V kodifizierte Regelung, wonach Krankenkassen in ihrer Satzung vorsehen können, »dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten« (§ 65 a, Abs. 2, SGB V).

In der Praxis gibt es seitdem auch in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vielzahl von Anreizsystemen (Knoll 2010: 15f.), die sich – bei vergleichsweise breiter kassenindividueller Ausgestaltung – an den EFQM-basierten Grundlagen sowie den im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes festgelegten Qualitätskriterien orientieren (GKV-Spitzenverband 2010: 61ff.) Üblich sind dabei auch Verfahren, die den Bonus in gestaffelter Form (z.B. Zwei- oder Dreistufenmodelle) anbieten, um den Unternehmen die schrittweise Umsetzung eines nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsmanagements zu ermöglichen. Im Hinblick auf betriebswirtschaftliche Aspekte spielt dabei auch die Gewährung des Bonus in Abhängigkeit von erreichten Reduktionen im Bereich von Leistungs- und Krankengeldausgaben eine Rolle.

Die AOK Niedersachsen hat aus ihren eigenen Modellerfahrungen heraus ein dreistufiges Verfahren entwickelt, das die wesentlichen Muss-Kriterien des seinerzeitigen Modellvorhabens aufgenommen hat, zugleich jedoch eine Befristung der Bonuszahlungen auf maximal drei Jahre vorsieht. Zudem ist – auch im Hinblick auf die verbesserte Compliance (Regeltreue) bei den Betrieben – das Bewertungsverfahren vereinfacht worden. Dabei kommt nach wie vor der Einbindung der Beschäftigten durch eine direkte Projektbeteiligung der Betriebs- und Personalräte, aber auch umfassenden Beteiligungsmöglichkeiten der Beschäftigten durch Mitarbeiterbefragungen sowie Qualitäts- und Gesundheitszirkeln ein zentraler Stellenwert zu.

Literatur

- Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung (2009) (Hrsg.): Für gesunde Arbeitsplätze motivieren. Anreizsysteme zur Verbreitung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung/Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (2006): Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Gütersloh.
- BGAG (2006): Qualität in der Prävention, Anreizsysteme, Abschlussbericht. Dresden, Dezember.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2009): Summary on the report on Economic incentives to improve occupational safety and health: a review from the European perspective.
- GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGV V vom 21. Juni 2010 in der Fassung vom 27. August.
- Hoffmann, Judith/Thul, Martin/Siebels-Harms, Günter (2010): Ergebnisse der quantitativen Evaluation des Modellvorhabens der AOK Niedersachsen, in: AOK-Institut für Gesundheitsconsulting, 10 Jahre AOK-Institut für Gesundheitsconsulting. Hannover, S. 31ff.
- Thul, Martin J. (2009): Gesunde Mitarbeiter – Ziel nachhaltiger Unternehmensführung, in: Walter Kromm/Gunter Frank (Hrsg.), Unternehmensressource Gesundheit. Weshalb die Folgen schlechter Führung kein Arzt heilen kann. Düsseldorf, S. 133ff.
- Knoll, Angela (2010): Anreizsysteme bzw. Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenkassen, in: IAG, Die wichtigsten Anreizsysteme der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Dresden, November, S. 15f.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Thiemeyer, Theo (1975): Wirtschaftslehre öffentlicher Betriebe. Reinbek bei Hamburg.
- Mühlenkamp, Holger (1994): Öffentliche Unternehmen. München/Wien 1994.

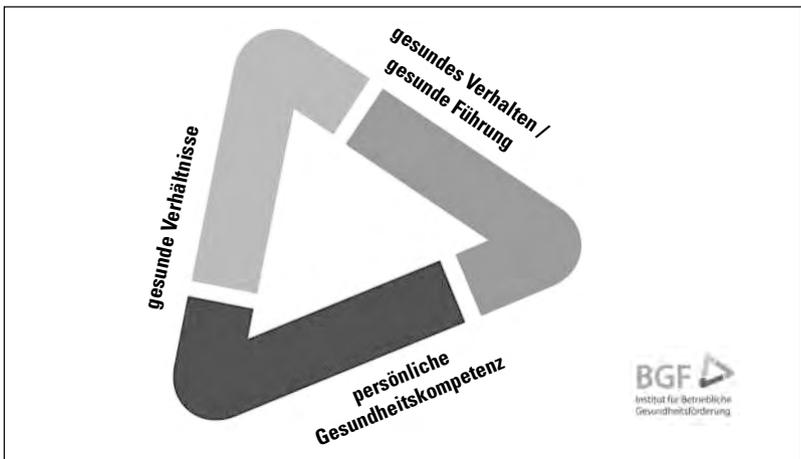
Heinz Kowalski

Risiken erkennen und Ressourcen nutzen – betrieblich und individuell

Eine wesentliche Voraussetzung für nachhaltige Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft ist die physische und die psychische Gesundheit. Die Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V soll die Stärkung dieser Ressourcen unterstützen. Angesichts einer zunehmenden Leistungsverdichtung, der Beschleunigung der Arbeit und der ständig zunehmenden Komplexität der Arbeitsbewältigung wird Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) immer wichtiger, aber auch immer schwieriger. Auf viele Beschäftigten kommt als zusätzliche Herausforderung ab 2012 der stufenweise Anstieg der Lebensarbeitszeit bis zur »Rente ab 67« hinzu.

Während die physischen Beeinträchtigungen und damit die Ergonomie in den ersten 20 Jahren der BGF im Fokus aller Projekte standen, war daneben immer mehr auch die psychische Belastung Gegen-

Abbildung 1: Drei Zielrichtungen der BGF



stand der BGF-Projekte. Stets ging es um den von Prof. Dr. Bernhard Badura geprägten Begriff der »gesunden Organisation« (Badura/Hehlmann 2003). Insbesondere das Führungsverhalten der Vorgesetzten im Betrieb hatte sich in unzähligen Untersuchungen als der entscheidende Faktor für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz herausgestellt. Die Verhältnisse und das Verhalten am Arbeitsplatz stehen auch heute noch gemeinsam im Mittelpunkt der BGF.

In den letzten Jahren ist eine dritte Zielrichtung hinzugekommen, nämlich die persönliche Gesundheitskompetenz. Dabei geht es um die Gesundheit als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit, und zwar auch dann, wenn die physischen und psychischen Bedingungen der Arbeit am Arbeitsplatz dem Anspruch einer »guten Arbeit« entsprechen. Ein gesundes Arbeiten bis zur Rente ist ohne eine stabile Fitness nur schwerlich zu erreichen.

Diese Erkenntnis steht im Spannungsfeld zwischen betrieblicher Verantwortung und persönlicher Eigenverantwortung. Wenn jedoch ein ungesundes Leben nicht nur den persönlichen Gesundheitsstatus der Einzelnen bzw. des Einzelnen beeinträchtigt, sondern sich auch auf Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft und damit auf die Produktivität am Arbeitsplatz auswirkt, muss auch das Unternehmen ein Interesse an der persönlichen Gesundheitskompetenz seiner Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter haben. Trotzdem sind den Einwirkungsmöglichkeiten des Unternehmens natürliche Grenzen gesetzt, und das muss auch so bleiben.

Die regelmäßigen Berichte beispielsweise des Robert-Koch-Instituts zum Gesundheitszustand der Deutschen weisen stets erhebliche Gesundheitsprobleme aus. Danach sind 50% der Bevölkerung übergewichtig und sogar 15% fettleibig mit einem Body-Mass-Index von über 30. Etwa ein Viertel aller Erwachsenen raucht mindestens eine halbe Schachtel Zigaretten am Tag, und genauso viele Menschen unter den Erwachsenen treiben nie Sport. 80% der Deutschen klagen über Stress, davon ein Drittel über Dauerstress (Robert-Koch-Institut Studie: Gesundheit in Deutschland aktuell 2009).

Risikofaktor Metabolisches Syndrom

Bei freiwilligen und von den Ergebnissen her anonymisierten Gesundheits-Checkup-Ergebnissen in Betrieben fallen immer wieder Beschäftigte auf, bei denen die Screenings Risiken zeigen, von denen diese Beschäftigten oft nichts wussten oder aber die sie verdrängt haben. Wenn sich verschiedene Risikofaktoren häufen, kann ein so genanntes Metabolisches Syndrom entstehen. Die Weltgesundheitsorganisation (1999) spricht bereits davon, wenn mindestens drei von folgenden fünf Faktoren auftreten: erhebliches Übergewicht, schlechte Cholesterinwerte, zu hohe Triglyceride-Werte, zu hoher Blutdruck und zu hohe Blutzuckerwerte. Die Chance, mit einem solchen Metabolischen Syndrom gesund bis zur Rente zu arbeiten, ist vergleichsweise gering.

Andererseits besteht durch diese Checkups die Chance, rechtzeitig diese Risikofaktoren zu verändern und die Beschäftigten einer ärztlichen Behandlung zuzuführen. Daneben dürfte allerdings auch in den meisten Fällen eine Änderung des Lebensstils notwendig sein, insbesondere was Bewegung und Ernährung sowie Stressreduktion angeht. Abbildung 2 resümiert den Checkup eines Beschäftigten, der hier mit dem Fantasienamen Manfred Dick anonymisiert wurde.

Dieser Manfred Dick hatte bei der ersten Untersuchung ziemlich schlechte Werte aufgezeigt bekommen. Danach war er den Empfehlungen gefolgt und hatte neben der ärztlichen Behandlung die Ernährung umgestellt, das Gewicht reduziert, mehr Sport getrieben und verstärkt auf seine Stressfaktoren geachtet. Bereits nach etwas mehr als einem Jahr zeigten die Messergebnisse deutlich bessere Werte an. Diese Werte hat natürlich nur der Beschäftigte bekommen und nicht sein Arbeitgeber und auch nicht seine Krankenkasse. Gleichzeitig war er von einer Ernährungsberaterin und einem Bewegungsberater beraten und geschult worden, um eine Hilfe für die Lebensstiländerung zu erhalten.

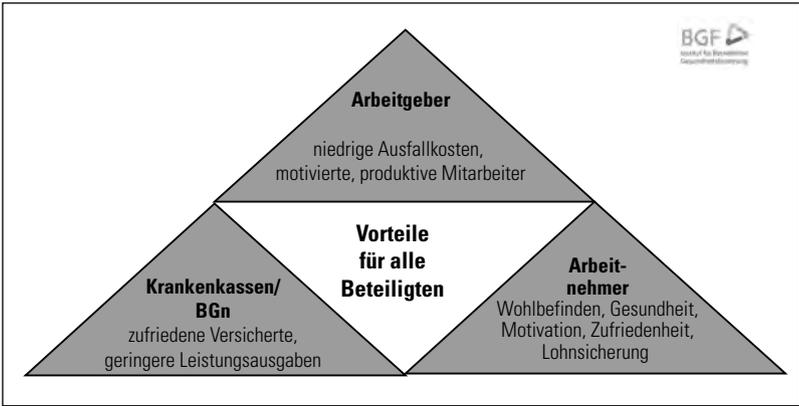
Von diesen Beispielen gibt es inzwischen unzählige, weil viele Firmen auf die Checkup-Möglichkeiten zurückgreifen. Manche große Firmen wie Audi und VW bieten ihren Beschäftigten in regelmäßigen Abständen solche Checkups an. Kleine und mittelständische Unternehmen sind dagegen auf externe Unterstützung angewiesen, wie sie insbesondere die AOK Rheinland/Hamburg ihren Mitgliedsunternehmen anbietet. Solche Checkups sind aufwendig und erfordern zunächst einmal etwa ein bis eineinhalb Stunden Zeit. Der Personal- und Kostenaufwand liegt

Abbildung 2: Beispiel eines Checkup-Ergebnisses

Name des Mitarbeiters:		Geb. Datum:					
Manfred Dick		27.06.1964					
Datum des Checks	30.05.2007	05.07.2008					
Selbsteinschätzung pers. Gesundheit					gut	mittel	schlecht
Stressempfinden					kein Stress	mäßig gestresst	sehr gestresst
Größe (cm)	178	178					
Gewicht (kg)	90	75					
Fitness							
Sportliche Aktivitäten					mind. 3x/Woche	unregelmäßig	kein Sport
Beweglichkeit					gut	normal	schlecht
Ausdauer (Pulsfrequenz)					gut	genügend	schwach
Herz-Kreislaufwerte							
Taillenumfang	84	79			Frauen < 80 cm Männer < 94 cm		Frauen > 88 cm Männer >102 cm
Body-Mass-Index (Gewicht/Größe)	31	26			< 25	25-29,9	=30
Syst. Blutdruck (mmHg)	150	120			< 140	140-159	=160
Diast. Blutdruck (mmHg)	90	70			< 90	90-99	=100
Risikoindex (Procam-Score)							
Labor-Werte (nüchtern)							
Cholesterin (mg/dl)	280	220			200	200-239	= 240
HDL-Cholesterin (mg/dl)	38	45			> 45	= 45	
LDL-Cholesterin (mg/dl)	155	120			< 130	130-159	=160
Triglyceride (mg/dl)	220	140			150	199	= 200
Blutzucker (mg/dl)	90	98			100	bis 125	= 126
Sonstige Check-ups							
Lungenfunktion					sehr gut	durchschnittlich	schlecht
Rauchen					nein		ja
CO-Gehalt (nur bei Rauchern)					gering	mäßig	hoch
Balance-Check					Alles in Balance	Auf der Suche nach Balance	Aus dem Gleichgewicht
Empfohlene Maßnahmen	SM; GR; SPA; BK						
Unterschrift:							

je nach Parametern zwischen 100,- und 150,- Euro je Person. Hinzu kann die weitere Beratung bzw. das Coaching durch Gesundheitsberater kommen. Dennoch lohnt sich eine solche präventive Maßnahme, wenn dadurch eine Chronifizierung der Krankheiten verhindert werden kann und die Beschäftigungsfähigkeit gesichert wird. Wie bei allen Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung profitieren davon alle Beteiligten (siehe Abbildung 3).

Wie bei allen Verhaltensänderungen ist es notwendig, dass neben dem persönlichen Willen und dem häuslichen Umfeld auch die betrieblichen Rahmenbedingungen das gesundheitsförderliche Verhalten

Abbildung 3: Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Win-Win-Situation

unterstützen. Bewegungsfreundliche Arbeitsabläufe, gesunde Kantine, Ernährung, Worklife-Balance-Angebote und natürlich regelmäßige Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung können dazu einen wertvollen Beitrag leisten. Die Krankenkasse kann mit Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung das Unternehmen und die Beschäftigten unterstützen, sofern nicht eigene werksärztliche Dienste im Unternehmen die BGF abdecken könnten.

Das BGF-Institut der AOK Rheinland/Hamburg hat das Verfahren der betrieblichen Checkups im KMU weiter verfeinert, unter anderem in einem Förderprojekt des Bundesgesundheitsministeriums »KMU in Form«. ¹ Es ist allen Unternehmen zu empfehlen, solche Checkups nicht nur für ihre Manager vorzusehen, sondern für alle Beschäftigten.

Literatur

- Badura, Bernd/Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik – der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Kowalski, Heinz/Schauerte, Birgit (2011): Versteckte Gesundheitsrisiken rechtzeitig erkennen und Beschäftigungsfähigkeit erhalten. In: Marianne Giesert (Hrsg.), Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit, Hamburg: VSA, S. 157-164.

¹ Die Ergebnisse liegen vor in Kowalski/Schauerte 2011.

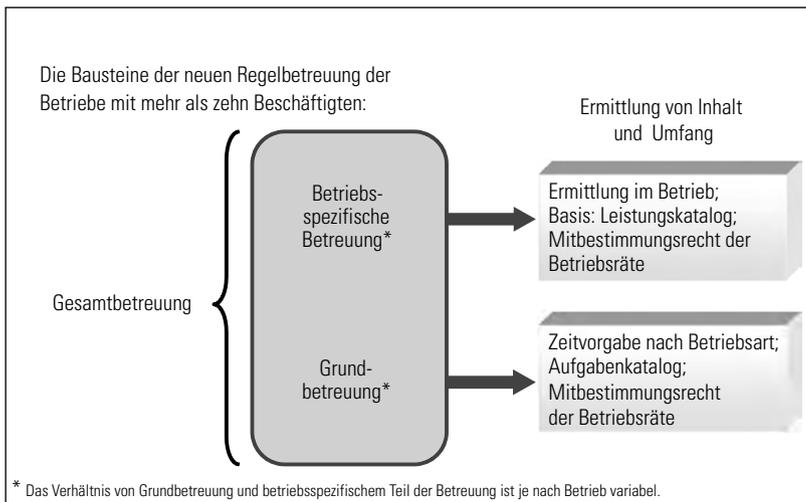
Walter Eichendorf

Vielfältige Potenziale wecken – mit der neuen DGUV Vorschrift 2

Am 1. Januar 2011 ist die Unfallverhütungsvorschrift »Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit« der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV Vorschrift 2) in Kraft getreten. Damit gibt es erstmals für Unfallkassen und Berufsgenossenschaften eine einheitliche und gleichlautende Vorgabe zur Gestaltung der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung der Betriebe und Bildungseinrichtungen.

Nachfolgend werden ausgehend vom Arbeitssicherheitsgesetz Hintergründe und Anlässe für die Entwicklung der DGUV Vorschrift 2 dargestellt, und es wird erläutert, warum die Vorschrift so entwickelt wurde, wie sie inzwischen erlassen worden ist.

Abbildung 1: Die DGUV Vorschrift 2



Hintergründe der Reform

Was waren die strukturellen und inhaltlichen Vorgaben für das Konzept der DGUV Vorschrift 2? Wie sehen die Lösungen aus? Was sind die Bausteine der Konzeption? Wie ist die grundsätzliche betriebliche Vorgehensweise bei der Anwendung der Vorschrift? Welche Vorteile und Chancen bietet sie dem Betrieb und den im Arbeitsschutz handelnden Akteuren? Wie können sie bei der Anwendung der Vorschrift unterstützt werden? Diesen Fragen werde ich im Folgenden nachgehen.

Das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, kurz ASiG, ist am 1. Dezember 1974 in Kraft getreten. Das ASiG regelt die Pflichten der Arbeitgeber zur Bestellung von Betriebsärzten, Sicherheitsingenieuren und anderen Fachkräften für Arbeitssicherheit, definiert deren Aufgaben und betriebliche Position und fordert die betriebliche Zusammenarbeit beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung, z.B. im Arbeitsschutzausschuss. Das ASiG soll eine fachkundige Beratung der Arbeitgeber im Bereich Sicherheit und Gesundheit sicherstellen.

Das ASiG konkretisiert diese Anforderung an den Umfang der erforderlichen Beratung nicht näher. Gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 15 SGB VII können die Unfallversicherungsträger unter Mitwirkung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung als autonomes Recht Unfallverhütungsvorschriften (UVV) über Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren oder für eine wirksame Erste Hilfe erlassen. Unfallverhütungsvorschriften müssen zur Prävention geeignet und erforderlich sein, und es muss sichergestellt sein, dass staatliche Arbeitsschutzvorschriften keine entsprechende Regelung treffen; in diesem Rahmen können Unfallverhütungsvorschriften auch über die Maßnahmen erlassen werden, die der Unternehmer zur Erfüllung der sich aus dem ASiG ergebenden Pflichten zu treffen hat.

Nach der Einführung des ASiG 1974 haben Berufsgenossenschaften und Unfallkassen die Anwendung des Gesetzes unabhängig voneinander in Unfallverhütungsvorschriften konkretisiert. Bis Ende 2010 geschah dies bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften durch die BGV (Berufsgenossenschaftlichen Vorschriften) A2, bei den Unfallkassen durch die Gesetzliche Unfallversicherung GUV-V A2.

Seit Anfang 2011 gilt in beiden Bereichen die DGUV Vorschrift 2. Damit gibt es erstmals einheitliche Vorgaben für die betriebsärztliche

und sicherheitstechnische Betreuung bei Berufsgenossenschaften und Unfallkassen.

Die in der Vergangenheit von den Unfallversicherungsträgern unabhängig voneinander entwickelten Unfallverhütungsvorschriften zum ASiG haben in vielen Bereichen, insbesondere bei größeren Unternehmen, zu einer zufriedenstellenden Betreuungssituation der Betriebe geführt.

Allerdings waren im Gesamtbild der getroffenen Regelungen einige Defizite unverkennbar. Diese betrafen insbesondere die Ungleichbehandlung gleichartiger Betriebe, wenn unterschiedliche Unfallversicherungsträger für diese zuständig waren und voneinander abweichende Vorgaben für den Umfang der erforderlichen betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung getroffen hatten. Abweichungen bei den Einsatzzeiten von bis zu 50% waren keine Seltenheit. Auch gleiche Einsatzzeitvorgaben für alle Betriebe einer Branche entsprachen nicht der betrieblichen Realität. Die unterschiedlichen Gefährdungssituationen und Betreuungserfordernisse der einzelnen Betriebe wurden nicht berücksichtigt. Schließlich galten für gleichartige Betriebe in den Zuständigkeitsbereichen von Berufsgenossenschaften bzw. öffentlichen Unfallversicherungsträgern abweichende Regelungen, z.B. bei Krankenhäusern. Die genannten Defizite wurden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), von Ländern, Politik, Wirtschaft und Verbänden wiederkehrend als Anlässe für eine Reform der UVVen zum ASiG herausgestellt. Auch die Unfallversicherungsträger und ihre Selbstverwaltungen hatten die Schwachstellen erkannt. 2005 führten die Berufsgenossenschaften mit der BGV A2 daher flächendeckend ein abgestimmtes Konzept für die Kleinbetriebsbetreuung ein, das inzwischen erfolgreich evaluiert worden ist.

Im Zuge des Genehmigungsverfahrens der BGV A2 erteilte das Bundesarbeitsministerium im Jahr 2004 die Genehmigung der UVVen mit der Auflage, nun auch die Regelbetreuung für Unternehmen mit mehr als zehn Mitarbeitern zu reformieren. Das BMAS genehmigte die existierenden Vorgaben zur Regelbetreuung dieser Betriebe deshalb nur noch befristet bis zum 31.12.2008. Dieser Termin wurde später bis zum 31.12.2010 verlängert. Auch der Bundesrat forderte im Beschluss 661/06 eine Reform der Betreuung nach dem ASiG. Er verlangte mehr Spielraum sowie einheitliche Vorgaben für die Unternehmen, um sicherzustellen, dass gleichartige Unternehmen auch gleich behandelt werden. Diese Forderungen haben Arbeitgeber- und Versi-

chertenvertreter in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Erarbeitung und Verabschiedung der DGUV Vorschrift 2 berücksichtigt.

Vor dem Hintergrund der Fusion von BUK (Bundesverband der Unfallkassen) und HVBG (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften) zum 1.7.2007 beschloss die Mitgliederversammlung der DGUV im Juni 2008 die Zusammenführung der ASiG-Vorschriften des gewerblichen und öffentlichen Bereichs zu einer einheitlichen Unfallverhütungsvorschrift. Die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung der Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten sollte unter Beseitigung der erkannten Defizite und unter Berücksichtigung zeitgemäßer Anforderungen an die Betreuung weiterentwickelt werden. Die DGUV wurde beauftragt, in enger Abstimmung mit dem Grundsatzausschuss Prävention des DGUV-Vorstandes und den Sozialpartnern ein abgestimmtes Konzept zu entwickeln. Aufbauend auf den im Fachausschuss Organisation des Arbeitsschutzes entwickelten Rahmenbedingungen entstand der Mustertext zur DGUV Vorschrift 2, der Unfallverhütungsvorschrift »Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit«, der von der Mitgliederversammlung der DGUV im November 2009 beschlossen wurde. Somit war die Basis dafür geschaffen worden, dass die Unfallversicherungsträger in ihren Selbstverwaltungen im Jahr 2010 die erforderlichen Beschlüsse fassen konnten und die Vorschrift zum 1.1.2011 bei allen Berufsgenossenschaften und den meisten Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand in Kraft treten konnte. Bei sechs weiteren Unfallkassen trat sie zum 1. April 2011 in Kraft. Damit war ein erster Erfolg des Reformvorhabens gegeben: Die Regelungen zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung waren für den kompletten Bereich der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand bis auf wenige Zuständigkeiten harmonisiert.

Einige wenige Unfallkassen befinden sich noch in den vorbereitenden Maßnahmen zum Erlass der DGUV Vorschrift 2. Nur die Unfallkasse Bund und die Bayerische Landesunfallkasse gehen einen abweichenden Weg. Die UK Bund setzt wie bisher konkretisierenden Regelungen zum ASiG über eine Richtlinie des Bundes um, die derzeit erarbeitet wird und sich eng an den Regelungen der Vorschrift 2 orientiert. Die Bayerische Landesunfallkasse konkretisiert das ASiG ebenfalls über eine Richtlinie.

Je nach Unternehmensgröße sieht die DGUV Vorschrift 2 unterschiedliche Möglichkeiten vor, wie der Arbeitgeber die betriebsärztliche

und sicherheitstechnische Betreuung seines Unternehmens gestalten kann. Betriebe mit bis zu zehn Mitarbeitern haben die Wahl zwischen der Regelbetreuung und der alternativen Betreuung. Die Regelbetreuung umfasst für diese kleinsten Betriebe eine Grundbetreuung, die je nach Gefährdungslage im Betrieb in bestimmten Zeitabständen wiederholt werden muss. Sie enthält vor allem Aufgaben im Zusammenhang mit der Gefährdungsbeurteilung. Hinzu tritt die anlassbezogene Betreuung.

Für die alternative betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung können sich Betriebe mit bis zu maximal 50 Beschäftigten entscheiden. Die genaue Betriebsgrößenobergrenze ist in der DGUV Vorschrift 2 eines jeden Unfallversicherungsträgers festgelegt. Die Unfallkassen werden die alternative Betreuungsform für Betriebe und Verwaltungen mit bis zu 50 Beschäftigten zum 1.1.2013 einführen.

Das neue Konzept der Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten

Im Mittelpunkt der im Jahr 2011 eingeführten Reform der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung steht das neue Konzept der Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten. Dieses besteht aus einer Grundbetreuung und einem betriebspezifischen Teil der Betreuung. Was waren nun die Vorgaben, die zu diesem Konzept geführt haben?

Aus den eingangs erwähnten Defiziten der bisherigen Regelungen resultierten fachpolitisch/strukturelle Konzeptvorgaben, die im Rahmen der neuen Regelungen konsequent aufgegriffen wurden. Die Lösungen zu den Vorgaben, die sich in dem Konzept für die Entwicklung der DGUV Vorschrift 2 und in der Vorschrift selbst wiederfinden, sind:

- **Gleichartige Anforderungen für gleichartige Betriebe sicherstellen:** Die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Grundbetreuung umfasst grundlegende Unterstützungsleistungen für den Arbeitgeber. Zur Lösung dieser vorrangigen Vorgabe sind die Betriebe und Bildungseinrichtungen anhand des in Deutschland geltenden WZ-Kodes (Klassifizierung der Wirtschaftszweige) mit ihren Betriebsarten einer von drei Betreuungsgruppen der Grundbetreuung zugeordnet worden. Für jede dieser Betreuungsgruppen gilt ein fester Einsatzzeitfaktor pro Beschäftigtem. Damit wird gewährleistet, dass

für gleichartige Betriebe wie beispielsweise Krankenhäuser, Pflegeheime oder Veranstaltungsstätten dieselben Betreuungszeiten und Ansprüche an die Grundbetreuung gelten, unabhängig davon, welcher Unfallversicherungsträger für den Betrieb zuständig ist. Die der Grundbetreuung zugeordneten Aufgabenfelder sind in der Anlage 2 der Vorschrift aufgeführt und werden in Anhang 3 näher erläutert.

- *Gefährdungssituation des einzelnen Betriebes berücksichtigen:* Als zweiter unverzichtbarer Bestandteil der Gesamtbetreuung wurde der betriebsspezifische Teil der Betreuung eingeführt. Diese berücksichtigt betriebsspezifische Aufgaben, die einmalig oder typisch für ein Unternehmen sind. Sie baut auf der Grundbetreuung auf und ergänzt sie um betriebsspezifisch dauerhaft oder temporär erforderliche Betreuungsleistungen. Bedarf und Umfang der betriebsspezifischen Betreuung müssen vom Unternehmer anhand in der Vorschrift benannter Aufgabenfelder ermittelt und auf Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit aufgeteilt und schriftlich vereinbart werden.
- *Zeitgemäßen Betreuungserfordernissen entsprechen:* Die ASiG-Aufgaben von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit werden am Arbeitsschutzgesetz sowie an aktuellen Erkenntnissen zeitgemäß in den einzelnen Aufgabenfeldern beschrieben.
- *Ausgestaltungsspielräume der Betriebe stärken:* Die Betriebe können die Aufteilung der Betreuungsleistungen auf Betriebsarzt und Fachkraft selbst vornehmen und somit die betrieblichen Erfordernisse besser berücksichtigen. Dies gilt auch bei der Ermittlung und Umsetzung des betriebsspezifischen Betreuungsanteils.
- *Einheitliche Anforderungen sicherstellen:* Dies wurde durch Entwicklung und Beschluss eines einheitlichen Mustertextes erreicht, der für alle Unfallversicherungsträger verbindlich war.

Grundbetreuung

Betrachten wir zunächst die *Grundbetreuung* etwas näher. Nach Zuordnung des Betriebs über seine Betriebsart zu einer der Betreuungsgruppen I, II oder III erhält man die Einsatzzeit für die Grundbetreuung durch Multiplikation der Zahl der Beschäftigten mit einem der drei Stundenfaktoren 0,5, 1,5 oder 2,5. Die so ermittelte Einsatzzeit ist als Summenwert für Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit zu verstehen.

Der Betrieb hat nun die Aufgabe, die Einsatzzeit auf Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit aufzuteilen. Dabei ist zu beachten, dass ein Mindestanteil von 20% der Einsatzzeit pro Beschäftigtem und Jahr, mindestens jedoch 0,2 Stunden pro Beschäftigtem und Jahr, für jeden der beiden Leistungserbringer nicht unterschritten werden darf.

Die Grundbetreuung umfasst neun Bereiche von Aufgabenfeldern. Diese umfassen die grundlegenden Unterstützungsleistungen, die sich vor allem auf die Arbeitgeberpflichten aus den §§ 3, 4 und 5 ArbSchG beziehen. Eine nähere Beschreibung der Aufgabenfelder befindet sich in Anhang 3 der Vorschrift. Die Aufgabenbereiche der Grundbetreuung sind:

1. Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung (Beurteilung der Arbeitsbedingungen)
2. Unterstützung bei grundlegenden Maßnahmen der Arbeitsgestaltung – Verhältnisprävention
3. Unterstützung bei grundlegenden Maßnahmen der Arbeitsgestaltung – Verhaltensprävention
4. Unterstützung bei der Schaffung einer geeigneten Organisation und Integration in die Führungstätigkeit
5. Untersuchung nach Ereignissen
6. Allgemeine Beratung von Arbeitgebern und Führungskräften, betrieblichen Interessenvertretungen, Beschäftigten
7. Erstellung von Dokumentationen, Erfüllung von Meldepflichten
8. Mitwirken in betrieblichen Besprechungen
9. Selbstorganisation

Die einzelnen Aufgabenbereiche sind wiederum in insgesamt 37 Aufgabenfelder aufgegliedert, die die in der Grundbetreuung erforderlichen Betreuungsleistungen festlegen. Die Aufgabenfelder werden in Anlage 2 aufgeführt und sind verbindlich. Beispielsweise wird der Aufgabenbereich »Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung« durch drei Aufgabenfelder näher beschrieben. Eine weitere inhaltliche Untersetzung und Erläuterung erfolgt in Anhang 3.

Betriebsspezifischer Teil der Betreuung

Die betriebsspezifische Betreuung umfasst vier Bereiche mit insgesamt 16 Aufgabenfeldern. Die im ersten Bereich »Regelmäßig vorliegende betriebsspezifische Unfall- und Gesundheitsgefahren, Erfor-

dernisse zur menschengerechten Arbeitsgestaltung« genannten acht Aufgabenfelder bewirken dauerhafte Betreuungsleistungen, sofern sie für den Betrieb relevant sind. Die weiteren Aufgabenfelder wie z.B. die im Bereich »Betriebliche Aktionen, Programme und Maßnahmen« sind in der Regel temporär angelegt. Die Aufgabenfelder werden in Anhang 4 untersetzt und erläutert.

Anders als bei der Grundbetreuung sind beim betriebsspezifischen Teil der Betreuung keine Einsatzzeiten vorgegeben. Das in Anlage 2 der DGUV Vorschrift 2 beschriebene Verfahren zur Festlegung des betriebsspezifischen Betreuungsumfangs erfordert eine systematische Prüfung der erforderlichen Aufgaben anhand des vorgegebenen Katalogs von Aufgabenfeldern sowie von Auslöse- und Aufwandskriterien. Anhand der in Anhang 4 aufgeführten Auslösekriterien ist zu entscheiden, ob ein Betreuungsbedarf in dem jeweiligen Aufgabenfeld vorhanden ist. Mithilfe von Aufwandskriterien werden die zu erbringenden Betreuungsleistungen festgestellt. Der dazu erforderliche Zeitaufwand muss dann zwischen Unternehmer einerseits und Betriebsarzt und Fachkraft andererseits bei Beachtung der Mitbestimmungsrechte der betrieblichen Interessenvertretung festgelegt und vereinbart werden. Die erforderlichen Personalressourcen werden somit leistungsbezogen bestimmt und nicht umgekehrt erst Ressourcen (Einsatzzeiten) festgelegt und dann die Leistungen konkretisiert.

Mit den acht eher dauerhaft angelegten Aufgabenfeldern des Bereichs »Regelmäßig vorliegende betriebsspezifische Unfall- und Gesundheitsgefahren, Erfordernisse zur menschengerechten Arbeitsgestaltung« werden neben bereits eingeführten auch neue und zukunftsweisende Anforderungen an das betriebliche Arbeitsschutzhandeln unterstützt. Beispiele hierfür sind:

- Aufgabenfeld 1.3: Arbeitsaufgaben und Arbeitsorganisation mit besonderen Risiken,
- Aufgabenfeld 1.6: Sicherheit und Gesundheit unter den Bedingungen des demografischen Wandels,
- Aufgabenfeld 1.7: Arbeitsgestaltung zur Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Erhalt der individuellen gesundheitlichen Ressourcen im Zusammenhang mit der Arbeit und
- Aufgabenfeld 1.8: Unterstützung bei der Weiterentwicklung eines Gesundheitsmanagements.

Hieraus ergeben sich, wie nachfolgend erläutert, vielfältige Potenziale für betriebliche Initiativen, um den zukünftigen Herausforderungen an

die Gestaltung sicherer und gesundheitsgerechter Arbeitsplätze gerecht werden zu können.

In Anhang 4 wird zum Aufgabenfeld 1.3 »Arbeitsaufgaben und Arbeitsorganisation mit besonderen Risiken« erläutert, dass aus den unterschiedlichen Arbeitsaufgaben Potenziale mit psychischen Fehlbeanspruchungen vorliegen können. Die DGUV Vorschrift 2 sieht vor, dass der Unternehmer prüft und ermittelt, ob z.B. das Auslösekriterium »Anforderungen aus der Arbeitsaufgabe (hohe Konzentrationsanforderungen, große Arbeitsmenge, besonderer Schwierigkeitsgrad ...) mit Potenzialen psychischer Fehlbeanspruchungen« für den Betrieb relevant ist. Wird dieses Kriterium erfüllt, dann kommen die Aufwandskriterien und Leistungen zum Tragen, die auf Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit aufgeteilt und schriftlich vereinbart werden müssen.

Aufgabenfeld 1.6 befasst sich mit Arbeitsschutzaufgaben im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und somit der Beschäftigten. Solche Aufgaben können sich aus einem hohen Anteil älterer Beschäftigter, aus einer Divergenz zwischen Anforderung aus der Arbeitsaufgabe und dem Fähigkeitsprofil der älteren Beschäftigten oder aus Defiziten bei der altergerechten Arbeitsgestaltung ergeben. Die bei Vorliegen dieser Kriterien erforderlichen Betreuungsleistungen durch Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit ergeben sich aus den genannten Aufwandskriterien, die betriebspezifisch zu konkretisieren sind.

Betreuungserfordernisse im Aufgabenfeld 1.7, »Arbeitsgestaltung zur Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Erhalt der individuellen gesundheitlichen Ressourcen der Beschäftigten im Zusammenhang mit der Arbeit«, können sich ergeben, wenn z.B. ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand vorliegt oder Defizite in der menschen- und gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung identifiziert werden. Die Ursachen der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und die Defizite der menschengerechten Arbeitsgestaltung sind zu analysieren und zu beseitigen. Diesem Aufgabenfeld werden auch die Beratung und Unterstützung bei der Entwicklung von betrieblichen Aktivitäten und Angeboten zum Erhalt der Gesundheit der Beschäftigten sowie die Beratung und Aufklärung der Beschäftigten, die gesundheitsrelevanten Faktoren bei der Arbeit selbst positiv zu beeinflussen, zugeordnet.

Werden betriebliche Gesundheitsmanagementsysteme eingeführt oder weiterentwickelt, so ist es entsprechend Aufgabenfeld 1.8 eine Aufgabe der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit, bei

den entsprechenden Aktivitäten mitzuwirken und sie zu unterstützen. Dies betrifft z.B. das Entwickeln betrieblicher Strukturen zum Gesundheitsmanagement oder das Zusammenwirken mit anderen Akteuren, z.B. Gesundheitsbeauftragten oder den Präventionsexperten der Krankenkassen.

Auch weitere Aufgabenfelder des betriebsspezifischen Betreuungsanteils weisen vielfältige Potenziale für betriebsspezifisches Arbeitsschutzhandeln auf. Während sich die Aufgabenfelder 2.1 bis 2.5 im Wesentlichen auf die Unterstützungserfordernisse beziehen, die sich

- aus Veränderungen durch die Anschaffung neuer Maschinen und Geräte,
- der Einrichtung der Arbeitsplätze,
- der Einführung völlig neuer Stoffe und Materialien oder
- Neu- und Umbaumaßnahmen

ergeben, können insbesondere im Rahmen des Aufgabenfeldes 4 verschiedenste betriebliche Initiativen entwickelt und durch Betriebsärzte und Fachkräfte unterstützt werden. Diesen Initiativen sind z.B. Schwerpunktprogramme zur Bekämpfung von Gefährdungsschwerpunkten, zum sicherheits- und gesundheitsgerechten Verhalten oder zur Gesundheitsförderung zuzuordnen. Auch mögliche Programme, Strategien und Kampagnen zur Bewältigung psychischer Belastungen fallen unter die Aktivitäten dieses Aufgabenfeldes.

Aufgaben und Vorgehensweise

Die inhaltlichen Vorgaben der DGUV Vorschrift 2 geben, wie dargelegt, zahlreiche Ansatzpunkte zu betrieblichen Initiativen und Handlungspotenzialen in Sachen Arbeitsschutz. Ein weiteres Anliegen ist es, die Zusammenarbeit der betrieblichen Arbeitsschutzakteure anzuregen und zu fördern. Hierzu gibt die Betrachtung der betrieblichen Vorgehensweise zur Anwendung der Vorschrift Aufschluss.

Die Umsetzung der Vorschrift erfordert einerseits die Aufteilung der Einsatzzeit der Grundbetreuung auf Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit und andererseits die Ermittlung und Aufteilung der betriebsspezifischen Betreuungsleistungen. Dabei ist immer von der Betrachtung der einzelnen Aufgabenfelder auszugehen, um die Unterstützungs- und Beratungspotenziale der beiden Akteure optimal einsetzen zu können. Die erforderlichen Personalressourcen werden somit

leistungsbezogen bestimmt und nicht umgekehrt erst Ressourcen (Einsatzzeiten) festgelegt und dann die Leistungen konkretisiert.

Die Vorschrift fordert, dass der Unternehmer die Aufgaben der Betriebsärzte und Fachkräfte entsprechend den betrieblichen Erfordernissen unter Mitwirkung der betrieblichen Interessenvertretung ermittelt, aufteilt und mit Betriebsarzt und Fachkraft schriftlich vereinbart. Betriebsärzte und Fachkräfte sollten nach Möglichkeit zunächst gemeinsam die zu bearbeitenden Aufgabenfelder vor dem Hintergrund der betrieblichen Situation analysieren und Unternehmer und betrieblicher Interessenvertretung einen abgestimmten Vorschlag zur Umsetzung der Vorschrift unterbreiten.

Letztlich unterliegen die Festlegungen der dem Betrieb durch die Vorschrift übertragenen Ausgestaltungsspielräume der Mitbestimmung durch die betriebliche Interessenvertretung. Im Sinne eines funktionierenden Arbeitsschutzes ist es angezeigt, dass sich alle beteiligten Akteure rechtzeitig zusammensetzen, um einvernehmlich eine Lösung zur optimalen Umsetzung der Vorschrift zu finden.

Bereits vor dem Inkrafttreten der Vorschrift hat die DGUV die betriebliche Anwendung in einem Pilotprojekt erprobt. In fünf Betrieben unterschiedlicher Größe und Branchen sowie einer Kommune wurde die Umsetzung der Vorschrift vor Ort begleitet. Aus diesen Anwendungsbeispielen ergab sich die Erkenntnis, dass die Vorschrift dann besonders erfolgreich umgesetzt werden kann, wenn:

- rechtzeitig festgelegt wird, wer die Federführung für die Umsetzung übernimmt und sich auf ein systematisches Vorgehen geeinigt wird,
- systematisch zusammengestellt wird, was der Betrieb bisher im Arbeitsschutz getan hat und wie er dabei vorgegangen ist,
- eine möglichst breite (und inhaltliche) Beteiligung aller betroffenen Akteure erfolgt und
- dem Handeln folgende Gedanken zugrunde liegen: Tun wir die richtigen Dinge? Tun wir die Dinge richtig?

Potenziale und Chancen des neuen Betreuungskonzepts

Unter Würdigung der bei der Entwicklung des neuen Betreuungskonzeptes zu berücksichtigenden Vorgaben und Erkenntnisse können die folgenden Vorteile gegenüber den bisherigen Anforderungen an die

betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung hervorgehoben werden:

- Durch den betriebsspezifischen Betreuungsanteil und die betriebliche Aufteilung der Betreuungsanteile liegt ein passgenaues, betriebsindividuelles Betreuungsangebot vor,
- die häufig als bürokratisch empfundenen, pauschal vorgegebenen Einsatzzeiten gehören der Vergangenheit an,
- die inhaltlichen Aspekte der Betreuung rücken durch die Leistungskataloge in den Mittelpunkt,
- die Ungleichbehandlung der Betriebe ist durch abgestimmte Einsatzzeiten der Grundbetreuung beseitigt worden,
- der Ausgestaltungsspielraum der Unternehmen ist vergrößert worden,
- die Kommunikation der Akteure im Betrieb wird gefördert,
- die Mitbestimmung der betrieblichen Interessenvertretung im Arbeitsschutz erhält durch die Vorschrift neue Impulse und
- durch definierte Aufgabenkataloge wird die Transparenz der durch Betriebsärzte und Fachkräfte zu erbringenden Leistungen hergestellt.

Den Betrieben erschließen sich durch die Aufnahme zukunftsweisender Themen in der Vorschrift sowie durch die Ausgestaltungsspielräume zur Herstellung einer passgenauen Betreuung zahlreiche neue Möglichkeiten und Potenziale im Arbeitsschutz. Dies betrifft insbesondere auch die Mitwirkungsmöglichkeiten der betrieblichen Interessenvertretung.

Handlungshilfen

Um die betriebliche Anwendung der mit der DGUV Vorschrift 2 eingeführten neuen Verfahren zur Ermittlung der Betreuungsleistungen zu fördern, haben DGUV und Unfallversicherungsträger zahlreiche Handlungshilfen entwickelt.

Seitens der DGUV werden als Handlungshilfen zur Verfügung gestellt:

- Hintergrundinformation für die Beratungspraxis zur Erläuterung der Reformanlässe und des neuen Betreuungskonzeptes,
- Flyer als Kurzinformation zur DGUV Vorschrift 2,
- Betriebliche Anwendungsbeispiele aus fünf Betrieben unterschiedlicher Größe und Branchen sowie aus einer Kommune,

- Katalog mit Antworten zu häufig gestellten Fragen zur Anwendung der Vorschrift – FAQ-Katalog,
- Online-Tool zur Ermittlung des Betreuungsumfangs und zur Dokumentation der Betreuungsleistungen,
- E-Learning-Programm zur Erläuterung der Reformanlässe und des neuen Betreuungskonzeptes.

Die Handlungshilfen können als Download über www.dguv.de bezogen bzw. angewendet werden:

- Hintergrundinformation und Flyer: als Download und als Printmedium
- FAQs
- Betriebliche Anwendungsbeispiele
- Online-Tool zur Ermittlung des Betreuungsumfangs (in Vorbereitung)
- E-Learning-Programm zum Konzept der UVV

Ausblick

Nach dem Inkrafttreten der Vorschrift 2 im Jahr 2011 steht in Betrieben, Verwaltungen und Bildungseinrichtungen zunächst die Aufgabe an, den Betreuungsbedarf auf der Grundlage der DGUV Vorschrift 2 zu überprüfen und ihn entsprechend dem Bedarf anzupassen.

Unfallversicherungsträger und Länder beraten im Jahr 2011 zur Anwendung der Vorschrift. Hierzu haben sie sich in einem in der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz gemeinsam gefassten Beschluss verständigt. Ab dem Jahr 2012 wird dann sukzessive die Einhaltung der neuen Regelungen auch überwacht.

Schließlich ist von allen mit der Entwicklung der neuen Regelungen beteiligten Institutionen befürwortet worden, die betriebliche Anwendung der Vorschrift über mehrere Jahre bundesweit zu evaluieren. Sollte sich hierbei ein Nachbesserungsbedarf herausstellen, wird die Vorschrift entsprechend anzupassen sein. Auch bei den Evaluierungsmaßnahmen werden BMAS, Länder und Unfallversicherung eng zusammenarbeiten.

Franz Pietsch

Chancen und Herausforderungen der betrieblichen Sucht- prävention für Führungskräfte und Beschäftigte

Das Kalksburger Modell

Tabuthema Sucht

Sucht – das ist nach wie vor ein Thema, über das man nicht gerne spricht. Und nach wie vor ist es ein Phänomen, dem die meisten Menschen hilflos und ratlos gegenüberstehen, wenn sie damit konfrontiert werden – ob nun im persönlichen Umfeld oder im Rahmen der beruflichen Tätigkeit. Nicht nur im Kollegenkreis, sondern auch auf der Ebene der Führungskräfte besteht große Unsicherheit im Umgang mit Personen, bei denen ein »Konsumproblem« offenbar ist. Solange es geht, wird weggeschaut. Irgendwann, wenn ein Wegschauen nicht mehr möglich ist, führt der Ausruf, »Jetzt muss aber wirklich etwas getan werden!«, nicht selten zu wenig brauchbaren Aktivitäten. Direkte Vorgesetzte delegieren beispielsweise das Problem an mit dieser Situation ebenfalls überforderte »Fachkräfte« wie Betriebsarzt, Betriebsrat oder Personalabteilung; auffällige Mitarbeiter/-innen werden in die Unsichtbarkeit versetzt oder ihnen wird schlimmstenfalls gekündigt.

Im Umfeld von substanzmissbrauchenden oder -abhängigen Kolleginnen und Kollegen entwickeln sich auch oft Co-Abhängigkeiten, die für die Substanzabhängigen nicht hilfreich sind, und darüber hinaus für die Co-Abhängigen selbst zu einer großen Belastung führen.

Dysfunktionale Maßnahmen und Auswirkungen im Betrieb

Auch ein im Anlassfall rasch eingeführtes generelles Alkoholverbot ist – sofern nicht auch begleitende Maßnahmen ergriffen werden – aus Sicht der Fachwelt eher dazu geeignet, das Problem zwar aus der

Offensichtlichkeit zu verbannen, nicht aber es zu lösen. Sinnvoll ist ein Programm zur betrieblichen Suchtprävention tatsächlich nur dann, wenn alle Ebenen eines Betriebs gleichermaßen (von der Chefetage über den Betriebsrat bis hin zur Belegschaft) dahinterstehen, es transparent gestaltet ist und alle Ebenen der Prävention (primär, sekundär und tertiär) berücksichtigt werden. Für die Unternehmen selbst können durch die Thematisierung der Problematik Sucht und die Installierung eines individuell abgestimmten Präventionsprogramms – abgesehen vom menschlichen Faktor – auch betriebswirtschaftliche Vorteile generiert werden. Die Begleiterscheinungen von z.B. entgleistem Alkoholkonsum verursachen den Betrieben hohe Kosten: So ist den Angaben des Anton Proksch Instituts nach in etwa 5 bis 20% aller Arbeitsunfälle Alkohol im Spiel. Alkoholranke verursachen 3,5-mal mehr und meist auch besonders schwere Arbeitsunfälle. Alkoholranke haben 2,5-mal höhere Krankenstände, welche auch länger dauern, erbringen eine um 25% geringere Arbeitsleistung, stellen eine Belastung von Vorgesetzten und Kollegen/-innen dar und verschlechtern das Betriebsklima insgesamt. Weiter sind Qualitätseinbußen bei der Arbeit, eine insgesamt eingeschränkte (quantitative) Arbeitsleistung und oftmals vorzeitiges Ausscheiden (Kündigung oder Frühpensionierung) zu erwarten.

Im Rahmen einer Studie (Eckardstein et al. 1995) wurde versucht, die Anzahl Alkohol missbrauchender Arbeitnehmer/-innen zu erheben. Dabei stellte sich heraus, dass in Österreich 8% der Männer und 1,7% der Frauen mehr als 60 g reinen Alkohol pro Tag konsumierten (Grenzmengenempfehlung der WHO: 24 g für Männer und 16 g für Frauen an maximal fünf Tagen in der Woche). Das gibt zu denken, vor allem in Anbetracht der Tatsache, dass bei Befragungen auch mit einem darüber hinausgehenden hohen Anteil an »erwünschten Antworten« zu rechnen ist. Dieses Ergebnis entspricht somit auch internationalen Schätzungen, die davon ausgehen, dass ca. 5 bis 10% der arbeitenden Bevölkerung ein Alkoholproblem haben.

Lösungsansatz »Kalksburger Modell«

Das Anton Proksch Institut war als führende österreichische Therapieeinrichtung für Suchtkranke über Jahre hinweg einerseits mit betroffenen Patientinnen und Patienten konfrontiert, andererseits aber auch zunehmend mit dem Wunsch von Unternehmen nach spezifischen, indi-

viduell angepassten Präventionsprogrammen. Aus dieser Situation heraus wurde das »Kalksburger Modell der betrieblichen Suchtprävention« entwickelt. Dieses Modell wird speziell an die Bedürfnisse des jeweiligen Unternehmens angepasst und beinhaltet primär-, sekundär- und tertiärpräventive Aspekte. Die Implementierung in einen Betrieb passiert unter externer Begleitung von Fachleuten des Anton Proksch Instituts und dauert im Regelfall zwei bis drei Jahre.

Im Detail sieht es so aus, dass in einer vorbereitenden Phase eine Problemanalyse erstellt wird. Dazu wird der bisherige Umgang des Unternehmens mit Alkohol ebenso durchleuchtet wie arbeitsplatzspezifische Risikofaktoren (Überforderung, Unterforderung, Stress, einseitige Belastungen, Vereinsamung am Arbeitsplatz, Schichtarbeit, mangelnder Einfluss auf Abläufe und Entscheidungen etc.) und weitere Risikofaktoren am Arbeitsplatz für psychische Erkrankungen (z.B. Versuche von »Selbsttherapie« in psychischen Konfliktsituationen durch den Konsum von Alkohol). Auch der Bereich der unternehmenstypischen Trink(un)sitten wird geprüft, genauso wie etwaig entstandene Co-Abhängigkeiten im Kollegenkreis. Im Zuge dieser Vorbereitungsphase ist es unerlässlich, tatsächlich alle Ebenen des Betriebs zu sensibilisieren. Weitere wichtige Faktoren sind die Transparenz von Entscheidungen und gesetzten Maßnahmen für die gesamte Belegschaft und eine einheitliche Positionierung aller Unternehmensebenen zum Projekt.

Aufbauend auf dieser Analyse werden Ziele definiert. Da die ersten Schritte zur Implementierung eines Suchtpräventionsprogrammes zumeist die Folge von konkreten, oft gefährlichen, Vorfällen im Betrieb sind, wäre mancher Auftraggeber schon zufrieden, den bereits erkrankten Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Hilfestellungen anbieten zu können, also den tertiärpräventiven Bereich abgedeckt zu wissen.

Dieses gehört zwar auch zu den Aufgaben eines solchen Projekts, allerdings muss eine sinnvolle Zieldefinition unbedingt parallel dazu primär- und sekundärpräventive Aktivitäten enthalten, um nicht nur Alkoholabhängige zu behandeln, sondern auch auf Risikofaktoren im Entstehungsbereich entsprechend positiv einwirken zu können.

Darüber hinaus ist zwischen Zielen, die das gesamte Unternehmen betreffen, und solchen für definierte Zielgruppen zu unterscheiden. Für das gesamte Unternehmen wesentlich sind eine Sensibilisierung für die Thematik Konsum und Sucht (auch Enttabuisierung), die Informationsvermittlung und ein Reflexionsprozess. Zielgruppenspezifisch geht es darum, bei Genusstrinkern Problemen vorzubeugen (Primärbereich),

Problemtrinkern im Rahmen der Früherkennung adäquate Unterstützung angedeihen zu lassen (Sekundärbereich) und bereits Alkoholkrankende einer externen Behandlung zuzuführen und sie bei der Reintegration zu unterstützen (Tertiärbereich). Die Implementierung im Unternehmen erfolgt durch eine Projektgruppe, die von den externen Beraterinnen und Beratern des Anton Proksch Instituts geleitet und begleitet wird. Sie entwickelt konkrete Aktivitäten und kümmert sich um deren Umsetzung. Auf der Primärebene können beispielsweise die betriebsinternen Kommunikationskanäle zur Information über Wirkung und Auswirkungen von Alkohol, seinen Gebrauch bzw. Missbrauch etc. genutzt werden; es können spezielle Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen (Lehrlinge, ältere Beschäftigte, Beschäftigte in Spezialeinrichtungen etc.) geplant, spezifische Schulungen organisiert werden u.v.m.

Im Bereich Sekundärprävention geht es um die Erarbeitung eines Stufenplans für bereits gefährdete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, mit dem der Umgang mit gefährdeten Mitarbeiter/innen festgelegt wird (Konsequenzen mit steigendem Nachdruck gekoppelt mit Hilfsangeboten).

Daneben wird ein Krisenteam gebildet, dessen Mitglieder einerseits Ansprechpartner für Führungskräfte und Betroffene sein sollen, andererseits auch die laufende Umsetzung des Programms beobachten und der Projektgruppe regelmäßig Rückmeldung über den Verlauf und etwaig auftretende Probleme geben.

Die externen Expertinnen und Experten des Anton Proksch Instituts begleiten die Projektentwicklung sowie das Erarbeiten individueller, an das Unternehmen angepasster Lösungen und führen Schulungen durch, in welchen als Mindeststandard die Themen Diskriminierung, Selbstreflexion, Kommunikation, Information und der Umgang mit betriebsinternen Programmen enthalten sein müssen.

In der Tertiärprävention, also der Behandlung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer bereits manifesten Erkrankung, arbeitet das Unternehmen ebenfalls eng mit dem Anton Proksch Institut als Behandlungseinrichtung zusammen. Auch das Angebot der Therapie für Suchterkrankte muss Teil des oben genannten Stufenplans sein.

Im Anton Proksch Institut gibt es für jeden Betrieb, der das Kalksburger Modell implementiert, einen fixen Ansprechpartner, der sowohl den Führungskräften als auch etwaig betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern namentlich bekannt ist. So können Hemmschwellen oft leichter überwunden werden, und Therapien können früher einsetzen. Entscheidend dabei ist auch, dass die Therapeut/innen nicht mit den

Berater/innen des Unternehmens identisch sind, was auch entsprechend kommuniziert werden muss, um die nötige Vertraulichkeit zwischen betroffenen Mitarbeiter/innen als Klient/innen und ihren Therapeut/innen zu wahren.

Rahmenbedingungen und Benefits

Durch die Kooperation eines Unternehmens mit der Behandlungseinrichtung und die Ausgestaltung des Projekts insgesamt entsteht im Allgemeinen auch größeres Verständnis für die Suchterkrankung selbst und für therapeutische Prozesse, was sich bei der Reintegration von betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als hilfreich erwiesen hat. Die Implementierung eines solchen Präventionsprogramms erfordert natürlich auch entsprechende Rahmenbedingungen. Den im Projekt engagierten Personen muss die dafür notwendige Zeit zur Verfügung gestellt werden, die Vorgangsweise sowohl mit den Dienstnehmerrechten als auch innerbetrieblichen Vorschriften kompatibel sein, die Ergebnisse der Projektgruppen müssen in die Führungsrichtlinien Eingang finden, und nicht zuletzt müssen auch ausreichend finanzielle Mittel verfügbar sein. Nach Implementierung des Projekts muss aus der Projektgruppe eine »ständige Arbeitsgruppe« werden, die dafür sorgt, dass bestimmte Aktivitäten weitergeführt werden, wie beispielsweise die Schulung neuer Mitarbeiter/innen und Führungskräfte, die dynamische Anpassung von Maßnahmen an geänderte betriebliche Gegebenheiten, Informationsarbeit im Allgemeinen etc. Insgesamt geht es vielfach darum, die Beschäftigung mit dem Thema Sucht/Konsum dauerhaft am Leben zu erhalten. Hilfreich ist dabei auch eine – oft vernachlässigte – Evaluation, die zu einer ständigen Optimierung beiträgt.

Vom Pilot- zum Referenzprojekt

Seit 25 Jahren wurden/werden in Österreich vom Anton Proksch Institut ca. 50 Unternehmen aus den Bereichen Industrie, Ämter/Behörden, Dienstleistung, Nahrungs- und Genussmittelindustrie, Verkehr und in den letzten Jahren auch zunehmend Krankenanstalten nach den Grundsätzen des »Kalksburger Modells« erfolgreich und nachhaltig betreut. Darüber hinaus gibt es inzwischen auch weitere Unterneh-

men, die eigene Präventionsprogramme entwickelt und durchgeführt haben. Doch noch immer sind es viel zu wenige.

Das Anton Proksch Institut (siehe www.api.or.at) ist einerseits auf therapeutischem Gebiet als ambulante und stationäre Behandlungseinrichtung tätig, andererseits auf dem Gebiet der Wissenschaft und Forschung, wo wiederum die Erfahrungen aus der Praxisarbeit einfließen. Diese Kombination ist es, die das Anton Proksch Institut zu einem Referenzzentrum werden ließ, auf dessen Expertise das österreichische Bundesministerium für Gesundheit gern und immer wieder zurückgreift, wenn es darum geht, gesundheitspolitische Entscheidungsfindungen an den Schnittstellen zwischen Wissenschaft und Praxis zu ermöglichen. In diesem Sinne wird das »Kalksburger Modell« vom Bundesministerium für Gesundheit als beispielhaft und empfehlenswert angesehen.

Die Herausforderung als Chance

Für Betriebe, die ein solches Programm implementiert haben, bedeutete dies zumeist im ersten Schritt eine große Herausforderung, doch bald schon wurden auch die Chancen erkannt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass jene Betriebe, die Präventionsprogramme, darunter auch das »Kalksburger Modell«, eingeführt haben, durchweg gute Erfahrungen gemacht und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Führungskräfte wie auch Beschäftigte) ebenso wie das Unternehmen als Ganzes nachhaltig davon profitiert haben. Ein Idealzustand wäre, dass Suchtprävention – im besten Falle sogar integriert in ein umfassendes betriebliches Gesundheitsförderungsprogramm – in jedem Unternehmen und auch im Bereich der öffentlichen Verwaltung ihren Platz findet – nicht im Sinne kosmetischer punktueller Aktivitäten, sondern als selbstverständlicher, unverzichtbarer Teil der Unternehmenskultur.

Literatur

Eckardstein, Dudo von et al. (1995): »Psychische Befindensbeeinträchtigungen und Gesundheit im Betrieb. Herausforderung für Personalmanager und Gesundheitsexperten«. Mering und München: Rainer Hampp.

Uhl, Alfred et al. (2009): Handbuch Alkohol Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Reinhard R. Lenz

Aktionstage zur Gesundheit in Betrieben und Organisationen zu einer Kampagne erweitern

Ein Erfahrungsbericht aus über 500 Veranstaltungen

Bestandteil von Managementsystemen zur Gesundheitsförderung sind Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, Mitarbeiter zu informieren, zu sensibilisieren und zu aktivieren. Neben den Sachinformationen wie schriftlichen Anweisungen, Gebrauchsanweisungen, Regelwerken, Broschüren, Informationswänden usw. können »Gesundheitstage« dazu beitragen, die innerbetriebliche Kommunikation zu fördern.

Wenn jedoch nach einem Gesundheitstag alles so bleibt, wie es war, werden die vorhandenen Zustände zementiert. Soll sich etwas verbessern, müssen persönliche oder betriebliche Veränderungsprozesse initiiert werden.

Innerbetriebliche Kampagnen

Im Folgenden wird die Realisierung von Gesundheitstagen als Erweiterung zu einer »Kampagne« beschrieben. Zusammenwirkende Einzel-elemente werden über einen Zeitraum von drei Monaten miteinander verzahnt. Den angestoßenen Prozessen in Betrieben und/oder Organisationen liegt ein Zeitverlauf zugrunde.

1. Problemstellung

Neben der Verhältnisprävention setzt der Gesundheitsschutz verstärkt bei der Verhaltensprävention an. »Resilienz« im Sinne von Widerstandsfähigkeit rückt stärker in den Fokus. Neben der Information lautet die Forderung: »Sensibilisieren«, »Körper- und Gesundheitsbewusstsein bilden« sowie »Gesundheitskultur entwickeln«. Technisch oder rechtlich vorgebildete Personen in der Gesundheitsförderung sehen sich vor

der Herausforderung, Erwachsenenbildung, Pädagogik und Psychologie zu betreiben. (Akademisch ausgebildete Gesundheitsmanager sollten diese Kompetenzen allerdings mitbringen.)

Einzelmaßnahmen von Schulung und Werbung zur Sensibilisierung für die Gesunderhaltung des eigenen Körpers sind erprobt und haben sich bewährt. Effektiver ist die Bündelung und Abstimmung verschiedener Maßnahmen zu einer strategisch durchdachten, längerfristig angelegten umfassenden innerbetrieblichen Kampagne. Alle Einzelmaßnahmen werden auf das gleiche Ziel ausgerichtet, wirken zusammen, ergänzen und stützen sich wechselseitig. Eine vielschichtige Kampagne leistet mehr als die schlichte Summe ihrer Einzelelemente.

Betriebe und Organisationen begeben sich auf eingefahrene Gleise, wenn Aktionstage zur Gesundheit, Gesundheitswochen, »Health Days« mit ähnlichem Charakter durchgeführt werden, wie sie aus dem Arbeitsschutz bekannt sind. Die häufig aufwändigen Konzepte bleiben jedoch bei einer Leistungsshow oder einer Selbstdarstellung stehen, wenn die Einbindung in ein Gesamtkonzept oder ein Managementsystem fehlt.

Da wechselnde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Aufgabe betraut werden, derartige Aktionstage auszurichten, entwickeln verantwortliche Akteure immer wieder aufs Neue viele Gedanken und investieren sehr viel Arbeit. Bei fehlender Erfahrung sind aber »Versuch und Irrtum« die Berater. Oft sind Organisatorinnen und Organisatoren bis zum Ende unsicher, ob sie an alles gedacht haben, ob die Planungen aufgehen und die Veranstaltung Akzeptanz und Lob erhält. Nicht nur die Maßnahme selbst, sondern auch die Vorbereitung, die Einladungen und die Informationsflüsse sowie die Nachbereitung und Vertiefung der Veranstaltung sind wesentliche Elemente für den Erfolg.

»Es ist nicht gesagt, dass es besser wird, wenn es anders wird. Wenn es aber besser werden soll, muss es anders werden.« (Georg Christoph Lichtenberg, 1742-1799, deutscher Physiker und Schriftsteller)

Folgt man der Aussage von Lichtenberg, so ist es das Ziel, bei der Erweiterung eines Gesundheitstages zu einer Kampagne Veränderungsprozesse nachhaltig in Gang zu setzen. Das Thema Gesundheit bei der Arbeit fällt nach Ende eines Gesundheitstages nicht »ins Leere«.

2. Was gehört zu einer »Kampagne«?

Lernen, Veränderung und Sensibilisierung müssen als prozesshafte Vorgänge verstanden werden. Diese Vorgänge lassen sich nicht durch flüchtige oder statische Informationen wie z.B. durch ein einmaliges gutes Plakat oder ein effektives, aber isoliertes Seminar auslösen. Innerbetriebliche Kampagnen definieren sich u.a. dadurch, dass im Prozessverlauf Instrumente zur Steuerung, Kontrolle und gegebenenfalls zur Nachregulierung integriert sind.

Erfolgreiche innerbetriebliche Gesundheitskampagnen beginnen mit einer *START-Phase*, die mehr oder weniger aufwändig gestaltet werden kann. In einer *NACH-Phase* erfolgt die Aktivierung aller Teilnehmer mit der Aufgabe, die gewonnenen Erkenntnisse auf den eigenen Arbeitsplatz zu übertragen, die dortigen Bedingungen zu überprüfen und ggf. zu korrigieren. Zu einem festgelegten Abschlusstermin werden die erreichten Ergebnisse präsentiert (Gesundheitsquoten, Zahl aktivierter Teilnehmer, Veränderungsprozesse, Vorher/Nachher-Vergleiche). Damit die Brücke zur betrieblichen Praxis geschlagen werden kann, müssen Führungskräfte in einer *VOR-Phase* einbezogen werden.

Ein schlüssiges Gesamtkonzept einer »Kampagne« besteht im Wesentlichen aus drei Phasen, in denen verschiedene Elemente eingesetzt werden (siehe Abbildung 1).

In der *START-Phase* wird eine möglichst hohe Quote der Belegschaft sensibilisiert. In der *NACH-Phase* müssen sich die Impulse der Startveranstaltung auf den Arbeitsplatz übertragen und implementieren lassen. Damit dieser Prozess strukturiert verläuft, müssen die Führungskräfte in der *VOR-Phase* auf ihre Rolle und Funktion vorbereitet werden.

START-Phase

Die *START-Phase* zielt darauf ab, gesundheitswidrige Verhältnisse oder Verhaltensweisen als gestaltbare Risikopotenziale ins Bewusstsein zu heben. Durch diesen Ansatz werden Beteiligte einerseits sensibilisiert, Gesundheitsgefährdungen in ihrer Arbeitsumwelt zu erkennen, aber auch andererseits der Wunsch geweckt, diese zu beseitigen. Erfolgreiche Kampagnen fordern in der *START-Phase* Mitarbeiter auf, etwas zu tun bzw. etwas in Bewegung zu setzen. Erlebnisorientierte Präsentation regt am nachhaltigsten zur intensiven inhaltlichen Auseinandersetzung an. Gelingt eine Vitalisierung des Bewusstseins, muss damit gerechnet werden, dass sensibilisierte Mitarbeiter Forderungen stellen. Auf diese Forderungen muss reagiert werden, sonst ist das mühe-

Abbildung 1: Struktur einer betrieblichen Kampagne

	VOR-Phase	START-Phase	NACH-Phase (Implementierung)		
Maßnahme	Seminare	Startveranstaltung	Verbesserungen	Flankierungen	Resümee
Realisierungsformat	Präsentation Management Vorbereitungsseminar für Meister, Vorarbeiter	AktionsTag Eröffnungsveranstaltung und/oder Marktplatz	Identifikation Markierung Erfassung Lösung	Vereinbarungen Risiko Dialog Plakate Aufkleber Giveaways	Ergebnispräsentation Belohnungen Loben
Inhalte	Wir-Gefühl Pflichtenübertragung	Relevanz Identifikationsmerkmale Motivation Fürsorge, Erwartung	Gesundheitsgefährdungen	Kommunikation	Nachhaltigkeit Sichern Qualität
Ziele	Rollen + Funktion der Akteure sichern	Aktivierung vieler Mitarbeiter	Wissen und Können aller Mitarbeiter nutzen	Unterstützen der Verantwortungsübertragung	Gemeinsamen Erfolg feiern
Instrumente	PPT-Präsentation	Show, Quiz, ErlebnisObjekte, Stille-Botschafter, Theater, Comedy	Erfassungssysteme Belohnungssysteme	Medien und Methoden	Ablaufpläne, Beratung Lobhilfen

voll aufgebaute Gesundheitsbewusstsein schnell wieder verschwunden. Es kann als Zeichen erhöhter Sensibilität gewertet werden, wenn Mitarbeiter Forderungen nach Verbesserungen stellen.

NACH-Phase

»Partizipative Gesundheitstage« zeichnen sich durch eine Aktivierung und Beteiligung einer möglichst hohen Mitarbeiterquote aus. Damit sich in der Startveranstaltung motiviertes Handeln nicht auf Theorie beschränkt, sind Instrumente vorteilhaft, mit denen die problematisierten Risiken auf den eigenen Arbeitsplatz übertragen werden können (s. Abbildung 2). Sie dienen in der NACH-Phase der Wahrnehmung und Aufdeckung von verdrängten Potenzialen (Gesundheitsmängel) durch alle Mitarbeiter, denn die Wahrnehmung von Gefährdungen sinkt mit der Gewöhnung an die Verhältnisse. Über längere Zeiträume werden

Abbildung 2: Ansichtskarte Stuhl-TÜV als Aufforderung, seinen eigenen Stuhl zu überprüfen

Vorder- und Rückseite der Ansichtskarte



bestehende Mängel immer mehr akzeptiert (»Das ist eben so bei uns, ist immer so gewesen«).

Mitarbeiter kennen ihre eigenen Verhaltensweisen sowie die Verhältnisse an ihrem Arbeitsplatz selbst am besten. Die neu ins Bewusstsein gerufenen Gesundheitsgefährdungen bilden das Motiv, in einer weiteren Phase diese in der eigenen Arbeitsumgebung zu identifizieren, zu kennzeichnen und zu erfassen.

Nach einer subjektiven Risikobewertung durch die Mitarbeiter können gemeinsam Ideen zur Problemlösung entwickelt werden (Gesund-

heitszirkel). Die Akzeptanz von Maßnahmen und Vereinbarungen steigt, wenn sie aus den Bedürfnissen der Mitarbeiter erwächst. In der Bearbeitungsphase werden Vorschläge zu Veränderungen nach Dringlichkeit und Etatlage entschieden. In der darauf folgenden Umsetzungsphase schließt sich mit dem Resümee die Phase der Ehrung und Belohnung als Schlusspunkt der Aktion an.

Wirkungs- und Handlungszustände innerhalb einer Kampagne

- Vorbereitung und Sensibilisierung der Führungskräfte (VOR-Phase)
- Sensibilisierung der gesamten Mitarbeiterschaft (START-Phase)
- erhöhte Wahrnehmung von Risikopotenzialen
- Kennzeichnung, Markierung (NACH-Phase)
- Registrierung: gezielte Erfassung von verbesserbaren Verhältnissen
- subjektive/objektivierte Risikobewertung
- vielfältige Ideenfindung (Vorschlagswesen)
- Prüfung der Machbarkeit nach Dringlichkeit und Etatlage
- Umsetzungen und Mehrfachnutzung
- Ehrung und Belohnung

VOR-Phase

Der Erfolg ist umso wahrscheinlicher, je mehr Führungskräfte ihre Rolle und Funktion bezüglich der Aufgabe »gesund führen« kennen. Wenn Weisungsbefugte begreifen, dass durch eigenes Engagement innerhalb einer Kampagne die vertraglich von ihnen eingeforderte Führungsaufgabe erleichtert wird, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahme akzeptiert wird.

In klassischen Seminaren oder sonstigen Vorbereitungsitzungen muss die Einbeziehung der Basisführungskräfte in die geplante Kampagne erfolgen. Wenn die Teilnehmer die Maßnahme nach der Vorbereitungsveranstaltung als ihre Kampagne, als ihren eigenen Erfolg empfinden und Verantwortung übernehmen, ist ein erster wichtiger Schritt vollzogen. Bei Konzepten mit freiwilliger Teilnahme muss deutlich untermauert werden, dass für den Erfolg der Maßnahme eine hohe Beteiligungsquote an der START-Phase gewünscht ist bzw. erwartet wird.

Meister und Vorarbeiter müssen vor der START-Phase über einen fachlichen Wissensvorsprung verfügen, damit sie auf Fragen ihrer Mitarbeiter reagieren und eine hohe Teilnahmequote begründen können.

Es muss Grundlagenwissen vermittelt und auf die NACH-Phase vorbereitet werden. Instrumente zur Sicherung der Nachhaltigkeit der in der START-Phase gesetzten Impulse müssen von den Führungskräften methodisch beherrscht werden (»Was soll ich denn danach machen?«, »Was wird von mir erwartet?«). Erfolgte Mitarbeiterbeteiligung muss gelobt werden. Mitarbeiter, die sich sonst nie gekümmert haben, müssen auffallen und Anerkennung erfahren. Auf solche »Überraschungen« müssen Vorgesetzte in der Regel vorbereitet werden.

Die Komplexität der Kampagne darf nicht am Management vorbeilaufen. Auch die Gruppe der oberen Führungskräfte muss frühzeitig inhaltlich einbezogen werden. Erstens weiß auch dieser Personenkreis nicht unbedingt, wie man Krankheiten verhindert, und zweitens kommen diesen Verantwortungsträgern in einer erfolgreichen Kampagne Aufgaben der Kontrolle und der Steuerung zu. Diese müssen an- und ernstgenommen werden. Je nach Größe des Unternehmens ist eine mittlere Führungsebene vorhanden, die sich als Le(ä)hmschicht erweisen kann, wenn sie nicht rechtzeitig einbezogen wird. Sonst besteht die Gefahr, dass dieser Personenkreis erst einmal zusätzliche Arbeit auf sich zukommen sieht und den geringsten Vorteil für die eigene Arbeitsleistung erwartet.

3. Effekte und Bedingungen von Gesundheitskampagnen

Investition in Gesundheitsförderung

Es ist noch kein Unternehmen insolvent gegangen, weil in Gesundheitsförderung investiert wurde. Angesichts des demografischen Wandels können aber Risiken entstehen, wenn sich ein Unternehmen nicht um die Gesundheit seiner Mitarbeiter kümmert.

In vielen Situationen werden Argumente benötigt, um aufwändigere Gesundheitstage bzw. Kampagnenkonzepte durchzusetzen. In diesem Abschnitt werden zielgerichtete Hintergründe bisher gesammelter Erfahrung aus erfolgreichen Projekten beschrieben.

Prioritäten setzen

Kein Unternehmen würde behaupten, kein Interesse an der Gesundheit seiner Mitarbeiter zu haben. Dennoch stehen Gesundheitsaspekte nicht permanent im Vordergrund der internen Dringlichkeiten und Aktivitäten. Je weniger arbeitsbedingte Erkrankungen im Normalfall kommuniziert werden, desto geringer ist die Bereitschaft zur aktiven Auseinanderset-

zung mit dem Thema. Kampagnen wollen nachhaltige Verbesserungen in der Gesundheitsförderung erreichen. Wenn es gelingt, ein einzelnes definiertes Gesundheitsthema für einen abgesteckten Zeitraum auf der internen Prioritätenskala um einige Punkte nach oben zu verschieben, kann diese Tatsache als großer Erfolg bewertet werden.

Zeitliche Begrenzung

Damit nicht das Gefühl aufkommt, dass aufwändig geplante Kampagnen im Sande verlaufen, hat es sich bewährt, eine Kampagne auf einen überschaubaren Zeitraum zu begrenzen (drei Monate haben sich als sinnvoll erwiesen). Unmittelbar nach dem Ende wird ein Ergebnisstrich gezogen, um den erreichten Fortschritt zu kommunizieren und zu dokumentieren.

Kernthema definieren

Auf der Grundlage vieler praktischer Erfahrungen wird empfohlen, ein einzelnes konkretes Gesundheitsthema in den Brennpunkt zu stellen. Mit der Beschränkung auf einen einzelnen Aspekt können Handlungshilfen oder Empfehlungen konkreter ausfallen. Durch pluralistische Methoden und Ansätze gelingt es, verschiedene Zugänge für unterschiedliche Charaktere und Zielgruppen zu schaffen. Erworbene Sensibilität ist nicht teilbar. Das Bewusstsein für die eigene Körpergesundheit wird auch auf Themen übertragen, die nicht Gegenstand des Gesundheitstages waren. Themenspezifische Kampagnen wirken sich insofern auf das gesamte gesundheitsgerechte Verhalten aus.

Erwachsenenbildung

Kommunikation von Gesundheitsthemen ist immer Erwachsenenbildung. Anders als bei Kindern oder Jugendlichen liegt bei Erwachsenen bereits ein fest gefügtes Bild über die Zusammenhänge der Arbeitsumwelt vor. Der Einsicht in die Notwendigkeit von Veränderungen stehen oft jahrelange Arbeits- und Lebenserfahrungen gegenüber, die durchaus im Gegensatz zur Forderung nach Veränderungen stehen können. Das Ziel einer dauerhaften Einstellungs- und Verhaltensänderung wird eher erreicht, wenn den erwachsenen Menschen Eigenverantwortung und Selbstbestimmung belassen bleibt.

Motivation durch Inspiration

Werden Antworten auf Fragen gegeben, die keiner gestellt hat, so darf sich niemand wundern, wenn keiner zuhört. Aus dem Grundsatz der Arterhaltung und einem Selbstschutz zur Lebenserhaltung kann unterstellt werden, dass jeder Mensch ein ureigenstes Interesse an der Erhaltung der eigenen Unversehrtheit und Gesundheit hat. Niemand wird freiwillig oder gerne krank. Im privaten Bereich sind viele Menschen bereit, viel Geld auszugeben, um gut auszusehen, sich gesund zu ernähren oder möglichst alt zu werden. Ein ganzer Industriezweig mit Milliarden Umsätzen lebt davon. Wenn Mitarbeiter auf freiwilliger Basis die Angebote eines Gesundheitstages dennoch nicht annehmen, kann unterstellt werden, dass dessen Angeboten kein neuer Erkenntniszuwachs bzw. kein Zugewinn an Lebensqualität unterstellt wird. Konkurrierende Tätigkeiten oder Angebote erscheinen vielleicht auch deshalb wichtiger, weil der eigene, momentane Leidensdruck zu gering ist.

Erwartungen

Wird im Vorfeld nicht klar zum Ausdruck gebracht, was den Besucher eines Gesundheitstages erwartet, oder bleiben diese Erwartungen diffus, fehlen klare Motive für einen Besuch. Wenn im Vorfeld Erwartungen aufgebaut werden, müssen diese eingelöst werden, sonst sind Enttäuschungen vorprogrammiert und ein erneuter Gesundheitstag wird weniger freiwilligen Zuspruch finden. 95% unzufriedener Besucher beschwerten sich nie. Sie bleiben weg.

Event zieht, Inhalt bindet. Emotionale Berührung durch Inhalte hingegen bindet und motiviert Wiederholungsbesuche und das »Weiter-sagen«. Werden die Erwartungen zu hoch geschraubt, wird es schwer, Begeisterung auszulösen. Sind erwartungsgemäße Angebote durchaus vorhanden, werden aber aus vielfältigen Gründen (Überlagerung, Konkurrenz, Überladung usw.) nicht als solche wahrgenommen, verlassen Besucher eher enttäuscht die Veranstaltung (Tabelle 1).

Einfache Botschaften

Je komplexer Botschaften, Konzepte und Zielsetzungen sind, umso aufwändiger ist es, sie an fremde Dritte zu vermitteln. Die Bereitschaft zur Akzeptanz sinkt mit dem Aufwand der Auseinandersetzung. Wenn es mit einer einzigen Maßnahme gelingt, gleichzeitig allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern *eine* neue Wenn-Dann-Beziehung zu vermitteln, sodass sie von einer angemessenen Quote verstanden, akzeptiert und

Tabelle 1: Übersicht zu Erwartungen und Nutzen

	Emotionale Empfindung	Qualitätsstufe	Wirkungsweise	Verhältnis zu den Erwartungen	Erlebtes	Aussagen
1.	Äußerst begeistert	Überraschungsqualität	Damit hatte der Besucher nicht gerechnet; jetzt ist er begeistert.	Erwartungen bei weitem übertroffen	Klarer Nutzen, Mehrwert, Vorteil	»Das hat mich wirklich überrascht. Es war toll. Davon muss ich dir sofort etwas erzählen.«
2.	Begeistert	Wunschqualität	Das setzt der Besucher zwar nicht voraus, aber er empfindet es als angenehm.	Erwartungen übertroffen	Nicht unbedingt mit gerechnet	»Das war schön. Da gehe ich gern wieder hin.«
3.	Zufrieden	Erwartungsqualität	Damit hat der Besucher gerechnet.	Erwartungen voll erfüllt	Grundnutzen befriedigt	»War in Ordnung. Das sollte mir mindestens geboten werden.«
4.	Eher zufrieden	Basisqualität	Das setzt der Besucher voraus.	Erwartungen gerade so eben erfüllt	Nicht viel Neues	»Nichts Besonderes. Das bietet jeder.«
5.	Eher enttäuscht	Semiprofessionelle Qualität	Das kennt der Besucher bereits von anderen Anbietern.	Erwartungen zu gering erfüllt	Wahrnehmung falsch gelenkt; kaum Zugewinn an Lebensqualität	»Das hab ich alles schon vorher gewusst.«
6.	Enttäuscht	Laienqualität	Unangemessen, unter Niveau, Ausschuss	Erwartungen gar nicht erfüllt	Erwartungen zu hoch geschraubt. Vorkennntnis der Zielgruppe falsch eingeschätzt	»Vertane Zeit.«

verinnerlicht wird, kann das als großer Erfolg gewertet werden. Mehrere Wenn-Dann-Beziehungen an die Mitarbeiter heranzutragen, kann nicht nur überfordern, sondern auch zu Verwechslungen von Inhalten führen. Sensibilität, Behutsamkeit, Geduld und zeitliche Entzerrung versprechen deshalb mehr Erfolg.

Die Methode »Verunsicherung«

Verunsicherung ist eine Methode, Lernbereitschaft zu wecken. Bevor eine neue Information wirklich zugelassen wird, muss zunächst das alte Verhaltensmuster provoziert werden. Verunsicherung erzeugt dann ein inneres Ungleichgewicht, das wiederum nach Ausgleich strebt. Erst in dieser Phase können Lösungen angeboten werden. Provokation soll einen Prozess der Richtigstellung auslösen. Provokation als persönlicher Angriff kann allerdings zu Reaktanz führen, also Abwehrreaktionen auslösen.

4. Zielsetzungen formulieren

Überprüfung der Wirkung

Eine Methode, den Erfolg einer Gesundheitskampagne nach deren Abschluss zu überprüfen, liegt darin, zu Beginn der Planung klare Zielsetzungen zu formulieren und zu dokumentieren. Eine Zielformulierung hilft zudem, eine einheitliche Sprache zu sprechen, an welcher sich alle Akteure ausrichten können. Aus den formulierten Zielsetzungen lassen sich in der Regel bereits die wichtigsten Botschaften ableiten.

Zielformulierungen

Die Zielgruppe xxx soll...

- wahrnehmen, dass...
- erzeugen, wenn...
- sensibel werden bei...
- Aktivität zeigen in...
- ...

Um die Messbarkeit zu gewährleisten, sollten die Ziele quantitative Vorgaben enthalten. Ansonsten müssen Messkriterien entwickelt werden. Je konkreter die Zielgruppe definiert ist (z.B. alle Mitarbeiter), desto passgenauer kann die Zielformulierung ausfallen. Gemeinplätze (»Alle sollen gesünder werden!«) sind schwammig. Wird eine innerbetriebliche Kampagne jedoch auf ein spezielles Thema fokussiert, können die Ziel-

setzungen sehr konkret benannt und handlungsleitende Botschaften platziert werden. Um einer Kampagne Gewicht zu verleihen, ist es vorteilhaft, wenn es in der VOR-Phase gelungen ist, dass Führungskräfte die Maßnahme zu ihrer Angelegenheit erklären.

Zielebenen

Gesundheitsbewusstsein zu bilden und/oder die Beschäftigten so zu sensibilisieren, dass eine gewünschte Verhaltensweise entsteht, ist eine hochkomplexe Aufgabe.

- Die einfachste Zielebene bezieht sich auf die Vermittlung von Gesundheitsfakten.
- Die nächsthöhere Ebene will Veränderungen in Einstellungen und Haltungen erreichen.
- Auf der höchsten Stufe werden Verhaltensänderungen angestrebt.

5. Zielgruppen definieren

Überlegungen zur Zielgruppe helfen, Maßnahmen jeglicher Art von Grund auf zu durchdenken, nichts zu vergessen und zielgerichtete Ideen zu entwickeln.

Verschiedene Mitarbeiter-Charaktere haben unterschiedliche Bedürfnisse bzw. sprechen auf unterschiedliche Reize an. Deshalb hat es sich bewährt, bei der Planung eines Aktionstages Zielgruppen zu definieren. Dadurch wird es möglich, Angebote für jedes Bedürfnis zu konzipieren und bereitzuhalten.

Kategorisierungen von Zielgruppen können nach verschiedenen Kriterien vorgenommen werden. Dabei kann eine Person durchaus unterschiedlichen Kategorien angehören. Neue Grenzziehungen und Zielgruppendifinitionen der gleichen Personengruppe eröffnen immer neue Wege, geben neue Impulse und führen zu neuen Ideen.

Kategorie Führungskräfte: Weisungsbefugte, Schicht- oder Büroleiter
Führungskräfte beeinflussen maßgeblich den Erfolg einer Kampagne. Sie haben Vorbildfunktion und Weisungsbefugnis. Wenn sie sich geschlossen hinter eine Aktivierungsmaßnahme stellen, sich deren Erfolg auf die eigene Fahne schreiben, hat dies eine unmittelbare Wirkung auf die Aktionsbereitschaft der Mitarbeiter. Je stärker sich Führungskräfte an der Aktion beteiligen, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Aktion nachhaltige Wirkung zeigt.

Kategorie Funktionsträger: Betriebsrat/Personalrat, Unternehmensführung, Abteilungen usw.

Es ist sinnvoll, alle betrieblichen Entscheidungsträger von Beginn an in einen Lenkungsreis einzubeziehen. Gut ausgearbeitete Entscheidungsvorlagen verkürzen die Diskussion. Die detaillierte Auseinandersetzung bei der Erstellung einer Ausarbeitung liefert in der Regel bereits schlagkräftige Argumente, damit Entscheidungsprozesse nicht zerredet werden können.

Kampagnen erhalten dann einen größeren Reiz und höheren Zuegwinns fürs Unternehmen, wenn verschiedene unternehmerische Handlungsebenen des Managements (Vorschlagswesen, Qualität, Teamarbeit usw.) verknüpft sind und gleichzeitig bedient werden.

Externe Experten bzw. Anbieter wie Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und andere Expertenorganisationen stehen vielfach hilfreich zur Seite und sollten mit ihren Kompetenzen eingebunden werden.

Kategorie Zugehörigkeit: Routinier, Novizen

Neulinge (Novizen) bedürfen in hohem Maße der Qualifizierung, denn ohne die Kenntnis von Gesundheitsgefahren können keine geeigneten Vorsorgemaßnahmen getroffen werden. Dies gilt umso mehr für Gesundheitsgefährdungen, die von sich aus keine Gefahr erkennen lassen.

Das mehrmalige Wiederholen einer Handlungsempfehlung kann oft zu genervtem »Abschalten« führen. Den Routiniers, die sich trotz vorhandenen Wissens gesundheitswidrig verhalten, müssen deshalb immer wieder neue Motive für gesundes Verhalten aufgezeigt werden. Alte Verhaltensmuster müssen so dargestellt werden, dass sie Neuheitscharakter erlangen (neue Perspektiven, neue Darstellungsformen, neue Erkenntnisse, neue Zusammenhänge).

Kategorie Ausbildungsstand: Qualifizierung, Kompetenz, Verantwortung

Überlegungen bezüglich des Ausbildungsstands und des damit verbundenen Wissensfundaments helfen bei der Auswahl der Inhalte. Alles was ca. 85% der Mitarbeiter bereits kennen, kann getrost weggelassen werden. Um den überwiegenden Teil der Mitarbeiter nicht mit der Wiederholung von Bekanntem oder Banalem zu langweilen, lohnt es sich in solchen Fällen eher, die fehlenden 15% herauszufiltern und gesondert zu behandeln. Ähnlich verhält es sich mit der Sensibilität der Mitarbei-

ter. Maßnahmen sind erfolgreich, wenn die Zielgruppen dort abgeholt werden, wo sie in ihrer Entwicklung stehen und sie sich mit den bisher bewährten Verhaltensweisen in Einklang bringen lassen.

6. Gestaltung von Startveranstaltungen

Grundsätzlich hängt die Effizienz jeglicher Gesundheitstage oder Kampagnen vom betriebenen Aufwand ab. Die Bereitschaft zum ideellen und monetären Engagement dokumentiert den tatsächlichen Veränderungswillen. Welcher Aufwand zu betreiben ist, um ein positives Ergebnis zu erzielen, ist unter anderem vom Stand der erreichten Gesundheitskultur abhängig. Je besser die Gesundheitsquoten bereits erscheinen, je höher die Gesundheitskultur bereits ausgeprägt ist, desto feingliedriger und aufwändiger müssen die Maßnahmen werden, um eine weitere Steigerung erreichen zu können.

In vielen Unternehmen sind Aktionstage und andere erprobte Modelle (im Vorbeigehen, Ausstellungen, Freistellung für definierte Zeiten, Freizeitangebot, Marktplatzvarianten, Wettbewerbe usw.) bereits eingeführt und akzeptiert. Unternehmen, die in der Vergangenheit bereits solche Maßnahmen durchgeführt haben, wird empfohlen, die bewährten Wege weiter zu beschreiten. Anhand der nachfolgenden Ausführungen kann überprüft werden, ob Weiterentwicklungen möglich sind bzw. ob die Effizienz gesteigert werden kann. Auf jeden Fall gewinnen Aktionstage, wenn sie nicht sich selbst genügen, sondern immer als Startveranstaltung innerhalb einer Gesamtmaßnahme betrachtet werden.

Für Unternehmen, die mit »innerbetrieblichen Kampagnen« neue Wege beschreiten, sind im Folgenden Varianten von Startveranstaltungen beschrieben. Es gilt ein passendes Modell zu finden, das sich auf die hausinternen Strukturen bezieht.

Auswahlkriterien

Wie viel Zeit steht für die Startveranstaltung (Gesundheitstag/-tage/-woche) zur Verfügung?

Abgrenzbar für einen Startimpuls, aber mit fließenden Übergängen sind die beschriebenen Zeitfenster in folgender Auflistung:

1. im Vorbeigehen (keine Sonderzeiten)
2. während der Arbeitszeit (geplante 60-90 Minuten zur Auseinandersetzung)
3. bezahlte Unterweisung vor und nach einem Schichtwechsel
4. Halb- oder Ganztagsveranstaltungen

5. Teil einer Gesamtveranstaltung (Tag der offenen Tür, Jubiläum o.ä.)

Die Verfahren 2. und 3. sind effektiver, aber auch aufwändiger durchzuführen.

Freizeit oder Arbeitszeit?

Im Grundsatz ist zu entscheiden, ob die Startveranstaltung in der Freizeit stattfindet oder ob Arbeitszeit zur Verfügung gestellt werden kann. Die Beteiligungsquote hängt dann von den Arbeitsstrukturen (Gleitzeit, Außendienst usw.) ab.

- Freizeit: Pause/nach der Arbeit/Wochenende
- Arbeitszeit: stundenweise/ganz-/halbtags

Freiwillige Teilnahme oder Pflichtveranstaltung?

Fällt die Entscheidung auf die freiwillige Teilnahme, müssen Ankündigung, Werbung und die Vorbereitung der Führungskräfte entsprechend intensiviert werden. Außerdem muss damit gerechnet werden, dass die Beteiligungsquote relativ gering oder geringer als erhofft ausfällt, selbst wenn die Aktion sehr gut vorbereitet wurde. Es liegt auf der Hand, dass eine bezahlte Variante eine höhere Beteiligung nach sich zieht. Bei einigen Modellen wird ein Teil der geplanten Stunden als Arbeits-/Lernzeit anerkannt und bezuschusst. In jedem Fall ist unumgänglich, allen Mitarbeitern über die Führungskräfte zu signalisieren, dass von der Unternehmensleitung eine hohe Beteiligung erwartet wird.

Wird die Veranstaltung als Maßnahme zur betrieblichen Qualifizierung ausgeschrieben, steigt die Bereitschaft zur Teilnahme und die Akzeptanz zur Finanzierung oder arbeitszeitlichen Freistellung durch das Unternehmen. Die gesetzliche Auflage, einmal jährlich eine Unterweisung durchzuführen, kann ebenfalls zur Begründung herangezogen werden. Der Nachweis der Qualifizierung und der Teilnahme wird durch Unterschrift dokumentiert (GSM-System, ISO 9000 u.a.).

Gruppenkonstellationen

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Art und Methode der Präsentation von Gesundheitsthemen ist, in welcher Konstellation den Mitarbeitern das Thema vorgestellt wird.

- Einzelpersonen (wer gerade Zeit hat/auf dem Weg ist)
- Kleingruppen (gemeldet, definierte Sinneinheiten/Bürogemeinschaften)

- Abteilung (organisiert, angemeldet im Zeitfenster)
- Gesamtveranstaltung (bestellt, terminfixiert, übergreifend)
- Familien (unterhaltsam, kommunikativ, darstellend)
- ...

Modelle

Grundsätzlich findet man in den Unternehmen drei verschiedene Modelle einer Startveranstaltung oder das, was als Aktionstag bezeichnet wird, vor.

- Bühnenveranstaltung im Saal
- Marktplatz mit Ständen in einem Raum
- Rallye mit verteilten Stationen im Gebäude/Gelände

Bühnenveranstaltung

Zentrale Eröffnungsveranstaltungen haben sich bewährt, wenn eine Botschaft auf direktem Wege vom Management an die Mitarbeiter transportiert werden soll. Das Management kann deutlich seine Erwartungen aussprechen und sein Fürsorgegefühl an alle Mitarbeiter transportieren. Solche Veranstaltungen gestatten auch Fachvorträge oder einmalige Theateraufführungen (Selbstsicherer Auftritt, »Geständnisse«) oder spektakuläre Kleinkunstauftritte (Seiltanz), Stunt-Shows (Ladungssicherung), Sportdemonstrationen (z.B. Falltechniken) im Dienste des Themas. Professionelle Unterstützung gestattet außergewöhnliche Veranstaltungen (z. B.: Shows im »Wetten, dass?«-Format) mit hohem Tempo, Spannung und Erinnerungs- und Unterhaltungswert.

Folgen auf den offiziellen Teil noch einige erlebnisorientierte Angebote zur persönlichen Auseinandersetzung und zum Begreifen des Themas, ist auf diesem Wege eine spielerische und selbstlernende Vertiefung und Konkretisierung möglich. Nicht zu vernachlässigen sind kommunikative Komponenten, wenn fachliche Installationen zur individuellen Auseinandersetzung auffordern. Gerade bei Mitarbeitern, die im Außendienst sind, kann der informelle Austausch in der Sache und in Arbeitsgemeinschaften nur förderlich sein.

Erlebnis-Markt

Das Marktplatzsystem besteht aus einer Anzahl thematisch vernetzter Stationen (s. Erlebnis-Stationen und Stille Botschafter), die das Thema interaktiv oder erlebnisorientiert anbieten. Der Erlebnis-Markt kann im Anschluss an eine Bühnenveranstaltung eröffnet oder unabhängig

von einer Bühneneröffnung als Einzelmaßnahme durchgeführt werden. Marktplatzsysteme mit einem bunten Themenstrauß sind ein häufig anzutreffendes Muster für herkömmliche Sicherheit- und Gesundheitsschutztag. Die Marktplatzsimulation bietet den Vorteil, dass sie mit einer professionellen Moderation verbunden werden kann, die zum Mitmachen animiert und direkte Bezüge zur Arbeitswelt herstellen kann.

Rallye-System

Das Rallye-System ähnelt der Marktplatzvariante mit dem Unterschied, dass einzelne Themenstationen im Gebäude oder auf dem Betriebsgelände verteilt werden. Rallyesysteme erfordern ggf. einen Teilnahmebogen, der die Standorte und einzelne Aufgaben an den Themenständen beschreibt. Teilnahmebögen sollten nicht darauf angelegt sein, Wissen abzufragen, sondern ein aktuelles Meinungsbild zu erfassen (s. »Denkzettel«).

Infotainment

Die intensivste Form der Sensibilisierung gelingt, wenn (z.B. in den Folgetagen nach einem Bühnenauftakt) Gruppen von 20 bis 40 Mitarbeitern zu einer fachlich fundierten Moderation in einen mit Rallye oder Erlebnis-Markt gestalteten Raum (Ereignisfeld) gesandt werden. Ein versierter Moderator präsentiert die Handlungsmöglichkeiten und Erwartungen in unterhaltsamer Form. Die Motive, Methoden und Instrumente zum Auffinden von Risiken werden vermittelt. Nachfolgende inhaltliche Struktur hat sich bewährt:

- Relevanz erzeugen: Was geht mich das an?
- Problem aufzeigen: Worüber reden wir eigentlich?
- Handlungsmotive transportieren: Warum ich?
- Belohnungen vor Augen führen: Was hab ich davon?
- Zielsetzungen definieren: Was kann ich/können wir erreichen?
- Lösungsansätze erläutern: Was kann ich denn tun?

Wirkungsvoll ist Infotainment, wenn auf der Basis von spürbaren Erlebnissen mit interaktiven Objekten, Stillen Botschaftern und/oder Erlebnis-Stationen nachvollzogen werden kann, worum es inhaltlich geht.

Erlebnis-Stationen

Wenn von einem Erlebnis-Markt die Rede ist, werden Erlebnis-Stationen benötigt, an denen eine thematische Auseinandersetzung erfolgen kann. Herkömmlich werden bei Aktionstagen Blutdruckmessen, Augen-

kontrollen, Brandschutzvorführungen, PSA-(Persönliche Schutzausrüstung)-Wirksamkeit und vieles mehr als aktive Elemente angeboten.

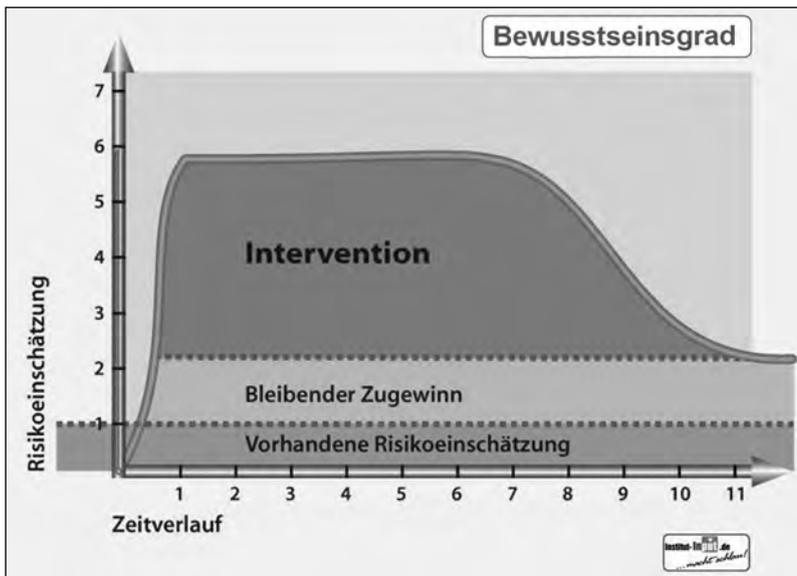
Durch eine entsprechende Betreuung und Moderation können die Inhalte effizienter vermittelt werden. Damit Informationen und Produkte offensiv angeboten werden, muss das betreuende Personal in der Darbietung der Inhalte ausgebildet und in die Organisation eingebunden werden.

7. Wirkung von Interventionen

Aus der Erfahrung einer Reihe betrieblicher Kampagnen ergibt sich der in Abbildung 3 dargestellte Kurvenverlauf.

Unterstellt man, dass jeder Mensch über eine virtuelle Skala verfügt, auf welcher er Gesundheitsgefahren einstuft und sein Verhalten darauf (häufig unreflektiert) einstellt, so ist diese Einschätzung von persönlichen Lebenserfahrungen geprägt. Wenn nicht aktuelle Geschehnisse (ein Bekannter ist soeben an Depressionen erkrankt) die Einschätzung überlagern, wird z.B. das Risiko »Stress« auf dieser Skala weit unten angesiedelt.

Abbildung 3: Bewusstseinsgrad nach Interventionen



Wird vor einer Maßnahme die Frage gestellt: »Für wie wahrscheinlich halten Sie es, ein Burnout zu erleiden?«, so ist bei diesem Thema mit einer niedrigen Antwortquote zu rechnen. Im Diagramm wurde die Quote willkürlich auf die Einheit 1 gesetzt. Gelingt es durch eine Maßnahme zur Bewusstseinsbildung, die Risikoeinschätzung auf dieser Skala beispielsweise um 5 Punkte nach oben zu heben, kann daraus sensibleres Verhalten unterstellt werden. Die Fläche unter der Kurve bildet ein Maß für die Qualität einer jeden Aktion.

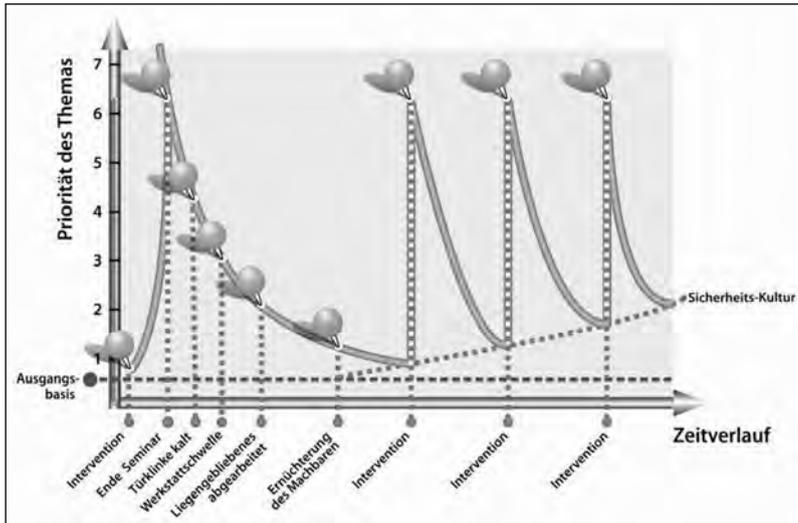
Die Risikoeinschätzung bestimmt das Vorsorgeverhalten! Mit einer erhöhten Wahrnehmung und Bedrohungsempfindung entsprechender Gefährdungen erhöht sich die Bereitschaft, Vorsorgemaßnahmen auszuführen. Mit einer erfolgreichen Maßnahme gelingt es, die erhöhte Einschätzung einer Krankheitsbedrohung möglichst lange aufrechtzuhalten. Die Dauer auf höchstem Niveau ist ein Maß dafür, wie intensiv die Kampagne von den Führungskräften angenommen worden ist bzw. wie gut das Feld einer Gesundheitskultur zuvor bereits bestellt war. Selbst bei der allerbesten Maßnahme sinkt die Bedrohungsempfindung auf jeden Fall wieder ab.

Das fatale Problem ist, dass diese Einschätzung umso eher wieder absinkt, je erfolgreicher die Maßnahme ist. Gesunkene Krankheitsquoten oder gar keine Krankheitsfälle – z.B. durch bessere Bewältigungsstrategien – beweisen täglich, dass keine Gefährdungen vorhanden sind. Jeder Versuch einer künstlichen Aufrechterhaltung wird abgelehnt und verspielt gar die Glaubwürdigkeit der Akteure.

Beruhigend wirkt aber die Tatsache, dass viele Indizien darauf hinweisen, dass es einen bleibenden Zugewinn gibt. Was in jedem Fall bleibende Wirkung hinterlässt, sind technische und organisatorische Veränderungen, wenn sie als Ergebnisse der Maßnahme umgesetzt wurden.

Da bei Krankheiten Ursache und Wirkung nicht immer zeitlich und inhaltlich kausal beobachtbar sind, wird sich eine erhöhte Sensibilisierung kurzfristig nicht in der Krankenstatistik nachweisen lassen. Der Erfolg eines Gesundheitstages kann bezogen auf eine kurzfristige Wirkung an einer erhöhten Bereitschaft, an Vorsorgemaßnahmen teilzunehmen, gemessen werden. Es bewahrt vor Enttäuschungen, wenn die Entscheidungsträger und Finanziere darauf vorbereitet sind.

Abbildung 4: Prozess einer Kulturentwicklung



8. Erwartungshorizonte

Kann nachgewiesen werden, dass sich die für einen Gesundheitstag eingesetzten Mittel in überschaubaren Zeiträumen amortisieren, ist jedes Unternehmen zu Investitionen bereit. Investitionen werden im Wesentlichen getätigt, um die Qualität des Produkts zu erhöhen oder um Kosten zu reduzieren.

Für die Entwicklung einer Gesundheitskultur werden Zeiträume benötigt, die häufig die Arbeitsphasen überschreiten, die ein Vorstand oder eine Geschäftsführung zu verantworten haben. Entscheidungsträger mit zeitbefristeten Verträgen brauchen kurzfristig statistische Erfolge, damit eine mittel- oder langfristige Entwicklung ermöglicht werden kann.

Die Entwicklung einer nachhaltigen Gesundheitskultur zeigt sich im Modell der Abbildung 4 durch die punktierte Linie in den Untergrenzen nach der Intervention. Ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess kann sich nur ergeben, wenn Einzelmaßnahmen ineinander verzahnt und aufbauend sind. Widersprüche durch unterschiedliche Philosophien oder Handlungsanleitungen führen zu Rückschlägen. Unterschiedlichste Zielgruppen müssen zeitgleich in ähnlicher Richtung entwickelt werden. Es begünstigt die gleichmäßige Entwicklung, wenn möglichst viele Handlungsfelder eines Unternehmens (Qualitätsbewusstsein, Risikomanage-

ment, Leitbild, Teamentwicklung, Leistungs- und Kostenbewusstsein usw.) aufeinander abgestimmt werden. Alle Interventionen müssen aus der Zufälligkeit genommen werden und verzahnt und vernetzt in eine Richtung weisen. Dennoch sind für die Entwicklung einer Gesundheitskultur größere Zeiträume erforderlich. Erfolgt der Prozess zufällig und unkoordiniert, werden die Zeiträume länger. Mit Rückschlägen muss gerechnet werden. Halbherzige Unternehmungen scheitern.

Wenn Gesundheitskultur als eine Teilmenge der Unternehmenskultur betrachtet wird, entstehen Auswirkungen auf das Gesamtsystem. »Kultur« zu entwickeln, ist prozesshaft und benötigt Zeit sowie Geduld in Tempo und Ausmaß. Weil aber erreichte Ziele nachhaltig und resistent gegen Führungswechsel, Restrukturierung, Fusionen usw. sind, lohnt es sich dennoch, die Reise zu einer nachhaltigen Gesundheitskultur anzutreten. Der Weg dahin muss gut durchdacht sein und kann nur schrittweise gegangen werden.

Gabi Joschko

Die »Gesundheitslounge«

Raum und Zeit schaffen für ein gesundheitsgerechtes Arbeiten

Die Idee ist einfach und bekannt, für ihre Umsetzung und Realisierung braucht es u.a.

- Mut ■ Überzeugungsfähigkeit ■ Absprachen ■ Raum und Zeit
- Werbung ■ Attraktivität ■ Erinnerung ■ Kompetenz ■ Begleitung ■ Ausdauer ...

Die Idee war, während des in diesem Band dokumentierten »Gesundheitsgipfels« – einer dreitägigen Fachtagung mit ca. 70 Teilnehmenden – auch »arbeitspezifische« Gesundheitsförderung zu integrieren. Es ging daher nicht vorrangig darum, die Erholungs- und Sportmöglichkeiten des Tagungsortes – z.B. Schwimmbad, Sauna, Spazierstrecke u.ä. – in den Vordergrund zu stellen und es den Teilnehmenden zu überlassen, wie sie diese nutzen. Es ging darum, Gesundheitsförderungs- und Regenerationsmöglichkeiten bereitzustellen, die

- zum Tagungsprogramm gehören
- während und zwischen den einzelnen Vorträgen und Workshops nutzbar sind,
- d.h. zeitlich, räumlich und inhaltlich für eine spontane Nutzung durch die Teilnehmenden zur Verfügung stehen.

Die Fragen, die sich stellten, waren:

- Wie schaffen wir einen passenden Raum im Tagungshotel dafür?
- Wie gewährleisten wir eine »Rundum-Betreuung«?
- Rechnen sich diese Zusatzkosten?
- Welche Methoden und Regenerationsmöglichkeiten eignen sich und sind vor Ort umsetzbar?
- Wie schaffen wir Akzeptanz dafür, dass Teilnehmende sich »rauszuziehen«?
- Wie ermutigen wir Teilnehmende dazu, sich »rauszuziehen«?
- Wie gehen wir damit um, wenn alle auf einmal kommen und zeitweise keiner kommt?

Um die Antworten vorwegzunehmen: Man braucht wieder all die eingangs genannten Voraussetzungen!

Die theoretische Begründung und Notwendigkeit, »intensive« Arbeitstage gesundheitsförderlich zu gestalten, um die Aufnahme- und Leistungsfähigkeit und damit die Gesundheit der Teilnehmenden zu erhalten, ist allen Beteiligten vertraut. Schließlich werden wir alle in unserer generellen Leistungsfähigkeit durch eine »innere Uhr« geleitet. Biopsychische Vorgänge sorgen dafür, dass wir zu unterschiedlichen Tageszeiten unterschiedlich leistungsfähig sind. Um die Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu stärken und zu fördern, benötigt der Körper den regelmäßigen Wechsel von Anspannung und Entspannung. Das bedeutet, wer im (Arbeits-)Alltag Höchstleistungen erreichen will, muss sich im Klaren sein, dass diese nur im Zusammenhang mit ausgleichenden und aktiv gestalteten Abwechslungen und Pausen zu haben sind.

Somit helfen »energieliefernde Gesundheitspausen«, konzentriert und kreativ zu bleiben und mit den eigenen Kräften effizient zu wirtschaften. Sie schützen vor frühzeitiger Ermüdung, Nervosität, Erschöpfung und wirken degenerativen Erkrankungen vor. Das gilt im Besonderen für (uns) Menschen »um die 50«. Denn das Älterwerden ist verbunden mit »typischen« körperlichen Veränderungen:

- eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke und Elastizität der Sehnen und Bänder
- verminderte physische funktionelle Kapazität und Kraft
- Seh- und Hörverminderung
- Hitze- und Kälte-Unverträglichkeit
- verminderte Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Entscheidungsfähigkeit
- Häufung von Lendenwirbelbeschwerden, erhöhtes Risiko zu fallen und auszurutschen, langsamere Rehabilitation
- geringere Erholungsdefizittoleranz (vgl. Spirduso 1995).

Daher ist für eine »gesunde« Leistungserbringung im Berufsalltag »um 50« wichtig:

- mehr Zeit
- mehr Licht
- weniger Lärm
- mehr Ruhe
- mehr Pausen
- mehr Individualität
- kein Qualifizierungsstress (Didaktik).

Die »Gesundheitslounge« bietet Teilnehmenden sowie Referentinnen und Referenten (!) während der gesamten Veranstaltung die Möglich-

keit zur individuellen Rekreation und Regeneration. Wichtig dabei ist die aktive und persönliche Beratung und Motivierung. Es braucht also dringend eine/n Gesundheitsberater/in, der/die in die Lounge »lockt« und dort in die unterschiedlichen Angebote einweist. Die Inhalte und Angebote müssen zudem so gestaltet werden, dass sie bereits nach kurzer Erklärung individuell zu nutzen sind, denn eine intensive Betreuung jedes einzelnen Lounge-Besuchers ist i.d.R. nicht möglich. Es eignen sich generell Methoden

- zur Entlastung des Rückens (z.B. »Umlagern«)
- zur Erholung für die Augen (z.B. Augenkissen)
- zur mentalen »Umschaltung« (z.B. Entspannungs-CDs)
- zur Durchblutungsanregung (z.B. Igelballmassage der Füße)
- zur Rückenkräftigung (z.B. Theraband)
- zur ganzkörperlichen Rekreation (z.B. Progressive Muskelentspannung als Hör-CD)
- zum »Aufwärmen« (z.B. Kirschkernkissen) etc.

Sehr wichtig dabei ist, dass sich die Lounge-Besucher und -Besucherinnen zurückziehen können, z.B. auch um einfach nur zu ruhen. Dem muss durch den räumlichen Aufbau der unterschiedlichen »Übungsstationen« Rechnung getragen werden, etwa indem man sie als abgeschirmte »Nischen« gestaltet. Hängen an diesen Nischen noch entsprechende Nutzungshinweise, ist die Grundlage gelegt für ein selbstständiges »Tun« der Besucherinnen und Besucher. Um diesem Tun eine große Chance zu geben, muss der zeitliche Rahmen – also die Öffnungszeiten der *Gesundheitslounge* – großzügig angelegt sein: Wir haben gute Erfahrungen mit einer Nutzungszeit von 7.00 bis 21.00 Uhr gemacht. Dies ermöglicht es, auch z.B. vor dem Frühstück oder nach dem Abendbrot aktiv zu sein, wobei die persönliche Betreuung sich auf Kernzeiten beschränkt, damit auch der/die Gesundheitsberater/in gesund arbeiten kann.

Literatur

Spiriduso, Waneen Wyrick (1995): Job performance of the older worker. In: ders. (Hrsg.), *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics, S. 367-387.

Guido Brombach

Wie digitale Medien helfen, Beteiligung zu organisieren

Zum 3. Gesundheitsgipfel im August 2010 wurde erstmals mit einem so genannten Live-Blog (<http://gipfel.betriebsratsqualifizierung.de>) experimentiert. Die Tagung sollte chronologisch dokumentiert und mit nur kurzer zeitlicher Verzögerung veröffentlicht werden. Es wurde dazu ein Blog genutzt, weil sich hier die veröffentlichten Artikel chronologisch anordnen. So ergab sich ein Informationsstrom, der von den Teilnehmenden wiederum für die eigene Wissensaneignung genutzt werden konnte. Vor allem die digitalen Medien eignen sich besonders gut dazu, die Informationsverarbeitung zu individualisieren, denn bekanntlich absorbiert jeder Mensch Informationen auf seine Weise. Neben der Bereitstellung aller Audiomitschnitte der Referentenvorträge sind eine Reihe an Mitschriften erstellt worden. Auch hier wurde mit unterschiedlichen Formen experimentiert. Neben der Aufbereitung in Textform konnten die Vorträge mal als Wortwolke, mal als Mindmap und mal als Linkliste rezipiert werden (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Wortwolke



Quelle: Eigene Darstellung

Außerdem wurden kleine Videobeiträge veröffentlicht, die die Atmosphäre während der Gruppenarbeitsphasen einfangen sollten. Die entstandene Dokumentation stellt sich also sehr vielseitig und detailliert dar.

Das Ziel war, die Grenzen zwischen off- und online Teilnehmenden verschwimmen zu lassen, aber auch neue, erweiterte Kommunikationsanlässe während der Tagung zu schaffen. Das Thema der Tagung »Führung und die vielfältigen Potenziale der Beschäftigten« sollte in Form einer Dokumentation praktisch aufgegriffen und den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt werden. Wer die vielfältigen Potenziale ausschöpfen will, der muss die Beschäftigten auch auf unterschiedliche, individualisierte Weise ansprechen und ihnen diverse Möglichkeiten geben, sich einzubringen. Nicht jedem liegt die Rezeption eines Textes, für andere ist das Anhören eines Podcasts zu langwierig und für wiederum andere ist die verkürzte grafische Darstellung eines Referats nicht aussagekräftig. Vor jedem partizipativen Prozess steht jedoch die Verständigung über den Inhalt und den Rahmen des Gegenstandes. In der Tagungsdokumentation sollte das durch die unterschiedlichen Darstellungen von vorgetragene Inhalten ermöglicht werden. Die Kommentarfunktion des Blogs ermöglichte wiederum, sich an der inhaltlichen Ausgestaltung des vorgetragene Themas mit der eigenen Stimme zu beteiligen. Die Teilnehmenden konnten aber auch selbst Inhalte in Form von eigenen Artikeln einbringen, so konnten die Lücken gefüllt werden, die durch die Referenten nicht abgedeckt werden konnten.

Die Volltextsuche durch die gesamte Tagung dient schließlich zur individuellen Ergebnissicherung. Gunther Dück, Chief Technology Officer bei IBM Deutschland, sagte in einem seiner Vorträge, »Wir müssen das können, was nicht im Internet steht.« Deshalb kann das Blog als dauerhaftes Archiv der Tagungsgedanken nur eine Hilfestellung sein, Partizipation erst möglich zu machen. Es muss jetzt von den Expertinnen und Experten im eigenen Betrieb umgesetzt werden (können). Das Wissen der Referenten muss operationalisiert werden in eine betriebliche Logik, die nur die Tagungsteilnehmenden selbst kennen.

Es wäre sicherlich interessant zu hören, welche Ideen oder Anstöße die Tagung geben konnte, um die eigene Arbeit im Betrieb zu bereichern. Aber jenseits aller Verbesserungen, die initiiert werden können, ist die Dokumentation der Tagung auch der Ort, der an die Tagung erinnert und die damit verbundene Motivation, etwas zu verändern. Partizipation wird häufig verwechselt mit der Entscheidungsfindung. Gemeint

ist aber einen Ort zu schaffen, an dem alle relevanten Ideen zur Lösung eines Problems oder zur Verbesserung eines betrieblichen Ablaufs zusammengetragen werden, damit die Entscheidungstragenden daraus eine akzeptable Lösung entwickeln können und sich zumindest aller relevanten Parameter bewusst waren. Partizipation ermöglicht so auch eine andere Bewertung von Entscheidungen der Führungskräfte, die diese auch vor dem Hintergrund von Hinweisen einzelner Verteidigen müssen.

Nur wenn Partizipation ernst gemeint und nicht nur ein pseudo-demokratisches Werkzeug ist, ist ein betriebskultureller Wandel möglich. Das Blog ermöglichte diese Offenheit durch diverse hier schon benannte Eingabemöglichkeiten. Partizipation bedeutet dabei aber auch, den Prozess weiterzubegleiten, die Kommentare ernst zu nehmen, zusammenzufassen und das Gespräch mit dem Einzelnen zu suchen. Spricht das Blog zuerst in das große Internet hinein, so ist die Kommentarfunktion bei aller Öffentlichkeit eine One-to-one-Kommunikation und erwartet damit auch direkte Antwort auf jede einzelne Anregung, von beiden Seiten. Partizipation ist also kein Prozess, der mit Vorschlägen und einer entsprechenden Bewertung der Entscheidungstragenden enden muss, sondern der weitergeführt werden kann. Für den Ungeübten ist dabei das Internet ein eher hinderliches Medium. Es soll also dazu ermutigt werden, die eingeforderte Beteiligung ernst zu nehmen und auch Wege jenseits des Blogs zu suchen, um auf die Gestaltung von Tagungen oder Workshops in diesem Bereich Einfluss zu nehmen.

| Beispiele aus der Praxis – für die Praxis

Rudolf Kast

Gesunde und erfolgreiche Führung bei der SICK AG

Die SICK AG und der Stellenwert von Gesundheit im Unternehmen

SICK ist einer der weltweit führenden Hersteller von Sensoren und Sensorlösungen für industrielle Anwendungen. Das 1946 von Dr. Ing. e.h. Erwin Sick gegründete Unternehmen mit Stammsitz in Waldkirch im Breisgau zählt zu den Technologie- und Marktführern und beschäftigt mehr als 5.000 Mitarbeiter. Mit 50 Tochtergesellschaften und Beteiligungen in 30 Ländern sowie vielen spezialisierten Fachvertretungen ist SICK rund um den Globus präsent. Im Geschäftsjahr 2010 erzielte der SICK-Konzern einen Umsatz in Höhe von 748,9 Mio. Euro.

SICK hat vor drei Jahren die Luxemburger Deklaration zur Gesundheitsförderung unterschrieben. Zu diesen Grundsätzen zählen:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor.
- Eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen.
- Die Verankerung von Gesundheitszielen insbesondere in der Personalpolitik, aber auch in allen anderen Unternehmensbereichen (Integration).
- Ein hoher Grad an Einbeziehung der Beschäftigten in Fragen der Gesundheit (Partizipation).

Im betrieblichen Alltag kommt es aber darauf an, diese hehren Grundsätze mit Leben zu erfüllen und zu überprüfen, ob alle Strategien und Maßnahmen auch bei den Beschäftigten ankommen. Im Wettbewerb *Deutschlands Beste Arbeitgeber* nach dem »Great Place To Work-Modell«¹ hat die SICK AG sowohl von der Jury als auch in der Mitarbeiterbefragung von ihren Beschäftigten bestätigt bekommen, dass das Gesundheitsmanagement im Unternehmen gut aufgestellt ist.

¹ Vgl. www.greatplacetowork.de/great/modell.php; Zugriff 17.6.2011.

Die Vergabe des Sonderpreises *Gesundheit* im Rahmen der Great Place to Work® Studie würdigt Unternehmen, die umfassende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie zur Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation ihrer Mitarbeiter anbieten. In diesem Zusammenhang zielt der Preis nicht nur auf Maßnahmen in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Vorsorge, Beratung und Angebote zur Erhaltung der körperlichen Fitness, sondern auf die Förderung gesunder Arbeitsbedingungen (physisch und psychisch) insgesamt.

Die Jury hat das gesundheitliche Angebot untersucht und dabei die folgenden Leistungen des Unternehmens besonders herausgehoben:

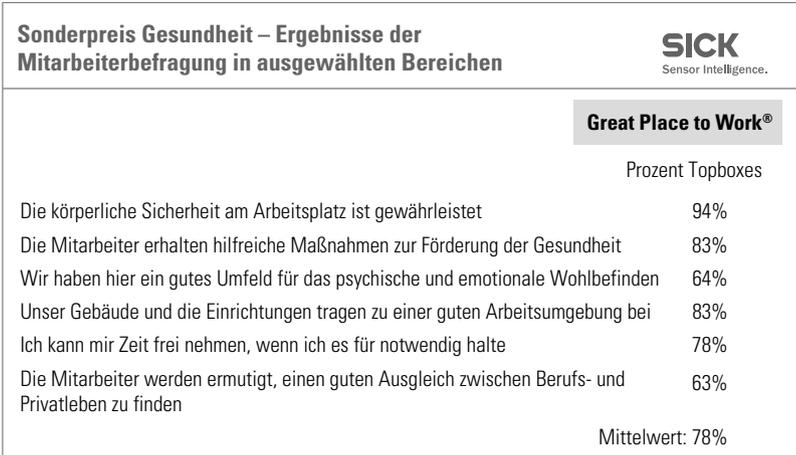
- Angebote zahlreicher betriebsärztlicher Dienste
- Austausch mit Best Practice-Unternehmen
- Durchführung von bereichs- und abteilungsbezogenen Gesundheitsförderungen
- Systematische Arbeit an der Erschließung von Gesundheitspotenzialen im Unternehmen
- Gutes Ernährungskonzept (Ernährungsberatung, Bereitstellung gesunder Mahlzeiten, Fettpunkteprogramm, Ernährungs-Screening und Cardio-Neuro-Screening etc.)
- Durchführung von Gesundheitstagen
- Arbeitskreis Sport zur Unterstützung von gemeinsamen Aktivitäten in der Freizeit und der Förderung von Gesundheit, Fitness und Spaß
- Projekt »LEGESA: Lebenslang gesund arbeiten«
- Unterzeichnung der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)
- Bekenntnis zu festgelegten Zielen und Grundsätzen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und Partizipation im Europäischen Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung

Das Votum der Jury aufgrund der vorgelegten Konzepte und Broschüren wäre indes ohne Resultat, würden nicht die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Bewertung durch ihre Zustimmungsquoten zu einzelnen Items der Befragung bestätigen (siehe Abbildung 1).

Das Gesundheitsmanagement der SICK AG ist ganzheitlich aufgebaut, Elemente der klassischen Gesundheitsbetreuung werden ergänzt durch Personalführung, soziale Aktivitäten, flexible Arbeitszeitgestaltung etc. (siehe Abbildung 2).

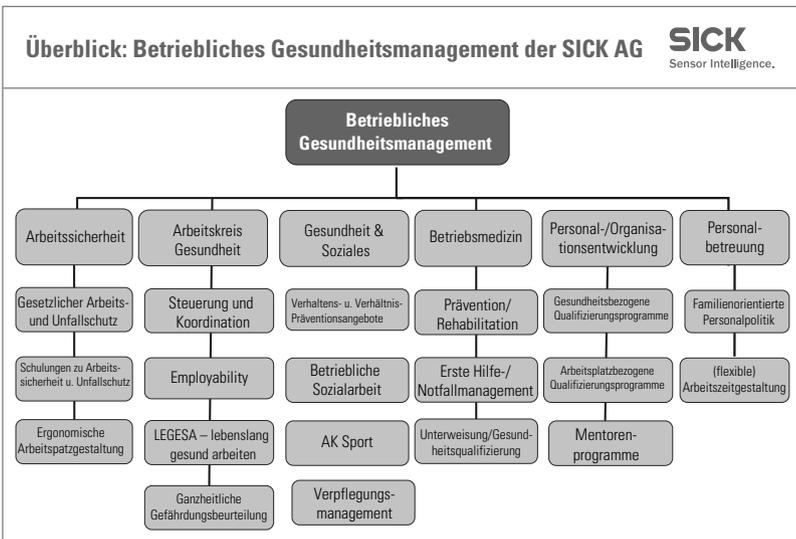
Eine eminent wichtige Rolle nimmt der Arbeitskreis Gesundheit ein. Hier treffen sich einmal monatlich Vertreter der Personalabteilung und des Betriebsrates mit der Betriebsärztin, dem Schwerbehinderten-

Abbildung 1: Sonderpreis Gesundheit



Quelle: Rudolf Kast (Abbildung 1-7)

Abbildung 2: Das betriebliche Gesundheitsmanagement der SICK AG (BGM)



vertreter, der Fachkraft für Arbeitssicherheit, dem Umweltbeauftragten und Führungskräften sowie Mitarbeitern aus dem Unternehmen. Themenfelder sind zum Beispiel die Jahresplanung der Gesundheitsmaßnahmen, weitere Unternehmensbereiche, in denen die ganzheitliche Gefährdungsbewertung durchgeführt werden soll, die jährliche Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen sowie Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit. Mit der breiten Beteiligung wird eine repräsentative Durchmischung der einzelnen Organisationsbereiche im Unternehmen erreicht und dementsprechend auch eine akzeptierte Basis für die dann umzusetzenden Programme geschaffen.

Bereits im Jahr 2000 haben wir im Unternehmen die Abteilung Gesundheit und Soziales eingerichtet. Neben der Verantwortung für das Betriebsrestaurant, das operativ von einem Cateringunternehmen geführt wird, kümmern sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hier um alle Sozialflächen an den deutschen Standorten. Erreicht wird somit ein einheitlicher Standard in der Ausgestaltung aller Kaffee- und Teeküchen, der Ruhe- und Pausenräume, der Duschen für die Sportler und der Umkleidekabinen. Ferner werden abteilungsbezogene Gesundheitsaktionen geplant und organisiert, das betriebliche Wiedereingliederungsmanagement verantwortet oder Sonderaktionen wie eine Pandemieplanung durchgeführt. Wichtig nicht nur für die Prävention, sondern auch für die Förderung der innerbetrieblichen Netzwerke ist der Arbeitskreis Sport, der auch von dieser Abteilung betreut wird. 17 Sportgruppen stehen den Mitarbeitern zur Verfügung, von Badminton, Nordic Walking über Volleyball bis hin zu Thai Chi. Neue Kolleginnen und Kollegen im Unternehmen haben hier die Chance, langjährig Beschäftigte kennenzulernen. Neben dem im Vordergrund stehenden präventiven Gesundheitszweck ist dies für den Arbeitgeber ein wertvolles kostengünstiges Integrationsprogramm ins Unternehmen.

In den Jahren 2008/09 hat sich SICK darüber hinaus am Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) »LEGESA« beteiligt. LEGESA steht für *Lebenslang Gesund Arbeiten* und schließt die Lücke zur demografischen Betrachtungsweise betrieblicher Personalpolitik in der SICK AG. Im Rahmen dieser Zielsetzung wurden vier Themenfelder bearbeitet:

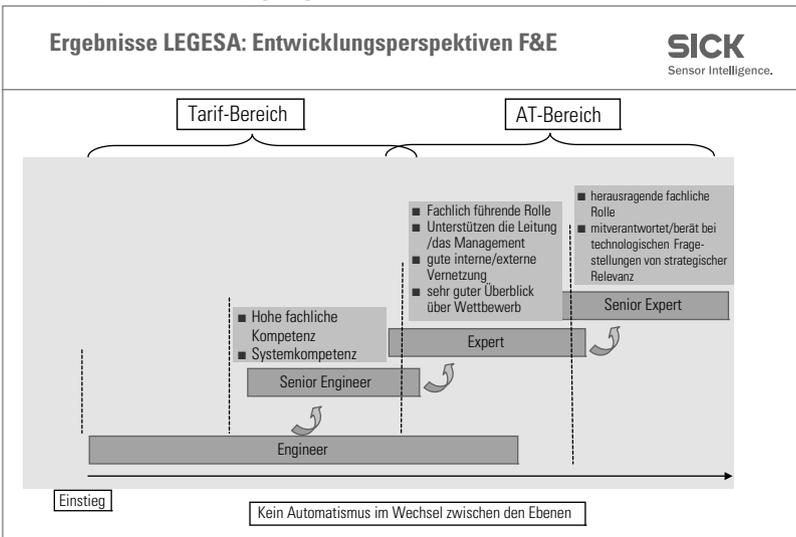
- 1) Altersgerechte Entwicklungswege
- 2) Altersgemischte Teams
- 3) Ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung

4) Alter(n)sgerechte Schichtarbeit

Das Themenfeld *Altersgerechte Entwicklungswege* zielt auf eine Erweiterung der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten im Sinne eines vertikalen Karrierepfades ab. Entwicklungsingenieure geraten nach einer gewissen Betriebszugehörigkeit an die Peripherie des Innovationsprozesses, weil es an motivierenden Entwicklungswegen fehlt. Mit Ausnahme von wenigen Führungspositionen gibt es jedoch keine Angebote, die eine entsprechende Wertschätzung vermitteln. Eine Erweiterung beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten in vertikale Bereiche bedeutet neben dem Aspekt der Wertschätzung gleichzeitig eine Flexibilisierung der Arbeitskarriere und bietet einen wichtigen Beitrag zum gesunden Altern durch abwechslungsreiche Berufsverläufe.

Es hat sich gezeigt, dass der Bedarf an der Fachlaufbahn besteht. Trends haben sich bestätigt bzw. wurden bestärkt: Projektleiter oder Teamleiter sind keine wirkliche Alternative zur Führungskarriere, da der Wunsch dieser befragten Mitarbeiter sehr stark in die Richtung geht, sich langfristig etwas aus der unmittelbaren Projektarbeit zurückzuziehen, dafür jedoch im Rahmen von fachübergreifenden Tätigkeiten und neuen Technologiefeldern ihre fachlichen Erfahrungen nutzen zu können (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Entwicklungsperspektive der Fachlaufbahn bei der SICK AG



Im Themenfeld *Chancen und Herausforderungen der Altersdiversität* stellt sich eine ganz andere Ausgangssituation dar. Altersgemischte Arbeitsgruppen als Form der Kooperation werden durch den demografischen Wandel in Zukunft immer häufiger werden. Wie in vielen Unternehmen, gibt es auch bei der SICK AG bereits eine Vielzahl an altersgemischten Teams im Unternehmen. Ihre Zusammensetzung entsteht jedoch bisher mehr aus Zufall denn als Resultat personalpolitischer Intervention (Krüger 2006). Die Brisanz für ein Demografieprojekt wie LEGESA liegt dabei vor allem bei dem Aspekt des Wissenstransfers und einer möglichen Variation des Belastungsgeschehens unterschiedlicher Altersgruppen.

Für die SICK AG steht in der Personalpolitik nicht das Alter, sondern vielmehr die Frage des Lebenslaufs und damit der Mensch und seine individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen im Vordergrund. Angesichts der zunehmenden Alterung der Belegschaft bedarf diese Betrachtungsweise jedoch der Ergänzung um die Vorteile einer Altersmischung. Ausgehend von einer umfassenden Altersstrukturanalyse und anhand qualitativer Interviews von Mitgliedern altersdiverser Arbeitsgruppen wurden Chancen und Herausforderungen dieser Kooperationsform rekonstruiert. Dies bildet die Basis für die Handlungsempfehlungen zu Chancen und Bedingungen produktiver Altersmischung bestehender und neu geschaffener Arbeitsgruppen bei der SICK AG.

Aufbauend auf dieser deskriptiven Analyse geben qualitative Interviews tiefere Einblicke in die Begründungszusammenhänge und die Bedeutung des Faktors »Alter« im Hause der SICK AG. Interessanterweise zeigen altersgemischte Arbeitsgruppen aus der Perspektive der Befragten ein salutogenes Potenzial. Das außergewöhnlich gute Generationenverhältnis im Unternehmen lässt sich sicherlich nicht zuletzt auf eine wertschätzende, altersindifferente Unternehmenskultur zurückführen. Ergebnis der Interviewreihe ist ebenfalls, das kalendarische Alter durch den Begriff der Betriebszugehörigkeit zu ersetzen: Nicht das kalendarische Alter, sondern vielmehr die Dauer der Zugehörigkeit zum Unternehmen wird bei der Altersmischung von den Mitarbeitern als relevant erachtet. Es sind vor allem Wissens- und Erfahrungsunterschiede in altersgemischten Gruppen, die als bedeutungsvoll wahrgenommen werden. Darüber hinaus haben sich Bedingungsfaktoren herauskristallisiert: Um die Chancen der Altersdiversität zu nutzen, müssen altersgemischte Gruppen von Seiten der Mitarbeiter und der Führungskräfte gepflegt werden (= Kulturaufgabe) und von Unter-

nehmensseite bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein (zum Beispiel das Vorhandensein von Zeitressourcen für den Generationenaustausch etc.) (Anton 2009).

Im Projektverlauf ist die Idee entstanden, diesen Bewusstseinsprozess zu Aspekten der Altersmischung mit einer Broschüre für Mitarbeiter und Führungskräfte zum Thema Altersgemischte Teams zu unterstützen. Diese soll für die Synergieeffekte der Altersmischung sensibilisieren und den Dialog zum Thema fördern.

Das Themenfeld *Alterssensitive Ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung (GGB)* setzt an einem Projekt an, welches bereits seit Jahren im Unternehmen weiterentwickelt wird mit dem Ziel, ein für die Bedürfnisse der SICK AG zugeschnittenes Analysetool zur Erfassung der ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung zu entwickeln.

Im Rahmen des Forschungsprojektes LEGESA liegt die Aufgabe dieses Themenfeldes darin, die GGB mit der demografischen Brille zu betrachten und entsprechend um alterssensitive Elemente zu erweitern. In ergänzender Funktion soll im künftig verwendeten Fragebogen die Alters- und Altersfrage Aufnahme in die Architektur der Gefährdungsbeurteilung finden. Damit sind die Berücksichtigung der Belastungsbiografie (Fokus Vergangenheit) und die Belastungskarriere (Fokus Zukunft) fester Bestandteil künftiger Pilotbereiche der ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung im Unternehmen. So liefert das erweiterte Instrument detaillierte Aussagen zum Umgang mit älteren Mitarbeitern, der Eignung des derzeitigen Arbeitsplatzes für Ältere, den persönlichen Entwicklungschancen sowie der intergenerationellen Zusammenarbeit.

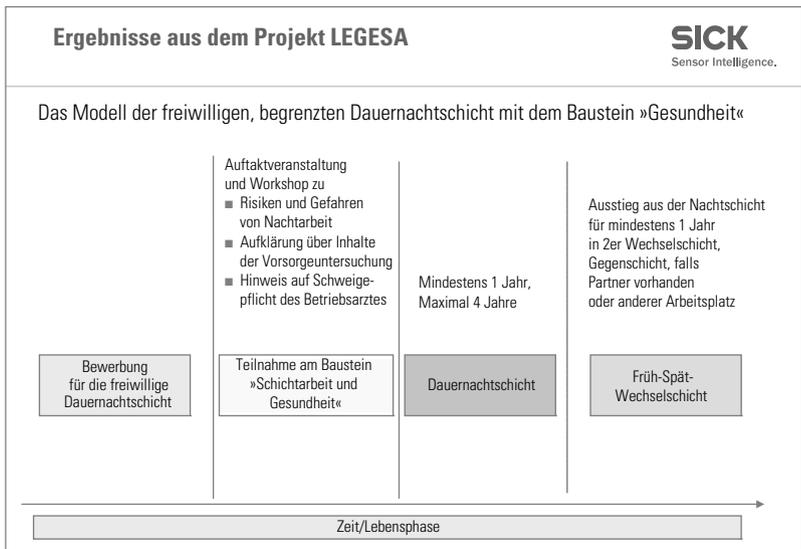
Beim Themenfeld *Alternsgerechte Schichtarbeit* handelt es sich um eine Aktivitätenmatrix, die die Ausgangsfrage stellt: Was müssen wir heute bei der Schichtarbeit beachten, um langfristige Beschäftigungsfähigkeit zu gewährleisten? Ziel dieses Themenfelds ist es, die Möglichkeiten der »Humanisierung« der Schichtarbeit für Ältere herauszuarbeiten und ein gesundheitsgerechtes Schichtarbeitsmodell zu entwickeln, das für alle Altersgruppen gangbar ist. Dabei ist die Ermöglichung des Ausstiegs eine Facette. Im Mittelpunkt jedoch steht die Diskussion der »Lebensphasenorientierung« und nicht die des Ausstiegs. Ein zukünftiges Modell zur Schichtarbeit soll darüber hinaus der Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dienen und diesen eine bessere Planbarkeit ermöglichen, zum Beispiel im Fall einer Notwendigkeit der Pflege von Angehörigen (Work-Life-Balance). Schließlich soll ein neues Modell auch den zunehmenden

Erfordernissen der Flexibilisierung und damit dem Erhalt der Wirtschaftlichkeit Rechnung tragen.

Neben einer Bestandsaufnahme existierender Schichtsysteme im Unternehmen wie auch andernorts praktizierter innovativ anmutender Schichtmodelle wird deutlich, dass der Schlüssel bei der Entwicklung eines neuen Schichtmodells in der Lebensphasenorientierung liegt. Als weiterer zentraler Punkt vorhandener Schichtmodelle im Unternehmen zeigt sich der Konflikt zwischen Maschinenlaufzeiten und monetären Anreizen der Nachtschicht auf der einen Seite und der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf der anderen Seite. Viele Mitarbeiter berechnen die Nachtschichtzuschläge in ihrer Lebensplanung mit ein. Bestandsaufnahmen und Gruppeninterviews mit Mitarbeitern aus allen Schichtbereichen haben schließlich zum Modell der »freiwilligen und begrenzten Dauernachtschicht« geführt. Auf den ersten Blick mag es paradox anmuten, dieses Modell an der einen oder anderen Stelle gegen arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse – wie beispielsweise denen von Beermann (2005) – als Ergebnis gesundheitsverträglicher Schichtsysteme zu nennen. Bei näherer Betrachtung wird deutlich, dass das Modell große Vorteile mit sich bringt. Müssen sich nach dem »alten« Modell relativ viele Mitarbeiter immer wieder auf eine Phase der Nachtarbeit einstellen und den biologisch, sozial und psychisch komplizierten Wechsel im Drei-Schicht-Betrieb über die gesamte Berufsbiografie hinweg bewältigen, so können sich mit dem neuen Modell einzelne Mitarbeiter für eine festgelegte Zeitperiode zur Nachtschicht entscheiden (siehe Abbildung 4).

Vor allem für ältere Mitarbeiter, die die Nachtschicht als Belastung empfinden, stellt dieses Modell eine Entlastung dar. Es impliziert darüber hinaus, dass Mitarbeiter die Nachtschichtzuschläge nur noch für begrenzte Zeit in ihre Planung integrieren können. Damit bewegt man sich weg vom gefährlichen Grundsatz »Geld gegen Gesundheit«. Zudem ist das neue Modell an einen Baustein zur Sensibilisierung der eigenen Gesundheit gekoppelt. Ein interaktiver Baustein zu Risiken und Gefahren der Nachtarbeit und Präventionsmöglichkeiten ergänzt die klassischen Vorsorgeuntersuchungen. Insgesamt erhöht sich durch das neue Modell der freiwilligen und begrenzten Dauernachtschicht die Planbarkeit sowohl für die Mitarbeiter als auch für das Unternehmen und bietet gleichzeitig die Möglichkeit des Ausstiegs aus der Nachtarbeit.

Abbildung 4: Modell der freiwilligen und begrenzten Dauernachtschicht bei der SICK AG



Die Ergebnisse aus dem Projekt LEGESA – ein (Zwischen-)Fazit

Zurückblickend sind durch das Projekt LEGESA auf die ausgewählten Themen bezogen unterschiedliche Leistungen erbracht worden: Beim Themenfeld Fachlaufbahn beispielsweise hat das Projekt maßgeblich dazu beigetragen, dass in den Köpfen der Akteure schon lange gehegte Vorhaben zu vervollständigen und in die Tat umzusetzen sind. Ursprünglich hatte die Idee dieser neuen Entwicklungsmöglichkeit ihren Anfang im Zusammenhang mit dem Bereich Forschung und Entwicklung, jedoch haben sich bereits im Bearbeitungsstatus unterschiedliche andere Bereiche für das Konzept interessiert und sind dabei, in die Umsetzung zu gehen. Die ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung als Werkzeug wird künftig um den demografischen Blickwinkel erweitert durchgeführt werden. Beim Themenfeld altern(s)gerechte Schichtarbeit wurden völlig neue Wege gegangen: Es wurde ein Konzept entwickelt, welches sich punktuell über wissenschaftliche Erkenntnisse zur Konstruktion von Schichtmodellen bzw. Schichtarbeit hinwegsetzt. Dies geschieht jedoch zugunsten einer »maßgeschneiderten« Lösung, die sich sehr eng an den Bedürfnissen der Mitarbeiter vor Ort orientiert. Die

Untersuchungen im Themenfeld Chancen und Risiken der Altersdiversität zeigen, dass die Altersmischung im Unternehmen geschätzt wird und die Chancen durch das Kreieren von günstigen Voraussetzungen noch optimiert werden können, um damit beispielsweise Synergieeffekte zum Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den Generationen der Betriebszugehörigkeit zu erzeugen.

Die Bearbeitung der Projektthemen hat ganz beiläufig noch einen zusätzlichen Effekt erzielt, der nicht unerheblich erscheint: Sich im Rahmen des Forschungsprojektes mit dem Thema Demografie auseinanderzusetzen, hat nicht nur das offenkundige Ziel, in den beschriebenen Themenfeldern konkrete Produkte in Form von Handlungsempfehlungen, Konzepten, Modellen etc. zu entwickeln. Die Beteiligung an diesem Projekt impliziert gleichermaßen eine Kulturaufgabe, die Auseinandersetzung mit den Herausforderungen des demografischen Wandels in das Unternehmen zu tragen und so zur Sensibilisierung beizutragen. Auch dies ist als Anschubleistung eines Bewusstseinsprozesses zu bewerten.

Insgesamt fördert LEGESA die Unterstützung von Umdenkprozessen und schafft Bewusstsein für zukünftige Herausforderungen wie beispielsweise eine veränderte Rolle des klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Reindl 2009b). Es geht nicht um Prävention *für* die Mitarbeiter, sondern vielmehr um Prävention *mit* den Mitarbeitern. Damit geht eine Fokusänderung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement einher: Im Mittelpunkt steht nicht die Risikovermeidung, sondern die Ressourcenstärkung. Mit diesem salutogenen Ansatz soll einem veränderten Belastungsspektrum moderner Arbeitswelt Rechnung getragen werden. Innovative Präventionsansätze brauchen demzufolge ein erweitertes Setting an Akteuren als Ergänzung für die traditionellen Akteure im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Schließlich ist der Titel des Projektes »Lebenslang gesund Arbeiten« gleichsam als Ziel zu verstehen, welches in Form einer interdisziplinären Aufgabe als Organisationsentwicklungsprozess zu begreifen ist. Um das Ziel von LEGESA nachhaltig zu verfolgen, muss sich Gesundheitspolitik in der täglichen Arbeits- und Personalpolitik wiederfinden.

Abbildung 5: Die Grundsätze der Führung und Zusammenarbeit der SICK AG

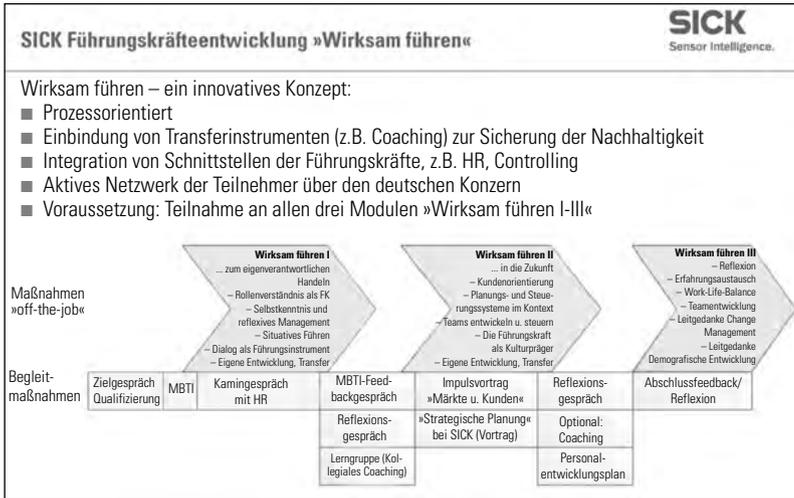
Überarbeitung – Vorstellung der neuen Grundsätze –	SICK <small>Sensor Intelligence.</small>
<p>Leading oneself: respect counts Sich selbst führen: Respekt zählt</p>	
<p>We are exemplary in how we work together. Wir arbeiten vorbildlich zusammen.</p>	
<p>We trust each other and we are optimistic. Wir vertrauen einander und sind optimistisch.</p>	
<p>We bring SICK culture to life in our international environment. Wir leben die SICK-Kultur im internationalen Umfeld.</p>	

Personalentwicklung und Führung

Was ist eigentlich Führung? Ohne auf die unzähligen und unterschiedlichen Theorien mit einschlägigen Definitionen eingehen zu wollen, ist nach dem Selbstverständnis des Unternehmens Führung die Verpflichtung des Managements, die Rahmenbedingungen so zu setzen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gute Leistungen erbringen können und wollen. In diesem Kontext hat die SICK AG 2007/2008 in einem weltweiten Organisationsentwicklungsprozess die seinerzeit 14 Jahre alten Grundsätze zur Führung und Zusammenarbeit modernisiert und auch internationaler ausgestaltet. Diese bestehen aus den drei in der Abbildung 5 aufgeführten Kernprinzipien.

Durch die Einbeziehung der Führungskräfte und Mitarbeiter weltweit mittels Installation eines Botschaftersystems sind diese Grundsätze die Basis für ein weltweit gültiges Führungshandeln und bilden den gültigen und verbindlichen Rahmen für alle Mitarbeiter und Führungskräfte. So ist formuliert, »dass wir vorbildlich zusammenarbeiten«, so dass auf Worte Taten folgen »und wir Verantwortung für unsere Entscheidungen übernehmen«. In der Förderung der individuellen Entwicklung lebt SICK von den Erfahrungen und dem Wissen aller Mitarbeiter. Die Kompetenz

Abbildung 6: SICK Führungskräfteentwicklung »Wirksam führen«



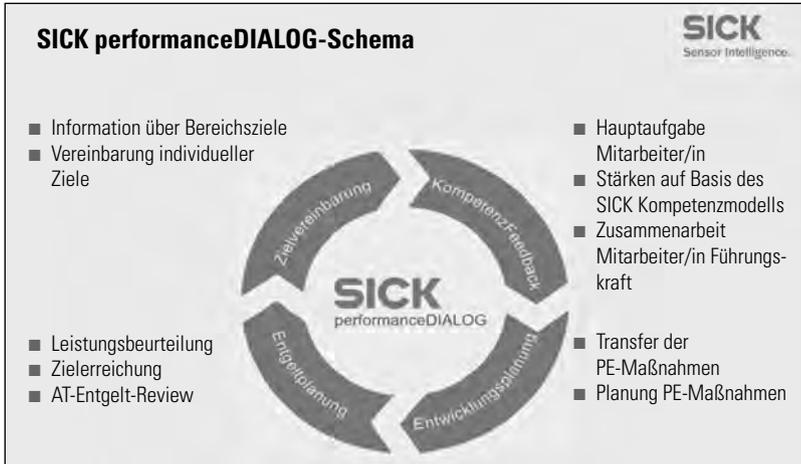
jedes einzelnen ist ein wichtiger Beitrag zur Kompetenz, die SICK auf dem Markt darstellt, und darauf wird vertraut. Ferner heißt es wörtlich – und das findet man nicht oft in Grundsätzen dieser Art:

»Wir treffen im Rahmen der uns übertragenen Befugnisse klare und nachvollziehbare Entscheidungen, die von allen verbindlich eingehalten werden. Wenn die Situation es erfordert, sagen wir Ja oder *Nein* und akzeptieren daher auch ein begründetes *Nein* anderer.« (Grundsätze, Führung und Zusammenarbeit, SICK AG)

Die Einführung und Pflege solch anspruchsvoller Leitlinien zur Führung und Zusammenarbeit bedarf natürlich entsprechender Schulung und Umsetzung in den Alltag. Für die Schulung ist das Seminar »Wirksam Führen« insbesondere für Nachwuchsführungskräfte implementiert worden (siehe Abbildung 6).

Für die Wirksamkeit im Alltag ist der Performance Dialog (Mitarbeitergespräch) wichtig, der einmal im Jahr durchgeführt wird, und dabei ist verpflichtend auch vorgesehen, dass Führungskraft und Mitarbeiter über ihre Zusammenarbeit sprechen (siehe Abbildung 7).

Diese Führungsmechanismen sind wichtig für den Anspruch des Managements, gesunde Führung auch mit Leben zu erfüllen. Natürlich wenden Führungskräfte diese Grundregeln unterschiedlich an, was aufgrund der Verschiedenheit von Persönlichkeitsstrukturen auch nor-

Abbildung 7: PerformanceDIALOG bei der SICK AG

mal ist. Aber der Rahmen ist gesetzt und an den müssen sich alle halten – weitere Verbesserungen nicht ausgeschlossen.

Literatur

- Anton, S. (2009): Altersdiversität als Chance und als Risiko aus kognitionspsychologischer Perspektive. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit. Universität Freiburg.
- Beermann, B. (2005): Leitfaden zur Einführung und Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit (9. Auflage). Hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund.
- Krüger, D. (2006): Veränderungsprozesse in der Arbeits- und Personalpolitik vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung. Handlungsansätze für die betriebliche Praxis. Kassel: Universitätspresse, Dissertation.
- Reindl, J. (2009): Neue Aufgaben für Multiplikatoren. Die Mobilisierung der Laienkompetenz. In: L. Hennig/A. Richter/F. Hees (Hrsg.), Tagungsband zur Jahrestagung 2008 des BMBF-Förderschwerpunktes. Aachen, Wissenschaftsverlag Mainz, S. 167-173.

Egmont Baumann

Betriebliches Gesundheitsmanagement – Wie geht man es an?

»Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement verstehen wir die nachhaltige Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben.« (Badura 2010: 35)

Die im Eingangszitat beschriebene interdisziplinäre Betrachtungsweise umfasst die Summe aller Aktivitäten, die zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) gehören, angefangen von arbeits-sicherheitstechnischen Perspektiven bis hin zur am Individuum orientierten medizinischen Betrachtungsweise. BGM ist insoweit als Überbegriff zu verstehen!

Viele Unternehmen der freien Wirtschaft sehen Gesundheitsmanagement als nachhaltige Investition in die Belegschaft, die Arbeitszufriedenheit und Motivation der Beschäftigten erhält, Qualität und Produktivität steigert und so den Beschäftigten und dem Unternehmen gleichermaßen nutzt.¹

Obwohl der öffentliche Dienst oft mit zeitlicher Verzögerung auf veränderte wirtschaftliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen reagiert, hat sich mittlerweile auch hier die Erkenntnis durchgesetzt, dass Gesundheitsmanagement ein absolut notwendiger Bestandteil einer modernen Organisations- und Personalentwicklung ist.²

¹ Vgl. www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/ziele-des-netzwerks.html; Zugriff am 4.2.2011.

² Vgl. www.dnbgf.de/forum-oeffentlicher-dienst.html; Zugriff am 4.2.2011.

Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft

Mit dem demografischen Wandel und den aus Finanznöten erforderlichen permanenten Umstrukturierungsprozessen steht der öffentliche Sektor vor großen Herausforderungen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Gesundheit der Belegschaften haben.

Die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland wird immer älter. Von dieser gesamtgesellschaftlichen Entwicklung bleibt auch der öffentliche Dienst nicht verschont. So liegt mittlerweile das Durchschnittsalter der Beschäftigten vieler öffentlicher Verwaltungen bei über 50 Jahren – Tendenz steigend! Eine Entspannung dieser Entwicklung durch vermehrte Einstellung jüngerer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist in Anbetracht des oftmals als Konsolidierungsmaßnahme verhängten Einstellungsstopps in der Regel kurzfristig nicht zu erwarten. Es kommt deshalb in der Zukunft wegen des steigenden Durchschnittsalters und in Anbetracht der Erhöhung der Lebensarbeitszeit (»Rente mit 67«) mehr denn je darauf an, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten und zu stärken. Die demografische Entwicklung führt außerdem dazu, dass das Potenzial an jüngeren Arbeitskräften deutlich sinken wird. Deshalb werden die Unternehmen auf Dauer keine andere Wahl haben, als verstärkt dafür zu sorgen, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesünder älter werden.

Öffentliche Verwaltungen sind seit Jahrzehnten Veränderungsprozessen unterworfen, die für Beschäftigte und Führungskräfte eine gleichermaßen große Herausforderung darstellen. Die Häufigkeit der Restrukturierungen hat ein solches Ausmaß erreicht, dass viele Beschäftigte mit einem beinahe ständigen Wandel ihres Arbeitsplatzes konfrontiert sind. Oftmals wird bei diesen Umstrukturierungen auch Personal abgebaut. Das bedeutet, dass in Zukunft wahrscheinlich weniger Personal den steigenden Herausforderungen einer sich ständig verändernden, immer komplexer werdenden Arbeitswelt gegenübersteht. All das ist nur mit einem vermehrten »sich kümmern« der Unternehmen um Gesundheit, Motivation und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten zu bewältigen. An dieser Stelle setzt das Gesundheitsmanagement an.³

³ Vgl. Kieselbach et al. 2009 und NAGU – Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen – Teilprojekt Betriebliches Gesundheitsmanagement als Instrument zur Begleitung kommunaler Veränderungsprozesse – www.nagu-projekt.de.

Gesundheitsmanagement – Was bringt's?

Müssen wir das machen oder ist das nur ein »nice to have«? Gerade in Zeiten »knapper Kassen« werden alle Aufgaben bezüglich ihres finanziellen Nutzens hinterfragt. Ganz anders als zu Beginn des BGM gibt es mittlerweile eine Reihe von wissenschaftlichen Studien, die belegen, dass ein strukturiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement sich »rechnet«.

So spricht z.B. eine Studie des BKK Bundesverbandes von einem »Return on Investment« von 1 : 2,5 bis zu 1 : 10,1 bei den Krankheitskosten, das heißt, für jeden in das Betriebliche Gesundheitsmanagement investierten Euro können bis zu 10 Euro an das Unternehmen zurückfließen. Eine Tatsache, die offensichtlich bei Entscheidern und Controllern im öffentlichen Dienst zu wenig bekannt ist (vgl. IGA Report 13).

Gesundheitsmanagement – Wie geht das?

Beschäftigt man sich mit der Einführung des BGM in Betrieben des öffentlichen Dienstes, so gibt es notwendigerweise wegen der Größen- und Strukturunterschiede der Betriebe unterschiedliche Herangehensweisen.

Ein paar Grundprinzipien, deren Einhaltung den Erfolg dieser Strategie garantiert, sollen hier kurz dargestellt werden.

1. Die Unternehmensleitung/oberste Führungsebene muss dahinter stehen

Das Topmanagement muss glaubhaft hinter der Gesundheitsmanagementstrategie stehen und das innerbetrieblich und nach außen immer wieder bestätigen. Inwieweit das Unternehmen es damit ernst meint, sieht man in der Regel an der Bereitstellung von Personal- und Sachressourcen für diese Aufgabe.

2. BGM braucht klare überprüfbare inhaltliche Zielsetzungen

Diese Ziele werden am besten nach einem innerbetrieblichen Konsensfindungsprozess zwischen Personalrat, Unternehmensleitung, Belegschaft und innerbetrieblichen Experten in einer Dienstvereinbarung festgelegt (vgl. dazu z.B. Gemeinsame Initiative zur Förderung des Gesundheitsmanagements in der Bundesverwaltung vom Dezember 2009).

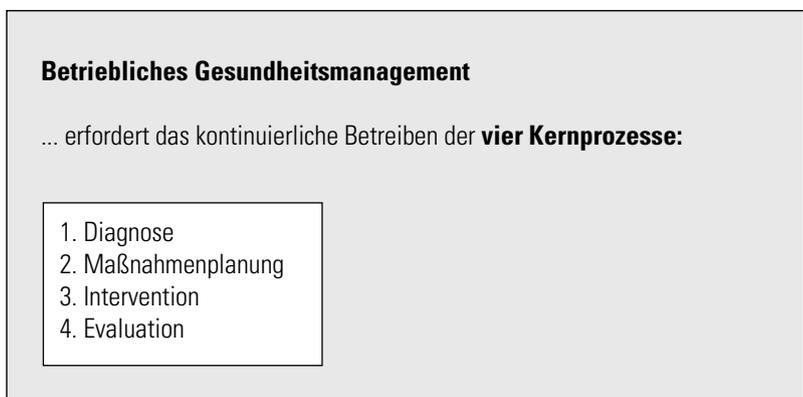
3. Mitarbeiter beteiligen – Kernprozesse durchführen

Im BGM steht Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten im Mittelpunkt, dies setzt eine aktive Rolle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraus. (BGM ist keine Expertenstrategie!) Das heißt, alle Strukturen und Prozesse müssen auf diese Beteiligung hin ausgerichtet sein. Konkret heißt das z.B., dass bei der Durchführung aller notwendigen Analysen, wie Mitarbeiterbefragungen, Arbeitssituationserfassungen oder Gesundheitszirkel die Mitarbeiterbeteiligung im Vordergrund steht. BGM ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP-Prozess), er endet nicht bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, sondern überprüft stets im Nachgang, ob diese auch wirksam geworden sind (siehe Abbildung 1).

4. Ausschuss für Arbeitsschutz und Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das Thema benötigt ein dauerhaftes Steuerungsgremium, in dem in der Regel neben Vertretern des Arbeitgebers die Koordinatoren des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, des »klassischen Arbeitsschutzes« (Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit), der Sozialberatung, der Personalentwicklung sowie des Personalrats vertreten sind. Es ist von Vorteil, kein zusätzliches Gremium einzurichten, sondern hier auf den bereits vom Gesetzgeber geforderten Arbeits-

Abbildung 1: Lernzyklus des Betrieblichen Gesundheitsmanagements



schutzausschuss zurückzugreifen und diesen um das Betriebliche Gesundheitsmanagement zu erweitern.

5. *Qualifizierung der Experten und Führungskräfte*

Insbesondere Führungskräfte, Personalverantwortliche und alle BGM-Experten bedürfen der kontinuierlichen Qualifizierung und Weiterbildung, um den sich ständig wandelnden Anforderungen an das BGM im Betrieb gewachsen zu sein. Um »am Puls der Zeit« zu bleiben, ist eine Zusammenarbeit mit Fachhochschulen und den entsprechenden Fakultäten der Universitäten hier besonders sinnvoll.

6. *Der betriebliche Gesundheitsbericht – »wer schreibt, der bleibt«*

Ein innerbetrieblicher Gesundheitsbericht hilft bei der Planung und Prioritätensetzung durch Identifizierung von Handlungsbedarfen und beim Controlling. Der Gesundheitsbericht macht insbesondere für die Führungsebenen des Unternehmens den Nutzen der Strategie deutlich.

7. *»Tue Gutes und rede darüber« – innerbetriebliches Marketing*

Betriebliches Gesundheitsmanagement als beteiligungsorientierter Ansatz erfordert auf allen Ebenen ständige Kommunikation im Betrieb. So wird das Interesse der Belegschaft und der Führungsebenen geweckt und erhalten sowie die Akzeptanz des BGM gesteigert. Je nach Betriebsgröße bieten sich hier Informationsveranstaltungen, Mitarbeiterzeitungen (gedruckt und online), Broschüren sowie Gesundheitstage an. Besonders wichtig hierbei ist, dass insbesondere die Analyse- und Umsetzungsergebnisse ständig kommuniziert werden.

8. *Externe Partner einbinden*

Krankenkassen, Unfallversicherungsträger und Berufsgenossenschaften sind »geborene« externe Partner im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Sie stellen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages nicht nur Know-how, sondern oftmals auch finanzielle Unterstützung für die Betriebe zur Verfügung. Die Krankenkassen sind insbesondere dann wichtig, wenn man unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen Auswertungen der Fehlzeiten nach ICD-Schlüssel (Internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation) vornehmen will.

9. *Verhalten und Verhältnisse berücksichtigen*

In der Vergangenheit verstand man in vielen Betrieben unter BGM oftmals nur verhaltenspräventive Kurs- und Seminarangebote. Der

Mitarbeiter wurde weitestgehend alleine für seine Gesundheit verantwortlich gemacht, und die betrieblichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Beschäftigten, wie z.B. gute Arbeitsorganisation, sozialkompetente Führung oder ausreichende Fort- und Weiterbildungen, wurden ausgeblendet. Ganzheitliches Gesundheitsmanagement berücksichtigt aber beide Ebenen. Oder einfach ausgedrückt: Was nützt einem Beschäftigten ein noch so gutes verhaltenspräventives Stressseminar, wenn der Stress durch eine falsche Arbeitsorganisation entsteht. Um die Ursache zu beseitigen und den Mitarbeiter dauerhaft zu entlasten, muss hier an der »Verhältnisschraube«, also der Arbeitsorganisation, gedreht werden.

10. Verortung des Gesundheitsmanagements

Gesundheitsmanagement kümmert sich um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, hinterfragt, was gesund erhält oder was krank macht, und macht Vorschläge, was Unternehmen und Beschäftigte tun können, um gesund zu bleiben. Es ist sinnvoll, BGM im Personalbereich anzusiedeln, da viele Kernprozesse von BGM große Ähnlichkeiten mit anderen dort verorteten Managementprozessen aufweisen. So ist z.B. ein Gesundheitszirkel nach Ablauf und Verfahren nichts weiter als ein »Qualitätszirkel zur Arbeitszufriedenheit«. Die meisten Aus- und Fortbildungen sowie die Führungskräftebildungen, die ganz entscheidenden Einfluss auf Leistungsfähigkeit, Arbeitszufriedenheit, Wohlbefinden und Gesundheit der Belegschaft haben, werden in der Regel von der Personalentwicklung durchgeführt.

11. Führungskräfte überzeugen

Die Einbindung der Führungskräfte ist von entscheidender Bedeutung. Sie müssen von Anfang an von der Sinnhaftigkeit und dem Nutzen der Strategie überzeugt werden. Es ist wichtig, ihnen zu verdeutlichen, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement die innerbetrieblichen Prozesse transparenter macht, eine Schwachstellenanalyse durch ihre Beschäftigten mit Lösungsvorschlägen liefert und außerdem zu einer deutlichen Kommunikationsverbesserung auf allen Ebenen führt und zur Vertrauensbildung beiträgt. Letztendlich heißt das, ein richtig durchgeführtes BGM kann den Führungskräften ihre Arbeit erleichtern und zu einem besseren betrieblichen Miteinander beitragen.

Stellt man sich abschließend die Frage, ob Betriebliches Gesundheitsmanagement in Zeiten knapper Kassen Luxus oder Notwendigkeit ist,

so lässt sich festhalten, dass es im öffentlichen Dienst in Anbetracht der zukünftigen Herausforderungen unverzichtbar geworden ist, um Leistungsfähigkeit, Motivation und Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu stärken und damit die Qualität der Serviceleistungen gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern aufrechterhalten zu können.

Literatur

- Badura, B./Münch, E./Ritter, W. (1997): Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Brandenburg, U./Nieder, P./Susen, B. (2000): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Weinheim: Juventa.
- Badura, B. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik 2010. Heidelberg: Springer.
- IGA Report 3 (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Essen/Dresden: BKK BV und HVBG.
- IGA Report 13 (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Essen u.a.: BKK BV, DGUV, AOK-BV, vdek.
- Kieselbach, T. et al. (2009): Gesundheit und Restrukturierung – Innovative Ansätze und Politikempfehlungen. München: Rainer Hampp.
- Schröer, A. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Essen: BKK Buchreihe Band 17.

Roland Buß

Die Führungskraft als Bergführer – vom Basislager zum Gipfel Erfahrungen aus vier Jahren Gesundheitsmanagement in der Kreispolizeibehörde Borken

*»Da es keine Erde im Himmel gibt,
gibt es auch keinen Himmel auf Erden...«*
Reinhold Messner¹

Der Berg der Herausforderungen

Ich lade Sie mit diesem Beitrag ein zu einer Zeitreise durch die letzten Jahre unseres Projektes zur »Gestaltung des demografischen Wandels zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Kreispolizeibehörde Borken«. Ich werde Ihnen Erfahrungen und Erkenntnisse bar jeglicher Projektromantik schildern, denn wir begreifen uns als lernende Organisation, und das erfordert einen ehrlichen Umgang mit sich selbst.

Ende des Jahres 2006 haben wir mittels eines eigens entwickelten Altersstrukturanalyse-Tools bilanziert, dass im Jahre 2012 jeder zweite unserer circa 600 Kolleginnen und Kollegen älter als 50 Jahre sein wird. Der spontanen Schockphase folgten Fragen wie: Welche Auswirkungen hat das auf die Leistungsfähigkeit eines jeden Einzelnen und letztendlich auf unsere Gesamtorganisation?

Klar war, dass die alarmierenden Zahlen ein sofortiges Handeln erforderten. Wir haben schon zu Beginn viel mit Bildern und Emotionen

¹ Reinhold Messner, geb. 1944, italienischer Alpinist, 1978 Erstbesteigung des Mount Everest ohne Sauerstoffgerät. www.reinhold-messner.de (Zugriff: 19.6.2011). Zitatquelle: www.zitate-portal.com/ergebnisliste_popup.php?g_autorid=707&PHPSESSID=a9d3a5cd63c8b905bf334563d4e611c6 (Zugriff: 19.6.2011).

gearbeitet, und das Massiv des Mount Everest symbolisierte für uns den Berg der Herausforderungen, die vor uns lagen.

Uns war schon vor der »Kick-Off-Phase« im Jahr 2007 bewusst, dass den 59 Führungskräften in unserer Behörde eine zentrale Bedeutung zukommt, wenn es darum geht, sich diesen Herausforderungen zu stellen und nach Lösungen zu suchen, um Win-Win-Situationen für jeden Einzelnen und die Gesamtbehörde zu schaffen. Dennoch haben wir bei der Auftaktveranstaltung einen verhängnisvollen Fehler begangen, der sich wie ein roter Faden durch den gesamten Projektverlauf gezogen hat und immer noch zieht. Wir haben es für selbstverständlich gehalten, dass sich alle Führungskräfte beteiligen und ihnen die Teilnahme an der Auftaktveranstaltung anheim gestellt. Das war das falsche Signal. Verbuchen Sie das bitte unter: »Denn sie tun nicht, was sie wissen«...

»Es war ein Fehler, es in das Belieben der Führungskräfte zu stellen, sich dem Thema Demografie zu widmen.«

Bei der Arbeit in den insgesamt sieben Teilprojekten haben wir mehr als ein Jahr gebraucht, um uns eine zweite wichtige aber zugleich ernüchternde Erfahrung einzugestehen. Und zwar, dass die Ergebnisse der Gallup-Studie 2010² offensichtlich auch auf unsere Organisation zutreffen. Diese Studie besagt sinngemäß, dass es in jedem Unternehmen/in jeder Organisation ca. 13% hochmotivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem Höchstmaß an intrinsischer Motivation gibt, denen man nur den nötigen Raum geben muss, um als »Selbstläufer« im Sinne der Organisation zu agieren.

Am anderen Ende der Skala stehen ca. 21% Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bereits innerlich gekündigt haben, oder – noch schlimmer – die bereits als Saboteure gegen die eigene Organisation arbeiten.

Dazwischen befindet sich mit 66% der »graue Bauch«, die bewegbare Masse, die »Dienst nach Vorschrift macht«, deren Einstellung sowohl nach unten als auch nach oben ausschlagen kann.

Wir waren eine Zeitlang zu sehr von dem Gedanken beseelt, jeden für unser Projekt und alle daraus resultierenden Maßnahmen zu gewinnen oder gar zu begeistern. Dabei floss sehr viel Energie in die 21% der

² Gallup-Studie 2010 (<http://eu.gallup.com/Berlin/146027/Pressemitteilung-zum-Gallup-EEI-2010.aspx>)

»innerlich Gekündigten«, Energie, die letztendlich fehlt, um die Hochmotivierten zu pflegen und den »grauen Bauch« zu bewegen.

Ernüchternd war auch festzustellen, dass es einen Teil dieser angesprochenen 21% offensichtlich auch in den Reihen der Führungskräfte gab. Das wiegt um so dramatischer, wenn man sich die »Leuchtkraft« einer Führungskraft bewusst vor Augen führt.

»Als Führungskraft kommen Sie nicht zum Dienst, Sie betreten eine Bühne.«

Bei der Auswertung von Teilnehmerlisten zu einzelnen Veranstaltungen war immer wieder erkennbar, dass es »weiße Flecken« im Behörden-Organigramm gab. Das heißt, wenn eine Führungskraft dem Thema offensichtlich skeptisch gegenüberstand und der Veranstaltung fernblieb, fanden wir i.d.R. auch keinen Mitarbeiter aus dem Team in der Veranstaltung. Erstaunlich war auch der Umstand, dass es offensichtliche Korrelationen zum Bereich der Fortbildung gab.

Wir haben gelernt, dass ein solches Projekt als Nebeneffekt mit sich bringt, Führungskräfte mit einem suboptimalen Führungsverhalten zu identifizieren. Die Motivlage kann sehr vielfältig sein, aber dazu später mehr.

Wir wussten also, dass den Führungskräften eine elementare Bedeutung zukam, und trotzdem dauerte es bis zum Jahr 2010, bis wir bilanzierten, dass es für die Bewältigung der vor uns liegenden Herausforderungen eigentlich nur zwei wesentliche Stellschrauben gibt, und zwar die »Führungs- und Organisationskultur«.

»Gutes Führungsverhalten und gute Arbeit von Vorgesetzten sind der einzige hochsignifikante Faktor, der für eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 51. und 62. Lebensjahr nachgewiesen wurde.« (Prof. Juhani Ilmarinen, zit. n. Netta 2009: 77)

Wir waren mit unseren Angeboten zur gesunden Ernährung, mehr Bewegung und allen anderen Arbeitspaketen aus dem Projekt heraus eher angebotsorientiert »unterwegs« und erreichten letztendlich nicht die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die es offensichtlich am nötigsten hatten. Diejenigen mit dem größten Veränderungsbedarf haben vielfach die niedrigste Motivation, sich entsprechenden Angeboten zu stellen. Dagegen erreicht man durch ein verändertes Führungsverhalten die Zielgruppe stets zu 100%. Und wenn wir gerade mal wieder beim Eingestehen von Fehlern sind: Wir haben eine Zeitlang den Fokus zu

sehr auf die physische Gesundheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gelegt, das hat sich geändert.

»Mit den allgemeinen Mitteln des Gesundheitsmanagements kann man den Arbeitsbefähigungsfaktor eines Mitarbeiters um das 1,8fache erhöhen. Mit einem partnerschaftlichen Führungsverhalten des unmittelbaren Vorgesetzten erhöht sich dieser Faktor um das 3,6fache.«

Kommen wir noch einmal zum Berg der Herausforderungen zurück. Zunächst war es der Gipfel der demografischen Ereignisse, der uns Angst machte. Das hat sich gewandelt, wir wissen nunmehr, wie man diesen Ereignissen die ihnen innewohnende Dramatik nehmen kann. Der Gipfel, der sich zwischendurch vor uns auftürmte, war die Herausforderung, alle Führungskräfte von der Sinnhaftigkeit der Besteigung des Gipfels zu überzeugen und sie für diese Herausforderung zu gewinnen und fit zu machen.

Die Rolle der Sherpas³

»Sherpas« nutze ich hier als Gleichnis zu der Arbeit der insgesamt ca. 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den einzelnen Teilprojekten, in der Resonanzgruppe und im Lenkungsreis. Bei der Rekrutierung dieser Projektarbeiter war seinerzeit sehr viel Wert darauf gelegt worden, dass alle Standorte unserer Flächenbehörde sowie alle Abteilungen und Organisationseinheiten im Projekt vertreten sind. Das scheint auf den ersten Blick sinnvoll, um die Arbeit und die Ergebnisse in die Fläche zu tragen. Aus heutiger Sicht erscheint es viel sinnvoller, solche Funktionen auszuschreiben und die Bewerber in Castings auszuwählen. Bei solchen langfristigen Projekten ist es sehr wichtig, die Motivation eines jeden einzelnen, der im Projekt mitwirken möchte, in Auswahlgesprächen zu hinterfragen. Es kostet viel Zeit und Energie, »formal Beteiligte« in den einzelnen Projektgruppen-Meetings immer wieder

³ Die Sherpas sind ein Volk des Himalaya, das um das Jahr 1500 aus Tibet kommend in den Zentral- und Süd-Himalaya eingewandert ist. Die Bezeichnung stammt aus dem Tibetischen: shar bedeutet »Osten«, die Nachsilbe pa bedeutet »Volk«, »Menschen« (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Sherpa>; Zugriff 28.6.2011).

auf Ballhöhe zu bringen und mitzuziehen. Ein weiterer prognostizierter Effekt: Man braucht deutlich weniger Personal.

Wenn jemand unter Ihnen Projektgruppenmitglieder in einem besonderen Maße inspirieren möchte, so kann ich eine DVD empfehlen: »Sherpas, die wahren Helden am Everest« (Constructive Media Service, 2009). In diesem Film wird die wertvolle Arbeit der Sherpas deutlich.

Ich schlage hier kurz den Bogen zum Gesundheitsgipfel an der Zugspitze im Jahre 2010. Ein für mich wesentliches Ergebnis in den Workshops war, dass es auch nach Beendigung eines solchen Projektes Menschen geben muss, die weiterhin für diesen Prozess eintreten, sich weiterentwickeln und die Themen immer wieder beleben.

In unserer Kreispolizeibehörde gibt es ab dem 1. Juli 2011 einen hauptamtlichen Demografiebeauftragten, der sich darüber hinaus der Unterstützung eines »schlagkräftigen« Demografie-Teams sicher sein kann. Dies besteht aus drei bis vier hochmotivierten, ehemaligen Projektgruppenmitgliedern, die ihre Unterstützungsleistung auch weiterhin im Nebenamt wahrnehmen. Keine Gipfelbesteigung ohne Sherpas!

Der Aufstieg ins Basecamp

In den einzelnen Projektgruppen wurden Arbeitspakete entwickelt, die ich nur exemplarisch anführen möchte: Ein neues Schichtdienst-Management, Leistungsüberprüfungen zur Ermittlung des biologischen Alters, ein Leitfaden zum Wissenstransfer, Identifizierung von Schlüsselpersonen, Konzepte zur gesunden Ernährung, ein verbindliches Wiedereingliederungsmanagement, ein Konzept für Rotationsstellen, Dienst-anweisungen zu altersgerechten Dienstsportangeboten, Regelungen zum Umgang mit eingeschränkt verwendungsfähigen Kolleginnen und Kollegen, Angebote zur Suchtprävention, Work-Life-Balance-Modelle, Alternierende Telearbeit, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung..., also alles, was Erfolg verspricht, um die Dramatik des demografischen Wandels abzufedern. Diese Arbeitspakete wurden bis zur Umsetzungsreife entwickelt und den Führungskräften in Informationsveranstaltungen und Workshops vorgestellt. Um im Bild zu bleiben: Die Projektgruppen-Sherpas haben diese Arbeitspakete bis ins Basecamp getragen. Jetzt war es an der Zeit, dass die Führungskräfte mit den Sherpas gemeinsam diese Arbeitspakete und alle Involvierten mit zum Gipfel führen.

Dieser Prozess hat insgesamt ca. zweieinhalb Jahre in Anspruch genommen. Hervorzuheben ist, dass alle Arbeiten im Projekt ausschließlich im Nebenamt wahrgenommen wurden. Das ist eine große Belastung für die engagierten Mitarbeiter im Projekt und geht manchmal auch auf Kosten deren Gesundheit.

Um ehrlich zu bleiben, es gab Mitarbeiter mit stressbedingten, längerfristigen Erkrankungen, was eigentlich bedauerlich in einem Projekt ist, dem u.a. ein Gesundheitsmanagement als tragende Säule inneohnt, aber ich schrieb es ja bereits: Manchmal greift die Erkenntnis: »Denn sie tun nicht, was sie wissen.«

Ich glaube dennoch, dass es richtig war, dieses Projekt nicht mit freigestellten Hauptamtlern umzusetzen, da dies ein Mehr an interner Kommunikation erfordert und immer die Gefahr bestanden hätte, dass sich Akzeptanz und Arbeitsergebnisse zu sehr von der Basis entfernt hätten.

Vom Basislager zum Gipfel

Mit unserem Projekt waren wir die erste von insgesamt 47 Kreispolizeibehörden des Landes Nordrhein-Westfalens, die sich in diesem Umfang in die Themengebiete des demografischen Wandels vorgewagt haben. Es gab keine Erfahrungswerte, es gab keine Pfade, denen wir folgen konnten, oder Klettersteige, die von Pionieren angelegt worden waren.

»Auf die höchsten Gipfel führt keine Seilbahn.«
(Reinhold Messner)

Aus unserer Sicht haben wir vieles richtig gemacht, und einiges würden wir aus heutiger Sicht sicherlich anders machen. Das verbuchen wir unter »Lernen durch Schmerz«.

Wir haben mittlerweile mehr als die Hälfte aller Kreispolizeibehörden im Land NRW beraten und an unseren Erfahrungen teilhaben lassen. Dennoch werden wir nicht müde zu erwähnen, dass wir mit allem, was wir entwickelt haben, lediglich im Basecamp angekommen sind.

Wenn Sie die Begriffe »Basecamp« und »Mount Everest« googeln, werden Sie Bilder finden, die sehr schön anmuten, die Grund zur Zufriedenheit geben. Dennoch wird man sicherlich irgendwann müde, jeden Morgen mit dem Blick auf den Gipfel wach zu werden. Dann will man

da rauf, zumal man nur dort wirklich sicher ist vor den Lawinen des demografischen Wandels.

Der Hillary Step

»Der Hillary Step ist eine ca. zwölf Meter hohe, über 70 Grad steile Felsstufe. Er befindet sich auf dem südöstlichen Gipfelgrat des Mount Everest auf 8.760 m über dem Meeresspiegel. Diese Stufe erhielt den Namen zu Ehren von Sir Edmund Hillary, der zusammen mit seinem Teamgefährten Tenzing Norgay bei der Erstbesteigung 1953 zuerst diese Steilstufe erkletterte.

Der Step ist das letzte ernsthafte Hindernis auf dem Anstieg zum Mount Everest über die Standard-Südroute. Er ist eine der wenigen Stellen der Südroute, an der man richtiges Klettern beherrschen muss, um ohne Hilfe erfahrener Bergsteiger diese Route zu bewältigen. Der Hillary Step hat normalerweise eine Seilsicherung. Selbst die ersten Ersteiger einer neuen Jahressaison können oft noch eines der Seile vorangegangener Expeditionen nutzen, die vom Vorjahr hängengeblieben sind.«⁴

Mit dem Hillary Step bezeichne ich Hürden im Projekt, die man aus eigener Kraft nicht bewältigen kann, wo man fremde/übergeordnete Hilfe in Anspruch nehmen muss. In unserem konkreten Fall betrifft das z.B. die Gestaltung eines neuen Schichtdienstmanagements. Es ist nicht möglich, im Rahmen unserer bestehenden Arbeitszeitverordnung ein neues System zu gestalten, das ein Gros der pathogenen Faktoren des Schichtdienstes berücksichtigt und lindert. Dazu braucht man dann das Verständnis und die Hilfe des zuständigen Ministeriums. Wir haben Anfang 2011 unsere Erkenntnisse und Empfehlungen dazu im Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW vorstellen dürfen. Ob und inwieweit das Ministerium uns hier Seilsicherungen einschlagen kann, steht noch nicht fest.

⁴ http://de.wikipedia.org/wiki/Hillary_Step

Die Führungskraft als Bergführer

Wie der Titel dieses Beitrages verrät, ist es unser Ansinnen, die Führungskräfte auf ihre sich verändernde Rolle vorzubereiten und für den Gipfel fit zu machen. Es wäre zu kurz gedacht, die Führungskräfte nur »gipfeltauglich« zu machen, vielmehr geht es darum, dass die Führungskräfte sich wirklich als Bergführer begreifen und ihrerseits ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den Gipfel führen.

Mit anderen Worten: Unsere Führungskräfte sollen sich in der Zukunft als »Manager des demografischen Wandels« begreifen. Das bedeutet, dass wir Führung komplett neu denken müssen. Führung in der Zukunft erfordert andere Qualitäten, sie muss sich quantitativ verschlanken (»entschrotten«) und viel mehr in die Tiefe gehen. Führungskräfte der Zukunft müssen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als das begreifen, was sie in Wirklichkeit sind: die wichtigste Ressource für eine gesunde Organisation. Das eingangs angesprochene demografische Problem macht natürlich auch vor der Altersstruktur unserer Führungskräfte nicht halt. Und wenn wir akzeptieren, dass sich Menschen mit zunehmendem Alter immer weiter »ausschärfen« und der Korridor der Verhaltensänderungen immer schmaler wird, dann wird auch deutlich, welche große Herausforderung da noch vor uns liegt, die Anforderungen an eine Führungskraft der Zukunft mit der notwendigen Verhaltensänderung zu hinterlegen.

»Die Menschen sind weniger veränderbar, als wir glauben. Verschwende nicht Deine Zeit mit dem Versuch, etwas hinzuzufügen, dass die Natur nicht vorgesehen hat. Versuche herauszuholen, was in ihnen steckt. Das ist schwer genug.« (Markus Buckingham, in: Buckingham/Coffmann 2005)

Wir haben einen »Masterplan« entwickelt – sorry für das komische Wort, uns wird sicherlich noch etwas Schläueres als dieser Arbeitstitel einfallen –, den wir am 25.11.2010 allen Führungskräften in einem Workshop mit dem Thema »Die Kunst des Führens« vorgestellt haben.

Dieser Plan enthält die folgenden vier Schritte, wobei wir wieder einmal Neuland betreten und auf keine Erfahrungen zurückgreifen können.

1. Sensibilisierungsphase

Diese haben wir in den zurückliegenden Jahren komplett abgeschlossen. Wir haben sehr viel Zeit investiert, um namenhafte Spezialisten/Referenten zu den jeweiligen Arbeitsfeldern zu identifizieren, und haben gelernt, dass man für gute Leute auch gutes Geld bezahlen muss, um wertvolle Impulse in den Köpfen zu verankern.

2. Selbstlernphase

Hier erstellen wir zur Zeit multimediale Online-Scripte zum Thema »Führungs- und Organisationskultur«. Diese sollen Lust machen, sich mit dem Thema Führung auseinanderzusetzen und Selbstlernprozesse anstoßen.

Eine kurzes Beispiel, um die Realitätsnähe zu belegen: Wenn Sie sich z.B. die Ereignisse und die Tabellensituation der letzten Bundesligasaison anschauen, dann sind daraus Erkenntnisse abzuleiten, welche Führungstypen in der Zukunft gefragt sind und welche Typen vom Aussterben bedroht sind.

3. Trainingsansatz

Ab dem Herbst 2011 werden alle operativen Führungskräfte unserer Kreispolizeibehörde insgesamt drei Trainingsmodule durchlaufen:

Modul A Die Führungskraft als Individuum

Modul B Die Führungskraft im Team

Modul C Die Führungskraft in der Organisation

Als Zeitansatz sind insgesamt sechs Tage vorgesehen.

4. Beratungsansatz

Ebenfalls zum Herbst werden wir das deMAG einführen. Damit ist ein demografie-orientiertes Mitarbeitergespräch gemeint, ein sehr ambitionierter Ansatz, bei dem sich unser bewährtes Instrument des Mitarbeitergesprächs mit Instrumenten einer Mitarbeiterbefragung und des Führungsfeedbacks verwebt.

»Wer nichts riskiert, kann nicht einmal scheitern.«
(Reinhold Messner)

Für die darin enthaltenen Elemente des Führungsfeedbacks wird es ein verbindliches Feedbackgespräch mit einem externen Beratungsunternehmen geben. Das ist der erste Schritt zur Implementierung einer »Coaching-Kultur«. Der eher negativ behaftete Begriff des Coa-

chings soll dabei entzaubert werden, und die Führungskräfte sollen mit ihrem Ergebnis nicht allein gelassen werden oder sich gar dem nächst höheren Vorgesetzten erklären müssen. Hier werden die Ergebnisse gemeinsam mit externen Spezialisten erörtert und gegebenenfalls ein weiterer Coachingbedarf vereinbart. Erst im zweiten Verfahren im Jahre 2012 ist eine Offenlegung der Ergebnisse in Richtung der nächst höheren Hierarchiestufe vorgesehen.

Neben dieser Form des Einzelcoachings werden wir auch so genannte Kollegiale Coachings implementieren. Die Missachtung des angesammelten Wissens von so vielen erfahrenen Führungskräften käme schließlich einer unterlassenen Hilfeleistung an der Gesamtorganisation gleich.

Ultima Ratio

Mit diesen vier Schritten hat die Organisation aus unserer Sicht alles getan, um jeder Führungskraft das nötige Rüstzeug mit auf den Weg zu geben. Trotzdem kann es sein, dass einzelne Führungskräfte nicht auf den Gipfel können oder wollen. Die Motive, nicht weiter aufzusteigen bzw. umzukehren, können sehr vielfältig sein.

Uns schwebt eine Kultur vor, in der Menschen ganz offenherzig sagen können: »Führung ist nicht mein Ding«. Es ist zu akzeptieren, wenn sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eindeutig zu ihren Stärken bekennen und auch ihre Schwächen offen eingestehen.

Ebenso kann es vorkommen, dass die Organisation zum Wohle der nachgeordneten Mitarbeiter reagieren muss und Führungskräfte aus ihrer Führungsverantwortung entbindet, wenn langfristig keine positive Veränderung in deren pathogenem Führungsverhalten festgestellt wird.

Dieser Grundsatz, »wenn du ein Problem nicht lösen kannst, löse dich vom Problem«, klingt beim ersten Hinhören ziemlich hart. Wenn wir uns aber noch einmal die »Leuchtkraft« einer solchen suboptimalen Führungskraft vor Augen halten, dann steht einfach die Gesundheit vieler nachgeordneter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf dem Spiel, und die gilt es zu schützen.

Der Klimawandel als Basis für eine gesunde Organisation

Ich möchte Ihnen die zweite Stellschraube, die wir bei der Bewältigung unserer Herausforderungen identifiziert haben, nicht vorenthalten, deshalb soll hier noch ein kurzer Exkurs zur »Organisationskultur« folgen. Darunter verstehen wir alle weichen Themen, die ich an dieser Stelle kurz anführe:

- Vertrauenskultur
- Innovationskultur
- Dialogkultur
- Projektkultur,
- Zeitkultur
- Gesundheitskultur
- Führungskultur
- Gerechtigkeitskultur,
- Humorkultur
- Denkkultur
- Sprachkultur
- Storykultur
- Fehlerkultur... (nicht abschließend)

Diese weichen Themen werden maßgeblich durch alle Führungskräfte einer Organisation gestaltet bzw. mitgestaltet, und wir müssen aufhören, diese Themen so hinzunehmen wie das Wetter, dem wir mehr oder weniger schutzlos ausgeliefert sind. Diese Themenfelder sind gestaltbar – von jedem einzelnen und zu jeder Zeit. Diese Verantwortung und der ihr innewohnenden Gestaltungsmacht muss sich jede Führungskraft bewusst vor Augen führen und wann immer es geht, hier mit gutem Beispiel vorangehen, auch wenn es manchmal weh tut und es so scheint, als wenn die Gesamtorganisation (noch) nicht Schritt halten kann.

Im Grunde genommen sind die niedergelegten Argumente keine Geheimnisse. Es gab viele kluge Leute, die uns dies schon vor Jahrzehnten vorgelebt haben. Ich erinnere in diesem Zusammenhang exemplarisch an die Unternehmerpersönlichkeit Reinhard Mohn.

Was neu ist, ist eigentlich die Geschwindigkeit in dieser immer komplexer werdenden Welt und die Verbreitung der damit einhergehenden psychischen Erkrankungen, die ein solch radikales Umdenken erfordert.

Kennen Sie eigentlich die »72-Stunden-Regel«?
»Alle Anregungen, Ideen, To-dos etc.,
die Sie in den ersten 72 Stunden konkret anpacken,
haben eine Umsetzungswahrscheinlichkeit von 90%.«

Schlusswort

Ich habe diesen Artikel aus meiner persönlichen Wahrnehmung in Bezug auf dieses Projekt niedergeschrieben. Ich bin mir sicher, dass er hinsichtlich seines Inhalts im Einklang mit dem Denken des Projektleiters steht, da wir diese Erkenntnisse vielfach gemeinsam resümiert haben. Ich bin mir aber auch sicher, dass er teilweise andere Worte und Formulierungen gewählt hätte.

Literatur

- Buckingham, Marcus/Coffman, Curt (2005): Erfolgreiche Führung gegen alle Regeln: Wie Sie wertvolle Mitarbeiter gewinnen, halten und fördern. 3. Aufl. Frankfurt a.M./New York
- Netta, Franz (2009): Gesunde Mitarbeiter, gesunde Bilanz. In: Walter Kromm/Gunter Frank (Hrsg.), Unternehmensressource Gesundheit. Weshalb die Folgen schlechter Führung kein Arzt heilen kann. Düsseldorf.

| Anhang

Allgemeine Literaturhinweise

- Giesert, Marianne (Hrsg.) (2011): Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit. Hamburg: VSA.
- Giesert, Marianne/Wendt-Danigel, Cornelia (Hrsg.) (2011): Doping am Arbeitsplatz. Problembewältigung und Leistungssteigerung um jeden Preis? Hamburg: VSA.
- Tempel, Jürgen/Giesert, Marianne/Ilmarinen, Juhani (2011): Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Hamburg: VSA (im Erscheinen).
- Giesert, Marianne (Hrsg.) (2010): Psychisch gesund bleiben. Betriebliche Gesundheitspolitik für die Praxis – aus der Praxis. Hamburg: VSA.
- Giesert, Marianne (Hrsg.) (2009): »...ohne Gesundheit ist alles nichts«. Beteiligung von Beschäftigten an der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hamburg: VSA.
- Ehlbeck, Imke/Giesert, Marianne (2009): »Arbeitsfähig in die Zukunft – Schritt für Schritt zum Gesunden Unternehmen«. Handlungsleitfaden für die Praxis, Ergebnisse des Projektes Hawaii 4U – Handlungshilfe Workability Index. IQ Consult gGmbH/DGB Bildungswerk e.V. in Kooperation mit bao – Büro für Arbeits- und Organisationspsychologie. Düsseldorf.
- Giesert, Marianne (Hrsg.) (2008): Prävention: Pflicht & Kür. Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis. Hamburg: VSA.
- Giesert, Marianne (2007): Zukunftsfähige Gesundheitspolitik im Betrieb, hrsg. von der Hans-Böckler-Stiftung. Frankfurt a.M.: Bund-Verlag.
- Giesert, Marianne/Wendt, Cornelia (2007): »Handlungsleitfaden für ein betriebliches Eingliederungsmanagement«, gefördert durch die Initiative Jobs ohne Barrieren. Düsseldorf.
- DGB Bildungswerk e.V. (2007): 11. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung: Lebenslanges Lernen: Hält gesund und fördert die Beschäftigungsfähigkeit. Starnberg.
- DGB Bildungswerk e.V. (2006): 10. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung: Eingliedern statt entlassen – ein Betriebliches Eingliederungsmanagement aufbauen. Starnberg.
- DGB Bildungswerk e.V. (2006): 2. Werkstatt Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen – Betriebliches Eingliederungsmanagement«. Berliner Stadtreinigung.
- DGB Bildungswerk e.V. (2005): 1. Werkstatt Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen – Betriebliches Eingliederungsmanagement. BMW Regensburg.
- Giesert, Marianne/Tempel, Jürgen (2005): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? – Fakten und Chancen des Alters

- und Alterns im Arbeitsleben«, hrsg. von der Gemeinschaftsinitiative Gesünder arbeiten. Düsseldorf.
- DGB Bildungswerk e.V. (2004): 8. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung: Prävention – Erfolge durch gemeinsames Handeln der Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger«. Starnberg.
- Giesert, Marianne/Geißler, Heinrich (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung. Analyse und Handlungsempfehlungen. Frankfurt a.M.: Bund-Verlag.
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2002): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hrsg. von Marianne Giesert, DGB Bildungswerk e.V. Hamburg: VSA.

Alle Publikationen können per E-Mail bei Sieglinde Tefs (Sieglinde.Tefs@dgb-bildungswerk.de) bestellt werden.

Die Autorinnen und Autoren



Dr. Egmont Baumann war von 1998 bis 2010 bei der Stadtverwaltung Dortmund im Personalamt und als Leiter des Teams Betriebliche Gesundheitsförderung tätig.

egmont.baumann@web.de



Matthias Becker ist Dipl.-Psychologe und Berater bei der *bao GmbH* – Büro für Arbeits- und Organisationspsychologie Berlin.

m.becker@bao.de



Guido Brombach, Dipl. Erziehungswissenschaftler, Bildungsreferent für den Bereich Digitale Kommunikation, Lernen und Medien im DGB Bildungswerk.

Guido.Brombach@dgb-bildungswerk.de



Roland Buß ist Kriminalhauptkommissar und Führungskräftetrainer der Kreispolizei Borken.

Roland.Buss@mac.com



Dr. Michael Drupp, AOK Institut für Gesundheitsconsulting, Hannover, Institutsleiter.

michael.drupp@nds.aok.de

Quellenhinweis: Die Fotos stammen aus dem Privatbesitz der Autorinnen und Autoren.

Dr. Walter Eichendorf ist Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, DGUV.

walter.eichendorf@dguv.de



Dr. Gudrun Faller ist Professorin für Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung an der Hochschule Magdeburg-Stendal.

gudrun.faller@hs-magdeburg.de



Alexander Frevel ist Dipl. Sozialökonom, Berater zur Arbeitsfähigkeit im demografischen Wandel, Hamburg.

frevel@arbeitundzukunft.de



Dr. Heinrich Geißler, Berater für Gesundheitsfördernde Führung, Beratung & Forschung – Geißler (BFG), Bregenz/Hamburg/Zürich.

office@bf-geissler.com



Marianne Giesert, Dipl. Betriebswirtin, Dipl. Sozialökonomin, Supervisorin, Coach, Sachverständige in Einigungsstellen, Leiterin Kompetenzzentrum Arbeit und Gesundheit, DGB Bildungswerk Bund Düsseldorf.

Marianne.Giesert@dgb-bildungswerk.de





André Große-Jäger, Studium der Umwelttechnik, arbeitet als Referatsleiter beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

andre.grosse-jaeger@bmas.bund.de



Bernhard Grunewald, Vorsitzender der Gesamt- und Konzernschwerbehindertenvertretung Adam Opel AG, Vorstandssprecher des AK Schwerbehindertenvertretungen der Deutschen Automobilindustrie und ehrenamtlicher Vorsitzender des DGB-Ortsverbandes Rüsselsheim. bernhard.grunewald@de.opel.com



Michael Gümbel hat Sozialwissenschaften studiert, ist Organisationsberater und Gender Trainer der Firma Sujet Organisationsberatung in Hamburg.

michael.guembel@sujet.org



Gabi Joschko ist Dipl.-Soziologin und Sportlehrerin und arbeitet seit 15 Jahren im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung; seit 1997 selbständig als Inhaberin der Firma GEKO – Die Gesundheitskompetenz, Berlin.

gj@gesundheitskompetenz.de



Rudolf Kast, von 1995 bis 2010 im Bereich Personal und Sozialwesen bei der SICK AG in Waldkirch. Inhaber der Personalmanufaktur.

Kast@diepersonalmanufaktur.de

Dr. Werner Kissling ist Facharzt für Psychiatrie und Leiter des Centrums für Disease Management der Technischen Universität München.

w.kissling@lrz.tum.de



Heinz Kowalski, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH Köln und Hamburg www.bgf-institut.de.

Heinz.Kowalski@bgf-institut.de



Dr. Peter Krauss-Hoffmann, Regierungsrat Dipl.-Paed. u. Dipl.-Arbeitswiss. beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales – Referat AzA1, Zukunftsge-rechte Gestaltung der Arbeitswelt.

Krauss-Hoffmann.Peter@baua.bund.de



Helga Kühn-Mengel, MdB, Präsidentin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförde-rung e.V.

info@bvpraevention.de



Reinhard Lenz, Dipl. Ing., ist Inhaber des »Instituts für Schulung und Medienentwicklung« (Institut Input) in Dortmund, Präventionsberatung und Qualifizierung zur Sensibilisierung von Führungskräften und Mitar-beitern zur Sicherheit und Gesundheit.

info@institut-input.de





Dr. Rosmarie Mendel, Dipl.-Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Centrum für Disease Management der Technischen Universität München. Sie ist dort Mitverantwortliche für das Programm »Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz«.

r.mendel@lrz.tu-muenchen.de



Sonja Nielbock ist Dipl.-Soziologin, Organisationsberaterin und Gender Trainerin der Firma Sujet Organisationsberatung in Hamburg.

sonja.nielbock@sujet.org



Dr. jur. Franz Pietsch, Bundesministerium für Gesundheit in Österreich, ist Leiter der Abteilung und stv. Leiter der Sektion in den Bereichen Ombudsstelle für Nichtraucherschutz, Rechts- und Fachangelegenheiten Tabak, Alkohol und substanzungebundene Süchte sowie Internationale Suchtangelegenheiten.

Barbara.Fasching@bmg.gv.at



Dr. Jochen Prümper ist Professor für Wirtschafts- und Organisationspsychologie an der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

j.pruemper@bao.de



Willy Spieler ist Publizist, ehemaliger Redakteur der Zeitschrift Neue Wege.

spieler@goldnet.ch

Arbeitsfähig in die Zukunft.
Wir begleiten Sie!



Wir bieten Ihnen im Bereich „Gesundheit und Arbeit“:

- das richtige Handwerkszeug für individuelle Lösungsmöglichkeiten im Betrieb
- Tipps für die aktive Gestaltung von gesundheitsgerechten und sicheren Arbeitsbedingungen im Betrieb
- fundierte Kenntnisse der einschlägigen Regelungen und Gesetze.



Kontakt: IQ-Consult gGmbH
Marianne Giesert, Hans-Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf
Tel: 0211/4301-372, Fax: 0211/4301-398
E-Mail: m.giesert@iq-consult.de, www.iq-consult.de

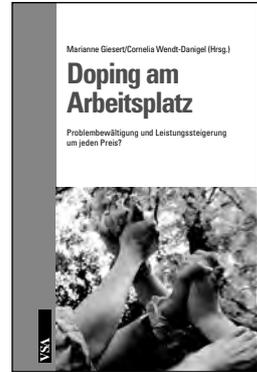
VSA: Arbeiten & gesund bleiben



Jürgen Tempel/Marianne Giesert/Juhani Ilmarinen
Arbeitsleben 2025
Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen
256 Seiten | Hardcover;
€ 19.80
ISBN 978-3-89965-464-6
Alternde Belegschaften sind eine Herausforderung für die Arbeitsfähigkeit in den Betrieben. Das Konzept des »Houses der Arbeitsfähigkeit« ermöglicht es, die Balance zwischen Arbeitsanforderung und individueller bzw. kollektiver Leistung zu fördern und zu sichern.



Marianne Giesert (Hrsg.)
Arbeitsfähig in die Zukunft
Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit!
288 Seiten; €16.80
ISBN 978-3-89965-463-9
Die »Arbeitsbewältigungsfähigkeit« ist das wichtigste Potenzial der Beschäftigten im Arbeitsleben. Entscheidend ist, wie weit es gelingt, die Anforderungen der Arbeit den Möglichkeiten und Ressourcen der Menschen entsprechend zu gestalten. In diesem Band werden neueste Erkenntnisse zu diesem Thema präsentiert.



Marianne Giesert/
Cornelia Wendt-Danigel
(Hrsg.)
Doping am Arbeitsplatz
Problembewältigung und Leistungssteigerung um jeden Preis?
160 Seiten; € 10.80
ISBN 978-3-89965-420-2
»Doping am Arbeitsplatz« greift um sich und ruft nach Vorbeugungsmaßnahmen. Die AutorInnen präsentieren aktuelle Fakten zu Alkohol- und Nikotinkonsum sowie zum Medikamentenmissbrauch. Darüber hinaus werden Möglichkeiten der Suchtprävention für die betrieblichen Interessenvertretungen vorgestellt.

Prospekte anfordern!

VSA-Verlag
St. Georgs Kirchhof 6
20099 Hamburg
Tel. 040/28 09 52 77-10
Fax 040/28 09 52 77-50
Mail: info@vsa-verlag.de

VSA

www.vsa-verlag.de